



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Unità Complessa di Oncologia Critica
Territoriale e Cure Palliative - ADI
Gianvito Corona



Firenze, 2 dicembre 2010
Palazzo dei Congressi

**L'assistenza domiciliare integrata
in Basilicata e il modello Venosa**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Unità Complessa di Oncologia Critica
Territoriale e Cure Palliative - ADI
Gianvito Corona



Firenze, 2 dicembre 2010
Palazzo dei Congressi

Le Cure Domiciliari in Basilicata
e il *Modello Venosa*



Basilicata

- Abitanti = 588.593
- Superficie = 9992 Km2 prev. montuosa
- Densità di popolazione = 58,91 ab/Km2 (200,45 Italia)
- Comuni = 131
- Aziende sanitarie = 2
- Aziende ospedaliere = 1
- Istituti di eccellenza = 1
- Iscritti AIUC = circa 30

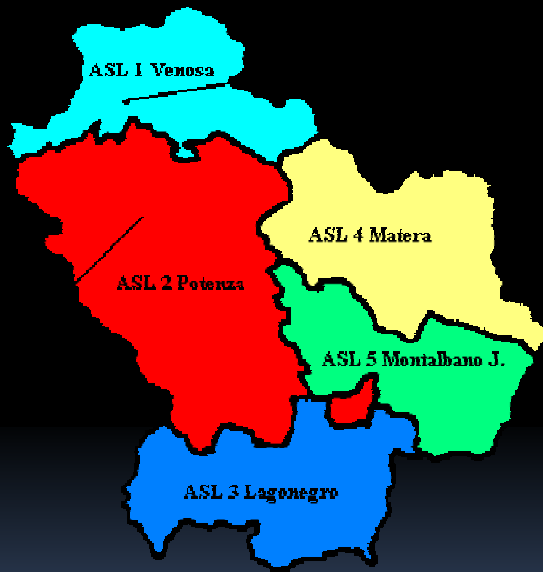
PECULIARITA'

- Scarsa densità abitativa
- Tanti piccoli disseminati Comuni
- Scarsa viabilità





Le Cure Domiciliari in Basilicata e il *Modello Venosa*



Le Cure Domiciliari

Legislazione regionale

Le Cure Domiciliari in Basilicata
e il *Modello Venosa*



ANNO	PROVVEDIMENTO	APPROVAZIONE
1999	D.G.R. N.1059/1999	Potenziamento ADI
2000	D.G.R. N.196 del 07.02.2000	Direttiva vincolante ADI pazienti critici
2000	D.G.R. N.2077 del 23.09.2000	Realizzazione dei centri residenziali per cure palliative Hospice (I Fase)
2001	D.G.R. N.1665 del 30.07.2001	Linee guida ADI
2001	D.G.R. n.2183 del 15.10.2001	"Fattori prognostici positivi di recupero funzionale tramite interventi riabilitativi nel molto anziano in assistenza domiciliare"
2002	D.G.R. N.658 del 15.04.2002	Realizzazione dei centri residenziali per cure palliative Hospice (II Fase) Hospice
2002	D.G.R. N.1157 del 26.06.2002	ODO-ANT Realizzazione n.6 ospedali domiciliari oncologici
2005	D.G.R. n.286 del 09.02.2005	"Costruzione di un sistema di rimborso per le prestazioni di assistenza domiciliare integrata"
2005	D.G.R. N.1650 del 1.08.2005	Programma rete regionale cure domiciliari e palliative
2008	D.G.R. N.862 del 10.06.2008	Nuove linee guida cure domiciliari
2008	D.G.R. N. 1324 del 08.08.2008	Progetto Bambino - Cure palliative pediatriche
2009	D.G.R. N.1645 del 25.09.09	Programma obiettivi di piano anno 2009 – linea progettuale n.4
2010	D.G.R.n.1713/2007-D.G.R.n.329/08 D.G.R. N.606 del 08.04.10	Obiettivi ai direttori generali biennio 2010-2011
2010	D.G.R. N.1579 del 21.09.10	Programma obiettivi di piano anno 2010 – linea progettuale n.4

Aspetti
fondamentali

IN ITALIA

ADI

Cure Domiciliari



gianvito corona



Aspetti fondamentali

Le cure domiciliari sono **livelli essenziali di assistenza – LEA**.

Sono obiettivi prioritari e di rilievo nazionale, collegati al Piano Sanitario Nazionale, in quanto tali rientrano in linee progettuali specifiche, definite negli Accordi Stato-Regioni e alle quali sono vincolate specifiche risorse finanziarie, destinate alle Regioni previa presentazione progetti.

Aspetti fondamentali



Il modello organizzativo di Cure Domiciliari della Regione Basilicata è su base aziendale, è omogeneo tra le Aziende, governato dal **“Centro di Coordinamento delle Cure domiciliari e palliative”** quale sala di regia di tutte le attività correlate alle cure domiciliari e costituito da:

- ⊙ I componenti delle **Unità di Valutazione**
- ⊙ Un medico rappresentante dei MMGG individuato su segnalazione delle OO.SS. maggiormente rappresentative
- ⊙ Un infermiere professionale e un terapeuta della riabilitazione
- ⊙ un referente amministrativo

Aspetti fondamentali



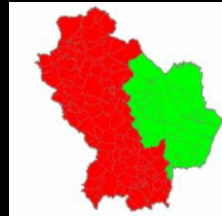
•Competenza del Centro di Coordinamento è l'attivazione dell'Unità di valutazione distrettuale per la valutazione del caso e l'eventuale presa in carico del paziente.

•L'U.V. si attiva solo se il Centro di Coordinamento riceve la **“segnalazione”** di assistenza domiciliare. La segnalazione può provenire dalla famiglia, dal MG, dal Medico Ospedaliero, dal Medico di RSA, dall'Associazione di volontariato



Aspetti
fondamentali

Gli indicatori specifici di attività sono diventati 34 ed è stato introdotto un particolare indicatore per caratterizzare i profili di cura, il **coefficiente di intensità assistenziale (CIA)** legato alla complessità del caso e alla durata media del Piano Assistenziale Individuale (PAI)



Le Cure Domiciliari e il CIA (Coefficiente di Intensità Assistenziale)

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità CIA=GEA/GDC	Durata media	Operatività del servizio
Cure Domiciliari Prestazionali (occasionali o cicliche programmate)	clinico/funzionale			
Cure Domiciliari Integrate di Primo Livello (già ADI)	clinico/funzionale/ sociale	fino a 0,30	180 giorni	5 giorni su 7
Cure Domiciliari Integrate di Secondo Livello (già ADI)	clinico/funzionale/ sociale	fino a 0,50	180 giorni	6 giorni su 7
Cure Domiciliari Integrate di Terzo Livello (già OD)	clinico/funzionale/ sociale	superiore a 0,50	90 giorni	7 giorni su 7
Cure palliative malati terminali (già OD CP)	clinico/funzionale/ sociale	superiore a 0,60	60 giorni	7 giorni su 7



Le Cure Domiciliari in Basilicata e il *Modello Venosa*

Un punto unico di accesso, di accoglienza, di informazione e progettazione organizzativa per le attività socio-sanitarie rivolte agli anziani. Per rispondere al loro bisogno di salute è stato costruito un vero e proprio **hub logistico**.

Modello venosa



Le Cure Domiciliari in Basilicata e il *Modello Venosa*



- Il progetto di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), a dimensione regionale, è stato avviato nell'anno 1999;
- Il modello regionale (DGR 1665/2001) prevede fra l'altro l'estensione a tutte le Aziende Sanitarie dell'uso dello strumento di valutazione multidimensionale **VAOR-ADI**;
- Tutte le ASL hanno curato la formazione specifica finanziata dalla Regione;
- Il dettato delle linee guida regionali per l'ADI fa proprio il modello del “case management” e prevede un Centro di Coordinamento delle cure domiciliari e delle cure palliative istituito in tutte le ASL e di cui fa parte anche un rappresentante dei Medici di Medicina Generale.

Modello venosa



Le Cure Domiciliari in Basilicata e il *Modello Venosa*



Il Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e delle Cure Palliative, costituitosi a seguito dell'approvazione delle linee guida regionali ADI con la DGR 1665/2001, nell'esperienza di Venosa, rappresenta la sala di regia di:

- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP),
- Assistenza Domiciliare agli ospiti di residenze protette e collettività (ADR),
- Cure Domiciliari (ex ADI), delle quali quelle di III livello e le Cure Palliative sono garantite dall'**Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative**. Questa ultima struttura fornisce il supporto specialistico alle attività domiciliari e rappresenta, inoltre, la corsia preferenziale, lo spazio strutturalmente attrezzato inserito nella rete dell'assistenza domiciliare dedicato alla soluzione dei problemi sanitari dei malati terminali non risolvibili a domicilio.

Modello venosa



Le Cure Domiciliari in Basilicata e il *Modello Venosa*



Il Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e delle Cure Palliative, costituitosi a seguito dell'approvazione delle linee guida regionali ADI con la DGR 1665/2001, nell'esperienza di Venosa, rappresenta la sala di regia di:

- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP),
- Assistenza Domiciliare agli ospiti di residenze protette e collettività (ADR),
- **Cure Domiciliari (ex ADI), delle quali quelle di III livello e le Cure Palliative sono garantite dall'Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative.** Questa ultima struttura fornisce il supporto specialistico alle attività domiciliari e rappresenta, inoltre, la corsia preferenziale, lo spazio strutturalmente attrezzato inserito nella rete dell'assistenza domiciliare dedicato alla soluzione dei problemi sanitari dei malati terminali non risolvibili a domicilio.

Modello venosa



Le Cure Domiciliari in Basilicata e il *Modello Venosa*



•Ogni paziente candidato alle cure domiciliari viene preventivamente sottoposto a valutazione multidimensionale (VMD):

1. per identificarne bisogni, problematiche assistenziali e obiettivi assistenziali (“problemsolving”);
2. programmare l’intervento assistenziale;
3. migliorarne la funzione e la qualità di vita;
4. ottimizzare l’allocazione delle risorse;
5. ridurre l’utilizzo dei servizi non necessari.

•La UVG è composta da medico geriatra (Team Leader), infermiere professionale (case manager), terapeuta della riabilitazione, assistente sociale, e ha la responsabilità complessiva del caso (attraverso la VMD e il Piano Individualizzato di Trattamento).

•Con la UVG collaborano in forma strutturata il MMG (gestione medica del paziente) e un referente dei servizi sociali comunali (integrazione socio-sanitaria).

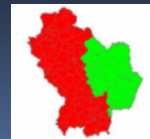
Modello venosa



Le Cure Domiciliari in Basilicata e il *Modello Venosa*



- ✓ Il servizio infermieristico domiciliare e quello riabilitativo sono gestiti in outsourcing, dalla cooperativa Auxilium.
- ✓ La cooperativa sociale, selezionata attraverso procedure ad evidenza pubblica, mette a disposizione il pool di professionisti (infermieri, geriatri, palliativisti, fisioterapisti, terapisti occupazionali, psicologi) per lo svolgimento delle attività domiciliari.
- ✓ Il PIT elaborato dalla UVG viene in pratica trasferito alla cooperativa sociale per la sua esecuzione.



gianvito corona asp (basilicata)



Le Cure Domiciliari in Basilicata e il *Modello Venosa*



Tale modello presenta numerosi punti di forza:

- le economie di scala che si realizzano nella fornitura del servizio domiciliare;
- i vantaggi organizzativi che derivano dalla maggiore flessibilità di gestione del personale da parte del soggetto privato rispetto al pubblico;
- un buon capitolato speciale d'appalto è in grado di ben regolare ruoli e compiti di ognuno e i reciproci doveri;



Le Cure Domiciliari in Basilicata e il *Modello Venosa*



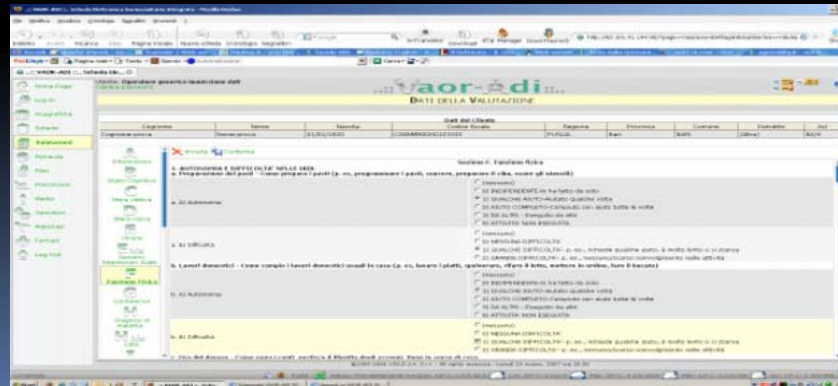
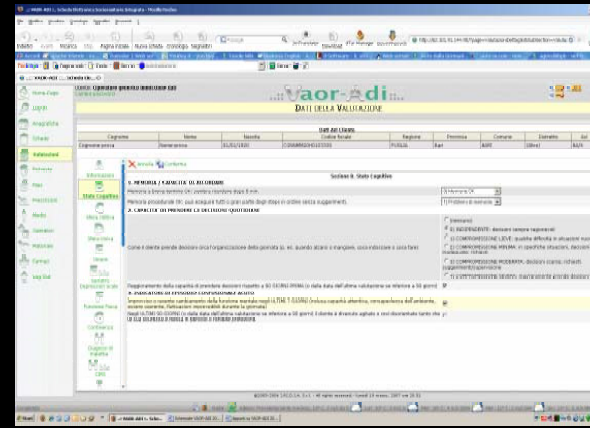
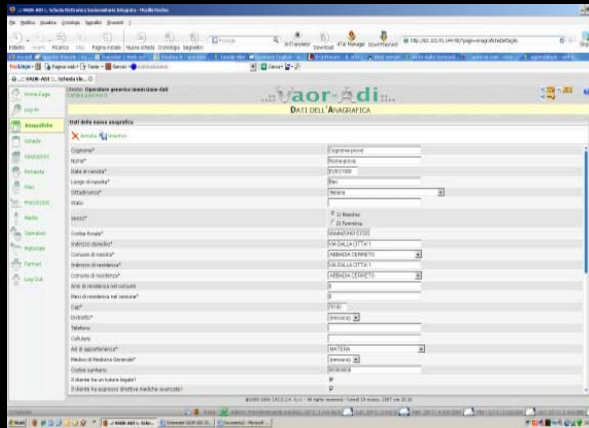
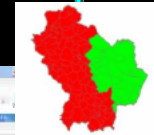
Tale modello presenta numerosi punti di forza:

- la formazione sul VAOR-ADI a tutto il personale della cooperativa;
- la valutazione ex ante ed ex post effettuata con il VAOR-ADI che rimane appannaggio del soggetto pubblico;
- la possibilità di riprogettare il servizio anche con il contributo del privato sociale, spesso depositario di maggiori conoscenze e competenze distintive nelle attività di assistenza domiciliare.



Le Cure Domiciliari in Basilicata e il *Modello Venosa*

La dimensione tecnologica: oggi



gianvito corona asp (basilicata)



Le Cure Domiciliari in Basilicata e il *Modello Venosa*



Tale modello presenta numerosi punti di forza:

- le economie di scala che si realizzano nella fornitura del servizio domiciliare;
- i vantaggi organizzativi che derivano dalla maggiore flessibilità di gestione del personale da parte del soggetto privato rispetto al pubblico;
- un buon capitolato speciale d'appalto è in grado di ben regolare ruoli e compiti di ognuno e i reciproci doveri;
- la formazione sul VAOR-ADI a tutto il personale della cooperativa;
- la valutazione ex ante ed ex post effettuata con il VAOR-ADI che rimane appannaggio del soggetto pubblico;
- la possibilità di riprogettare il servizio anche con il contributo del privato sociale, spesso depositario di maggiori conoscenze e competenze distintive nelle attività di assistenza domiciliare.

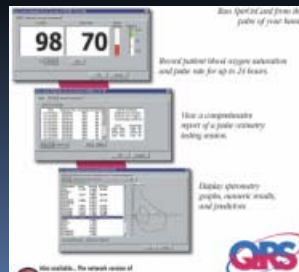
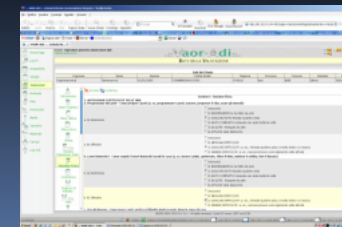
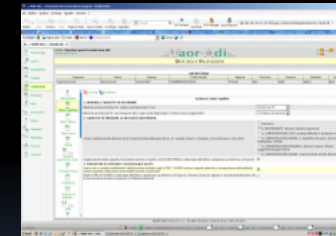
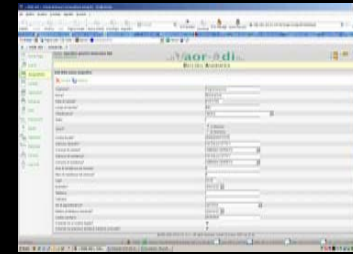


Le Cure Domiciliari in Basilicata e il *Modello Venosa*



La dimensione tecnologica:
il futuro prossimo

ICT
Palmari
rete





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Firenze, 2 dicembre 2010
Palazzo dei Congressi



Le Cure Domiciliari in Basilicata
e il Modello Venosa
*(ovvero il committente
protagonista del governo
clinico)*

Unità Complessa di Oncologia Critica
Territoriale e Cure Palliative - ADI
Gianvito Corona

Grazie!!!!

