

# REGIONE CAMPANIA

---



## RELAZIONE ILLUSTRATIVA

### PER LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

### PER EMERGENZA COVID-19

(art 2 decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34)

## Indice

1	Premessa.....	2
2	L'Approccio Metodologico .....	3
3	Il Programma di Potenziamento della rete ospedaliera .....	4
4	Il Programma di Attuazione .....	5
5	Strutture modulari .....	9
6	Rete Ospedaliera Temporanea: Strutture Ospedaliere COVID-19 .....	9

# 1 Premessa

La Regione Campania, così come avvenuto in altri contesti regionali, ha gestito la prima fase emergenziale della pandemia SARSCoV-2, realizzando diversi modelli di riferimento e segnatamente:

- a) L'individuazione di presidi ospedalieri a destinazione e trattamento esclusivo di patologie COVID-19 connesse;
- b) La riconversione parziale di strutture ospedaliere, ovvero di interi padiglioni, esclusivamente dedicati alla gestione di patologie COVID-19 con separazione dei percorsi;
- a) La riconversione di unità operative di degenza in reparti COVID-19 a media o alta intensità di cure, ovvero in terapie semi intensive e terapie intensive con idonea separazione dei percorsi;
- b) L'allestimento di tende quali strutture mobili, soprattutto ai fini dell'implementazione e diversificazione delle aree di pre-triage e triage;
- a) La realizzazione, quale intervento urgente presso tre ospedali regionali, di strutture modulari dotate di posti letto ad alta intensità di cura;

Alla luce di quanto innanzi esposto risulta indispensabile garantire, da un canto il graduale ripristino delle attività ordinarie, riportando a regime la attuale rete ospedaliera che ha dato prova di flessibilità e rapida conversione, dall'altro rendere strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza legata al prosieguo della situazione infettivologica COVID-19, ai suoi esiti ed a eventuali accrescimenti improvvisi della curva epidemica, nonché per eventuali ed ulteriori emergenze epidemiche che nel tempo dovessero presentarsi. Infatti, il presente programma di potenziamento si propone come obiettivo quello di rendere l'attuale rete ospedaliera regionale non solo in grado di affrontare in maniera ottimale le eventuali ulteriori ondate della corrente pandemia di COVID 19, ma anche a fronteggiare le nuove emergenze epidemiche, ormai prevedibili con ricorrenza periodica intorno ai 5-10 anni.

Invero, il potenziamento della rete ospedaliera, come di seguito descritto, che si sostanzia fondamentalmente in un incremento di posti letto appartenenti all'area critica, ossia di posti letto di terapia intensiva (codice 49) e semi-intensiva, questi ultimi quale riconversione di posti letto di area medica, permette, altresì, di garantire anche una pluralità di soluzioni assistenziali e in particolare di:

- rafforzare la risposta della rete ospedaliera alle molteplici emergenze, tra cui prioritariamente quelle delle reti tempo-dipendenti e consolidare, nel contempo, lo sviluppo delle reti assistenziali specialistiche ad alta intensità di cura;
- utilizzare quota parte dei posti letto a media ed alta intensità di cura per il pieno recupero di attività pre e postoperatorie ordinarie di chirurgia maggiore a medio-alta complessità. Rientra in tale logica anche il miglioramento gestionale e l'efficientamento delle sale operatorie e delle attività chirurgiche specialistiche, così come anche quelle delle discipline mediche connesse all'alta specializzazione;
- qualificare e mettere in sicurezza la rete dei posti letto di terapia intensiva, riorganizzata per livelli di complessità;
- decongestionare le aree critiche dei Pronto Soccorso e della Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza, spesso sovraffollate di pazienti critici necessitanti di elevata intensità di cure.

Sulla base di tali criteri è stata indirizzata la presente programmazione ospedaliera, in particolare sulla capacità di poter rispondere ai picchi di richiesta "emergenziale" con implementazione e attivazione rapida di trattamenti ad alta intensità di cura.

## 2 L'Approccio Metodologico

L'approccio metodologico generale di sviluppo si è articolato in una "**veloce revisione**" della attuale rete dell'offerta assistenziale ospedaliera e territoriale regionale, che ha riguardato anche il periodo della prima fase emergenziale della pandemia SARSCoV-2, con un approccio tale che ha consentito di trasformare i flussi di dati disponibili in una proposta di potenziamento della rete che vede **coinvolta essenzialmente sia la rete dell'emergenza-urgenza che quella dell'area ad alta e media intensità di cura, con particolare riferimento alla rete assistenziale specialistica di infettivologia e pneumologia**, al fine di indirizzarne il nuovo percorso sulla base degli obiettivi fissati dall'art. 2 del Decreto-legge 34/2020.

In particolare, si è trattato di acquisire ed interpretare dati e informazioni relativamente:

- alle condizioni epidemiologiche della popolazione campana;
- all'attuale organizzazione della rete ospedaliera e territoriale;
- alla capacità di risposta alle richieste generate dai bacini di utenza;
- alla presenza di elementi di criticità e punti di forza, quali le difficoltà di rapporti tra settore ospedaliero e settore territoriale o ancora alle disfunzioni a livello orizzontale e verticale, all'interno del settore ospedaliero fra soggetti e specialità coinvolte nella gestione di problematiche di salute ad elevata complessità e pertanto l'assenza o la presenza di realtà in cui è utilizzata la multidisciplinarietà;
- all'assessment strutturale e organizzativo delle strutture sanitarie e connesse reti assistenziali;
- alla dotazione di posti letto, di personale, nonché di tecnologie nell'area dell'emergenza-urgenza e dell'alta e media intensità di cura.

Sulla base di tali informazioni è stata individuata la definizione della strategia di intervento, il ridisegno dei processi assistenziali, la pianificazione delle azioni e degli interventi, in particolare quelli relativi alla rete dell'emergenza e dell'area medica di media ed alta assistenza di intensità di cura.

**In ultima analisi, si è programmato un potenziamento della rete ospedaliera, in termini di posti letto, tecnologie, risorse umane, nonché interventi strutturali ed impiantistici, finalizzato a migliorare e qualificare la capacità di offerta assistenziale tale che possa integrarsi con l'assetto della rete ospedaliera già definito ed approvato dai Ministeri competenti con il DCA 103 del 28/12/2018 e che sulla base di un modello organizzativo altamente flessibile in funzione dell'andamento epidemiologico, continui a garantire nel breve e medio termine una adeguata risposta all'attuale pandemia da COVID-19.**

Il modello di potenziamento programmato prevede:

- a) una rapida riprogrammazione e riorganizzazione del fabbisogno e della disponibilità di posti letto di area intensiva e semi intensiva, con la necessaria dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione e monitoraggio, in modo che siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico per alta intensità di cure;
- b) lo sviluppo, quale passo successivo, di specifici percorsi diagnostico-terapeutici, linee di indirizzo e procedure operative, tipiche del governo clinico, quali strumenti in grado di integrare tra loro non solo i diversi nodi Hub e Spoke della rete ospedaliera, ma anche tra le strutture ospedaliere e quelle territoriali, alla luce anche delle esperienze maturate durante la prima fase dell'epidemia.

### 3 Il Programma di Potenziamento della rete ospedaliera

Nella nuova proposta formulata e alla luce delle considerazioni innanzi riportate, nonché dall'esperienza maturata da tutte le Regioni in occasione della prima fase dell'attuale pandemia, il sistema a rete costituisce l'ambito prioritario su cui intervenire e dal quale partire con l'implementazione degli interventi programmati e definiti di seguito in termini strutturali, organizzativi e tecnologici, con particolare attenzione alla rete assistenziale dell'urgenza/emergenza e dell'alta e media intensità di cura.

Nel nuovo quadro di riferimento programmatico si ribadisce che l'intero sistema ospedaliero è strutturato come organizzazione a rete, HUB e Spoke, dove le Aziende Ospedaliere (AO), quali HUB, costituiscono i grandi nodi di Riferimento regionale sia per il sistema dell'emergenza-urgenza (reti tempo dipendenti), che per le reti specialistiche per patologia, inclusa l'alta specialità e le attività assistenziali ad alta e media intensità di cura.

Pertanto, il potenziamento in termini di incremento di posti letto nell'area della terapia intensiva e dell'alta e media intensità di cura, con una attenzione all'area pneumologica e infettivologica, non può che qualificare e rafforzare ulteriormente la risposta assistenziale, producendo sicuramente effetti positivi in primis sui Pronto Soccorso dei grandi ospedali. Infatti, il sistema di emergenza-urgenza e in particolare il Pronto Soccorso, devono fornire risposte immediate alle richieste di assistenza e, pertanto, *“garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali, ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato, affrontando le situazioni di emergenza e urgenza clinica e assistenziali attuando tutti i provvedimenti immediati salva vita. Deve, inoltre, garantire distinti percorsi assistenziali che diano piena sicurezza sia agli utenti che agli operatori sanitari”*.

Le azioni che saranno intraprese sia in termini strutturali, organizzativi, che di risorse umane e tecnologiche sono finalizzate a migliorare quelle situazioni in cui il normale funzionamento del Pronto Soccorso stesso viene impedito a causa della sproporzione tra la domanda sanitaria, costituita dal numero di pazienti in attesa e in carico, e le risorse disponibili, fisiche e/o umane e/o strutturali necessarie a soddisfarla (overcrowding).

Gli interventi di tipo strutturale sui Pronto Soccorso realizzano e rafforzano, in particolare nelle Aziende Ospedaliere sedi di DEA di II livello, come obiettivo prioritario, la separazione dei percorsi e la creazione di aree di permanenza dei pazienti in attesa di diagnosi che garantiscano i criteri di separazione e sicurezza. Tale nuovo modello strutturale ed organizzativo sarà in grado di rispondere in maniera ottimale anche nei casi delle cosiddette “maxi-emergenze”.

Altro aspetto rilevante è l'intervento programmato sulle reti di patologia. Le **“reti di patologia”** sono lo strumento con cui i moderni sistemi sanitari rispondono ad un contesto sempre più complesso di conoscenze necessarie a garantire situazioni cliniche particolarmente eterogenee e ad alto grado di difficoltà e complessità e per le quali sono richiesti livelli di alta o media intensità di cura e che richiedono sempre più una integrazione di saperi. In tale contesto si rende necessario non solo intervenire sul potenziamento di posti letto, tramite riconversione di unità operative di area medica, ma anche modificare l'attuale modalità operativa con la costituzione di équipes multidisciplinari e multiprofessionali in grado di lavorare oltre i tradizionali confini, stabilendo nuove relazioni e trasferendo conoscenze di cui la rete può disporre su base aziendale e regionale. Tale innovativa modalità richiederà di ridisegnare i servizi, i processi operativi, nonché di prevedere corsi a cadenza periodica e di aggiornamento sul campo in terapia intensiva e semi intensiva, al fine di assicurare nel tempo le competenze intensivologiche di base del personale dedito di norma ad altre attività, ivi compreso anche il miglior utilizzo delle tecnologie, tra cui anche quelle di ICT (information communication technology).

Pertanto, la costruzione di una rete di patologia passa attraverso un progetto complesso, in cui sono chiamati una pluralità di soggetti delle diverse aree di alta specializzazione e il cui ambito di programmazione dovrà essere declinato su base provinciale.

## **4 Il Programma di Attuazione**

Il potenziamento programmato ha interessato, conformemente a quanto previsto dall'art. 2 del Decreto-legge 34/2020 e dalle successive linee di indirizzo esclusivamente l'ambito delle strutture pubbliche della rete ospedaliera regionale, preferibilmente sede di DEA I e DEA II livello.

L'eventuale coinvolgimento nel Piano di riorganizzazione di strutture ospedaliere pubbliche non sede di DEA I e DEA II, è motivato dalla circostanza che le stesse sono state coinvolte e interessate nell'ambito della prima fase del programma di contrasto alla pandemia.

### **Terapia Intensiva:**

Per quanto attiene il potenziamento dei posti letto di terapia Intensiva è stato programmato un incremento di posti letto che determina a livello regionale un totale pari a 834 unità, rispetto ai 621 posti letto programmati dal DCA 103/2020.

In particolare, nella Tabella 1 sono riportati i posti letto di Terapia Intensiva programmati nel DCA 103/2018 e quelli programmati nel presente documento, il tutto per rendere strutturale l'incremento di posti letto, con una dotazione omogenea sul territorio regionale pari a 0,14 per mille abitanti, ivi compreso l'adeguamento dei posti letto di terapia intensiva nel centro Hub pediatrico.

Negli allegati al presente Piano è stato quantificato il fabbisogno economico necessario per garantire l'attuazione del Programma di Potenziamento e Riorganizzazione.

Occorre precisare che dalla lettura della Tabella 1 risulta che l'incremento dei posti letto dal DCA 103/2018 e la nuova programmazione è di 213 unità. In realtà, il finanziamento richiesto con l'Allegato 2 è finalizzato al potenziamento ed alla riqualificazione del piano di riorganizzazione della rete della terapia intensiva e semi-intensiva.

**Tabella 1: Riorganizzazione della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 | Terapie intensive**

Riorganizzazione della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 (art. 2, DL n.34/2020)					
MACRO AREA	AZIENDA	DENOMINAZIONE STABILIMENTO	PL DCA 103/2018	PL Terapia Intensiva programmati	Incremento PL Terapia Intensiva
AV-BN	ASL AVELLINO	P.O. S.ANGELO DEI LOMBARDI	4	4	0
	ASL AVELLINO	P.O. ARIANO IRPINO	6	13	7
	AO MOSCATI	A.O. S.G. MOSCATI	22	44	22
	AO MOSCATI	P.O. LANDOLFI SOLOFRA	4	4	0
	AO SAN PIO	P.O. G.RUMMO	20	24	4
	AO SAN PIO	P.O. S.ALFONSO MARIA DE' LIGUORI	4	4	0
			<b>60</b>	<b>93</b>	<b>33</b>
CE	ASL CASERTA	P.O. SAN GIUSEPPE E MELORIO	4	4	0
	ASL CASERTA	P.O. MADDALONI	5	8	3
	ASL CASERTA	P.O. MARCIANISE	6	7	1
	ASL CASERTA	P.O. PIEDIMONTE MATESE	6	10	4
	ASL CASERTA	P.O. S.G.MOSCATI AVERSA	8	12	4
	ASL CASERTA	P.O. SAN ROCCO	8	8	0
	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	22	54	32
			<b>59</b>	<b>103</b>	<b>44</b>
NA1	ASL NAPOLI 1	P.O. CAPILUPI DI CAPRI	0	0	0
	ASL NAPOLI 1	P.O. DEI PELLEGRINI	8	8	0
	ASL NAPOLI 1	P.O. OSPEDALE DEL MARE	28	92	64
	ASL NAPOLI 1	P.O. INCURABILI	6	0	-6
	ASL NAPOLI 1	P.O. LORETO MARE	8	10	2
	ASL NAPOLI 1	P.O. SAN GIOVANNI BOSCO	8	8	0
	ASL NAPOLI 1	P.O. SAN PAOLO	8	8	0
	AO CARDARELLI	A.O. A. CARDARELLI	56	70	14
	AO SANTOBONO	P.O. PAUSILIPON	0	2	2
	AO SANTOBONO	A.O. SANTOBONO	16	14	-2
	AO DEI COLLI	P.O. COTUGNO	8	16	8
	AO DEI COLLI	P.O. CTO	8	8	0
	AO DEI COLLI	P.O. MONALDI	44	44	0
	A.O.U. VANVITELLI	A.O.U. VANVITELLI	14	16	2
	A.O.U. FEDERICO II	A.O.U. 'FEDERICO II' DI NAPOLI	16	20	4
IRCCS PASCALE	IRCCS PASCALE	6	8	2	
IRCCS PASCALE	P.O. ASCALESI	4	4	0	
			<b>238</b>	<b>328</b>	<b>90</b>
NA2	ASL NAPOLI 2	P.O. S. GIOVANNI DI DIO	5	5	0
	ASL NAPOLI 2	P.O. RIZZOLI	6	6	0
	ASL NAPOLI 2	P.O. S.M.DELLE GRAZIE	15	19	4
	ASL NAPOLI 2	P.O. SAN GIULIANO	8	8	0
			<b>34</b>	<b>38</b>	<b>4</b>
NA3	ASL NAPOLI 3	P.O. DE LUCA E ROSSANO	4	0	-4
	ASL NAPOLI 3	P.O. DI BOSCOREALE - BOSCORECASE	8	13	5
	ASL NAPOLI 3	P.O. MARESCA	8	2	-6
	ASL NAPOLI 3	P.O. NOLA	8	15	7
	ASL NAPOLI 3	P.O. S. MARIA DELLA MISERICORDIA	6	7	1
	ASL NAPOLI 3	P.O. SAN LEONARDO	10	12	2
			<b>44</b>	<b>49</b>	<b>5</b>
SA	ASL SALERNO	P.O. DI ROCCADASPIDE	0	0	0
	ASL SALERNO	P.O. S.LUCA VALLO LUCANIA	8	10	2
	ASL SALERNO	P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	6	7	1
	ASL SALERNO	P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	6	6	0
	ASL SALERNO	P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	4	8	4
	ASL SALERNO	P.O. S. FRANCESCO DASSISI OLIVETO CITRA	4	4	0
	ASL SALERNO	P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	6	8	2
	ASL SALERNO	P.O. TORTORA	6	6	0
	ASL SALERNO	P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	16	14	-2
	ASL SALERNO	P.O. DI POLLA-S. ARSENIO	8	8	0
	ASL SALERNO	P.O. AGROPOLI	0	6	6
	ASL SALERNO	P.O. IMMACOLATA SAPRI	4	4	0
	AOU RUGGI D'ARAGONA	A.O.U. S.GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA	34	50	16
	AOU RUGGI D'ARAGONA	P.O. AMICO G. FUCITO	4	4	0
	AOU RUGGI D'ARAGONA	P.O. DA PROCIDA	0	8	8
	AOU RUGGI D'ARAGONA	P.O. S. M. DELL'OLMO	4	4	0
			<b>110</b>	<b>147</b>	<b>37</b>
<b>Totale pubblico</b>			<b>545</b>	<b>758</b>	<b>213</b>
<b>Totale privato accreditato</b>			<b>76</b>	<b>76</b>	<b>0</b>
<b>Totale Regione Campania</b>			<b>621</b>	<b>834</b>	<b>213</b>

Dalla lettura della tabella sopra riportata si osserva come ad eccezione di piccole variazioni, lo standard di posti letto è stato ripartito in maniera omogenea su ogni ambito provinciale, garantendo in tal modo uniformi livelli assistenziali.

### **Terapia Semintensiva**

Il numero di posti letto complessivi di area medica da riconvertire è stato quantificato per ciascuna azienda prevedendo una dotazione regionale di posti letto nella misura pari allo 0,007%, calcolato sulla popolazione residente e pari a 406.

L'organizzazione delle unità di terapia semi-intensiva prevede, quindi quale processo di riconversione, una riqualificazione di 406 posti letto diversamente modulati per intensità e tipologie di cure che possano rispondere a qualunque tipologia di paziente critico, con necessità di assistenza respiratoria non invasiva, ma anche a pazienti chirurgici critici o con necessità di trattamenti continui e complessi riconducibili a situazioni pluripatologiche.

La pianificazione dei posti letto di area semi-intensiva è indicata nella Tabella 2. L'intervento di programmazione ha previsto la relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione, nonché gli eventuali interventi strutturali di adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica per acuzie ove necessari, prevedendo che tale dotazione sia fruibile, nel rispetto della separazione dei percorsi, sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure con assistenza non invasiva anche delle complicanze respiratorie.

Così come richiesto è previsto che, in relazione all'andamento della curva epidemica, per almeno il 50 per cento dei posti letto, deve essere prevista la possibilità di immediata conversione delle singole postazioni con la necessaria strumentazione di ventilazione invasiva e monitoraggio e per il restante 50 per cento dotati di ventilatori non invasivi, nonché con la necessaria capacità di ottenere forme di collaborazione interdisciplinare adeguate alla criticità e complessità del paziente, anche in ambito pediatrico.

Come già precisato nel presente documento, risulta fondamentale per la piena attuazione di tale intervento di riorganizzazione, che la gestione dei pazienti critici dovrà essere garantita da equipe multidisciplinari, quale approccio assistenziale in aree critiche ad alta complessità e con elevate dotazioni tecnologiche.

Le Aziende Sanitarie, al fine di garantire, in fase attuativa, il pieno rispetto di quanto stabilito in ordine ai posti letto di semi-intensiva, avranno cura di riconvertire i rispettivi posti letto di area medica con particolare attenzione alle unità operative di medicina, pneumologia, infettivologia e pediatria.

**Tabella 2: Riorganizzazione della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 | Terapie semintensiva**

<b>Riorganizzazione della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 (art. 2, DL n.34/2020)</b>			
<b>MACRO AREA</b>	<b>AZIENDA</b>	<b>DENOMINAZIONE STABILIMENTO</b>	<b>PL Terapia Semi-intensiva programmati</b>
<b>AV-BN</b>	ASL AVELLINO	P.O. S.ANGELO DEI LOMBARDI	2
	ASL AVELLINO	P.O. ARIANO IRPINO	10
	AO MOSCATI	A.O. S.G. MOSCATI	31
	AO MOSCATI	P.O. LANDOLFI SOLOFRA	0
	AO SAN PIO	P.O. G.RUMMO	18
	AO SAN PIO	P.O. S.ALFONSO MARIA DE' LIGUORI	0
			<b>61</b>
<b>CE</b>	ASL CASERTA	P.O. SAN GIUSEPPE E MELORIO	2
	ASL CASERTA	P.O. MADDALONI	28
	ASL CASERTA	P.O. MARCIANISE	4
	ASL CASERTA	P.O. PIEDIMONTE MATESE	9
	ASL CASERTA	P.O. S.G.MOSCATI AVERSA	10
	ASL CASERTA	P.O. SAN ROCCO	8
	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	20
			<b>81</b>
<b>NA1</b>	ASL NAPOLI 1	P.O. CAPILUPI DI CAPRI	0
	ASL NAPOLI 1	P.O. DEI PELLEGRINI	0
	ASL NAPOLI 1	P.O. OSPEDALE DEL MARE	8
	ASL NAPOLI 1	P.O. INCURABILI	0
	ASL NAPOLI 1	P.O. LORETO MARE	20
	ASL NAPOLI 1	P.O. SAN GIOVANNI BOSCO	0
	ASL NAPOLI 1	P.O. SAN PAOLO	0
	AO CARDARELLI	A.O. A. CARDARELLI	26
	AO SANTOBONO	P.O. PAUSILIPON	0
	AO SANTOBONO	A.O. SANTOBONO	14
	AO DEI COLLI	P.O. COTUGNO	16
	AO DEI COLLI	P.O. CTO	12
	AO DEI COLLI	P.O. MONALDI	10
	A.O.U. VANVITELLI	A.O.U. VANVITELLI	14
	A.O.U. FEDERICO II	A.O.U. 'FEDERICO II' DI NAPOLI	12
IRCCS PASCALE	IRCCS PASCALE	4	
IRCCS PASCALE	P.O. ASCALESI	0	
			<b>136</b>
<b>NA2</b>	ASL NAPOLI 2	P.O. S. GIOVANNI DI DIO	5
	ASL NAPOLI 2	P.O. RIZZOLI	0
	ASL NAPOLI 2	P.O. S.M.DELLE GRAZIE	11
	ASL NAPOLI 2	P.O. SAN GIULIANO	0
			<b>16</b>
<b>NA3</b>	ASL NAPOLI 3	P.O. DE LUCA E ROSSANO	0
	ASL NAPOLI 3	P.O. DI BOSCOREALE - BOSCORECASE	20
	ASL NAPOLI 3	P.O. MARESCA	6
	ASL NAPOLI 3	P.O. NOLA	12
	ASL NAPOLI 3	P.O. S. MARIA DELLA MISERICORDIA	0
	ASL NAPOLI 3	P.O. SAN LEONARDO	12
			<b>50</b>
<b>SA</b>	ASL SALERNO	P.O. DI ROCCADASPIDE	0
	ASL SALERNO	P.O. S.LUCA VALLO LUCANIA	8
	ASL SALERNO	P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	4
	ASL SALERNO	P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	2
	ASL SALERNO	P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	4
	ASL SALERNO	P.O. S. FRANCESCO DASSISI OLIVETO CITRA	2
	ASL SALERNO	P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	2
	ASL SALERNO	P.O. TORTORA	0
	ASL SALERNO	P.O. UMBERTO I INOCERA INFERIORE	2
	ASL SALERNO	P.O. DI POLLA-S. ARSENIO	4
	ASL SALERNO	P.O. AGROPOLI	4
	ASL SALERNO	P.O. IMMACOLATA SAPRI	2
	AOU RUGGI D'ARAGONA	A.O.U. S.GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA	22
	AOU RUGGI D'ARAGONA	P.O. AMICO G. FUCITO	0
	AOU RUGGI D'ARAGONA	P.O. DA PROCIDA	6
AOU RUGGI D'ARAGONA	P.O. S. M. DELL'OLMO	0	
			<b>62</b>
<b>Totale pubblico</b>			<b>406</b>
<b>Totale privato accreditato</b>			<b>0</b>
<b>Totale Regione Campania</b>			<b>406</b>

## **Area Medica.**

Nella sezione relativa alle strutture interamente dedicate ai pazienti COVID-19 è previsto un adeguamento numero di posti letto di area medica finalizzato a fronteggiare la domanda assistenziale a tali pazienti che devono essere resi disponibili per la gestione delle fasi di acuzie e post acuzie. Si prevede, inoltre, per i pazienti dimessi dalle aree critiche, l'utilizzo di una parte di questi posti letto per un adeguato percorso riabilitativo.

## **5 Strutture modulari**

Un discorso a parte meritano le strutture modulari realizzate in tre provincie della Regione Campania e precisamente Napoli, Caserta e Salerno, allo scopo di fronteggiare la prima fase dell'epidemia, nonché eventuali e ulteriori picchi della curva epidemica.

La dotazione complessiva di tali posti letto pari a 120 unità è stata pienamente inserita nel fabbisogno programmato e strutturale dei posti letto di terapia intensiva, disarticolato per le rispettive provincie, in quanto a differenza delle soluzioni mobili, che rappresentano interventi di natura temporanea, le Strutture Modulari costituiscono di contro un intervento di lunga durata e di alto livello, con posti letto specializzati ad alta intensità di cura. Pertanto, rappresentano una importante quota di posti letto di terapia intensiva che, quindi, a pieno titolo dovranno soddisfare la domanda assistenziale di alta intensità di cura, ciascuna struttura per il territorio di propria competenza.

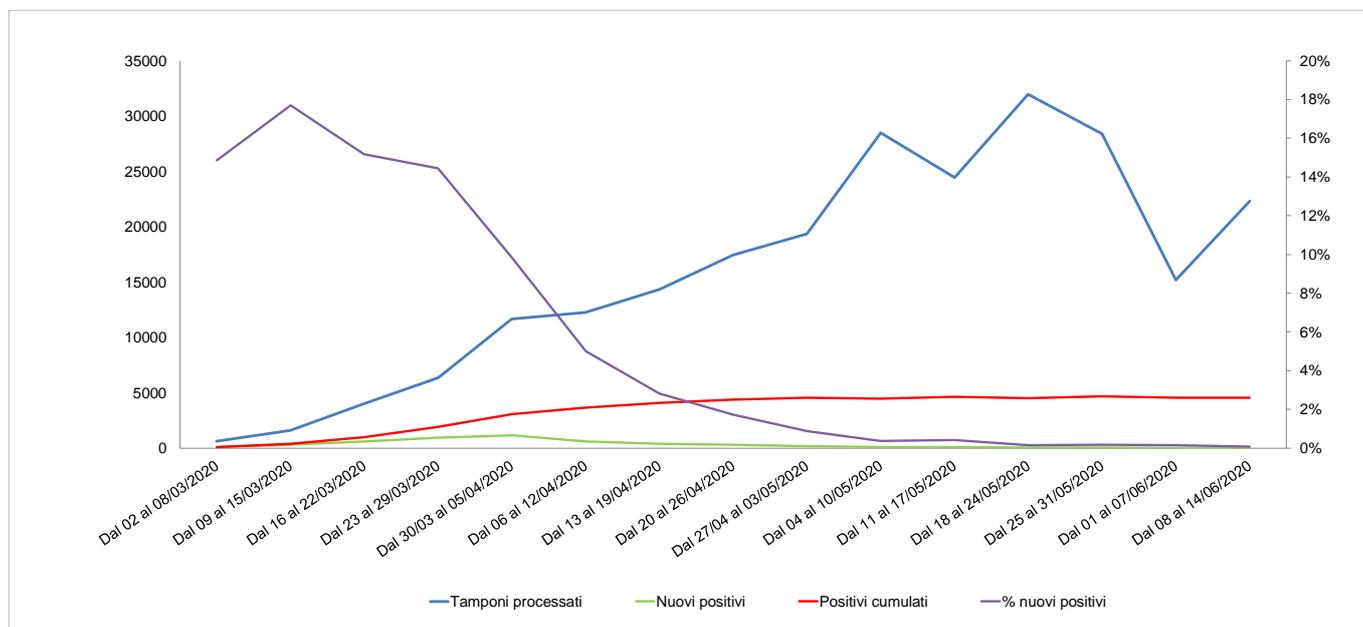
## **6 Rete Ospedaliera Temporanea: Strutture Ospedaliere COVID-19**

La situazione emergenziale da COVID-19 ha richiesto, nel periodo di maggior diffusione dell'infezione, l'immediato potenziamento dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva. Successivamente, il Ministero della salute ha dettato le Linee di indirizzo assistenziali sottolineando l'urgenza che le Regioni predisponessero un piano di emergenza per garantire idonei livelli di trattamento attraverso un adeguato numero di posti letto di terapia intensiva, individuando a tal fine una o più strutture da dedicare alla gestione esclusiva del paziente affetto da COVID-19.

Nell'attuale fase temporale in cui, per effetto del lockdown, si è contenuto il diffondersi dell'infezione, si registra una bassa incidenza di nuovi casi di COVID-19 ed una minore pressione sui servizi. Ciò è reso evidente dalle successive figure e tabelle.

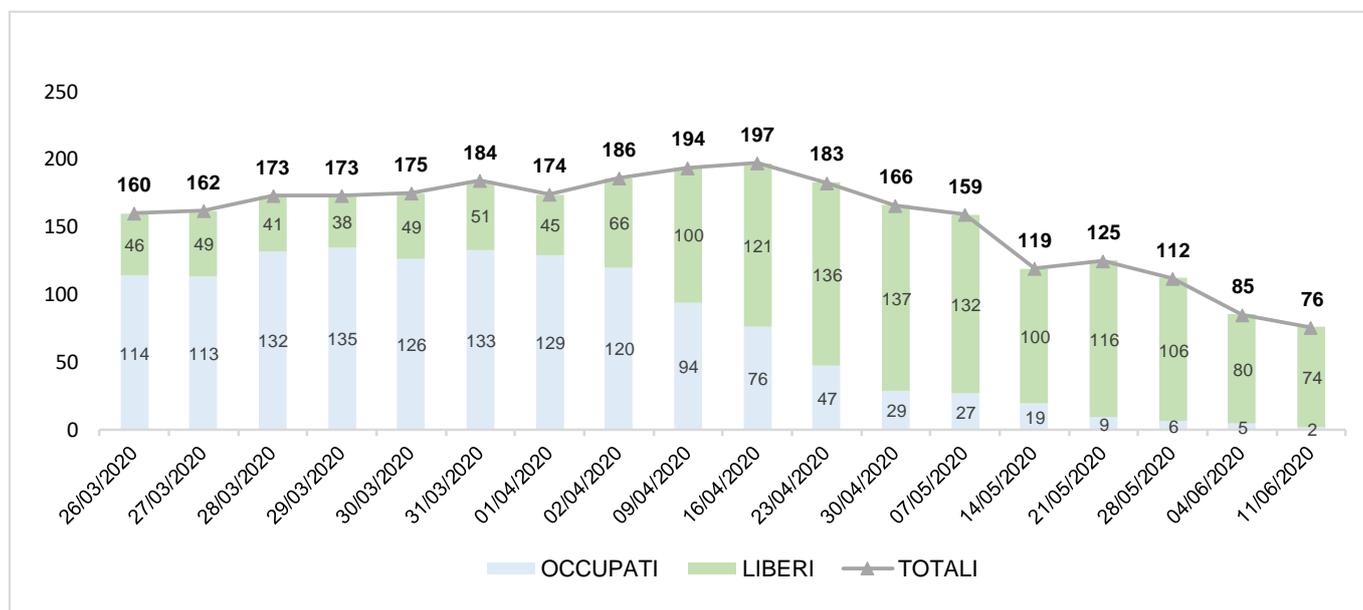
Nella Figura 1 è mostrato l'andamento dei tamponi e dei nuovi positivi per settimana, su base regionale, dalla quale si evidenzia la sostanziale sporadicità dei nuovi casi positivi.

**Figura 1: Andamento tamponi processati e nuovi positivi**



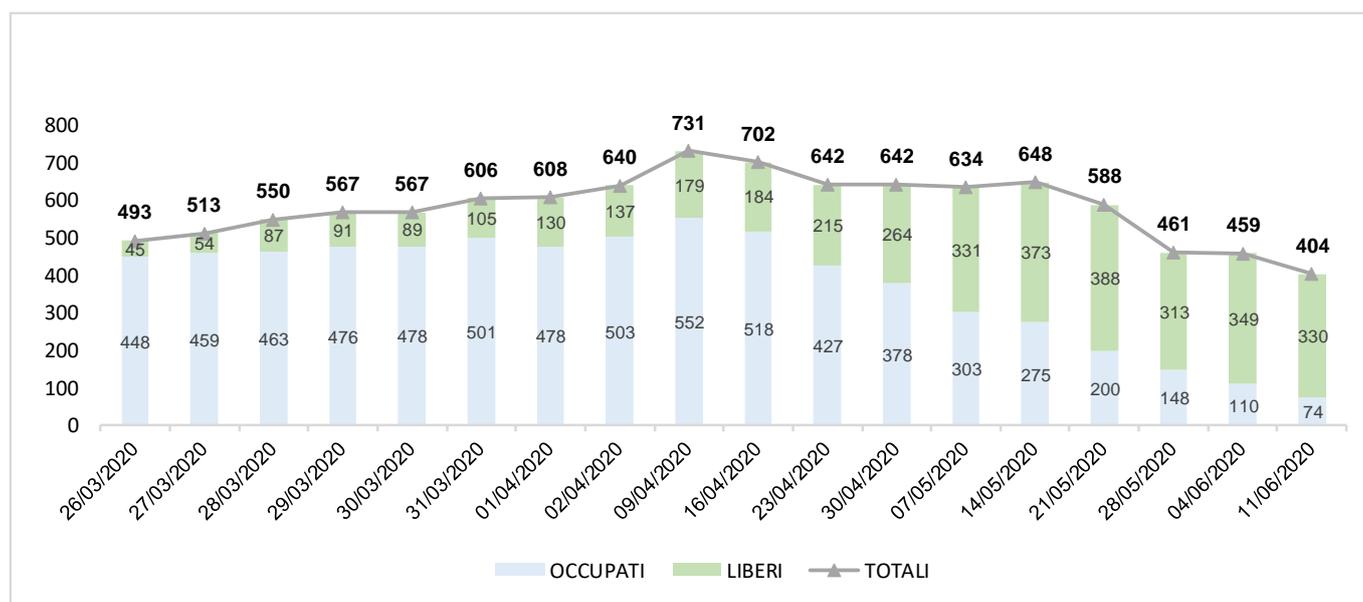
Nella Figura 2 e nella Figura 3 sono mostrati i posti letto dedicati al COVID, rispettivamente di Terapia intensiva e di degenza, nella fase epidemica e il loro livello di occupazione, dal quale si evidenzia la ridotta pressione sui servizi.

**Figura 2: Posti letto terapia intensiva**



Per il periodo dal 26/03 al 02/04 i dati sono riportati con cadenza giornaliera, mentre dal 02/04 in poi i dati sono riportati con cadenza settimanale

Figura 3: Posti letto degenza



Per il periodo dal 26/03 al 02/04 i dati sono riportati con cadenza giornaliera, mentre dal 02/04 in poi i dati sono riportati con cadenza settimanale

Nella Tabella 3 sono mostrati i dati standard della protezione civile relativi alla Campania alla data del 15.06.2020.

Tabella 3: Aggiornamento dati COVID-19 (fonte Protezione Civile)

Regione	AGGIORNAMENTO 16/06/2020 ORE 17.00						
	POSITIVI AL nCoV				DIMESSI/ GUARITI	DECEDUTI	CASI TOTALI
	Ricoverati con sintomi	Terapia intensiva	Isolamento domiciliare	Totale attualmente positivi			
Campania	57	2	214	273	3.910	430	4.613

Pertanto, l'andamento della curva epidemica, in uno con il basso tasso di occupazione dei posti letto dei reparti COVID-19, evidenziano la necessità di una rimodulazione e rivisitazione della funzione degli Ospedali COVID-19 dedicati.

Si ritiene opportuno, pertanto, elencare di seguito il nuovo assetto della rete regionale **temporaneamente dedicata al COVID-19**, realizzata prevedendo tre diversi livelli operativi, subordinati all'andamento epidemiologico, e precisamente:

- Fase A:** gestione dei casi COVID-19 nell'attuale fase, caratterizzata da bassa incidenza, con partenza dalla data di approvazione del presente atto;
- Fase B:** gestione dei casi COVID-19 nella ipotesi di una recrudescenza dell'epidemia. I nuovi letti si attiveranno progressivamente ove i letti di fase A raggiungessero un'occupazione superiore al 75%;
- Fase C:** gestione dei casi COVID-19 nella ipotesi di una forte ripresa delle dinamiche del contagio. I nuovi letti si attiveranno progressivamente ove i letti di fase B raggiungessero un'occupazione superiore al 75%.

Nella Tabella 4 è riportato l'elenco delle Aziende Sanitarie rientranti nella rete COVID-19 temporanea, con la individuazione degli Ospedali o Padiglioni Ospedalieri o Strutture Modulari **dedicati esclusivamente a tale funzione**.

Tabella 4: Assetto regionale della rete dedicata al COVID-19

	FASE A				FASE B				FASE C			
	TER INT	TSI	DEGENZA	totale	TER INT	TSI	DEGENZA	totale	TER INT	TSI	DEGENZA	totale
<b>NAPOLI</b>												
AO Colli Corpo G Cotugno	8	8	16	32	16	16	32	64	16	16	112	144
ASL NA1 Osped Mare Covid Center	6	6	24	36	6	6	24	36	12	8	48	68
ASL NA1 PO Loreto Mare	0	0	0	0	10	20	40	70	10	20	40	70
AO Cardarelli Padiglione M	4	5	5	14	4	5	5	14	4	5	7	16
AOU Federico II	2	4	4	10	10	9	10	29	20	9	10	39
AOU Vanvitelli	0	0	0	0	0	6	6	12	6	12	12	30
ASL NA2 PO Pozzuoli Pad	0	0	0	0	0	0	0	0	4	11	0	15
ASL NA2 PO Frattamaggiore Pad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5
ASL NA2 Area dedicata PO Rizzoli Ischia	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	4	6
ASL NA 3 PO Boscotrecase	0	0	0	0	6	12	20	38	13	20	54	87
<b>Totale NA</b>	<b>20</b>	<b>23</b>	<b>49</b>	<b>92</b>	<b>52</b>	<b>74</b>	<b>137</b>	<b>263</b>	<b>87</b>	<b>106</b>	<b>287</b>	<b>480</b>
<b>AVELLINO/BENEVENTO</b>												
AO Moscati Padiglione Covid	6	6	6	18	12	10	18	40	20	28	30	78
AO San Pio Padiglione Covid	6	6	6	18	6	12	10	28	12	18	20	50
ASL AV PO Ariano Irpino	0	0	0	0	7	6	10	23	13	10	20	43
<b>Totale AV/BN</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>36</b>	<b>25</b>	<b>28</b>	<b>38</b>	<b>91</b>	<b>45</b>	<b>56</b>	<b>70</b>	<b>171</b>
<b>CASERTA</b>												
AO Sant'Anna Covid Center	0	0	0	0	24	0	0	24	24	0	0	24
ASL CE PO Maddaloni	6	14	20	40	6	20	30	56	8	28	40	76
<b>Totale CE</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>40</b>	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>80</b>	<b>32</b>	<b>28</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>SALERNO</b>												
AOU Ruggi Covid Center	0	0	0	0	24	0	0	24	24	0	0	24
AOU Ruggi PO da Procidia	0	0	0	0	4	6	18	28	8	6	102	116
ASL SA PO Scafati	4	4	25	33	4	4	34	42	8	4	44	56
ASL SA PO Agropoli	6	4	6	0	6	4	12	22	6	4	20	30
<b>Totale SA</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>31</b>	<b>49</b>	<b>38</b>	<b>14</b>	<b>64</b>	<b>116</b>	<b>46</b>	<b>14</b>	<b>166</b>	<b>226</b>
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>48</b>	<b>57</b>	<b>112</b>	<b>217</b>	<b>145</b>	<b>136</b>	<b>269</b>	<b>550</b>	<b>210</b>	<b>204</b>	<b>563</b>	<b>977</b>

Le 3 fasi della Rete COVID temporanea (Fase A, B, C) sono tra loro fortemente interconnesse, rappresentando un modello di rete altamente flessibile e modulare, in quanto, ogni singola struttura sanitaria possiede tutti gli elementi e le condizioni per realizzare un rapido adattamento alle diverse evoluzioni della curva epidemica e relativa distribuzione spaziale.

È da evidenziare, inoltre, che la rete COVID temporanea è costituita da padiglioni / strutture separate e con percorsi nettamente distinti dal corpo ospedaliero restante, ovvero singoli ospedali interamente dedicati.

Per ognuno degli ospedali si è provveduto a definire il numero di posti letto operativi in ognuna delle tre fasi, suddivisi tra terapia intensiva, semi-intensiva e degenza.

Resta inteso che, in caso di livelli di diffusione del contagio e pressione sui servizi non affrontabili con le sole strutture COVID dedicate, pur utilizzate al massimo della loro capienza, sarà **l'intera rete potenziata delle terapie intensive e semi-intensive a contribuire alla garanzia della risposta assistenziale.**

Per tale scopo, fatto salvo il mantenimento delle reti tempo dipendenti e l'assistenza ai pazienti fragili, si procederà alla **riconversione dalle funzioni ordinarie dei posti letto di terapia intensiva e sub-**

**intensiva**, a quelle pandemiche, garantendo in ogni caso aree e percorsi riservati per i pazienti infetti.

Per ciò che attiene le Fasi A, B e C, gli ospedali dedicati alle attività COVID-19 devono garantire una **dotazione minima di personale** destinato ad assicurare i diversi livelli attività. Tali presidi ospedalieri devono, inoltre, presentare la **dovuta flessibilità strutturale ed organizzativa**, finalizzata a garantire meccanismi di riconversione integrale tra le due diverse tipologie di attività (ospedale COVID dedicato attività ordinaria).

Le strutture ospedaliere COVID dedicate, **non possono, per nessun motivo, ospitare pazienti non COVID**, come del resto, salvo situazioni straordinarie di emergenza e garantite comunque le prime cure, i pazienti COVID presentatisi ad una struttura non COVID, appena accertata la positività, devono essere **trasferiti ad una struttura dedicata**.

Tra le strutture indicate in tabella, un discorso a parte merita il padiglione M dell'Azienda Ospedaliera Cardarelli. Infatti, l'A.O. Cardarelli rappresenta il principale HUB regionale nell'ambito delle reti tempo-dipendenti e in emergenza-urgenza, per tale motivo, per tutta la durata della epidemia COVID-19, continuerà a garantire anche per i pazienti COVID-19 sia le prestazioni in emergenza – urgenza ritentanti nelle reti tempo dipendenti, sia quelle in emergenza-urgenza connesse alle specialità chirurgiche ed interventistiche. Pertanto, i posti letto individuati nel Padiglione M, vengono destinati esclusivamente a tale specifica funzione.

I posti letto individuati per le diverse fasi, garantiscono, sulla base delle competenze e delle dotazioni strutturali presenti, anche **l'assistenza al paziente COVID afferente alle reti tempo-dipendenti, alla traumatologia, alla chirurgia d'urgenza, alla ostetricia e ginecologia, alle emergenze pediatriche, alla dialisi ed alla degenza psichiatrica**.

Il servizio 118 **garantisce il trasporto primario e secondario** del paziente COVID, attenendosi scrupolosamente a quanto indicato nel presente documento.

Il nuovo assetto della rete ospedaliera regionale, variato a seguito dei cambiamenti e delle integrazioni registratesi durante il periodo epidemico, a seguito anche delle innovazioni relativi allo standard di posti letto di codice 49 e ai processi di riconversione di posti letto di area medica in area medica, rende necessario ed indifferibile una integrazione, previa revisione ed allineamento, con il vigente decreto commissariale 103/2018.