

# L'organizzazione dell'ADI in Italia e l'esempio della Regione Basilicata



sul territorio, con un sistema di cure più prossime ai cittadini e ai loro bisogni, attraverso la costruzione di una rete di servizi sociosanitari capillare, flessibile e facilmente accessibile, in grado di offrire un'assistenza personalizzata e multidisciplinare. Nelle esperienze analizzate il protagonista della rete è il medico di medicina generale, che non agisce più come professionista singolo, ma "esce" dall'ambulatorio per aggregarsi ad altri colleghi, trasferendo ad esempio il proprio studio all'interno di strutture polifunzionali come le Case della salute, o

Come mostrano i dati della prima indagine di **Italia Longeva** (il network dedicato all'invecchiamento, creato dal Ministero della Salute, dalla Regione Marche e dall'IRCCS INRCA per promuovere una nuova visione dell'anziano quale risorsa per la società) sulla continuità assistenziale in otto regioni italiane, presentata lo scorso luglio e curata da **Davide Vetrano**, geriatra dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e ricercatore al Karolinska Institutet di Stoccolma, in collaborazione con la Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute, la Regione Basilicata vanta modelli virtuosi di continuità assistenziale.

## L'indagine

Come si evince dalla ricerca, la continuità assistenziale si realizza prima di tutto

ancora indossando il camice del medico di reparto, come nel caso degli Ospedali di comunità. Ma la rete, per funzionare bene, deve poter disporre di adeguati servizi di assistenza domiciliare (ADI) e residenzialità assistita (RSA) per la presa in carico dei pazienti più complessi. Si tratta, tuttavia, di servizi ancora carenti e sottopotenziati rispetto alla domanda di una popolazione che invecchia. Secondo il Ministero della Salute, solo il 2,7% degli over-65 usufruisce di servizi di ADI, e solo il 2,2% di un posto in RSA. L'ospedale si occupa delle emergenze e delle patologie acute, ma nelle buone pratiche prese in esame dialoga pure con il territorio per la gestione del rientro in comunità (dimissioni protette). La sinergia massima tra ospedale e territorio si realizza quando sono le stesse Centrali di continuità territoriali ad entrare in ospedale per prendere in carico il paziente prossi-

mo alla dimissione, o addirittura, quando è l'ospedale stesso che accompagna il paziente durante il processo di dimissione dall'ospedale verso il proprio domicilio continuando a prendersene carico anche dopo. Presupposto, affinché ciò avvenga, è la disponibilità di un sistema informatico per lo scambio di informazioni sul paziente tra i vari specialisti, in tempo reale.

### Best Practices: la Basilicata

«L'intera attività di cure domiciliari e palliative nell'ASP di Potenza è gestita da un'Unità Operativa denominata "Oncologia Critica Territoriale, Cure Domiciliari e Palliative" (U.O.C) costituita da 5 Centri di Coordinamento nei siti di Venosa-Melfi, Potenza, Villa D'Agri, Lauria e Senise» spiega **Giovanni Vito Corona**, Responsabile della continuità assistenziale della Regione Basilicata.

«Ciascun centro ha il governo della rete di assistenza poiché unico punto di accesso, accoglienza, informazione e progettazione organizzativa per le attività socio-sanitarie rivolte agli ammalati cronici; è inoltre in collegamento con Ospedale, Operatori ASP e MMG nell'ottica di ridurre la domanda e il rientro inappropriato nei reparti di degenza. È stato costruito un HUB logistico che funge da regia di tutte le cure domiciliari (ex ADI) articolate a diversi livelli di cura a peso assistenziale diverso. Sul territorio opera l'Unità di Valutazione Multidimensionale composta da: 1) un medico (team leader) 2) un infermiere personale (case manager) 3) un terapeuta della riabilitazione e 4) un assistente sociale, quest'ultimo ha la responsabilità complessiva del paziente attraverso la valutazione (UVM), l'elaborazione del Piano individualizzato di trattamento (PTI) e il controllo della sua applicazione. In collaborazione con questa Unità operano i MMG (per la gestione medica) e i servizi sociali comunali (per l'integrazione socio-sanitaria). Sia l'analisi, sia la calibrazione di in-

### PECULIARITÀ

- Assetti organizzativi omogenei tra i vari ambiti hanno permesso l'istituzione di cure domiciliari complesse che arginano il fenomeno delle ospedalizzazioni inappropriate e si rivelano più efficaci rispetto a modelli più timidi e meno tecnologici di deospedalizzazione.
- Si sta cercando di interpretare l'ADI come integrazione tra assistenza sanitaria e sociale. Si è investito anche sulla formazione degli operatori per aumentare la cultura della domiciliarità e la motivazione dei professionisti.
- I dati disomogenei di consumo di oppiacei hanno suggerito di predisporre la creazione di meccanismi di controllo basati su: parametri vitali e scale di dolore.
- La U.O.C. si occupa di nutrizione artificiale domiciliare, monitorando i pazienti in nutrizione artificiale e redigendo un registro nel quale sono riportate informazioni di carattere clinico e epidemiologico.
- In relazione alle lesioni croniche cutanee è in fase di sperimentazione un conto deposito per medicazioni avanzate di una comunicazione telematica di dati iconografici che consente la messa a punto tempestiva di terapie con medicazioni avanzate o altra tecnologia, per un migliore controllo della spesa dei presidi e l'elaborazione di un report per quantificare il fenomeno clinico.
- La centrale unica delle dimissioni si propone quale cruscotto unico informatizzato con proposte di dimissione dai reparti, info sui posti disponibili e valutazione dell'ammalato.

### PROSPETTIVE

- È in atto l'inserimento di medici e infermieri sia per fronteggiare le necessità autorizzative e di controllo al soggetto esternalizzato, sia per l'implementazione della attività clinica diretta. Il modello organizzativo ASP eroga sia prestazioni ordinarie in outsourcing, sia procedure domiciliari complesse in assistenza diretta, delineando un sistema misto.
- È in fase di allestimento una segreteria organizzativa amministrativa per una migliore gestione della materia.
- È in fase di implementazione la Telemedicina.

terventi proporzionati, rappresentano un aspetto decisivo, in quanto, necessitano della messa a punto di strumenti di rilevazione omogenei fra i vari Uffici di Coordinamento. Ad oggi, l'organizzazione con "presa in carico" a sostituzione del vecchio sistema multi-consulenziale, sta ottimizzando e uniformando l'offerta di cura». ■

## Chi siamo

**Tecnezia**, società editrice di Appalti Verdi, magazine online dedicato ai progetti di tutela ambientale e sviluppo sostenibile di Pubbliche Amministrazioni, Enti Locali, Imprese di beni e servizi, realizza anche Sesta Stagione, periodico divulgativo indipendente, focalizzato sulle strategie gestionali di accoglienza, di strutture socio-sanitarie del centro-nord Italia.

La rivista è suddivisa in quattro sezioni: Primo Piano, Protagonisti, Gestione, Prodotti & Servizi.

Nelle prime due sezioni si presentano e si confrontano proposte, normative e adempimenti degli assessorati regionali di Sanità, Salute, Politiche Sociali e AST, a cui si contrappongono le considerazioni e le opinioni dei direttori generali e sanitari delle RSA, le associazioni professionali e di categoria.

Nelle altre due sezioni, vengono considerate le diverse opportunità di gestione interna o esterna, dei servizi da erogare nei confronti dei degenti o di manutenzione della struttura, e l'analisi delle offerte di beni, attrezzature, impianti e servizi da parte dei fornitori.

Sesta Stagione si propone quindi come momento di incontro e spunto di riflessione, a tutti i principali protagonisti della filiera socio-sanitaria rappresentata dalle RSA.

Target attuale il periodico è inviato a dirigenti di RSA del centro-nord Italia, assessorati regionali di Sanità e Politiche Sociali, Centrali d'acquisto, associazioni professionali, di categoria e di consumatori, aziende fornitrici di prodotti, attrezzature e servizi, centri di ricerca.

Complessivamente fra rivista e newsletter, sono contattati circa tremila operatori del settore, così ripartiti: Piemonte = 375; Liguria = 247; Lombardia = 724; Veneto = 385; Trentino Alto-Adige = 194; Friuli Venezia-Giulia = 177; Toscana = 317; (fra RSA e Assessorati regionali Sanità e Politiche Sociali) Centrali d'acquisto, P.R., etc circa 473



### COPERTURA CONTATTI WEB

Piemonte	375
Valle d'Aosta	5
Liguria	231
Lombardia	681
Veneto	360
Trentino Alto Adige	114
Friuli Venezia Giulia	161
Emilia Romagna	590
Toscana	304
Marche	69
Umbria	32
Lazio	114
Abruzzo	57
Molise	18
Campania	99
Puglia	76
Basilicata	12
Calabria	68
Sicilia	104
Sardegna	55

### Profilo editoriale del periodico

Sesta Stagione è una iniziativa editoriale di Tecnezia e si presenta sempre come supplemento del periodico Appalti Verdi.

L'area di lettura è rappresentata da:

- Dirigenti e personale qualificato delle strutture RSA.
- Stazioni Appaltanti ed Economati di Province e Comuni interessati alla gestione di strutture ospedaliere, case di cura, di riposo o altre collettività.
- Le Centrali di Acquisto regionali, le ARPA e i principali Assessorati regionali di Ambiente, Attività Produttive, Salute.
- Le associazioni consumatori.

Sesta Stagione rappresenta quindi un'opportunità per quelle imprese fornitrici di beni e servizi, interessate a dialogare con il mondo delle Case di Riposo.

### Dati tecnici

- Periodicità: bimestrale
- Diffusione: nazionale tramite posta
- Tiratura copie: 1.835 copie circa
- Foliatura: 56 pagine a colori + copertina
- Formato: base 210, altezza 280
- Stampa: offset piana
- Carta: patinata 80 gr.
- Materiale per stampa: invio file in alta risoluzione