

Il contrasto *One Health* all'antimicrobico resistenza in Emilia-Romagna

CONVEGNO

Bologna, 2 dicembre 2024

Le esperienze di implementazione locale delle schede regionali per la gestione delle infezioni

Area Vasta Nord

Sergio Mezzadri

Gruppo Buon Uso degli antibiotici Reggio Emilia





Aprile 2022 Progetto di miglioramento Medicina Territoriale

PROTOCOLLI PER IL BUON USO DEGLI ANTIBIOTICI IN COMUNITÀ


1/4/2022 Presentazione progetto Direzioni

STEP 1: Condivisione del progetto alla Direzione Aziendale

Condivisione con la direzione aziendale (Direzione Generale, Direzione Sanitaria, Responsabile Rischio Clinico) del rationale del progetto, esplicitandone tempi, modi e obiettivi da raggiungere.

Strutture coinvolte: Direzione Sanitaria, Rischio Clinico, Rappresentati del Gruppo operativo antibiotici, Dipartimento Cure Primarie (Direttore del Dipartimento), Servizio Farmaceutico, Gruppo Operativo Antibiotici

3/1/2023

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia IRCCS Istituto di tecnologia avanzata e modelli innovativi in oncologia</p>	PROGETTO DI MIGLIORAMENTO	Pagina 1 di 10
	PROTOCOLLI PER IL BUON USO DEGLI ANTIBIOTICI IN COMUNITÀ	Codice DO 94 Progetto definito il: 01/04/2022
Comitato Controllo Rischio Infettivo Gestione del Rischio Clinico		

Estendere alla medicina territoriale i protocolli per la gestione delle infezioni batteriche più comuni

- Fornire supporto alle decisioni di terapia empirica con un approccio semplice, efficace ed economico
- Favorire una diagnosi clinica precisa e precoce come punto essenziale della qualità di una prescrizione antibiotica
- Ridurre l'emergenza di antibiotico-resistenza in comunità
- Affiancare all'antimicrobial stewardship in ospedale, strategie di governo della terapia in campo territoriale



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA



Dipartimenti, Unità Operative, Servizi coinvolti nel progetto

- 1. Dipartimento Cure Primarie**
2. Dipartimento di Emergenza Urgenza
3. Dipartimento Farmaceutico
4. Direzione Sanitaria
- 5. Gruppo appropriatezza prescrittiva**
6. Gruppo operativo antibiotici
7. Laboratori di Microbiologia
8. Malattie Infettive
9. Medici Continuità Assistenziale Az. USL Reggio Emilia
- 10. Medici Medicina Generale Az. USL Reggio Emilia**
- 11. Pediatri di Libera Scelta Az. USL Reggio Emilia**
12. Rischio Clinico

Schema di lavoro: co-scrittura



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA



Documento in bozza creato da un gruppo multidisciplinare → NCP occupati nella revisione, ciascun distretto su un apparato, restituzione → approvazione finale da parte di due gruppi di lavoro (Gruppo Antibiotici e Gruppo di Appropriatezza Prescrittiva)

**INCONTRI DI NUCLEO DI
CURE PRIMARIE DEDICATI**



**APPROFONDIMENTO DATI
FARMACOUTILIZZAZIONE**



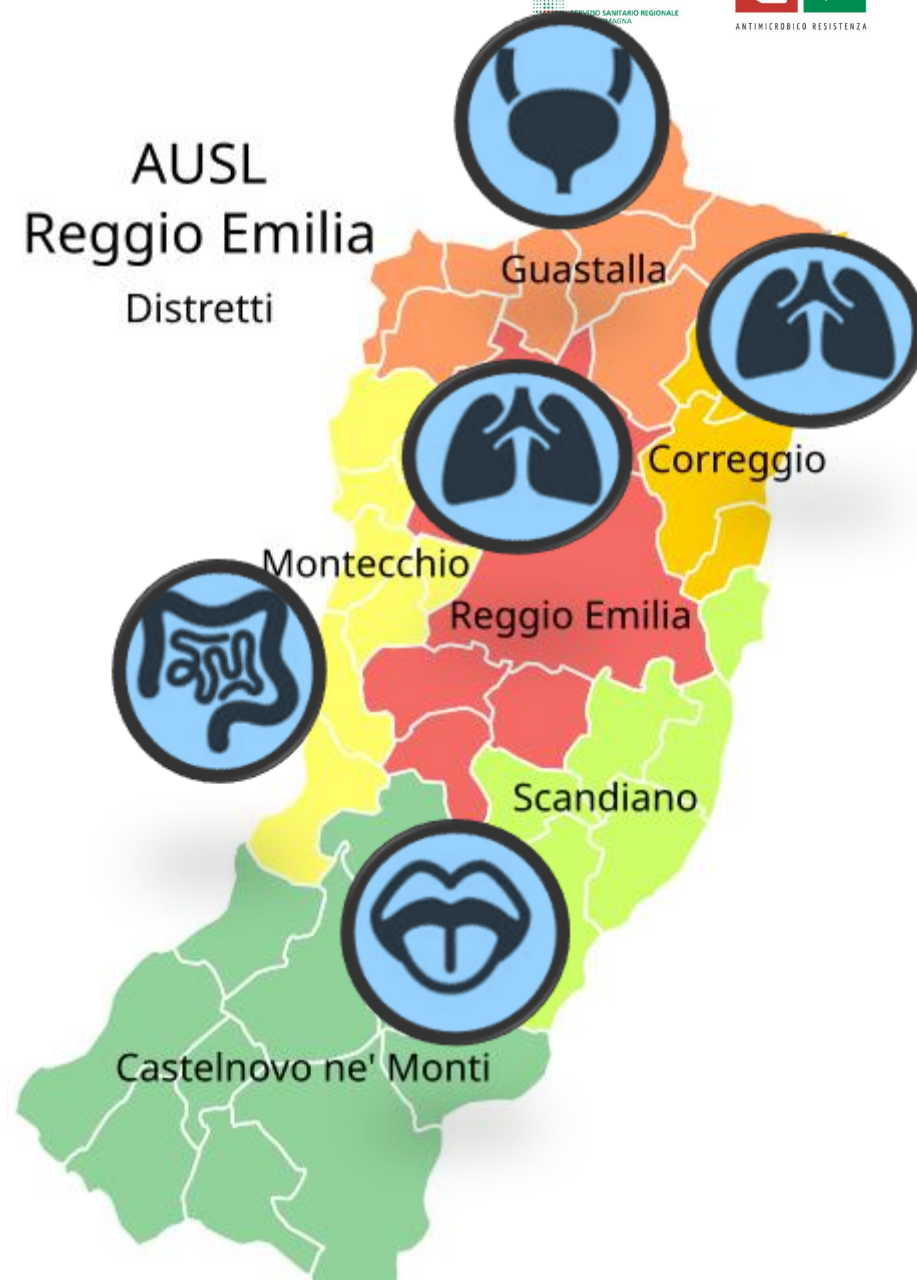
**PROTOCOLLI DI
TRATTAMENTO**



Schema di lavoro



21 Schede per diversi distretti anatomici Revisioni suddivise per NCP provinciali



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

Documenti aziendali | Privacy | Posta | Rubrica | Mappe | Sito Internet

Home | Direzione | IRCCS | Presidio Ospedaliero Provinciale | Territorio | Dip. Amm.vo/Tecnico | Staff | Organismi collegati

Prontuario dei Chemioterapici

Antibiotici in Comunità

Schede farmaco in Comunità

Area Riservata

Schede Farmaco

ANTIBIOTICI IN COMUNITÀ

Le linee guida sull'uso degli antimicrobici per il trattamento in ambito comunitario o ambulatoriale sono destinate esclusivamente all'uso da parte di professionisti sanitari per il trattamento dei pazienti adulti. L'obiettivo di questi documenti è quello di ottimizzare l'utilizzo degli antimicrobici nel breve periodo e, nel lungo periodo, di contenere il numero e la frequenza delle resistenze batteriche. Le indicazioni non sono da ritenersi vincolanti per la scelta degli schemi di terapia, ma riflettono la migliore pratica rispetto alla terapia antimicrobica e la sensibilità microbiologiche locali.

PT02 - Uso appropriato degli antibiotici

Infezioni ORECCHIO e NASO	Infezioni RESPIRATORIE	Infezioni ADDOMINALI
 FARINGITI OTITI RINOSINUSITI	 BPCO BRONCHITI POLMONITI	 GASTROENTERITI ...
 IVU UOMO IVU DONNA IVU DONNA IN GRAVIDANZA IVU CATETERE CORRELATE PIELONEFRITE PROSTATITE	 Infezioni CUTE e TESSUTI MOLLI	 PROCEDURE PROFILASSI ENDOCARDITE IN ODONTOIATRIA

NEWS - Antibiotici in Comunità

11/01/2024 Aggiornamento INFEZIONI RESPIRATORIE: POLMONITE Dosaggio DOXICICLINA: mantenimento portato a 100 mg ogp

STRUTTURA DEL DOCUMENTO

1. Diagnosi clinica (sulla base della semeiotica)
2. Approfondimenti diagnostici (esami quando necessari)
3. Quando inviare a visita specialistica oppure in PS
4. Quando iniziare terapia antibiotica
5. Linee di terapia antibiotica
6. Evidenze e dati epidemiologici locali
7. Fonti

<p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia</p> <p>Comitato Controllo Rischio Infettivo Gestione del Rischio Clinico</p>	DOCUMENTO GENERIC		Pagina 1 di 2			
	<p>INFEZIONI DELLE BASSE VIE AEREE – BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA RIACUTIZZATA</p> <p><i>Allegato al PT02 della Direzione Sanitaria "Uso appropriato degli antibiotici"</i></p>		Codice DOXX			
Rev 00 del						
<p>BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA RIACUTIZZATA (BPCO): DIAGNOSI CLINICA</p> <p>Gli antibiotici devono essere usati per trattare le riacutizzazioni della BPCO associate a una storia di espettorato più purulento. Pazienti con riacutizzazioni senza l'espettorato più purulento non necessitano di terapia antibiotica a meno che non vi siano segni clinici di polmonite. Alternativi trattamenti comprendono broncodilatatori e steroidi orali.</p>						
<p>ESAMI</p> <p>Non necessaria di routine la coltura sull'escreato; è indicata solo in caso di 2 o più esacerbazioni all'anno o fattori di rischio per Pseudomonas (BPCO in stadio avanzato, precedente isolamento di Pseudomonas, bronchiectasie, frequente esposizione ad antibiotici, frequenti ospedalizzazioni, corticosteroidi per via sistemica)</p> <p>In caso di esacerbazioni moderate-severe, la <u>pulsiossimetria</u> è di supporto.</p>						
<p>GESTIONE CLINICA DELL'INFEZIONE</p> <p>PRONTO SOCCORSO se dispnea severa, cianosi, saturimetria periferica (inferiore al 90%); evoluzione rapida nell'arco di ore, stato confusionale e/o soporoso; comorbidità importanti, peggioramento dei segni di ritenzione idro-salina; la persona vive sola oppure non ha una valida rete familiare di supporto.</p>						
<p>PRINCIPI DI TRATTAMENTO</p> <p>Valutare l'inizio del trattamento con antibiotico se:</p> <p>ESACERBAZIONE di GRADO LIEVE: Febbre > 38 C° da oltre 3 giorni + 1 criterio di Anthonisen (aumento escreato, escreato purulento, peggioramento dispnea)</p> <p>ESACERBAZIONE di GRADO MODERATO-SEVERO: Febbre > 38 C° da oltre 3 giorni OPPURE 2-3 criteri di Anthonisen (*) OPPURE Insufficienza respiratoria OPPURE più di 4 episodi di esacerbazione per anno.</p>						
<p>TERAPIA ANTIBIOTICA</p> <table border="1"> <tr> <td> <p>PRIMA LINEA:</p> <p>Amoxicillina (OS) 1.000 mg ogni 8 ore, per 5 giorni OPPURE <u>Doxiciclina</u> (OS) 200 mg il primo giorno, poi 100 mg una volta al dì, per 5 giorni totali</p> </td> <td> <p>SECONDA LINEA se allergia</p> <p>Claritromicina (OS) 500 mg ogni 12 ore, per 5 giorni</p> </td> <td> <p>POLI-TERAPIE o CONTESTI CON MDR (comorbidità, BPCO severa, riacutizzazioni frequenti, cicli antibiotici negli ultimi 3 mesi)</p> <p>Amoxicillina-Ac. <u>Clavulanico</u> (OS) 875-125 mg ogni 8 ore, per 5 giorni</p> </td> </tr> </table>				<p>PRIMA LINEA:</p> <p>Amoxicillina (OS) 1.000 mg ogni 8 ore, per 5 giorni OPPURE <u>Doxiciclina</u> (OS) 200 mg il primo giorno, poi 100 mg una volta al dì, per 5 giorni totali</p>	<p>SECONDA LINEA se allergia</p> <p>Claritromicina (OS) 500 mg ogni 12 ore, per 5 giorni</p>	<p>POLI-TERAPIE o CONTESTI CON MDR (comorbidità, BPCO severa, riacutizzazioni frequenti, cicli antibiotici negli ultimi 3 mesi)</p> <p>Amoxicillina-Ac. <u>Clavulanico</u> (OS) 875-125 mg ogni 8 ore, per 5 giorni</p>
<p>PRIMA LINEA:</p> <p>Amoxicillina (OS) 1.000 mg ogni 8 ore, per 5 giorni OPPURE <u>Doxiciclina</u> (OS) 200 mg il primo giorno, poi 100 mg una volta al dì, per 5 giorni totali</p>	<p>SECONDA LINEA se allergia</p> <p>Claritromicina (OS) 500 mg ogni 12 ore, per 5 giorni</p>	<p>POLI-TERAPIE o CONTESTI CON MDR (comorbidità, BPCO severa, riacutizzazioni frequenti, cicli antibiotici negli ultimi 3 mesi)</p> <p>Amoxicillina-Ac. <u>Clavulanico</u> (OS) 875-125 mg ogni 8 ore, per 5 giorni</p>				
<p>EVIDENZE</p> <p>Una metanalisi, con 21 Trials randomizzati in doppio cieco che coinvolgevano 10.698 pazienti, ha concluso che la risoluzione clinica ad un precoce follow-up era la stessa dopo un ciclo di terapia di 5 giorni (≤5 giorni; 77,2% risoluzione) in paragone a terapie più lunghe (> 5 giorni; 77,4% cure), nei pazienti con riacutizzazione lieve-moderata di BPCO (OR 0,99; 0.90-1,08). A Reggio Emilia S. <u>pneumoniae</u> sensibilità = 100% rispetto ad Amoxicillina. H. <u>influenzae</u> patogeno più frequente con resistenza ad Amoxicillina sino al 50%. I chinolonici respiratori non sono indicati per rischio di induzione di farmacoresistenza</p>						

Schede sovrapponibili al Progetto E-R



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA



ANTIMICROBICO RESISTENZA

STRUTTURA DEL DOCUMENTO

1. Diagnosi clinica (sulla base della semeiotica)
2. Approfondimenti diagnostici (esami quando necessari)
3. Quando inviare a visita specialistica oppure in PS
4. Quando iniziare terapia antibiotica
5. Linee di terapia antibiotica
6. Evidenze e dati epidemiologici locali
7. Fonti

DOCUMENTO GENERICO		Pagina 1 di 2	
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia Comitato Controllo Rischio Infettivo Gestione del Rischio Clinico		INFEZIONI D BRONCOPNEUMO R	
<i>Allegato al PT02 della Direzione S</i>			
BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA RIACUTIZZATA (BPCO): DIAGNOSI CLIN			
Gli antibiotici devono essere usati per trattare le riacutizzazioni della BPCO associate purulento non necessitano di terapia antibiotica a meno che non vi siano segni clinici di p			
ESAMI			
Non necessaria di routine la coltura sull'escreato; è indicata solo in caso di 2 o più esat isolamento di Pseudomonas, bronchiectasie, frequente esposizione ad antibiotici, frequer In caso di esacerbazioni moderate-severe, la <u>pulsiosimetria</u> è di supporto.			
GESTIONE CLINCA DELL'INFEZIONE			
PRONTO SOCCORSO se dispnea severa, cianosi, saturimetria periferica (inferiore al 90% peggioramento dei segni di ritenzione idro-salina; la persona vive sola oppure non ha un			
PRINCIPI DI TRATTAMENTO			
Valutare l'inizio del trattamento con antibiotico se: ESACERBAZIONE di GRADO LIEVE: Febbre > 38 C° da oltre 3 giorni + 1 criterio di Anthon ESACERBAZIONE di GRADO MODERATO-SEVERO: Febbre > 38 C° da oltre 3 giorni OPPU esacerbazione per anno.			
TERAPIA ANTIBIOTICA			
PRIMA LINEA: Amoxicillina (OS) 1.000 mg ogni 8 ore, per 5 giorni OPPURE <u>Doxiciclina</u> (OS) 200 mg il primo giorno, poi 100 mg una volta al dì, per 5 giorni totali		SECONDA LINEA se allerg Claritromicina (OS) 500 m	
EVIDENZE			
Una metanalisi, con 21 Trials randomizzati in doppio cieco che coinvolgevano 10.698 pazi terapia di 5 giorni (≤5 giorni; 77,2% risoluzione) in paragone a terapie più lunghe (> 5 gi Reggione Emilia S. <u>pneumoniae</u> sensibilità = 100% rispetto ad Amoxicillina. H. <u>influenzae</u> p sono indicati per rischio di induzione di farmacoresistenza			

Bronchite

Diagnosi clinica

Definizione
Infiammazione autolimitante dei bronchi caratterizzata da tosse persistente, con o senza febbre, generalmente causata da un'infezione virale.
N.B. Questa scheda non è riferita a condizioni quali broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) o altre broncopneumopatie croniche.

Segni e sintomi
Tosse (con o senza escreato), respiro affannoso, malessere generalizzato. All'auscultazione grossolani rantoli e crepitii che si risolvono con un colpo di tosse (se persistono considerare un'altra diagnosi).
I sintomi possono ricordare quelli della polmonite e comportare un trattamento inappropriato con antibiotici. Questo deve essere evitato attraverso un'attenta valutazione del paziente.

Criteri clinici
Esordio acuto (<2 settimane) di tosse di durata > 5 giorni +/- produzione di espettorato e dispnea (il colore dell'espettorato non indica un'infezione batterica) +/- febbre.
Di solito patologia lieve con tosse che normalmente persiste per 10-20 giorni (ma può durare più a lungo).
Considerare l'eziologia tubercolare in caso di sintomi a lenta insorgenza, tosse persistente (>2 settimane) in particolare nei pazienti ad alto rischio (provenienti da aree endemiche, infezione HIV ecc.)

Gestione dell'infezione

Principi di trattamento antibiotico
Il trattamento antibiotico non è raccomandato e deve essere evitato.

Terapia sintomatica
Mantenere una buona idratazione e cessare il fumo.
Paracetamolo: 500 mg - 1 gr per OS ogni 4-6 ore (dose massima 3 gr/die).
SE RISPONDA INSODDISFACENTE AL PARACETAMOLO:
Ibuprofene: 200 mg per OS ogni 4-6 ore o 400 mg per OS ogni 6-8 ore (dose massima 1.6 gr/die) se non controindicato e in assenza di rischio di grave interazione con altri farmaci (es. ACE inibitori).
L'impiego di broncodilatatori, corticosteroidi inalatori o sistemici, in assenza di forme ostruttive (asma, BPCO), non sembra apportare beneficio.

Follow up
È importante avvisare i pazienti che la tosse può durare fino a 3-4 settimane e non necessita di terapia antibiotica. Istruire i pazienti a fare una nuova visita medica di rivalutazione, se la clinica peggiora velocemente o in maniera importante e se i sintomi persistono per oltre 3-4 settimane.

Elementi di allerta

- Visita pneumologia non urgente: in caso di bronchiti ricorrenti e/o sospetta asma di nuova diagnosi.
- Considerare RX torace se tosse prolungata (oltre 3 settimane) e sintomi sistemici, febricola, calo ponderale, tracce ematiche nell'escreato (neoplasie, tubercolosi, altro).
- Invio in PS, in presenza di almeno uno tra i seguenti: dispnea severa +/- tachipnea, evoluzione rapida nell'arco di ore, cianosi, stato confusionale e/o soporoso, comorbidità importanti, peggioramento dei segni di ritenzione idro-salina.

Esami

Test microbiologici - Non necessari di routine.

Altri test diagnostici - Non necessari di routine. Dove disponibile la diagnosi può essere supportata dalla determinazione dei valori di proteina C reattiva con test point-of-care.

Razionale della terapia

Trattandosi di patologia prevalentemente ad eziologia virale e autolimitante, non è raccomandato il trattamento antibiotico.
Il trattamento antibiotico in assenza di evidenze di beneficio clinico determina solo l'aumento del rischio di effetti avversi e sviluppo di antimicrobico resistenza.

GANTT

Gennaio 2023 – Maggio 2024



	2023												2024				
	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag
ELABORAZIONE BOZZA DOC.	09/01 Ricezione bozza 1° doc		Entro 06/03 incontro gruppo redattori 15/03 Ricezione bozza 2° doc		Entro 12/05 incontro gruppo redattori 22/05 Ricezione bozza 3° doc		Entro 21/07 incontro gruppo redattori 07/08 Ricezione bozza 4° doc			Entro 23/10 incontro gruppo redattori	Redazione						
REVISIONE DOC. G.O. e GAP (1 mese)			Entro 13/03 invio bozza GO e GAP	14/04	Entro 22/05 invio bozza GO e GAP	23/06	Entro 28/07 invio bozza GO e GAP		22/09	Entro 30/10 invio bozza GO e GAP	30/11	Prima Revisione					
REVISIONE DOC. DISTRETTO				Entro il 24/04 invio al distretto; programmazione incontro		Entro 23/06 restituzione osservazioni distretto	Entro il 03/07 invio al distretto; programmazione incontro		Entro 22/09 restituzione osservazioni distretto	Entro il 02/10 invio al distretto; programmazione incontro		Entro 04/12 restituzione osservazioni distretto	Entro il 09/12 invio al distretto; programmazione incontro	Seconda Revisione			
APPROVAZIONE DOC. G.O. e GAP (10 giorni)							07/07			06/10		15/12				Approvazione	
PUBBLICAZIONE e DIFFUSIONE DOC							Entro 30/07 – pubblicazione QW e intranet + Lettera DS			Entro 31/10 – pubblicazione QW e intranet + Lettera DS			Entro 15/01 – pubblicazione QW e intranet + Lettera DS				Entro 12/04 – pubblicazione QW e intranet + Lettera DS
FORMAZIONE							preparazione materiale formativo e slide kit		formazione DESTINATARI		preparazione materiale formativo e slide kit	formazione DESTINATARI		preparazione materiale formativo e slide kit	formazione DESTINATARI	preparazione materiale formativo e slide kit	formazione DESTINATARI

Formazione FAD obbligatoria 4 ore in due incontri replicati per i 4 distretti anatomici



Formazione al CAU Maggio – Giugno 2024

PS e CAU fase di transizione organizzativa

10-20% dei pazienti in PS sono presentazioni per cause infettive

- **Come viene letto deterioramento clinico del paziente sul territorio?**
- **Come guidare l'utilizzo dei Point Of Care Test?**
- **Integrazione con i programmi per le terapie parenterali sul territorio OPAT?**

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMANGNA Azienda Sanitaria Locale di Reggio Emilia

Documenti aziendali | Privacy | Posta | Rubrica | Mappe | Staff | Site Internet

Home Direzione IRCCS Presidio Ospedaliero Provinciale Territorio Dip. Amm.vo/Tecnico Staff Organismi collegiali

Home > Direzione > Direzione Sanitaria > Comitato Medical Operativo > Antibiotici e MAC > Pagina: default

Prontuario dei Chemioterapici

Antibiotici in Comunità

Schede farmaco in Comunità

Area Riservata

Schede Farmaco

ANTIBIOTICI IN COMUNITÀ

Le linee guida sull'uso degli antimicrobici per il trattamento in ambito comunitario o ambulatoriale sono destinate esclusivamente all'uso da parte di professionisti sanitari per il trattamento dei pazienti adulti. L'obiettivo di questi documenti è quello di ottimizzare l'utilizzo degli antimicrobici nel breve periodo e, nel lungo periodo, di contenere il numero e la frequenza delle resistenze batteriche. Le indicazioni non sono da ritenersi vincolanti per la scelta degli schemi di terapia, ma riflettono la migliore pratica rispetto alla terapia antimicrobica e le sensibilità microbiologiche locali.

PT02 - Uso appropriato degli antibiotici

Infezioni ORECCHIO e NASO

FARINGITI
OTITI
RINOSINUSITI

Infezioni RESPIRATORIE

BPCO
BRONCHITI
POLMONITI

Infezioni ADDOMINALI

GASTROENTERITI

Infezioni VIE URINARIE

IVU UOMO
IVU DONNA
IVU DONNA IN GRAVIDANZA
IVU CATETERE CORRELATE
PIELONEFRITE
PROSTATITE

Procedure

PROFILASSI ENDOCARDITE IN ODONTOIATRIA

NEWS - Antibiotici in Comunità

11/01/2024 Aggiornamento INFEZIONI RESPIRATORIE: POLMONITE Dosaggio DOXICICLINA: mantenimento portato a 100 mg ogni

----- Forwarded message -----

Da: Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Reggio Emilia <odmeo@email-service.it>

Date: gio 4 lug 2024 alle ore 13:34

Subject: Protocollo per la profilassi delle endocarditi infettive in ambito medico e odontoiatrico

To: RAGNI PIETRO RAGNI <pietroragni.re@gmail.com>

**Protocollo per la profilassi delle endocarditi infettive
in ambito medico e odontoiatrico**

Cari Colleghi,

abbiamo ricevuto dal dott. Sergio Mezzadri, infettivologo coordinatore del Gruppo per il buon uso degli antibiotici dell'AUSL di Reggio Emilia, il documento che aggiorna il precedente protocollo per la profilassi antibiotica dell'endocardite infettiva (EI) nei pazienti a rischio, basato sulle Linee Guida internazionali più recenti.

In particolare, nel 2023 la Società Europea di Cardiologia ha aggiornato le linee guida (LG) sull'EI, che raccomandano la AP prima delle procedure odontoiatriche e di alcune procedure non odontoiatriche invasive per i pazienti ad alto rischio.

Il protocollo ha la finalità di prevenire per quanto possibile l'EI e al contempo di non utilizzare antibiotici inutilmente.

Si sottolinea che anche nelle nuove LG la profilassi non è raccomandata di routine per le persone a rischio intermedio. Al riguardo, si invitano i Colleghi a leggere con attenzione il relativo paragrafo nel documento.

Come concordato con il dott. Mezzadri, si riportano due precisazioni:

1. Per "procedure invasive su cute e tessuti molli" si intendono non le comuni iniezioni intramuscolari o sottocutanee, bensì procedure più invasive quali ad es. punture arteriose, agoaspirato midollare, procedure invasive vascolari periferiche o linfatiche, biopsie percutanee.
2. I farmaci di scelta per la profilassi negli allergici alla penicillina sono in Italia off-label per questo utilizzo e di conseguenza in questo caso la loro prescrizione richiede l'acquisizione del consenso informato scritto, secondo le modalità previste dalla Legge 04/08 (c.d. "Legge Di Bella"), art. 5.

In particolare: *Il medico deve ottenere il consenso del paziente al trattamento medico e specificare nella ricetta le esigenze particolari che giustificano il ricorso alla prescrizione estemporanea. Di norma, la prescrizione non deve essere a carico SSM.*

Principi attivi per gli allergici alla penicillina assumibili per os e dosi raccomandati dalle LG Europee sono indicati di seguito, ognuno da somministrare 30-60 minuti prima della procedura.

Principio attivo

Adulti

Bambini

Azitromicina o claritromicina

500 mg

15 mg/kg

Doxiciclina

100 mg

< 45 kg, 2,2 mg/kg

> 45 kg, 100 mg

Per chiarimenti o suggerimenti è possibile scrivere al Gruppo provinciale sul buon uso degli antibiotici a: gruppoantibiotici@aust.re.it

Con l'occasione ringraziamo il dott. Sergio Mezzadri e il Gruppo operativo da lui coordinato.

Si può consultare cliccando qui la [Scheda per la profilassi delle endocarditi collegata alle procedure odontoiatriche e non odontoiatriche](#)

LA PRESIDENTE

Dott.ssa Anna Maria Ferrari

IL PRESIDENTE CAO

Dott. Gianluca Davoli

IL VICE PRESIDENTE

Dott. Pietro Ragni



OMCeO
Reggio Emilia

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Reggio Emilia



Tempi di lavoro Gennaio 2023 – Maggio 2024



	2023												2024				
	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag
ELABORAZIONE BOZZA DOC.	09/01 Ricezione bozza 1° doc		Entro 06/03 incontro gruppo redattori 15/03 Ricezione bozza 2° doc		Entro 12/05 incontro gruppo redattori 22/05 Ricezione bozza 3° doc		Entro 21/07 incontro gruppo redattori 07/08 Ricezione bozza 4° doc			Entro 23/10 incontro gruppo redattori	Redazione						
REVISIONE DOC. G.O. e GAP (1 mese)			Entro 13/03 invio bozza GO e GAP	14/04	Entro 22/05 invio bozza GO e GAP	23/06	Entro 28/07 invio bozza GO e GAP		22/09	Entro 30/10 invio bozza GO e GAP	30/11	Prima Revisione					
REVISIONE DOC. DISTRETTO				Entro il 24/04 invio al distretto; programmazione incontro		Entro 23/06 restituzione osservazioni distretto	Entro il 03/07 invio al distretto; programmazione incontro		Entro 22/09 restituzione osservazioni distretto	Entro il 02/10 invio al distretto; programmazione incontro		Entro 04/12 restituzione osservazioni distretto	Entro il 09/12 invio al distretto; programmazione incontro	Seconda Revisione			
APPROVAZIONE DOC. G.O. e GAP (10 giorni)							07/07			06/10		15/12				Approvazione	
PUBBLICAZIONE e DIFFUSIONE DOC							Entro 30/07– pubblicazione QW e intranet + Lettera DS			Entro 31/10– pubblicazione QW e intranet + Lettera DS			Entro 15/01– pubblicazione QW e intranet + Lettera DS				Entro 12/04– pubblicazione QW e intranet + Lettera DS
FORMAZIONE							preparazione materiale formativo e slide kit	formazione DESTINATARI		preparazione materiale formativo e slide kit	formazione DESTINATARI		preparazione materiale formativo e slide kit	formazione DESTINATARI	preparazione materiale formativo e slide kit	formazione DESTINATARI	formazione DESTINATARI

+ Formazione al CAU

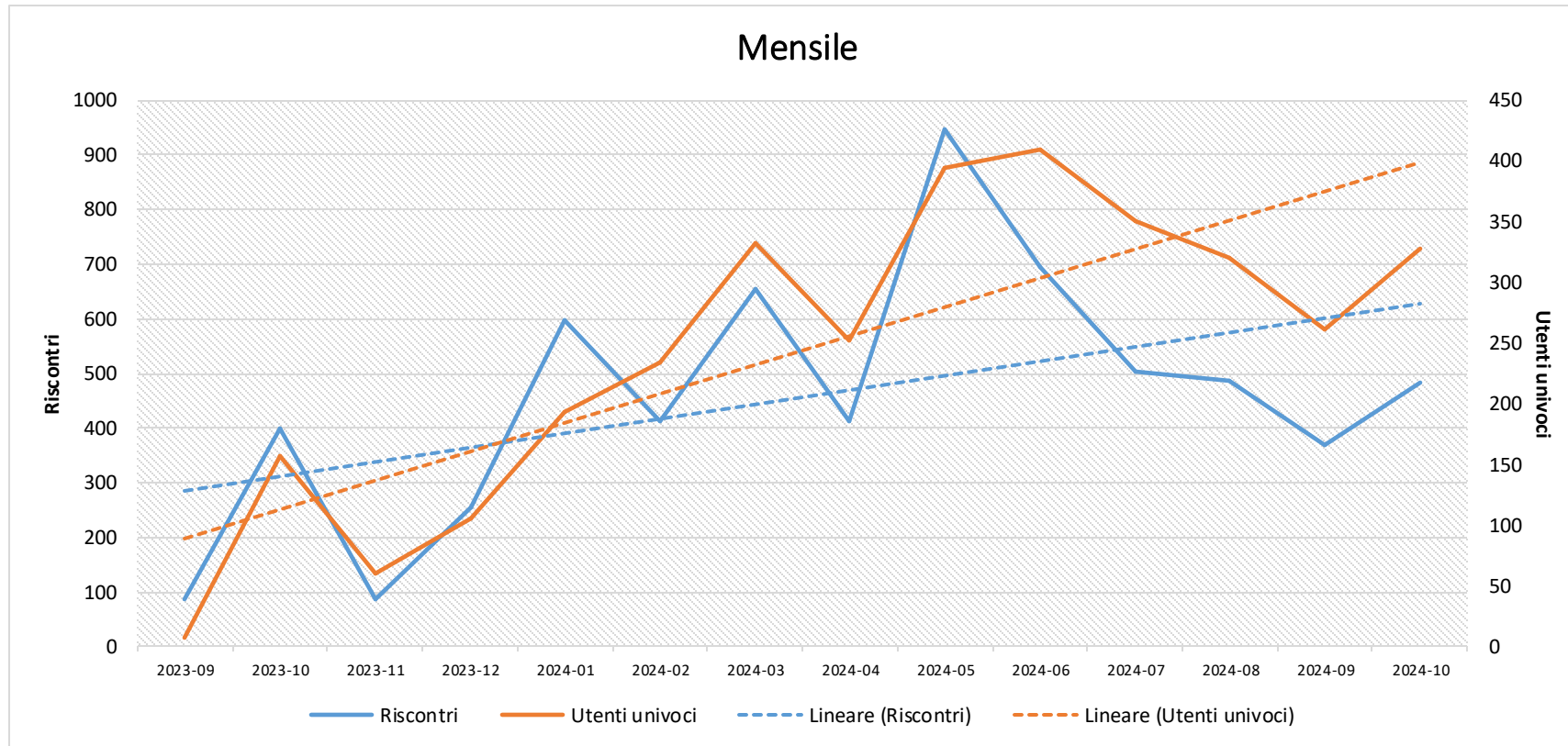
+ Gruppo di lavoro Regionale esteso alle schede per i PLS

+ Fase indicatori Dicembre 2025

E' UN LAVORO APPREZZATO?



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA



COME SUPPORTARLO



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA



NUMERO TELEFONICO Call Center SPOC

0522-338755

ATTIVO DA LUNEDI' A VENERDI'



ORE 11:00 - 13:00

SELEZIONE	SPECIALITA'
1#	Laboratorio Chimico Clinico
2#	Malattie Infettive
3#	Medicina cardiovascolare - Centro emostasi
4#	Medicina Cardiovascolare - Ipertensione
5#	Medicina TrASFusionale
6#	Otorinolaringoiatria

ORE 14:30 - 16:30

SELEZIONE	SPECIALITA'
7#	Anestesia - Terapia Antalgica
8#	Chirurgia Generale e d'Urgenza
9#	Ematologia
10#	Endocrinologia
11#	Gastroenterologia e Endoscopia digestiva
12#	Ginecologia e Ostetricia
13#	Nefrologia
14#	Neonatologia
15#	Neurologia
16#	Pediatria
17#	Pneumologia
18#	Reumatologia

Data	Scelta	Servizio	Ricevute	% risposta	% specialità su totale chiamate
		Totale da 15/01/2024 al 03/11/2024	5159	90,2%	100,0%
Totale	1	Laboratorio Chimico Clinico	52	100,0%	1,0%
Totale	2	Malattie Infettive	790	95,4%	15,3%
Totale	3	Medicina Cardiovascolare - Centro emostasi	546	98,4%	10,6%
Totale	4	Medicina Cardiovascolare - Ipertensione	116	99,1%	2,2%
Totale	5	Medicina TrASFusionale	191	95,3%	3,7%
Totale	6	Otorinolaringoiatria	68	100,0%	1,3%
Totale	7	Anestesia - Terapia Antalgica	33	69,7%	0,6%
Totale	8	Chirurgia Generale e d'Urgenza	50	100,0%	1,0%
Totale	9	Ematologia	969	93,7%	18,8%
Totale	10	Endocrinologia	310	91,9%	6,0%
Totale	11	Gastroenterologia e Endoscopia digestiva	363	98,6%	7,0%
Totale	12	Ginecologia e Ostetricia	110	93,6%	2,1%
Totale	13	Nefrologia	634	77,4%	12,3%
Totale	14	Neonatologia	6	100,0%	0,1%
Totale	15	Neurologia	267	76,0%	5,2%
Totale	16	Pediatria	18	100,0%	0,3%
Totale	17	Pneumologia	314	90,1%	6,1%
Totale	18	Reumatologia	322	68,0%	6,2%

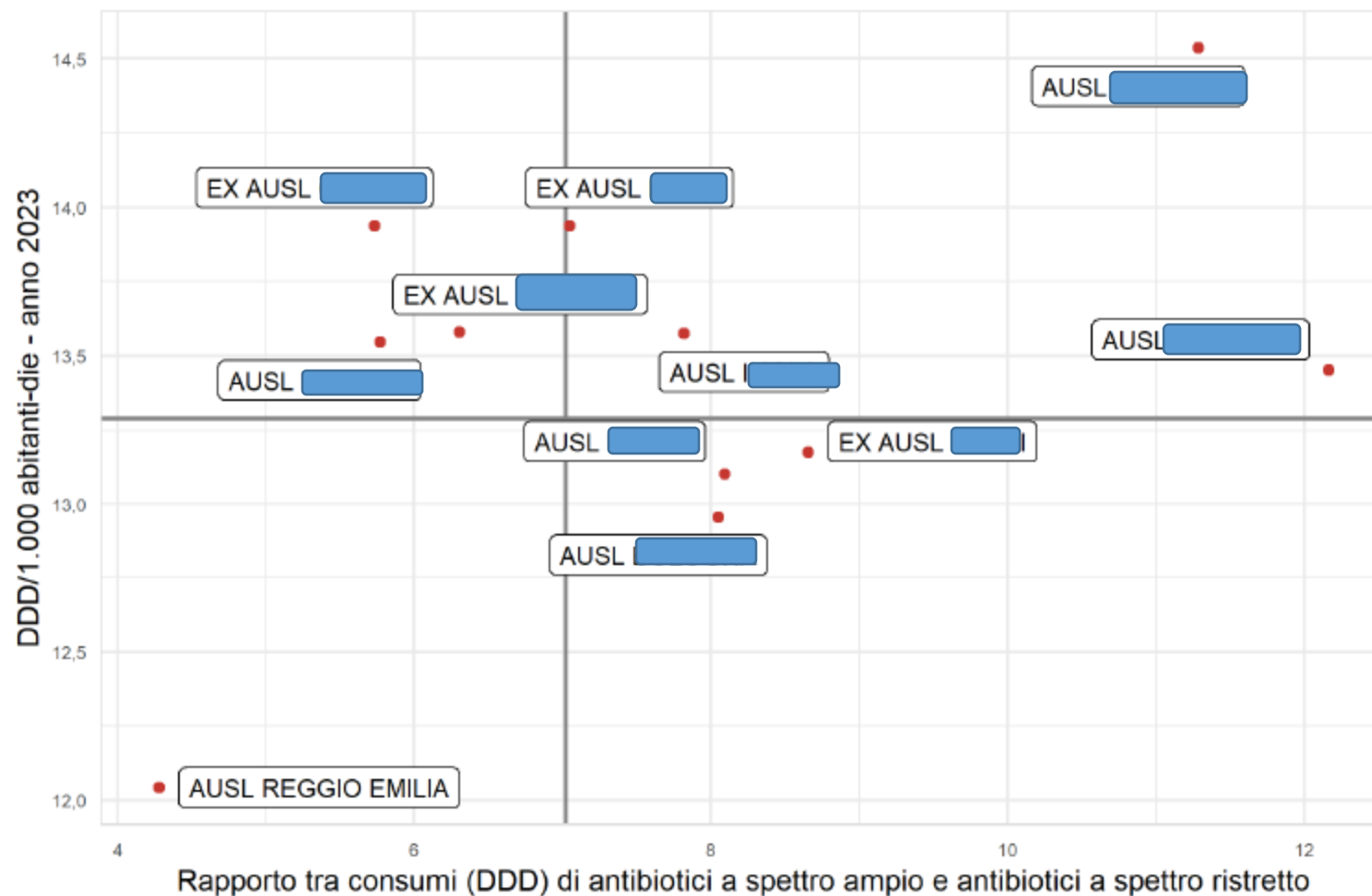
Distribuzione del tasso di consumo territoriale di antibiotici e del rapporto antibiotici a spettro ampio /antibiotici a spettro ristretto per Azienda USL (AFT/FED 2023)

Rapporto AIFA 2022

Spesa media ER pro capite 6,53 euro

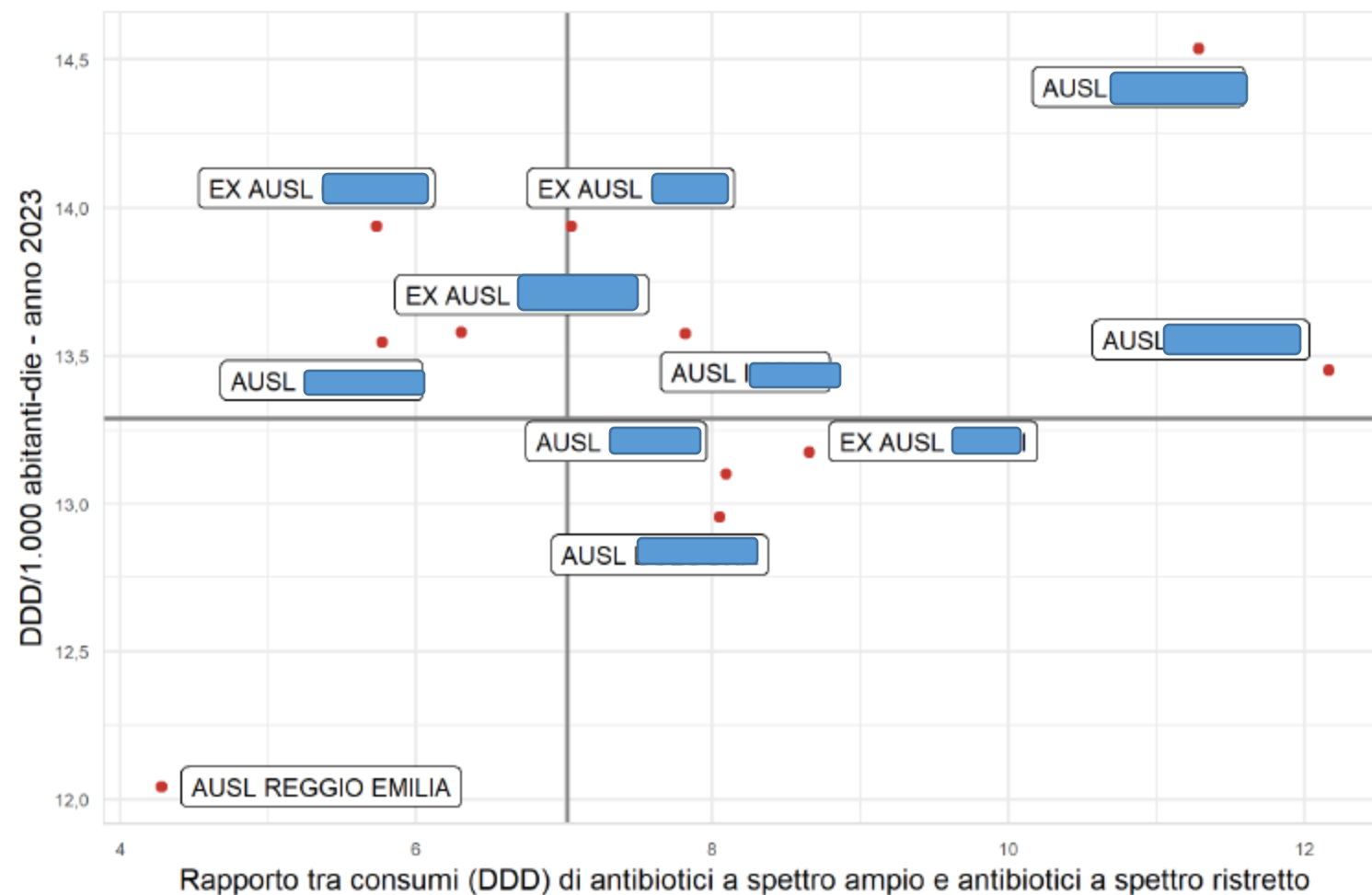
Spesa media in Italia 9,23

Spesa media peggior regione pro capite 21 euro



Distribuzione del tasso di consumo territoriale di antibiotici e del rapporto antibiotici a spettro ampio /antibiotici a spettro ristretto per Azienda USL (AFT/FED 2023)

Un programma di Stewardship può avere un impatto anche nel contesto più virtuoso? Durante la peggiore stagione influenzale degli ultimi anni?



Antimicrobial stewardship program for antibiotic use in the community: impact of multidisciplinary local guidelines during the 2023-2024 influenza a H1N1 season in northern Italy



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA



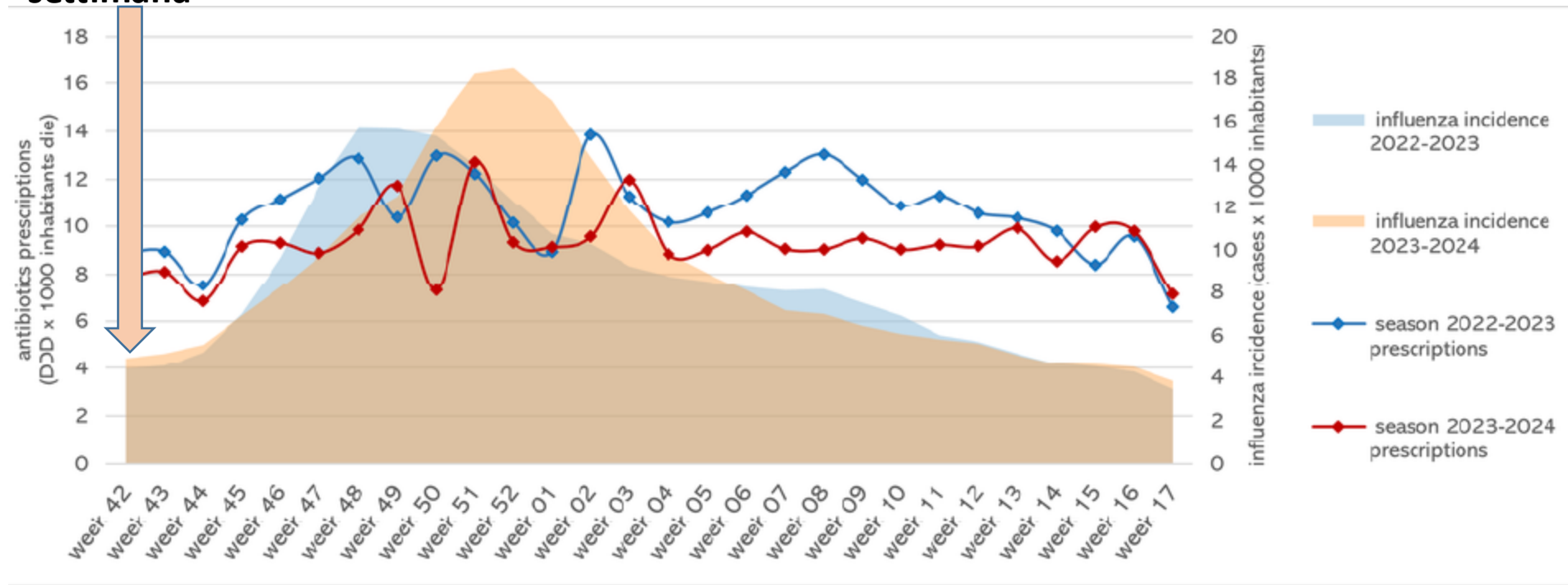
05. New antibacterial agents, PK/PD & Stewardship

05d. Antimicrobial stewardship and prescribing (incl interventions, monitoring, impact, decision-support/prediction tools, behavioural aspects)

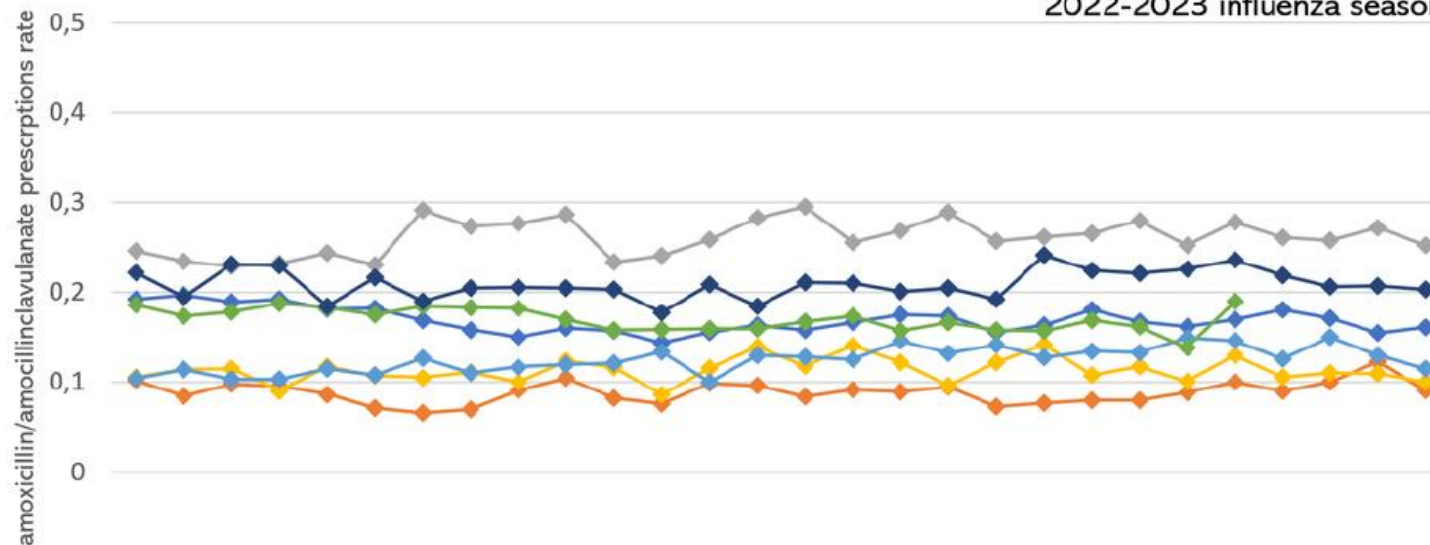
R. Corsini¹, P. Pavone¹, L. Donghi¹, S. Filippini¹, A. Valcavi¹, S. Filippi¹, F. Marchi¹, F. Violi¹, A. Gandolfi¹, E. Casini¹, M. Bardarp¹, G. Russello¹, P. Nardini¹, G. Formoso¹, G. Dolci¹, S. Mezzadri¹.

¹AUSL-IRCCS Reggio Emilia - Reggio Emilia (Italy)

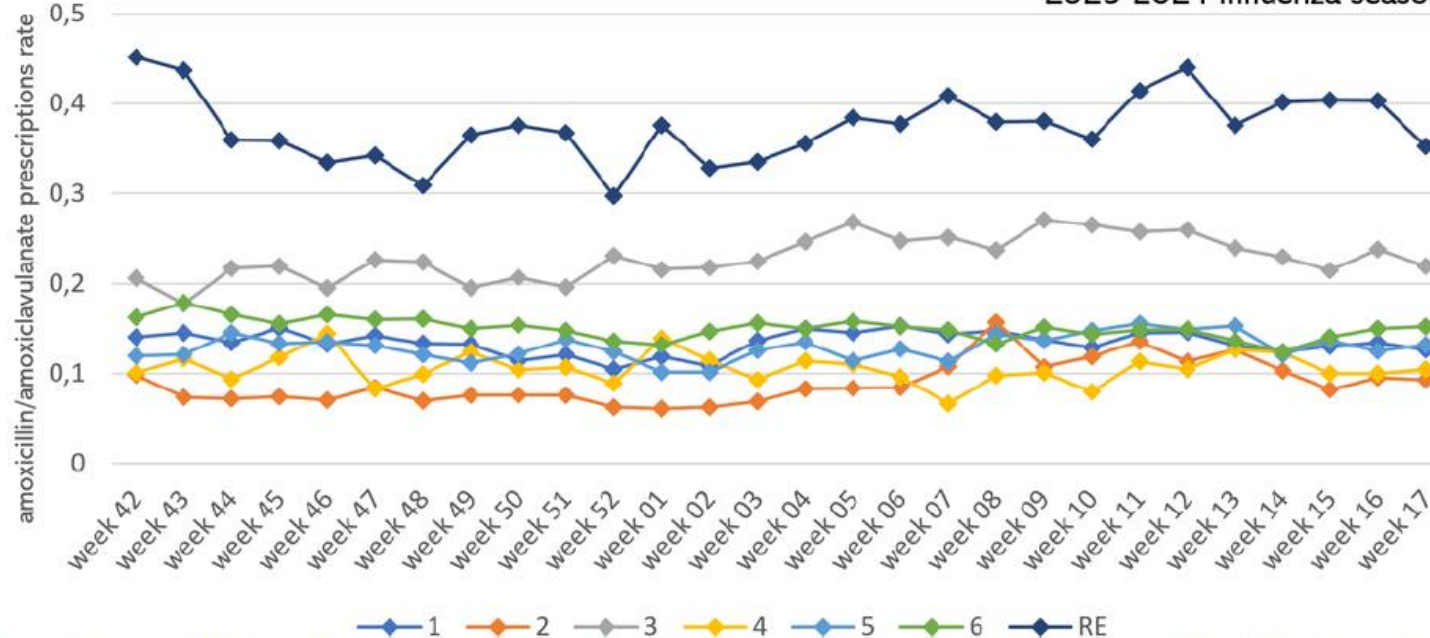
Formazione alla 42^o settimana



2022-2023 influenza season



2023-2024 influenza season



Amoxicillin/amoxicillin-clavulanate rate of prescription of Reggio Emilia (RE) and all other provinces of Emilia-Romagna (1-6)

Il progetto delle schede territoriali ha fatto migliorare il rapporto amoxi-amoxi-clav

Schema di lavoro per ciascuna patologia



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA



DIR. SANITARIA – DIP. CURE PRIMARIE - RISCHIO CLINICO

1

REDAZIONE



Gruppo dei redattori

- Infettivologi
- Microbiologi
- Farmacisti
- MMG Referenti
- Medici PS

2

PRIMA REVISIONE



Gruppo dei revisori aziendali

- Gruppo Operativo Antibiotici
- **Gruppo Appropriately Prescrittiva (GAP)**

3

SECONDA REVISIONE



Gruppo dei revisori MMG

- per area e patologia

4

APPROVAZIONE



Gruppo dei revisori aziendali

- Gruppo Operativo Antibiotici
- **Gruppo Appropriately Prescrittiva (GAP)**

5

PUBBLICAZIONE - DIFFUSIONE - FORMAZIONE

Schema di lavoro per ciascuna AUSL



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMANGNA



ANTIMICROBICO RESISTENZA

DIR. SANITARIA – DIP. CURE PRIMARIE – GRUPPI ANTIBIOTICI

1

REDAZIONE



Gruppo di lavoro regionale

- Infettivologi
- Microbiologi
- Farmacisti
- MMG
- PLS

2



REVISIONE



Gruppo dei revisori MMG

area e patologia

4

APPROVAZIONE



Gruppo dei revisori aziendali

- Gruppo Operativo Antibiotici
- **Gruppo Appropriata Prescrittiva (GAP)**

5

PUBBLICAZIONE - DIFFUSIONE - FORMAZIONE



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA



TAKE AUSL MESSAGE

- AGIRE DI CONCERTO CON LE DIREZIONI
- RUOLO E VALORIZZAZIONE DEL FARMACEUTICO
- VETERINARI – MMG – PLS – ODONTOIATRI – CAU – PRONTO SOCCORSO – CONTINUITA' ASSISTENZIALE **LAVORARE INSIEME!!**

Le schede Regionali sono un'opportunità per integrare l'AMS con tutti gli operatori che si occupano del paziente (uomo/animale) che necessita di terapia antibiotica



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA



Grazie per l'attenzione

sergio.mezzadri@ausl.re.it