

## **Linee guida in tema di Posti letto per sub acuti e post-acuti**

A fronte dell'andamento dell'epidemia COVID-19 emerge la necessità di elaborare strategie finalizzate a massimizzare l'efficienza nell'utilizzo dei posti letto ospedalieri con particolare riferimento a quelli di terapia intensiva e subintensiva e in regime ordinario per acuti.

Si fa riferimento a 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 devono essere gestiti attenendosi alle opportune misure di isolamento (anche in coorte) e di protezione individuale.

### **Setting per la gestione della fase post-ti e post-acuti**

1. Aree semintensive ospedaliere
2. Strutture di riabilitazione specialistica
3. Strutture di riabilitazione intensiva ed estensiva (cod. 56 e 60)
4. Strutture sanitarie extraospedaliere (es. Osco)
5. Strutture socio-sanitarie
6. Strutture non sanitarie, assistite
7. Servizi AD integrati con competenze specialistiche

Tutte le strutture in relazione al livello di intensità assistenziale garantito dovranno prevedere:

- presenza di assistenza medica H12/H24 (24 PER 1.2.3)
- assistenza infermieristica H24
- disponibilità di competenze specialistiche (pneumologiche, riabilitative, psicologiche)
- possibilità di effettuare indagini di laboratorio;
- possibilità di effettuare diagnostica radiologica;
- possibilità di garantire ventiloterapia (per 1 e 2) e ossigenoterapia;

**È preferibile identificare poche strutture ma con numeri adeguati di PL in cui eventualmente concentrare/trasferire expertise.**

**È opportuno che le strutture semintensive e, ove possibile, riabilitative siano localizzate in prossimità delle TI data la pressione sul sistema dei trasporti.**

### **Dimensionamento delle risorse**

In relazione agli attuali livelli di occupazione delle TI ed alla degenza media nelle stesse, influenzata dalla scarsità di risorse adeguate ad accogliere i pazienti in uscita si possono formulare le seguenti ipotesi:

- 100% dei pazienti dimessi da TI (escluso deceduti) necessitano di un transito in struttura post-TI. La policy di dimissione precoce da TI rende infatti minimo il numero di pazienti che possono essere direttamente dimessi al domicilio o presso strutture non sanitarie.
- La durata della degenza in fase post acuta può essere considerata proporzionale alla precocità della dimissione da TI. I dati attuali sono ancora insufficienti per stimare la DM in TI ed ancor più nei setting post-intensivi. Le stime di fabbisogno potranno quindi essere perfezionate nei prossimi giorni alla luce dei dati che si renderanno disponibili.

**Complessivamente si può stimare un fabbisogno di PL post-TI pari a circa 0,7 PL post-ti/ 1 PL TI**

- In condizioni ottimali 0.5 PL devono essere destinati a setting in grado di completare lo svezzamento dei pazienti e di gestire sia situazioni di weaning difficile che di riabilitazione respiratoria di pazienti con pregresse condizioni patologiche o residuati neuromuscolari rilevanti. Tali setting dovrebbero avere un livello assistenziale di tipo semintensivo e possedere competenze tipicamente presenti in
  - UTIR

o Riabilitazioni cod. 75 e 28

- Nell'ambito di questa quota (0.5 PL) la proporzione tra posti di semintensiva e riabilitazione specialistica potrà essere localmente definita sia in relazione alle risorse e competenze presenti che in rapporto al case-mix dei pazienti in uscita dalle TI (ad es. correlato al maggiore o minore ricorso alla tracheotomia).
- I PL con queste caratterizzazioni non hanno un'ampia diffusione sul territorio regionale e spesso sono collocati in contesti dove sarebbe complessa la separazione di flussi COVID da quelli delle attività ordinarie non procrastinabili. Si ipotizza quindi la possibilità di individuare aree (es. aree sub intensive, reparti riabilitativi ecc.) possibilmente in prossimità delle terapie intensive per non sovraccaricare il sistema dei trasporti, in cui far convergere le expertise necessarie.
- Si ritiene inefficiente la frammentazione in piccole coorti di questi pazienti
- **Ulteriori setting (in quota minima di 0.2 per 1PL di terapia intensiva) sono rappresentati da posti letto ospedalieri o extra ospedalieri a bassa intensità assistenziale (es. cod. 60 anche privati o OSCO) eventualmente integrati con competenze specialistiche e tecniche. In tali setting potrà essere erogata assistenza per eventuali bisogni residui, attività di riabilitazione con personale adeguatamente formato nonché supporto psicologico.**
- Ulteriori PL devono essere individuati per l'uscita tempestiva sia dal setting semintensivo/riabilitativo intensivo (per evitare che anche in questi contesti si trasferisca il congestionamento delle TI a causa di degenze troppo prolungate) che da reparti per acuti. Tali letti possono essere individuati in **contesto socio-sanitario o non sanitario con integrazione assistenziale**. Dato che l'attuale offerta di quest'ultima tipologia di PL non sembra saturata da pazienti asintomatici o paucisintomatici in isolamento, gli spazi potrebbero essere utilizzati per concentrare pazienti in uscita ma con residui bisogni riabilitativi o assistenziali ottenendo un impiego più efficiente delle risorse rispetto alla gestione domiciliare. In tali setting il paziente di cui non è ancora stata determinata l'eliminazione del virus (negativizzazione sierologica), potrebbe ricevere assistenza in relazione ai propri bisogni prima del rientro a domicilio in particolare in caso di pazienti fragili o di contesti familiari compromessi.

**E' indispensabile il coinvolgimento delle strutture private per garantire la adeguata capienza della rete assistenziale**

Di seguito (tabella 1) sono riportati i fabbisogni in relazione ai quadri di uscita dalla terapia intensiva. Lo scenario ipotizzato a seguito della discussione con i professionisti (cfr. documento tecnico allegato) è quello di favorire la precoce uscita dalla TI individuando tempestivamente i pazienti candidati alle procedure di svezzamento.

NB: Il fabbisogno di letti a minore intensità è stato stimato solo per pazienti in uscita da TI, si tratta quindi di PL ulteriori rispetto a quelli da destinare a pazienti in uscita da PL per acuti.

quadri in dimissione da TI/SI		ogni 100 letti di TI	TOTALE PL necessari RER
pazienti intubati pronti per svezzamento	Semintensiva UTIR	50	257
pazienti tracheostomizzati pronti per svezzamento	UTIR Riabilitazione respiratoria Neuroriabilitazione		
pazienti svezzati da ventilatore con tracheostomia	Riabilitazione	20	103
svezzati con comorbidità			
svezzati senza comorbidità	60 o intermedie	5	24
<b>TOTALE</b>		<b>75</b>	<b>385</b>

i fabbisogni a livello regionale e nelle diverse province (rapportando il numero di letti al numero massimo di PL previsti dal piano del 16.03.20; in caso di aumento dei letti di TI, dovranno proporzionalmente essere aggiornate le stime.

PROVINCIA	LETTI DI TI DA PIANO 16.03.2020	sub intensiva UTIR riabilitazione respiratoria	Riabilitazione*	COD. 60 o cure intermedie*
PIACENZA	40	20	8	2
PARMA	50	25	10	2
REGGIO EMILIA	47	24	9	2
MODENA	86	43	17	4
BOLOGNA	158	79	32	7
IMOLA	16	8	3	1
FERRARA	28	14	6	1
RAVENNA	26	13	5	1
FORLI-CESENA	25	13	5	1
RIMINI	37	19	7	2
<b>TOTALE RER</b>	<b>513</b>	<b>257</b>	<b>103</b>	<b>24</b>

\* il numero di posti stimato fa riferimento solo a pazienti in uscita da TI. Il numero dovrà essere incrementato in relazione ad eventuali bisogni di pazienti in uscita da reparti COVID per acuti.

#### A ciascun ambito territoriale è quindi richiesto di:

- individuare le sedi in cui collocare i diversi setting post-ti
- definire il numero di PL disponibili non inferiori a quanto riportato in tabella ed eventualmente aggiornati secondo le nuove previsioni in termini di PL di terapia intensiva.
- Definire eventuali contesti/UO da cui recuperare le expertise necessarie
- Definire le competenze di ciascun setting:
  - Svezzamento pz intubati si/no
  - Svezzamento trachestomizzati si/no
  - Gestione tracheo si/no
  - Gestione pazienti in NIV/CPAP si/no
  - Riabilitazione per pazienti con problematiche neuromuscolari si/no
  - Riabilitazione per pazienti con comorbilità si/no
  - Ricondizionamento si/no
  - Supporto psicologico si/no
- Definire le caratteristiche del setting:
  - Monitoraggio si/no
  - Ventilatori si/no
  - Ossigeno si/no
  - Ecografia toracica si/no
  - Emogasanalizzatore si/no



REGIONE EMILIA-ROMAGNA ( r\_emiro )  
Giunta ( AOO\_EMR )  
allegato al PG/2020/0244099 del 23/03/2020 17:06:27