

LE RETI AZIENDALI



Dr. Pasquale Di Girolamo Faraone Direttore Sanitario ASL Napoli 1 Centro 8 PP.OO.

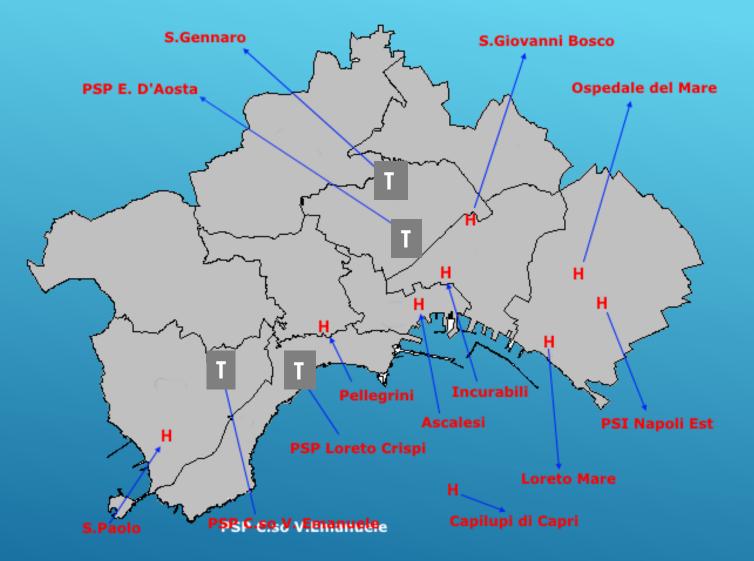
1 P.S.I.

11 DD.SS.BB.

1 S.P.S

HOSPICE

S.U.A.P.







La popolazione residente all'1/1/2015 (fonte ISTAT) è di 992.549 unità.

LE PRIME

Reti Aziendali di Assistenza Integrata

Una **rivoluzione silente** iniziata nel 2006 con la Rete Epatologica e continuata nel 2009 con la Rete Endocrinometabolica, perseguendo l'intento di una **presa in carico globale, con un «cambio di prospettiva»** che ha portato al «prendersi cura» dei pazienti.











Not more of the same, but a real U-turn

Specialisti Coordinamento M.M.G.

stesse risorse
vera inversione di marcia
un cambiamento nell'assistenza
Il cittadino e i suoi bisogni al centro





Rete Epatologica Rete Endocrino metabolica

Entrambe le Reti, con i loro percorsi, sono un sostegno al cittadino, perché evitano che sia coinvolto in affannose ricerche di Specialisti, di Laboratori e di Strutture che rispondano alle sue domande e soddisfino i suoi bisogni di salute.









I PERCORSI

IN ESSERE



Gestione delle epatopatie croniche (B e C); Gestione del soggetto cirrotico.

ANNO 2017

nº pz seguiti	5.429
Di cui cirrotici	736
Diagnosi di Epatocarcinoma	111
Nuovi Farmaci antivirali (trattamenti utilizzati)	1845 (al 12/12/2017) Fonte dati: SAS AIFA Elaborazione: Dott. Crescenzo Ilardi





I PERCORSI

IN FIERI



L'Azienda assicura anche la presenza di tre centri clinici situati presso le **Case Circondariali** di Poggioreale, Secondigliano e Nisida.

L'universalismo e l'equità, principi fondamentali del nostro servizio sanitario, sono recepiti dall'Azienda come premesse per una pari opportunità di accesso e di fruizione dei servizi sanitari da parte dei cittadini ristretti.

La complessità dei bisogni sanitari di questa popolazione ristretta richiede, in particolare, la massima ottimizzazione e specificità dei percorsi assistenziali. Pertanto sono in via di completamento

Percorsi Dedicati all'eradicazione del virus dell'Epatite C





I PERCORSI

IN ESSERE



Gestione del nodulo tiroideo

Prevenzione dell'osteoporosi e delle ri-fratture

ANNO 2017

n° pazienti seguiti Spokes Territorio	3449
n° pazienti seguiti Spokes Ospedali	2870
Agoaspirati eco guidati	302
Interventi sulla Tiroide c/o HUB	170





OSPEDALE DEL MARE D.E.A. II LIVELLO







1° PERCORSO

Presso l'Ospedale del Mare



Integrazione Ospedale-Territorio Spoke Territoriali - Spoke Ospedalieri - Ospedale del Mare

Nell'ambito della patologia tiroidea, particolarmente importante per la sua gravità, è la patologia tumorale, che si evidenzia tra il 5,4% ed il 7,7% dei pazienti italiani che presentano nodularità tiroidee.
Alla luce di queste evidenze, la Rete Endocrino metabolica dell'ASL Napoli 1 Centro ha ritenuto di elaborare un **Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA)** per la patologia tumorale della tiroide



1° PERCORSO

Presso l'Ospedale del Mare



I pazienti con patologia nodulare tiroidea vengono presi in carico dal Centro Coordinatore del PDTA, presso l'UOSD Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione dell'Ospedale del Mare, per il proseguimento dell'iter diagnostico-terapeutico.

Presso tale Centro lavorano professionisti in possesso di tutte le competenze specifiche necessarie per la gestione diagnostico-terapeutica del nodulo tiroideo:///

- ambulatorio di agoaspirazione tiroidea con servizio di anatomia patologica dedicato e lettura in estemporanea dell'adeguatezza del campione;
- medicina nucleare;
- · chirurgia endocrina.





2° PERCORSO

Presso l'Ospedale del Mare



PDTA Piede Diabetico (partito nel settembre 2017)

Integrazione Ospedale-Territorio Ospedale del Mare – Centro Diabetologico C2 – Distretto Sanitario 32

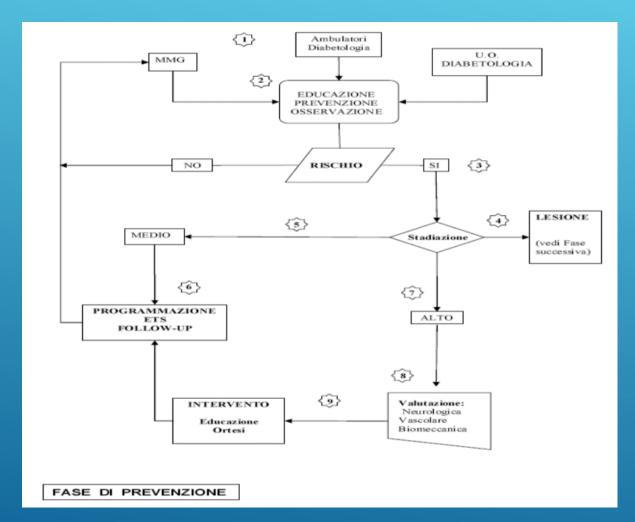
- Individuazione precoce soggetti a rischio complicanze vascolari e neurologiche;
- Ammissioni/Dimissioni Protette Ospedale-Territorio;
- Percorso assistenziale post dimissione (PAPD); llow up dei casi complessi.



PDTA Piede Diabetico



Fase sperimentale comprendente 1 solo Distretto Sanitario di Base







PDTA Piede Diabetico DETTAGLI DEL PERCORSO



MMG	Diabetologico C2 – D.S. 32	Fisiatri/Ortopedici	Ospedale Del Mare	Ospedale Del Mare	Ospedale Del Mare	
Individuazione dei diabetici a rischio	Screening neurologico e vascolare	Valutazione baropodometrica	Inquadramento neurologico e vascolare	Rxgrafia	Rivascolarizzazione endovascolare	
Prevenzione	Biotesiometria	Prescrizione ortesi ed ausili	Stadiazione lesioni e presa in carico pazienti ad rischio alto	Ecocolordoppler	By-pass	
Educazione	Educazione Terapeutica Strutturata		Debridement Ricovero in DH/DS Ricovero Ordinario	Arteriografia	Amputazioni Interventi demolitivi minori/maggiori	
Osservazione	Stadiazione rischio (basso, medio, alto)		Prima Medicazione Successive medicazioni	Altra diagnostica per immagini e a ultrasuoni	riparazione tessutale	
Invio al Centro Diabetologico dei pazienti a rischio (secondo modalità di priorità)	Invio diretto all'U.O.S.D. di Endocrinologia Osp. Del Mare (in presenza di rischio alto e/o patologia attiva)		Predisposizione delle consulenze e interventi necessari		14	



PDTA Piede Diabetico PRIMI DATI



Da 9/2017 a 5/2018

CO SINT SECONDATION OF THE PROPERTY OF THE PRO	n° pz valutati	n° pz In follow up ambulatoriale	n° pz . Ricoverati Complicanze neurologiche Infezioni delle lesioni/ antibiogramma	Rivascolarizzazione	Restitutio ad integrum	I n follow up	Accessi totali
XVI CONGRE	48	23	25	8	15	10	190



PROGETTO "AMBIENTE E SALUTE"



Presso i **Distretti Sanitari di Base 25-26-28-30 e 32**, sono stati attivati ambulatori dedicati, aperti a cittadini con età inferiore a 60 anni, che risiedono in **aree considerate a rischio**. Questi saranno reclutati dai Medici di Medicina Generale del territorio e attraverso una **campagna informativa**, volta alla sensibilizzazione della cittadinanza sulle **complicanze tumorali associate all'esposizione ad inquinanti ambientali.**

In questi ambulatori gli Endocrinologi, afferenti alla *Rete Endocrino metabolica* dell'ASL Napoli 1 Centro, praticano una visita specialistica ed un' ecografia tiroidea, finalizzate all'individuazione dei pazienti a rischio.







Governare Per Perfomare

E' stata costruita un'**organizzazione a matrice** dove, al di là di quella per **perimetri** definiti dalle strutture, è presente quella per **processi**, che, per i percorsi specifici, prevale sulla stessa organizzazione per strutture.





Rete Oncologica Regionale

DCA 98/2016

- Centri di I livello: con funzioni di screening, esecuzione esami strumentali di stadiazione, gestione medica per un corretto inquadramento della sintomatologia;
- Centri oncologici di II livello: Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici (CORP) con funzioni diagnostiche-stadiative, terapeutiche, riabilitative e di follow-up oncologico;
- Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici Universitari o a carattere Scientifico (CORPUS) oltre alle funzioni già attribuite al CORP, sono state attribuite anche altre funzioni peculiari (ricerca, formazione, sviluppo di metodi e strumenti, screening, terapia del dolore);
- Hospice e Reparti/Ambulatori di terapia del dolore e terapia antalgica;
- Centri provinciali di onco fertilità per la crioconservazione dei gameti dei pazienti con patologia neoplastica per la preservazione della fertilità.



Rete Oncologica Aziendale

Coordinamento di tutte le azioni che intervengono nella prevenzione, diagnosi, cura e assistenza al malato oncologico, sia in ospedale che sul territorio.

Aspetti clinici e psicologici della malattia

Gestione del percorso di cura

Principale obiettivo è assicurare alla persona malata e alla sua famiglia una migliore qualità di vita durante tutte le fasi dell'assistenza







Gli obiettivi della Rete Oncologica Aziendale

- **Coordinare le professionalità e le istituzioni** coinvolte nella prevenzione, diagnosi, terapia (oncologica e palliativa) e riabilitazione per il malato di tumore;
- Definire **percorsi di cura condivisi (PDTA)** per specifiche patologie oncologiche e per le cure palliative;
- Sviluppare **modelli organizzativi** volti ad ottimizzare il coordinamento e **l'integrazione dei percorsi di cura** oncologici, riabilitativi e di cure palliative, sulla base dei bisogni espressi dai pazienti;
- Definire una **piattaforma condivisa di informazioni del paziente**, fruibili dalle istituzioni e dalle figure professionali coinvolte nell'assistenza;
- Facilitare lo **scambio delle informazioni tra tutti i soggetti**, che si occupano di patologia oncologica, per fornire al malato di cancro maggiori garanzie di ricevere cure appropriate;
- **₄** Garantire equità nell'accesso alle cure oncologiche a tutti i cittadini;
- Valorizzare le risorse del volontariato operativo a livello ospedaliero e sul territorio.

La rete è organizzata in GG.OO.MM. Presenti presso 2 PP.OO. Aziendali







RETE DELLE MALATTIE RARE

Presa in carico dei residenti affetti da malattia rara, in ottica PDTA. Dalle evidenze epidemiologiche all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali, mediante monitoraggio del Registro Malattie Rare per ambito distrettuale e dei Presidi ASZ accreditati per Malattie Rare.





RETE CURE PALLIATIVE (1)

Le Cure Palliative vengono erogate in regime Domiciliare attraverso la Porta Unica d'Accesso dei DD.SS.BB. ed Ambulatoriale con richiesta del MMG/PLS; mentre per l'attività di Cure Palliative Precoci è attivo un Ambulatorio dedicato.

A completamento altri punti d'ingresso sono i PP.OO//e/le RR.SS.AA.





RETE CURE PALLIATIVE (2)

Sono assistititi nell'ambito dell'Ambulatorio di Cure Palliative Precoci pazienti asintomatici, sintomatici o paucisintomatici (con Indice di Karnofsky compreso fra 80 e 50), che possono accedere all'ambulatorio con propri mezzi e/o familiari che necessitano di una presa in carico globale di cure palliative:

- Pazienti affetti da tumore in fase metastatica, anche in concomitanza alle terapie specifiche antitumorali
- · Pazienti affetti da tumore in fase metastatica non più suscettibile di trattamento specifico
- Pazienti affetti da Patologia cronica degenerativa (es. SLA)
- Familiari in difficoltà nel percorso di accettazione della consapevolezza della prognosi del congiunto (non consapevolezza della progressione di malattia e della non efficacia dei trattamenti)
- · Pazienti e familiari che necessitano di un supporto nella pianificazione del percorso di cura.



PERCORSI PER IL GOVERNO DI DISTURBI PSICHICI

Miglioramento e sistematizzazione dei percorsi di presa in carico e di cura delle persone con **disturbi psichiatrici gravi**, nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale.

Elaborazione di PDTA per Schizofrenia, Depressione, Disturbi Bipolari, Disturbi Gravi di Personalità.





PERCORSI IN NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Implementazione di un nuovo modello organizzativo e di cura in ambito aziendale. Elaborazione, sviluppo e messa a regime di <u>PDTA delle patologie neuropsichiatriche croniche in età evolutiva.</u>

PDTA dei disturbi della spettro autistico.



Concludendo...

"LO SFORZO DI MOLTI PRODUCE RISULTATI MIGLIORI DELL'IMPEGNO DI UNO SOLO"

OMERO (VII O VIII SEC. A.C.?)



Mi piace pensare che la nostra rete somiglierà a un diamante

e buon lavoro