Il MODELLO SACILE
Da spazio confinato di offerta socio-sanitaria a luogo integrato della comunità per il ben-essere dei cittadini

dott. Giorgio Siro Carniello, assessore alla Promozione della Salute Comune di Sacile

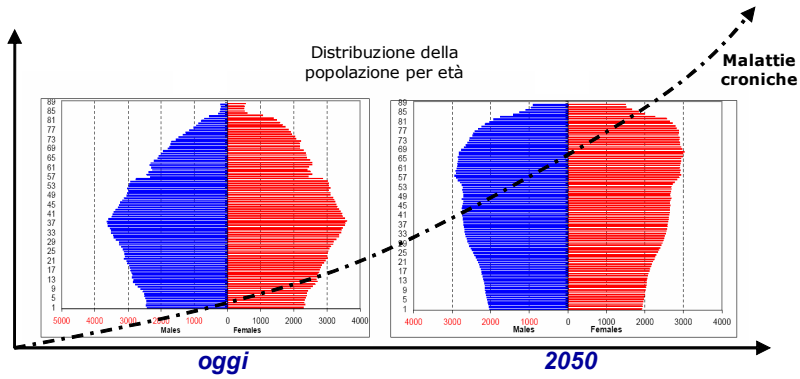
Le dinamiche dei nuovi bisogni

Il compito fondamentale di ogni Servizio Sanitario Nazionale è quello di tutelare e promuovere la salute di tutti i cittadini. Per raggiungere questo obiettivo, un Sistema Sanitario deve essere in grado di modulare l'offerta in base ai bisogni di salute del cittadino emergenti dai rilievi epidemiologici (dalla epidemiologia alle decisioni), nel rispetto della sostenibilità economica delle azioni di cambiamento.

Il nostro Paese è cambiato ed insieme al contesto sociale, culturale, scientifico e tecnologico, sono mutate le necessità assistenziali della popolazione e sono emerse nuove esigenze di cura e di assistenza legate soprattutto alla **cronicità**. Con l'innalzamento dell'età media della popolazione, dovuto anche alla diminuzione della mortalità per patologie acute, si è determinato un aumento delle patologie cronico-degenerative legate all'età e spesso associate alla disabilità ed alla non autosufficienza. Si stima che nel 2050, la spesa sanitaria per l'assistenza agli anziani rappresenterà più del doppio di quella destinata all'acuzie. L'Italia è tra i paesi con più forte invecchiamento della popolazione. In base alle previsioni dell'Istat, la quota di popolazione con età superiore ai 65 anni, passerà dall'attuale 18% al 28% nel 2030. In termini assoluti si passerà dai 10.4 milioni di individui ai 16 milioni nel 2030 ed il trend appare in costante ascesa. A crescere notevolmente sarà, in particolare, la componente dei molto anziani nell'ambito della quale più elevato è il riscontro della disabilità (47,4%). Il Friuli Venezia Giulia, in particolare, è tra le regioni "più vecchie" d'Italia, insieme alla Liguria, Emilia Romagna e Toscana.

Transizione demografica

- Invecchiamento della popolazione ed aumento delle patologie cronico-degenerative (malattie croniche)



- Nel **2050** la spesa sanitaria per l'assistenza agli anziani rappresenterà piu' del doppio di quella destinata all'acuzie

Nel corso degli ultimi decenni, inoltre, si è registrata una progressiva riduzione del numero medio dei membri dei nuclei familiari ed un aumento del lavoro femminile con la conseguente **caduta dell'assistenza informale familiare**. Ed ancora, è cambiato nella popolazione il concetto di salute ed è aumentata da parte dei cittadini la **percezione del bene salute come bene primario** da salvaguardare.

A questi fattori di ordine demografico e socio-culturale si sono poi sovrapposte le **nuove strategie organizzative degli ospedali**, sempre più orientate alla gestione delle fasi acute di malattia, di interventi diagnostico-terapeutici di elevata complessità ed elevata tecnologia e che comunque prediligono la massima efficienza interna e la rapida dimissione dei pazienti.

Strutture di questo tipo, come è facilmente intuibile, mal si prestano alla gestione delle problematiche legate alla cronicità, che come si è detto, sono in forte crescita e non riguardano solo le patologie legate all'invecchiamento della popolazione, ma comprendono anche, per esempio, gli esiti di traumi, le patologie degenerative del sistema nervoso, ecc.

Di fatto, la risposta che il sistema ha fornito a questi nuovi bisogni (disabilità e non autosufficienza) è apparsa il più delle volte una replica degli abituali modelli di cura e di gestione delle malattie acute: istituzionalizzazione e terapie farmacologiche. L'evoluzione di questo approccio, non modificando sostanzialmente le logiche assistenziali, ha in realtà solo mutato i luoghi di ricovero e la natura della istituzionalizzazione: la contrazione dell'offerta di posti letto ospedalieri è stata "bilanciata" dall'incremento di strutture residenziali (RSA) e lungo-assistenziali (Case di Riposo). Un approccio che consideri una parte consistente della popolazione come recipiente passivo di interventi e che la sequestri in un circuito separato di assistenza, genera esclusione sociale con scadimento della qualità della vita e induce un **consumo di risorse non sostenibile**.

Il problema della cronicità deve oggi porsi come un problema di qualità e di appropriatezza delle cure, superando il persistente paradigma culturale, che vede nella gestione del malato acuto l'espressione più qualificante e gratificante dell'intervento sanitario. L'efficacia degli interventi socio-sanitari nel governo della cronicità non deve essere misurata semplicemente in termini di servizi erogati, ma soprattutto sulla base della capacità di organizzare e gestire i percorsi di cura e di rispondere adeguatamente alla domanda di assistenza in un circuito di **continuità assistenziale,** che accompagni l'evolversi dei bisogni del cittadino e della sua famiglia.

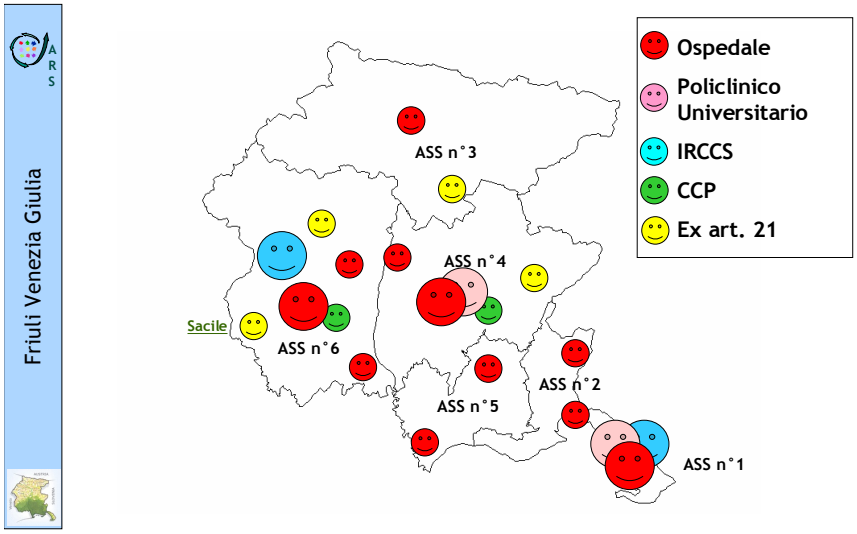
Il sistema socio-sanitario di un Paese come l'Italia si dovrà pertanto basare su due pilastri, che non devono essere visti come contrapposti, bensì in forte integrazione, uno di tipo ospedaliero, tecnologico, ed uno cosiddetto delle cure primarie, cioè delle cure "dirette" alla persona, di primo impatto, di bassa tecnologia, che si possono effettuare al domicilio o in strutture non più di tipo ospedaliero, cosiddette intermedie ovvero di tipo socio-sanitario, come p.es. i centri diurni, le RSA, gli ospedali di comunità ed in casi molto selezionati le Case di Riposo.

Quali allora le **sfide da affrontare e le azioni da promuovere** per rispondere in termini di efficacia di intervento, di efficienza e di sostenibilità ai nuovi bisogni emergenti?

- Garantire la centralità del cittadino e dei suoi bisogni nell'organizzazione dei servizi socio-sanitari
- Favorire e valorizzare la partecipazione attiva dei cittadini promovendo la cultura della solidarietà (il cittadino non è solo utente e la famiglia non è solo portatrice di bisogni) e l'etica della responsabilità (il cittadino non può pretendere tutto ciò che vuole, ma ha diritto di avere ciò di cui ha bisogno)
- Credere ed investire in programmi di promozione della salute coinvolgendo tutte le fasce della popolazione ed incoraggiando azioni di integrazione fra le politiche dell'ambiente, scuola, viabilità, trasporti, ecc.
- Organizzare e gestire il processo di transizione verso un nuovo modello di cure "long-term" ad alta integrazione socio-sanitaria ed a bassa-media medicalizzazione in un circuito di continuità assistenziale (rete dei servizi)
- Promuovere la domiciliarità come diritto e prospettiva possibile e sostenibile, per tutta l'età anziana
- Nel governo della domanda di salute, assicurare la centralità del sistema alle cure primarie
- Investire in formazione e tecnologie informatiche.

Sacile "Ospedale ex articolo 21 LR 13/1995"

La riconversione della rete ospedaliera avviata negli anni novanta dalla Regione FVG ha profondamente modificato il ruolo e le funzioni dell'Ospedale di Sacile nell'obiettivo di "riorientare la struttura e le risorse impiegate in modo da fornire alla popolazione alcuni servizi ospedalieri fondamentali (**Azienda Ospedaliera "S. Maria degli Angeli"**) ed una gamma più ampia di servizi distrettuali (**Azienda per i Servizi Sanitari n° 6**)".



Ne è emerso un contesto organizzativo che vede la coesistenza all'interno della medesima struttura di due Aziende, autonome e distinte, che, pur assolvendo a compiti diversi, operano in stretta collaborazione. In questa sorta di condominio, ove la proprietà appartiene all'Azienda per i Servizi Sanitari n° 6, va inserito un altro soggetto: il **Comune di Sacile** per la gestione della locale Casa di Riposo e della Mensa.

La struttura sanitaria di Sacile, ampiamente ridimensionata secondo le indicazioni della LR 13/95, è stata oggetto di successive azioni di ridefinizione e rimodulazione dell'offerta ospedaliera residua nella logica di promuovere una sempre maggiore integrazione con la Sede ospedaliera di Pordenone, superando storiche resistenze campanilistiche, e di riconvertire la struttura liventina secondo un nuovo modello organizzativo-gestionale più coerente agli scenari demografici e sociali ed agli sviluppi della scienza medica e della tecnologia. Le azioni strategiche che hanno ispirato e continuano ad ispirare il processo di riconversione della struttura partono dalla convinzione che un piccolo ospedale può giustificare la sua esistenza in termini di efficacia dell'intervento sanitario e di sostenibilità economica solo nel caso sia esplicitamente inserito in una rete coordinata di servizi, rimodulati e dimensionati nell'offerta in base alla domanda di salute del territorio su cui insiste.

La peculiarità della struttura liventina, che in un unico spazio fisico raggruppa funzioni ospedaliere residue con un reparto ospedaliero di degenza (Struttura Complessa di Medicina con area di degenza per post-acuti), una struttura intermedia (RSA), una residenza protetta (Casa di Riposo), un Centro Diurno per disabili, un Centro Residenziale per disabili gravi e gravissimi (residuo manicomiale), Unità Territoriali dei Dipartimenti di Prevenzione, di Salute Mentale e delle Tossicodipendenze, Servizi Distrettuali (cfr) e, più recentemente, i Servizi Sociali dei Comuni (Ambito Distrettuale 6.1) e un'Unità Territoriale di Assistenza Primaria (Medici di Medicina Generale) appare la sede più idonea per simulare e sperimentare un **nuovo modello di offerta socio-sanitaria integrata polifunzionale**, prevalentemente orientato alle necessità clinico-assistenziali del paziente anziano multiproblematico ed ai bisogni socio-sanitari della popolazione, che non richiedano la complessità organizzativa e tecnologica dello strumento ospedale per acuti.

Attualmente **l'offerta sanitaria, sociale, socio-sanitaria e di servizi non sanitari** erogata dalla struttura di Sacile può essere così riassunta:

ASS n° 6 "Friuli Occidentale"	**Azienda Ospedaliera "S. Maria degli Angeli"**
Direzione Distretto Ovest – UCAD/UDMG	Pronto soccorso (ore 08-20)
UTAP (Medici di Medicina Generale)	Auto medicalizzata (ore 20-08)
RSA riabilitativa (26 pl)	SC Medicina con area post-acuti (38 pl)
Centro Semiresidenziale per disabili	Day Hospital (4 pl)
Equipe multidisciplinare dell'handicap (EMDH)	Day Surgery (10 pl)
Centro Residenziale per gravi e gravissimi (13)	Riabilitazione Cardiologica

Dipartimento di Prevenzione	Ambulatori specialistici
Dipartimento Dipendenze (SerT)	Dialisi (4 pl)
Dipartimento Salute Mentale (CSM)	Laboratorio Analisi e Centro Trasfusionale
Neuropsichiatria Infantile (NPI)	Radiologia con ecografia
Consultorio Familiare	
Ambulatori specialistici	**Servizi Sociali dei Comuni (Ambito 6.1)**
Ambulatorio infermieristico (ADI)	**Comune di Sacile**
Protesica	Casa di Riposo
AFIR (Assistenza Farmaceutica Regionale)	Mensa

Il modello Sacile: da ospedale a struttura di offerta socio-sanitaria integrata

Appare lungimirante e coerente con i mutati scenari demografici e sociali puntare a Sacile su un modello innovativo di offerta socio-sanitaria articolata ed integrata con spiccata penetrazione territoriale, definitivamente abbandonando fuorvianti velleità di ridare all'Ospedale di Sacile funzioni e ruoli di ospedale per acuti secondo una logica anacronistica e non più sostenibile.

L'obiettivo è dunque quello di progettare un modello strutturato di interventi sanitari e servizi assistenziali, fortemente integrati, in grado di fornire una risposta articolata e differenziata alle diverse necessità della popolazione.

Il modello di una **struttura socio-sanitaria integrata polifunzionale** corrisponde a un'idea semplice, eppure di grande utilità per la riorganizzazione del welfare locale. La struttura dovrebbe diventare la sede pubblica in cui la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del ben-essere sociale e dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, funzioni ospedaliere residue e servizi territoriali in grado di erogare prestazioni sanitarie, sociali e socio-sanitarie integrate, che non possono trovare una risposta adeguata nella complessità organizzativa e tecnologica del grande ospedale. Un'idea semplice, ma tutt'altro che scontata nel panorama del welfare locale, per il fatto che essa non è solo una proposta innovativa, ma è anche, e prima di tutto, un progetto di radicale cambiamento culturale.

Più specificatamente, un modello così strutturato può finalmente consentire, tramite la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, la unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie. Principi fondamentali, affermati esplicitamente dalle leggi nazionali 229/99 e 328/2000 e ripresi dalla legge regionale 6/2006, ma che fin qui sono rimasti sostanzialmente enunciazioni teoriche, diffuse e reiterate negli atti di indirizzo e di programmazione nazionali e regionali, ma scarsamente applicati. Da questo punto di vista, il modello Sacile offre le condizioni strutturali per passare dalle affermazioni di principio alla concreta realizzazione degli interventi integrati sanitari, sociali e socio-sanitari, dal momento che esso mira a configurarsi come il luogo della ricomposizione e della integrazione delle culture, delle competenze e delle responsabilità dei servizi sanitari e sociali, nel rispetto dell'unitarietà e della centralità della persona.

In un Servizio socio-sanitario pubblico, che vuol mantenere al centro la persona con l'unitarietà dei suoi bisogni e la globalità della risposta, la sinergia degli operatori (medici di famiglia, specialisti ospedalieri, infermieri, terapisti, operatori sociali, ecc.) è questione ineludibile e può costituire una stimolante opportunità per tutti di affermare una nuova e più gratificante professionalità.

Il modello Sacile: la riqualificazione urbanistica dell'area ospedaliera

L'ipotesi progettuale si basa sulla possibilità di trasformare e riqualificare una parte della città riconvertendo l'area ospedaliera attraverso l'ampliamento reale del verde con l'acquisizione di parte della sponda sinistra del fiume Livenza (parco fluviale). Caratteristica principale del modello, dal pdv urbanistico, è quella di utilizzare i fabbricati esistenti non solo per rimodulare le attività che in essi si svolgeranno (e in buona parte già si svolgono), quanto quella di rendere maggiormente fruibile una zona centrale pubblica, ma a se stante, non parte integrante del centro urbano. Una zona di grande pregio ambientale per essere tangente al fiume Livenza. Connessa ad altre aree, accresce il senso di appartenenza offerto da un luogo pubblico in cui la sociale dignità della vita rappresenta non solo un diritto (la salute), ma la ragione stessa di essere città. Ecco allora che la riconversione/riqualificazione della zona ospedaliera e formazione di un parco pubblico fluviale, assume un preciso significato

identitario: di servizio sociale innovativo e, ad un tempo, tradizionale in senso urbanistico, nel riaprirsi al Livenza, il fiume su cui si è formata Sacile.

L'ospedale civile è un luogo baricentrico che si è sviluppato nel corso del '900 occupando un'area di prolungamento del centro storico, a ridosso del fiume Livenza, chiusa a nord dalla strada statale 13 Pontebbana. Un'area densamente costruita e, in parte, ancora naturale per la presenza del fiume e della cospicua vegetazione arborea presente sulle due sponde. L'idea progettuale trasforma di fatto questa parte della città da area "chiusa", recintata, monofunzionale, ad una cittadella della salute che si apre alla città e al suo territorio per i servizi che offre e per quelli che, proprio dalla innovazione funzionale, possono essere inseriti al suo interno. E al suo intorno.

La riqualificazione della struttura ospedaliera integrando nuove attività socio-sanitarie ad una diversa fruizione urbana dell'area, definisce un nuovo assetto organizzativo della città. L'area ospedaliera è uno spazio confinato, chiuso, caratterizzato dalla tipologia a padiglione, tipica, per quasi tutto il secolo scorso, di analoghe strutture. Un insieme appunto di fabbricati, costruiti in decenni diversi, per funzioni specializzate e autonome. Con un rapporto complesso con i cittadini: di avvicinamento nei momenti di malattia, di allontanamento nei periodi di benessere. Il progetto di riconversione funzionale e di nuova organizzazione urbana, contribuisce a rafforzare il senso di cittadinanza e di appartenenza alla città. Aiuta a rispettare i diritti civili, riguardanti la sociale dignità della vita, di tutti gli abitanti. Una riqualificazione che contamina l'intorno nel momento in cui si apre alla città e contribuisce a incrementare il diritto alla salute ed alla bellezza della città: da spazio confinato a luogo integrato della comunità dei cittadini e per i cittadini.

