

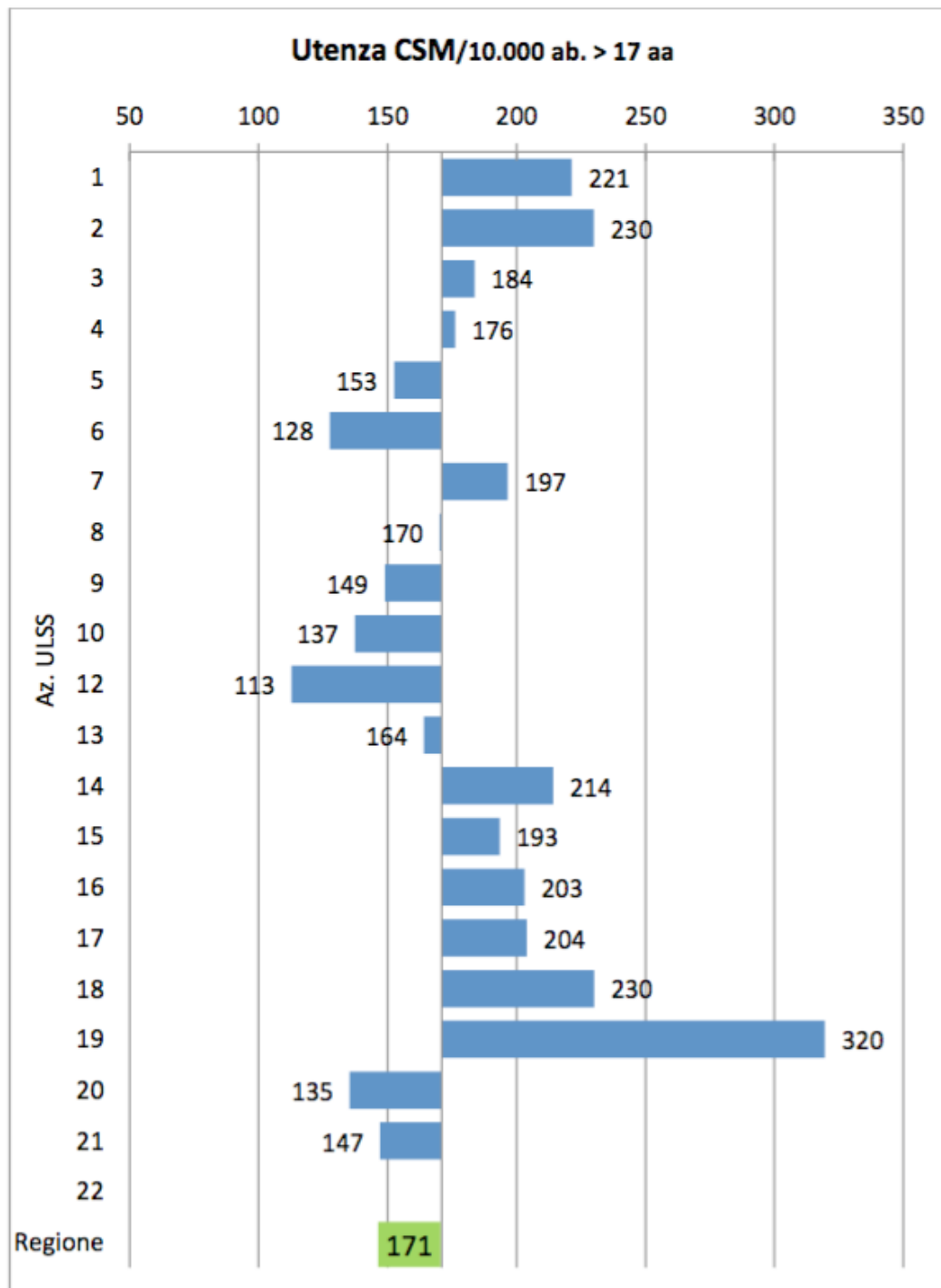
Il Dipartimento di Salute Mentale Ulss 12 – Veneziana

Andrea Angelozzi

Venezia, 30/11/2015

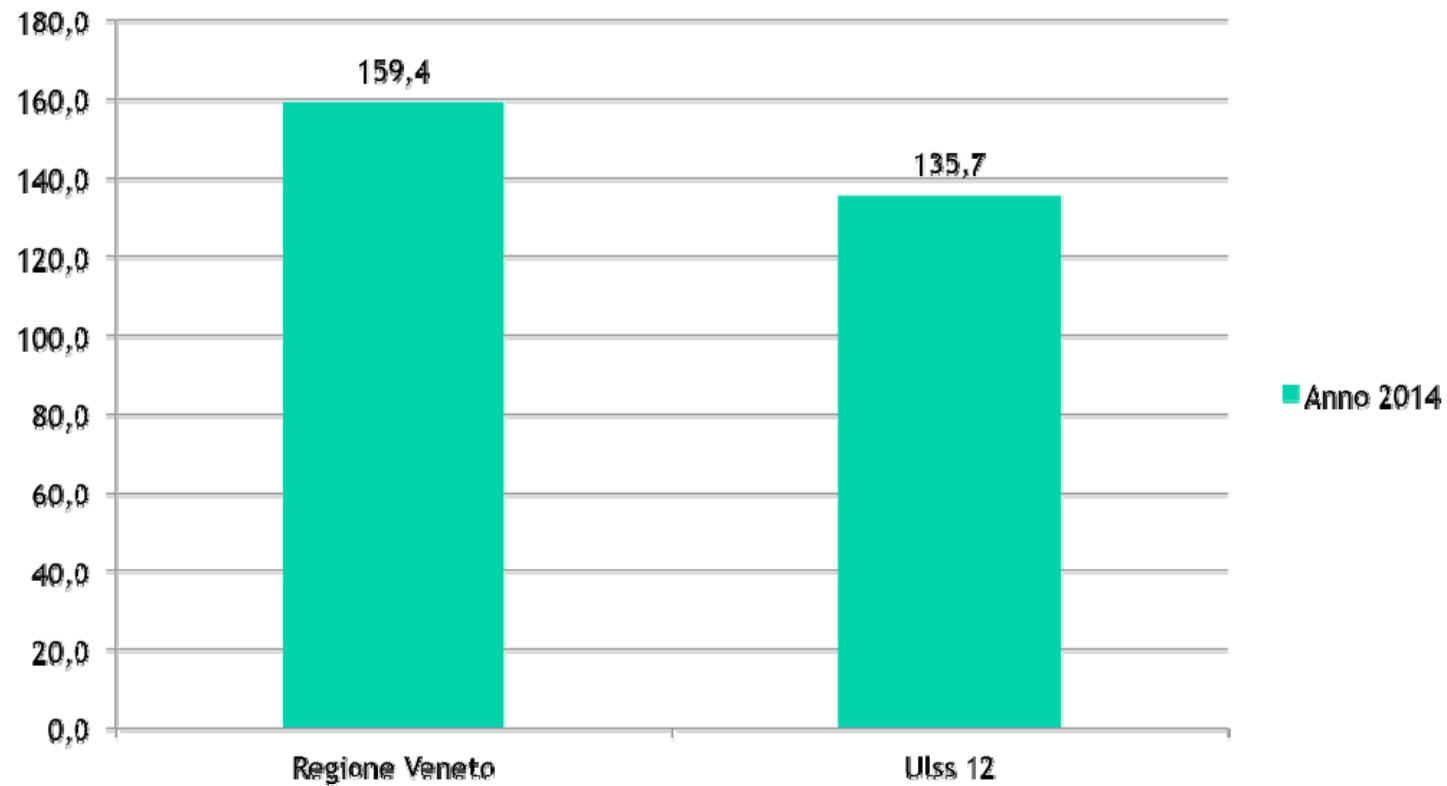


Prevalenza CSM – Dati Regione Veneto 2013



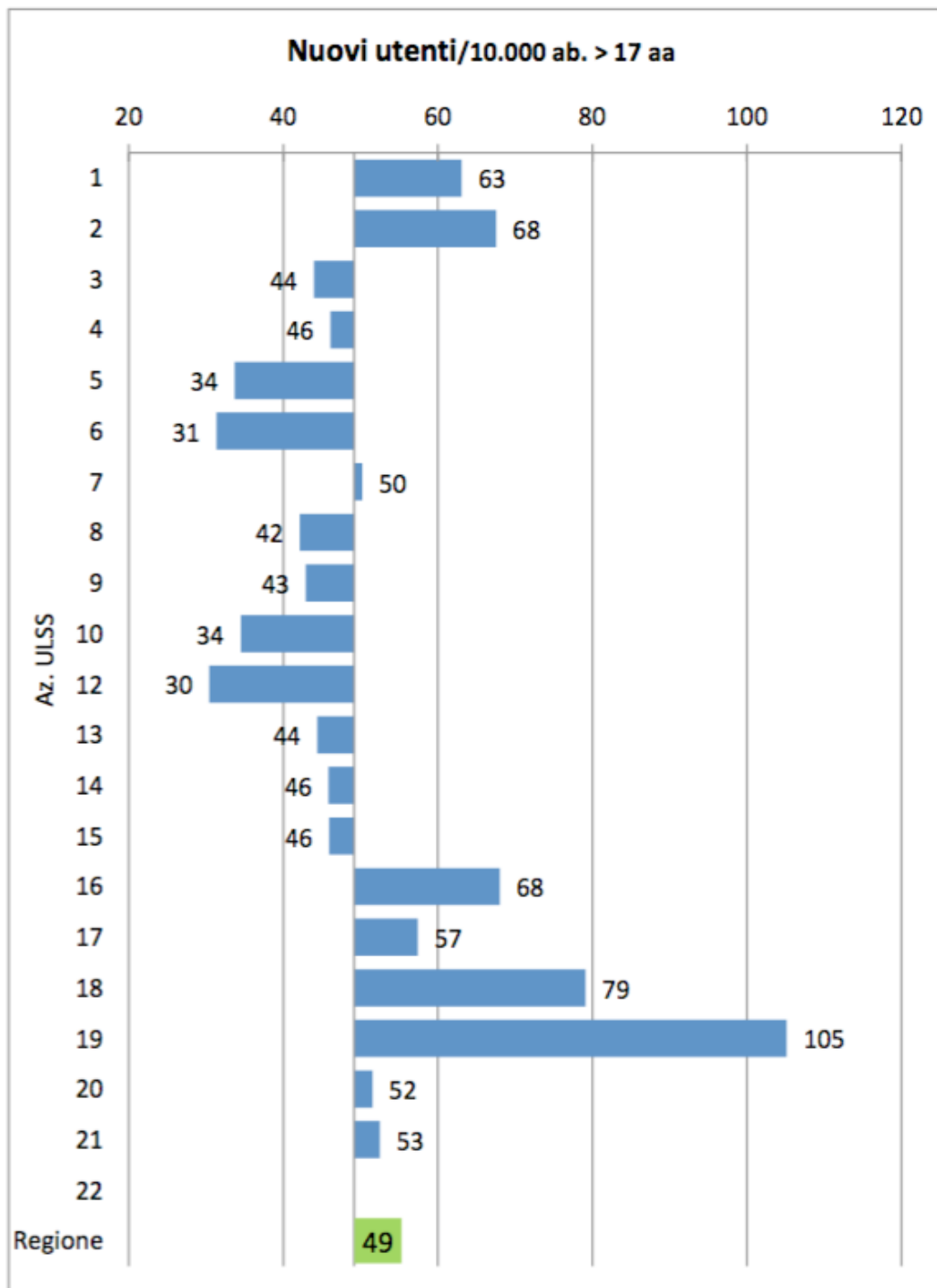


Prevalenza /10000 - Anno 2014





Incidenza – Dati Regione Veneto 2013

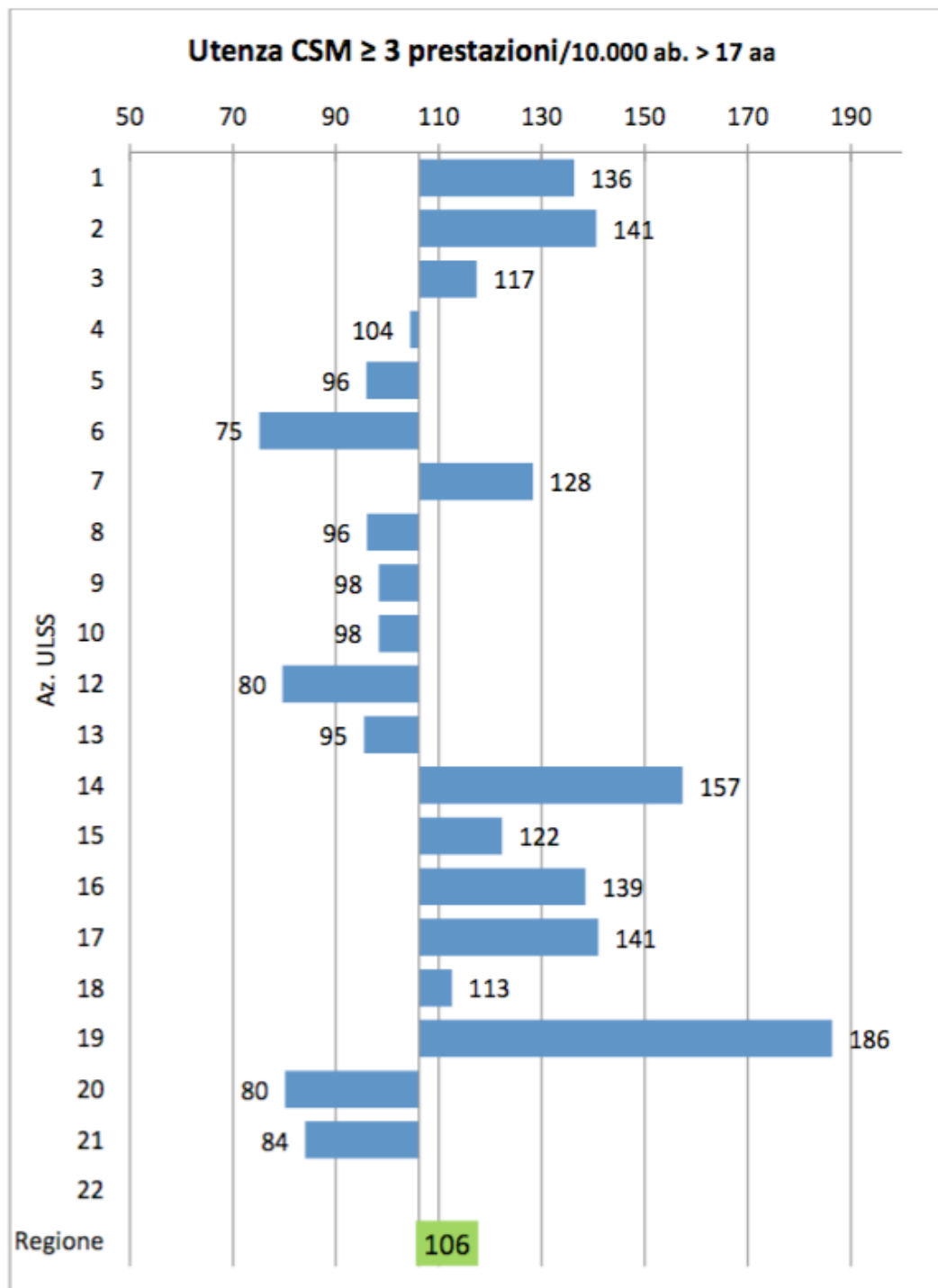


Anno 2014

36,3



Prevalenza prese in carico – Dati Regione Veneto 2013



Anno 2014

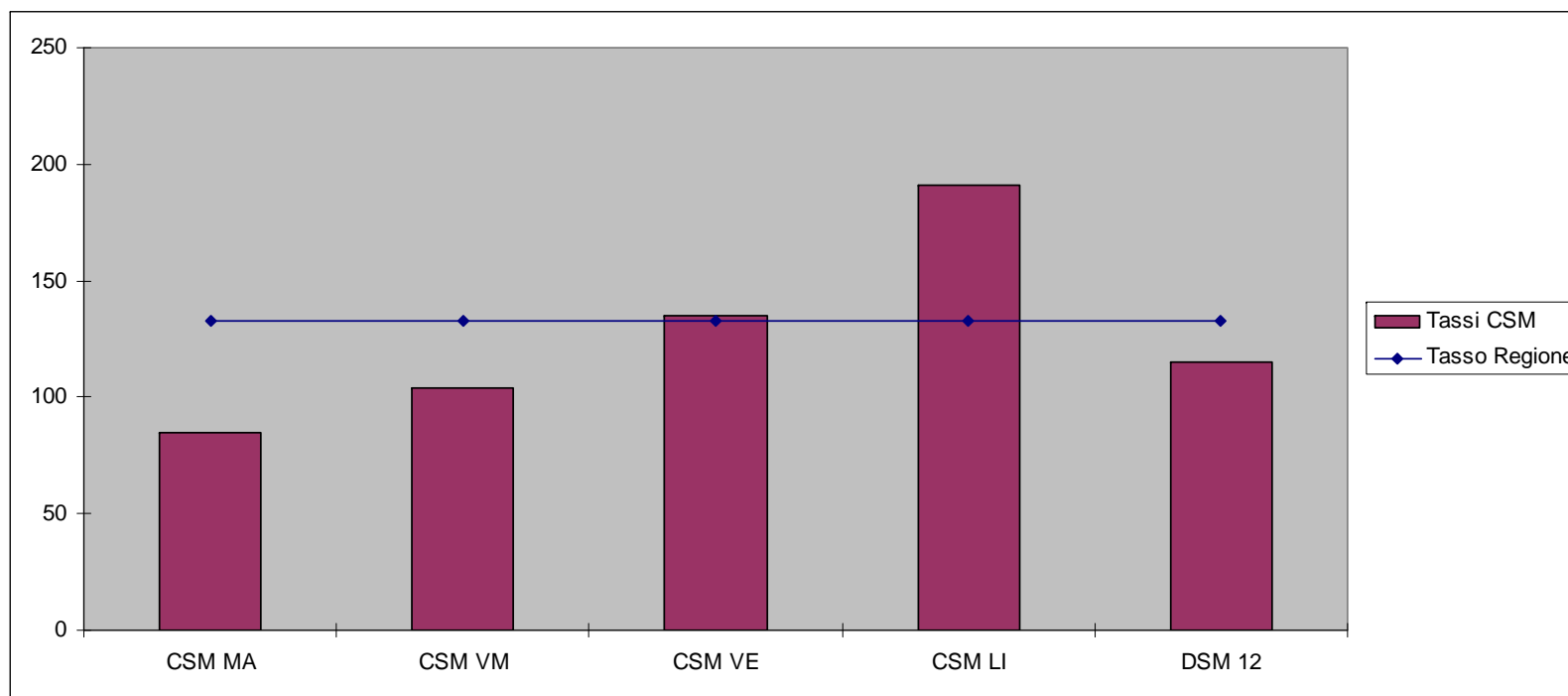
101,8

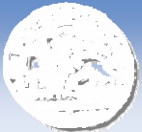


Cartelle aperte anno 2014

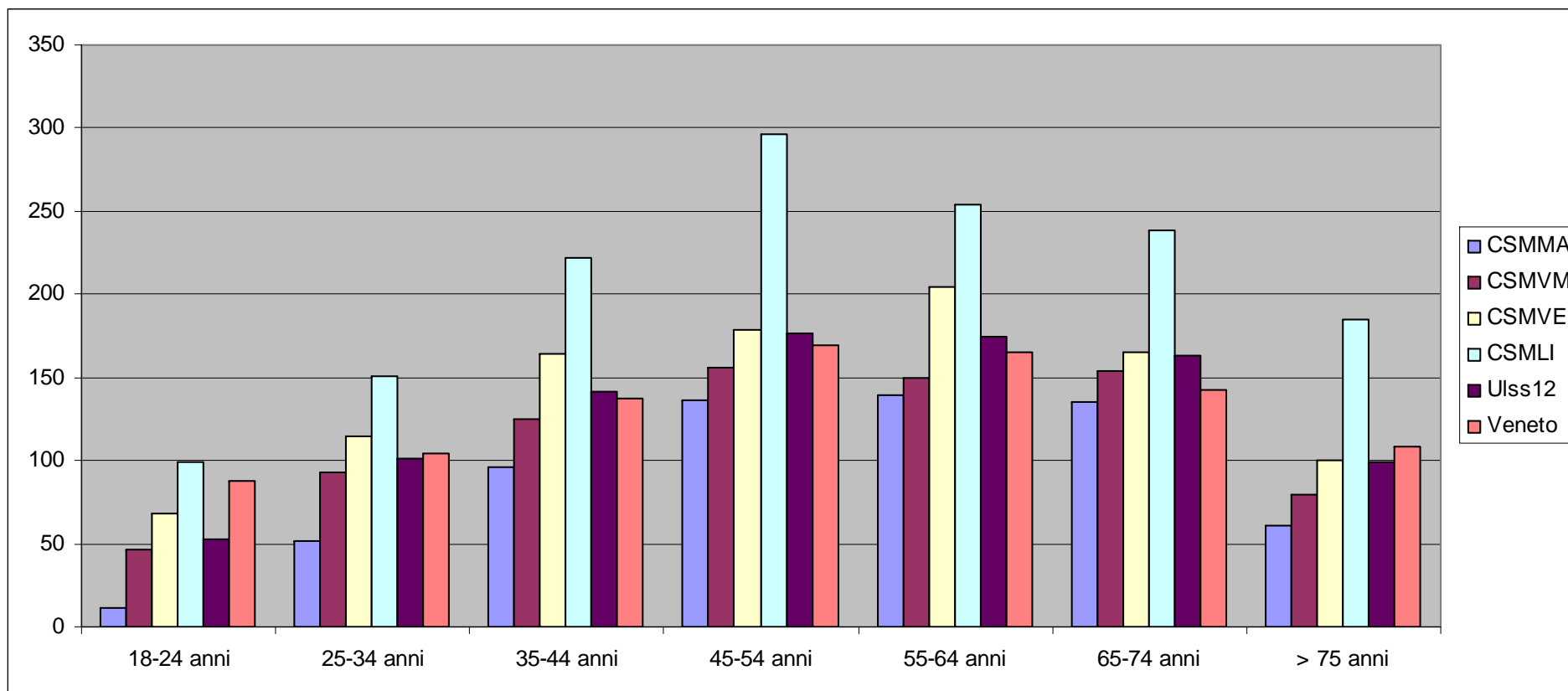
Equipe	Cartelle Aperte
Marghera	572
Mestre	1570
Venezia	873
Lido	601

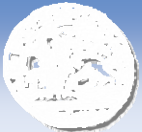
Tassi / 10000 - anno 2014



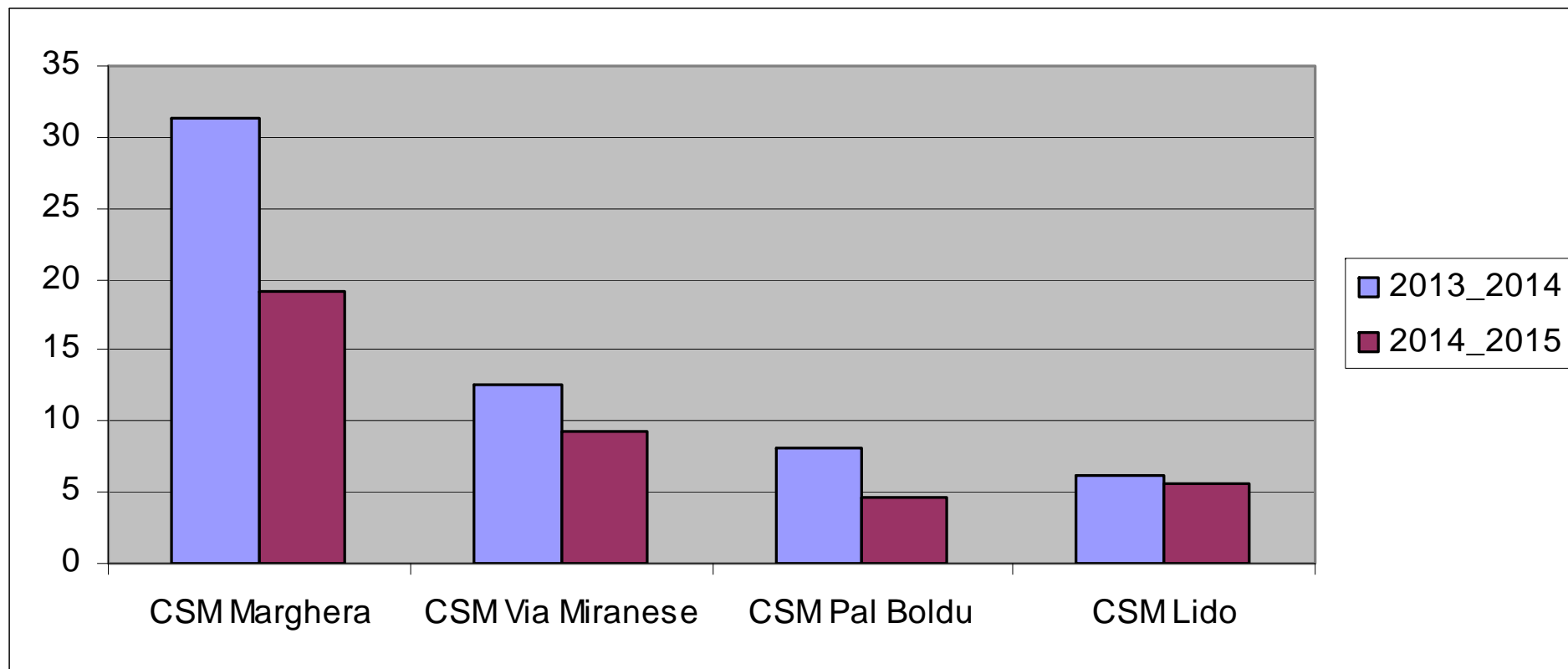


Tassi /10000 /fasce d'età Anno 2014



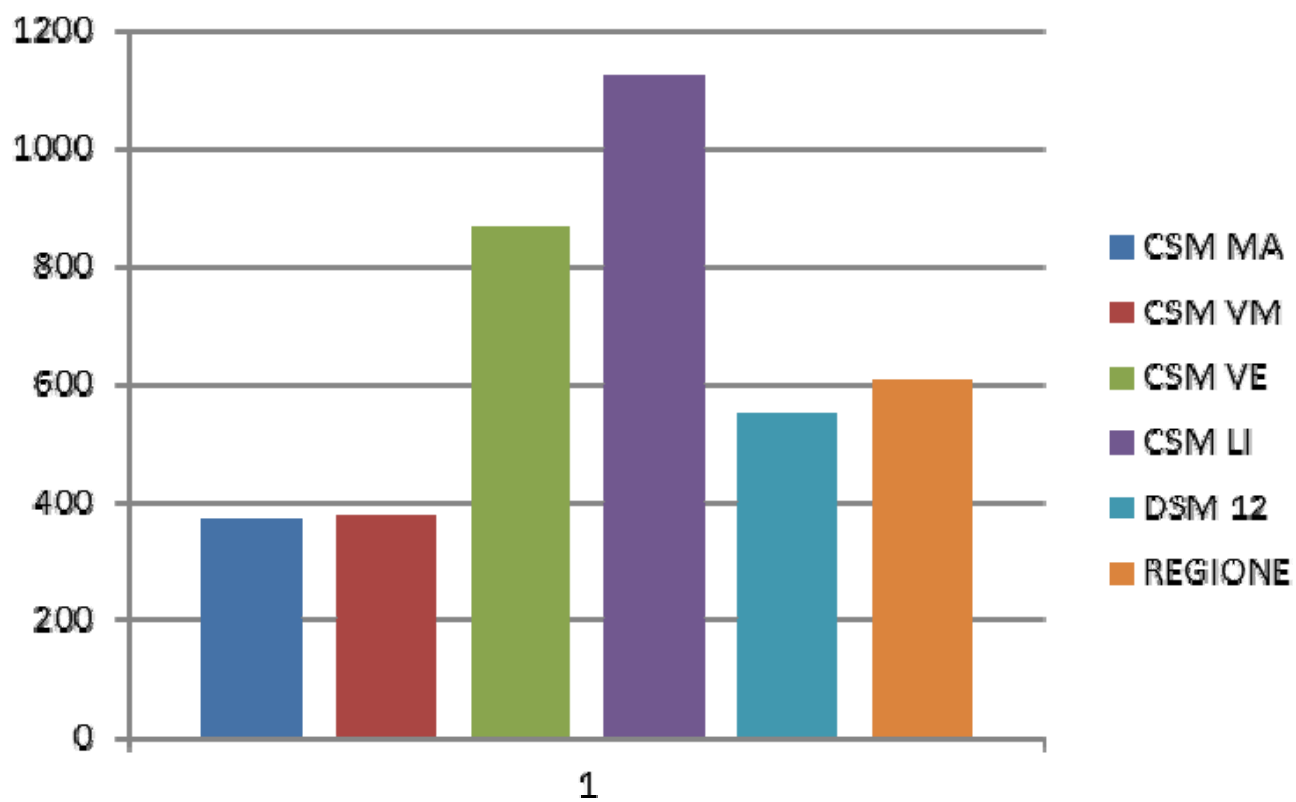


In carico non Visti Medico
gen/set 2014 - gen/set 2015



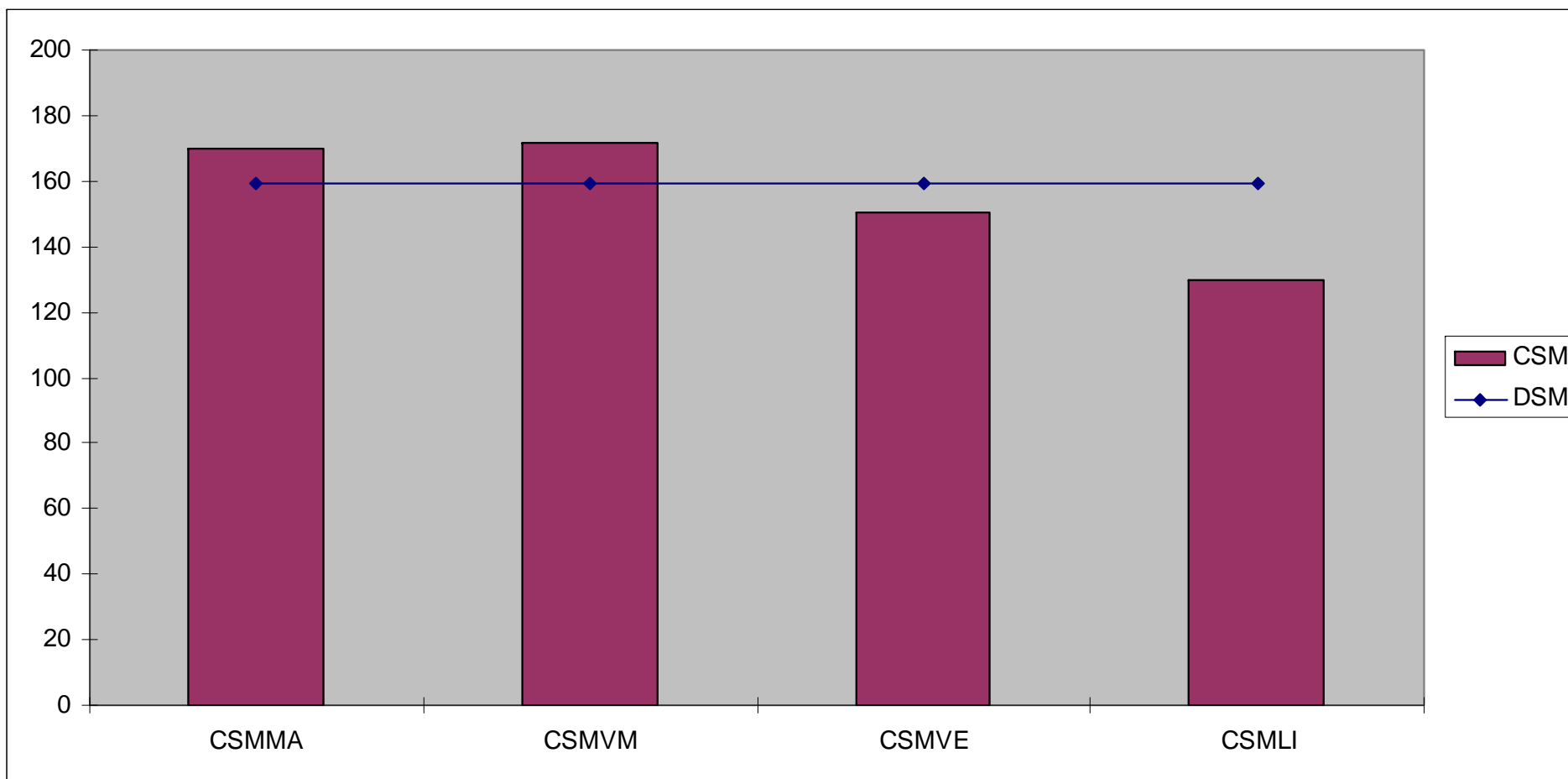


Visite Mediche / 10.000 ab





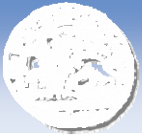
Spesa Farmaci CSM / Utente





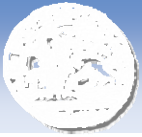
Ottimizzazione orari

- Analisi delle ricadute della organizzazione esistente con la guardia attiva sulle 24 ore
 - Ospedale
 - numero limitato di consulenze PS
 - in gran parte per pazienti già in carico dei servizi e per i quali non si era stati in grado di prevenire o gestire diversamente le criticità sul territorio
 - Territorio
 - solo il 40% delle ore mediche
 - frammentazione degli interventi medici privi di continuità
 - rarefazione
 - numero delle visite mediche più basso rispetto alla media regionale
 - alto numero di cartelle (in media circa il 10%, che raggiunge il 30 in un CSM) di pazienti in carico non visti dal medico almeno una volta nell'anno
- Passaggio alla Pronta disponibilità
 - Mestre dal 01/07 e Venezia dal 01/10
 - Recupero delle risorse per il territorio
 - possibilità di garantire la apertura d'obbligo almeno per un CSM
 - aprire altre strutture sul territorio



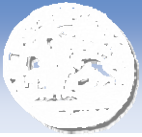
Ri-organizzazione territoriale Terraferma:

- Orari medici
 - Settembre 2014
 - Al CSM di Via Miranese solo orari di fino alle 16.00
 - Al CSM di Marghera presenza territoriale fino alle 14.00 con rare presenze fino alle 16.00
 - In SPDC solo l'orario del medico di guardia
 - Le altre presenze mediche gestite in modo autonomo e personale
 - medici che lo effettuavano nella gran parte con i turni notturni del SPDC assicurando al massimo un paio di presenze settimanali in CSM
 - senza una possibile programmazione delle attività
- Faticosa costruzione di orari per
 - programmare almeno per 2-3 mesi le presenze (appuntamenti)
 - ampliare e garantire la presenza territoriale
 - costruire l'equilibrio migliore possibile fra ospedale e territorio
 - includere presenze pomeridiane
 - costruire una equità
 - permettere una Presenza territoriale sulle 12 ore



Analisi delle criticità del territorio Terraferma:

- CSM di Via S. Pellico
 - scarsissima capacità di attrazione delle fasce giovani (11/10000 vs 81/10000 della Regione Veneto nella fascia 18-24)
 - alto tasso di ricovero
 - alta percentuale di reingressi a 30 giorni con bassa tenuta esterna
 - maggiore percentuale rispetto a Mestre di inserimento in lungo-assistenza
 - alto numero di pazienti con scarsi interventi medici nell'anno
 - sostanziale assenza di attività pomeridiane e di presenza medica
 - servizio molto stigmatizzato



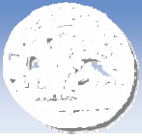
Analisi delle criticità del territorio Terraferma:

- CSM di Via Miranese:
 - bassa capacità di attrazione delle fasce giovani (46/10000 vs 81/10000 della Regione Veneto nella fascia 18-24)
 - struttura inadeguata a accogliere la richiesta per 160.000 abitanti
 - accesso non agevole
 - servizio molto stigmatizzato
- CD Rodari
 - bassissimo ricambio di utenza
 - attività a basso impatto riabilitativo
 - orientata su aspetti di socializzazione generica in contesti protetti
 - Nessuna attività di efficacia comprovata
 - Struttura molto stigmatizzata



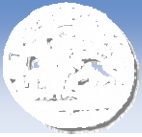
Ridefinizione CSM Terraferma:

- Apertura del CSM di Favaro
 - all'interno del Distretto
 - diverso stile di lavoro
 - privo di stigma
- Ridistribuzione dei territori
 - parte del territorio di Marghera su Mestre
 - parte di Mestre su Favaro
- Ridefinizione degli orari, coerenti con le attività effettivamente svolte
 - Apertura di almeno un CSM 08.00 - 20.00
 - Apertura al sabato mattina 08.00 - 14.00



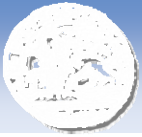
Dotazioni CSM

DSM - CSM calcolati >17			
STRUTTURE	BACINO D'UTENZA	PERSONALE CALCOLATO IN BASE dgr1616	PERSONALE ASSEGNATO
CSM Boldù	56791 ab	18,93	26
CSM Lido	29831 ab	10	13
CSM Miranese	130209 ab	43,4	29,7
CSM Pellico	44532 ab	14,8	17,3



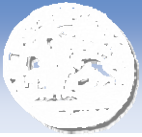
Riorganizzazione

STRUTTURE	BACINO D'UTENZA	ORARIO 08.00 – 16.00	ORARIO 08.00 – 20.00
CSM Miranese	100.000		Lu-Ma-Me-Gi-Ve
CSM Pellico	40.000	Lu-Me-Ve	Ma - Gi
CSM Favaro	70000	Ma-Gi-Ve	Lu - Me
CD Rodari		Lu-Ma-Me-Gi-Ve	



Sviluppo sistema informativo

- Ricostruito parzialmente un quadro di insieme dal 2011 al 2015
 - ricostruendo i database degli anni dal 2012 al 2014, che di fatto erano precedentemente inutilizzabili
- Dotazione informatica adeguata ai servizi
- Basi per una cartella informatizzata
 - consentendo una possibilità adeguata per gestire una realtà così complessa
- Costruito un intranet specifico del DSM
 - luogo di deposito e condivisione di documenti e materiale
 - luogo di restituzione agli operatori dei dati e delle attività del DSM
- Costruita una fattiva collaborazione con le strutture di Technology della Ulss
 - miglioramento qualitativo dei dati del flusso psichiatrico territoriale



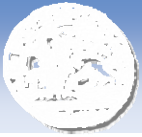
Ricostruzione dei percorsi dei pazienti

- Dalle strutture alle persone
 - Legando l'attività ospedaliera al territorio
 - Correlando i ricoveri alle pratiche ed agli stili di lavoro
 - Correlando i ricoveri ripetuti alla fragilità di talune organizzazioni nel di gestire il paziente al di fuori dell'ospedale
 - Correlando le fragilità legate alle consulenze al PS per i pazienti già in carico
 - Ricostruendo i percorsi sul territorio
 - evidenziando criticità
 - lo scarso numero delle attività mediche
 - l'assenza di pratiche psicoterapiche dei medici
 - l'alto numero in talune situazioni di pazienti in carico non visti
 - Correlando stili di lavoro, residenzialità e semiresidenzialità



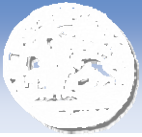
Percorsi degli operatori

- si sono analizzati (per la prima volta)
 - carichi di lavoro
 - individuando i punti critici
 - attuando una redistribuzione più coerente
 - stili di lavoro



Aspetti organizzativi/normativi

- si è cominciato un lavoro di confronto e ridefinizione DSM delle diverse modalità di gestione della organizzazione e della presa in carico nei diversi CSM, affrontando e normando aspetti quali
 - Accoglienza
 - Certificazione
 - Impegnative e ticket
 - La gestione farmacologica e la distribuzione. In tale ambito era presente:
 - distribuzione di farmaci non attinenti sia in fascia A sia in fascia C
 - distribuzione di farmaci attinenti ma anche in fascia C
 - distribuzione senza regolari verifiche della attualità della prescrizione



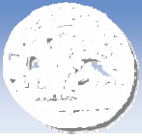
Aspetti organizzativi/normativi

- Riscritte interamente le regole di gestione del Borsellino utenti
 - quello esistente che precedeva la istituzione della figura dell'Amministratore di sostegno e ne assumeva caratteristiche
 - Il nuovo borsellino non assume in maniera inadeguata competenze dell'amministratore di sostegno e ridefinisce il proprio uso in senso riabilitativo
- Riorganizzazione degli aspetti amministrativi oltre che di protocollo in entrata ed in uscita del DSM e delle UOC



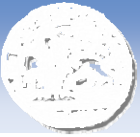
Aspetti organizzativi/normativi

- Portato a termine con successo il percorso di verifica delle Autorizzazioni per le strutture del DSM
 - riscrittura completa di tutta (!!) la documentazione: documenti di qualità, procedure, protocolli
 - pieno superamento con le lodi della commissione che ha portato la gestione della Autorizzazione da parte di questo DSM ad esempio per la Regione
- Libera Professione dei medici
 - sedi previste per tali attività dalla Amministrazione
 - escludendo CSM o in SPDC per non ingenerare confusione nella utenza
- Per la prima volta è stata fatta una Assemblea di DSM



Aspetti organizzativi Terraferma:

- Momenti settimanali di incontro prima assenti fra tutte le varie equipe del territorio
 - costruire un gruppo integrato fra realtà molto frammentate
 - costruire percorsi per i pazienti che tengano conto della complessità dell'intervento
- Momenti di presenza del CSM in SPDC
 - favorire la continuità per le situazioni note
 - presa in carico precoce delle situazioni nuove
- In programma:
 - confronto basato sui dati relativo all'utilizzo della attività domiciliare cercando di definire di criteri chiari
 - momenti di incontro clinici con la discussione dei nuovi casi ed una elaborazione comune della diagnosi e del progetto terapeutico



Rapporti con il Comune

- Ridefinizione del reciproco ruolo nelle situazioni di necessità di supporto in ambito economico o della casa
 - Superamento di una interpretazione del regolamento comunale che di fatto delegava al DSM aspetti in ambito assistenziale propri del Comune
 - Rischio di modalità confuse e stigmatizzanti e non appropriate
- Ridefinizione del reciproco ruolo nelle situazioni di necessità di supporto domiciliare distinguendo
 - l'ambito della assistenza tutelare
 - necessità riabilitative di competenza del DSM
 - rischio di modalità confuse e stigmatizzanti e non appropriate
- Necessità di definire una specifica convenzione relativamente ai Gruppi Appartamento della DGR 84/2007
- Superamento delle difficoltà iniziali nella definizione concorde del ruolo del Comune nella partecipazione alla spesa per le strutture residenziali socio-assistenziali



Rapporti con i soggetti della rete

- Privato sociale:
 - riscrittura delle Convenzioni con Santa Maria dei Battuti per le Comunità Alloggio
 - ridefinizione delle rette con “Un Segno di Pace” riportandole all’interno della DGR 494/2012
 - faticosa ricostruzione della situazione autorizzativa relativamente alle CA gestite dalla Fondazione Opera della Carità
 - presa d’atto della necessità di provvedere alla ricollocazione dei pazienti in struttura idonea
 - identificazione di spazi adeguati e costruzione del passaggio
 - Percorso di ridefinizione all’interno della Ulss delle specifiche competenze in materia economica per quanto riguarda il monitoraggio delle rette
- Ripianificazione dei Piani di Zona con obiettivi realistici e coerenti
- Ridefinizione del ruolo nella marginalità sociale e nella violenza
 - con le Forze dell’Ordine
 - all’interno di una realtà molto stigmatizzata in cui la violenza viene automaticamente attribuita come competenza alla Salute Mentale

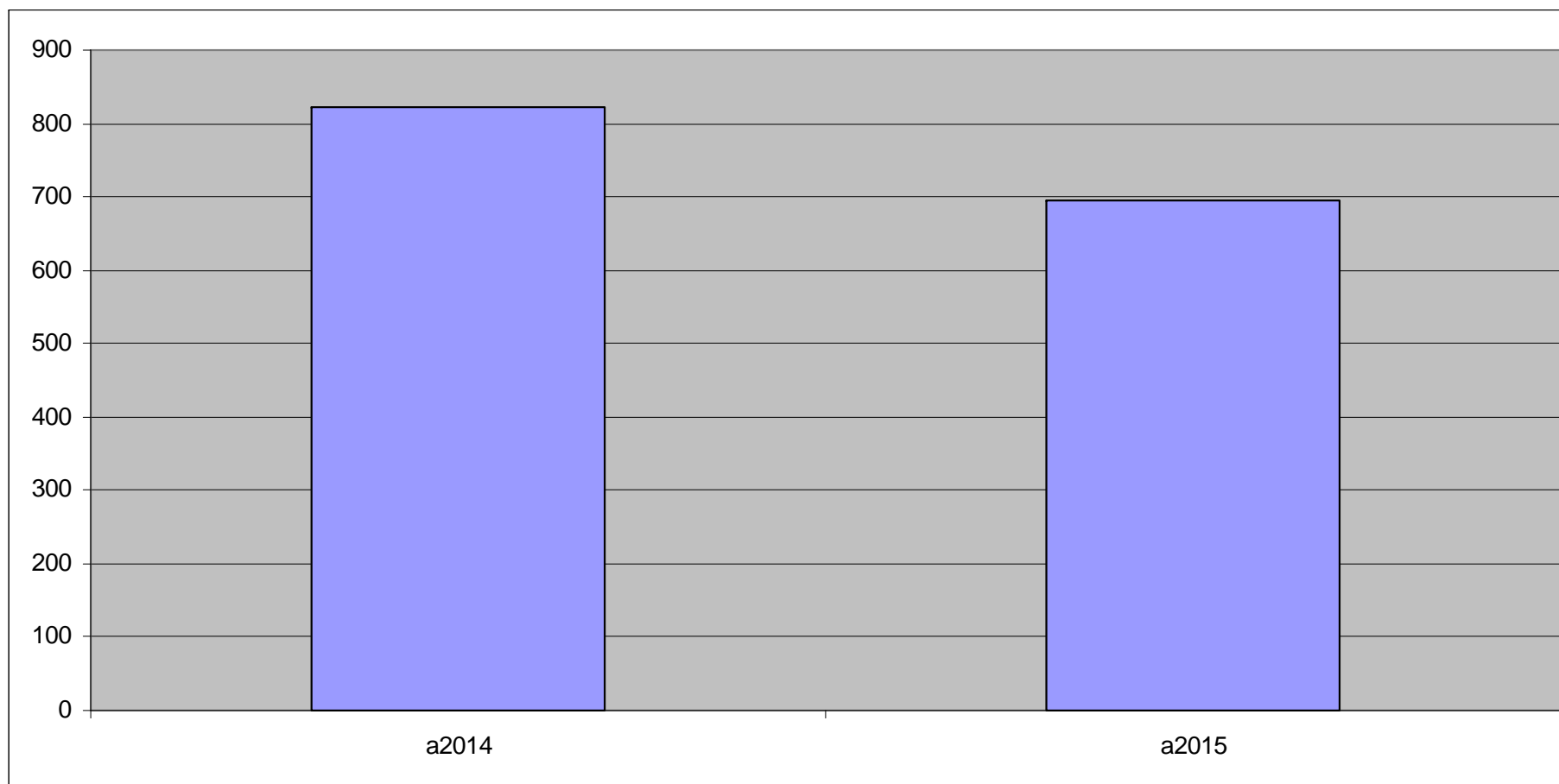


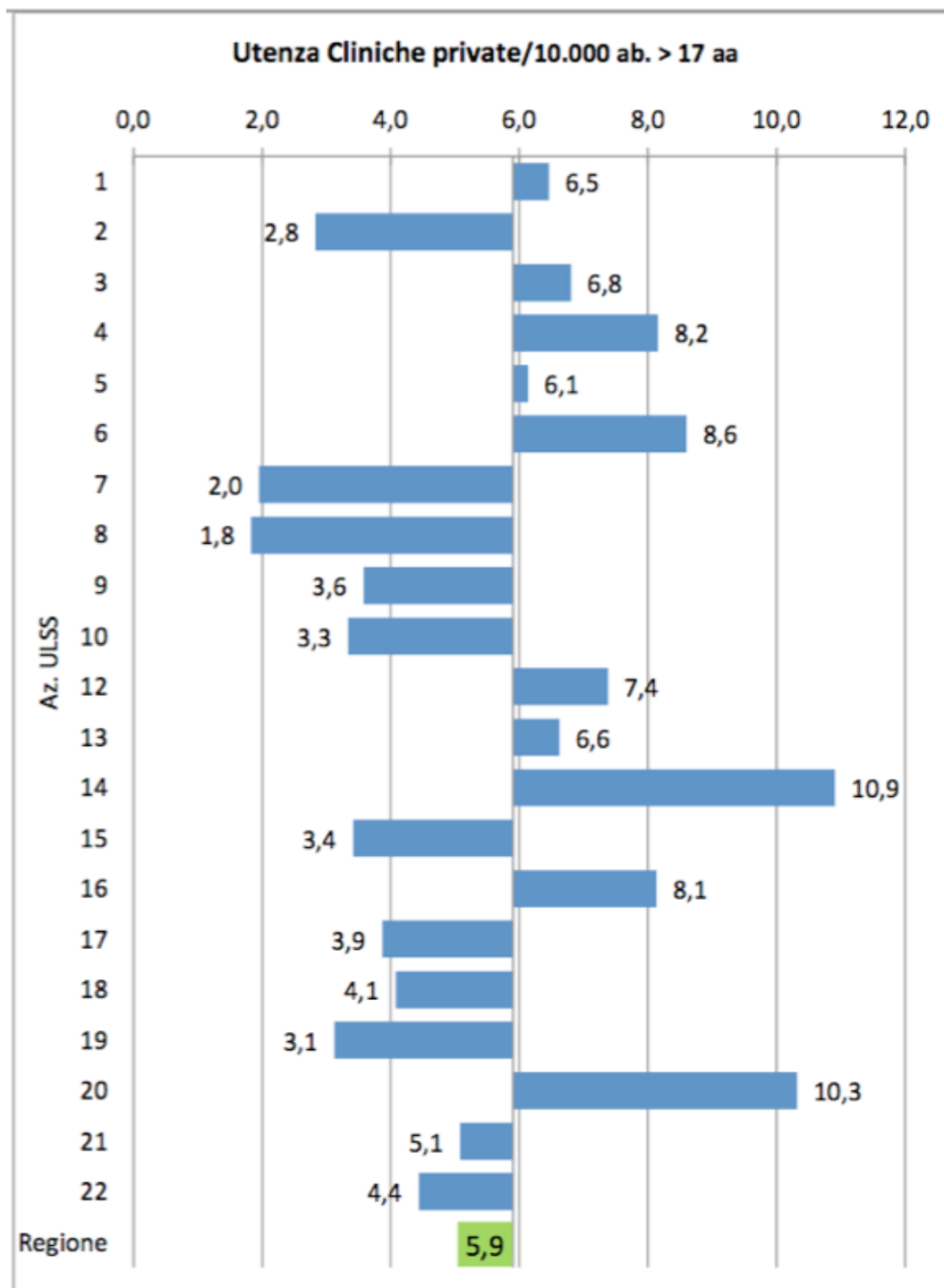
Costruzione di protocolli di collaborazione già approvati e siglati

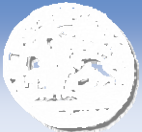
- con il Pronto Soccorso
- con la Neuropsichiatria Infantile
 - relativamente ai ricoveri dei minori
 - relativamente alle consulenze per minori in Pronto Soccorso
- con il SerD: in costruzione, definito entro l'anno
- con la Medicina penitenziaria: in costruzione, definito entro l'anno
- con il SIL: in costruzione, definito entro l'anno
- con i MMG è stata elaborata una bozza presentata ai Distretti



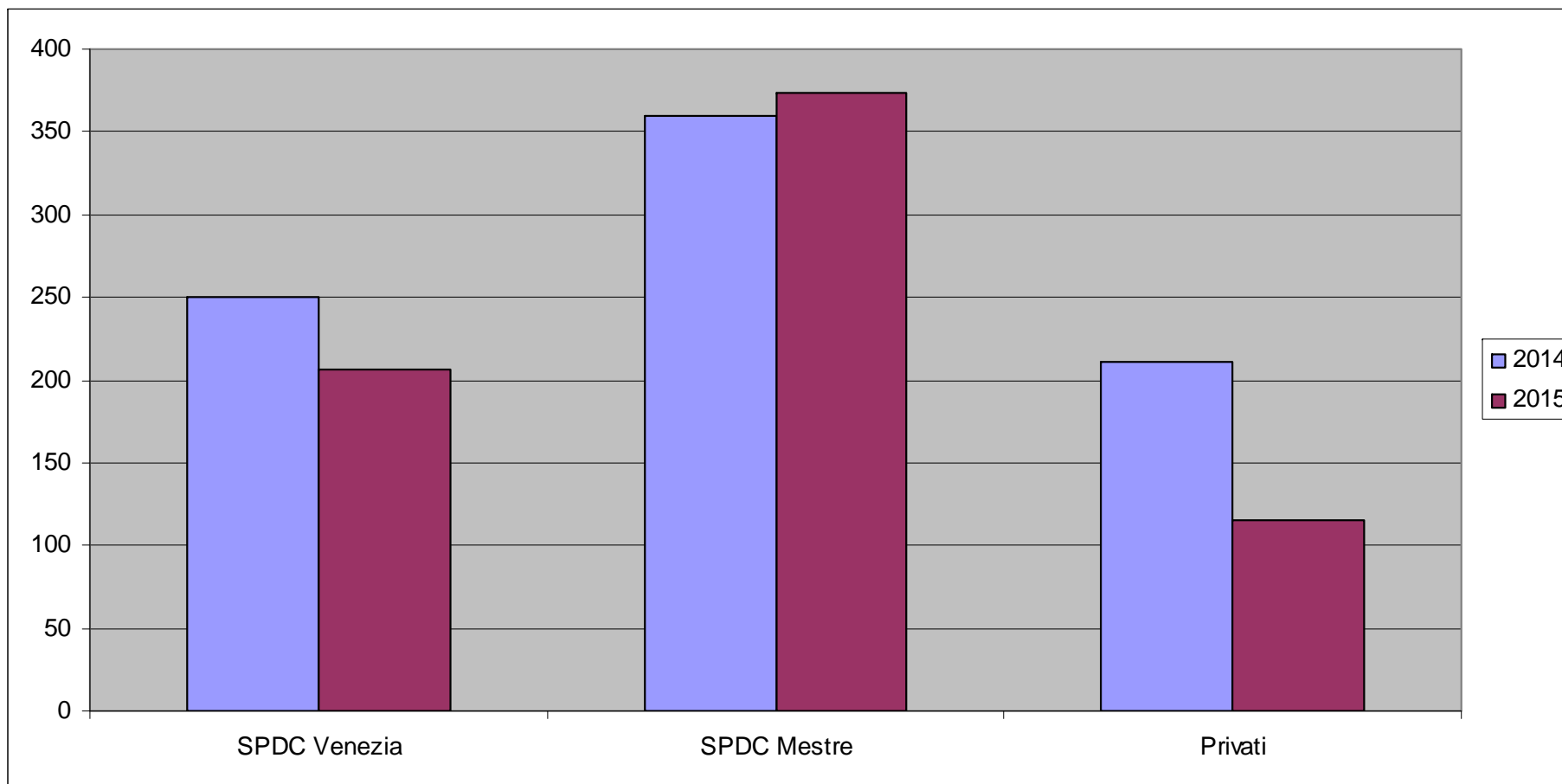
Ricoveri Psichiatria gen/set 2014 - gen/set 2015

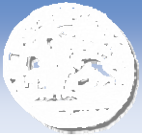






Ricoveri Psichiatria gen/set 2014 - gen/set 2015



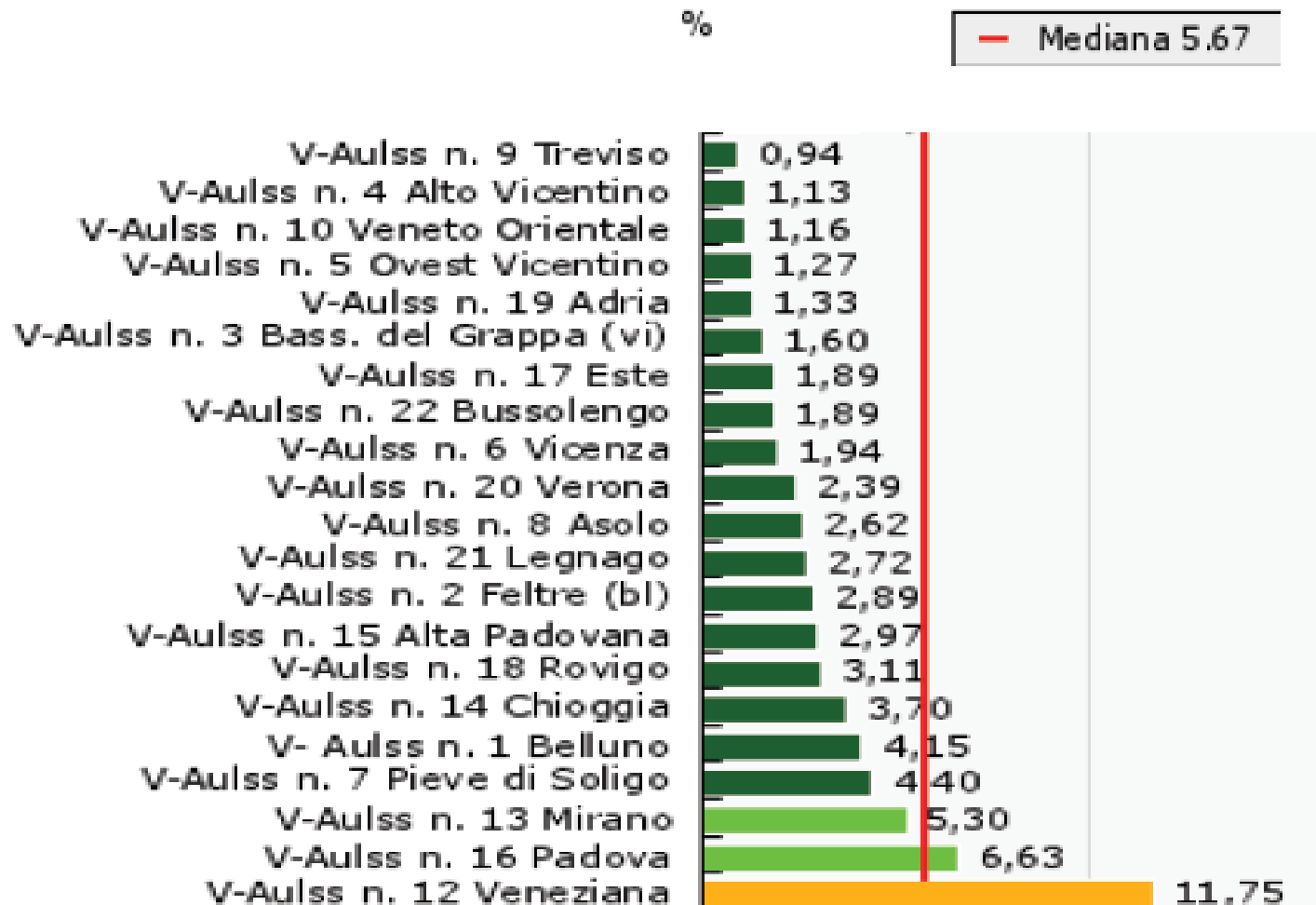


Andamento ricoveri a 2014

CSM	% ricoveri	% popolazione
CSM Marghera	21	16,6
CSM Mestre	39	52,1
CSM Venezia	24	22,8
CSM Lido	15	8,4



3.84 Indicatore C8a.13 % di ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni



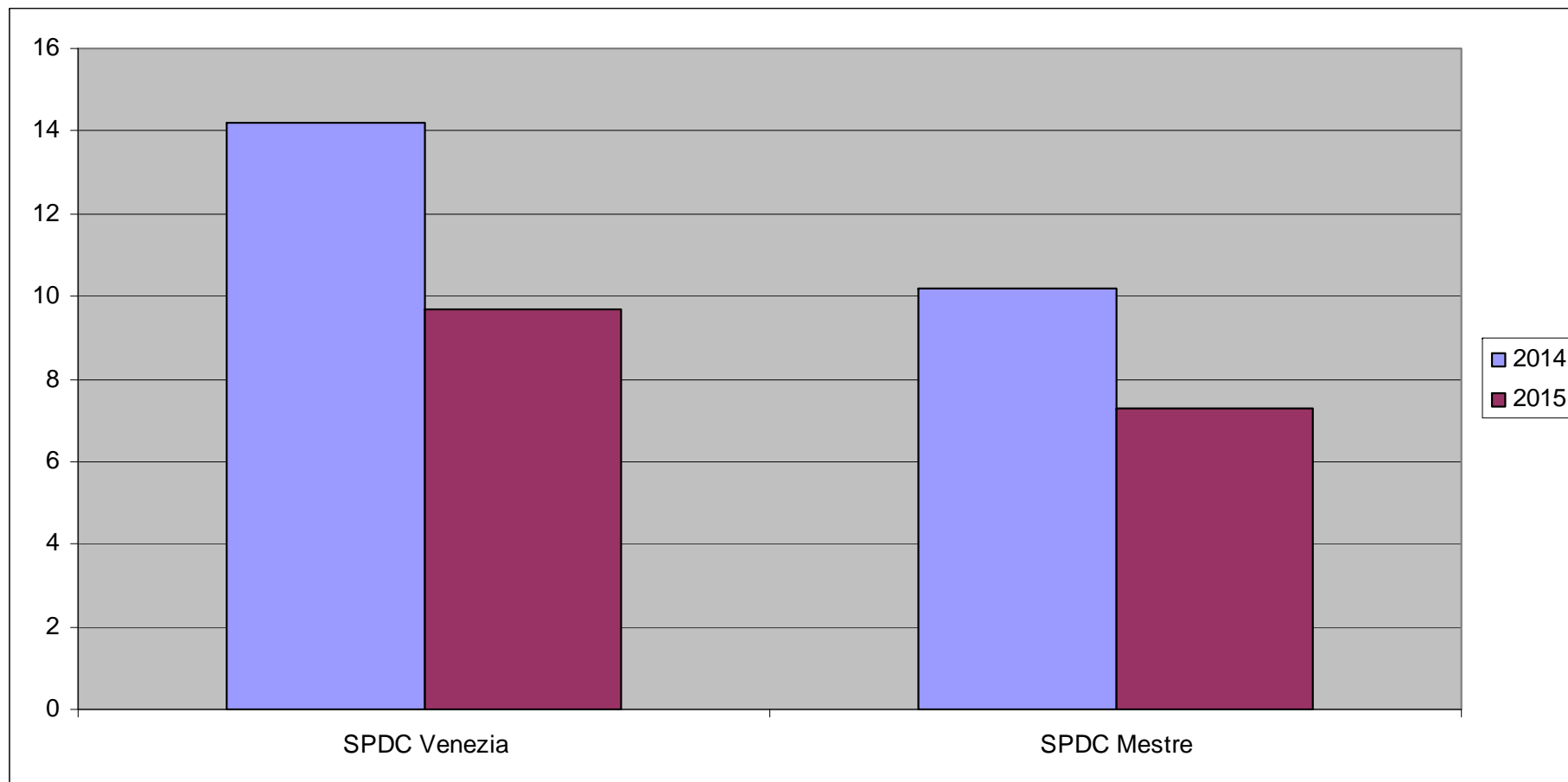


Andamento ricoveri ripetuti a 2014

CSM	% ricoveri ripetuti	% popolazione
CSM Marghera	41%	24,17
CSM Mestre	59%	75,83
CSM Venezia	59%	72,9
CSM Lido	41	27,1

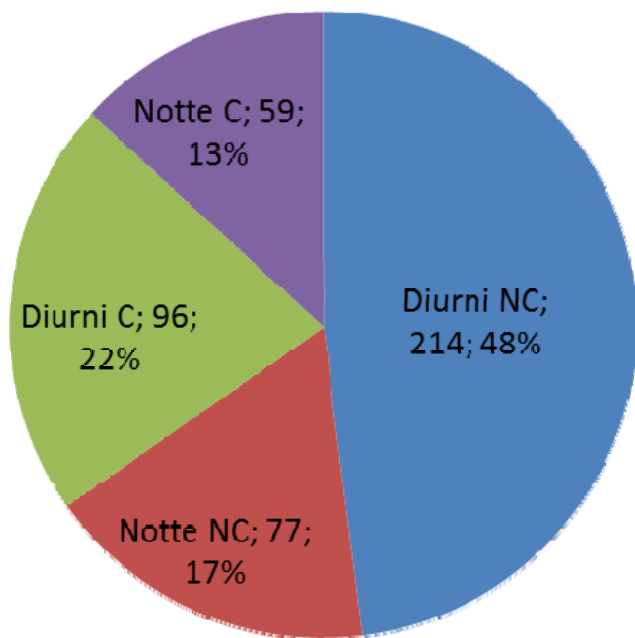


Ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici 2014 vs 2015



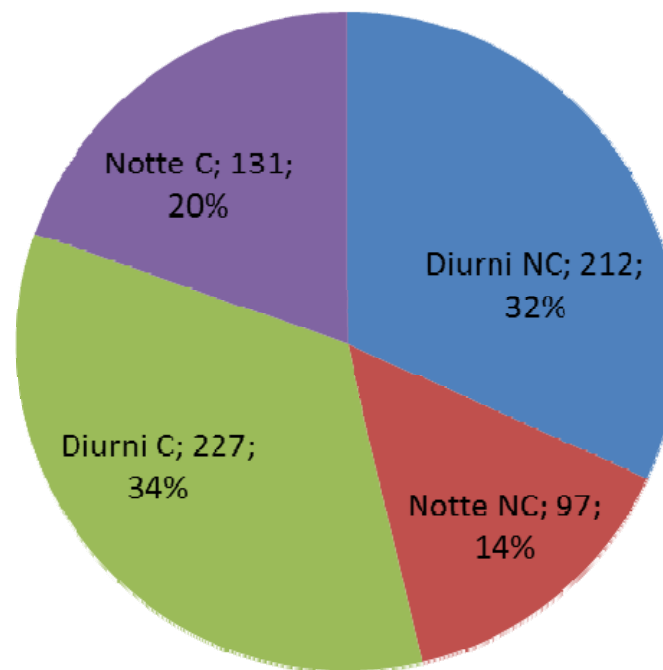


PS Venezia



	Diurni NC	Notte NC	Diurni C	Notte C
PS Venezia	214	77	96	59
Mestre	212	97	227	131

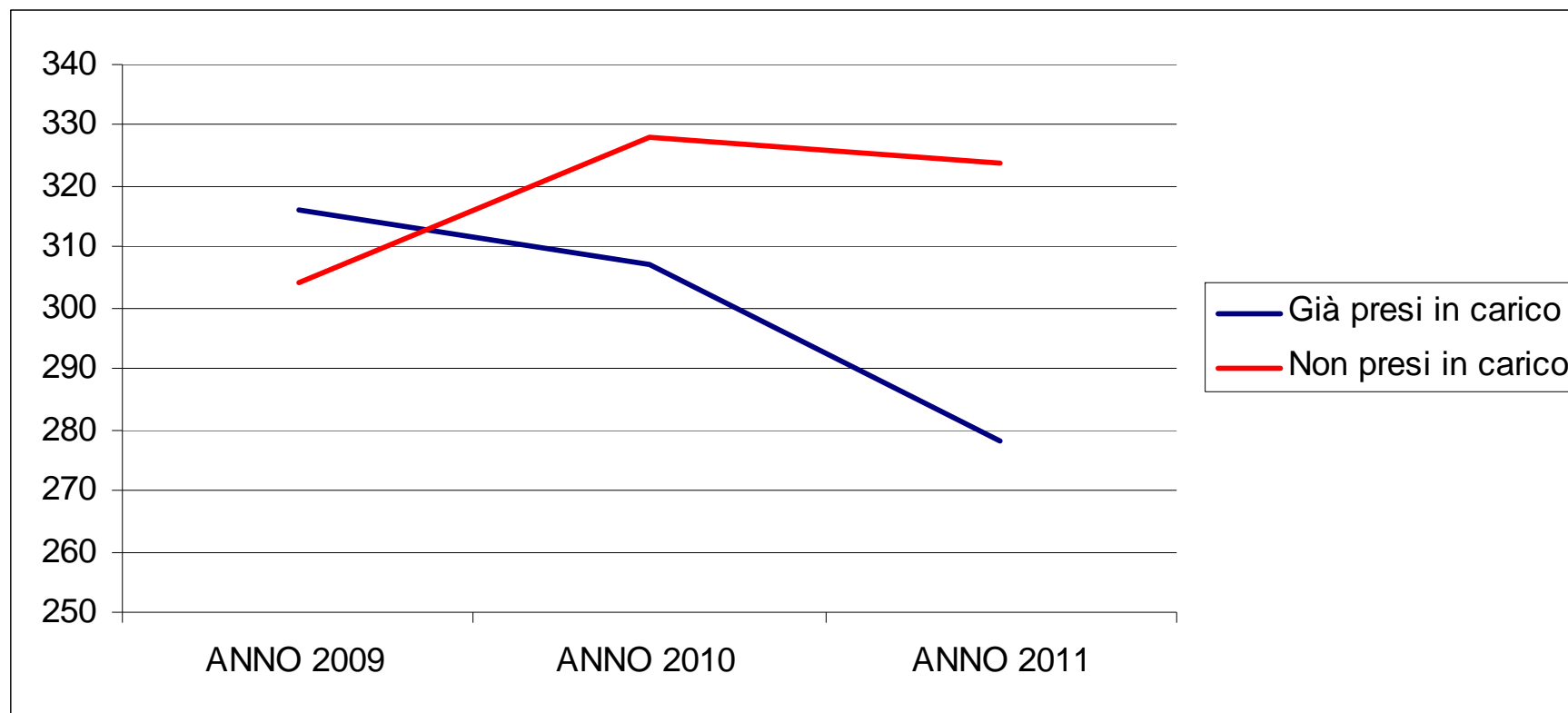
PS Mestre

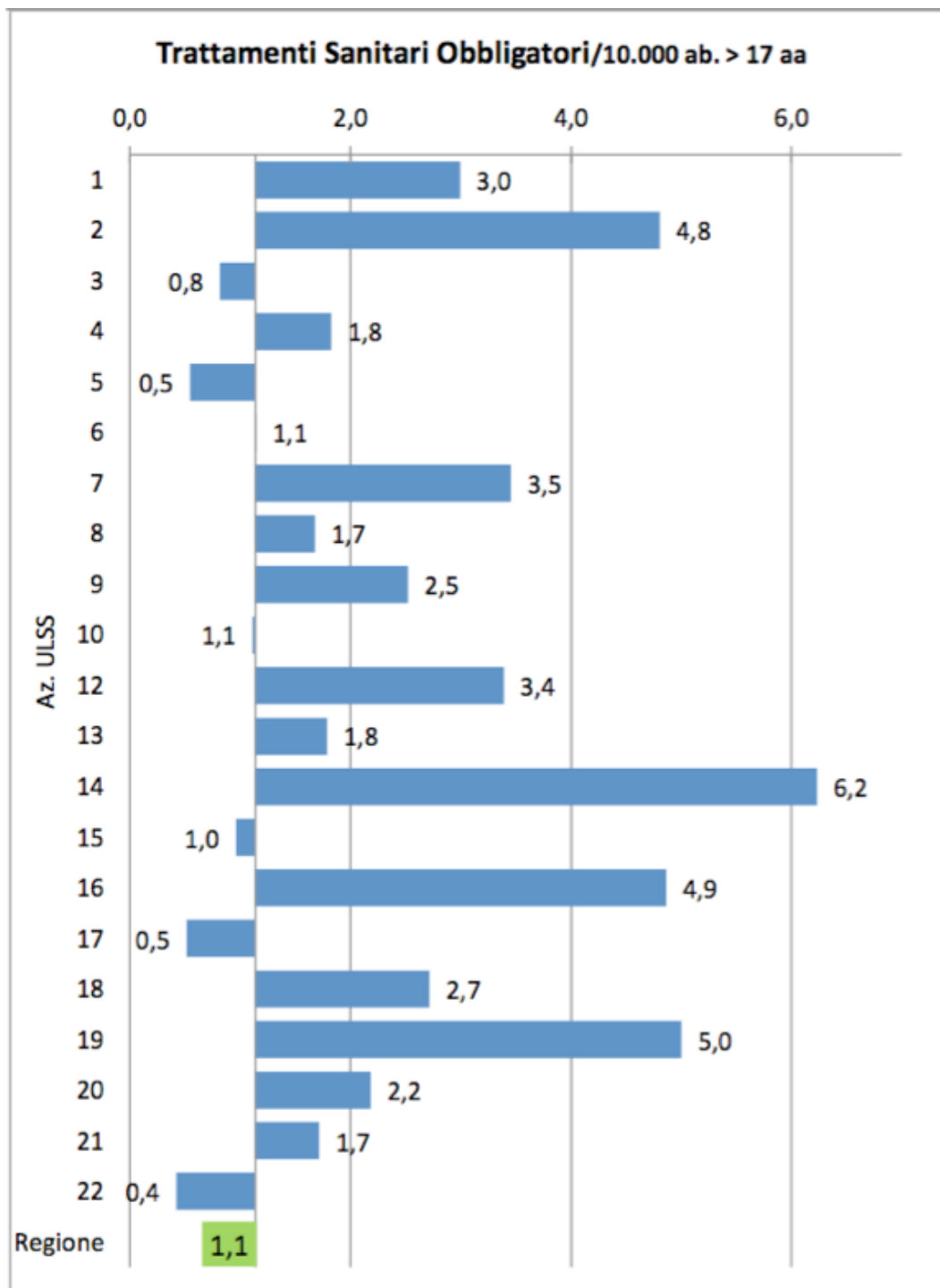


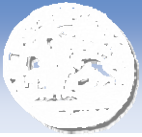
Consulenze PS 2014
gennaio - agosto



Altrove







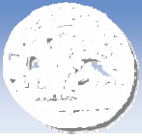
Ridefinizione SPDC/PS

- Ridefinizione dei rapporti con il PS
 - analisi delle situazioni problematiche
 - scomparsa dei “ricoveri d’ufficio”
 - maggiore collaborazione nella gestione delle terapie d’urgenza al Pronto Soccorso
- Protocollo sulla gestione delle urgenze
 - collaborazione fra
 - i due PS di Mestre e Venezia
 - le due Direzioni di Presidio
 - le due UOC Salute Mentale



Ridefinizione SPDC Mestre

- Rivista la organizzazione medica del SPDC
 - Turnover medici
 - Assicurati tre medici
 - Definite responsabilità e referenze per i pazienti ricoverati
- Riorganizzazione delle attività in reparto
 - Psicoeducazione
 - Arte terapia
 - Gruppi
- Modalità consolidata per la integrazione dei turni
 - a partenza dal territorio
 - favorendo la integrazione fra Ospedale e Territorio
- Sono state ridefinite le modalità di gestione degli atti e della documentazione sanitaria in SPDC, in maniera coerente alla normativa

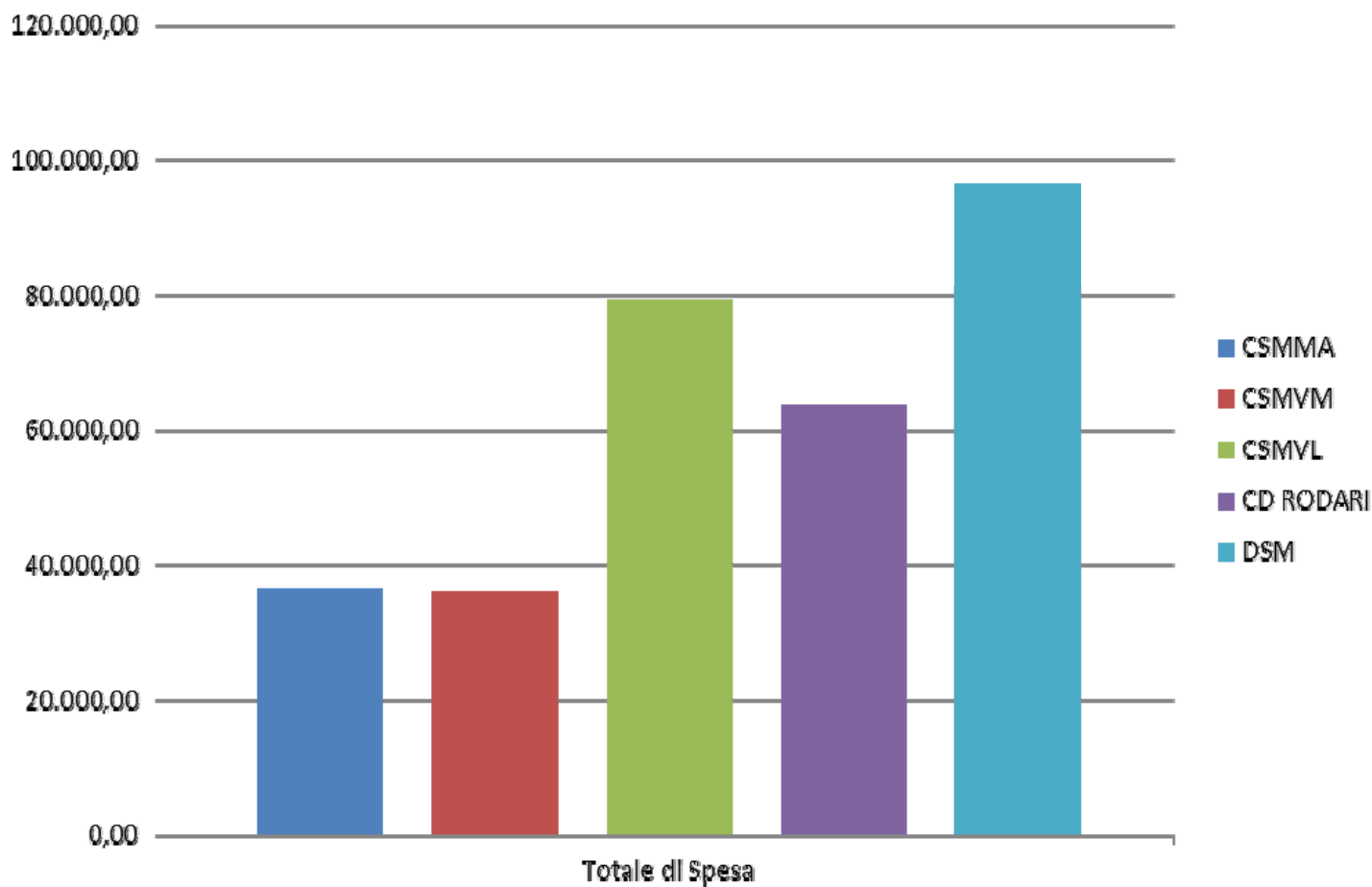


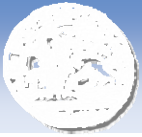
Ridefinizione SPDC

- Maggiore integrazione fra Territorio ed SPDC
 - rotazione del personale
 - Contatti CSM con i pazienti ricoverati
- Riduzione drastica della contenzione in SPDC
 - attraverso un percorso di analisi e trasparenza nelle situazioni di acuzie
 - Fragilità nelle terapie d'urgenza al PS
- Cancellazione del passaggio da SPDC all'ambito privato
- Abbattimento dei ricoveri ripetuti a 30 giorni

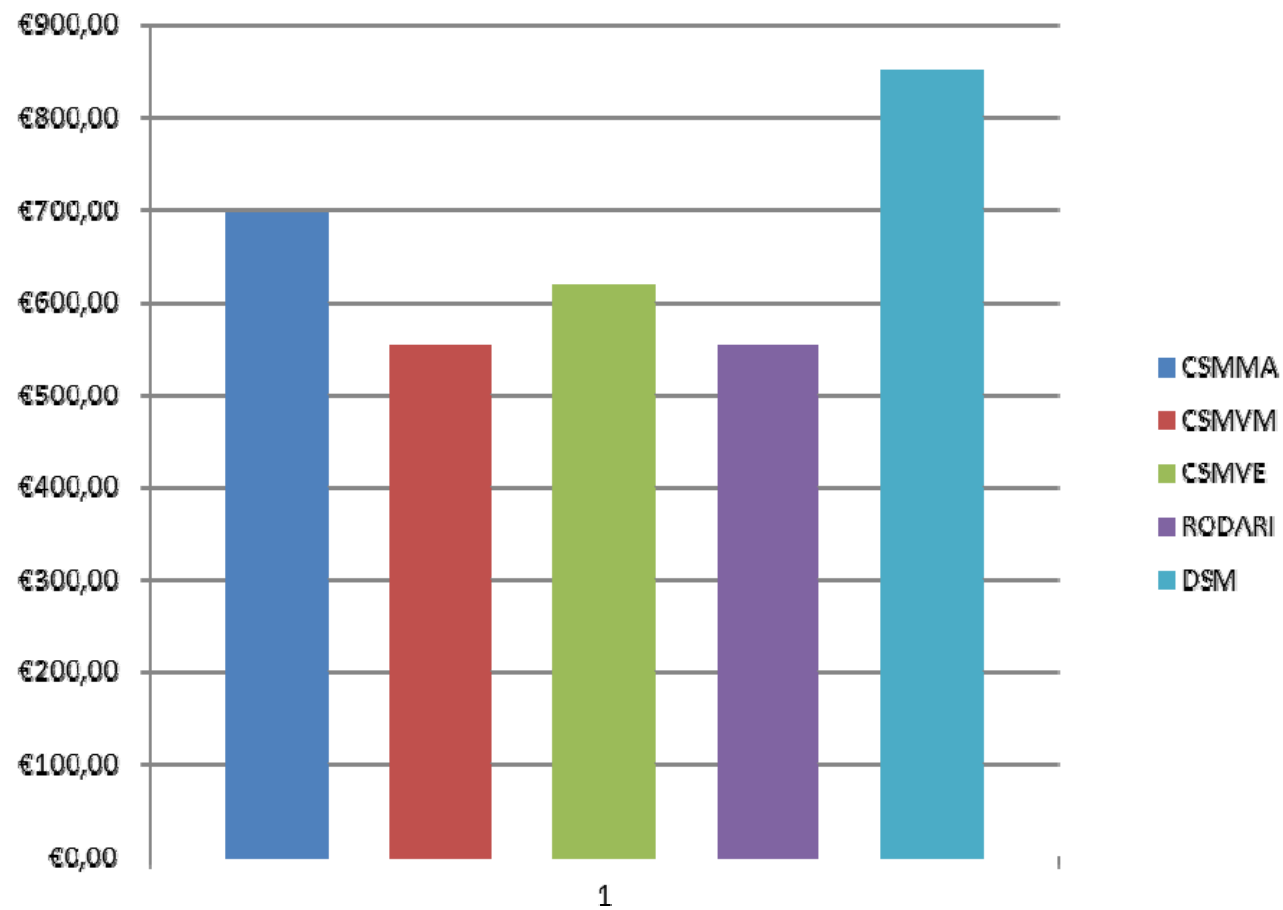


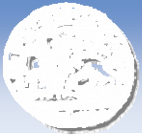
Spese Riabilitazione 2014



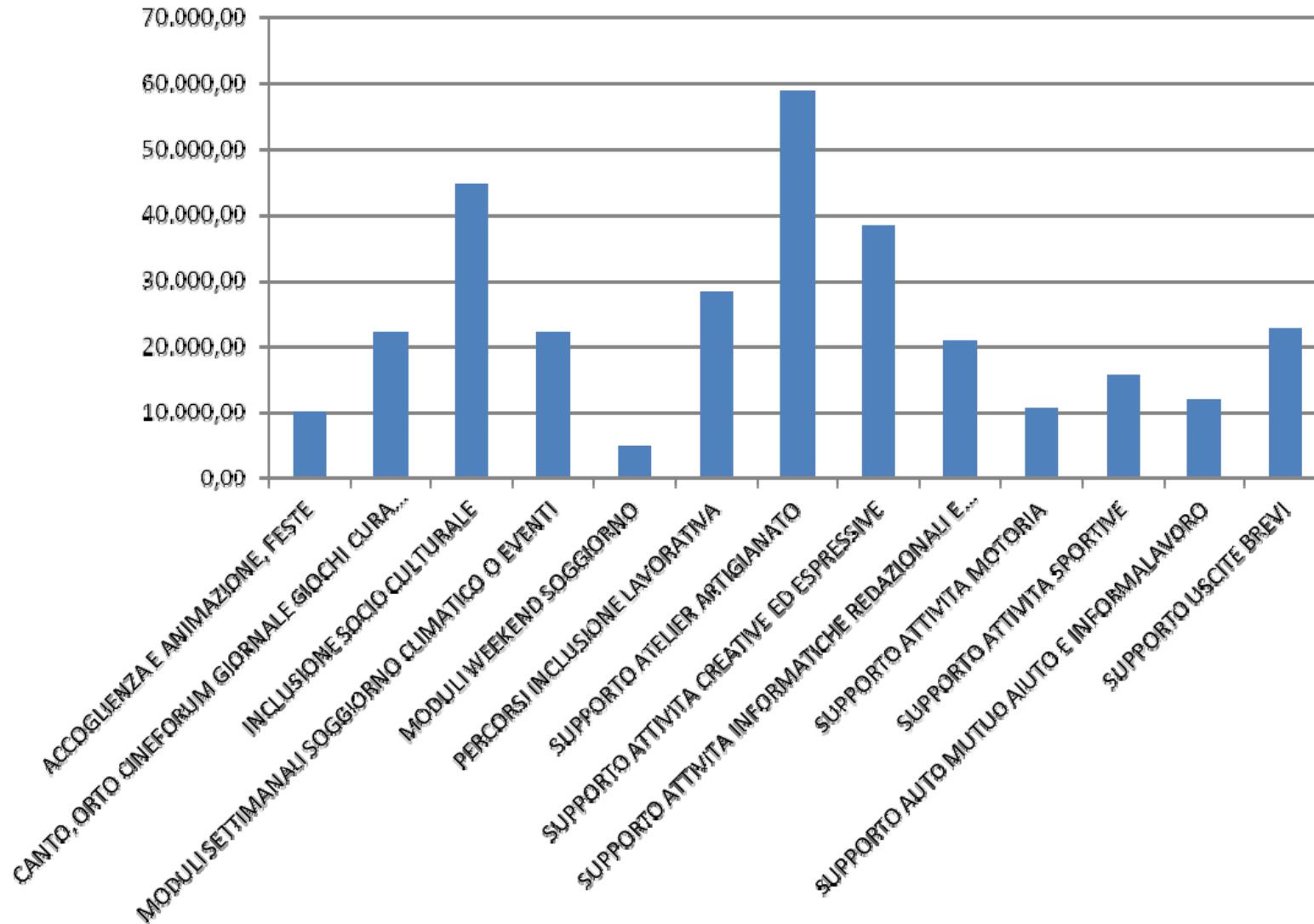


Spese Riabilitazione 2014 per paziente





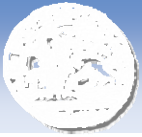
Spese Riabilitazione 2014 per tipo





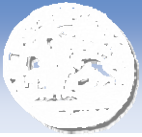
Attività riabilitative Rodari

ARTETERAPIA	GIORNALE	PC
CLT	VIDEO	GINNASTICA
CREATIVITA'	USCITE	PERMACULTURA
CUCINA	LAB MUSICA	PITTURA
CUCITO	MUSICOTERAPIA	TEATRO
DOLCE	NUOTO	TRICOLAB
FALEGNAMERIA	OLODANZA	PALLAVOLO



Attività riabilitative CSM Marghera

CALCIO	GINNASTICA FUNZIONALE	CUCINA VALENTINA
CITTADINO QUOTIDIANO	La Maionese Impazzita	FOTOGRAFIA
ARTETERAPIA	Quotidiani in Ctrp	USCITE
Contaminazioni/stampa D'arte	TRICOT	CRETA



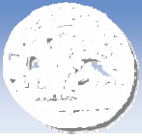
Attività riabilitative CSM Via Miranese

ANGOLO DOLCE	MUSICOTERAPIA	SOGGIORNO GARDA
ARTETERAPIA	NORDIK WALKING	SOGGIORNO LIGNANO
DANZA MOVIMENTO	RICICLIAMOCI	USCITE GIORNATA
LETTURA GIORNALE	SCRITTURA CREATIVA	



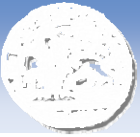
Attività riabilitative Boldù e Lido

SPIAGGIA	RILASSAMENTO	TOMBOLA	MOSAICO
SOGGIORNO LUNGO	REDAZIONE STAMPA	USCITE	LETTURA QUOTIDIANO
SOGGIORNO BREVE	RASSEGNA STAMPA	ABC INFORMATICA	GRUPPO VERBALE
SOGGIORNI E USCITE	PICOOLA EDITORIA	ACCOGLIENZA	GINNASTICA
SCUOLA CUCINA	ORTO VENEZIA	ARTETERAPIA	GIARDINAGGIO
SCRITTURA CREATIVA	MUSICA	ARTI CREATIVE	FOTOGRAFIA
CREAZIONE BIJOUX	CORSO CUCINA	ATT ASS ANIMALI	BACARO BLU
ATTIVITA GIORNALE	ATTIVITA CURA DI SE	FESTE EVENTI	FELDENKRAIS
SARTORIA			



Attività riabilitative in atto 2014

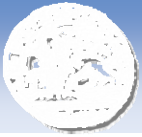
Informatica	3
Arteterapia	18
Attività	8
Motorie	10
Giornali	11
Cucina	10
Musica	4
Intrattenimento	15



Definizione condivisa riabilitazione

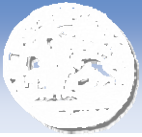
Salute Mentale

- In persone che soffrono di una condizione mentale che limita in maniera grave la loro capacità di condurre vite soddisfacenti
- E' la promozione della
 - Recovery
 - La piena integrazione nella comunità
 - Una migliore qualità della vita nell'ambiente che desiderano
 - Con la quantità minore di supporto da parte dei servizi
 - I servizi devono essere evidence-based
 - La riabilitazione non è un luogo ma una cultura presente in tutto il servizio
 - Due strategie:
 - Sviluppare le potenzialità del paziente per affrontare le difficoltà ambientali
 - Proteggere il paziente dalle difficoltà
- Un esempio: IPS



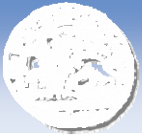
Modelli validati Riabilitazione

Modello	Tecniche
Skill enhancement	Social Skill Training
	Direct Skill Teaching
	Cognitive Remediation
Case manager	Illness Management recovery
	Person centred rehabilitation case management
	ACT Assertive Community Treatment
Psicoeducazione	Psicoeducazione (per familiari e per pazienti)
Supporti	Supporto fra pari
	Supported employment (in particolare IPS)
	Sostegno all'abitare
	Sostegno allo studio



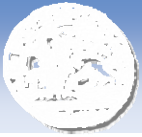
Evoluzione del modello

Modello	Evoluzione
Modello per luoghi	Modello trasversale
Operatori specifici	Formazione per tutti per operatori multidimensionali
Modello Protetto	Modello di supporto
Approccio assistenziale	Empowerment
Approccio per patologia	Recovery
Socializzazione in contesti protetti	Socializzazione in contesti normali
Solo socializzazione	Tecniche specifiche validate
Autoreferenzialità	Monitoraggio e verifica risultati



Modelli validati Riabilitazione Ulss 12

Modello	Tecniche	
Skill enhancement	Social Skill Training	Attivato
	Cognitive Remediation	Già programmato 01/2016
Case manager	Illness Management recovery	Già programmato 03/2016
Psicoeducazione	Psicoeducazione (per familiari e per pazienti)	Attivato Ulteriore corso 11/2015
Supporti	Supported employment (in particolare IPS)	Attivato luglio 2015



Evoluzione delle strutture terraferma

Modello esistente	Evoluzione
2 CSM 2 aperti 8 – 20 1 senza medico ed attività dopo 16	3 CSM 1 aperto 8 - 20 + sabato mattina 2 aperti 8 - 16 tre giorni 8 – 20 due giorni
Presenza parziale per urgenze	Urgenze territoriali: 08 – 20 dal lunedì al venerdì 08 – 14 sabato mattina
120 ore settimanali	162 ore settimanali
No DCA	Apertura Ambulatorio DCA
Riabilitazione: 60 ore/sett CD Rodari	Riabilitazione ore/sett 50 ore CD Rodari 18 ore IPS Attività Social Skill Training Attività Cognitive Remediation 48 h + 15 h Progetti flessibili 18 ore attività in SPDC



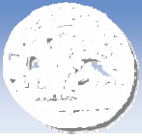
Ulteriori supporti

- Acquisizione ulteriori spazi per
 - IPS
 - Social Skill Training
 - Cognitive Remediation
 - Psicoeducazione
- Sviluppo Progetti Individuali flessibili
- Sviluppo in contesti normali attività socializzanti
- Sviluppo Centri di Aggregazione Sociale
- Sviluppo attività in SPDC
 - Gruppi psicoterapici
 - Arte Terapia
 - Psicoeducazione



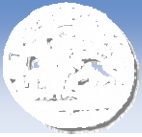
azienda Ulss 12 veneziana

STRUTTURE	UBICAZIONE	PL	%
CTRP	CTRP Venezia	8 pl	66,1%
CTRP	CTRP Mestre	12 pl	92,4%
CTRP	CTRP Marghera	5 pl	30,0%
		25 pl	71,5%
CA BASE	Opera S. Maria della Carità CA Airone - Lido 24/24	10 pl	94,9%
	Ente S. Maria dei Battuti CA Franco Basaglia Mestre 12/24	16 pl	80%
CA EST	Opera S. Maria della Carità CA Cormorano 24/24	10 pl	100%
	Opera S. Maria della Carità CA Il Faro 24/24	20 pl	99,1%
ALTRE EXTRA		16 pl	



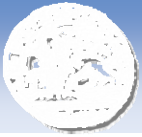
azienda Ulss 12 veneziana

GAP E GA - DSM				
STRUTTURA	DGR	UBICAZIONE	NUM PL	%
GAP	dgr 1616/2008	Dorsoduro 100 VE	4	50
GA	dgr 84/2007	S. Marco 1020 VE	1	100
GA	dgr 84/2007	Castello 6615 VE	1	100
GA	dgr 84/2007	Castello 2735 VE	4	54
GA	dgr 84/2007	Via Torre Belfredo ME	4	87
GA	dgr 84/2007	Via Abazia ME	2	100
GA	dgr 84/2007	Via Montessori ME	4	50
GA	dgr 84/2007	Ple Sirtori ME	4	50
GA	dgr 84/2007	Vle S. Marco ME	4	100
			Totale 28	66%



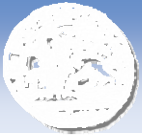
Riabilitazione:

- Ricostruito il gruppo generale della riabilitazione del DSM
 - Non più gruppo di gestione delle attività dell'appalto con la Fondazione OdC
 - Introduzione delle Associazioni dei Familiari, degli Utenti ed altro NP
- Implementati 4 gruppi di lavoro nell'ambito della riabilitazione
 - Per la elaborazione di analisi e proposte in tema di riabilitazione
- Cominciata una ricognizione generale dei percorsi della residenzialità
 - Superamento di una logica parcellare per Unità Operative e per Strutture
 - Costituzione gruppo DSM Residenzialità
- Ridefinizione dei modelli di lavoro dei Gruppi Appartamenti
 - Superamento logiche e risultati molto diversi
 - Costituzione di un gruppo di lavoro unico per la Terraferma



Riabilitazione

- Analisi delle attività in relazione all'appalto con la Fondazione OdC circa le attività riabilitative
 - Verificando la coerenza progettuale di una serie di spese
 - Modificando le modalità di autorizzazione e gestione della spesa
 - Operando un riposizionamento di una ampia serie di attività
 - Razionalizzazione
 - Apertura ad attività di comprovata evidenza
- Frutti del lavoro di visione complessiva della spesa
 - Ridotto la spesa senza indicazione di tagli
 - Recupero risorse per
 - IPS, SST e Cognitive Remediation
 - Sviluppo nell'appalto di attività decentrate ospitate presso Villa Cardinal Urbani
 - Creazione di progetti flessibili all'interno dell'appalto che nell'ambito della lotta allo stigma, utilizzano educatori per supportare pazienti nella loro realtà sociale ed abitativa



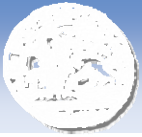
Riabilitazione e formazione

- Enorme sforzo formativo con i migliori esperti italiani per dotarsi di gran parte delle modalità riconosciute come le più efficaci in ambito riabilitativo
 - Formazione sull'Individual Placement and Support a marzo, formazione sul campo a giugno ed attivazione a luglio con situazioni seguite sia sulla terraferma sia sul centro storico
 - Formazione sul Social Skill Training ed attuale sviluppo di gruppi che porteranno ad una piena applicazione della metodica nel territorio
 - Formazione sulla Psicoeducazione, fatta secondo criteri adeguati, con particolare attenzione alla psicoeducazione "precoce" in SPDC
 - Già programmata formazione sulla Cognitive Remediation, la modalità probabilmente più efficace nel recupero dei danni da psicosi
- Frequenza di operatori ai corsi di aggiornamento a Ravenna con la Dr.ssa Paola Carozza (la persona riconosciuta come più competente in ambito riabilitativo in Italia)
- E' già in programma per il 2016
 - la formazione nell' Illness Management Recovery
 - la supervisione da parte della Dr.ssa Carozza



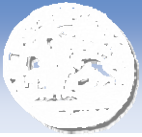
Riabilitazione

- Analisi delle attività in atto
 - realtà molto frammentata con molte attività simili replicate con modalità diverse per pochi pazienti
 - gran parte delle attività nate per iniziativa personale di singoli operatori, senza chiari protocolli applicativi e di verifica dei risultati
 - orientate ad una socializzazione generica in contesti protetti, in contrasto con gli orientamenti sulla riabilitazione esistenti da anni che richiamano la necessità di
 - Socializzazione in contesti non protetti
 - Recupero delle potenzialità con metodologie specifiche



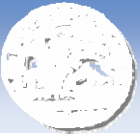
Riabilitazione Terraferma

- Quanti CD esistono?
- Analisi dei percorsi di accesso al CD Rodari
 - Superamento dei fax e della delega totale da parte dei servizi
 - Riscrittura delle regole di accesso con definizione della riunione della equipe della UOC come luogo per definire accessi e percorsi
 - Analisi delle situazioni esistenti
 - Estrema povertà dei progetti originariamente prodotti
 - ripresa della progettualità con gli invianti
 - Tentativo di superare la confusione fra intrattenimento, socializzazione in ambito protetto e riabilitazione
 - Ricostruzione di un gruppo di gestione, con la Psicologa, metà orario medico da Via Miranese e la CI



Riabilitazione sulla Terraferma

- Psicoeducazione
 - Reformulazione del modello attivato a Marghera
 - Costruzione di un modello omogeneo con il CSM di Via Miranese
 - Primi corsi in Via Miranese
 - Attivazione in SPDC
- Ridefinizione della residenzialità
 - recupero di risorse dalla CTRP di Marghera, utilizzata al massimo al 30% (!!!) per potenziare le altre strutture
 - ridefinizione delle competenze e dei ruoli relativamente alla CTRP di Via Pasqualigo
 - costruzione di un superamento di un uso come deposito dei pazienti
 - sviluppo di attività riabilitative
 - riqualificazione del personale con momenti formativi
 - spostamenti di risorse del personale per favorire una integrazione con il resto della UOC e sostenerla adeguatamente
 - riorganizzazione dei suoi aspetti di gestione e direzione

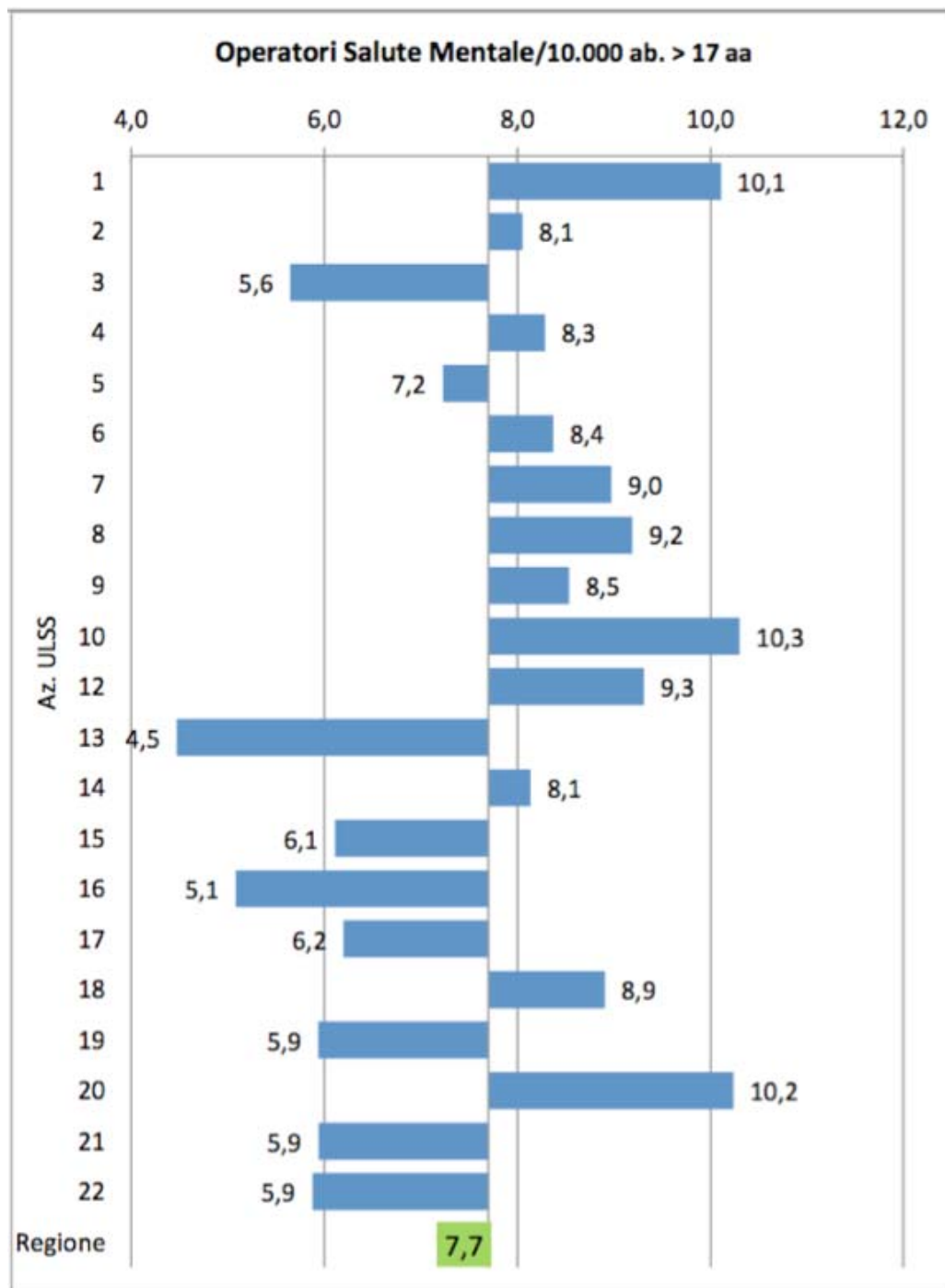


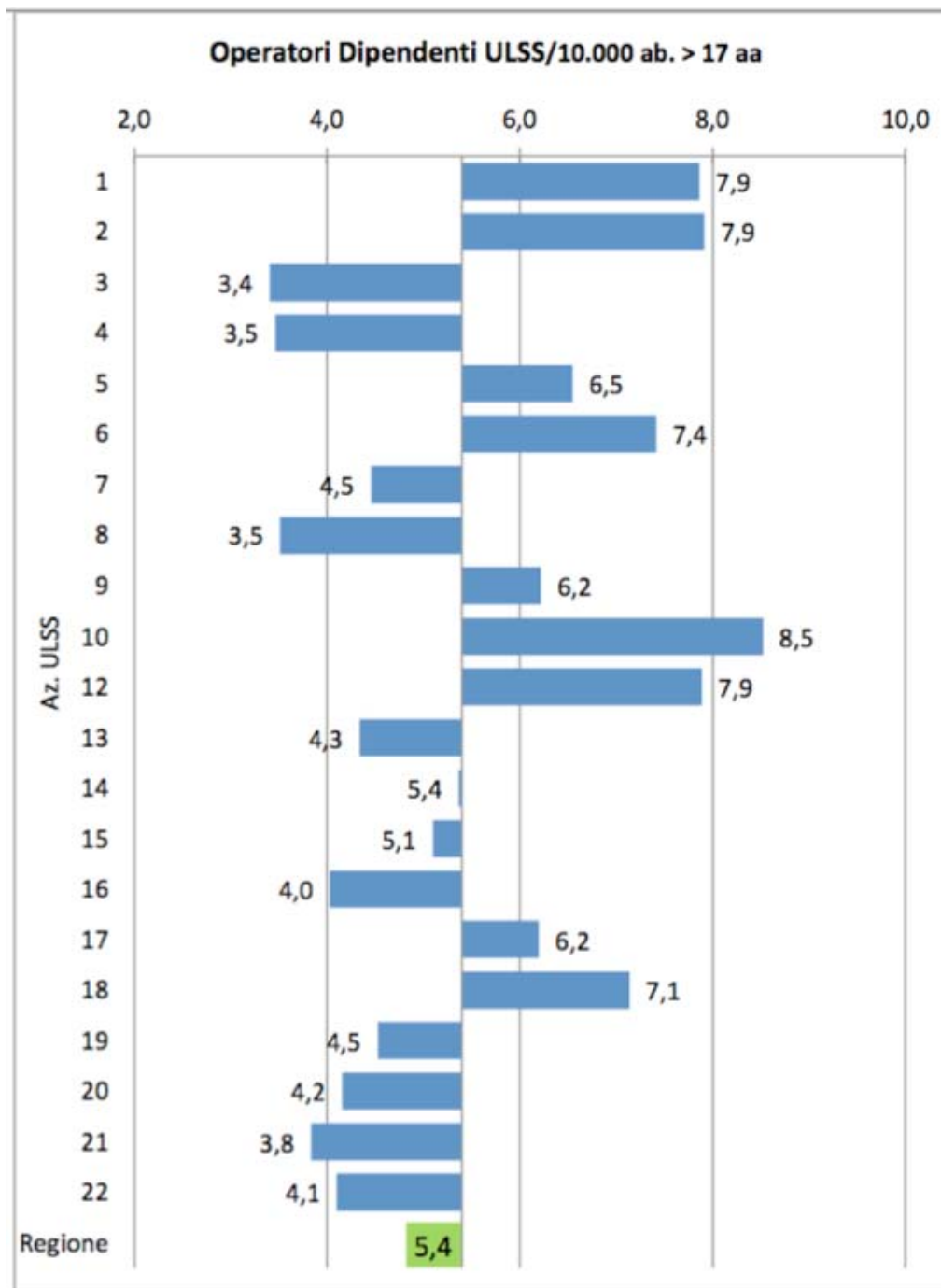
Articolazione progetto riabilitativo

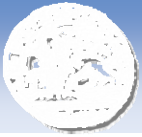
- Funzione socializzante
 - Centri aggregazione sociale aperti
- Funzione di supporto specifico
 - Progetti individuali flessibili
- Attività riabilitazione intensiva
 - SST
 - Cognitive Remediation
 - Psicoeducazione
 - Supported housing
 - Scolarità supportata
- Attività lavoro
 - SIL
 - Borse lavoro DSM
 - IPS



Operatori/10.000 ab – Dati Regione Veneto 2013

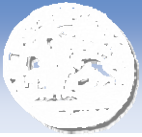






Le risorse del personale

- Basi di un modello che valorizza la pluralità delle competenze negli operatori, superando l'irrigidimento di situazioni cristallizzate da anni.
 - Formazione in tutti gli ambiti
 - Rotazione (a novembre 2015 nella terraferma)
 - Rotazione di oltre il 60% del personale medico fra le varie strutture
 - Rotazione di oltre il 60% del personale del comparto
- Ridefinizione della reperibilità infermieristica in modo omogeneo e funzionale nel DSM
- Ridefinizione degli standard minimi del personale nelle strutture
- Sviluppo di modelli stabili e snelli per supplire alle eventuali difficoltà nelle varie strutture
- Distribuzione di aree ai medici sulla base di una distribuzione equa della popolazione, tenendo conto della diversa incidenza nel corso degli anni
- Valutazioni molto attente (per curriculum e colloquio) per individuare i nuovi livelli di responsabilità in SPDC che sono stati assegnati



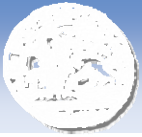
Le risorse del personale

- Graduale riequilibrio delle risorse fra la terraferma ed il centro storico, tenendo conto delle effettive attività svolte e dei carichi conseguenti
- Turnover nell'ambito della Dirigenza Medica nella Terraferma
 - inserimento dei nuovi in una realtà ancora in gran parte difforme rispetto al resto del Veneto, ma ha portato anche nuove risorse, nuovo entusiasmo e nuove idee
- Situazioni problematiche del personale, in particolare medico, che hanno richiesto il ripristino di una condizione di trasparenza, correttezza e legalità
 - numerosi procedimenti disciplinari
 - tutti conclusi con aspetti sanzionatori
 - in due casi con sospensione temporanea dal lavoro
 - altri provvedimenti sono tuttora in corso.



Formazione

- Sforzo enorme, senza peraltro una particolare incidenza sulla spesa:
 - le attività formative in ambito riabilitativo già dette
 - si è ridefinita la formazione volontaria del personale (totalmente senza governo a Mestre) indirizzandola su aspetti di chiara pertinenza alla attività istituzionale
 - corso relativo a
 - aspetti medico legali relativi alla documentazione sanitaria e alla posizione di garanzia
 - corso di psicofarmacologia secondo EBM e linee guida
 - incontri di supervisione con un esperto esterno dedicati ad approfondire gli aspetti relazionali e quelli di dinamica di equipe nella gestione delle situazioni complesse, esperienza totalmente innovativa per questo DSM
- Ridefinizione del gruppo DSM che si occupa della formazione
- Costituzione di un gruppo DSM che coordini i tirocini ed il volontariato in ambito psicologico



Analisi della qualità

- Analisi della documentazione sanitaria
 - Verso una documentazione completa, esauriente e corretta
 - Verso progetti chiari, comprovati e condivisi
- Aspetti:
 - Normativi
 - Scientifici
 - Etici
 - Reale attenzione alla persona
 - Offrire ai pazienti ed ai familiari ciò che è comprovato avere efficacia per i problemi che emergono