






COORDINAMENTO DELLE POLITICHE SOCIO SANITARIE INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Il punto di vista dei Distretti sullo stato dell'arte:
«Dalla presa in carico alla presa in cura»

Dott.ssa Tiziana Spinosa
Direttore Generale ASL Benevento

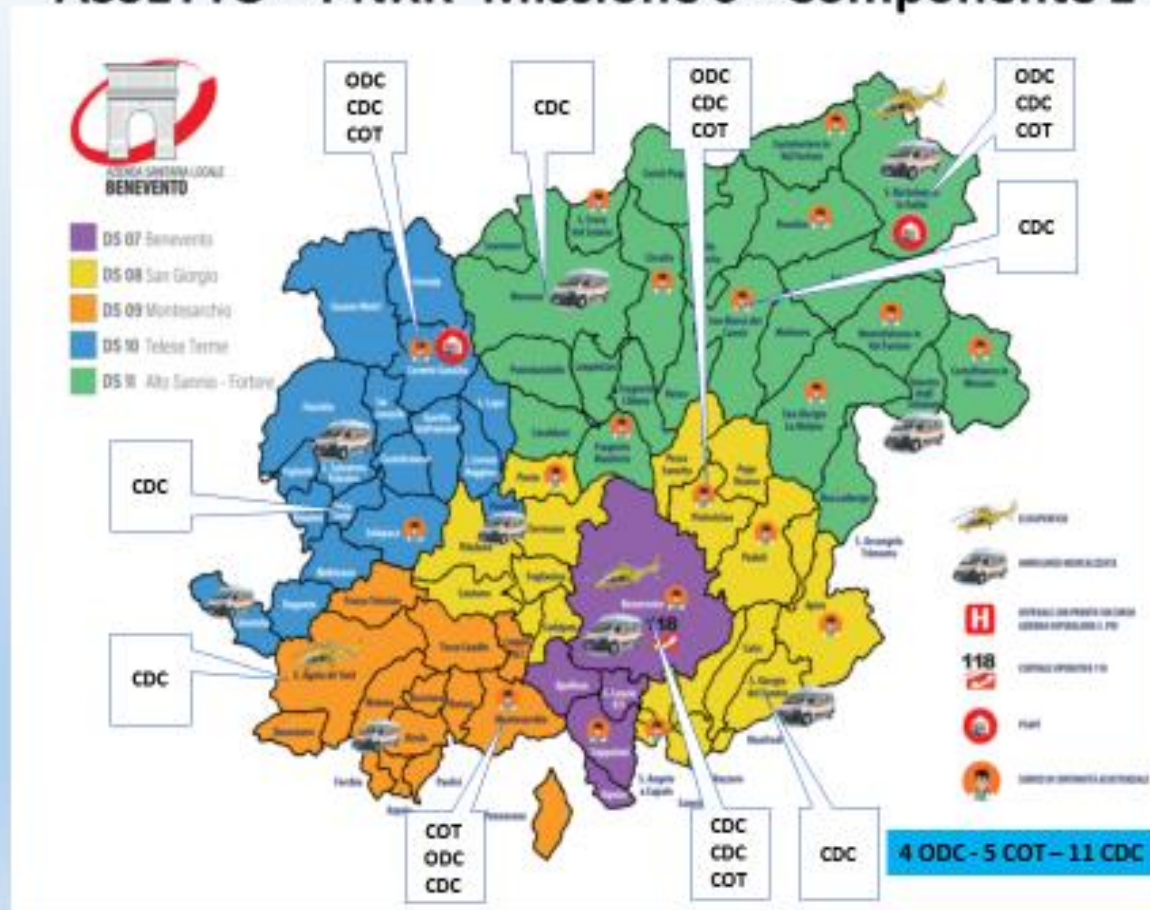


-  **DS 07** Benevento
-  **DS 08** San Giorgio
-  **DS 09** Montesarchio
-  **DS 10** Telese Terme
-  **DS 11** Alto Sannio - Fortore



- | | |
|---|--|
|  | ELISUPERFICIE |
|  | AMBULANZA MEDICALIZZATA |
|  | OSPEDALE CON PRONTO SOCCORSO
AZIENDA OSPEDALIERA S. PIO |
|  | CENTRALE OPERATIVA 118 |
|  | PSAUT |
|  | SERVIZI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE |

ASSETTO - PNRR Missione 6 - Componente 1



Analisi Demografica

La provincia di Benevento si estende per una superficie che supera i 2.080 km², con una popolazione che si aggira intorno ai 259.648 abitanti (dati Istat 2025) ed abbraccia 78 Comuni. Il maggior numero di Comuni rientra nella classe di ampiezza demografica che va dai 300 ai 5.000 residenti. Se consideriamo, invece, la classe di ampiezza 5.000 - 15.000 residenti, rientrano solo 6 dei 78 Comuni dell'intera provincia. Solo il comune di Benevento supera i 15.000 abitanti, con i suoi 56.916 residenti.

La provincia di Benevento, inoltre, presenta un indice di anzianità elevatissimo - oltre la media nazionale la quale raggiunge quota 184%. Questo vuol dire che in media nei Comuni della provincia di Benevento vi sono più di 196,8 ultrasessantacinquenni ogni 100 giovani.

Una società che si trasforma

AUMENTO DELL'ASPETTATIVA DI VITA

- Aumento della fragilità
- Aumento delle patologie croniche
- Cambiamento dei luoghi e delle modalità di cura

NUCLEI E RETI FAMILIARI A CENTRALITA' CAPOVOLTA'

- Si modifica il rapporto anziani- giovani
- Cresce la solitudine del grande anziano

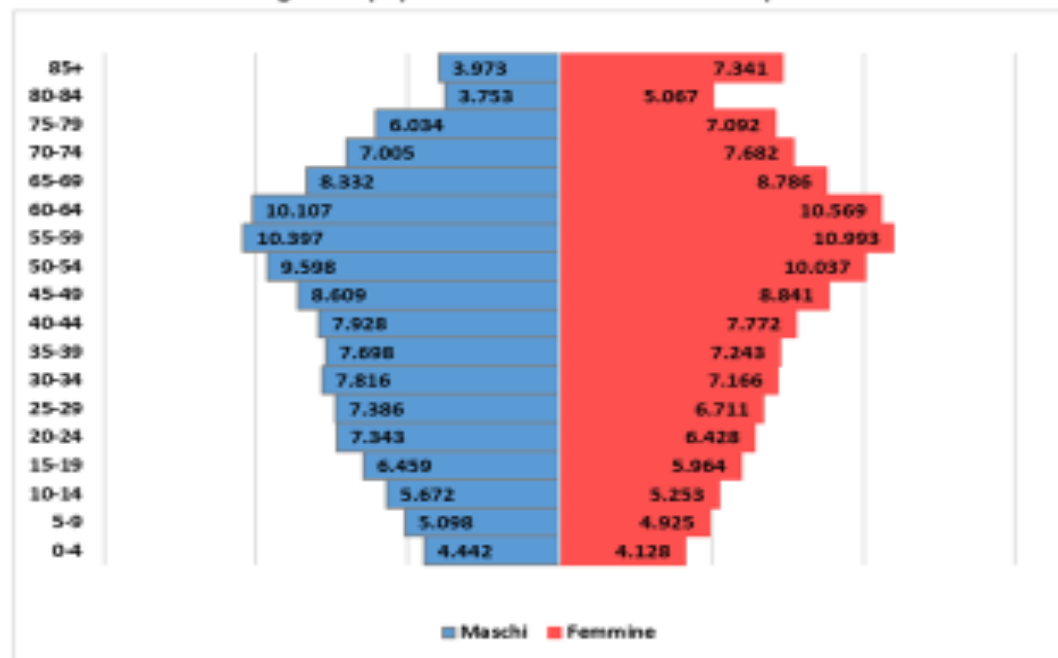
PROFONDI CAMBIAMENTI NELLE STRATEGIE DI SANITA' PUBBLICA

- Rilancio della prevenzione e stili di vita
- Necessità di incrementare gli interventi domiciliari e territoriali rispetto a quelli ospedalieri

Asl Benevento: Popolazione 01/01/2025*

ASL BENEVENTO					
TERRITORIO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	AREA (km ²)	DENSITA' ABITATIVA (ab/km ²)
78 COMUNI	127.650	131.998	259.648	2.080,5	124,8

Piramide Demografica: popolazione dell'ASL di Benevento per sesso e fascia di età



* Stima Istat



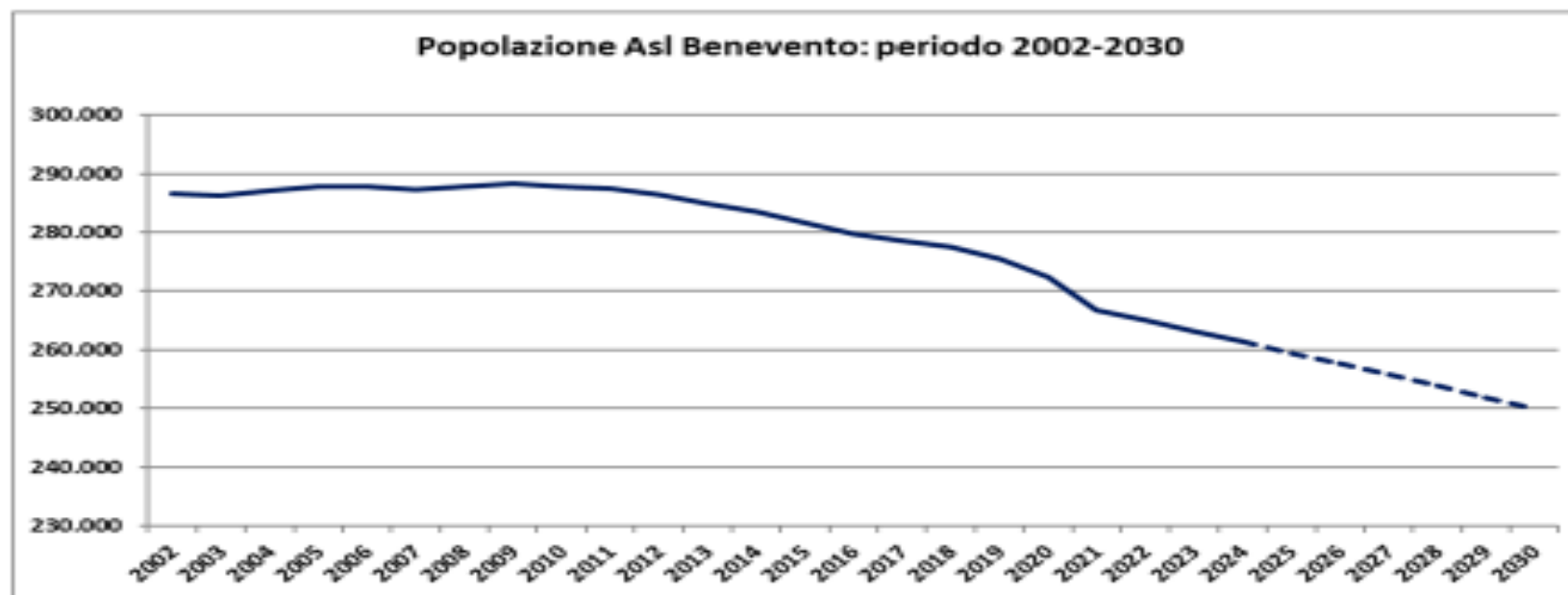
Asl Benevento_Distretti Sanitari: Popolazione 01/01/2025*

ASL BENEVENTO - DISTRETTI SANITARI					
TERRITORIO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	AREA (km2)	DENSITA' ABITATIVA (ab/km2)
DISTRETTO BENEVENTO	31.226	33.671	64.897	192,6	337,0
DISTRETTO SAN GIORGIO DEL SANNIO	26.399	27.133	53.532	415,4	128,9
DISTRETTO ALTO SANNIO FORTORE	18.249	18.995	37.244	835,8	44,6
DISTRETTO MONTESARCHIO	26.452	26.263	52.715	244,9	215,3
DISTRETTO TELESE TERME	25.324	25.936	51.260	391,8	130,8
TOTALE ASL	127.650	131.998	259.648	2.080,5	124,8

* Stima Istat



Asl Benevento: Previsione Popolazione*



* Stima Istat



Asl Benevento_Distretti Sanitari: Indicatori Demografici

ASL BENEVENTO - DISTRETTI SANITARI			
TERRITORIO	INDICE VECCHIAIA ¹	INDICE DIP. ANZIANI ²	INDICE DIP. STRUTTURALE ³
DISTRETTO BN	229,3	40,2	57,7
DISTRETTO SGS	213,5	39,0	57,2
DISTRETTO ASF	315,3	50,2	66,1
DISTRETTO MONTES.	166,6	32,2	51,5
DISTRETTO TELESE T.	220,8	39,2	57,0
ASL BENEVENTO	220,4	39,4	57,3
CAMPANIA	161,6	32,8	53,1
ITALIA	207,6	39,0	57,8

¹ **INDICE DI VECCHIAIA:** rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100

² **INDICE DIPENDENZA ANZIANI:** rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100

³ **INDICE DIPENDENZA STRUTTURALE:** rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100

Il Distretto Sanitario ha la responsabilità di governare la domanda



IL DISTRETTO COME SISTEMA

Rappresenta l'organizzazione territoriale che meglio risponde alle esigenze di tutela della salute della collettività, in quanto luogo privilegiato di gestione e produzione di attività sociosanitarie

Distretto Sanitario fulcro dell'integrazione sociosanitaria

- La COT ed il PUA sono il Nodo essenziale della rete unificata dei servizi sociosanitari
- Luogo naturale per attuare i processi di integrazione socio sanitaria (servizi vicini al luogo di vita dei cittadini)



Forum Risk Management

obiettivo sanità & salute

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI



Key words

- **Processo di integrazione sociosanitaria**
- **Sistema di offerta assistenziale**
- **Autosufficienza del sistema familiare**

**SERVE
 L'INTEGRAZIONE ?**



Lo stato di salute e la sua evoluzione è fortemente influenzato dalla condizione sociale
 La condizione sociale è fortemente influenzata dallo stato di salute

- L'intervento è più efficace se si interviene su più fronti, quello sociale e quello sanitario, in modo congiunto

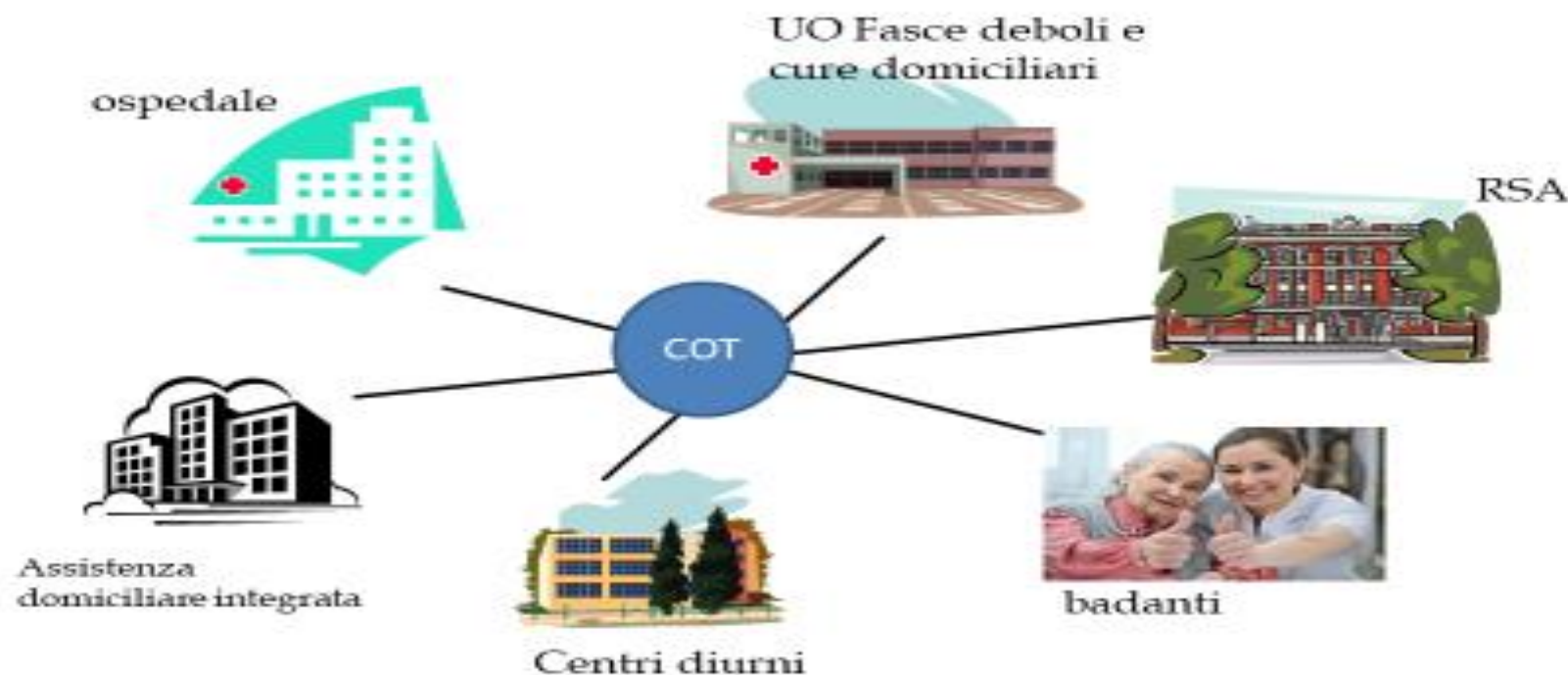
Aumento costante delle patologie cronico stabilizzate e cronico degenerative

- Una rete di servizi socio sanitari integrati costituiscono l'intervento assistenziale più appropriato e di lungo periodo

Gli utenti non accettano più servizi frammentati

- L'assistenza integrata garantisce la continuità delle cure
- Senza integrazione non c'è continuità assistenziale

Rete per la cura e l'assistenza alla persona fragile



Che cosa è un Piano di Salute?





Attività su segnalazione PUA



Sociosanitario

- Materno-Infantile
- Salute Mentale
- Dipendenze Patologiche
- Non Autosufficienze
- Disabilità Gravissime

Valutazione con Ambiti sociali, Assistenza, e consulenza psicologica

- ✓ Adolecenti anche in collaborazione con istituzioni scolastiche
- ✓ Situazioni di disagio, abbandono, vittime di maltrattamenti e abusi
- ✓ Nuclei familiari in condizioni di disagio
- ✓ Coppie e minori per affidamento familiare e adozioni
- ✓ Rapporti con il Tribunale dei minori per adempimenti connessi

Valutazione e attivazione UMD con Ambiti Sociali

- ✓ Prevenzione, cura e riabilitazione: comorbilità e compromissioni dell'autosufficienza attraverso una presa in carico integrata
- ✓ Inclusione sociale: creare reti territoriali e comunitarie che promuovano la salute mentale e contrastino l'esclusione sociale legata ai disturbi psichici.

ATTIVAZIONE P.T.R.I. E GRUPPI APPARTAMENTO

- ✓ Identificazione dipendenze e le relative complessità, includendo la valutazione di eventuali psicopatologie associate. Attivazione di percorsi terapeutici sia ambulatoriali che residenziali.
- ✓ Supporto e reinserimento: Un aspetto fondamentale è il supporto sociale per il reinserimento nella comunità, che include il lavoro con i servizi territoriali (come i SerD) e il coinvolgimento di familiari e associazioni.

Valutazione e attivazione UMD con Ambiti Sociali

- ✓ Anziani e disabili non autosufficienti → cure domiciliari/residenziali
- ✓ Pazienti oncologici → rete cure domiciliari palliative
- ✓ Pazienti oncologici → attivazione assistenza Hospice
- ✓ Pazienti con disabilità gravissime o in stato di minima coscienza → attivazione SUAP



Prestazioni sociosanitarie

(D. L. n° 229 DEL 1999 art. 3)

TRE TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE

Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale

Sono finalizzate alla promozione della salute, a prevenire, rimuovere e contenere gli esiti di patologie tenendo conto delle componenti ambientali.

A carico ASL

Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria

Sono attività sociali atte a supportare la persona con problemi di disabilità ed emarginazione condizionanti lo stato di salute.

A carico dei Comuni

Prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione

Sono prestazioni in cui la complessità è tale da non poter scindere la prevalenza del fattore sociale dal fattore sanitario

Elementi di condivisione del processo di integrazione socio sanitaria



Accesso unico ai servizi

- rappresenta una modalità organizzativa e non un luogo fisico
- promuove procedure standardizzate
- semplifica i numerosi passaggi per paziente/familiare



Unità di Valutazione Integrata

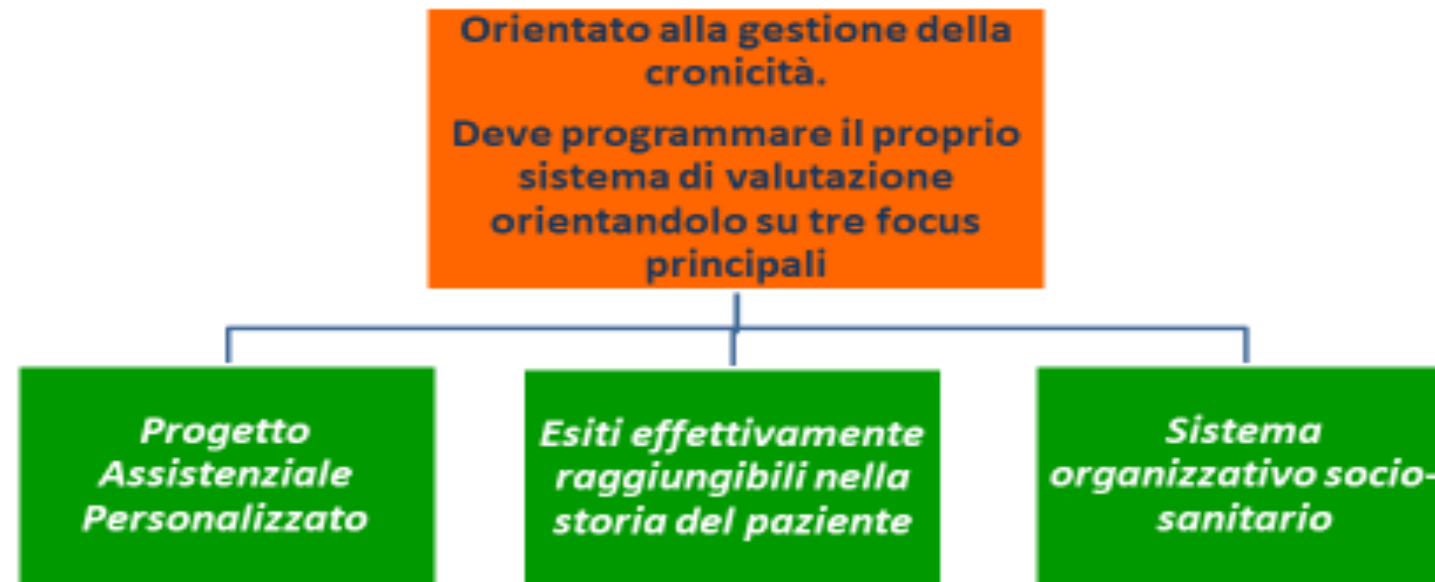
- Equipe mista sanitaria e sociale con competenze multidisciplinari
- Ha il compito di rilevare e classificare le condizioni di bisogno della persona per poter disegnare il percorso assistenziale ideale di trattamento



Coordinatore del caso

- rappresenta il braccio operativo
- costituisce il referente organizzativo tra l'assistenza sanitaria e l'assistenza sociale

SISTEMA ASSISTENZIALE



Stratificazione della popolazione

- Applicazione della metodologia dell'ACG risk stratification (Adjusted Clinical Groups) per classificare i pazienti in basso, medio ed alto rischio basato su dati clinici, comportamentali e sociali per fare analisi di predittività sui bisogni di salute ed uso dei servizi sanitari. Tale sistema può identificare i pazienti con determinanti sociali che impattano sullo stato di salute, suggerendo interventi integrati ad hoc.

SERVIZI

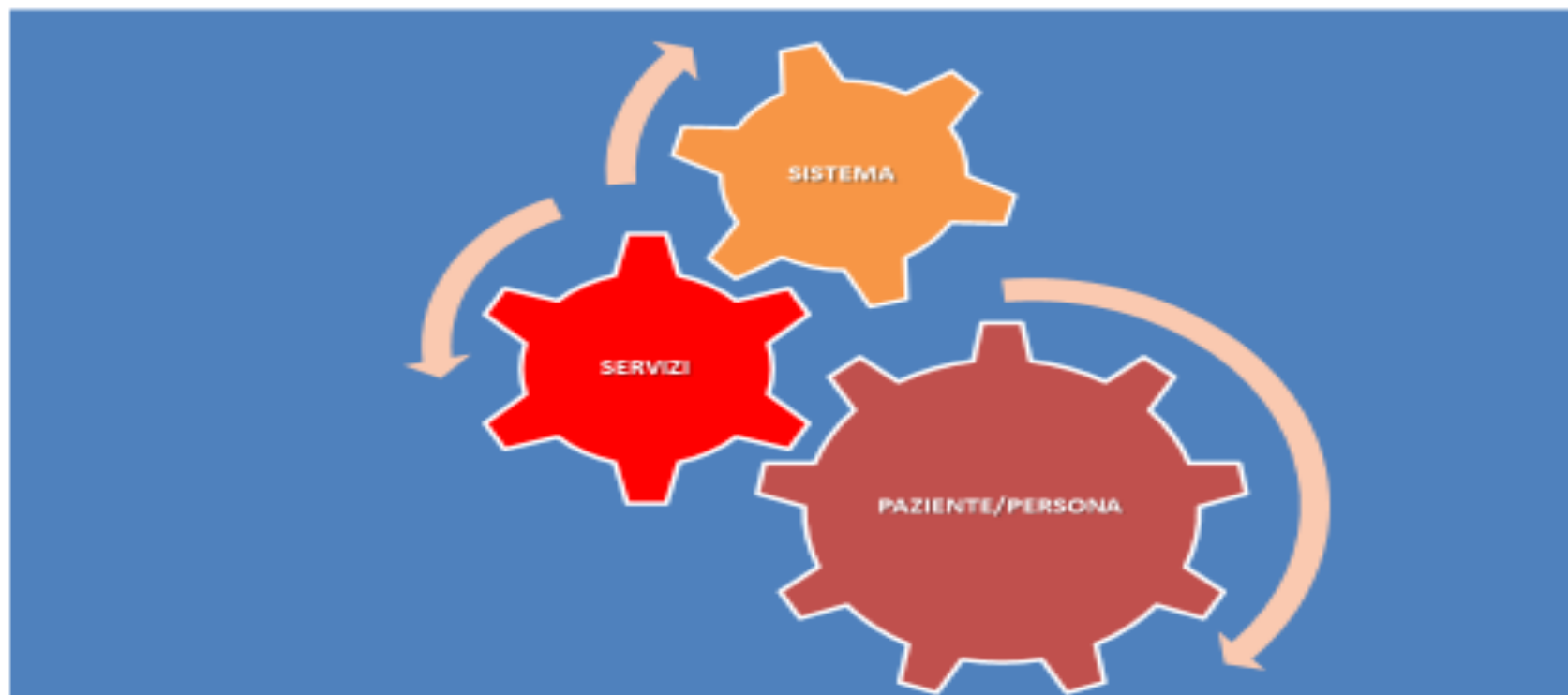
- Maggiore flessibilità dei modelli organizzativi
- Piena valorizzazione della rete





Cambiamento culturale

Nuova cultura del sistema, dei servizi e dei pazienti





PERSONA/PAZIENTE

PATTO DI CURA

Educazione del paziente/famiglia
ad una autogestione consapevole della
malattia e del percorso di cura

EMPOWERMENT

Valorizzare le risorse del paziente
presa in carico proattiva ed empatica
(non solo risposta assistenziale
all'emergere del bisogno)

ACCOMPAGNAMENTO E NON SOLO CURA

- Care (organizzazione dell'assistenza)
- Cure (aspetti clinici)
- Caring (prendersi cura-empatia)



La Missione 5 del PHRR: "Inclusione e coesione", mira a ridare le disuguaglianze sociali, economiche e territoriali attraverso investimenti su politiche del lavoro, infrastrutture e servizi. Interventi speciali per lo sviluppo territoriale.
GA - Infrastrutture, servizi, comunità e terzo settore: Provvede interventi per rafforzare i servizi sociali, supportare le persone con disabilità, promuovere l'autonomia degli anziani e sostenere le famiglie in difficoltà. Include anche il potenziamento del terzo settore e l'integrazione di tecnologie per la vita quotidiana.
Inclusione sociale: Promuove l'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, migliora i servizi di assistenza domiciliare e promuove percorsi di autonomia per le persone con disabilità.

PNES 2021-2027 / Il Piano Operativo della Campania (PO Campania)

Area di interventi: "Il genere al centro della cura"

CAIL 4k.2_01 "Attività formative orientate al genere"

CAIL 4.5.1_02 "Adeguamento infrastrutturale delle sedi consultoriali"

CAIL 4.5.1_03 "Acquisizione di apparecchiature diagnostiche dedicate alla prevenzione e diagnosi delle malattie genere sensibili"

Area di interventi: "Prendersi cura della salute mentale"

CAIL 4k.2_02 "Implementazione del servizio di psicologia di base"

CAIL 4k.2_03 "Attivazione sperimentale di progetti terapeutici riabilitativi personalizzati (PTRPT)"

CAIL 4.5.1_05 "Adeguamento strutturale e infrastrutturale DSM e UONPIA"

CAIL 4.5.1_04 Sistema informativo regionale per la rilevazione, il monitoraggio e la tutela dell'appropriatezza dei percorsi della salute mentale nella fascia di età 0-18 anni.

CAIL 4.5.1_02 Iniziative di orientamento ed informazione rivolte alla popolazione in condizioni di disagio socio-culturale

L'Acquisto PHRR NDC 1.2.2 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici
"Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici".
il articolo lo dice sub-inteso in base al DM del 1° aprile 2022.
#1.2.3.1 - Piattaforma di Telemedicina
#1.2.3.2 - Servizi di Telemedicina
La Piattaforma Nazionale di Telemedicina mira a:
• Accelerare il dialogo tra Medici e Pazienti;
• Migliorare la qualità clinica e l'accessibilità ai servizi sanitari dei pazienti su tutto il territorio nazionale;
• Facilitare la presa in carico acuta e cronica;
• Ridurre la dispendiosità e potenziare qualità e sicurezza delle cure di prossimità.

PNES - Contrastare la povertà sanitaria

rafforzamento delle connessioni tra istituzioni e reti sociali, attraverso un modello di lavoro basato sulla **prossimità alla popolazione vulnerabile** e sulla **presa in carico della persona in una dimensione olistica**.

le aree di intervento sono orientate a:

- potenziare la capacità dei servizi sanitari socio-sanitari di rispondere ai bisogni di salute con accesso a base soglia, anche attraverso iniziative;
- adeguare le competenze del personale sanitario e socio-sanitario e azioni informative - educative verso la popolazione target;
- prendere in carico i bisogni di salute delle persone in condizioni di vulnerabilità socio-economica;
- valutare il trasferimento delle buone pratiche adottate attraverso analisi epidemiologiche;
- promuovere l'inclusione delle reti di comunità nelle reti aziendali.



Salute e riduzione delle disuguaglianze sociali e geografiche

4

La tutela della salute presuppone la riduzione dello svantaggio sociale.

Le persone, le famiglie i gruppi sociali e i territori più poveri di risorse e capacità sono più vulnerabili e più esposti.

L'esperienza recente del covid19 ha evidenziato l'indispensabilità di un approccio alla salute integrato e attento ai soggetti più fragili





*“non sempre
gli individui sono liberi
di poter scegliere”*

Amartya Sen

SANNIO IN **SALUTE**
AL BENEVENTO