

## APPLICAZIONE DEL Q-SOFA PER LA GESTIONE DELLA SEPSI NEGLI SPOKE DELLE RETE E-U: DELL'ASL 1 LIGURIA

A. Ferrari<sup>1</sup>, S. Carlini<sup>2</sup>, C. Dentone<sup>3</sup>, A. Verna<sup>4</sup>, G. Bruno<sup>5</sup>, S. Ferlito<sup>6</sup>, M. Orlando<sup>7</sup>

- 1) Direzione Medica di Presidio, ASL 1 Liguria, S.O. Imperia
- 2) Responsabile S.S. Punto Primo Intervento, ASL 1, S.O. Bordighera
- 3) Direttore f.f. S.C. Malattie Infettive, ASL 1, S.O. Sanremo
- 4) Responsabile S.S.D. Gestione Rischio Clinico e Infezioni correlate all'Assistenza, ASL 1 Liguria
- 5) Direttore Direzione Medica di Presidio Unico e Direttore Dipartimento Governo Clinico e Servizi, ASL 1 Liguria
- 6) Direttore S.C. 118 ed Emergenza Territoriale e Direttore Dipartimento Emergenza ed Accettazione, ASL 1 Liguria
- 7) Direttore Sanitario Aziendale, ASL 1 Liguria

*Key Words: Outcomes, Hub&Spoke, Algoritmo*

### INTRODUZIONE

La sepsi è un importante problema di sanità pubblica, visti l'elevato tasso di mortalità e il burden epidemiologico. Patologia tempo-dipendente oggi inserita nel "Hour-1 Bundle", la standardizzazione dell'approccio nella prima ora nei diversi setting è strategica per gli outcomes.

Il disinvestimento dagli sprechi, i criteri di riparto del FSN, gli adempimenti LEA e le innovazioni del DM 70/2015, hanno condotto a rivedere le reti assistenziali implementando appropriatezza, equità d'accesso e sicurezza delle cure in tutti i nodi. In questo ambito l'appropriatezza precoce di setting si raggiunge mediante interoperabilità tra DEA, Pronto Soccorsi (PS), Punti di Primo Intervento (PPI) e Rete dell'Emergenza Territoriale. Spesso sottovalutato, appare strategico il ruolo degli spoke più periferici ove la precocità dell'appropriata gestione è la variabile principale.

Il P.O. dell'ASL1 Liguria si articola su 3 stabilimenti (S.O.): Imperia, Sanremo e Bordighera, per complessivi 628 posti letto con organizzazione a dipartimenti trasversali.

Lo S.O. di Bordighera con il PPI, rientra nella complessa rete dell'E-U che in consta di un DEA I livello (S.O. Sanremo) e di un PS (S.O. Imperia).

### CONTENUTI

Date le difficoltà di utilizzo del SOFA Score per l'inquadramento della sepsi al di fuori di setting con medio-alto livello tecnologico (PS o DEA), la comunità scientifica indica l'algoritmo q-SOFA Score per applicabilità e disponibilità in tutti i contesti.

Applicando retrospettivamente nel PPI dello S.O. di Bordighera il q-SOFA, se ne è valutata appropriatezza e rapidità in triage e assegnazione del codice-colore e in valutazione Medica per procedere a indagini culturali e biomarker con precoce antibioticoterapia mirata.

I pazienti valutati hanno avuto accesso al PPI tra il 24.12.2016 ed il 31.01.2017 (39 gg) con diagnosi di sepsis-sindrome durante la degenza in U.O. Medicina Interna dello stesso S.O. Bordighera, escludendo pazienti centralizzati al DEA I livello in fase di triage (gravità o compresenza di complicanze chirurgiche), e codici bianchi.

Il campione selezionato consisteva di 90 pazienti, valutati retrospettivamente con rilevazione di: codici-colore assegnati in triage, parametri vitali rilevati e ulteriori dati utili al calcolo del q-SOFA Score.

Di questi pazienti a 15 sono state diagnosticate forme meno gravi di sepsi, 23 avevano quadro di sepsi e 7 di shock settico, cioè il 50% mostrava forme varie di sepsis syndrome. Un adeguato utilizzo del qSOFA in fase pre-ospedaliera e di ammissione avrebbe garantito una più appropriata destinazione, centralizzando sepsi e shock settico verso il DEA I livello o il PS.

Analizzando pazienti con codice verde e successiva diagnosi di sepsi, emergono 13 casi con sottoclassificazione all'ammissione, evitabile con utilizzo del qSOFA.

Essendo il qSOFA algoritmo di definizione di potenziale peggioramento di prognosi, mentre il codice-colore correla alla priorità d'assistenza legata alla gravità, una migliore corrispondenza tra le due tendenze incrementa gli outcomes e riduce il rischio clinico.

### CONCLUSIONI

L'utilizzo del qSOFA nei setting spoke, garantirebbe centralizzazione precoce per fabbisogni maggiori in termini di tecnologie o discipline, ridurrebbe il rischio di sottostima di gravità o evoluzione ed infine l'applicabilità al 50% dei pazienti selezionati ne fa dedurre il grande impatto su uno spoke periferico.

La condivisione di questi ed altri risultati hanno costituito la base per l'emanazione in aprile 2019 del PDTA su sepsi e shock settico.