

IL PAZIENTE AD ALTO RISCHIO CARDIOVASCOLARE

dalla stratificazione del rischio alla gestione dello scompenso cardiaco

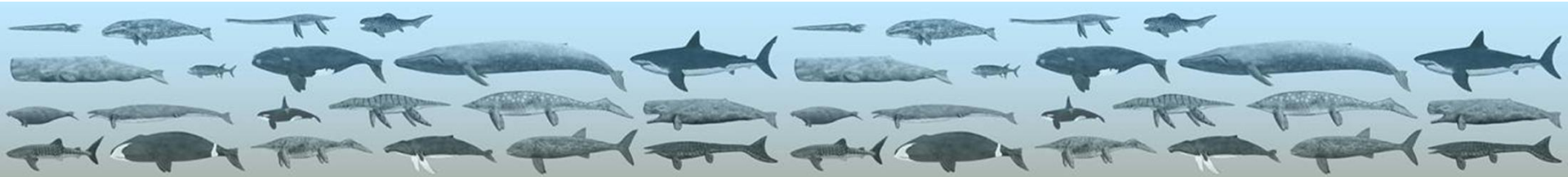
La riorganizzazione dei percorsi:
dalla diagnosi appropriata alle nuove opportunità terapeutiche

Il ruolo della medicina di gruppo UCCP-AFT nella gestione del paziente cronico

vincenzo d'amato

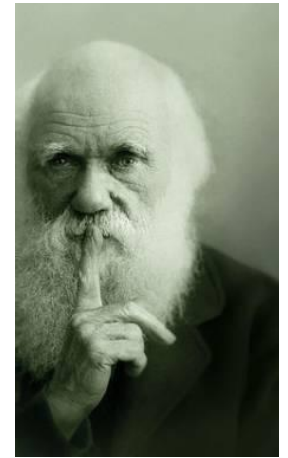
Responsabile scientifico: **dott.ssa Mariarosaria Cillo**

La sfida del cambiamento



***“Non sono le specie più forti
a sopravvivere, né quelle più intelligenti,
ma sono quelle che riescono a rispondere
con maggiore prontezza ai cambiamenti”***

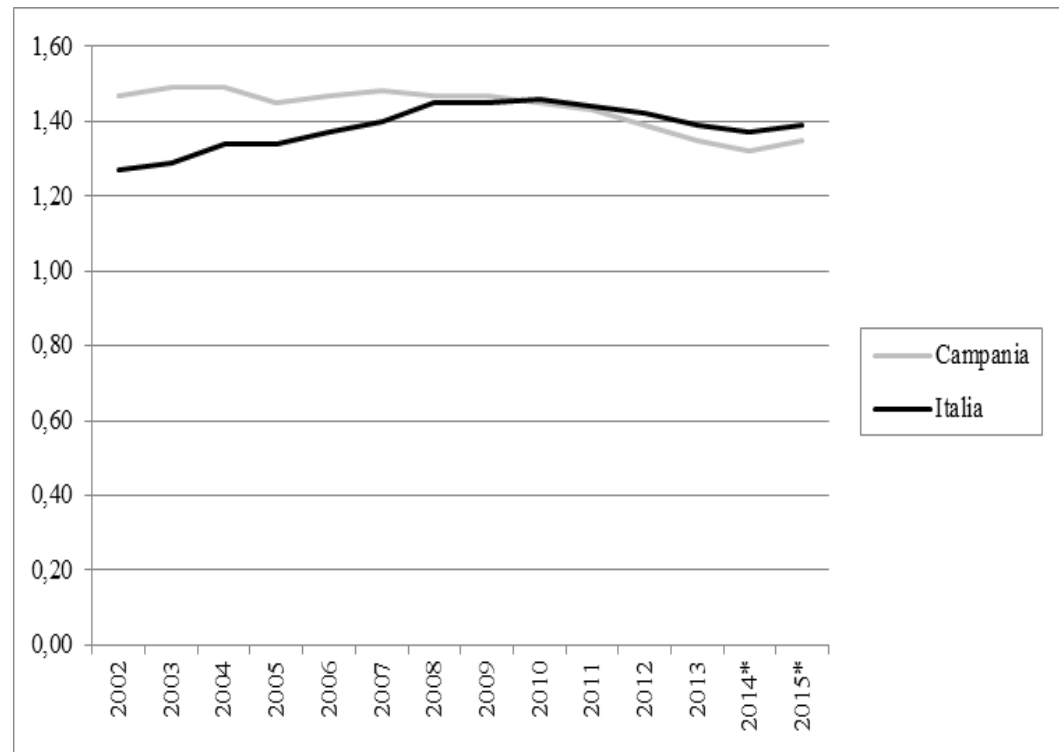
Charles Darwin



Tasso di fecondità totale (numero di figli per donna)

In Campania il tasso di fecondità totale nel 2016 è pari a **1,34** figli per donna (valore nazionale **1,35** figli per donna) risultando inferiore al valore che garantirebbe il ricambio generazionale.

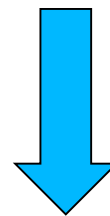
Considerando l'intero periodo il tasso di fecondità in regione Campania è **diminuito del 8,2%** contro un aumento a livello nazionale pari a **+9,4%**.



L'Effetto FLIPPER



che fare?



**Proporre lo
sviluppo di
modelli innovativi
di assistenza
primaria**

Alcuni possibili esempi

**Centro di
assistenza
primaria**

**Ospedale di
Comunità**

AFT

**Equipe
territoriali**

**Case della
salute**

**Ospedale
distrettuale**

UTAP

SPS

**Presidio amb.le
territoriale
integrato**

UCCP

**Presidio amb.le
distrettuale**

I presupposti della trasformazione

Tutto questo presuppone:

- la realizzazione di un **distretto forte** , leader della cronicità e della non-autosufficienza in grado di creare vere alternative all'Ospedale



- la creazione di un rapporto di **partnership** MMG / AZIENDA

Normativa nazionale di riferimento

- ❖ ACN per la Medicina Generale quadriennio normativo 2006 / 2009 - artt. 26 bis - 26 ter e biennio economico 2008 / 2009 - art. 5
- ❖ L. 189 / 12 – art. 1 - di conversione del D.L. 158 / 12
- ❖ Patto della salute 2014 / 2016 - art. 5 – 10.07.2014
- ❖ ACN per gli Specialisti Ambulatoriali Interni 2015 - artt. 4 - 5 -6 - 7 - 8
- ❖ Documenti Integrativi dell'Atto di Indirizzo per la Medicina Convenzionata

Normativa regionale di riferimento

- ❖ AIR per la Medicina Generale 2013 art.11 e AIR per la Pediatria di Libera Scelta 2015 artt. 20 - 21
- ❖ DCA n. 18 del 18.02.2015 di approvazione del modello di riorganizzazione delle cure primarie in regione Campania
- ❖ **DCA n. 99 del 22.09.2016 di approvazione del piano regionale di programmazione della rete per l'assistenza territoriale 2016-2018**

«Entro settembre il decreto commissariale:

*il piano mira a **ridefinire ruoli e funzioni** dei medici di Medicina generale, degli Specialisti, degli ambulatori e dei distretti pubblici e dei Pediatri di famiglia.*

***I pilastri della rete** saranno le Aft, Uccp, ospedali di Comunità e Strutture polifunzionali*

Si tratta della **seconda gamba su cui far camminare a passo spedito la Sanità campana e permetterle così di risalire la china** del tortuoso sentiero che conduce dai piani bassi delle Regioni, cui oggi è confinata, alle vette auspicate dal presidente De Luca, **sul fronte della qualità ed efficienza dei livelli di assistenza.**

Una strada che, tra l'altro, conduce fuori dal tunnel del piano di rientro»

«Un'assistenza territoriale capillare ed efficiente che alleggerisca gli ospedali e le strutture di pronto soccorso

e che consenta **l'ottimizzazione e l'omogeneità assistenziale dei distretti sanitari campani** dando ampio terreno **alla medicina d'iniziativa e alla prevenzione da un lato e alla fragilità e cronicità dall'altro**, per una nuova logica dell'assistenza che sposti finalmente il proprio baricentro dall'ospedale al territorio»

Gestione della cronicità

L'aumento delle patologie croniche implica che il sistema di offerta sanitaria e sociosanitaria si adegui e sviluppi elementi che facilitino **l'integrazione dei servizi sul paziente**, **determinando trattamenti coordinati** e **e continui nel tempo**, orientati al soddisfacimento di bisogni di salute



gestione della complessità

.... e in assenza degli ACN o di Atti di Indirizzo che tenessero il passo

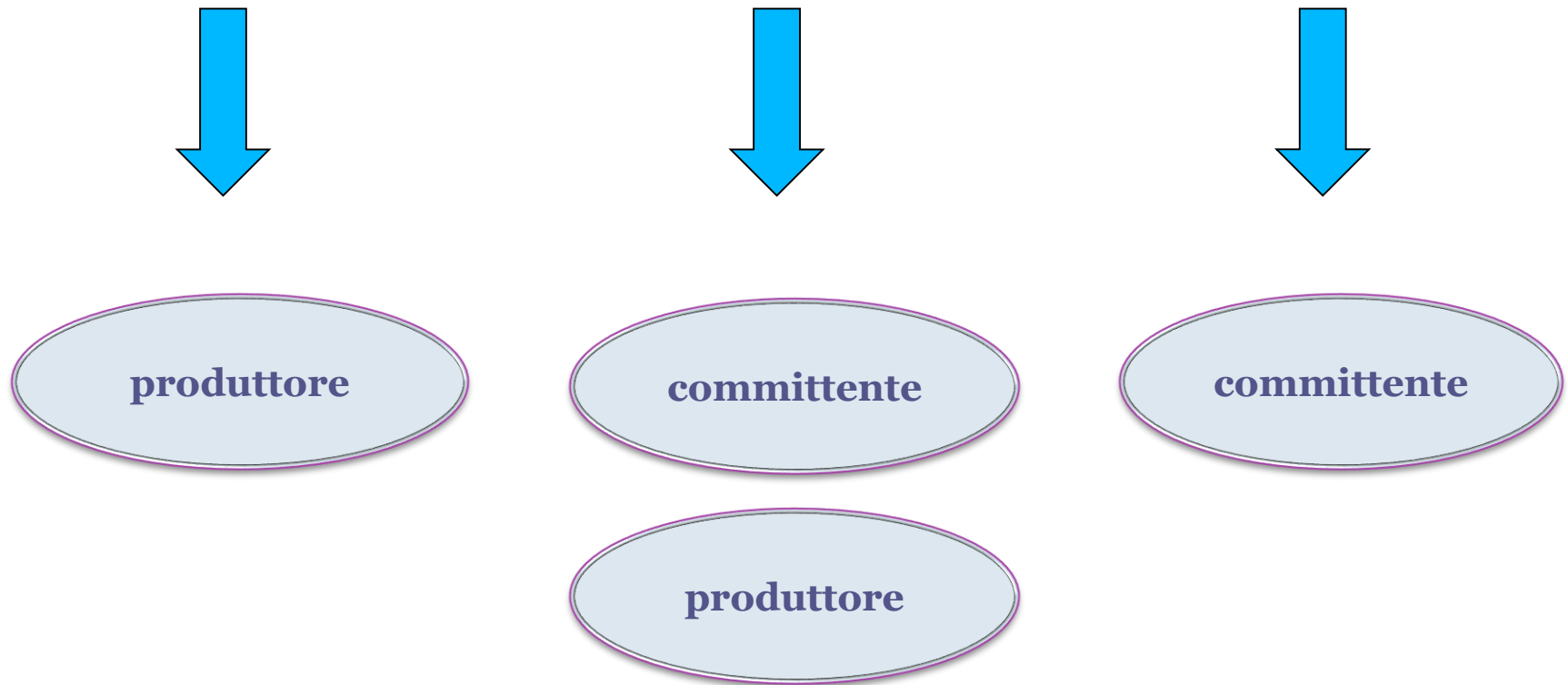
..... sono aumentati i dubbi e le incertezze che hanno coinvolto soprattutto i medici convenzionati i quali hanno manifestato il timore che le nuove forme organizzative potessero ledere:

- ❑ il principio della libera scelta dei cittadini
- ❑ la capillare diffusione degli studi
- ❑ la propria autonomia professionale ...



.... e dei dirigenti distrettuali

... e il ruolo del Distretto?



Documenti integrativi atto indirizzo med. conv.

- Salvaguardare la **capillare diffusione degli studi** e il **rapporto di fiducia** medico/paziente
- **Ruolo unico** delle cure primarie
- Accessibilità alla AFT **h 12** dal lunedì al venerdì
- I medici a rapporto orario assicurano **prioritariamente** la loro attività tutti i giorni **dalle 20.00 alle 24.00** e nei giorni di sabato e festivi **dalle 08.00 alle 20.00**
- **Nella successiva fascia oraria interviene il 118**



Fimmg, Fimp, Sumai: aggiornamento atto di indirizzo

Data pubblicazione : **28/07/2017**

Sufficiente apertura su temi richiesti, opportune verifiche in SISAC – S. Scotti, G. Chiamenti e A. Magi

«Accogliamo con apprezzamento il lavoro svolto da parte del Presidente del comitato di settore Massimo Garavaglia che, raccogliendo l’invito del Ministro Lorenzin, ha provveduto all’aggiornamento dell’atto di indirizzo per il rinnovo della medicina convenzionata”.

«Il nuovo ACN – affermano i tre segretari – innanzitutto potrà dare, adesso, risposte e chiarezza al dovuto ristoro economico atteso dalle categorie da troppi anni e rappresentare l’occasione per uno vero sviluppo delle cure territoriali ...»

I nuovi AACCNN dovranno

- fornire ulteriori indicazioni per la **promozione di modelli di assistenza effettivamente evolutivi** rispetto a quelli proposti sino ad ora
- **promuovere una visione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta ben integrati** nei modelli organizzativi regionali
- **considerare** oltre che le indicazioni normative, anche l'evoluzione degli scenari della **demografia professionale**, dell'**epidemiologia**, del **mutato contesto professionale**
- **supportare le innovazioni organizzative in corso nel paese** nel rispetto della programmazione di ciascuna regione

Aspetti prioritari da sviluppare all'interno dell'ACN

- **attuazione del PNC:** prevedendo compiti di **coordinamento** e di **responsabilità** nella stesura del PAI e del PCP
- **attuazione del PNPV 2017-2019:** con **remunerazione legata alla premialità sul risultato** (copertura vaccinale) e non alla prestazione
- **governo delle LA:** favorendo la piena **partecipazione ai percorsi di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio** delle prestazioni
- **contrasto agli accessi impropri al P.S.:** attraverso le **nuove forme organizzative e presidi**, assicurando sul territorio le **competenze necessarie** e sfruttando le potenzialità delle **C.O. 116117**
- **affrontare il tema del turn-over:** in termini sia di rapporto ottimale che di massimale di scelte
- **implementare il ruolo unico:** MMG e MCA
- **prevedere fondo per la remunerazione dei fattori produttivi:** di livello aziendale e non di AFT
- **prevedere risorse economiche:** la **Legge di bilancio 2016** e il **DPCM 27.02.2017** hanno **individuato le risorse per i rinnovi contrattuali 2016/2018** del personale dipendente e stabilito che le disposizioni si applicano anche ai convenzionati con il SSN

Via libera dal Governo all'Atto di Indirizzo

..... ed è così arrivato anche **il nulla osta della Presidenza del Consiglio e del Ministero della Salute** alla nota di aggiornamento all'atto di indirizzo

..... **il Comitato di settore Regioni-Sanità** la ha **quindi trasmessa alla Sisac** (struttura interregionale sanitari convenzionati)

..... **il confronto** per il rinnovo della convenzione si è finalmente riaperto il 14 settembre

Al via Tavolo Istituzionale Assistenza Territoriale

Previsto dal D.M. 70/2015 per la riorganizzazione della rete dei servizi territoriali e l'integrazione dell'assistenza H/T e S/S

Coordinato da Agenas

Composto da rappresentanti del M. S., di Agenas da Esperti in materia di territorio e dalle Regioni indicate dalla Commissione Salute: Lombardia, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Marche, Campania, Abruzzo e Toscana

Priorità: medicina di iniziativa, assistenza domiciliare, valutazione delle reti socio-assistenziali, formazione e aggiornamento professionale

..... e intanto ????

**le ASL campane si stanno
organizzando**

Le previsioni del DCA 99/2016 per l'ASL SA

Tabella n. 13: stima del numero di AFT della Medicina Generale e della Pediatria

ASL	n. D. S.	Pop. >15 anni	MMG	C. A. titolari	C. A. sostituti	n. AFT MMG	Pop. 0-14 anni	P.L.S	n. AFT PLS
ASL AV	6	370.743	341	164	80	12	54.582	48	8
ASL BN	5	245.005	236	103	29	8	35.702	29	6
ASL CE	12	778.570	739	220	23	26	145.844	125	14
ASL NA 1 CENTRO	10	841.106	995	158	41	28	147.119	152	11
ASL NA 2 NORD	13	870.940	799	193	33	29	181.814	164	14
ASL NA 3 SUD	13	900.648	780	243	18	30	172.271	157	13
ASL SA	13	953.084	854	176	122	32	153.422	131	18
TOTALE	72	4.960.096	4.744	1.257	346	165	890.754	806	84

Le previsioni del DCA 99/2016: UCCP

Tabella n. 20 – Elenco UCCP ASL Salerno



Nome	Tipologia	Status	Città
D.S. 61 PO Scafati	UCCP	in programmazione	Scafati
D. S. 64 Buccino	UCCP	in programmazione	Buccino
D. S. 66 Salerno	UCCP	in programmazione	Salerno
D. S. 69 Roccadaspide	UCCP	in programmazione	Roccadaspide
D. S. 70 PO Agropoli	UCCP	in programmazione	Agropoli
D. S. 72 Sant'Arsenio	UCCP	in programmazione	Sant' Arsenio
D. S. 70 Stio	UCCP	in programmazione	Stio

Il percorso dell'ASL Salerno

Già all'epoca del Decreto 18/2015 **5 medicine di gruppo** (DD.SS. 60 - 61 - 69) avevano presentato un progetto sperimentale di costituzione volontaria di altrettante **AFT erogative** con un n. di **MMG aderenti** variabile **da 15 a 23** unità - di **ambiti territoriali da 1 a 2** e di **comuni** interessati **da 1 a 5**

Con tale sperimentazioni **si rendevano disponibili sia il personale** (collaboratore di studio e infermiere) **che i locali**

L'Atto Aziendale approvato con Delibera n. 173 del 14 .11.2016 e con successivo D.C. n. 1 del 11.01.2017 **ha recepito il modello di riorganizzazione delle cure primarie** previsto dal D.C. n. 99/2016

Nel corso della seduta del 10 maggio 2017 il Comitato Aziendale della Medicina Generale ha approvato il progetto sperimentale di «**Assistenza Primaria Avanzata – APA: AFT h 12 erogativa**» nelle more della definizione dei nuovi ACN e AIR per la Medicina Generale

L'ASL con Deliberazione n. 520 del 22.05.17 ha preso atto della costituzione delle 5 AFT nominandone il coordinatore

Il progetto è stato poi inviato alla Regione per l'approvazione e finanziamento rimandandone la contrattazione a livello aziendale

Caratteristiche dell'AFT EROGATIVA H12

Popolazione non superiore a **30.000** assistiti

Si configura in relazione agli **ambiti territoriali**

Svolge esclusivamente **attività ambulatoriale**

Ha una **sede di riferimento**

Eroga l'assistenza **H 12 – i pz. vi accedono solo negli orari in cui l'ambulatorio del proprio medico di fiducia è chiuso**

Prevede la presenza **dell'infermiere** e l'utilizzo **di un software gestionale in grado di garantire al CUP aziendale di collegarsi** con attivazione della **SSI** e del **FSE**

Ogni medico continua a svolgere l'attività nel proprio studio (singolo o in associazione) assicurando un orario aggiuntivo congruo per la copertura **H 12 X 5 gg** presso al sede dell'AFT con turni concordati ed elaborati dal coordinatore

Prestazioni erogabili in AFT H 12

Disturbi muscoloscheletrici: lombalgia e rachialgia non traumatica – distrazione muscolare

Dermatologia: punture insetto senza reazioni sistemiche – rush cutanei iatrogeni e orticaria di modesta entità – prurito diffuso – verruche, nevi, herpes simplex o zoster, micosi, foruncoli – ferite superficiali – abrasioni rimozione punti sutura – medicazioni

Oculistica: congiuntiviti e patologie palpebrali escluso corpo estraneo

Otorino: otiti – acufeni – riniti e altre flogosi minori – epistassi pregressa non in terapia anticoagulante

Odontostomatologia: odontalgia, stomatiti, afte, gengiviti

Urologia: colica renale, sostituzione catetere vescicale

Ginecologia: vaginiti e patologie ginecologiche minori

Gastroenterologia: gastroenteriti acute non complicate, singhiozzo, emorroidi, stipsi cronica

Miscellanea: sindromi influenzali, febbre senza complicanze, rialzo pressorio asintomatico, ansia e crisi di panico

ACAP prefestiva e festiva presso il PO Eboli

Il DCA 99/2016 prevede la realizzazione di **UCCP pediatriche**, quali esperienze pilota, che dovranno rappresentare luogo di incontro o meglio di **connubio della funzione territoriale con quella ospedaliera** attraverso la realizzazione di una forte integrazione ospedale-territorio in materia di assistenza pediatrica

In linea con il DCA 99/2016 la ASL SA con l'A.A., approvato dal C. A. con Decreto n. 1/2017, ha previsto la realizzazione di una **UCCP pediatrica** con competenza sui territori dei Distretti di Battipaglia ed Eboli, ubicata presso l'Ospedale di Eboli, **per prestazioni ambulatoriali e a ciclo diurno**

Nelle more dell'avvio della UCCP pediatrica, al fine di attivare con immediatezza nuovi modelli organizzativi delle cure primarie, l'ASL SA ha realizzato un **ambulatorio di continuità assistenziale pediatrica (ACAP), prefestiva e festiva**, gestito dal Direttore del Distretto Sanitario n. 65 e ospitato all'interno del P. O. di Eboli

Perché l'ACAP?

Nei giorni di chiusura degli ambulatori dei PLS, si manifesta un ricorso inappropriato alle strutture ospedaliere di Eboli e Battipaglia

Il fenomeno si registra con particolare frequenza dalle ore 8.00 alle ore 22.00

Il livello di assistenza territoriale è quasi completamente bypassato al fine di ottenere risposte ad esigenze urgenti o, spesso, solo percepite come tali, nella convinzione di ricevere al PS un inquadramento migliore e in tempi brevi

In molti casi sono accessi evitabili che affollano il pronto soccorso dei due H

..... e il ricorso improprio al pronto soccorso comporta:

- **rischio di infezioni** per i bambini con codice verde o bianco che entrano inutilmente negli ambienti ospedalieri in cui persistono germi
- **lunghe attese**
- **elevata pressione sul personale sanitario**
- **difficoltà nell'assistenza ai pazienti più critici**
- **incremento dei costi**

Accesso, responsabilità, casi trattati

L'ubicazione all'interno del P.O. consente all'ACAP di **usufruire dei servizi diagnostici del nosocomio e della possibilità di ricevere consulenza specialistica ospedaliera** per i casi che, pur senza l'urgenza del ricovero, richiedono un più rapido e completo inquadramento

La modalità di accesso all'ACAP è di tipo diretto

La responsabilità fa capo al Direttore del Distretto di Eboli

L'ACAP è aperto in tutti i giorni prefestivi e/o festivi dell'anno dalle ore **08.00 alle ore 20.00** e si rivolge ai pazienti di **età pediatrica** (0/14 anni) che **presentano in via indicativa le seguenti problematiche:**

- otiti, riniti, faringiti, laringiti, tonsilliti, tracheiti, bronchiti, tosse di n.d.d.
- asma e problemi respiratori in genere;
- gastriti e gastro-enteriti - condizioni febbrili con o senza convulsioni;
- orticaria, rash cutanei, esantemi, dermatiti;
- dolori addominali di n.d.d. vomito e/o diarrea;
- pianto persistente, congiuntiviti

Personale, attività, prestazioni, costi

Due PLS per turno dei DD.SS. 64 e 65, su base volontaria, che eleggono un coordinatore

Un infermiere dipendente del P.O. per turno

Attività: visita ambulatoriale, self-help diagnostico di base, somministrazione di terapia, risposta telefonica alle chiamate, con il filtro del personale di supporto

Garantisce esclusivamente **le prestazioni indifferibili**; non può invece erogare né le attività preventive, né quelle programmabili, domiciliari o diverse dal codice bianco

Per la partecipazione alla sperimentazione vengono corrisposti al PLS **€ 50,00/ora** e la **copertura assicurativa** per l'orario di servizio in ACAP

I casi trattati in ACAP potranno essere:

- **rinviati al proprio domicilio** con diagnosi ed eventuale prescrizione farmacologica
- **rinviati al proprio domicilio con segnalazione al PLS** che ha in carico il minore per l'effettuazione di ulteriori accertamenti e/o approfondimenti da effettuarsi presso le strutture sanitarie territoriali e ospedaliere di riferimento
- **ricondotti al canale ordinario del pronto soccorso** ove necessitino di trattamento in emergenza-urgenza e/o di ricovero ospedaliero

LE PRESTAZIONI RICHIESTE NON RICADONO NEL BUDGET DI SPESA DEL PLS

La valutazione dell'ACAP:

La definizione degli obiettivi e la valutazione dei risultati viene demandata al Comitato Aziendale per la Pediatria di Libera Scelta, allargato al Direttore del Distretto, che utilizzerà un set di indicatori

- **numero di prestazioni ambulatoriali** erogate dai PLS nel corso del servizio
- **numero degli accessi pediatrici totali al P.S. e numero di accessi per codici bianchi** confrontati con quelli registrati nello stesso periodo dell'anno precedente
- **numero e tipologia dei ricoveri pediatrici prefestivi e festivi** registrati presso il P.O. di Battipaglia confrontati con quelli registrati nello stesso periodo dell'anno precedente presso i PP.OO. di Battipaglia ed Eboli
- **grado di soddisfazione degli assistiti**

Le previsioni del DCA 99/2016:RSA/CD >65

Nome	Tipologia	Status	Città
RSA Sant'Arsenio	RSA anziani pubblico	attivo	Sant'Arsenio
CDI Anziani - Demenze	RSA anziani pubblico	In programmazione	Salerno
RSA Anziani/Demenze	RSA anziani pubblico	attivo	Roccadaspide
Maria dei Cordici s.r.l.	RSA anziani privato	attivo	Torraca
Fondazione Opera Giovanile Juventus Don Donato Ippolito	RSA anziani privato	attivo	Sala Consilina
I.SA.MA Srl	RSA anziani privato	attivo	Nocera Inferiore
SIRIA Servizi Sanitari Srl	RSA anziani privato	attivo	Siano
Villa Silvia	RSA anziani privato	attivo	Roccapiemonte
S.S.R. s.r.l. - Villa Caruso	RSA anziani privato	attivo	Roccapiemonte
Villa Alba	RSA anziani privato	attivo	Cava de' Tirreni
Casa Albergo Villa delle Rose	RSA anziani privato	attivo	Cava de' Tirreni
Valle D'Argento 2 Srl	RSA anziani privato	attivo	Giffoni Valle Piana
Centro Fisiokinesiterapico Cilento	RSA anziani privato	attivo	Orria
RSA Sant'Antonio	RSA anziani privato	attivo	Giffoni Sei Casali

Dove: locali inutilizzati di proprietà dell'ASL

Capacità: 20 posti

Personale: decreto 134 /2016

Collegamento: CDC – PUA – USS

Cooperazione: Università Vanvitelli di Napoli

Le previsioni del DCA 99/2016: DCA

nell'ambito della rete per i DCA viene previsto:

- un **ambulatorio dedicato** nell'ambito del DSM di ciascuna ASL
- strutture pubbliche **semiresidenziali per complessivi circa 70 posti** (almeno una nell'ambito del DSM di ciascuna ASL)
- strutture pubbliche **residenziali con singolo modulo da 10 posti**, almeno due in ambito regionale, di cui una a Napoli e un'altra a Salerno

Le previsioni del DCA 99/2016: SUAP



Nome	Tipologia	Status	Città
SUAP di Bisaccia	SUAP pubblico	in programmazione	Bisaccia
SUAP di Sant'Agata dei Goti	SUAP pubblico	in programmazione	Sant'Agata dei Goti
SUAP di Piedimonte Matese	SUAP pubblico	in programmazione	Piedimonte Matese
SUAP PO San Gennaro	SUAP pubblico	in programmazione	Napoli
SUAP di Pollena Trocchia	SUAP pubblico	in programmazione	Pollena Trocchia
SUAP di Gragnano	SUAP pubblico	in programmazione	Gragnano
SUAP di Agropoli	SUAP pubblico	in programmazione ampl.to da 5 a 11 PL	Agropoli

Il P.O. di Agropoli

Riattivazione del P.O. Atto Aziendale DCA 1/17 - dal giorno 8.5.17

Pronto Soccorso (EX PSAUT) + 20 posti letto di medicina generale

Servizio Radiologia (ospedaliera e distrettuale)

Servizio Laboratorio Analisi (sistemi automatici per esami urgenti)

Servizio attivo di guardia anestesiologicala

Servizio attivo di guardia cardiologica nei fine settimana (provvisoriamente)

IL Distretto è di supporto anche alle attività ospedaliere (unica direzione, supporto amministrativo, consulenze specialistiche, farmacia, personale etc.)

SUAP (speciale unità di accoglienza permanente) 5 p.l. (in via di attivazione 11 posti letto)

Le previsioni del DCA 99/2016: ADI

il Piano prevede di mantenere e consolidare il livello di offerta raggiunto nell'anno 2015

l'ipotesi di lavoro è qualificare l'offerta garantita sostenendo anche:

l'incremento del 20% dei casi non anziani

l'incremento del 15% dei malati terminali

l'incremento del 0,80% di anziani in adi

l'incremento dei casi con $CIA > 0,13 > ADI_1$ °liv.

l'ulteriore implementazione del flusso SIAD

la tempestiva presa in carico per le C D palliative

la dimissione programmata e anticipata



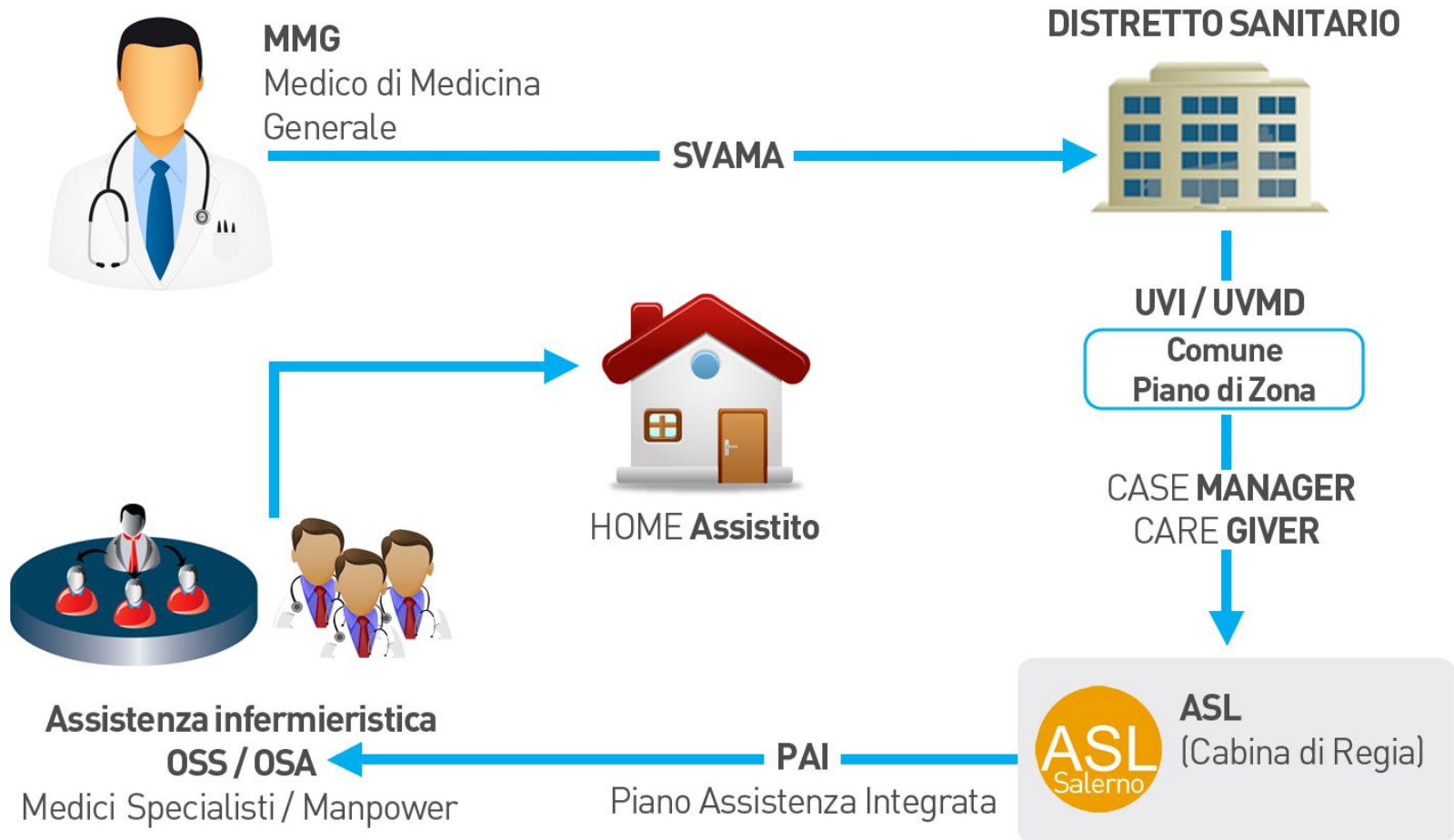
- Popolazione di 1,1 milioni;
- 217.456 > 65 anni;
- 105.000 > 75 anni;
- Risultati rispetto al vecchio progetto ADI senza piattaforma ICT :
 - 49% in più di casi trattati;
 - 94% in più di accessi infermieristici;
 - 105% in più di accessi fisioterapici;
 - 142% in più di visite mediche specialistiche;



- **AREA NORD:**
 - GESTIONE DIRETTA;
 - SALTUARIE ESTERNALIZZAZIONI;
- **AREA CENTRO:**
 - SOLO GESTIONE DIRETTA;
- **AREA SUD:**
 - TOTALE ESTERNALIZZAZIONE;



WORKFLOW





LE INNOVAZIONI DEL MODELLO SI RIASSUMONO IN :

- 1. MODELLO DOTATO DI CABINA DI REGIA CHE**
 - 1. DEFINISCE INSIEME ALLA DIREZIONE SANITARIA E ALLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA GLI OBIETTIVI ANNUALI DA PERSEGUIRE**
 - 2. GARANTISCE APPROCCIO E PROCEDURE UNIVOCHE**
- 2. GESTIONE ANCHE DELLA MEDIA ED ALTA INTENSITA', CON VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE E GESTIONE DELLE CURE PALLIATIVE;**
- 3. PIATTAFORMA INFORMATICA GESTIONALE CHE GOVERNA L'INTERO PROCESSO DALLA SEGNALAZIONE, ALL'EROGAZIONE, AI FLUSSI SIAD;**

EQUIPE DEI MEDICI SPECIALISTI

CARDIOLOGO

OCULISTA

NEUROCHIRURGO

PSICOTERAPEUTA

ANESTESISTA

ALGOLOGO/TERAPIA DEL DOLORE

ONCOLOGO/PALLIATIVISTA

VULNOLOGO

UROLOGO

ENDOCRINOLOGO

GERIATRA

DERMATOLOGO

NUTRIZIONISTA

OTORINOLARINGOIATRA

INTERNISTA

PEDIATRA

ECOGRAFISTA

FISIATRA

NEUROLOGO

PNEUMOLOGO



Deliberazione Giunta Regionale n° 427/2016

N°	Definizione	Obiettivo
7	% di anziani > o uguale a 65 anni trattati in ADI	Garantire almeno un valore ricompreso tra $\geq 1,56$ e $< 1,88$

Distretti DATI 2016	Pazienti Over 65 Curedom	Residenti over 65	% Over 65 presi in carico
D.S. N.60 NOCERA INFERIORE	478	16845	2,84%
D.S. N.61 ANGRI-SCAFATI	524	15126	3,46%
D.S. N.62 SARNO-PAGANI	357	14069	2,54%
D.S. N.63 CAVA DEI TIRRENI-COSTA D'AMALFI	651	19609	3,32%
D.S. N.64 EBOLI-BUCCINO	846	19881	4,26%
D.S. N.65 BATTIPAGLIA	396	12769	3,10%
D.S. N.66 SALERNO	1057	34142	3,10%
D.S. N.67 MERCATO S.SEVERINO	401	11889	3,37%
D.S. N.68 GIFFONI VALLE PIANA	451	13458	3,35%
D.S. N.69 CAPACCIO-ROCCADASPIDE	395	12680	3,12%
D.S. N.70 VALLO DELLA LUCANIA- AGROPOLI	744	21652	3,44%
D.S. N.71 SAPRI-CAMEROTA	292	10465	2,79%
D.S. N.72 SALA CONSILINA-POLLA	313	14871	2,10%
Totale complessivo	6905	217456	3,18%

CIA = GeA / GdC

- CIA = Coefficiente Intensità Assistenziale
- GeA = Giornate Effettive di Assistenza Erogate
- GdC = Giornate di Cura giornate trascorse dalla data di presa in carico alla data di conclusione

	GeA/GdC
CIA 0	0 – 0,13
CIA 1	0,14 – 0,30
CIA 2	0,31 – 0,50
CIA 3	0,51 – 0,60
CIA 4	0,61 - 1

Dati 2017 al 31 maggio	Prestazionali			I Livello			II Livello			III Livello			Cure Palliative			Totale complessivo		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Conteggio PAI Curedom	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
D.S. N.60 NOCERA INFERIORE	37	5	0	199	149	25	385	556	248	153	262	85	28	0	3	807	972	361
D.S. N.61 ANGRI-SCAFATI	53	2	0	476	365	86	473	638	266	176	512	322	163	122	20	1348	1639	694
D.S. N.62 SARNO-PAGANI	1	0	0	444	596	194	152	184	65	23	42	15	8	10	0	628	832	274
D.S. N.63 CAVA DEI TIRRENI-COSTA D'AMALFI	486	281	5	200	278	204	310	528	215	132	197	60	294	322	100	1425	1606	584
D.S. N.64 EBOLI-BUCCINO	199	238	0	485	477	95	503	835	439	98	259	163	156	138	68	1442	1947	765
D.S. N.65 BATTIPAGLIA	85	106	0	50	18	106	115	153	139	272	448	64	101	114	53	625	839	362
D.S. N.66 SALERNO	747	102	0	309	1139	525	748	937	393	106	135	16	311	373	202	2222	2686	1136
D.S. N.67 MERCATO S.SEVERINO	444	211	0	56	90	30	303	542	285	30	99	32	58	57	16	892	999	363
D.S. N.68 GIFFONI VALLE PIANA	335	129	21	601	807	380	278	445	169	35	46	14	68	85	53	1317	1512	637
D.S. N.69 CAPACCIO-ROCCADASPIDE	165	36	4	310	465	208	343	476	230	81	134	61	19	47	20	919	1158	523
D.S. N.70 VALLO DELLA LUCANIA-AGROPOLI	379	220	34	1114	1402	488	196	326	304	83	135	214	23	88	16	1803	2171	1056
D.S. N.71 SAPRI-CAMEROTA	226	72	6	217	226	85	228	294	130	39	80	62	77	77	20	789	749	303
D.S. N.72 SALA CONSILINA-POLLA	142	109	16	169	13	14	211	621	267	22	13	10	6	0	0	550	756	307
Totale complessivo	3299	1511	86	4630	6025	2440	4245	6535	3150	1250	2362	1118	1312	1433	571	14767	17866	7365

Coming together ...

Coming together is a beginning.

Keeping together is progress.

Working together is success.

A handwritten signature in black ink that reads "Henry Ford". The signature is written in a cursive style with a large, sweeping "H" and a long, horizontal tail on the "d".

“Mettersi insieme è un inizio. Rimanere insieme è progresso. Lavorare insieme è un successo.”