



Il Distretto sanitario: riferimento per la presa in carico del paziente

Napoli, 01/04/2017
Dott. G.C. de Renzi

Ordine dei medici della provincia di Napoli



Introduzione

“L’assistenza primaria o Primary Health Care (PHC) è il complesso delle attività e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dirette alla prevenzione, al trattamento delle malattie e degli incidenti di più larga diffusione e di minore gravità e delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e tecnologica”.

(Guzzanti 1985).

Il distretto sanitario

Il Distretto Sanitario è la struttura operativa della Azienda Sanitaria Locale (ASL) deputata a contribuire alla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza riferibili al sistema della *primary health care*, che si traduce principalmente nella proposizione, attuazione e verifica del processo organizzativo di presa in carico istituzionale e nella realizzazione della continuità assistenziale per pazienti cronici e con bisogni assistenziali complessi.

Il distretto sanitario

Il distretto costituisce non solo un'area di offerta di servizi sanitari e sociosanitari, ma un vero e proprio sistema organizzativo caratterizzato dall'offerta di interventi di primo livello, da una fase di primo contatto, da azioni di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, trattamento, riabilitazione e counseling, rivolte a patologie acute a bassa complessità specialistica e tecnologica, a patologie croniche e a condizioni di fragilità e/o non autosufficienza, in varie sedi di trattamento (domicilio, residenze, ambulatorio).

Il distretto sanitario

Lo scenario sanitario dei prossimi anni ci farà trovare di fronte a:

- soggetti con patologie multiple;
- persone sane i cui stili di vita scorretti gravano sulla loro salute futura;
- età media dei pazienti in progressivo aumento (si prevede che entro il 2050 la popolazione degli ultra 75enni raddoppierà dal 9,5% attuale al 15%).

Il distretto sanitario

Tutto ciò determinerà un conseguente incremento dei problemi di salute correlati, oltre che alla malattia, anche ad autonomia, disabilità e complessità gestionale. Assumerà, perciò, fondamentale importanza la proposta di nuovi modelli di accessibilità alle cure primarie capaci di rispondere alle diverse esigenze degli utenti.

Il distretto sanitario

Necessaria è la definizione e approvazione di percorsi diagnostici e terapeutici che, condivisi il più diffusamente possibile, rendano concreta la standardizzazione in termini effettivi dei profili di cura attuati nelle diverse strutture costituenti il sistema sociosanitario.

A tal proposito si rende necessario adottare indicatori/misure di risultato di salute espliciti da parte dell'organizzazione sanitaria.

Riordino dell'assistenza territoriale

Il riordino dell'assistenza territoriale e della Medicina Generale, previsto dal Decreto Balduzzi (Legge 189/2012), con l'implementazione delle cure primarie H24 e la “presa in carico della cronicità” è in corso di attuazione nelle Regioni.

La soluzione individuata tra le tante proposte operative degli ultimi anni è orientata ad una riorganizzazione delle cure primarie in vere e proprie forme di Rete di assistenza.

Riordino dell'assistenza territoriale

Il processo di riorganizzazione si sostanzia, in estrema sintesi, in una valorizzazione:

- del territorio;
- del ruolo specifico e centrale del medico di famiglia operante in quel territorio;
- di un sistema che non sia più ospedale-centrico, ma che investa sul territorio e indichi la strada da intraprendere per il futuro professionale.

Riordino dell'assistenza territoriale

Inoltre, grazie alla disponibilità di strumenti informatici e telematici, potrà essere efficientato lo scambio di informazioni cliniche e, di conseguenza, sarà garantita la continuità assistenziale tra i diversi livelli

- Preventivo
- Ospedaliero
- Territoriale

garantendo una visione integrata delle problematiche centrata sulla persona nel suo processo di cura.

Riordino dell'assistenza territoriale

In particolare, per conseguire gli obiettivi definiti negli atti di programmazione regionale, è stato costruito un modello organizzativo e funzionale di Distretto Socio Sanitario, costituito da Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) nell'ambito delle quali operano i MMG nelle forme associative previste (Medicina di gruppo integrata, quale punto di riferimento della rete delle AFT).

In questo modo si realizza la rete orizzontale tra medici e si pongono le condizioni per quella verticale con le altre strutture del sistema, per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza, su tutto il territorio regionale, secondo appropriatezza.

Riordino dell'assistenza territoriale

Nelle AFT operano i medici attualmente in rete, associazione e singoli e vi aderiscono allo scopo di:

- promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari;
- promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "evidence based medicine";
- promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari avvalendosi, nelle proprie attività, del Distretto di riferimento, come erogatore di servizi e funzioni utili al raggiungimento degli obiettivi assistenziali.

Riordino dell'assistenza territoriale

In questa visione il Distretto si inquadra come luogo:

- di integrazione professionale, di globalità della presa in carico e della risposta all'utente in contrapposizione all'assistenza ospedaliera;
- in cui si assicura la produzione dei servizi sul territorio, rafforzando ed ampliando i programmi e le azioni rilevanti in termini di efficacia (screening, vaccinazioni, chronic care model);
- di allocazione e gestione delle risorse rispetto ad obiettivi predefiniti;
- dove l'integrazione non è solo funzionale, ma diviene sempre più strutturale e fisica.

Riordino dell'assistenza territoriale

Il Distretto diventa anche luogo, non solo fisico, ma anche ideale di *governance* intesa come capacità, da parte degli organismi di governo, di fornire linee di indirizzo chiare ed esplicite, al fine di guidare azioni strategiche in grado di promuovere l'implementazione di processi di collaborazione.

Governance significa anche leadership di manager o professionisti, supporto ai professionisti e apprendimento continuo per sostenere i cambiamenti nelle attività cliniche, condivisione di responsabilità a livello decisionale tra tutti i soggetti coinvolti, collegamento tra individui e organizzazioni facilitato dalla disponibilità di luoghi di incontro.

Riordino dell'assistenza territoriale

In questa visione, il Distretto esprime principalmente la funzione di integrazione nei servizi sanitari e sociosanitari tra diversi professionisti, organizzazioni e assistiti, facilitando, nel rispetto delle autonomie dei diversi attori, la crescita del protagonismo degli stessi assistiti (processi di empowerment), della responsabilizzazione degli operatori, delle capacità di programmazione e valutazione delle attività su obiettivi comuni di assistenza.

UCCP

L'UCCP pilota dell'ASL Napoli 1 Centro

Per ciascun distretto viene individuato un luogo fisico di aggregazione in cui costituire le UCCP

Distretti
pilota

Distretto	Indirizzo
Distretto 24	Via Michelangelo Schipa 9 (Presidio Sanitario Polifunzionale Loreto Crispi)
Distretto 25	Via Winspeare/Via Enea
Distretto 26	Via Canonico Scherillo/Quartiere Pianura
Distretto 27	Via San Gennaro Antignano
Distretto 28	Viale della Resistenza 25
Distretto 29	Via Cagnazzi (Elena d'Aosta)/Ospedale San Gennaro
Distretto 30	Piazzetta del Casale di Secondigliano 22 (Presidio Bellone)
Distretto 31	Via Egiziaca a Forcella, 31 (Ascalesi)
Distretto 32	Via Fratelli Grimm
Distretto 33	Piazza Nazionale 94

Il distretto sanitario riferimento per la presa in carico del paziente

AFT

Per poter analizzare la domanda soddisfatta dei residenti dell'area coinvolta nella creazione di AFT sul territorio della città di Napoli, è necessario identificare il bacino di utenza.

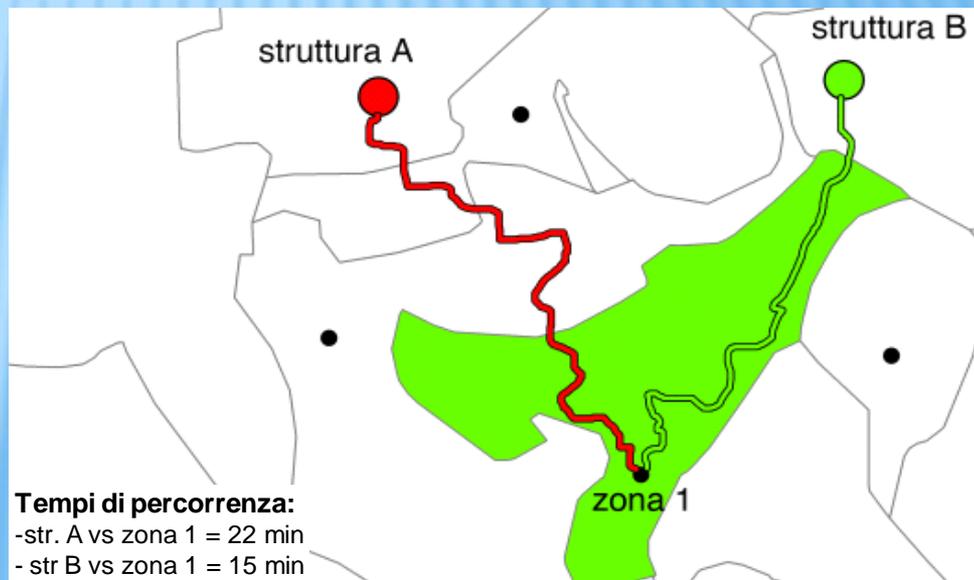
Per bacino di utenza di una AFT si intende l'insieme delle zone ed il relativo numero di assistibili (residenti nelle zone in questione) che vedono la struttura stessa come prima alternativa nelle cure primarie in termine di distanza temporale.

I criteri utilizzati per l'identificazione del bacino di utenza di una o più AFT derivano da un approccio che sposta l'attenzione da un tempo specifico ad un concetto di prossimità sempre calcolata in termini di tempo di percorrenza (considerando i tempi standard per tipologia di strada, indicati in Tabella).

AFT

In Figura, ad esempio, si identifica la zona 1 e la popolazione in essa residente come parte del bacino di utenza della struttura B. Il “centroide” (o baricentro), indicato dal punto nero, della la zona 1 (in verde) vede la struttura B come struttura più vicina in termini di tempo di percorrenza (15 minuti per raggiungere la struttura B invece di 22 minuti per raggiungere la struttura A).

Tipo di strada	Km/h
zona pedonale	5
zona residenziale	8
strade secondarie	10
strade principali	20
strade locali minori	25
strade locali	30
strade regionali	40
strade nazionali	50
Tangenzial	70
Superstrade	80
Autostrade	100



Il distretto sanitario riferimento per la presa in carico del paziente

AFT

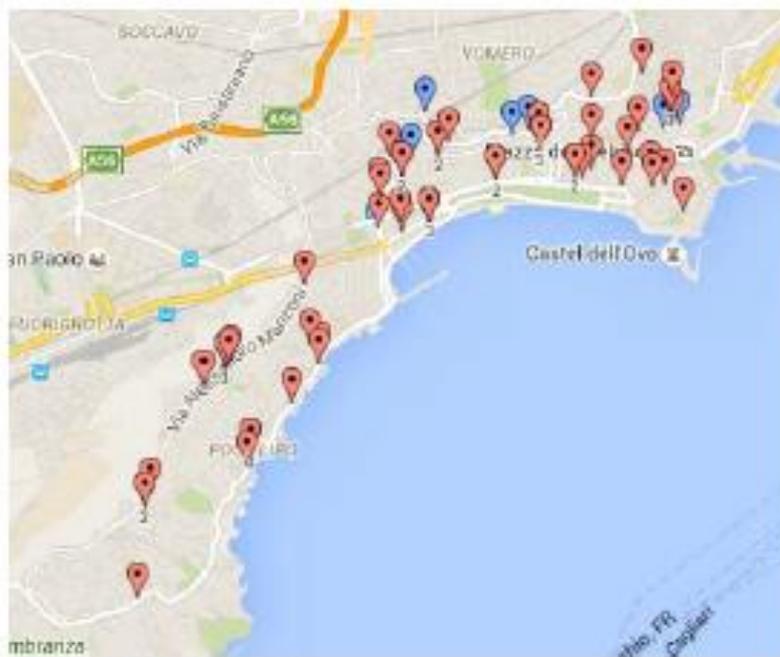
La suddivisione dei MMG in AFT all'interno dei distretti della città metropolitana di Napoli segue le seguenti regole:

- i tempi di percorrenza vengono considerati equivalenti in quanto si tratta di zone residenziali/abitative presenti all'interno della metropoli;
- vengono predilette le arterie a più alta percorrenza come zone di confine tra due AFT;
- vengono applicati i criteri legislativi secondo i quali:
 - ❑ Un AFT è aggregazione di minimo 20 MMG;
 - ❑ Un AFT ha un numero di assistiti complessivo non superiore a 30.000.

Le AFT nel Distretto 24 – Chiaia, Posillipo, San Ferdinando, Isola di Capri

Al distretto 24 afferiscono :

- 63 MMG con un totale di 76.849 assistiti
 - 11 PLS
- geolocalizzati come di seguito.

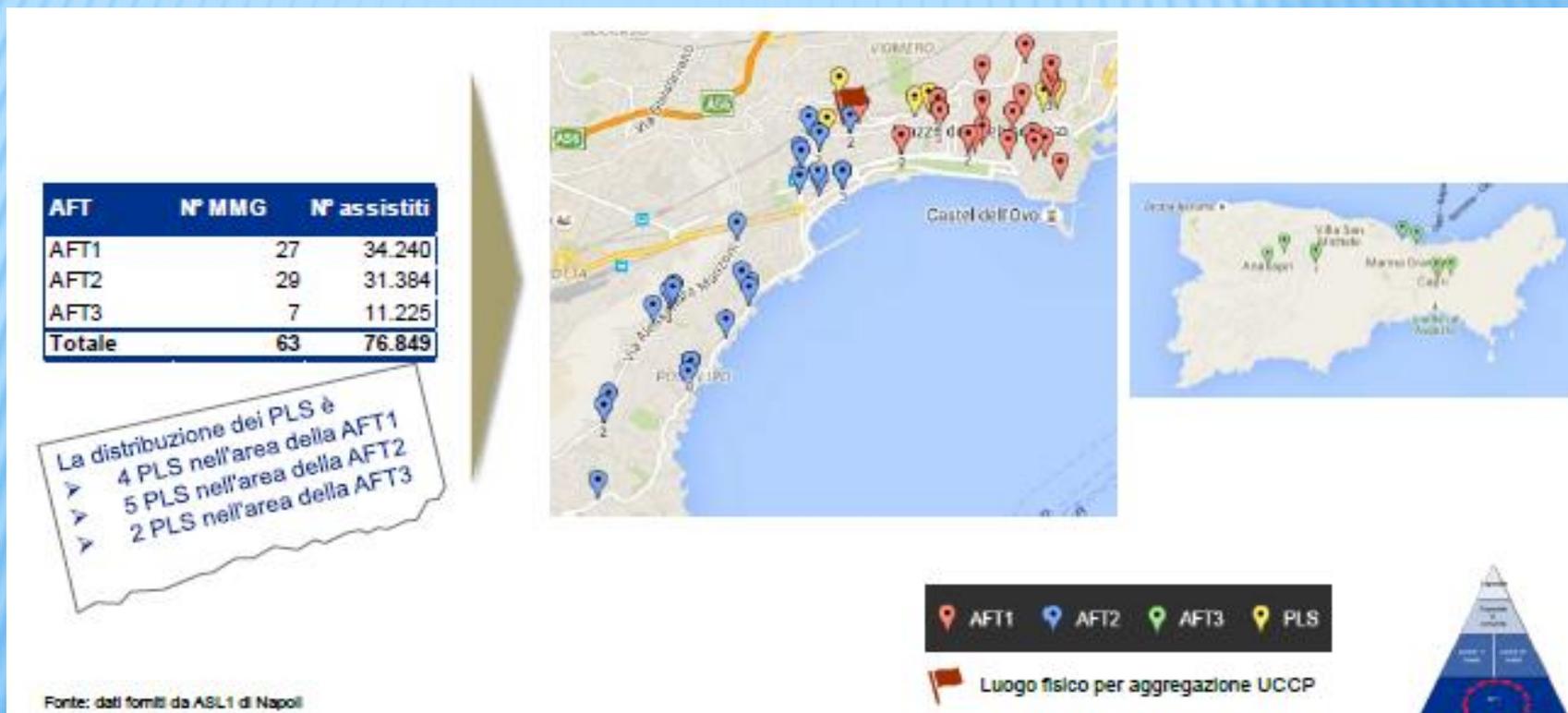


Fonte: dati forniti da ASL1 di Napoli

Il distretto sanitario riferimento per la presa in carico del paziente

Le AFT nel Distretto 24 – Chiaia, Posillipo, San Ferdinando, Isola di Capri

Il Distretto 24 viene ripartito in 3 AFT in coerenza con i requisiti individuati dalla legge Balduzzi



Il distretto sanitario riferimento per la presa in carico del paziente

Le AFT nel Distretto 24 – Chiaia, Posillipo, San Ferdinando, Isola di Capri

La AFT 1 del Distretto 24 è composta da 27 MMG per un totale di 34.240 assistiti.

Codice Regionale	Via Ambulatorio	Comune	Ar Tipo	N° assistiti	AFT
01284/3	MONTE DI DIO 49	Napoli	Generico	1.429	AFT1
01132/6	VIA TRINITA' DEGLI SPAGNOLI	Napoli	Generico	791	AFT1
02746/7	C.SO VITT. EMANUELE 122/C	Napoli	Generico	1.187	AFT1
07323/8	C.SO VITT.EMANUELE 218	Napoli	Generico	1.511	AFT1
07651/2	CARLO POERIO 89/A	Napoli	Generico	1.569	AFT1
07265/6	CARLO POERIO 91	Napoli	Generico	1.279	AFT1
07345/5	VIA EGIZIACA A PZZOFALCOONE	Napoli	Generico	1.469	AFT1
70020/2	SPERANZELLA 105	Napoli	Generico	1.527	AFT1
07574/7	SPERANZELLA 105	Napoli	Generico	860	AFT1
07291/8	SPERANZELLA 105	Napoli	Generico	1.482	AFT1
01568/2	VIA DEI MILLE 16	Napoli	Generico	1.369	AFT1
03066/3	VIA SERGENTE MAGGIORE 49	Napoli	Generico	1.436	AFT1
70015/6	VIA CARIATI 55	Napoli	Generico	1.417	AFT1
07477/7	VIA CARLO POERIO 89/A	Napoli	Generico	1.505	AFT1
00800/6	VIA CHIAIA, 123	Napoli	Generico	1.014	AFT1
71056/0	VIA DOMENICO MORELLI 27	Napoli	Generico	1.480	AFT1
00560/9	VIA FERRIGNI 23	Napoli	Generico	1.506	AFT1
00671/6	VIA MONTE DI DIO 66	Napoli	Generico	1.426	AFT1
70922/4	VIA RIVIERA CHIAIA 168	Napoli	Generico	1.165	AFT1
00755/9	VIA RIVIERA DI CHIAIA, 168	Napoli	Generico	1.246	AFT1
07330/7	VIA S TERESSELLA DEGLI SPAGNOLI	Napoli	Generico	1.263	AFT1
01054/9	VIA S. LUCIA, 110	Napoli	Generico	1.327	AFT1
00183/4	VIA S.TERESA A CHIAIA 39	Napoli	Generico	1.396	AFT1
07581/6	VIA S.TERESA A CHIAIA 39	Napoli	Generico	1.121	AFT1
02947/5	VIA S.TERESA A CHIAIA 39	Napoli	Generico	168	AFT1
07268/9	VIA V. COLONNA, 15	Napoli	Generico	1.078	AFT1
00836/9	VIA V. COLONNA, N° 15	Napoli	Generico	1.219	AFT1
Totale		27		34.240	

Fonte: dati forniti da ASL1 di Napoli



Il distretto sanitario riferimento per la presa in carico del paziente

Le AFT nel Distretto 24 – Chiaia, Posillipo, San Ferdinando, Isola di Capri

La AFT 2 del Distretto 24 è composta da 29 MMG per un totale di 31.384 assistiti.

Codice Regionale	Via Ambulatorio	Comune	Ar	Tipo	N° assistiti	AFT
01944/7	VIA GALIANI 3	Napoli		Generico	1.435	AFT2
03245/4	C.SO VITTORIO EMANUELE 663	Napoli		Generico	1.529	AFT2
03006/9	C.SO VITTORIO EMANUELE 737	Napoli		Generico	837	AFT2
71119/8	CORSO VITTORIO EMANUELE 18	Napoli		Generico	1.233	AFT2
06212/7	M.SCHIPA 22	Napoli		Generico	1.335	AFT2
07221/2	M.SCHIPA 22	Napoli		Generico	752	AFT2
07320/5	POSILLIPO 308	Napoli		Generico	1.389	AFT2
00254/2	SALITA PIEDIGROTTA 3	Napoli		Generico	1.246	AFT2
01520/5	V. MANZONI 110	Napoli		Generico	433	AFT2
70839/1	VIA GIORDANO BRUNO 152	Napoli		Generico	993	AFT2
02580/2	VIA MANZONI 157/b	Napoli		Generico	1.369	AFT2
06544/6	VIA POSILLIPO 370	Napoli		Generico	865	AFT2
70001/9	VIA POSILLIPO 69/20	Napoli		Generico	1.507	AFT2
07646/6	VIA A. MANZONI 225/BIS	Napoli		Generico	1.180	AFT2
01529/5	VIA FERDINANDO GALIANI, 3	Napoli		Generico	1.090	AFT2
70990/8	VIA FRANCESCO GIORDANI 23	Napoli		Generico	1.436	AFT2
00728/6	VIA GALIANI 3	Napoli		Generico	1.330	AFT2
02778/6	VIA MANZONI	Napoli		Generico	268	AFT2
00341/9	VIA MANZONI 157	Napoli		Generico	1.478	AFT2
08050/6	VIA ALESSANDRO MANZONI 157	Napoli		Generico	111	AFT2
02094/3	VIA MANZONI 157/C	Napoli		Generico	1.408	AFT2
01107/5	VIA MANZONI 244	Napoli		Generico	1.082	AFT2
07267/8	VIA PETRARCA 173	Napoli		Generico	854	AFT2
07248/5	VIA POSILLIPO 239	Napoli		Generico	1.506	AFT2
8153/2	VIA POSILLIPO 382	Napoli		Generico	6	AFT2
07269/0	VIA POSILLIPO 69	Napoli		Generico	951	AFT2
70230/1	VIA POSILLIPO, 239	Napoli		Generico	1.535	AFT2
02847/1	VIA A. MANZONI, 225 BIS	Napoli		Generico	1.032	AFT2
71032/1	VIALE GRAMSCI, 23	Napoli		Generico	1.194	AFT2
Totale					29	31.384

Fonte: dati forniti da ASL1 di Napoli



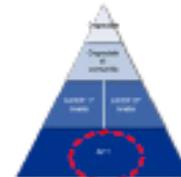
Il distretto sanitario riferimento per la presa in carico del paziente

Le AFT nel Distretto 24 – Chiaia, Posillipo, San Ferdinando, Isola di Capri

La AFT 3 del Distretto 24 è composta da 7 MMG dell'isola di Capri per un totale di 11.225 assistiti.

Codice Regionale	Via Ambulatorio	Comune	Ai Tipo	N° assistiti	AFT
03747/2		Capri	Generico	1.607	AFT3
03741/6	.VIA MARINA GRANDE N.234	Capri	Generico	1.639	AFT3
03746/1	.VIA TRIESTE E TRENTO N.26	Anacapri	Generico	1.534	AFT3
08226/2	TRIESTE E TRENTO	Anacapri	Generico	1.620	AFT3
07815/4	VIA CRISTOFORO COLOMBO 56	Capri	Generico	1.650	AFT3
70679/3	VIA LONGANO 14	Capri	Generico	1.701	AFT3
07582/7	VIA SPRAMONTE	Capri	Generico	1.474	AFT3
Totale				7	11.225

Fonte: dati forniti da ASL1 di Napoli



Il distretto sanitario riferimento per la presa in carico del paziente

Le AFT nel Distretto 24 – Chiaia, Posillipo, San Ferdinando, Isola di Capri

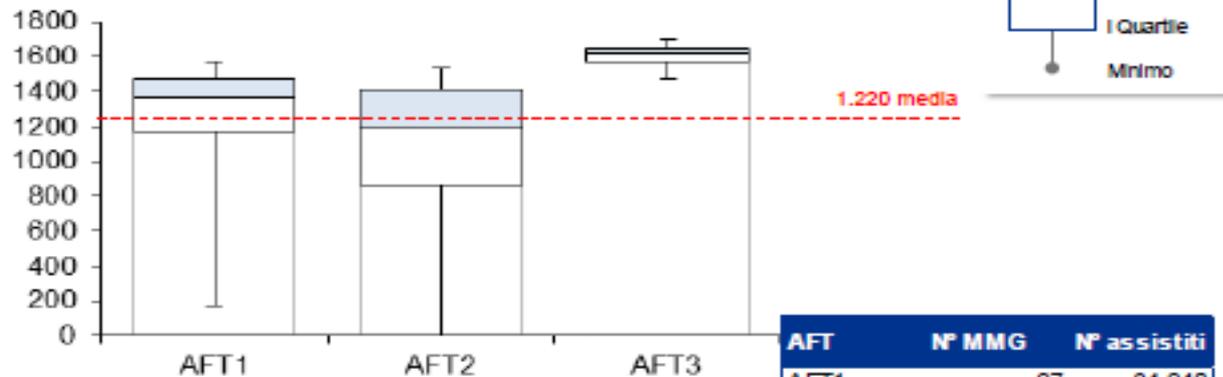
Lavariazione del numero delle scelte per i medici di base all'interno delle AFT individuate per il Distretto 24 è alta.

La media dei pazienti per ciascun MMG del distretto 24 è di 1.220.

Il 33% circa dei medici della AFT 1 ha un numero di scelte inferiori alla media del distretto.

Per l'AFT 2 la percentuale sale al 52% mentre l'AFT3 è composta di MMG massimalisti.

Distretto 24



Fonte: dati forniti da ASL1 di Napoli

Il distretto sanitario riferimento per la presa in carico del paziente

Il PDTA a supporto

I PDTA sono in fase di revisione per integrare l'avvio della nuova organizzazione

	PREVENZIONE & EDUCAZIONE	DIAGNOSI	TERAPIA	RIACUTIZZAZIONE & OSPEDALIZZAZIONE	RIABILITAZIONE RESPIRATORIA
OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> Abolire i fattori di fumo 	<ul style="list-style-type: none"> Confermare la diagnosi di BPCO Verificare aderenza Favorire l'emersione della patologia non ancora diagnosticata 	<ul style="list-style-type: none"> Confrontare sintomi Ridurre gravità e frequenza riacutizzazioni Migliorare qualità della vita 	<ul style="list-style-type: none"> Ridurre gravità e frequenza riacutizzazioni 	<ul style="list-style-type: none"> Favorire il recupero funzionale dopo riacutizzazione Ridurre complicanze e disabilità residua
INPUT	<ul style="list-style-type: none"> Visita ambulatoriale 	<ul style="list-style-type: none"> Visita ambulatoriale Indicazione di spirometria e pulsossimetria 	<ul style="list-style-type: none"> Visita ambulatoriale 	<ul style="list-style-type: none"> Visita ambulatoriale o domiciliare 	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione team ospedaliero Visita ambulatoriale o domiciliare
ATTORI	<ul style="list-style-type: none"> MMG Infermiere Specialista pneumologo Centri Anti Fumo 	<ul style="list-style-type: none"> MMG Infermiere Specialista pneumologo 	<ul style="list-style-type: none"> MMG Infermiere Specialista pneumologo 	<ul style="list-style-type: none"> MMG Infermiere Specialista pneumologo Ospedale 	<ul style="list-style-type: none"> Spec. Malattie apparato respiratorio Spec. Riabilitazione MMG Fisioterap / infermiere / psico / nutrizionista / ass sociale
SETTING	<ul style="list-style-type: none"> Studio del MMG AFT UCCP Centri Anti Fumo 	<ul style="list-style-type: none"> Studio del MMG AFT UCCP Ambulatorio peumo territoriale 	<ul style="list-style-type: none"> Studio del MMG AFT UCCP Ambulatorio peumo territoriale 	<ul style="list-style-type: none"> Studio del MMG AFT UCCP Ambulatorio peumo territoriale Ospedale 	<ul style="list-style-type: none"> Ricovero ord. Riab. Day Hosp. Riab. Ambulatorio Domicilio
OUTPUT	<ul style="list-style-type: none"> Registrazione dato fumo Trattamento del tabagismo 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnosi Eventuale prima visita specialistica 	<ul style="list-style-type: none"> Stadiazione del pazinete Prescrizione terapia Controlli programmati 	<ul style="list-style-type: none"> Trattamento della riacutizzazione Eventuale ricovero ospedaliero Follow up 	<ul style="list-style-type: none"> Attuazione progetto riabilitativo individuale Programma di follow up Valutazione esiti

Il distretto sanitario riferimento per la presa in carico del paziente

GRAZIE PER L'ATTENZIONE
giancarloderenzi@gmail.com