



Le Buone Pratiche in Sanita' alla luce della Spending Review

Rimodulazione e Ottimizzazione delle attività Territoriali in applicazione della Spending Review



*Dott. Primo Sergianni
Direttore U.O.C. Assistenza Distrettuale ASL NA 3 Sud*

Assistenza Distrettuale

Spending Review

Riduzione del Fondo Sanitario
di
5 miliardi di Euro

(2012-2014)



SEZIONI PRINCIPALI DI INTERVENTO “

Ottimizzazione

Appropriatezza

programmazione

razionalizzazione



Ottimizzazione delle risorse possedute

Come:

- **personale sanitario**
- **apparecchiature diagnostiche/terapeutiche**

**in modo da evitare duplicazione di funzioni
e mantenimento di presidi sottoutilizzati**

Appropriatezza delle prestazioni

**Predisposizioni di specifici PDTA
con eliminazioni di prestazioni inutili e ritondanti**

**Implementare un efficiente Sistema di
Governare Clinico**

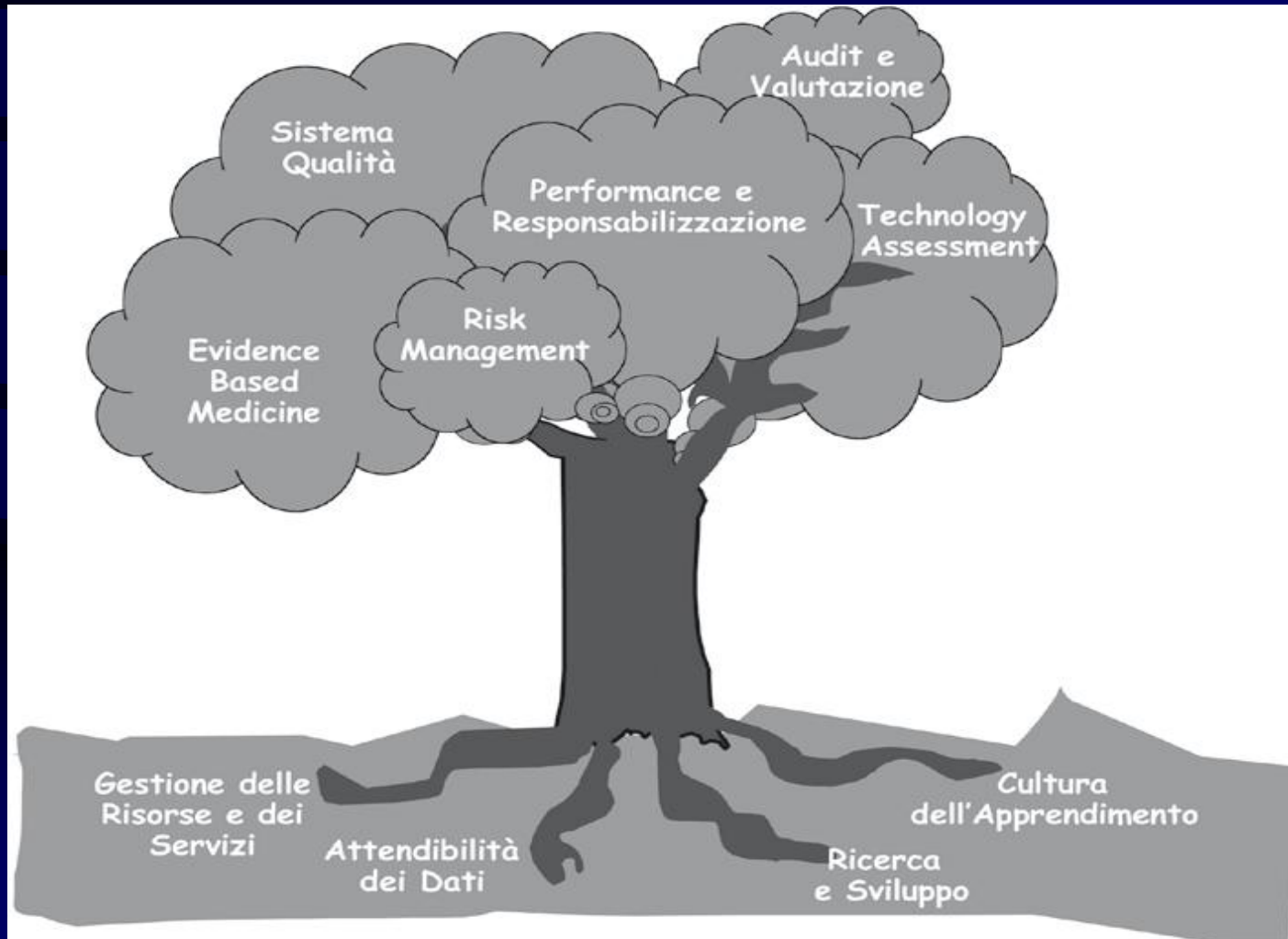
Governo Clinico

Obiettivo:

**“miglioramento continuo
dell’equità, dell’appropriatezza e della qualità
nel rispetto
del vincolo delle risorse programmate”**

Governo Clinico

è un approccio di “sistema” e si realizza attraverso l’integrazione di numerosi fattori strettamente interconnessi e complementari



Programmazione e Riorganizzazione dei servizi sanitari

1. Integrazione ospedale – territorio
2. Attivazione delle S.P.S.
3. Riorganizzazione delle Cure Primarie
4. Potenziamento delle Cure domiciliari

Razionalizzazione e Riduzione della spesa

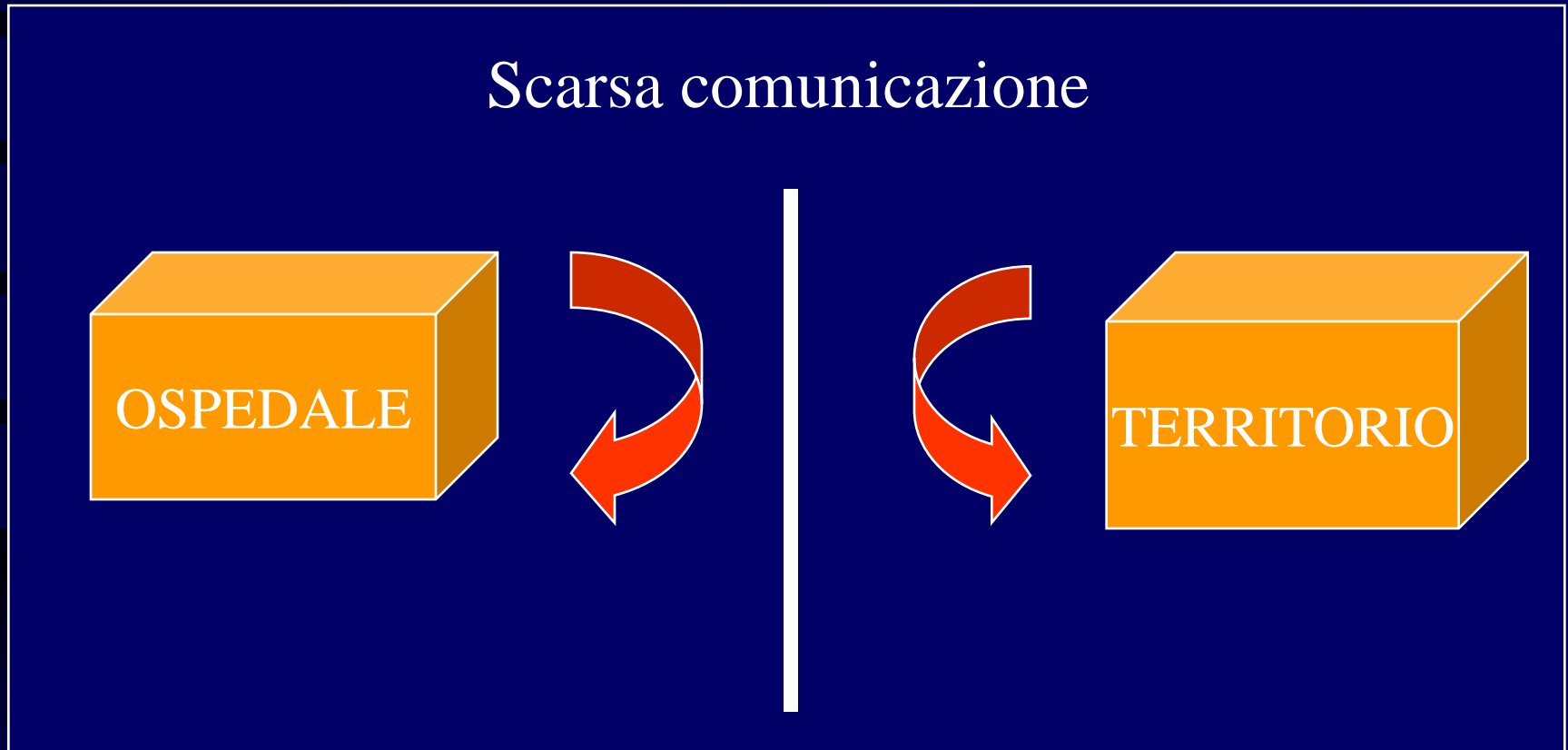
Come:

- **riduzione di acquisto di prestazioni da strutture private convenzionata**
- **riduzione della spesa farmaceutica**
- **riduzione della spesa protesica**

.....**Senza perdere di vista gli obiettivi principali**

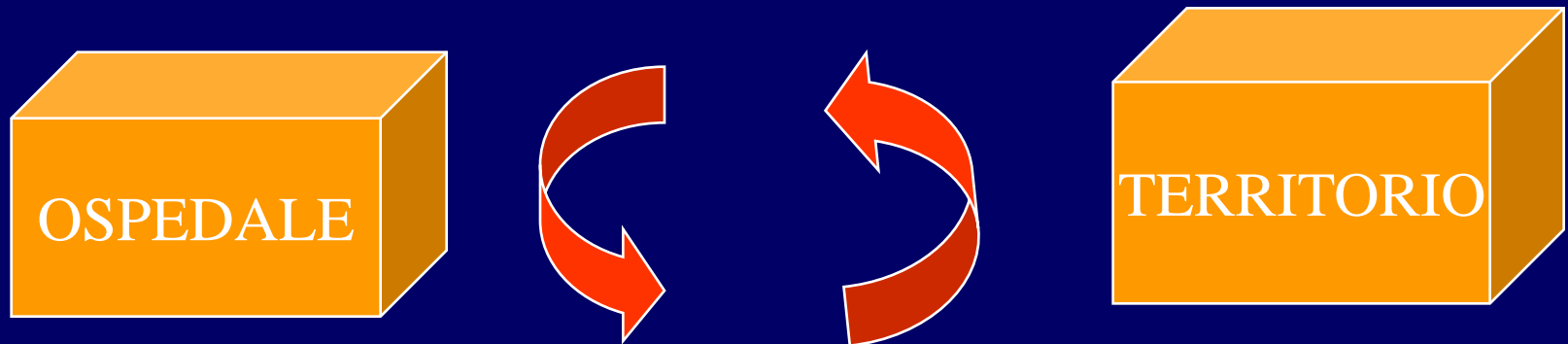
- migliorare l'assistenza erogata dell'intero sistema, con ampia capacità di affrontare criticità e complicazioni.

1. Integrazione Ospedale - Territorio



Superare i due compartimenti stagni

Obiettivo



ad un rapporto diverso, di reale
collaborazione e di pari dignità

potenziare le DIMISSIONI PROTETTE

Occorrono risorse dedicate al volume delle dimissioni giornaliere di pazienti soprattutto fragili dai PP.OO.

c' è quindi bisogno di una

Riallocazione delle risorse economiche secondo normativa che prevede:

- **51%** per l'Assistenza Distrettuale
- **44%** per l'Assistenza Ospedaliera
- **5%** per l'Assistenza Sanitaria Collettiva in ambiente di vita e di lavoro

“Modello Assistenziale Territoriale in Campania: 2. Strutture Polifunzionali della Salute”

PRESA IN CARICO
DEL PAZIENTE

PLS

RSA

CASE
PER LA
SALUTE

AGGREGAZIONI
FUNZIONALI
TERRITORIALI

ORGANIZZAZIONI
MULTIPROFES
SIONALI

MMG

POLIAMBULATORI

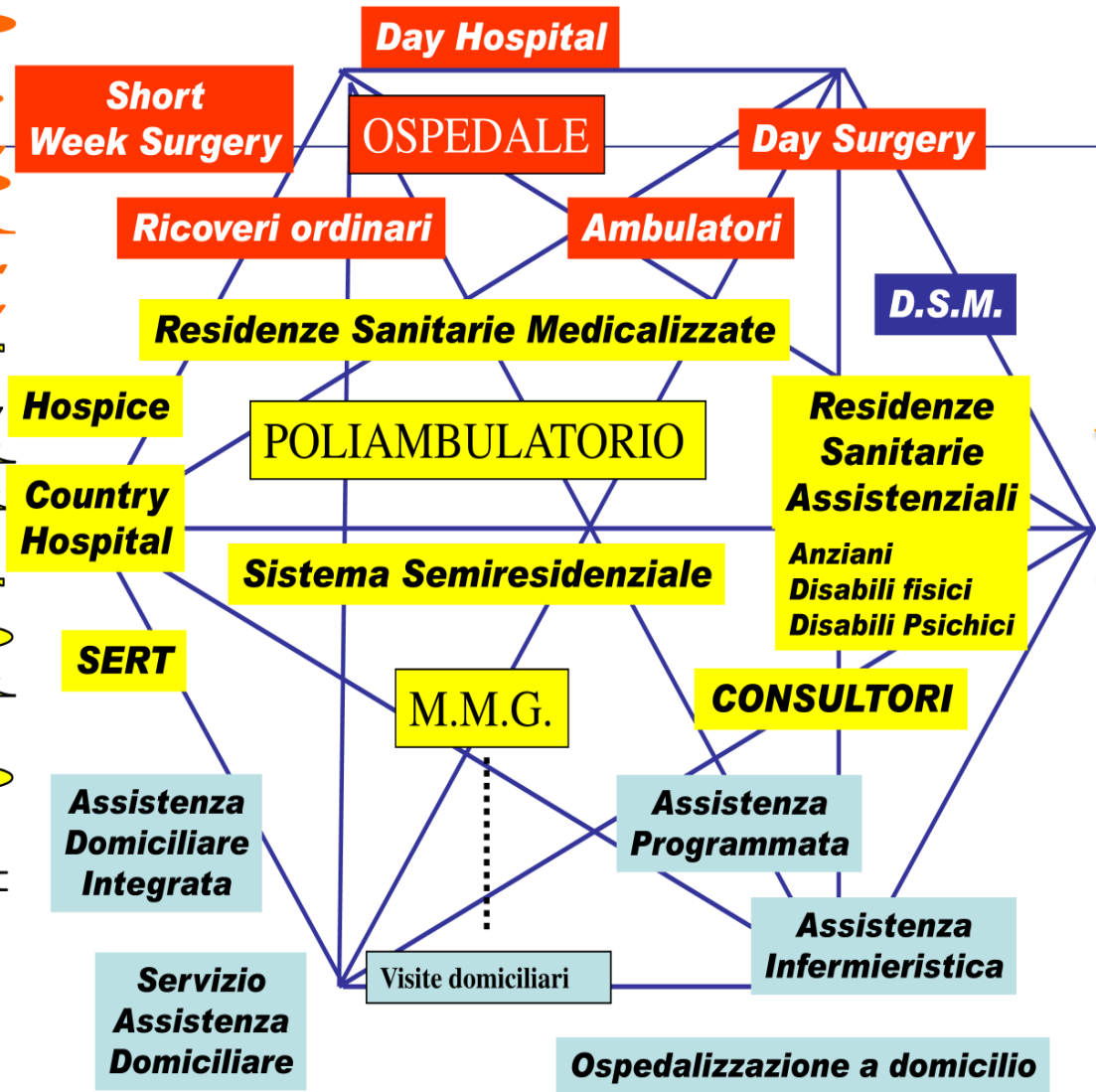
HOSPICE

**Decreto del Commissario ad acta n° 49 del
27 settembre 2010:**

*“lettera E) LA DISMISSIONE DELLE
STRUTTURE OSPEDALIERE QUALE
STRUMENTO PER IL POTENZIAMENTO
DELLA RETE TERRITORIALE: La
riconversione di piccoli ospedali o di aree
ospedaliere obsolete può rappresentare in
generale una buona opportunità per
potenziare la rete dei servizi territoriali spesso
carenti.*

.....con l'aggregazione dei servizi/attività che non comportino una difficoltà di accesso per i cittadini, con la creazione di piattaforme territoriali attrezzate denominate “Strutture Polifunzionali per la Salute (SPS)”.

LA RETE DELL'ASSISTENZA SANITARIA



Struttura
sanitaria
intermedia

(Di Stanislao, 2001)

S.P.S. P.O. MARESCA TORRE DEL GRECO

- Ambulatori specialistici

Urologia – Radiologia – Oculistica – ORL–

Ortopedia – Cardiologia – Ginecologia

Oncologia

- C.A.R.T.
- Centro di Nutrizione Artificiale
- Centro di senologia
- Ambulatorio infermieristico
- PSAUT
- HOSPIS ? – RSA ?

S.P.S. P.O. POLLENA TROCCHIA

- Ambulatori specialistici

Urologia – Radiologia – Oculistica – ORL–

Ortopedia – Cardiologia – Ginecologia

Gastroenterologia – Diabetologia

Oncologia

- C.A.R.T.

- Ambulatorio Servizi Socio – Sanitari

- Centro di cure domiciliari

- Ambulatorio infermieristico

- PSAUT - HOSPIS ? – RSA ?

3. La Riorganizzazione delle Cure Primarie (Riforma Balduzzi)

- **Obbligo di “aggregazione” per i medici convenzionati (MMG, PLS, Specialisti)**
- **Assistenza h 24**
- **Costituzione delle:**

Unità Complesse di Cure Primarie

La Riorganizzazione delle Cure Primarie (Riforma Balduzzi)

- Tali aggregazioni devono diventare presidi sanitari in grado di garantire assistenza sanitaria h 24, al fine di ridurre gli accessi impropri verso strutture sanitarie per acuti, con assistenza medica e infermieristica con la capacità di offrire anche un primo soccorso per codici bianchi

Rete dei Servizi Integrati



Distretto sociosanitario

“La cabina di regia della rete dei servizi territoriali è nel Distretto, punto di incontro degli attori istituzionali, professionali e del terzo settore”

Ministero della Salute

Rapporto sulla non autosufficienza 2011

Integrazione Sociosanitaria

Passare dalla

“cura e assistenza **alla persona**”

al

“prendersi cura” **della persona**

e dei suoi bisogni in tutta la sua

“globalità e complessità”

4. Potenziamiento

Cure Domiciliari

Cure Domiciliari

Consentono

- Evitare ricoveri impropri
- Ridurre le giornate di degenza
- Garantire la continuità di cure
- Migliorare la qualità della vita dell'anziano

Commissione Nazionale LEA

Indicatori di verifica e criteri di eleggibilità

Profili di cura	Indicatori	Valori Standard	Criteri di eleggibilità
CD Integrate di Primo Livello	N° assistiti ≥ 65 aa/ residenti ≥ 65 aa	3.5 % > 65	Condizione di fragilità clinica in malati multiproblematici anche al fine di prevenire il ricovero Dimissioni protette per continuità assistenziale
CD Integrate di secondo livello	N° assistiti ≥ 75 aa/ residenti ≥ 75 aa	7 % > 75	
CD Integrate di terzo livello			
C Palliative malati terminali	N° deceduti x tumore in CD/N° deceduti x tumore per anno N° annuo di gg di cure palliative a domicilio	$\geq 45\%$	Quadri clinici instabili compatibili con la permanenza a domicilio Stati vegetativi Condizioni di terminalità SLA Aids

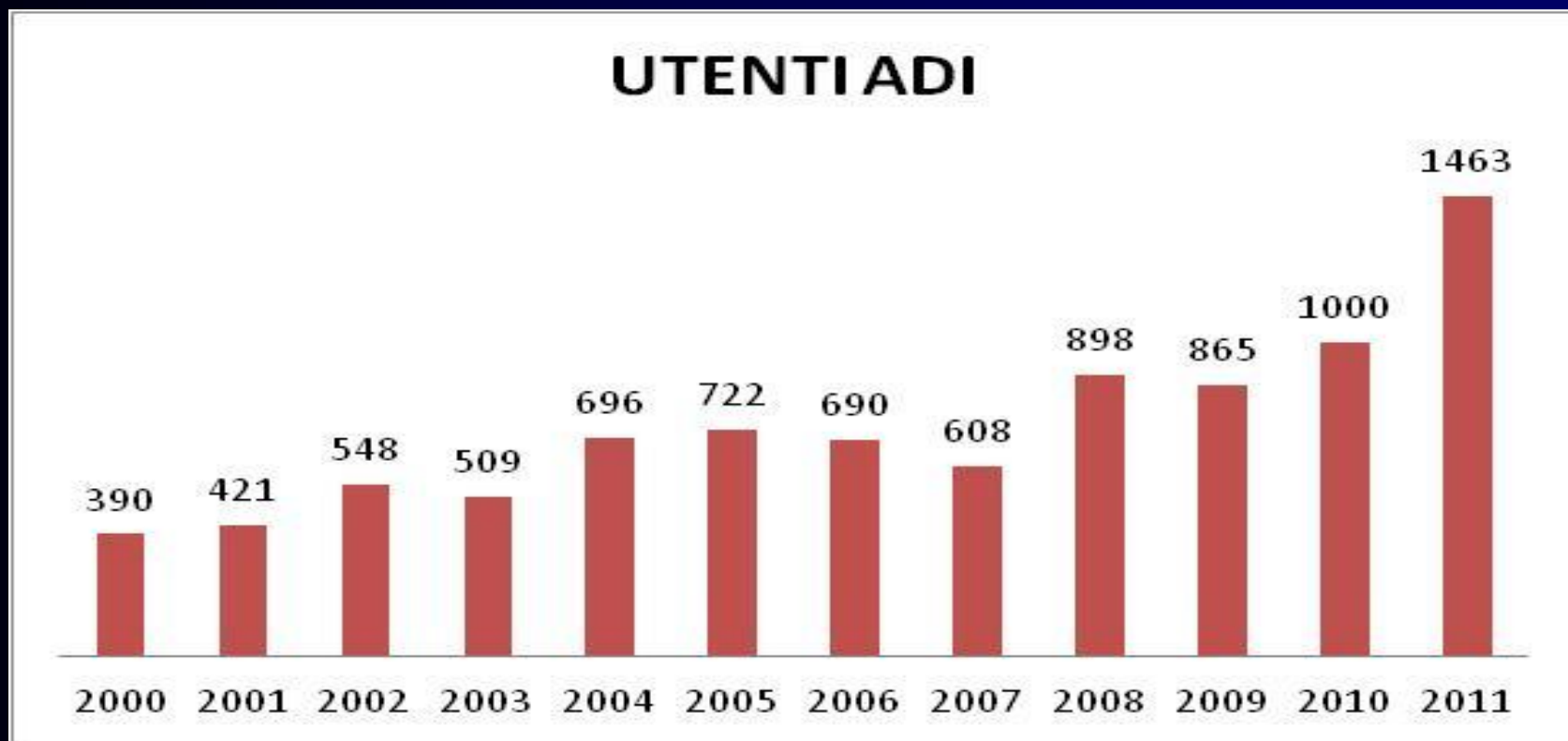
*“La cura della malattia
da sola
non è sufficiente”*

Nuovi Bisogni

Ci troviamo di fronte a “nuovi bisogni” che afferiscono alla persona anziana e ad altre persone fragili.

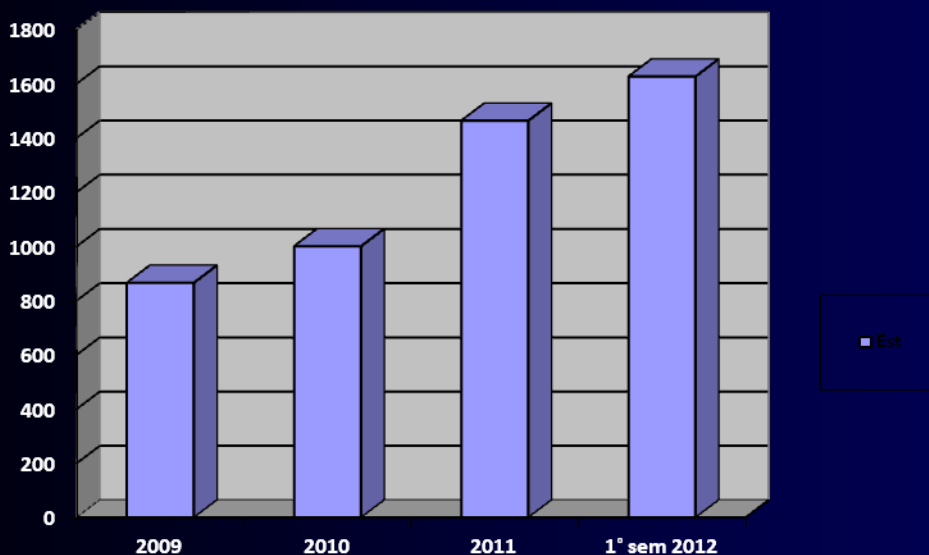
Questi nuovi bisogni non sono la risultanza di una semplice sommatoria di bisogni sociali e bisogni sanitari, ma si tratta di bisogni “sociosanitari” strettamente integrati.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA ASL NA 3 SUD



DATI SETTORE ASS- ANZIANI R
Resp. Dott. De Martino Gerardo

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA ASL NA 3 SUD



Il numero di posti ADI rilevato a fine Giugno 2012 ammonta a 1626 utenti con un ulteriore incremento del 9,9%:

DATI SETTORE ASS- ANZIANI R
Resp. Dott. De Martino Gerardo

Anziani trattati in Assistenza Domiciliare in Campania e Valore Standard

Anno 2011

- **Campania** **2,5 % > 65**
- **Valore Standard** **3,5 % > 65**

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA ASL NA 3 SUD

- Sono state quindi assistite nel semestre 2.262 persone anziane in ADI e, stimando per il secondo semestre lo stesso numero dei nuovi accessi (799), arriviamo ad assistere 3.061 utenti anziani in ADI a fine anno.
-
- **Dunque a fine anno assisteremo in ADI il 3,54% della popolazione anziana ultra 64enne del territorio di riferimento.**

DATI SETTORE ASS- ANZIANI R
Resp. Dott. De Martino Gerardo

.....Tutto ciò è possibile
sviluppando politiche che
tengono conto

Della SOSTENIBILITA'
DELLA SPESA

Sostenibilità della spesa

è un processo di cambiamento tale per cui lo sfruttamento delle risorse, la direzione degli investimenti, l'orientamento dello sviluppo tecnologico e i cambiamenti istituzionali devono essere resi coerenti con i bisogni futuri oltre che con gli attuali.

Rapporto Brundtland – Commissione Mondiale, 1987

.....Sostenibilità della spesa

“è capacità dell’ Azienda
di rispondere alle esigenze del presente
senza pregiudicare
le esigenze delle future generazioni “

CASTELLAMMARE DI STABIA (NA)

ASL NA 3 SUD

FINE

***Grazie per la cortese
attenzione***

Dr. Primo Sergianni

