

CRITERI E PERCORSI DI USCITA DA REPARTI COVID (terapie intensive e acuti)

A fronte dell'andamento dell'epidemia COVID-19 emerge la necessità di elaborare strategie finalizzate a massimizzare l'efficienza nell'utilizzo dei posti letto ospedalieri con particolare riferimento a quelli di terapia intensiva e subintensiva e in regime ordinario per acuti. Al contempo dal punto di vista clinico risulta evidente la necessità di condividere protocolli relativi alla gestione dei pazienti che hanno superato la fase di maggiore acuzie anche avviandoli a percorsi riabilitativi, ove appropriato. A tal fine il presente documento delinea i criteri per il passaggio tra i diversi setting (con particolare riferimento all'uscita dalle TI) e identifica gli ambiti in cui possono essere adeguatamente trattati questi pazienti.

Il documento fa riferimento a pazienti COVID in fase di guarigione clinica ma nella maggior parte dei casi non ancora negativizzati dal punto di vista virologico. Si tratta pertanto di percorsi COVID + e come tali dovranno essere gestiti attenendosi alle opportune misure di isolamento (anche in coorte) e di protezione individuale degli operatori.

SETTING PER LA GESTIONE DELLA FASE POST-TI e POST-ACUTI

1. Aree semintensive ospedaliere
2. Strutture di riabilitazione specialistica
3. Strutture di riabilitazione intensiva ed estensiva (cod. 56 e 60)
4. Strutture sanitarie extraospedaliere (es. Osco)
5. Strutture socio-sanitarie
6. Strutture non sanitarie, assistite
7. Servizi AD integrati con competenze specialistiche

Tutte le strutture, pubbliche o private, in relazione al livello di intensità assistenziale garantito dovranno prevedere:

o presenza di assistenza medica (H24 per i setting 1.2.3)

o assistenza infermieristica H24

o disponibilità di competenze specialistiche (pneumologiche, riabilitative, psicologiche, etc)

o possibilità di effettuare indagini di laboratorio;

o possibilità di effettuare diagnostica radiologica;

o possibilità di garantire ossigenoterapia;

o possibilità di garantire ventiloterapia per il setting 1.

È preferibile identificare poche strutture ma con numeri adeguati di PL in cui eventualmente concentrare/trasferire expertise.

È opportuno che tali strutture siano localizzate in prossimità delle TI data la pressione sul sistema dei trasporti.

Analogamente è opportuno identificare strutture per l'assistenza a pazienti in uscita, con bisogni sanitari e riabilitativi minori.

DIMISSIONE DA TERAPIA INTENSIVA

L'occupazione dei posti letto di terapie intensive (TI) rappresenta il nodo cruciale per l'organizzazione delle cure nei pazienti critici. È possibile un'uscita dei pazienti dal contesto delle TI purché sia garantita una presa in carico specializzata, in grado di gestire il completamento del percorso in acuzie e post-acuzie.

I quadri di uscita dei pazienti dalle TI possono essere prevalentemente di tre tipi:

- Pazienti intubati in respiro spontaneo e in condizioni di stabilità clinica in previsione di estubazione rapida (<24h)
- Pazienti tracheostomizzati in ventilazione assistita
- Pazienti con ventilazione non invasiva o CPAP non continuativa

È prioritario quindi identificare negli ospedali con TI, setting ospedalieri con competenze adeguate: i pazienti trattati con ventilazione invasiva per almeno 7-10 giorni richiedono aree di provata competenza in grado di velocizzare l'uscita dei pazienti dai percorsi di gestione intensiva, per completare il recupero riabilitativo respiratorio e neuromuscolare.

I setting ospedalieri idonei al trattamento di questi pazienti possono essere rappresentati da:

- Semintensive con supporto specialistico pneumologico e riabilitativo;
- Unità di riabilitazione respiratoria (ad esclusione di pazienti in tubati)

Per le semintensive deve essere garantita l'expertise nelle tecniche di svezzamento (es. UTIR) e nella gestione dei pazienti COVID positivi con precedenti patologie respiratorie che aggravano ulteriormente il quadro clinico.

L'uscita dalla TI verso una subintensiva con integrazione professionale riabilitativa, rappresenta una soluzione utile anche per la gestione più appropriata dell'avvio dei percorsi riabilitativi. L'integrazione di expertise altamente specialistiche di tipo neuro riabilitativo consentirebbe inoltre di trattare i pazienti che presentano un difficile e prolungato weaning respiratorio anche associato a problematiche neuromuscolari. In alternativa i pazienti con tracheotomia e danno neuromuscolare (ICUAW) possono essere indirizzati a setting di neuroriabilitazione.

Vá segnalato che il trattamento corticosteroidico, la somministrazione di aminoglicosidi e la curarizzazione prolungata rappresentano fattori di rischio per neuropatia e miopatia da malattia critica (CRI-MY-NE), con impatto sul percorso riabilitativo.

Nei pazienti che vanno incontro a miglioramenti rapidi una breve gestione in semintensiva permetterebbe di indirizzare i pazienti verso strutture riabilitative in relazione alla comorbidità.

I pazienti con tracheotomia e svezzamento "rapido" possono essere correttamente indirizzati a setting riabilitativi. La gestione del paziente potrà avvenire nelle Unità di riabilitazione respiratoria o anche in aree dedicate di riabilitazione intensiva solo in presenza di specifiche competenze.

I pazienti con svezzamento "rapido", in ventilazione spontanea, in assenza di tracheotomia e senza comorbidità disabilitanti di rilievo possono essere inviati a setting riabilitativi eventualmente da integrare con competenze specialistiche.

Dopo la fase in ambito riabilitativo, e valutazione delle condizioni cliniche e del contesto socio-familiare tali pazienti possono essere tempestivamente trasferiti in ambito extraospedaliero socio sanitario, non sanitario assistito o al domicilio.

CRITERI CLINICI

a) Criteri per la identificazione dei pazienti "pronti" allo svezzamento

Si deve procedere a una valutazione della sospensione della ventilazione meccanica quando la causa dell'insufficienza respiratoria acuta sia adeguatamente trattata, il paziente sia emodinamicamente stabile (aumento di 80-90 mm Hg o diminuzione di 30-40 mm Hg della pressione sistolica rispetto al valore basale o necessità di farmaci inotropi per mantenere la pressione arteriosa sistolica superiore a 85 mmHg o evidenza elettrocardiografica di ischemia o aritmie ventricolari significative) e non vi siano segni di alterazioni dello stato mentale (ad es. sonnolenza, coma, agitazione, ansia), insorgenza o peggioramento di difficoltà, diaforesi, segni di aumentato lavoro respiratorio (uso di muscoli respiratori accessori e movimenti paradossi toraco-addominali) e siano soddisfatti almeno due dei seguenti parametri:

- Rapporto PaO₂/Fio₂ > 150 to 200; con una pressione espiratoria positiva [PEEP] ≤ 5 cm H₂O
- Fio₂ ≤ 0.4;
- pH > 7.30
- indice di respirazione superficiale rapida <105

b) Procedure per eseguire lo svezzamento

Le valutazioni della respirazione non assistita e del respiro spontaneo saranno eseguite secondo la seguente procedura: fino a 30-60 minuti di respirazione spontanea con FIO₂ <0,5 utilizzando uno dei seguenti approcci:

- Supporto di pressione (PS) <5 cm H₂O;
- CPAP <5 cm H₂O;
- T-piece (raccordo a T);
- maschera per tracheotomia.

c) Criteri per definire lo svezzamento un successo e per procedere quindi alla estubazione

Il paziente verrà definito "svezzato dalla ventilazione meccanica" se negli ultimi 30 minuti sono soddisfatti i seguenti 4 criteri:

- SpO₂ > 90% e/o PaO₂ > 60 mm Hg; I valore di PaO₂ ha la precedenza se entrambi disponibili
- frequenza respiratoria <35 /min
- pH > 7.30
- nessun distress respiratorio (definito come la presenza di 2 o più dei seguenti indici):
 - a. frequenza cardiaca ≥ 120% della frequenza 0600 (un incremento > 120% per ≤ 5 min può essere tollerato)
 - b. uso marcato dei muscoli accessori
 - c. movimenti paradossi toraco- addominali
 - d. diaforesi
 - e. dispnea marcata valutata clinicamente dal personale sanitario

Tab. 1 Percorsi di dimissione da TI COVID

Provenienza	Quadro	Criteri di dimissibilità	Destinazione	Criteri di assistenza
Terapia intensiva	Pazienti intubati in respiro spontaneo e in condizioni di stabilità clinica in previsione di estubazione rapida	Criteri MEWS di stabilità Criteri per la identificazione dei pazienti "pronti" allo svezzamento (v. criteri clinici)	S.I. /UTIR	Assistenza medica e infermieristica h 24 Competenze specifiche per svezzamento
	Pazienti tracheostomizzati in ventilazione assistita	Criteri MEWS di stabilità Criteri per la identificazione dei pazienti "pronti" allo svezzamento (v. criteri clinici)	S.I. / UTIR/Unità di riabilitazione respiratoria	Assistenza medica e infermieristica h 24 Competenze di riabilitazione respiratoria
	Pazienti con ventilazione non invasiva o CPAP non continuativa e assenza di tracheostomia		UTIR/ Strutture di riabilitazione in relazione ai bisogni Con expertise specifica	Assistenza medica e infermieristica h 24 Competenze di riabilitazione in relazione ai bisogni

DIMISSIONE DA REPARTI PER ACUTI

I pazienti con polmonite interstiziale non intubati e non ventilati, ricoverati in reparti per acuti e che non necessitano di cure intensive, possono comunque risultare difficili da trattare con tecniche standard di riabilitazione respiratoria mentre possono beneficiare di tecniche di rilassamento e autotraining.

Il personale fisioterapico/logopedico può collaborare con l'équipe assistenziale per fornire un set di indicazioni e buone pratiche assistenziali per pazienti non o parzialmente collaboranti (ad es.: piano posturale al letto, paggi posturali e raggiungimento della posizione seduta...) e per i pazienti collaboranti (come assumere il pasto, raccomandazioni sui cambi posturali, risalite, trasferimenti, deambulazione e necessità di eventuali ausili e sulla mobilità funzionale in generale...).

I pazienti che non residuano disabilità neuromotorie specifiche (con lieve grado di decondizionamento) senza problematiche respiratorie possono essere inviati a domicilio con l'indicazione di effettuare a domicilio attività spontanea di riattivazione motoria. Verrà garantito un numero telefonico del presidio ambulatoriale riabilitativo di riferimento. Rispetto alla gestione del paziente che non residua esiti gravi di tipo respiratorio o da critical illness ma solo un decondizionamento da allettamento è possibile prevedere una presa in carico fisioterapica per bisogno riabilitativo non complesso sia nel setting degenziale post TI che a domicilio.

In presenza di condizioni di disagio socio-famigliare (mancanza di rete parentale, presenza di immunodepressi in famiglia, rete di assistenza non più in funzione e ricoveri multipli di famigliari) si può prevedere l'invio del paziente in strutture sanitarie extraospedaliere (es. Osco), socio-sanitarie o non sanitarie assistite in relazione ai bisogni assistenziali, individuate su base provinciale.



REGIONE EMILIA-ROMAGNA (r_emiro)

Giunta (AOO_EMR)

allegato al PG/2020/0244099 del 23/03/2020 17:06:27