

parato cutaneo (5%). I casi nosocomiali riconoscevano gli stessi siti primari ma in proporzioni differenti: distretto addominale 27%, polmone 26%, vie urinarie ed apparato ginecologico 24%, cute e tessuti molli 16%. In terapia intensiva prevalevano le infezioni a livello polmonare (55%), le infezioni correlate a cate-tere vascolare centrale (18%) e le infezioni di vie urinarie (18%).

La mortalità intra-ospedaliera di tutti i pazienti settici era pari a 12,8%; essa però scendeva a 6,7% per i casi di sepsi per risalire a 20,7% nei casi di sepsi severa e giungere a 45,7% per lo shock settico. Nei pazienti con sepsi grave, la mortalità era fortemente dipendente dalla sede di ricovero: i pazienti ricoverati in terapia intensiva avevano una mortalità pari a 11% mentre quelli trattati fuori dalla terapia intensiva una mortalità del 26%. ( $p < .001$ ).

Se dunque la diagnosi di sepsi e di sepsi severa è così importante è necessario disporre di una definizione più affidabile in termini di specificità, comprendente più parametri precocemente esaustivi sia della risposta infiammatoria sia del fallimento di uno o più organi. A tal proposito nell'anno 2001 la definizione originale è stata aggiornata aggiungendo ai parametri originari altri segni, sintomi ed esami bioumorali idonei a definire lo stato infiammatorio, l'entità della perfusione tissutale, i segni precoci di disfunzione d'organo, condizioni che mediano la gravità del quadro clinico ed il rischio di outcome sfavorevole. I dati aggiuntivi fanno riferimento ai valori di glicemia, di lattacidemia, alla pressione arteriosa sistolica, al refilling, al mental status ed a Procalcitonina e Proteina C Reattiva.

Tale definizione appare maggiormente in grado di identificare le condizioni di infezione a massimo rischio di mortalità con un approccio di grande semplicità diagnostica e di minimo costo.

### S9.3

#### SEPSI: LA GESTIONE DELLA CRITICITÀ CLINICA.

Tavio M.<sup>1</sup>, Moscariello F.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Clinica di Malattie Infettive, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine, via Colugna 50, 33100 Udine.

<sup>2</sup>Pronto Soccorso e medicina d'Urgenza, Dipartimento di Emergenza dell'Ospedale Santa Maria degli Angeli, via Montereale 24, 33080 Pordenone.

La necessità di far corrispondere al problema della sepsi uno sforzo veramente globale, in termini sia di collaborazione scientifica fra i diversi Paesi che di coordinamento di competenze disciplinari complementari, è in atto dal 1991, allorché vennero fornite a clinici e ricercatori le prime importanti definizioni dei vari gradi della sepsi e della risposta infiammatoria ad

essa associata (SIRS). In anni più recenti l'apparato concettuale alla base di tali definizioni è stato opportunamente rivisitato, senza conseguire tuttavia sostanziali modifiche sul piano pratico; infatti, l'aggiornamento occorso nel 2001 si è concentrato sull'espansione dei segni e sintomi di sepsi piuttosto che sul cambio delle relative definizioni, rimaste immutate; dal 2002 inoltre, è in atto una importante campagna di sensibilizzazione sul tema, la cosiddetta "Survival Sepsis Campaign (SSC)", le cui linee guida suddividono opportunamente le competenze fra medici di Pronto Soccorso, Intensivisti, Infettivologi, Microbiologi, Pediatri. Siccome il prossimo auspicabile passo sullo scacchiere della SSC è costituito dalla diffusione e dalla implementazione degli interventi diagnostici e terapeutici insieme alla misurazione obiettiva della loro ricaduta clinica, in questa presentazione vengono affrontati e commentati sia i punti cardinali in cui si articola il trattamento del "paziente settico" (terapia infusoria, terapia antibiotica, vasopressori, inotropi, steroidi, proteina C attivata, controllo glicemia...), che il sistema di allerta e di intervento vigente presso l'Ospedale di Pordenone. Conseguentemente,

- 1) verrà delineato il contenuto del pacchetto delle misure terapeutiche urgenti che devono essere attivate secondo i criteri della cosiddetta "early goal directed therapy (EGDT)" per riuscire ad intervenire efficacemente sui fenomeni a cascata che stanno presumibilmente all'origine del processo di attivazione dello shock settico, via finale comune a prognosi frequentemente infausta;
- 2) verrà illustrato un sistema di sorveglianza in grado di attivare nel più breve tempo possibile figure professionali diverse e complementari, in uno sforzo di coordinamento unitario.

### S9.4a

#### LA DIAGNOSI DI LABORATORIO: NUOVE PROSPETTIVE PER LA RISPOSTA ALLA CRITICITÀ - I) METODI BIOMELECOLARI

Raglio A.<sup>1</sup>, Pecile P.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Microbiologia e Virologia, AO Ospedali Riuniti, Bergamo

<sup>2</sup>Microbiologia e Virologia, Ospedale Careggi, Firenze

**Introduzione.** L'emocoltura tradizionale (BC) presenta limiti ormai ben conosciuti: la tempestività (48 ore per un primo risultato) e la sensibilità (15-25%). Sono necessari nuovi approcci diagnostici e le tecniche di biologia molecolare sembrano offrire interessanti applicazioni.

**Obiettivi.** Lo scopo di questa relazione è di presentare i dati riguardanti l'utilizzo del nuovo sistema in Real-Time PCR (SeptiFast, Roche Diagnostics) e il suo