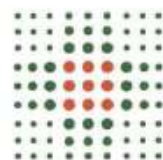




L'integrazione socio-sanitaria: Le buone pratiche nel Distretto

Chiara Benvenuti,

Direttore Distretto Centro Nord AUSL di Ferrara



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara



AGIRE
SOCIALE
centro servizi
volontariato
Ferrara

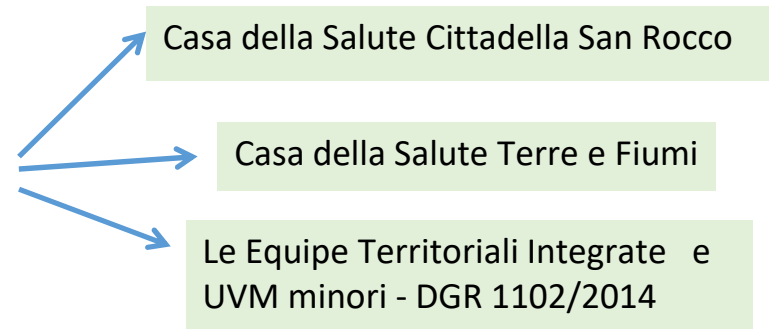


23 Maggio 2017

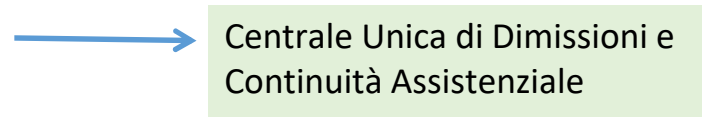
INDICE DELLA RELAZIONE

1. Premessa: Il Distretto come sede di Integrazione

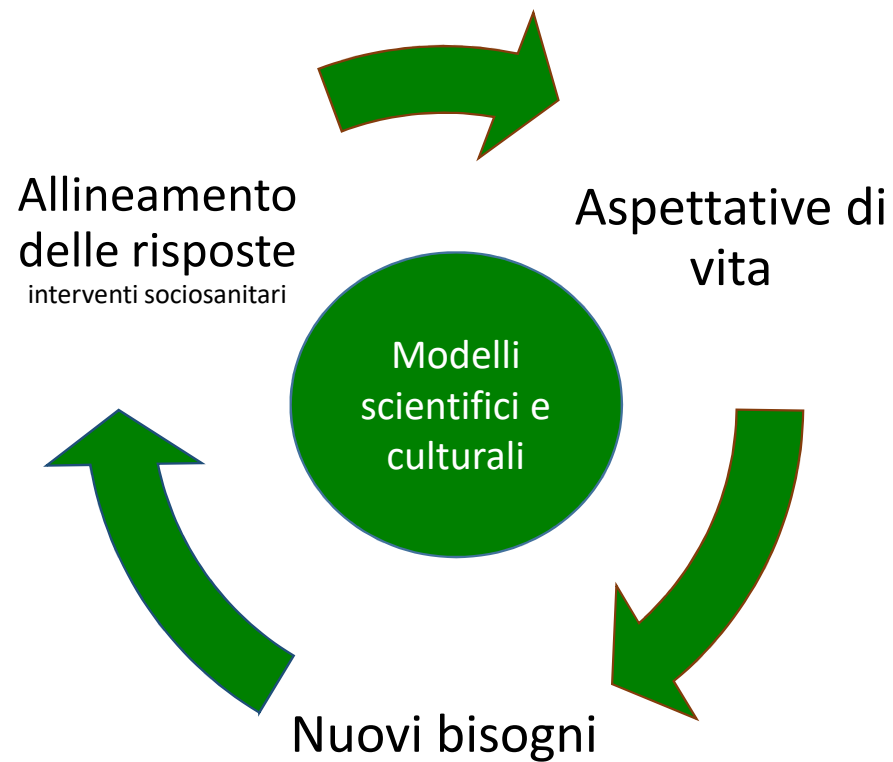
1. Esperienze già avviate:



3. Lavori in corso:

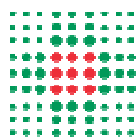


Cosa è cambiato in questi ultimi anni?



Come programmare.....

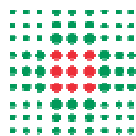




SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara



ASP
centro servizi alla persona



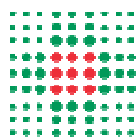
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Casa della Salute Cittadella San Rocco Ferrara

Segretariato socio-sanitario

Progetto di accoglienza integrata

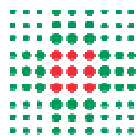
Federica Rolli
Direttore A.S.P. Ferrara
Valentina Marzola
Coord. Infermieristico Casa Della Salute Cittadella S.Rocco
Marilena Marzola
Responsabile Settore Anziani A.S.P. Ferrara

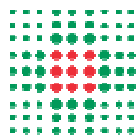


il mandato istituzionale

Il DISTRETTO e la CASA della SALUTE







11 ottobre 2016

Gli operatori

- Formazione interistituzionale

18 Ottobre 2016

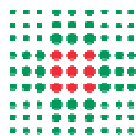
I cittadini

- Presentazione alla popolazione

31 ottobre 2016

Segretariato socio-sanitario

- Casa della Salute
Cittadella San Rocco



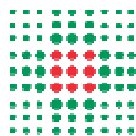
Il Gruppo di lavoro : finalità

Costituzione del gruppo di lavoro nel mese di marzo 2016, su mandato del *Gruppo Accoglienza* della Casa della Salute Cittadella San Rocco.

Obiettivo

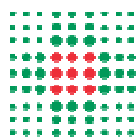
Realizzazione di uno sportello di Segretariato Socio-Sanitario all'interno della Casa della Salute, per favorire una maggiore integrazione tra i servizi sanitari e sociali, per intercettare il bisogno, le domande e facilitare l'accesso ai servizi di assistenza territoriale, sanitaria e socio-sanitaria ai cittadini che afferiscono alla Casa della Salute.

Il Gruppo di Lavoro è multidisciplinare e rappresentativo di tutte le figure professionali coinvolte in questo processo.



Componenti del Gruppo di lavoro

Benini Morena	Infermiera NCP Casa della Salute
Bombardi Sandra	Facilitatore processi comunicativi A.Usl
Marzola Marilena	<i>Responsabile Settore Anziani ASP</i>
Marzola Valentina	Coord. Infermieristico NCP e Poliambulatorio
Montanari Caterina	Coord. Infermieristico Assistenza Domiciliare
Migliari Mara	<i>Responsabile Comunicazione ASP</i>
Paganini Luca	Infermiere Unità di Valutazione Geriatrica
Toni Chiara	<i>Assistente Sociale Area Anziani ASP</i>



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara
Casa della Salute Cittadella S. Rocco



ASP
centro servizi alla persona

A3 nel corridoio

Segretariato Socio-Sanitario

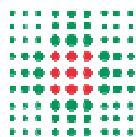
ORARI DI APERTURA

Area Adulti
Martedì e Giovedì
dalle 8,30 alle 12,30

Area Anziani
Lunedì, Mercoledì e Venerdì
dalle 8,30 alle 12,30

Tel. 0532
e-mail: segretariato@aspfe.it

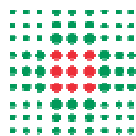
ASP
centro servizi alla persona



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara



ASP
centro servizi alla persona

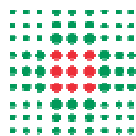


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Segretariato socio sanitario

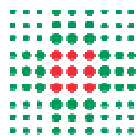
Diventa parte del **sistema dell'accoglienza della Casa della Salute**

Casa della Salute: luogo di accesso a tutti i servizi del territorio, sanitari, socio sanitari e sociali



Operatori coinvolti

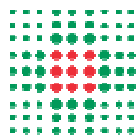
- **Assistente Sociale ASP**
- **Infermiere e l'infermiere coordinatore della Casa della Salute**
- **L'operatore di accoglienza ASP**



Perché un segretariato socio-sanitario ?

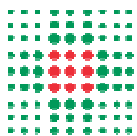
La **complessità sociale** si affronta con scelte organizzative che favoriscono l'integrazione tra sociale e sanitario attraverso:

- **La creazione e il rafforzamento di reti di comunicazione tra servizi**
- **Momenti di confronto fra professionisti**
- **Definizione di procedure condivise**



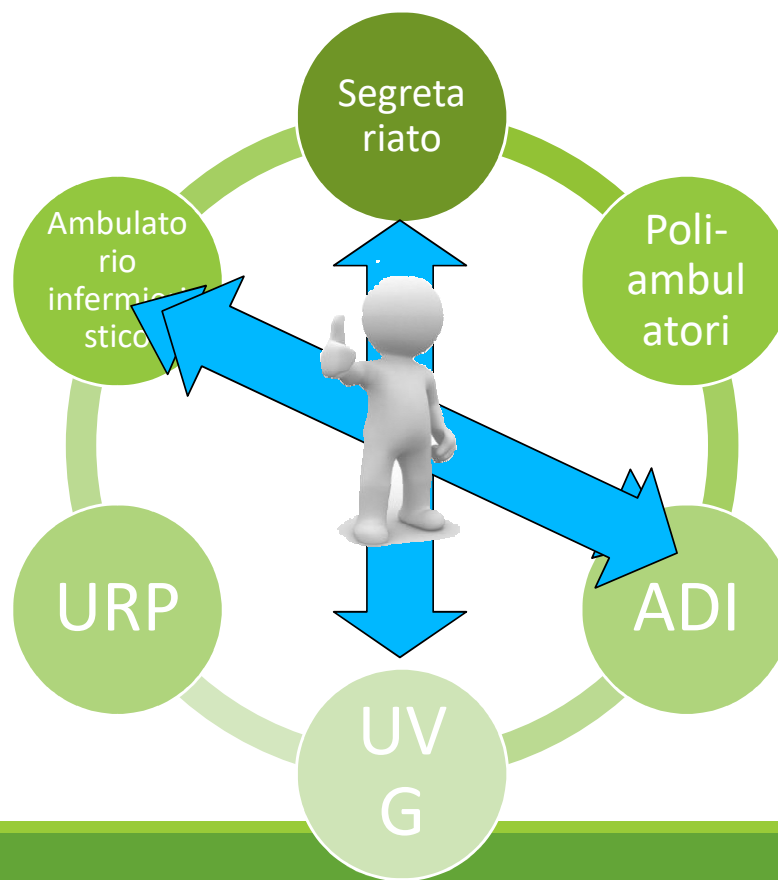
Cosa ci aspettiamo ?

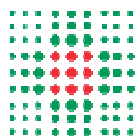
- **Maggior coinvolgimento di più figure professionali appartenenti ad organizzazioni diverse**
- **Costruzione di progetti basati su valutazioni multiprofessionali sin dal momento dell'accoglienza della persona.**



INTEGRAZIONE TRA I SERVIZI

Possibilità di risolvere in una unica sede e in modo adeguato, la maggior parte dei problemi dei cittadini.





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara



**La Presa in Carico di Casi
Complessi in Area Anziani
“Un Team integrato
multiprofessionale
per un nuovo network
assistenziale”**

**Casa della Salute
Terre e Fiumi
di Copparo**

**UFFICIO DI PIANO
DEL DISTRETTO CENTRO-NORD**



**NELL'AMBITO DEI PERCORSI DI SVILUPPO DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
PROMOSSE DALL'UFFICIO DI PIANO DEL DISTRETTO CENTRO-NORD**

**Protocollo d'intesa tra Az. Usl e Unione dei Comuni Terre e Fiumi
in relazione alla condivisione della presa in carico dei casi complessi in area anziani**


Ferrara, 17 novembre 2014

A firma di:


- Chiara Benvenuti (Direttore del Dipartimento Cure Primarie Az. Usl)
- Adello Vanni (Direttore del Dipartimento Salute Mentale Az. Usl)
- Cristiano Benetti (Responsabile Area Welfare Unione dei Comuni Terre e Fiumi)
- Lucia Bergamini (Responsabile dell'Ufficio di Piano del Distretto Centro-Nord)

Perchè questo mandato?

Adattare i servizi sanitari e sociali al nuovo scenario di cura:

- Equità**
 - Partecipazione comunitaria**
 - Co-responsabilizzazione**
 - Integrazione**
 - Coordinamento delle cure tra i vari livelli e i diversi professionisti**
 - Continuità assistenziale, risolutività**
 - Utilizzo di risorse appropriate: sostenibilità economica e sociale**
- 

Obiettivi del GRUPPO di LAVORO

- Conoscenza e rispetto reciproco**
 - Riconoscimento del ruolo di ogni Professionista**
 - Definizione di un linguaggio comune**
 - Costruzione di una Rete di relazioni interistituzionali, intersettoriali e interpersonali**
 - Avvio presa in carico dei casi segnalati**
- 


Come si è proceduto ?

CREANDO DUE LIVELLI DI APPLICABILITA'

1° Livello: Caso segnalato socio-sanitario che richiede il coinvolgimento di pochi professionisti (Assistente Sociale, Infermiere)

2° Livello: Caso socio-sanitario segnalato che richiede il coinvolgimento di più professionisti (Assistenti Sociali, Medico di Medicina Generale, Geriatra, Psichiatra, Infermiere Domiciliare, Infermiere Ambulatorio Nucleo Cure Primarie, Responsabile Organizzativo OsCo, Case-manager Degenza Territoriale, Medico di Organizzazione, Responsabile Settore Anziani Azienda Speciale Servizi alla Persona)

Strategie utilizzate nella conduzione del **GRUPPO**

- **Coordinamento**
 - **Creazione di fiducia**
 - **Individuazione e coordinamento della Rete di servizi a disposizione**
 - **Coinvolgimento con inserimento nel gruppo di altri Professionisti**
- 

**Ruolo del Coordinatore svolto dalla
Casa della Salute sulla Rete dei servizi
assistenziali nei “Casi oggetto di analisi” del
gruppo multi-disciplinare**

- Risolutività**
- Orizzontalità**
- Riorganizzazione dei flussi assistenziali**
- Reti orizzontali**
- Cabina di regia**



**VALUTAZIONE
MULTIDIMENSIONALE
DELLO STATO DI
BISOGNO**

“ fragilità sociale “


**Condizioni psico/fisiche
Famiglia/contesto
Misurazione mezzi
economici**



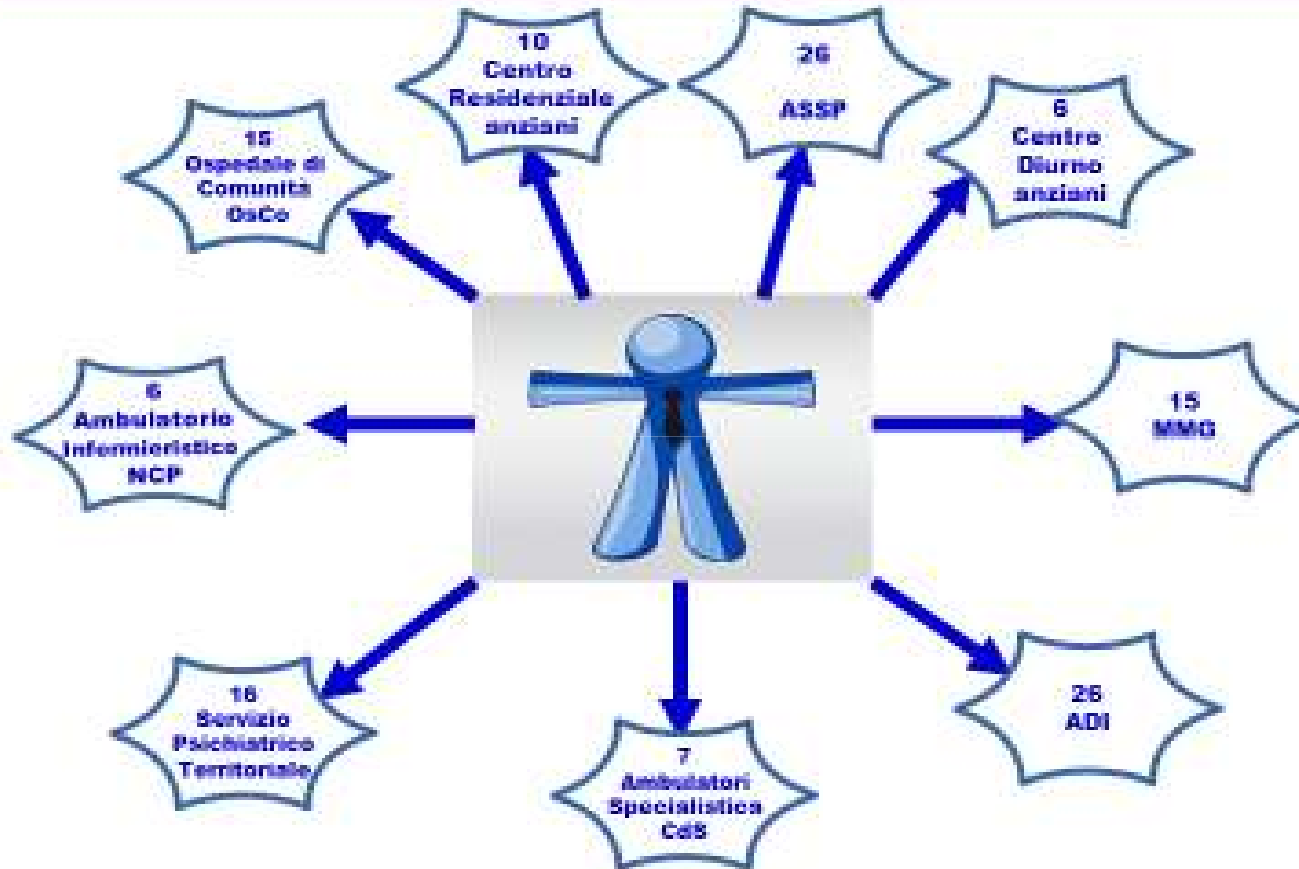
**TEAM Integrato
Multiprofessionale
Socio-Sanitario**

**Presa in carico
CASI-COMPLESSI
SOCIOSANITARI
30 PAZIENTI
anno 2016**

Tipologia della casistica presa in cura nell'anno 2016 : 30 casi.

- **17 casi con bisogni sociali sanitari psichiatrici**
 - **6 casi con bisogni prevalentemente sanitari che risultavano irrisolti e già in carico al sociale**
 - **7 casi con bisogni sociali/sanitari**
- 

**TUTTI I CASI PRESI IN CURA SONO STATI SEGUITI
UTILIZZANDO LA RETE ASSISTENZIALE INDIVIDUATA**

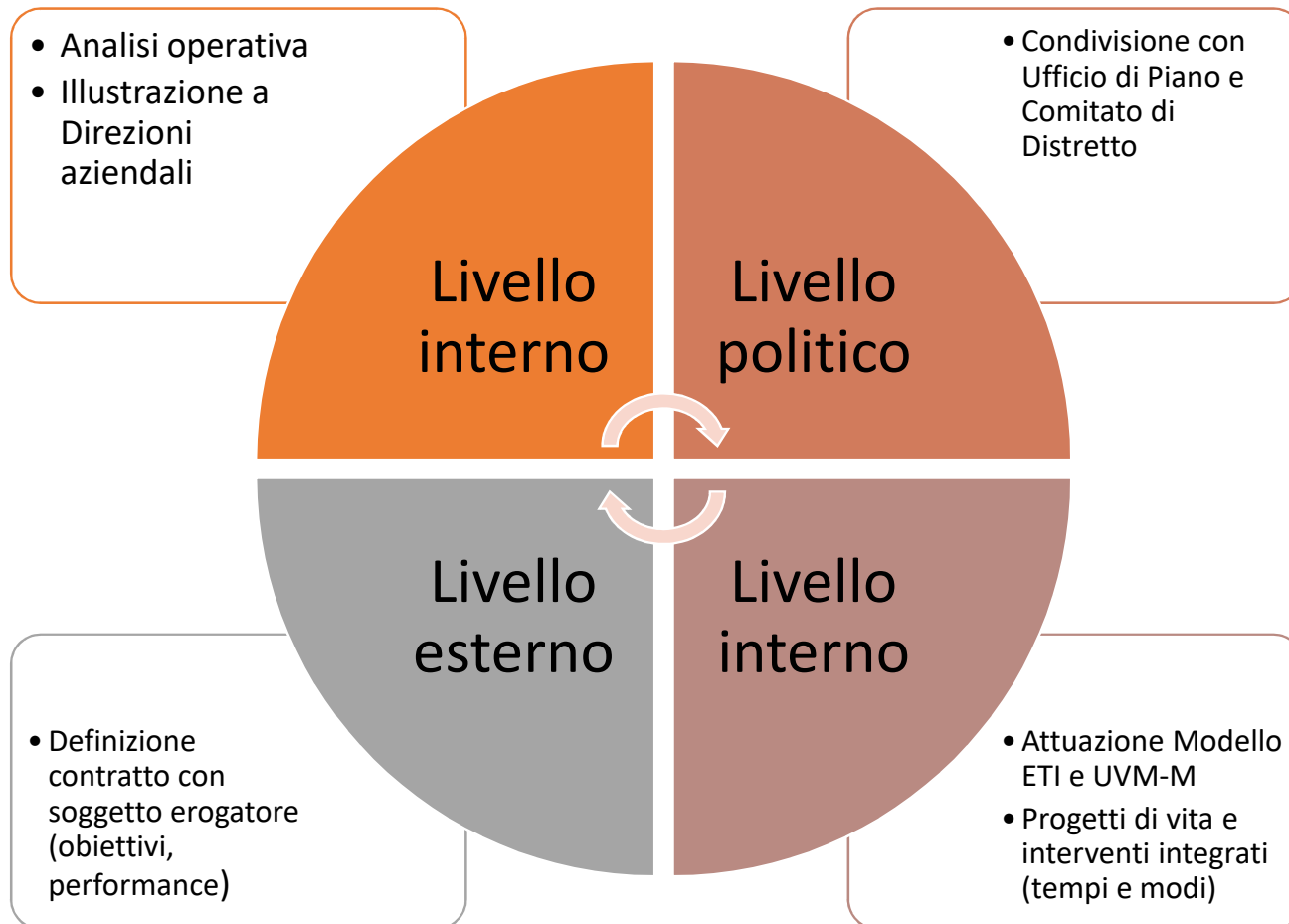


Le Equipe Territoriali Integrate e UVM minori - DGR 1102/2014

In applicazione alla DGR 1102/2014 si è avviata la costituzione di una Equipe Territoriale Integrata (ETI) Distrettuale e di una Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) per la realizzazione di interventi integrati sociosanitari rivolti ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento con

l'obiettivo di consolidare e migliorare i livelli di integrazione in AREA MINORI (DAISM-DP – UONPIA – ASP – Servizi Sociali) in ambito distrettuale.

Percorso: sperimentazione modello ETI (DGR 1102/2014)



Analisi interna

- Esistenza protocolli ASL/ASP
- Definizione di ETI – nr 3 Distrettuali

Finalità

- Ruolo tecnico e Definizione progetto quadro
- Verifica periodica attività

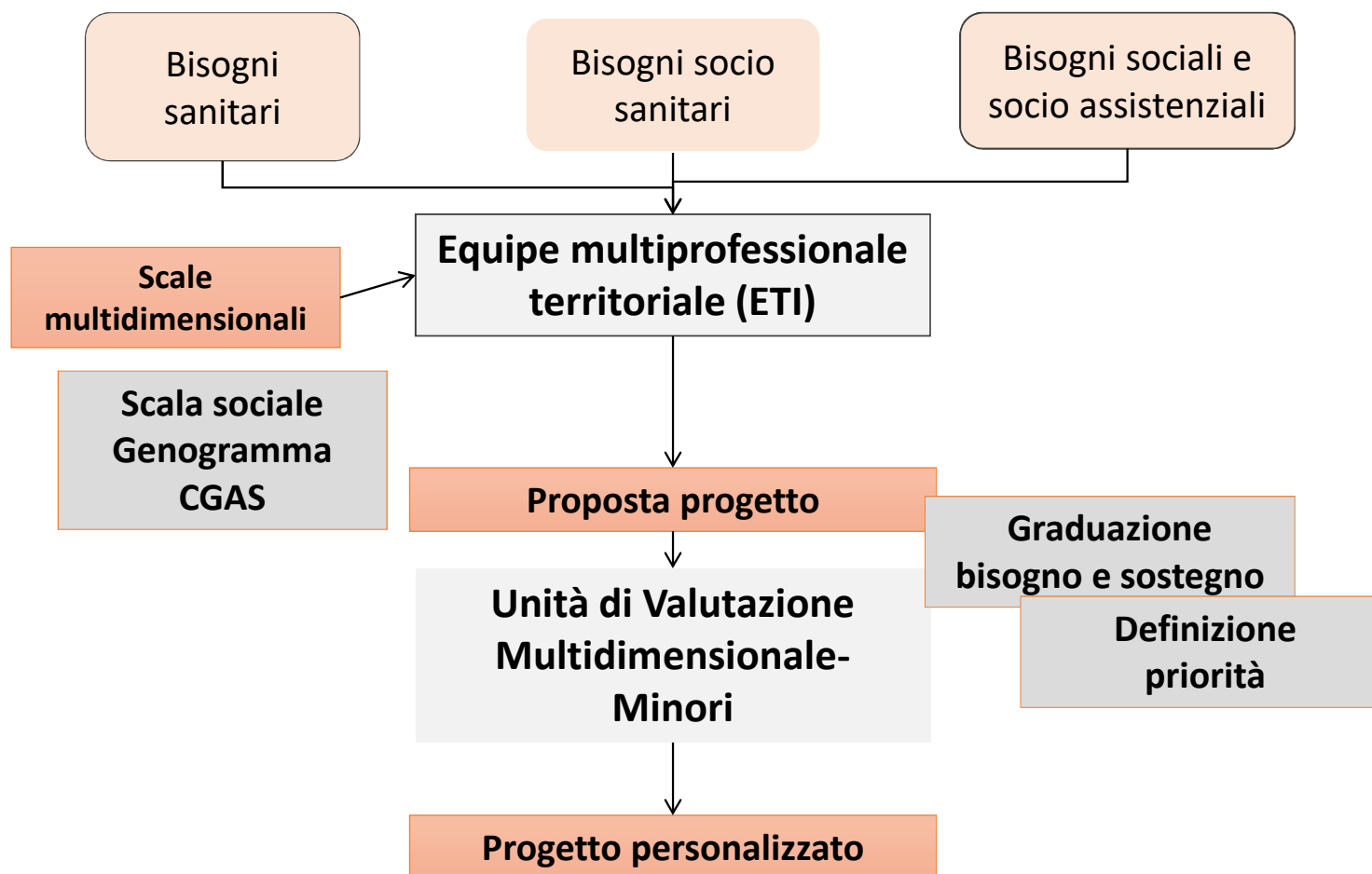
Ruoli e funzioni

- UONPIA/Area disabilità, Servizi sociali responsabili del caso
- Soggetti erogatori responsabili degli esiti

Progetto

- Attuazione con risorse interne
- Attivazione UVM-M per casi compartecipati

ETI: una rappresentazione



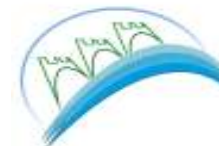
Centrale Dimissioni e Continuità Assistenziale CDCA

“



**Servizi Sociali
del Distretto Ovest**

Progetto per l'attivazione



ASP "EPPI – MANICA – SALVATORI"
Azienda Pubblica di Servizi alla Persona



*“ Unirsi è un inizio,
stare insieme un progresso,
lavorare insieme un successo! “*

H. Ford

Centrale di Dimissione e Continuità Assistenziale CDCA

I valori di riferimento per lo sviluppo della CDCA sono:

- la visione **centrata** sul paziente,
- la maggior **appropriatezza** possibile del setting assistenziale,
- la massima **integrazione** degli interventi a garanzia della **continuità**
- la gestione **equa** e trasparente dei percorsi.

L'obiettivo primario é quello di individuare un
modello unico di governo del processo di dimissione

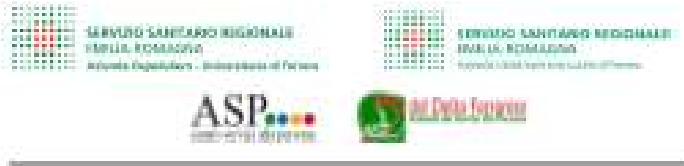
inteso come passaggio **ORGANIZZATO** del paziente da un setting di cura ad un
altro nell'area di Ferrara e provincia.

I “valori” di una CDCA

- **Il paziente al centro del progetto**
- **Coprogettazione e condivisione con la famiglia nei casi con oggettive difficoltà al rientro al domicilio**
- **Competenza, autorevolezza e capacità decisionale della CDCA**
- **Ottica di sistema: operatori non più “gestori” tecnici di un singolo percorso ma responsabilità di risolvere un problema:**
 - nei casi più semplici, scegliendo la soluzione considerata come la migliore possibile nell’ambito delle risorse a disposizione
 - nei casi più complessi, avviando il paziente verso la migliore soluzione disponibile al momento, facendosi carico dell’eventuale passaggio successivo al setting di destinazione finale più appropriato (a minore “impatto” di sistema)
- **Capacità di autogestione degli eventuali conflitti interni: revisione periodica dei “casi” nel Team di Progetto**

Quali vantaggi?

- Efficientamento delle procedure di valutazione per tutti i percorsi di continuità assistenziale
- Modello univoco in ambito provinciale
- Integrazione multiprofessionale in ambito provinciale
- Ottimizzazione delle risorse professioni che operano nel campo della continuità assistenziale
- Integrazione nel processo dei servizi sociale e DSM
- Individuazione del setting più appropriato per ogni paziente



Progetto per l'attivazione della

Centrale Dimissioni e

Continuità Assistenziale

CDCA

" Insieme è un inizio,
restare insieme un progresso,
lavorare insieme un successo! "

H. Ford

Ottobre 2016

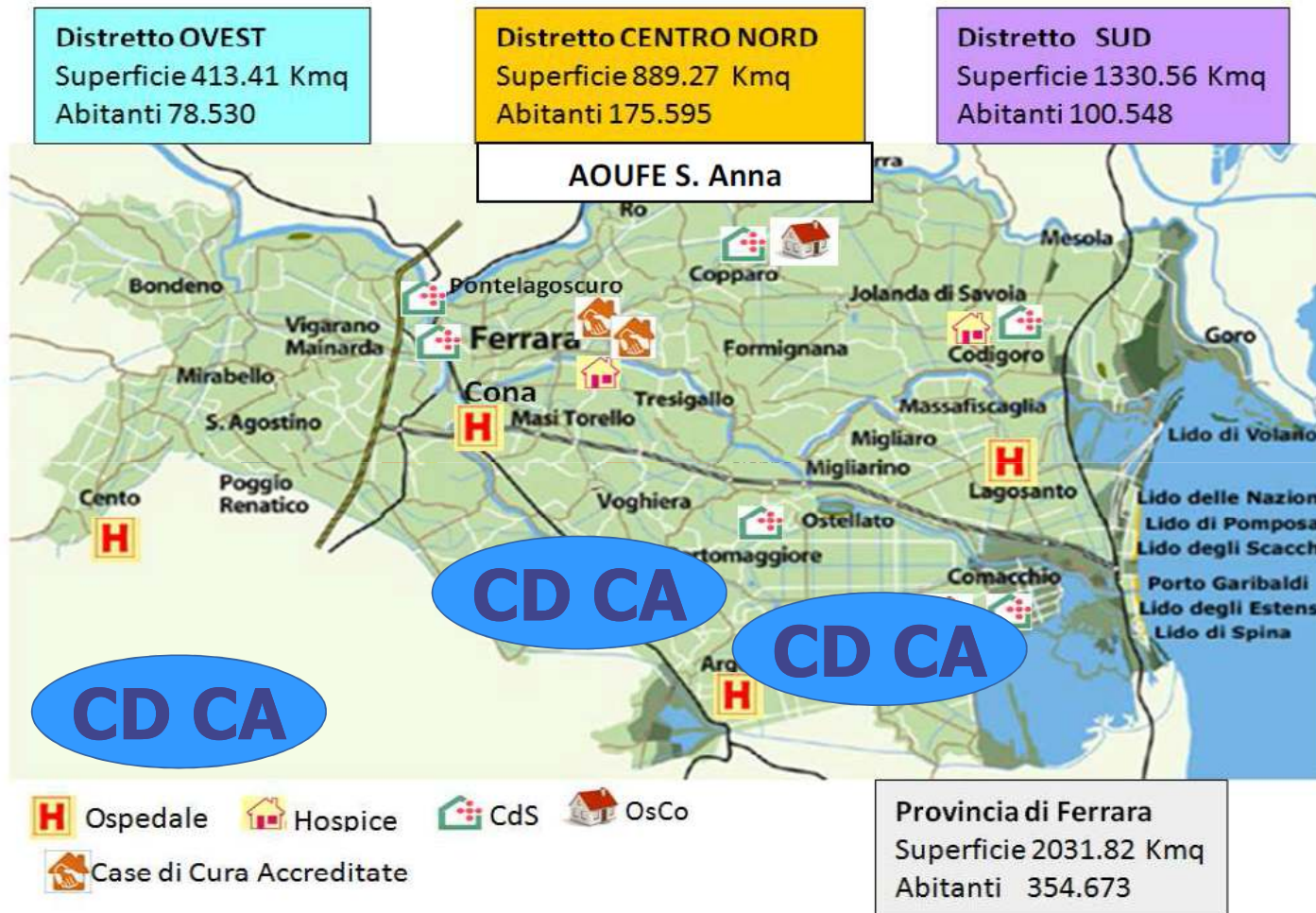
Gruppo di lavoro:

Andreoli Carlotta, Bassi Erika, Benvenuti Chiara, Bellotti Enrico, Candeloni Renato, Carli Claudia,
Colombi Maria, Gallenzi Massimo, Galeffi Alessandro, Giarelli Gloria, Guzzini Lorenza,
Marzola Mariella, Mazzoni Barbara, Montanari Katia, Nola Silvano, Pandini Micaela, Romagnoni Franco,
Schiavone Annagloria, Semerari Carolina, Sposola Margherita, Tamboni Andrea, Tappalera Iola, Zoli Giorgio,
Zurlo Amedeo

**18 ottobre 2016 presentazione
del Progetto alla Direzione Ausl
Successiva condivisione con
Direzione AOSP**

**30 gennaio 2017 validazione
del Progetto da parte della
Direzione AUSL e AOSP**

Modello organizzativo: 1 CD CA per ogni Distretto



Centrale di Continuità Ospedale Territorio CDCA

Modello Organizzativo

Si prevede di individuare per ogni distretto una CDCA collocata all'interno dei Presidi Ospedalieri di Cento, di Cona e di Lagosanto, le cui funzioni afferiscono alla Direzione del Distretto, quale garante della continuità dell'assistenza prima e dopo il ricovero.

Nella CDCA si propone un team multiprofessionale così costituito:

- 1 coordinatore infermieristico
- 1/2 infermieri esperti
- 1 geriatra
- **1 assistente sociale dell'ASP**
- Il team si avvarrà della competenza di un referente del DAISM-DP

CD CA

Le fasi

**NOMINA DEL
GRUPPO DI
PROGETTO**

Febbraio 2017

Nomina del *coordinatore e del gruppo di progetto tecnico interaziendale* con la responsabilità di coordinare le differenti fasi previste e di attuare il monitoraggio della sperimentazione per conto delle Direzioni Generali

**PRESENTAZIONE
AL COLLEGIO DI
DIREZIONE E AI
COMITATI DI
DISTRETTO**

Marzo 2017

Validazione della Proposta operativa del Gruppo di Progetto che entra nel merito delle fasi descritte nel Progetto Quadro nel Collegio di Direzione Interaziendale

FORMAZIONE

Giugno 2017

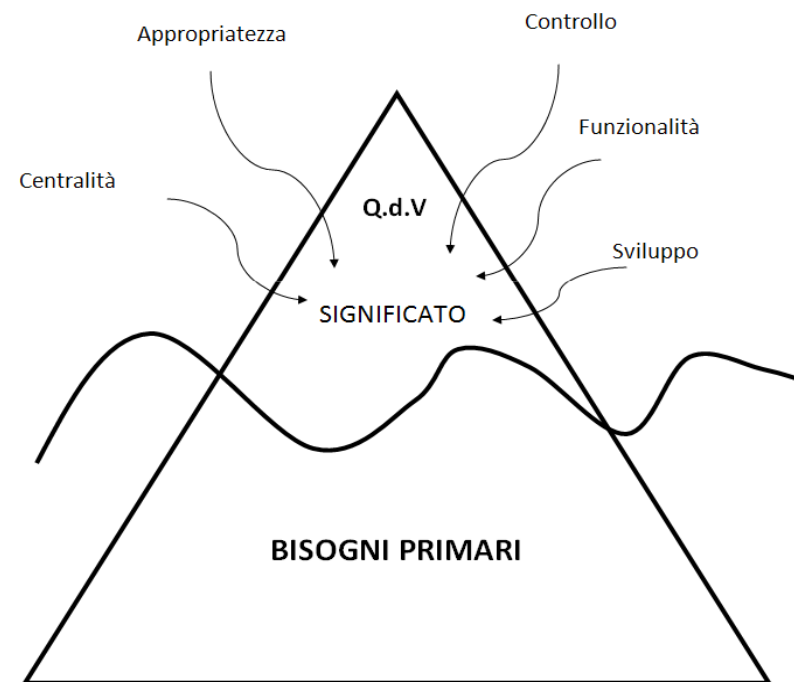
Progettazione e attivazione del *percorso formativo* articolato in gruppi di lavoro e formazione sul campo

AVVIO

LUGLIO 2017

Dall'assistenza all'esistenza

Pianificazione degli interventi



Progettare l'esistenza

Essere



Diventare



Appartenere

(Renwick e Brown 1996)



Un grazie particolare a:

Felice Maran, Federica Rolli, Norma Bellini, Paola Carozza, Caterina Montanari, Cristiano Guagliata, Elisa Mazzini, Franco Miola, Franco Romagnoni, Domenico Laganà, Mara Migliari, Marilena Marzola, Michele Greco, Paola Castagnotto, Patrizia Conforti, Sandra Bombardi, Simonetta Beccari, Valentina Marzola, Andrea Zamboni .