

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 GIUGNO 2020, N. 677

Emergenza pandemica COVID-19 - Disposizioni in ordine al Piano di Riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera di cui all'art. 2 del D.L. 19 maggio 2020, n. 34 2

DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE 22 MAGGIO 2020, N. 8630

Emergenza COVID 19 - Integrazione delle linee di indirizzo in tema di prevenzione e contenimento delle lesioni da pressione approvate con propria determinazione n. 17558 del 31/10/2018 32

DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE 4 GIUGNO 2020, N. 9355

Emergenza COVID-19 - Indicazioni in ordine alla gestione dei posti letto ospedalieri nella fase 2 e successive 44

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 GIUGNO 2020, N. 677

Emergenza pandemica COVID-19 - Disposizioni in ordine al Piano di Riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera di cui all'art. 2 del D.L. 19 maggio 2020, n. 34

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- l'articolo 117, comma 1, del D.lgs. 31 marzo 1998, n. 112 e ss.mm.ii, in base al quale le regioni sono abilitate ad adottare provvedimenti d'urgenza in materia sanitaria;

- l'articolo 32 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, che disciplina poteri e funzioni in materia di igiene e sanità pubblica del Presidente della Giunta regionale e in forza del quale il Presidente medesimo è considerato autorità sanitaria regionale;

- il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421";

- la L.R. 23 dicembre 2004, n. 29 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale", e successive modifiche, che prevede che questa Regione, nell'esercizio dell'autonomia conferitale dalla riforma del Titolo V della Costituzione, definisce i principi ed i criteri generali di organizzazione e di funzionamento del Servizio sanitario regionale;

- il D.L. 23 febbraio 2020 n. 6 avente ad oggetto misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, come convertito dalla L. 5 marzo 2020, n. 13;

- il D.L. 17 marzo 2020 n. n. 18 avente ad oggetto misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19, come convertito dalla L. 24 aprile 2020, n. 27;

Visto il D.L. 19 maggio 2020 n. 34, cosiddetto Rilancio, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19, attualmente all'esame del Parlamento per la conversione in Legge, che ha definito standard per le dotazioni e le riqualificazioni dei posti letto ospedalieri, il quale all'art. 2 detta disposizioni per il riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 disponendo:

- la necessità che le Regioni adottino piani di riorganizzazione per rafforzare strutturalmente il SSN in ambito ospedaliero, per fronteggiare emergenze pandemiche; tali piani devono prevedere l'incremento strutturale delle attività di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura; devono altresì essere sottoposti all'approvazione del Ministero della Salute e recepiti nei programmi operativi regionali di cui all'art. 18, comma 1, del D.L. n. 18/2020, convertito con L. n. 27/2020;

- che tali piani di riorganizzazione dispongano complessivamente la strutturazione della dotazione di almeno 3500 posti letto aggiuntivi di terapia intensiva su base nazionale, per ciascuna regione 0,14 per mille abitanti, fino a raggiungere una dotazione strutturale di 8679 pl a livello nazionale, dei quali 641 pl per la Regione Emilia-Romagna, indicando il personale aggiuntivo assunto per l'emergenza, incrementabile nei limiti di spesa indicati dal medesimo provvedimento normativo;

- che tali piani di riorganizzazione prevedano la riqualificazione di 4425 posti letto di area semintensiva su base nazionale, dei quali almeno il 50% convertibili immediatamente in posti letto intensivi, al cui funzionamento si provvederà dal 2021 con le risorse umane programmate a legislazione vigente;

- la disponibilità a livello nazionale di quattro strutture movimentabili di terapia intensiva per un totale di 300 posti letto, per le quali ogni Regione deve individuare aree per l'eventuale installazione;

- che laddove siano individuate unità assistenziali in regime di ricovero per pazienti COVID in ambito ospedaliero, la Regione provveda a consolidare la separazione dei percorsi rendendola strutturale;

- che vengano previsti nei Pronto Soccorso percorsi ed aree separate per pazienti potenzialmente COVID o contagiosi in attesa di diagnosi;

- che per garantire l'operatività ad ottenuta implementazione di mezzi trasporto secondari, dimissioni protette e trasferimenti intraospedalieri possano essere assunti medici, infermieri e operatori tecnici con decorrenza 15 maggio 2020 nei limiti di spesa indicati;

- che entro 30 giorni dall'entrata in vigore del decreto la Regione presenti al Ministero della Salute il Piano di riorganizzazione, per cui con scadenza il 17 giugno 2020, e che il Ministero provveda ad approvarlo entro i successivi 30 giorni, salva la possibilità per lo stesso di richiedere per una sola volta chiarimenti o elementi integrativi, richiesta alla quale la Regione risponde entro 10 giorni, con sospensione in quel periodo dei termini. In caso di parere negativo del Ministero, o mancata presentazione del Piano da parte della Regione, provvede il Ministero direttamente sentita la Conferenza Stato Regioni;

- che a seguito dell'approvazione del Piano di riorganizzazione, i finanziamenti previsti dal medesimo art. 2 per la realizzazione e il funzionamento degli interventi in esso contenuti vengano resi disponibili dallo Stato al Commissario Straordinario nazionale per l'Emergenza COVID-19, al quale è attribuita la competenza all'attuazione dei Piani di cui si tratta; per l'attuazione del Piano di riorganizzazione il Commissario straordinario può delegare il Presidente della Regione, che agisce in qualità di Commissario delegato a titolo gratuito;

- che le opere edilizie strettamente necessarie all'attuazione delle disposizioni contenute nel Piano di riorganizzazione possano essere eseguite in deroga a disposizioni di legge e regolamentari;

- che la proprietà delle opere realizzate in attuazione del medesimo art. 2, D.L. n. 24/2020 sia delle Aziende Sanitarie presso le quali sono state realizzate;

Vista la circolare del Ministero della Salute 0011254-2 9/05/2020-DGPROGS-MDS-P, resa, quindi, disponibile il 29 maggio 2020, recante linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19, finalizzata a supportare l'attuazione delle disposizioni di cui all'art. 2 del D.L. n. 34/2020, la quale:

- fornisce indicazioni operative volte a rendere più omogenea la redazione del Piano di riorganizzazione e la successiva valutazione ministeriale;

- prevede che il Piano di riorganizzazione, approvato tramite apposito atto regionale, dovrà essere trasmesso al Ministero della salute entro il 17/6/2020 attraverso il sistema documentale SiVeAS;

Dato atto che:

- la gestione della pandemia da coronavirus COVID-19 in atto nel nostro Paese ha reso necessario il rapido allestimento di posti letto ospedalieri aggiuntivi di terapia intensiva, per poter garantire la necessaria assistenza ai pazienti affetti in forma grave dalla patologia; la dotazione della regione Emilia-Romagna è stata rapidamente incrementata, già nei primi giorni del mese di marzo scorso, fino a raggiungere da 371 pl i 690 pl, tramite l'acquisizione di disponibilità, tecnologie e la redistribuzione delle competenze da altre funzioni; nel corso della gestione della fase emergenziale è stato inoltre raggiunto un picco di 4451 posti letto allestiti per acuti;

- questa Regione ha proceduto, con nota del Commissario ad Acta per l'emergenza COVID-19 prot. PG/2020/231980 del 18 marzo 2020, all'adozione del Piano per la Gestione dei posti letto ospedalieri, in attuazione della circolare del Ministero della salute prot. GAB 2627 del 1 marzo 2020, poi integrata dalle successive n. 7422 del 16/3/2020 e n. 7865 del 25/3/2020, al fine di incrementare la dotazione dei posti letto in terapia intensiva, in conformità alle indicazioni fornite dal Ministro della salute con circolare prot. GAB 2619 del 29 febbraio 2020; il D.L. 17 marzo 2020 n. 18, convertito con legge 24 aprile 2020, n. 27, cosiddetto Cura Italia, riprende tale indicazione rendendola dispositiva e dettagliando le indicazioni per la sua attuazione;

- con propria deliberazione n. 368 del 20 aprile 2020 questa Giunta ha approvato disposizioni inerenti la realizzazione del Programma Covid-19 Intensive Care dell'Emilia-Romagna, avviando, in accordo con il Livello Nazionale, la realizzazione di strutture di terapia intensiva a funzione regionale per l'acquisizione di circa ulteriori 150 posti letto, da mantenere per l'assistenza ai pazienti COVID e dei quali poter disporre anche quale presidio a disposizione della rete di emergenza nazionale qualora altre Regioni avessero necessità di trasferire pazienti;

- il Piano di riorganizzazione che si approva con il presente provvedimento comprende la previsione di 192 posti letto aggiuntivi di terapia intensiva, per consentire all'Emilia-Romagna il raggiungimento dello standard dello 0,14 per mille abitanti, e dispone la riqualificazione dei posti letto di terapia semintensiva, come da indicazioni ministeriali, al fine di consentire alla Regione di garantire assistenza sempre più appropriata e sicura ai pazienti che ordinariamente accedono alle strutture ospedaliere in emergenza urgenza e per attività programmate, al di fuori dei periodi epidemici;

Richiamata la propria deliberazione n. 404 del 27 aprile 2020, recante primi provvedimenti per il riavvio dell'attività sanitaria programmata in corso di emergenza COVID-19, come successivamente integrata, con la quale sono state fornite alle Aziende e agli Enti del Servizio Sanitario Regionale indicazioni per la definizione di piani di riavvio delle attività sanitarie non urgenti, che erano state sospese al fine di consentire una migliore gestione emergenziale;

Considerato che, in condivisione con i provvedimenti assunti dal livello nazionale, si ritiene che l'analisi del quadro epidemiologico della pandemia, in considerazione del suo carattere particolarmente diffusivo, evidenzia l'opportunità di assumere ulteriori strategie di potenziamento della Rete Ospedaliera Regionale, al fine di rendere strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza legata all'eventuale prosieguo della situazione infettivologica COVID-19, ai suoi esiti ed a possibili accrescimenti improvvisi della curva epidemica, nonché per eventuali ed ulteriori emergenze epidemiche, da contemperarsi

con la indispensabilità di addivenire al graduale ripristino delle attività ordinarie, riportando a regime l'attività della rete ospedaliera e mantenendone il più possibile le funzioni e la flessibilità alla rapida conversione;

Vista e richiamata la propria deliberazione n. 2040/2015, con la quale si è provveduto a disciplinare la riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge n. 135/2012, dal Patto per la Salute e dal DM Salute 70/2015, affermando la continuità con la programmazione ospedaliera delle alte specialità avviata col PSR 1999-2001 secondo il modello hub & spoke;

Ritenuta pertanto la necessità, stante la sopra richiamata scadenza, di approvare il Piano di Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera regionale di cui all'art. 2, del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, contenente gli elementi organizzativi, tecnici ed economico finanziari essenziali per delineare le linee riorganizzative per il potenziamento della rete ospedaliera e il relativo programma di realizzazione, di cui al documento in allegato alla presente deliberazione quale sua parte integrante e sostanziale;

Vista e richiamata la determinazione del Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare n. 9355 del 4/6/2020, con la quale è stato definito il Piano di gestione dei Posti Letto in Fase 2 e successive, finalizzato al supporto delle strutture del sistema sanitario regionale nella gestione della emergenza epidemiologica da COVID-19;

Visti i provvedimenti amministrativi nazionali e di questa Regione aventi ad oggetto misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019;

Richiamati:

- la L.R. n. 19/1994 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e successive modifiche;

- la L.R. n. 43/2001 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modifiche;

- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni" e ss.mm.ii.;

- la propria deliberazione n. 83 del 21 gennaio 2020 "Approvazione piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2020-2022";

- la determinazione dirigenziale n. 9898 del 26 giugno 2018 avente ad oggetto "Rinnovo degli incarichi dirigenziali presso la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare";

Richiamate infine le proprie deliberazioni:

- n. 2416 del 29 dicembre 2008 avente per oggetto: "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e successive modificazioni;

- n. 468 del 10 aprile 2017 avente ad oggetto: "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna e le Circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni, predisposte in attuazione della propria deliberazione n. 468/2017;

Dato atto che il Responsabile del Procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute

A voti unanimi e palesi

delibera

per le motivazioni riportate in premessa:

1. di approvare il Piano di Riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera dell'Emilia-Romagna, di cui all'art. 2, del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, in allegato alla presente deliberazione quale sua parte integrante e sostanziale;

2. di demandare a successivi provvedimenti di questa Giunta e/o del Commissario delegato, ex art. 2, D.L. n. 34/2020, la definizione di ulteriori aspetti inerenti la realizzazione e il

finanziamento del Piano di cui si tratta, acquisiti gli elementi tecnici ed economico finanziari di dettaglio da parte delle Aziende sanitarie coinvolte, le quali si configurano quali soggetti attuatori degli interventi programmatici stabiliti con il presente atto deliberativo; tali progettazioni dovranno essere definite in accordo con la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare;

3. di dare mandato alla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare di assumere ogni iniziativa tecnico operativa utile alla realizzazione del Piano di cui ai precedenti punti;

4. di dare atto che per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa;

5. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna Telematico.



Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare

**Piano di riorganizzazione per i ricoveri in regime di terapia
intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura**
(Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per
l'emergenza COVID-19, ex art 2, DL 19 maggio 2020, n.34)

Indice

Introduzione	3
Criteri e metodi per riarticolazione dell'offerta della rete ospedaliera	5
Programma di attuazione	15
Gli interventi per la realizzazione dei posti letto di Terapia intensiva	16
Gli interventi per la realizzazione dei posti letto di Terapia semintensiva	17
Gli interventi per la riqualificazione della rete dell'emergenza urgenza ospedaliera	18
Individuazione delle aree idonee all'installazione delle strutture movimentabili	19
Gli interventi per l'emergenza territoriale	20
Personale	21
Allegati.....	24
Allegato 1. Scheda di rilevazione fabbisogno (Terapia semintensiva)	25
Allegato 2. Scheda di "Ricognizione criteri specifici della rete emergenza-urgenza RER"	26
Allegato 3. Piano dei costi – emergenza territoriale	27

Introduzione

La rete ospedaliera della regione Emilia-Romagna è stata ridefinita negli ultimi anni in relazione a quanto previsto con la DGR 2040/2015 che, di fatto, ha proseguito la riflessione avviata alla fine degli anni '90 (PSR 1999-2001) che introduceva due approcci distinti:

- a) le aree di competenza e programmazione regionale, per le quali definire assetti secondo il modello Hub and Spoke.
- b) le reti ospedaliere integrate: si tratta dell'organizzazione delle attività presenti negli ospedali di tutte le Aziende sanitarie che, attraverso l'integrazione con i servizi distrettuali e sociali, assicura ai cittadini il livello primario dell'assistenza in un determinato territorio.

In questa ottica viene superata la netta identificazione di Ospedali Hub (collegata ai livelli DEA 1 e DEA 2) prevedendo relativamente alle singole reti H&S, ruoli diversificati per le singole realtà ospedaliere.

Ciò ha introdotto la possibilità di identificare sedi per la gestione dell'emergenza COVID, diversificandole ove possibile, rispetto ad altre reti hub & spoke preservando in tal modo alcuni percorsi "puliti" per le emergenze ordinarie e le attività a maggiore complessità.

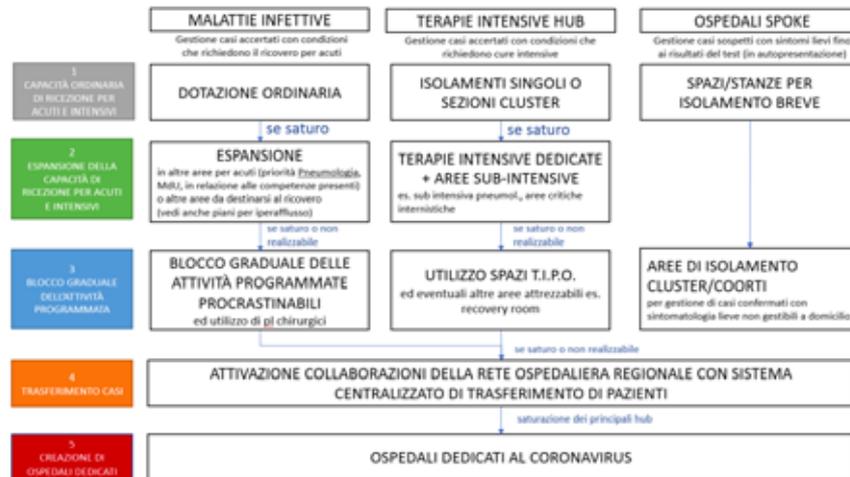
All'affacciarsi dell'epidemia COVID-19 in Emilia-Romagna che, come noto, è stata una delle prime regioni colpite contestualmente a Lombardia e Veneto, è stato predisposto un piano (Figura 1 -nota DGSCPW del 29.02.2020) che prevedeva l'identificazione di 3 tipologie di struttura da includere nella rete covid:

- A. **HUB covid** Ospedali dotati di UO di Malattie Infettive e Terapia Intensiva
- B. **SPOKE covid** Ospedali dotati di Rianimazione/Terapia intensiva (ma non di competenze in malattie infettive o pneumologia) in cui fosse possibile accogliere con percorsi distinti pazienti COVID in ventilazione invasiva.
- C. **Ospedali/padiglioni dedicati COVID** con eventuale trasferimento delle competenze necessarie, definiti come strutture di dimensioni medio-piccole (indicativamente 150-200PL) dotate di terapia intensiva e/o eventualmente aree semintensive convertibili (aree critiche, UTIC, stroke unit, ecc.) e nelle quali non siano svolte attività non trasferibili e non isolabili.

Al contempo è stata definita una pianificazione per la graduale occupazione dei posti letto specialistici e di terapia intensiva, nonché la contestuale riduzione delle attività ordinarie.

A ciò è seguito un piano operativo (Circolare del Commissario ad acta n. 1 del 18/03/2020) che ha visto la declinazione su base aziendale delle indicazioni, sia per quanto riguarda le aree intensive che quelle per acuti, prevedendo anche il coinvolgimento delle strutture private.

Figura 1 – Piano COVID (nota DGSCPW del 29.02.2020)

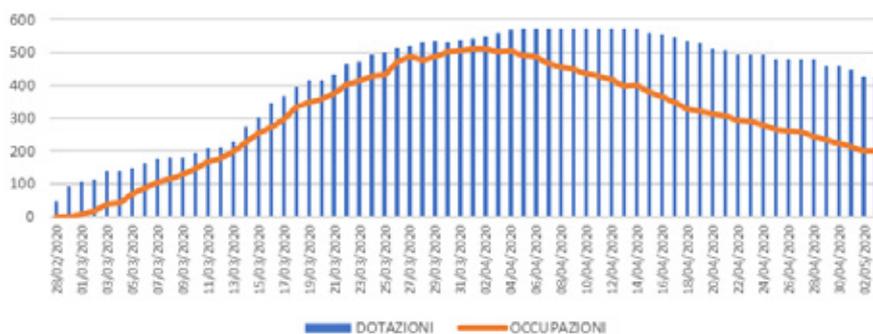


Nei grafici che seguono (Figura 2, Figura 3), riferiti al 3/5/2020, data di termine della fase 1 dell'epidemia viene riportato l'andamento delle dotazioni di posti letto Covid (PL per acuti e PL di TI), nonché i livelli di occupazione degli stessi. Come si nota, sebbene si siano registrati momenti di stress del sistema in particolare per i PL di TI, i grafici mostrano come la disponibilità di posti letto sia sempre stata adeguata a rispondere all'emergenza.

Figura 2 – Dotazioni e occupazioni di PL per acuti



Figura 3 – Dotazioni e occupazioni di PL in terapia intensiva



Criteri e metodi per riarticolazione dell'offerta della rete ospedaliera

Terapia intensiva

Dotazioni di base

Considerando il flusso HSP, il SSR contava in fase pre-epidemic (al 31/12/2019) su 371 PL pubblici e 78 privati di Terapia Intensiva (codice 049). Ai fini del presente piano sono dunque considerati come dotazione di base 449 letti.

Dotazioni in fase di picco epidemico

Nel corso dell'emergenza si è avuta una progressiva espansione delle aree intensive. Il piano ha portato ad un numero massimo di 573 PL dedicati a pz COVID (tra pubblico e privato), mantenendo comunque una piccola quota di posti per le attività di emergenza non COVID (pari a 117) per un totale di 690 PL di terapia intensiva. Tali dotazioni sono state raggiunte adibendo a spazi di terapia intensiva aree con diverse destinazioni d'uso (es. blocchi operatori, recovery room), il ripristino di reparti non più in uso nonché utilizzando posti letto nel privato.

Inoltre, attraverso un Documento Commissariale, è stato identificato un Coordinamento Clinico Regionale ed un Coordinamento Organizzativo Regionale delle terapie intensive che ha garantito l'utilizzo ottimale dei posti letto anche mediante trasferimenti di pazienti tra diverse aree provinciali. **Si prevede il mantenimento di tale organizzazione almeno per tutta la durata della fase 2 e 3.**

A partire dalla metà di aprile con il calo dei ricoveri in TI si è ridotto anche il numero di letti dedicati a pazienti COVID, arrivando al 3 maggio (ultimo giorno prima della fase 2 avviata dal DPCM 26 aprile) a 427 PL COVID (pubblico + privato) e 179 posti letto per attività non covid (pubblico).

Criteri di rimodulazione dei posti letto

In coerenza con quanto previsto dal DL n. 34/2020 è stato previsto di raggiungere gradualmente l'obiettivo di dotazione dei posti letto di Terapia intensiva fino allo standard di 0,14 PL per 1000 abitanti, ritenuti adeguati a rispondere alle esigenze epidemiologiche del territorio regionale.

Il percorso di rimodulazione prevede:

- la ri-conversione di posti letto dedicati a COVID alle precedenti attività
- l'apertura di nuovi posti letto connessi al progetto Covid Intensive Care
- il potenziamento complessivo della rete delle TI.

L'obiettivo è attivare il processo di conversione dei posti letto in modo graduale e coerente all'andamento dell'epidemia, pertanto si sono identificati due indicatori, presenti all'interno del DPCM 26 aprile, per confermare la possibilità di passaggio alla fase successiva:

- Tasso di Occupazione dei posti letto di terapia intensiva (codice 49) per pazienti COVID-19
- Numero di casi con tampone positivo riportati alla protezione civile negli ultimi 14 giorni

Nei prossimi mesi con il progressivo aumento delle attività economiche e sociali e della relativa mobilità, l'andamento dell'epidemia dovrà essere tenuto sotto stretta osservazione ed allo stesso tempo devono essere definiti piani che mantengano dotazioni adeguate a rispondere con immediatezza ad eventuali recrudescenze. È necessario ipotizzare che la fase 2 possa protrarsi per molti mesi ovvero fino all'identificazione di strategie preventive (vaccino) o terapeutiche efficaci.

La Tabella 1 riassume le dotazioni iniziali, massima e prevista a regime:

Tabella 1 – Dotazione di posti letto di terapia intensiva

	HSP 31/12/2019	Dotazione massima (picco epidemico)	Dotazione definitiva
TI ORDINARI	371	117	393
TI COVID	0	573	0
TI COVID STAFFABILI	0	0	170
TI PRIVATO	78	7	78
TOTALE TI	449	690	641

Il progetto Covid Intensive Care (CIC)

Analizzando i possibili scenari di evoluzione della curva epidemica, la Regione Emilia-Romagna già con DGR 368 del 20/04/2020, ha ritenuto opportuno prevedere il mantenimento di dotazioni aggiuntive finalizzate all'assistenza ad un numero di casi legato al permanere della circolazione del virus per diversi mesi, seppure in modo controllato o ad eventuali riemersioni del Coronavirus o di analoghe emergenze epidemiologiche.

Al fine di dare seguito alla citata delibera è stata prevista la realizzazione di aree di TI mediante la ristrutturazione o il completamento di reparti ospedalieri o strutture prefabbricate che compendino la rapidità di costruzione con sufficienti caratteristiche edili, impiantistiche e dimensionali sufficientemente idonee alla destinazione d'uso (Tabella 2).

Dalle analisi è emerso come più rispondente alle esigenze sopra esposte una soluzione che preveda:

1. più strutture attivabili anche in sequenza in relazione alle osservazioni epidemiologiche
2. strutture con caratteristiche che garantiscano una sufficiente durabilità nel tempo
3. strutture con elevati standard, confrontabili con quelli delle strutture ordinarie di terapia intensiva, in termini di comfort e sicurezza con particolare riferimento agli aspetti igienico sanitari
4. strutture collocate in aree ospedaliere al fine di usufruire dei servizi di supporto sanitario (diagnostica per immagini, laboratorio, consulenze), di servizi ausiliari (mensa, spazi gestionali, spogliatoi, ecc.) nonché per agevolare l'approvvigionamento e lo stoccaggio dei materiali di consumo e farmaci.

Le strutture assolverebbero i seguenti compiti:

- Assistere in acuto pazienti COVID-19, con un utilizzo in rete rispetto alle terapie intensive regionali (attraverso Struttura di Coordinamento Regionale insufficienza respiratoria acuta COVID-19);
- Ricevere da strutture semi intensive e dai posti letto di pazienti in assistenza semintensiva (in fase evolutiva o di svezamento) per favorire l'efficienza operativa e la sicurezza delle terapie intensive regionali;
- Rappresentare una struttura di "compensazione" anche nel periodo di rallentamento e discesa della curva epidemica per consentire alle strutture ospedaliere di recuperare in parte e gradualmente le proprie funzioni ordinarie di risposta ai fabbisogni chirurgici non solo per prestazioni non procrastinabili.
- Costituire un presidio a disposizione della rete di emergenza nazionale.

Tabella 2 – Interventi progetto CIC

Localizzazione	Tipologia di struttura	N° PL previsto	Data prevista attivazione
Policlinico di Modena	Prefabbricato 1	30	05.2020
	Prefabbricato 2	18	06.2020
Ospedale di Rimini DEA	Interna ospedaliera	34	05.2020
Ospedale S.Orsola BO	Interna ospedaliera	14	06.2020
Ospedale Maggiore BO	Interna ospedaliera	36	05.2020
Ospedale di Parma	Interna ospedaliera	14	05.2020
TOTALE		146	

Oltre a tali realizzazioni la rete dei centri di riferimento si completa con l'identificazione di uno stabilimento per ciascun ambito provinciale (Tabella 3).

Tabella 3 – Centri di riferimento COVID

Area Vasta	Centri di Riferimento di Area
AVEN	Ospedale di Piacenza
	AOU Parma (CIC)
	SMN Reggio Emilia
	AOU Modena/Baggiovara (CIC)
AVEC	Bologna Ospedale Maggiore (CIC)
	AOU Bologna (CIC)
	AOU Ferrara
Romagna	Ospedale di Rimini (CIC)
	Ospedale di Cesena
	Ospedale di Ravenna
	Ospedale di Forlì

Are semintensive

Dotazioni di base

Non è possibile effettuare una valutazione puntuale delle dotazioni di base in quanto il sistema di rilevazione dei PL regionale e nazionale (NSIS) non prevede una codifica specifica.

La regione Emilia-Romagna, nell'ambito del proprio sistema di accreditamento prevede le seguenti tipologie di aree semi-intensive/ad alta intensità:

- a) Strutture di livello clinico assistenziale semi-intensivo
 - Semintensive (polivalenti)
 - UTIR in ambito pneumologico
 - UTIC in ambito cardiologico
 - Stroke Unit in ambito neurologico

- b) Strutture di alta intensità in ambito medico/internistico
 - Alta Intensità in medicina interna
 - Area critica in medicina d'urgenza

Dotazioni in fase di picco epidemico

Nel corso dell'emergenza parallelamente all'espansione delle aree intensive si è osservato un crescente utilizzo di aree ospedaliere per l'assistenza a pazienti in ventilazione non invasiva, identificate prioritariamente nell'ambito delle UO di pneumologia, medicina interna e medicina d'urgenza.

Il sistema di monitoraggio dei PL attivato a livello regionale in corso di epidemia è arrivato a contare nel periodo di picco epidemico fino a 150 PL di area semi-intensiva.

Generalmente non sono state utilizzate per la gestione di pazienti Covid le aree di UTIC e stroke unit, che hanno mantenuto la propria funzione di risposta alle emergenze tempo dipendenti non COVID.

Rimodulazione dei posti letto

IL DL 19 maggio 2020 n. 34 prevede la riqualificazione di posti letto di area semi-intensiva, con relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica, prevedendo che tali postazioni siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure.

In relazione all'andamento della curva pandemica, per almeno il 50 % dei posti letto di cui sopra, si prevede la possibilità di immediata conversione in posti letti di terapia intensiva, mediante integrazione delle singole postazioni con la necessaria strumentazione di ventilazione, monitoraggio e terapia farmacologica infusioneale.

Il ricalcolo della quota nazionale dello 0.007% sulla popolazione regionale è riportato nella Determina del Direttore Generale n. 9355 del 4/06/2020. La circolare del Ministero della Salute del 29 maggio "Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza Covid-19", indica per la regione Emilia-Romagna 312 PL complessivi, si riporta pertanto nella Tabella 4 la distribuzione per area vasta e provincia.

Tabella 4 – Rimodulazione dei PL di terapia semintensiva

		PL semintensiva	di cui convertibili a TI
RER		312	156
AV	AVEN	139	69
	AVEC	94	47
	Romagna	79	39
Province	Piacenza	20	10
	Parma	32	16
	Reggio Emilia	37	19
	Modena	50	25
	Bologna AM	70	35
	Ferrara	24	12

In relazione a quanto previsto dalla circolare, considerati gli assetti della rete ospedaliera regionale che prevede reti hub & spoke e reti cliniche integrate a livello territoriale, sono identificati specifici criteri in merito alla collocazione delle aree semintensive.

I posti letto di semi-intensiva vengono individuati prioritariamente:

- A. in una percentuale dei posti letto di **pneumologia** dotati di adeguate strumentazioni e competenze (UTIR)
- B. in una percentuale di posti letto nell'ambito delle strutture di **medicina d'urgenza** (aree critiche)
- C. in unità operative di area medica in ospedali sede di strutture di emergenza (PS, DEA) ove siano presenti competenze di area critica, siano disponibili competenze pneumologiche e sia possibile prevedere la conversione a COVID Hospital.

Le strutture identificate dovranno essere adeguate al fine di rispondere ai requisiti previsti dalla DGR 327/2004 sia per quanto riguarda lo specifico livello di intensità clinico-assistenziale che per quanto riguarda gli aspetti di isolamento/biocontenimento.

Il 50% dei posti letto di semi-intensiva deve essere immediatamente convertibile in postazioni di Terapia intensiva. Tali posti letto devono essere dotati dei requisiti strutturali e impiantistici necessari per attivare posti letto con le previste dotazioni di ventilazione, monitoraggio e terapia farmacologica infusionale. I posti letto di semi-intensiva "convertibili" devono essere collocati in ospedali dotati di posti letto di terapia intensiva.

Sono state pertanto individuate aree mediche riqualificabili a semintensive, nel rispetto dei numeri e delle tipologie sopra descritte, nell'ambito delle discipline mediche con particolare riferimento a:

026 – medicina interna

068 – pneumologia

051 – medicina d'urgenza

Per quanto riguarda la distribuzione nei singoli stabilimenti si prevede che i PL convertibili debbano essere collocati in prossimità di terapie intensive, mentre i restanti PL possono essere distribuiti (in moduli non inferiori a 4 PL) anche in altri contesti individuati localmente.

Posti letto di area medica

Il DM 30 aprile relativo al monitoraggio dei PL prevede per le aree mediche destinate a pazienti COVID un tasso di occupazione pari al 40%.

Vista la rilevanza che i posti letto di area medica hanno nell'efficiente funzionamento dell'ospedale (es. ricoveri urgenti da PS) si ritiene di non poter prevedere un numero elevato di letti non occupati.

Per far fronte ad eventuali recrudescenze, si prevede pertanto di procedere come segue:

- In fase 2 mantenere l'effettiva disponibilità di **PL COVID liberi** tali da garantire un'occupazione inferiore al 40%. In situazioni di bassa incidenza saranno privilegiati i reparti specialistici (malattie infettive e/o pneumologia) Sono inclusi nel conteggio anche i letti presenti in reparti destinati a pazienti "sospetti covid".
- In fase 3 e successive dovranno comunque essere predisposti piani a livello territoriale (provinciale o sovra provinciale) che individuino un numero di posti letto immediatamente destinabili a COVID in un numero non inferiore a quelli riportati in tabella
- Tali letti destinabili potranno essere identificati nell'ambito dei **PL pubblici** delle discipline
024 – malattie infettive
026 – medicina interna

068 – pneumologia

a cui si aggiungono sulla base dell'esperienza condotta a livello regionale, i posti letto afferenti alla disciplina:

051 – medicina d'urgenza

L'allocazione dei PL riassunta in Tabella 5 dovrà essere coerente con l'identificazione di COVID Hospital o di aree COVID che rispettino le caratteristiche di separazione degli spazi e dei flussi.

Tabella 5 – PL di area medica

	HSP (026-068-024)	da identificare come "immediatamente destinabili"
RER	3678	1471
AVEN	1518	607
AVEC	1247	499
Romagna	913	365
Piacenza	160	64
Parma	438	175
Reggio Emilia	446	178
Modena	474	190
Bologna AM	886	354
Ferrara	361	144

Ulteriori PL potranno essere identificati nell'ambito dei piani aziendali di emergenza.

Post acuzie

A fronte dell'andamento dell'epidemia COVID-19 è emersa la necessità, da un lato di massimizzare l'efficienza nell'utilizzo dei posti letto di terapia intensiva e subintensiva e in regime ordinario per acuti e dall'altro, di condividere protocolli relativi alla gestione dei pazienti che hanno superato la fase di maggiore acuzie anche avviandoli a percorsi riabilitativi, ove appropriato.

È opportuno prevedere programmi di riabilitazione che seguano il paziente nei vari setting, dalla fase ospedaliera di acuzie/post-acuzie fino al trattamento territoriale a lungo termine, in base ai bisogni del paziente.

Spesso si tratta inoltre di 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).

I setting sono stati quindi identificati in base al livello di complessità del paziente e agli esiti riportati in seguito al contagio da Covid-19 (complessità clinica, disabilità e multimorbilità):

- a) In caso di persona con **bisogno riabilitativo complesso** (es. pazienti dimessi dalle unità di area critica con *post intensive care syndrome*, deficit neurologici, disturbi respiratori, della deglutizione e cognitivi) tali da richiedere la definizione di un piano riabilitativo individualizzato (PRI) e un lavoro in team interprofessionale (fisiatri, fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali), sono identificate Unità di Medicina Riabilitativa.

- b) In caso di persona con **bisogno riabilitativo non complesso** (es. decondizionamento fisico da allettamento in particolare nelle persone anziane fragili) sono identificati nell'ambito dei reparti di area medica, di cui al capitolo precedente, percorsi riabilitativi attivabili tramite un modello consulenziale o come attività strutturata in base alle modalità organizzative già presenti in ciascuna azienda.

Per i pazienti che non necessitano di ricovero in ospedale, è garantita la continuità del percorso riabilitativo tramite i servizi territoriali (case della salute, CAR, PAR).

Emergenza Ospedaliera

I Pronto soccorso hanno rappresentato in fasi di picco epidemico uno dei punti di maggiore pressione sul sistema.

Dovranno pertanto essere riorganizzati e ristrutturati i Pronto Soccorso con l'obiettivo prioritario di separare i percorsi e creare aree di permanenza dei pazienti in attesa di diagnosi che garantiscano i criteri di separazione e sicurezza rendendo definitive soluzioni già adottate in modo provvisorio nelle scorse settimane.

La rete dell'emergenza ospedaliera è rappresentata ne prospetto seguente:

Tabella 6 - Rete dell'emergenza

PC	101 - PIACENZA	PS - (DEA 2°) - OSPEDALE PIACENZA
		PS - OSPEDALE CASTEL S. GIOVANNI
		PS - OSPEDALE FIOREZZUOLA D'ARDA
PR	102 - PARMA	PS - (DEA 1°) - OSPEDALE FIDENZA
		PPI - OSPEDALE DI BORGO VAL DI TARO
	902 - AOSPU PARMA	PS - (DEA 2°) - OSPEDALI RIUNITI - PR
RE	103 - REGGIO EMILIA	PS - OSPEDALE GUASTALLA
		PS - OSPEDALE CORREGGIO
		PS - OSPEDALE MONTECCHIO EMILIA
		PS - OSPEDALE SCANDIANO
		PS - OSPEDALE CASTELNOVO NE' MONTI
		PS - (DEA 2°) - S. MARIA NUOVA - RE
MO	104 - MODENA	PS - (DEA 1°) - OSPEDALE CARPI
		PS - OSPEDALE MIRANDOLA
		PS - OSPEDALE VIGNOLA
		PS - OSPEDALE PAVULLO NEL FRIGNANO
		PS - (DEA 1°) - NUOVO OSPEDALE SASSUOLO
	904 - AOSPU MODENA	PS -(DEA 2°)-POLICLINICO - MO
		PS - (DEA 2°) - NUOVO OSPEDALE S. AGOSTINO - ESTENSE
BO	105 - BOLOGNA	PS - (DEA 2°) - OSPEDALE MAGGIORE
		PS - OSPEDALE BAZZANO
		PS - OSPEDALE PORRETTA TERME

		PS - OSPEDALE VERGATO
		PPI - OSPEDALE LOIANO
		PS - OSPEDALE BENTIVOGLIO
		PS - OSPEDALE BUDRIO
		PS - OSPEDALE S. GIOVANNI IN PERSICETO
		PPI - CDC PROF. NOBILI S.P.A.
	106 - IMOLA	PS - (DEA 1°) - OSPEDALE IMOLA
	908 - AOSPU BOLOGNA	PS - (DEA 2°) - S. ORSOLA-MALPIGHI - BO
FE	109 - FERRARA	PS - (DEA 1°) - OSPEDALE DEL DELTA
		PS - OSPEDALE ARGENTA
		PS - OSPEDALE CENTO
	909 - AOSPU FERRARA	PS - (DEA 2°) - ARCISPEDALE S. ANNA - FE
ROM	114 - ROMAGNA	PS - (DEA 2°) - OSPEDALE RAVENNA
		PS - (DEA 1°) - OSPEDALE LUGO
		PS - (DEA 1°) - OSPEDALE FAENZA
		PS - (DEA 2°) - OSPEDALE FORLÌ
		PPI - OSPEDALE SANTA SOFIA
		PS - (DEA 2°) - OSPEDALE CESENA
		PPI - OSPEDALE CESENATICO
		PPI - OSPEDALE BAGNO DI ROMAGNA
		PS - (DEA 2°) - OSPEDALE RIMINI
		PPI - OSPEDALE SANTARCANGELO DI ROMAGNA
		PPI - OSPEDALE NOVAFELTRIA
		PS - (DEA 1°) - OSPEDALE RICCIONE
		PPI - OSPEDALE CATTOLICA

In corso di emergenza la Protezione civile ha allestito le seguenti strutture temporanee per il pre-triage:

- Fiorenzuola d'Arda (PC)
- Castel San Giovanni (PC)
- Piacenza
- Vignola (MO)
- Mirandola (MO)
- Pavullo nel Frignano (MO)
- Vaio di Fidenza (PR)
- Parma
- Borgotaro (PR)
- Reggio Emilia
- Montecchio Emilia (RE)
- Guastalla (RE)
- Imola (BO)

- Sassuolo (MO)
- Cento (FE)
- Bologna Ospedale Maggiore
- Bologna Ospedale S. Orsola
- Argenta
- Castelnovo ne' Monti (RE)
- Guastalla (RE)
- Cesena
- Forlì

Riqualificazione della rete dell'emergenza ospedaliera

Sono state identificate le strutture di emergenza-urgenza ospedaliera (PS e DEA) da mantenersi operative anche nel corso di emergenze epidemiche, in relazione alle caratteristiche di sicurezza delle strutture stesse ed alle funzioni previste per il relativo ospedale riassunte in Tabella 7. Sono previste 2 tipologie di strutture in relazione alla rete emergenza COVID:

1. strutture di riferimento COVID presso le quali è previsto l'intero percorso diagnostico in PS fino all'eventuale ricovero dei **casì**.
2. altre strutture presso le quali è comunque previsto il percorso di valutazione dei **sospetti** e la loro permanenza in attesa di esito del test ed eventuale trasferimento.

Tabella 7 – Requisiti dei Pronto Soccorso

aree di pre-triage	in tutte le strutture
area di attesa dedicata ai sospetti COVID in attesa di diagnosi/esito tampone	in tutte le strutture
ambulatorio dedicato ai sospetti COVID in attesa di diagnosi	Per PS con basso afflusso, ambulatorio e attesa possono coincidere
percorso di PS specifico per i pazienti COVID	Solo per ospedali in cui è prevista la gestione di pazienti COVID+
accesso dedicato per i mezzi di soccorso agli spazi di attesa dei pazienti barellati sospetti COVID	in tutte le strutture
spazi di attesa dei pazienti barellati sospetti COVID	in tutte le strutture
area diagnostica radiologica dedicata al percorso COVID	Solo per ospedali in cui è prevista la gestione di pazienti COVID+ di maggiori dimensioni

La rete dell'emergenza territoriale

La rete dell'emergenza territoriale è stata pesantemente coinvolta. I trasporti in emergenza hanno visto un incremento del volume pari a circa 3 volte il numero di servizi svolti in condizioni standard.

Gli oltre 130 trasporti interospedalieri svolti per pazienti critici in assistenza ventilatoria hanno rappresentato l'altro elemento di criticità vissuto dalla rete.

Il presente capitolo illustra i criteri adottati per l'implementazione dei mezzi dedicati o dedicabili ai trasferimenti secondari tra strutture COVID-19, alle dimissioni protette e ai trasporti inter-ospedalieri non COVID-19. Il piano di potenziamento dei trasporti è predisposto in base ai seguenti punti:

1. L'unificazione delle Centrali Operative 118 ha concentrato su di esse le funzioni strategiche per il trasporto dei pazienti critici, anche grazie al fatto che sulle stesse insistono i servizi di Elisoccorso. Si ritiene utile aggiungere per ogni Centrale Operativa una ambulanza h 24 con infermiere e autista soccorritore. È altresì prevista l'implementazione di 2 infermieri per ogni Centrale 118 destinati a migliorare le funzioni di Disaster Recovery;
2. L'implementazione di medici rianimatori all'interno delle tre Aree Vaste regionali al fine di integrare gli organici di area critica. Tale funzione permetterà di svincolare detto personale per dedicarlo all'assistenza in caso di trasporto di pazienti complessi;
3. L'aumento delle ore di disponibilità di ambulanze con infermiere e autista soccorritore anche per l'emergenza territoriale;

Il coordinamento del personale di cui ai punti 2) e 3) è posto a carico delle Centrali Operative 118 di riferimento. L'entità delle risorse necessarie all'implementazione del piano corrisponde a quanto previsto dal DL 34/2020 ed è riassunto nelle seguenti tabelle (*Tabella 8, Tabella 9, Tabella 10*).

Tabella 8 – Implementazione della dotazione delle Centrali Operative

Centrali Operative	Emilia Ovest	Emilia Est	Romagna
Ambulanze (n)	2	2	2
Infermieri (n)	6	6	6
Autisti (n)	6	6	6
Infermieri per Disaster Recovery (n)	2	2	2

Tabella 9 - Implementazione della dotazione sul territorio

Territorio	AUSL PC	AUSL PR	AUSL RE	AUSL MO	AUSL BO	AUSL Imola	AUSL FE	AUSL Romagna
Ambulanze (n)	2	1	2	2	1	1	1	1
Infermieri (n)	4	7	8	11	13	2	5	17
Autisti (n)	4	7	8	11	13	2	5	17

Tabella 10 - Implementazione della dotazione degli hub

HUB	AVEN	AVEC	ROMAGNA
Medici rianimatori (n)	1	2	1

Programma di attuazione

Nei capitoli successivi si illustrano i criteri e metodi per l'attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera per le terapie intensive, semintensive e Pronto Soccorso nonché per l'emergenza territoriale e per l'individuazione delle aree per ospitare le strutture movimentabili.

Ciascun capitolo descrive gli interventi pertinenti illustrandone nel modo più dettagliato possibile il quadro economico.

La definizione dell'offerta della rete ospedaliera, come sopra illustrata, ha richiesto e richiede interventi tecnici ed impiantistici molto impegnativi dovendosi progettare e realizzare lavori su un patrimonio edilizio il più delle volte strutturalmente ed architettonicamente datato, non sempre pienamente rispondente ai requisiti funzionali ordinari e comunque necessariamente oggetto di riqualificazione finalizzata a rispondere ai requisiti di sicurezza richiesti dal contesto emergenziale e post COVID-19.

Particolare rilevanza assume, sotto il profilo tecnico, l'adeguamento degli impianti aeraulici dovendosi garantire differenze di pressione tra i reparti COVID e no-COVID e dovendosi separare i circuiti impiantistici per garantire la differenziazione del ricambio/circolazione/espulsione dell'aria.

Elemento di particolare attenzione nella progettazione e nella realizzazione degli interventi è stata ed è l'assoluta necessità che i lavori vengano eseguiti in massima sicurezza, non dovendo interferire in alcun modo con le attività sanitarie, al fine di consentire la continuità dell'erogazione dei servizi.

Le considerazioni di cui sopra, declinate in termini progettuali sul patrimonio edilizio del Servizio Sanitario dell'Emilia-Romagna, hanno determinato la necessità di maggior tempo, rispetto quello disponibile, per la messa punto delle Tabelle 2 e Tabelle 3 previste dalle *"Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 (art 2, DL 19 maggio 2020, n.34)"*, dato che una corretta compilazione delle stesse richiede la disponibilità di soluzioni progettuali con le quali definire compiutamente il costo economico dell'intervento, almeno in termini di fattibilità tecnico economica.

La quantificazione dei costi per gli interventi è stata pertanto stimata sulla base delle indicazioni riportate nella Relazione tecnica del DL 34/2020 e dei relativi costi parametrici, essendo ancora in corso la compilazione delle *"Tabelle 2"* e delle *"Tabelle 3"* e allegando alla presente relazione la sola *"Tabella 4"*.

Per gli interventi relativi a terapia semintensiva e Pronto Soccorso sono state raccolte informazioni descrittive che, illustrando le principali caratteristiche quali quantitative delle aree di terapia semintensiva e di emergenza urgenza, ne permettano una quantificazione economica parametrica.

Con quanto sopra descritto, insieme ai contenuti di dettaglio tecnici ed economici relativi agli acquisti di automezzi per la gestione dell'emergenza territoriale, si può addivenire al piano dei costi per la messa a punto dell'offerta della rete ospedaliera del Servizio Sanitario dell'Emilia-Romagna per la cura dei pazienti sospetti o affetti da COVID-19.

Gli interventi per la realizzazione dei posti letto di Terapia intensiva

Il Servizio Sanitario della regione Emilia-Romagna disporrà, a regime, di **641** posti letto di terapia intensiva di cui **449** posti letto erano già attivi ante emergenza (comprensivi dei 7 PL in strutture private accreditate).

I restanti **192** posti letti in parte sono stati realizzati, in parte sono in corso di realizzazione ed in parte sono in progettazione. Tutti i 196 posti letto saranno realizzati presso ospedali di Aziende sanitarie pubbliche

La Tabella 11 riassume gli interventi per l'intera Regione. L'importo complessivo è calcolato secondo i seguenti criteri:

- Il 10% sono PL di isolamento, con un costo di ristrutturazione pari a 146.400 €/PL
- il 90% sono PL non isolati, con un costo di ristrutturazione pari a 73.200 €/PL
- il costo delle tecnologie è di 85.400 €/PL (escluso il costo dei ventilatori polmonari)

Tabella 11 - Interventi di realizzazione di nuovi posti letto di terapia intensiva

Voci di costo	PL (n)	Importo unitario (€)	Importo complessivo (€)
PL di isolamento	20	146.400	2.928.000
PL non isolati	172	73.200	12.590.400
Tecnologie	192	85.400	16.396.800
TOTALE RER	192		31.915.200

I 192 PL così realizzati si aggiungono ai 449 già presenti sul territorio regionale per un totale di 641 PL, come previsto dalla tabella 1 delle "Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per l'emergenza COVID-19, ex art 2, DL 19 maggio 2020, n.34"

Gli interventi per la realizzazione dei posti letto di Terapia semintensiva

I posti letto da riconvertire in posti letto per terapia semintensiva per il Servizio Sanitario della regione Emilia-Romagna sono **312**.

Le "Tabelle 2" previste dalle "Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 (art 2, DL 19 maggio 2020, n.34)" sono in corso di predisposizione. Le Aziende sanitarie sono impegnate nella messa a punto della documentazione progettuale di fattibilità tecnico economica ma, tramite la raccolta di informazioni con il format in allegato al presente documento (Allegato 1 - Scheda di rilevazione fabbisogno (Terapia semintensiva)), visto il costo parametrico indicato nella relazione tecnica del D.L. 34/2020, può essere stimato il costo complessivo degli interventi necessari per l'adeguamento dei posti letto di terapia semintensiva, di cui il 50% convertibile in Terapia intensiva COVID.

I PL che risultano da adeguare sono **261**, i cui costi di adeguamento stimati, riassunti nella sotto riportata Tabella 12, sono calcolati sulla base delle indicazioni contenute nella relazione tecnica al DL 24/2020, al netto delle tecnologie già acquisite (ventilatori), secondo la seguente stima:

- un costo di 73.200 €/PL per la ristrutturazione;
- un costo di 61.000 €/PL per le tecnologie

Tabella 12 - PL di terapia semintensiva da approntare

Voci di costo	PL (n)	Importo unitario (€)	Importo complessivo (€)
Ristrutturazione	261	73.200	19.105.200
Tecnologie	261	61.000	15.921.000
TOTALE RER			35.026.200

Gli interventi per la riqualificazione della rete dell'emergenza urgenza ospedaliera

Il caso della ristrutturazione/riqualificazione dei Pronto Soccorso, riguardo gli aspetti tecnico impiantistici e riguardo l'aspetto distributivo funzionale, risulta ancora più complesso che per le terapie semintensive. Le Aziende sanitarie stanno predisponendo le "Tabelle 3" previste dalle "Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 (art 2, DL 19 maggio 2020, n.34)" che permetteranno una valutazione analitica dei costi.

Parimenti a quanto fatto per i posti letto per terapia semintensiva, è stato predisposto un format per la raccolta delle informazioni quali quantitative (riportato in Allegato 2 - Scheda di "Ricognizione criteri specifici della rete emergenza-urgenza RER"). È, pertanto, possibile una valutazione parametrica dei costi da sostenere per ristrutturazione/riqualificazione dei Pronto Soccorso.

Come elementi parametrici per la stima della valorizzazione economica degli interventi viene preso quanto indicato nella relazione tecnica del D.L. 34/2020 ovvero:

- 400.000 € per i Pronto Soccorso riconducibili ai DEA di II livello;
- 300.000 € per i Pronto Soccorso riconducibili ai DEA di I livello
- 200.000 € per i Pronto Soccorso riconducibili ai PS, compresi i PS specialistici

Gli esiti del monitoraggio relativo alla necessità di ristrutturazione/riqualificazione dei Pronto Soccorso della rete dell'emergenza del Servizio Sanitario regionale, così come rappresentata in tabella 6, applicando i criteri parametrici sono riportati, ha portato a stimare necessario un importo economico pari a 13.200.000 €.

Individuazione delle aree idonee all'installazione delle strutture movimentabili

L'art. 2 comma 3 del DL 34/2020 prevede che ciascuna Regione individui le aree attrezzabili in cui è possibile installare strutture movimentabili dotate di 75 PL di terapia intensiva ciascuna, tuttavia, non sono pervenute indicazioni relative ai requisiti delle aree da individuare (es. forma, dimensioni, collocazione, allaccio alle reti).

Le Aziende sanitarie della Regione hanno quindi comunicato la disponibilità di aree di almeno 4.500 mq in cui sia possibile l'allaccio delle utenze e la connessione alla rete fognaria. Sono state individuate quattro possibili collocazioni, distribuite sul territorio regionale: la Tabella 13 riassume le aree individuate.

Tabella 13 - Aree idonee all'installazione delle strutture movimentabili

Aziende sanitarie	Struttura ospedaliera	Area individuata
AUSL Piacenza	Ospedale di Vaio (Fidenza)	Zona antistante l'ospedale, avente una superficie di circa 5600 mq
AUSL Parma		
AO Parma		
AUSL Reggio Emilia		
AUSL Modena		
AO Modena		
AUSL Bologna	Ospedale Bellaria di Bologna	Parcheggio dipendenti di 5.500 mq, in prossimità del Padiglione servizi
AO Bologna		
IOR		
AUSL Imola		
AUSL Ferrara	Plesso Ospedaliero Arcispedale S. Anna di Cona (Ferrara)	Aree verdi e parcheggi attrezzabili e collegabili alle reti energetiche disponibili
AO Ferrara		
AUSL Romagna	Ospedale Santa Maria delle Croci di Ravenna	Parcheggio DEA

Gli interventi per l'emergenza territoriale

La successiva Tabella 14 riporta il piano dei costi complessivo regionale, calcolato assumendo un costo per ambulanza pari a 150.000€, come previsto nella relazione tecnica del DL 34/2020. Il dettaglio per Azienda e per sede è riportato in "Allegato 3 - Piano dei costi – emergenza territoriale".

Si riporta di seguito la definizione di allestimento "Tipo A": *autoambulanza di soccorso, attrezzata per il trasporto di infermi o infortunati e per il servizio di pronto soccorso 118, dotate di specifiche attrezzature di assistenza (sistema di trasmissione delle immagini "live", modulo teletrasmissione ECG, computer di bordo per trasmissione dati clinici/organizzativi, massaggiatore cardiaco esterno e ecografo portatile).*

Tabella 14 - Acquisto ambulanze

	Ambulanze da acquistare [n°]	Tipologia allestimento	Costo unitario. [€]	Costo complessivo [€]
TOTALE Emilia-Romagna	17	Tipo A	150.000 €	2.550.000 €

Personale

In considerazione degli interventi sopra declinati per l'attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera, al fine di rendere strutturale la risposta emergenziale alla domanda di assistenza in relazione alle successive fasi di gestione della situazione epidemiologica correlata al COVID-19, le misure adottate hanno già comportato per tutte le Aziende sanitarie la definizione di un piano di fabbisogni, anche in termini di acquisizione di personale, che consenta di rispondere prontamente alla situazione emergenziale, procedendo a una profonda e generalizzata riorganizzazione delle attività sanitarie ed assistenziali, al fine di orientare primariamente il personale e le strutture organizzative verso le attività di cura e prevenzione collegati all'emergenza epidemiologica.

Con riferimento alle misure individuate dall'art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, ai sensi del comma 5 è individuato il fabbisogno di personale dipendente medico, infermieristico e operatore tecnico per l'anno 2020, come indicato nella Tabella 7b – costo personale dipendente mezzi di soccorso. Il piano di potenziamento delle risorse umane dedicate ai trasferimenti secondari per i pazienti COVID-19, per le dimissioni protette e per i trasporti inter-ospedalieri per pazienti non affetti da COVID-19, è predisposto, in coerenza con l'organizzazione regionale dei servizi ospedalieri e territoriali, come indicato in dettaglio al paragrafo precedente.

I costi per l'anno 2020, che all'atto della predisposizione del presente piano sono stimati in complessivi € 3.763.000 euro, rientrano nel limite di spesa individuato per le misure di cui al comma 5 (per la Regione Emilia-Romagna pari a 3.876.256,63 euro). Detto limite non concorre al rispetto dei vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale, pertanto si precisa che gli importi indicati sono comprensivi dei costi accessori per il personale subordinato previsti dai contratti nazionali di lavoro. Detti importi sono suscettibili di possibili variazioni a consuntivo d'anno con riferimento all'evoluzione della pandemia in atto. Sulla base degli stessi criteri è formulata anche una prima stima delle risorse e del relativo costo per l'anno 2021 pari a € 6.046.000 euro.

Con riferimento alle previsioni del comma 7 dell'art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, che prevede la possibilità di incrementare la spesa di personale per le finalità individuate dai commi 1 e 5 dello stesso articolo e per le finalità di cui all'articolo 2-bis, commi 1, lettera a) e 5, e all'articolo 2-ter del decreto-legge 17 marzo 2020, n.18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, i processi di riorganizzazione sopra indicati individuano una rimodulazione del fabbisogno di personale che, allo stato attuale, vista la necessità di completare i percorsi e di acquisire ulteriori elementi per una soluzione strutturale, anche con riferimento all'evolversi del quadro epidemiologico della pandemia, deve ancora completamente consolidarsi. Nella prima fase emergenziale, i processi di riorganizzazione messi in atto per rispondere prontamente all'accrescimento della curva epidemica, hanno reso necessario l'incremento di incarichi di lavoro autonomo e di collaborazione coordinata e continuativa, nonché di assunzioni di personale dipendente a tempo determinato per far fronte alle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione di SARS-CoV-2 per una spesa complessiva stimata per l'anno 2020 pari all'intero finanziamento stanziato complessivamente per la Regione Emilia-Romagna dal Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 10 marzo 2020 e dal decreto-legge 17 marzo, n.18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, di 56.538.719 euro a fronte di oltre 2.000 unità tra incarichi di lavoro autonomo e incarichi a tempo determinato. In tali numeri non sono incluse le ulteriori tipologie contrattuali utilizzate per far fronte alla complessiva riprogrammazione delle attività per la gestione dell'emergenza, quali somministrazione di

lavoro a tempo determinato e anticipo di assunzioni a tempo indeterminato, per le quali i decreti sopracitati non prevedono specifico finanziamento, pari ad ulteriori 1.880 unità, che sono tra l'altro già rendicontati all'interno della rilevazione "Potenziamento delle risorse umane del SSN legate alle esigenze derivanti dall'emergenza COVID-19" inviato, con cadenza settimanale al Ministero della Salute, per un costo complessivo stimato di 38 mln di euro.

La messa a regime del piano di riorganizzazione come sopra delineato, prevede il consolidamento del fabbisogno di quota parte del personale assunto per far fronte alla prima fase emergenziale, tenuto conto della necessità di potenziare la Rete Ospedaliera Regionale, al fine di rendere strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza legata all'eventuale prosieguo della situazione infettivologica COVID-19, ai suoi esiti ed a possibili accrescimenti improvvisi della curva epidemica, nonché per eventuali ed ulteriori emergenze epidemiche, da contemperarsi con la indispensabilità di addivenire al graduale ripristino delle attività ordinarie, riportando a regime l'attività della rete ospedaliera e mantenendone il più possibile le funzioni e la flessibilità alla rapida conversione.

Stante la necessità di redigere il piano nei tempi indicati dalle Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza Covid-19 trasmesse il 29/05/2020 dal Ministero della Salute, il fabbisogno di personale e relativo costo sostenuto per l'anno 2020, a valere sulle risorse di cui al comma 7 dell'art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34, sarà aggiornato in fase successiva, anche per tenere conto di tutti gli interventi rientranti nel "Programma Covid Intensive Care dell'Emilia-Romagna" approvato con deliberazione n. 368 del 20 aprile 2020. Con riferimento alle disposizioni ivi previste, il piano prevede che, al fine di garantire una sostenibilità con il finanziamento messo a disposizione a legislazione vigente, il personale sanitario adibito ai Posti Letto di Terapia Intensiva, in caso di attivazione degli stessi, ad esempio per una recrudescenza pandemica, sia il personale già ricompreso nel fabbisogno di cui sopra.

Sulla base delle informazioni ad oggi disponibili si stima, pertanto, un costo complessivo ulteriore a consuntivo 2020 pari a 63 mln di euro, superiore di circa 48 mln rispetto al finanziamento stanziato dal comma 7 per la Regione Emilia-Romagna che ammonta a 14.095.479. Si precisa che il costo è comprensivo dei costi accessori per il personale subordinato previsti dai contratti nazionali di lavoro.

I processi di riorganizzazione sopra descritti hanno determinato un notevole impatto sulle condizioni di lavoro degli operatori del SSR, con particolare riferimento a quelli impegnati nei reparti Covid e, più in generale nelle attività di prevenzione, diagnosi e cura collegati alla diffusione del Covid-19, determinando anche la necessità di una accresciuta presenza lavorativa sul luogo di lavoro. Il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, ai sensi dell'art. 2, comma 6 lettera a) prevede la possibilità alle regioni e alle province autonome di riconoscere incentivi a tutto il personale operante nei servizi dedicati alla gestione del COVID-19, destinando le risorse allo scopo riservate, per la remunerazione delle prestazioni correlate alle particolari condizioni di lavoro del personale dipendente delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto delle scelte organizzative e gestionali di ciascuna azienda sanitaria. In particolare, è prevista la possibilità di incrementare i fondi per la remunerazione delle ore di lavoro straordinario e delle specifiche indennità contrattuali, ivi incluse le indennità previste per i servizi di malattie infettive, prima corrisposte solo al personale assegnato a specifiche unità operative ed ora da corrispondere a tutto il personale sanitario operante nei servizi dedicati alla gestione del COVID-19, nonché i fondi incentivanti che remunerano la produttività e il risultato.

E' ancora in corso di valutazione la possibilità di avvalersi di quanto disposto dall'art. 2 comma 6 lettera b).

Nella Tabella 7c viene richiesto di riportare la stima del costo sostenuto per l'anno 2020 per incentivi di personale con riferimento allo stanziamento previsto dal decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, art. 2, comma 10. Si precisa che la compilazione definitiva, con le specifiche richieste dalle Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza Covid-19, potrà avvenire solo a consuntivo in quanto è tutt'ora in fase di definizione l'assegnazione alle aziende sanitarie, nonché la suddivisione tra le tipologie contrattuali. Si evidenzia, infine, che per l'anno 2020 sono già state interamente assegnate alle aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna le risorse previste dall'articolo 1 del decreto-legge 17 marzo 2020, n.18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, pari a 18.598.263 euro.

Allegati

Allegato 1. Scheda di rilevazione fabbisogno (Terapia semintensiva)

Viene compilata una scheda per ciascuna area semintensiva individuata

Stabilimento	
Unità operativa	
Disciplina	Pneumologia/Medicina d'urgenza/Medicina Interna/Altro (specificare)
Codice HSP	
N° PL (dell'area semintensiva)	
m ² complessivi area semintensiva	
Rispetto ai requisiti strutturali previsti per le aree semintensive (DGR 327/2004)	Area adeguata =m ²
	Area parzialmente adeguata =..... m ²
	Area completamente da adeguare =..... m ²
Rispetto ai requisiti tecnologici previsti per le aree semintensive (DGR 327/2004)	Adeguata/ Parzialmente adeguata/ Completamente da adeguare
Per le strutture non pienamente adeguate, è già previsto nella programmazione un adeguamento ai requisiti SI?	
Se si tratta di semintensiva "convertibile": L'area è rispondente oggi a requisiti di terapia intensiva? NB si intendono convertibili se dotati della necessaria strumentazione di ventilazione invasiva e di monitoraggio (vedi medesima DGR)	Area adeguata =m ²
	Area parzialmente adeguata =..... m ²
	Area completamente da adeguare =..... m ²
È già previsto nella programmazione una riconversione strutturale adeguandola ai requisiti TI?	

Allegato 2. Scheda di "Riconoscizione criteri specifici della rete emergenza-urgenza RER"

Stabilimento	Generale / specialistico (specificare)			
Tipologia di PS	DEA1 /DEA 2/PS/PI			
Classificazione	Mq =			
Superficie complessiva PS				
Sono presenti aree di pre-triage ?	SI	M²	NO	Note
È presente un'area di attesa dedicata ai sospetti COVID in attesa di diagnosi/esito tampone?	Y Struttura provvisoria Y Struttura definitiva	m ² =		
È presente un ambulatorio dedicato ai sospetti COVID in attesa di diagnosi?	Y Struttura provvisoria Y Struttura definitiva	m ² =		
NB per PS con basso afflusso, ambulatorio e attesa possono coincidere	Y Struttura provvisoria Y Struttura definitiva			
È presente un percorso di PS specifico per i pazienti COVID?	Y Struttura provvisoria Y Struttura definitiva			
Solo per ospedali in cui è prevista la gestione di pazienti COVID+	Y Struttura provvisoria Y Struttura definitiva			
È presente un accesso dedicato per i mezzi di soccorso agli spazi di attesa dei pazienti barrellati sospetti COVID?	Y Struttura provvisoria Y Struttura definitiva			
Sono presenti spazi di attesa dei pazienti barrellati sospetti COVID?	Y Struttura provvisoria Y Struttura definitiva			
È presente un'area diagnostica radiologica dedicata al percorso COVID?	Y Struttura provvisoria Y Struttura definitiva	m ² =		
Solo per ospedali in cui è prevista la gestione di pazienti COVID+	Y Struttura provvisoria Y Struttura definitiva			

Se il PS non è dotato del tutto o lo è solo in parte dei criteri specifici sopra elencati valutare la necessità e la possibilità di adeguamento. Qualora sia accertata la possibilità di adeguamento stimare i dati metrici necessari per l'adeguamento

area di attesa dedicata ai sospetti COVID in attesa di diagnosi/esito tampone	m ² =
ambulatorio dedicato ai sospetti COVID in attesa di diagnosi	m ² =
percorso specifico per i pazienti COVID	
area diagnostica radiologica dedicata al percorso COVID	m ² =

Allegato 3. Piano dei costi – emergenza territoriale

Legenda Colonna 7: "Tipo A" = , autoambulanza di soccorso, attrezzata per il trasporto di infermi o infortunati e per il servizio di pronto soccorso 118; dotate di specifiche attrezzature di assistenza (sistema di trasmissione delle immagini "live", modulo teletrasmissione ECG, computer di bordo per trasmissione dati clinico/organizzativi, massaggiatore cardiaco esterno e ecografo portatile)

DATI ANAGRAFICI					ACQUISTO AMBULANZE			
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	SEDE DEL MEZZO DI SOCCORSO	Ambulanze da acquistare [n°]	Indicare tipologia allestimento	Costo cad. [€]	Costo complessivo [€]
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)=(6)*(8)
80	EMILIA ROMAGNA	101	AUSL Piacenza	N 45.057595 E 9.676095	2	Tipo A	150.000 €	300.000 €
80	EMILIA ROMAGNA	102	AUSL Parma	N 44.848502 E 10.040438	1	Tipo A	150.000 €	150.000 €
80	EMILIA ROMAGNA	902	AOU Parma	N 44.800625 E 10.30853	2	Tipo A	150.000 €	300.000 €
80	EMILIA ROMAGNA	103	AUSL Reggio Emilia	N 44.683499 E 10.630176	2	Tipo A	150.000 €	300.000 €
80	EMILIA ROMAGNA	104	AUSL Modena	N 44.604985 E 10.87252	2	Tipo A	150.000 €	300.000 €
80	EMILIA ROMAGNA	105	AUSL Bologna	N 44.507521 E 11.315958	3	Tipo A	150.000 €	450.000 €
80	EMILIA ROMAGNA	106	AUSL Imola	N 44.359527 E 11.689631	1	Tipo A	150.000 €	150.000 €
80	EMILIA ROMAGNA	109	AUSL Ferrara	N 44.764328 E 12.142347	1	Tipo A	150.000 €	150.000 €
80	EMILIA ROMAGNA	114	AUSL Romagna	N 44.416036 E 12.200063	3	Tipo A	150.000 €	450.000 €
TOTALE Emilia-Romagna					17			2.550.000 €

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE 22 MAGGIO 2020, N. 8630

Emergenza COVID 19 - Integrazione delle linee di indirizzo in tema di prevenzione e contenimento delle lesioni da pressione approvate con propria determinazione n. 17558 del 31/10/2018

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la propria determinazione n. 17558 del 31 ottobre 2018 con la quale si sono approvate linee di indirizzo in tema di prevenzione e contenimento delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale;

Considerato che la gestione della pandemia da coronavirus COVID-19 in atto nel nostro Paese ha reso necessario, in parallelo all'allestimento delle necessarie dotazioni strutturali e strumentali, l'adeguamento delle indicazioni comprese nell'ambito delle tematiche attinenti al governo clinico e alla qualità delle cure;

Dato atto che le lesioni da pressione rappresentano un importante problema per le organizzazioni sanitarie, in quanto influiscono in modo determinante sulla qualità di vita dei pazienti che ne sono affetti; esse sono peraltro un indicatore della qualità dell'assistenza erogata, perché potenzialmente prevenibili attraverso l'utilizzo di buone pratiche;

Ritenuto necessario porre particolare attenzione a tale problematica nell'assistenza alle persone affette da COVID 19, per le quali la garanzia del mantenimento dell'integrità cutanea è posta a rischio ulteriore dalle dinamiche legate all'assistenza stessa, in relazione all'uso di dispositivi per la protezione individuale, per la ventilazione e in associazione alla pratica di pronazione;

Dato atto che presso il Servizio Assistenza Ospedaliera è stata elaborata una proposta di documento integrativo alle linee guida già emanate e rivolto nello specifico alla prevenzione e al contenimento delle lesioni da pressione nei pazienti affetti da Covid 19, che si ritiene di emanare quale indicazione tecnica regionale alle Aziende sanitarie di buona pratica clinica;

Visti e richiamati:

- la L.R. 12 maggio 1994, n. 19 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e successive modifiche;

- la L.R. 23 dicembre 2004, n. 29 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale" e successive modifiche;

- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modificazioni;

- il D.Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm.ii.;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 2416 del 29 dicembre 2008 "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007", e successive modifiche, per quanto applicabile;

Richiamate altresì le deliberazioni della Giunta regionale:

- n.468 del 10 aprile 2017 "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna" e le circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni predisposte in attuazione della propria deliberazione n. 468/2017;

- n. 1059 del 3 luglio 2018 "Approvazione degli incarichi dirigenziali rinnovati e conferiti nell'ambito delle Direzioni generali, Agenzie e Istituti e nomina del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), del Responsabile dell'anagrafe per la stazione appaltante (RASA) e del Responsabile della protezione dei dati (DPO)";

- n. 1123 del 16 luglio 2018 "Attuazione Regolamento (UE) 2016/679: definizione di competenze e responsabilità in materia di protezione dei dati personali. Abrogazione appendice 5 della delibera di giunta regionale n. 2416/2008 e ss.mm.ii.";

- la propria deliberazione n. 83 del 21 gennaio 2020 "Approvazione piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2020-2022";

Richiamate infine le deliberazioni della Giunta regionale n. 193/2015, n. 516/2015, n. 628/2015, n. 1026/2015, n. 2189/2015, n. 56/2016, n. 106/2016, n. 270/2016, n. 622/2016, n. 702/2016, n. 1107/2016, n. 2123/2016, n. 2344/2016, n. 3/2017, n. 161/2017, n. 477/2017, n. 578/2017 relative alla riorganizzazione dell'Ente Regione e alle competenze dirigenziali;

Dato atto che il Responsabile del Procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Attestato che il sottoscritto dirigente non si trova in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Su proposta del Responsabile del Servizio Assistenza Ospedaliera Dott. Anselmo Campagna;

Attestata la regolarità amministrativa del presente atto;

Dato atto del parere allegato;

determina

1. di approvare il documento di indirizzo tecnico alle Aziende Sanitarie e alle strutture private accreditate del Servizio Sanitario Regionale inerente integrazione delle linee di indirizzo in tema di prevenzione e contenimento delle lesioni da pressione di cui alla propria determinazione n. 17558 del 31/10/2018 per l'assistenza dei pazienti affetti da Covid 19, in allegato al presente provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale;

2. di stabilire che tutte le strutture di ricovero e strutture territoriali residenziali pubbliche e private accreditate della Regione che erogano assistenza sanitaria a pazienti potenzialmente a rischio di sviluppare o portatori delle lesioni da pressione di cui si tratta diano specifica attuazione alle indicazioni di cui al precedente punto 1.;

3. di dare atto che per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa;

4. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna (B.U.R.E.R.T.).

Il Direttore Generale
Kyriakoula Petropoulacos

Emergenza COVID 19 – Integrazione delle linee di indirizzo RER sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell’assistenza ospedaliera e territoriale

Indice

Premessa.....	1
LESIONI DA PRESSIONE FACCIALI CORRELATE ALL’USO DI DISPOSITIVI RESPIRATORI – Persone assistite.....	2
LESIONI DA PRESSIONE ASSOCIATE ALLA POSIZIONE PRONA – Persone assistite	4
LESIONI DA PRESSIONE FACCIALI CORRELATE ALL’USO DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI (maschere filtranti FFP2/FFP3, occhiali, scudo facciale) – Operatori Sanitari.....	7

Premessa

L'assistenza alle persone affette da COVID 19 pone numerose sfide tra cui il mantenimento dell'integrità cutanea. Questo documento rappresenta un'integrazione delle *Linee di indirizzo RER sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale*, dedicando un approfondimento a due aspetti che risultano particolarmente problematici in questa popolazione, ossia la prevenzione:

- delle **lesioni da pressione facciali correlate all'uso di dispositivi per la ventilazione**, in particolare non invasiva;
- delle **lesioni da pressione associate alla pratica di pronazione**.

Un terzo aspetto oggetto di approfondimento riguarda invece gli operatori sanitari, ovvero le possibili strategie di **prevenzione delle lesioni da pressione facciali correlate all'USO dei dispositivi di protezione individuale**, in particolare le maschere filtranti FFP2/FFP3, che devono essere indossate per tempi prolungati garantendo la massima adesione alla cute per ridurre il rischio di contagio da COVID 19.

LESIONI DA PRESSIONE FACCIALI CORRELATE ALL'USO DI DISPOSITIVI RESPIRATORI – Persone assistite

Razionale

Le persone assistite affette da COVID 19 che necessitano di assistenza ventilatoria possono incorrere nello sviluppo di lesioni da pressione facciali correlate all'uso di dispositivi respiratori. La presentazione clinica può variare da un semplice eritema cutaneo non reversibile alla digitopressione (LDP stadio I), alla perdita cutanea molto superficiale (LDP stadio II), oppure, data la scarsità di tessuto sottocutaneo di alcuni distretti anatomici del viso, alla perdita a tutto spessore con eventuale necrosi tissutale (LDP stadio IV/non stadiabile).

INDICAZIONI OPERATIVE

COSA

- Considerare le persone assistite portatrici di dispositivi respiratori (in particolar modo device per ventilazione non invasiva quali BiPAP e CPAP) a rischio di lesioni da pressione [1,2].
- Prestare particolare attenzione ai possibili punti di pressione quali:
 - sella e ponte del naso, piega nasolabiale, mento, guance/zigomi e fronte in caso di utilizzo di maschere
 - il collo e l'area sotto ascellare in caso di utilizzo di casco per la CPAP, in quanto le cinghie del casco potrebbero causare lesioni.

COME

- Ispezionare di routine la cute sotto e intorno al dispositivo respiratorio per individuare eventuali danni correlati alla pressione [1,2].
- Per ridurre il rischio di lesioni da pressione correlate a dispositivi respiratori [1,2]:
 - selezionare un dispositivo di dimensioni/forma adatte alle persone assistite;
 - applicare correttamente il dispositivo seguendo le specifiche istruzioni del produttore;
 - fissare il dispositivo in modo da evitarne la dislocazione, ma senza creare ulteriore pressione;
 - monitorare regolarmente la tensione dei sistemi di fissaggio del dispositivo e, laddove possibile, chiedere alla persona assistita di auto-valutare il proprio comfort.
- Per ridurre e/o ridistribuire la pressione nell'interfaccia fra cute e dispositivo [1,2]:
 - rimuovere il dispositivo appena le condizioni cliniche lo consentono;
 - ruotare o riposizionare regolarmente il dispositivo e/o variare la posizione delle persone assistite.
- Considerare l'utilizzo di medicazioni in schiuma di poliuretano con strato di contatto in silicone al di sotto del dispositivo [1,2]:
 - verificare che le medicazioni applicate non interferiscano con la funzionalità e l'efficacia del dispositivo respiratorio in uso;
 - sagomare la medicazione per una maggior tenuta/comfort del dispositivo.



ATTENZIONE! Evitare la stratificazione di più medicazioni o l'applicazione di medicazioni dallo spessore eccessivo poiché determinano un aumento della pressione nell'interfaccia tra la cute e il dispositivo.

- In presenza di escara secca e stabile:
 - l'escara secca e stabile ha la funzione di "copertura naturale (biologica) del corpo" e in quanto tale, non deve essere rimossa [1,2,3].
 - per facilitare il distacco fisiologico dell'escara, essiccare ulteriormente i tessuti necrotici attraverso tocature giornaliere di iodopovidone al 10% in soluzione alcolica [3] o, in alternativa, altre soluzioni antisettiche sempre su base alcolica.
 - evitare il contatto degli antisettici con occhi e mucose.



ATTENZIONE! NON ammorbidire o sbrigliare l'escara secca e stabile associata all'uso di dispositivi medici e/o in aree con scarso tessuto sottocutaneo e insufficiente vascolarizzazione.

LESIONI DA PRESSIONE ASSOCIATE ALLA POSIZIONE PRONA – Persone assistite

Razionale

Le persone assistite affette da COVID 19 che vanno incontro alla sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS) possono beneficiare della postura prona, la quale migliora l'ossigenazione, il reclutamento alveolare e i rapporti di ventilazione/perfusione.

Le principali complicanze della pronazione in ARDS includono il dislocamento del tubo endotracheale (o di altri device quali il sondino naso gastrico), la perdita dell'accesso vascolare e l'aumento della frequenza di lesioni da pressione. Quest'ultimo aspetto è essenzialmente legato al mantenimento prolungato (12 o più ore) della posizione prona, adottato per garantire l'efficacia della pronazione stessa [4].

INDICAZIONI OPERATIVE [5]

COSA

- Considerare le persone assistite supportate da ventilazione invasiva e sottoposte a pronazione come soggetti a rischio di lesioni da pressione.

COME

- Utilizzare una superficie per la redistribuzione della pressione (per coloro che non sono posizionati su un letto appositamente progettato per la pronazione).
- Scaricare i punti di pressione mediante dispositivi di posizionamento/cuscini.
- Quando la persona assistita è in posizione prona, effettuare micro-spostamenti e piccoli cambiamenti di posizione, specialmente se non si utilizzano letti rotanti.
- Coinvolgere un numero adeguato di personale formato sia durante la manovra di pronazione che durante i successivi riposizionamenti per evitare forze di taglio/stiramento e frizione.
- Valutare tutti i punti di pressione prima della pronazione (aree anteriori) e prima di ritornare alla posizione supina (aree posteriori);
- Assicurarci di non posizionare la persona assistita direttamente sui dispositivi.
- Evitare la stratificazione di più medicazioni in quanto può aumentare la pressione invece che diminuirla.
- Non aggiungere strati di lenzuola tra la persona assistita e la superficie di supporto e prestare particolare attenzione alla formazione di pieghe.

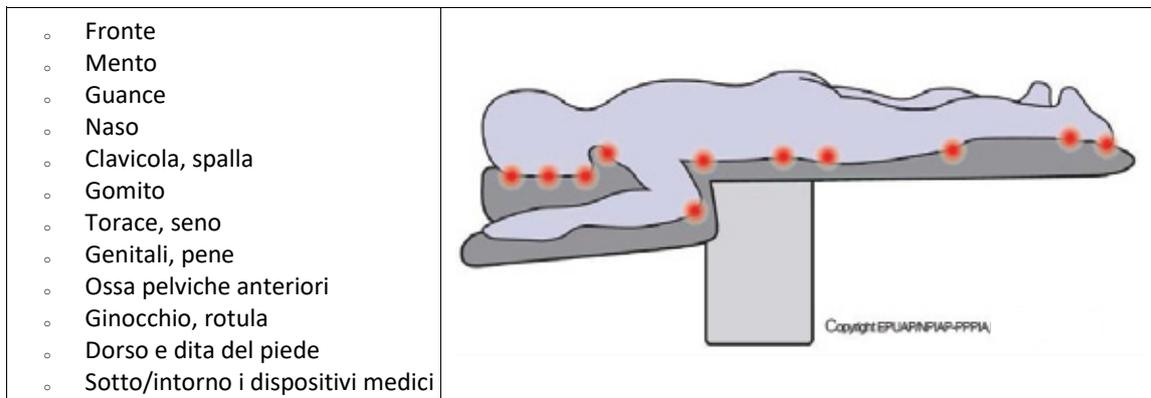


Figura 1. Punti di pressione in posizione prona [5].

- Valutare l'applicazione di una medicazione in schiuma di poliuretano con strato di contatto in silicone sui punti di pressione a seconda della regione anatomica e al di sotto dei dispositivi medici (ad es. cresta iliaca, rotula, tuberosità tibiale e margine anteriore tibia ecc.).

TESTA

- Scaricare la pressione a livello della testa attraverso dispositivi di off loading. Tenere conto della densità/altezza del cuscino, angolazione del viso e posizionamento del tubo endotracheale al momento di scegliere i dispositivi.
- Spostare la testa della persona assistita (ovvero fare piccoli aggiustamenti posturali) ogni 2 ore. Valutare la possibilità di riposizionare la testa (ovvero cambiare lato di appoggio) ogni 4 ore adattando la frequenza in base alle esigenze della persona assistita.



ATTENZIONE! I sistemi di fissaggio dei tubi endotracheali possono contribuire ad aumentare i danni cutanei nelle persone assistite in posizione prona. Valutare accuratamente la cute e considerare l'uso di cerotti o altri prodotti adesivi per fissare il tubo endotracheale durante la posizione prona.

- Gestire l'umidità (ad es. aspirando frequentemente le secrezioni orali, ecc.).
- Garantire la cura degli occhi per prevenire le abrasioni corneali. Applicare un prodotto lubrificante oftalmico. Chiudere le palpebre applicando orizzontalmente il cerotto o altre apposite protezioni oculari se disponibili.
- Accertarsi che la lingua sia all'interno del cavo orale della persona assistita; prendere in considerazione il ricorso a una protezione morbida per la lingua (tipo morso).

TRONCO

- Collocare le derivazioni per l'ECG sul dorso mentre la persona assistita si trova in posizione prona.
- Svuotare le sacche per ileostomia/colostomia e applicare delle imbottiture intorno al sito della stomia.

- Se la persona assistita è sottoposta a nutrizione enterale, interrompere l'alimentazione almeno 1 ora prima del posizionamento prono. Riprendere la somministrazione una volta in posizione prona se prescritto accertandosi che il sondino nasogastrico non rimanga sotto la guancia o altri distretti corporei.
- Fissare tubi e dispositivi lontano dalla cute.
- Ricavare un passaggio per tubi, sondini, ecc. tramite l'utilizzo di dispositivi di posizionamento.
- Accertarsi che non vi siano dispositivi non fissati sotto il tronco.

ARTI SUPERIORI

- Gli arti superiori possono essere mantenuti nella "posizione standard" (entrambi estesi lungo il corpo) o in alternativa nella "posizione del nuotatore a stile libero" (con una spalla abdotta ed extra-ruotata e il gomito flesso). Questa posizione potrebbe essere dolorosa soprattutto nelle persone anziane e/o con limitazioni articolari; valutare nel singolo caso a seconda del confort del paziente.
- Valutare tutti i punti di pressione, nonché l'integrità cutanea, quando si alterna la posizione del braccio da quella standard a quella del nuotatore.
- Accertarsi che non vi siano dispositivi quali accessi venosi/arteriosi sotto gli arti.

ARTI INFERIORI

- Rimuovere eventuali sistemi di fissaggio del catetere urinario e/o del dispositivo di diversione fecale e allinearli ai piedi del letto.
- Accertarsi che non vi siano dispositivi non fissati sotto gli arti inferiori.
- Scaricare i piedi.

SENO E GENITALI

- I tessuti di tali aree anatomiche sono particolarmente sensibili: devono essere protetti e sottoposti a scarico della pressione.

Considerazioni speciali relative alla pronazione

- La pronazione può essere effettuata manualmente oppure utilizzando letti appositamente progettati per il posizionamento prono, dotati o meno di funzione di rotazione che facilita il drenaggio delle secrezioni polmonari e migliora il rapporto ventilazione-perfusione.
- I dispositivi per il posizionamento prono includono cuscini/imbottiture appositamente progettati per testa e tronco o cuscini che possono essere modellati per conformarsi al corpo.



ATTENZIONE! NON utilizzare dispositivi di posizionamento circolari o a forma di ciambella.

LESIONI DA PRESSIONE FACCIALI CORRELATE ALL'USO DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI (maschere filtranti FFP2/FFP3, occhiali, scudo facciale) – Operatori Sanitari

Razionale

La pandemia attualmente in corso rende necessario un utilizzo costante di dispositivi per la protezione individuale (DPI), tra cui mascherine chirurgiche, filtranti facciali, occhiali, visiere, ecc., da parte del personale sanitario durante l'assistenza e la cura dei pazienti affetti da COVID_19. In particolare, le maschere FFP2/FFP3 per essere efficaci nel prevenire l'infezione virale richiedono una tenuta quanto più occlusiva possibile, condizione che, associata all'indosso prolungato, induce uno stress meccanico sui tessuti ed espone gli operatori al rischio di irritazioni, danni cutanei e/o lesioni da pressione [6,7,8].

INDICAZIONI OPERATIVE

COSA

- Considerare gli operatori sanitari che devono indossare DPI tra cui filtranti facciali, occhiali e visiere per tempi prolungati, a rischio di lesioni da pressione.

COME – Prevenire il danno da frizione e da umidità causato da DPI

- Promuovere l'integrità cutanea mediante appropriata detersione, cura e protezione della cute prima e dopo l'utilizzo di DPI.
- Detergere la regione testa-collo prestando particolare attenzione alle aree cutanee:
 - sottoposte a pressione/frizione;
 - nelle quali è stato applicato/sarà applicato eventuale materiale da medicazione [7,8].



ATTENZIONE!

Evitare saponi e detergenti alcalini e aggressivi [6].

Non strofinare/frizionare le aree a rischio per provocare un danno ai tessuti [8].

- Asciugare con cura la cute [8] e applicare regolarmente una crema idratante e/o un protettore cutaneo/prodotto barriera nelle regioni a maggior contatto con i DPI (fronte, naso, zigomi e zona posteriore delle orecchie) [6,7,8].
 - Tra i possibili prodotti da applicare sulla cute, prendere in considerazione l'utilizzo di preparati con una formulazione semplice, privi di additivi potenzialmente irritanti come profumo, esfolianti ecc. [10] considerando la disponibilità locale dei singoli prodotti.
 - Nel caso di utilizzo di prodotti barriera, sono da preferire le formulazioni in crema o tamponi imbibiti anziché quelle spray, vista la sede di applicazione e la vicinanza con gli occhi dell'operatore.

	<p>ATTENZIONE! Non utilizzare vaselina, olio minerale o qualsiasi altro composto che potrebbe comportare lo slittamento/scivolamento del filtrante facciale (o altri DPI) e influire sulla funzionalità del filtrante stesso. La vaselina inoltre è potenzialmente infiammabile, soprattutto in presenza di ossigeno [6].</p>
---	--

- Lasciar asciugare completamente la crema idratante o altro preparato topico prima di indossare la maschera FFP2/FFP3 (o altri DPI) in modo da non interferire con la tenuta e l'efficacia del DPI [6,7,8].
- La migliore idratazione della pelle non è topica ma sistemica: gli operatori sanitari dovrebbero cercare di bere e nutrirsi adeguatamente, per quanto possibile, poiché ciò concorre al mantenimento dell'integrità cutanea [7] oltre al loro benessere generale.

	<p>ATTENZIONE! Avere cura quotidianamente della pelle, applicare creme idratanti o altri protettori cutanei, bere e alimentarsi adeguatamente aiuta a mantenere l'integrità delle aree a rischio e a proteggerle da eventuali lesioni.</p>
---	---

COME – Garantire il corretto utilizzo/indosso del DPI

- Seguire il protocollo locale per l'applicazione e la rimozione del DPI [8].
- Evitare di esercitare una tensione eccessiva nei siti di fissaggio del DPI, in particolar modo delle maschere FFP2/FFP3, con l'intento di ottenerne una tenuta completamente ermetica, determinando invece un aumento della pressione/frizione in queste sedi, causando disagio e una maggior probabilità di lesioni cutanee [7].
- Regolare il DPI alla forma del volto/naso prima di applicarlo in via definitiva [7,8].
- Accertarsi di non avvertire disagio nei punti specifici di contatto tra cute e DPI [7].

COME – Ridurre l'entità della pressione del DPI utilizzando medicazioni come interfaccia

- Valutare l'utilizzo di medicazioni come interfaccia tra cute e DPI (in particolar modo le maschere FFP2/FFP3) nelle aree sottoposte a maggior contatto/pressione/frizione [7,8] dopo aver considerato il rapporto rischio-beneficio e consultato le indicazioni aziendali per ridurre il rischio di infezione da COVID_19 [6].

	<p>ATTENZIONE! Attualmente non ci sono evidenze disponibili riguardo al fatto che applicare una medicazione al di sotto di filtranti facciali come le maschere FFP2 / FFP3 possa garantirne l'efficacia e non aumentare il rischio di infezione da COVID 19 [6].</p>
---	---

COME – Applicare le medicazioni interfaccia tra cute e DPI

- Considerare l'utilizzo di medicazioni in schiuma di poliuretano con strato di contatto in silicone a spessore sottile [7,8].

- Assicurarsi che lo strato esterno della medicazione non sia permeabile: la porosità potrebbe consentire il trasferimento di liquidi o microrganismi sulla cute [6].
- In alternativa, se non disponibili le medicazioni al punto precedente, considerare l'utilizzo di film o idrocolloide a spessore sottile [7,8].
 - Materiali come film o idrocolloide potrebbero non gestire adeguatamente umidità e temperatura sotto i DPI [7,8].



ATTENZIONE! *La medicazione da interfaccia deve essere sottile, non traumatica alla rimozione, assorbire l'umidità, adattarsi ai contorni del volto, garantire sempre la corretta adesione/tenuta della maschera senza causare rischi all'utilizzatore [7].*

- Tagliare a strisce le medicazioni sottili per la sella nasale, gli zigomi e le orecchie se a contatto con i DPI o i sistemi di fissaggio [6,9] come indicato in figura 2, cercando di massimizzare l'utilizzo della superficie della medicazione nell'ottica di non sprecare materiale.
 - Applicare la medicazione sulla cute evitando di esercitare eccessiva tensione e di creare grinze e pieghe [7,8].
- Valutare l'adeguatezza della medicazione dopo l'applicazione dei DPI verificando che il DPI sia quanto più possibile adeso alla cute e la medicazione non provochi ulteriori zone di pressione/tensioni nelle aree di contatto [7,8].



ATTENZIONE! *Evitare la stratificazione di più medicazioni o l'applicazione di medicazioni dallo spessore eccessivo che determinano un aumento della pressione nell'interfaccia tra la cute e il DPI [6,7,8].*

COME – Proteggersi contro la trasmissione di COVID 19 ¹

- Dopo aver applicato la medicazione e indossato il dispositivo, accertare la tenuta ermetica del filtrante facciale FFP2/FFP3 soffiando e verificando che non se ci siano perdite. Attuare la manovra prima di entrare in contatto con il paziente [6,7,8].
- Presumere che tutte le medicazioni utilizzate come interfaccia siano contaminate e prestare cautela al momento della rimozione [6] come d'uso per i DPI.
- Chiudere gli occhi e mantenere una espirazione prolungata durante la rimozione della medicazione per evitare l'eventuale trasmissione di COVID 19 aerosolizzato [6].

COME – Ridurre la durata della pressione causata dal DPI

- Se possibile rimuovere i DPI, in particolare la maschera FFP2/FFP3 dal viso, per 15 minuti ogni 2 ore [6]. Se ciò non è praticabile:
 - rimuovere i DPI e alleviare la pressione/tensione nei punti di contatto ad intervalli di almeno 4 ore [7,8] o comunque fare il possibile per alleviare periodicamente la pressione/tensione, in conformità con le procedure locali di controllo delle infezioni e sostituzione dei DPI [10].

1. Il documento di posizionamento di NPIAP [6] ribadisce che "la funzione essenziale di un dispositivo di protezione individuale come una maschera (vale a dire prevenire la trasmissione di COVID 19 dal paziente all'operatore sanitario) non può essere compromessa". Pertanto, laddove le evidenze dirette sulla prevenzione delle lesioni da pressione sono carenti o inconcludenti, NPIAP ha assegnato un maggior peso alla necessità di prevenire l'infezione da COVID 19.

- In caso di rimozione dei DPI, come indicato sopra per le medicazioni, devono essere osservate tutte le misure necessarie ad evitare il possibile contagio dell'operatore

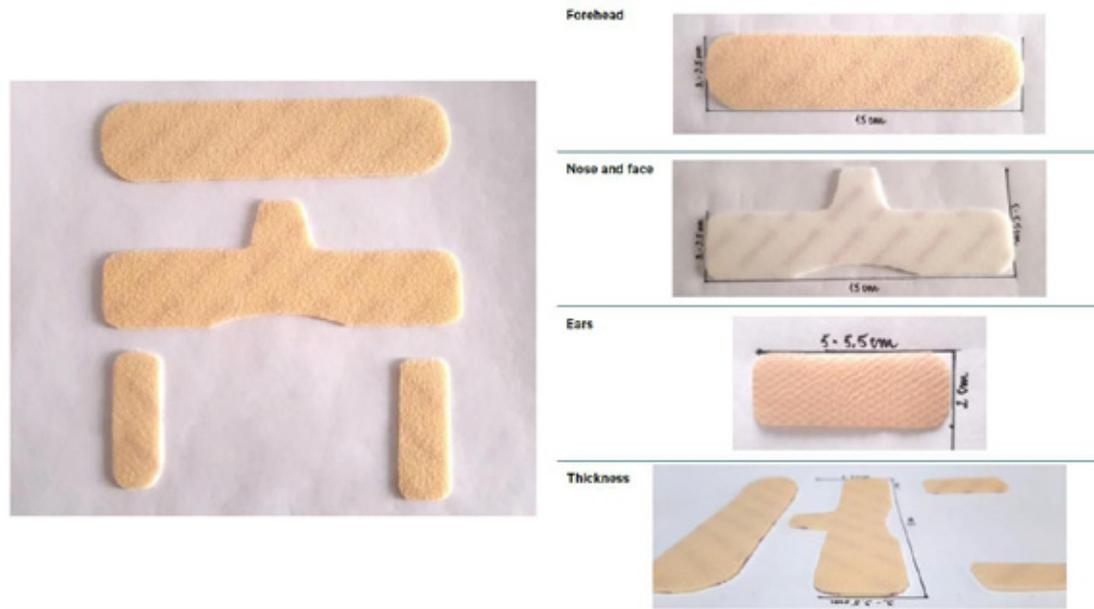


Figura 2. Forme di taglio delle medicazioni per l'adattamento alle aree di pressione. Per gentile concessione del Dr Paulo Alves [7].

Fonti bibliografiche

- [1] Organismo Toscano per il Governo Clinico, Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale. (2019) Linea Guida n. 3. Ulcere da Pressione: prevenzione e trattamento. Regione Toscana, secondo aggiornamento.
- [2] European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2019) Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide.
- [3] Commissione Regionale Dispositivi Medici, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione. (2016) Le medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite acute e croniche. Allegato 1: Protocollo di trattamento delle lesioni da pressione. Servizio Assistenza Territoriale - Area Farmaco e Dispositivi Medici.
- [4] Girard R, Baboi L, Ayzac L, Richard JC, Guérin C; Proseva trial group. The impact of patient positioning on pressure ulcers in patients with severe ARDS: results from a multicentre randomised controlled trial on prone positioning. *Intensive Care Med.* 2014 Mar;40(3):397-403.
- [5] NPIAP (2020) Pressure Injury Prevention - PIP Tips for Prone Positioning.
- [6] National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP). (2020) NPIAP Position Statements on preventing injury with N95 masks.
- [7] Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (APT Feridas). Alves P, Moura A, Vaz A, Ferreira A, Malcato E, Mota F, Afonso G, Ramos P, Dias V, Homem-Silva P. (2020). PRPPE Guideline – Covid 19. Prevention of skin lesions caused by Personal Protective Equipment (Face masks, respirators, visors and protection glasses).
- [8] LeBlanc K, Heerschap C, Butt B, Bresnai-Harris J, Wiesenfeld L. Prevention and management of Personal Protective Equipment skin injury: Update 2020. NSWOC. Available from: www.nswoc.ca/pppe
- [9] AISLEC (2020) Buone Pratiche Cliniche – Emergenza COVID-19. Prevenzione e Cura delle Lesioni da Pressione da utilizzo di Dispositivi di protezione Individuali (DPI).
- [10] Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (APT Feridas). Alves P, Moura A, Vaz A, Ferreira A, Malcato E, Mota F, Afonso G, Ramos P, Dias V, Homem-Silva P. (2020). PRPPE Guideline – Covid 19 - Update. Prevention of skin lesions caused by Personal Protective Equipment (Face masks, respirators, visors and protection glasses).
- [11] Gefen A, Alves P, Ciprandi G et al. Device related pressure ulcers: SECURE prevention. *J Wound Care* 2020; 29(Sup2a): S1–S52 <https://doi.org/10.12968/jowc.2020.29.Sup2a.S1>.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE 4 GIUGNO 2020, N. 9355

Emergenza COVID-19 - Indicazioni in ordine alla gestione dei posti letto ospedalieri nella fase 2 e successive

IL DIRETTORE

Vista e richiamata integralmente la DGR n. 404 del 27/4/2020, recante primi provvedimenti per il riavvio dell'attività sanitaria programmata in corso di emergenza Covid19, con la quale sono state fornite alle Aziende e agli Enti del Servizio Sanitario Regionale indicazioni per l'individuazione di piani di riavvio delle attività sanitarie non urgenti, che erano state sospese al fine di consentire una migliore gestione emergenziale, da aggiornarsi via via al modificarsi delle condizioni di contesto;

Dato atto che:

- con circolare del Ministero della Salute prot. GAB 2627 del 1 marzo 2020, al fine di incrementare la dotazione dei posti letto in terapia intensiva e nelle unità operative di pneumologia e di malattie infettive per fare fronte alle maggiori necessità dei pazienti in corso di epidemia da Covid19, è stata data disposizione alle Regioni di redigere un apposito Piano operativo;

- il DL 17 marzo 2020 n. 18, convertito con legge 24 aprile 2020, n. 27, cosiddetto Cura Italia, riprende tale indicazione rendendola dispositiva e dettagliando le indicazioni per la sua strutturazione;

- questa Amministrazione ha provveduto alla formalizzazione del Piano di cui si tratta con circolare del Commissario per l'emergenza Covid-19 prot. PG/2020/231980 del 18/3/2020;

Vista e richiamata integralmente la DGR n. 368 del 20 aprile 2020, che approva le prime disposizioni inerenti la realizzazione del programma Covid Intensive Care, disponendo:

- in accordo con il Livello Nazionale l'attuazione di un programma di realizzazione di strutture di terapia intensiva a funzione regionale per l'acquisizione di circa ulteriori 150 posti letto di terapia intensiva, da mantenere per l'assistenza ai pazienti Covid e dei quali poter disporre anche quale presidio a disposizione della rete di emergenza nazionale qualora altre Regioni avessero necessità di trasferire pazienti;

- la formalizzazione della operante Struttura di Coordinamento Regionale Insufficienza Respiratoria Acuta Covid-19, costituita presso questa Direzione e composta da un Coordinamento Clinico, affidato al dr. Marco Ranieri, e da un Coordinamento Organizzativo, affidato al dr. Anselmo Campagna, con le funzioni nella stessa DGR attribuite;

Considerato che l'analisi del quadro epidemiologico della pandemia evidenzia tuttavia l'opportunità di assumere ulteriori strategie di potenziamento della Rete Ospedaliera Regionale; ciò in quanto le ipotesi inerenti l'evoluzione dello scenario, visto il carattere particolarmente diffusivo della epidemia, fanno ritenere la necessità di poter continuare a disporre di un numero di posti letto di terapia intensiva adeguato per un periodo di tempo ragionevolmente lungo, garantendo il contestuale riavvio delle attività assistenziali ordinarie;

Visti:

- il D.L. 10 maggio 2020, n. 30, recante misure urgenti in materia di studi epidemiologici e statistiche sul SARS-COV-2;

- il D.L. 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19;

- il DPCM 17 maggio 2020, recante disposizioni attuative del D.L. 25 maggio 2020, n. 19, e del D.L. 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid-19;

- il D.L. 19 maggio 2020 n. 34, cosiddetto Rilancio, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19, che ha definito standard per le dotazioni e le riqualificazioni dei posti letto ospedalieri;

- le Ordinanze del Ministro della Salute, del Ministro della salute e del Presidente della Regione Emilia-Romagna e i Decreti del Presidente della Regione Emilia-Romagna aventi ad oggetto misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019;

Valutato necessario alla luce dei provvedimenti sopra elencati definire un processo coerente di rimodulazione di posti letto ospedalieri regionali che supporti da un lato il graduale riavvio delle attività temporaneamente sospese, disposto con la citata DGR 404/2020, e dall'altro la garanzia di disponibilità di posti letto in grado di assorbire un eventuale secondo picco epidemico riqualificando complessivamente l'offerta ospedaliera;

Visti e richiamati:

- la L.R. 12 maggio 1994, n. 19 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e successive modifiche;

- la L.R. 23 dicembre 2004, n. 29 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale" e successive modifiche;

- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modificazioni;

- il D.Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm.ii.;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 2416 del 29 dicembre 2008 "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007", e successive modifiche, per quanto applicabile;

Richiamate altresì le deliberazioni della Giunta regionale:

- n.468 del 10 aprile 2017 "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna" e le circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni predisposte in attuazione della propria deliberazione n. 468/2017;

- n. 1059 del 3 luglio 2018 "Approvazione degli incarichi dirigenziali rinnovati e conferiti nell'ambito delle Direzioni generali, Agenzie e Istituti e nomina del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), del Responsabile dell'anagrafe per la stazione appaltante (RASA) e del Responsabile della protezione dei dati (DPO)";

- n. 83 del 21 gennaio 2020 "Approvazione piano triennale

di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2020-2022”;

Dato atto che il Responsabile del Procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Attestato che il sottoscritto dirigente non si trova in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Su proposta del Responsabile del Servizio Assistenza Ospedaliera Dott. Anselmo Campagna;

Attestata la regolarità amministrativa del presente atto;
determina

1. di approvare, per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono interamente richiamate, il Piano di gestione dei Posti Letto in Fase 2 e successive, finalizzato al supporto delle

strutture del sistema sanitario regionale nella gestione della emergenza epidemiologica da COVID-19, di cui all'allegato parte integrante e sostanziale del presente atto,

2. di dare mandato alle Aziende e agli Enti del Servizio Sanitario Regionale di dare attuazione al Piano di cui si tratta;

3. di dare atto che per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa;

4. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna (B.U.R.E.R.T.).

Il Direttore Generale
Kyriakoula Petropulacos

Piano gestione Posti Letto (PL) in FASE 2 e successive

Premessa

Il DPCM del 26 Aprile 2020, ha definito le modalità per la gestione delle fasi successive al picco epidemico COVID e i criteri di monitoraggio del rischio sanitario.

Il DL 19 maggio 2020 n. 34 ha inoltre definito standard per le dotazioni e le riqualificazioni dei PL ospedalieri.

La Deliberazione della Giunta Regionale 27 aprile 2020 n. 404 ha stabilito i provvedimenti per il riavvio dell'attività sanitaria programmata.

Alla luce di tali recenti provvedimenti, si pone la necessità di strutturare un processo coerente di rimodulazione di posti letto ospedalieri regionali che consenta da un lato il graduale riavvio delle attività temporaneamente sospese e dall'altro la garanzia di disponibilità di posti letto in grado di assorbire un eventuale secondo picco epidemico riqualificando complessivamente l'offerta ospedaliera.

Terapia intensiva

Dotazioni di base

Considerando il flusso HSP, il SSR contava in fase pre-epidemica su 371 PL pubblici e 78 privati di Terapia Intensiva (codice 049).

Ai fini del presente piano sono dunque considerati come dotazione di base 449 letti, benché da una rilevazione effettuata in fase iniziale dell'epidemia è risultato che non tutti i letti conteggiati erano adibiti ad attività di terapia intensiva e rianimazione (sono infatti storicamente codificate come codice 049 anche aree semintensive e, in alcuni casi, attività in regime diurno di competenza anestesiológica).

È pertanto necessario che ciascuna azienda provveda alla ridefinizione delle codifiche nei flussi informativi ai fini della rivalutazione complessiva dei letti effettivamente disponibili. Indicazioni in merito saranno fornite con documenti specifici.

Dotazioni attuali (fase 1 – dati al 3.05.2020)

Nel corso dell'emergenza si è avuta una progressiva espansione delle aree intensive. Con nota del 29.02.2020 della DGSCPW è stato approntato un piano che ha portato ad un numero massimo di 573 PL dedicati a pz COVID (tra pubblico e privato), mantenendo comunque una piccola quota di posti per le attività di emergenza non COVID.

Inoltre, attraverso un Documento Commissariale, è stato identificato un Coordinamento Clinico Regionale ed un Coordinamento Organizzativo Regionale delle terapie intensive che ha garantito l'utilizzo ottimale dei posti letto anche mediante trasferimenti di pazienti tra diverse aree provinciali. **Si prevede il mantenimento di tale organizzazione almeno per tutta la durata della fase 2 e 3.**

A partire dalla metà di aprile con il calo dei ricoveri in TI si è ridotto anche il numero di letti dedicati a pazienti COVID, arrivando al 3 maggio (ultimo giorno prima della fase 2 avviata dal DPCM 26 aprile) a 427 PL COVID (pubblico + privato) e 179 posti letto per attività non covid (pubblico).

Rimodulazione dei posti letto

In coerenza con quanto previsto dal DPCM 26 aprile sono state previste 4 differenti fasi per raggiungere gradualmente l'obiettivo di dotazione dei posti letto di Terapia intensiva fino allo standard di 0,14 PL per 1.000 abitanti definito dal recente DL "rilancio", ritenuti adeguati a rispondere alle esigenze epidemiologiche del territorio regionale.

Il numero complessivo potrà essere ridefinito in relazione ad aggiustamenti concordati a livello nazionale del tasso per 1.000 abitanti che considerino i fenomeni di mobilità.

Il percorso di rimodulazione prevede:

- la ri-conversione di posti letto dedicati a COVID alle precedenti attività
- l'apertura di nuovi posti letto connessi al progetto Covid Intensive Care
- il potenziamento complessivo della rete delle TI.

L'obiettivo è attivare il processo di conversione dei posti letto in modo graduale e coerente all'andamento dell'epidemia, pertanto si sono identificati due indicatori, presenti all'interno del DPCM 26 aprile, per confermare la possibilità di passaggio alla fase successiva:

- **Tasso di Occupazione dei posti letto di terapia intensiva (codice 49) per pazienti COVID-19**
- **Numero di casi con tampone positivo riportati alla protezione civile negli ultimi 14 giorni**

La tabella 2 riassume lo sviluppo delle fasi.

All'interno di ogni fase sono distinti i posti letto come segue:

- TI ORDINARI - posti letto da dedicare all'attività ordinaria
- TI COVID - posti letto dedicati ad ospitare pazienti COVID+
- TI COVID STAFFABILI - posti letto disponibili ad essere attivati al bisogno secondo piani di attivazione definiti a livello aziendale
- TI PRIVATI – in strutture ospedaliere dedicate ad attività NON COVID

RER	HSP 31/12/2019	FASE 1 al 3 maggio	FASE 2A	FASE 2B	FASE 3	FASE 4
TI ORDINARI	371	179	249	260	380	403
TI COVID	0	427	286	201	109	0
TI COVID STAFFABILI	0	0	12	105	104	148
TI PRIVATO	78	78	78	78	78	78
TOTALE TI	449	684	625	644	671	629
tasso di occupazione covid	0	47%	<50%	<30%	<30%	0
Numero di casi riportati alla protezione civile negli ultimi 14 giorni			Trend degli ultimi 7 giorni stabile o in diminuzione	Trend degli ultimi 7 giorni stabile o in diminuzione	Trend degli ultimi 7 giorni stabile o in diminuzione	Fine epidemia

FASE 1

Rappresenta la **dotazione di posti letto alla data del 3 maggio**. Include pertanto sia letti preesistenti e attribuiti a COVID che nuovi letti attivati nel corso dell'emergenza.

Tale dotazione consente di avere un indice di occupazione sostanzialmente in linea con lo standard <50% in tutte le aree vaste.

	PIACENZA	PARMA	REGGIO EMILIA	MODENA	BOLOGNA-IMOLA	FERRARA	ROMAGNA	REGIONE
Aziende	71%	52%	27%	44%	58%	26%	40%	47%
AV	47%				51%		40%	47%

FASE 2

Nei prossimi mesi con il progressivo aumento delle attività economiche e sociali e della relativa mobilità, l'andamento dell'epidemia dovrà essere tenuto sotto stretta osservazione ed allo stesso tempo devono essere definiti piani che mantengano dotazioni adeguate a rispondere con immediatezza ad eventuali recrudescenze.

È necessario ipotizzare che la fase 2 possa protrarsi per molti mesi ovvero fino all'identificazione di strategie preventive (vaccino) o terapeutiche efficaci.

Le indicazioni ministeriali prevedono per tutta la fase 2 un'occupazione massima del 30% dei PL di TI per pazienti COVID.

Il presente documento introduce un principio di gradualità basato sulla modulazione dei posti letto disponibili per COVID in relazione al numero di pazienti ricoverati.

Il significato degli indicatori di occupazione è quindi di "soglia" ovvero fino al raggiungimento di quella soglia non è possibile prevedere ulteriori chiusure o riconversioni. I tassi soglia saranno raggiunti con l'auspicabile riduzione dei pazienti ricoverati e con la graduale apertura delle strutture previste dai piani di potenziamento (CIC e DL rilancio).

In particolare, si ritiene di poter scomporre la fase 2 in due step 2A e 2 B

La fase 2A dovrebbe portare, compatibilmente con l'andamento dei tassi di occupazione, **fino a 238** PL non COVID (pari a circa il 65% della disponibilità pre-emergenza) mantenendo circa 30 posti letto TI COVID (per accogliere fino a 150 pazienti).

Questa condizione rispetta i seguenti indicatori:

- 50% di letti COVID liberi (standard di sicurezza)
- 30% di letti TI totali occupati da pazienti COVID (standard ministeriale)

Già in questa fase, le azioni intraprese dovranno tenere conto del modello organizzativo in rete delineato sia dal progetto CIC, che dalle valutazioni emerse dal Coordinamento Regionale in merito all'allocazione dei centri di riferimento provinciali in relazione alla disponibilità di strutture e competenze.

Pertanto, i PL COVID dovranno essere mantenuti prioritariamente presso le sedi identificate come riferimento (vedi Tabella) prevedendo inoltre modulazioni delle chiusure/riconversioni di PL covid a livello sovra aziendale mediante accordi che consentano di compensare eventuali squilibri nei diversi territori.

Area Vasta	Centri di Riferimento di Area
AVEN	Ospedale di Piacenza
	AOU Parma (CIC)
	SMN Reggio Emilia
	AUO Modena/Baggiore (CIC)
AVEC	Bologna Ospedale Maggiore (CIC)
	AOU Bologna (CIC)
	AOU Ferrara
Romagna	Ospedale di Rimini (CIC)
	Ospedale di Cesena

La fase 2B consentirà in caso di continua riduzione delle occupazioni, di proseguire nella riconversione dei PL alle attività pre-epidemia ed al rafforzamento del ruolo e della funzione dei

Centri di Riferimento. Inoltre, in tale fase è previsto l'incremento della quota di posti letto di "TI staffabili", ovvero attivabili rapidamente al bisogno.

Di conseguenza i PL liberi potranno essere sia posti letto liberi attivi che posti letto "staffabili" anche al fine di consentire la ricollocazione del personale alle attività ordinarie e di gestire più agevolmente il periodo delle ferie estive. Si tratta comunque di posti letto **non occupabili da altre attività**. Sempre in relazione al principio di gradualità degli interventi, si ritiene che la proporzione di letti staffabili corrisponda a circa il 30% dei letti COVID totale per essere ulteriormente incrementata in fase 3 e 4.

La soglia di occupazione dei posti letto TI COVID si riduce al 30%.

FASE 3

La fase 3 ai sensi del DPCM 26 aprile scatta in condizioni di controllo dell'epidemia (con strumenti di prevenzione e/o trattamento disponibili). In questa fase è comunque previsto che permanga una quota di circolazione del virus. Dal punto di vista della capacità di risposta dei servizi sanitari è necessario che in questa fase i pazienti COVID ricoverati in TI occupino un numero di posti letto inferiore al 30% di quelli disponibili.

Per quanto riguarda le dotazioni regionali in questa fase si prevede il completamento della restituzione dei posti letto alle destinazioni originarie e la completa apertura/disponibilità dei posti letto previsti dal progetto Covid Intensive Care che permetteranno il definitivo consolidamento dei centri di riferimento per il trattamento di pazienti intensivi covid di ogni area vasta (tabella). Tali centri ed il Coordinamento Clinico Regionale avranno il compito di garantire in prima battuta la risposta ai bisogni di posti letto TI COVID di tutta la rete regionale.

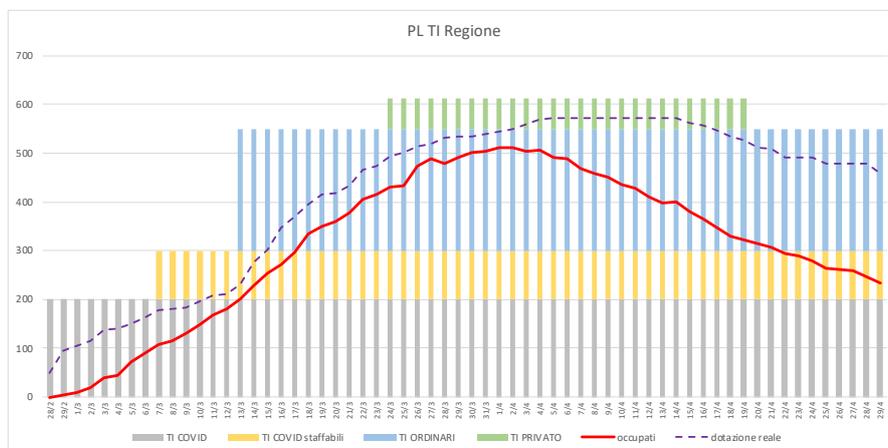
Sulla base di stime effettuate in relazione alla possibile evoluzione della curva epidemica si ritiene necessario mantenere circa 200 posti letto TI COVID di cui il 50% staffabili (che corrisponderebbe ad un numero di circa 60 pazienti ricoverati a livello regionale). Rimarrebbero pertanto circa 380 PL per le attività ordinarie, pari a circa l'85% delle disponibilità pre-emergenza.

Localizzazione	Tipologia di struttura	N° PL previsto	Data prevista attivazione
Policlinico di Modena	Prefabbricato 1	30	05.2020
	Prefabbricato 2	18	06.2020
Ospedale di Rimini DEA	Interna ospedaliera	34	05.2020
Ospedale S.Orsola BO	Interna ospedaliera	14	06.2020
Ospedale Maggiore BO	Interna ospedaliera	36	05.2020
Ospedale di Parma	Interna ospedaliera	14	05.2020
TOTALE		146	

FASE 4

Questa fase prevede il raggiungimento dell'obiettivo di 629 posti letto di cui una quota di PL gestiti come "staffabili" ed i posti TI ordinari saranno incrementati a circa 400 ovvero in quota superiore a quelli originariamente disponibili.

Il grafico mostra come risponderebbe il SSR in caso di nuovo picco epidemico (simulando un analogo andamento rispetto all'attuale) con l'iniziale assorbimento nei posti dedicati a COVID che danno il tempo di attivare entro 7/10 giorni i PL staffabili e passare solo successivamente ad utilizzare i PL ordinari.



Aree semintensive

IL DL 19 maggio 2020 n. 34 prevede che le regioni programmino la riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva, con relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica, prevedendo che tali postazioni siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure.

In relazione all'andamento della curva pandemica, per almeno il 50 % dei posti letto di cui sopra, si prevede la possibilità di immediata conversione in posti letti di terapia intensiva, mediante integrazione delle singole postazioni con la necessaria strumentazione di ventilazione e monitoraggio.

Il ricalcolo della quota nazionale (in relazione alla popolazione residente all'1.1.2020) indica per il livello regionale, le seguenti necessità di riqualificazione:

	semintensive totali	di cui convertibili
RER	313	157
AVEN	139	69
AVEC	95	48
Romagna	79	39
Piacenza	20	10
Parma	32	16
Reggio Emilia	37	19
Modena	50	25
Bologna AM	71	36
Ferrara	24	12

Ciascun territorio dovrà individuare aree semintensive nell'ambito delle discipline mediche con particolare riferimento a:

026 – medicina interna

068 – pneumologia

051 – medicina d'urgenza

Con uno specifico documento saranno definiti e requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi. Per quanto riguarda la distribuzione nei singoli stabilimenti si prevede che i PL convertibili debbano essere collocati in prossimità di terapie intensive, mentre i restanti PL possono essere distribuiti (in moduli non inferiori a 4 PL) anche in altri contesti individuati localmente.

Posti letto per acuti

Il DM 30 aprile relativo al monitoraggio dei PL prevede per le aree mediche per acuti un tasso di occupazione pari al 40%.

Vista la rilevanza che i posti letto di area medica hanno nell'efficiente funzionamento dell'ospedale (es. ricoveri urgenti da PS) si ritiene di non poter prevedere un numero elevato di letti "inutilizzati" per far fronte ad eventuali recrudescenze, si prevede pertanto di procedere come segue:

- In fase 2 (a e b) l'effettiva disponibilità di **PL COVID liberi** tali da garantire un'occupazione inferiore al 40%. In situazioni di bassa prevalenza saranno privilegiati i reparti specialistici (malattie infettive e/o pneumologia) Possono essere inclusi nel conteggio anche i letti presenti in reparti destinati a pazienti "sospetti covid".
- In fase 3 e successive dovranno comunque essere predisposti piani a livello territoriale (provinciale o sovra provinciale) che individuino un numero di posti letto immediatamente destinabili a COVID in un numero non inferiore a quello riportato in tabella (il numero è pari al 40% dei letti HSP inclusi nel monitoraggio ministeriale)
- Tali letti destinabili potranno essere identificati nell'ambito dei **PL pubblici** delle discipline
024 – malattie infettive
026 – medicina interna
068 – pneumologia
051 – medicina d'urgenza
- L'allocazione dei PL dovrà essere coerente con l'identificazione di COVID Hospital¹ o di aree COVID che rispettino le caratteristiche di separazione degli spazi e dei flussi.

	MONITORATI MINISTERO	40% da prevedere come "destinabili"
RER	3678	1471
AVEN	1518	607
AVEC	1247	499
Romagna	913	365
Piacenza	160	64
Parma	438	175
Reggio Emilia	446	178
Modena	474	190
Bologna AM	886	354
Ferrara	361	144

Ulteriori PL potranno essere identificati nell'ambito dei piani aziendali di emergenza fino a raggiungere il numero totale monitorato.

¹ Strutture di dimensioni medio-piccole dotate di terapia intensiva ed eventualmente aree semintensive. È opportuno che in tali sedi non siano svolte attività non trasferibili e non "isolabili".
Definizione nota Commissario ad acta "Piano per la gestione dei posti letto ospedalieri" del 18/03/2020.

COMUNICATO REDAZIONALE

Si comunica che con Legge regionale 6 luglio 2009, n. 7 (pubblicata nel BUR n. 117 del 7 luglio 2009) il Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna, dal 1 gennaio 2010, è redatto esclusivamente in forma digitale e consultabile on line. La Regione Emilia-Romagna garantisce l'accesso libero e gratuito a tutti i cittadini interessati tramite il proprio sito **<http://bur.regione.emilia-romagna.it>**

La consultazione gratuita del BURERT dal 1 gennaio 2010 è garantita anche presso gli Uffici Relazioni con il Pubblico e le Biblioteche della Regione e degli Enti Locali.

Presso i Comuni della Regione è inoltre disponibile in visione gratuita almeno una copia stampata dell'ultimo numero. È sempre possibile richiedere alla Redazione del BURERT l'invio a mezzo posta di una copia della pubblicazione dietro apposito pagamento in contrassegno.