



*Azienda Ospedaliera
“S. Maria della Misericordia”*



*Azienda per i Servizi Sanitari n.° 4
“Medio Friuli”*

Studio di fattibilità
per la realizzazione di una
“unità polifunzionale di cure intermedie per la cronicità”
presso il presidio di Cividale

“OSPEDALE di CURE CONTINUE”

Indice

1	Il Mandato	3
2	La situazione di fatto e di diritto	7
2.1	Gli impegni e le progettualità ospedaliere in attuazione della programmazione regionale ...	7
2.2	Le attività oggi in essere nella Struttura di Cividale	7
2.3	La logistica attuale	10
2.4	Aspetti patrimoniali: proprietà ed uso dei beni connessi al presidio di Cividale.....	13
3	Gli obiettivi del progetto	14
3.1	Elementi demografici	14
3.2	Elementi epidemiologici	15
3.3	Le “dimissioni difficili”	15
3.4	I servizi di cure continue	16
3.5	Specificità del progetto	17
4	Il Modello.....	18
5	Il bacino di utenza	20
5.1	Dotazione di posti letto, strutture e servizi	21
5.2	Servizi territoriali e di rete	22
6	Alcune osservazioni	24
6.1	Processi e percorsi	25
7	Ipotesi di sperimentazione regionale.....	26
7.1	Individuazione di ruoli e funzioni	27
7.2	Vantaggi della riqualificazione proposta	28
8	I costi prevedibili	30
9	Allegato.....	34
	Riflessioni analitiche demografiche ed epidemiologiche	34

1 Il Mandato

Con D.G.R. n.° 2081 del 5 agosto 2004 la Giunta Regionale ha dato mandato alle due Aziende (Azienda ospedaliera S. Maria della Misericordia e Azienda per i servizi sanitari n. 4 “Medio Friuli”) di predisporre uno studio di fattibilità per valutare la possibilità di realizzare una unità polifunzionale di cure intermedie per la cronicità presso il presidio di Cividale.

Lo studio dovrà essere focalizzato verso obiettivi definiti dalla citata delibera, cioè:

1. ridefinizione dei percorsi terapeutico assistenziali nell’area della cronicità;
2. definizione di percorsi diagnostici preferenziali per gli utenti più fragili;
3. utilizzazione di nuove modalità di collaborazione ed integrazione interaziendale fra Azienda ospedaliera e Azienda territoriale;
4. eventuale introduzione di un modello di collaborazione pubblico-privato teso ad allargare la dotazione strumentale ed organizzativa del SSR;
5. attivazione di un raccordo con le sperimentazioni riguardanti l’integrazione dei servizi per la cronicità, fra ospedale e territorio;
6. effettuazione di un’articolazione forte fra attività distrettuali (cure domiciliari, medicina di base e specialistica) e attività e strutture intermedie ed ospedaliere;
7. creazione di un polo di informazione e formazione per i professionisti addetti alla gestione della cronicità.

Lo studio dovrà anche contenere la specificazione dei costi di gestione e di investimento delle soluzioni prospettate ed essere concluso entro il 30 Settembre 2004.

Dalle determinazioni in essa contenute prendono spunto le seguenti riflessioni che possono essere considerate dei presupposti a base delle proposte dello studio di fattibilità stesso.

Occorre creare, potenziare ed adeguare strutture e servizi per i crescenti bisogni della popolazione anziana, in particolare nell’area della post-acuzie, riabilitazione, gestione della cronicità con dimissioni protette e difficili, riabilitazione, lungodegenze e R.S.A. e servizi di cure domiciliari – ospedalizzazione domiciliare in particolare-. Il tutto va pensato in stretto raccordo con il sistema di cure primarie, verso la costituzione di un area di servizi intermedi, fra ospedale per acuti e territorio, che si faccia carico delle complesse esigenze residenziali e domiciliari di tali pazienti, garantendo prima di tutto la continuità delle cure e la loro integrazione in una rete organizzata e gestita di prestazioni e servizi.

Circa i primi tre, cruciali, obiettivi della delibera si esprime una prima considerazione che per quanto riguarda sia l’articolazione dei percorsi terapeutici e diagnostici che l’erogazione e la gestione dei servizi di cura (siano essi prestati in ambito ospedaliero o extraospedaliero) non è opportuno che siano affrontati nei consueti termini analitici di competenze e passaggi fra i diversi enti, unità operative.

In questa prima fase, è doveroso mettersi prima di tutto nella prospettiva del cittadino. Di chi ha seri e complessi bisogni di cure e di assistenza. In particolare di tutti quegli utenti affetti da patologie non guaribili nel breve periodo e che richiedono perciò “cure assidue e continuative”. Ci si sta qui riferendo a numeri rilevanti in termini di popolazione e relevantissimi in termini di utenti dei servizi sanitari- come di seguito sarà quantificato nella parte analitica.

Dalla parte dei cittadini quindi e nella prospettiva di “cosa oggi fa” e di cosa, domani, “potrebbe fare” chi ha un problema di “cronicità” o necessità di cure di lunga durata.

Questo “cittadino”, o i famigliari che lo assistono, ...desidererebbero, ovviamente, moltissimo; si accontentano però sempre del possibile; purchè questo sia chiaro, semplice, immediatamente, o a data certa, fruibile.

Chi ha pratica clinica o esperienze consolidate in organizzazione e gestione di servizi sanitari è consapevole sia della “semplicità” della domanda sia della complessità delle risposte.

Si pospone per un attimo la complessità, rimanendo sulla “semplicità” dei bisogni reali del paziente cronico.

Questi necessita essenzialmente di:

- un punto di contatto – preferibilmente telefonico e tendenzialmente sempre disponibile - cui rivolgersi (Call Center);
- qualcuno che lo “riconosca” e sia informato ed aggiornato sui suoi problemi (professionalità dedicate);
- qualcuno con la competenza e le conoscenze per aiutarlo a “risolvere” il problema –emergente o di fondo che sia (percorsi appropriati e chiaramente definiti);
- qualcuno o qualcosa che lo segua con continuità evitandogli, se possibile, un eccesso di frammentazione di figure e parcellizzazione di interventi che, prima di ogni altra considerazione tecnica di appropriatezza, lo confondono e lo disorientano (certezza nei percorsi, delle responsabilità e della erogazione).

Nell’immaginario collettivo questo qualcuno è un medico ed il luogo dove ci sono sempre medici ed a cui rivolgersi in caso di necessità per la salute è l’ospedale.

La cronicità è spesso la conseguenza dell’emergenza di una malattia importante se non semplicemente la sua espressione; il suo “percorso” nasce dall’ospedale o l’ospedale è o è stato un punto di riferimento importante nell’iter terapeutico del malato. Per questo si continuerà a chiamare “ospedale”, seppure di “cure continue”.

Sempre nella prospettiva dell’utente, si sottolineano questi due aspetti: la figura medica, comunque sanitaria, ed il luogo, l’Ospedale.

Questi sembrano essere due concetti cardine, al di là delle modulazioni che si possono dare loro. Ci devono essere conoscenze, competenze ed esperienza, professionisti, ed un luogo fisico, l’Ospedale, in cui tutto ciò si organizza, si concretizza e si esprime.

Non è una sottolineatura solo nominale. Per riprendere l’accento alla semplicità delle domande del cittadino ed alla complessità delle risposte è proprio vero che dare risposta alla molteplicità dei bisogni di un paziente cronico e dare queste risposte con competenza e continuità è un problema assai complesso.

Qualche accenno, forse inutile in questa sede, ma solo per chiarezza: il nostro utente tipo è anziano, di 70-75 o più anni con una cardiopatia cronica o gli esisti di un ictus o una malattia oncologica; con qualche altra patologia concomitante –respiratoria, uro-ginecologica, cognitiva- con autonomia limitata o nulla, spesso solo, che richiede competenze specialistiche diversificate, ha riacutizzazioni, necessita di un monitoraggio diagnostico attento e frequente, spesso necessita di assistenza infermieristica e/o sociale.

Ha bisogno di una risposta multiprofessionale –medico infermiere assistente sociale- multidisciplinare –cardiologo, fisiatra, oncologo...- questa è disponibile in istituzioni diverse – ambulatorio del Medico di medicina generale, ambulatori specialistici, di diagnostica - ematochimica o per immagini-, dell’ospedale, dei servizi di cure domiciliari, distrettuali o comunali,

della R.S.A., Case di riposo, volontariato...- il tutto con procedure di accesso e di organizzazione diverse.

Sicuramente è complesso organizzare l'offerta, i percorsi ed i processi di cura, verso la grande cronicità; francamente tuttavia la polverizzazione dell'offerta attuale sembra disorientante e soprattutto fuorviante. Disorientante per il cittadino e fuorviante per il pianificatore che dovrebbe conservare una visione sistemica dell'insieme dell'offerta verso una concezione a "Rete" dei servizi.

E' per questo motivo che, nell'elaborare un percorso efficace per il raggiungimento degli obiettivi indicati dalla delibera, è sembrato necessario recuperare un livello elementare; che riprendesse in primo piano gli "elementi" costitutivi ed i punti cardinali del sistema.

Luogo e professionalità, ospedale e competenze. Un complesso ed articolato insieme di offerte di certo esiste; non il "sistema di offerta". Ci sono i servizi, appena sopra citati ed anche le professionalità, manca "la rete organizzata dei servizi".

Manca un luogo, "una barca", in cui questa rete risieda, possa essere di volta in volta "dispiegata, gettata e ripresa" magari "riparata o resa meglio appropriata". Manca chi ne ha responsabilità sistemiche e chi ne sia l'autentico gestore. La frammentarietà e la polverizzazione dell'offerta esistente erode l'efficacia e vanifica l'efficienza delle risorse in gioco. Il presente progetto tende alla creazione del "sistema a rete di offerta" centrato però in un luogo, che sia sede di competenze e conoscenze, con chiara definizione di responsabilità e funzioni.

L'ospedale è il luogo per la gestione dell'acuzie. Forse mitizzato, forse non così efficace o efficiente, ma c'è. Lì ci sono diverse professionalità, ciascuna con competenze disciplinari diverse, che si incontrano, anche se fra mille difficoltà organizzative ma si incontrano; a livello di dipartimenti o di reparti, in senso verticale od orizzontale, con i tecnici, i fisici, i biologi o gli informatici e gli economisti: si incontrano. Vi sono gruppi di lavoro –per reparti, dipartimenti, su problemi specifici-; la "cartella" riassume e delinea il percorso terapeutico; registra e fornisce all'insieme dei curanti il "senso" della sequenza degli atti.

I malati soprattutto vi trovano l'insieme delle competenze disponibili e non sono loro, i malati, a doversele "mettere insieme", Chi vi accede è certo di trovarvi l'insieme delle professionalità e delle discipline; ed in ogni momento è certo di trovare una risposta.

Fuori dall'ospedale è tutto più complesso e frammentato. Spazi e tempi si dilatano; le istituzioni, le sedi e le organizzazioni si moltiplicano; costruire un team territoriale o una solida catena assistenziale che garantisca articolazione di competenze e continuità di cure ed interventi è purtroppo solo un'eccezione, anche eccellente in alcuni casi, ma solo un'eccezione; la regola rischia di essere disarticolazione e frammentarietà. Il medico di medicina generale, qualsiasi sia l'opinione che se ne abbia quanto ad efficacia ed efficienza della sua funzione fondamentale, non potrà mai sapere tutto, potere fare tutto ed esserci sempre. La complessità è davvero un dato di fatto.

"L'Ospedale di Cure Continue" può essere il luogo in cui sia possibile garantire l'insieme dei servizi e delle prestazioni che un Ospedale garantisce per gli eventi acuti, in cui la maggior parte delle professionalità e delle discipline utili ci siano sempre, magari anche con un buon grado di competenza specifica ed esperienza acquisita.

Questo "luogo" dovrebbe contenere competenze ed attività mediche di base, a vocazione gerontologica, di buon livello ed in grado di gestire le fasi post-acute e di stabilizzazione –sia come alternative al ricovero o ai ricoveri ripetuti che a supporto di dimissioni difficili- con una diretta presenza dei medici di medicina generale -ospedale di comunità-.

Dovrebbe contenere le competenze riabilitative almeno nei settori a più diffusa domanda: cardio-pneumo e neurologico (salvo nicchie ulteriori). Garantire la copertura delle cure di lunga durata – lungo degenze- necessarie in alcuni particolari ma non infrequenti casi – terminalità oncologica e non, centri del risveglio, gravi neuro-motulesioni, handicap grave e gravissimo-. Garantire la continuità fra il “dentro e fuori” con servizi avanzati di Ospedalizzazione domiciliare ed ambulatoriali polispecialistici di diagnosi e cura –in stretto e diretto collegamento con l’ospedale per acuti- e la rete distrettuale di servizi. Dovrebbe godere di una infrastruttura telematica e di telemedicina a rete che lo connetta a tutte i punti di offerta dei servizi sociosanitari così da garantire una gestione coordinata ed ordinata dei percorsi e garantire al cittadino un punto di contatto ed accesso unico e competente , capace di organizzare la risposta globale.

La creazione di questa rete è immaginabile soprattutto come “uno strumento” a disposizione delle unità distrettuali. Esse potranno avere un’informazione accurata ed aggiornata sul sistema globale delle prestazioni e dei bisogni. Solo così potranno esprimere meglio il loro ruolo di garanzia del diritto alla salute per i cittadini, realizzare la gestione dell’accesso ai servizi, garantire una distribuzione razionale dei livelli uniformi di assistenza, esercitare la direzione ed il controllo della loro erogazione e, non da ultimo, alla rete potranno essere tranquillamente allacciati i Comuni che avranno un interfaccia conoscitiva e la possibilità di una entrata diretta al sistema di accesso ai servizi ed una concreta apertura verso una loro integrazione.

I profondi cambiamenti demografici ed epidemiologici che determinano la ricerca, spesso affannosa, di nuove risposte e nuovi assetti organizzativi: la ricerca di nuove forme di “welfare di comunità”, determinano anche la necessità di percorsi e processi formativi rinnovati.

Non è scontato che una dimensione gerontologica sia presente nella formazione medica di base e di molte discipline sanitarie; né lo è una sedimentata e critica accumulazione e trasmissione di esperienze connesse alla gestione della cronicità. Anche per questo identificare un “luogo” che contenga e renda disponibili il cumularsi di conoscenze e di esperienze è un obiettivo che il governo regionale ha indicato e che si ritiene debba trovare una sua collocazione fisica là dove saranno concentrate conoscenze e competenze.

Per quanto riguarda la collaborazione pubblico privato si esprimono alcune considerazioni su cui si andrà a sviluppare i contenuti.

Non c’è organizzazione produttiva che sopravviva senza destinare quote –spesso anche di rilievo- dei propri introiti ad investimenti. La sanità è un settore di servizi che come o più di altri è costretta a rincorrere l’innovazione scientifica e tecnologica da un lato e l’evoluzione dei bisogni di salute della società dall’altro.

Le necessità di poste per investimenti sono incalzanti e di dimensioni notevoli.

La congiuntura economica sia regionale che nazionale ed internazionale in questo periodo è definibile, con un certo ottimismo, di stagnazione. La ricchezza prodotta cresce, e se cresce, poco e nel quadro della competizione globale la “vecchia Europa” non fa prefigurare motivi di ottimismo, almeno nel medio periodo.

Lo stato della finanza pubblica, che da tutto questo dipende, non fa dedurre possibilità di dotazioni sufficienti per una politica di investimenti. Provvedimenti sempre più incalzanti di contenimento e controllo della spesa costringono a gestioni solo di “breve periodo” con la rincorsa ad un pareggio di bilancio “pur che sia” con la rinuncia o il rinvio dei programmi di investimento.

D’altro canto le risorse finanziarie private godono ancora di una residua liquidità e disponibilità. Sulla scorta dei forti disinvestimenti azionari fatti negli ultimi anni, vi sono ancora risorse disponibili per oculati e prudenti investimenti; si veda quanto siano in crescita gli investimenti ed i prezzi sul mercato immobiliare. In sanità, pur considerando i bassi ritorni di profitto, la stabilità e le garanzie di contratti di lungo periodo con il pubblico possono indurre investitori istituzionali od operatori privati oculati a realizzare investimenti di dimensioni e con condizioni accettabili.

2 La situazione di fatto e di diritto

2.1 Gli impegni e le progettualità ospedaliere in attuazione della programmazione regionale

L'ospedale di Cividale è interessato dalla revisione della rete ospedaliera regionale prevista dalla L.R. n. 13/1995.

Il II PIMT prevede una duplice utilizzazione della struttura da parte dell'A.S.S. 4 e dell'Azienda Ospedaliera S.M.M. di Udine, garantendo un unico momento di interfaccia con l'utenza.

Il secondo PIMT stabilisce che il Polo ospedaliero udinese assicuri la risposta alla domanda di ospedalizzazione dei residenti del cividalese e delle valli del Natisone e che l'A.S.S. 4 garantisca le attività distrettuali, ambulatoriali e residenziali nonché l'organizzazione dei servizi di emergenza di soccorso territoriale e l'attività di emodialisi, con specifico protocollo con l'AO S.M.M. di Udine per il trattamento di eventuali pazienti critici.

2.2 Le attività oggi in essere nella Struttura di Cividale

Attività Ospedaliere

Attualmente la struttura di Cividale è caratterizzata dalle seguenti funzioni:

- Medicina Generale
- Radiologia
- Emodialisi (attività di dialisi gestita dall'A.S.S. 4 con specifici protocolli condivisi con AO S.M.M. UD per eventuali pazienti critici)
- Laboratorio analisi (attività per l'urgenza, prelievi, consegna referti)
- Servizio di Medicina Trasfusionale (unità di raccolta)
- Pronto Soccorso 24 ore (osservazione temporanea, punto di partenza dei mezzi di soccorso)
- Day Hospital/Day Surgery (Chirurgia Generale, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia Plastica, Gastroenterologia, Chirurgia Vascolare, Dermatologia, Anestesia)
- Ambulatorio (Cardiologia, Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare, Dermatologia, Diabetologia, Endocrinologia, Medicina Interna, Ambulatorio dedicato al piede diabetico, Oncologia, Ortopedia, Urologia)
- Direzione Sanitaria

Gli accessi alla Struttura di Cividale del personale medico dell'AO S.M.M. UD, su base settimanale, sono, orientativamente, così distribuiti: (cfr. tabella di seguito)

Funzione	Ore settimanali
Anestesia	50
Chirurgia Generale	38
Chirurgia Maxillo-facciale	12
Chirurgia Plastica	6
Chirurgia Vascolare	24
Dermatologia	8

Funzione	Ore settimanali
Endocrinologia	In fase di potenziamento
Gastroenterologia	In fase di potenziamento
Oncologia	2, in fase di potenziamento
Ortopedia	30
Pronto soccorso/Med Urg	72
Radiologia	In fase di potenziamento
Urologia	14

Personale del comparto

La tabella riporta il personale ospedaliero e della ASS 4 in servizio presso la Struttura di Cividale al 30 giugno 2004.

PERSONALE	OSPEDALE	A.S.S. n.° 4 Dialisi + R.S.A.	Totali
Dirigenti Medici	16	5	21
Infermiere	57	22	79
Infermiere generico	15 + 1 puericultrice	8	24
Tecnico di fisiopatologia cardiovascolare	2		2
OSS	4	2	6
FKT		4	
OTA	6	2	8
Tecnico di radiologia	6		6
Operatore tecnico specializzato	16	1	17
Ausiliario addetto servizi socio-assistenziali	10	5	15
Operatore tecnico addetto ai servizi tecnico-economali	5	1	6
Ausiliario specializzato addetto ai servizi tecnico-economali	4		4
Assistente amministrativo	7		7
Coadiutore amministrativo esperto	1		1
Coadiutore amministrativo	2		2
Commesso	2	17	2
Operatori per Dialisi			
TOTALE addetti	164	67	231

Dati di attività riferiti al 1° semestre 2004

sono comprese tutte le prestazioni (esterni + ric.altri osp.+d.h. ecc.)

AMBULATORIALI

Anestesia OCV	94
Cardiologia OCV	5.488
Chirurgia OCV	1.092
Chirurgia Vascolare OCV	827
Dermatologia OCV	727
Diabetologia OCV	1.406
Endocrinologia e malattie metaboliche OCV	16
Gastroenterologia OCV	235
Medicina OCV	51
Oncologia OCV	65
Ortopedia OCV	1.900
Pronto Soccorso OCV	75
Radiodiagnostica OCV	9.879
Servizio Trasfusionale OCV	30
Urologia OCV	508
Totale complessivo	22.393

DIMESSI

	anno 2003			1° sem 2003			1° sem 2004		
	ord	DH	totale	ord	DH	totale	ord	DH	totale
CHIRURGIA		641	641		405	405		423	423
MEDICINA	1.059	153	1.212	506	52	558	525	44	569
totale	1.059	794	1.853	506	457	963	525	467	992

Attività Territoriali\

Il distretto di Cividale conta ca 52.000 abitanti; di questi 5.500 pari al 10,5% è >65 anni e 4.765 pari al 9,2% è >75 anni.

Le dimissioni ospedaliere di pazienti residenti nel distretto sono state nel 2003 n.° 7.794 (contro le ca. 52.000 aziendali) e per 471, pari a ca. il 6% del totale delle dimissioni, si sono approntati percorsi "protetti".

Hanno inoltre ricevuto prestazioni infermieristiche domiciliari (anno 2003) n.° 1.851 pazienti.

Di questi ca. un terzo (595) in ADI con una media di 26 accessi ciascuno per 15.671 accessi domiciliari ad elevata frequenza su un totale di 18.079 accessi prestati. Le patologie prevalenti sono state di natura cardio-vascolare nel 34%, oncologica nel 27% e grande cronicità 23%.

In A.D.P. sono stati ulteriormente assistiti n.° 565 pazienti per 6.282 accessi e ca. 11 accessi medi paziente.

Inoltre l'assistenza riabilitativa domiciliare ha assistito n.° 124 pazienti per 1.205 accessi con ca. 10 accessi medi per paziente. Le prevalenze riguardano fratture femore 29%; post-acuzie apparato locomotore 28%; post artroprotesi 27%; post stroke 17% e per il 22% vari altri.

Attività residenziali a responsabilità e conduzione territoriale (ASS 4)

- R.S.A.

P.L. attivi	23
Ingressi	323
Giornate di degenza	7.597
Degenza media	23,5

Si stima che per le sole necessità distrettuali siano necessari ca. 30 p.l.

- Dialisi

Considerando la sostanziale stabilità degli indicatori di incidenza e prevalenza delle patologie che comportano trattamenti di emodialisi si riportano i dati a base annua del 2003 e riferiti ad 8 p.l. in attività.

N.° prestazioni ambulatoriali	8.667	
Loro valorizzazione complessiva		1.555.830
Valore medio unitario delle prestazioni dialitiche	220	
n.° medio di prestazioni ambulatoriali per p.l./anno	1.080	

Ipotesi di ampliamento necessario per aggiornamento attrezzature ed adeguamento alla domanda

Passare da 8 a 12 p.l. (evitare code e aprire a trasfrontalieri)		
n.° di prestazioni ambulatoriali per 12 p.l.		13.000
Valore delle prestazioni a 12 p.l.		2.400.000
Cui occorre aggiungere per investimenti di ampliamento delle dotazioni e ammodernamento delle attrezzature	800.000	

2.3 La logistica attuale

L'ospedale di Cividale è ubicato in un'area disposta a nord-est della città, sulla sponda sinistra del fiume Natisone.

L'area è servita da tre ingressi: l'ingresso principale e l'ingresso secondario si affacciano su Via S. Chiara, il terzo ingresso (di servizio) su Via Carraria.

Gli edifici principali che costituiscono l'ospedale sono:

- il Padiglione Centrale;
- il Padiglione di Levante;
- l'Edificio d'Ingresso;
- l'Obitorio;
- la Centrale Termica;
- la Centrale Elettrica;
- altri edifici minori di deposito e rimesse (vedi allegata Planimetria Generale).

I due fabbricati principali sono collegati tra loro da un percorso pedonale esterno e da un tunnel interrato avente un'altezza utile di due metri.

Il "Padiglione Centrale" è costituito da quattro piani fuori terra, un seminterrato e un sottotetto presente solo sull'edificio più vecchio.

Nell'ambito del padiglione centrale possiamo distinguere tre zone corrispondenti a momenti realizzativi diversi: la "zona sud" e la "zona centrale", più vecchi, e la "zona nord" di più recente costruzione

Accanto alla "zona sud" sono state recentemente realizzate, rispettivamente alle estremità est e ovest, un corpo scale con ascensori ed un luogo sicuro antincendio, ed una scala di sicurezza metallica, che ben garantiscono la struttura degenziale (posta nella zona sud) in caso d'incendio.

Il corpo centrale ha:

volumetria di circa 51.740 mc,

superficie complessiva dei piani è di circa 15.750 mq.,

computando anche i vani tecnici diventano 17.023 mq..

Attualmente l'edificio "Padiglione Centrale" è utilizzato dall'A.S.S. n.4 "Medio Friuli" e dall'A.O. S.Maria della Misericordia di Udine (parte del fabbricato è tuttora occupata da un cantiere di ristrutturazione) con la seguente ripartizione di superfici:

area ASS4 4.855 mq.

area AOSMM 8.620 mq.

area cantiere 3.548 mq.

L'edificio "Padiglione di Levante" è ad uso esclusivo dell'A.S.S. n. 4 "Medio Friuli", che ha in corso un programma di intervento di ristrutturazione per la realizzazione di un reparto Hospice da 10 p.l. e la destinazione del restante edificio a sede delle attività distrettuali.

Di seguito si specifica quanto contenuto nel solo "Padiglione Centrale".

Funzioni svolte ed attuale utilizzo.

Le funzioni che vi si svolgono nell'edificio "Padiglione Centrale" vengono qui di seguito così sinteticamente riassunte:

- Al piano seminterrato
 - A.O. S.M.M. di Udine
Depositi, magazzini ed archivi
 - A.S.S.N.4 "Medio Friuli"

Mensa, logistica per distribuzione pasti, gestione rifiuti, gestione lavanderia
Locali tecnologici
Nuovi locali del “Pronto Soccorso”

- Al piano rialzato
 - A.O. S.M.M. di Udine
 - Pronto Soccorso
 - Day Hospital
 - Direzione Sanitaria
 - Officine manutenzione
 - Laboratori e Centro Raccolta Sangue
 - A.S.S.N.4 “Medio Friuli”
 - Depositi e magazzini
 - Uffici
- Al piano primo
 - A.O. S.M.M. di Udine
 - Degenze Medicina;
 - Ambulatori;
 - Radiologia;
 - A.S.S.N.4 “Medio Friuli”
 - Emodialisi
- Al piano secondo
 - A.O. S.M.M. di Udine
 - Blocco operatorio;
 - Ambulatori di Gastroenterologia;
 - Ambulatori;
 - A.S.S.N.4 “Medio Friuli”
 - Fisioterapia;
 - Locali per degenze in R.S.A.;
- Al piano terzo
 - A.O. S.M.M. di Udine
 - Ambulatori di Cardiologia;
 - A.S.S.N.4 “Medio Friuli”
 - Ambulatori;
 - Degenze R.S.A.;
 - Servizio religioso
- Al piano quarto
 - A.O. S.M.M. di Udine
 - Spogliatoi e depositi;
 - A.S.S.N.4 “Medio Friuli”
 - Spogliatoi e depositi.

Stato dell'edificio “Padiglione Centrale”.

L'edificio presenta diverse criticità strutturali, impiantistiche e funzionali per la cui soluzione sono da prevedersi importanti investimenti così come pianificato ripetutamente in numerose passate ipotesi di intervento, non realizzate anche in mancanza di una chiara prospettiva di indirizzo. Una loro stima, per quanto riguarda la parte a gestione A.O. S.M.M. è appena sotto riportata ed assomma a ca 12 mil/€

Stima degli interventi di adeguamento.

Tenuto conto della forte interconnessione degli spazi occupati dall'ASS4 e dall'AOUD, si ritiene che, ai fini dell'economicità dell'intervento e della gestione dei cantieri, sia preferibile organizzare un'unica ristrutturazione comune ad entrambe le Aziende.

Alla luce di quanto sopra esposto si indica la stima degli interventi necessari all'adeguamento normativo dell'edificio "Padiglione Centrale", con i seguenti parametri di riferimento, desunti da interventi analoghi:

- a) intervento di radicale ristrutturazione ed adeguamento normativo, escluso il consolidamento strutturale: €mq 1.000,00
- b) intervento di ristrutturazione ed adeguamento normativo di media complessità, escluso il consolidamento strutturale: €mq 500,00
- c) intervento di ristrutturazione leggera ed adeguamento normativo, escluso il consolidamento strutturale: €mq 300,00
- d) intervento di consolidamento strutturale ex Ord. P.C.M. 3274/2003: €mq 400,00
comprensivi di spese tecniche ed IVA.

intervento tipo a):	€mq 1.000,000	su mq 2.680 = €2.680.000,00
intervento tipo b):	€mq 500,000	su mq 4.150 = €2.075.000,00
intervento tipo c):	€mq 300,000	su mq 4.555 = €1.366.500,00
intervento tipo d):	€mq 400,000	su mq 15.000 = €6.000.000,00

per una spesa complessiva di €12.121.500,00.

Progetto di adeguamento funzionale del Centro Unico di Prenotazione dell'Ospedale di Cividale.

L'Azienda Ospedaliera SMM nel 2002 ha predisposto un progetto preliminare per l'adeguamento funzionale del Centro Unico di Prenotazione dell'Ospedale di Cividale per un importo totale di 557.000,00 euro.

Successivamente, per problemi economici, ha sviluppato un progetto esecutivo di 1° lotto per un importo di euro 352.000,00 di cui 317.000,00 con copertura sul P.I. 2003 e 35.000,00 euro con fondi da reperire dal bilancio Aziendale.

2.4 Aspetti patrimoniali: proprietà ed uso dei beni connessi al presidio di Cividale

Al momento attuale l'insieme dei beni immobiliari inclusi nel presidio di Cividale sono di proprietà della A.S.S. n.° 4 Medio Friuli. Il loro uso è suddiviso fra attività in capo alla ASS 4 ed alla Az.Osp. SMM. Per le parti reciprocamente in uso, come sopra dettagliato, le due Aziende provvedono agli oneri relativi.

Una schematizzazione di massima di ubicazione, superfici e stato di fatto e di uso del complesso sono state più sopra definite. Una documentazione ed informazioni di maggiore dettaglio sono disponibili presso le due Aziende; allo scopo del presente progetto non sembra di rilievo addentrarci di più. Basti qui indicare come le stime di investimenti necessari siano allo stato attuale sommabili in ca. 18 mil.€ di cui 12 per la A.O. SMM e 6 mil.€ per la A.S.S. 4 (di cui 4 per la sede del distretto nel pad. Di Levante, + 1,2 mil.€ per 10 p.l. di hospice già finanziati ed ulteriori 0,8 mil.€ da finanziare per ristrutturazione ed ampliamento della dialisi).

3 Gli Obiettivi del Progetto

3.1 Elementi demografici

Riportiamo qui una breve sintesi degli elementi demografici ed epidemiologici in gioco: un approfondimento più analitico è argomentato negli allegati.

In Sintesi

Alcune considerazioni di sintesi ricavabili dalle tabelle analitiche				
Speranza di vita a 75 anni (anno 1999 M e F) valori in anni				
Speranza di vita a 75 anni	M	F	M	F
vita attesa per sesso	84,9	87,4		
Speranza di vita (anni ulteriori)			9,9	12,4
libera da disabilità	7,4	7,7		
con disabilità			2,5	4,7
libera da confinamento	8,7	10,1		
con confinamento			1,2	2,3
libera da A.D.L.	8,2	9,1		
con difficoltà att. Vita quotidiana			1,7	3,3
libera nella locomozione	8,8	9,9		
cin diff. di locomozione			1,1	2,5

Fonte ISTAT/99

Dalla lettura delle tabelle emerge che le persone vive a 75 anni hanno una buona probabilità di vivere altri 9,9 anni se maschi e 12,4 anni se femmine.

Come vivranno questi anni? Con la probabilità (molto alta) di passarne 2,5 dei 9,9 per i maschi e 4,7 dei 12,4 per le femmine in una situazione di disabilità; e così via per le altre voci.

La popolazione >75 anni nella ASL 4 è stimata nel decennio in corso (fra i 123.291 nell'anno 2001 ed i 142.087 nel 2011; in media 132.639) in ca. 133.000 persone di cui 90.000 femmine e 43.000 maschi. Possiamo così prevedere che le 90.000 donne dovranno probabilmente sopportare 4,7 anni in situazione difficile e ca. 2,3 anni non uscendo di casa, se non dal letto; reciprocamente per i maschi.

Questo piccolo affondo nelle "tecnicità" del ragionamento per rendere intuitivamente evidente la dimensione dei bisogni di cura ed assistenza che si delineano, nonché la qualità specifica e particolare degli stessi, che necessitano di risposte appropriate e dedicate.

Questi dati, che vengono analiticamente approfonditi in allegato, dimostrano che:

- Aumenta la durata della vita (invecchiamento biologico)
- Aumenta il numero degli anziani (invecchiamento demografico o della popolazione)
- Aumenta il periodo di vita con disabilità e perdita di autonomia
- Tutti questi fattori non si sommano ma si moltiplicano: gli individui vivono di più, sono in numero relativo maggiore, accumulano più anni di disabilità; ne risulta una importante sommatoria di maggiori necessità che impegnano l'intero sistema di protezione sociale.
- Sono e saranno sempre di più i "soli"

- Le femmine sono di più numericamente, sono anche... più “sole”; infatti restano vedove con maggiore frequenza (i maschi muoiono prima - fra i vivi ci sono più femmine) e lo restano a lungo (i mariti sono di solito più vecchi; in più, in quanto maschi, muoiono prima)
- Le femmine, che vivono di più e restano più “sole”, hanno anche maggiore fragilità, cioè bisogni maggiori e per più tempo
- La concomitanza di più malattie (polipatologie) è caratteristica di queste età, pesando e richiedendo nuove articolazioni nelle risposte sanitarie ed assistenziali
- Sempre più l’anziano “fragile” per solitudine, polipatologia, perdita di autonomia non riceve le risposte più adeguate ed appropriate
- Tali “numeri” sono destinati a crescere sia dal punto di vista della demografia, della epidemiologia e dei bisogni sociali e socialmente indotti (modifica dell’aggregazione e composizione delle famiglie) nei prossimi decenni.

3.2 Elementi epidemiologici

Relativamente alle patologie che affliggono le persone anziane, i più recenti dati ISTAT disponibili (vedi allegato) consentono di concludere che gli anziani con età maggiore od uguale a 75 anni sono in genere affetti contemporaneamente da più di una patologia cronica.

Infatti quasi il 70% della popolazione molto anziana (età => 75 anni) è affetta da patologie cardiovascolari, più del 25% da patologie respiratorie, oltre il 90% da patologie a carico dell’apparato osteomuscolare, il 20% da patologie endocrine o metaboliche, il 10% da problemi urologici (nell’ 80% dei casi si tratta di anziani di sesso maschile) ed infine quasi il 20% da disturbi nervosi e soprattutto demenze delle quali il Morbo di Alzheimer rappresenta quasi i 2/3.

Inoltre se mediamente ogni anziano considerato è affetto contemporaneamente da almeno 3 patologie di quelle considerate croniche ai fini delle rilevazioni ISTAT, quelle ad alto rischio di complicanze o riacutizzazioni sono mediamente almeno una.

Pertanto tali patologie necessitano di un attento, stretto e continuo monitoraggio e sorveglianza onde ridurre il numero delle ospedalizzazioni ricorrenti, non sempre appropriate od opportune, cui questi anziani troppo spesso ricorrono.

Considerando invece l’ambito della disabilità e della perdita di autonomia (vedi Allegati – Tabella 3), quasi un anziano “over 75” su tre è affetto da impedimenti nel compiere le normali attività della vita quotidiana o nel relazionarsi col mondo esterno.

Di questi quasi uno ogni dieci vive di fatto confinato nella propria abitazione.

3.3 Le “Dimissioni Difficili”

Una particolarissima attenzione va inoltre dedicata a quelle che vengono definite “dimissioni ospedaliere difficili” che hanno una dimensione quantitativa e qualitativa rilevanti oltre che un effetto significativo sulla spesa.

Queste vengono stimate intorno al 2-3% di tutte le dimissioni ospedaliere (cfr. Regione Toscana D.G.R. 402/2004 Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale...).

Per darne una quantificazione immediata, si consideri che nella ASL 4 nel 2002 vi sono avute n.° 52.701 dimissioni ospedaliere; il 2,5% dà ca. 1.300 persone/anno che richiedono un ricovero “post-acuto” stimabile in media in ca. 20 gg.di degenza; ne risultano 26.000 giornate di ricovero pari ad almeno 80 p.l. dedicati solo a questi casi in una struttura intermedia.

Le patologie che con maggiore frequenza determinano tali necessità sono gli esiti da ictus cerebrali, le fratture nell'anziano, i tumori e le cardiobroncopatie. Le sequele invalidanti che queste patologie pongono richiedono un'impegnativa fase assistenziale post ricovero, gestibile da un'unità a bassa intensità (e minore costo) ma finalizzata al recupero funzionale ed in grado di garantire, creare o favorire le condizioni idonee per un ritorno al domicilio garantendo anche una continuità delle cure che minimizzi il ritorno in ospedale interrompendo così un'inevitabile sequenza di ricoveri ripetuti, spesso inappropriati.

Questa fase dell'assistenza che intercorre fra la dimissione ospedaliera ed il rientro a domicilio prende il nome di "*cure intermedie*".

Le ricadute economiche conseguenti al percorso scelto per la gestione di tali situazioni cliniche hanno una rilevanza notevolissima.

Infatti si determina, al momento della dimissione di questi casi, una "forbice" ad andamento divergente in ragione della scelta e del percorso terapeutico assistenziale che viene impostato.

Da un lato si può innescare un percorso "virtuoso" qualora la scelta sia appropriata –le cure intermedie- con una impostazione di percorso "forte e presidiato" in tutte le sequenze che si andranno a determinare. Riabilitazione e rieducazione funzionale, adattamento alla nuova situazione, coinvolgimento del territorio e della famiglia, cure anche intensive e specialistiche a domicilio, monitoraggio costante del decorso –telemedicina- con assoluta interfaccia con la medicina generale; recupero delle eventuali riacutizzazioni e prevenzione delle stesse con "interventi sollievo" di natura indiscutibilmente integrata, socio-sanitaria. La riduzione dei costi per caso trattato risulta così certa, incidente e duratura. L'eticità, il livello di civiltà e la conseguente "soddisfazione sociale" altrettanto rilevanti.

Dall'altro lato invece una dimissione senza protezione innesca disagio, senso di indeterminatezza e solitudine, con il ricorso a prestazioni spesso inopportune o inappropriate, insoddisfazione e frequenti rientri in ospedale di relativa utilità. L'inadeguatezza delle risposte e l'inappropriatezza degli interventi moltiplicano i costi, essendo le azioni non risolutive o insoddisfacenti, si crea una domanda perversa che si avvita su se stessa in una spirale in crescita.

Da ultimo la Regione sta affondando importanti investimenti per l'adeguamento strutturale e funzionale dell' Ospedale di Udine. Tale programma tende a trasformare l'Ospedale verso un moderno Ospedale "tecnologico" con vocazione all'eccellenza. E' ben noto come tali moderne organizzazioni di cura siano rivolte alla pura gestione delle fasi acute e necessitano per conservare efficienza, visti gli ingenti costi di gestione determinati dall'innesto delle più sofisticate tecnologie di diagnosi e cura, di adiacenti competenze per la post-acuzie e per le cure di lunga durata (Long term care) con funzioni "cerniera e rete" verso l'Ospedale ed i servizi territoriali e di base.

3.4 I servizi di Cure Continue

La Regione, in prospettiva di una riqualificazione dell'offerta, per adeguarla alle nuove esigenze di cambiamento demografico ed epidemiologico, identifica nel presidio di Cividale l'elemento dove poter sperimentare avviare e consolidare una struttura intermedia per la gestione delle cure continue per patologie cronico degenerative, le relative attività di servizi e strutture di integrazione territoriale e di formazione e riqualificazione professionali, proponendola come sede di una sperimentazione organizzativa e gestionale di seguito meglio precisata.

3.5 Specificità del progetto

Occorre sottolineare la specificità del presente progetto.

Non origina da una redistribuzione numerica o organizzativa delle risorse e delle disponibilità di posti letto.

Cerca di essere una risposta “meditata e calibrata” a bisogni reali e sempre più emergenti: la gestione appropriata delle patologie croniche che sono una diretta e certa conseguenza all’invecchiamento della popolazione.

La dotazione e, soprattutto la qualità dei p.l. previsti, né risponde né deve essere assimilata ad una concezione ospedaliera consueta.

La dotazione residenziale è conseguente alle necessità della rete di cure continue territoriali e di gestione delle “dimissioni difficili” ospedaliere, proprie del bacino/i di utenza considerati; cure continue che richiedono che il paziente cronico, indipendentemente dalle diverse professionalità, discipline o istituzioni che lo trattano, sia inserito in un percorso coordinato, unitario e continuativo.

Obiettivo primario del progetto è di garantire e consentire il massimo grado di domiciliazione delle cure e dell’assistenza presupponendo che salute, dignità e libertà si possano esprimere compiutamente “più e meglio” a casa propria.

Occorre pertanto garantire il migliore supporto al sistema di cure primarie per sostenere al massimo la domiciliazione dei pazienti. Garantire la competenza specialistica, “orientata” alla cronicità, garantire l’organizzazione di un sistema di ospedalizzazione domiciliare e la possibilità di ricorrere a quei “ricoveri terapeutici o di sollievo” necessari per contrastare le riacutizzazioni o i tipici momenti di disagio sociale che caratterizzano la grande cronicità e la “fragilità” dei grandi vecchi, senza con ciò interrompere la necessaria coerenza e continuità delle cure o ricorrere a “passaggi” in strutture a diversa specializzazione, quelle per acuti, che fra l’altro comportano anche maggiori costi di gestione, una sostanziale inappropriata e “occupano” risorse per l’acuzie che richiede tempestiva ed efficace disponibilità.

Alcuni elementi che stanno alla base della struttura del progetto sono del resto alcune realizzazioni che la Regione ha già in corso: l’informatizzazione completa del sistema sanitario regionale e la creazione e gestione di una piattaforma di comunicazione e servizi per la grande cronicità proprio nell’area udinese.

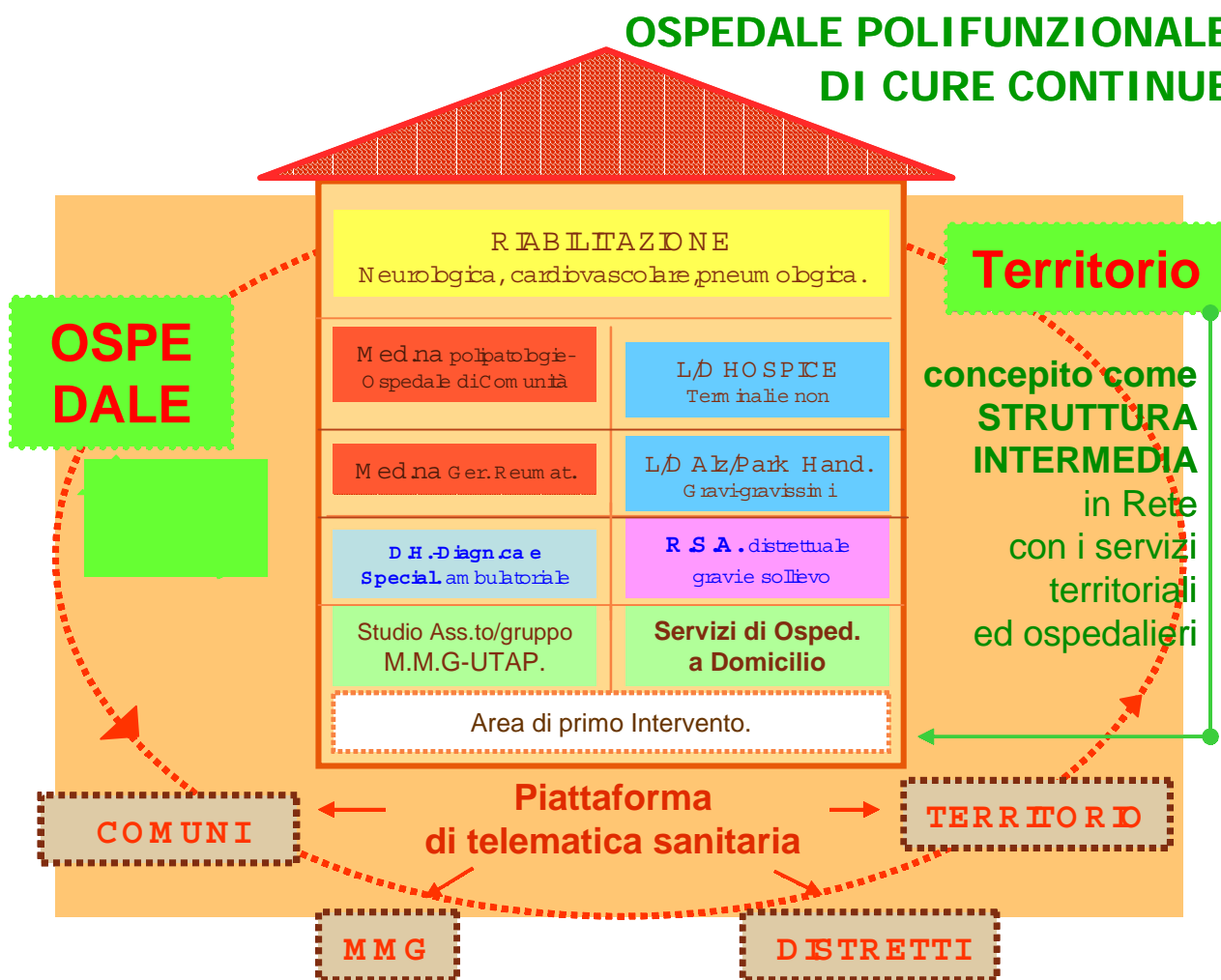
Questi aspetti infrastrutturali, la rete informativa sanitaria regionale e la piattaforma di servizi di comunicazione e di organizzazione sanitaria che collocano la regione fra le punte più avanzate nell’uso delle moderne I.C.T. (Information Communication Technology) in sanità, unite ad una consolidata tradizione di cure domiciliari (A.D.I.) ed interventi “territoriali” (Ospedale di Comunità) nell’area della ASL 4, consentono la formulazione del progetto come elemento in grado di catalizzare l’insieme delle dotazioni dell’area verso una sintesi qualitativamente più avanzata perché meglio rispondente ai bisogni emergenti.

Si deve considerare che la struttura ospedaliera di Cividale ha già in corso una tendenza verso una vocazione in area geriatrica (n.° 25 p.l. di R.S.A.), è sede di servizi ambulatoriali indirizzati alla cronicità (centro di dialisi) e sta “sopportando” un processo di ristrutturazione organizzativo-funzionale da parecchio tempo, con rischio di un importante “degrado” organizzativo e professionale senza chiari e tempestivi interventi di indirizzo.

4 Il Modello

La proposta di riqualificazione prevede la creazione di una struttura intermedia con le seguenti unità di offerta: residenziale, domiciliare, ambulatoriale, di servizi telematici e di formazione e che si correli da una parte con l'area ospedaliera dell'acuzie e dall'altra con i servizi territoriali di base e socio-assistenziali.

Un'ipotesi schematica di struttura polifunzionale per l'offerta di sistemi di cure continue per le patologie cronic-degenerative è la seguente:



L'Ospedale polifunzionale nasce come struttura integrata e dedicata alla continuità delle cure per la cronicità. Le diverse aree funzionali rispondono ad una unitarietà di conduzione e gestione finalizzata a curare ed assistere pazienti con specifici ed emergenti bisogni, molto diversi per qualità, quantità, estensione e modalità di presa in carico ed intervento, dai bisogni delle fasi acute.

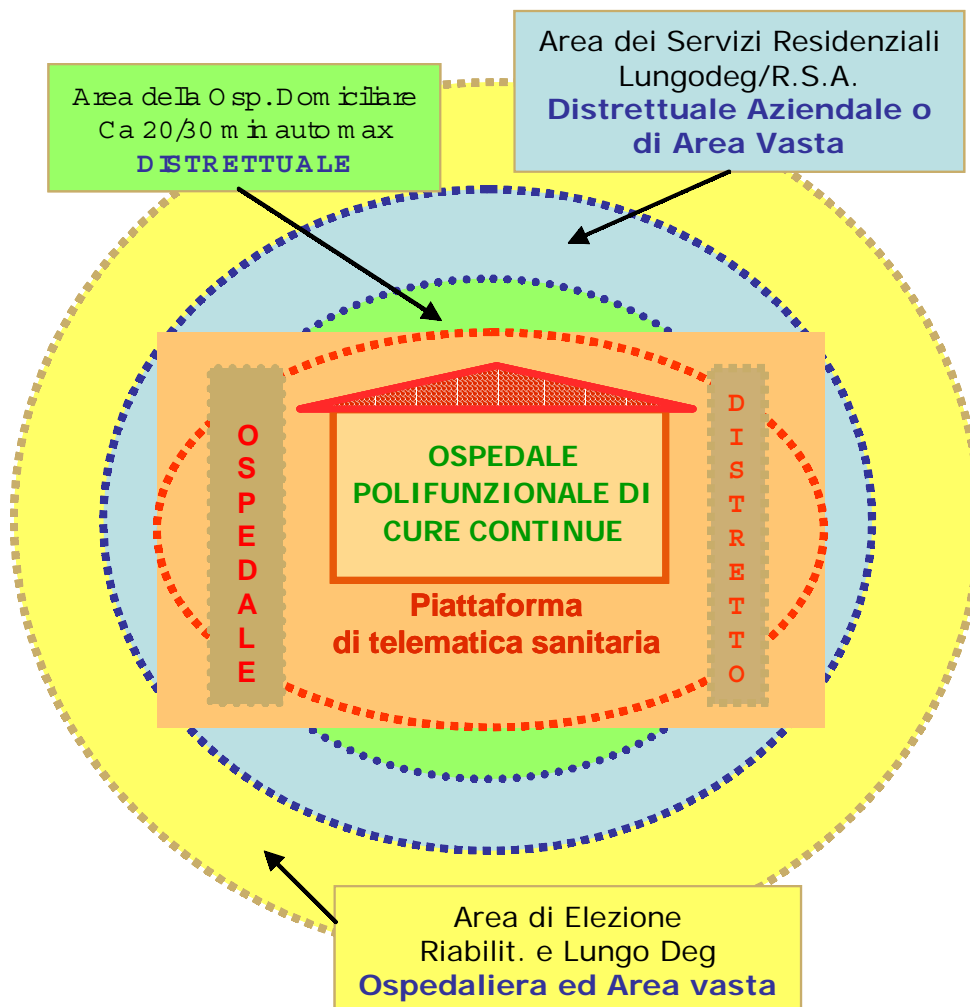
L'organizzazione dei servizi di cure primarie potrà meglio, con maggiore efficacia di intervento e migliore efficienza gestionale, interconnettersi a tale struttura. L'uso delle moderne tecnologie dell'informazione, dedicato e costruito per la gestione appropriata delle cure continue consente una diffusione ed un livello di integrazione organizzata delle prestazioni fino ad ora impensabile.

L'Ospedale polifunzionale inoltre deve divenire un polo di diffusione delle competenze relative alla cura delle malattie cronico degenerative.

Un accordo con l'Università e la concentrazione in quel luogo, che dell'ospedale "fisico" cui normalmente ci riferiamo poco ha a che vedere, di capacità didattiche e di diffusione delle competenze permetterebbe di perseguire importanti obiettivi strategici per il miglioramento della qualità diffusa delle cure e l'aggiornamento continuo delle competenze e della riqualificazione professionali. Nel medio periodo è sicuramente perseguibile l'obiettivo di creare un polo di ricerca nel settore del trattamento della cronicità.

5 Il Bacino di Utanza

Di seguito sono schematizzate le aree di competenza e i flussi di ingresso previsti:



Il dimensionamento dei bacini di utanza è individuabile in 80-100.000 abitanti per le aree più ristrette, 2-300.000 per l'area aziendale e 5-600.000 per l'area vasta.

5.1 Dotazione di posti letto, strutture e servizi

Ipotesi delle dotazioni di P.L. e Servizi
AREA RESIDENZIALE totale n.° 200 p.l. di cui

1	Area MEDICA		20 5 25	<i>Paz a provenienza ospedaliera e riacutizz.ni territorio</i> p.l. di Medicina + appoggio per Dialisi Ospedale di Comunità + astanteria primo intervento Polipatologie complesse e dimissioni difficili
	Tot. p.l.	50		
2	RIABILITAZIONE		25 25	<i>Paz da Ospedale, Gervasutta, Area Vasta</i> Cardiologia –pneumologia Neurologia Fisiatria
	Tot. p.l.	50		
3	LUNGO DEGENZE		15 10 10 15	<i>Paz. ASS 4 ed Area Vasta</i> Handicap gravi e gravissimi Hospice per terminalità varia Hospice per terminalità oncologica Centro risveglio per stati vegetativi
	Tot. p.l.	50		
4	R.S.A.			<i>Paz da Distretto event.te ASS</i>
	Tot. p.l	30	30	RSA distrettuale
5	UNITA' SPECIALISTICHE		15 5	<i>In raccordo con Policlinico Universitario Udine</i> Geriatria Reumatologia
	Tot. p.l.	20		
	TOT. P.L.	200		

Area medica n.° 50 p.l. di cui

- ⇒ 20 Medicina con disponibilità ad accogliere pazienti da dialisi
- ⇒ 5 Ospedale di Comunità + appoggio per pazienti da primo intervento
- ⇒ 25 letti di grande cronicità medica (da S. Maria –dimissioni difficili-)

Riabilitazione n.° 50 p.l.

- ⇒ 25 Cardiologica e pneumologica
- ⇒ 25 Neuromotori, con competenza fisiatrica

In queste due aree, a vocazione più intensiva, si propone una organizzazione dipartimentale – dipartimento di Cure Continue- ad un'impostazione a “forte” presenza e competenza infermieristica nella gestione ed organizzazione dei servizi di cura ed assistenza. Sostanzialmente sono pensabili p.l. dedicati alla funzione di accoglienza per le “dimissioni difficili” sopra quantificate in ca. 80 p.l. per le quali sarebbero disponibili i 45 p.l. di area medica ed alcuni aggiuntivi fra i 50 della riabilitazione.

Lungodegenze n.° 50 p.l.

- ⇒ 15 handicap gravi e gravissimi
- ⇒ 20 Hospice – terminalità varia (10) ed oncologica (10)
- ⇒ 15 Centro risveglio (comi)

R.S.A.

- ⇒ 30 p.l. R.S.A. Distrettuale e sollievo (con ampliamento dai 23 esistenti)

Area specialistica per la cronicità

- ⇒ 15 Geriatria in accordo con l'Università
- ⇒ 5 Reumatologia in accordo con l'Università

Area dell'urgenza

- ⇒ in accordo e su indicazione dell'A.O. S. Maria della Misericordia, possibile attivazione di un punto di primo intervento (h.12) con possibile utilizzo in funzione di astanteria di alcuni p.l. in medicina/Ospedale di comunità –anche in prevenzione di ricoveri inopportuni-.

5.2 Servizi territoriali e di rete

La struttura, denominabile “ospedale polifunzionale di cure continue” fornirà, oltre al ricovero, i seguenti ulteriori servizi fra loro integrati:

- day hospital medico, cardiologico, neurologico, geriatrico ed oncologico per n.° 10 p.l.
 - centro di dialisi con 12 p.l., possibile gestione integrata fra il Centro e la ASS 4, disponibilità di “appoggio” dei pazienti in trattamento c/o la medicina in caso di necessità; possibile dimensionamento per accogliere utenza transfrontaliera
 - diagnostica di base con
 - ⇒ Centro prelievi con point of care in raccordo con S. Maria
 - ⇒ Diagnostica radiologica, ecografia, ecodoppler (accordo S. Maria - eventualmente raccordabile telematicamente)
 - ⇒ Ecografi per specialisti ambulatoriali e M.M.G. associati o di gruppo
 - medicina di gruppo per Medici di Medicina Generale della zona.
 - ⇒ Disponibilità locali e supporto organizzativo per M.M.G. del bacino d'utenza
 - ⇒ Supporto diagnostico e specialistico alla loro attività sia ambulatoriale che domiciliare (A.D.P. , A.D.I.) se richiesto/utile dalla ASS
 - ⇒ Servizi infermieristici di supporto alle attività del M.M.G. domiciliare, gestiti dalla centrale telematica.
 - ⇒ Possibile messa a disposizione di servizi e strutture per le reti di cure primarie
 - ⇒ Gestione dei letti di Ospedale di Comunità – in collaborazione con il reparto di medicina-poliambulatorio specialistico con attività sia ambulatoriali che domiciliari in area e per complessive ca. 40-50.000 visite anno.
- Le specialità previste sono quelle già attualmente in corso: ortopedia, urologia, anestesia, cardiologia medicina interna, oncologia, gastroenterologia, diabetologia, dermatologia, radiologia, reumatologia, geriatria, pneumologia, endocrinologia, neurologia. Oltre a Fisiatria per la riabilitazione ambulatoriale e domiciliare; potrebbe essere prevista otoiatria ed odontoiatra specializzate per anziani ed handicap
- servizi di ospedalizzazione domiciliare: per le cure domiciliari ad elevata intensità ed estendibili all'area aziendale.

- ⇒ Indirizzata alla cura domiciliare sostitutiva di ricoveri o istituzionalizzazione per anziani non autosufficienti, in particolare per le fasi di riacutizzazione o di dimissioni “anticipate” e protette alternative a ulteriori giornate di ricovero, ulteriori ricoveri o istituzionalizzazioni
- ⇒ Indirizzata alla sostituzione di giornate di ricovero per le fasi post-acute in area medico-chirurgica ed alla copertura domiciliare di pazienti in Day-Surgery complessi.
- ⇒ Indirizzata a pazienti in cure domiciliari ad elevata componente specialistica: terminali, nutrizionali, B.P.C.O., cardiopatici, neurologici, ematologici, ecc. anche con il supporto di telemedicina e presidi specifici a domicilio
- servizi di telematica sanitaria e di telemedicina:
 - ⇒ Collegamento in rete di Ospedali (S. Maria e Gervasutta in particolare), M.M.G. e servizi distrettuali e domiciliari con ampliamento possibile dei collegamenti ai Comuni
 - ⇒ Call Center per Professionisti, pazienti e famiglie anche con funzioni di centrale di comunicazione ed organizzazione dei servizi di rete e domiciliari e collegamento ai CUP.
 - ⇒ Servizi di teleassistenza, telemedicina e Call- Help Center per
 - pazienti in Ospedalizzazione domiciliare con reperibilità Medico infermieristica h.24 e specialistica domiciliare
 - ulteriori pazienti a rischio sanitario p.es. seguiti in Day H. ADI. ADP che necessitano di monitoraggio (cardiopatici scompensati, ossigeno-ventiloterapia, nutrizionali o terminali...) non autosufficienti totali (confinati in casa) assistiti dalle famiglie e con polipatologie ingravescenti che necessitano di monitoraggio costante
 - pazienti a rischio “sociale”: parzialmente non autosufficienti, “soli” o con scarso supporto familiare...

6 Alcune osservazioni

1. Vi è l'inevitabile tendenza a concentrare i servizi per acuti in Ospedali "tecnologici" che trovano il loro punto di equilibrio ottimale intorno ai 500-600 p.l.; limiti che ottimizzano investimenti e dotazioni tecnologiche con la necessaria rosa di specializzazioni e le necessarie infrastrutture organizzative e gestionali.
2. L'intrinseca tendenza dell'ospedale tecnologico di cui sopra a ridurre sempre più i tempi di degenza ai puri momenti di gestione intensiva delle cure, con la necessità di potere contare (per mantenere efficienza) su una efficace rete post ed extra ospedaliera.
3. Questa tendenza impone una programmazione e gestione di sistema o rete integrata dei servizi intra ed extra ospedalieri. Impone un riequilibrio dei costi e delle spese tra ospedale e territorio a favore di quest'ultimo.
4. Vi è l'emergenza posta dall'invecchiamento della popolazione.
5. Occorre di conseguenza ridisegnare, razionalizzare e riqualificare l'offerta a favore della post-acuzie, grande cronicità e terminalità.
6. Connettere i servizi residenziali per la cronicità con quelli domiciliari ed ambulatoriali, in una gestione a rete del percorso e del processo di cura, per garantire la centralità dell'utente, la continuità delle cure migliorando qualità ed appropriatezza delle prestazioni.
7. Occorre garantire la continuità delle cure e la gestione a rete dei servizi con l'uso di servizi integrati di Ospedalizzazione domiciliare ed avanzate piattaforme telematiche, servizi di teleconsulto e telemedicina e Call Center sanitari h. 24 per gli utenti.
8. E' necessario immaginare, con la razionalizzazione e riqualificazione della rete, un impulso "forte" verso la formazione di professionisti delle salute orientati alla cronicità e la concomitante riqualificazione e formazione permanente del personale esistente.

Tali orientamenti sono espressi nelle indicazioni del governo regionale e convergono verso gli obiettivi di pianificazione regionale che prevedono:

- a) azioni di riequilibrio della rete ospedaliera e dei servizi che aumentino e riqualifichino l'offerta attuale a favore di post-acuzie, riabilitazione, lungodegenza, servizi di supporto diagnostici e servizi di cure domiciliari intensive e specialistiche, contro una riduzione delle dotazioni per l'acuzie;
- b) azioni verso una maggiore integrazione dei servizi socio-sanitari a rete, orientati alla gestione delle patologie cronico degenerative con il conseguente corredo di disagio sociale;
- c) la ridefinizione dei percorsi terapeutico assistenziali, per assicurare la maggiore continuità terapeutica ai soggetti disagiati ed anziani in particolare;
- d) una propensione e disponibilità a sostenere proposte innovative, anche di sperimentazioni organizzative e gestionali, mirate all'integrazione della rete dei servizi di diagnosi e cura, per razionalizzare e riqualificare la spesa, con un riequilibrio dell'offerta fra acuzie e cronicità ed alla ricerca di risposte più appropriate ai bisogni emergenti della popolazione anziana.

6.1 Processi e percorsi

Schematizziamo i principali percorsi e processi che si verrebbero a creare con l'introduzione del modello proposto.

Gli utenti avrebbero una porta di accesso facilitata attraverso le funzioni di Call Center sanitario.

Il contatto telefonico con il Call Center consente:

- a) di avere informazione
- b) di accedere alle prenotazioni
- c) di entrare in contatto con i nodi della rete dei servizi che erogano prestazioni
- d) di essere messi in contatto diretto con l'erogatore puntuale dei servizi oggetto di richiesta
- e) di avere servizi di Telesoccorso-Teleassistenza-Telemedicina.

La rete attraverso l'integrazione informativa garantita dal Call Center può:

- a) ricevere/inviare informazioni dedicate e fruibili da altri nodi
- b) ricevere informazioni o programmi di attività/attivazioni di servizi
- c) prenotare prestazioni in un altro nodo di offerta
- d) ricevere ed interagire con programmi di informazione e formazione permanente.

I nodi possono/devono gestire l'intero patrimonio informativo attraverso le funzioni di Call Center e possono integrarsi in catene assistenziali, cioè percorsi e programmi di cure multiprofessionali e multidisciplinari individualizzati su ogni singolo "caso" o avvalendosi del patrimonio informativo residente nel Call Center utilizzato e utilizzabile da ciascun professionista indipendentemente dal "dove" e dal "quando" ha effettuato l'intervento. Ogni prestazione effettuata da professionisti diversi in tempi/luoghi diversi viene integrata in un percorso, organizzato e programmato o riprogrammato, prima e durante il processo di cura.

7 Ipotesi di sperimentazione regionale

L'iniziativa potrebbe configurarsi in un ambito di sperimentazione gestionale regionale (ex art. 9 bis L. 502 e successive modificazioni).

Oggetto della sperimentazione è la collaborazione Pubblico-Privato per la gestione di Strutture e servizi intermedi, attuabile attraverso:

- ⇒ Project Financing
- ⇒ Creazione di una azienda pubblica di servizi alla persona con partecipazione alla società di gestione
- ⇒ Creazione di una fondazione di partecipazione
- ⇒ Gestione diretta
- ⇒ Forme miste ipotizzabili

Nella tabella seguente sono suddivise le opzioni in ipotesi in tre insiemi omogenei:

Finanziamento Pubblico e gestione pubblica	gestione diretta: <ul style="list-style-type: none">▪ delle Aziende sanitarie▪ da parte di Az. Pubbl. Servizi alla Persona
Finanziamento privato e gestione privata	<ul style="list-style-type: none">▪ Affidamento della gestione a struttura accreditata▪ Concessione di Costruzione e gestione
Forme Miste	<ul style="list-style-type: none">▪ Project Financing▪ Creazione della Fondazione di partecipazione e affidamento conduzione alla società di gestione

Si richiamano innanzitutto le considerazioni sul tema già fatte in premessa.

Da quanto sinora trattato sull'argomento emergono le seguenti considerazioni.

1. La natura sperimentale del progetto; le caratteristiche di innovazione–organizzativa e tecnologica che sono diffuse in tutto l'impianto; tutto l'impianto reggerà o meno in funzione della corretta interpretazione operativa dell'intero assetto.
2. La necessità di know-how specifico da parte di chi avrà il compito di progettare e gestire.
3. La necessità di management dedicato in grado di realizzare scelte e percorsi gestionali rapidi.
4. I tempi di avviamento lunghi e la complessità organizzativa con alta probabilità di rimodellamenti in corso di attuazione.
5. L'alta flessibilità organizzativa e gestionale.

Tutti questi elementi depongono per la ricerca di una partnership privata.

Dall'altra parte emergono necessità e garanzie “pubbliche” difficilmente eludibili relativamente al posizionamento strategico del progetto che dovrà essere mantenuto all'interno di in una filiera a direzione pubblica in quanto:

- implica “quote di servizi core” per il sistema di sicurezza sociale che devono godere di garanzia pubblica rispondendo alle linee regionali di programmazione direzione e controllo,
- influenza ed interagisce con la riorganizzazione della rete ospedaliera,
- influenza ed interagisce con la creazione del nuovo Welfare di Comunità,

Questi elementi rendono poco praticabili le soluzioni estreme, quelle Pubblico/Pubblico e Privato/Privato favorendo la scelta di soluzioni miste.

Seguendo questa logica si può avanzare un'ipotesi di lavoro che “coniuga al massimo grado” l'ipotesi di soluzione mista prevedendo un percorso che ottimizzi i vantaggi di entrambe le opzioni anche nel rispetto della complessità e dei relativi tempi di realizzazione. L'aspetto temporale non può essere trascurato. Il progetto si innesta in un “flusso di attività e di problemi” che percorrono il presidio di Cividale, le due Aziende ed il contesto sociale locale. Dopo la decisione strategica è opportuno che si dia seguito ad un flusso di azioni operative immediate e tempestive.

7.1 Individuazione di ruoli e funzioni

Si riporta in seguito una schematizzazione di ruoli e funzioni prevedibili nella ipotesi mista; la collaborazione pubblico privato dovrebbe articolarsi come segue:

- A) assicurare in capo agli enti pubblici le funzioni di
 - “governance”:
 - Indirizzo programmatico.
 - Definizione e controllo dell'accesso.
 - Direzione e controllo direzionale

- B) e di integrare le risorse private per la
 - gestione operativa con il corredo delle:
 - risorse finanziarie a copertura degli investimenti
 - innovazione tecnologico-organizzativa
 - flessibilità e prontezza decisionale

Le funzioni di Governance saranno assicurate dalla Azienda Sanitaria o per i Servizi alla Persona o Fondazione, quelle operative dalla società di gestione eventualmente partecipata dalle Aziende pubbliche- Azienda Servizi alla Persona/Fondazione.

Nell'ipotesi di realizzazione si può prevedere quanto segue:

1. Azienda Pubblica o a controllo pubblico – Servizi alla Persona/Fondazione di Partecipazione-, con patrimonio risultante dal conferimento di beni, diritti ed eventuali conferimenti monetari da parte di enti Pubblici e Privati: a titolo esemplificativo
 - ⇒ A.O. Santa Maria della Misericordia
 - ⇒ A.S.S. 4 di Udine
 - ⇒ Enti locali (provincia, Comune/i)
 - ⇒ Regione
 - ⇒ Privati (investitore nella soc. di gestione, privato sociale, organizzazioni imprenditoriali...)
2. S.p.A. di gestione orientativamente a capitale privato per 80-90% e pubblico-Fondazione/Azienda Servizi alla Persona per 10-20%. Statuto concordato fra i fondatori (Azienda pubblica/ Fondazione Azienda Servizi alla Persona e partner privato) con oggetto sociale circoscritto, patti parasociali che garantiscano la modificabilità dell'oggetto solo con il consenso della Fondazione, libertà ordinaria e straordinaria per il privato (aumenti di capitale, reperimento risorse finanziarie), C.d.A. con almeno 1 rappresentante della Azienda pubblica-Fondazione Azienda Servizi alla Persona, ampie garanzie di controllo di qualità per la Fondazione/ Azienda Servizi alla Persona:
 - ⇒ C.T.S. espresso dalla Fondazione, protocolli e processi di cura concordati, e programmi di V.R.Q. concordati e vincolanti,

- ⇒ utilizzo di risorse delle Aziende Sanitarie o della Fondazione-Azienda Servizi alla Persona per la realizzazione delle attività e comunque ricerca delle massime sinergie, nel rispetto dell'efficienza gestionale,
- ⇒ trasferimento o concessione degli accreditamenti dai titolari delle Aziende Sanitarie pubbliche alla S.p.A. di gestione con contratto di concessione, o cessione, o convenzione per almeno 20 anni (meglio se 25 per realizzare gli ammortamenti degli investimenti immobiliari e tecnologici).

Alla S.p.A. di gestione dovrà competere l'insieme degli investimenti necessari e relativi a:

- ⇒ La ristrutturazione dell'immobile, le necessità di arredo e gli investimenti tecnologici
- ⇒ Il finanziamento della fase di avviamento sia della parte residenziale che dei servizi domiciliari,
- ⇒ Il finanziamento degli investimenti e di parte dell'avviamento per l'impianto dei servizi telematici e di telemedicina,
- ⇒ Gli oneri di manutenzione ordinaria per la parte immobiliare, un'eventuale canone di concessione ed il finanziamento degli aggiornamenti tecnologici e di arredi ed attrezzature nel tempo,
- ⇒ La garanzia di finanziamento del capitale circolante.

Al privato va affidata la gestione dei servizi:

- Di ricovero e cura per i p.l. accreditati
- Di Day-Hospital per i p.l. /specialità individuate/accreditate
- Del servizio di Dialisi secondo i protocolli di intesa definiti con la ASS 4
- Di Ospedalizzazione domiciliare per 1.000-1.500 pz./anno, per ca. 10/15.000 gg. di assistenza pari a ca. 30-40 P.L. equivalenti con tariffa media di 130 €per giornata, comprese le prestazioni dirette di telemedicina dedicate a questi pazienti (noleggio apparecchiature a domicilio)
- Di poliambulatorio nelle specialità e per le prestazioni da concordare ed eventualmente modificare nel corso della sperimentazione in relazione alla dimensione e qualità dei bisogni ed alle tariffe correntemente riconosciute per tal prestazioni
- Di Telematica sanitaria per la gestione delle rete dei professionisti, di interconnessione ospedale-territorio, delle informazioni e servizi correlati di call center sanitario per ca. 3.000 pazienti connessi: di cui 1.000-1.500 in Ospedalizzazione Domiciliare e ca. 500 a rischio sociale più ca. 1.000 previsti in controllo a distanza dai servizi di Day-Hospital ed Ospedale con supporto domiciliare alle tariffe da definire in apposito contratto.
- Di organizzazione e gestione della formazione nell'ambito della cronicità, anche con specifici accordi con Università e Regione per gli aspetti di definizione degli interventi e programmi e di controllo direzionale da parte delle stesse da contrattualizzare.

Una valutazione di vantaggi e svantaggi delle diverse soluzioni di percorso e di quadro normativo-istituzionale dovranno essere attentamente esaminate. Resta il fatto che l'ipotesi mista sembra meglio mediare ed assolvere scopi ed interessi di tutte le parti nella realizzazione di un progetto sperimentale ad alta innovazione e complessità.

7.2 Vantaggi della riqualificazione proposta

Sul fronte della razionalizzazione e riqualificazione dell'offerta, la riqualificazione della struttura di Cividale consente:

- ⇒ di fornire risposte più adeguate, meglio dimensionate, integrate e continue per la popolazione anziana e comunque per i portatori di patologie cronico-invalidanti
- ⇒ di attuare un programma caratterizzato da una elevata componente di innovazione organizzativa e tecnologica, diffuso su di un vasto territorio e bacino di utenza e non limitato alla sola struttura ospedaliera o di ricovero
- ⇒ permette una efficace “apertura” della rete Ospedaliera al territorio, in particolare per la gestione integrata della catena assistenziale per portatori di patologie cronico degenerative invalidanti che richiedono cure continue.

Sul piano economico, l’attuazione del progetto di riqualificazione consente un aumento della produttività del sistema di offerta dei servizi sia ospedalieri che territoriali, con una più adeguata distribuzione della spesa tra ospedale e territorio.

Infatti le attività previste mirano a migliorare appropriatezza e domiciliarietà/territorialità delle cure, lasciando all’ospedale una specializzazione sempre più verticalizzata verso il trattamento delle fasi acute.

8 I costi prevedibili

Una prima stima economica dei costi delle attività previste dopo la riqualificazione, è riassunta nella tabella seguente:

Stima e relativi COSTI DELLE ATTIVITA' PREVISTE									
			P.L.	gg.	Stima Costi	Stima Costi			
Area dei Servizi RESIDENZIALI	1 Resid. Mediche	50	15.513	4.343.500	Area dei Servizi TERRITORIALI	4 Servizi Domiciliari	Osp. Domic.+ Telem	1.950.000	
	2 Riabilitazione	50	16.425	4.086.540		n.° paz/€ gg.	1.500	€ 130,00	
	3 Lungo degenza	50	17.338	4.507.750		acc/erogati	15.000	(Teriffa full cost)	
	4 R.S.A.	30	9.855	916.143		Call-Help-Telemed, acc. Urgenti compresi in tariffa			
	5 Ger/Reumat	20	6.205	1.613.300		5 Telematica sanitaria		587.500	
						n.° paz-C/var	0	Telemed rischio socios	337.500
						n.° paz C/fissi	1.500	Call-Help Center fissi	250.000
						Medical D.Mgt e Clin.Record compresi in Call Help			
		tot p.l. - sat.ne	200	90%					
		Tariffa €/gg	237	65.336		15.467.233	6 Servizi ambulatoriali e diagnostici		
	Day Hospital			817.600	<i>parti da definire</i>				
	Dialisi			2.795.000	n.° M.M.G.	8	C/locali e generali	120.000	
				3.612.600	n.° visite/spec		Da valutare		
					Dignostica		Da valutare	120.000	
					Specialistica		Da valutare	150.000	
	Costo servizi Residenziali			19.079.833	Costo servizi Territoriali			2.927.500	
TOT P.L.	200				Totale Costo intero progetto			22.007.333	

Relativamente alle attività domiciliari è stata stimata l'erogazione di assistenza a circa 1.500 Pazienti, mentre per quanto riguarda i servizi telematici è stata formulata una ipotesi di gestione di circa 2.000 assistiti annui. E' stata solo grossolanamente stimata la quota di costi relativa ai servizi diagnostici ed ambulatoriali, in attesa di una maggior definizione dei suddetti servizi ed attività e dell'articolazione delle competenze. Non sono state per ora valutate le attività di primo intervento né i costi dei programmi formativi e complessivamente degli eventuali accordi con l'Università; così come l'utilizzo dei letti aggiuntivi e di supporto.

N.B.: La stima dei costi e' per ora solo indicativa e di massima; occorre, infatti, una definizione esecutiva che affronti dimensioni di dettaglio d'investimenti, servizi, costi/tariffe. In buona parte tutto ciò deriverà dai protocolli d'intesa contratti o convenzioni fra il gestore privato e le Aziende; in questa situazione si specificheranno in dettaglio ruoli funzioni ed obbligazioni reciproche da cui deriveranno le dotazioni organiche relative e l'attribuzione relativa e complessiva dei costi. Riteniamo tuttavia l'approssimazione attuale sostanzialmente indicativa.

In sintesi la tabella seguente indica l'ammontare delle spese presunte per investimenti e per costi di gestione corrente.

Investimenti:							
1	Progettazione esecutiva, realizzazione immobiliare ed impiantistica					7.000.000	
2	Attrezzature ed arredi					1.400.000	
3	Circolante e costi di avviamento					100.000	
Totale investimenti						8.500.000	
Esercizio							
1	Parte residenziale	200	P.L.			19.079.833	
2	Parte territoriale	Osp.D.	1.500	paz +	0	Telemed.	2.927.500
Totale generale Costi di esercizio						22.007.333	

Ponendo l'accento di nuovo che si tratta di una stima di massima da perfezionare in sede di successivo affinamento progettuale, la tabella riassume, con lievi arrotondamenti, l'insieme dei costi d'esercizio a regime a carico del S.S.R.

1. A fronte di una spesa complessiva (ASS + AO) stimata per le attuali attività di Cividale di 18 mil.ni, si passa ad un impegno complessivo di 22 mil.ni (il costo attuale è stimato e comprende tutta l'attività svolta a tutt'oggi nel presidio)
2. L'offerta prevede una razionalizzazione di processi e percorsi, la identificazione chiara di responsabilità di indirizzo e di gestione, l'identificazione di un "luogo" in cui si catalizzano competenze ed esperienze e la messa a disposizione "razionalizzata" dei nuovi strumenti di rete offerti dallo sviluppo delle I.C.T.
3. L'offerta si riqualifica con la disponibilità per i cittadini di accesso e percorsi che non li costringano a sopportare complessità, frammentazione di competenze, ruoli ed istituzioni che caratterizzano l'attuale organizzazione perseguendo un miglioramento dell'appropriatezza e della qualità delle cure.
 - Con un'offerta residenziale polifunzionale di ca. 200 P.L. per un'area di bisogni ad offerta inappropriata per la continuità di cura nella cronicità.
 - Incrementando l'offerta ad almeno altri 500-600 paz/anno (indice di rotazione 3-4 paz/letto/anno) in area post-acuzie non solo si copre un bisogno inappropriatamente convogliato agli ospedali ma si aumenta anche la capacità di offerta delle strutture ospedaliere della rete con recupero di efficienza (sostanzialmente a costi costanti). L'incremento dell'efficienza della rete ospedaliera è inoltre sostenuto dai nuovi servizi domiciliari e telematici che certamente riducono il ricorso inappropriato a prestazioni ospedaliere.
4. L'offerta aumenta considerevolmente per quantità oltre che per qualità. Nella tabella seguente é tracciato un quadro di sintesi delle variazioni di attività prevedibili per poter avere un raffronto immediato dell'impatto sul campo ma anche una percezione dell'effetto "sistemico" che il progetto potrebbe comportare senza un aggravio sostanziale di spesa ma con un capovolgimento radicale – ed a nostro avviso particolarmente utile - dell'intera organizzazione dell'offerta dei servizi.
 - Il nuovo impianto assicura inoltre servizi d'ospedalizzazione domiciliare ad ulteriori 1.500 paz/anno ed allacciamenti di telemedicina h.24 con servizio di Call center sanitario e pronto intervento ad altri 2,000 paz/anno realizzando il collegamento alla struttura di cure continue di ca. il 7% della popolazione >75 anni (30.000).

- Le potenzialità del nuovo servizio di Cure Continue si allarga ad un bacino d'utenti potenziali che riguarda ca. 3/400.000 abitanti con ca. 30.000 ultra 75 anni e 72.000 ultra 65enni

5. In sintesi:

Attività attuali	Situazione attuale	Attività previste dal progetto	Dotazioni e/o - considerazioni	Variazioni d'offerta
Medicina	30 p.l.	50 p.l.		+20 p.l.
Day Surgery	850 interv.		Da mantenersi almeno fino all'attivazione del Nuovo Ospedale di Udine	
Pronto Soccorso		Solo primo inter.to	Conc Ud ec.scale	
Radiologia		Cont+ampliamento	Possibile Special e dirottamento code	Incremento attività e recupero code
Laboratorio		Solo centro prelievi piccola diagnostica		
Poliambulatori	40.000	Contin + spec.tà geriatriche	40-50.000	Lieve incremento e specializzazione (unità oncologica)
		Med.na-gruppo UTAP supp diagnet		
Emodialisi	8 p.l.	12 p.l.		+ 4 p.l.
R.S.A.	23 p.l.	30 p.l.		+ 7 p.l.
		Osp. Di Comunità	5 p.l. in medicina	
		50 p.l. Riabilitazione		+ 50 p.l.
		50 p.l. Lungo deg.ze	20 p.l. Hospice; 15 hand 15 comi	+ 50 p.l.
		20 p.l. UNI ger/reum.	15 geriatria 5 reumatologia	+ 20 p.l.
		1.500 paz/anno Osped. Dom		+ 1.500 H/D
		2.500 paz/anno Telematica sanit.ria e telemedicina		+ 2.000 paz.coll.ti + rete distretto UD+ Civ.e MMG/H
ADDETTI diretti	231	286		+ 50 teste ulteriori
indiretti	14.000 h/anno pari a ca.n.10 teste			
Spesa corrente globale stimata	Ca. 18 mil-€	Ca. 22 mil-€	0 invest + 20% spesa corr.te +139 p.l. + telem/O.D.	+ 4 mil €

- Si evitano investimenti, altrimenti inevitabili in c.to capitale, ricorrendo a risorse private.
- Non si riduce, ma s'incrementa il livello di servizio per i cittadini con bisogni "acuti" razionalizzando l'uso delle risorse: Udine per l'acuzie e Cividale per la grande cronicità e la continuità delle cure. Il tutto con recupero d'efficienza; principalmente per Udine che può e potrà sopportare incrementi marginali di attività propria con costi incrementali ridottissimi; indirettamente per Cividale che genera ed ottimizza competenze ed esperienze verso un bisogno pressante e complesso.
- Si risponde ai "nuovi" bisogni della cronicità e dell'invecchiamento con attività polifunzionali, residenziali e domiciliari, assistendo ca. 3.500 paz.anno – nuovi: che avrebbero trovato risposte disarticolate, spesso inappropriate o confuse e in ogni caso a costi medi maggiori per caso trattato.

9 Allegato

Riflessioni analitiche demografiche ed epidemiologiche

L'invecchiamento della popolazione, le trasformazioni nelle strutture familiari, l'aumento della partecipazione femminile al mercato del lavoro e di forme d'occupazione meno stabili, unitamente all'aumento delle ineguaglianze nella distribuzione del reddito, nel corso degli ultimi venti anni, hanno profondamente modificato la struttura della domanda sociale.

Tale mutamento della domanda ha contribuito ad ampliare il divario fra il tradizionale catalogo dei rischi tutelati e la nuova gamma dei bisogni sociali, e ha alimentato forti tensioni soprattutto nei sistemi di protezione sociale, dove la struttura dei rischi da tutelare è modellata sulla posizione del capofamiglia nel mercato del lavoro, sulla divisione del lavoro fondata sul genere e su un ciclo di vita standard (scandito da scuola dell'obbligo, posto di lavoro fisso e pensionamento).

I bisogni connessi all'attività di cura di tutti quei soggetti che sono incapaci di provvedere autonomamente a se stessi per ragioni d'età o di deficienze psicofisiche (handicappati, malati di mente, e soprattutto anziani) relegati nella sfera familiare, hanno acquistato rilevanza soprattutto come espressione di un disagio spesso non conclamato e, come tale, non sempre socialmente e culturalmente legittimato.

La maggiore intensità dei bisogni e la richiesta di una più ampia gamma di tipologie di prestazioni hanno creato notevoli tensioni sugli assetti dei sistemi pubblici di protezione sociale.

Una delle cause più rilevanti della maggiore domanda di prestazioni sociali è l'aumento della longevità che, unitamente al declino del tasso di fecondità, ha comportato un progressivo processo d'invecchiamento; tale processo non ha interessato solo la nostra nazione, ma è comune a tutti i paesi europei: nell'arco di trent'anni la popolazione anziana con età superiore a 75 anni nei paesi europei è raddoppiata (dal 3,2% nel 1960 al 6,2% nel 1990).

La diminuzione dell'intensità delle relazioni parentali, in particolare la crescente rarefazione della coabitazione tra genitori e figli coniugati, ha alimentato tensioni sulla domanda di servizi e d'abitazioni adeguate, e in particolare sull'organizzazione delle prestazioni dei servizi sociali e sanitari, come conseguenza delle profonde trasformazioni nelle strutture familiari e della crescente partecipazione femminile al mercato del lavoro.

La crescente partecipazione delle donne al mercato del lavoro, l'innalzamento dell'età media al matrimonio, il calo dei tassi di nuzialità, l'aumento del numero di celibi e nubili sono tutti fattori che contribuiscono significativamente a modificare i rapporti interni e i tempi del ciclo di vita familiare, riducendo la disponibilità d'aiuto e la quantità di tempo dedicata alle attività di sostegno e di cura.

D'altro canto le sostenibilità economia del Servizio Sanitario Nazionale e, dopo la riforma del titolo V° della Costituzione, del Servizio Sanitario Regionale e l'introduzione del federalismo fiscale ha comportato in questi ultimi anni la necessità di ripensare il ruolo degli ospedali come sede privilegiata dell'assistenza per acuti con l'obiettivo del raggiungimento di 4 posti letto per mille abitanti e con la necessità conseguente di implementare funzioni d'assistenza post-acuzie e di lunghe degenze riabilitative da un lato e lo sviluppo di processi organizzativi che favoriscono la dimissione tempestiva dei pazienti ricoverati che riduce la durata media di degenza (passata da 12,8 giorni del 1978 a 7,7 giorni del 1997, con una riduzione del 39,8%) dall'altro, il che implica la

necessità di sviluppare un sistema evoluto di cure al domicilio quale luogo privilegiato di cura per patologie croniche e per i quadri di “lunga assistenza” aumentando in tal modo la pressione assistenziale sulle famiglie e ove queste siano inadeguate, o impossibilitate, sulle strutture residenziali (prevalentemente Case Protette e Residenze Sanitarie Assistite R.S.A.).

Si propone, oltre al potenziamento dei servizi domiciliari con vere e proprie ospedalizzazioni domiciliari, la creazione di strutture e servizi intermedi, fra ospedale e territorio, in grado di assicurare la risposta appropriata alle esigenze per numero e qualità imponenti ed impellenti legate all’incremento delle esigenze delle patologie croniche con perdita di autonomia. Tali strutture dovrebbero assolvere in modo integrato e complessivo alle esigenze di gestione delle fasi post-acute e di rieducazione e riabilitazione, di lungodegenza, di gestione delle patologie cronico degenerativa che richiedono competenze e risposte specialistiche quali Alzheimer, Parkinson, terminalità, non autosufficienza grave, capaci di esprimere servizi (ospedalizzazione domiciliare, attività ambulatoriale specialistica) territoriali integrati.

L’invecchiamento della popolazione: invecchiamento biologico e invecchiamento demografico

Se per ogni singolo individuo “invecchiare” significa raggiungere età anagrafiche via via più avanzate, per il complesso degli individui che s’identificano in una popolazione il termine “invecchiamento” sta ad indicare una maggior presenza della componente anziana e si concretizza sia in una più alta proporzione di soggetti che superano una prefissata soglia d’età (convenzionalmente fissata nel 60° o 65° compleanno), eventualmente rapportata alla corrispondente quota di giovani (con meno di 15 o di 20 anni), sia in un incremento di valore degli indicatori statistici (ad esempio la media aritmetica o la mediana) delegati ad esprimere sinteticamente la struttura per età della popolazione.

L’insieme di trasformazioni che si estendono a tutto l’organismo vivente, a seguito dell’avanzamento dell’età, identifica ciò che viene definito invecchiamento biologico (o senescenza).

Esso riguarda ogni singolo individuo e la sua progressione, così come le relative conseguenze, variano in relazione a molteplici fattori personali e di contesto.

Negli ultimi decenni, in relazione alle migliorate condizioni di vita sotto il profilo economico, sanitario e sociale si assiste ad un aumento consistente della speranza di vita degli anziani.

Tab. 1 Speranze di vita complessiva e in buona salute a differenti età (Anno 1999)

Età (anni)	Maschi		Femmine		Differenza complessiva	Differenza in buona salute
	Complessiva	In buona salute	Complessiva	In buona salute		
0	75,8	49,2	82,0	51,3	6,2	2,1
15	61,5	36,0	67,7	37,6	6,2	1,6
25	52	27,4	57,8	28,8	5,8	1,4
45	33,2	12,6	38,4	13,7	5,2	1,1
65	16,3	3,5	20,3	4,2	4,0	0,7
75	9,9	1,6	12,4	2,0	2,5	0,4

E' lecito domandarsi se gli anni di vita siano anni in buona o cattiva salute; la preoccupazione è che all'andamento favorevole della speranza di vita non abbia fino ad oggi corrisposto un adeguato miglioramento delle condizioni di salute della popolazione: l'aumento della proporzione di anni che ogni generazione passa nelle età più avanzate può infatti comportare un peggioramento del livello medio di salute.

Una verifica del rapporto fra durata media della vita e aspettative di buona salute si ricava attraverso alcuni indicatori quali gli anni vissuti in buona salute e liberi da disabilità, desunti dalla più recente indagine Istat sulle condizioni di salute della popolazione italiana.

Secondo tali dati si può desumere che degli 82 anni mediamente vissuti da una donna, solo poco più di 51 sarebbero vissuti in buona salute; un uomo potrebbe invece contare, alla nascita, su 49 anni di piena efficienza, a fronte dei 76 anni di sopravvivenza complessiva. All'età di 65 anni un individuo sembra ulteriormente destinato (in media) a circa 3 anni e mezzo di vita in buona salute se maschio e a poco più di 4 anni se femmina.

Le significative differenze di genere che si riscontrano a livello di sopravvivenza complessiva, sono drasticamente ridimensionate allorché se n'esamina la qualità; il privilegio delle donne si riduce ad una differenza di soli 2 anni alla nascita e diminuisce ulteriormente con il crescere dell'età. A 75 anni il vantaggio femminile riguardo alla vita residua in buona salute può essere quantificato in meno di 5 mesi a fronte di una maggior durata della sopravvivenza di 2-3 anni.

Va ancora aggiunto che la condizione femminile diventa persino più sfavorevole allorché si considera all'incidenza dell'intervallo di vita in buona salute. Tale proporzione, rispetto alla sopravvivenza complessiva è infatti del 65% per gli uomini e del 62% per le donne. Il fatto che la maggiore longevità delle donne non si traduca in una migliore qualità della sopravvivenza, può trovare spiegazione nella diversa tipologia di malattie che si sviluppano nei due sessi. Sembra, infatti, che sia proprio la presenza di patologie croniche e degenerative ad influenzare decisamente in senso negativo la percezione del proprio stato di salute.

D'altra parte, le donne sono afflitte, più frequentemente e più precocemente rispetto agli uomini, da malattie meno letali, ma con un decorso che nel lungo periodo degenera in situazioni invalidanti: l'artrite, l'artrosi, l'osteoporosi, l'ipertensione arteriosa e il diabete; viceversa, gli uomini sviluppano con maggiori probabilità patologie croniche letali, come i tumori maligni e le malattie legate al sistema circolatorio.

Con l'aumentare dell'età assume inoltre un rilievo sempre maggiore il fenomeno del cumulo di più processi ed eventi morbosi di natura diversa in uno stesso individuo. Questo aspetto ha un impatto ancora più rilevante sull'auto percezione di salute: un malato multicronico su tre riferisce, infatti, di star male o molto male. Anche in questo caso appare netta la maggiore prevalenza delle donne. Tra gli anziani con disturbi multicronici la prevalenza è del 28% superiore per le femmine in corrispondenza della classe d'età 65-69, del 24% nella classe 70-74, del 19% nella 75-79 e ancora del 13% dagli 80 anni in poi.

Tab.2 Speranza di vita libera da disabilità a 65 e 75 anni (Anni 1990 e 1999)

	Maschi		Femmine	
	1990	1999	1990	1999
Speranza di vita a 65 anni				
Totale	14,9	16,3	18,8	20,3
Libera da disabilità	12,0	13,8	14,1	15,1
Libera da confinamento	13,9	15,1	16,6	17,9
Libera da difficoltà nelle attività della vita quotidiana	13,1	14,7	16,0	16,9
Libera da difficoltà nella locomozione	13,6	15,0	16,3	17,5
Speranza di vita a 75 anni				
Totale	8,8	9,9	11,1	12,4
Libera da disabilità	6,2	7,4	7,0	7,7
Libera da confinamento	7,8	8,7	9,1	10,1
Libera da difficoltà nelle attività della vita quotidiana	6,9	8,2	8,4	9,1
Libera da difficoltà nella locomozione	7,6	8,8	8,9	9,9

Invecchiamento demografico o della popolazione.

Ben altro significato e caratteristiche ha, invece, il concetto di invecchiamento demografico o della popolazione, intendendosi quel processo che si traduce nell'aumento della proporzione di persone anziane nell'ambito di un aggregato umano.

La struttura per età di una popolazione in un dato istante è il risultato delle dinamiche dei fenomeni di movimento (nascite, morti e migrazioni) che ne hanno caratterizzato l'evoluzione.

Le modificazioni della struttura per età che accompagnano un processo di invecchiamento demografico sono il prodotto di una combinazione di fattori che hanno interessato l'area della fecondità, della mortalità e dei movimenti migratori in un arco temporale che si estende per più decenni coinvolgendo circa un secolo di storia della popolazione in oggetto.

In conclusione i due concetti d'invecchiamento, quello biologico e quello demografico, sono nettamente distinti: l'uno è individuale e irreversibile, l'altro è collettivo e può attenuarsi o accrescersi nel tempo in relazione alla dinamica dei fattori che lo determinano.

All'inizio degli anni '50 la popolazione italiana ammontava a 47,5 milioni d'abitanti, di cui il 34,6% (16,5 milioni) aveva meno di venti anni e l'8,2% (3,9 milioni) ne aveva più di sessantacinque. In sintesi: vi erano più di 4 giovani (0-19enni) per ogni anziano (65 e più).

Nell'Italia di oggi, dove si contano 57,8 milioni di residenti, i giovani con età inferiore ai venti anni sono scesi a 11,3 milioni (19,6%) e gli ultra sessantacinquenni sono saliti a 10,6 milioni, pari al 18,2%.

Se si guarda al futuro, sulla base delle più recenti stime di fonte ufficiale, la popolazione italiana, dopo aver toccato la sua consistenza massima agli inizi del prossimo decennio potrebbe scendere nel 2041 alla stessa dimensione registrata attorno alla metà degli anni '70 (55 milioni), ma con una struttura per età già fortemente alterata: il 15,6% dei residenti potrebbe avere meno di venti anni ed il 33,6% più di sessantacinque; vi sarebbero, dunque, due anziani per ogni giovane e un grande vecchio (80 anni e più) per ogni 9 abitanti.

La tabella 3 mostra le marcate differenze nel tasso medio annuo di crescita della popolazione anziana in corrispondenza delle varie fasce d'età.

Tab. 3 La popolazione italiana per grandi classi d'età: 1951-2041

Anni	Totale	0-19	20-59	60 e +	80 e +	85 e +
1951	47.516	16.462	25.280	5.774	510	160
1961	50.623	16.182	27.395	7.046	724	239
1971	54.137	17.077	28.048	9.012	996	349
1981	56.557	16.816	29.890	9.851	1.247	445
1991	56.778	13.308	31.481	11.989	1.954	728
2001	57.884	11.349	32.457	14.038	2.389	1.253
2011	58.588	11.051	31.590	15.944	3.607	1.701
2021	58.034	10.230	30.016	17.786	4.562	2.362
2041	55.044	8.597	24.223	22.222	6.311	3.557

Per quanto riguarda il primo ventennio (1951-1971) il segmento più anziano (85 e più) è cresciuto ad un tasso doppio del gruppo più giovane (65-79 anni), e nell'intervallo che arriva fino ai giorni nostri, tali differenze sono ancor più accentuate: gli appartenenti alla fascia d'età più anziana si sono accresciuti ad un tasso 3 volte più grande che quello corrispondente alla classe 65-79 anni.

Per quanto riguarda le prospettive per i prossimi anni tale tendenza, non sembra tuttavia mutare, anzi, le previsioni mostrano un tasso d'incremento per la popolazione in età 85 e più che nell'intervallo 2001-2011 sarà di quasi 7 volte superiore a quello dei 65-79enni. Solo nei decenni successivi si prevede un tendenziale riavvicinamento della velocità di crescita dei tre segmenti di popolazione anziana.

Se si esamina il processo d'invecchiamento negli aspetti di genere, si può osservare che, a causa della differenza nel rischio di morte per uomini e donne nelle età anziane, le donne, soprattutto nelle età più avanzate, mostrano un peso relativo che è marcatamente più elevato: la classe d'età 80 e più anni concentra nel 2001 il 2,7% della popolazione maschile e il 5,4% di quella femminile e le previsioni per il futuro mostrano un divario fra i sessi che persiste nel tempo, fino a giungere ad una situazione (nel 2041) in cui il peso relativo delle donne ultraottantenni risulta essere pari al 14% ed ancora quasi il doppio di quello dei corrispondenti coetanei maschi (8,8%).

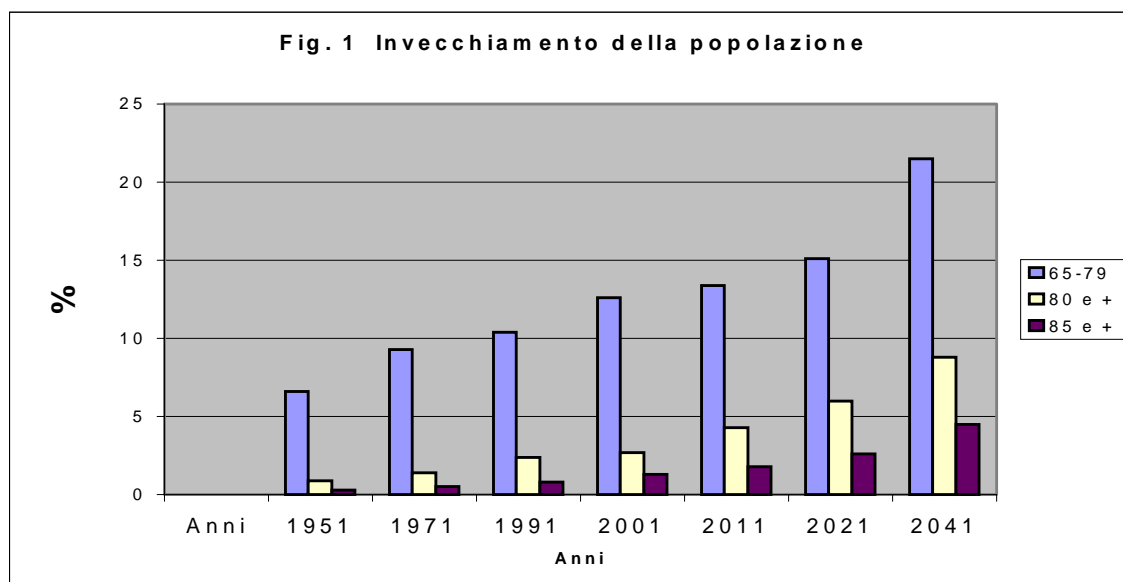


Tabella 2

**Persone con malattie croniche per classe di età, sesso e tipo di malattia.
Anni 1999-2000 (tassi per 100 persone)**

MALATTIE CRONICHE	Età		
	65-74	75e oltre	Totale
Totale (maschi e femmine)			
Malattie allergiche	7,6	6,6	9,9
Diabete	11,8	13,4	3,7
Cataratta	9,8	22,7	3,2
Ipertensione arteriosa	34,1	39,7	11,9
Infarto del miocardio	3,6	4,5	1,1
Angina pectoris	2,8	4,3	0,9
Altri disturbi del cuore	9,6	16,5	3,4
Trombosi, Embolia, Emorragia cerebrale	2,6	4,7	0,9
Vene varicose, varicocele	15,8	16,8	6,9
Emorroidi	8,6	9,1	5,6
Bronchite cronica, Enfisema....	11,8	17,2	4,4
Asma bronchiale	5,8	8,3	3,1
Malattie della pelle	3,9	4,1	3,3
Malattie della tiroide	4,9	4,2	2,8
Artrosi, Artrite	49,0	57,2	18,4
Lombosciatalgia	14,5	15,4	7,8
Osteoporosi	14,7	21,2	4,7
Ernia addominale	4,8	7,1	2,0
Ulcera gastrica o duodenale	7,1	7,5	3,0
Calcolosi del fegato e delle vie biliari	6,0	6,4	2,2
Cirrosi epatica	0,7	0,6	0,2
Epatite cronica	1,8	1,2	0,7
Calcolosi renale	3,1	2,9	1,5
Ipertrofia della prostata	6,1	7,5	1,6
Cancro (inclusi linfoma, leucemia)	2,6	3,0	0,9
Cefalea o Eemicrania ricorrente	10,4	10,7	9,0
Disturbi nervosi (Parkinsonismo, Alzheimer, epilessia, perdita della memoria).	2,1	7,6	1,1
Altri disturbi nervosi - <i>Other nervous disturbs.</i>	6,6	8,8	3,6

Fonte: ISTAT - Servizio "Struttura e dinamica sociale", indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 1999-2000".

** in **ROSSO** gli items di rilievo, a sfondo grigio i non considerati. La sommatoria dei più pertinenti dà il 187%. Ciascuno degli ultra 75enni ha da 1,5 a 2 patologie concomitanti e che potrebbero richiedere sorveglianza. Avendo considerato di assistere il 10% di questa popolazione si ritiene di garantire copertura sanitaria a chi è nella fascia di maggiore gravità d'ogni specifica classe (confronta TAB. n.° 3).

Tabella 3**Persone disabili di 65 anni e più per tipo di disabilità, classe d'età, sesso e ripartizione geografica.****Anni 1999-2000 (tassi per 100 persone)**

		Nord Italia	Italia totale
Compromissione nelle ADL (attività della vita quotidiana).	maschi	7,03	8,68
	femmine	12,74	15,02
	totale	10,44	12,4
Difficoltà di vista, udito, parola	maschi	3,43	3,8
	femmine	4,25	4,74
	totale	3,92	4,36
Difficoltà di movimento	maschi	5,86	6,71
	femmine	9,56	11,49
	totale	8,07	9,52
Confinati	maschi	5,63	5,89
	femmine	9,37	11,01
	totale	7,86	8,9

Fonte: ISTAT - Servizio "Struttura e dinamica sociale", indagini "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari".