

Prot. 83646
del 28/3/17



AUSLUMBRIA2-055

GEN 0083446 del 28/03/2017 ore 13:39:4
Tit
Registrat

NUOVO OSPEDALE DI NARNI - AMELIA

“RELAZIONE SANITARIA”

INDICE

PREMESSA

1. IL TERRITORIO NARNESE AMERINO
2. STATO DELL'ARTE
 - a. ATTUALE PRESIDIO OSPEDALIERO DI NARNI AMELIA
 - b. ATTUALE OFFERTA POSTI LETTO TERRITORIALI DI RSA
 - c. COSTI ATTUALI
3. EVOLUZIONE DEL SISTEMA: MISSION E ORGANIZZAZIONE SANITARIA DEL NUOVO OSPEDALE

PREMESSA

Nell'ambito di una generale riorganizzazione del programma sanitario umbro mirato al miglioramento dei servizi e al contenimento della spesa, gli Enti preposti hanno deliberato di sviluppare l'ipotesi di razionalizzare le funzioni sanitarie distrettuali di Narni e Amelia accorpandole in un'unica nuova struttura con vocazione di Ospedale di Territorio.

Gli atti programmati specifici che ne hanno permesso la redazione sono stati:

- *La DGR 514/2002 che individua specificatamente la realizzazione di un unico Ospedale nel distretto dell'Amerino-narnese;*
- *La DGR 1745/2002, successivamente integrata dalla DGR 1796/2002, che istituisce un Comitato interistituzionale composto dai rappresentanti della Regione, della Provincia, dei Comuni interessati e della ASL4 di Terni, con il compito di sovrintendere allo sviluppo del progetto del nuovo presidio, oltre che a provvedere precisamente alla sua localizzazione, dimensionamento e alle fonti di finanziamento.*
- *Il Documento Annuale di Programmazione della Regione Umbria annesso al Piano Sanitario Regionale 2003-2005, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale del 23 Luglio 2003 n.314, che comprende la realizzazione nelle forme e nella natura di Ospedale di Territorio;*
- *Il Piano Triennale dei LL. PP. dell'ASL n. 4, adottato con atto n. 306 del 30 Settembre 2003, che ne include la presenza nelle opere da realizzare;*
- *Il Protocollo d'intesa, siglato il 16 Settembre 2003, dal Presidente della Regione Umbria, dal Presidente della Provincia di Terni e dai Sindaci dei Comuni di Narni e Amelia ove viene richiamata la realizzazione del nuovo presidio a scopo di arrivare ad una riqualificazione complessiva dell'area ternana e dell'intera Provincia;*
- *L'Accordo di Programma tra Assessorato alla Sanità della Regione, Comuni di Narni e Amelia, Provincia di Terni, Azienda Sanitaria Locale n. 4, precedentemente approvato con atto n.1523 del 13 Ottobre 2004 in forma di proposta da parte della Giunta Regionale Umbria, e successivamente siglato in data 20 Dicembre 2004, in cui si richiama esplicitamente la predisposizione dello studio preliminare quale atto di avvio per tutte le attività tecnico procedurali oltre alla necessità di definire le modalità per il reperimento dei necessari finanziamenti;*
- *L'integrazione all'Accordo, sopra richiamato, del 18 Aprile 2005 ove si precisano gli impegni specifici dei differenti soggetti firmatari:
 - *l'A.S.L. provvede alla predisposizione dello studio di fattibilità e relativo piano finanziario, alla esecuzione della progettazione definitiva ed esecutiva nonché alla realizzazione dell'opera ed al collaudo della medesima.**

-
- *Il Comune di Narni si impegna a concorrere all'acquisizione dell'area il cui valore sarà decurtato dal valore della struttura citata.*
 - *La Provincia di Terni esegue gli studi necessari a valutare l'assetto della viabilità tenendo conto delle necessità di accesso al nuovo ospedale e realizza gli interventi necessari e correlati.*
 - *La Regione approva lo studio di fattibilità ed individua l'intervento tra le priorità per l'accesso a finanziamenti statali;*
 - *Il Prospetto del Piano Finanziario e altri atti deliberativi, da parte dell'Ente, per definire più specificatamente i riferimenti finanziari realizzativi;*
 - *Procedura di variante al Piano Regolatore vigente del Comune di Narni per il cambio di destinazione d'uso attualmente in atto e quindi la Procedura di Esproprio.*

L'ASL n. 4 in esecuzione agli impegni assunti nell'Accordo soprarichiamato ha avviato le seguenti procedure:

- *In data 3/3/2005 con Deliberazione del Direttore generale n. 370 è stato conferito l'incarico professionale per lo studio di fattibilità al Prof. Arch. Romano Del Nord, a seguito di pubblicazione di un bando per l'istituzione di una sezione di architettura ed ingegneria;*
- *In data 20/9/2005 veniva consegnato lo studio di fattibilità e trasmesso dall' A.S.L. alla Regione con conseguente approvazione dello stesso con D.G.R. 81 del 19/1/2006.*

A seguito dell'esperimento di gara, per l'affidamento della progettazione preliminare e definitiva dell'opera Nuovo Ospedale di Narni Amelia mediante pubblico incanto, è stato sottoscritto il disciplinare di incarico per la progettazione, in data 17/10/2007, e quindi attivata l'elaborazione del progetto preliminare, consegnato e validato dalla società di controllo, in data 7/8/2009, con esito positivo.

Il Comando Prov.le dei VV.FF. - Ufficio Prevenzione incendi ha espresso parere di conformità favorevole alla realizzazione dell'opera.

In data 13 marzo 2012 è stato sottoscritto, tra Regione Umbria, Azienda USL Umbria n. 2, Provincia di Terni, Comune di Narni e Comune di Amelia, l'Accordo di Programma per la realizzazione del nuovo Ospedale territoriale di Narni e Amelia.

Detto Accordo "prevede, nell'approvare il progetto definitivo del nuovo ospedale di Narni Amelia, la realizzazione dell'opera attraverso un appalto integrato ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 163/2006; con contestuale dichiarazione di pubblica utilità dell'opera ai sensi dell'art. 34, comma 6, secondo periodo del D.Lgs. n. 267/2000, ed indicando quale soggetto attuatore (per le funzioni di progettazione, appalto, direzione lavori e di costruzione) l'ex Azienda USL n. 4. Il piano finanziario previsto, a copertura dell'operazione riguardante la realizzazione dell' Ospedale di Narni Amelia, era così definito:

- € 11.371.052,63 – mutuo ASL n. 4
- € 2.700.000,00 – alienazione beni ASL n. 4

- € 18.578.947,37 – Fondi ex art 20 l.n. 67/88
- € 6.800.000,00 – soggetti privati/apporti mezzi propri
- € 15.490.000,00 – soggetti privati/banche.”

A seguito della riorganizzazione del SSR, effettuata con L.R. n. 18/2012, ed ad approfondimenti sulle ipotesi di finanziabilità del progetto relativo al Nuovo ospedale di Narni - Amelia, l’Azienda USL Umbria n. 2, subentrata all’Azienda USL n. 4, ha effettuato delle valutazioni attualizzate dell’opera di che trattasi, che hanno determinato la variazione della destinazione, senza stravolgimenti di natura tecnico/strutturale, precedentemente dedicata all’ area materno - infantile, con la destinazione a Residenza Sanitaria Assistita (n. 20/25 posti).

Quindi il nuovo assetto funzionale dell’ Ospedale di Narni Amelia è stato così definito:

Destinazione Sanitaria	N° Posti Letto
Acuti ordinari	46
Riabilitazione	74
RSA	20
Totale	140
O.B.I. Pronto Soccorso	4
Dialisi Ambulatoriale	14

Al contempo, è stato rivisto il piano finanziario, a copertura dell’operazione riguardante la realizzazione dell’ Ospedale di Narni Amelia, che veniva ridefinito nel seguente modo:

- € 16.970.769,76 – alienazione beni ex Azienda USL n. 4
- € 18.578.947,37 – Fondi ex art 20 l.n. 67/88
- € 19.430.623,64 - Project Financing.

Da quanto sopra, si evince anche l’individuazione della diversa procedura di gara in project - financing, ai sensi degli artt. 143 e 144 del D.Lgs. 163/2006, che modificava e sostituiva la precedente modalità dell’ appalto integrato, ai sensi dell’art. 53 del D.Lgs. n. 163/2006.

Tali modifiche - rimodulazione della destinazione sanitaria, nuova copertura economico-finanziaria, diversa procedura di gara - sono state recepite con Delibera di Giunta regionale n. 1283 del 19.11.2013 nell’ambito dell’ “Accordo di Programma del 05.03.2013 per il settore degli investimenti sanitari ex art. 20, L.n. 67/1988. Rimodulazione interventi”.

Il Ministero della Salute – Dipartimento della programmazione e dell’ordinamento del Servizio Sanitario nazionale – in data 14 aprile 2014, in merito alla Relazione concernente la realizzazione del Nuovo ospedale di Narni-Amelia, allegata alla DGR 1283/2013, trasmessa dalla Regione Umbria, ha accolto le motivazioni ed i principi che sottendono la costruzione del Nuovo ospedale in argomento, ovvero l’appropriatezza dell’intervento, la sostenibilità finanziaria, il mantenimento dei LEA e la qualità dell’offerta, inviando la medesima relazione al Nucleo di Valutazione e Verifica degli investimenti pubblici in Sanità.

Per le motivazioni sopra richiamate, è stato sottoscritto, in data 10.10.2014, l' Accordo di programma, tra Regione Umbria, Azienda USL Umbria n. 2, Provincia di Terni, Comune di Narni e Comune di Amelia, che modifica ed integra l' Accordo in data 13.03.2012.

Il Ministero della salute, con proprio Decreto – Direzione generale della programmazione sanitaria in data 14 ottobre 2015, acquisito il parere favorevole in data 15/07/2015, vincolato a prescrizioni e riserve, del Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici, nell'ambito degli investimenti sanitari ex art. 20, L.n. 67/1988, ha assegnato per la realizzazione dell'ospedale Narni – Amelia € 18.578.947,37 .

Nelle more dello svolgimento della procedura di P.P.P. anzidetta sono intervenuti dei cambiamenti normativi, introdotti dal nuovo Codice degli appalti, che consente nelle concessioni un contributo pubblico non superiore al 30% (Articolo 165); conseguentemente l'Azienda sta verificando ed analizzando ipotesi alternative orientate ad un appalto di lavori e non ad operazioni di Partenariato Pubblico Privato (P.P.P.).

La copertura finanziaria e le nuove scelte riguardanti le procedure di appalto costituiranno oggetto di aggiornamento dell'Accordo siglato in data 10.10.2014 tra gli Enti sottoscrittori.

A seguito della definizione di tutto l'iter amministrativo e tecnico per la realizzazione del nuovo Ospedale di Narni- Amelia si definisce il ruolo sanitario del nuovo ospedale nell'ambito della rete dell'assistenza ospedaliera regionale configurandone la mission specifica.

Terni 23.3.2017

Il Direttore Sanitario
Dr. Pietro Manzi



1. IL TERRITORIO NARNESE AMERINO

Il bacino d'utenza è rappresentato dai **53.441 abitanti** (densità abitativa media di 82,78 ab./Kmq), che risiedono nei 12 **Comuni** di Alviano, Amelia, Attigliano, Calvi dell'Umbria, Giove, Guardea, Lughano in Teverina, Montecastrilli, Narni, Otricoli, Penna in Teverina, Avigliano Umbro.

Il territorio di competenza si estende per circa **645,58 Kmq**.

Popolazione Residente al 01/01/2016 (Fonte ISTAT)

	COMUNE	POPOLAZIONE	ABITANTI/100000	ESTENSIONE (Kmq)	DENSITÀ (ab./Kmq)
1	Alviano	701	762	1.463	23,81
2	Amelia	5.797	6.100	11.897	132,55
3	Attigliano	998	1.030	2.028	10,45
4	Calvi dell'Umbria	894	962	1.856	15,19
5	Giove	922	1.006	1.928	39,30
6	Guardea	892	944	1.836	29,68
7	Lughano in Teverina	756	738	1.494	62,43
8	Montecastrilli	2.457	2.565	5.022	197,86
9	Narni	9.473	10.312	19.785	27,27
10	Otricoli	921	948	1.869	9,97
11	Penna in Teverina	530	569	1.099	51,32
12	Avigliano Umbro	1.278	1.280	2.558	45,75
	Distretto di Narni-Amelia	25.619	27.216	52.835	645,58
					82,39

2. STATO DELL'ARTE

a. ATTUALE PRESIDIO OSPEDALIERO DI NARNI AMELIA

Il P.O. di Narni-Amelia è definito dal Piano Sanitario Regionale 2003-2005 come Ospedale di Territorio non in possesso dei requisiti degli ospedali dell'emergenza. La "mission" è quella di rispondere alle prime necessità della popolazione con attività di primo soccorso e attività programmata.

Le attività di primo soccorso comprendono un primo intervento medico mirato, la stabilizzazione del paziente e, d'intesa con la Centrale Operativa del 118 e sulla base di protocolli definiti, l'eventuale trasferimento del paziente in sedi idonee per il trattamento di emergenze o altre patologie non compatibili con le capacità assistenziali del P.O.

Le attività programmate di area medica comprendono la diagnosi e il trattamento delle patologie di interesse internistico.

Le attività programmate di interesse chirurgico sono organizzate secondo il modello della chirurgia ambulatoriale e della day e week surgery.

I casi più complessi (medici e chirurgici) devono essere trasferiti in ospedali dell'emergenza.

Il P.O. di Narni-Amelia nel 2014 è parte attiva nel modello di reti ad integrazione verticale e orizzontale integrandosi con l'Az. Ospedaliera di Terni e con le altre strutture che insistono nella provincia e nella costituita Usl Umbria 2. L'integrazione con l'Az. Ospedaliera di Terni, secondo il modello Hub & Spoke, ed è in stretta e continua relazione, con gli altri Presidi Ospedalieri, della Usl Umbria 2 secondo il modello di reti ad integrazione orizzontale che facilita la cooperazione tra strutture che operano nello stesso setting assistenziale.

A partire dall'anno 2015 è stata pianificata a livello regionale la configurazione della rete ospedaliera il che impone una riconfigurazione del Presidio Ospedaliero individuando le principali linee di sviluppo da realizzare, riconnotando la vocazione degli stabilimenti ospedalieri, in attesa della costruzione del nuovo Ospedale compensoriale di Narni-Amelia.

L'impegno della Direzione Aziendale è quello di completare il piano attuativo e di individuare le aree di miglioramento organizzativo e di potenziamento/qualificazione dei servizi al fine di assicurare l'esistenza, nel Presidio di Narni Amelia, di Ospedali di base in linea con gli standard del DM 70/2015, configurati nel rispetto della pianificazione della rete ospedaliera regionale e commisurati ai bisogni assistenziali della popolazione residente capaci di rispondere agli stessi in maniera diretta o indiretta essendo punto della rete ospedaliera regionale e quindi collegato in rete, sia orizzontale che verticale, con gli altri ospedali regionali e sempre in rete, nell'ambito dell'integrazione territorio-ospedale, con i servizi territoriali primi fra tutti quelli del Distretto di Narni-Amelia.

Particolare rilievo assumono poi i rapporti di questo Presidio con l'Ospedale di Terni nell'ambito dei complessivi rapporti, rilevanti per dimensioni strutturali e complessità, con l' Azienda Ospedaliero-Universitaria di Terni che rappresenta un interlocutore privilegiato dell'Azienda per la definizione di politiche atte a soddisfare i bisogni del territorio.

Di seguito sono elencate le Strutture presenti nel Presidio:

- Chirurgia Generale
- Day Surgery
- Medicina Generale
- Oculistica (day surgery)
- Oncologia medica (day hospital)
- Ortopedia e Traumatologia
- Ostetricia e Ginecologia
- Pediatria
- Riabilitazione Cardiologica
- Riabilitazione Intensiva Domus Gratiae

Servizi di diagnosi e cura:

- Anestesia
- Cardiologia
- Diagnostica per immagini
- Endoscopia digestiva
- Emodialisi
- Laboratorio di Analisi
- Preospedalizzazione
- Poliambulatori ospedalieri
- Primo Soccorso
- Unità di raccolta sangue

Di seguito si riporta il dettaglio dei posti letto totali presenti nel P.O. di Narni Amelia al 31.12.2014 che risulta costituito da 3 stabilimenti: Narni, Amelia e Domus

Posti letto totali a gestione diretta per ospedale e per Unità Operativa. Anno 2014

		Posti letto totali a gestione diretta per ospedale e per Unità Operativa. Anno 2014			
		CHIRURGIA GENERALE	MEDICINA GENERALE	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
0901	CHIRURGIA GENERALE	10	0	6	16
2601	MEDICINA GENERALE	21	2	0	23
3301	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0	2	0	2
3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	19	0	1	20
3701	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	14	0	4	18
3901	PEDIATRIA	3	1	0	4
6401	ONCOLOGIA	0	8	0	8
Totale Ospedale Narni		67	13	11	91
Ospedale Amelia					
0902	CHIRURGIA GENERALE	3	0	2	5
2602	MEDICINA GENERALE	14	2	0	16
3401	OCULISTICA	0	0	5	5
5602	RECUP.E RIAB. CARDIOLOGICA	11			11
6402	ONCOLOGIA		7	0	7
Totale Ospedale Amelia		28	9	7	44
Ospedale Domus Gratiae					
5601	RECUP.E RIAB. FUNZIONALE	20			20
Totale Domus Gratiae		20	0	0	20

Nel corso del 2015-2016, in aderenza alla pianificazione regionale di riqualificazione dell'assistenza ospedaliera regionale nel suo complesso e nell'ambito di questa del futuro Ospedale di Narni-Amelia, il P.O. di Narni Amelia ha già subito alcune evoluzioni organizzative che indirizzano fin da ora verso quella che sarà l'offerta assistenziale in relazione alla propria mission del Nuovo Ospedale ed in particolare:

Stabilimento di Amelia

Con le Delibere del Direttore Generale n. 611/2015 e n. 632/2015 si è proceduto ad una riorganizzazione dell'offerta complessiva dell'Ospedale di Amelia al fine di :

- potenziarne la ricettività per i trattamenti riabilitativi e per i trattamenti di malattie croniche instabili con pluripatologie di interesse internistico;

- riconvertire le attuali attività di Chirurgia Generale erogate in regime orinario in attività erogabili in Day-Surgery multidisciplinare con contestuale e progressivo sviluppo delle procedure eseguibili in regime ambulatoriale;
- rimodulare la dotazione di letti per le attività oncologiche e per la chirurgia oculare in DH /DS;
- garantire una più appropriata risposta complessiva del sistema ospedale secondo il modello delle reti cliniche ad integrazione orizzontale e verticale;
- perseguire la gestione della casistica nel livello di massima competenza e sicurezza;
- attuare una riconnotazione dell'ospedale di Amelia in linea con le indicazioni regionali di cui alla D.G.R. 609/12 ed alla D.G.R. n. 1827/2014

Con Delibera del Direttore Generale n. 675/2016 "Attivazione posti letto tecnici di OBI negli Ospedali dell'Azienda Usl Umbria n. 2", in aderenza alle disposizioni regionali di cui DGR 389 del 11.4.2016 "Misure relative all'appropriatezza organizzativa ospedaliera delle prestazioni potenzialmente inappropriate di cui agli Allegati A e B al Patto per la salute 2010-2012", sono stati attivati 2 posti letto di OBI nella U.O. di Medicina.

Stabilimento di Narni

A partire dall'anno 2014 è stata pianificata a livello regionale la configurazione della rete materno infantile regionale fra i cui interventi era pervista la programmazione della chiusura del Punto Nascita (PN) di Narni, processo concluso il 31 ottobre del 2015.

Il piano attuativo della chiusura del Punto Nascita, in attuazione alla Delibera del Direttore Generale n. 637 del 30.6.2015 e alla DGR n 1591 del 21.12.2015, si è concretizzato, negli interventi per la riqualificazione della rete materno-infantile e per la riorganizzazione dell'offerta complessiva dell'Ospedale di Narni, ovvero:

- a. **chiusura del PN** nel rispetto del dettato dei LEA e degli standard specifici volti a mantenere operativi solo i punti nascita con tutti i requisiti strutturali, tecnologici e funzionali con almeno 500 parti l'anno
- b. **potenziamento ulteriore del modello di reti ad integrazione verticale e orizzontale** con integrazione dell'Ospedale di Narni con l'Azienda Ospedaliera di Terni (rete verticale H & S) e con le altre strutture della Usl Umbria 2 (rete orizzontale);
- c. **il mantenimento della Struttura di Ostetricia e Ginecologia** con i posti letto di tale disciplina (codice 37) passando dagli attuali 14 pl ordinari + 4 pl dh a 10 pl ordinari e 2 pl di dh attivi per:
 - le procedure di IVG
 - il trattamento delle patologie di interesse ginecologico prevalentemente di tipo chirurgico in attesa della riconfigurazione complessiva della rete

- ospedaliera del territorio di Narni-Amelia legato alla realizzazione dell'ospedale unico comprensoriale
- l'eliminazione della guardia notturna ginecologica con attivazione della pronta disponibilità notturna;
 - d. la chiusura dei posti letto di Pediatria e la disattivazione delle culle, con istituzione del **Centro Polispecialistico Ambulatoriale Pediatrico** - Centro attivato fin dal primo trimestre 2016 al IV piano dell'ospedale;
 - e. organizzazione di un **"Centro Donna"** per assicurare gli approfondimenti diagnostico-terapeutico in ambito ostetrico e ginecologico utilizzando il regime ambulatoriale, il regime di ricovero sia di DS che ordinario, Centro attivato fin dal primo trimestre 2016 al piano della Ginecologia dell'ospedale.
 - f. Istituzione del **Centro provinciale di II Livello per lo screening del cancro del collo dell'utero** - Centro attivato nell'aprile 2016;
 - g. riorganizzazione e potenziamento delle attività chirurgiche (chirurgia generale, ortopedia, ...) di cui fa parte anche il programma di attivazione per la Chirurgia Urologica dal marzo 2016, per la Chirurgia della Parete Addominale e per la Chirurgia Flebologica in integrazione con l'A.O. di Terni. A tal fine sono stati definiti i criteri di collaborazione fra Università, Azienda Sanitaria Locale e Azienda Ospedaliera ed è avvenuta la formalizzazione del Protocollo di Intesa tra Università di Perugia (Decreto Rettoriale n. 1472/2016) – USL 2 (D.D.G. n. 665/2016) – Az. Osp. TR (nota 217073/2016) riguardante il completamento di tutta l'attività chirurgica integrata prevista e il futuro avvio delle previste attività formativo-didattiche - "Progetto di collaborazione Azienda USL Umbria 2, Azienda Ospedaliera di Terni e Università degli Studi di Perugia, per il potenziamento delle attività chirurgiche e lo sviluppo di attività formative-didattiche e di studio-ricerca di modelli operativi assistenziali integrati fra Sistema Sanitario e Università"

Con Delibera del Direttore Generale n. 675/2016 "Attivazione posti letto tecnici di OBI negli Ospedali dell'Azienda Usl Umbria n. 2", in aderenza alle disposizioni regionali di cui DGR 389 del 11.4.2016 "Misure relative all'appropriatezza organizzativa ospedaliera delle prestazioni potenzialmente inappropriate di cui agli Allegati A e B al Patto per la salute 2010-2012", sono stati attivati 8 posti letto di OBI nelle UU.OO. di Medicina, Chirurgia, Ortopedia e Ginecologia.

Dotazione posti letto al 1.1.2016

Di seguito si riporta il dettaglio dei posti letto totali presenti nel P.O. di Narni Amelia al 1.1.2016.

Ospedale Narni							
0901	CHIRURGIA GENERALE	10	0	6	16		
2601	MEDICINA GENERALE	21	2	0	23		
3301	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0	2	0	2		
3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	19	0	1	20		
3701	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	10	0	2	12		
6401	ONCOLOGIA	0	8	0	8		
Totale Ospedale Narni		60	12	9	81		
Ospedale Amelia							
0902	CHIRURGIA GENERALE	2	0	2	4		
2602	MEDICINA GENERALE	20	2	0	22		
3401	OCULISTICA	0	0	3	3		
5602	RECUP.E RIAB. CARDIOLOGICA	9	0	0	9		
5603	RECUP.E RIAB. INTENSIVA	8	0	0	8		
6402	ONCOLOGIA	0	4	0	4		
Totale Ospedale Amelia		39	6	5	50		
Ospedale Domus Gratiae							
5601	RECUP.E RIAB. FUNZIONALE	20				20	
Totale Domus Gratiae		20	0	0	20		

b. ATTUALE OFFERTA POSTI LETTO TERRITORIALI DI RSA

Sul versante territoriale va tenuto presente che la DGR n.1708 del 30 novembre 2009 "Legge Regionale 4 giugno 2008, n.9 – Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni", prevedeva in ogni Distretto un'offerta di posti in RSA. L' offerta al 31.12.2014 in relazione a quanto previsto dalla DGR n.1708 è la seguente:

		USL Umbria 2		
USL Umbria n. 2	Ex USL 3	71	71	0
	Ex USL 4	106	75	31
	Totale	177	128	31

Va precisato inoltre che per diffusione territoriale i posti letto attivi di RSA lo sono nei Distretti di Terni, Foligno, Spoleto e della Valnerina mancando nei Distretti di Narni-Amelia e di Orvieto.

c. COSTI ATTUALI

Sul versante dei costi Il Presidio di Narni Amelia si proietta per l'anno 2016 ad un costo complessivo pari a € 25.287.033,51 e dettagliato nei seguenti fattori produttivi.

COSTI ATTUALI		DETtaglio
240	Beni sanitari	3.861.370,37
250	Beni non sanitari	41.192,51
260	Manutenzioni	654.912,54
290	Specialistica	92.019,16
340	Prestazione da Azienda del SSR	60.720,00
370	Consulenze	770.847,87
380	Godimento beni di terzi	198.865,98
390	Ruolo Sanitario	13.602.008,78
410	Ruolo Tecnico	1.348.031,00
420	Ruolo Amministrativo	172.437,36
430	Altri costi del Personale	69.633,80
440	Attività Libero Professionali	116.628,12
450	Compensi Organi Diretti	11.298,42
470	Utenze	285.437,72
480	Servizi Appaltati	2.925.001,96
510	Imposte e Tasse	1.076.627,91
Totale complessivo		25.287.033,51

Si riporta l'ultimo valore di mobilità passiva extraregionale di competenza della USL Umbria 2 per le attività di riabilitazione intensiva.

VALORE MOBILITÀ PASSIVA EXTRAREGIONE RIABILITAZIONE	€ 2.430.375,60
COD- 56 (ANNO 2013)	

3. EVOLUZIONE DEL SISTEMA: MISSION E ORGANIZZAZIONE SANITARIA DEL NUOVO OSPEDALE

La politica sanitaria nazionale e di conseguenza quella regionale pongono l'attenzione a costruire un sistema sempre più appropriato per la tutela della salute, ovvero un servizio che faccia sistema pertanto fatto da strutture, servizi e professionisti sinergici e integrati fra loro capace, proprio perché sistema, di rendere risposte efficaci, efficienti e sicure ai bisogni di salute della collettività e del singolo.

Inoltre l'evoluzione del quadro demografico ed epidemiologico, l'evoluzione dello stato di salute e di benessere socio-sanitario della popolazione, il progressivo aumento dei costi correlato con una progressiva diminuzione delle risorse economiche messe a disposizione delle Regioni dal FSN impongono una "rivisitazione" del ruolo e della mission degli Ospedali in un'ottica di governance clinica e di sostenibilità.

I primi indirizzi per il Nuovo Ospedale di Narni- Amelia

La prima ipotesi di organizzazione sanitaria pensata per il nuovo Ospedale di Narni Amelia già poneva l'accento su 4 criticità nell'offerta dei servizi ospedalieri nel territorio narnese-amerino e 1 criticità nell'offerta dei servizi territoriali, e quindi sulla necessità di: **a livello ospedaliero:**

- il bisogno di qualificare l'offerta per le acuzie sia in ambito medico che chirurgico al fine di favorire e ottimizzare i percorsi di presa in carico nel setting di ricovero sia esso urgente, sia esso programmato (ordinario e diurno), eliminando le duplicazione di attività, riducendo la mobilità passiva per alcune prestazioni chirurgiche, garantendo i servizi e le prestazioni consone ad un ospedale di base e favorendo l'integrazione territorio-ospedale sia in ingresso in ospedale che in dimissione dall'ospedale;
- il bisogno di potenziare l'area riabilitativa, in relazione alla carenza di posti letto per tale disciplina in riferimento agli standard dei posti letto per 1.000 abitanti e il che condizionava un cospicuo volume di mobilità sanitaria passiva extra-usl e soprattutto extra-regionale con le ovvie conseguenze negative sia per gli assistiti che per l'Azienda;
- il bisogno di potenziare e migliorare l'offerta dei servizi di specialistica ambulatoriale e di diagnostica e delle prestazioni ambulatoriali offrendo le prime visite di diverse branche specialistiche, organizzando in sede o in rete con le altre strutture del sistema i percorsi diagnostici completi, organizzando in sede i percorsi terapeutici ambulatoriali come ad esempio la dialisi, favorendo sempre l'integrazione territorio-ospedale;

- il bisogno di riorganizzazione le attività di emergenza-urgenza strutturando un PS con OBI collegato con le postazioni di 118, punto della rete del sistema urgenza- emergenza regionale.

a livello territoriale:

- il bisogno di offrire posti letto di strutture intermedie del tipo RSA anche a degenza breve per favorire la presa in carico di pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali o per pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto.

Le successive linee di indirizzo ministeriali

Con Decreto del Ministero della Salute n.70 del 02/04/2015 è stato adottato il **Regolamento sugli Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera**.

Il DM prevede l'organizzazione secondo livelli gerarchici di complessità delle strutture e di intensità delle cure che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti tramite un modello in rete organizzato in base alle specificità di contesto.

Sono previsti tre livelli a complessità crescente:

- **Presidi Ospedalieri di base:** strutture dotate di Pronto Soccorso e presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale: Medicina interna, Chirurgia Generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva o in regime di pronta disponibilità H24 di Radiologia, Laboratorio, Emoteca. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva";
- **Presidi Ospedalieri di I livello:** strutture sede di DEA di I livello, dotate delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per n. di parti/anno), , Pediatria, Cardiologia con U.T.I.C., Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono. Devono essere presenti o disponibili in rete H24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva" e di letti per la terapia sub-intensiva (anche a carattere multidisciplinare);
- **Presidi Ospedalieri di II livello:** strutture dotate di DEA di II livello. Tali presidi sono dotati di tutte le strutture previste per l'Ospedale di I Livello, nonché delle strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I Livello, tra le quali a titolo indicativo: Cardiologia con emodinamica interventistica h.24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia e Rianimazione Cardiochirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillofacciale, Chirurgia Plastica,

Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale, Medicina Nucleare; devono essere presenti h.24 i Servizi di Radiologia con almeno T.A.C. ed Ecografia (con presenza medica), Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale.

Lo stesso DM prevede l'esistenza di **Presidi Territoriali/Ospedali di Comunità corrispondenti di fatto alle RSA** individuate dalla pianificazione regionale.

Tali strutture possono essere configurate come specifici moduli da realizzare all'interno degli ospedali o di strutture territoriali.

Sono in genere strutture con moduli da 15-20 p.l. gestita da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai Medici di Medicina generale e dai pediatri di libera scelta e la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

Prende in carico pazienti che necessitano:

- di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare)
- di sorveglianza infermieristica continuativa.

La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni e la durata massima è di norma 60 gg..

L'accesso può avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o dall'OBI di un pronto soccorso nell'ambito dei percorsi di dimissione protetta.

Già la DGR n.1708 del 30 novembre 2009 "Legge Regionale 4 giugno 2008, n.9 – Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni", prevedeva in ogni Distretto un'offerta di posti in RSA destinata al trattamento temporaneo per la stabilizzazione clinica di casi di post acuzie, con esito di non autosufficienza già prevedendo che i posti da attivare fossero in riduzione della dotazione ospedaliera per acuti.

Le successive linee di indirizzo regionale

L'ultimo atto di programmazione regionale (DGR 212/2016) inviato al Ministero della Salute è rappresentato dal Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario regionale – atto con il quale la Regione Umbria definisce la rete ospedaliera regionale.

Con tale atto la Regione dell'Umbria definisce l'evoluzione del sistema:

"La capacità del SSR di continuare a fornire ai cittadini risposte eque, efficaci ed efficienti è sottoposta a nuove e più complesse sfide generate, da un lato, dall'evoluzione del quadro demografico ed epidemiologico e dal crescente costo delle nuove tecnologie e, dall'altro, dalla progressiva diminuzione delle risorse economiche messe a disposizione delle Regioni dal FSN.

E' fondamentale, pertanto, mettere in campo azioni che consentano di:

- *migliorare la continuità assistenziale tra il trattamento in acuzie e la presa in carico della post-acuzie;*
- *mantenere elevati standard di qualità in ogni punto della rete ospedaliera con profili di cura omogenei e scientificamente validati;*
- *ottimizzare l'attività dei professionisti senza necessità di strumenti burocratici, favorendo sinergie ed integrazioni ed evitando duplicazioni di strutture e funzioni;*
- *assicurare il decentramento di alcune attività assistenziali, con particolare riferimento a quelle dell'area delle chirurgie specialistiche al fine di contenere il fenomeno della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri.*

L'evoluzione organizzativa dell'assistenza ospedaliera, partendo dall'offerta attuale di posti letto organizzata negli stabilimenti pubblici e privati, ridisegna:

- *la rete dell'offerta pubblica e privata nel rispetto degli standard emanati dal Ministero della Salute;*
- *la mission dei singoli Ospedali;*
- *l'integrazione fra Ospedali attraverso l'implementazione delle reti cliniche*

Le azioni da portare avanti, in linea con quanto stabilito dalla pianificazione, sono, necessariamente, orientate a:

- *disegnare la rete ospedaliera regionale definendo i presidi della rete e le loro relazioni secondo il modello HUB e SPOKE in aderenza agli standard ministeriali;*
- *strutturare l'organizzazione della rete ospedaliera secondo livelli gerarchici di complessità delle strutture e di intensità delle cure. In particolare, nel ripensare l'organizzazione dell'assistenza, va garantita la centralità del paziente in modo che sia indirizzato verso un percorso unico con riferimenti sanitari certi favorendo l'appropriatezza dell'uso delle strutture ed un'assistenza continua, personalizzata ed appropriata;*
- *delineare la mission dei singoli Ospedali assicurandosi che in ognuno di essi siano soddisfatti gli standard qualitativi, quantitativi, strutturali e tecnologici;*
- *garantire la continuità assistenziale, migliorando la presa in carico e facilitando sempre più l'integrazione ospedale- territorio;*
- *dare piena attuazione della rete dell'emergenza-urgenza:*
 - *perseguendo il modello già delineato con una unica C.O e la rete territoriale di soccorso con le postazioni 118 e l'elisoccorso,*
 - *qualificando i punti di primo intervento (PPI), gli ospedali sedi di Pronto Soccorso, gli Ospedali sedi di DEA di I livello (SPOKE), gli Ospedali sedi di DEA di II livello (HUB),*
 - *sviluppando l'integrazione del sistema 118 con il sistema della Continuità assistenziale al fine di ottimizzare gli interventi richiesti in urgenza ed emergenza con risposte più organizzate, efficienti ed efficaci;*

- sviluppare l'offerta di posti letto di strutture intermedie del tipo RSA anche a degenza breve (Ospedali di Comunità) per favorire la presa in carico di pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario consolidare le condizioni fisiche o continuare il processo di recupero funzionale, o per pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie, al fine di evitare ricoveri ospedalieri impropri. La caratteristica di tale tipologia di strutture è proprio il loro posizionamento fra ospedale e domicilio e la caratteristica è quella di mediare il passaggio fra ospedale e domicilio e viceversa, con tempi di degenza definiti".

e quindi il Presidio Ospedaliero di Narni Amelia, in attesa della costruzione del nuovo Ospedale comprensoriale, ritrova la sua attuale configurazione con una variazione nei posti letto attuali (-2 per l'Ospedale di Narni e +12 per la Domus Gratiae)

Nella tabella sotto riportata sono definite, per ogni Presidio Ospedaliero e relativo Stabilimento, le dotazioni di Posti Letto valide per il periodo di riferimento del Piano.

Tab. Pianificazione dotazione posti letto per Ospedale

		Pianificazione dotazione posti letto per Ospedale				
AUSL Umbria n.1	P.O. Alto Tevere	10080101	Città di Castello**	178	4	182
		10080102	Umbertide*	35	113	148
	P.O. Gubbio-Gualdo Tadino	1008010	Gubbio-Gualdo Tadino**	137	0	137
		10080301	Castiglione del Lago*	61		61
	P.O. Unificato	10080302	Città della Pieve*	-		0
		10080303	Passignano*	-	38	38
		10080304	Assisi*	51	2	53
		10080307	Media Valle Tevere*	86	14	100
AUSL Umbria n.2	SPDC (sede fisica Ospedale di Terni)	100602	Terni	11		11
		10080901	Foligno**	293	30	323
	P.O. Foligno	10080902	Trevi*	-	48	48
		10080501	Spoleto**	133	14	147
		10080502	Norcia*	22		22
	P.O. Spoleto	10080503	Cascaia*	-	20	20
		10080701	Narni*	79		79
		10080702	Amelia*	33	17	50
	P.O. Narni/ Amelia	10080703	Domus Gratiae*	-	32	32
		100806	Orvieto**	149	26	175
Azienda Ospedaliera di Perugia	Ospedale Perugia	100901	Ospedale Perugia***	754	25	779

Azienda Ospedaliera di Terni	Ospedale Terni	100902	Ospedale Terni***	525	15	540
------------------------------------	----------------	--------	-------------------	-----	----	-----

* Ospedale di Base; ** Ospedale sede di DEA I livello; *** Ospedale sede di DEA II livello;

Conseguentemente, la DGR 212/2016 definisce un piano della rete ospedaliera regionale caratterizzato secondo livelli gerarchici di complessità e di intensità delle cure prevedendo che gli Ospedali del Presidio di Narni Amelia, in attesa della costruzione del Nuovo ospedale comprensoriale, restino Ospedali di base.

Ulteriori elementi essenziali del Piano sono l'attivazione e la piena funzionalità delle reti verticali e trasversali prime fra tutte quelle della rete dell'emergenza-urgenza e delle patologie tempo dipendenti, l'attivazione e il funzionamento dei PDTA e l'integrazione territorio-ospedale.

Il piano si conclude con il cronoprogramma di realizzazione dell'offerta dei posti letto, dell'attivazione della teleradiologia e del teleconsulto, della definizione e organizzazione dei percorsi di accesso alla rete ospedaliera, dell'attivazione delle reti e dell'integrazione territorio-ospedale e della rete ospedaliera complessiva.

La conseguente programmazione a livello aziendale

Le indicazioni del Piano stanno orientando la programmazione aziendale a connotare i 3 stabilimenti nell'indirizzo dettato (dettaglio riportato nel documento di programmazione della rete ospedaliera della USL Umbria 2 in attuazione della DGR 212/2016) e che si ritiene propedeutico e in linea con lo sviluppo futuro. Difatti la riconfigurazione delle strutture/servizi operanti nei 3 stabilimenti ed oggi fisicamente separate ma in integrazione funzionale saranno accolte nell'unico nuovo Ospedale, nel quale trovano spazio anche posti letti territoriali (RSA o ospedale di comunità) in un'ottica di facilitazione dei percorsi, di integrazione fra le strutture ospedaliere e fra queste e le strutture territoriali, di facilitazione del funzionamento delle aree assistenziali omogenee e dell'attività assistenziali per intensità di cura.

Allo stato attuale, pertanto, l'evoluzione normativa del sistema sanitario (Patto per la Salute, Standard Ospedalieri, Decisioni dei Comitati Lea....., Atti e Disposizioni Regionali) da un lato e l'evoluzione scientifica e clinico-assistenziale dall'altro continuano a proseguire nel tracciare le linee di un percorso corretto e ottimale per offrire servizi adeguati, sicuri, efficienti a garanzia dell'efficacia e dall'appropriatezza delle cure.

Tra l'altro, coerentemente con le linee d'indirizzo sanitario evolute nel tempo e le ipotizzate coperture finanziarie disponibili, erano state previste le correlate procedure per la realizzazione del Nuovo ospedale di Narni Amelia; da ultimo nell' Accordo di Programma in data 10.10.2014 era stato, tra altro, disposto di attivare una procedura di Project Financing, per il quale anche ai fini del relativo equilibrio del Piano Economico

Finanziario, era stato programmato di esternalizzare – in capo al soggetto concessionario - 74 posti di riabilitazione.

Nell'attualità, con l'entrata in vigore del Nuovo Codice degli appalti – D.Lgs. 50/2016 - non potendo procedere con un appalto di Project, in considerazione dei limiti imposti riguardanti il 30% del contributo pubblico – il P.E.F. della procedura di Project prevedeva una copertura finanziaria superiore a tale limite – è stato determinato, ai fini della realizzazione del Nuovo Ospedale di Narni – Amelia, di avviare una procedura di appalto di sola costruzione.

In tale nuova ottica, superata, ormai, la procedura del Project, si ritiene di poter rideterminare, senza stravolgimenti, la struttura sanitaria nel modo che di seguito si rappresenta.

Ed è proprio in tale contesto che si è reso necessario analizzare la progettualità fin qui documentata e sulla base della stessa proporre la pianificazione del definitivo assetto organizzativo sanitario del Nuovo Ospedale di Narni- Amelia che, anche alla luce degli interventi ultimi di pianificazione nazionale e regionale, mantenendo la linea della progettazione iniziale, interviene in una ridistribuzione dei posti letto nell'ambito dello stesso dotazione massima precedente, lasciando sostanzialmente inalterata la precedente proposta di connotazione sanitaria.

Il fabbisogno di posti letto per acuti, per post-acuti e per strutture intermedie definito dalla pianificazione regionale, in evoluzione di quella attuale, hanno delineato come riconsiderare l'ultima proposta di dotazione presentata, intervenendo:

- in misura marginale solo sulla tipologia qualitativa della dotazione e non su quella quantitativa che, resta di fatto la stessa,
- sul livello distributivo interno dei servizi e delle strutture per meglio orientare i percorsi clinico-sanitari dei cittadini.

Nel dettaglio la variazione qualitativa della dotazione di posti letto consiste sostanzialmente in:

- un aumento, ma meno consistente di quello previsto inizialmente, dei posti letto riabilitativi rispetto alla dotazione attuale presente nei 3 stabilimenti ospedalieri, si passa infatti dagli attuali 37 a 60, nella proposta precedente ne erano stati programmati 74;
- una riduzione, ma meno consistente di quella prevista inizialmente, dei posti letto per acuti rispetto alla dotazione attuale presente nei 3 stabilimenti ospedalieri, si passa infatti dagli attuali 112 a 60, nella proposta precedente ne erano stati programmati 46;
- il mantenimento dei 20 posti letto di RSA/ospedale di Comunità come nella precedente programmazione e provenienti dal contingente dei posti letto per acuti come peraltro previsto dal DM 70.

La rivisitazione della dotazione di posti letto fra acuti e post-acuti esclusivamente per allineare al meglio entrambe le tipologie di posto letto agli standard e per dare equità di accesso alla popolazione per entrambi i percorsi evitando il generarsi di liste di attesa per gli acuti e tassi di occupazione ridotti per i post-acuti.

Si mantiene, pertanto, l'idea originaria di struttura vocata alla riabilitazione, di struttura garante di attività di bassa e media complessità per le acuzie, strettamente legata al territorio e in stretta collaborazione con il Presidio Ospedaliero di Terni.

Alla luce di quanto sopra detto, e in linea con tutto quanto già pensato con la programmazione precedente, il Nuovo Ospedale di Narni Amelia si configurerà come Ospedale di base per l'offerta dei servizi di natura ospedaliera, come Ospedale Riabilitativo e come Ospedale di territorio/di comunità per l'offerta di posto letto di RSA a degenza breve.

L'assistenza ospedaliera di base per acuti sarà erogata in regime di:

- ricovero ordinario per acuti programmato e urgente;
- ricovero in day hospital e day surgery per attività programmata non superiore alle 12 ore;
- day service ed attività ambulatoriale programmata comprensiva dell'attività di dialisi;
- accettazione in urgenza e assistenza in Osservazione breve 12 – 24 ore.

L'assistenza ospedaliera di riabilitazione sarà erogata in regime di:

- ricovero ordinario programmato;
- ricovero in day hospital per attività programmata;
- day service ed attività ambulatoriale programmata.

L'assistenza ospedaliera territoriale sarà erogata in regime di RSA:

- ricovero programmato

Il **Nuovo Ospedale di Narni Amelia** così connotato risponde appieno al dettato di pianificazione nazionale dell'offerta dei servizi sanitari (DM 70/2015) riunendo nella stessa struttura fisica l'Ospedale di Base (acuto e riabilitativo) e l'Ospedale di Territorio (RSA a degenza breve) e alla pianificazione regionale che attesta la carenza di posto letto di riabilitazione e la necessità di strutture intermedie e la cui espressione complessiva è rappresentata da:

- maggior vicinanza possibile dei Servizi Sanitari di base alla popolazione di riferimento,
- integrazione nella rete regionale dell'emergenza-urgenza per rispondere in maniera adeguata alle urgenze/emergenze del territorio di riferimento,
- rispondere e incentivare i trattamenti di diagnosi e cura soprattutto in regime programmato, garantendo l'accessibilità equa e trasparente ai percorsi diagnostici e ai percorsi diagnostico-terapeutici medici e chirurgici,

- connotare la vocazione Riabilitativa per garantire i percorsi terapeutici-riabilitativi post-acuti di riabilitazione intensiva,
- rispondere e incentivare i percorsi di continuità dell'assistenza nell'ambito dell'integrazione ospedale-territorio attraverso percorsi assistenziali condivisi con l'assistenza primaria, quali ad esempio quello di ricovero in RSA per favorire la presa in carico di pazienti in dimissione da reparti per acuti o per pazienti provenienti dal territorio su indicazione del MMG,
- potenziare le reti ad integrazione verticale e orizzontale integrandosi sempre più con l'Azienda Ospedaliera di Terni e con le altre strutture che insistono nella Usl Umbria 2:
 - l'integrazione verticale con l'Azienda Ospedaliera di Terni, secondo il modello Hub & Spoke per migliorare l'applicazione di un modello dinamico e moderno dell'assistenza ospedaliera ispirata al principio della progressività delle cure che consente di concentrare gli interventi ad elevata complessità in centri di eccellenza supportati da una rete di strutture che assistono e trattano le condizioni cliniche sino ad una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale.
 - l'integrazione con gli altri Presidi Ospedalieri della USL Umbria 2 secondo il modello di reti ad integrazione orizzontale che facilita la cooperazione tra strutture che operano nello stesso setting assistenziale finalizzata alla condivisione di conoscenze, informazioni e modalità operative anche attraverso l'attivazione di pool itinerante di professionisti, finalizzando al massimo l'utilizzo delle potenzialità dei servizi esistenti e dunque all'equità di accesso a prestazioni appropriate in tutti i territori.

L'altra grossa sfida che raccoglie il **Nuovo Ospedale di Narni Amelia** così connotato è quella di rispondere ad un territorio più allargato di quello corrispondente al Distretto di Narni-Amelia potendo offrire gli stessi servizi e le stesse prestazioni in parte anche al Distretto di Terni decongestionando l'Ospedale di Terni sede di DEA di II livello da una casistica di livello base economicamente più sostenibile in un ospedale territoriale. L'obiettivo, infatti, è quello di realizzare un ospedale innovativo che ponga particolare attenzione al contesto ambientale, una struttura ospedaliera di base a metà orientata all'assistenza per acuti e a metà orientata all'assistenza riabilitativa in sinergia con l'Azienda Ospedaliera di Terni, più dedicata all'alta specializzazione, per la quale il nuovo ospedale rappresenta un supporto importante.

Il nuovo ospedale, così inteso, permetterà di dare risposte significative sia alla popolazione residente nel Distretto di Narni-Amelia che a quella residente nel Distretto di Terni e questo sia in tema di riabilitazione incidendo sulla riduzione della mobilità passiva e sia in tema di acuzie favorendo la riduzione nell'Ospedale di Terni

di interventi di piccola e media chirurgia abbattendo i tempi di attesa per queste prestazioni, garantendo per entrambe le popolazioni le prestazioni di medio-alta specializzazione e di medio-alta complessità nell’Ospedale di Terni realizzando fra le due strutture una sinergia di programmazione e di interventi. Inoltre la realizzazione dei 20 posti di RSA consentirà di avere una dotazione di posti letto di strutture intermedie anche nel territorio Narnese Amerino il che, non solo consentirà di migliorare l’offerta di servizi per le dimissioni protette per questo territorio e in più in generale per tutta l’Azienda, ma consentirà di migliorare, facilitare e ottimizzare i percorsi per post- acuti per la stessa Azienda Ospedaliera di Terni.

Riprendendo quanto già esposto precedentemente è bene ricordare che è stato avviato, fin da ora un processo di riorganizzazione degli attuali Ospedali del Presidio di Narni Amelia, progettato al futuro come ad esempio il potenziamento delle attività riabilitative con incremento dei p.l. di codice 56 (che passeranno da 37 a 49), la qualificazione dell’offerta dei p.l. per acuti con riorganizzazione delle attività chirurgiche e delle attività mediche attivando anche posti letto tecnici di OBI e posti per la chirurgia ambulatoriale, il potenziamento delle attività ambulatoriali complessive prime fra tutte quelle pediatriche e le integrazioni per varie discipline con l’Azienda Ospedaliera di Terni.

In breve si sta procedendo con una valorizzazione, che si manterrà per tutto il periodo di costruzione della nuova struttura, degli attuali stabilimenti al fine di proiettarli fin da ora alla missione e visione del futuro, rendendoli sempre più sinergici con l’Azienda Ospedaliera di Terni.

Si leggano in questa ottica gli interventi di integrazione già realizzati con l’Azienda Ospedaliera di Terni e con l’Università degli Studi sicuramente da sostenere e potenziare maggiormente nel nuovo Ospedale.

Lo sviluppo tecnico

L’ipotesi tecnica del nuovo ospedale identifica le seguenti funzioni da insediare, con le caratteristiche tecnico-funzionali e dimensionali, nonché l’individuazione della localizzazione.

Obiettivi del progetto

L’intervento deve necessariamente costituire un momento di riordino e al tempo stesso di potenziamento dell’offerta sanitaria nel distretto di Narni-Amelia per i cittadini di questo Distretto e in misura complementare anche per i cittadini del Distretto di Terni.

Nei seguenti concetti sono riassunti gli obiettivi che il progetto si pone:

- **Organismo Volumetrico:**
 - impatto architettonico percepito positivamente
 - design esterno ed interno integrato alle tecnologie
 - certificazione ambientale (risparmio energetico, basso consumo ambientale, materiali ecocompatibili)

- flessibile alle continue innovazioni tecnologiche-organizzative
- **Inserimento Ambientale:**
 - l'intervento come occasione di riqualificazione e ricucitura del paesaggio
 - riconoscibilità esterna
 - passaggio tra esterno e interno progressivo
 - accessibilità facile e differenziata
 - controllabilità degli accessi
 - vegetazione circostante come valore aggiunto
 - dotazione autosufficiente di parcheggio mitigato nel paesaggio
- **Organizzazione Gestionale e Fruibilità:**
 - gradualità di accessibilità rispetto ai tipi di servizi
 - facile orientamento nei percorsi
 - economia di gestione
 - ergonomia degli spazi e degli arredi e utilizzo delle soft qualities
 - umanizzazione degli ambienti e dei servizi
 - facile manutenzione.

Gli obiettivi ed il metodo che il Progetto del nuovo Polo ospedaliero si è dato sono in linea con contenuti programmatici e medico-sanitari che il Ministero della Sanità ha individuato con la Commissione di Studio istituita con DD.MM. 20 giugno 2000, 11 luglio 2000 e 26 agosto 2000 e successive integrazioni, cui era affidato il compito della definizione di un nuovo Modello di Ospedale per acuti ad alto contenuto tecnologico e assistenziale.

L'architettura distributiva delle strutture e dei servizi

Particolare attenzione sarà posta alla umanizzazione della struttura con:

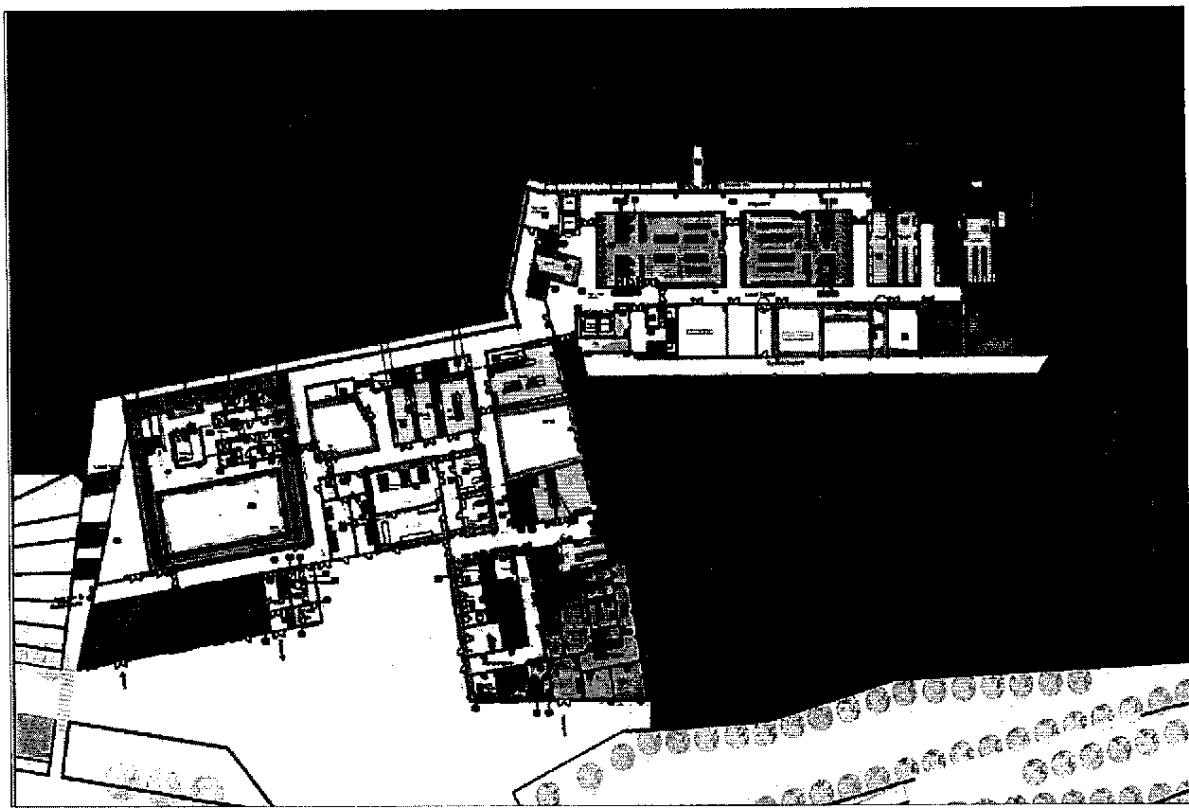
- ampia area di accoglienza con Centro Unico di prenotazione (CUP)
- spazi dedicati per gli operatori come Spogliatoi, Sala Riunioni, Studi Medici, ecc.
- adeguata segnaletica al fine di facilitare l'orientamento dell'utente nella struttura suddividendo l'Ospedale in blocchi
- **ottimizzazione degli spazi definendo il lay-out distributivo architettonico più razionale ai percorsi di diagnosi e cura e alla gestione complessiva della struttura** - il progetto si ripartisce su tre livelli principali attorno ad un giardino interno e un livello seminterrato spostato sulla pendenza del terreno.

Si dettaglia la distribuzione per livelli:

• **Livello seminterrato**

Servizi Generali per l'Ospedale:

-  Spogliatoi centrali per il personale (uomini e donne)
-  Morgue
-  Guardaroba (locale biancheria sporca, 2 locali biancheria pulita, locale cernita)
-  Cucina
-  Riabilitazione in acqua (piscina a 3 corsie, percorso KNELPP, percorso fisioterapico, spogliatoio utenti)
-  Depositi (10) + magazzini (4)
-  Ripostigli-Magazzini (locali magazzini e locali manutenzioni)
-  Locali Tecnici (6)



- **Livello zero**

Servizi Generali per il pubblico:

-  Hall-accoglienza, informazioni
-  Area commerciale
-  Bar-Mensa - Ristoro
-  Cup con 5 postazioni di front office ed 1 di back office
-  Chiesa
-  Centralinisti
-  Portieri

Servizi Generali per l'Ospedale:

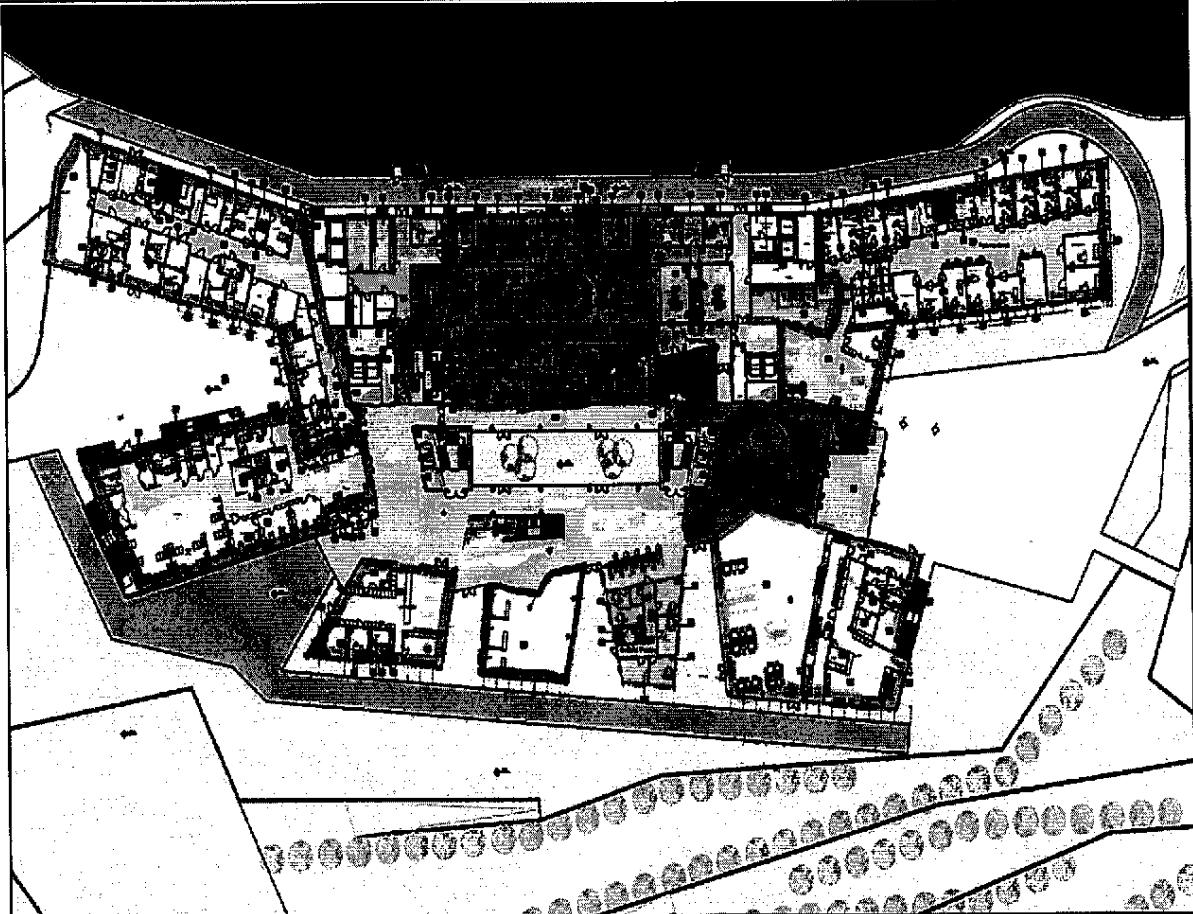
-  Direzione di Presidio
-  Farmacia (Distribuzione Diretta, Distribuzione Ausili e Protesi)

Servizi di Diagnosi

-  Prelievi e Raccolta sangue
-  Analisi cliniche
-  Radiologia con attività di Rx tradizionale (2), Ecografia (1), T.C. (1), R.M. (1), Ortopanoramico (1), Teleradiologia
-  Senologia con Ecografia (1), e Mammografia (1)
-  Poliambulatori (17 ambulatori) con attività specialistica di cardiologia, chirurgia, diabetologia, endocrinologia, ginecologia/ostetricia, neurologia, oculistica, ortopedia, otorinolaringoiatria, pneumologia, reumatologia, terapia del dolore

Servizi di Cura:

-  Pronto soccorso con Triage, Osservazione Breve, teleconsulto cardiologico, Teleconsulto radiologico e neuro-TC, POCT, eco FAST, Attività di Trasporto Sanitario integrato nel sistema 118, Medico di Guardia e Sala Gessi
-  Servizio di Dialisi con 14 posti letto tecnici



- **Livello primo**

Servizi Generali per l'Ospedale:

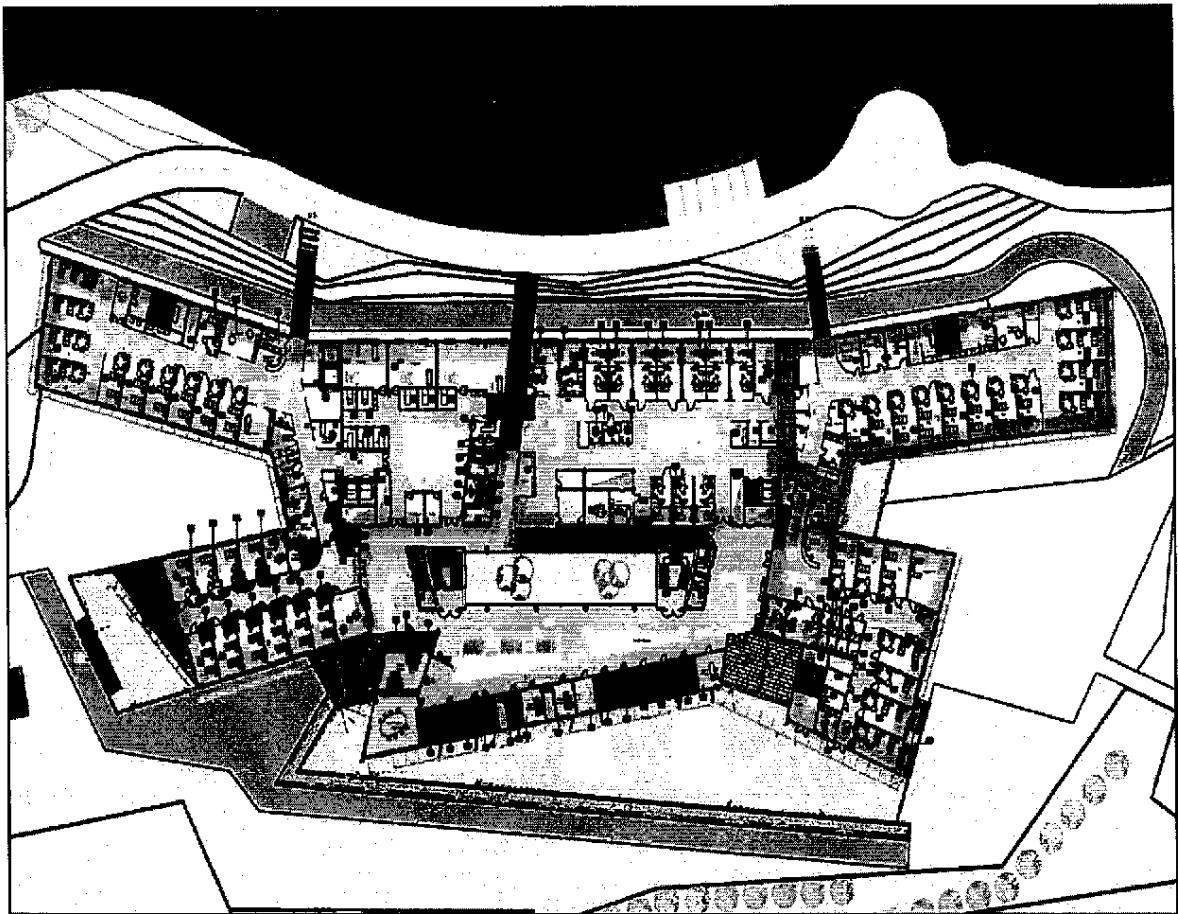
-  Studi Medici (12)
-  Sala riunioni 81)

Servizi di Degenza:

-  Area Riabilitativa con 60 posti letti complessivi distribuiti in due blocchi uno da 38 e uno da 22, ambulatori riabilitativi (10), palestre (3) con addestramento domotica e 13 box, uffici e ingressi anche a livello

Strutture territoriali:

-  RSA con 20 posti letti con ingressi anche a livello



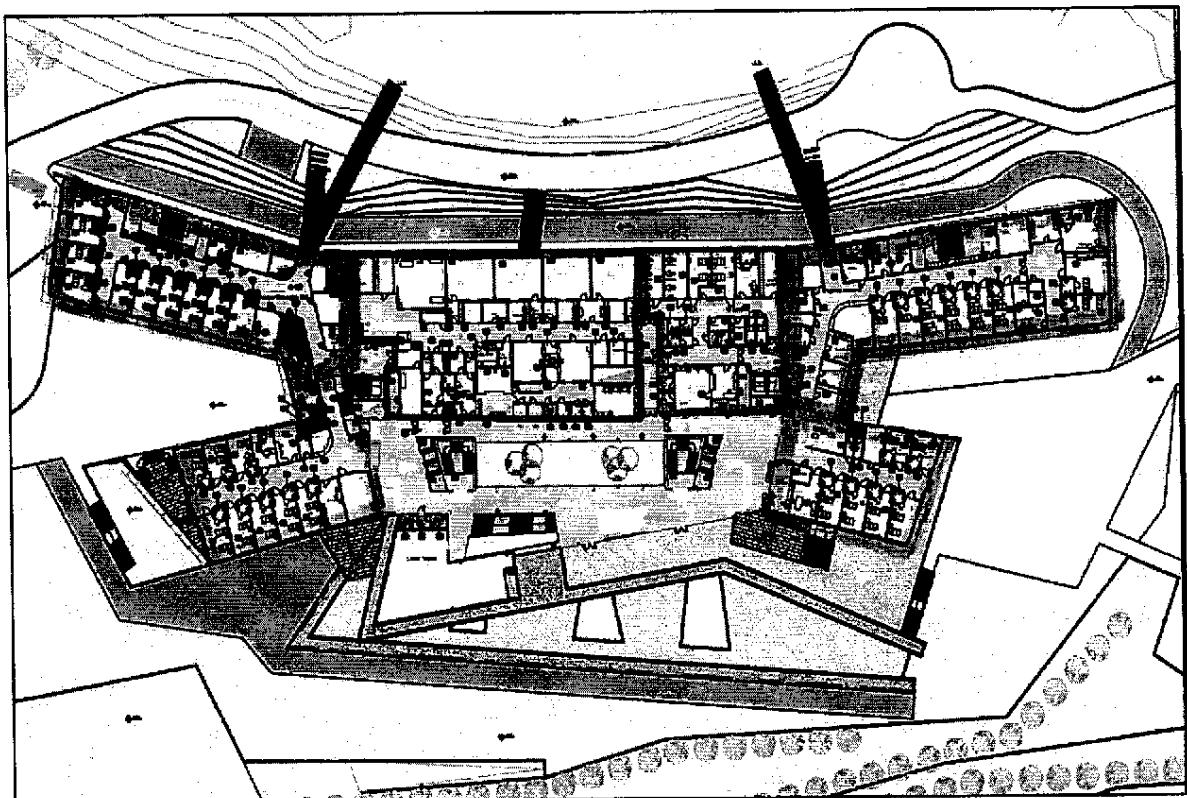
- **Livello secondo**

Servizi Generali per l'Ospedale:

- Gruppo Operatorio (4) e Polo Endoscopico (3)

Servizi di Degenza:

- Area Medica (21) sulla stessa linea verticale del Pronto Soccorso per facilitare l'accesso dei ricoveri urgenti
- Polo Oncologico (9 DH) + 6 posti letto tecnici multidisciplinare
- Area Chirurgica: Ginecologia (9), Chirurgia (9), Oculistica (2)
- Area Chirurgica: Ortopedia(10)
- Posti letto tecnici/poltrone (10) per Area Chirurgica Ambulatoriale (Ginecologia, Chirurgia Generale, Ortopedia, Oculistica)



Il dimensionamento organizzativo e funzionale

In seguito a tali considerazioni l'assetto finale del nuovo polo sanitario per l'accorpamento dei servizi territoriali risulta confermato in **140 posti letto** di cui **60 per acuti** (**46 ordinari, 9 di Day Hospital e 5 di Day Surgery**, **60 di riabilitazione**, **20 di RSA** oltre a **4 posti letto di Osservazione Breve**, **14 posti dialisi** e **16 posti letto tecnici/poltrone** per l'area medica e l'area chirurgica in relazione alle specifiche necessità:

NUOVO OSPEDALE						
	CHIRURGIA GENERALE	8	0	1	9	3
AREA CHIRURGICA-GINECOLOGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	9	0	1	10	2
	GINECOLOGIA	8	0	1	9	2
	OCULISTICA	0	0	2	2	3
AREA MEDICA	MEDICINA GENERALE	21	0	0	21	0
	ONCOLOGIA	0	9	0	9	0
	DIALISI	0	0	0	0	14
	POSTI MULTIDICHIPLINARI	0	0	0	0	6
	OBI PS	0	0	0	0	4
Totale ACUTI		46	9	5	60	34
AREA RIABILITATIVA	RIABILITAZIONE	55	5	0	60	0
Totale RIABILITAZIONE		55	5	0	60	0

NUOVO OSPEDALE		
AREA TERRITORIALE	RSA	20

Tradizionalmente il percorso fisico e clinico del paziente dentro l'ospedale veniva governato e gestito quasi esclusivamente dalle diverse unità operative che determinavano anche le "proprietà" delle risorse strutturali aziendali (infermieri, P.L., sedute operatorie, tecnologia).

Tale modello genera sovraffollamento, inappropriatezza e liste di attesa, non facilita le relazioni strutturate organizzative creando interferenze fra percorsi di urgenza e di

lezione il che genera da un lato demotivazione e scarsa integrazione professionale e dall'altro disconnessione con i servizi sul territorio, il tutto si riflette nella percezione dei pazienti di scarso coordinamento fra servizi sanitari che non dovrebbero mai essere discontinui per garantire la presa in carico.

Nel tempo tale modello si è rilevato insufficiente dal punto di vista produttivo, inadatto a garantire quelle integrazioni clinico-professionali necessarie alle esigenze dei pazienti.

E' importante pensare a strutturare le attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, le intensità delle cure, la durata della degenza e il regime di ricovero, superando proprio l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica. L'intensità delle cure per area assistenziale è l'elemento guida, l'elemento base per progettare un ospedale innovativo, aderente alle politiche di programmazione sanitaria.

In altri termini, ripensare l'organizzazione secondo la logica della **CENTRALITA' DEL PAZIENTE** vuol dire mettere il paziente al centro della struttura e organizzare l'assistenza in modo che ciascun paziente sia indirizzato verso un percorso unico con riferimenti sanitari certi per favorire l'appropriatezza dell'uso delle strutture ed un'assistenza continua e personalizzata

In questo senso l'Ospedale deve essere inteso come una risorsa da usare solo quando indispensabile e per il tempo strettamente necessario e pertanto proprio ideato per mettere al centro il paziente con la sua esigenza di cura e i suoi bisogni di assistenza (Mauri 2003) nell'ambito del percorso unico che ha il paziente per la tutela della propria salute.

L'ospedale deve essere centrato sui bisogni del cittadino perché il cittadino deve essere sicuramente curato efficacemente, tempestivamente e in condizioni di sicurezza, ma deve anche essere preso in carico dandogli riferimenti certi, deve essere informato sul percorso e sullo sviluppo del processo di diagnosi e cura, deve essere accolto, ascoltato, rassicurato, gli vanno garantiti il confort e la privacy di cui ha bisogno, gli va tutelata la dignità, gli va garantita equità di accesso, trasparenza di interventi e soprattutto coordinamento, integrazione e continuità tra le varie fasi del percorso e di tutto questo ne deve avere percezione reale.

Per garantire tutto ciò si parte dalla stessa progettazione della struttura al fine di realizzare una struttura fisica che già orienti a implementare percorsi per graduare l'intensità delle cure, a separare i percorsi urgenti da quelli programmati, a ottimizzare l'utilizzo dei posti letto e delle tecnologie, a qualificare e motivare i professionisti che vi operano e di conseguenza a rispondere efficacemente ai diversi gradi di complessità assistenziale e di instabilità clinica con cui si presentano i pazienti che vi accedono.

L'Ospedale è progettato per blocchi funzionali uniformi/aree funzionali omogenee ovvero per tipologia e livello di cure prestate, blocchi/aree dove insistono in maniera integrate le diverse discipline.

Il modello poggia su sette cardini importanti:

1. la garanzia di accesso ai percorsi ospedalieri e quindi sul ruolo importante di filtro dato al Pronto Soccorso per la presa in carico delle condizioni di urgenza indirizzando se necessario i pazienti nell'area di degenza appropriata da quella di breve osservazione a quella di ricovero medica o chirurgica riducendo al minimo i trasferimenti interni, e sul ruolo importante dato ai servizi ambulatoriali e di diagnostica per orientare i successivi percorsi di ricovero programmati;
2. la garanzia di integrazione con l'Azienda Ospedaliera di Terni nell'ottica della sinergia e della continuità delle cure e quindi sia per il trasferimento dall'Ospedale di Narni Amelia all'Ospedale di Terni di casistiche che necessitano del III livello di Intensità di Cura (strutture e servizi di alta e elevata complessità assistenziale) e sia per il trasferimento di casistiche dall'Ospedale di Terni all'Ospedale di Narni di medio-bassa complessità assistenziale più appropriatamente trattabili in un Ospedale di base;
3. la garanzia di continuazione dei percorsi di dimissione ospedaliera nella rete dei servizi per post-acuti all'interno dello stesso stabile attivando, in relazione alle specifiche esigenze assistenziali, rispetto alle quali vengono proprio progettati interventi mirati, o un percorso riabilitativo intensivo o un percorso di residenzialità assistenziale di post-acuzie e questa continuazione vale sia per le strutture presenti nell'Ospedale di Narni Amelia sia per le strutture presenti nell'Ospedale di Terni sempre nell'ottica della sinergia e dell'integrazione fra Aziende;
4. la garanzia di continuazione dei percorsi di dimissione ospedaliera nella rete dei servizi territoriali con attivazione delle dimissioni protette per ADI, Cure Palliative, Assistenza semiresidenziale, Assistenza residenziale e ovviamente la restituzione all'assistenza primaria garante anche di percorsi di sanità di iniziativa;
5. la garanzia di accesso alla RSA anche con programmazione di interventi specifici dal domicilio o da altra struttura territoriale avviati dalla valutazione clinica del MMG;
6. il ruolo dei professionisti che rappresentano a tutti i livelli, territoriale e ospedaliero, anche attraverso il proprio sviluppo professionale e clinico, il motore delle singergie, delle condivisioni e del coordinamento delle azioni;
7. il ruolo di partecipazione del paziente in questo processo di riconfigurazione della rete dei servizi ospedalieri e della loro integrazione con quelli territoriali: il paziente coinvolto (accolto, ascoltato, informato) e consapevole (educato, orientato, responsabilizzato) aiuta ad affrontare il cambiamento, a superare le resistenze e a favorire la realizzazione del modello.

Ospedale per acuti

In quest'ottica il modello organizzativo del Nuovo Ospedale di Narni Amelia è stato strutturato in aree assistenziali omogenee separate in base all'intensità per livelli e

prevede un'ampia e separata area per le prestazioni ambulatoriali al piano terra. Il principio con cui si realizzano le aree assistenziali omogeneo è quello della condivisione delle risorse comuni (spazi fisici, arredi, tecnologie) per una programmazione di utilizzo flessibile delle stesse da parte delle discipline che concorrono all'utilizzo in relazione alle esigenze dei percorsi diagnostico-terapeutici che prendono in carico i pazienti.

Le aree individuate sono:

AREE PER ACUTI

- Chirurgica;
- Medica;
- Emergenza urgenza;
- Diagnostica;
- Ambulatoriale.

Per l'Area Assistenziale Chirurgica, di bassa-media intensità assistenziale, è previsto:

- Organizzazione di due blocchi di degenza uno con 20 PL (Chirurgia Generale, Ginecologia e Oculistica) e uno con 10 posti letto (Ortopedia) cui si aggiungono 10 posti tecnici/poltrone per la chirurgia ambulatoriale, articolata in base alle modalità assistenziali (degenza ordinaria, Day Surgery, ambulatoriale);
- Potenziamento, in regime di week e day surgery, dell'attività programmata di chirurgia generale e chirurgia ginecologica;
- Potenziamento, in regime di week e day surgery, dell'attività programmata di chirurgia specialistica:
 - chirurgia generale nelle specialità urologica, flebologica, proctologica e della parete addominale;
 - chirurgia ortopedica;
 - chirurgia oculistica;
- Organizzazione dell'urgenza chirurgica H24;
- organizzazione di un'attività specialistica di secondo livello integrata con il livello consultoriale e volta a garantire approfondimenti diagnostico-terapeutico in ambito ostetrico e ginecologico - "Centro Donna" - per assicurare gli approfondimenti diagnostico-terapeutico in ambito ostetrico e ginecologico utilizzando il regime ambulatoriale, il regime di ricovero sia di DS che ordinario, con offerta ampliata e ulteriormente diversificata in tutte le aree d'intervento quali il percorso nascita, la tutela della maternità e della procreazione responsabile, l'adolescenza, l'età fertile e la fase preconcezionale, la menopausa e il climaterio, attraverso un approccio multidisciplinare e con il coinvolgimento di specifiche professionalità operanti nei servizi ospedalieri e territoriali;

- Implementazione di percorsi assistenziali integrati e multidisciplinari per la chirurgia oncologica, in particolare per gli interventi incardinati nei percorsi degli screening;
- **Assistenza anestesiologica H24** e gestione del dolore postoperatorio;
- **Blocco Operatorio** con 4 sale operatorie.

Per l'**Area Assistenziale Medica**, di bassa-media intensità assistenziale, è previsto:

- organizzazione di un'area di degenza comune con 21 PL ordinari e un area di day-week Hospital con 9 PL di DH dedicati per l'oncologia e 6 posti tecnici per le attività multidisciplinare di area medica, articolata in base alle modalità assistenziali (degenza ordinaria, Day Hospital, ambulatoriale);
- potenziamento di un'offerta multidisciplinare di specialistica ambulatoriale (cardiologia, diabetologia, reumatologia, medicina interna) nella gestione dei percorsi per le patologie croniche in integrazione con i MMG;
- implementazione di percorsi di dimissione protetta organizzati in base ai livelli di complessità della gestione assistenziale infermieristica mediante dimissioni a domicilio o nei posti letto della RSA previsti nello stesso Ospedale;
- organizzazione di un'area oncologica per la gestione assistenziale con presa in carico del paziente all'interno di percorsi integrati e multidisciplinari sia con i servizi aziendali (endoscopia digestiva, senologia, chirurgia) sia interaziendali (oncologia, radioterapia, diagnostica di Terni) che con i servizi territoriali di cure palliative.

Per l'**Area Assistenziale dell'emergenza urgenza**, di bassa-media intensità assistenziale, è previsto:

- gestione e organizzazione di una risposta assistenziale appropriata ed efficace per il **trasporto in emergenza-urgenza (sistema del 118)**, operando in rete con la Centrale Operativa Unica Regionale secondo protocolli validati e condivisi per le patologie tempo dipendenti gravate da elevata mortalità e disabilità : infarto, ictus, politrauma;
- gestione e organizzazione di una risposta assistenziale appropriata ed efficace di **Pronto Soccorso**, utilizzando il **trage** per garantire la priorità delle prestazioni in relazione all'urgenza della patologia;
- **attività di accettazione** per i ricoveri urgenti e gestione, in base a protocolli validati, dell'accesso ai posti letto di Osservazione Breve;
- gestione di un'area di degenza con 4 Posti di Osservazione Breve finalizzata alla gestione assistenziale a 24 – 48 ore per interventi diagnostici e terapeutici nei confronti di pazienti che non necessitano di ricovero immediato e che possono essere rinviati a domicilio dopo cure appropriate. Sono utilizzabili come posti di Osservazione Breve anche 3 posti in area medica e 3 posti in area chirurgica collegati con il DEA per l'osservazione di casistiche specifiche.

Per l'Area Assistenziale della Diagnostica è previsto:

- **Gastroenterologia ed endoscopia digestiva:**

- Potenziamento attività di diagnostica endoscopica e trattamenti operativi correlati;
- Colonscopie diagnostiche ed operative da screening;
- Organizzazione dell'offerta in base ai criteri di priorità definiti dalle classi RAO per l'endoscopia digestiva;
- Valutazione integrata multidisciplinare (endoscopista, oncologo, chirurgo) all'interno del percorso assistenziale per il trattamento del carcinoma del colon retto.

- **Diagnostica per immagini:**

- Potenziamento della diagnostica per immagini (Rx tradizionale, Ecografia, Mammografia, T.C., R.M.) programmata ed urgente H24, per pazienti ricoverati, ambulatoriali e di Pronto Soccorso;
- Prevenzione del carcinoma della mammella mediante Screening mammografico e valutazione multidisciplinare integrata (senologo, oncologo, chirurgo) all'interno del percorso assistenziale;
- Ulteriore implementazione della teleradiologia sia per la diagnostica tradizionale che per la neuro TC.

- **Diagnostica di laboratorio:**

- Diagnostica di patologia clinica programmata e urgente H24 per i pazienti ricoverati e programmata per pazienti ambulatoriali;
- Ulteriore sviluppo della diagnostica mediante POCT a livello di Pronto Soccorso.

Per l'Area Assistenziale ambulatoriale è previsto:

- **Ginecologia :**

- Organizzazione **del Centro provinciale di II Livello per lo screening del cancro del collo dell'utero;**

- **Pediatria :**

- Organizzazione di **Centro Polispecialistico Ambulatoriale Pediatrico** per garantire le attività pediatrica in regime ambulatoriale integrata con i PLS e con i servizi di secondo livello volta a garantire, mediante l'utilizzo di protocolli condivisi, il monitoraggio e la gestione di patologie pediatriche che necessitano di prestazioni diagnostiche e trattamenti specialistici erogabili in ambiente ospedaliero.

- **Nefrologia e Dialisi**

- Consolidamento dell'attività di dialisi extracorporea e di dialisi peritoneale con 14 posti tecnici;

- Attività ambulatoriale nefrologica orientata sia alla prevenzione della malattia renale cronica che al follow up.
- **Poliambulatorio specialistico**
 - Organizzazione in un'area comune dell'assistenza specialistica ambulatoriale orientata a garantire secondo criteri di equità di accesso la programmazione aziendale dei tempi di attesa, con utilizzo di modalità di day service per alcune patologie croniche;
 - Organizzazione di un'attività ambulatoriale di secondo livello per la gestione e il trattamento del dolore in integrazione con i MMG e PLS volta a garantire interventi diagnostici e terapeutici, farmacologici, strumentali e chirurgici, variamente integrati e finalizzati alla riduzione delle disabilità dei malati affetti da dolore.
- **Unità Raccolta sangue**
 - Implementazione dell'attività correlata con la donazione del sangue in integrazione con le associazioni dei donatori integrando in una unità le precedenti Unità presenti ad Amelia e a Narni.

Ospedale per post-acute riabilitativo

Il nuovo ospedale di Narni-Amelia offre l'opportunità di costituire un polo di riabilitazione intensiva nell'area sud dell'Umbria per il recupero delle disabilità cui si associa la disponibilità di posti letto di strutture intermedie.

La disponibilità di posti letto per la riabilitazione intensiva (Cod. 56) è importante perché la riabilitazione è la prima fase della riabilitazione da iniziare precocemente dopo l'esordio della malattia in acuto. Le patologie, trattabili in regime di riabilitazione intensiva post-acute identificate con il codice 56 che prevedono un ricovero ospedaliero, riguardano i seguenti gruppi di patologie: MDC1-Patologie del sistema nervoso centrale, MDC4-Patologie dell'apparato respiratorio, MDC5-Patologie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio, MDC8-Patologie ortopediche e degenerative delle articolazioni.

Le attività di riabilitazione intensiva sono rivolte al recupero di disabilità rilevante, modificabile, che richiede un elevato impegno diagnostico medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico, in termini di intensità, precocità e complessità dell'intervento.

Il paziente è giudicato suscettibile di significativi miglioramenti funzionali durante il ricovero, cioè di poter ritornare nella comunità (con o senza supporto) o di poter progredire verso un altro livello organizzativo di cure riabilitative; le condizioni cliniche del paziente richiedono un trattamento riabilitativo indifferibile e non erogabile

efficacemente in regimi alternativi e comunque da somministrarsi con approccio multiprofessionale e multidisciplinare.

La presa in carico prevede la stesura di un PRI (Progetto Riabilitativo Individuale) che viene redatto solo se le condizioni cliniche del paziente sono tali da consentire l'elaborazione e l'effettuazione di un programma terapeutico, garantendo al fine la continuità terapeutica dalla fase acuta attraverso il ricovero esclusivamente di pazienti provenienti da reparti per acuti con richiesta di ricovero riabilitativo documentata anche se è consentita un'attesa temporanea dei pazienti al domicilio dopo la dimissione dal reparto.

L'intervento di elezione è quello multidisciplinare proprio perché la riabilitazione è un processo multiprofessionale che coinvolge più figure orientate alla presa in carico globale della persona:

- medico fisiatra o specialista in riabilitazione , responsabile del progetto;
- personale dell'area professionale riabilitativa: fisioterapista, logopedista, terapista occupazionale,
- Personale dell'area professionale infermieristica: infermiere, OSS.
- Psicologo e assistente sociale

Lo strumento di lavoro dell'équipe riabilitativa è il progetto riabilitativo individuale orientato ad ottenere il miglior esito (outcome) possibile. Il progetto riabilitativo avviene con valutazione dell'équipe riabilitativa coordinata dal fisiatra o medico specialista in riabilitazione, responsabile del progetto ed è attuato attraverso uno o più programmi riabilitativi svolti dai vari operatori sanitari dell'équipe come il fisioterapista, il logopedista, il terapista occupazionale dei quali sono responsabili. L'attività dipende in larga parte dal funzionamento del team e la capacità di comunicazione interprofessionale e interpersonale del professionista sanitario è di notevole importanza per il processo riabilitativo.

- Per l'Area Riabilitativa è previsto:
 - Organizzazione di 60 posti letto in due blocchi uno da 38 e uno da 22 al primo piano per la Riabilitazione intensiva ad orientamento specialistico, così distribuiti:
 - la riabilitazione delle patologie del sistema nervoso centrale (MDC1) rivolta prevalentemente a pazienti post-acuti in fase precoce con Ictus (Medio-Grave), trauma cranico (di media gravità), Polineuropatie medio-gravi, encefaliti medio-gravi, tumori cerebrali, altre patologie acute neurologiche disabilitanti. In misura minore, per casi selezionati, si possono ricoverare anche pazienti in fase cronica come, ad esempio sclerosi multipla, Parkinson e altre patologie degenerative (ipotesi 12 p.l.).

- la riabilitazione cardiologica (MDC5) che ha il compito di mettere in atto tutti gli interventi richiesti per garantire le migliori condizioni fisiche - psicologiche e sociali in modo che i pazienti con cardiopatia post-acuta da ischemia e interventi di cardiochirurgia (Bypass e trapianti) (ipotesi 14 p.l.).
- la riabilitazione respiratoria (MDC4) che ha il compito di mettere in atto tutti gli interventi diretti a persone con malattie polmonari prevalentemente in ambito post acuzie favorendo le dimissioni dall'ospedale dell'acuto. Ad esempio insufficienze respiratorie anche gravi comprese le condizioni di tracheostomia (ipotesi 12 p.l.).
- la riabilitazione delle Patologie Muscoloscheletriche (MDC8) mirato a patologie ortopediche e reumatiche. Questa sezione ha un valore strategico poiché la patologia ortopedica è una voce importante dell'export. Principalmente sarà rivolta alla artroprotesi in stretta continuità con i reparti di ortopedia offrendo "pacchetti" intervento-riabilitazione (ipotesi 22 p.l.).
 - 10 ambulatori riabilitativi
 - 3 palestre
 - Piscina a 3 corsie al piano -1 per la riabilitazione in acqua, il percorso KNELPP e il percorso fisioterapico

Ospedale per post- acuti territoriale

La disponibilità di posti letto di RSA/Ospedale di Comunità è misura altrettanto importante in quanto attiva nell'Ospedale e quindi nel e per il territorio un'offerta di servizi fino ad oggi del tutto carente. Si tratta di avere a disposizione posti letto vocati a:

- ospitare pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario consolidare le condizioni fisiche, continuare il processo di recupero funzionale, accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero,
- ospitare pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera.

La caratteristica di tale tipologia di struttura, cosiddetta intermedia, è proprio il suo posizionamento fra ospedale e domicilio e nelle situazioni dovute quali quelle sopra elencate media il passaggio fra ospedale e domicilio e fra domicilio e ospedale, per tale motivo la permanenza ha tempi di durata definiti.

La struttura di RSA è pertanto una struttura di cura e di minima riabilitazione destinata ad accogliere persone malate che non necessitano del ricovero in ospedale (per acuti o in riabilitazione) ma, nel contempo, non possono veder risolti i propri problemi di salute in

ambito domiciliare. Qualora il paziente non potesse rientrare a domicilio va attivato il trasferimento verso struttura idonea alla permanenza a vita (strutture residenziali di altra natura).

Essendo una struttura territoriale specifica è stata pensata, così come indicato dagli indirizzi di pianificazione, delineando spazi ed accessi autonomi, orientati alla persona malata, aperta al territorio, integrata con il sociale, aperta alle famiglie e ai caregivers.

E' struttura con un definito turnover di ricoveri, ad alta intensità assistenziale infermieristica e tutelare e medio-bassa intensità riabilitativa ed assistenziale medica, con responsabilità clinica affidata al MMG, in quanto sanitario a cui è affidato il malato ed è il titolare delle decisioni diagnostico terapeutiche. La responsabilità funzionale è dell'equipe infermieristica (Dirigente infermieristico, Coordinatore infermieristico, Personale OSS ed ausiliario) mentre la responsabilità organizzativa spetta al Distretto (cfr. atti di pianificazione regionale)

La configurazione di questa RSA, pensata e progettata come specifico modulo all'interno dell'Ospedale, corrisponde al Presidio Territoriale/Ospedale di Comunità, previsto dal Patto per la Salute e dal "Regolamento standard ospedalieri".

- Per l'Area RSA è previsto:

- attivazione di 20 posti letto al primo livello dell'Ospedale per la presa in carico pazienti che necessitano di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare) e di sorveglianza infermieristica continuativa, e quindi destinati al trattamento temporaneo per la stabilizzazione clinica di casi di post acuzie, con esito di non autosufficienza;
- di orientare la degenza media intorno ai 15/20 giorni anche se la durata massima può arrivare a 60/90 gg.
- garanzia di accesso dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o dall'OBI di un pronto soccorso nell'ambito dei percorsi di dimissione protetta,
- garanzia di assistenza nelle 24 ore da parte del personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai Medici di Medicina generale e dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale.

Il dimensionamento complessivo

Di seguito si riporta la tabella che declina le attività e funzioni garantite nel rispetto delle indicazioni della pianificazione regionale

Ospedale di Narni Amelia	
Area Assistenziale	Offerta Assistenziale prevista
Area Chirurgica di media e bassa intensità assistenziale	8 PL di degenza ordinaria e 1 PL di DS di Chirurgia Generale + 3 PL tecnici di OBI specialistica
	2 PL di DH/DS di Oculistica + 3 PL tecnici di OBI specialistica
	9 PL di degenza ordinaria e 1 PL di DS di Ortopedia e traumatologia + 2 PL tecnici di OBI specialistica
	8 PL di degenza ordinaria e 1PL di DS di Ginecologia + 2 PL tecnici di OBI specialistica
	10 Poltrone di chirurgia ambulatoriale generale e specialistica
	Blocco Operatorio con 4 sale di cui 1 dedicata all'urgenza
	attività programmata, in regime ordinario e di week e DS, di chirurgia generale, chirurgia generale e chirurgia specialistica (oncologica, oculistica, ortopedica, urologica, flebologica, otorinolaringoiatrica, plastica e ricostruttiva, ginecologica, mammaria, proctologica e della parete addominale)
	Implementazione di percorsi assistenziali integrati e multidisciplinari per la chirurgia oncologica, in particolare per gli interventi incardinati nei percorsi degli screening
	urgenza chirurgica H24
Area Medica di media e bassa intensità assistenziale	assistenza anestesiologica H24
	21 PL di degenza ordinaria di Medicina generale + 3 PL tecnici di OBI specialistica
	9 PL di Day Hospital di Oncologia nell' area di day-week Hospital per consentire l'organizzazione di un'area oncologica per la gestione assistenziale con presa in carico del paziente all'interno di percorsi integrati e multidisciplinari sia con i servizi aziendali (endoscopia digestiva, senologia, chirurgia) sia interaziendali (oncologia, radioterapia, diagnostica di Terni) che con i servizi territoriali di cure palliative
	6 PL tecnici per le attività multidisciplinare di area medica , articolata in base alle modalità assistenziali (degenza ordinaria, Day Hospital, ambulatoriale)
	potenziamento di un'offerta multidisciplinare di specialistica ambulatoriale (cardiologia, diabetologia, reumatologia, medicina interna) nella gestione dei percorsi per le patologie croniche in integrazione con i MMG
Area dell'emergenza urgenza di bassa-media Intensità assistenziale	implementazione di percorsi di dimissione protetta organizzati in base ai livelli di complessità della gestione assistenziale infermieristica mediante dimissioni a domicilio o nei posti letto della RSA previsti nello stesso Ospedale
	Attività di Pronto Soccorso con Triage che garantisce le attività di accettazione per i ricoveri urgenti e gestione, in base a protocolli validati, dell'accesso ai posti letto di Osservazione Breve
	Osservazione Breve con 4 PL finalizzata alla gestione assistenziale a 24 – 48 ore per interventi diagnostici e terapeutici nei confronti di pazienti che non necessitano di ricovero immediato e che possono essere rinvolti a domicilio dopo cure appropriate. Sono utilizzabili come posti di Osservazione Breve anche 3 posti in area medica e 3 posti in area chirurgica collegati con il DEA per l'osservazione di casistiche specifiche.
	Gestione e organizzazione di una risposta assistenziale appropriata ed efficace per il trasporto in emergenza-urgenza (sistema del 118), operando in rete con la Centrale Operativa Unica Regionale secondo protocolli validati e condivisi per le patologie tempo dipendenti gravate da elevata mortalità e disabilità : infarto, ictus, politrauma
	Gestione e organizzazione di una risposta assistenziale appropriata ed efficace di

	<p>Pronto Soccorso, utilizzando il triage per garantire la priorità delle prestazioni in relazione all'urgenza della patologia</p> <p>Teleconsulto cardiologico, teleconsulto radiologico e neuroTc, POCT, eco FAST</p> <p>Attività di Trasporto Sanitario integrato nel sistema 118</p>
Area Materno-Infantile ambulatoriale	<p>Organizzazione del Centro provinciale di II Livello per lo screening del cancro del collo dell'utero</p> <p>Organizzazione del "Centro Donna" - per assicurare attività specialistica di secondo livello integrata con il livello consultoriale volta a garantire approfondimenti diagnostico-terapeutico in ambito ostetrico e ginecologico - utilizzando il regime ambulatoriale, il regime di ricovero sia di DS che ordinario, con offerta ampliata e ulteriormente diversificata in tutte le aree d'intervento quali il percorso nascita, la tutela della maternità e della procreazione responsabile, l'adolescenza, l'età fertile e la fase preconcezionale, la menopausa e il climaterio, attraverso un approccio multidisciplinare e con il coinvolgimento di specifiche professionalità operanti nei servizi ospedalieri e territoriali</p> <p>Organizzazione di Centro Polispecialistico Ambulatoriale Pediatrico per garantire le attività pediatrica in regime ambulatoriale integrata con i PLS e con i servizi di secondo livello volta a garantire, mediante l'utilizzo di protocolli condivisi, il monitoraggio e la gestione di patologie pediatriche che necessitano di prestazioni diagnostiche e trattamenti specialistici erogabili in ambiente ospedaliero.</p>
Area dei servizi di diagnostica	<p>Diagnostica per immagini con attività di Rx tradizionale, Ecografia, Mammografia, T.C., R.M., Teleradiologia) con potenziamento della diagnostica per immagini programmata ed urgente H24, per pazienti ricoverati, ambulatoriali e di Pronto Soccorso;</p> <p>Prevenzione del carcinoma della mammella mediante Screening mammografico e valutazione multidisciplinare integrata (senologo, oncologo, chirurgo) all'interno del percorso assistenziale;</p> <p>Ulteriore implementazione della teleradiologia sia per la diagnostica tradizionale che per la neuro TC</p>
	<p>Diagnostica di laboratorio:</p> <p>Diagnostica di patologia clinica programmata e urgente H24 per i pazienti ricoverati e programmata per pazienti ambulatoriali</p> <p>Ulteriore sviluppo della diagnostica mediante POCT a livello di Pronto Soccorso.</p>
	<p>Medicina Trasfusionale con UCR</p> <p>Gastroenterologia ed endoscopia digestiva con 3 sale endoscopiche con potenziamento delle attività di diagnostica endoscopica e dei trattamenti operativi correlati;</p> <p>Colonoscopie diagnostiche ed operative da screening;</p> <p>Organizzazione dell'offerta in base ai criteri di priorità definiti dalle classi RAO per l'endoscopia digestiva;</p> <p>Valutazione integrata multidisciplinare (endoscopista, oncologo, chirurgo) all'interno del percorso assistenziale per il trattamento del carcinoma del colon retto</p>
Area ambulatoriale specialistica	<p>Dialisi con 14 posti per il consolidamento dell'attività di dialisi extracorporea e di dialisi peritoneale con 14 posti tecnici</p> <p>Attività ambulatoriale nefrologica orientata sia alla prevenzione della malattia renale cronica che al follow up</p> <p>Poliambulatorio con attività di specialistica di cardiologia, diabetologia, neurologia, endocrinologia, pneumologia, reumatologia, chirurgia, ginecologia, ostetricia, terapia dolore, allergologia, malattie infettive, dermatologia, oculistica, senologia, oncologia, pediatria</p> <p>Poltrone per i percorsi di Day Service</p>

Area Riabilitativa intensiva	Riabilitazione intensiva cod. 56 con 55. PL + 5, PI DH organizzati in due blocchi uno da 38 e uno da 22 al primo piano per la Riabilitazione intensiva ad orientamento specialistico
	12 PL per la riabilitazione delle patologie del sistema nervoso centrale (MDC1) rivolta prevalentemente a pazienti post-acute in fase precoce con ictus (Medio-Grave), trauma cranico (di media gravità), Polineuropatie medio-gravi, encefaliti medio-gravi, tumori cerebrali, altre patologie acute neurologiche disabilitanti. In misura minore, per casi selezionati, si possono ricoverare anche pazienti in fase cronica come, ad esempio sclerosi multipla, Parkinson e altre patologie degenerative
	14 PL per la riabilitazione cardiologica (MDC5) che ha il compito di mettere in atto tutti gli interventi richiesti per garantire le migliori condizioni fisiche - psicologiche e sociali in modo che i pazienti con cardiopatia post-acute da ischemia e interventi di cardiochirurgia (Bypass e trapianti)
	12 PL per la riabilitazione respiratoria (MDC4) che ha il compito di mettere in atto tutti gli interventi diretti a persone con malattie polmonari prevalentemente in ambito post acuzie favorendo le dimissioni dall'ospedale dell'acuto. Ad esempio insufficienze respiratorie anche gravi comprese le condizioni di tracheostomia
	22 PL per la riabilitazione delle Patologie Muscoloscheletriche (MDC8) mirato a patologie ortopediche e reumatiche. Questa sezione ha un valore strategico poiché la patologia ortopedica è una voce importante dell'export. Principalmente sarà rivolta alla artroprotesi in stretta continuità con i reparti di ortopedia offrendo "pacchetti" intervento-riabilitazione
	10 ambulatori riabilitativi
Area RSA/ Ospedale di Comunità	3 palestre
	Piscina a 3 corsie al piano -1 per la riabilitazione in acqua, il percorso KNELPP e il percorso fisioterapico
	RSA con 20 PL al primo livello dell'Ospedale per la presa in carico pazienti che necessitano di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare) e di sorveglianza infermieristica continuativa, e quindi destinati al trattamento temporaneo per la stabilizzazione clinica di casi di post acuzie, con esito di non autosufficienza
	orientare la degenza media intorno ai 15/20 giorni anche se la durata massima può arrivare a 60/90 gg
	garanzia di accesso dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o dall'OBI di un pronto soccorso nell'ambito dei percorsi di dimissione protetta
	garanzia di assistenza nelle 24 ore da parte del personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai Medici di Medicina generale e dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale