

Aggiornamento del Piano Emergenza Autunno

Analisi di contesto

Il 13 marzo, in considerazione dello scenario epidemiologico dell'epidemia di COVID-19 e della possibile evoluzione dello stesso, al fine di preservare i posti letto di area intensiva in previsione di un massiccio afflusso di pazienti, è stata disposta quanto segue (con condivisione del Comitato scientifico di cui alla DGR 269/2020 nella seduta del 12 marzo):

- la sospensione con effetto immediato di tutta l'attività chirurgica programmata per la quale è previsto il ricovero in terapia intensiva post operatoria ad eccezione degli interventi indifferibili in considerazione del quadro clinico dei pazienti, e in particolare nell'ambito della chirurgia oncologica tenendo conto della storia naturale della malattia e dei protocolli integrati con chemio e radioterapia adiuvante.
- la sospensione di tutta l'attività di specialistica ambulatoriale delle strutture pubbliche e private accreditate (compreso ex art. 26 L. 833/1978) ad eccezione delle prestazioni prioritarizzate come U e B, garantendo, sia come prime visite specialistiche che di controllo, l'attività in ambito materno-infantile ed oncologico; sarà cura di ogni struttura avvertire gli utenti programmati con altre priorità per riprogrammare l'appuntamento al termine dello stato di emergenza; ne deriva pertanto l'opportunità che i medici prescrivano le prestazioni con le priorità di cui sopra fermo restando comunque la possibilità di segnalare situazioni cliniche meritevoli di controlli ravvicinati.

Il 13 marzo la situazione di occupazione di posti letto di terapia intensiva era la seguente:

Situazione al 13/03 "Sospensione attività"	
Posti letto strutturati	494 (posti letto flussi hsp 2019)
Posti letto di terapia intensiva occupati da Covid	111
Posti letto di terapia intensiva occupati da NO Covid	217
Posti letto di terapia intensiva occupati TOTALI	328
Tasso di occupazione	66%
Posti letto in fase di attivazione	113 (Nota 116445 del 11 marzo)

E' importante inoltre rilevare i principali avvenimenti e situazioni che si sono verificate successivamente al 13 marzo:

- il 15 marzo è stato adottato dall'unità di crisi il piano di emergenza ospedaliera che prevedeva l'attivazione di **825 posti letto di terapia intensiva**;
- I posti letto di terapia intensiva occupati da **pazienti non covid** è passato da 217 posti letto a 159 (numero minimo di occupazione per pazienti non covid) **in 11 giorni**;
- Anche dopo la sospensione delle attività programmate il numero medio di posti letto di terapia intensiva per pazienti **non covid** nel periodo dal 13 marzo al 30 aprile è stato di **193 posti letto**;
- Con l'inizio del lockdown in tutta Italia e con la riduzione degli spostamenti si è ridotto anche la frequenza di eventi di incidenti stradali e conseguente **diminuzione dei politraumi**;
- il 5 maggio con dgr 552/20 viene adottato il "Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemico" che prevede **840 posti letto di terapia intensiva** a disposizione per la fase emergenziale;

- il numero massimo di ricoveri giornalieri in terapia intensiva è stato il 29 marzo di **356** ai quali si aggiungono 165 posti letto occupati per pazienti non covid;
- Il numero massimo di posti letto **totali** occupati di terapia intensiva è stato di **524** il 31 marzo.
- Il numero massimo di posti letto di degenza **non intensiva** (semi intensiva e degenze ordinarie) è stata raggiunta il 1 aprile **1.718**. Rispetto ai 1748 previsti in dgr 552/20;
- Considerando il numero di posti letto utilizzati si è verificato un rapporto di 1 posto letto di terapia intensiva ogni 4,9 di degenza (semi intensiva e degenza ordinaria) e per quanto riguarda solo la semi intensiva 1 posto letto di terapia intensiva ogni 1,8 di semi intensiva.

Definizione piano di attivazione risposta emergenziale

Considerato quanto accaduto in fase emergenziale si ritiene ora di predisporre un piano di attivazione dei posti letto già previsti dalla dgr 552/20 al fine di:

- Preservare la possibilità di continuare a svolgere attività ordinaria, posticipando il più possibile la sospensione delle attività non urgenti;
- Ottimizzare l'occupazione dei posti letto di terapia intensiva su base regionale;
- Ridurre i tempi di attivazione dei posti letto disponibili;
- Rendere sostenibile la risposta ai fabbisogni emergenziali su territorio provinciale in ogni fase del percorso del paziente covid, dalla diagnosi e presa in carico territoriale, alla cura in fase acuta alla cura in fase post acuta.

Considerazioni per la gestione della fase diagnostica

Anche a seguito del "Piano investimenti per il potenziamento dell'attività di laboratorio" si è delineato in questi mesi un netto miglioramento delle potenzialità di diagnostica molecolare presso ogni azienda ulss rispetto alla fase emergenziale.

Tale possibilità di aumentare la capacità di test molecolari ha permesso di allargare a sempre più soggetti l'attività di screening e migliorare l'attività di tracciamento dei sospetti individuando nuovi casi.

Ogni azienda sanitaria ha quindi sviluppato i propri laboratori arrivando a erogare potenzialmente volumi di test che si stanno rivelando adeguati alle esigenze di screening del territorio di riferimento.

I laboratori di microbiologia delle aziende territoriali facenti parte della rete regionale delle microbiologie, coordinata dall'Azienda Ulss 2, vengono supportati e si avvalgono, anche nell'ottica di ottimizzazione delle risorse a livello regionale, del laboratorio di microbiologia dell'azienda ospedaliera-Università di Padova centro di riferimento regionale e l'Azienda Ospedaliera universitaria di Verona

Alle potenzialità di diagnostica molecolare di ogni azienda ulss si aggiunge l'utilizzo dei test antigenici rapidi per assicurare una diagnosi accelerata di casi di COVID-19

L'utilizzo dei test antigenici rapidi è in grado di assicurare una diagnosi accelerata di casi di COVID-19, consentendo una tempestiva diagnosi differenziale nei casi sospetti tra sindrome influenzale e malattia da SARS-CoV2, diversamente dai test molecolari per i cui risultati l'intervallo di tempo utile risulta più ampio.

Per questo motivo si prevede la possibilità di aumentare sempre di più gli ambiti del loro utilizzo e il coordinamento della loro distribuzione sarà gestito a livello regionale anche sulla base di quanto definito nei vari aggiornamenti dei piani di sanità pubblica.

Inoltre considerata la necessità di rispondere tempestivamente alle necessità diagnostiche si ritiene che ogni azienda ulss debba identificare una postazione che garantisca la possibilità di fare tamponi sulle 24 ore.

Nell'ottica di poter implementare la capillarità e prossimità territoriale dei punti di erogazione di tamponi si considera, oltre all'implementazione delle attività presso i distretti, di poter valutare anche il coinvolgimento attivo delle istituzioni territoriali.

Considerazioni per la gestione della fase acuta

Rispetto a quanto avvenuto nella prima fase dell'emergenza e di quanto evidenziato nell'analisi di contesto, considerando anche che l'evoluzione dell'epidemia può avvenire in modo territorialmente disomogeneo e localizzato si ritiene sia stato cruciale una visione regionale per poter coordinare la gestione dell'occupazione dei posti letto di terapia intensiva e che tale modalità organizzativa debba essere mantenuta come definito anche nella dgr 1367 /20.

Tale coordinamento si rende necessario anche per la gestione delle reti tempo dipendenti che deve essere garantita in modo tempestivo in tutto il territorio regionale. Prioritario inoltre preservare da sospensioni o ritardi anche la presa in carico e cura delle patologie neoplastiche.

La situazione di disponibilità di posti letto di terapia intensiva ad oggi è la seguente:

	PL da programmazione attivati	PL attrezzati a disposizione del Creu	PL attivabili da riconversione		TOTALE POSTI LETTO TERAPIA INTENSIVA DISPONIBILI
			gruppi operatori	da semi intensiva	
Totale regionale	522	191	111	176	1.000
Ulss 1	17	18		8	43
Ulss 2	62	12	16	26	116
Ulss 3	54	24	14	20	112
Ulss 4	16	10	4	10	40
Ulss 5	23	14	9	14	60
Ulss 6	36	27	17	16	96
Ulss 7	22	12	16	14	64
Ulss 8	55	10		20	85
Ulss 9	26	12	10	8	56
Aou Pd	69	16	13	20	118
Aoui Vr	90	26	12	20	148
Iov	10			0	10
Privati accreditati*	42	10			52

*posti letto e covid hospital come individuati da dgr 552/20

Nella tabella seguente vengono individuati i valori degli indicatori di allarme che a livello regionale indicano situazioni di rischio che a loro volta determinano l'attivazione dell'intervento successivo.

Indicatore di RISCHIO AREA TERAPIA INTENSIVA	
Da 0 a 50 pz covid in ti (fino a 95 % posti liberi)	→Attivazione Fase 1
Da 51 a 150 pz covid in ti (fino a 85 % posti liberi)	→Attivazione Fase 2
DA 151 a 250 pz covid in ti (fino a 75 % posti liberi)	→Attivazione Fase 3
Da 251 a 400 pz covid in ti (fino a 60 % posti liberi)	→Attivazione Fase 4
>400 pz covid in ti	→Attivazione Fase 5

Si evidenziano di seguito le fase di progressive con la descrizione dell'intervento per ciascuna fase e le conseguenze dell'intervento stesso

FASE	Intervento	Conseguenze	Attività da sospendere
1.	Utilizzo posti letto isolati in ospedali hub e spoke	Si preserva attività ordinaria in modo diffuso in ogni ospedale	Nessuna sospensione, solo eventuale ritardo nel programmato
2.	Attivazione posti letto aggiuntivi negli ospedali hub and spoke e attivazione parziale posti TI CREU	Si preserva attività ordinaria in ospedali spoke e hub	Riorganizzazione dell'attività ordinaria con eventuale sospensione/ritardo dell'attività programmata
3.	Attivazione Covid Hospital Attivazione progressiva posti TI CREU e posti aggiuntivi ordinari e subintensivi	Si preserva attività ordinaria in ospedali spoke e hub Si preserva attività ordinaria e emergenza in hub	Riduzione attività ordinaria in covid hospital con trasferimento di attività d'urgenza
4.	Utilizzo posti letto ricavabili da sale operatorie in covid hospital	Si preserva attività ordinaria in hub	Parziale riduzione di attività negli spoke
5.	6. Utilizzo posti letto anche a coorte in hub	Si preserva attività di emergenza in hub	Sospensione attività ordinaria in hub

L'attivazione contestuale di posti letto non critici è determinata orientativamente dal rapporto di 1 posto letto di terapia intensiva ogni 2 di semi intensiva e 4 posto letto di degenza ordinaria .

I posti letto di area non critica ipoteticamente necessari nello scenario peggiore che prevede l'utilizzo di 1000 posti letto di terapia intensiva (contro i 524 utilizzati al massimo in fase 1) secondo il rapporto individuato sono maggiori dei 1.748 posti letto previsti nella dgr 552/20.

A tal proposito si ritiene di individuare ulteriori 652 posti letto per la fase 4, 350 utilizzando ulteriori posti letto riconvertiti per covid nei Covid hospital e altri 302 negli ospedali spoke di ogni ulss fino al raggiungimento di 2.400 posti letto.

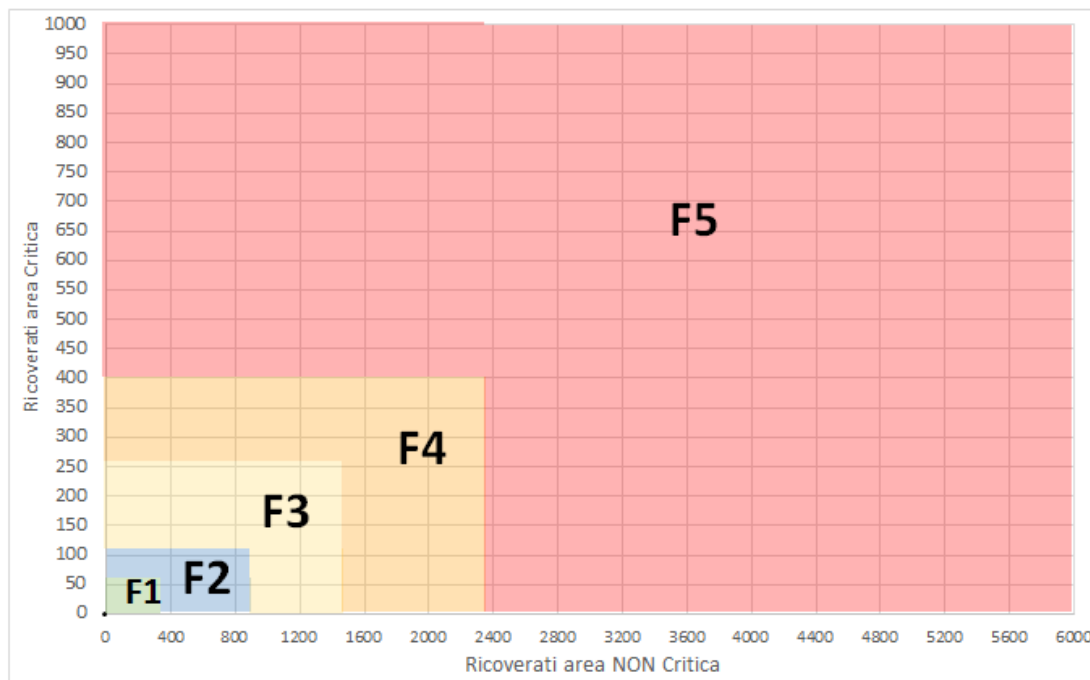
In fase 5 i posti letto necessari per l'area non critica sono ricavati utilizzando tutti i posti letto disponibili dagli ospedali spoke del veneto.

Andando quindi a definire le fasi di rischio anche per l'attivazione dei posti letto di area non critica

Indicatore di RISCHIO- area NON critica	
Da 0 a 300 pz covid in area non critica	→ Attivazione Fase 1
Da 301 a 900 pz covid in area non critica	→ Attivazione Fase 2
DA 901 a 1500 pz covid in area non critica	→ Attivazione Fase 3
Da 1501 a 2400 pz covid in area non critica	→ Attivazione Fase 4
>2400 pz covid in area non critica	→ Attivazione Fase 5

L'attivazione contestualizzata delle singole fasi a livello avviene a livello provinciale tenendo in considerazione anche quanto emerge dai Piani di attivazione aziendali declinati come obiettivo da raggiungere entro il 31 ottobre dai direttori generali.

La fase da avviare verrà identificata in base alla matrice di rischio su base provinciale e di seguito riportata sui numeri regionali.



L'attivazione della fase opportuna è definita dall'Unità di crisi su proposta del dipartimento regionale servizio urgenza e emergenza medica che si avvale del supporto tecnico dell'Area Sanità e Sociale e Azienda Zero.

Rispetto infine alle possibilità di cura ospedaliera di pazienti covid si ritiene debba essere mantenuta e implementata con l'aumento dei pazienti possibili donatori, la raccolta del plasma.

Considerazioni per la gestione della fase post-acuta

Durante la fase emergenziale è stato evidente come la prolungata degenza dei pazienti covid (fino a raggiungere i 35 giorni di degenza media nel mese di giugno) riducesse la capacità di presa in carico di nuovi pazienti.

Ulteriore aggravamento della fase di dimissione è stata anche la prolungata positività anche in pazienti che non presentavano più condizioni per le quali fosse necessario un intervento medico.

Con nota del 18 marzo inoltre sono state date indicazioni affinché gli Ospedali di comunità fossero destinati alle dimissioni protette dei pazienti già affetti da COVID-19 una volta risolta l'acuzie, con sospensione di tutte le procedure di valutazione dell'idoneità all'accesso a tali strutture

Ogni ulss quindi ha cercato di attivare posti letto post acuti in fase post acuta e con dgr 1107/20 è stato inoltre implementato il numero di posti letto di ospedale di comunità per le ulss che avevano evidenziato la necessità di aumentare la dotazione di ospedali di comunità come implementati durante la fase acuta dell'epidemia.

A tal proposito si ritiene che le aziende ulss debbano individuare un ospedale di comunità " ospedale di comunità Covid" dedicato ai pazienti covid e che tale disponibilità verrà progressivamente ampliata fino a raggiungere per ogni territorio provinciale almeno 0,15 posti letto per mille abitanti di ospedale di comunità dedicato alla patologia.

In fase 5 inoltre potranno essere utilizzati come strutture sanitarie temporanee in fase emergenziale come previsto dall'art 4 dl 18/20 riconvertito in Legge 27/2020 anche i posti letto delle strutture ex ospedaliere attrezzate in fase 1 che garantiscono fino a ulteriori 740 posti letto non ospedalieri.

Rispetto infine alle problematiche di isolamento di pazienti positivi emerse nel sistema d'offerta territoriale nelle strutture residenziali socio-sanitaria si ritiene che, anche a seguito delle indicazioni contenute della dgr 782/20, sia da implementare il coordinamento della sorveglianza e del monitoraggio della situazione anche identificando per ogni azienda ulss almeno una struttura da dedicare esclusivamente all'isolamento di pazienti positivi di strutture residenziali "Residenze Socio sanitarie Covid"