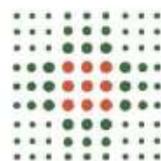
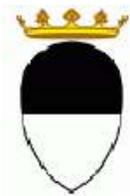




# L'integrazione socio-sanitaria: Le buone pratiche nel Distretto

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

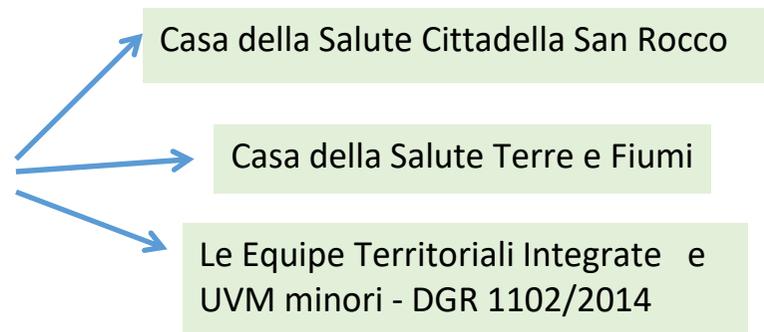


*23 Maggio 2017*

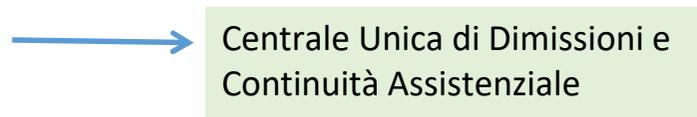
# INDICE DELLA RELAZIONE

## 1. Premessa: Il Distretto come sede di Integrazione

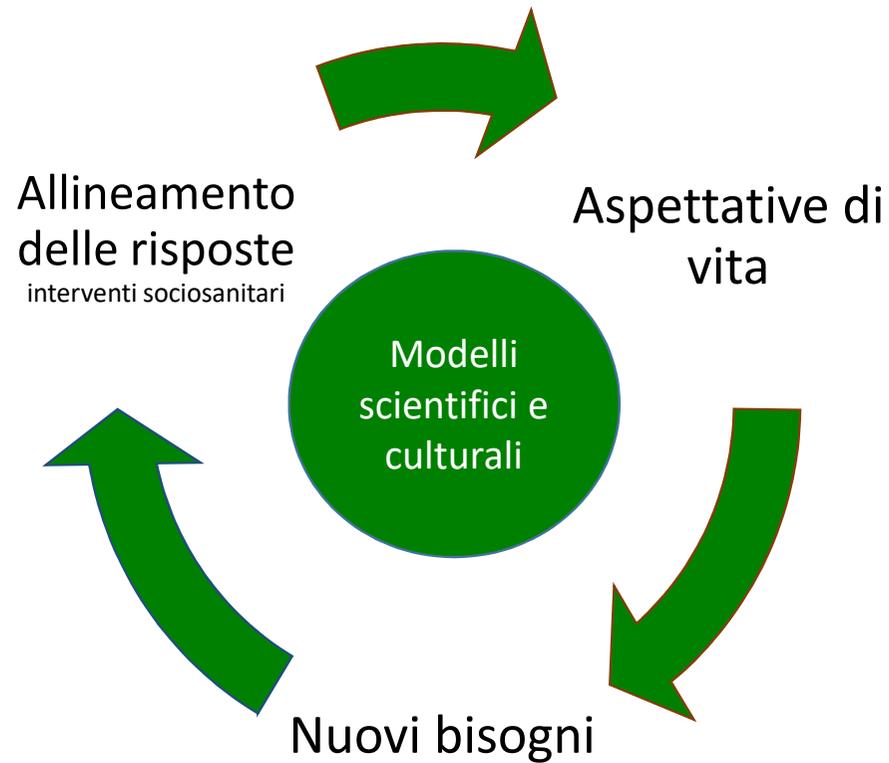
### 1. Esperienze già avviate:



### 3. Lavori in corso:

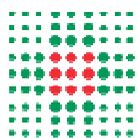


# Cosa è cambiato in questi ultimi anni?



# Come programmare.....

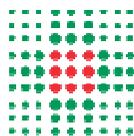




SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara



**ASP**  
centro servizi alla persona



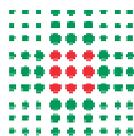
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

# Casa della Salute Cittadella San Rocco Ferrara

## Segretariato socio-sanitario

### Progetto di accoglienza integrata

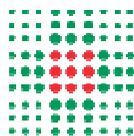
Federica Rolli  
Direttore A.S.P. Ferrara  
Valentina Marzola  
Coord. Infermieristico Casa Della Salute Cittadella S.Rocco  
Marilena Marzola  
Responsabile Settore Anziani A.S.P. Ferrara

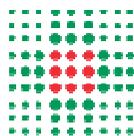


## il mandato istituzionale

### Il DISTRETTO e la CASA della SALUTE







11 ottobre 2016

### Gli operatori

- Formazione interistituzionale

18 Ottobre 2016

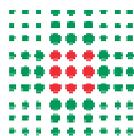
### I cittadini

- Presentazione alla popolazione

31 ottobre 2016

### Segretariato socio-sanitario

- Casa della Salute  
Cittadella San Rocco



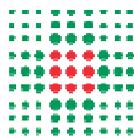
## Il Gruppo di lavoro : finalità

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

### Obiettivo

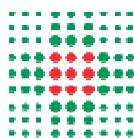
Realizzazione di uno sportello di Segretariato Socio-Sanitario all'interno della Casa della Salute, per favorire una maggiore integrazione tra i servizi sanitari e sociali, per intercettare il bisogno, le domande e facilitare l'accesso ai servizi di assistenza territoriale, sanitaria e socio-sanitaria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

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

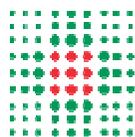
ORARI DI APERTURA

**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](mailto:segretariato@aspfe.it)

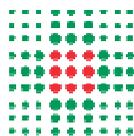
**ASP**  
centro servizi alla persona



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



**ASP**  
centro servizi alla persona

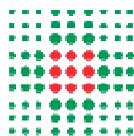


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

## Segretariato socio sanitario

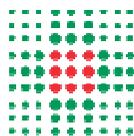
Diventa parte del **sistema dell'accoglienza della Casa della Salute**

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



## Operatori coinvolti

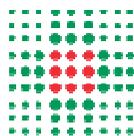
- **Assistente Sociale ASP**
- **Infermiere e l'infermiere coordinatore della Casa della Salute**
- **L'operatore di accoglienza ASP**



# Perché un segretariato socio-sanitario ?

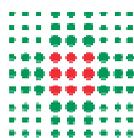
La **complessità sociale** si affronta con scelte organizzative che favoriscono l'integrazione tra sociale e sanitario attraverso:

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



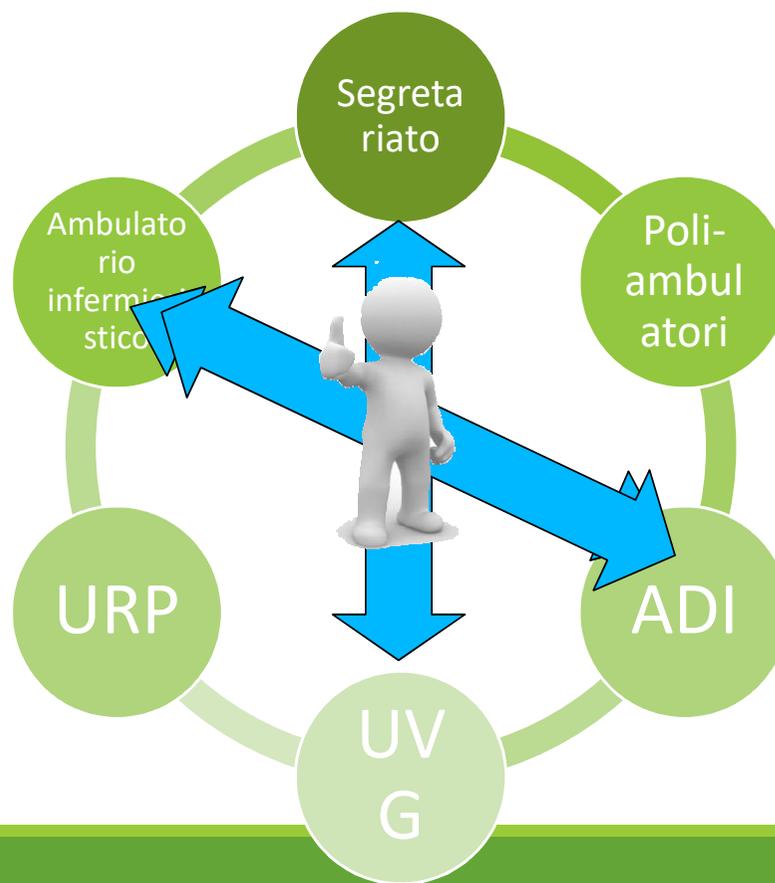
## Cosa ci aspettiamo ?

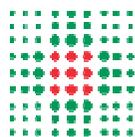
- **Maggior coinvolgimento di più figure professionali appartenenti ad organizzazioni diverse**
- **Costruzione di progetti basati su valutazioni multiprofessionali sin dal momento dell'accoglienza della persona.**



## 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**

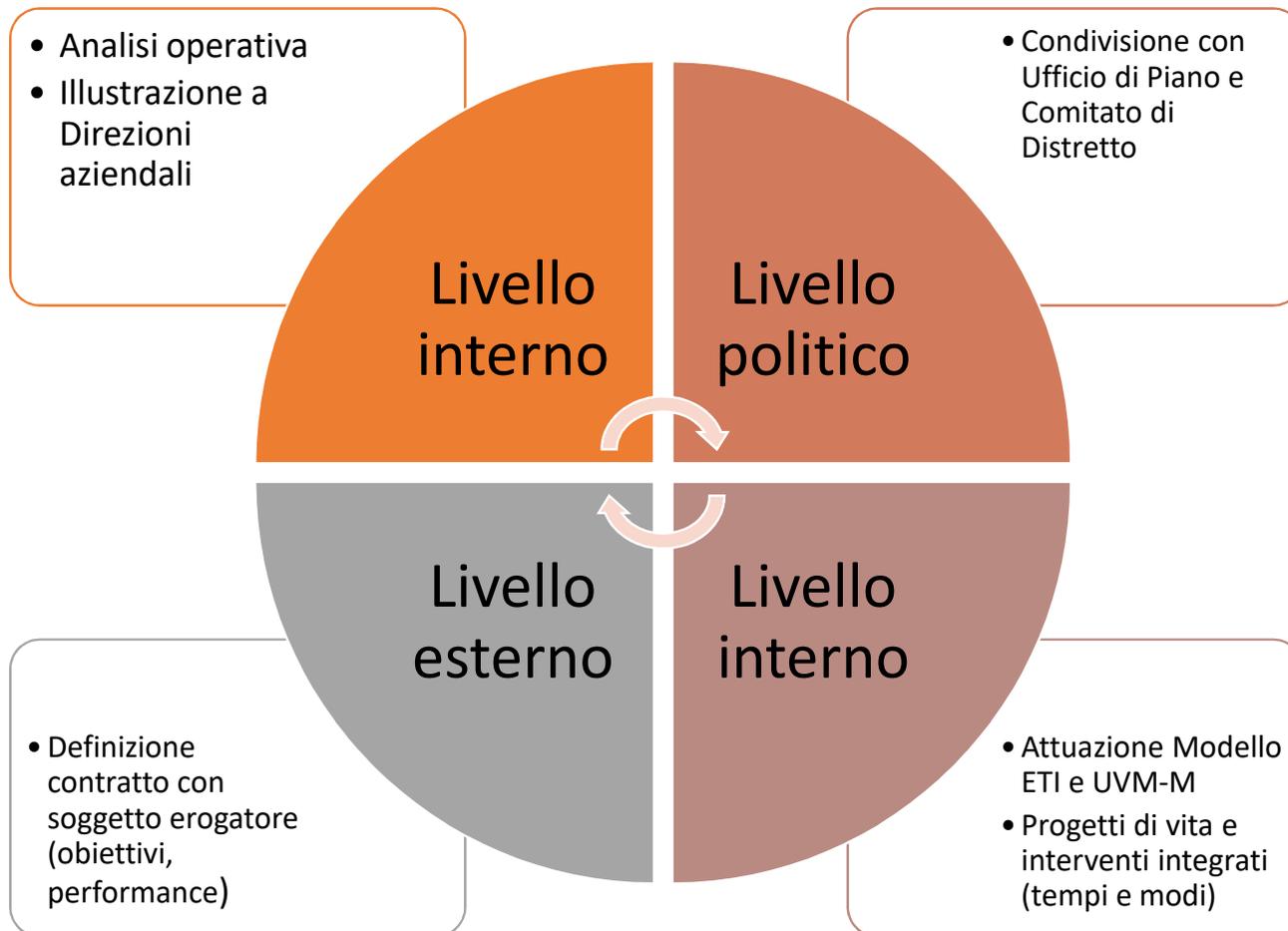


# Le Equipe Territoriali Integrate e UVM minori - DGR 1102/2014

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

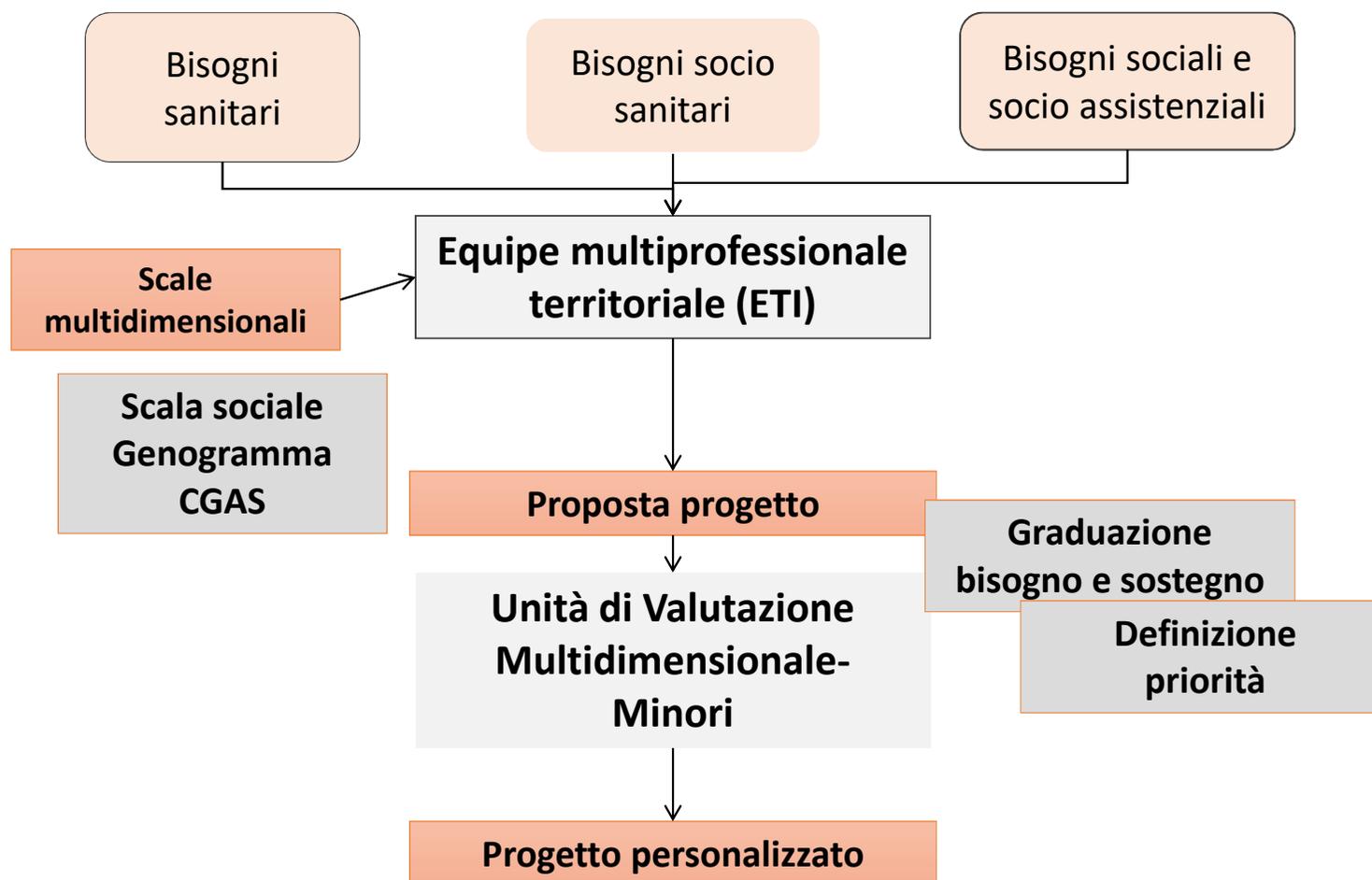
## Ruoli e funzioni

- 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

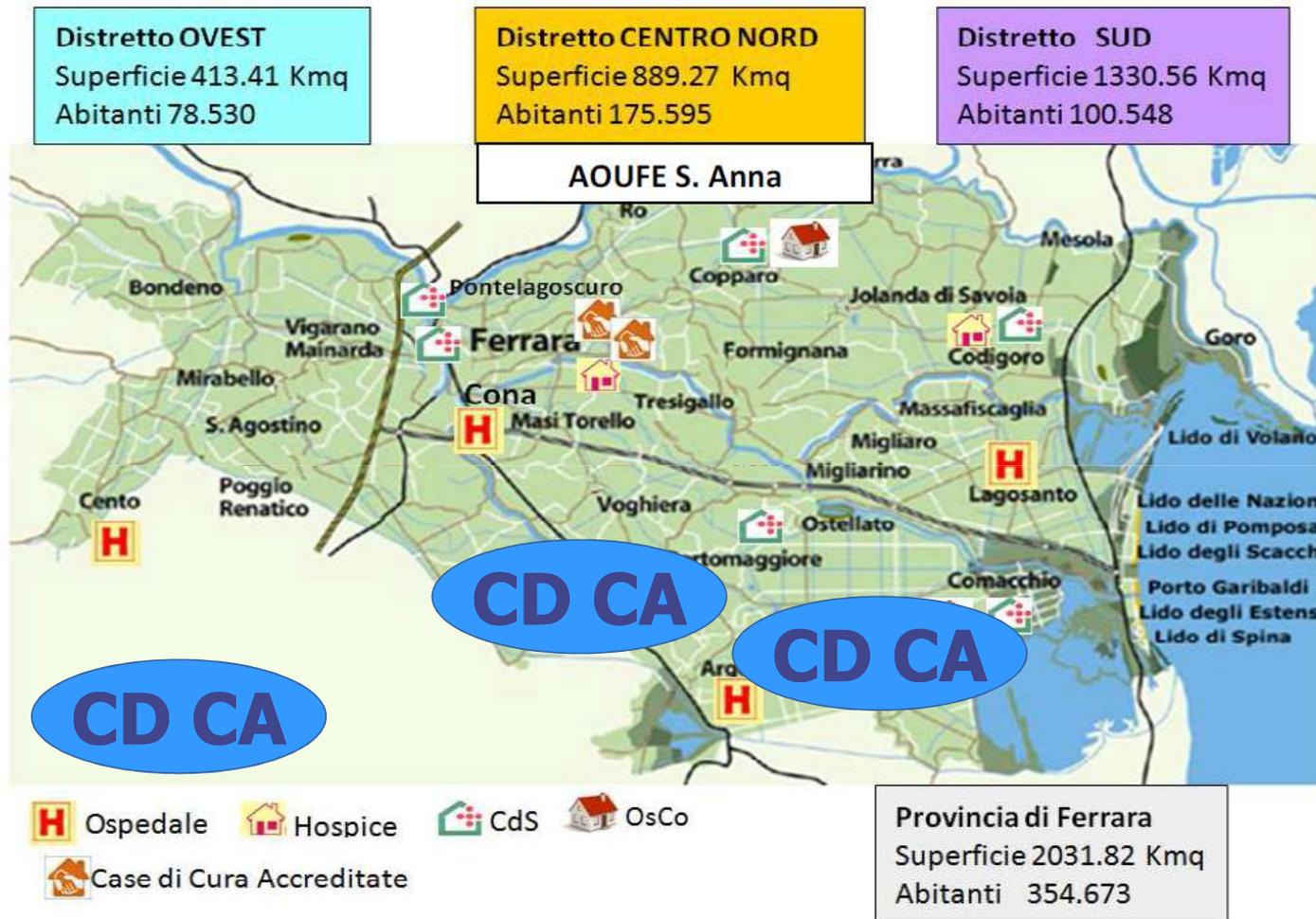
Ottobre 2016

Gruppo di lavoro:  
Andreotti Carlotta, Bassi Erika, Benvenuti Chiara, Bellotti Enrico, Candeloni Renato, Carli Claudia,  
Colombi Maria, Gallenzi Massimo, Galeffi Alessandro, Giarechi Gloria, Guzzini Lorenza,  
Marzola Mariella, Mazzoni Barbara, Montanari Katia, Nola Silvano, Pandini Micaela, Romagnoni Franco,  
Schiavone Annagloria, Semellini 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**

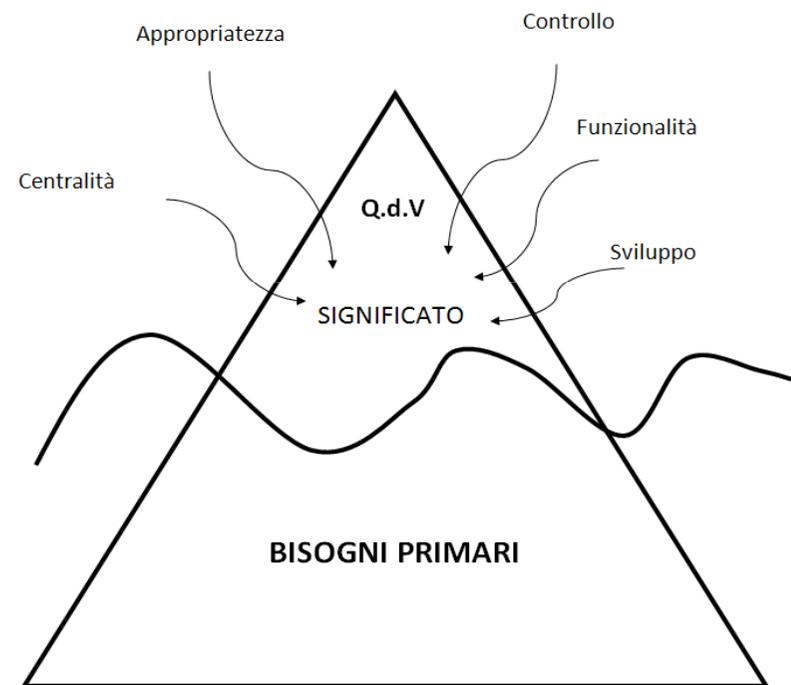
**Progettazione e attivazione del *percorso formativo*** articolato in gruppi di lavoro e formazione sul campo

**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 .