REGIONE CAMPANIA
Azienda Sanitaria Locale
NAPOLI 1 - CENTRO

Elena De Rosa

Psicologo Direzione Sanitaria

Ds 28 ASL Napoli 1 Centro

L'**Open Point** *Postazione Sociosanitaria Avanzata di Prossimità* a Scampia e la dimensione psicologica dell' ***orientamento*** nel Territorio e nel Distretto.

Verso il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Napoli area nord

riemersione

I percorsi verso l'Open Point

--Progetto ***IN PIAZZA***

-Progetto ***PILLOLE DI PREVENZIONE***

---*Progetto* ***PREVENZIONE ADOLESCENTI LA FRECCIA***

-----Tavoli integrati per le famiglie multiproblematiche

Il dialogo

La complessità del lavoro sulla comunicazione tra professionisti per la costruzione di percorsi di salute integrati

per l'utente

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

Costruire un **luogo** accessibile e **vicino ai cittadini** per la Prevenzione e la Promozione della salute nei contesti a rischio

Postazione sociosanitaria avanzata di prossimità

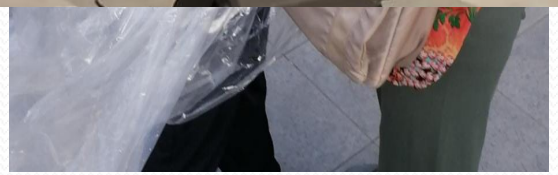
OPEN POINT

LA CULTURA È L'UNICA
ARMA DI RISCATTO

Puntare sulla cultura
Puntare sulla bellezza

Postazione sociosanitaria avanzata di prossimità
OPEN POINT

REDMI NOTE 8T
AI QUAD CAMERA



EN POINT

L’attenzione alle fragilità

La realtà dell'OPEN POINT nella ASL Napoli 1 centro

L'OPEN POINT rappresenta una struttura di prossimità dell'ASL Napoli 1 centro che nasce per avvicinare gli utenti all'ASL, ai servizi da lei offerti, ed alla sanità Regionale creando un rapporto di fiducia e intavolando un Patto di salute a 360°con e per i Cittadini

In una visione olistica del territorio e della persona, si è scelti di avvicinarsi alla popolazione in diversi modi:

Accogliendo le richieste informative

Raccogliendo i bisogni individuali e comunitari

Ascoltando le difficoltà nell'approccio con il mondo sanitario

Raccogliendo le criticità sul funzionamento distrettuale prossimo e della sanità in generale

Creando percorsi di salute ed a volte burocratici

Cercando soluzioni pratiche alle problematiche esposte.

Captando attraverso il rapporto diretto con le persone

le esigenze di socialità e di salute per tendere al benessere.

Nel dettaglio si organizzano iniziative per la salute e Giornate in tema di Prevenzione:

- *sui corretti stili di vita; sugli screening specifici; informative*

Accoglienza e informazione all'utenza
Programmazione periodica delle attività a favore del territorio mediante:

- *Laboratori per ragazzi*
- *Formazione einformazione sanitaria e sociosanitaria per l'utenza sia in loco che in scuole parrocchie associazioni*
- *Attività di prevenzione per soggetti fragili e affetti da cronicità specifiche (PDTA Sclerosi multipla, artrite reumatoide, diabete)*
- *Campagne di informazione per incentivare gli screening offerti alla popolazione*
- *Incontri culturali per stimolare la resilienza, la rilettura del quotidiano, le capacità di coping*
- *Giornate informative sulle attività e*
- *sulle strutture ASL*

Come incide il lavoro dellOpen Point nella attività del distretto

Un esempio tangibile è rappresentato dall'aumento delle prestazioni mammografiche effettuate dalla radiologia distrettuale.

Consideriamo il numero di mammografie dell'anno 2019

Nel periodo Gennaio/Luglio 730 prestazioni

Nell'anno 2020 (considerando l'emergenza Covid 19 in pieno lock down) sempre Gennaio/Luglio 421 prestazioni

Nell'anno 2021 sempre nello stesso periodo 765 prestazioni

Considerando il periodo finestra gennaio/luglio degli anni 2019/20 si è evince un incremento di circa il 15% in piu' per l'anno 2021 nonostante l'emergenza covid-19.
Il supporto del punto di prossimità ha agevolato l'indirizzo di prevenzione, interrotto temporaneamente dal Lock-down.

OPEN POINT

Dalla sua **ideazione nel 2018** e **avvio a fine 2019**,

la Postazione Sociosanitaria ASL Napoli 1Centro nella **Piazza della Metro-Scampia** è un ***punto di riferimento*** per la popolazione, un ***processo*** deputato a *accoglienza/ascolto empatico* dei pazienti (*soft skills*) che orienta verso percorsi per la salute dopo una analisi della *domanda espressa e sottesa*, offrendo ***risposta/accompagnamento facilitato*** verso l'accesso alle cure.

In una **logica di *rete integrata* e di *welfare comunitario***, costituisce un innovativo ***avamposto ASL***, **snodo per azioni preventivo-assistenziali**, anticipando gli obiettivi del

Piano Nazionale Ripresa Resilienza–Missione 6:

allineare i servizi ai bisogni di cura, lavorare a reti di prossimità, strutturare luoghi intermedi, favorire integrazione con servizi sociosanitari.

Attraverso una comunicazione diretta *a bassa soglia*, l'Open Point

- aiuta l'accesso corretto ai Servizi,
- guarda alle fragilità e al target-anziani e
- punta al protagonismo giovanile insieme a progettualità scolastiche/associative (*una APP per la salute).*

In sinergia/co-costruzione con Agenzie territoriali,

- contribuisce all'attuazione dei **LEA** e
- all'individuazione dei bisogni sociosanitari

Il lavoro, attento alla *quality of life e alla* ***centralità dinamica del paziente,*** apre a un iter multidisciplinare nella rete verso obiettivi di salute.

Il lavoro di conoscenza del territorio e di integrazione con tutte le agenzie

L'individuazione degli stake holder

La funzione psicologica

La funzione psicologica **nel Distretto** lavora "dietro le quinte" alla costruzione di una cultura comune *nel lavoro di equipe*

Dà contributi specifici nella lettura dei bisogni della persona e nella elaborazione di strategie di comunicazione e di azione di salute e di benessere

L'accoglienza psicologica **nell'Open Point**, l'orientamento sono strumenti cardine per la salute, la crescita della persona e della comunità, l'empowerment secondo una dimensione ecologica di **benessere psicosociale** (Unesco Bratislava 1970).

L'atto orientativo, all'*incrocio* tra l'interiorità della persona che chiede aiuto e l'esteriorità sociale, è il ponte tra istanze e offerte/possibilità dello spazio storico-sociale circostante (Rogers Psicologia Umanistica).

Quando l'utente partecipa al processo decisionale, la soddisfazione aumenta e i risultati clinici migliorano.

Obiettivi

INCREMENTO di

-lettura del bisogno
-umanizzare il rapporto con l'utente
-diminuire la sofferenza emotiva
-empowerment
-soddisfazione degli utenti e degli operatori e efficacia degli interventi
-ottimizzazione delle risorse
- Ricerca di soluzioni rapide
-messa in rete di Servizi/risorse
-creatività istituzionale
-continuità prevenzione-assistenza
- sinergie con MMG/AFT/PLS
-miglioramento degli esiti delle cure
- contatti con altre Agenzie
-manutenzione di reti di attenzione alla salute (assoc., terzo settore, volontariato)
-formazione sul campo per operatori

RIDUZIONE di

- -inadeguata affluenza ai Servizi
- -inappropriatezza nella domanda e nell'offerta assistenziale
- -ricoveri
- -ostilità verso sanitari
- -burnout

L'appropriatezza della continuità delle cure

- Passa attraverso l'informazione, l'accompagnamento alla cura, l'organizzazione, il governo dei processi, la definizione di ruoli e funzioni, la tutela della persona nella sua globalità e la sua partecipazione al processo

- La multidisciplinarità

attraverso

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

Azioni e Metodi

- accoglienza/primo ascolto/filtro della domanda
- azioni preventive/orientamento/supporto
- informazione veloce sui Servizi (*smart support and information)*
- costruzione di percorsi salute/benessere
- azioni di promozione della salute/prevenzione
- spazi creativo-espressivi di sostegno/condivisione, cura attraverso le arti (exibition space, therapeutic artistic space , musicoterapia)
- piani di comunicazione/elaborazione di soluzioni (meeting space, conference space, incontri tematici, focus group)
- monitoraggio
- formazione psicologica del personale alla accoglienza
- costruzione di un pool multidisciplinare per la promozione della salute

Il distretto sociosanitario vicino al territorio

scuole

e

educazione sanitaria

Risultati e commento

Nei tre mesi post lockdown sono stati 1243 gli accessi, di cui il 44% relativi a interrogativi angosciosi legati a Covid/tamponi/vaccini.

Nel 2020 avevamo registrato forte curiosità, richiesta di informazione, bisogno di ascolto e coinvolgimento del paziente come attivo fruitore di servizi, attore nel processo decisionale.

L'Open Point appena nato si è subito confrontato con pandemia, lockdown e una importante depressione collettiva. Molta cittadinanza si è sentita abbandonata.

L'O.P. è stato l'unico spazio aperto in una piazza deserta. I pochi passanti e chi si affacciava ai balconi hanno ringraziato.

Il telefono sempre attivo H24 ha offerto collegamenti, supporto informativo, umano e speranza.

MORY

DRAGON CRE

Individuazione dei bisogni del territorio

Ascolto

Accoglienza

è un tuo diritto
dello Screening

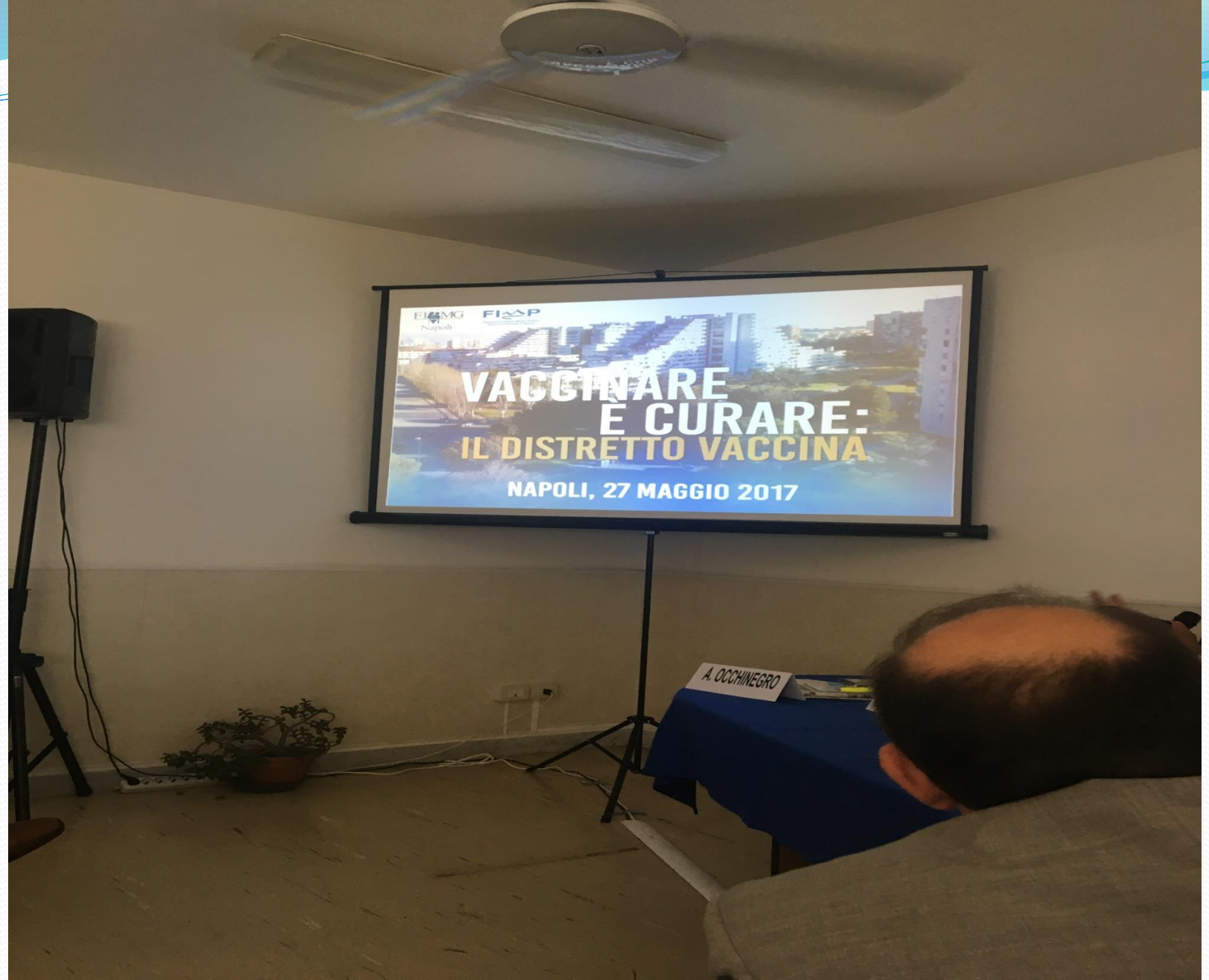
VAIO

Distretto 28

Le vaccinazioni

Aprirsi al confronto

La formazione continua nel distretto sociosanitario di base


FIMMG
Napoli
FIMAP
VACCINARE
È CURARE:
IL DISTRETTO VACCINA
NAPOLI, 27 MAGGIO 2017
A. OCCHINEGRO

PDTA
La conduzione dei gruppi di pazienti

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)

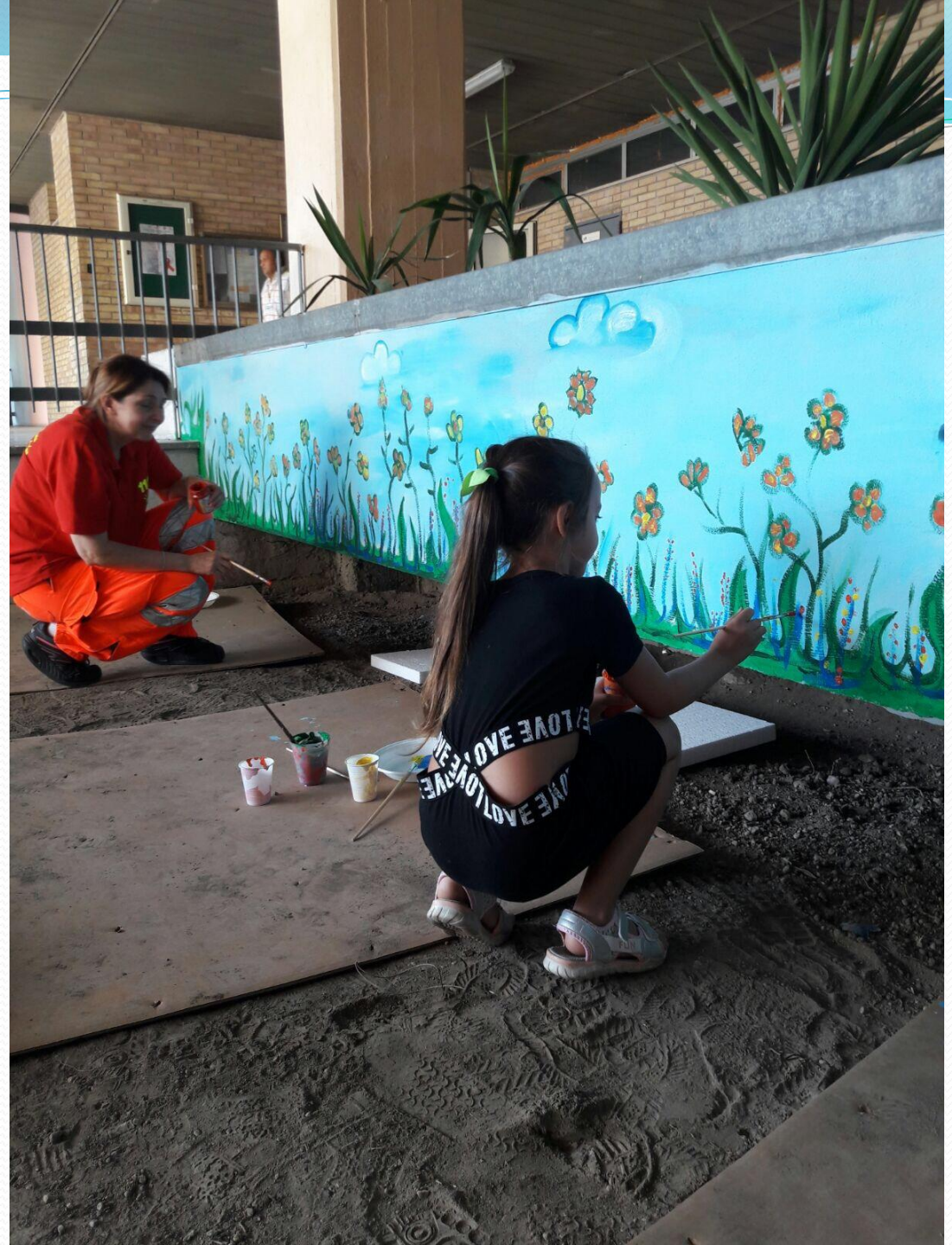
REGIONE CAMPANIA

Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II
Integrata con il Servizio Sanitario Regionale

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

IL DISTRETTO SOCIOSANITARIO NEI PROGETTI ARTISTICI DEL QUARTIERE

Simposio internazionale d’arte a Scampia



YORK

I gruppi di musicoterapia nelle aree a rischio

PACE
OYSTER

PDTA E AFT

- LE NUOVE SFIDE

OLTRE IL PDTA
NEXT LEVEL: LA RETE
11 Luglio 2017
Aula Magna
Università Federico II
Via Partenope 36 - Napoli
PDTA
SCLEROSI MULTIPLA
Biogen
Mylan
NOVARTIS
NISOTOUR

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

Gennaro Volpe

Beniamino Picciano

•

- **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

Pubblicato 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**

La riorganizzazione

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

Le cure primarie

I **bisogni** dei pazienti

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

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:

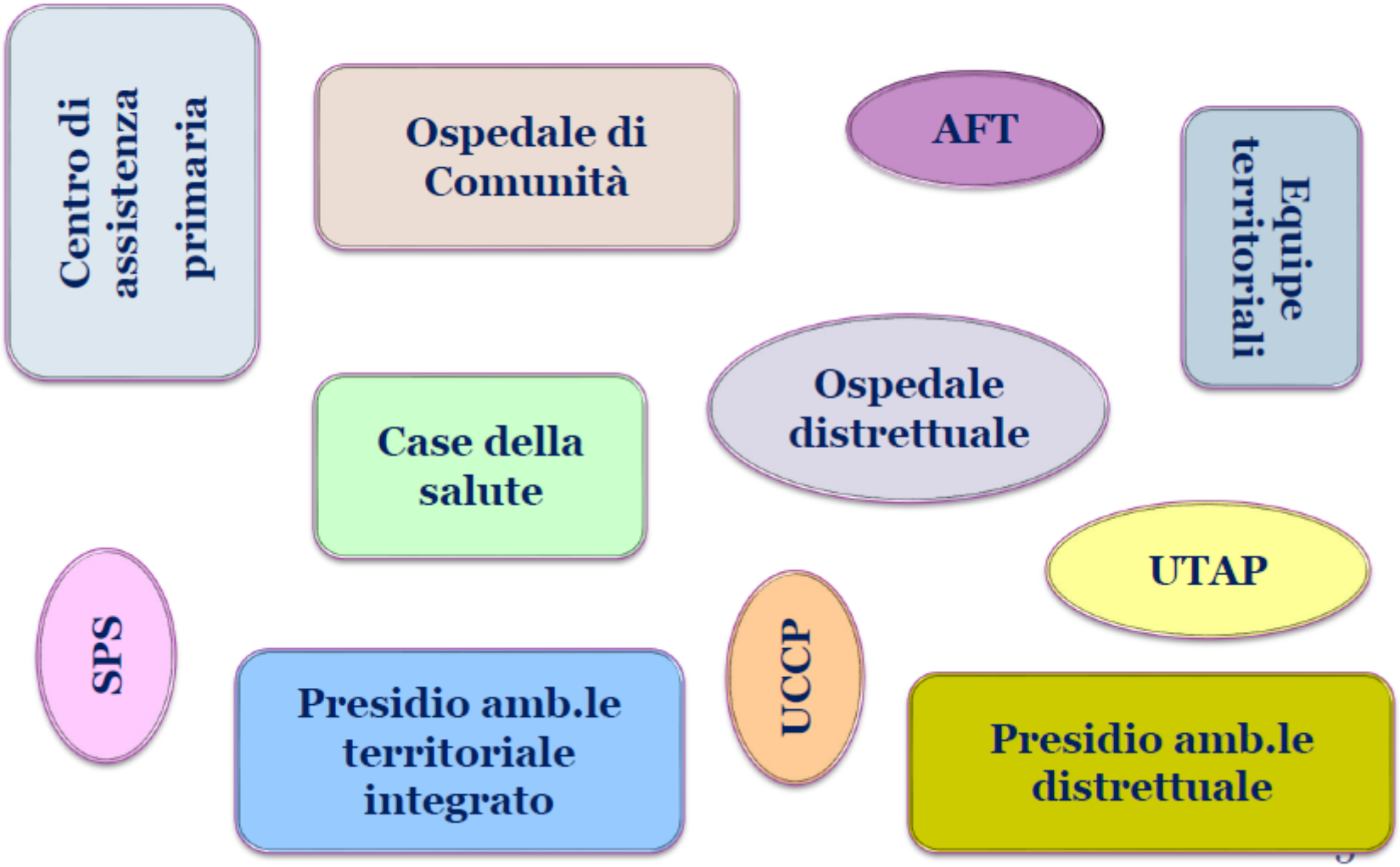
• la realizzazione di un **distretto forte** , leader della cronicità e della non-autosufficienza in grado di creare vere alternative all'Ospedale

• la creazione di un rapporto di **partnership** MMG / AZIENDA PLS /SPEC .AMB

6

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 continui nel tempo,** orientati al soddisfacimento di bisogni di salute

↓

gestione della complessità

11

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

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

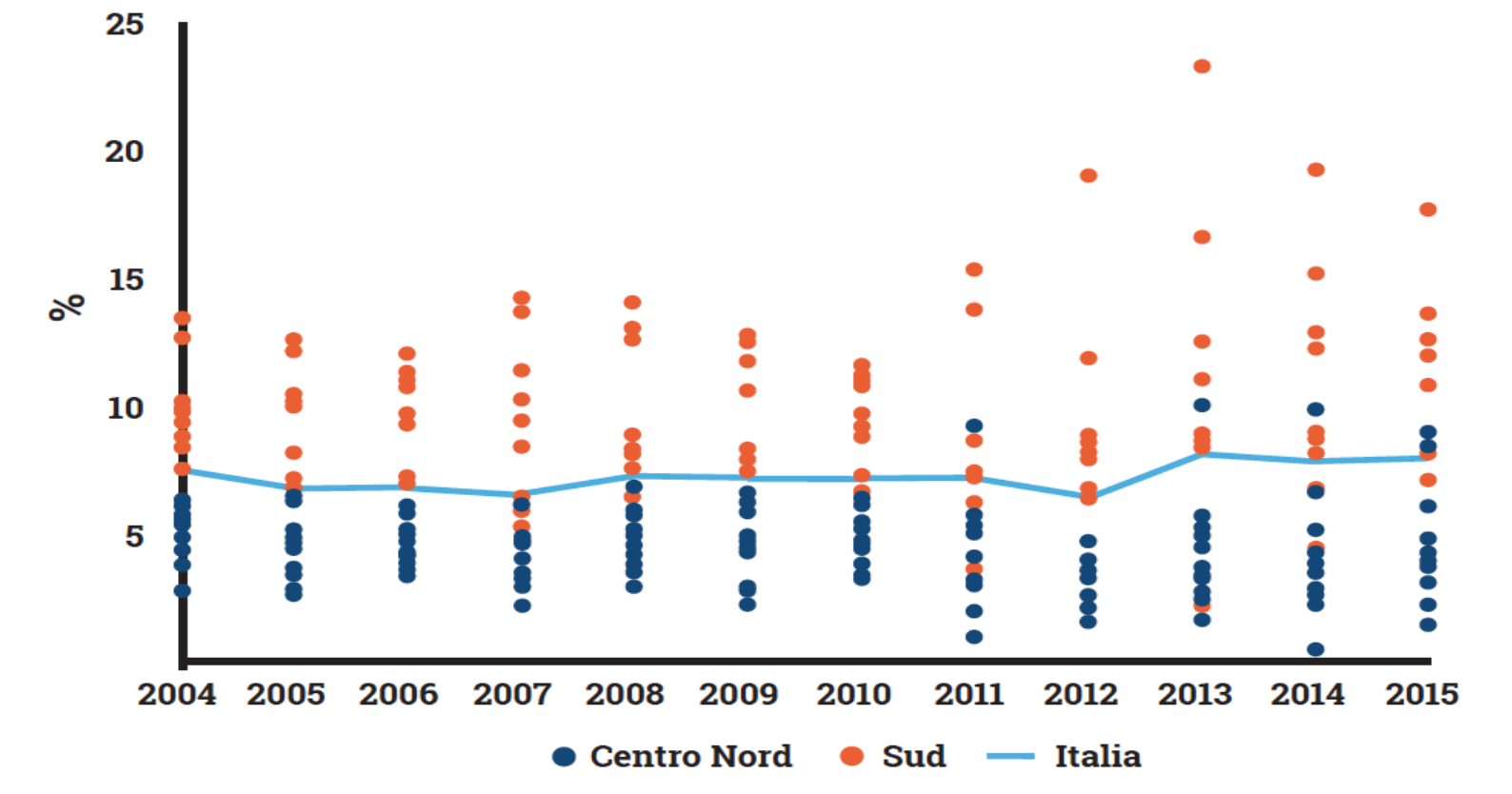
Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT)

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**)

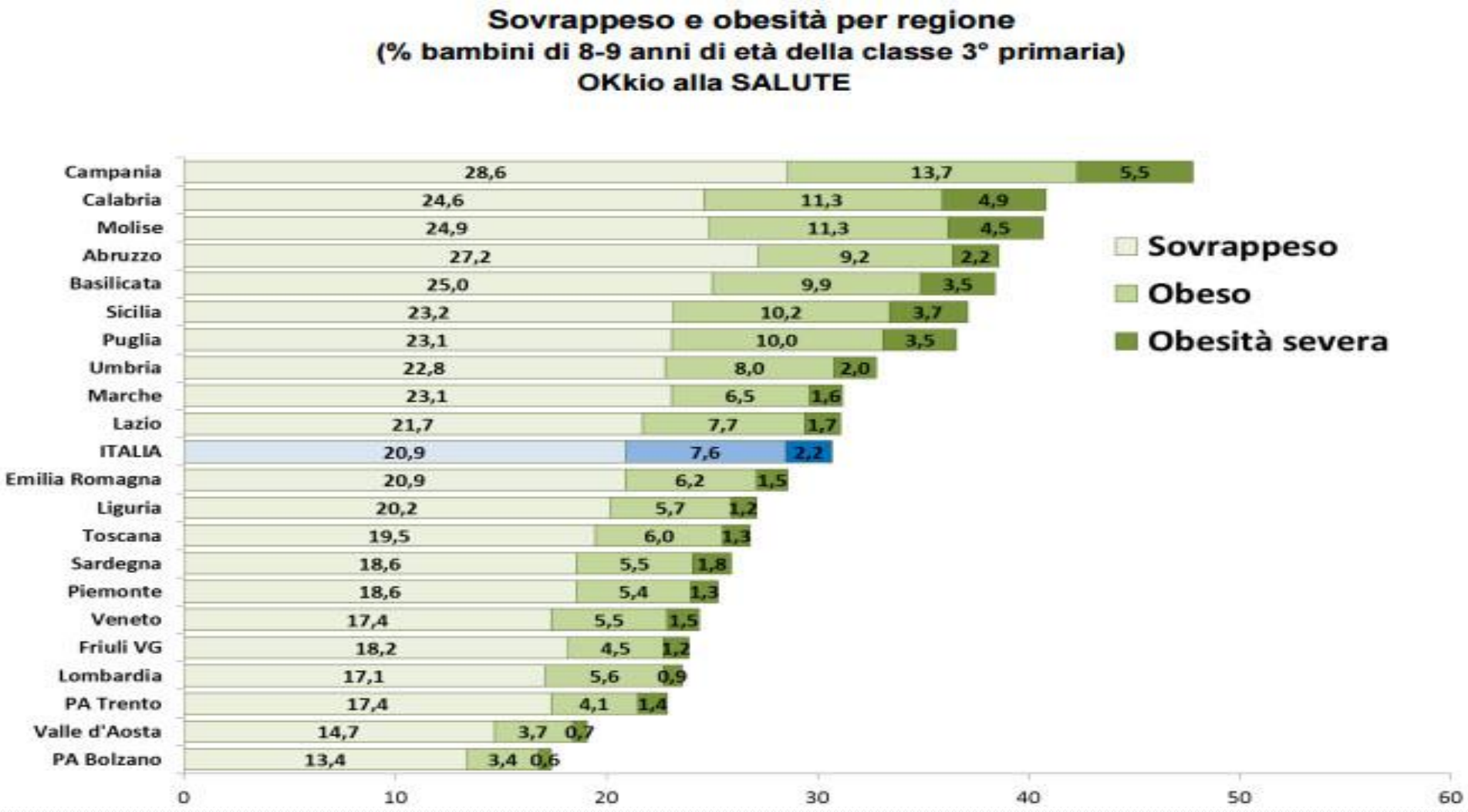
Percentuale di **rinuncia alle cure** tra le regioni per ripartizione geografica. Italia, 2004-2015



“La salute disuguale"

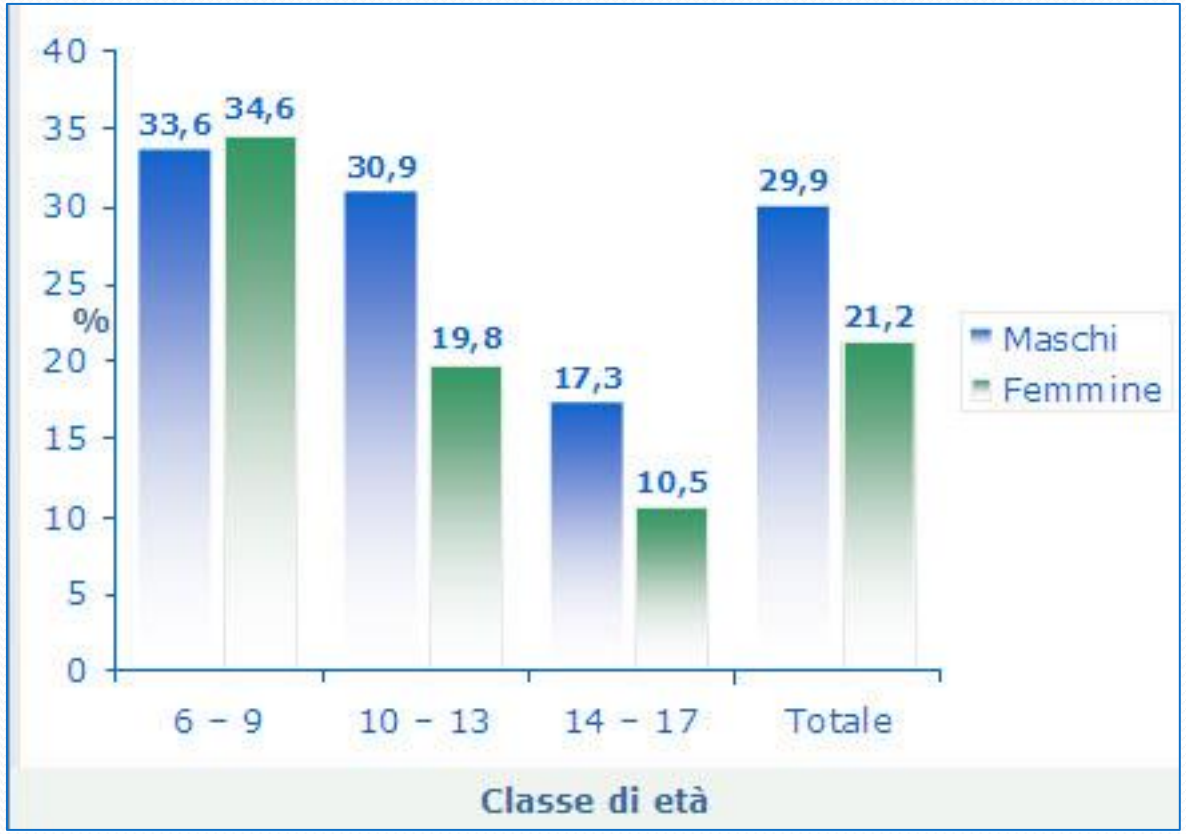
- L'obiettivo è quello di trovare la strada per assicurare lo stesso livello di salute a tutti, nonché **studiare i legami tra sistema socio-economico, ambientale e culturale** con il benessere psico-fisico della popolazione **del territorio.**

- **Nella lotta alla disuguaglianza**, secondo Collini, rettore dell’Università di Trento, **saranno i cittadini stessi la parte attiva di questa azione correttiva**.

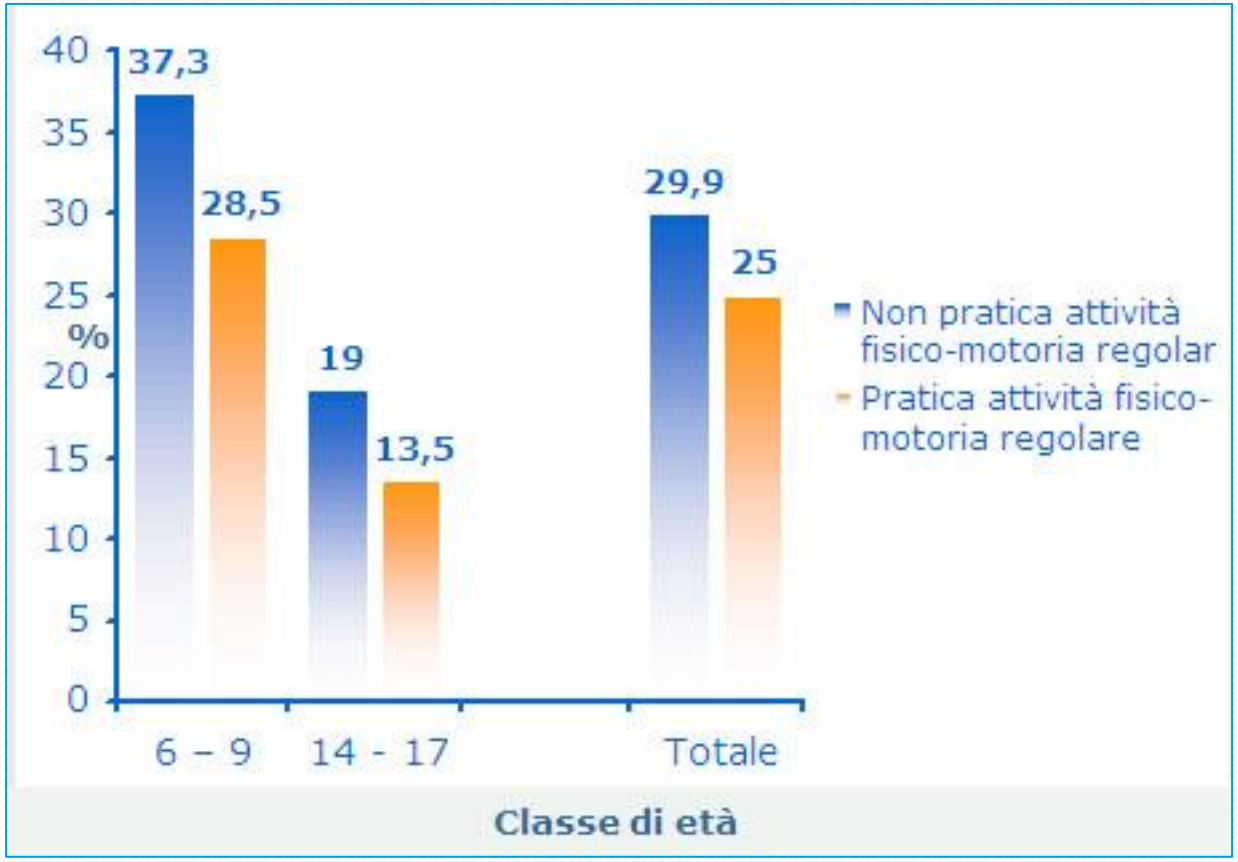


- Confrontando i dati regionali delle prevalenze di sovrappeso e obesità, si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle regioni meridionali.
- La Campania, tra tutte le regioni italiane, mostra le più alte prevalenze relativamente a tutte le classi di eccesso ponderale

• OBESITÀ INFANTILE: IN CAMPANIA



OBESITÀ INFANTILE: IN CAMPANIA
ATTIVITA' FISICA



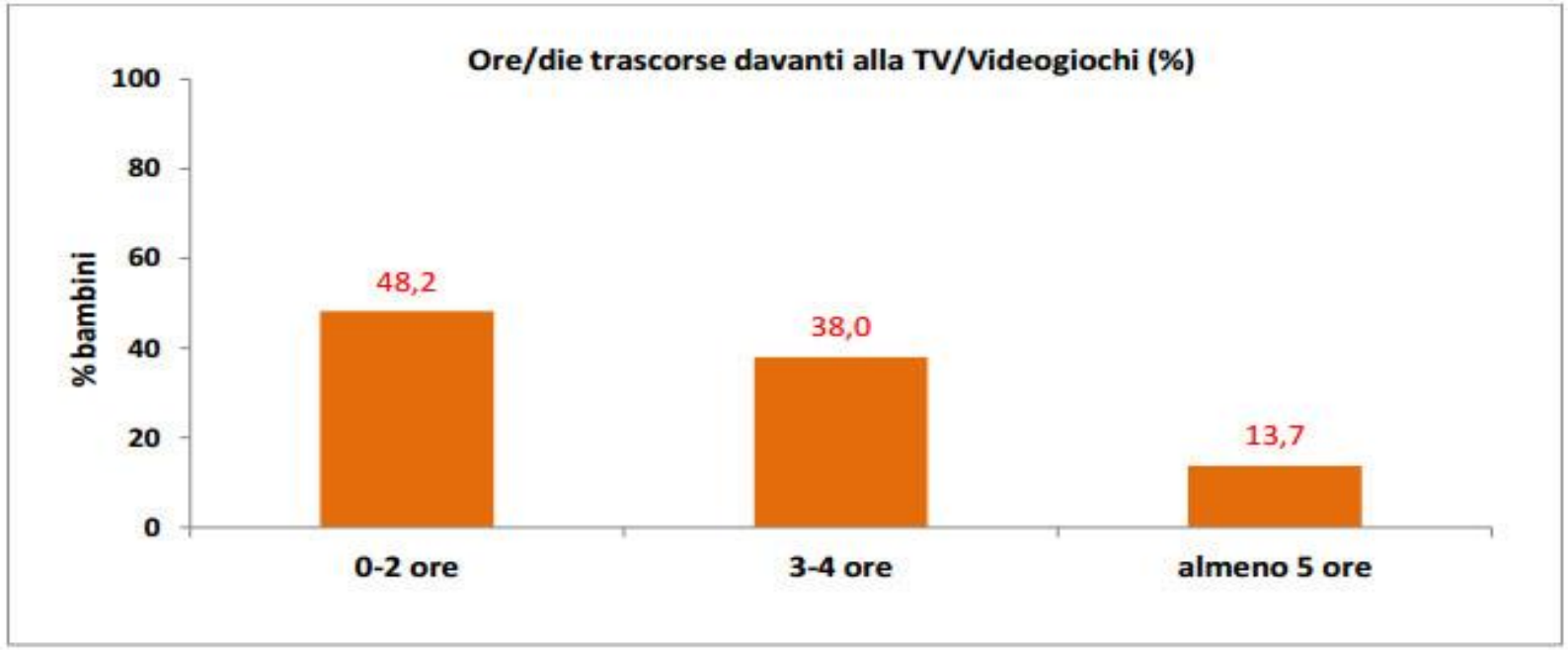
Quante ore al giorno i bambini guardano la televisione o usano i videogiochi?

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.

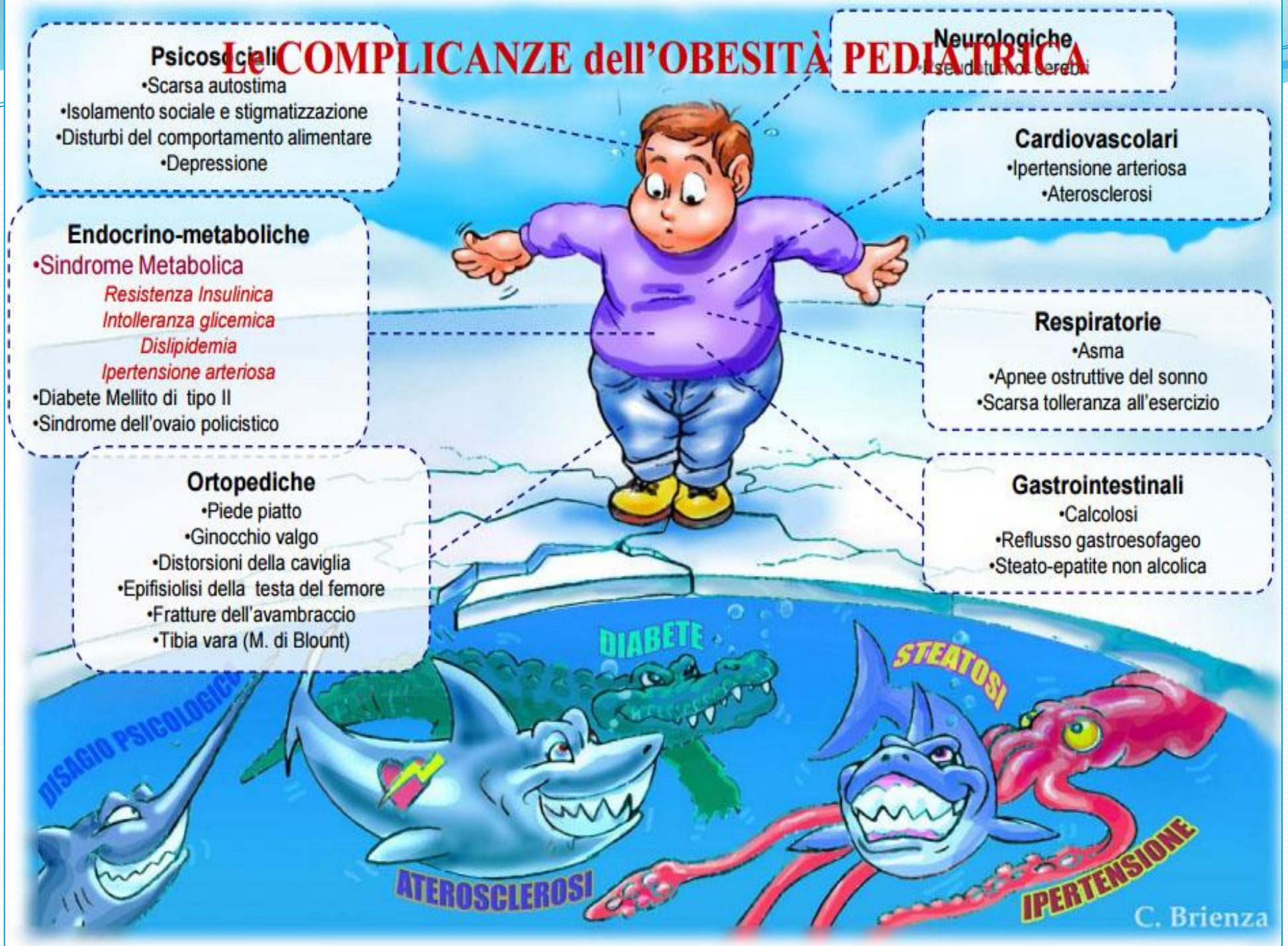
I seguenti dati mostrano la somma del numero di ore che i bambini trascorrono a guardare la TV e/o a giocare con i videogiochi-computer in un normale giorno di scuola, secondo quanto dichiarato dai genitori. Questi dati possono essere sottostimati nella misura in cui la discontinua presenza parentale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



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

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)**

Appropriatezza in Sanità

Prestazione giusta

Al paziente giusto

Utilizzo appropriato delle risorse

Nel momento giusto e per la giusta durata

Al costo giusto

Le nuove sfide per i Sistemi Sanitari

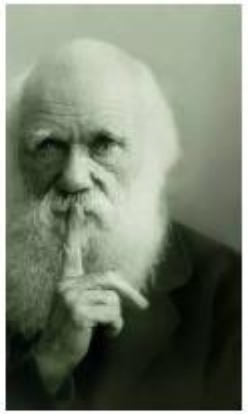
- Contenimento della spesa
- Invecchiamento della popolazione
- Uso improprio del Pronto Soccorso
- Uso improprio delle strutture ospedaliere
- Allungamento dei tempi di attesa
- Aumento delle cronicità
- Aumento del tasso di obesità

COSTITUZIONE DI UNA RETE INTEGRATA TERRITORIALE h12

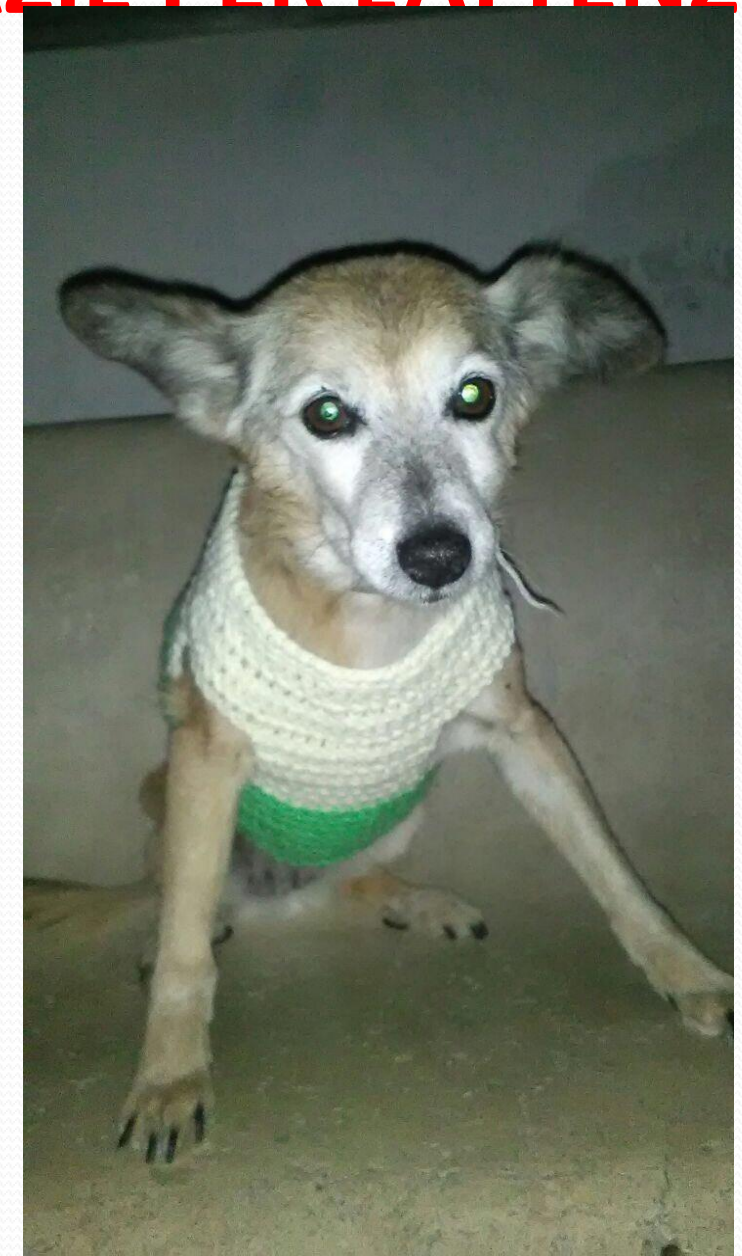
La sfida del cambiamento

"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



- **Riferimenti bibliografici**

- http://demo.istat.it/unitav2012/note.html
- Costa G., Stroscia 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, Stroscia 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, Stroscia 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.
- Cislaghi C, Sferrazza A, (a cura di). Gli effetti della crisi economica e del super ticket sull'assistenza specialistica. Quaderni di Monitor 33, 2013.
- Cislaghi 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.

GRAZIE PER L’ATTENZIONE