

La resistenza antimicrobica e le infezioni correlate all'assistenza (Ica) costituiscono il filo rosso che attraversa tre contributi di questo fascicolo, avvicinando prospettive disciplinari diverse – chirurgica, farmaceutica e organizzativa – attorno a un problema di salute pubblica di primissimo piano.

Il punto di partenza è offerto dalla rassegna di Sartelli e Labricciosa (pagina 121), che inquadra con rigore sistematico i principi e le barriere dell'infection prevention and control (Ipc). Gli autori ricordano come una quota consistente delle Ica sia prevenibile e come l'antimicrobico-resistenza (Amr) ne amplifichi la pericolosità. I dati italiani confermano un quadro preoccupante: la risposta non può essere solo tecnica. Sartelli e Labricciosa insistono sulla necessità di un cambio culturale profondo, che trasformi la prevenzione delle infezioni da procedura burocratica a postura professionale condivisa.

Su questo terreno si innesta direttamente il contributo di D'Alonzo e colleghi dell'Istituto Ortopedico Rizzoli (pagina 129), che affronta il nesso tra farmacovigilanza e antibioticoresistenza attraverso l'analisi di dati di real world. Il contributo dei farmacisti ospedalieri si è rivelato determinante: analizzando le consulenze infettivologiche, hanno intercettato ADR documentate ma non trasmesse alla Rete Nazionale di Farmacovigilanza. I farmaci più coinvolti appartengono alla categoria "Reserve" dell'Oms, ovvero alle ultime risorse terapeutiche. Il fatto che la sospensione e la sostituzione di questi antibiotici – resa necessaria dalle ADR – possa contribuire allo sviluppo di resistenze batteriche chiude un cerchio inquietante: l'uso inappropriato non riguarda solo la prescrizione eccessiva, ma anche la gestione degli effetti avversi. D'Alonzo e il suo gruppo dimostrano che la farmacovigilanza, se praticata con metodo e spirito multidisciplinare, è a tutti gli effetti uno strumento di antimicrobial stewardship.

Il terzo contributo, a firma di Lacerenza e colleghi dell'Ausl Toscana Sud Est (pagina 137), sposta la prospettiva dal reparto al territorio, proponendo un'analisi value-based healthcare (Vbhc) del programma OPAT (Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy). L'idea è semplice ma potente: trasferire la somministrazione parenterale di antibiotici dall'ospedale al domicilio del paziente, applicando metodiche Lean per mappare i flussi, ridurre gli sprechi e massimizzare il valore percepito. La connessione con i contributi precedenti è immediata: gli antibiotici più utilizzati nel programma OPAT sono quelli che compaiono nei report di ADR del Rizzoli e in cima alle liste di allerta dell'Amr. Usarli bene – nella sede giu-

sta, con la durata corretta, monitorando le reazioni avverse – è una questione clinica, etica ed economica al tempo stesso.

I tre articoli, letti insieme, disegnano una traiettoria coerente: le Ica si prevengono con cultura e protocolli (Sartelli), si gestiscono meglio con farmacovigilanza attiva (D'Alonzo), si trattano in modo più sostenibile spostando le cure vicino alle persone (Lacerenza). Ogni anello di questa catena presuppone il precedente.

L'editoriale di Fabrizio Consorti (pagina 115) apre una finestra più ampia, e per certi versi più scomoda, sullo stato della medicina italiana. Consorti parte da un messaggio ricevuto da una sua ex studentessa, chirurga in un ospedale di provincia, che racconta turni da dodici ore, notti difficili, la fatica di conciliare una vocazione con una vita. Da quel frammento privato, l'autore prende le mosse per una diagnosi sistemica della crisi della professione medica, articolata lungo tre assi: sociologico, etico-deontologico e formativo.

Il quadro che emerge è quello di una professione stretta tra le forze che l'hanno trasformata nel corso degli ultimi decenni: l'aziendalizzazione del sistema sanitario, la crescente cultura consumeristica del paziente, la perdita di fiducia reciproca tra chi cura e chi è curato.

La sua proposta è di non fermarsi alla terapia sintomatica – più fondi, più personale, più tecnologia – ma di affrontare la fisiopatologia della crisi, che è prima di tutto culturale e formativa. Richiamando la filosofa Luigina Mortari, Consorti distingue tra il "curare" tecnico e l'"aver cura" etico: un passaggio che richiede non solo competenze aggiornate, ma capacità di ascolto profondo, competenza emotiva, saper stare con la sofferenza dell'altro.

Il cammino che Consorti indica è quello della formazione: una riforma coraggiosa che investa i corsi di laurea, le scuole di specializzazione, la formazione continua, e che includa le medical humanities non come ornamento opzionale ma come competenza fondamentale. I medici, argomenta, non devono più essere «buoni padri di famiglia» ma «affidabili, paritetici alleati per la cura»: professionisti che conoscono la medicina e riconoscono che i pazienti conoscono la propria vita.

È un invito a guardare alla crisi del sistema sanitario non soltanto come a un problema di risorse o di organizzazione, ma come a una questione di senso: che cosa significa curare, e come si impara a farlo bene, in un Paese e in un'epoca che cambiano più in fretta di quanto la medicina sappia adattarsi.