

DUSE, 23 aprile 2016

LA CONTINUITA' DI CURA

**RITA DI SARRO
IAS AUSL BOLOGNA**

**Linee di indirizzo metropolitane
(continuità di cura)**

novembre 2015



PRIA Regione Emilia-Romagna 2016-2018

LINEE DI INDIRIZZO METROPOLITANE (gruppo di lavoro inter-istituzionale sul protocollo aziendale 2009)

per garantire ai giovani con disabilità la
continuità di cura
(sanitaria, assistenziale ed educativa)
nel passaggio dall'età evolutiva a quella
adulta

- Città metropolitana di Bologna (Settore Servizi alla Persona e alla Comunità)
- AUSL di BOLOGNA (DSM, DCP, DASS)
- AUSL di IMOLA
- ASP Circondario Imolese
- ASP SENECA
- ASC Insieme –Azienda Consortile Interventi Sociali Valli del Reno, Lavino e Samoggia
- Ufficio Scolastico Regionale-Ufficio V ambito Territoriale di BO
- Autonomie Scolastiche
- Enti di Formazione Professionale
- Associazioni delle Famiglie con familiari con disabilità
- Comitato Consultivo Misto Aziendale CCMA AUSL Bologna
- Conferenza Sociale e Sanitaria CTSS di Bologna

Seduta Ufficio di Presidenza CTSS 15 dicembre 2015

- Presidente CTSS
- Sindaco della Città Metropolitana
- Presidenti Comitato di Distretto(San Lazzaro, Pianura Est ed Ovest, Casalecchio)
- Presidente Nuovo Circondario Imolese
- Magnifico Rettore Università di Bologna
- Direttori Generali AUSL BO, Azienda Sant'Orsola-Malpighi, IOR
- Direttori di Distretto(Bo, Casalecchio, San Lazzaro, Porretta Terme, Pianura Est ed Ovest)
- Direttori Sanitari (IOR IRCCS, AUSL BO)
- Direttori Amministrativi (IOR IRCCS, AUSL BO)
- Direttore DASS BO
- Servizio minori, famiglie, tutele e protezioni Comune BO
- Inserimenti Lavorativi Città Metropolitana Bo

- PROTOCOLLO: 2009, interno all'azienda
- FASCIA 16/22 anni
- **Criticità**: mutamento scenari istituzionali (ritiro deleghe, avvio istituzione Città Metropolitana, Accordi di Programma per integrazione scolastica, disomogeneità di applicazione nella AUSL)

- Il percorso della continuità è descritto dal punto di vista della persona con **disabilità** e non dalle diverse organizzazioni che intervengono
- Contributo delle **Associazioni**
- Dai 16 aa **equipe integrata NPIA** che comprenda i Servizi di probabile afferenza e la Scuola/Formazione
- Ai 18 aa la competenza passa ai Servizi per Adulti che attivano **UVM integrata**
- Si valorizza il contributo e la corresponsabilità dei **MMG** e della **Psichiatria Adulti**

- **FUNZIONI DEL CSM:**

- -«Effettua la **diagnosi psichiatrica**,
- -**monitorando l'eventuale terapia specifica prescritta;**
- -collabora con le **UVM** distrettuali per la **valutazione ed il trattamento dei comportamenti problema** nelle persone con **DI**
- -e si rende disponibile per **consulenze ed incontri con la famiglia**»

- PREVALENZA DISTURBI PSICHIATRICI
NELLA DI:
- 40%: almeno 1 
- 21%: 2
- 8%: 3
- NECESSITA' DI STRUMENTI SPECIFICI:
- DM-ID (NADD, USA)
SPAID (CREA; Dr. Bertelli)

- Psicosi: 12 > 17%
- Disordini Affettivi
(Depressione/Mania): fino al 70%
- Disturbi d'Ansia: 42 > 56%
- OCD: 7 > 24%
- **>50% assume farmaci**

COMPORAMENTI PROBLEMA

- Disabilità Intellettiva
 - Autismo
 - Patologie Psichiatriche
- 

- Passaggio dalle singole valutazioni clinico-strumentali alla valutazione multidimensionale ed alla progettazione individuale
- dai singoli interventi (a volte frammentati) al percorso di cura e di vita

PRIA

La presa in carico deve essere dell'intero sistema curante (sanità, famiglia, e servizi educativi e sociali) in tutti i contesti di vita, in tutte le età.

Deve essere dedicata particolare attenzione alla presa in carico delle persone maggiorenni per tutto l'arco della vita garantendo la continuità assistenziale e l'appropriatezza degli interventi, in rete con i servizi sociali e il mondo del lavoro.

PRIA

- Redazione di un protocollo regionale per la valutazione diagnostica e funzionale in età adulta
- Consolidamento dei percorsi per il passaggio dei soggetti in età adulta
- Definizione di équipe con adeguate competenze specialistiche sui disturbi dello spettro autistico nell'ambito dei servizi per l'età adulta
- Sviluppo di iniziative che, a partire dalle esperienze attuate a livello regionale (budget di salute, IPS, amministrazione di sostegno), possano portare all'acquisizione dei maggiori livelli di autonomia possibile e possano dare supporto e prospettive alle famiglie

CASA DEL GIARDINIERE

- Neuropsichiatra
- Psicologhe
- Analista del comportamento
- Educatori

Una giornata alla settimana dei NPI dei vari territori (Pianura Est ed Ovest, Porretta e Casalecchio, Bologna)

- Utenti: in carico, **16/18 anni > 14/18 anni**
- **Equipe:** Area Autismo, NPIA, CSM, Area Disabilità (FORMAZIONE CONDIVISA)
- Strumenti: di valutazione funzionale, cognitiva, diagnostica e clinica (Vineland, TTAP, ADOS, SPAID, etc)
- Risultati: relazione integrata alla famiglia con progettazione individualizzata

• FASI DEL PERCORSO

- 1) team: condivisione del materiale clinico disponibile, con programmazione degli incontri di valutazione
- 2) valutazioni funzionali, cognitive e diagnostiche **condivise col territorio** (Servizi Disabilità e CSM)
- 3) **team autismo e territorio**: progettazione individualizzata e relazione
- 4) restituzione alla famiglia ed alla scuola: sono presenti anche gli enti di formazione , le associazioni, eventuali altri interlocutori del progetto di vita (ad es Ca' Bellocchio)

GRAZIE DELL'ATTENZIONE