

Messaggi chiave per il pubblico

In quali casi devo prendere antibiotici?

Gli antibiotici non rappresentano la soluzione per le infezioni causate da virus come i normali raffreddori o l'influenza perché sono efficaci solo contro le infezioni batteriche. La diagnosi corretta e la decisione sull'impiego o meno degli antibiotici sono di esclusiva competenza di un medico.

Gli antibiotici non funzionano contro l'influenza e il raffreddore!

- Gli antibiotici sono efficaci solo contro le infezioni da batteri; ciò significa che non aiutano a guarire dalle infezioni causate da virus come i comuni raffreddori o l'influenza [1].
- Gli antibiotici non impediscono la trasmissione dei virus tra le persone.
- Prendere antibiotici quando non servono, ad esempio contro il raffreddore o l'influenza, non porta alcun beneficio [1, 2].
- L'uso non appropriato degli antibiotici ha come unica conseguenza lo sviluppo di resistenza nei batteri [3, 4, 5], cosicché può accadere che gli antibiotici non funzionino più proprio nel momento in cui sono necessari [6].
- Gli antibiotici inducono spesso effetti collaterali, come diarrea [1, 2, 7, 8].
- Seguire sempre le indicazioni del medico prima di prendere un antibiotico.

Come vanno presi gli antibiotici?

Una volta che il medico abbia confermato la necessità di assumere antibiotici, è importante usarli in modo responsabile.

Gli antibiotici vanno presi in modo responsabile!

- Nei batteri gli antibiotici inducono resistenza agli antibiotici stessi [3, 4, 5], pertanto è importante prendere antibiotici solo quando sono necessari e in modo corretto [1, 2, 9].
- Gli antibiotici vanno usati solo se prescritto dal medico e seguendo le sue indicazioni sulle modalità d'impiego; questo per far sì che gli antibiotici continuino ad essere efficaci anche in futuro.

- Gli antibiotici non utilizzati non vanno conservati [10], ma smaltiti secondo le modalità previste (chiedere al farmacista).

Perché gli antibiotici vanno usati in modo responsabile?

Usare gli antibiotici quando non servono o in modo non corretto può rendere i batteri resistenti ai successivi trattamenti. Si tratta di un rischio sanitario che riguarda non solo la persona che assume gli antibiotici in modo improprio ma anche chi sarà successivamente contagiato da questi batteri resistenti.

Ognuno di noi può e deve contribuire a far sì che gli antibiotici continuino ad essere efficaci!

- Gli antibiotici stanno perdendo efficacia ad un ritmo impensabile solo 5 anni fa [11] e questo perché l'uso degli antibiotici fa sì che i batteri diventino resistenti agli antibiotici stessi [3–5].
- Se continueremo ad usare gli antibiotici nella stessa quantità di oggi, l'Europa potrebbe tornare all'epoca in cui non c'erano antibiotici, quando ammalarsi di una comune infezione batterica come la polmonite equivaleva ad una sentenza di morte [12, 13]. Potrebbe cioè accadere in futuro che gli antibiotici non funzionino più proprio nel momento in cui sono necessari [6].
- Non usare antibiotici quando non servono o in modo non corretto [1, 2, 9].
- Seguire sempre responsabilmente le indicazioni del medico su tempi e modalità d'impiego degli antibiotici, in modo da assicurarne l'efficacia anche per l'avvenire.

Bibliografia

1. [Arroll B, Kenealy T. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD000247.](#)
2. [Fahey T, Stocks N, Thomas T. Systematic review of the treatment of upper respiratory tract infection. Arch Dis Child 1998;79\(3\):225-30.](#)
3. [Malhotra-Kumar S, Lammens C, Coenen S, Van Herck K, Goossens H. Effect of azithromycin and clarithromycin therapy on pharyngeal carriage of macrolide-resistant streptococci in healthy volunteers: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. Lancet 2007;369\(9560\):482-90.](#)
4. [Donnan PT, Wei L, Steinke DT, Phillips G, Clarke R, Noone A, Sullivan FM, MacDonald TM, Davey PG. Presence of bacteriuria caused by trimethoprim resistant bacteria in patients prescribed antibiotics: multilevel model with practice and individual patient data. BMJ 2004;328\(7451\):1297-301.](#)
5. [London N, Nijsten R, Mertens P, v d Bogaard A, Stobberingh E. Effect of antibiotic therapy on the antibiotic resistance of faecal Escherichia coli in patients attending general practitioners. J Antimicrob Chemother 1994;34\(2\):239-46.](#)

6. [Daneman N, McGeer A, Green K, Low DE; for the Toronto Invasive Bacterial Diseases Network. Macrolide resistance in bacteremic pneumococcal disease: implications for patient management. Clin Infect Dis 2006;43\(4\):432-8.](#)
7. [Fahey T, Smucny J, Becker L, Glazier R. Antibiotics for acute bronchitis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No.: CD000245.](#)
8. [Shehab N, Patel PR, Srinivasan A, Budnitz DS. Emergency department visits for antibiotic-associated adverse events. Clin Infect Dis 2008;47:online. DOI: 10.1086/591126.](#)
9. [Guillemot D, Carbon C, Balkau B, Geslin P, Lecoecur H, Vauzelle-Kervroëdan F, Bouvenot G, Eschwège E. Low dosage and long treatment duration of beta-lactam: risk factors for carriage of penicillin-resistant Streptococcus pneumoniae. JAMA 1998;279\(5\):365-70.](#)
10. [Grigoryan L, Burgerhof JG, Haaijer-Ruskamp FM, Degener JE, Deschepper R, Monnet DL, Di Matteo A, Scicluna EA, Bara AC, Lundborg CS, Birkin J, on behalf of the SAR group. Is self-medication with antibiotics in Europe driven by prescribed use? J Antimicrob Chemother 2007;59\(1\):152-6.](#)
11. [European Antimicrobial Resistance Surveillance System. EARSS Annual Report 2006. Bilthoven, Netherlands: National Institute for Public Health and the Environment, 2007.](#)
12. [Cohen ML. Epidemiology of drug resistance: implications for a post-antimicrobial era. Science 1992;257\(5073\):1050-5.](#)
13. [Austrian R. The pneumococcus at the millennium: not down, not out. J Infect Dis 1999;179 Suppl 2:S338-41.](#)