

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 anestesilogica).

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/Baggiovara (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.

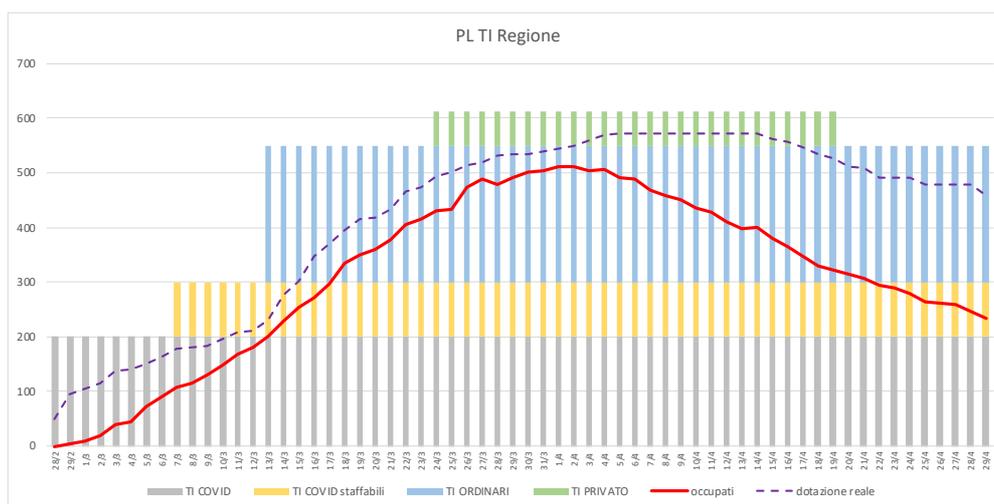
Sulla base di stime effettuate in relazione alla possibile evoluzione della curva epidemica si ritiene necessario mantenere circa 200 posti letto TI COVID di cui il 50% staffabili (che corrisponderebbe ad un numero di circa 60 pazienti ricoverati a livello regionale). Rimarrebbero pertanto circa 380 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 risponderrebbe 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.