



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.

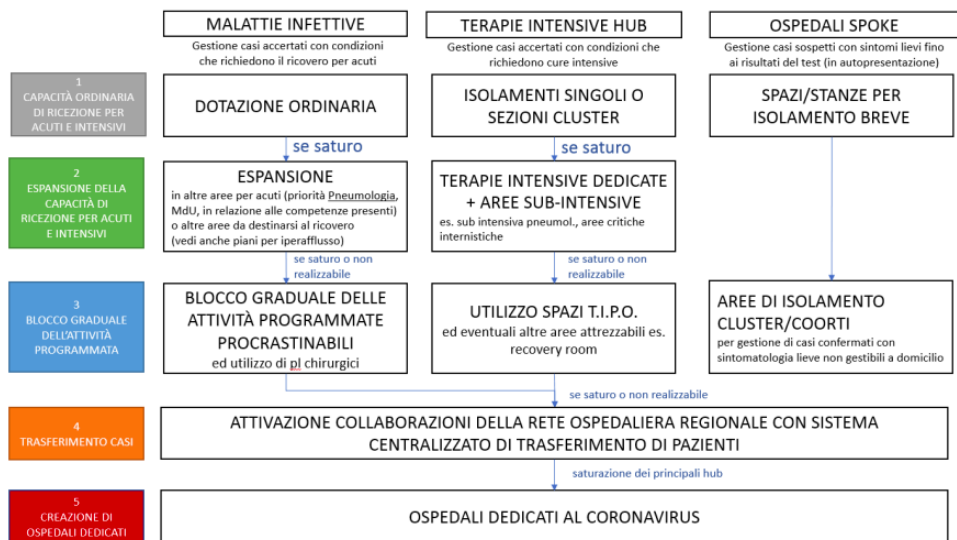
All'affacciarsi dell'epidemia COVID-19 in Emilia-Romagna che, come noto, è stata una delle prime regioni colpite contestualmente a Lombardia e Veneto, è stato predisposto un piano (Figura 1 -nota DGSCPW del 29.02.2020) che prevedeva l'identificazione di 3 tipologie di struttura da includere nella rete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

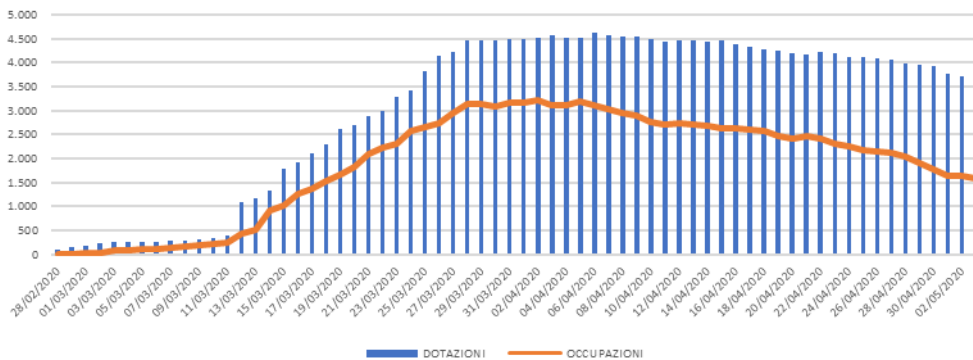
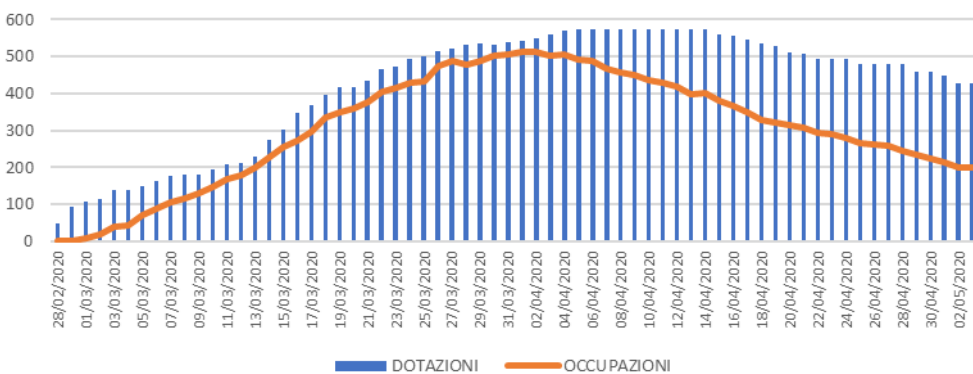


Figura 3 – Dotazioni e occupazioni di PL in terapia intensiva



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 svezzamento) 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/Baggiore (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 infusione. 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 multimorbidità):

- 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 BORGIO 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 NOVA FELTRIA
		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 no 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 aerulici 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 "Riconoscimento 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 “Ricognizione criteri specifici della rete emergenza-urgenza RER”

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

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 clinici/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 €