

Ai Direttori Generali delle ASST  
Ai Direttori Generali degli IRCCS Pubblici  
Ai Legali Rappresentanti degli IRCCS  
Privati - Ospedali Classificati - Case di Cura  
Private, Accreditate a Contratto

e, p.c.

Ai Direttori Generali ATS  
Al Direttore Generale AREU 118 Lombardia  
Alla Centrale di Coordinamento  
TERAPIE INTENSIVE

Alla Centrale di Coordinamento  
ACUTI

Alla Centrale di Coordinamento  
PRIAMO

LORO SEDI

**Oggetto: Ulteriori indicazioni organizzative per l'intera rete ospedaliera nell'attuale fase  
emergenziale**

Gentilissimi,

l'evoluzione epidemica in atto fa ritenere presumibile, nei prossimi giorni, una graduale attenuazione della diffusione dei contagi e, conseguentemente, delle necessità di ricoveri ospedalieri, nell'auspicio che i comportamenti individuali e di popolazione delle prossime settimane non vanifichino tutti gli sforzi fatti per superare l'enorme pressione esercitata sull'intero Sistema Sanitario anche nel secondo picco epidemico.

Al riguardo, preme sottolineare che durante entrambi i picchi epidemici, grazie al contributo della pressoché totalità degli erogatori e dei centri di coordinamento regionali, l'intera rete di offerta ospedaliera regionale ha assicurato piena collaborazione e supporto alle strutture che maggiormente erano in difficoltà. Sono alcune migliaia i pazienti che nella prima fase sono stati trasferiti dalle strutture e dai territori di Lodi, Cremona, Bergamo e Brescia agli Ospedali (pubblici e privati) delle altre province, così come, nella tabella riportata nell'allegato 1, si può rilevare la percentuale di posti letto messi a

**Responsabile del procedimento: MARCO SALMOIRAGHI    Tel. 02/6765.2197**

disposizione per pazienti COVID nella seconda ondata epidemica, anche nei territori con minor incidenza epidemica. Ci rendiamo conto che le Singole Strutture site negli epicentri dell'epidemia possono avere avuto la percezione di isolamento e che gli aiuti non abbiano consentito di risolvere o alleviare significativamente la violenza d'urto della pandemia: nessun supporto nel momento di massima pressione sembra essere sufficiente, ma i dati confermano che la collaborazione è stata concreta.

Per procedere nel modo più coordinato possibile in questa prossima fase, si ritiene opportuno fornire alcune indicazioni programmatiche per la rete ospedaliera regionale, con riguardo anche alle Reti Tempo dipendenti, anche al fine di avviare un graduale rientro negli assetti previsti per i livelli inferiori rispetto all'attuale livello 4 di cui alla DGR 3264 del 16/6/20.

Premesso che ad oggi risultano operativi, a livello regionale ca 900 letti di Terapia intensiva e ca 9.000 letti acuti ordinari, di cui ca il 15 – 20% con assistenza respiratoria ad alta intensità di cura, le proiezioni delle prossime tre – quattro settimane prevedono una lenta ma progressiva riduzione di tali esigenze, con una previsione per la fine del mese di dicembre di ca 500 letti di Terapia intensiva e di ca 5.000 letti acuti ordinari, di cui il 15 – 20% con assistenza respiratoria ad alta intensità.

Nelle prossime settimane, all'effettivo decrescere delle esigenze di assistenza di ricovero ospedaliero, si procederà come di seguito specificato.

- **Terapie intensive:** si procede ad una graduale disattivazione dei settori COVID, seguendo in fase iniziale la “naturale” evoluzione clinica dei pazienti, e ciò al fine di evitare trasferimenti quantitativamente rilevanti dei pazienti da un Presidio all'altro; i 500 letti di T.I. necessari per la fine del mese di dicembre sono distribuiti tra i Presidi, come previsto nell'allegato 2, premettendo che variazioni a tale previsione potranno essere successivamente comunicate, in funzione dell'andamento dell'epidemia. Il numero di posti letto ipotizzato per ciascun Presidio tiene conto di:
  - o numerosità dei pazienti attualmente ricoverati,
  - o esigenze assistenziali dei pazienti COVID, lay-out e assetti organizzativi delle singole Strutture,
  - o esigenze di iniziare a programmare una graduale ripresa di attività in favore di patologie con maggiore priorità clinica, di norma più frequenti presso le Strutture di alta specializzazione.

La disattivazione dei singoli “settori” con trasformazione degli stessi da COVID a NO COVID può avvenire previa comunicazione al Coordinamento terapie Intensive fino al raggiungimento dei pl indicati nell'allegato 2. Ulteriori dismissioni devono essere preventivamente autorizzate dal medesimo Coordinamento. Qualora in un settore rimanga ricoverato un numero limitato di pazienti (1 – 2), con conseguente significativo inefficiente utilizzo delle risorse, può essere richiesto l'intervento del Coordinamento delle Terapie Intensive per un più appropriato proseguo della gestione dei singoli casi.

- **Degenze ordinarie acute** (comprese quelle con assistenza respiratoria): compatibilmente con la situazione in atto nei singoli territori, si può procedere alla graduale disattivazione delle unità di degenza nei diversi Presidi, nel rispetto dei seguenti criteri:
  - o ripristino delle attività in favore di patologie NO COVID a maggiore priorità clinica, soprattutto presso gli Ospedali HUB,
  - o mantenimento di setting assistenziali di diversa intensità di cura coerenti con la funzione del Presidio (HUB e Spoke) nella rete ospedaliera,
  - o riduzione della dispersione sul territorio di Presidi ospitanti pazienti COVID,
  - o mantenimento, in ogni Presidio, di una sezione dedicata ad accogliere pazienti COVID in fase di accertamento o che manifestano positività post ricovero e di una sezione

**Responsabile del procedimento:** MARCO SALMOIRAGHI    Tel. 02/6765.2197

prontamente attivabile.

Per le degenze ordinarie acute, considerato che le specifiche esigenze territoriali sono conosciute in maniera più approfondita a livello di ATS, si preferisce fornire solo un'indicazione complessiva del numero di posti letto che si prevedono necessari alla fine del corrente mese (sempre ad invarianza di diffusione epidemica) sul territorio di competenza di ciascuna ATS, lasciando alla stessa il compito di valutare, previo confronto con i singoli Erogatori, come meglio ripartirli tra questi ultimi nel rispetto del ruolo specifico di ciascuna Struttura. Al riguardo la scrivente Direzione si limiterà a fornire alle ATS una prima ipotesi preliminare, che dovrà dalle stesse essere valutata, ponderata e definita.

Le ATS, nell'individuazione del numero dei posti letto da mantenere attivi per singolo Presidio, dovrà tenere in considerazione il livello di gravità dei pazienti trattabili nelle singole realtà. Negli Ospedali HUB dovrà essere previsto un numero di posti letto adeguato al trattamento dei pazienti che necessitano di supporto ventilatori NIV/CPAP/HFNC, di monitoraggio dei parametri vitali e con una instabilità delle condizioni generali. Il numero dei posti letto da individuare per gli Ospedali non HUB devono consentire il trattamento con un livello assistenziale minore rispetto a quello sopra riportato, in riferimento alle realtà territoriali presenti.

Per entrambi i setting assistenziali di cui sopra si ritiene che un criterio generale debba essere quello di non trasferire di norma i pazienti ad altri Presidi finché si resta nell'ambito del livello assistenziale proprio di ciascuna Struttura, fatto salvo situazioni di sovraccarico particolari o trasferimenti di pazienti singoli che impegnano ampie aree di degenza.

È possibile per Aziende/Enti dotati di più Presidi organizzare la distribuzione dei letti COVID tra i Presidi secondo esigenze interne, nel rispetto dei numeri di posti letto totali richiesti all'ASST/Gruppo e a condizione che i Presidi siano ubicati nel territorio della medesima ATS di riferimento.

In questa fase si ritiene inoltre necessario che ciascun Erogatore, pubblico e privato, predisponga un piano interno di pronto ampliamento delle aree/sezioni da mettere a disposizione per la cura di pazienti COVID in caso di nuova recrudescenza improvvisa della diffusione epidemica sul territorio regionale.

Il Piano di cui sopra:

- deve essere coerente con le indicazioni contenute nel Piano Ospedaliero regionale approvato con DGR 3264 del 16/6/20 (compresa la previsione di attivare gradualmente ampliamenti di recettività fino alla capienza massima di picco epidemico – livello 4),
- deve rispettare le indicazioni fornite dalla scrivente Direzione Generale Welfare con la presente e le precedenti comunicazioni relative alla pianificazione di emergenza COVID, con la precisazione che in tutti i territori, per i diversi livelli 2, 3 e 4, deve essere prevista la medesima potenzialità di offerta di posti letto rapportati alla dotazione di letti ordinari ospedalieri (quindi non condizionata dalla diversa incidenza dei casi nelle diverse province), distribuendo i posti letto per pazienti intensivi e semi intensivi prevalentemente negli HUB COVID e i posti letto per i pazienti acuti ordinari (indicati per ciascuna ATS nell'allegato 3) tra Ospedali HUB COVID e NON HUB COVID con una ripartizione indicativa del 30-40% nei primi e del 60-70% nei secondi,
- deve essere coerente con il Piano di prevenzione e gestione del sovraffollamento del Pronto Soccorso (che si chiede di riesaminare e, se del caso, aggiornare), al fine di assicurare quotidianamente un adeguato numero di posti letto per l'accoglienza dei pazienti (COVID e NON COVID) che ogni giorno necessitano di ricovero urgente,
- deve essere prontamente attivabile a richiesta dell'ATS di riferimento e deve essere alla stessa presentato entro la fine del corrente mese di dicembre, con possibilità da parte della ATS di formulare prescrizioni correttive, se ritenute necessarie.

Si rammenta che gli Ospedali non HUB COVID devono continuare ad assicurare agli HUB tutto il supporto necessario, sia attraverso il mantenimento in attività di sezioni per acuti COVID a minore

**Responsabile del procedimento:** MARCO SALMOIRAGHI    Tel. 02/6765.2197

intensità di cura sia mantenendo pienamente operative le sezioni di degenza sub acute destinate ad accogliere prioritariamente pazienti in dimissione precoce dagli Ospedali HUB COVID; viceversa, gli Ospedali HUB COVID devono assicurare la disponibilità ad accogliere i pazienti in condizioni cliniche più critiche dagli Ospedali non HUB COVID, anche per patologie NO COVID (anche mantenendo in essere/sviluppando rapporti di collaborazione interaziendali tra equipe).

Per favorire la collaborazione di cui sopra e i trasferimenti in entrata e in uscita dei pazienti, si ritiene opportuno far proseguire, l'attività della Centrale di Coordinamento pazienti acuti: per rendere ancora più funzionale l'attività di tale Centrale, AREU nei prossimi giorni emanerà una proposta di identificazione più funzionale della reale disponibilità di posti letto di ciascun Presidio, e si chiede sin d'ora di dare indicazioni al bed manager perché trasmetta quotidianamente tale disponibilità, anche in attesa di una futura rilevazione più "automatizzata". Senza tali informazioni la funzionalità della Centrale non può essere pari alle attese.

Relativamente all'organizzazione delle Terapie Intensive realizzate presso le due Strutture temporanee (Fiera di Milano e di Bergamo), le Direzioni dell'IRCCS Policlinico e della ASST Papa Giovanni XXIII e, per loro tramite, anche le Direzioni delle Strutture che stanno gestendo i moduli interni, concorderanno con il Coordinamento Terapie Intensive le soluzioni più adeguate al fine di ottimizzarne la funzionalità, con possibilità di rivedere l'apporto delle singole Strutture in termini di risorse umane necessarie al funzionamento dei singoli moduli. L'ingresso dei pazienti intensivi nelle due Strutture temporanee continuerà ad essere coordinato dal Coordinamento T.I.; la dimissione dei pazienti da tali moduli potrà essere proposta dal Responsabile di modulo anche alle Strutture non HUB, e in particolare (ma non esclusivamente) a quelle che stanno collaborando (o che avrebbero dovuto collaborare) alla gestione del modulo stesso.

Per quanto riguarda la graduale riattivazione dei Centri di riferimento per le Reti Tempo dipendenti temporaneamente disattivati, qualora rispettate le indicazioni di cui sopra e sentita AREU, periodicamente la scrivente Direzione aggiornerà il prospetto dei Centri di riferimento che verranno riattivati. Nell'allegato 4 viene indicato lo stato di attivazione delle reti tempo dipendenti aggiornato alla data odierna. Si conferma che presso i Centri temporaneamente disattivati, ove la Direzione della Struttura ritenga ci siano le adeguate condizioni di sicurezza, possono essere effettuati trattamenti in urgenza in favore di pazienti autopresentati, anche in funzione delle condizioni cliniche degli stessi e della possibilità o meno di essere trasportati prima del trattamento; dopo l'esecuzione della prestazione la Struttura valuterà se trattenerne il paziente o se proporre il trasferimento ad un Centro rimasto operativo.

Sempre con riferimento alla rete di emergenza – urgenza si ritiene che, in questa fase, per quanto possibile e per quanto consentito dalle modalità di valutazione delle condizioni cliniche dei pazienti nel setting territoriale, AREU afferisca i pazienti con presumibile sintomatologia respiratoria-infettiva ai Centri HUB COVID, ai Presidi prevalentemente dedicati a pazienti COVID e ai Presidi dotati di DEA di I livello, tenendo conto, sempre per quanto possibile, del livello di intensità di cura necessitante per i diversi pazienti.

Solo contestualmente al rispetto delle richieste di disponibilità di degenza per pazienti COVID acuti formulate dalle ATS potranno gradualmente essere riprese le attività ordinarie programmabili, compatibilmente con la disponibilità delle risorse e con l'indicazione che ciascuna Struttura consideri la possibilità di programmare un, seppur breve, periodo di "riposo" inter-epidemico per il Sistema. In tutte le Strutture la graduale ripresa dell'attività deve comunque privilegiare la presa in carico delle patologie a maggiore gravità clinica e deve essere compatibile e coerente con il regolare funzionamento dell'attività dei PS/DEA, monitorando e prevenendo in particolare il fenomeno del sovraffollamento e del boarding.

Per garantire una corretta ripresa delle attività di ricovero programmato si conferma l'obbligatorietà della centralizzazione aziendale delle agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri al fine di garantire quanto più possibile il monitoraggio delle stesse da parte della Direzione della Struttura.

**Responsabile del procedimento:** MARCO SALMOIRAGHI    Tel. 02/6765.2197

Tutti i ricoveri programmati devono prevedere l'identificazione delle Classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito del PNGLA 2019-2021 (relativamente alla individuazione delle Classe di priorità) e precisamente:

- Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi;
- Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità.

Al fine di garantire la massima trasparenza e un'interpretazione più omogenea possibile dei criteri di cui sopra, è opportuno al momento dell'inserimento in lista di attesa (ovvero della chiamata all'utente) comunicare tutte le idonee informazioni al cittadino relativamente a quanto disciplinato per emergenza COVID relativamente all'attività di ricovero.

Qualora si modificano le condizioni cliniche del paziente oppure si debba rinviare l'intervento per motivazioni correlate alle condizioni cliniche del paziente e/o inerenti all'emergenza COVID, è necessario definire le dovute modifiche all'ordine di priorità.

Si rammenta che ove le attività ambulatoriali (ordinarie, solventi e libero professionali) fossero state sospese a livello locale, deve essere riprogrammato il loro riavvio. Analogamente, con la ripresa delle attività di ricovero ordinarie, può proporzionalmente essere ripresa anche l'attività in solvenza o in libera professione.

Si chiede inoltre alle Strutture Monospecialistiche identificate come HUB per alcune patologie e che in queste settimane hanno provveduto a mettere in atto percorsi di accettazione di pazienti urgenti provenienti da altre Struttura, anche accompagnati da equipe della struttura inviante, di non fermare tale attività ma anzi di rafforzare ulteriormente le relazioni in essere, almeno fino a diverse indicazioni della scrivente Direzione Generale. Si chiede altresì a queste strutture di far pervenire entro la fine del corrente anno all'ATS di riferimento e alla Direzione Generale Welfare la definizione di quanto è stato messo a disposizione in termini di risorse umane e strutturali e la quantificazione della attività svolta rapportata alle Strutture invianti.

Si rammenta infine che ogni Struttura Ospedaliera, pubblica e privata accreditata, deve sempre mantenere in essere percorsi definiti e differenziati per i pazienti, in funzione della certezza o della probabilità di assistere pazienti COVID positivi. Come più volte richiamato è necessario prevedere una separazione, la più netta possibile, dei percorsi e delle equipe dedicate all'assistenza dei pazienti.

Si chiede alle ATS di dare comunicazione della presente agli erogatori del territorio di competenza.

Cordiali saluti

IL DIRETTORE GENERALE  
MARCO TRIVELLI

Allegati:

- File allegato 1 %pl covid vs totale letti.xlsx
- File ALLEGATO\_2 Degenze ordinarie.xlsx
- File Allegato\_3 Ipotesi pl acuti.xlsx

**Responsabile del procedimento:** MARCO SALMOIRAGHI    Tel. 02/6765.2197

File allegato 4 Reti.xlsx

**Responsabile del procedimento:** MARCO SALMOIRAGHI    Tel. 02/6765.2197