



Confederazione  
Associazioni  
Regionali di Distretto

Società Scientifica delle attività  
Sociosanitarie Territoriali

Richiesto Patrocinio SIFO

# GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE A RISCHIO CARDIOVASCOLARE: ANTICOAGULAZIONE & DIABETE SFIDE ED OPPORTUNITÀ

RESPONSABILE SCIENTIFICO:  
GENNARO VOLPE

**Napoli | 27 ottobre 2017**

**Grand Hotel Santa Lucia**  
Via Partenope, 46

ID ECM 200707





# GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE A RISCHIO CARDIOVASCOLARE: ANTICOAGULAZIONE & DIABETE SFIDE ED OPPORTUNITÀ

RESPONSABILE SCIENTIFICO:  
GENNARO VOLPE



Napoli | 27 ottobre 2017

Grand Hotel Santa Lucia  
Via Partenope, 46

ID ECM 200707

Ore	8.30	<b>Registrazione Partecipanti</b>
Ore	8.45	Apertura dei lavori: <b>Gennaro Volpe - Ugo Trama</b>
		<b>I SESSIONE: GESTIONE DEL PAZIENTE A RISCHIO CARDIOVASCOLARE CON FANV</b> Moderano: <b>Guido Corbisiero - Pasquale Perrone Filardi</b>
Ore	9.00	Analisi di farmacoutilizzazione nel contesto della Regione Campania <b>Adriano Vercellone</b>
Ore	9.30	Criteri di scelta terapeutica nei pazienti con FANV, opportunità terapeutiche e dati di RWE. <b>Paolo Capogrosso</b>
Ore	10.00	Sicurezza nella scelta di strategie terapeutiche in pazienti con FANV e gestione delle emergenze/urgenze <b>Antonio D'Onofrio</b>
Ore	10.30	<b>Coffe Break</b>
Ore	11.00	La presa in carico e gestione del paziente da parte dello specialista ambulatoriale. <b>Giovanni Rosiello</b>
Ore	11.30	Analisi Farmaco economica nel contesto della regione Campania <b>Valentina Orlando</b>
Ore	12.00	Gestione e prevenzione delle responsabilità sanitarie <b>Fabio Foglia Manzillo</b>
Ore	12.30	<b>Buffet Lunch</b>
		<b>II SESSIONE: GESTIONE DEL PAZIENTE A RISCHIO CARDIOVASCOLARE CON DIABETE DI TIPO 2</b> Moderano: <b>Simona Creazzola - Antonella Guida</b>
Ore	13.30	Contesto epidemiologico del paziente con DMT2 e patologia cardiovascolare associata <b>Paolo Calabrò</b>
Ore	14.00	Il trattamento del paziente ad alto rischio CV alla luce dei recenti trials: la voce del cardiologo e del Diabetologo <b>Pasquale Perrone Filardi /Silvio Settembrini</b>
Ore	14.30	Presa in carico e gestione del paziente nel distretto sanitario. <b>Beniamino Picciano</b>
Ore	15.00	Sostenibilità economica della gestione integrata del paziente a rischio cardiovascolare alla luce dei risultati dello studio EMPA-REG OUTCOM <b>Valentina Orlando</b>
Ore	15.30	Il Management del rischio clinico <b>Rosario Lanzetta</b>
Ore	16.00	<b>Coffe Break</b>
Ore	16.30	TAVOLA ROTONDA: <b>Il valore di un PDTA per la prevenzione del rischio cardiovascolare ed il contenimento della spesa sanitaria in Regione Campania</b>

# Si ringraziano

**Il Responsabile Scientifico  
dott. Gennaro Volpe**

**I Moderatori della II Sessione**

**dott.ssa Antonella Guida  
dott.ssa Simona Creazzola**







# **PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE NEL DISTRETTO SANITARIO**

**Beniamino Picciano**



## PREMESSA

1)il diabete rappresenta una malattia multi-sistemica dall' importante impatto sanitario, sociale ed economico.

2) Circa 3,3 milioni di persone in Italia soffrono di diabete (di cui oltre il 90% ha un diabete di tipo II), va aggiunta una quota stimabile di circa 1 milione di persone, che pur avendo la malattia, non ne sono a conoscenza.

3)Valori superiori alla media si registrano al Sud, dove risiedono 900 mila diabetici, contro 650 mila al Nord-ovest, 600 mila al Centro, 450 mila al Nord-est e circa 350 mila nelle Isole

4) A fronte di una **prevalenza** nazionale di circa il 5%, la prevalenza del diabete nella Regione Campania risulta essere circa del 6% (DATI ISTAT)

il diabete rappresenta una malattia cronica che necessita di una gestione del paziente integrata

## COMPLICANZE

- COMPLICANZE OCULARI
- COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI
- COMPLICANZE NEUROLOGICHE
- COMPLICANZE RENALI
- PIEDE DIABETICO

PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE DIABETICO RISULTA NECESSARIA UNA **GESTIONE INTEGRATA** PER CONTRASTARE L'INSORGENZA DI UNA SERIE DI COMPLICANZE

UN CASO EMBLEMATICO: LA GESTIONE DEL PIEDE DIABETICO. IN CAMPANIA INFATTI E' ELEVATO IL NUMERO DELLE AMPUTAZIONI  
(≈600 annue)



# inoltre...

Risulta necessario un intervento di **presa in carico del paziente** con una malattia, cronica inaggravante, come il diabete per cercare di evitare le **complicanze** che incidono, non solo sulla qualità della vita del paziente, ma sulla **spesa sanitaria**: sia per quanto riguarda il trattamento, sia per quanto concerne i ricoveri inappropriati.



## **DELIBERE ASL NAPOLI 1 CENTRO**

**N. 1201 DEL 21/07/2014**

**ATTUAZIONE DEL MODELLO ASSISTENZIALE PER LA  
GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE**

Struttura proponente:

**Dipartimento Assistenza Primaria e continuità delle Cure**

**Direttore: dott. Gennaro Volpe**

**N. 1268 DEL 23/07/2015**

**PRESA D'ATTO DEL PDTA DIABETE**

**NOTA PROT N. 90 DEL 22/01/2016**

**A TUTTI I DISTRETTI SANITARI DI BASE**



# Obiettivi generali

1. Applicare un modello di **gestione integrata** che coinvolga in modo coordinato e sinergico gli operatori
2. Migliorare qualità e **appropriatezza delle cure**
3. Migliorare il **sistema di accesso del paziente diabetico** sia ai Centri sia nello Studio del Medico
4. Definire **compiti e competenze del MMG** nella cura del paziente diabetico
5. Applicare **le recenti linee guida**
6. Migliorare gli **indicatori di processo e di esito** (LAP)
7. Attuare strategie atte a favorire **modelli educazionali e rimozione di stili di vita errati.**

# **DISEASE MANAGEMENT DEL DIABETE MELLITO**

dalla complessità del singolo paziente al raggiungimento degli obiettivi generali per la gestione della patologia in PDTA

***Il Disease Management** rappresenta una modalità integrata di gestione del paziente diabetico al fine di una corretta e ottimale gestione della patologia diabetica*

***Che ha come scopo principale:***

*Di indirizzare la capacità di offerta di servizi verso prestazioni appropriate e qualitativamente soddisfacenti*

***E come obiettivo finale:***

*La riduzione della mortalità e della morbilità delle complicanze del diabete.*



# DISEASE MANAGEMENT DEL DIABETE MELLITO

## QUINDI

### ***Le AA.SS.LL:***

*E' fatto obbligo a tutte le AA.SS.LL. della Regione Campania attuare un **modello assistenziale della Gestione Integrata** attivando tutte le azioni ad esso connesse.*

*(IN OTTEMPERANZA DELLE NORMATIVE NAZIONALI e REGIONALI VIGENTI, E DEL PIANO NAZIONALE DIABETE)*

### ***Le AA.SS.LL:***

*Devono promuovere ed organizzare l' integrazione*

- MMG (Assistenza di primo livello)*
- CDT (Assistenza di secondo livello)*
- Struttura specialistica ospedaliera (Assistenza di terzo livello)*

*Al fine di attuare e migliorare i PDTA e ottimizzando le risorse a disposizione*

# La Gestione Integrata

( “il suo reale obiettivo” )

**Superamento  
dell'organizzazione a  
compartimenti stagni**

**Modello di gestione articolato su più livelli che  
integra le competenze e le risorse  
dell'assistenza territoriale con quelle della  
medicina specialistica**

# PDTA del Diabete Mellito

*La complessità della patologia diabetica non consente la elaborazione di un **singolo percorso** diagnostico terapeutico*

*ma sono necessari **distinti percorsi** diagnostico terapeutici in base ai differenti stadi di gravità della patologia diabetica.*

## CRITERI DIAGNOSTICI

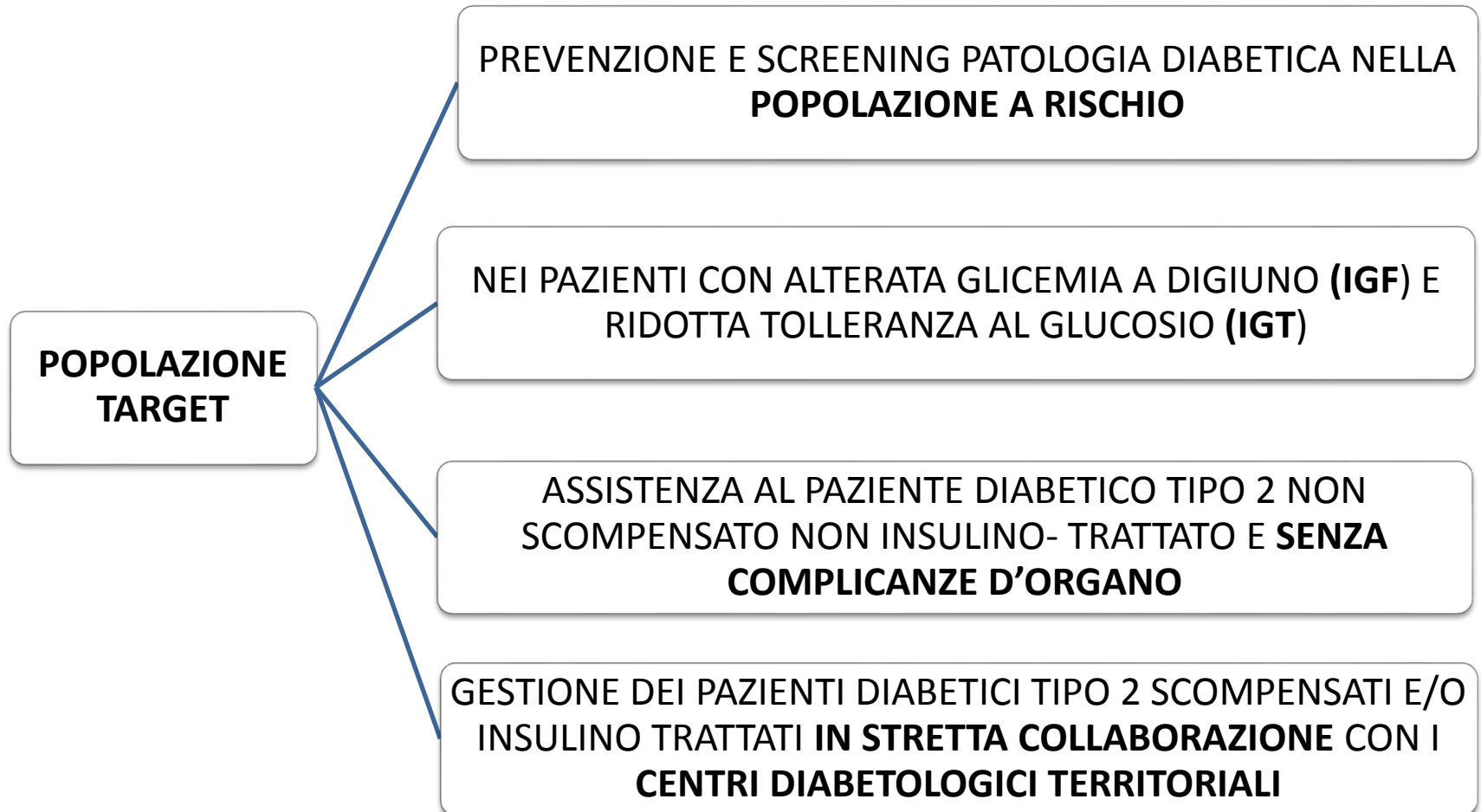
Per l'arruolamento all'interno del PDTA è opportuno seguire un sistema omogeneo di classificazione definito dalle ultime linee guida

<b>NGT (Normal Glucose Tolerance)</b> Glicemia a digiuno OGTT – glicemia a 2 h con 75 g di GLC	<b>&lt;100 mg/dl</b> <b>&lt;140 mg/dl</b>
<b>IFG (Impaired Fasting Glucose)</b> Glicemia a digiuno	<b>100-125 mg/dl</b>
<b>IGT (Impaired Glucose Tolerance)</b> Glicemia a digiuno OGTT – glicemia a 2 h con 75 g di GLC	<b>&lt;126 mg/dl</b> <b>140-199 mg/dl</b>
<b>DIABETE MELLITO</b> Glicemia a digiuno (confermata due volte) OGTT – glicemia a 2 h con 75 g di GLC	<b>≥126 mg/dl</b> <b>≥200 mg/dl</b>
<b>DIABETE MELLITO</b> Emoglobina glicata (2 determinazioni)	<b>&gt;48mmol/mol (&gt;6.5%)</b>



# PRIMO LIVELLO ASSISTENZIALE

(ASSISTENZA SANITARIA PRIMARIA – **MMG**)



## COMPITI DEL MMG

- ❖ EFFETTUARE LO **SCREENING DELLA POPOLAZIONE A RISCHIO** (SELEZIONARE CASI DI DIABETE NON DIAGNOSTICATI)
- ❖ OPERARE IN COLLABORAZIONE CON I CDT AD EFFETTUARE **EDUCAZIONE SANITARIA /COUNSELLING/COMPORAMENTI ALIMENTARI/ESERCIZIO FISICO/ABOLIZIONE DEL FUMO)**
- ❖ **MONITORARE** LA TERAPIA FARMACOLOGICA E **SORVEGLIARE** SUGLI EFFETTI DELLA TERAPIA IPOGLICEMIZZANTE
- ❖ PROGRAMMARE L'INQUADRAMENTO E GESTIRE IL **FOLLOW UP**
- ❖ ORGANIZZARE IL PROPRIO STUDIO CON **TEMPI DEDICATI**
- ❖ PRATICARE UNA **MEDICINA DI INIZIATIVA**
- ❖ REGISTRARE I DATI NELLA **CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA** IN POSSESSO DEL MMG
- ❖ **RINNOVARE IL PIANO TERAPEUTICO** PER I PRESIDI UTILIZZATI DAL PAZIENTE.

I pazienti identificati vanno inseriti in **programmi di educazione strutturata** concordati fra MMG e Centro Diabetologico Territoriale secondo le indicazioni della legge 115/87

# GESTIONE DEL PAZIENTE DA PARTE DEL MMG

**PERCORSO DIAGNOSTICO  
TERAPEUTICO PER LA  
PREVENZIONE DEL DIABETE  
MELLITO TIPO 2**  
Competenza del MMG

**SOGGETTI A BASSO RISCHIO**  
età > 40 anni

**Ogni 3 anni**  
Glicemia a digiuno

**SOGGETTI A MEDIO- ALTO RISCHIO**  
▶ Familiarità 1° grado ▶ Sovrappeso/obesità (BMI >25 e/o circonferenza vita > 88 cm nelle donne e 102 cm negli uomini) ▶ Aterosclerosi precoce ▶ Ipertensione arteriosa ▶ Gruppi etnici ad alto rischio ▶ Pregresso diabete gestazionale ▶ Pregressi parti con peso alla nascita > 4kg o < 2,5 kg. ▶ Aborti ripetuti ▶ Dislipidemia (trigliceridi >250 mg/dl e/o colesterolo HDL <35 mg/dl) ▶ Iperuricemia

**Ogni anno**  
Glicemia a digiuno

**Ogni tre anni**  
Glicemia due ore dopo Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) (con 75g)

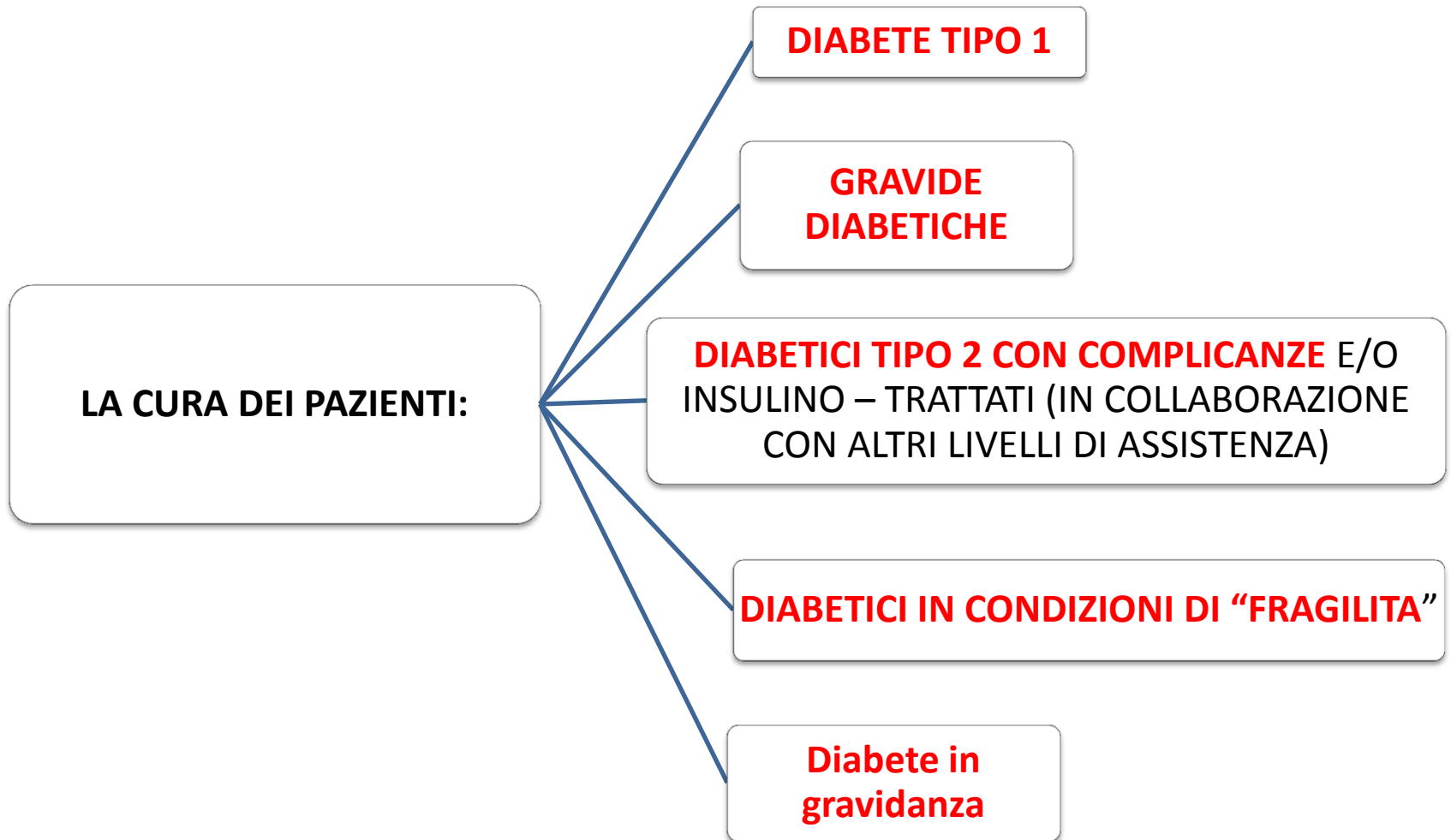
**SOGGETTI CON IGT o IFG**

**OGNI SEI MESI**  
→ Glicemia a digiuno e post-prandiale  
→ Peso corporeo con calcolo BMI  
→ Pressione arteriosa

**OGNI ANNO**  
→ Profilo lipidico (Colesterolo totale, HDL-LDL calcolato, trigliceridi) → HBA1c → ECG → Visita Medica Generale orientata alla patologia diabetica → Curva da carico di glucosio (75gr)

# SECONDO LIVELLO ASSISTENZIALE

(ASSISTENZA SPECIALISTICA TERRITORIALE) – **CENTRI DIABETOLOGICI**





# COMPITI DEL CENTRO DIABETOLOGICO

- ❖ VISITE DI INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO E DI DEFINIZIONE DEL PERCORSO TERAPEUTICO
- ❖ PACC (P250) DIAGNOSTICO PER DIABETE COMPLICATO E SCREENING DELLE COMPLICANZE
- ❖ **VISITE DI CONTROLLO CONCORDATE CON IL MMG**  
PER LA RIVALUTAZIONE DEI PAZIENTI SENZA COMPLICANZE D'ORGANO  
PER LO SCREENING E FOLLOW UP DELLE COMPLICANZE
  - VISITE ANNUALI PER IL PAZIENTE NON COMPLICATO
  - VISITE SEMESTRALI PER IL PAZIENTE COMPLICATO
  - VISITE SEMESTRALI O PIU' RAVVICINATE PER IL PAZIENTE CON SCOMPENSO GLICOMETABOLICO
- ❖ **ACCESSI URGENTI IN CASO DI:**
  1. RIPETUTI EPISODI DI IPOGLICEMIA
  2. GRAVIDANZA IN PZ DIABETICO E DIABETE GESTAZIONALE
  3. LESIONI ISCHEMICHE O ULCEROSE AD ARTI INFERIORI
- ❖ **ACCESSI PROGRAMMABILI IN CASO DI:**
  1. RIPETUTE GLICEMIE A DIGIUNO  $>180\text{mg/dl}$
  2.  $\text{Hb1Ac} > 7.5\%$
  3. SEGNI RIFERIBILI A COMPLICANZE D'ORGANO
- ❖ PIANI TERAPEUTICI ALL' AVVIO DELL'AUTOCONTROLLO GLICEMICO DOMICILIARE E NEI CASI DI MODIFICHE DELLE CONDIZIONI CLINICHE E TERAPEUTICHE
- ❖ RILASCIO E RINNOVO DEI PT NEL CASO DI PRESCRIZIONE DI **FARMACI "INNOVATIVI"**

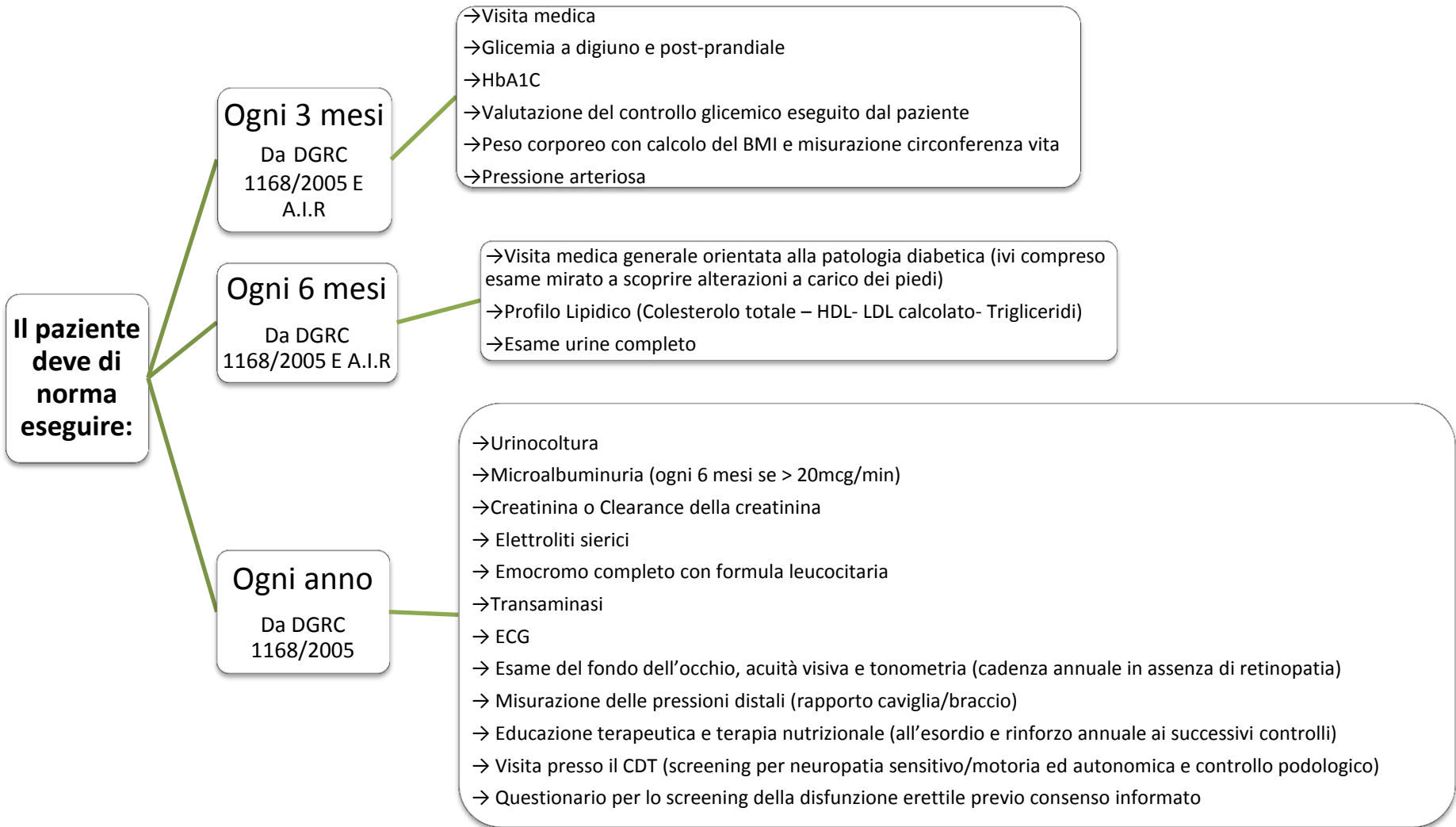
# TERZO LIVELLO ASSISTENZIALE (OSPEDALE)

**OSPEDALE**

LIVELLO A PIÙ ALTA INTENSITÀ DI ASSISTENZA RELATIVA ALLE FASI DELLA MALATTIA CHE NECESSITANO DI RICOVERO OSPEDALIERO

- 1.GESTIONE CLINICA DELLE LESIONI DI MAGGIORE RISCHIO E COMPLESSITA' CON NECESSITA' DI RIVASCOLARIZZAZIONE
- 2.TECNOLOGIE AVANZATE (IMPIANTO ED EDUCAZIONE ALL'USO DEI MICROINFUSORI E SENSORI GLICEMICI)
3. GESTIONE DELLE COMPLICANZE CRONICHE DI GRADO SEVERO RICHIEDENTI INTERVENTI MULTIDISCIPLINARI
- 4.PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELLA GRAVIDANZA NEL DIABETE PREGRAVIDICO
- 5.OBESITA' GRAVE

# INTEGRAZIONE TRA PRIMO E SECONDO LIVELLO



La **responsabilità oggettiva dello stato di salute del diabetico** è affidata al Medico di Fiducia scelto dal paziente , ma sta a **questo integrare** la sua attività con quella dei **CDT** e attivarne le risorse al fine di avvalersi della competenza specifica e del supporto plurispecialistico necessario per la gestione della fasi più complesse della patologia

**PACC 250 Prestazioni appropriate** erogabili dal **CDT** (secondo livello di assistenza) per paziente con complicanze d'organo e/o pazienti diabetici che devono effettuare screening annuale per le complicanze.

Codice	Descrizione prestazione
89.99	ANAMNESI E VALUTAZIONE - PIMA VISITA- PROGRAMMA DIAGNOSTICO - COORDINAMENTO CLINICO ED ORGANIZZATIVO

#### Complicanze vascolari e piede diabetico

88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI
86.22	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI

#### Complicanze cardiologiche

89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 ORE] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA
89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO
89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA

#### Complicanze renali

88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE
90.16.3	CREATININA [S/U/DU/LA]
90.16.4	CREATININA CLEARANCE

#### Complicanze neurologiche

89.13	VISITA NEUROLOGICA
93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA
93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA

95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO
14.34	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON (LASER)
95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI
95.26	TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA
95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS
95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCEINA O ANGIOSCOPIA OCULARE
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
90.11.1	C PEPTIDE
90.11.2	C PEPTIDE: DOSAGGI SERIATI DOPO TEST DI STIMOLO ( 5 )
90.14.1	COLESTEROLO HDL
90.14.2	COLESTEROLO LDL
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE
90.15.1	CORPI CHETONICI
90.15.4	CREATINCHINASI (CPK O CK)
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA]
90.28.1	HB - EMOGLOBINA GLICATA
90.33.4	MICROALBUMINURIA
90.37.4	POTASSIO [S/U/DU/(SG)ER]
90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE)
90.40.4	SODIO [S/U/DU/(SG)ER]
90.43.2	TRIGLICERIDI
90.43.5	URATO [S/U/DU]
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
90.62.2	EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.64.5	FIBRINA/FIBRINOGENO:PROD.DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S/U]
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)
90.94.2	ESAME CULTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]
91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]
93.82.1	TERAPIA EDUCAZ. DIABETICO.PER SEDUTA INDIVIDUALE
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI



## PRESTAZIONI

## FREQUENZA

VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (\* NOTA)

90.04.5 ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)

con cadenza annuale o più frequente  
con valori patologici e/o in presenza di  
steatosi epatica  
con cadenza annuale o più frequente  
con valori patologici e/o in presenza di  
steatosi epatica

90.09.2 ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)

90.11.1 C PEPTIDE

90.13.B COLESTEROLO LDL. Determinazione indiretta. Erogabile solo in associazione a Colesterolo HDL (90.14.1), Colesterolo totale (90.14.3) e Trigliceridi (90.43.2)

90.14.3 COLESTEROLO TOTALE

90.16.3 CREATININA. Non associabile a 90.16.4

90.27.1 GLUCOSIO

90.28.1 Hb - EMOGLOBINA GLICATA

90.33.4 ALBUMINURIA [MICROALBUMINURIA]

90.43.2 TRIGLICERIDI

90.44.3 URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario

90.94.2 ESAME CULTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma

91.48.4 PRELIEVO CITOLOGICO

91.48.5 PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO

91.49.1 PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE

91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

88.74.1 ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1

non più di 1 volta l'anno

88.73.5 ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia a riposo o dopo prova fisica o farmacologica, Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi.

non più di 1 volta l'anno

88.77.4 ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo.

93.08.A ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Inclusive tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2

93.08.B ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Inclusive tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2

93.08.2 ELETTROMIOGRAFIA DI UNA SINGOLA FIBRA. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B. Prescrivibile una sola volta sulla ricetta.

ESENZIONI  
TICKET  
18/03/2017

**ESENZIONI  
TICKET  
18/03/2017**

H

- 93.08.5 RISPOSTE RIFLESSE  
H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esteroceettivi agli arti
- 93.09.1 VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA  
Per nervo principale (fino a 6 segmenti)
- 93.09.2 VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA  
Per nervo principale (fino a 4 segmenti)
- 93.56.4 BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO per linfedema
- 93.82.1 TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute
- 93.82.2 TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute
- 95.02 PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA
- 95.05 STUDIO DEL CAMPO VISIVO Campimetria, perimetria statica/cinetica, FDT
- 95.06 STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica
- 95.12 ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA
- 95.26 TEST DI PROVOCAZIONE E CURVA TONOMETRICA PER GLAUCOMA
- 95.03.3 TOMOGRAFIA RETINICA (OCT) a luce coerente. Non associabile a 95.09.4
- 99.99.2 MONITORAGGIO DINAMICO DELLA GLICEMIA (HOLTER GLICEMICO). Incluso addestramento del paziente all'uso dell'apparecchio.
- 14.34 FOTOGOAGULAZIONE LASER DELLA RETINA
- 89.52 ELETTRICARDIOGRAMMA
- 89.39.3 VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA
- 89.59.1 TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA Escluso: HEAD UP TILT TEST
- 86.01 ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma
- 86.23 RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE
- 96.59.1 MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE di ferita con estensione < 10 cm<sup>2</sup> e/o superficiale. Incluso: anestesia locale per contatto e detersione. Fino a sedici medicazioni per ferita.
- 05.31 INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore, Blocco del Ganglio celiaco, Blocco del Ganglio stellato, Blocco del simpatico lombare. Incluso il farmaco
- 90.41.8 TIREOTROPINA (TSH) TEST REFLEX. Se TSH ≥ 0.45 mU/L e ≤ 3.5 mU/L: referto del solo TSH; Se TSH < 0.45 mU/L o > 3.5 mU/L: esecuzione automatica di FT4; Se FT4 ≥ 3.5, referto di TSH + FT4; Se FT4 < 3.5, esecuzione automatica di FT3 e referto di TSH + FT4 + FT3. Non associabile a: TSH, FT3, FT4. Salvo range o cut-off più restrittivi definiti a livello regionale

*NEL DMT1, in gravidanza, diabete pre-gestazionale, diabete gestazionale, in aggiunta*

\* NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale

# STATO DELL' ARTE ASL NAPOLI 1 CENTRO

## Rete Diabetologica Territoriale e Ospedaliera

- \* **5 Centri Diabetologici e 5 Ambulatori di Diabetologia correlati**  
( Delibera 4831 -1997 e Delibera 800-2004)
- \* **1 Centro Diabetologico Ospedaliero** (Osp. S.Gennaro )  
(Delibera 4831 -1997)
- \* **18 ore di Specialistica Ambulatoriale aggregate alla M.Interna**  
(Osp.Pellegrini) Day-Hospital Diabetologico
- \* **8 Centri Diabetologici Accreditati**

## Centri antidiabete di II livello provvisoriamente accreditati

DSB	DENOMINAZIONE SOCIALE	INDIRIZZO / CAP	EMAIL
24	CENTRO ANTIDIABETICO A.I.D. NAPOLI SRL	VIA MARIANO D' AYALA 1 / 80121	<a href="mailto:aidnapolisrl@pec.it">aidnapolisrl@pec.it</a>
25	CENTRO POLIDIAGNOSTICO ANTIDIABETICO LEPANTO S.N.C.	VIA LEPANTO 53 / 80125	<a href="mailto:centrolepanto@pec.it">centrolepanto@pec.it</a>
27	LEGA ITALIANA DIABETE "L.I.D" DI FRANCESCA VELA & C. S.A.S.	VIA A. LONGO 1 / 80127	<a href="mailto:leganadiabete@legalmail.it">leganadiabete@legalmail.it</a>
28	C.A.D. S.A.S.	VIA LABRIOLA 1 LOTTO G / 80145	<a href="mailto:centrocad@pec.it">centrocad@pec.it</a>
32	CENTRO MEDICO RADAR S.N.C. *	VIA F. IMPARATO 94 / 80146	<a href="mailto:laboratorioradarsnc@medico-pec.it">laboratorioradarsnc@medico-pec.it</a>
32	A.N.A.D.	VIA BRONZI DI RIACE 60,82 / 80100	<a href="mailto:centroanad@pec.it">centroanad@pec.it</a>
33	CENTRO MEDICO SPECIALISTICO SPES SRL	VIA CUPA DEL SEGRETARIO 3 / 80143	<a href="mailto:spes@pec.it">spes@pec.it</a>
33	ISTITUTO DI DIAGNOSTICA CLINICA PROF. E.FUMO & C. SRL	VIA C. ROSSAROLL 24 / 80137	<a href="mailto:Istituto.fumo@interfreepec.it">Istituto.fumo@interfreepec.it</a>

\* Attualmente non in attività



## Centri antidiabete di II livello pubblici

DSB	INDIRIZZO DEL CENTRO PUBBLICO
24	P.S.P. LORETO CRISPI
25	Via Winspeare 67, Fuorigrotta
26	Via Scherillo 12, Soccavo
27	Via Conte Della Cerra, Vomero
28	Viale Della Resistenza 25
29	Corso Amedeo Di Savoia
30	Piazzetta Del Casale 22, Secondigliano
31	Cesare Battisti 15
32	PSI NAPOLI EST
33	Piazza NAzionale

# STATO DELL' ARTE ASL NAPOLI 1 CENTRO

## **Traguardi raggiunti:**

- \*Attivazione della Gestione Integrata tra I e II Livello (AIR -07-2013)**
- \*Approvazione del PDTA per IL Diabete Mellito ( giugno 2015)**
- \*NOTA 33095 della DIREZIONE GENERALE del 14 -07-2014 sulla prevenzione e disease management piede diabetico e gestione delle ulcere cutanee ( presa d'atto del DRG 18 -31-03-14)**
- \*Presenza d'atto del Decreto 17-2014 ( PACC)**

# STATO DELL' ARTE ASL NA1 CENTRO

## **Punti di Criticità:**

**CDT** : non si è ancora raggiunto in tutte lo standard uniforme di risorse umane e strumentali

**L' Integrazione tra II e III livello:** non è strutturata da percorsi individuati e definiti

**La Gestione Integrata tra I e II livello:** necessita di maggiore consapevolezza dei ruoli e dei compiti

# Dalle Parole alle Azioni

**L'ASL NAPOLI 1 Centro** : ha tutte le potenzialità  
**per realizzare** quanto le normative vigenti richiedono per la  
prevenzione e la cura del Diabete mellito

**per realizzare** un 'ottimizzazione della spesa sanitaria per il  
cittadino con diabete

**“per realizzare una buona sanità sia per gli operatori e sia  
per i diabetici”**

# Le prossime azioni per l'attuazione del PDTA sul diabete mellito

## *Le Strategie Operative*

- *Omogenizzazione delle agende del C.U.P. Aziendale (offering e tempario delle prestazioni nel rispetto delle esigenze della Persona Diabetica in PDTA)*
- *Omogenizzazione delle procedure Aziendali*
- *Ottimizzazione delle risorse Aziendali (per fornire una dignità uniforme ai pazienti presi in carico c/o CDT in PDTA)*
- *Organizzazione del PACC 250 per il diabete complicato e o screening delle complicanze d'organo*

# GOVERNANCE DEL DIABETE

“L' Accompagnamento della persona con diabete attraverso il sistema socio- sanitario”



L'INTEGRAZIONE MMG  
DIABETOLOGO



L'INTEGRAZIONE DI  
ALTRI  
PROFESSIONISTI  
(infermiere, dietista,  
podologo...)

L'INTEGRAZIONE  
TRA SPECIALISTI

L'INTEGRAZIONE CON  
L'OSPEDALE

**Modello di Aggregazione Funzionale Territoriale  
AFT SPECIALISTICA ENDOCRINO- METABOLICA (DISTRETTUALE)**



# Il Ruolo del Distretto è indispensabile

**Per realizzare**

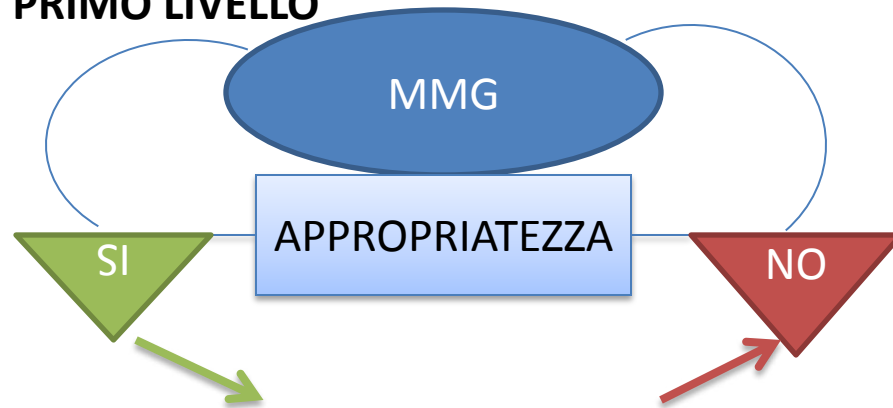
**•il PDTA della GESTIONE INTEGRATA**

**e**

**\* l'AFT specialistica ENDOCRINO-METABOLICA**

**DS 28**

**PRIMO LIVELLO**



**AMBULATORIO  
INFERMIERISTICO  
dedicato**

**SECONDO  
LIVELLO**

**CDT**

**CARDIO. VASC.**

**NEFRO**

**ORTO**

**ENDOCR. PED.**

**OCU**

**NEURO**

**P.O. S.M. Popolo degli  
INCURABILI  
SERVIZIO DI OCULISTICA**

**TERZO LIVELLO**

# **ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA OPERATIVO (DECRETO N.18 del 31 marzo 2014)**

**NOTA N. 33095/2014 DEL 14/07/2014  
DIREZIONE GENERALE ASL NAPOLI 1 CENTRO**

## **PREVENZIONE DEL **PIEDE DIABETICO** ATTRAVERSO L'ATTUAZIONE DEL DISEASE MANAGEMENT.**

**INDIVIDUAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE REGIONALE ED ATTUAZIONE DI  
PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI INTEGRATI OSPEDALE-TERRITORIO PER LA  
GESTIONE DELLE ULCERE CUTANEE.**

## TAVOLA riassuntiva PIEDE DIABETICO

ATTIVITÀ GARANTITE		EQUIPE OPERANTE
<b>I livello</b>	<p style="color: green;"><b>AMBULATORIO:</b></p> <p>attività di prevenzione e terapia educativa; attività di diagnosi del piede diabetico e lesioni croniche cutanee.</p>	MMG, diabetologo, personale infermieristico dedicato.
<b>II livello</b>	<p style="color: blue;"><b>CAD territoriale o ospedaliero:</b></p> <p>attività di diagnosi, e cura e prevenzione delle eventuali complicanze e disabilità: - medicazioni; piccola chirurgia; scarico delle lesioni neuropatiche plantari.</p> <p style="color: red;"><b>Centro Chirurgico Territoriale:</b> diagnosi e terapia delle lesioni cutanee Interventi in anestesia locale Debridement chirurgici</p>	<p style="color: blue;">Diabetologo, Podologo, Tecnico ortopedico,</p> <p style="color: red;">Chirurgo</p> <p>Personale infermieristico dedicato</p>
<b>III livello</b>		

## 1 livello

Il MMG rappresenta nel Sistema Sanitario Nazionale **la prima e più importante figura** a cui il paziente portatore di **ulcera cutanea** può e deve rivolgersi per ricevere informazioni, prevenzione, assistenza.

In tale ottica ogni MMG deve essere in grado di offrire le prestazioni di sua competenza ed indirizzare il paziente verso i percorsi assistenziali definiti.

Il MMG, in presenza di una **lesione cutanea** di prima insorgenza, **non correlata al piede diabetico**, alla fase clinico-diagnostica può far seguire la fase terapeutica, attuabile sulla base della conoscenza delle metodiche di “Wound Bed Preparation” **monitorizzandone** l'evoluzione fino alla guarigione.

Se **entro 6 settimane** dall'inizio del trattamento terapeutico **la ferita non guarisce**, si trasforma in un'**ulcera**. Il MMG può considerare, in base al suo piano terapeutico e al quadro clinico del paziente, che tale decorso clinico sia da **considerarsi normale** e **continuare** il trattamento. In questo caso può richiedere una consulenza al **Centro Chirurgico Territoriale (CCT)** di riferimento per una valutazione del caso.

**Nei pazienti diabetici complicati dalla comparsa di ulcere correlate al piede diabetico**, il MMG deve inviarli al **Centro Antidiabete (CAD)** di riferimento perché definisca il **piano terapeutico**. Questo deve includere anche lo studio **dell'appoggio plantare** e la conseguente prescrizione di idonee **presidi di scarico**.

Dipartimento Assistenza Primaria  
e  
Continuità delle Cure

Distretto  
Sanitario

Poliambulatorio

2° livello

CentroAntiDiabetico

Team Specialistico

CentroChirurgicoTerritoriale

Ambulatorio Infermieristico





Percorso terapeutico per il trattamento di un'ulcera in paziente autosufficiente

mmg

Anamnesi patologica remota

Anamnesi patologica prossima

Patologia associata grave

1<sup>a</sup> comparsa

Ulcera recidiva

< 6 settimane

> 6 settimane

ferita

Esami di laboratorio  
E strumentali  
di 1<sup>a</sup> livello

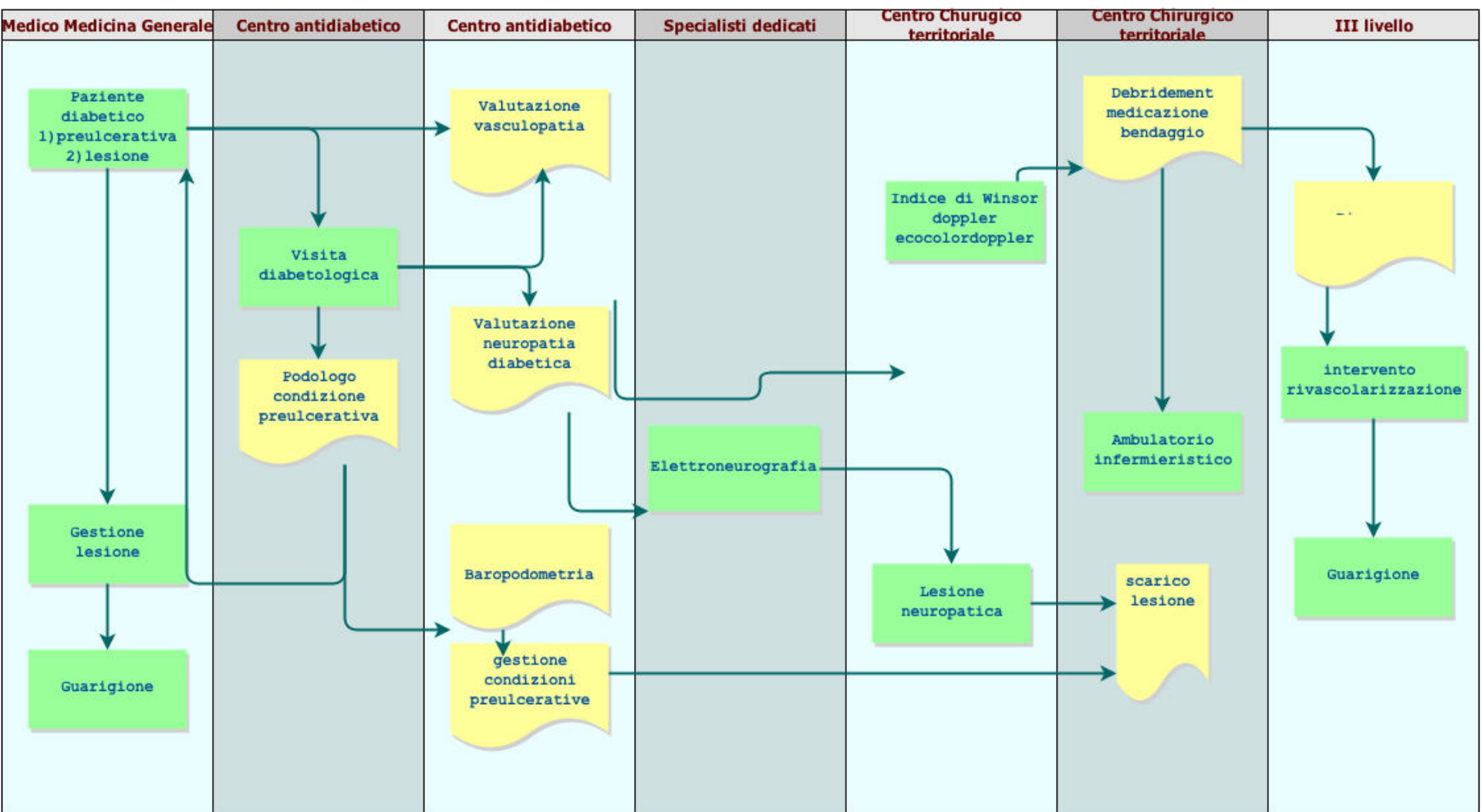
Medicazioni

guarita

non guarita

ulcera

Centro Chirurgico Territoriale - Centro Antidiabetico



Percorso terapeutico per il trattamento di un'ulcera in paziente autosufficiente

Centro Chirurgico Territoriale

Ulcera flebostatica  
Ulcera linfatica  
Ulcera mista  
Ulcera post-traumatica

Ulcera neuropatica  
Ulcera da connettivite  
Ulcera vasculitica  
Ulcera metabolica

ulcere ischemiche gravi da rivasclarizzare  
ulcere neoplastiche  
patologie dismetaboliche gravi  
necessità di eseguire terapie vasoattive

malnutrizione  
ulcere infette sensibili solo ad antibiotici di fascia H  
necessità di eseguire biotecnologie  
ulcere da sottoporre ad innesti o lembi

Esami strumentali e di laboratorio di 1° livello

Doppler  
Indice Winsor  
ecocolordoppler

Consulenza specialistica

Medicazioni avanzate

Strumenti terapeutici per il debridement

Bendaggio elastocompressivo

guarita

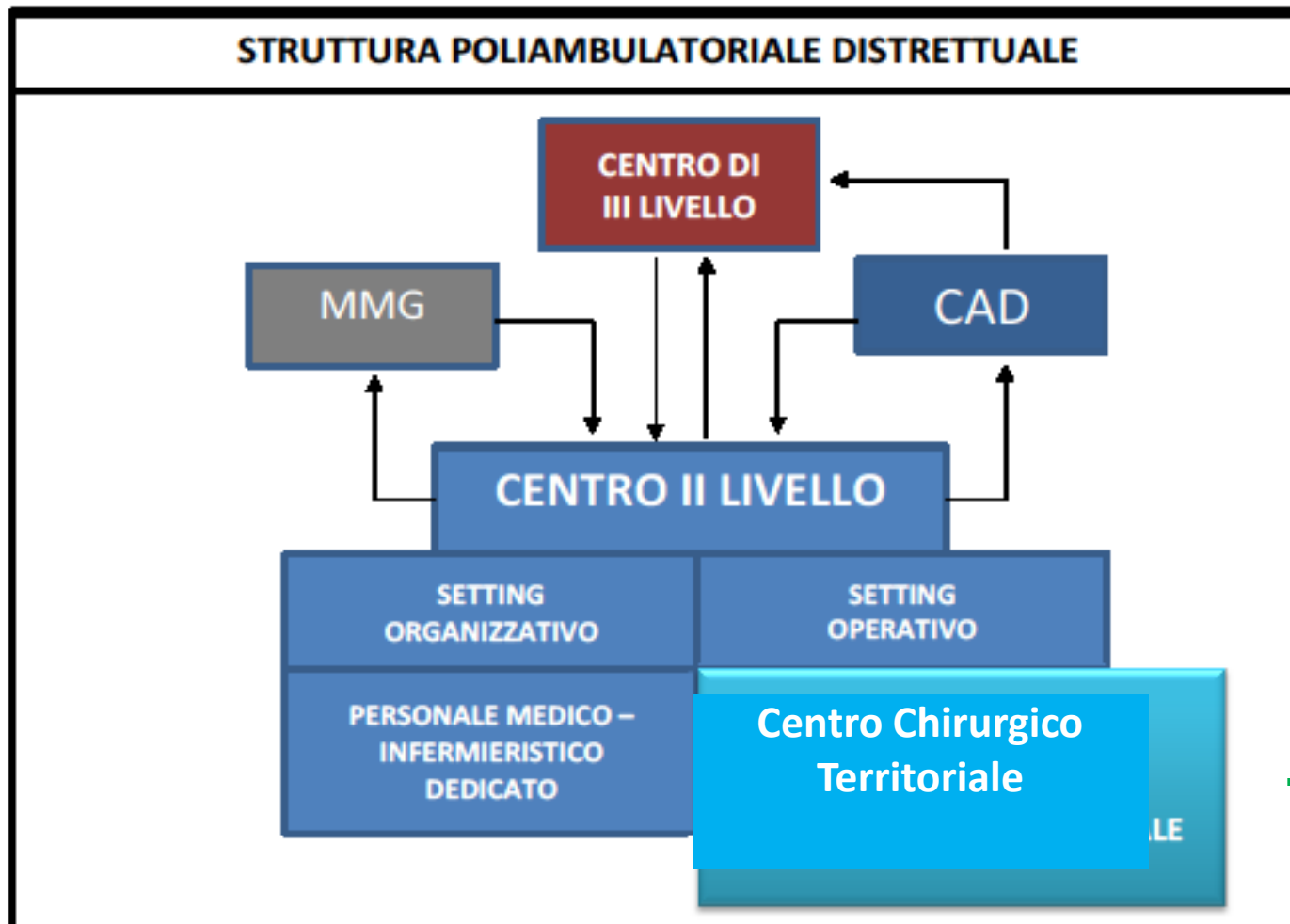
non guarisce

Unità operativa di vulnologia

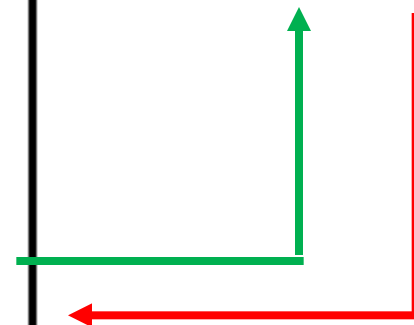
q  
u  
a  
d  
r  
o  
  
c  
l  
i  
n  
i  
c  
o

q  
u  
a  
d  
r  
o  
  
c  
l  
i  
n  
i  
c  
o

**PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI  
OSPEDALE – TERRITORIO PER LA GESTIONE DELLE ULCERE CUTANEE DI VARIO GENERE E DI QUELLE  
CORRELATE AL PIEDE DIABETICO PER IL PAZIENTE AUTOSUFFICIENTE  
CENTRO II LIVELLO DISTRETTUALE**



Attività domiciliare



## 2° livello

### Centro Antidiabete (CAD)

Il centro antidiabete è il luogo di riferimento del paziente con lesioni pre-ulcerative e ulcerative **correlate al piede diabetico**.

La sua attuale organizzazione deve prevedere la presenza di un **TEAM specialistico**.

Team che deve essere necessariamente integrato in maniera stabile con altre due figure professionali: Chirurgo ortopedico, Podologo e Tecnico ortopedico .

Il Responsabile del CAD in presenza di lesioni complicate può richiedere **l'intervento del CCT** per particolari procedure di gestione locale della lesione.



## 2 livello

### Centro Chirurgico Territoriale (CCT)

Struttura di riferimento a cui afferiscono pazienti inviati dal MMG, con **lesioni cutanee** che necessitano di un ulteriore inquadramento diagnostico e interventi terapeutici complessi eseguibili in ambito ambulatoriale.

Il CCT svolge **attività di supporto al Centro Antidiabete (CAD).**

Centro Chirurgico Territoriale è un struttura organizzativa che opera all'interno del **Dipartimento delle Cure Primarie** è deve essere ubicato all'interno delle strutture poliambulatoriali territoriali dell'ASL e preferibilmente nelle stesse strutture dove operano i CAD.

## Tavola riassuntiva

ATTIVITÀ GARANTITE		EQUIPE OPERANTE
<b>I livello</b>	<p style="color: green;"><b>AMBULATORIO:</b></p> <p>attività di prevenzione e terapia educativa; attività di diagnosi del piede diabetico e lesioni croniche cutanee.</p>	MMG, diabetologo, personale infermieristico dedicato.
<b>II livello</b>	<p style="color: red;"><b>Centro Chirurgico Territoriale</b></p> <p style="color: blue;"><b>CAD territoriale o ospedaliero:</b></p> <p>attività di diagnosi, e cura e prevenzione delle eventuali complicanze e disabilità: - medicazioni; piccola chirurgia; scarico delle lesioni neuropatiche</p>	<p style="color: red;"><b>Chirurgo</b></p> <p style="color: blue;">Diabetologo,</p> <p style="color: blue;">Podologo,</p> <p style="color: blue;">Tecnico ortopedico,</p> <p>Personale infermieristico dedicato</p>
<b>III livello</b>	<p><b>STRUTTURA DI RICOVERO:</b></p> <p>Procedure di rivascularizzazione distali endoluminali e chirurgiche, interventi di chirurgia sia di urgenza sia di elezione</p>	Diabetologo, personale infermieristico dedicato, cardiologo interventista, chirurgovascolare, chirurgo plastico, ortopedico, radiologo interventista

# Napoli

## area nord

### Distretto 28 ASL

### Napoli 1 Centro

Scampia, Chiaiano,  
Piscinola, Marianella





**IL SENSO DI APPARTENENZA**

**RAGIONI PER CREDERE**





SOLAS  
ZATTERA  
LIFERAFT



# I percorsi ....

Progetto ***IN PIAZZA***

Progetto ***PILLOLE DI PREVENZIONE***





# PDTA

**il processo di cambiamento**

L'integrazione

**La formazione**





# L'IMPATTO DELL'ADOZIONE DI UN PDTA

## SULL'ORGANIZZAZIONE RELAZIONALE DEL DISTRETTO SANITARIO

La multidisciplinarietà

La gestione delle emozioni e  
della leadership interna

Aspetti psicologici

La resistenza al cambiamento

A. Vercellone

E. De Rosa

# Prevenzione e promozione della salute nei contesti a rischio













Hanno il piacere di invitare la  
Signoria Vostra alla

## **GIORNATA DELLA RICERCA SULL'ALZHEIMER 2016**

*"Un sacchetto di noci per l'Alzheimer"*

**GIOVEDÌ • 24 NOVEMBRE • 9:00-18:00**  
**GNAM VILLAGE - CITTÀ DELLA SCIENZA**  
**VIA COROGLIO, 104 - NAPOLI**

# Le fragilità











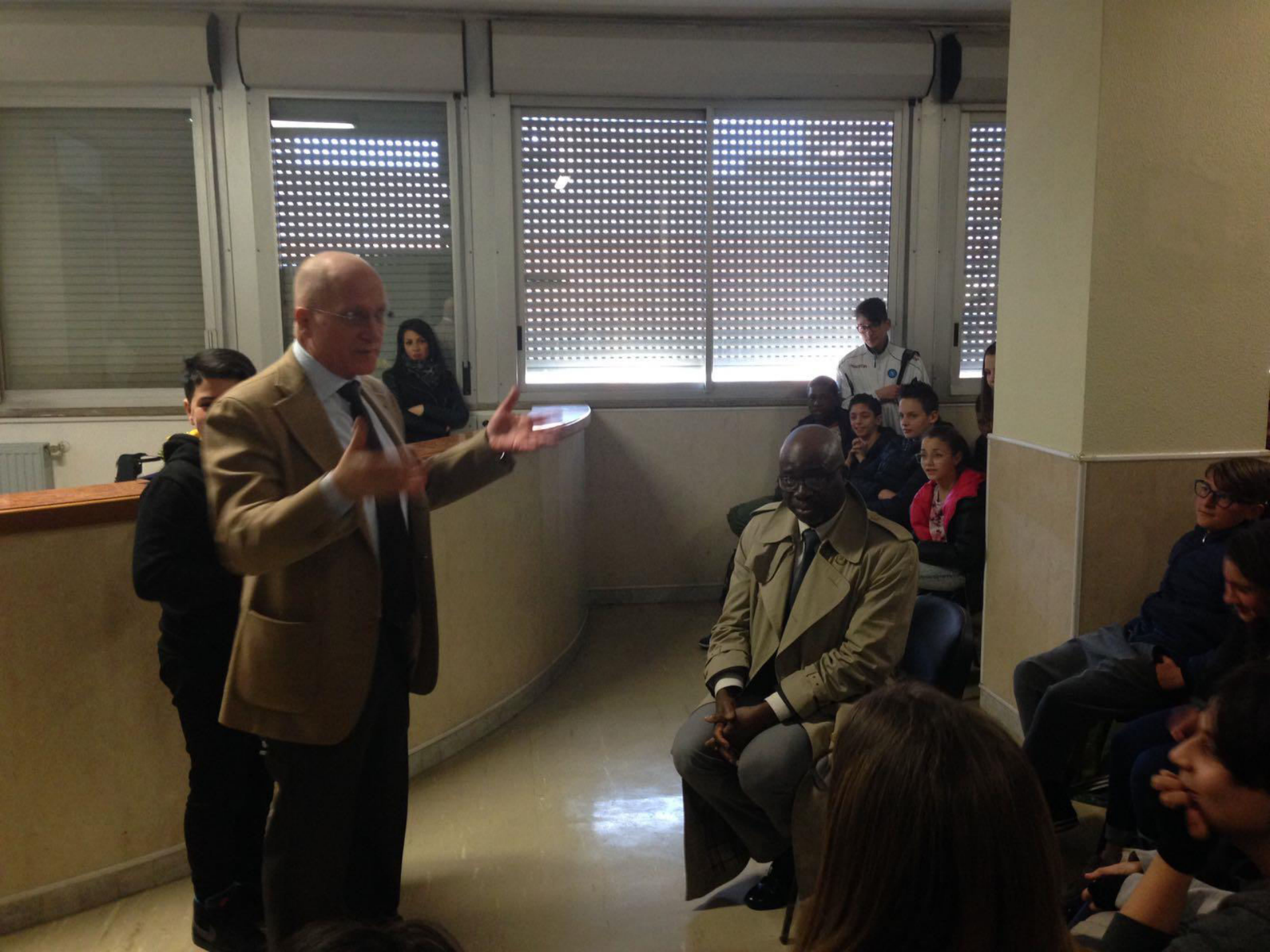
**Comunicare alle nuove generazioni**

**L'integrazione**

**La mediazione culturale**







**Le associazioni**

**La rete territoriale**

**I nodi della rete**









Il distretto sociosanitario vicino al  
territorio

**scuole**

**e**

**educazione sanitaria**

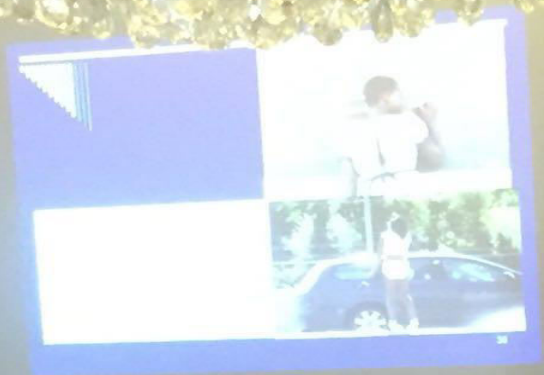








# **Il lavoro di contatto con le istituzioni**



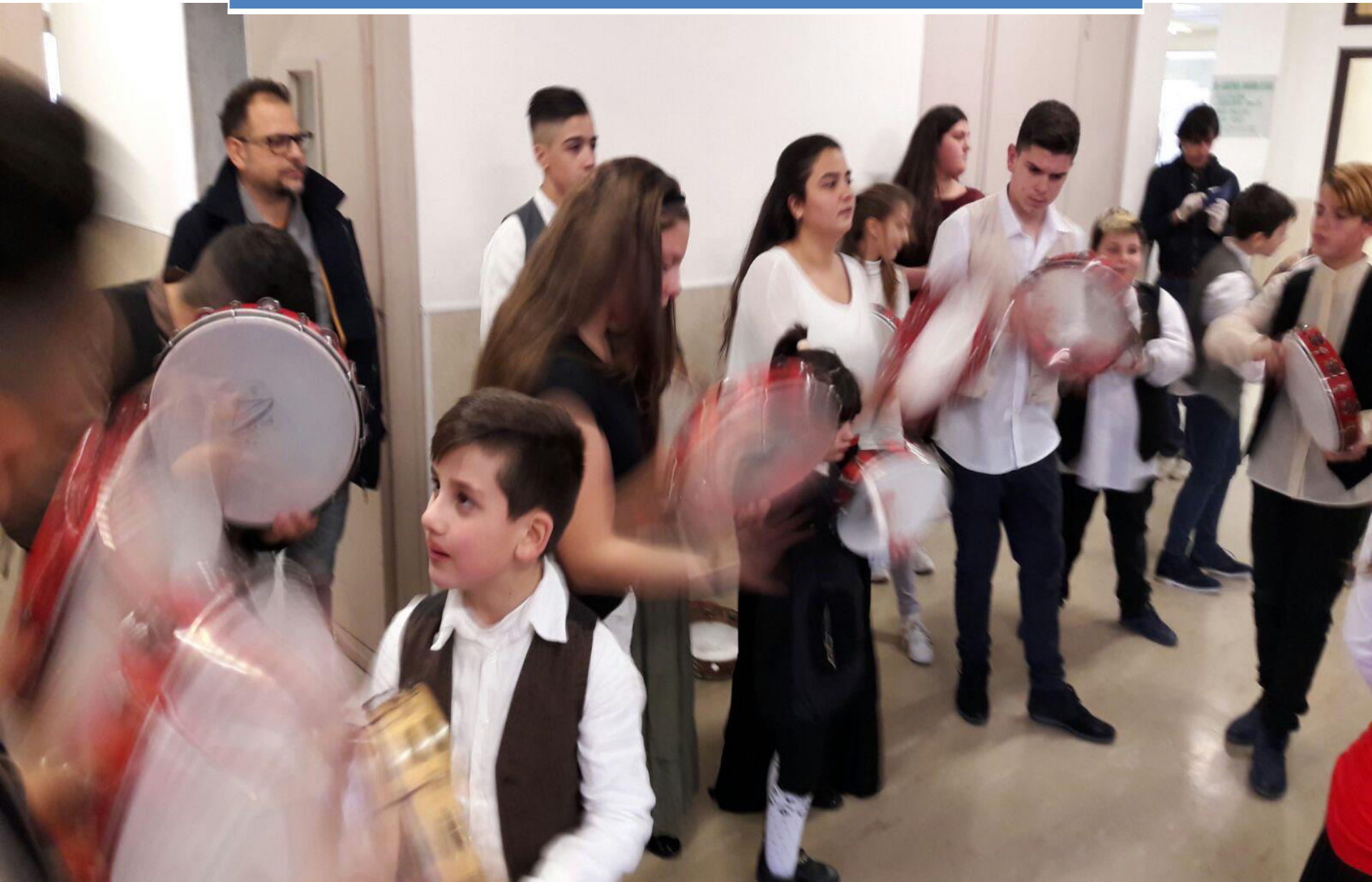
# I bisogni del territorio

**Ascolto**

**Opportunità e accoglienza**



**STRATEGIE NEL RISPETTO DELLA PERSONA – DEDICARSI  
PROMOZIONE E PREVENZIONE  
NUOVE GENERAZIONI**









## I FRAGILI ... DI QUALSIASI RAZZA ED ETNIA





**IL PDTA ...NON SPOCCHIOSO**

**L'ACCOGLIENZA**

**IL DONO ...DI SE'**

**LA DISPONIBILITA'**







**LA TESTIMONIANZA**

**L' ASCOLTO**

**LA PRESA IN CARICO MULTI ETNICA**

**LA CULTURA**



**LA PARTECIPAZIONE**

**IL SILENZIO MEDITATIVO**

**LA PROGETTUALITA'**



# **equipe**

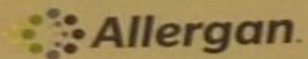
## **L'integrazione interna ai Servizi**

**UN TERRITORIO CONSAPEVOLE ED  
INTEGRATO  
CHE GUARDA LONTANO**



# **La costruzione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali**

Con il contributo incondizionato di:



**E.C.M.**

Il Workshop è stato accreditato presso il Ministero della Salute nell'ambito del programma ECM consentirà pertanto di acquisire crediti formativi

**Rif. E.C.M.**

**Medico Chirurgo**

Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica,  
Medicina Fisica e Riabilitazione,  
Medicina Generale (Medici di Famiglia),  
Neurologia

**Farmacista**

Farmacia Ospedaliera, Farmacia Territoriale

**Infermiere**

**Psicologo**

Psicologia

1177-175303 nr.7 crediti

Segreteria Organizzativa

**NISOTOUR**  
CONVEGNI & CONGRESSI

Pomigliano d'Arco (NA) - Piazza S. Agnese, 3  
tel. 081 803 1304 - fax 081 803 7775  
congressi@nisotour.it - www.nisotour.it

La gestione integrata della  
Sclerosi Multipla in Campania:  
i risultati delle esperienze  
sul territorio, presentazione  
di un PDTA Regionale  
e prospettive future

**21 Dicembre 2016**

Aula Magna Federico II  
Via Partenope - Napoli



**LE COMORBILITA'**





L' ALLEANZA

# Distretto 28

## La vaccinazione antinfluenzale et al. nei gruppi a rischio:

### Il Diabete

Aprirsi al confronto

La formazione continua nel distretto sociosanitario di base



**L'INTEGRAZIONE CON  
L'OSPEDALE**

**LA FORMAZIONE**





A. OCCHINEGRO







# Fare **ricerca** nel lavoro territoriale

- **Distretto 28**





BANDO 2015  
AGENZIE DI CITTADINANZA



## Salute, Benessere e Invecchiamento Attivo

Villa Nestore, 16 dicembre 2016 ore 10,00  
Napoli - Via Emilio Scaglione, 464

**Presiede e coordina i lavori:**  
Giovanna Minichiello - *Direttore Auser Campania*

**Apertura lavori:**  
Marisa Iorio - *Responsabile Centro Diurno Anziani "Villa Nestore"*

**Saluti:**  
Apostolos Paipais - *Presidente VIII Municipalità - Comune di Napoli*

Beniamino Picciano - *Direttore DS 28 ASL Napoli 1 Centro*

Nicola Caprio - *Presidente CSV Napoli*

**Interventi:**  
L'anziano come risorsa: il ruolo del Terzo Settore  
Franco Buccino - *Presidente Auser Campania*

**Buone pratiche per l'invecchiamento attivo nell'VIII Municipalità**  
Aldo Bifulco - *Esperto ambientale Circolo Legambiente La Gru di Scampia*

**Le attività del progetto "Cittadini in Movimento"**  
Antonio Gallozzi - *Direttore Legambiente Campania*

**Invecchiamento attivo e memoria**  
Anna Maria Malagnino - *Responsabile U.O.A. DS 28 ASL Napoli 1 Centro*

**La promozione della salute. Stili di vita verso il benessere**  
Elena De Rosa - *Area socio-sanitaria promozione salute direzione sanitaria  
DS 28 ASL Napoli 1 Centro*



**Ore 11,30**

**"Natale a Villa Nestore"**

*invito*



**Distretto Sanitario 28  
Centro Geriatrico "Frullone"**

**L'ASSISTENZA TERRITORIALE COME VOLÀNO  
PER LA RICERCA NEUROGENETICA**

Graziella Milan<sup>1</sup>, Francesca Saveria Tripodi<sup>1</sup>, Dolindo Pisano<sup>1</sup>, Rosalia Acito<sup>1</sup>, Armando Toscano<sup>1</sup>,  
Alessandro De Gregorio<sup>1</sup>, Raffaella Marfella<sup>1</sup>, Caterina De Falco<sup>1</sup>, Elena De Rosa<sup>2</sup>, Agostino Marfella<sup>1</sup>,  
Daniela Marchianò<sup>1</sup>, Beniamino Picciano<sup>2</sup>, Alfredo Postiglione<sup>4</sup>, Emilia Vitale<sup>3</sup>.

1) Centro Geriatrico Frullone Distretto Sanitario 28 ASL Napoli 1 Centro; 2) Direzione Distretto Sanitario 28 ASL Napoli 1 Centro;  
3) Dementia Biobank, Institute of Protein Biochemistry (IBP), CNR, Napoli; 4) Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia  
Università degli Studi di Napoli Federico II, Progetto Donazione Demenza.

**Premessa**

Il Centro Geriatrico Frullone del DS 28 della ASL Napoli 1 Centro è una struttura polifunzionale di 93 posti letto (poliambulatorio, Centro Diurno Demenza, RSA anziani alto carico e RSA demenza) dedicata alla prevenzione, diagnosi e cura dei disturbi cognitivi e della demenza. La sua allocazione e l'essere fortemente radicato nel Territorio del DSB 28, distretto pilota per una serie di azioni innovative e connotato da una profonda vocazione alla tutela sociosanitaria ed alla sperimentazione di nuove pratiche assistenziali, l'alleanza terapeutica che si realizza nella presa in carico del paziente con demenza e della sua famiglia dalle fasi più precoci lungo tutto il percorso fino all'exitus spesso in RSA, lo rendono un osservatorio privilegiato e uno stimolo alla integrazione tra Servizi.

**Obiettivi**

L'obiettivo della ricerca è stato quello di verificare se e quanto il patrimonio delle attività dei servizi distrettuali contribuisca alla ricerca sulle demenze, ancora a tutt'oggi prive di una cura, e se tale interazione possa migliorare la qualità assistenziale offerta e percepita, e ridurre il burn-out degli operatori.

**Materiali e Metodi**

Inoltre agli strumenti diagnostici standard previsti dalle Linee Guida per la diagnosi di demenza (visita clinica, test neuropsicologici, esami di neuroimaging, criteri di esclusioni) abbiamo realizzato una scheda di anamnesi





**Distretto Sanitario 28  
Centro Geriatrico "Frullone"**

**LA DIMISSIONE PROTETTA (DP) IN RSA:  
I BISOGNI DOPO IL PERCORSO AUTORIZZATIVO**

Francesca Saveria Tripodi<sup>1</sup>, Dolindo Pisano<sup>1</sup>, Raffaella Marfella<sup>1</sup>, Rosalia Acito<sup>1</sup>, Armando Toscano<sup>1</sup>,  
Alessandro De Gregorio<sup>1</sup>, Agostino Marfella<sup>1</sup>, Caterina De Falco<sup>1</sup>, Elena De Rosa<sup>2</sup>,  
Daniela Marchianò<sup>1</sup>, Beniamino Picciano<sup>2</sup>, Graziella Milan<sup>1</sup>.

1. Centro Geriatrico Frullone Distretto Sanitario 28 ASL Napoli 1 Centro; 2. Direzione Distretto Sanitario 28 ASL Napoli 1 Centro

**Premessa**

Il Centro Geriatrico Frullone, del Distretto Sanitario 28 della ASL Napoli 1 Centro, è costituito da un poliambulatorio geriatrico per visite specialistiche, valutazioni neuropsicologiche, riabilitazione cognitiva e terapia occupazionale, un Centro Diurno Demenza, con 25 posti, 2 RSA anziani ad alto carico assistenziale con 48 posti letto, 1 RSA demenza con 20 posti letto.

Tutti i servizi sono dedicati alla diagnosi e alla cura di pazienti affetti da disturbi cognitivi e da demenza di Alzheimer, in un continuum assistenziale, che va dalla diagnosi precoce fino all'exitus. I ricoveri in RSA provengono sia dal domicilio, che dagli ospedali e/o dalle case di cura; questi ultimi in dimissione protetta (DP) per 30 giorni a totale carico sanitario.



# Trapianti d'organo

Il Diabete dopo il trapianto d'Organo o tessuto

Il trapianto di rene e/o di pancreas nel paziente diabetico in fase uremica

**Approccio multidisciplinare e multiprofessionale**

**L'assistenza territoriale domiciliare**





UN DONATORE MULTIPLICI

ASL Napoli  
G 1 0 1  
nda Sanit  
Cgo  
Trapianti  
"Un Donatore  
Napoli - 1  
ca f  
b 20



**PDTA**

**La conduzione dei gruppi di  
pazienti**

**L'ESPERIENZA DEI PP.DD.TT.AA.**

**SCLEROSI MULTIPLA**

**ARTRITE REUMATOIDE**

**SELF HELP E TERAPIE ESPRESSIVE**











# SAVE THE DATE

## CONSENSUS MEETING

# smart start

SCLEROSI MULTIPLA IN CAMPANIA

L'IMPLEMENTAZIONE DEL RAPPORTO  
CENTRI SM E MEDICINA DEL TERRITORIO  
SOLUZIONI TECNOLOGICHE PER L'ATTIVITÀ  
DELLA RETE SCLEROSI MULTIPLA E  
SPERIMENTAZIONE SUI DISTRETTI

# 4 Luglio 2017

*Sala Consiliare dell'Ordine dei Medici di Napoli  
(Largo Torretta - Napoli)*



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II  
SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA  
DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA

# DISTRETTO 28

VOCAZIONE AGRICOLA

E SPERIMENTAZIONI

**PROMOZIONE E PREVENZIONE**

**NEL TERRITORIO Più VERDE DI NAPOLI**



DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE DIRETTORE DoIt. FEDELE MAURANO  
DISTRETTO 28 Direttore Beniamino Picciano  
UNITÀ OPERATIVA SALUTE MENTALE Direttore Dott. Rosario Daniele

**GIOVEDÌ 29 GIUGNO 2017**  
ORE 18.00

**INAUGURAZIONE**

# L'ORTO DEI PROFUMI

PRESSO CASA ROSSELLA  
VIA E. SCAGLIONE 494

DA UN'IDEA DEL PERSONALE SANITARIO E  
PARASANITARIO E PER L'OPERA DEI PAZIENTI OSPITI

*La Cittadinanza è invitata a partecipare!*

SI RINGRAZIANO  
LA COOPERATIVA ERA E IL GRUPPO JAMIR

stampa & grafica  
**Elgraphic**  
www.elgraphic.it



- CREMA  
- COSTUME DI RICARDO  
- CIABATTINE  
- CAPPELLINI  
- TELO MARE

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE DIRETTORE Dott. FEDELE MAURANO  
DISTRETTO 28 Direttore Beniamino Picciano  
UNITÀ OPERATIVA SALUTE MENTALE Direttore Dott. Rosario Daniele

**VENERDI 22 SETTEMBRE 2017**  
DALLE ORE 9.00

# *A Zutteglia 'e Pummarola*

**UNA BONTÀ CHE GLI OSPITI E LO STAFF  
REALIZZERANNO PER FARVI DEGUSTARE IL VERO  
POMODORO SAN MARZANO D.O.P.**

**SI RINGRAZIANO  
LA COOPERATIVA ERA  
E IL GRUPPO SAMIR**



**L'ORTO DEI  
PROFUMI**

**PRESSO CASA ROSSELLA  
VIA E. SCAGLIONE 494**

**SI RINGRAZIA  
COOPERATIVA ERA**



# IL DISTRETTO SOCIOSANITARIO NEI PROGETTI ARTISTICI DEL QUARTIERE

Simposio internazionale d'arte a Scampia













# I gruppi di musicoterapia nelle aree a rischio





# **PD TA E AFT**

- **LE NUOVE SFIDE**





RESPONSABILE SCIENTIFICO  
V. Bonvicini Meris

RELATORI E MODERATORI  
V. Bonvicini Meris  
C. Caracciolo  
E. Cavallini  
G. Florio  
A. Gallo  
R. Lanzetta  
G. Longo  
G. Livi  
G. T. Monteleone  
B. Pisciarni  
E. Rando  
C. V. Russo  
F. Sanna  
L. Smerzi  
L. Spadaro  
G. Tardavelli  
M. Triassi

Spazi e Contributi Sponsorizzati da  
Biogen Mylan  
NOVARTIS

OLTRE IL PDTA  
NEXT LEVEL: LA RETE

11 Luglio 2017  
Aula Magna  
Università Federico II  
Via Panselvo, 16 - Napoli

PDTA  
SCLEROSI MULTIPLA

Biogen Mylan  
NOVARTIS

Associazione Organizzativa  
NSCOTOUR



# AFT: una nuova frontiera da superare o un'opportunità per la medicina del territorio?

Gennaro Volpe

Beniamino Picciano



**I SESSIONE**  
**L.e.a. e sostenibilità: obiettivo salute**  
a cura di Carlo Puca









# IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO STA AFFRONTANDO UNA CRISI SENZA PRECEDENTI

I **vincoli di bilancio** e le **politiche di revisione della spesa** erodono i margini già esigui per sostenere l'offerta a fronte di una **domanda che cresce inesorabilmente**, sospinta in alto da fattori **demografici e tecnologici**, ma anche **culturali e sociali**

**CORTE CONTI SPESA SANITARIA NEL 2013:** le uscite complessive si sono attestate a **109,3 miliardi**. *Nel 2012 era pari a circa 111 miliardi di euro, inferiore di circa l'1% rispetto al 2011 e dell'1,5% in confronto al 2010*

**Rapporto Istat 2014:** "SSN in bilico tra vincoli di spesa e qualità". **11,1% italiani rinuncia a curarsi per motivi economici o per le liste d'attesa**

**ISTAT 2014** Inaccessibilità cure sanitarie: **nel 50,4% dei casi si rinuncia per motivi economici, nel 32,4% per liste di attesa o distanza dalle strutture**

*Italia spende in sanità il 26,1% in meno rispetto a Francia e Germania -OCSE, 2012:*

# Sanità24

- **Corte dei conti: 2017**  
il **bilancio** della sanità è in **attivo** di 312 milioni.
- **Requisitoria del procuratore Galtieri**
- Secondo la Corte dei conti, infatti, è **migliorato il trend** delle Regioni in Piano di rientro (anche se peggiorano i conti delle Regioni non in Piano ) e si sono **ridotti i costi legati al personale**, nonché all'acquisto di beni e servizi determinando un "attivo" di 312 milioni.

- **Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'Unione europea**
- In Italia, la speranza di vita a 65 anni (18,9 anni per gli uomini e 22,2 per le donne nel 2015) è più elevata di un anno per entrambi i generi rispetto alla media Ue, ma **dopo i 75 anni** gli anziani in Italia vivono in condizioni di salute peggiori.

- La salute costa:  
**12 milioni di italiani  
rinunciano a cure**

***Publicato il:  
31/07/2017 13:10***

- Continua a **crescere la spesa sanitaria privata** degli italiani.
- Nel 2016 è arrivata a 37,3 miliardi di euro, **sborsati in grandissima parte direttamente dalle famiglie.**



# Le parole chiave

## L'esperienza

Nuovi **coinvolgimenti** e resistenze

## La riorganizzazione

Confronto vecchio/**nuovo. Ottimizzazione** delle risorse

## Le cure primarie

I **bisogni** dei pazienti

# L'appropriatezza della continuità delle cure

- Passa attraverso l'organizzazione, il governo dei processi, la definizione di ruoli e funzioni, la tutela della persona nella sua globalità

attraverso

- assistenza **medica**, **psicologica**, **riabilitativa**, **sociosanitaria**

# 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.

# Alla base della offerta degli interventi di primo livello alla persona

- Dinamica della **conoscenza** della **persona** e della **relazione** con l'utente
- **Conoscenza del Territorio** e **Individuazione delle fragilità** e delle **aree a rischio**
- Azioni mirate di promozione della salute alla persona e alla collettività
- Costruzione di sistema di counselling specifico (informativo, sanitario, per patologia specifica, per progetti, per PDTA, etc.) e formazione al counselling e alla comunicazione con l'utenza per MMG, infermieri, operatori del Distretto
- Area ascolto alla persona



Cosa ci aspetta nei prossimi anni...

# 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%).

# 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  
PLS /SPEC .AMB



# PATTO PER LA SALUTE 2014-2016



Ministero della Salute

- Art. 5: **Assistenza territoriale**: *si consolidano e si chiariscono i modelli organizzativi individuati a suo tempo dal Decreto Balduzzi (D.l. 158/2012) per la medicina convenzionata: le AFT e le UCCP.*
- La **AFT** è il modulo elementare minimo di aggregazione del medico e del pediatra convenzionato (circa 20 medici corrispondenti a 30.000 abitanti). Entro sei mesi dal rinnovo dell'Accordo e comunque non oltre la vigenza del Patto (2016), nella AFT saranno inquadrati i MMG e i PLS (comma 3) e i relativi compiti (fiduciari, nonché aggiuntivi, previsti dai programmi locali) in quanto confermati o ampliati dall'ACN. Nell'AFT confluiranno altresì le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate dalle varie regioni (tra cui quelle in forma cooperativa).
- L'**UCCP** è una struttura/presidio complessa di erogazione delle cure primarie di norma organizzata in sede unica, pur potendo disporre di più sedi collegate telematicamente (comma 5). Essa rappresenta il centro nevralgico del sistema integrato di servizi, che prende in carico la comunità di riferimento, integrando tra loro i medici e i pediatri convenzionati della AFT, il personale dipendente del Ssn, specialisti, operatori sociosanitari.
- Si prevede (comma 14) che le Regioni, anche utilizzando le risorse precedentemente dedicate al finanziamento dei fattori produttivi, provvedano alla dotazione strutturale, strumentale e di forme organizzative delle AFT e delle UCCP.





REGIONE CAMPANIA  
Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro  
REGIONE CAMPANIA  
**Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro**  
DISTRETTO SANITARIO 33  
SAN LORENZO - VICARIA - POGGIOREALE

# Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT)

*“il ritratto di irene”*



*dedicato a*

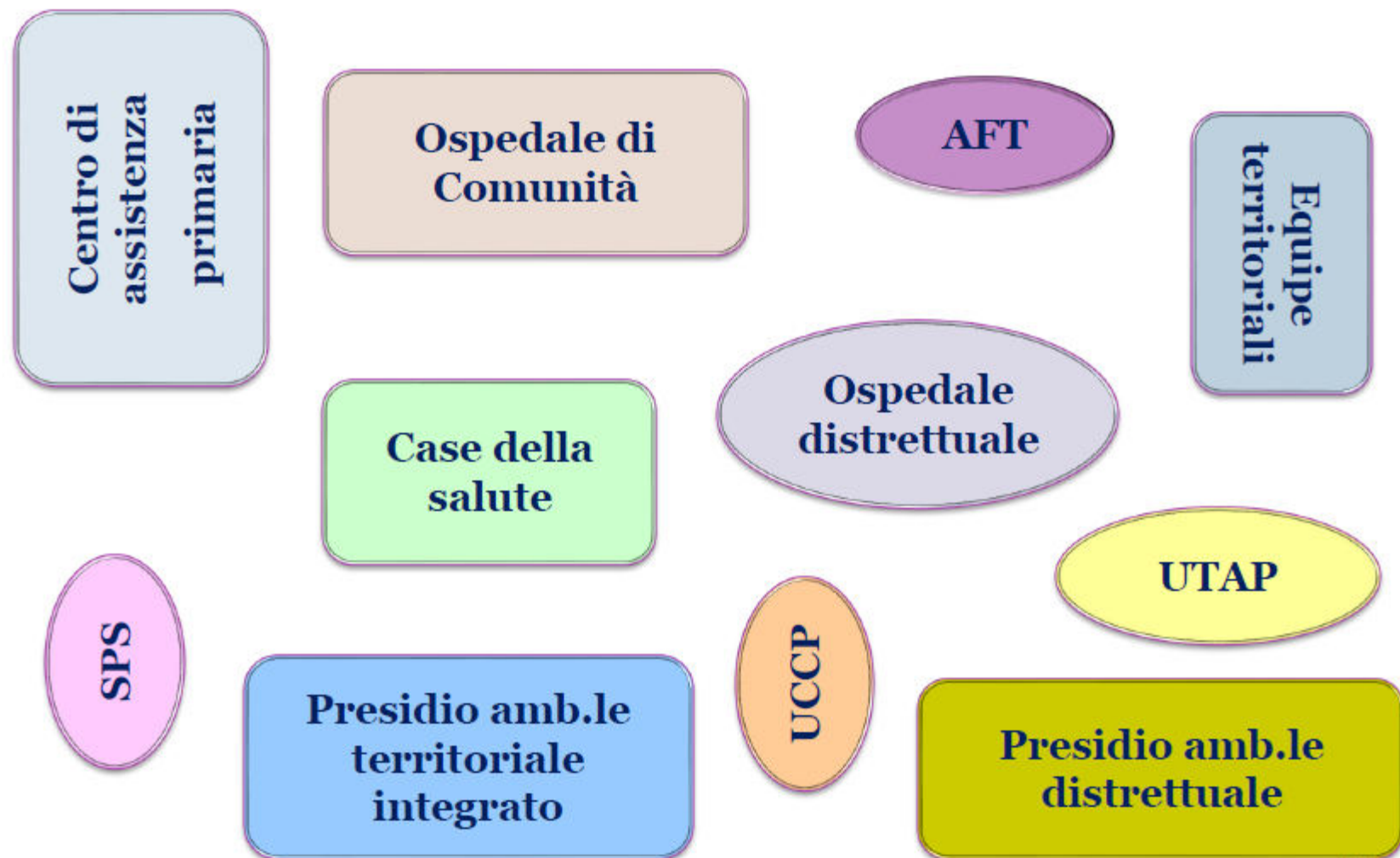
*Eleonora di Pimentel Fonseca*



*Giuseppe Moscati*



# Alcuni possibili esempi



# 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

**L'ESPERIENZA DELLA RIORGANIZZAZIONE**

**DELLE CURE PRIMARIE**

**LO STATO DELL'ARTE**

**NELL' ASL NAPOLI 1 CENTRO**



**A.S.L. Napoli 1 Centro – Allegato C –  
Funzionigramma Atto Aziendale – Aprile 2017**

### **Forme organizzative del Distretto**

Nella funzione di governance del Territorio, il Direttore del Distretto deve coordinare i percorsi assistenziali utilizzando i servizi direttamente gestiti dal Distretto e quelli in convenzione, costruendo processi di integrazione di funzioni che richiedono identificazione di obiettivi, risorse e programmazione delle attività, in stretto coordinamento con tutti gli altri attori del sistema socio-sanitario e ospedaliero.

Le funzioni di produzione del Distretto devono essere organizzate almeno nelle seguenti attività:

- accoglienza e presa in carico delle persone con bisogno sociosanitario, che, attraverso la PUA e la valutazione multidimensionale in UVI, garantiscono l'accesso appropriato ai servizi sociosanitari e programmano l'attivazione e l'integrazione della rete dei servizi sociali e sanitari;
- attività assistenziale a favore della comunità di riferimento assistenza primaria, declinata anche nelle nuove forme (A.F.T. e U.C.C.P.);
- medicina specialistica territoriale in particolare a livello distrettuale o interdistrettuale, che a mezzo di PDTA, Linee Guida, relazioni interdisciplinari ed integrazione Ospedale-Territorio, assicura la presa in carico del paziente post- acuto e cronico, anche integrata nelle UCCP ove previste;
- salute della donna e dell'età evolutiva, che garantisce la tutela della salute della donna e dell'infanzia-adolescenza, ponendo in stretta continuità e contiguità l'attività svolta dai pediatri di libera scelta e dai consultori familiari e partecipando, ove previsto alla funzionalità delle UCCP;
- riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile adulto (sopra i 18 anni), ivi compresa l'assistenza protesica che, attraverso equipe multidisciplinari, garantisce gli interventi di cura e riabilitazione, programma l'attivazione e l'integrazione della rete dei servizi sociali e sanitari, anche domiciliari;
- assistenza domiciliare integrata, indirizzata prevalentemente a persone affette da malattie croniche, sindromi cliniche e funzionali, deficit multipli che determinano disabilità e non autosufficienza attraverso procedure che tengano conto di tale complessità, in stretto raccordo con le rispettive forme organizzative di riferimento (materno-infantile, salute mentale, riabilitazione, etc);
- non autosufficienza ed anziani fragili;
- Medicina Legale;
- Tutela della Salute Mentale e dei soggetti affetti da Dipendenze;
- Cura e sostegno al benessere psicologico e riabilitazione dell'età evolutiva, che esercita funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva (0-18 anni) che presentano disabilità, disturbi e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, psicologico e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale. Questa funzione assistenziale, va assolutamente rafforzata stante l'attuale debolezza organizzativa e professionale con l'istituzione o rafforzamento dei Nuclei Distrettuali di Neuropsichiatria infantile. Questi dovranno governare prioritariamente ed in autonomia i processi assistenziali del minore e favorire, attraverso un graduale percorso di transizione, il passaggio alle attività di riferimento per l'età adulta;
- diagnostica di laboratorio e diagnostica per immagini;
- assistenza primaria, che garantisce l'attività assistenziale a favore della comunità di riferimento e innanzitutto la continuità assistenziale;
- iscrizione al Servizio Sanitario e consegna tessera d'iscrizione;

## **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)**

Le AFT costituiscono un'articolazione del distretto socio sanitario nell'ambito delle quali operano i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta coordinati in team funzionali al fine di garantire una maggiore operatività. 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 Aziendale, secondo appropriatezza.

L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) rappresenta pertanto la cornice nella quale sviluppare un nuovo modello di organizzazione delle Cure Primarie.

In particolare, con le AFT si realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli MMG e PLS per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.

Nell'ambito della AFT, pertanto, sarà possibile concretizzare alcuni elementi innovativi, funzionali alla riorganizzazione territoriale e alla crescita del ruolo professionale della Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta.

Ai sensi dell'art. 26-bis dell'ACN, i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta partecipano obbligatoriamente alle Aggregazioni Funzionali Territoriali allo scopo di:

- promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale;
- promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "evidence based medicine", nell'ottica più ampia della "clinical governance";
- promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review";
- promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia.

L'AFT persegue tali finalità attraverso:

- l'individuazione di strumenti, tempi e momenti di verifica per l'avvio dei processi di riorganizzazione;
- la condivisione delle proprie attività con il Distretto di riferimento, per la valutazione dei risultati ottenuti e per la socializzazione dei medesimi;



- la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti anche con la programmazione regionale e Aziendale.

Nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali, pertanto, i medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta garantiscono compiti ed attività previsti nell'Accordo Collettivo Nazionale e nell'Accordo Integrativo Regionale.

In particolare, a regime i compiti dell'AFT possono essere schematizzati come segue:

- assistere, nelle forme domiciliari ed ambulatoriali, la popolazione che è in carico ai MMG e ai PLS che la compongono;
- valutare i bisogni della popolazione assistita;
- rappresentare il nodo centrale per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio;
- sviluppare un sistema di relazioni tra tutti i professionisti del sistema, che responsabilizzando i soggetti, assicuri la continuità di cura degli assistiti;
- partecipare a iniziative di formazione e ricerca, funzionali alla sperimentazione di modelli organizzativi, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione.

L'Azienda sanitaria, in accordo a quanto disposto dall'art 26-bis dell'ACN, individua le AFT in ogni distretto socio sanitario del territorio aziendale in relazione ai seguenti criteri:

- popolazione assistita di riferimento non superiore a 30.000 residenti;
- numero di medici di Medicina Generale, di norma, non inferiore a 20 inclusi i titolari di incarichi a rapporto orario, organizzati in team.

L'estensione territoriale è variabile in base alla densità e distribuzione della popolazione. In particolare essa sarà il risultato della convergenza di due fattori:

- la limitazione all'estensione al fine di facilitarne l'accessibilità;
- caratteristiche geomorfologiche del territorio (urbano, rurale, montano).



# IL LAVORO IN SQUADRA



E' **imperativo** che i Medici di Mg convenzionati per la Continuità Assistenziale **escano dall'isolamento** strutturale e funzionale in cui oggi operano, dalla casuale gestione dell'acuto - un acuto che in molte realtà italiane troppo spesso sconfina ancora nell'emergenza - e passino **da un modello di assistenza "occasionale"** su pazienti sconosciuti **a modelli di assistenza programmata** che porti alla **presa in carico di pazienti noti** in piena e paritaria integrazione con i Medici ed i Pediatri di Famiglia che operano nelle ore diurne.

# IL LAVORO IN SQUADRA



## Scenari futuri

La **squadra** condivide non soltanto **mission** e **pazienti** ma anche spazi, ambulatori, percorsi-diagnostico terapeutici (**PDTA**), al fine di mettere a disposizione del paziente una squadra composta da **MEDICI, INFERMIERI E ALTRE FIGURE PROFESSIONALI** che si **integrano**, ciascuno con la propria funzione, per **fornire un'assistenza di primo livello completa**.

### AFT

- Condivisione di spazi
- Condivisione di cartelle cliniche informatiche
- Maggiore accessibilità per il paziente
- Coinvolgimento di altre figure sanitarie
- Medicina di attesa e di iniziativa
- Ruolo Unico con copertura H24
- Capillarità sul territorio
- Rapporto fiduciario MMG/paziente

# **PROMOZIONE E PREVENZIONE**



**La prevenzione delle malattie infettive e della patologie croniche nei soggetti in età pediatrica rappresenta una priorità di Sanità Pubblica.**

**Il PLS e il MMG sono un LEA  
Fiduciario SSN/cittadino**





# MMG/PLS

## veicolo primario di prevenzione



Il **rapporto di fiducia**  
consolidato nel  
tempo

La **prossimità ai luoghi di vita**  
del paziente e  
costanti  
occasioni di  
contatto

La **conoscenza dei bisogni assistenziali**

**L'offerta di una rapida, diretta,**  
gratuita  
accessibilità alle  
cure

# **L'AZIONE B5 dell'azione preventiva**

**Identificazione e  
presa in carico di pazienti  
a rischio di MCNT (malattie croniche  
non trasmissibili)**

# Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT)

Nel nostro Paese sono ritenute responsabili, per il 2010, del **92% dei decessi totali registrati**, in particolare le **malattie cardiovascolari (41%)**, i **tumori (29%)**, le **malattie respiratorie croniche (5%)** e il **diabete (4%)** (1).



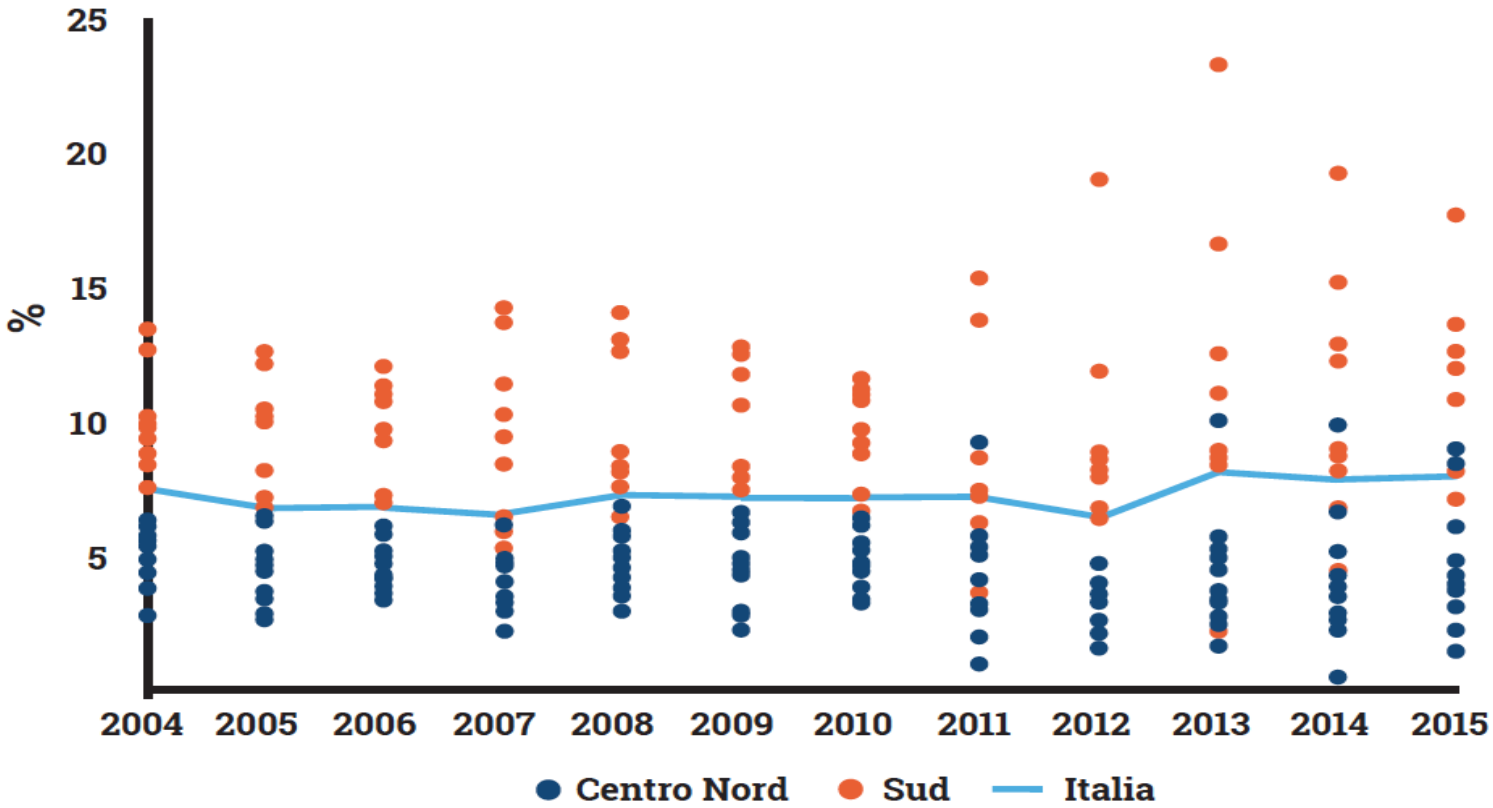
# «Guadagnare Salute”, varato per decreto nel 2007 (5)

- Messa in opera di interventi specifici per i quattro fattori di rischio (**cattiva alimentazione, inattività fisica, fumo, alcol**)





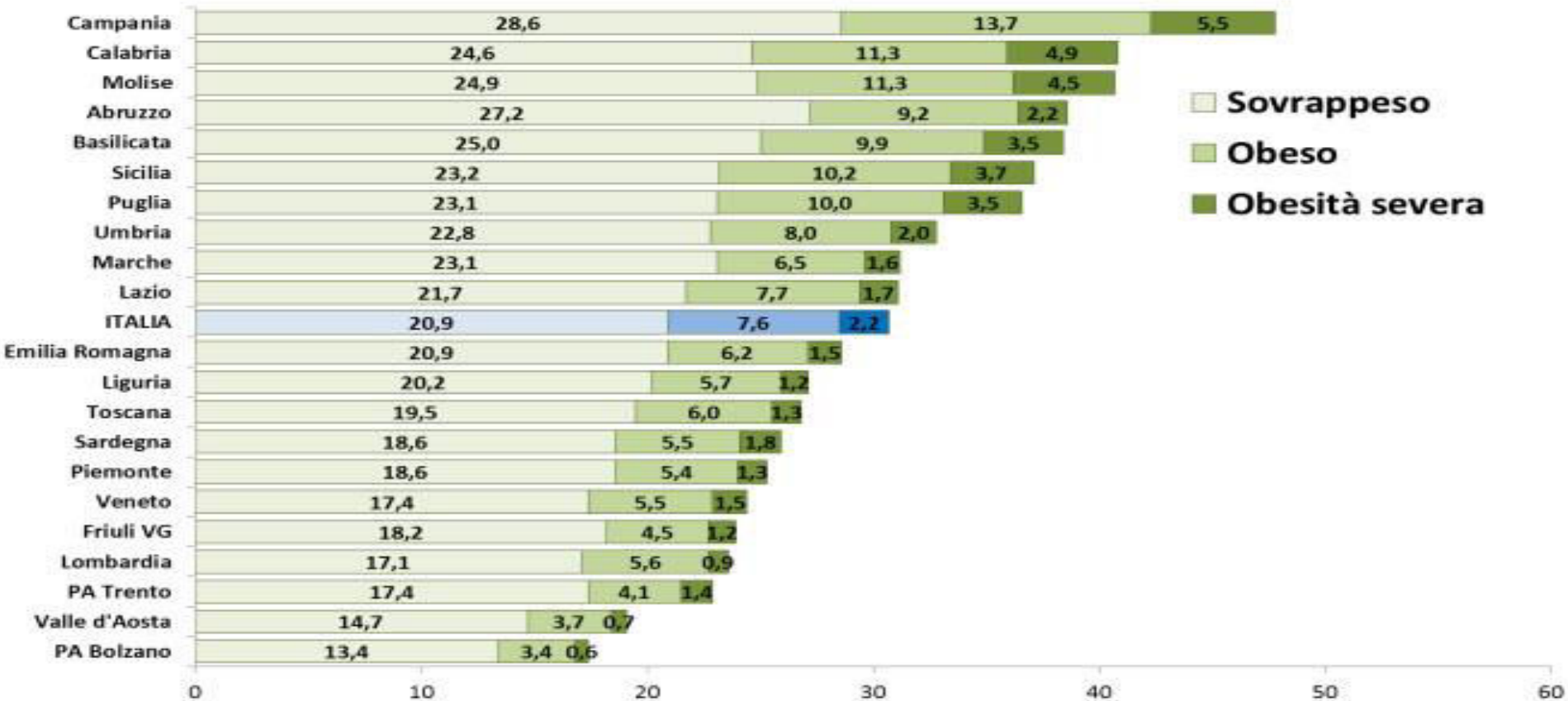
Percentuale di **rinuncia alle cure** tra le regioni per ripartizione geografica. Italia, 2004-2015 ●



# “La salute disuguale”

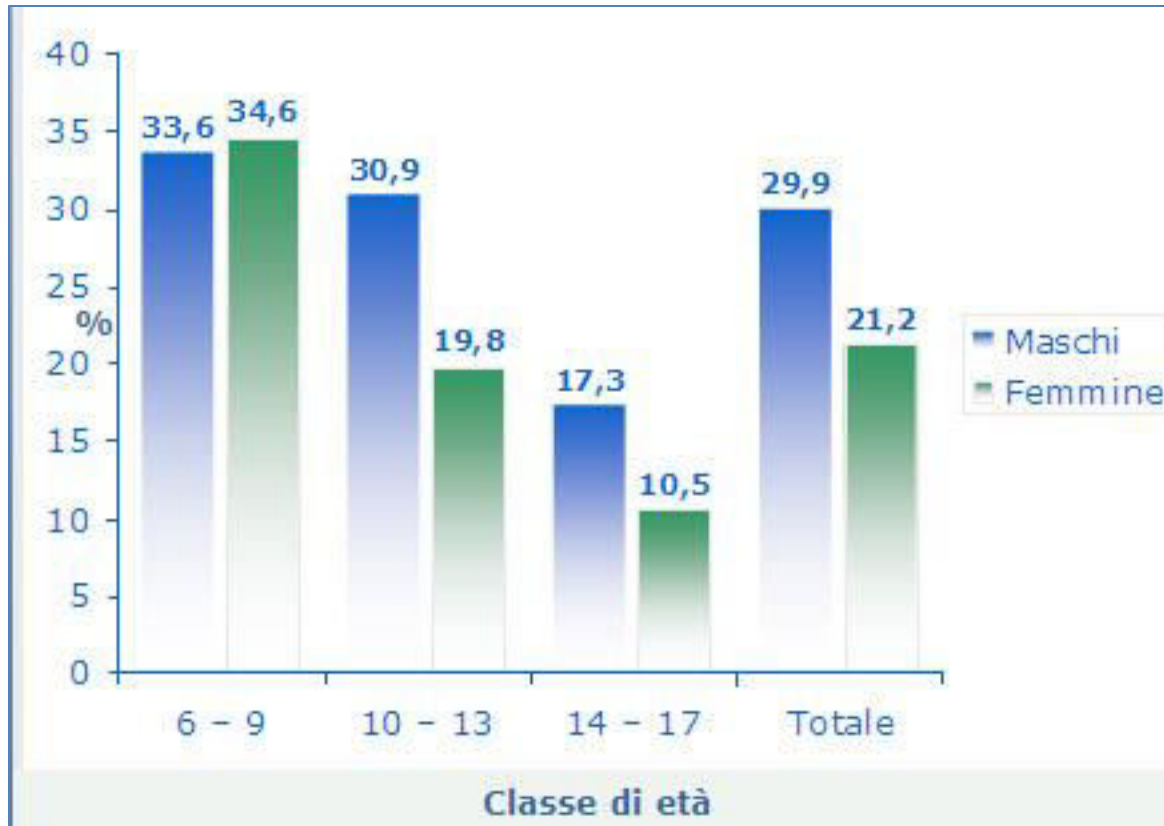
- L'obiettivo è quello di trovare la strada per assicurare lo stesso livello di salute a tutti, nonché **studiare i legami tra sistema socio-economico, ambientale e culturale** con il benessere psico-fisico della popolazione **del territorio**.
- **Nella lotta alla disuguaglianza**, secondo Collini, rettore dell'Università di Trento, **saranno i cittadini stessi la parte attiva di questa azione correttiva**.

**Sovrappeso e obesità per regione**  
 (% bambini di 8-9 anni di età della classe 3° primaria)  
 OKkio alla SALUTE



- Confrontando i dati regionali delle prevalenze di sovrappeso e obesità, si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle regioni meridionali.
- La Campania, tra tutte le regioni italiane, mostra le più alte prevalenze relativamente a tutte le classi di eccesso ponderale

- **OBESITÀ INFANTILE: IN CAMPANIA**





## OBESITÀ INFANTILE: IN CAMPANIA ATTIVITA' FISICA



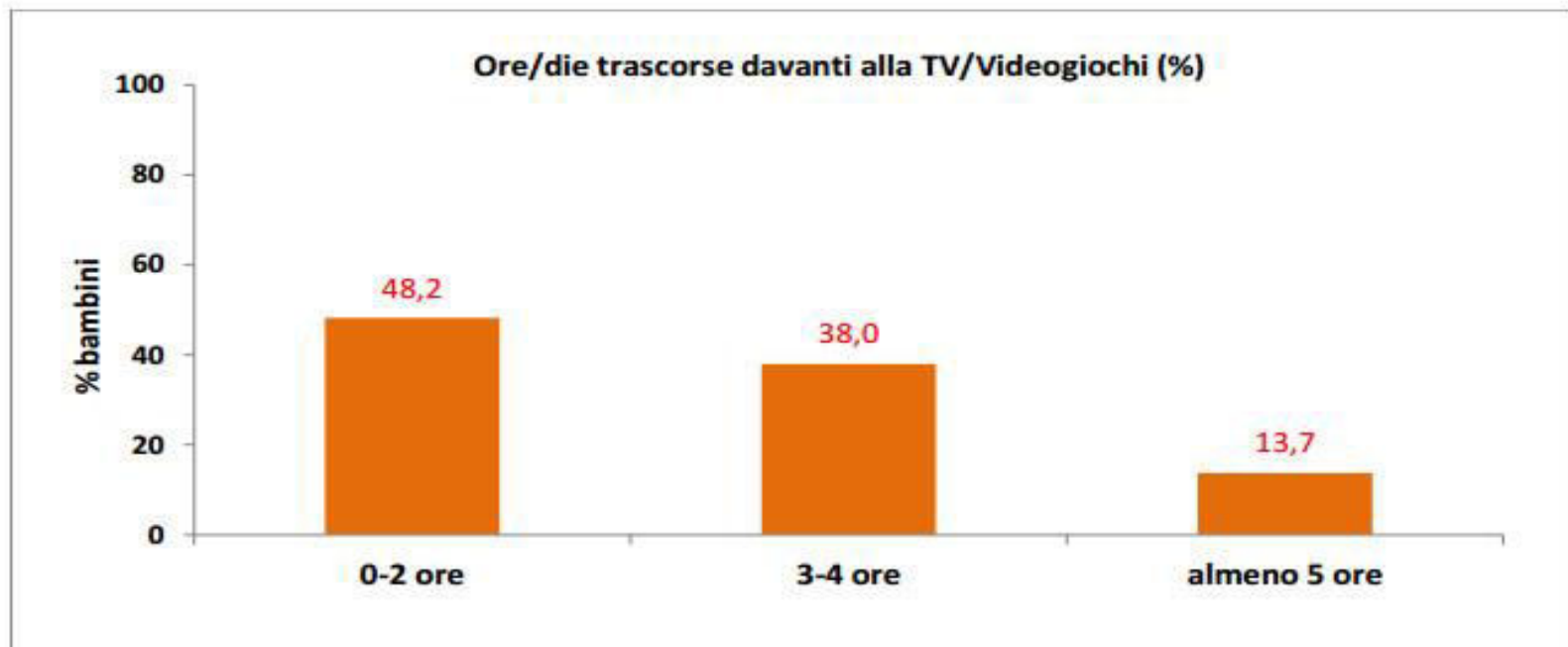
## **Quante ore al giorno i bambini guardano la televisione o usano i videogiochi?**

Diverse fonti autorevoli raccomandano un limite di esposizione complessivo alla televisione/ videogiochi per i bambini di età maggiore ai 2 anni di non oltre le 2 ore quotidiane, mentre è decisamente sconsigliata la televisione nella camera da letto dei bambini.

I seguenti dati mostrano la somma del numero di ore che i bambini trascorrono a guardare la TV e/o a giocare con i videogiochi-computer in un normale giorno di scuola, secondo quanto dichiarato dai genitori. Questi dati possono essere sottostimati nella misura in cui la discontinua presenza parentale non permetta di verificare la durata effettiva del tempo trascorso dai bambini nelle diverse attività.

# **OBESITÀ INFANTILE: IN CAMPANIA**

## **Ore trascorse davanti alla TV/Videogiochi**





# Le **COMPLICANZE** dell'**OBESITÀ PEDIATRICA**

## Psicosociali

- Scarsa autostima
- Isolamento sociale e stigmatizzazione
- Disturbi del comportamento alimentare
- Depressione

## Neurologiche (se di tutto il cervello)

## Cardiovascolari

- Ipertensione arteriosa
- Aterosclerosi

## Endocrino-metaboliche

- **Sindrome Metabolica**
  - Resistenza Insulinica*
  - Intolleranza glicemica*
  - Dislipidemia*
  - Iperensione arteriosa*
- Diabete Mellito di tipo II
- Sindrome dell'ovaio policistico

## Respiratorie

- Asma
- Apnee ostruttive del sonno
- Scarsa tolleranza all'esercizio

## Ortopediche

- Piede piatto
- Ginocchio valgo
- Distorsioni della caviglia
- Epifisiolisi della testa del femore
- Fratture dell'avambraccio
- Tibia vara (M. di Blount)

## Gastrointestinali

- Calcolosi
- Reflusso gastroesofageo
- Steato-epatite non alcolica





- Promozione della **ricerca sulle MCNT**, in particolare sull'efficacia della **prevenzione secondaria** (screening tumori e diabete), valutazione dell'organizzazione e dell'efficacia pratica degli interventi assistenziali, valutazione dei fattori che influenzano le scelte sugli **stili di vita dei cittadini**, impatto delle attività di comunicazione per i quali alcuni progetti CCM e diversi aspetti delle sorveglianze di popolazione (PASSI, PASSI d'Argento, OKkio alla Salute e HBSC) contribuiscono in maniera determinante.



**Modelli innovativi  
e  
progetti pilota**

# AFT 28

- Nota n.253 del 07/02/2017

Distretto 28 al DAP E CC

- Rete assistenziale territoriale DS 28
  - Ambulatorio infermieristico
  - Rete di integrazione socio sanitaria
  - Spazio di accoglienza e counseling infermieristico ,  
psicologico, socio-sanitario
  - Screening e promozione della salute

**L'ambulatorio infermieristico e lo spazio accoglienza hanno come **funzioni**:**

1. La governance di pazienti con **patologie croniche** e follow up a stretta periodicità
2. L'esecuzione di prelievi ematochimici
3. La somministrazione di farmaci anche per via ev. su prescrizione
4. Medicazioni, educazione sanitaria, educazione alimentare

### **Obiettivi**

- Riduzione dei ricoveri impropri
- Riduzione dei codici bianchi in P.S.
- Miglioramento della gestione delle cronicità
- Prevenzione delle riacutizzazioni di patologie
- Miglioramento della dimissione delle gestioni protette

Il Dipartimento di Assistenza primaria e continuità delle cure ha inteso individuare:

**-due Distretti pilota** della ASL NA1 centro, ds 28 e ds 33, per la **realizzazione delle AFT**

**-sette UCCP**: presso il Presidio S.Gennaro, il Presidio Annunziata (pediatrico), il Distretto 25, Distretto 27, Distretto 28, il Distretto 30, il Distretto 33.



# QUALI I COMPITI delle **AFT**



- **ACCRESCERE LA SENSIBILITA' DIAGNOSTICA** VERSO IL PAZIENTE A RISCHIO DI MALATTIA
- **INDIVIDUARE E SELEZIONARE I PAZIENTI A RISCHIO**
- **COSTRUIRE UN MODELLO APPROPRIATO DI INTERVENTO=PDTA**
- **GESTIONE DELLA CRONICITA'**
- **PROMUOVERE ADEGUATI STILI DI VITA**
- **ADERENZA TERAPEUTICA E FOLLOW UP**
- **SOSTENIBILITA' DEGLI INTERVENTI TERAPEUTICI (APPROPRIATEZZA TERAPEUTICA)**



# Le nuove sfide per i Sistemi Sanitari



**Contenimento della spesa**



**Invecchiamento della popolazione**



**Uso improprio del Pronto Soccorso**



**Uso improprio delle  
strutture ospedaliere**



**Allungamento dei tempi di attesa**



**Aumento delle cronicità**



**Aumento del tasso di obesità**

# Il Distretto Sanitario rappresenta il CENTRO

- del **SISTEMA dell'Assistenza Territoriale** per l'analisi del bisogno, la programmazione ed allocazione delle risorse, l'individuazione dei punti di erogazione, il monitoraggio delle cure e degli esiti delle stesse
- delle **RELAZIONI operose** con l'Ente Comune attraverso l'Ambito di riferimento
- della **COOPERAZIONE** con le altre macrostrutture aziendali, specie con i Dipartimenti strutturali, con tutta l'area ospedaliera, con i professionisti convenzionati che, in questo piano di riordino e di sviluppo, entrano a pieno titolo nel sistema delle Cure Primarie





# COSTITUZIONE DI UNA RETE INTEGRATA TERRITORIALE h12



# LE TAPPE DELLA COSTITUZIONE DELLE AFT

- IL PROGETTO AFT HA AVUTO **IL PARERE FAVOREVOLE** DEL COMITATO ART.23 DELLA ASL NA1 E DALL' ART.24 REGIONE CAMPANIA
- COSTRUIRE LA **PRIMA RETE AGGREGATA DI MMG** SUL TERRITORIO DEL DISTRETTO 28 e 33 PRESUPPOSTO PER LE FUTURE ORGANIZZAZIONI COMPLESSE
- **PRIMA INIZIATIVA DI INTEGRAZIONE DEI MMG FINALIZZATA ALLA «PRESA IN CARICO» DELL'UTENTE**
- ADESIONE DEI MMG SU BASE VOLONTARIA
- UTILIZZO DELLE **RETI E GRUPPI GIA' ESISTENTI** CON APERTURA NEI GIORNI FERIALE DINELLA SEDE RITENUTA STRATEGICA PER LE ESIGENZE ASSISTENZIALI



# LO SCENARIO ASSISTENZIALE DELLE **AFT PEDIATRI...**



- PREVENZIONE PRIMARIA **EDUCAZIONE SANITARIA**  
**SCREENING, VACCINAZIONI, STILE DI VITA** con la collaborazione fondamentale della famiglia e ambiente scolastico.
- DIAGNOSI PRECOCE DELLE **PATOLOGIE**
- CURE SARTORIALI ATTRAVERSO I **PDTA**

**RISULTATI:** MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'  
DELLA VITA ANCHE IN PREVISIONE FUTURA.

**OBIETTIVO:** RIDURRE LE FRAGILITA'



# LE PROCEDURE DI ATTIVAZIONE DELL' AFT PEDIATRICA



**AFT PEDIATRICA DI SCAMPIA, ASL Napoli 1 centro, Distretto Sanitario 28**

Apertura degli studi coordinata che garantisce l'accessibilità da parte degli utenti nelle seguenti fasce orarie:

Lunedì: 08.00-14.00 e 15.30-18.30, TOTALE 9 ore

Martedì: 08.00-14.00 e 15.00-19.00, TOTALE 10 ore

Mercoledì: 09.00-13.30 e 15.00-18.30, TOTALE 8 ORE

Giovedì: 08.00-14.00 e 15.30-18.30, TOTALE 9 ORE

Venerdì: 08.00-14.00 e 15.30-19.00, TOTALE 10 ORE

		ORARI DI APERTURA				
MEDICI	AMBULATORIO e telefono	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI	GIOVEDI'	VENERDI'
Dott. G. De Marco	V.le della Resistenza 25, IV piano tel. 081 2546588 (ore 09.00-11.00)	09.00-12.00	08.00-11.00	09.00-12.00	15.30-18.30	15.30-18.30
Dott.ssa M. Micillo		15.30-18.30	09.00-12.00	09.00-12.00	08.00-11.00	09.30-12.30
Dott. G.Cecere		08.00-11.00	15.30-18.30	15.30-18.30	09.00-12.00	09.00-12.00
Dott.ssa G. Giaccio	Via G.A. Campano 46 tel. 0815854120 (in orario di studio)	09.00-11.30	15.00-18.00	15.00-18.00	09.00-11.30	08.00-11.00
Dott. R. Rossi	Via Janfolla 393 tel. 0815430358 (in orario di studio)	09.30-13.30	15.30-19.00	09.30-13.30	09.30-13.30	15.30-19.00
Dott.ssa M. Manese	Via S. Ignazio di Loyola 30 tel. 0817703190 (in orario di studio)	12.00-14.00	12.00-14.00	16.00-18.00	12.00-14.00	12.00-14.00



Il Presidente

GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA  
Ufficio di Direzione e Collaborazione del Presidente  
GABINETTO

Prot.2017 - 0003972 /UDCP/GAB/CG del 08/02/2017 U

Fascicolo:KAN -

- DS  
- D.H. Volpe  
13/2/17

DIRETTORE GENERALE  
Dr. Elio Abbondante

Ai Direttori Generali

AA.SS.LL.

AT: - Com. 23  
PY

Oggetto: Sperimentazioni AFT e UCCP.

Facendo seguito alle varie riunioni tenute sul tema in oggetto, fermo restando le attività sperimentali già in avvio per l'aggregazione AFT, si comunica che è in revisione con Delibera di Giunta e successivo Decreto Presidenziale, la costituzione del Comitato ex art. 24 per la Medicina Generale.

Pertanto, nelle more della ricostituzione del citato Comitato, al fine di rendere uniforme l'avvio del processo di sperimentazione delle UCCP, si invitano le SS.LL. ad attendere le linee di indirizzo che il Comitato ex art. 24 emanerà.

Vincenzo De Luca

ASL NA 1 CENTRO
14 FEB 2017
DIP TO ASSISTENZA COMUNITARIA E CONTINUITA' DELLE CURA
PROT. 1088

A.S.L. NA 1 CENTRO  
PROT. N. 0010832/2017  
ENTRATA 10/02/2017  
DG



M  
PE

13/2/17  
Aves con. ART. 23  
Gh



# Campania Anteprima Ecco il Piano territoriale

quotidiano**sanità**.it - Ettore Mautone 13 settembre 2016

*«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»**



# 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*



**Terra dei fuochi, la svolta dell'Asl Na1 «Screening e stili di vita da cambiare»**  
Il piano di **Forlenza**: prevenzione decisiva, esami anche ai più giovani



## Il programma

L'Asl Napoli 1 ha varato una sorta di piano sanitario che prevede il **potenziamento degli screening** e uno sforzo per contrastare gli **stili di vita sbagliati**: nel mirino l'**obesità diffusa, il fumo e la sedentarietà.**

- **Riferimenti bibliografici**

- <http://demo.istat.it/unitav2012/note.html>
- Costa G., Stroschia M., Zengarini N., Demaria M. (a cura di), 40 anni di salute a Torino, spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche, Inferenze, Milano, 2017. Disponibile sul sito: <http://www.epiprev.it/40-anni-di-salute-torino-spunti-leggere-i-bisogni-...>
- Elaborazione Servizio di Epidemiologia ASL TO3 del Piemonte su dati Istat, Disuguaglianze nella mortalità per causa secondo il livello di istruzione di prossima pubblicazione sul sito ISTAT nell'area "Tavola dei dati".
- Rasulo D, Spadea T, Demaria M et al. Conta di più da chi nasci o dove arrivi? Determinanti di salute nel corso di vita. Costa G, Stroschia M, Zengarini N, Demaria M (a cura di), 40 anni di salute a Torino, spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche, Inferenze, Milano, 2017.
- Costa G, Marra M, Zengarini N, et al. Crisi e salute: dove è approdata la salute dei torinesi dopo la crisi?. Costa G, Stroschia M, Zengarini N, Demaria M (a cura di). 40 anni di salute a Torino, spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche, Inferenze, Milano, 2017.
- Odone A, Landriscina T, Costa G, Salute mentale e crisi economica: analisi sulla popolazione in Italia. Costa G, Crialesi R, Migliardi A, Gargiulo L, Sebastiani G, Ruggieri P, Menniti Ippolito F, (Ed.). Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini ISTAT sulla salute. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2016. (Rapporti ISTISAN 16/26).
- Elaborazione Servizio di Epidemiologia ASL TO3 del Piemonte su dati Istat, Disuguaglianze nella mortalità per causa secondo il livello di istruzione di prossima pubblicazione sul sito ISTAT nell'area "Tavola dei dati".
- Elaborazione Servizio di Epidemiologia ASL TO3 del Piemonte su dati Istat, Indagine EHIS 2015.
- Ardito C, d'Errico A, Leombruni R, Pacelli L. Health and well-being at work. A report based on the fifth European Working Conditions Survey. Dublin, Eurofound, 2013. Accessibile presso: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2013/02/en/1/EF1302EN.pdf>.
- Martuzzi M, Mitis F, Forastiere F. Inequalities, inequities, environmental justice in waste management and health. Eur J Public Health. febbraio 2010;20(1):21–6.
- Elaborazione Servizio di Epidemiologia ASL TO3 del Piemonte su dati Istat, Indagini multiscopo aspetti della vita quotidiana, anni 2005-2007; 2009-2012.
- N. Mäki, P. Martikainen, T.A. Eikemo, G. Menvielle, O. Lundberg, O. Östergren, D. Jasilionis, J.P. Mackenbach, & the EURO-GBD-SE consortium. Educational differences in disability-free life expectancy: a comparative study of long-standing activity limitation in eight European countries. Soc Sci Med. 2013 Oct;94:1-8.
- Elaborazione Servizio di Epidemiologia ASL TO3, Regione Piemonte su dati Indagini Multiscopo Istat sulla Salute 2000-2005-2013.
- Cislighi C, Sferrazza A, (a cura di). Gli effetti della crisi economica e del super ticket sull'assistenza specialistica. Quaderni di Monitor 33, 2013.
- Cislighi C, Petrelli A, Rosano A. La rinuncia alle cure in Italia nei dati EUSILC tra il 2005 e il 2015. Documento del gruppo di lavoro AgeNas-ISS-INMP, Roma 2017.
- Costa G et al. (a cura di). Equità nella salute in Italia, Franco Angeli, Milano, 2014.

# Coming together ...

*Coming together is a beginning.*

*Keeping together is progress.*

*Working together is success.*

*Henry Ford*

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





# LA CASA DELLA SALUTE COME LEVA VIRTUOSA DEL CAMBIAMENTO DELLA SANITÀ











**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**

