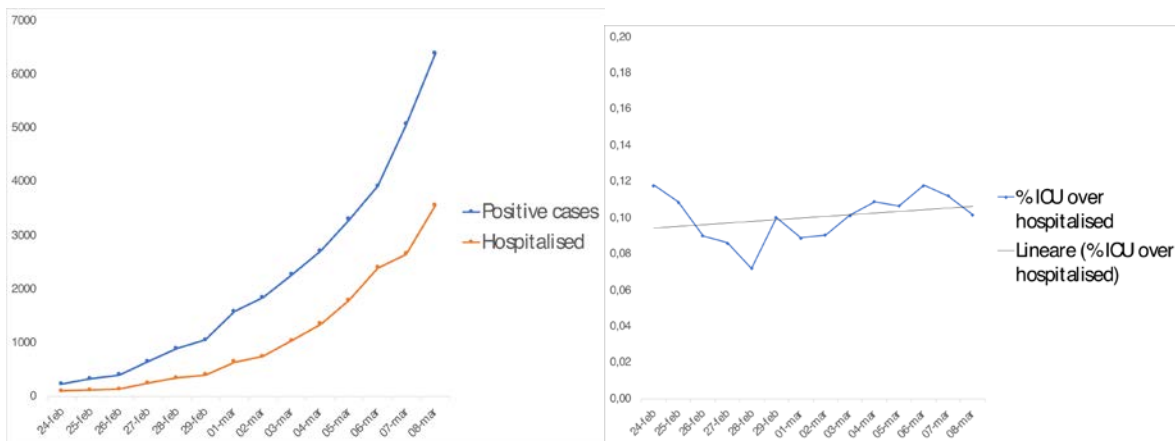


STRUTTURA DI COORDINAMENTO REGIONALE INSUFFICIENZA REPIRATORA ACUTA COVID-19

Dalla analisi dell'incidenza di insufficienza acuta delle prime due settimane dell'outbreak di COVID-19 si evidenzia un andamento esponenziale dei contagi per COVID-19 che è parallelo all'andamento dei ricoveri ospedalieri.



Fonte: Protezione Civile 16 Marzo 2020

L'andamento dei ricoveri di terapia intensiva mostra invece un andamento lineare ma con una pendenza prossima allo zero. Questa analisi dei dati "reali" è quindi consistente con i modelli matematici di occupazione delle terapie intensive che prevedono la saturazione della disponibilità teorica dei posti letto sul territorio nazionale (2500 posti) entro la fine del mese di Marzo (Remuzzi, LANCET [doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30627-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30627-9)).

Alla luce di queste considerazioni, la gestione dell'incremento delle necessità di posti letto, della definizione ed implementazione degli standard assistenziali e dei criteri di accesso e dimissioni dalle terapie intensive deve essere centralizzato ad una unità di crisi regionale per la gestione della INSUFFICIENZA REPIRATORA ACUTA COVID 19.

COMPITI

L'unità di crisi deve: (a) identificare la massima disponibilità teorica di posti letto di terapia intensiva aperti ed apribili sul territorio regionale; (b) stratificare sulla base delle necessità la apertura dei posti letto modulando gli standard assistenziali; (c) fornire standard condivisi su criteri di ammissione e dimissione; (d) coinvolgere pneumologi, medici d'urgenza e cardiologi nella identificazione di aree di sub-intensiva per il trattamento con CPAP/ventilazione non-invasiva per la prevenzione e lo svezzamento dalla ventilazione meccanica; (e) implementare un "cruscotto" elettronico in grado di evidenziare in tempo reale la disponibilità dei posti letto e la loro occupazione (f) fornire una reperibilità H24 per gestire i trasferimenti dei malati nei diversi centri della rete e fornire una "second opinion" su criteri di ammissione.

STRUTTURA

L'unità di crisi è allocata a Bologna ed è composta da un coordinatore clinico dell'unità di crisi presente nella sede un referente per Avec, un referente clinico per Romagna ed un referente clinico per Aven. Al coordinamento clinico si affiancherà un medico della struttura regionale per garantire i flussi informativi ed il raccordo con il commissario, l'assessorato e le direzioni generali e sanitarie. Faranno altresì coinvolti nella struttura della unità di crisi tre intensivisti disponibili con reperibilità H24 per coordinare i trasferimenti e fornire una "second opinion" per la valutazione della appropriatezza della ammissione/trasferimento/dimissione del paziente.

E' auspicabile che un referente regionale pneumologo con esperienza nell'uso della ventilazione non-invasiva sia coinvolto nella unità di crisi.

Coordinamento clinico regionale: Marco Ranieri

Finalizzazione dei protocolli clinici e delle procedure di adeguamento degli standard assistenziali; condivisione e protocollizzazione dei criteri di accesso e di mobilità tra le terapie intensive della rete.

Coordinamento organizzativo regionale: Anselmo Campagna

Gestione del flusso dati; comunicazione con le Direzioni Sanitarie; implementazione e gestione del cruscotto informatico per la gestione dei posti letto di terapia intensiva.

Referenti di area: Massimo Girardis (Aven), Guido Frascaroli(Avec), Vanni Agnoletti (Romagna)

Partecipazione alla finalizzazione dei protocolli clinici e delle procedure di adeguamento degli standard assistenziali ed alla protocollizzazione dei criteri di accesso e di mobilità tra le terapie intensive della rete. Trasmissione e verifica alle strutture cliniche e verifica della attuazione dei protocolli condivisi. Integrazione con il Coordinamento Organizzativo per la raccolta e gestione del flusso dati.

Reperibili H24: Nicola Cilloni, Paola Baffoni, Emiliano Gamberini, Massimo Baiocchi, Andrea Zanoni

Attività di "seconda opinione" sulla attuazione dei protocolli clinici e delle procedure di adeguamento degli standard assistenziali e gestione degli accessi e mobilità tra le terapie intensive della rete.

Referente regionale pneumologo: Stefano Nava

Finalizzazione dei protocolli clinici e delle procedure di gestione della ventilazione non-invasiva come prevenzione e gestione post-estubazione dei malati con insufficienza respiratoria acuta. Finalizzazione dei criteri di accesso e gestione dei malati in condizioni "sub-critiche" prima e dopo la ammissione in Terapia Intensiva.