

la Repubblica.it

Sepsi: ogni 4 secondi muore una persona



Sei società scientifiche hanno inoltrato al ministro della Salute, Giulia Grillo, e al sottosegretario Armando Bartolazzi un documento dal titolo "Lotta alla Sepsi e ai microrganismi multiresistenti". Obiettivo: affrontare questa emergenza sanitaria ancora troppo sottovalutata

di MAURIZIO PAGANELLI

29 ottobre 2018

SEI Società scientifiche, dai microbiologi agli anestesisti, dagli infettivologi ai medici dell'urgenza, tutte coinvolte nelle emergenze ospedaliere e nella diffusione delle infezioni gravi e multiresistenti. Hanno da poco inoltrato al ministro della Salute Giulia Grillo e al sottosegretario Armando Bartolazzi un documento propositivo dal titolo: "Lotta alla **sepsi** e ai microrganismi multiresistenti".

La sepsi/shock settico è una infezione che conduce a una disfunzione d'organo con alta probabilità di decesso se non si interviene entro un'ora. Il progetto nazionale ricorda che "la sepsi è una sindrome (la malattia è l'infezione) che, nei paesi occidentali, fa registrare più morti del cancro della mammella, del tumore del colon o del cancro del colon. La sua incidenza (380 casi su 100.000 abitanti) è in continuo aumento, maggiore di quella dell'ictus (stroke) e dell'infarto e la sua mortalità globale è compresa tra un paziente su tre ed un paziente su due. Ogni 4 secondi al mondo, quindi anche in Italia, una persona muore per sepsi. Negli ultimi dieci anni, le ospedalizzazioni per sepsi sono più che raddoppiate, con enorme incremento dei costi ospedalieri e sociali".

LEGGI Una proteina predice prognosi e mortalità per sepsi

• EMERGENZA SOTTOVALUTATA

Con queste premesse e ricordando l'espandersi di germi multiresistenti a volte "impossibili da trattare" e il fatto che "è sempre più frequente diagnosticare sepsi e shock settici da germi multiresistenti in pazienti che accedono al Pronto soccorso da casa", le sei Società scientifiche con i loro attuali presidenti hanno voluto fare una proposta operativa al fine di coinvolgere tutte le Regioni. Le sei Società (AMCLI Associazione Microbiologi Clinici Italiani - Presidente: Pierangelo Clerici; SIAARTI Società Italiana Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva - Presidente: Flavia Petrini; SIM Società Italiana Microbiologia - Presidente: Anna Teresa Palamara; SIMEU Società Italiana Medicina Emergenza e Urgenza - Presidente: Francesco Rocco Pugliese; SIMIT Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali - presidente: Massimo Galli) propongono un piano in 8 punti per affrontare questa emergenza fornendo il loro supporto. Migliorare la pratica clinica, sostenere informazione ai cittadini e formazione/aggiornamento dei medici, migliorare qualità e sicurezza con sviluppo di Percorsi Diagnostici e Clinico-Organizzativi dettati dalle buone pratiche, prevenzione.

• GLI ERRORI

Quando arriva un paziente in **pronto soccorso** in condizioni critiche e per salvarlo occorre fare una diagnosi immediata e intervenire spesso in assenza di tutti gli elementi per evitarne il decesso, ci sono ben poche considerazioni da fare: occorrono strutture adeguate, personale formato e procedure chiare. Per l'ictus, con le Stroke unit, o l'infarto si è da tempo pensato a progetti mirati. Perché sulla sepsi è calato il silenzio? La trasmissione di questo documento è stato il primo atto della neo-presidente della SIAARTI anestesisti e rianimatori, **Flavia Petrini** appena eletta al recente congresso degli specialisti. L'anestesista-rianimatore, hanno detto al Congresso, è coinvolto quotidianamente nella gestione di pazienti a rischio di infezione e/o che presentano infezioni gravi: oltre 80% dei pazienti ricoverati in terapia intensiva riceve antibiotici e la sepsi/shock settico è responsabile di oltre il 10% dei ricoveri in unità di terapia intensiva.

Inoltre, le infezioni e la sepsi rappresentano oggi la principale causa di morte in Terapia Intensiva.

• LE BUONE PRATICHE

"L'Emilia Romagna, la Toscana, la Lombardia e, più di recente, la Sicilia si sono dotate negli ultimi anni di un piano sulla sepsi basandosi sulle più recenti linee guida internazionali e centrando la loro azione su percorsi microbiologici e infettivologici e sul sistema delle reti ospedaliere dell'Emergenza Urgenza e delle Terapie Intensive - spiega **Antonello Giarratano**, ordinario di anesthesiologia a Palermo, vice presidente della SIAARTI e uno degli artefici del documento presentato al ministero (ed eletto presidente SIAARTI per il triennio 2021-2024) - Per assurdo che possa sembrare, i 20 Sistemi Sanitari regionali hanno ancora oggi 20 diverse procedure nell'approcciare la sepsi. La rete dei Laboratori di Diagnostica Microbiologica e la Rete Infettivologica devono essere in sintonia con la rete territoriale e ospedaliera dell'Emergenza e Urgenza perché la sepsi è una emergenza non solo nel senso epidemiologico (numerico) del termine ma anche in quello della presentazione clinica della sindrome stessa".

• UN'ORA DI TEMPO

E lo specialista ricorda: "Se entro un'ora dal riconoscimento della sepsi (intendendo una infezione che provoca una disregolata risposta immunitaria e la disfunzione di più organi vitali) non si iniziano procedure diagnostiche microbiologiche e infettivologiche e trattamenti specifici, l'evoluzione della disfunzione d'organo porta il paziente in terapia intensiva e allo shock settico refrattario ai trattamenti. Con un eccesso di semplificazione, se la diagnosi e, quindi, il trattamento tarda oltre un'ora, la mortalità passa dal 10 anche al 90% secondo una progressione anche questa tempo-dipendente". Va ricordato che per l'ictus cerebrale la finestra temporale per intervenire arriva al massimo alle 4,5-6 ore per evitare danni permanenti o morte; così per la diagnosi e la cura dell'infarto. Qui parliamo di sessanta minuti. E Giarratano osserva: "Siccome è un dato acclarato da anni che, se io non diagnostico e curo la sepsi entro poche ore, la mortalità aumenta con punte del 70%, considerato che i numeri sono di circa 350.000 casi anno, si comprende come sia ineludibile incidere sul percorso sanitario. Occorre una Campagna Nazionale di mobilitazione e investimenti in termini anche di risorse umane e tecnologiche che non può essere più ritardata".

• ANTIBIOTICO-RESISTENZA

Al recente **congresso di WAidid Associazione Mondiale Malattie Infettive e Disordini Immunologici** si è segnalato che si riscontrano in Italia fino a 700.000 casi di infezioni ospedaliere su 9 milioni di ricoveri, l'1% dei quali con esito letale, 7mila decessi ogni anno. Dal 5% all'8% degli individui ricoverati contrae un'infezione: le più frequenti sono soprattutto quelle urinarie, seguite da infezioni post-operatorie, polmoniti e sepsi. "Di queste - avverte l'associazione - si stima che circa il 30% sia potenzialmente prevenibile

(135.000-210.000 casi)". E Giarratano aggiunge sull'antibiotico-resistenza: "Tutto strettamente connesso all'appropriatezza delle cure e al corretto uso degli antibiotici che vengono utilizzati nelle infezioni e nel trattamento della sepsi". Nei pazienti gravi non si può sbagliare antibiotico, né proporre farmaci come "bombe atomiche", potenti distruttori di batteri ma che lasciano dietro di sé la totale desolazione e il rischio di riemergere di soli quelli supercattivi ormai incurabili. "La gestione della terapia antibiotica nei pazienti critici richiede conoscenze e modalità specifiche a causa delle caratteristiche di questa popolazione di pazienti e della selezione di germi multi-resistenti nelle unità di terapia intensiva", incalza il professore.

• LA RICERCA

Durante la progressione della sepsi, la risposta può variare in molti modi a seconda del tipo di patogeno: così afferma il recente studio apparso sulla rivista *Cell Host and Microbe* da parte del Sanford Burnham Prebys Medical Discovery Institute (SBP) e l'università Santa Barbara, in collaborazione con l'università di San Diego. Secondo i CDC statunitensi (Centers for Disease Control and Prevention) un terzo delle morti in ospedale dipendono dalla sepsi e un quarto dei pazienti di sepsi muore. A livello europeo si stimano 1,4 milioni di casi di sepsi all'anno, con una mortalità variabile tra il 28 e il 50%. Spesso i sopravvissuti devono subire amputazioni o disabilità.

In genere i medici diagnosticano la sepsi in base ad una checklist di segni e sintomi: l'identificazione del patogeno/batterio avviene più tardi. Ma, poiché con la sepsi occorre intervenire subito, si adottano antibiotici a largo spettro e in caso anti-infiammatori o anche vasocostrittori. In decenni non sono stati sviluppati nuovi farmaci anti-sepsi. "La sepsi è pensata come una singola malattia - ha spiegato **Jamey Marth**, tra gli autori dello studio - Il nostro approccio comparativo a livello molecolare sulla progressione della sepsi ci induce a credere che vi siano diversi percorsi nella patogenesi della sepsi in base alla risposta dell'ospite ai differenti batteri". Come per il tumore, non si parla più di un solo tipo. Il metodo seguito da Marth e colleghi ha seguito e mappato le reazioni e la progressione della sepsi nei principali patogeni umani. Sembrano esserci risposte differenti con specifiche attivazioni di enzimi o interruzioni di processi anche infiammatori nelle infezioni da Salmonella o E. coli rispetto ad altri batteri, inclusi lo Stafilococco aureo meticillino-resistente (MRSA) e lo streptococco pneumoniae. La differenza di risposta sembra indicare l'esistenza o l'assenza di una componente infiammatoria in presenza di ceppi gram-negativi.