

Rossella Scarpelli

Assistente Sociale,
Coordinamento
Servizi Sociali ASF - Firenze

LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO
Firenze - Venerdì 30 gennaio 2015

Con il patrocinio di



Azienda Sanitaria Firenze

LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

ospedale-territorio



Firenze 30 gennaio 2015

La gestione delle dimissioni complesse nell'Azienda Sanitaria di Firenze

Rossella Scarpelli





Il servizio sociale aziendale si caratterizza:

- ❖ per una visione del cittadino come portatore di bisogni complessi che devono essere affrontati in un' ottica globale e non parcellizzata
- ❖ per le attività che si inquadrano nell'area degli interventi sociosanitari integrati che possiamo esemplificare come: **l'insieme delle attività rivolte a soddisfare , mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale**



- Questi elementi implicano una struttura sociale aziendale fortemente connotata ed integrata nelle attività sanitarie aziendali _ma anche un radicamento territoriale per lo svolgimento delle funzioni istituzionali che si esplica attraverso le UUFF di Servizio Sociale, quali riferimento territoriale dell'integrazione sociosanitaria sia di ambito zonale, sia di ambito ospedaliero.
- In tutti i presidi ospedalieri aziendali e presso l'Azienda Ospedaliera Careggi sono presenti Assistenti Sociali per la produzione di attività nell'ambito delle dimissioni complesse.



Il servizio sociale Dimissioni Complesse offre, a favore dei pazienti e dei loro familiari, un servizio di

- **informazione, orientamento, counseling (segretariato sociale professionale)** circa:
 - ✓ i benefici e le provvidenze previste dalla legislazione sociale;
 - ✓ le risorse territoriali, l' offerta di servizi e prestazioni, i requisiti di fruibilità e relative procedura di accesso;
- **sostegno** finalizzato alla:
 - ✓ presa di coscienza delle problematiche assistenziali in una fase critica e di disorientamento;
- concorre, attraverso lo strumento della valutazione sociale, alla stesura del **percorso dimissioni ospedaliere ed alla definizione del progetto assistenziale**



La valutazione sociale è entrata a far parte dei criteri per l'assegnazione delle proroghe dei percorsi presso le strutture accreditate. Per “proroga” intendiamo un prolungamento del ricovero in low care rispetto alla durata prevista al momento della dimissione dall'ospedale per acuti. Il Regolamento prevede, infatti, la possibilità di un prolungamento anche **per motivazioni sociali**, individuando diverse circostanze:

- a) Paziente inserito in lungodegenza/cure intermedie **con** valutazione sociale in ospedale e **conosciuto dal servizio sociale territoriale**
- b) Paziente inserito in lungodegenza/cure intermedie **con** valutazione sociale in ospedale e **non conosciuto dal servizio sociale territoriale**
- c) Paziente inserito in lungodegenza/cure intermedie **senza** valutazione sociale in ospedale e **conosciuto dal servizio sociale territoriale**
- d) Paziente inserito in lungodegenza/cure intermedie **senza** valutazione sociale in ospedale e **non conosciuto dal servizio sociale territoriale**



- ✓ Nei casi a) b) e c) “si concede la proroga di **max 15gg** (il numero dei giorni è comunque concordato con i servizi territoriali per dare loro il tempo di definire il piano di assistenza”;
- ✓ Nel caso d) “si concedono **max 5gg.** di proroga se l’assistente sociale dell’ospedale conferma la situazione sociale nella norma; **20 GG.** di proroga se l’assistente sociale rileva un peggioramento delle condizioni sociali ostative alla dimissione, per dare tempo ai servizi territoriali di organizzare il piano assistenziale”.

CONFRONTO GIORNATE DI PROROGA 2013-2014		
GG 2013	GG 2014	DIFF GG
38.994	24.566	- 14.428



- RICOVERI POST ACUZIE E PER URGENZA
- Ricoveri urgenti attivati dietro richiesta del servizio sociale competente territorialmente, corredati da una relazione motivata dell'Assistente Sociale, presentata all'UVM, sottoposti all'autorizzazione del direttore SdS.
- I ricoveri sono finalizzati a rispondere a situazioni eccezionali ed imprevedibili e con carattere di estrema urgenza.

CODICI ROSSI 2014		
PROVENIENZA	N° CASI	%
Case di Cura/Thouar	187	64,93
Domicilio	42	14,58
RA	2	0,69
Ospedale	14	4,86
Hospice	3	1,04
RSA	36	12,5
Casa Acc./Albergo popolare	4	1,38

TOTALE	N°288	99,98%
---------------	--------------	---------------



- Il Servizio Sociale attiva il percorso di dimissione protetta a domicilio, organizzando il proseguimento delle funzioni assistenziali e di cura, attraverso la predisposizione di piani personalizzati di assistenza domiciliare con funzioni di **PRONTO SOCIALE**

Il Pronto Sociale Domiciliare è un intervento a tempo determinato (max 30 giorni) che si attiva tempestivamente, una tantum, per rispondere a bisogni momentanei o straordinari, bisogni semplici di tipo sociale nel momento delle dimissioni per un rientro tutelato a domicilio



PERIODO SETTEMBRE 2013- AGOSTO 2014				
Valutazioni sociali effettuate nei presidi ospedalieri N. 3.068	di cui	Con problematiche sociali N. 2.292		
		Con valutazione di rientro al domicilio N. 776	di cui	Pronto Sociali attivati N. 224



In attuazione alla DGR N.706 che prevede finanziamenti a sostegno di anziani beneficiari di assistenza domiciliare, in accordo con il piano operativo per il riordino del SSR di cui alla DGRT N. 1.235/2012, si avvia un progetto innovativo sperimentale di **ADI** per favorire la continuità ospedale territorio.

Il progetto ha la finalità di sviluppare un modello innovativo per la gestione dei bisogni socio sanitari ed assistenziali di anziani anche, temporaneamente non autosufficienti, fornendo un percorso di assistenza continuativa fortemente personalizzata, erogata con tempestività presso il domicilio, in supporto ai caregiver, volto a favorire la deospedalizzazione e la continuità assistenziale.



- Valuta i bisogni di soggetti particolarmente vulnerabili e l'eventuale segnalazione.

PROGETTO CASA STENONE

Nato nel 2011, è un progetto di continuità assistenziale ospedale-territorio in favore di una popolazione in condizioni di marginalità (migranti irregolari, italiani privi di documenti, non residenti né domiciliati, senza fissa dimora, ecc..). “Casa Stenone” nasce da un progetto dell’ASF, sostenuto dall’AOUC e dal Comune di Firenze, finanziato dalla R.T., in collaborazione con la Caritas di Firenze.

Il target è costituito da individui in dimissione dagli ospedali dell’ASF, dall’AOUC che necessitano di continuità assistenziale. Il gruppo tecnico di coordinamento è multiprofessionale ed è composto da: medico AOC e ASF, AA.SS., Responsabile Caritas.



PROGETTO P. THOUAR

Sperimentazione di un modello di struttura nel sistema di cura a bassa intensità assistenziale, approvato ed ammesso a finanziamento della R.T. con del. 413/13 e con riconoscimento di “intervento attuativo dell’azione relativa allo sviluppo del sistema cure intermedie”. Rappresenta un polo di Low Care di n° 20 posti da dedicare all’assistenza di pz. dimessi dagli ospedali per acuti.

Caratteristica intrinseca e distintiva è la **presenza dell’A.S. nel team di struttura**. Attraverso colloqui individuali con il pz o caregiver svolge funzione di filtro per l’utilizzo delle risorse, raccordo con l’UVM, con i servizi sociali ospedalieri e territoriali, attiva le risorse di rete.



La sfida quotidiana del Servizio Sociale è agevolare “l’uscita” appropriata del paziente nel rispetto dei tempi dell’apparato sanitario, ovvero “**coniugare la dimissibilità sociale alla dimissione clinica** con il fine di fornire una risposta più completa ai bisogni del paziente ed, al contempo, di limitare i ricoveri ospedalieri impropri ed i tempi delle lungodegenze”.

Dal 1° gennaio al 31 dicembre 2014 l’A.S. ha valutato **n. 246 pz** di cui:

Con progetto di domiciliarità	N° 165
Con progetto di inserimento in RSA/RA	N. 28
Con progetto attivato con proprie risorse/altro	N. 53
Tot.	N. 246



- ❑ La gestione del servizio dimissioni complesse ha centrato l'organizzazione sul paziente, spostando l'attenzione sulla necessità di accompagnarlo nella fase post acuzie e favorirne il rientro a domicilio.
- ❑ Questo è stato possibile mettendo in rete le risorse presenti sul territorio, favorendo collegamenti con i servizi esterni, facendosi promotore di strategie di razionalizzazione e integrazione fra:
 - ✓ Sanitario e Sociale (gruppo multiprofessionale, valutazione multidimensionale)
 - ✓ Sociale ospedaliero e territorio (rilevazione del bisogno, chiavi di lettura comuni, attivazione risorse di rete)
 - ✓ Pubblico e privato convenzionato ma anche organismi del volontariato e del terzo settore.



Il progetto “**Un solo paziente**” ha consentito di trovare una collaborazione tra servizi, un raccordo, una condivisione superando una serie di ostacoli e frammentazioni che si ripercuotevano in maniera negativa sull’assistenza al paziente.

La dimissione non è più un’interruzione di cure ma un percorso “programmato, orientato e concordato”: l’inizio di una fase di recupero/mantenimento in un contesto adeguato alle necessità del paziente.



G R A Z I E !