

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”.

LA SITUAZIONE DI FATTO E DI DIRITTO

Si ricorda che l’ospedale di Cividale è interessato dalla revisione della rete ospedaliera regionale prevista dalla L.R. 13/95. Si elencano le attività in essere ed il personale operante, la logistica. Si stimano gli interventi di adeguamento normativo del padiglione centrale in 12.121.500 Euro.

GLI OBIETTIVI DEL PIANO

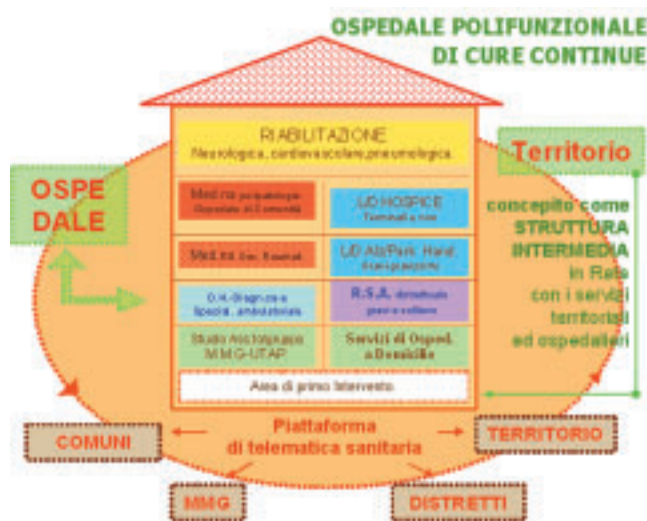
Si riportano elementi demografici ed epidemiologici e si sottolinea che “una particolarissima attenzione va inoltre dedicata a quelle che vengono definite dimissioni ospedaliere difficili (...) stimate intorno al 2/3% di tutte di dimissioni ospedaliere”, e che “questa fase dell’assistenza che intercorre fra la dimissione ospedaliera ed il rientro a domicilio prende il nome di cure intermedie”. Che “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 croniche degenerative”. Che il progetto “cerca di essere una risposta meditata e calibrata a bisogni reali sempre più emergenti: la gestione appropriata delle patologie croniche che sono una diretta e certa conseguenza dell’invecchiamento della popolazione”. Che “la dotazione e soprattutto la qualità dei posti letto previsti, né risponde né deve essere assimilata ad una concezione ospedaliera consueta”. Che “obiettivo primario del progetto è di garantire e consentire il massimo grado di domiciliatura delle cure e dell’assistenza presupponendo che salute, dignità e libertà si possano esprimere compiutamente più e meglio a casa propria”.

IL MODELLO

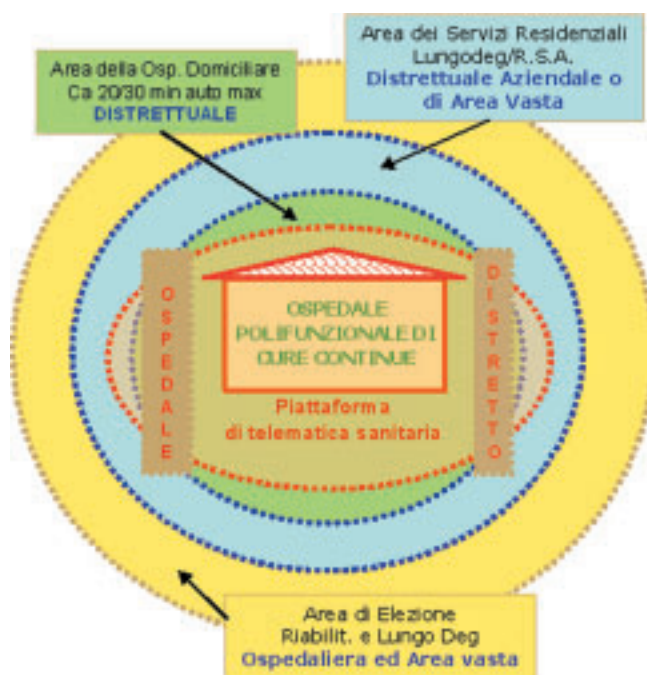
“La proposta (...) prevede la creazione di una struttura intermedia (...) che si correla da una parte con l’area ospedaliera dell’acuzie e dall’altra con i servizi territoriali di base e socio assistenziali”

“L’ospedale polifunzionale nasce come struttura integrata e dedicata alla continuità delle cure per le cronicità (...) 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”. Che lo stesso “inoltre deve divenire un polo di

diffusione delle competenze ‘tramite’ 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”.



IL BACINO DI UTENZA



Si ipotizza un’area residenziale di 200 p.l. di cui 50 di area medica per pazienti a provenienza ospedaliera e riacutizzazioni territorio, 50 di riabilitazione per pazienti da ospedale, Gervasutta e Area vasta, 50 per lungodegenze per pazienti dell’A.S.S. 4 ed Area vasta, 30 posti di R.S.A. per pazienti del Distretto ed ev. A.S.S., 20 unità specialistiche di geriatria e reumatologia in raccordo con il Policlinico Universitario di Udine.

Si prevede “un’organizzazione dipartimentale, ed un’impostazione a forte presenza e competenza infermieristica”.