



**AS FO**  
Azienda sanitaria  
Friuli Occidentale



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy  
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

## DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO DELLE DEGENZE INTERMEDIE DEL DAT NEL TERRITORIO AZIENDALE

### PREMESSA

Con il decreto n. 217 del 7 marzo 2023 è stata definita l'organizzazione del Dipartimento dell'Assistenza Territoriale (DAT), in ottemperanza ai dettami del DM 77 del 23 maggio 2022 *Approvazione del Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*, recepito dalla DGR 2.042 del 29 dicembre 2022 *Pnrr m6. dm 77/2022. programma regionale dell'assistenza territoriale. approvazione definitiva.77/2022.*

A seguito del decreto sopra citato, il territorio aziendale è suddiviso in 5 Distretti, coincidenti con gli ambiti sociali dei comuni (1. Dolomiti Friulane, 2. Livenza, 3. Noncello, 4. Sile, 5. Tagliamento). Gli stessi sono organizzati in 3 Aree distrettuali con popolazione di circa 100.000 cadauna (1. Dolomiti Friulane e Livenza, 2. Noncello, 3. Sile e Tagliamento).

Per quanto riguarda le degenze intermedie, le DGR n. 1.446/2021 e n. 1896/2022 prevedono il superamento delle attuali Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) ed il raggiungimento, per l'intero territorio aziendale, dei seguenti standard minimi per ognuna delle seguenti tipologie:

TIPOLOGIA DI DEGENZA	POSTI LETTO
Ospedale di Comunità	62
Post-Acuti	124
Hospice	30
Speciali Unità di Assistenza Protratta	16

Con il presente documento l'azienda individua il numero di posti letto per tipologia e sede, nonché la modalità con la quale viene assicurato il servizio. Nel farlo, tiene conto di quella che è la previsione di ospedali di comunità in corso di realizzazione utilizzando i fondi del PNRR o altri messi a disposizione dalla Regione.

## SITUAZIONE DI PARTENZA

Nel territorio aziendale, alla data del 1 gennaio 2023, non erano attivi posti letto di Ospedale di Comunità, mentre erano presenti 24 posti letto Post-Acuti presso la sede distrettuale di Sacile. I posti letto di RSA erano i seguenti:

TIPOLOGIA	SEDE	POSTI LETTO	MODALITÀ
Post-Acuti	Sacile	28	Con personale proprio
Post-Acuti	San Vito al Tagliamento	6	Intra-ospedalieri
Ospedale di prossimità	Maniago	30	Con personale proprio
RSA	Azzano X	24	Con personale proprio
RSA	Roveredo in Piano	24	In appalto
RSA	Sacile	24	In appalto
RSA (*)	San Vito al Tagliamento	20	Con personale proprio
Hospice	Aviano	12	Convenzione
Hospice	San Vito al Tagliamento	10	Con personale proprio

(\*) Trasformati dal mese di luglio '23 in PL sperimentali di Ospedale di Comunità

Rispetto agli standard previsti, la situazione è la seguente:

TIPOLOGIA	PL PRESENTI	PL DA STANDARD (*)	DIFFERENZA
Ospedale di Comunità	0	62	-62
Post-Acuti	34	124	-90
RSA	92	0	+92
Ospedale di prossimità	30	0	+30
Hospice	22	30	-8
SUAP	0	16	-16
TOTALE	176	232	-54

(\*) gli standard sono valori minimi

Nell'anno 2022, i dati di utilizzo dei posti letto disponibili sono stati i seguenti:

TIPOLOGIA	SEDE	PL MEDI	AMMESSI	GG DEG.	% OCCUP.	IND. ROT.
Post-Acuti	Sacile	22,6	168	5.636	68,40%	7,44
RSA	Azzano X	17,87	206	4.940	75,73%	11,53
Ospedale di prossimità	Maniago (*)	19,91	372	5.295	72,87%	18,69
RSA	Roveredo in Piano	24	197	4.372	49,91%	8,21
RSA	Sacile (**)	14,09	143	2.958	57,50%	10,15
RSA	San Vito al Tagliamento	24	212	4.324	49,36%	8,83
Hospice	San Vito al Tagliamento	10	246	2.356	64,55%	24,60

(\*) La RSA di Maniago è stata dedicata nel 2022 alla gestione dei pazienti Covid+

(\*\*) La RSA di Sacile è stata chiusa per diversi mesi nel corso del 2022

I dati evidenziano una serie di problemi che possono essere sintetizzati in una carenza di PL di degenze intermedie rispetto alla programmazione, corrispondente complessivamente a 68 posti letto. Nel contempo c'è uno scarso utilizzo dei posti letto disponibili, indice che i meccanismi operativi di accesso alle strutture sono farraginosi, ma anche che alcune attuali collocazioni sono da rivedere perché troppo prossime a servizi simili o concorrenziali con altri setting assistenziali. Tutto ciò determina il paradosso di un sovraffollamento ospedaliero, in particolar modo nelle aree mediche, in presenza di posti letto disponibili nel territorio, anche se complessivamente carenti rispetto alla programmazione.

A pagare maggiormente in termini di usufruibilità sono la RSA di Roveredo in Piano e quella di San Vito al Tagliamento. La prima, essendo piuttosto isolata rispetto agli altri servizi distrettuali, viene utilizzata solo per casistiche non troppo complesse per le quali il bisogno di ricovero è ridotto. La seconda grava su un bacino d'utenza ridotto, nel quale sono già presenti il presidio ospedaliero con un reparto di medicina interna e l'Hospice che limitano ulteriormente il bisogno di ricovero, rispetto ad altri territori sprovvisti della presenza ospedaliera.

C'è però un ulteriore elemento che è necessario tenere nella dovuta considerazione ed è relativo ai pazienti che accedono al ricovero ospedaliero in Medicina interna nelle ultimissime fasi della propria vita. Per questi casi, viene improvvisamente meno la capacità dei familiari e dei caregiver di assistere a domicilio i propri cari negli ultimi giorni di vita, durante i quali l'aggravarsi delle condizioni del paziente rende per loro ingestibile la situazione. Come risultato, questi pazienti vengono portati in Pronto soccorso e ricoverati in Medicina interna, in un contesto organizzativo che non permette di avere attorno a sé i propri cari nel fine vita.

Per l'ASFO i dati che descrivono questo fenomeno sono sintetizzati nelle successive tabelle, la prima riguardante l'andamento negli anni dei ricoveri in Medicina interna e dei decessi, la seconda che analizza il fenomeno dei decessi in rapporto alle giornate di degenza, la terza in rapporto all'età.

ANNO	Dimesso/a - Trasferito/a		Deceduto/a al netto dei Covid+ <sup>1</sup>		Deceduto/a compresi Covid+		Totale
	N	%	N	%	N	%	N
2000	5.936	87,5	849	12,5	849	12,5	6.785
2005	5.782	87,2	847	12,8	847	12,8	6.629
2010	6.645	87,4	958	12,6	958	12,6	7.603
2015	6.513	86,5	1.013	13,5	1.013	13,5	7.526
2016	6.643	87,5	945	12,5	945	12,5	7.588
2017	6.687	86,8	1.013	13,2	1.013	13,2	7.700
2018	6.817	87,0	1.022	13,0	1.022	13,0	7.839
2019	6.792	86,4	1.066	13,6	1.066	13,6	7.858
2020	5.842	83,4	931	13,3	1.165	16,6	7.007
2021	5.839	82,5	930	13,1	1.236	17,5	7.075
2022	6.159	83,0	1.022	13,8	1.264	17,0	7.423

Durata del Ricovero							
ANNO	<=7gg		8-14 gg		15-30gg		TOTALE
	N	%	N	%	N	%	
2000	475	56,0	155	18,3	165	19,4	849
2005	517	61,0	171	20,2	119	14,1	847
2010	575	60,1	177	18,5	157	16,4	957
2015	650	64,2	195	19,3	132	13,0	1013
2016	605	64,0	198	21,0	111	11,8	945
2017	682	67,3	192	19,0	116	11,5	1013
2018	672	65,8	215	21,0	117	11,5	1022
2019	676	63,4	242	22,7	122	11,4	1066
2020	612	65,7	191	20,5	110	11,8	931
2021	614	66,0	190	20,4	110	11,8	930
2022	686	67,1	200	19,6	113	11,1	1022

ANNO	<65		65-74		75-84		85+		Totale
	N	%	N	%	N	%	N	%	
2000	111	13,1	148	17,4	253	29,8	337	39,7	849
2005	88	10,4	146	17,2	291	34,4	322	38,0	847
2010	78	8,2	105	11,0	277	28,9	497	51,9	957
2015	54	5,3	113	11,2	267	26,4	579	57,2	1.013
2016	53	5,6	114	12,1	250	26,5	528	55,9	945
2017	52	5,1	84	8,3	262	25,9	615	60,7	1.013
2018	51	5,0	111	10,9	269	26,3	591	57,8	1.022
2019	41	3,9	74	6,9	305	28,6	646	60,6	1.066
2020	35	3,8	109	11,7	235	25,2	552	59,3	1.165
2021	48	5,2	95	10,2	257	27,6	530	57,0	1.236
2022	48	4,7	91	8,9	286	28,0	597	58,4	1.264

Questi dati ci dicono che una percentuale crescente di pazienti ricoverati in Medicina interna decede, che lo fa nei primi 7 giorni di ricovero e che riguarda sempre più una popolazione con età > 85 anni. Si tratta per lo più di pazienti che, non essendo già presi in carico dall'assistenza domiciliare o dalle unità di cure palliative (UCP), vengono a morire in ospedale. Per questa tipologia di pazienti bisogna fornire un setting assistenziale più idoneo, rispettoso e umanizzante, rispetto al reparto ospedaliero. Il domicilio è la situazione ideale, ma è necessario potenziare l'assistenza territoriale con le UCA, in modo da fornire quel supporto professionale e di beni di consumo (ossigeno, flebo, ecc.) senza il quale i familiari e i caregiver non riescono a gestire la situazione. Le degenze intermedie (ospedale di comunità) devono diventare l'alternativa al domicilio, al posto dei reparti ospedalieri, per quelle situazioni che non trovano le condizioni per essere gestite a domicilio.

## LA NUOVA PROGRAMMAZIONE

La nuova distribuzione dei posti letto delle degenze intermedie tiene conto di una serie di fattori condizionanti l'effettiva possibilità di accogliere i pazienti, quali:

- la disponibilità logistica delle strutture, evitando per quanto possibile di utilizzare luoghi non inseriti in un contesto organizzativo già esistente
- gli investimenti in atto (con fondi PNRR e regionali) che costituiscono decisioni già prese non facilmente modificabili
- i bacini d'utenza di riferimento, considerando le distanze fra altre strutture e la dispersione della popolazione
- la contestuale disponibilità nel territorio di posti letto ospedalieri, in particolar modo d'area medica, con la necessità di tutelare le strutture riconvertite
- l'opportunità/necessità di essere collocate in comprensori protetti nei quali sono già presenti organizzazioni distrettuali o residenziali
- la disponibilità di strutture con le quali potersi convenzionare
- il livello di complessità dei pazienti che vi possono accedere, maggiore per le degenze Post-acute rispetto all'Ospedale di Comunità
- i diversi livelli di complessità dei pazienti che possono essere accolti se la struttura è inserita in un contesto ospedaliero, dove può usufruire degli altri servizi di supporto presenti
- il fatto che il DM 77/2022 stabilisce che i moduli di Ospedale di Comunità sono di 15-20 PL
- l'equilibrata distribuzione delle strutture nel territorio aziendale

Nella seguente tabella viene indicata la nuova pianificazione dei posti letto nel territorio dell'azienda. Riguardo alle modalità con le quali vengono assicurati i servizi, sono indicate quelle attuali o in procinto di essere realizzate. Fermo restando la volontà dell'azienda di superare il regime degli appalti, non si può al momento stabilire con certezza quale sarà la reale evoluzione, che dipenderà dalla concreta possibilità di reperire le risorse professionali.

TIPOLOGIA	SEDE	PL	MODALITÀ	NOTE
<b>POST-ACUTI</b>	Azzano X	8	In proprio	A bassa complessità, da riconvertire da PL RSA attivi
	Maniago	16	In proprio	A bassa complessità, da riconvertire da PL di Ospedale di prossimità attivi
	Pordenone	28	Attualmente in appalto 24 PL di RSA a Roveredo in Piano	Da attivare ad alta e bassa complessità assistenziale (24 in sostituzione dei PL di Roveredo in Piano e 4 aggiuntivi)
	Sacile	36	In proprio	28 attivi ad alta complessità assistenziale e 4 a bassa complessità da riconvertire da PL RSA attivi
	San Vito al Tagliamento	20	Attualmente 20 PL di Ospedale di Comunità in convenzione con la	Da attivare ad alta e bassa complessità assistenziale in sostituzione dell'attuale

			Casa di Riposo della Parrocchia dei Santi Vito, Modesto e Crescenza Martiri	convenzione di PL sperimentali di Ospedale di Comunità
	Spilimbergo	16		Da attivare ad alta e bassa complessità assistenziale
	<b>TOTALE</b>	<b>124</b>		
<b>OSPEDALE DI COMUNITÀ</b>	Azzano X	16	In proprio	Da riconvertire da PL di RSA attivi
	Maniago	16	In proprio	Da riconvertire dai PL di Ospedale di prossimità attivi
	Pordenone	16	In convenzione con Casa Serena	Da attivare
	Sacile	16	In appalto	Da riconvertire da PL di RSA attivi
	<b>TOTALE</b>	<b>64</b>		
<b>HOSPICE</b>	Aviano	12	In convenzione con la Via di Natale	
	Pordenone	8		Da attivare
	San Vito al Tagliamento	10	In proprio	
	<b>TOTALE</b>	<b>30</b>		
<b>SUAP</b>	Spilimbergo	4		Da attivare in contiguità con i PL Post-Acuti ad alta complessità assistenziale
	Sacile	4		Da attivare in contiguità con i PL Post-Acuti ad alta complessità assistenziale
	Pordenone	8		Da attivare in contiguità con i PL Post-Acuti ad alta complessità assistenziale
	<b>TOTALE</b>	<b>16</b>		

Nelle successive tabelle viene indicata come evolve la presenza di posti letto di degenze intermedie, per sede distrettuale.

SEDE		RSA	OdC	Post-Acuti	Hospice	SUAP	TOTALE
Aviano	Attuali				12		12
	Previsti				12		12
	DIFFERENZA				0		0

SEDE		RSA	OdC	Post-Acuti	Hospice	SUAP	TOTALE
Azzano X	Attuali	24					24
	Previsti		16	8			24
	DIFFERENZA	-24	+16	+8			0

SEDE		OdP	OdC	Post-Acuti	Hospice	SUAP	TOTALE
------	--	-----	-----	------------	---------	------	--------

Maniago	Attuali	30					30
	Previsti		16	16			32
	DIFFERENZA	-30	+16	+16			+2

SEDE		RSA	OdC	Post-Acuti	Hospice	SUAP	TOTALE
Pordenone	Attuali	24*					24
	Previsti		16	28	8	8	60
	DIFFERENZA	-24	+16	+32	+8	+4	+36

\* collocati a Roveredo in Piano

SEDE		RSA	OdC	Post-Acuti	Hospice	SUAP	TOTALE
Sacile	Attuali	24		28			52
	Previsti		16	36		4	56
	DIFFERENZA	-24	+16	+8		+4	+4

SEDE		RSA	OdC	Post-Acuti	Hospice	SUAP	TOTALE
San Vito al Tagliamento	Attuali	20		6	10		36
	Previsti			20	10		30
	DIFFERENZA	-20		+14	0		-6

(\*) aumentano 6 PL ospedalieri di Medicina Interna

SEDE		RSA	OdC	Post-Acuti	Hospice	SUAP	TOTALE
Spilimbergo	Attuali						0
	Previsti			20		4	24
	DIFFERENZA			+16		+4	+24

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: GIUSEPPE TONUTTI

CODICE FISCALE: TNTGPP64A05H5010

DATA FIRMA: 31/01/2024 13:59:04

IMPRONTA: 48ECB829692909A4B3767A0688B2218F4EA9282248F290AAEAE0B98E1010C10B  
4EA9282248F290AAEAE0B98E1010C10BD8A6B4026A04B7A9AA185C1B49819F9E  
D8A6B4026A04B7A9AA185C1B49819F9E2B96A1AB064A8994BAC1744B33999594  
2B96A1AB064A8994BAC1744B33999594D08AEB37578E6D0C289205DC8FEBFAC4