Regione Emilia-Romagna

Regione Toscana

Esperienze di cure primarie: l'innovazione 2.0 nell'assistenza territoriale

PRATICARE L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Suggestioni da un'esperienza in corso

Dott.ssa Elisabetta Negri

Dott.ssa Elena Davoli

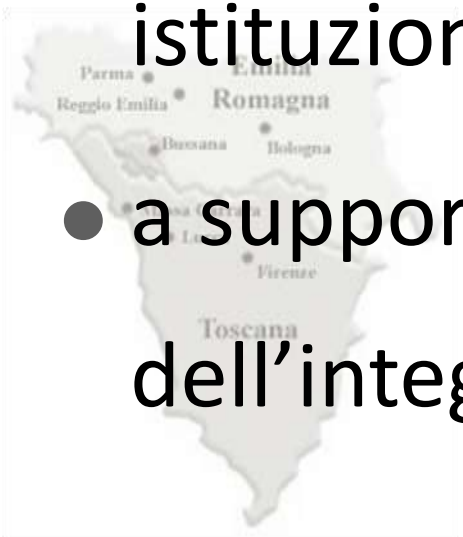
L'Accordo Di Programma

- Strumento privilegiato per una più concreta applicazione della integrazione sociosanitaria nei percorsi di cura e accompagnamento dei cittadini e delle loro famiglie

L'Accordo Di Programma

Forma negoziale:

- con l'obiettivo della integrazione istituzionale, gestionale e professionale;
- a supporto dell'efficacia attesa dell'integrazione sociosanitaria.



L'Accordo Di Programma

Una scelta che nella nostra realtà ha comportato:

- un investimento - anche dal punto di vista culturale e professionale - su quella **tecnostruttura** che ha la responsabilità di programmazione e **committenza**;

L'Accordo Di Programma

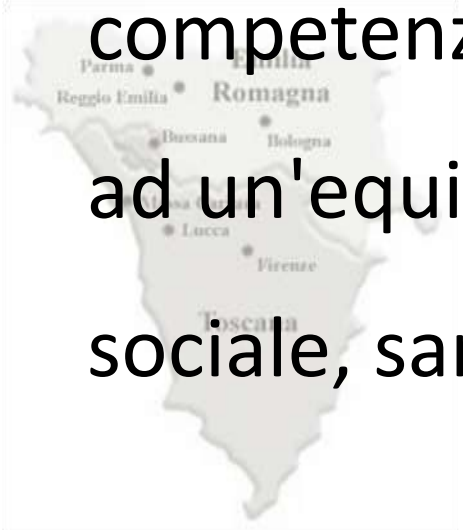
Una scelta che nella nostra realtà ha comportato:

- un assetto organizzativo che identifica la responsabilità non per servizi/prestazioni, ma per ambiti territoriali/target di utenza;

L'Accordo Di Programma

Una scelta che nella nostra realtà ha comportato:

- un assetto organizzativo che attribuisce la competenza di ciascun ambito di responsabilità ad un'equipe multi-professionale integrata tra sociale, sanitario ed educativo.



Intesa generale sulla integrazione sociosanitaria

- valori e orientamenti;
- domiciliarità, territorializzazione e metodo di lavoro integrato.

Intesa generale sulla integrazione sociosanitaria

si riferisce:

- Alla programmazione ed al governo delle risorse;
- all'accesso ai servizi che si realizza presso le sedi degli sportelli sociosanitari;

Intesa generale sulla integrazione sociosanitaria

si riferisce:

- alla valutazione e la presa in carico delle persone e delle famiglie da parte di equipe multi-professionali legate al territorio;
- al monitoraggio ed alla valutazione integrata.

Elementi comuni degli Accordi di Programma

- **responsabilità comune sia nel prodotto che nel processo;**
- **innovazioni di modalità di lavoro**;
- ci si pone nell'ottica di **produrre servizi e costruire reti**.

Elementi comuni degli Accordi di Programma

- definizione precisa delle **aree**;
- **partecipazione dei soggetti sociali organizzati e del terzo settore;**
- **domiciliarità, accompagnamento** alle famiglie, **bassa soglia, accoglienza, tutela**.

La filiera organizzativa degli A.d.P.

1. La **programmazione e la committenza**, la **regolazione, il monitoraggio e la valutazione.**
2. Le fasi interne alla **regolazione.**
3. Le **unità di valutazione multidimensionali**

Tema principale degli A.d.P.

- è l'area sociosanitaria e appare primo compito degli ADP definirne i contenuti con chiarezza;
- allo stesso tempo le aree sociale e sanitaria non sono indipendenti dall'area sociosanitaria.

Integrazione sociosanitaria

Si esplica al domicilio delle persone, vale a dire entro logiche di *community care* nelle quali l'attenzione e l'interazione è verso un "sistema cliente".

Integrazione sociosanitaria

- *Le premesse:*

“L'integrazione sociosanitaria in generale pone il problema del rapporto tra «prestazioni artificiali di cura» e «mondo della vita»…”

F. Folgheraiter

Integrazione sociosanitaria

Le premesse:

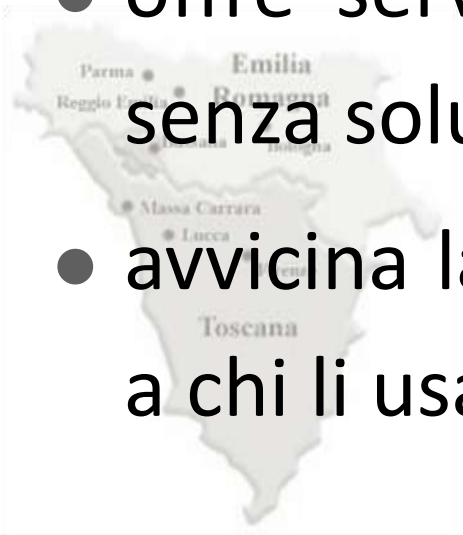
Il raccordo tra politiche sociali e politiche sanitarie consente di dare risposte unitarie all'interno di percorsi assistenziali integrati.

Integrazione sociosanitaria

Rappresenta un fattore fondamentale di qualificazione dell'offerta dei servizi e prestazioni sociali e sanitarie.

Integrazione sociosanitaria

- riduce il disagio dei cittadini nel rapporto con i servizi sanitari e sociali;
- offre servizi più accessibili, personalizzati e senza soluzioni di continuità;
- avvicina la decisione a chi produce i servizi e a chi li usa;



Integrazione sociosanitaria

- favorisce l'unità di intenti e la collaborazione fra organizzazioni e professionisti;
- assicura la presa in carico personalizzata delle persone;
- favorisce un uso più efficiente delle risorse finanziarie e strumentali.

Obiettivi strategici comuni per l'area sociosanitaria

- evidenziare la responsabilità condivisa sia nel prodotto che nel processo;
- esplicitare modalità di lavoro congruenti con le finalità e i presupposti teorici.

L'integrazione istituzionale

- piena responsabilità del settore pubblico e riconoscimento esplicito della "funzione pubblica" ai soggetti della società civile;
- sistema di regolazione delle azioni di pianificazione e controllo, di garanzia e committenza;
- integrazione delle politiche sociali con quelle sanitarie, ed anche con quelle educative, ambientali, urbanistiche ecc.

L'integrazione istituzionale

Strumenti:

- accompagnamento all'implementazione svolta dal **gruppo di coordinamento interistituzionale** composto da Responsabili dei servizi dei Comuni del Distretto e dell'AUSL, DASS e Responsabile Politiche per la coesione sociale e la solidarietà del Comune capoluogo.

L'integrazione comunitaria

- comunità e risorse informali;
- portare a valore le differenze, nel contrastare le diseguaglianze;
- valorizzare il "capitale sociale" e investire in una comunità competente.

L'integrazione organizzativo/gestionale

- unicità della gestione dei fattori organizzativi e delle risorse;

- costituzione e regolazione del funzionamento delle **reti**;

*Le **Reti** possono garantire:*

- **complementarietà** fra i servizi e appropriatezza delle risposte assistenziali;
- **omogeneità** del trattamento in ogni punto della rete;

*Le **Reti** possono garantire:*

- regole certe che garantiscano la eguaglianza nelle condizioni di accesso;
- percorsi di "continuità assistenziale";
- interazione fra tutti i "soggetti“, pubblici e privati.

*Le **Reti** funzionano bene se:*

- unica “porta di accesso” alla rete;
- mantenimento, revisione e sviluppo delle reti nell'ambito del P.d.Z.;
- struttura gestionale che garantisca la presenza e il buon funzionamento degli “strumenti”.

L'integrazione professionale

- "presa in carico" congiunta attraverso interventi personalizzati;

- modello d'integrazione forte nelle situazioni altamente complesse.

L'integrazione professionale

- *valutare gli esiti in modalità multi-professionale;*
- *avere cura della formazione comune per gli operatori delle diverse organizzazioni di appartenenza;*
- *utilizzare sistemi informativi integrati…*

E. Quargnolo

L'integrazione professionale

- *I livelli:*

"È la qualità personale degli operatori e il loro entusiasmo responsabile che i manager e, più in alto il legislatore, dovrebbero considerare e saper sostenere (...) Anche perché soltanto operatori siffatti, con una personalità aperta e collaborativa, sono poi capaci, non solo di integrarsi tra loro, ma anche di andare oltre e integrarsi con le motivazioni e le intelligenze delle persone che aiutano: ed è questa la migliore integrazione concepibile."

F. Folgheraiter

L'integrazione professionale

le connessioni :

"Occorre avere sempre di più delle coordinate di fondo, punti cardinali ai quali fare riferimento per potere interagire attivamente con i cambiamenti: connettere micro e macro connettersi con gli altri, connettere le letture dei mandati, connettere le risorse (...)…

L'integrazione professionale

- *le connessioni :*

…sembra oggi cruciale fare degli investimenti di pensiero, di elaborazione con i diversi soggetti per connettere le rappresentazioni di ciò che in un contesto locale può essere risorsa; in tal modo decostruendo modalità tradizionali di considerare risorsa e quindi scoprire e potenziare risorse sopite e nascoste".

F. O. Manoukian

Vecchi/Nuovi paradigmi

- prendersi cura
- proattività e anticipazione
- promozione delle responsabilità individuali e di comunità
- lavoro in rete e sviluppo della comunità
- garantire il diritto di cittadinanza
- aiutare chi aiuta

Vecchi/Nuovi paradigmi

La **“prossimità”** costituisce un indirizzo fondamentale per l’evoluzione del sistema integrato dei servizi.

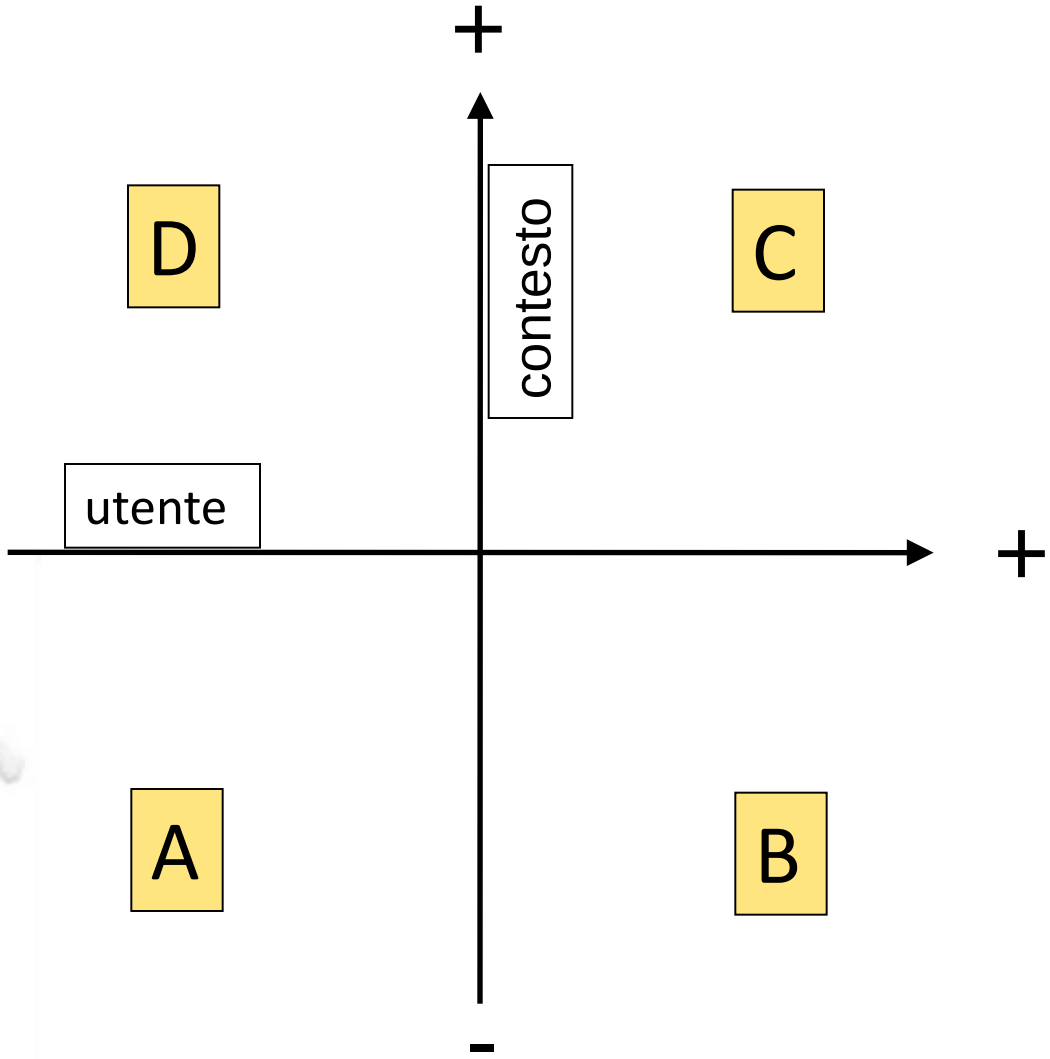
Alcune suggestioni: dispositivi organizzativi e strumenti

- Vademecum applicativo dell'A.d.P;
- consulenze;
- scheda utente e rappresentazione grafica a supporto U.V.M;

La Scheda Utente

Per orientarsi nella complessità sono state delineate alcune **situazioni ricorrenti** che contengono riferimenti utili per inquadrare le situazioni che richiedono collaborazione tra servizi e livelli diversi di coinvolgimento.

Vincoli/risorse della persona e del suo contesto



Vincoli/risorse della persona e del suo contesto

- **Quadrante A:** orientamento/accompagnamento nella ricerca di autonomia, sostegno del contesto

- **Quadrante B:** accompagnamento/sostegno in percorsi strutturati anche temporanei

Vincoli/risorse della persona e del suo contesto

- **Quadrante C:** funzione di supporto/sostituzione del contesto
- **Quadrante D:** sostituzione finalizzata al contrasto dell'esclusione sociale/marginalità.

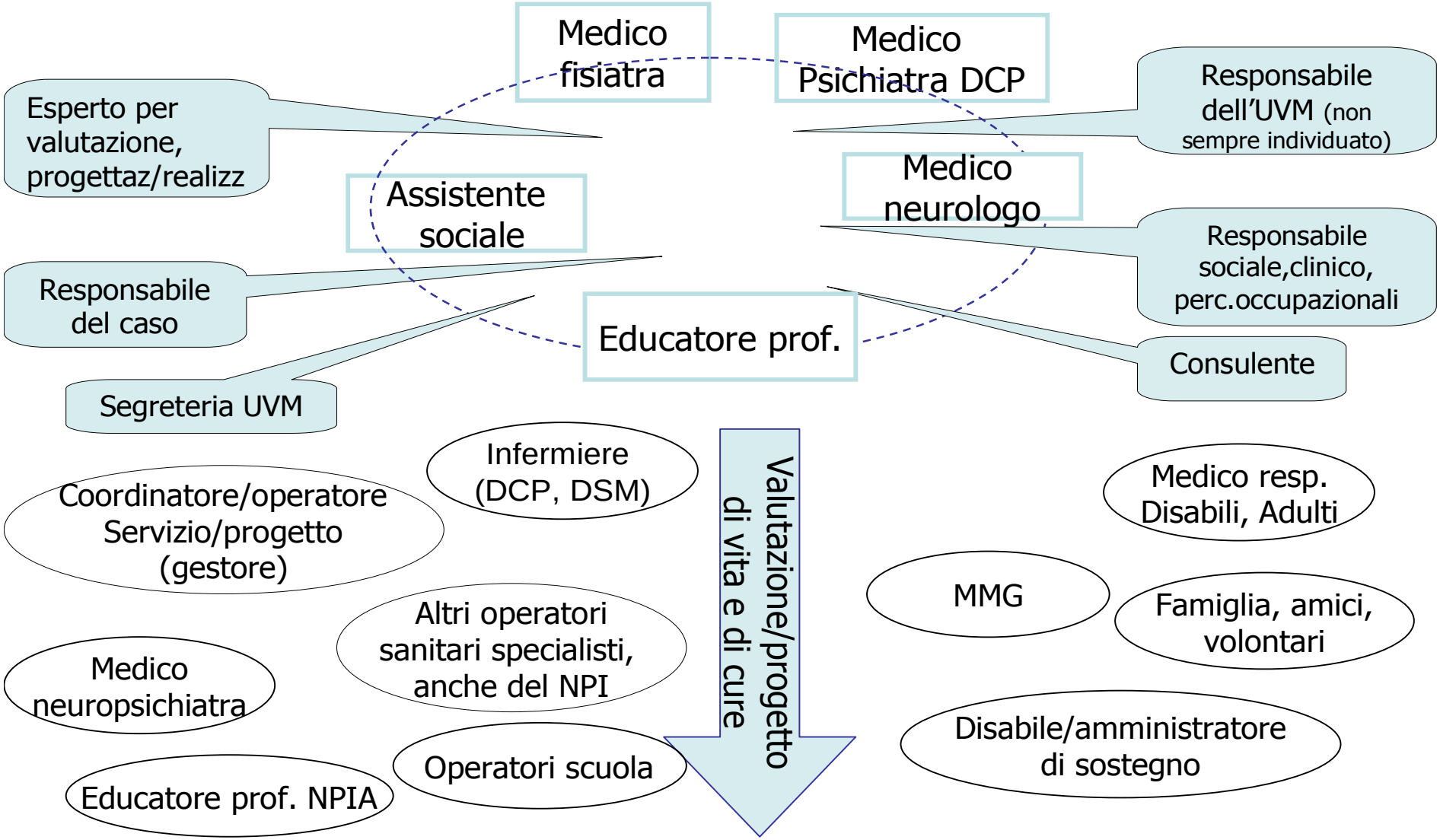
Alcune suggestioni: dispositivi organizzativi e strumenti

- **UVM semplice**: situazione seguita da entrambi i servizi oppure come evoluzione della consulenza

Alcune suggestioni: dispositivi organizzativi e strumenti

UVM complessa attivabile per progetti di inserimento/progetti di dimissione oppure per situazioni multiproblematiche che richiedono di andare oltre le competenze dei servizi.

L'UVM per i disabili adulti - REGGIO EMILIA
Le figure professionali,i ruoli operativi,i "prodotti"(22-11-13)



Alcune suggestioni:
Progetti innovativi per affrontare la cronicità

Progettazioni connesse al **fenomeno "dimissioni difficili"**, la cui complessità risiede nelle multidimensionalità delle problematiche ad esso connesse.

Alcune suggestioni: aree di lavoro

In particolare:

- L'accompagnamento;
- la comunicazione: percorsi strutturati tra PUA/OSPEDALE, PUA/SSO, PUA/SST, PUA/SERT/DSM, SSO/SST, OSPEDALE/CRA, CRA/OSPEDALE, CRA/MCA.

Area dell'accompagnamento

Pazienti con problematiche complesse, cosiddetti Olders: eleborare linee di dimissioni più efficienti

Gli olders

- Quali dispositivi per evitare di rimanere nella **trappola dell'emergenza**?
- Nuovi servizi **o un modo nuovo di concepire l'uso e la fruizione degli attuali sistemi?**
- Come **sostenere gli operatori in questo faticoso compito di riposizionamento**?

Gli olders

Target:

- A quale tipologia di persone ci riferiamo?

- Che disagio esprimono?

Gli olders

Target:

- Persone che presentano trascorsi di tossicodipendenza e altre patologie importanti croniche e associate a problemi cognitivi, e problemi sociali rilevanti; con tripla e multipla diagnosi.
- Soggetti poco complianti, non in grado di costruire una qualsiasi rete con alcuno e nemmeno con i servizi.

Gli olders

Criticità di contesto:

Le collaborazioni fra servizi (afferenti alle diverse organizzazioni) hanno consentito di trovare delle risposte, anche se non sempre appropriate sottraendo risorse per altre destinazioni più coerenti;

Gli olders

Criticità di contesto:

- difficoltà a costruire i percorsi variamente articolati;
- Difficoltà nel comprendere di quali risorse si dispone e ad appannaggio di quali ambiti di spesa.

Gli olders

Preservare i legami:

L'esperienza ci restituisce che l'essenziale è lavorare per preservare i legami che queste persone, negli anni, hanno costruito.

Gli olders

Preservare i legami:

Separare i conflitti dai legami: questo è il solco nel quale collocare le nostre azioni progettuali.

Gli olders

Preservare i legami:

- La traduzione operativa che facciamo della parola “legami”;
- i risvolti operativi/organizzativi;
- assumere un **approccio circolare**, e più flessibile;
- complementarietà fra servizi.

Gli olders

Cosa diviene strategico?

- Le <u>competenze</u> nella gestione dei legami, stare nella relazione, sviluppare accompagnamento;
- Uscire dalla logica dei servizi esclusivi e specialistici

riposizionare l'esistente

Gli olders

Cosa diviene strategico?

- Spostare l'asse dell'attenzione sui luoghi organizzativi

Unità di valutazione (flessibile e modulare) composta da tutti quei professionisti che, per quella persona e in quel particolare momento, vi concorrano con un apporto progettuale.

Gli olders

Cosa diviene strategico?

- Responsabilità e coordinamento.

Identificazione del **responsabile del caso** non su ruoli e funzioni predefinite ma secondo criteri di vicinanza e prossimità alla persona.

Gli olders

Cosa diviene strategico?

- Monitoraggio dei costi nella costante ricerca di una maggior efficacia di sistema.

Rimodulazione dell'attuale offerta - analisi integrata delle elaborazioni della Commissione di monitoraggio, del Gruppo Interistituzionale dell'ADP, di Servizi diversi e agenzie esterne - attenzione (ricerca) alle opportunità offerte dai contesti locali.

Gli olders

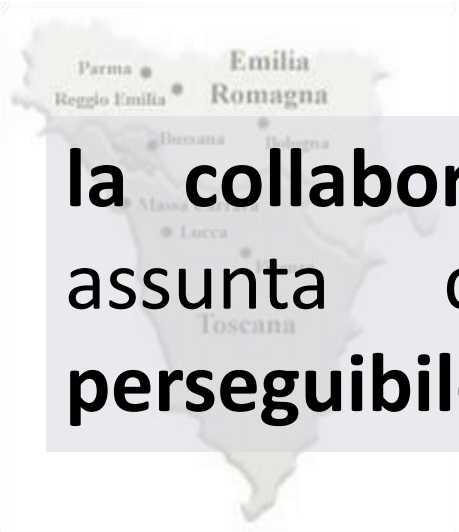
Cosa diviene strategico?

- Osservazione e **analisi delle sperimentazioni.**

Attenzione alle esperienze che vengono realizzate dal sistema sia interno alla rete che esterno.

MMG: un'alleanza professionale imprescindibile

In questo contesto appare più che mai indispensabile un appropriato coinvolgimento del Medico di medicina Generale



la collaborazione con il MMG deve essere assunta come un **oggetto di lavoro perseguibile**.

MMG: un'alleanza professionale imprescindibile

Potrebbe essere utile l'individuazione di un gruppo di approfondimento dedicato, facendo di questa interazione professionale un'area di lavoro articolato, variamente strutturato per corrispondere alle molteplici caratteristiche/esigenze di questa parte del sistema sanitario locale.

Area della comunicazione

“Criticità di invio dell’ospite dalla CRA a PS-ASMN e successiva dimissione verso strutture”

come strutturare meglio i reciproci rapporti, in particolare rispetto a:

Area della comunicazione

- ricoveri notturni con dubbi di appropriatezza;
- “cartelle”/informazioni sanitarie reperibili in struttura;
- dimissioni su CRA da struttura ospedaliera.

Area della comunicazione

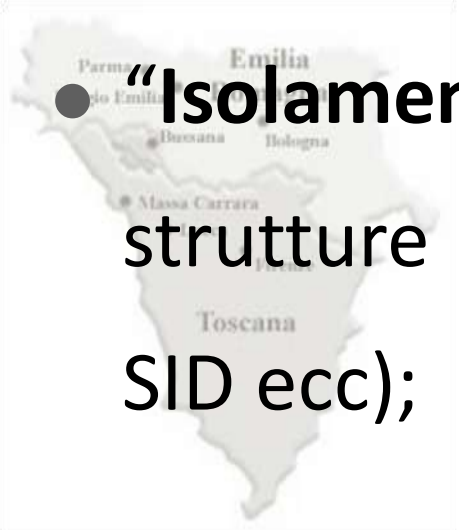
Obiettivo:

Apportare miglioramenti ai percorsi per tutelare i bisogni assistenziali del paziente.

Area della comunicazione

Criticità emerse:

- **Comunicazione fra i vari professionisti** ed operatori coinvolti nel percorso assistenziale;

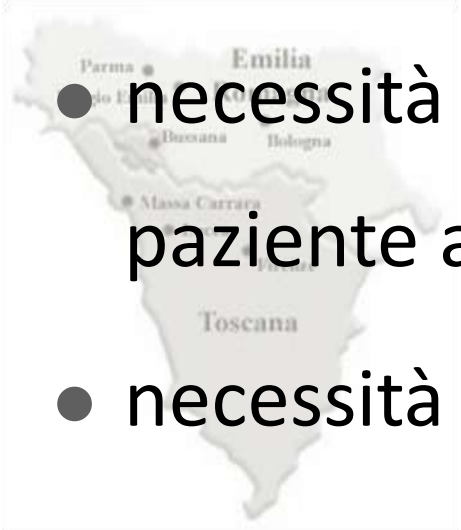


- **"Isolamento" della MCA** rispetto alle altre strutture assistenziali (cure primarie, PS, CRA, SID ecc);

Area della comunicazione

Criticità emerse:

- **Mancanza di presenza infermieristica** notturna all'interno delle CRA;
- necessità di un **documento/griglia di invio** del paziente al PS;
- necessità di **formazione** congiunta;



Area della comunicazione

Criticità emerse:

- Manca **un profilo** del paziente con bisogni assistenziali che viene allocato in strutture territoriali
- Manca **la conoscenza dei bisogni** assistenziali del paziente da parte del personale assistenziale e sanitario che dovrà farsi carico del paziente nella struttura residenziale.

Area della comunicazione

Implementazione:

Il **miglioramento della comunicazione** facilita la dimissione e la presa in carico sul territorio e può consentire di non trattenere in ospedale pazienti dimissibili il sabato o la domenica.

Area della comunicazione

- *Implementazione:*

Necessità di avere una **“griglia”** univoca, condivisa fra tutte la strutture, che accompagni il paziente in fase di invio al PS.

Area della comunicazione

Implementazione:

Formazione congiunta e continua sulla gestione di presidi complessi (PEG, tracheotomie) e sull'applicazione di linee guida condivise.

Area della comunicazione

Azioni di miglioramento:

- E' stata strutturata una **griglia** che accompagna il paziente al Pronto Soccorso;
- Viene ipotizzata **formazione sul campo**;

Area della comunicazione

Azioni di miglioramento:

- **scheda di dimissione** utilizzata dal responsabile infermieristico della CRA o di Villa Verde per condurre un'intervista telefonica 24 ore prima della dimissione per raccogliere dati utili per organizzare l'assistenza in struttura dal *case manager* ove presente o dal coordinatore.

Area della comunicazione

Azioni di miglioramento:

- **tavolo di lavoro e confronto fra MMG, MCA, medici del PS e personale di assistenza** sulla "corretta" compilazione della scheda sanitaria.

Area della comunicazione

Azioni di miglioramento:

- Nel secondo semestre 2014 il gruppo di lavoro effettuerà la **valutazione** degli strumenti messi in atto.

Regione Emilia-Romagna

Regione Toscana

PRATICARE L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Grazie per l'attenzione.

Dott.ssa Elisabetta Negri

Dott.ssa Elena Davoli