

# Pillole di educazione sanitaria per cittadini-consumatori

## Resistenze agli antibiotici: dove si sbaglia in Italia

**Domanda** Le resistenze agli antibiotici sono un problema molto grave nel mondo e in Italia. Un'indagine europea mostra che nel 2016 gli Italiani usano gli antibiotici più spesso rispetto al 2013. Le attuali campagne informative dell'AIFA e di alcune Regioni invertiranno la tendenza?

**Scheda 118/2016**



L'OMS è sempre più allarmata per la diffusione di **batteri multiresistenti** agli antibiotici, con aumento delle vittime e proiezioni catastrofiche.

La Commissione Europea promuove periodiche indagini (Eurobarometro) anche sul consumo di antibiotici nella UE. L'ultimo rapporto<sup>1</sup> mostra che, dopo un calo tra 2009 e 2013 (dal 40 al 35%), nel 2016 il **34%** degli europei dichiara di aver assunto antibiotici orali negli ultimi 12 mesi.

Questo minimo calo non ha però riguardato l'**Italia**, che invece ha aumentato la frequenza di consumo (**43%**, **+7%** dal 2013). Peggio di noi sono risultate solo **Malta** e **Spagna**, mentre all'estremo opposto in Svezia e Olanda solo il 18% e il 20% degli intervistati hanno usato antibiotici.

### Da chi ricevono antibiotici i cittadini?

Dai medici nel 93% dei casi, nel 4% da farmacisti senza ricetta, e solo nel 2% da avanzi di cicli non completati in precedenza.

Tab. 1 – Da chi ha ricevuto l'ultimo ciclo di antibiotici? <sup>1</sup>

	Media UE	2016	(2013)
<b>Da un medico (Italia 94%)</b>		<b>93%</b>	<b>(95%)</b>
Da una farmacia senza prescrizione		4%	(3%)
Avanzo di un ciclo precedente		2%	(2%)
Da altro, senza prescrizione		1%	(-)

Appare chiaro che l'abuso di antibiotici non è dovuto al "fai da te", ma ai sanitari.

### Perché hanno ricevuto antibiotici?

Soprattutto per motivi per cui gli antibiotici **non** sono indicati: nei primi quattro casi riportati in Tabella 2 non lo sono in pratica mai; per mal di gola e infezioni urinarie sono indicati solo in certe condizioni. Solo in caso di polmonite l'uso è sempre giustificato.

Nelle risposte a quattro domande sugli antibiotici gli Italiani hanno dato meno risposte corrette in assoluto,

e dicono che vorrebbero ricevere più informazione.

### Quali sono gli approcci con solide prove per le infezioni più comuni?

Le comuni infezioni respiratorie raffreddore, influenza/sindromi influenzali, tosse/bronchite sono virali

e **non richiedono antibiotici**; anche nella minoranza di casi in cui non sono dovuti a virus in genere guariscono senza antibiotici. Ciò vale anche per mal di gola <sup>(a)</sup>, otite e sinusite, in cui gli antibiotici possono essere indicati in una frazione di casi, ma con vantaggi spesso minimi e frequenti effetti avversi<sup>2</sup>.

Le linee guida NICE<sup>2</sup>, tra le migliori del mondo, raccomandano di **non usare antibiotici** con chi è già convinto ad attuare una vigile attesa, come nel Nord Europa, o di usare la **prescrizione differita**. In questa il paziente riceve prescrizione e invito a ritirare/usare il farmaco solo se peggiora, o se non dà segno di migliorare entro tempi definiti: 2-3 giorni per l'otite

Il maggior ricorso ad antibiotici per tosse può avvenire per **aspettative irrealistiche sui tempi di risoluzione**. In adulti abbastanza sani di 12 paesi europei il **tempo medio di guarigione della tosse acuta è stato 16 giorni**, e **21 giorni** per far scendere a zero i sintomi (peggio nella coorte italiana, che ha usato più antibiotici della media). Il tempo di guarigione può essere **maggiore negli anziani**<sup>2</sup>.

La **sinusite acuta** può durare **~3 settimane** (in genere 2).

Tab. 2 – Per quale motivo ha preso gli ultimi antibiotici usati (media UE)? <sup>1</sup>

<b>Bronchite o tosse</b>	27%	[Italia <b>43%</b> ]
<b>Influenza</b>	<b>16%</b>	[ " <b>20%</b> ]
<b>Febbre</b>	<b>11%</b>	[ " <b>21%</b> ]
<b>Raffreddore</b>	<b>11%</b>	[ " <b>6%</b> ]
Mal di gola	14%	[ " <b>21%</b> ]
Infezione urinaria	10%	[ " <b>13%</b> ]
Polmonite	6%	[ " <b>4%</b> ]
...	...	...

**Risposta No**, è improbabile. I messaggi sono deboli. Non spiegano: cosa guadagnano assistito e familiari limitando gli antibiotici; quando non servono (batteriuria senza sintomi; raffreddore; influenza; bronchite, sapendo distinguere la polmonite); in quali altre comuni infezioni si possono usare, in certe condizioni.

media acuta, almeno 2 settimane per tosse<sup>2</sup> o rinosinusite (anche riconsultando il medico). Così si riduce molto l'uso di antibiotici, senza apparenti effetti negativi.



### Meno antibiotici: quali rischi?

Un gigantesco studio nel Regno Unito<sup>2</sup> ha seguito per 10 anni medici e assistiti (45 milioni di persone all'anno di osservazione), quantificando le complicanze al variare delle prescrizioni. Se un ambulatorio medico con ~7.000 assistiti attua una riduzione assoluta del 10% delle prescrizioni antibiotiche per infezioni respiratorie, si può aspettare un aumento di ~1 ascesso peritonsillare in 10 anni e di ~1 caso/anno di polmonite (senza alcun aumento di ascessi, mastoiditi, empiemi/raccolte di pus in cavità corporee o meningiti). Ma, organizzandosi per misurare la PCR<sup>2,(b)</sup>, si riduce al minimo il rischio di trascurare polmoniti, anche in anziani.

Per evitare **1 complicanza** si devono **trattare con antibiotici ~4.000 pazienti**<sup>2</sup>. Il prezzo è altissimo: fino a **400 reazioni avverse non gravi** come **eruzioni, diarrea**, vomito; effetti avversi meno comuni come **gravi reazioni allergiche** a comparsa rapida; maggior ricorso negli anni al medico per condizioni banali che si autolimitano; rari ma gravi effetti cardiovascolari (**aritmie** da antibiotici come macrolidi e fluorochinoloni<sup>2</sup>) e danni a reni e altri organi; **aumento delle resistenze e delle ricorrenze nel tempo**<sup>2, (c)</sup> per chi è trattato, e problemi per chi gli è a stretto contatto e per la comunità; **alterazioni della flora microbica intestinale** con effetti che si stanno svelando solo negli ultimi anni: **aumento di peso**<sup>3</sup>, **malattie autoimmuni**<sup>2</sup>.

### I tre messaggi AIFA ai cittadini

**1. Gli antibiotici vanno usati solo quando necessario (formula vaga!), dietro prescrizione medica, ... informare sui rischi potenziali connessi all'autocura ...**

**Commento (C).** La formulazione non promuove empowerment, né processi decisionali informati e condivisi, rende gli assistiti passivi, li spinge a deleghe incondizionate.

In realtà l'autocura in Italia è del tutto marginale<sup>1</sup>: il **94% delle assunzioni di antibiotici è generato dal medico**, il 2% dal farmacista.

Bisogna riconoscere che una parte dei medici europei è oggi forte concausa di abuso di antibiotici. Oltre a intensificare la formazione e l'informazione di medici e cittadini basate sulle prove, va dato molto sostegno ai medici che prescrivono in modo razionale (N.B. chi consegna all'assistito schede come questa è probabile sia uno di loro).



**2. Gli antibiotici non curano malattie virali. Raffreddore, influenza e altre affezioni virali respiratorie vanno attentamente valutate dal medico, il solo in grado di stabilire se sono virali o batteriche.**

**C.** Di nuovo il messaggio spinge solo a delegare, non tenta di promuovere empowerment. Tra le tante misure proposte<sup>2</sup>, si ricorda un'efficace educazione sanitaria, anche scritta, per pazienti che la possano recepire, perché **non chiedano antibiotici** (v. conclusioni) e guardino con rispetto al medico che, motivandolo, resiste a richieste infondate.

**3. Usare bene gli antibiotici è una responsabilità verso la propria salute ... e responsabilità collettiva, poiché il loro uso improprio mette a rischio la salute della collettività.**

**C.** È un messaggio corretto nella forma, ma astratto, di scarso stimolo a riflessioni personali e basso impatto emotivo. Sarebbe meglio dire chiaramente che:

per infezioni respiratorie come **raffreddore, rinosinusite, tosse/bronchite, sindromi influenzali**, di regola **gli antibiotici sono inutili ed espongono a rischi presenti e futuri, sia il paziente che i suoi familiari** (per trasmissione di batteri resi resistenti).

Dunque **la norma è evitare antibiotici**, lasciando all'autonomia del medico la decisione di fare eventuali eccezioni.

### A. Donzelli, Area Educazione Appropriata – ATS Milano

1. Special Eurobarometer 445. Antimicrobial Resistance. Report. June 2016.
2. Per bibliografia v. *Pillola di BPC* per medici 134-135/2016. *Fondazione Allineare Sanità e Salute*.
3. *Pillole di ES 117/2016* Antibiotici e sovrappeso // **4. Pillole di ES 113/2016** Batteriurie asintomatiche.

**(a)** Per mal di gola **sospetto per streptococco di gruppo A** (es. febbre persistente, sudore notturno, linfonodi del collo ingrossati, tonsille gonfie e coperte di essudato, puntini rossi a capocchia di spillo molto fitti sulla pelle)<sup>2</sup>, se c'è un test rapido positivo il medico prescriverà antibiotici.

**(b)** Nel dubbio si tratti di polmonite, la PCR tutela paziente e medico nel decidere l'eventuale terapia antibiotica (che il medico potrà interrompere dopo 5 giorni, se non c'è più febbre né instabilità<sup>2</sup>).

Se un laboratorio, avvertito, riceve una provetta di sangue con richiesta urgente di PCR, per avere la risposta telefonica basta un'ora.

**(c)** **L'aumento nel tempo di recidive in chi riceve antibiotici** è un danno poco noto ma ben dimostrato: ad es. con **otiti medie acute** ci sono **2,5 volte più ricorrenze** nei 6 mesi successivi<sup>2</sup>, per **batteriurie asintomatiche ~5 volte più ricorrenze** nell'anno seguente<sup>2</sup>; ciò è possibile anche per cistiti.

#### Diritti in Salute

Conoscere i propri diritti fa bene alla salute  
Spesa finanziata dal Ministero dello Sviluppo Economico ai sensi del Decreto 6 agosto 2015

**DIRITTI  
IN SALUTE**

**ALTROCONSUMO**  
Il tuo punto di forza

**ACU**  
Associazione Consumatori e Cittadini  
Organizzazione senza scopo di lucro