

SEGRETERIA SCIENTIFICA:
GIUSEPPE RUSSO
FRANKLIN PICKER
PRIMO SERGIANNI

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:
CARMELA CANNELLA
PAOLA CIARAVOLO

TEL. 081.8729038

ORGANIZZAZIONE



Via G. Porzio, 4 Is. G1 - 80143 Napoli
tel: +39 081.49354811 // fax: +39 081.4934794
eventi@linkolutions.it // www.linkolutions.it

AULA MULTIFUNZIONALE

MARINA DI STABIA
CORSO ALCIDE DE GASPERI, 313

CASTELLAMMARE DI STABIA

CON IL PATROCINIO DI:



REGIONE CAMPANIA



Ordine Medici - Chirurghi e Odontoiatri
di Napoli e Provincia



LUNEDÌ 17 DICEMBRE 2012 - ORE 09:00

FOCUS



LE BUONE PRATICHE IN SANITÀ

ALLA LUCE DELLA SPENDING REVIEW

UTILIZZO APPROPRIATO DELLE RISORSE

“L’Opportunità dell’Assistenza
Domiciliare Ospedaliera Integrata”
Giovanni Seccia

Responsabile U.O.S. Assistenza
Domiciliare Ospedaliera
Ospedaliera



MAIN SPONSOR



SPONSOR



Spesa complessiva del Servizio Sanitario Nazionale **2011** circa **113 miliardi di euro**

L'assistenza domiciliare può essere considerata **un'opportunità** per garantire i livelli essenziali di assistenza e la riduzione delle giornate di degenza e del tasso di ospedalizzazione?

E' possibile **utilizzare meglio le risorse**
senza ridurre il livello effettivo di tutela
della salute ?

L'assistenza domiciliare deve essere potenziata nonostante i tagli alle risorse del Ministero della Salute previsti dalla spending review?

Secondo il Presidente della FIASO
(Federazione Italiana Aziende Sanitarie e
Ospedaliere)

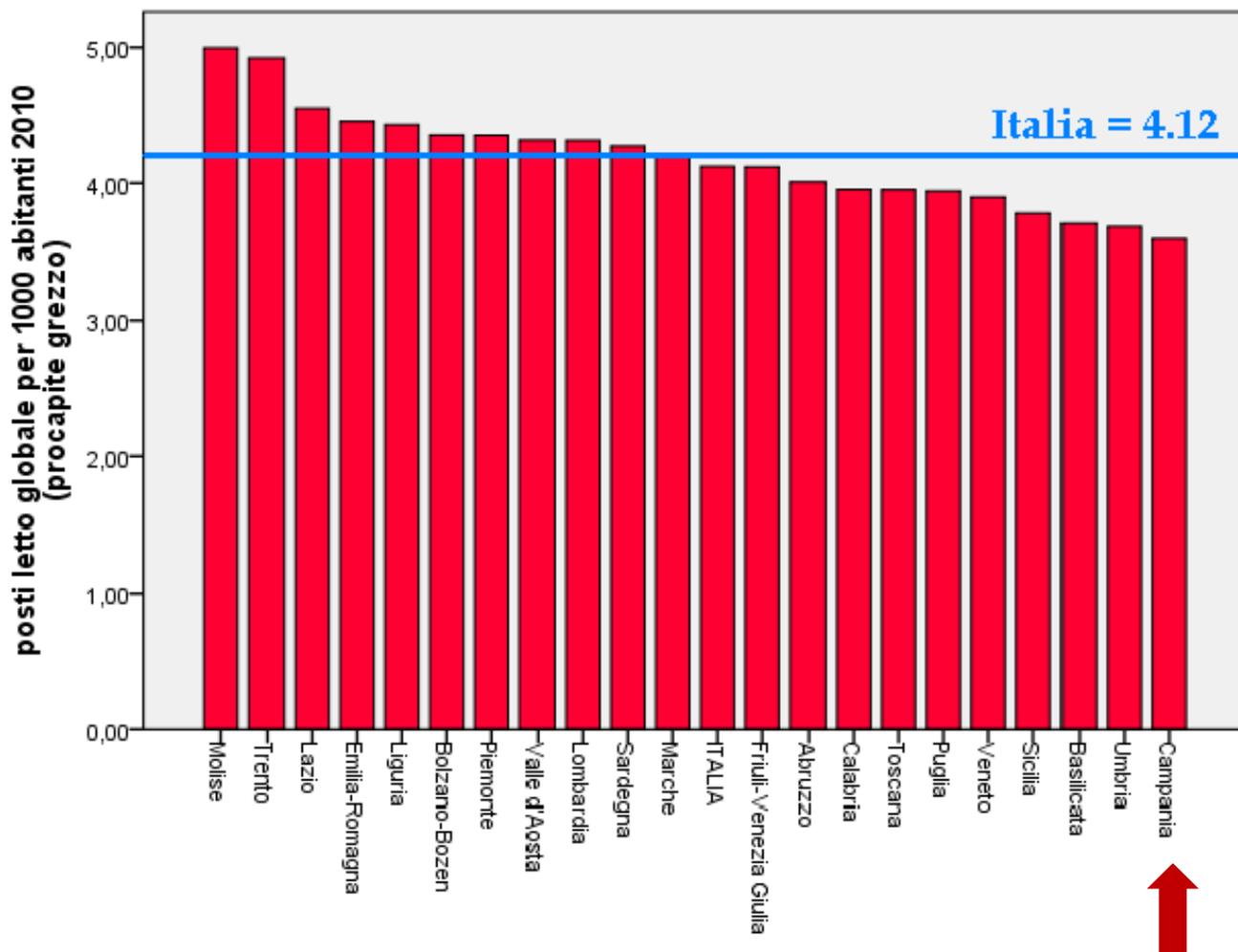
- **“...Le Asl non riescono a risparmiare** utilizzando gli strumenti indicati dal Ministro per ottenere i risultati auspicati dalla **spending review...”**
- “... Il risultato è che per il 95% delle aziende sanitarie la politica del rigore rischia di tradursi in una riduzione dei servizi e delle prestazioni rese ai cittadini...”.

“... molte Aziende, non essendo riuscite a tagliare del 5% le spese per i fornitori nel 2012 (taglio previsto 2%) e nella prospettiva di non riuscire a tagliarle del 10% nel 2013 (taglio previsto 2,6%) cominciano a **tagliare** su altri fattori produttivi, come ad esempio il personale, oltre a quei servizi territoriali dove è più facile intervenire, come **l'assistenza domiciliare** o quella agli anziani nelle case di riposo...”

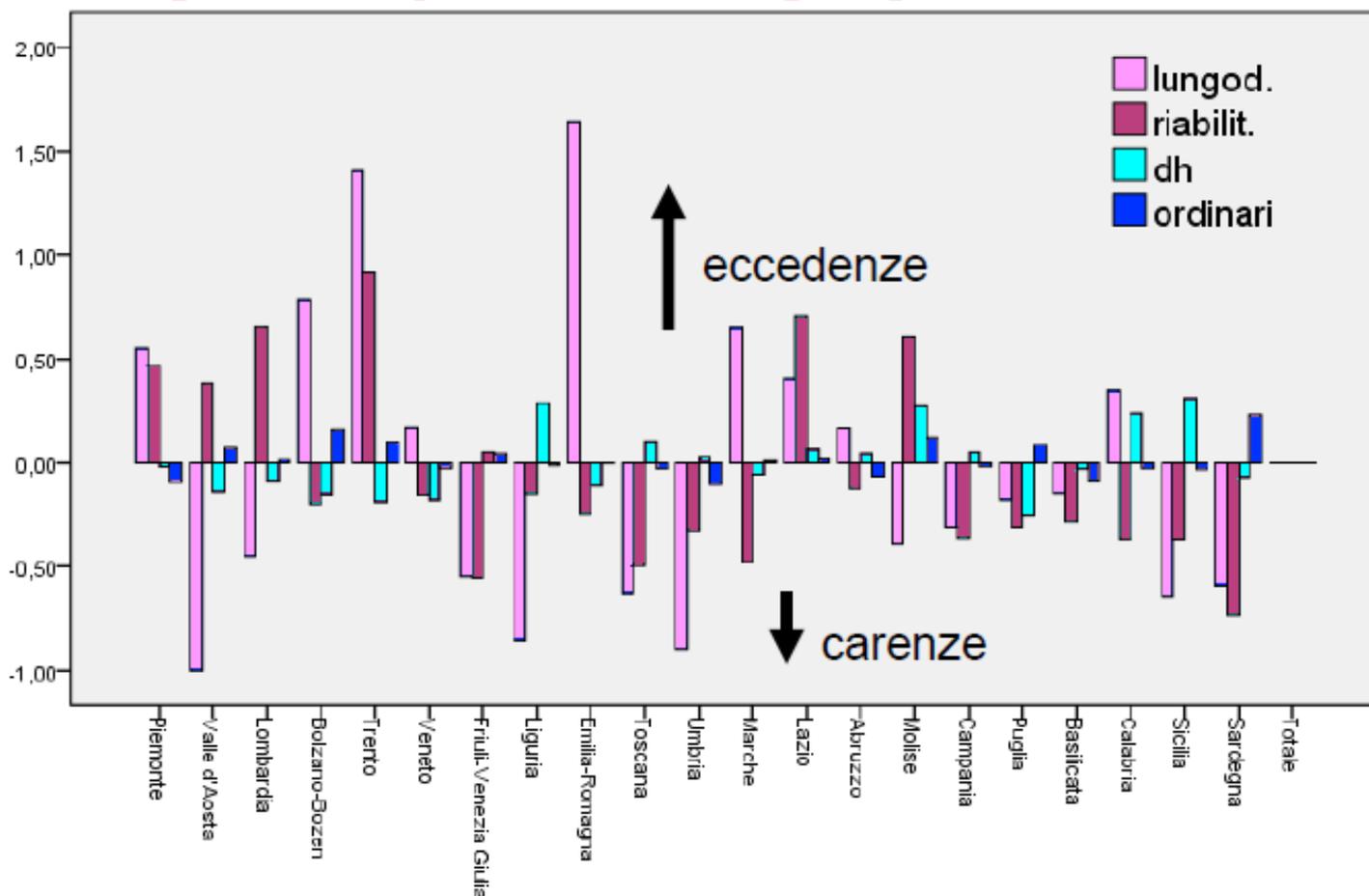
Gli ospedali italiani stanno già riducendo i servizi

- Alle Molinette di Torino si stanno somministrando ai pazienti **farmaci con il contagocce**
- All'ospedale di Tivoli ci si è limitati al simbolico **taglio di acqua e latte per i ricoverati**
- A Rimini è stato **sospeso il servizio di dialisi notturno** che consentiva ai nefropatici che lavorano di continuare a farlo
- Alcune Asl laziali hanno comunicato a voce o per iscritto ai pazienti nutriti artificialmente a domicilio che le **soluzioni nutrizionali non potranno più essere fornite** in misura sufficiente.
- In Toscana la Asl fiorentina dal 10 dicembre garantisce solo gli interventi chirurgici urgenti e quelli oncologici.

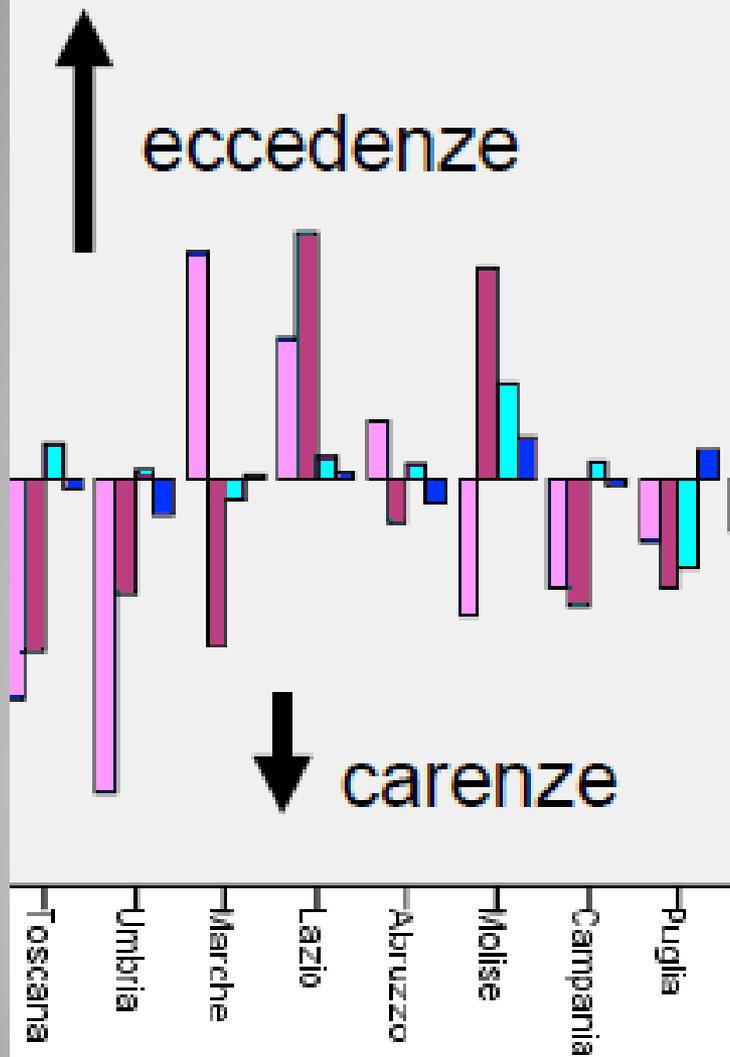
Grazie al **piano di rientro** attuato negli anni la Regione Campania ha già risposto alla necessità di **riduzione dei posti letto a 3,7 x 1000** abitanti prevista dal Decreto sulla spendig review e dalla successiva legge di stabilità



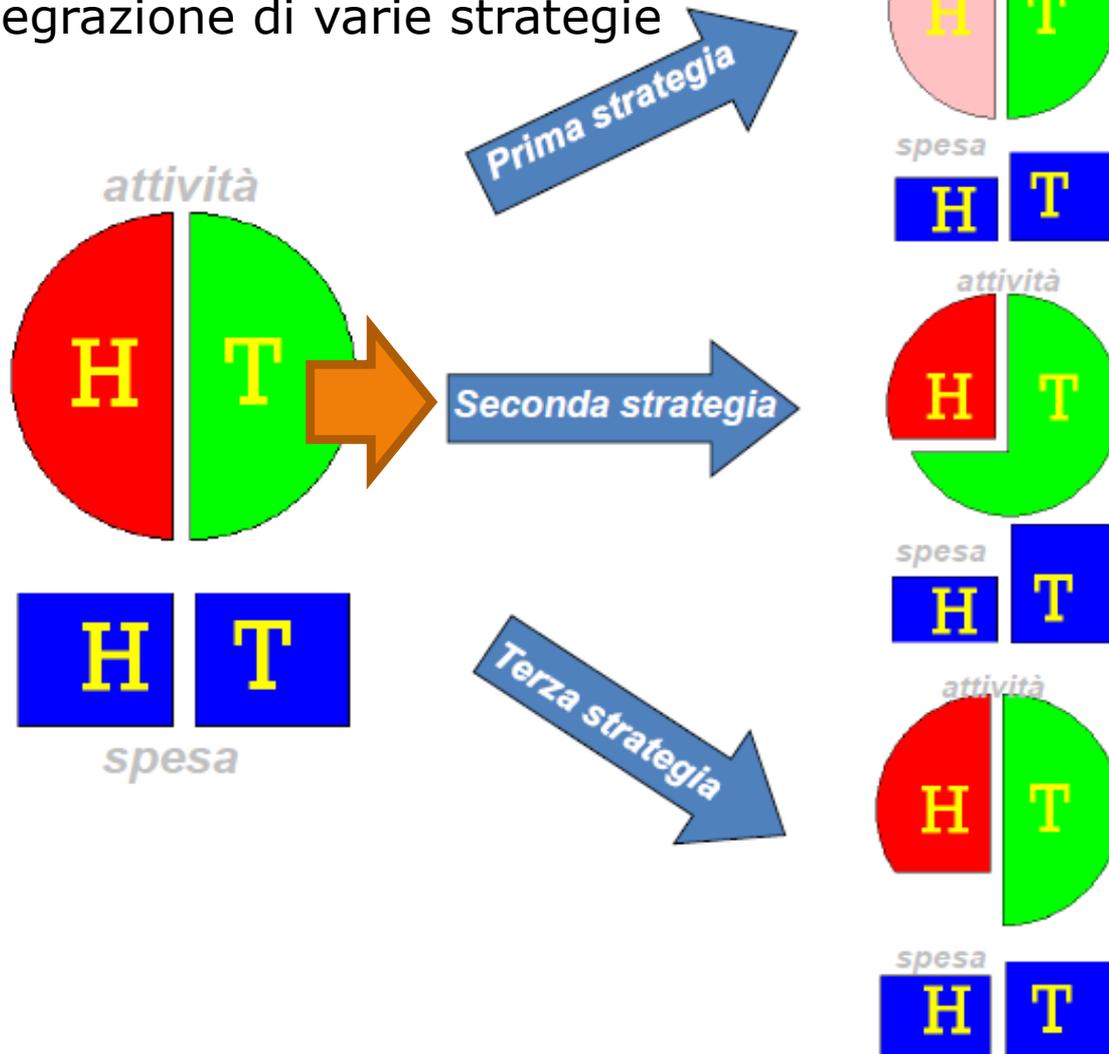
Posti letto regionali effettivi / posti letto regionali calcolati sui procapite per età nazionali



(NB: i posti letto procapite per età sono stati considerati proporzionali ai tassi specifici per età di ospedalizzazione)



la necessità di riduzione della spesa sanitaria può essere ottenuta solo con l'integrazione di varie strategie



Non modifico i volumi di prestazione ma cerco di razionalizzare i costi

Trasferisco delle prestazioni ospedaliere sul territorio

Taglio tout court le prestazioni ospedaliere

Il trasferimento delle prestazioni ospedaliere sul territorio comprende:

- L'attivazione delle **dimissioni protette** e la presa in carico **in assistenza domiciliare**
- **L'esecuzione di prestazioni o procedure** normalmente praticate in regime di ricovero in day hospital o ordinario **presso il domicilio del paziente**
- **La diminuzione del ricorso al pronto soccorso e al ricovero** attraverso l'attivazione delle aggregazioni funzionali territoriali e delle unità complesse di cure primarie

L'attivazione delle **dimissioni protette e la presa in carico in assistenza**

domiciliare ospedaliera è realizzata dall'A.D.O. attraverso la valutazione multiprofessionale e l'integrazione tra:

- reparti di degenza e specialisti ospedalieri
- Medici e Pediatri di assistenza primaria
- Personale afferente all'assistenza domiciliare
- unità operative territoriali

L'esecuzione di **prestazioni o procedure specialistiche**, normalmente praticate in regime di ricovero in day hospital o ordinario, **presso il domicilio del paziente** è realizzata attraverso **la rete dell'assistenza domiciliare ospedaliera integrata** presente sul territorio dell'ASL Napoli 3 Sud.

La **diminuzione del ricorso al pronto soccorso** ed al day hospital sarà realizzata attraverso **l'attivazione** delle aggregazioni funzionali territoriali e delle Unità Complesse di Cure Primarie con reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata e **l'integrazione** con la rete ospedaliera e territoriale aziendale e l'assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare ospedaliera dell'ASL Napoli 3 Sud attualmente garantisce ai pazienti presi in carico:

- **Le dimissioni protette** dalle U.O.C. di Rianimazione adulti e pediatriche regionali ed aziendali;
- **Assistenza medica** e pediatrica di base con attivazione di **ADP** o **ADI** ed accessi regolari;
- **Assistenza medica specialistica** con personale dipendente ospedaliero e territoriale;
- **Assistenza psicologica domiciliare**
- **Assistenza infermieristica** qualificata con personale dipendente o esternalizzato;
- **Assistenza sociosanitaria** con programmazione e supervisione infermieristica;
- **Assistenza fisioterapica;**
- **Trasporto protetto;**
- **Fornitura ausili e di materiale sanitario** di consumo;

Attività specialistiche ospedaliere sul territorio

Terapia del Dolore e Cure palliative

(1000 visite domiciliari/anno con 4 unità operative ospedaliere)

Assistenza Rianimativa per pazienti adulti e pediatrici in ventilazione invasiva e nutrizione artificiale domiciliare

Pneumologiche con Specialisti ambulatoriali dedicati (oltre 100 pazienti in carico fra adulti e pediatrici)

• **Nutrizionali** (Centro NAD aziendale)

• **Trasfusionali** (con circa 1000 trasfusioni domiciliari/anno)

- **Epatologiche**
- **Pediatriche**
- **Oncologiche**
- **Nefrologiche** - Dialisi peritoneale domiciliare
- **Neurologiche**
- **Chirurgiche** ospedaliere x dimissioni protette
- **Chirurgiche** territoriali x riparazione tissutale (CART aziendale)
- **ORL - Oculistiche**

Dal I° gennaio al 30 novembre 2012

- Pazienti presi in carico dall'U.O.S assistenza Domiciliare Ospedaliera: **1116** - 580 m - 536 f
- Pazienti pediatrici **105**
- Bambini in ventilazione invasiva 10
- Bambini oncologici 8
- Adulti in ventilazione invasiva 28
- Pazienti affetti da SLA ventilati 9
- Pazienti nel percorso integrato SLA 57
- Pazienti affetti da patologie oncologiche 248
- Pazienti presi in carico in ass. trasfusionale 215

La **presa in carico** di ogni paziente prevede vari steps e livelli di valutazione che integrandosi vanno a costituire il piano di assistenza individuale (**PAI**) che assume valore di contratto in sede di Unità di Valutazione Integrata distrettuale (**UVI**)

Ogni singola valutazione, da quella del Medico curante nella redazione della SVAMA a quella dell'infermiere nella predisposizione del piano di assistenza infermieristica e nella elaborazione del fabbisogno di materiale di consumo, considerata indispensabile nella multidisciplinarietà della presa in carico, costituisce, a mio avviso, una "review" intesa come **analisi o revisione** di tutto quello che serve per garantire la migliore assistenza al paziente

- La **spending review** adottata dalle Unità Operative che si occupano di cure domiciliari viene da sempre attuata **quotidianamente** e con attenzione centrata sulla **persona** e sulla verifica dell'appropriatezza nell'allocazione delle risorse necessarie a garantire che le stesse cure possano essere effettuate a domicilio garantendo qualità e sicurezza.

La **riduzione delle risorse economiche all'assistenza domiciliare, tra l'altro non prevista dalla spending review** vanificherebbe la riduzione delle spese già garantita con alcune progettualità assistenziali già in essere ed in corso di implementazione su tutto il territorio aziendale

l'assistenza trasfusionale domiciliare

che consente nella nostra ASL di evitare la ospedalizzazione dei pazienti ematologici gravi facendo risparmiare 1000 ricoveri/anno con riduzione delle giornate di degenza da 1000 in caso di effettuazione in day hospital a 3000 in caso di ricovero breve

La **terapia del dolore** nei pazienti terminali che consente, grazie alla disponibilità degli specialisti quotidianamente impegnati nell'assistenza, di far scegliere al malato ed ai familiari il setting ideale per il fine vita che, nella maggior parte dei casi, considerata anche la carenza di Hospice nel Sud Italia, è sicuramente il domicilio, con il supporto dell'assistenza domiciliare

l'assistenza domiciliare di rianimazione ai pazienti affetti da patologie complesse in ventilazione polmonare invasiva o **l'assistenza nutrizionale domiciliare** garantita dal Dr. Zurlo ai pazienti in nutrizione parenterale/enterale totale domiciliare, **l'assistenza epatologica domiciliare** che garantisce a domicilio visita, ecografia e procedure invasive quali la paracentesi o l'assistenza specialistica garantita dal **CART** aziendale ai pazienti affetti da gravi lesioni cutanee consentono, in collaborazione con il Medico curante la permanenza al domicilio e di evitare il ricovero.

La programmazione sanitaria nazionale sosterrà ancora la scelta di **garantire**, per quanto possibile, **alla persona non autosufficiente di rimanere nel proprio contesto di vita?**



Grazie per l'attenzione

