

Ridurre la mortalità per sepsi Il Progetto Sepsis del PRI E-R



? IL PROBLEMA

La sepsi è una sindrome che si instaura dopo un'infezione, localizzata o sistemica. È un evento frequente e ancora associato a un'elevata letalità, soprattutto quando il quadro clinico progredisce a sepsi grave o *shock* settico. Si può ipotizzare che in Emilia-Romagna si verifichino ogni anno circa 3.000 casi di sepsi grave o *shock* settico, che comportano circa 900 decessi.

La sepsi

Cause

- ◆ Infezioni acquisite in comunità o in ospedale.
- ◆ Infezioni localizzate (urinarie, polmoniti, ascessi dentari, infezioni post-operatorie, ecc.) o sistemiche (setticemia).

Persone a rischio

In presenza di un'infezione, il rischio di sepsi aumenta in:

- ◆ neonati e anziani;
- ◆ immunodepressi;
- ◆ persone con gravi ferite o traumi;
- ◆ persone che fanno uso di alcol o droghe;
- ◆ esposti a dispositivi invasivi (catetere venoso centrale, catetere urinario, ecc.);
- ◆ persone con particolari caratteristiche genetiche.

Stadi della sepsi

- ◆ Non complicata.
- ◆ Sepsis grave (una o più disfunzioni acute d'organo).
- ◆ *Shock* settico (condizione di sepsi grave nonostante adeguata somministrazione di liquidi).

Frequenza

1,3-1,5 / 1.000 abitanti.

Letalità

- ◆ Sepsis grave: 30-35%.
- ◆ *Shock* settico: 50%.

Negli ultimi anni la ricerca clinica ha individuato diversi interventi in grado di ridurre in modo significativo il rischio di morte:

- ◆ nuovi farmaci;
- ◆ modalità più efficaci di trattamento con farmaci tradizionali (ad es. cortisonici a basso dosaggio o utilizzo precoce e appropriato di liquidi per il sostegno emodinamico);
- ◆ controllo attento di parametri metabolici (per es. glicemia);
- ◆ nuove modalità di assistenza al paziente (ad esempio, ventilazione meccanica a basso volume).

Le raccomandazioni per la diagnosi e il trattamento della sepsi sono state sintetizzate nel 2004 in un unico documento condiviso da 11 Società scientifiche, e che sarà sottoposto a periodica revisione (www.survivingsepsis.org/documents/SSCGuidelines.pdf).

La precocità di intervento rappresenta un aspetto cruciale: per modificare il decorso clinico è importante, infatti, che il trattamento venga iniziato nelle primissime ore di insorgenza della sepsi grave. Tuttavia, nella pratica clinica la sepsi continua a rimanere un'entità difficile da definire, diagnosticare e trattare, anche perché coinvolge moltissimi professionisti di diversi ambiti clinici. Inoltre il rischio di morte associato alla sepsi è poco percepito e i nuovi interventi che potrebbero permettere una terapia efficace sono poco conosciuti.

Per ridurre in modo significativo i decessi associati alla sepsi è quindi importante sviluppare e

sperimentare strumenti utili a facilitare la diffusione nella pratica clinica degli interventi dimostrati efficaci.

Parallelamente, poiché tra questi vi sono farmaci di nuova generazione, giunti alla registrazione e immissione sul mercato con informazioni ancora insufficienti a valutare in modo compiuto il profilo rischio-beneficio, è necessario acquisire informazioni sul loro utilizzo nella pratica clinica.

La Regione Emilia-Romagna, nell'ambito del PRI E-R, ha avviato il **Progetto Sepsis** con l'obiettivo di garantire l'adozione tempestiva e appropriata delle innovazioni diagnostiche-terapeutiche nel Servizio sanitario regionale, attraverso:

- ◆ il monitoraggio dei casi di sepsi ricoverati in Unità di terapia intensiva (UTI) e del loro profilo di trattamento;
- ◆ la definizione di raccomandazioni per la diagnosi e la terapia;
- ◆ la sperimentazione di programmi mirati a ridurre il ritardo diagnostico e a promuovere l'adesione a norme di buona pratica clinica.

IL PROGETTO

A dicembre 2004 è stato organizzato un seminario regionale che ha interessato tutte le Unità di terapia intensiva della regione, nel corso del quale sono state presentate le esperienze portate avanti dalle Aziende sanitarie e i risultati di uno studio pilota condotto nel 2004 nelle Unità di terapia intensiva della provincia di Bologna.

Successivamente sono stati costituiti quattro gruppi di lavoro multidisciplinari, con l'obiettivo di individuare strumenti utili a trasferire nella pratica clinica le raccomandazioni condivise a livello internazionale. A gennaio 2006 è stato organizzato un seminario residenziale, durante il quale ciascun gruppo di lavoro ha presentato le proposte elaborate.

Gruppi di lavoro

- ◆ Sorveglianza di tutte le infezioni in terapia intensiva e di quelle che progrediscono a sepsi grave e shock settico, incluse le modalità diagnostiche appropriate.
- ◆ Trattamento del paziente settico in terapia intensiva.
- ◆ Formazione del personale delle Unità di terapia intensiva e dei reparti che più frequentemente assistono pazienti con sepsi (Pronto soccorso, chirurgia d'urgenza, ecc.).
- ◆ Definizione di percorsi diagnostico-terapeutici efficaci a ridurre il ritardo diagnostico e a promuovere gli interventi tempestivi.



IL MONITORAGGIO DI INFEZIONI E SEPSI: IL REGISTRO

Per promuovere una corretta percezione del problema e disporre di informazioni utili a monitorare nel tempo l'effetto dei programmi di intervento:

- ◆ è stato concordato un protocollo di rilevazione delle infezioni in terapia intensiva;
- ◆ sono stati individuati i criteri diagnostici di infezione e sepsi;
- ◆ sono stati definiti i parametri utili a monitorare la qualità degli interventi diagnostico-terapeutici nei pazienti settici in terapia intensiva.

La rilevazione delle infezioni in UTI è un'attività prevista dai requisiti di accreditamento; ci si attende quindi che tutte le Unità di terapia intensiva dell'Emilia-Romagna contribuiscano al database regionale sulle infezioni, nell'arco di un anno. Anche il Registro relativo al trattamento della sepsi verrà proposto a tutti i centri, anche se è prevista un'adesione più graduale.



DIAGNOSI E TRATTAMENTO: UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA

Per promuovere l'adesione a comportamenti appropriati il progetto prevede la predisposizione di:

- ◆ documento di indirizzo con le raccomandazioni per la diagnosi e il trattamento della sepsi in UTI, sulla base della revisione sistematica delle linee guida esistenti;
- ◆ pacchetto formativo utile a veicolare i contenuti delle raccomandazioni;
- ◆ programma su palmare per monitorare l'impatto del programma e per supportare le decisioni cliniche mediante algoritmi diagnostici e terapeutici. Per valutare l'efficacia del palmare nella gestione del paziente con sepsi, le UTI partecipanti verranno selezionate in modo casuale per rilevare i dati sul profilo di trattamento mediante palmare o mediante personal computer e valutate a distanza di un anno sulla base di indicatori di processo.



DIAGNOSI E TRATTAMENTO: PRONTO SOCCORSO E REPARTI OSPEDALIERI

Per ridurre il rischio di morte in un paziente con sepsi grave è essenziale che, ovunque esso si trovi, sia fatta rapidamente diagnosi e vengano attuati tutti gli interventi necessari in tempi molto rapidi, in loco o dopo trasferimento a un'Unità più attrezzata. Per realizzare questo obiettivo il progetto prevede di:

- ◆ definire e sperimentare un pacchetto formativo per personale medico e infermieristico;
- ◆ definire i percorsi diagnostico-terapeutici per pazienti che sviluppano la sepsi grave in contesti assistenziali diversi dalle UTI, e sperimentarne l'applicazione;

- ◆ sperimentare l'accuratezza di fonti informative correnti, per es. la scheda di dimissione ospedaliera per il monitoraggio della letalità in pazienti settici ospedalizzati.



I TEMPI DEL PROGETTO

Nel corso del 2006:

- ◆ verrà attivata in via sperimentale la sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva e sarà predisposto il Registro delle sepsi;
- ◆ sarà messo a punto il programma di registrazione su palmare;
- ◆ verrà completato e sperimentato il pacchetto formativo;
- ◆ saranno definiti i percorsi assistenziali.

Nel 2007 verrà invece avviata la fase di sperimentazione, coinvolgendo alcune UTI e Aziende nella valutazione degli strumenti predisposti.



IL PANEL

R. Baricchi, AO Reggio Emilia;
F. Cancellieri, E. Cerchiari,
A. Giovannitti, M. Zanello, AUSL Bologna;
F. Caramelli, A. Peghetti,
G. Sangiorgi, F. Tumietto, AO Bologna;
A. Chierigato, L. Targa, AUSL Cesena;
A. D'Errico, AUSL Parma;
M. Girardis, P. Marchegiano, AO Modena;
G. Pinelli, AUSL Modena;
M.G. Vespignani, AUSL Imola.



IL GRUPPO

DI COORDINAMENTO

D. Resi, R. Melotti, M. Mongardi,
M. Adversi, M.L. Moro, ASR



INFORMAZIONI UTILI

Sito asr.regione.emilia-romagna.it
Area Ricerca e innovazione

Sponsor principali del PRI E-R



Altri sponsor

Novartis Farma - Siemens - Takeda