



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea magistrale (*ordinamento ex D.M.
270/2004*)
in Lavoro, cittadinanza sociale, interculturalità

Tesi di laurea

—
Ca' Foscari
Dorsoduro 3246
30123 Venezia

IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE OSPEDALIERO

Studio comparato sui presidi del Veneto
e ricerca partecipata presso l'ospedale
civile di Oderzo

Relatore

Prof. Stefano Campostrini

Correlatore

Prof. Giovanni Bertin

Laureando
Susanna Broccolo
Matricola 845256

Anno Accademico
2013 / 2014



Università
Ca' Foscari
Venezia

INDICE

Premessa	4
Introduzione	6
PARTE PRIMA: DA IERI AD OGGI	
Cap 1 Da to cure a to care: incontro tra sanitario e sociale	
• 1.1 Medicina specialistica VS Modello olistico	8
• 1.2 Integrazione sociosanitaria	13
Cap 2 Il servizio sociale ospedaliero, storia compiti e strumenti	
• 2.1 Il servizio sociale professionale ospedaliero e le sue origini : uno sguardo internazionale	16
• 2.2 Il servizio sociale professionale in sanità: situazione italiana	19
• 2.3 Il servizio sociale professionale ospedaliero in Veneto: buone prassi in Italia	39
PARTE SECONDA – LA RICERCA	
Cap 3 Metodologia adottata	46
Cap 4 Casi studio: Le province Venete	
• Premessa	52
• 4.1 Venezia	53
• 4.2 Padova	57



Università
Ca' Foscari
Venezia

• 4.3 Verona	64
• 4.4 Vicenza	69
• 4.5 Belluno	76
• 4.6 Treviso	81
La sperimentazione in Pronto Soccorso	90
Cap 5 La provincia di Treviso	
• 5.1 Conegliano	95
• 5.2 Oderzo	102
o Inserimento in ospedale	103
o Rapporti con il territorio	109
✓ Rapporti tra i comuni e l'ospedale di Oderzo	109
✓ Modalità organizzative e coordinamento con l'ospedale	111
✓ Il tempo delle segnalazioni, il costo per l'azienda	114
✓ Reparti maggiormente coinvolti	116
✓ Opinioni del personale comunale sull'inserimento di un'assistente sociale in ospedale	117
• Valutazioni finali	120
Conclusione	123
Bibliografia	130
Ringraziamenti	133



Università
Ca' Foscari
Venezia

PREMESSA:

Iniziare a scrivere una tesi di laurea magistrale è sempre una scommessa, scegliere l'argomento lo è ancora di più. Dopo 5 anni di studio e 3 anni di esperienza lavorativa mi si è presentato il classico dilemma di fine studio: di cosa posso parlare? Tutti gli argomenti sono stati sviscerati così tante volte, che qualsiasi classico argomento sarebbe davvero banale e probabilmente poco utile alla comunità professionale.

Quest'anno ho svolto il mio tirocinio presso l'ospedale Ca' Foncello di Treviso, mettendomi a confronto con esperienze professionali differenti dalle mie, cercando di guardare tutto con occhio critico e imparare quanto più possibile dal mio supervisore. Il lavoro in ospedale ha messo in luce molte domande che necessitavano di una risposta, domande che in sede d'esami universitari non ci si pone e che invece durante il tirocinio si mostravano con prepotenza.

Mi sono chiesta più volte quale fosse il ruolo dell'assistente sociale in ospedale, ma non volevo semplicemente sapere cosa facesse ma soprattutto scoprire perché molti ospedali non hanno l'assistente sociale in organico, oppure perché ogni servizio è differente dall'altro. L'esigua letteratura a disposizione e le leggi non chiare hanno reso questo studio abbastanza stimolante, lasciandomi un'ultima domanda: come può un assistente sociale intersecare la sua professionalità con le



Università
Ca'Foscari
Venezia

altre a stampo prettamente sanitario? qual è il valore aggiunto che l'Assistente Sociale porta nell'equipe multidisciplinare?

Il seguente lavoro nasce da queste domande di partenza e si sviluppa in una ricerca partecipata sul contesto specifico di Oderzo, un paese in provincia di Treviso con un ospedale di modeste dimensioni che non ha la presenza dell'assistente sociale in organico.



Università
Ca'Foscari
Venezia

INTRODUZIONE

Il seguente lavoro di ricerca si pone l'obiettivo di analizzare il contesto ospedaliero relativo al territorio aziendale dell' ex distretto 4 dell'ULSS 9 di Treviso, attraverso uno studio di ricerca attiva partecipata sul campo e una comparazione tra il contesto specifico di Oderzo ed altre realtà simili presenti all'interno del territorio Veneto.

Il seguente testo, presenterà i risultati dello studio partendo da un'analisi bibliografica sugli aspetti più teorici legati al SSO, verranno esaminati i cambiamenti della medicina, dalla settorializzazione delle competenze al modello olistico; si proseguirà analizzando i cambiamenti storici e legislativi avvenuti in Italia e in Veneto, analizzando il ruolo del servizio sociale in sanità con particolare riferimento al servizio sociale ospedaliero, i suoi compiti, le sue peculiarità, presentando modelli e strumenti utilizzati dall'Assistente Sociale nell'ambito lavorativo specifico dell'ospedale.

La seconda parte della tesi presenterà la ricerca vera e propria, analizzando i servizi sociali ospedalieri presenti presso i capoluoghi del Veneto, utilizzando le interviste discorsive come strumento principe. A questo studio prettamente regionale, seguirà un approfondimento sulla realtà di Treviso analizzando un ospedale che ha un servizio sociale



Università
Ca' Foscari
Venezia

ben strutturato in organico come Conegliano, e uno che invece non ha l'Assistente sociale come Oderzo.

Per quest'ultima parte di ricerca su Oderzo, per comprendere meglio il contesto di riferimento, l'Analisi avverrà seguendo due fasi: **La prima fase** sarà di osservazione diretta all'interno dell'Ospedale di Oderzo, in cui m'inserirò con il ruolo mancante di Assistente Sociale per monitorare la domanda sociale e i bisogni del servizio, mettendo in luce sia la situazione socio demografica dello stesso, sia i bisogni espressi e non espressi della popolazione e delle istituzioni pubbliche; **la seconda fase** sarà di analisi del contesto territoriale, saranno intervistate le Assistenti Sociali afferenti all'ex distretto 4 impiegate nei comuni facenti parte del distretto e le infermiere capo sala dell'ospedale di Oderzo prima e dopo il mio inserimento presso il servizio.

La ricerca verrà poi mostrata nella sua interezza attraverso la presentazione del disegno di ricerca, il suo svolgimento e l'uso di strumenti specifici per l'analisi dei dati raccolti.

Saranno mostrati i risultati attraverso un confronto tra i presidi analizzati, utilizzando strumenti grafici per esplicitarne i contenuti e per provare ad interpretarli.



Università
Ca' Foscari
Venezia

CAP 1

DA “TO CURE” A “TO CARE”: INCONTRO TRA SANITARIO E SOCIALE

La SALUTE è uno stato di pieno ben-essere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia o di infermità. Il godimento di livelli il più possibili elevati di salute è uno dei diritti fondamentali d'ogni essere umano, senza distinzione di razza, di religione, credo politico, condizione economica o sociale. (OMS, 1949)

1.1 MEDICINA SPECIALISTICA V/S MODELLO OLISTICO

La medicina odierna è caratterizzata da un forte riduzionismo, si tende a delimitare sempre più il suo oggetto rendendo i medici stessi il più specializzati possibile in merito ad un organo o parte di esso, questo approccio puramente tecnologico, ha dato ottimi risultati in termini di cure per le malattie, ma ha creato un disequilibrio nel modo di prendersi cura del paziente, concentrando l'aspetto della cura solo nel



ristretto ambito di cui ci si occupa e non ponendo la persona come intera e bisognosa di cure nella sua totalità.

Per molto tempo si è sostenuto che la malattia dovesse essere trattata concentrandosi sull'organo specifico, sul corpo, sulla biologia, tralasciando gli aspetti psicologici – emotivi e sociali della malattia stessa.

Il corpo viene visto come un corpo oggetto e non come un corpo proprio, il medico ha difficoltà a comprendere il lato emotivo della malattia e il dolore, inteso non in termini strettamente patologici ma come un dolore fisico ed emotivo coincidente.

Una parte della medicina attuale tende a spiegare la malattia prendendone le distanze e così si accresce il potere della malattia sull'uomo, si cura in senso tecnico specialistico (to cure) e non ci si prende cura delle persone nella loro interezza (to care), l'integrazione tra questi due aspetti è molto importante, in quanto consente di prendere in carico l'individuo all'interno del suo sistema sociale e permette così di approcciarsi alla malattia come disfunzione fisica ed emotiva.

Sempre più spesso ad oggi si cerca di approcciarsi al paziente con un approccio patient-centred (Enid Balint, 1969), in questo caso il paziente diviene il centro della diagnosi e contestualmente della cura, si presta attenzione agli aspetti psicosociali della persona e a ciò che questi comportano per la guarigione dalla malattia¹.

¹ Charles L. Bardes, Defining "Patient-Centered Medicine" in The New England Journal of Medicine, 2012



Università
Ca' Foscari
Venezia

Engel parla di modello biomedico, identificandolo come un modello riduzionista e limitante. *“Il modello biomedico esistente non è sufficiente. Per fornire una base utile a comprendere le determinanti della malattia ed arrivare a trattamenti specifici e a modelli di cura sanitaria, il modello medico deve anche prendere in considerazione il paziente, il contesto sociale in cui vive ed il sistema complementare escogitato dalla società per affrontare gli effetti dirompenti della malattia, cioè, il ruolo del medico e del sistema sanitario.”* (Engel, 1977)²

Lo stesso Engel suggerisce l'utilizzo di un modello detto Biopsicosociale, citando all'interno del suo articolo, la critica di Holman al modello riduzionista. *“Sebbene il riduzionismo sia uno strumento di comprensione potente, crea anche profondi fraintendimenti quando viene applicato in modo insensato. Il riduzionismo è particolarmente pericoloso quando giunge a negare l'impatto di condizioni non biologiche sui processi biologici, alcuni risultati dei trattamenti medici sono inadeguati, non a causa della mancanza di appropriate tecniche d'intervento, ma perché il nostro modo di pensare è inadeguato”* (Holman, 1976).

Già prima degli anni 70 si parlava di *modello olistico*(Jan Smuts, 1926)³, una visione che integra i vari aspetti del prendersi cura, appoggiando il lavoro multiprofessionale e multidisciplinare, al fine di integrare le conoscenze e competenze e prendersi cura del paziente nel modo più completo possibile.

² Traduzione Italiana dell'articolo di George L. Engel, The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science (1977)

³ Smuts. J. Olistico ed evoluzione, 1926



Il termine olistico deriva da *holòs* che significa intero. A differenza della medicina “meccanicistica” che vede il corpo umano come un insieme di parti da curare singolarmente, la medicina olistica ritiene che l'uomo sia un corpo intero che va curato rispettando ogni suo aspetto, fisico, psicologico e spirituale. Il punto focale è la valorizzazione della relazione tra corpo e spirito. L'attenzione del medico non si limita all'individuazione dell'elemento patogeno, ma si estende all'individuazione dei fattori che possano predisporre l'individuo alla malattia, siano essi fisici, psicologici o sociali. La malattia quindi è vista come uno squilibrio tra le varie parti che compongono la persona.

Oltre al modello medico cui far riferimento, gli operatori sanitari, siano essi medici, infermieri o altro devono porre attenzione all' approccio con il paziente. L'importanza del contatto con il malato e i suoi familiari è di non poca rilevanza. La fiducia che s'innesci tra il medico e la persona da curare è il primo elemento che può decretare il futuro della terapia.

Gli studi attuali⁴, come descritto da F. Turollo, suggeriscono di adottare un approccio empatico, considerandolo il modo ideale di interfacciarsi con il malato, l'empatia però necessita di un equilibrio tra la distanza e la prossimità, sarebbe un grosso errore identificarsi con il malato e lasciarsi coinvolgere troppo ma sarebbe altresì sbagliato tenere troppo le distanze e chiudersi di fronte alle esigenze del paziente. Il termine più esatto per definire l'approccio più giusto da utilizzare con il malato

⁴ F. Turollo, *L'etica di fine vita*, Città Nuova, Roma 2010



Università
Ca' Foscari
Venezia

è EXOTOPIA⁵(Bachtin, 1924)⁶, definita come un continuo ricostituire l'altro come portatore di una prospettiva autonoma non per forza legata alla nostra (accettazione dell'altro come inevitabilmente diverso da noi), l'estraneità è considerata una condizione necessaria alla comprensione.

Empatia ed Exotopia sono due aspetti fondamentali per il lavoro medico - sociale in quanto lo stesso è fondato sulla relazione, il cambiamento della persona e/o del suo sistema sociale, avviene nel momento in cui operatore ed utente accettano entrambi di mettersi in relazione con tutta l'emotività e la riflessività che ciò comporta.

Balint (1957) sosteneva che la prima medicina somministrata al paziente è il medico stesso⁷, la qualità della relazione tra il medico e il paziente ha un rilievo molto importante per la riuscita della terapia, la ricerca di Balint mirava ad insegnare ai medici l'abilità di cura attraverso la comunicazione tra loro, utilizzando come metodologia, l'analisi della pratica. Egli sosteneva che è essenziale formare gli operatori sanitari attraverso una formazione umanistica, utilizzando come strumenti il confronto e la collaborazione tra equipe mono e multi professionali, consentire agli operatori sanitari di condividere le esperienze, formare un operatore sanitario attento anche ai risvolti sociali e psicologici della malattia.

⁵ Con questo neologismo si è reso il termine, coniato da Bachtin, di "vnenachodimost", cioè il "trovarsi fuori" dell'osservatore rispetto al fenomeno osservato ovvero dell'io rispetto all'altro.

⁶ Michail Bachtin, L'autore e l'eroe, Einaudi, Torino 1988, Pag. 359

⁷ Traduzione di: Balint Michael, The doctor his patient and the illness, Pitmas Medical Publishing Co, London. A cura di Corinna Ranchetti, Feltrinelli editore, Milano 1961, Pag. 7.



Università
Ca' Foscari
Venezia

1.2 INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Da un punto di vista sanitario l'integrazione con il sociale non è ancora una prassi costante, il D.P.C.M. 14.02.2001 definisce l'integrazione socio sanitaria come un servizio prestato alle persone con bisogni di salute.

La definizione "bisogno di salute" è abbastanza complessa in quanto comprende un bisogno di "prestazioni sanitarie" e di "protezione sociale" come elementi contestuali per definire lo stato di salute della persona.

Le prestazioni individuate dal decreto si differenziano in tre categorie e sono:

- a) **Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- b) **Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria**, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;
- c) **Prestazioni socio sanitarie a elevata integrazione sanitaria**, caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di apporti professionali sanitari e sociali, dall'indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sul risultato e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari.

La definizione delle prestazioni sociali in ambito sanitario, pertanto, agevola e obbliga il ricorso a personale competente che viene sganciato dall'area sanitaria, per articolarsi in una propria area autonoma.

La filosofia che legittima questo tipo di approccio integrato è quella della rete (network), un tipo di approccio multidisciplinare che permette di distaccarsi dal precedente modello di welfare incentrato sulla burocrazia e passare invece ad un welfare che prende in esame l'intera comunità come un unico sistema sociale (welfare community).

Le prestazioni integrate socio – sanitarie vengono individuate per ogni singolo paziente e stilate nel progetto personalizzato d'intervento. Ogni progetto si basa su tre punti cardine:

- Presa in carico multidisciplinare;
- Responsabilità della gestione integrata del caso;
- Attivazione di risorse interne ed esterne al soggetto.

Il punto focale del progetto personalizzato è proprio la definizione degli interventi che devono essere decisi in accordo in sede di valutazione multidisciplinare, tenendo conto delle dimensioni differenti che compongono la persona:

- Dimensione mentale
- Dimensione sociale / relazionale
- Dimensione fisica



Il luogo in cui convergono tutte le esigenze sanitarie, è per eccellenza l'ospedale, ente in cui la prevalenza di trattamento è medica – infermieristica, ma che dopo il succitato decreto, ha provveduto ad adeguarsi ad una visione maggiormente integrata.

L'integrazione in ospedale è uno status difficile da raggiungere in quanto la realtà ospedaliera è a stampo prettamente sanitario, l'esistenza del servizio sociale professionale ospedaliero è una prova dell'intento delle aziende sanitarie di rafforzare l'integrazione seppur lentamente. Le realtà ospedaliere presenti nel territorio nazionale, per la quasi totalità dei casi contengono al loro interno la figura professionale dell'assistente sociale. Da una ricerca condotta e realizzata dall'Università Bicocca di Milano nel 2008⁸, la percentuale di Assistenti sociali impiegata nei presidi ospedalieri è del 28,3%⁹, percentuale molto alta rispetto agli impieghi negli altri settori, seconda solo alla presenza all'interno degli enti locali.

Lo strumento principe dell'integrazione sociosanitaria ospedaliera è la valutazione multidimensionale, di cui si parlerà nel capitolo successivo. Le valutazioni multidimensionali ad oggi sono diventate abituali ed è probabile che l'evoluzione storica dell'ente apra sempre più al sociale rafforzando il connubio già avviato con la creazione del servizio sociale professionale ospedaliero.

⁸ "Gli Assistenti sociali, profilo di una professione" Ricerca commissionata dal Dipartimento di sociologia e ricerca sociale, 2008

⁹ Le percentuali complete sono: 48% negli Enti locali, del 28,3% nelle Aziende sanitarie e ospedaliere, del 6,6% nei Ministeri, del 10,8% nel settore no profit e del 5% in altro, con una distribuzione per tipologie di utenti del 26,6% di Assistenti Sociali che si occupano prevalentemente delle famiglie e infanzia; il 19% di anziani, l'11,4% di tossicodipendenza e di malattia mentale, il 9,2% di Handicap, e il 6,7% di esecuzione penale.



Università
Ca' Foscari
Venezia

CAP 2

IL SERVIZIO SOCIALE OSPEDALIERO

STORIA, COMPITI E STRUMENTI

“L’assistente sociale opera con autonomia tecnico-professionale e di giudizio in tutte le fasi dell’intervento per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio” (L. 23 marzo 1993 n. 84 Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell’albo professionale)

2.1 IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE OSPEDALIERO E LE SUE ORIGINI

UNO SGUARDO INTERNAZIONALE

Il servizio sociale professionale è una realtà molto antica, risalente al 1860, la sua specializzazione in ambito medico avvenne prima in Gran Bretagna e successivamente negli Stati Uniti d’America. Come spesso accade, il servizio sociale medico nacque in risposta ad un bisogno, il bisogno dell’utenza di essere ascoltata, ma altresì quello del personale ospedaliero di accrescere la qualità del proprio lavoro.

Il punto di partenza di tale idea fu l’inserimento di una “lady almoner” nel 1895 presso il Royal Free Hospital di Londra con l’obiettivo di



indagare sulla storia degli ammalati per individuare i reali bisogni e coloro che invece volevano approfittare delle cure mediche gratuite destinate soltanto ai non abbienti.

Le antiche Assistenti sociali erano prima di tutto infermiere che ebbero l'intuizione di approcciarsi alla malattia con una "lente" sociale, sia negli Stati Uniti che in Gran Bretagna. Il loro ruolo era limitato alle ammissioni del paziente o a sporadiche consulenze ambulatoriali, molto tempo dopo, le operatrici ebbero accesso ai reparti incontrando non poca resistenza da parte dei medici.

La prima "almoner"¹⁰ fu Jane Addams, infermiera con studi in sociologia che cominciò ad interessarsi ai casi dei minori cresciuti negli slums.

Durante una delle sue apparizioni pubbliche, un'altra infermiera successivamente divenuta fulcro del servizio sociale ospedaliero, Ida Cannon, rimase colpita dai suoi racconti tanto che decise di arricchire i suoi studi da infermiera, iscrivendosi ai primi corsi per social worker.

La prima Assistente sociale "ufficialmente" ospedaliera fu proprio Ida Cannon (1877 - 1960) infermiera con studi in sociologia che insieme al Dott. Cabot, cercò di introdurre e far accettare un'attività "non medica" all'interno dell'ospedale di Boston, lei iniziò come volontaria per la cura dei malati di tubercolosi e prestò diventò la responsabile del neonato dipartimento ospedaliero di servizio sociale.

¹⁰ Termine usato per identificare le prime assistenti sociali in sanità



Università
Ca' Foscari
Venezia

Ida Cannon, decide di mettersi in contatto con il Dott. Richard Cabot Lodge, egli era un medico americano con un'idea ampia della malattia e della sua cura, fu il primo ad istituire il servizio sociale ospedaliero così come lo intendiamo oggi presso un ospedale di Boston, intuendo l'importanza dell'aspetto sociale nella cura del malato.

<<Il movimento del social work in ambito sanitario ritiene che dovrebbe esserci all'interno dell'ospedale qualcuno assegnato formalmente a rappresentare il punto di vista del paziente e per elaborare assieme al medico un adattamento del trattamento sanitario alla luce delle condizioni sociali del paziente stesso>> (Ida Cannon 1930)

Il volume pubblicato da Ida Cannon ebbe molto risalto, diventando un baluardo della professione sociale, il libro infatti era un concentrato di idee e suggerimenti sul miglior modo di affrontare la malattia rispettando l'autonomia di scelta del malato, l'assistente sociale è presentata come una creatrice di idee, un punto focale nel rapporto con il paziente fatto di comprensione dell'individuo in quanto tale, analisi del bisogno e collegamento con gli altri servizi esterni all'ospedale, il tutto stilato in un progetto con l'obiettivo di guarire dalla malattia o rafforzare lo stato di salute massimo che è possibile raggiungere.

Nel 1910 le almoner erano presenti in Gran Bretagna, negli Stati Uniti e in Canada, nel 1913 anche l'Europa si accodò a questa tendenza, istituendo il Servizio Sociale Ospedaliero in Francia, Germania, Olanda, Austria.

2.2 SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE IN SANITA'

SITUAZIONE ITALIANA

Il Servizio sociale professionale, è una disciplina che compare in Italia solo nel secondo dopoguerra, nel 1945, infatti, furono istituite le prime 5 scuole di formazione per Assistenti Sociali.

Greenwood (1957)¹¹, identifica il servizio sociale come una disciplina professionale in quanto presenta i 5 attributi principali delle professioni complete:

- Abilità superiore;
- Autorità professionale;
- Sanzione dalla comunità in caso di errori;
- Un codice di regole etiche ;
- L'appartenenza ad associazioni di categoria.

Il servizio sociale professionale viene istituito inizialmente come un insieme di servizi specialistici al pari delle specializzazioni mediche che si differenziano in vari ambiti d'intervento. L'eccessiva segmentazione del lavoro sociale, tese a far considerare gli assistenti sociali impiegati nei vari settori professionali, come professionisti differenti. L'esistenza di diversi rami del servizio sociale rendeva complessa la sua definizione complessiva : servizio sociale medico, giudiziario,

¹¹ "Attributes of a profession" (in *Social Work*, 2, n. 3, luglio 1957)

dell'infanzia, psichiatrico, venivano viste come professioni differenti piuttosto che specializzazioni di un'unica professione riconosciuta.

L'assistente sociale diventa una figura fondamentale in ambito sanitario a partire dalla riforma del 1968 con la legge 132/1968. La sua presenza strutturata viene sancita da diverse leggi emanate successivamente, leggi istituenti servizi socio-sanitari specifici :

- Legge n°405/1975 che istituisce i consultori familiari in cui l'Assistente Sociale ha un ruolo fondamentale in relazione alla presa in carico delle famiglie, degli adolescenti, dei futuri genitori;
- Legge 685/1975 che approfondisce e regola il fenomeno del trattamento medico – sociale dei tossicodipendenti;
- Legge n° 194/1978 sulla genitorialità e sull'interruzione di gravidanza, la legge è prontamente collegata a quella precedentemente citata sui consultori e prevede che l'assistente sociale diventi un punto di riferimento importante per la coppia o la singola donna che decide di interrompere la gravidanza, per cercare di aiutare chi si rivolge al servizio a prendere una decisione il più consapevole possibile;
- Legge n° 180/1978 con cui vengono chiusi i manicomi e viene istituito il dipartimento di salute mentale in cui l'assistente sociale ha un ruolo di presa in carico del malato e della famiglia per la gestione degli aspetti socio emotivi della cura.
- Legge 104/1992 collegata alla precedente legge 180/78 sull'assistenza delle persone diversamente abili che collega prestazioni sociali e sanitarie come un connubio imprescindibile.



Università
Ca'Foscari
Venezia

Il fulcro della legislazione sulla presenza dell'Assistente sociale nei servizi sono in realtà i decreti istituenti i LEA (livelli essenziali di assistenza) con cui si definisce l'importanza dell'integrazione socio sanitaria e la presenza dell'assistente sociale nella presa in carico dell'utenza in sanità, qualunque sia il problema sanitario in corso:

- Dlgs n° 229/1999
- DPCM 14.02.2001
- DPCM 29.11.2001

Si intendono per prestazioni socio sanitarie:

“ tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione” (Dlgs n° 229/1999)

L'assistente sociale ha un ruolo di primaria importanza in questo percorso dato che viene dalla stessa normativa individuato come il responsabile dell'individuazione del *“bisogno emergente e sotteso”*

Lo specifico ambito del servizio sociale professionale ospedaliero in Italia, è stato con il tempo definito da leggi specifiche che oggi restano il punto fermo per i professionisti che con più o meno difficoltà si inseriscono in una realtà prettamente sanitaria come quella dell'ospedale.

Nei secoli scorsi l'assistenza sociale così come la si conosce oggi non era una peculiarità del servizio pubblico, l'assistenza ai poveri e ai



Università
Ca' Foscari
Venezia

malati, in particolar modo anziani, era affidata alle IPAB (Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza), finanziate da donatori esterni privati. Le iniziative sociali erano infatti per lo più private e delegate alla beneficenza che risultava essere l'unica risposta alla pressante domanda di bisogni sociali.

Le IPAB nel tempo vennero più volte trasformate nella loro forma giuridica e nei loro compiti, passando da private a pubbliche con lo scopo di garantire un'assistenza sanitaria e sociale pubblica e aperta a tutti.

Il Servizio Sociale ospedaliero fece il suo ingresso in Italia durante il dopoguerra, come servizio sperimentale. La prima sperimentazione di Servizio Sociale ospedaliero avvenne a Genova presso l'Ospedale Gaslini nel 1945 al fine di rispondere all'esigenze sociali del paziente in particolar modo durante la lungodegenza. I pazienti erano soliti chiedere aiuto per problemi connessi al post ricovero, spesso per perdita di lavoro e difficoltà familiari derivanti dalla malattia.

Negli stessi anni nacquero alcune sperimentazioni di servizio sociale anche all'interno di ospedali psichiatrici, nel settore della tossicodipendenza e dei sanatori.

Nel tempo il servizio sociale si è andato affermando con insistenza grazie ad un cambiamento di prospettiva sui bisogni della persona non più limitati al sanitario ma aperti al vasto mondo del sociale.

La X° Conferenza Internazionale di Servizio Sociale svoltasi a Roma nel 1960 ha visto la partecipazione di moltissimi assistenti sociali e di



Università
Ca' Foscari
Venezia

studiosi del fenomeno, insieme per definire lo stato di fatto del servizio sociale Italiano. All'epoca si contavano 4000 assistenti sociali e la loro distribuzione si collocava presso diverse strutture: 200 al Ministero di Grazia e Giustizia, 1000 in opere private, 200 nei servizi pubblici per invalidi e pochi di loro presso gli sperimentali reparti di servizio sociale ospedaliero.

Le modalità organizzative degli ospedali fino al decennio 1960-70 non risultavano omogenee, pertanto il servizio sociale poteva essere costituito solo su iniziativa dei consigli di amministrazione o dei direttori sanitari. Alcuni di essi rilevavano "sensibilità, interesse, attenzione alla componente sociale" della persona ammalata, decidendo di sperimentare nuove modalità di servizio a completamento della cura e della riabilitazione dell'assistito.

Queste realtà ospedaliere "eccezionali", restarono esempi isolati fino alla definizione di una norma di legge, riguardante gli ospedali, cosa alquanto sorprendente se si pensa che altri settori specifici sanitari avevano già sperimentato e ampiamente strutturato, uffici di servizio sociale di settore.

La prima legittimazione legislativa sulla presenza dell'assistente sociale in ospedale, si ebbe con la Legge 12 Febbraio 1968, n. 132, "Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera", di riordino del comparto ospedaliero. La suddetta legge trasforma gli ospedali delle IPAB o di altri Enti, in Ospedali generali di zona, regionali o provinciali (art. 20). L'assistente sociale veniva inserito solo in quelle strutture che venivano identificate come ospedali generali provinciali, ovvero, quelli



Università
Ca' Foscari
Venezia

in cui esistevano sia la divisione di base (Medicina, Chirurgia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Ortopedia) che quelle specialistiche (radiologia, Fisioterapia, Laboratori per le analisi chimico-cliniche, Anatomia, Anestesia e Rianimazione). Agli amministratori di questi ospedali provinciali, proprio per questa dimensione specialistica dell'organizzazione, veniva riservata la possibilità di attivare ulteriori servizi particolari come “servizi di recupero e rieducazione funzionale, servizi di neuropsichiatria infantile, servizi di dietetica, servizi di assistenza sanitaria e sociale, servizio di medicina legale e delle assicurazioni sociali; scuole convitto per infermieri professionali e scuole per infermieri generici ed altri centri e scuole per l'addestramento del personale ausiliario e tecnico” (art.22).

Pertanto , la presenza dell'assistente sociale nell'ospedale era pensata come un' opportunità e non come un obbligo, riservata generalmente agli ospedali a più alta complessità, in base alla scelta di chi era a capo del singolo ospedale. Egli stabiliva la presenza o meno del professionista dell'aiuto in funzione delle necessità locali.

La suddetta legge inoltre, definiva le diverse tipologie del personale impiegato presso gli enti ospedalieri, divise nei seguenti settori: “sanitario, amministrativo, tecnico, sanitario ausiliario, esecutivo e di assistenza religiosa” (art. 39).

La figura dell'assistente sociale veniva assimilata al personale sanitario ausiliario, insieme alle ostetriche, alle assistenti sanitarie visitatrici, agli infermieri professionali, alle vigilatrici dell'infanzia, ai terapisti della riabilitazione, ai dietisti, agli infermieri generici e alle puericultrici. Il



Università
Ca'Foscari
Venezia

servizio sociale così inteso era visto come un servizio aggiuntivo istituito allo scopo di ripristinare lo stato di salute dei cittadini.

Un anno dopo viene emanato il DPR 27 marzo 1969, n. 128, "Ordinamento Interno dei Servizi Ospedalieri" in cui viene prevista l'istituzione di servizi di assistenza sanitaria e sociale distinti in favore degli assistiti, cui sono addetti rispettivamente assistenti sanitarie visitatrici e assistenti sociali (art. 28). In particolare, l'attività dell'assistente sociale ospedaliero deve essere "rivolto a trattare, in collaborazione con il personale sanitario, con il personale di assistenza diretta e con gli altri servizi ospedalieri, i problemi psico-sociali degli assistiti" (art.43), ampliando così il suo mandato istituzionale e professionale.

Dal 1969 in poi la legiferazione in merito viene interrotta e le leggi di settore non citano più espressamente l'assistente sociale come figura da inserire presso le strutture ospedaliere, infatti la Legge 23 Dicembre 1978, n. 833, istitutiva del servizio sanitario nazionale, pur enunciando tra i principi riportati all'art.1, che "nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività", non prevedeva la presenza del servizio sociale all'interno degli ospedali e dunque non aggiungeva nulla a quel poco che era stato definito precedentemente.

Dieci anni dopo, il Decreto del Ministero della Sanità 24 settembre 1988, n. 255, "Determinazione degli standard del personale



Università
Ca'Foscari
Venezia

ospedaliero”, che definisce le dotazioni organiche minime degli ospedali, torna ad occuparsi della presenza dell’assistente sociale in ospedale. Questa norma indicava le dotazioni organiche minime degli ospedali, non più in base alla loro classificazione (come prevedeva la Legge n. 132/68), ma in base alle funzioni assistenziali proprie delle singole strutture, ossia in base alle prestazioni offerte dalle diverse unità operative in essa presenti, quali: Unità di Terapia Intensiva e sub-intensiva; Specialità ad Elevata Assistenza, come la Psichiatria, le Unità Spinali; Specialità a Media Assistenza come la Chirurgia, la Pediatria; Specialità di Base come la Medicina, l’Ortopedia, la Lungodegenza.

Il personale impiegato in tali divisioni veniva suddiviso, nel decreto, in personale laureato (medici, biologi, chimici, fisici, psicologi, etc.), infermieristico, tecnico-sanitario, ausiliario, tecnico, amministrativo e di assistenza religiosa.

L’assistente sociale veniva incluso all’interno del personale tecnico-sanitario, ritenuto necessario “per le esigenze generali del presidio, da utilizzare nelle unità operative e nei servizi generali - a discrezione dei singoli amministratori e - secondo le necessità assistenziali e la particolare configurazione e complessità del presidio stesso” (art. 3). Il ruolo specifico di tale figura, è quello di coadiuvare l’ospedale in merito alla necessità di adottare soluzioni volte a “favorire le connessioni funzionali con i servizi extra ospedalieri e con i servizi sociali operanti nel territorio, specie per quanto attiene (...) l’assistenza agli anziani non autosufficienti, ai disabili, ai malati di mente, ai tossicodipendenti e l’assistenza materno-infantile” (art. 4).



Università
Ca'Foscari
Venezia

Nonostante la specificazione degli obblighi di collaborazione tra ospedale e territorio e la considerazione della figura dell'Assistente Sociale all'interno della pianta organica degli ospedali, il decreto indica chiaramente la necessità della presenza di questo professionista solo nelle "Unità Spinali" e nelle "Unità Operative di Lungodegenza", per la particolare complessità delle patologie e l'importante abbassamento della qualità di vita di questo particolare tipo di pazienti.

I settori da un punto di vista sanitario "meno gravi" quali, la psichiatria, la pediatria, la medicina generale, la geriatria, non vengono considerati abbastanza bisognosi della figura dell'assistente sociale, anche se come si è visto nel tempo, gli stessi sono portatori di una ricca domanda di intervento sociale, a causa degli innumerevoli risvolti che le patologie hanno sulle dinamiche di vita di quei determinati soggetti, sul loro grado di consapevolezza e di autonomia.

In seguito alla riforma sanitaria realizzata con il Decreto Legislativo 19 settembre 1999, n. 229, "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale", il legislatore introduce degli aspetti innovativi rispetto alla precedente normativa in materia di integrazione tra interventi sanitari e sociali, riconsiderando le prestazioni come "tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione" (art. 3 septies).



Università
Ca' Foscari
Venezia

Le aree di bisogno sociosanitari sono individuate in : materno infantile, anziani, handicap, dipendenze, patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico degenerative(art. 3) .

La vera svolta avviene con la Legge 8 novembre 2000, n. 328, “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”, che cambia completamente la posizione del servizio sociale, rendendolo il fulcro principale dei servizi alla persona. La suddetta legge istituisce i piani di zona come strumento principe della programmazione socio sanitaria che vede protagonista anche il settore del privato sociale e il libero cittadino.

Tale legge all’art. 22 introduce i Livelli Essenziali di Assistenza (LIVEAS) da assicurare per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali per la persona. Stabilisce inoltre l’imprescindibilità del servizio sociale professionale come prestazione essenziale da offrire al cittadino. Il servizio sociale professionale ha il compito di riconoscere prendersi cura del disagio dell’individuo, della famiglia e/o della comunità, affidando all’assistente sociale il mandato istituzionale di contribuire ad assicurare la salute della persona mediante l’individuazione e l’attuazione di azioni di protezione sociale tese a prevenire o a limitare i rischi connessi al disagio sociale che possono pregiudicare il pieno successo dei trattamenti sanitari o favoriscono l’instaurarsi della malattia.

L’importanza dei LIVEAS non è stata recepita in modo unanime nel territorio nazionale a causa delle forti differenze economiche e sociali delle regioni. Data la mancanza d’applicazione dei LIVEAS l’universalità



delle prestazioni è venuta a mancare decretando un forte rischio di fallimento della riforma iniziata con la legge 328/00.

C'è una notevole differenziazione all'interno del territorio nazionale per ciò che riguarda l'importanza dei servizi sociali nell'integrazione con i servizi sanitari.

A livello nazionale la suddetta legge è stata posta in secondo piano quasi da subito con l'approvazione di due successive azioni politiche¹²:

1. L'approvazione della riforma del titolo V della Costituzione nel 2001, che trasferisce alle regioni la competenza esclusiva in ambito assistenziale, a differenza della 328/00 che individuava nel comune l'ente preposto all'assistenza sociale, in quanto ente più vicino al cittadino.
2. La mancata approvazione da parte dello stato degli atti previsti dalla legge:
 - a. Mancato riordino degli strumenti di sostegno economico ai disabili;
 - b. Mancata sperimentazione del reddito minimo d'inserimento;
 - c. Mancata definizione delle figure professionali nazionali del settore sociale;
 - d. Mancata definizione dei LIVEAS.

Una ricerca effettuata dall'Associazione regionale comuni del Veneto (ANCI Veneto) nel 2002, ha monitorato lo stato dell'arte

¹² Franco Pesaresi, L'applicazione della legge 328 ai tempi supplementari In *APPUNTI sulle politiche sociali* n. 5/2005



dell'applicazione della legge, due anni dopo la sua emanazione. Dalla ricerca è emerso un grave ritardo nell'applicazione della legge e un mancato utilizzo degli strumenti da essa individuati. Il territorio nazionale si differenzia in modo significativo, per un recepimento della legge più o meno consolidato all'interno delle singole regioni:

Adozione nei tempi previsti
Campania, Toscana, Valle d'Aosta e Liguria
Adozione oltre i tempi previsti
Lombardia e Trentino
Vecchi Piani (Ante legge 328/2002)
Basilicata, Marche, Umbria e Bolzano
Ddl di recepimento legge nazionale
Emilia Romagna, Piemonte e Veneto
Misure in itinere
Abruzzo, Calabria, Lazio, Molise, Puglia, Sardegna
Niente in atto
Friuli Venezia Giulia e Sicilia

Un anno dopo viene emanato il D.P.C.M 14 Febbraio 2001, Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie, che stabilisce che i destinatari delle prestazioni integrate possano usufruire di progetti individualizzati sulla base di valutazioni multidimensionali. . L'assistente sociale, quindi, rappresenta la figura professionale ideale per promuovere e garantire l'esigibilità dei diritti sociali, in grado di effettuare una valutazione sociale e del bisogno.



Università
Ca'Foscari
Venezia

Questo susseguirsi di leggi a favore dell'integrazione sociosanitaria ha alimentato la speranza di vedere finalmente riconosciuti anche a livello normativo, l'esistenza e l'operato del Servizio Sociale anche all'interno dei presidi ospedalieri, per un potenziamento auspicabile di questo comparto che opera fortemente dalla sua istituzione per la realizzazione effettiva di un'integrazione tra sociale e sanitario.

Con l'andar del tempo il servizio sociale professionale ospedaliero si diffuse nella maggior parte degli ospedali Italiani, mettendo quindi in discussione ruoli e compiti degli assistenti sociali stessi che in mancanza di una legge istitutiva del servizio, lavoravano essenzialmente per singoli progetti. La mancanza di una legge istitutiva vera e propria, lasciava ampio spazio all'interpretazione su mansioni e modalità organizzative del servizio, gli operatori stessi, pertanto si rese necessario approfondire con documenti ufficiali il ruolo e i compiti precisi dell'assistente sociale ospedaliero.

Nel febbraio 1970, in Italia viene elaborato il primo modello di inserimento del Servizio Sociale negli ospedali, sotto gli auspici del Ministero della Sanità e per iniziativa della Fondazione "E. Zancan" di Padova, è stato organizzato un gruppo di studio a cui afferivano diverse professionalità sanitarie e sociali.

Tale documento è la sintesi delle discussioni fino a quel momento raggiunte e rappresenta *"l'inizio di una ricerca che richiede di essere approfondita e sviluppata e, soprattutto collocata nel quadro più vasto della riforma sanitaria"*. La riforma sanitaria è infatti in quel periodo uno dei nodi principali del dibattito nel quadro socio-politico-culturale.



Alla base delle disposizioni legislative vigenti a quel tempo (DPR 27 marzo 1969, n. 128), il gruppo di studio si è proposto di definire anzitutto i presupposti indispensabili per giustificare l'inserimento e l'organizzazione del Servizio Sociale in Ospedale, stilando una serie di punti focali:

1. “ il malato deve essere considerato come una persona in senso totale, cioè nel complesso delle sue componenti fisio - psico - sociali;
2. l'orientamento della diagnosi e del trattamento medico deve tenere conto di tutti i diversi fattori;
3. l'assistenza ospedaliera deve essere intesa come un complesso di prestazioni orientate al recupero globale del malato, attraverso apporti altamente specialistici, quindi indifferenziati, ma strettamente integrati;
4. l'ospedale non deve vedere la sua funzione come erogazione di cure strettamente sanitarie, ma deve organizzare un insieme di servizi rivolti alla persona nella sua unità e complessità, predisposti in funzione delle esigenze della comunità degli utenti e coordinati con i servizi extra ospedalieri che completano l'arco dell'assistenza”.

Successivamente il documento sottolinea che il Servizio Sociale contribuisce a evidenziare i bisogni latenti fino allora ignorati dell'organizzazione, portandoli ad un livello di consapevolezza, fornendo così quei dati utili per la potenziale riqualificazione della politica d'intervento. Questo però non sempre succede, in quanto



Università
Ca' Foscari
Venezia

spesso vengono affidate al Servizio Sociale funzioni generiche di carattere amministrativo-burocratico ai margini della struttura ospedaliera o in sostituzione dei servizi mancanti o carenti, creando il rischio che venga considerato ed utilizzato come una specie di servizio burocratico a favore dell'amministrazione dell'ospedale, atto a risolvere problemi più per l'ospedale che per il malato.

Dal documento inoltre emerge l'esistenza di una duplice necessità:

- per il servizio sociale, di qualificarsi sempre di più;
- per l'ospedale, di prendere coscienza della necessità di utilizzare correttamente questo nuovo strumento per attuare una nuova politica sociale.

Dopo queste premesse il documento passa ad un esame sistematico di tutti gli aspetti del Servizio Sociale Ospedaliero a partire dagli articoli di Legge che lo istituiscono: funzioni, compiti, metodologia, organizzazione, la formazione specifica e la necessità della supervisione.

Un passaggio rilevante riguarda la precisazione degli interventi attribuiti al Servizio Sociale nell'ambito ospedaliero:

1. *“trattamento dei casi individuali per problemi psico-sociali connessi con il ricovero ospedaliero e per i problemi di pazienti la cui sintomatologia morbosa ha un'eziologia psico-sociale;*
2. *trattamento sistematico di alcune categorie di pazienti non autosufficienti da punto di vista psico-sociale (bambini, persone sole, anziani, madri nubili, etc.) che proprio per queste*



caratteristiche possono trovare maggiore difficoltà all'ambientamento ospedaliero, al loro reinserimento post-ospedaliero, all'utilizzazione positiva delle risorse offerte dall'ospedale e dalla comunità;

- 3. trattamento di gruppo in reparti a degenza prolungata e in ogni altra occasione in cui possa esserci necessità di tale trattamento;*
- 4. consulenza a favore di pazienti e loro familiari, al personale medico e paramedico di reparto, agli altri servizi ospedalieri;*
- 5. studi e ricerche sulle componenti psico-sociali della malattia per rilevare, anche in collaborazione con gli altri servizi ospedalieri, i fattori per la promozione della salute, le necessarie trasformazioni dell'attività assistenziale dell'ente, i collegamenti con le diverse situazioni di vita, al fine di ottenere una sempre più idonea programmazione dei servizi da parte dell'ente ospedaliero e di enti esterni;*
- 6. promozione di costanti collegamenti con l'esterno per il trattamento integrato di problemi che hanno dimensione extra ospedaliera."*

Sono interessanti le innovazioni portate dal suddetto documento, in particolar modo l'elenco delle funzioni del servizio sociale: In primo luogo rispetto ai punti 1 e 5, emerge la stretta connessione fra contesto sociale e stato di salute-malattia; si passa da una considerazione della malattia come CAUSA del problema sociale, all'accettazione che la malattia possa essere altresì la CONSEQUENZA del danno sociale. Di qui emerge il compito attribuito all'Assistente Sociale, di compiere studi e



Università
Ca'Foscari
Venezia

ricerche in un'ottica di prevenzione programmata in stretta collaborazione fra servizi interni ed extra ospedalieri. Il secondo aspetto innovativo che rientra nei punti 2 e 6, in cui si sottolinea la rilevanza di una comunicazione continua fra servizi sociali esterni e l'ospedale, in quanto molti dei bisogni e dei problemi rilevanti e diagnosticati in ospedale troveranno la loro soluzione al di fuori della struttura ospedaliera.

Un altro passaggio significativo del documento è quello in cui, dopo aver rilevato che la legge non esclude la strutturazione del servizio sociale come "servizio", cioè con una propria struttura organizzativa, si pronuncia a favore di questa, pur riconoscendo prematuro sostenere sempre e dovunque tale impostazione, con motivi che si riportano testualmente:

- “ l'attività dell'assistente sociale esige un notevole grado di autonomia tecnica e nello stesso tempo richiede di essere realizzata in un ambito organico di settori di intervento programmati, onde non rischiare di disperdersi in lavori marginali, occasionali, scarsamente finalizzati; ciò richiede la presenza di una figura tecnico-amministrativa in grado di definire e sostenere con chiarezza e competenza tale ambito;
- la rilevazione e lo studio di problemi generali accanto al lavoro con i singoli casi richiedono il confluire dei dati sperimentali raccolti dai singoli operatori in una persona che possa operare delle sintesi, armonizzare le varie esigenze, formulare e

trasmettere le varie proposte. Tale persona deve ovviamente essere in grado di cogliere il significato delle singole esperienze, di intendere il linguaggio a volte strettamente tecnico e di tradurlo in termini amministrativi ed operativi;

- il coordinamento delle attività necessario all'interno dell'ente ospedaliero ed ancor più all'esterno, con i diversi enti, con le future Unità sanitarie locali, può essere garantito solo da una figura che interpreti e rappresenti l'attività del servizio sociale nel suo complesso.”

Infine, il documento tratta del numero di Assistenti Sociali da assumere nei singoli ospedali, che non è possibile definire in base al rapporto con il numero dei posti-letto. Bisogna considerare il tipo di ospedale (generale, specializzato, dotato di reparti particolari quali la dialisi, la neurochirurgia, la pediatria, etc.), le caratteristiche della popolazione di riferimento ed il complesso dei servizi e risorse extra-ospedaliere. Sulla base di queste considerazioni, il numero di personale necessario potrà essere definito in base ai settori in cui l'ospedale deciderà di inserire il servizio sociale.

Successivamente a questo documento, nel dicembre 2010 il Ministero della Salute ha approvato un ulteriore documento “Funzioni del Servizio Sociale Professionale”, elaborato da un Tavolo Tecnico istituito dal Ministro della Salute, Prof. Ferruccio Fazio, per esaminare le problematiche connesse alla realizzazione nelle Aziende Sanitarie del Servizio Sociale Professionale in relazione alla normativa vigente.

Esso afferma che *“il servizio sociale professionale assicura l’efficacia e l’efficienza degli interventi, relativamente alla presa in carico globale della persona al fine di incidere in modo significativo sul benessere della popolazione. Permette di realizzare un modello di intervento basato su un concetto multidimensionale ed integrato di salute, grazie alla specificità professionale insita nella formazione dell’Assistente Sociale ed alla capacità propria della professione a mettere in connessione tutti i settori del welfare”*.(F.Fazio 2010)

L’excursus storico - legislativo qui presentato è solo lo scheletro di quella che è una rete di servizi ben avviata sul territorio con degli obiettivi specifici da raggiungere.

Gli obiettivi cui fanno riferimento i servizi sociali ad integrazione socio sanitaria sono:

- Assicurare l’efficacia e l’efficienza degli interventi, relativamente alla presa in carico globale della persona, incidendo indirettamente sulla popolazione in senso più ampio;
- Sviluppare e promuovere una modalità lavorativa ad alta integrazione sociosanitaria con riferimento ad un concetto multidimensionale di salute;
- Creare e gestire la rete dei servizi sanitari e sociali presenti nel territorio in ambito pubblico e privato, mettendosi altresì in rete con il terzo settore e le realtà di volontariato;

La specificità ospedaliera prevede l’aggiunta dei seguenti obiettivi:



Università
Ca'Foscari
Venezia

- Operare in sinergia con la direzione sanitaria per realizzare gli obiettivi del Piano sanitario regionale e della pianificazione strategica aziendale;
- Prendere in carico la persona ricoverata per garantire un sostegno costante al malato e alla sua famiglia al fine di evitare che situazioni sociali, economiche e/o culturali possono essere d'ostacolo al raggiungimento del perfetto stato di salute –benessere;
- Prevenire e gestire eventuali problemi legati al reinserimento del malato al domicilio, attraverso il collegamento diretto con il territorio e l'utilizzo dei protocolli di dimissioni protette.

L'ordine nazionale degli Assistenti sociali ha effettuato un'indagine sulla situazione del servizio sociale in sanità su base regionale, facendo emergere grosse differenze sull'applicazioni delle leggi nazionali in particolar modo sull'estensione del ruolo dell'Assistente sociale all'interno dei servizi sanitari.

Per un quadro più completo delle suddette applicazioni regionali si segnala che :

In Friuli, Lazio, Piemonte, Toscana, Puglia, Veneto, Calabria e Marche è presente un apparato legislativo regionale applicativo delle leggi nazionali in materia di inserimento della figura ASSISTENTE SOCIALE in sanità e lo stesso viene regolarmente applicato;

In Basilicata, Campania, Liguria, Sicilia, Sardegna, è presente l'apparato normativo ma non viene applicato;



Università
Ca' Foscari
Venezia

In Abruzzo, Emilia, Lombardia Umbria, Val d'Aosta, Molise, Trentino non è presente alcuna legge regionale in merito con alcune applicazioni sporadiche delle leggi nazionali in particolar modo relative alle grandi città, es. Milano.

Il caso da prendere attualmente in esame è quello del Veneto con una grossa presenza di deleghe da parte dei comuni all'ULSS previste dalla legge nazionale 328/2000 e con una conseguente presenza massiccia di Assistenti sociali in organico all'interno delle realtà sanitarie.

2.3 IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE OSPEDALIERO IN VENETO

BUONE PRASSI IN ITALIA

Il Veneto è da molto tempo all'avanguardia per quel che riguarda la qualità dei servizi sociali offerti, in data 13 febbraio 2013 infatti, a New York, nella prima edizione dell'IFFD (federazione internazionale per lo sviluppo alla famiglia), l'ONU ha fornito, un riconoscimento internazionale alla Regione Veneto per quanto fa e ha fatto a favore della famiglia.

Il modello di Welfare presente in Veneto è ad alta integrazione socio sanitaria, Le 22 ULSS presenti all'interno del territorio regionale si differenziano in quanto a integrazione e spesso presentano notevoli

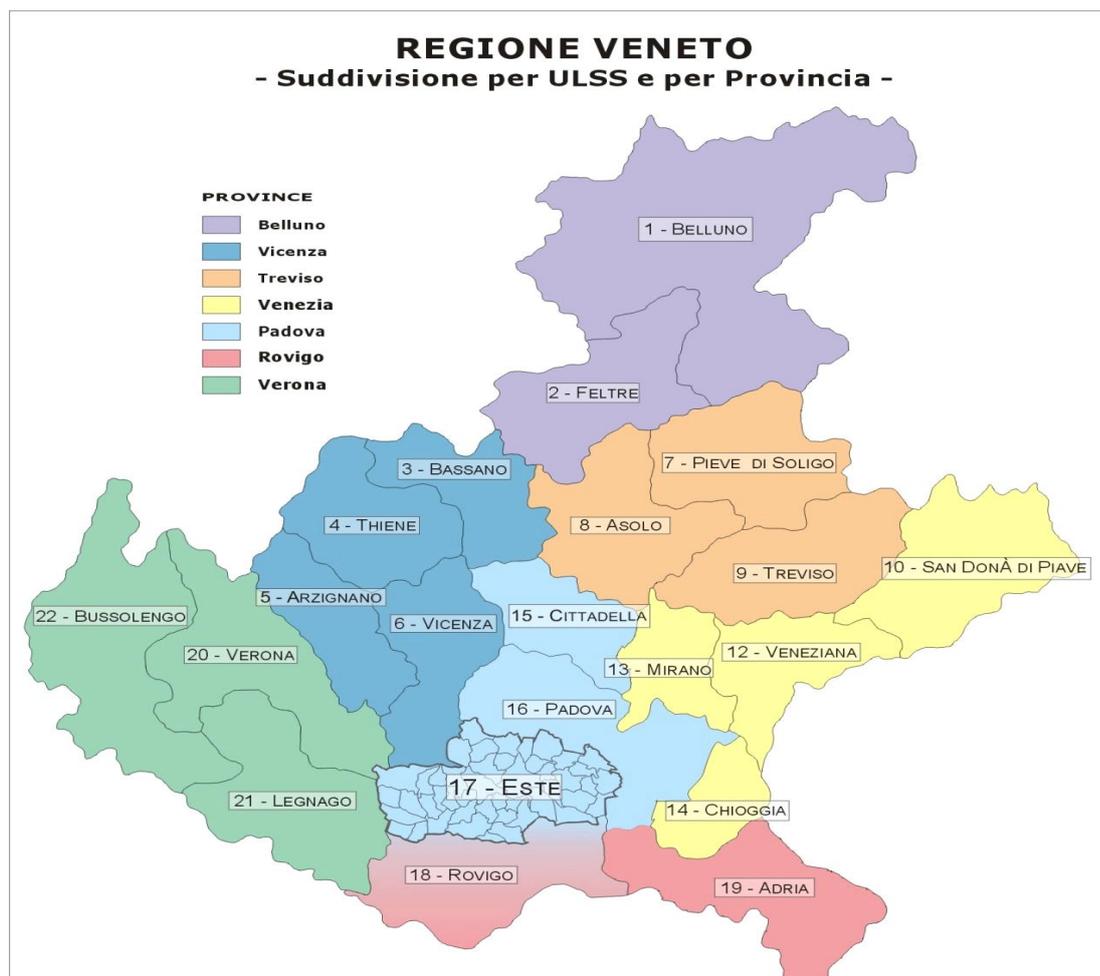


Università
Ca'Foscari
Venezia

differenze nell'organizzazione dei servizi sociali e sanitari e nella suddivisione delle peculiarità lavorative dei singoli servizi.

Alcune ULSS tuttavia, si differenziano dalle altre per l'uso delle deleghe con conseguente elevata integrazione socio sanitaria.

L'ULSS 9 di Treviso, analizzata più profondamente nei capitoli successivi, presenta un alto uso delle deleghe, ad essa vengono infatti affidati diversi servizi di competenza primariamente comunale, con lo scopo di occuparsi dell'utenza nel proprio territorio di competenza, soprattutto in momenti di particolare fragilità come quelli legati a problemi di tipo sanitario.



La legislazione regionale che regola questo tipo di accordi si rifà alla Legge Regionale n° 5 del 3.02.1996 “Piano Socio Sanitario regionale per il triennio 1996-1998” e seguenti, e viene ulteriormente consolidata con la Legge Regionale n° 11/2011 che regola la suddivisione delle competenze tra enti locali e ULSS.

Un ulteriore fondamentale punto di riferimento legislativo è quello della Delibera della Giunta regionale del Veneto n° 4588 del 28.12.2007 che istituisce il sistema delle “unità di valutazione multidimensionali” (UVMD) che all’interno dell’ospedale prendono il nome di UVO.



Università
Ca'Foscari
Venezia

Lo strumento principe per la programmazione sociale e sanitaria è il PIANO DI ZONA che in Veneto prede il nome di PIANO DI ZONA DEI SERVIZI ALLA PERSONA. Attraverso questo strumento previa approvazione del sindaco o della conferenza dei sindaci, in base alla corrispondenza tra il territorio comunale e quello dell'ULLS, vengono programmati tutti gli interventi e i limiti di spesa dei servizi territoriali sociali e sanitari.

Per quanto riguarda la specificità dei servizi ospedalieri, il Veneto ospita 50 presidi ospedalieri, solo una piccola parte di essi ha l'assistente sociale in organico. Il suo ruolo specifico è legato al segretariato sociale e al counseling per la persona in regime di ricovero e/o i suoi familiari, oltre che al collegamento diretto con i servizi comunali e del terzo settore

Attualmente il suddetto servizio è previsto nelle seguenti province:

- Treviso;
- Padova;
- Verona;
- Venezia;

Inoltre è presente un servizio simile ma non strutturato nei termini di un servizio sociale professionale ospedaliero nelle province di:

- Vicenza;



Università
Ca' Foscari
Venezia

- Belluno.

In particolare, le Assistenti Sociali Ospedaliere all'interno del reparto di continuità delle cure e più in generale, svolgono i seguenti compiti:

- Collaborazione con la direzione sanitaria e i reparti ospedalieri per presa in carico sociale del paziente, del suo nucleo familiare e per dimissioni protette;
- Colloqui di accoglienza consulenza con pazienti, loro familiari e medici, per esaminare e definire le problematiche emergenti relative alla malattia;
- Attività di segretariato sociale:
 - Colloqui
 - Risposta alle richieste di informazioni per ausili e protesi;
 - Domande di invalidità civile;
 - Reperimento delle risorse disponibili sul territorio;
 - Collegamenti diretti con il territorio.
- Valutazione dei soggetti candidabili al polo ospedaliero.



Università
Ca' Foscari
Venezia

- Compilazione di scheda Svama, su apposita modulistica predisposta dalla Regione Veneto, per realizzare inserimenti in strutture residenziali (Case di Riposo), semiresidenziali (Centri Diurni), posti sollievo, Hospice, RSA, etc...;
- Attivazione di reti territoriali per supporto e gestione del paziente a domicilio;
- Presa in carico e gestione di casi prettamente sociali (ricoveri per solitudine, etilismo, extracomunitari etc);
- Segnalazione al tribunale in casi di emergenza (Amministratore di sostegno, abusi fisici e psicologici su minori e adulti, minori stranieri non accompagnati etc.)

Il seguente studio si vuole concentrare sui presidi di Treviso, Conegliano e Mestre, con uno sguardo finale alla realtà di Oderzo in cui è in atto una personale sperimentazione dell'inserimento del servizio sociale ospedaliero in loco.



Università
Ca' Foscari
Venezia

PARTE SECONDA

LA RICERCA



CAP 3

METODOLOGIA ADOTTATA

La seguente ricerca persegue uno scopo ben preciso: capire come il servizio sociale ospedaliero si sviluppa in Veneto e quale sia il modello organizzativo più funzionale e consono all'Assistente sociale ospedaliero.

Per raggiungere il suddetto obiettivo è necessaria una ricerca che non si limiti a presentare dei dati numerici e quantitativi ma che approfondisca l'anima del servizio, traendo spunto dal vissuto di chi questo lavoro lo svolge da anni e che ha, nel tempo, fatto sue buone prassi e criticità del lavoro in ospedale.

Nella ricerca qualitativa raccogliere i dati non è un processo separato dall'analisi dei dati stessi ed è per questo che la ricerca qui presentata si avvale di strumenti differenti per l'ottenimento del medesimo scopo, così da giungere ad un risultato quanto più possibile approfondito.

I casi studio analizzati si riferiscono a 6 grandi città della Regione Veneto: Venezia, Padova, Verona, Vicenza, Belluno e Treviso. Queste città hanno tutte presso il presidio ospedaliero principale della città, un servizio sociale ben strutturato seppur con modalità organizzative differenti.

Rovigo non ha all'interno del presidio ospedaliero cittadino un servizio sociale strutturato, pertanto non è considerato come campione della ricerca.

Come si desume dal tipo di studio adottato, il campionamento non è probabilistico, si è scelto di selezionare attraverso una scelta ragionata solo i capoluoghi di provincia in cui il SSPO è presente, non basandosi su un disegno di campionamento, ma coprendo l'intera popolazione "assistenti sociali presenti negli ospedali dei capoluoghi di provincia del Veneto", visto il numero esiguo degli stessi.

La prima fase della ricerca è stata la raccolta dei dati già esistenti, si è cercato di trovare quante più informazioni preliminari sui servizi individuati e sono state contattate tutte le assistenti sociali per chiedere il loro contributo alla ricerca. Una volta selezionate le professioniste da intervistare si è proceduto alla stesura di una traccia d'intervista discorsiva.

"L'intervista discorsiva è una conversazione provocata dall'intervistatore, rivolta a soggetti scelti sulla base di un piano di rilevazione e in numero consistente, avente finalità conoscitive, guidata dall'intervistatore, sulla base di uno schema flessibile e non standardizzato di interrogazione"

(Corbetta ,1999)

Questo particolare tipo di strumento presenta delle caratteristiche particolari che vanno a vantaggio dello scopo della ricerca:

- La forma d'interazione utilizzata è quanto più simile alle conversazioni naturali e pertanto sia l'intervistatore che



l'intervistato sono maggiormente a proprio agio e pronti a collaborare per il raggiungimento di scopi comuni;

- Presenta un'elevata flessibilità, utile a rilevare non soltanto dati oggettivi ma interessantissimi punti di vista dell'intervistato;
- Il coinvolgimento del ricercatore è diretto e lo stesso viene a contatto immediatamente con le qualità e i difetti della propria ricerca, permettendogli di cambiare in corso d'opera domande e punti d'interesse.

L'intervista discorsiva può essere di vario tipo (in profondità, semistrutturata, di gruppo ecc), ma per la seguente ricerca è stata utilizzata un'intervista semistrutturata, essa coinvolge un solo interlocutore e viene condotta seguendo delle domande definite in precedenza seppur non standardizzate. Le domande sono state poste all'intervistato non seguendo un ordine preciso ma avendo cura di toccare tutti i punti della traccia:

- Ruolo all'interno del servizio;
- Da quanto tempo si lavora presso la struttura analizzata;
- Utenza trattata;
- Problematiche riscontrate in maggior misura;
- Problematiche più rilevanti;
- Modalità organizzative del servizio;

- Opinioni personali sul tipo di lavoro;
- Criticità e pregi del servizio;
- Eventuali protocolli o accordi con enti esterni.

Il suddetto strumento è stato utilizzato per tutti i servizi analizzati compresi i servizi sociali comunali dell'ex 4° distretto dell'ULSS 9.

Al fine di indicare in maniera chiara uguaglianze e differenze dei servizi è stato utilizzato altresì lo strumento della Swot analysis, per evidenziare punti di forza e debolezza dei modelli organizzativi precedentemente descritti.

Approfondendo la ricerca si è entrato più nel dettaglio analizzando due presidi della provincia di Treviso scegliendone uno con il servizio sociale ospedaliero al suo interno e uno in cui questo servizio è assente.

In entrambi i casi oltre alle interviste discorsive sono stati utilizzati altri strumenti di ricerca:

Nel caso di Conegliano è stata fatta un'analisi dei protocolli d'intesa con il territorio presenti solo nel contesto ospedaliero in questione.

Nel caso di Oderzo la ricerca è stata prevalentemente partecipata. Ad Aprile 2014 Sono stata inserita in servizio presso l'ospedale civile di Oderzo inizialmente con un progetto di tirocinio universitario di due accessi settimanali, da Ottobre stesso anno, la presenza si è ridotta ad un accesso settimanale. La mia presenza in servizio è stata il primo elemento di sperimentazione inserito all'interno del contesto di ricerca, come assistente sociale in servizio presso l'ente stesso, che come detto



Università
Ca' Foscari
Venezia

prima, ne era sprovvisto. Al mio arrivo è stata somministrata un'intervista non strutturata alle capo sala dei reparti principali dell'ospedale : Ortopedia, Medicina, Medicina d'urgenza (pronto soccorso), questo al fine di definire lo stato di fatto al mio arrivo in ospedale.

Nei mesi successivi è stato redatto un diario per annotare dinamiche lavorative, note e osservazioni su tutto il tempo trascorso in sede di ricerca, al fine di monitorare con attenzione ogni osservazione in loco. L'osservazione è stata partecipata, ho lavorato presso il servizio e contestualmente osservato i cambiamenti avvenuti dall'inserimento come "nuova assistente sociale". Nel contempo è stata fatta un'analisi del territorio attraverso delle interviste semistrutturate alle assistenti sociali operanti presso i 14 comuni dell'ex distretto 4 ULSS 9.

Il lavoro si è concluso con un'analisi quantitativa dei casi trattati, suddividendoli per reparto e per eventuale coinvolgimento della rete istituzionale, in particolar modo per gli inserimenti al polo ospedaliero.

L'intero lavoro di ricerca si è svolto non utilizzando un software di analisi dei dati, ma gli stessi sono stati registrati in una cartella informatica, contenente anche una sezione dedicata agli approfondimenti teorici, storici e legislativi.

Tutte le interviste sono state registrate con un registratore audio previo consenso dell'intervistato tranne quella relativa al servizio di Conegliano, in quanto l'assistente sociale intervistata ha preferito narrare molti aspetti personali del suo lavoro che non voleva fossero registrati su supporto audio.



Università
Ca'Foscari
Venezia

A conclusione del presente lavoro, saranno consegnate copie dei risultati della ricerca alla direzione sanitaria dell'ospedale di Treviso e di Oderzo, al primario del dipartimento di continuità delle cure e su richiesta ad ogni testimone privilegiato che si è reso disponibile a contribuire a questa ricerca.



CAP 4 CASI STUDIO

Le province Venete

PREMESSA

Tutti i paragrafi relativi alle città prese in analisi, sono rielaborazioni delle interviste svolte con le assistenti sociali degli ospedali coinvolti nello studio. Le descrizioni del servizio sono pertanto complete di opinioni e considerazioni personali degli intervistati. Le professioniste intervistate sono state avvisate dell'uso del materiale raccolto, comprese le proprie impressioni personali. Tutto quanto è stato dichiarato, è sintetizzato in queste pagine, tralasciando soltanto le parti di cui veniva espressamente chiesta la non divulgazione.

Gli ospedali di Vicenza e Belluno non hanno al loro interno un servizio sociale professionale ospedaliero vero e proprio, ma un servizio diverso in cui operano due assistenti sociali provenienti dal distretto sociosanitario.

A Vicenza è inserita un'assistente sociale proveniente dall'area disabili del distretto che ad oggi si occupa solo di dimissioni protette in un servizio chiamato COT (centrale operativa territoriale)

Nell'Ospedale "San Martino" di Belluno nell'Azienda ULSS n. 1, nel 1981 era stato istituito un SSO. Viene però soppresso nel 2006, e vengono così demandate le sue funzioni al Servizio Sociale del Distretto Socio-



Università
Ca' Foscari
Venezia

Sanitario. Viene creato un ufficio all'interno dell'Ospedale in cui opera un assistente sociale alle dipendenze del Distretto Socio-sanitario.

Ho scelto d'intervistare ugualmente le professioniste per mostrare le varie possibilità di lavoro in ospedale per il servizio sociale, e per offrire maggiore chiarezza, sullo stato di fatto del lavoro sociale all'interno dell'intero territorio regionale.

4.1 VENEZIA

ANNO D'ISTITUZIONE DEL SERVIZIO	<i>2008</i>
DENOMINAZIONE OSPEDALE	<ul style="list-style-type: none">• <i>Ospedale dell'Angelo di Mestre</i>• <i>Ospedale SS. Giovanni e Paolo</i>
ASSISTENTI SOCIALI INTERVISTATI	<i>4</i>
COMPOSIZIONE SERVIZIO	<i>Un ufficio a Mestre e un ufficio a Venezia con due assistenti sociali per ospedale</i>
DA CHI DIPENDE IL SERVIZIO	<i>Direzione sanitaria - Dirigente medico, responsabile per la continuità delle cure</i>
UTENZA SEGUITA	<i>Tutta l'utenza segnalata non suddivisa tra gli operatori</i>
SEGNALAZIONE INFORMATIZZATA	<i>SI</i>



Università
Ca' Foscari
Venezia

Il servizio sociale ospedaliero di Venezia è denominato servizio SCOT (Servizio continuità ospedale – territorio), prima del 2008 l'ospedale non aveva previsto un servizio sociale professionale ospedaliero ma c' erano due assistenti sociali in direzione sanitaria.

Il servizio oggi ha come responsabile un dirigente medico.

L'ufficio Scot comprende il servizio presso l'ospedale di Mestre e quello presso l'ospedale di Venezia.

L'attuale servizio è stato fortemente voluto dalla precedente direzione sanitaria, ma il nuovo atto aziendale non contiene alcuna prova della presenza del servizio e ciò non rende chiaro il futuro dello stesso.

La funzione dello SCOT è favorire i passaggi dall'ospedale al territorio del paziente fragile¹³. Rispetto agli servizi sociali ospedalieri, il servizio SCOT può effettuare degli inserimenti diretti presso le case di riposo, convocando la UVMO (Unità valutativa multidimensionale ospedaliera) ed inserendo in graduatoria i pazienti ricoverati in ospedale. Questa scelta è stata fatta con l'obiettivo di accorciare i tempi per i ricoveri definitivi senza dover passare dal distretto.

La procedura viene avviata dal servizio ospedaliero per l'inserimento temporaneo in struttura di 90 giorni, in questo

¹³ Per paziente fragile s'intende: la persona senza rete familiare, l'anziano, il disabile e tutti coloro che per qualche ragione non possono essere aiutati esclusivamente dal medico, in quanto portatori di problemi sociali.



Università
Ca'Foscari
Venezia

frangente di tempo la famiglia fa una domanda di amministrazione di sostegno che serve ad autorizzare la proroga per la permanenza in struttura, fino alla chiamata definitiva dalla graduatoria.

Gli inserimenti in casa di riposo possono essere fatti soltanto per i residenti presso il territorio di Mestre e Venezia, nel caso di utenza extra ULSS viene fatta una segnalazione al distretto di competenza.

Il servizio segue tutta l'utenza segnalata dai reparti, in particolar modo per il post dimissioni. L'ufficio di Mestre ha in carico anche il policlinico Villa Salus, un ospedale privato convenzionato, presso cui una volta alla settimana si recano le assistenti sociali per valutare i casi e stilare un progetto di dimissione con i medici segnalanti.

La segnalazione è informatizzata ma succede di ricevere alcuni accessi spontanei, la prassi è quella di rimandarli al medico nel caso in cui la segnalazione non provenga da un reparto ospedaliero. Gli operatori non hanno definito dei criteri per la suddivisione della presa in carico dell'utenza ma lavorano insieme, seguendo gli utenti in ordine di segnalazione.

All'interno della segnalazione il medico inserisce un'ipotesi di progetto che viene verificata dall'assistente sociale in equipe con il geriatra, previo colloquio con il paziente stesso, o con la famiglia se impossibilitato.

Le segnalazioni sono registrate in un apposito database informatico, in media si stimano 1300 casi annui. La cartella sociale è cartacea.

Non sono previsti protocolli d'intesa con l'ente comunale rispetto ad utenza specifica. E' previsto un protocollo d'intesa con la casa per l'ospitalità gestita da Emergency, rispetto ai senza dimora con necessità sanitarie (medicazioni, flebo ecc). La procedura è stata istituita nei primi mesi del 2014, vengono garantiti 15-20 giorni di ospitalità e due posti letto per volta.

Le assistenti sociali del servizio collaborano di frequente con il servizio di psicologia ospedaliero, in cui lavora una psicologa che si occupa di gestire le problematiche psico - emotive dei pazienti e dei loro familiari.

Swot Analysis

Punti di forza <ul style="list-style-type: none">✓ Procedura d'inserimento diretta presso le strutture residenziali	Debolezza <ul style="list-style-type: none">✓ Organizzazione presa in carico non definita✓ Proposta di progetto sociale avviata dal medico
Minacce <ul style="list-style-type: none">✓ Posizione aziendale non chiara✓ Accessi al policlinico Villa Salus sporadici con conseguente allungamento del ricovero	Opportunità <ul style="list-style-type: none">✓ Protocollo d'intesa per gli utenti senza fissa dimora



Università
Ca' Foscari
Venezia

4.2 PADOVA

ANNO D'ISTITUZIONE DEL SERVIZIO	1968
DENOMINAZIONE OSPEDALE	<ul style="list-style-type: none">• Ospedale San Francesco il Grande• Ospedale Giustiniano• Ospedale Civile
ASSISTENTI SOCIALI INTERVISTATI	2
COMPOSIZIONE SERVIZIO	<ul style="list-style-type: none">• Servizio sociale professionale ospedaliero• Servizio sociale pediatrico• SECC – Servizio di continuità delle cure
DA CHI DIPENDE IL SERVIZIO	Responsabile ufficio relazioni con il pubblico – Direttore amministrativo
UTENZA SEGUITA	Differenziata in base agli uffici
SEGNALAZIONE INFORMATIZZATA	SI

L'ospedale di Padova è un complesso composto da tre strutture limitrofe: L'ospedale Sa Francesco Grande, L'ospedale Giustiniano e l'ospedale civile. Il servizio sociale ospedaliero chiamato nel caso specifico di Padova "Servizio di assistenza



Università
Ca'Foscari
Venezia

sociale”, è un servizio unico che fa da riferimento alle suddette strutture.

Il servizio istituito nel 1968, faceva parte della direzione sanitaria, un anno dopo con l’emanazione della Lg 128/1969, cominciò ad acquisire maggiore autonomia e riconoscimento, di pari passo all’accrescimento dell’opinione medica sul servizio. Da quel momento si pose maggiore attenzione all’importanza della nascita del servizio sociale ospedaliero in quanto servizio incentrato sulla presa in carico sociale della persona ricoverata.

Nell’anno della sua istituzione il servizio contava ben 10 Assistenti Sociali in organico ma nel tempo le professioniste in pensione non vennero sostituite, creando uno spostamento d’attenzione dal servizio al singolo professionista. I reparti ospedalieri non si rivolgevano più al servizio ben strutturato degli anni precedenti, ma alla singola assistente sociale.

Oggi il servizio di assistenza sociale è inserito all'interno dell'ospedale Giustiniano. La sua collocazione è stata scelta con lo scopo di avviare un servizio fisicamente vicino al paziente e funzionale all'organizzazione del lavoro di rete con il personale medico - sanitario.

La vicinanza del servizio agli ambulatori medici, può creare dei problemi di comunicazione, viene messa in discussione la valenza del sociale rispetto al sanitario, sottolineandone la presunta sussidiarietà. La contrapposizione tra sociale e



Università
Ca' Foscari
Venezia

sanitario diventa complessa nel momento in cui viene messa in discussione l'identità professionale delle assistenti sociali. E' importante definire il confine della presa in carico sociale all'interno della presa in carico sanitaria.

Il servizio è gestito dal responsabile dell'ufficio relazioni con il pubblico (URP), al cui vertice c'è il Direttore amministrativo.

All'interno del servizio sono inserite due assistenti sociali, le quali hanno scelto di suddividere il lavoro in base alla loro presenza in servizio, indipendentemente da altri criteri. Non esiste pertanto una stima dei reparti più seguiti o del quantitativo complessivo dei pazienti perché la persona viene seguita da entrambe le professioniste in contemporanea.

La segnalazione perviene principalmente dagli infermieri e dai medici, attraverso la scheda informatizzata. A volte la stessa arriva al servizio direttamente dai pazienti o dai suoi familiari.

Dopo aver ricevuto la segnalazione, l'assistente sociale segue una prassi lavorativa non definita da alcun regolamento o protocollo. Una volta ricevuta la segnalazione vengono presi contatti con il paziente e i suoi familiari e si prende in carico il caso dopo un confronto con i medici del reparto sulla situazione clinica.

Dal confronto con i medici spesso capita di ricevere una domanda differente dal paziente e dagli operatori sanitari, così il compito dell'assistente sociale diventa quello di confrontare le due domande e fare le proprie valutazioni tenendo conto di entrambi i punti di vista.



Università
Ca' Foscari
Venezia

I tempi per la presa in carico e la risoluzione del caso non sono definiti ma dipendono dalla gravità del caso, tenendo conto che i tempi di ricovero sono sempre molto veloci. Nel caso specifico del reparto di cardio chirurgia, vengono seguiti dal reparto e dal servizio sociale contestualmente per ciò che riguarda le liste per il trapianto di cuore. A causa della carenza di organi vengono posizionate delle assistenze cardiache meccaniche, in attesa del trapianto, e le assistenti sociali si trovano sempre più spesso ad affrontare delle problematiche sociali dovute all'onerosità di questa procedura per il paziente e il suo nucleo familiare.

Questo particolare target di pazienti viene seguito dal servizio non solo per i tempi di degenza ma anche per il periodo di post ricovero a domicilio.

Il servizio registra tutte le segnalazioni su un fascicolo informatico, classificandole con un codice numerico. Ogni segnalazione contiene la sintesi delle informazioni utili a ricostruire la storia sociale e clinica del paziente, la classificazione è suddivisa per nome, cognome, reparto, segnalante, cittadinanza, grado di autonomia e cronicità della malattia.

La cartella sociale contiene i dati personali e tutta la documentazione clinica acquisita. Nel momento in cui viene chiuso il caso, la scheda personale viene scannerizzata e inserita all'interno di un data base che rimane al servizio.

Il servizio segue un target d'utenza varia:

- i pazienti ricoverati con un'età compresa tra 0 e 65 anni



Università
Ca' Foscari
Venezia

- i pazienti non residenti nel territorio dell'ulss 16
- i pazienti psichiatrici che sono immigrati, senza permesso di soggiorno, senza residenza.

Da precedenti indagini statistiche il servizio riceve mediamente 450/500 segnalazioni annue, non ci sono dati rilevanti sul target d'utenza maggiormente segnalato.

È stato rivelato che in seguito all'emanazione del Protocollo sulla violenza, vi è stato un aumento esponenziale delle segnalazioni per donne vittime di violenza, passando in due anni da 1 o 2 segnalazioni all'anno a 100. Questo cambiamento è stato determinato principalmente al fatto che dopo l'emanazione del protocollo gli operatori sanitari prestano maggiore attenzione ai segnali di violenza. Con l'emanazione del protocollo è stato infatti condotto un lavoro di informazione e sensibilizzazione sulla violenza nel personale ospedaliero del pronto soccorso.

L'aumento delle segnalazioni relative al protocollo antiviolenza è dovuto non solo all'individuazione dei segnali della violenza da parte di medici e infermieri ma anche e soprattutto all'esistenza stessa del protocollo, in quanto da quel momento, è stato chiaro il servizio cui fare riferimento. Capita spesso che gli operatori sanitari tendano a segnalare un problema qualora riescano ad identificare il servizio in grado di affrontarlo: l'ospedale ha un ritmo molto veloce, e tende a non soffermarsi sulle problematiche sociali. L'emanazione del protocollo ha



Università
Ca'Foscari
Venezia

permesso non solo di riconoscere il problema ma anche di chiarire il servizio a cui inviare le segnalazioni dovute.

I compiti principali del servizio sono:

- ✓ segretariato sociale;
- ✓ Lavoro di rete con i servizi pubblici e privati;
- ✓ Analisi dei bisogni dell'utenza;
- ✓ Affiancamento medici ed infermieri per l'individuazione della domanda sociale.

La presa in carico del paziente prevede sempre, per quanto possibile, il coinvolgimento della famiglia, pertanto si cerca sempre di mediare tra la domanda del paziente e quella della sua famiglia, tenendo conto del fatto che all'interno del contesto ospedaliero il paziente si trova in una situazione di fragilità o non completa autosufficienza.

Nei casi in cui non vi è la presenza di una rete familiare, l'assistente sociale si occupa di creare una rete di sostegno attraverso il coinvolgimento dei servizi territoriali.

Il servizio non ha ad oggi raggiunto un rapporto di piena collaborazione con l'ospedale nel suo insieme, in quanto è molto diffusa l'idea che il servizio sociale si regga non tanto su una buona organizzazione ma su una forte identità professionale delle operatrici. Alla base è possibile rilevare una mancanza di un riconoscimento della figura dell'assistente sociale e del lavoro sociale all'interno del panorama sanitario, riscontrabili anche nella mancanza di LEA per l'assistenza. Tra il SSO e gli enti territoriali non vi sono difficoltà di comunicazione, ma alla base

è riscontrabile un riconoscimento reciproco, basato su un consolidamento avvenuto negli anni a livello professionale e personale.

Oggi gli aspetti che necessitano di miglorie al fine di aumentare la qualità del servizio, sono certamente: l'aumento del personale anche in relazione all'ampio bacino di utenza e la possibilità di avere un maggiore riconoscimento da parte dell'ospedale. È importante che per migliorare un servizio, si parta dal riconoscimento del ruolo e delle funzioni dell'assistente sociale nel contesto ospedaliero, e non tanto dal miglioramento del identificazione dei bisogni dei pazienti.

Gli ospedali di Padova oltre a servizio sociale ospedaliero propriamente detto, hanno al loro interno altresì il servizio sociale pediatrico e il secc (servizio di continuità delle cure) che segue l'utenza con un'età inferiore a 65 anni per tutto ciò che riguarda le dimissioni protette.

Swot analysis

Punti di forza <ul style="list-style-type: none">✓ Suddivisione del servizio in tre uffici a copertura dell'intero territorio ospedaliero;✓ Segnalazione informatizzata;✓ Presenza del protocollo anti violenza;✓ Buon rapporto con i servizi del territorio.	Debolezza <ul style="list-style-type: none">✓ Atteggiamento pessimista in merito al riconoscimento del servizio.
Minacce <ul style="list-style-type: none">✓ Scarso riconoscimento del ruolo dell'assistente sociale;✓ Grossa diminuzione di assunzioni di nuove assistenti sociali.	Opportunità <ul style="list-style-type: none">✓ Momenti formativi multi professionali;✓ Maggiore riconoscimento dei segnali "sociali" da parte dei medici.



Università
Ca' Foscari
Venezia

4.3 VERONA

ANNO D'ISTITUZIONE DEL SERVIZIO	1954
DENOMINAZIONE OSPEDALE	<ul style="list-style-type: none">• Borgo Trento• Borgo Roma
ASSISTENTI SOCIALI INTERVISTATI	4
COMPOSIZIONE SERVIZIO	Un ufficio per sede con all'interno due Assistenti sociali per ospedale
DA CHI DIPENDE IL SERVIZIO	Direzione sanitaria
UTENZA SEGUITA	Differenziata in base ai reparti
SEGNALAZIONE INFORMATIZZATA	NO

L'ospedale di Verona afferente all'ULSS 20, è suddiviso in due sedi distaccate: Borgo Trento e Borgo Roma, che oggi costituiscono l'Azienda Ospedaliera di Verona.

Il servizio sociale all'interno del suddetto presidio è stato istituito nel 1954 all'interno della sede di Borgo Trento. Inizialmente l'assistente sociale inserita dipendeva dal settore personale e il suo ruolo era pensato per un supporto sociale ai dipendenti ma non ai pazienti. Il suo lavoro consisteva nel fronteggiare le problematiche dei dipendenti dell'ospedale e gestire servizi aggiuntivi quali colonie estive per i figli del personale, permessi per i dipendenti, borse di studio, sussidi e inserimento socio lavorativo.



Università
Ca' Foscari
Venezia

Nel 1964 viene assunto un secondo assistente sociale con lo scopo di migliorare l'attività del servizio. Successivamente, nel 1969 viene inaugurato l'Ospedale di Borgo Roma, e assunto un terzo assistente sociale.

Negli anni 90 l'azienda decide per un cambio di rotta e gli assistenti sociali iniziano a lavorare con i pazienti, soprattutto per gestire le difficoltà derivante dalla chiusura degli ospedali psichiatrici.

Ad oggi il servizio sociale ospedaliero a Verona è presente con un proprio ufficio in ogni sede ospedaliera. Sono presenti complessivamente n. 4 assistenti sociali, due per ogni struttura.

Il servizio fa riferimento direttamente alla direzione sanitaria, con un dirigente medico come punto di riferimento principale.

L'utenza del servizio comprende tutti i pazienti ricoverati presso i presidi ospedalieri veronesi. L'utenza in maggior misura è anziana, in particolar modo a causa della cronicizzazione delle malattie, le frequenti cadute, decadimenti cognitivi, Alzheimer ecc.

Per la numerosità dei casi segnalati, gli assistenti sociali prevede una suddivisione dei pazienti alla base di una divisione dei reparti:

- un'assistente sociale segue le U.O. Medicina, Gastroenterologia, Oncologia, Malattie Infettive.
- l'altro operatore segue le U.O. Chirurgia Maxillofacciale, Odontoiatria, Rianimazione, Chirurgia Generale, Ginecologia, Ostetricia, Sala parto, Pediatria, Oncomatologia Pediatrica, Patologia Neonatale, Medicina, Urologia e Neurologia.

L'U.O. Pronto Soccorso invece, viene seguita contemporaneamente da entrambi gli assistenti sociali. Nonostante questa suddivisione i casi sono conosciuti da entrambi i professionisti in modo tale da poter offrire una risposta anche in caso di assenza di uno dei due.

I servizi sociali ospedalieri dei due poli lavorano in modo indipendente l'uno dall'altro ma in caso di esigenze di servizio, possono essere previste delle riunioni d'equipe tra i 4 professionisti dei servizi.

Nel SSO dal 2012 è stato predisposto un Protocollo Operativo che determina le procedure e i compiti del servizio.

La segnalazione al servizio non è informatizzata, viene inviata una richiesta cartacea dal medico di reparto che ha in carico il paziente e vengono indicate delle informazioni precise al fine di rendere la segnalazione efficace e il lavoro dell'assistente sociale più veloce. I dati riportati sono:

- Nome e cognome del paziente;
- Dati del caregiver;
- Progetto di dimissione sanitario (lungodegenza, riabilitazione, trasferimento);
- Valutazione sull'autosufficienza/non-autosufficienza del paziente;
- Data di presunta dimissibilità del paziente;
- Diagnosi clinica;
- Indicatori di complessità sociale del caso: assenza familiari di supporto, paziente con pregresso degrado sociale (senza fissa dimora, alcool, tossicodipendenti, condizioni igieniche scadenti),



Università
Ca' Foscari
Venezia

ripetuti accessi impropri in ospedale, sospetto di incuria, abbandono violenza, improbabile rientro a domicilio per elevato carico assistenziale.

L'assistente sociale ospedaliero valuta insieme al paziente e alla sua famiglia la situazione socio sanitaria del paziente. Successivamente viene compilato il modulo "Richiesta di valutazione multidimensionale per l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari territoriali della ULSS 20" e inviato al Distretto, insieme alla scheda SVAMA interamente compilata, per l'attivazione dell'Unità Valutativa Multidimensionale (UVMD) e relativa presa in carico dell'utente. Per i casi più complessi, in particolar modo in assenza di rete familiare è prevista la partecipazione del SSO alle UVMD.

Nel caso specifico del pronto soccorso, la scheda di segnalazione non viene inviata in via cartacea, in quanto per rendere il tutto più tempestivo, il PS effettua una chiamata direttamente al servizio sociale ospedaliero per segnalare il caso.

I principali compiti del servizio sociale ospedaliero riguardano primariamente il segretariato sociale e il lavoro di rete: vengono fornite informazioni sull'assistenza domiciliare (ADI); modalità d'accesso alle strutture esterne all'ospedale (CDR, Hospice, RSA riabilitative, Centri Diurni); agevolazioni economiche previste dalle leggi regionali (invalidità incivile, indennità di accompagnamento, legge 104, ADS - vengono dati i moduli e spiegato l'iter).



Università
Ca'Foscari
Venezia

Il servizio partecipa ad alcuni momenti formativi aziendali sull'aggiornamento dei volontari e ad altri momenti in sere con i servizi per la stesura dei piani di zona.

I casi vengono registrati in un Data Base informatico gestito direttamente dal servizio sociale ospedaliero, in cui confluiscono i dati di entrambi i presidi ospedalieri. All'interno del programma vengono registrati i dati principali del paziente e le prestazioni eseguite.

Il servizio sociale ospedaliero organizza la sua attività professionale sulla base di alcuni protocolli:

- Protocollo d'intesa sulle "Procedura per la presa in carico in dimissione protetta del paziente dall'ospedale"
- Protocollo d'intesa sulle "Procedura per la presa in carico del paziente con grave cerebrolesione acquisita in dimissione protetta tra l'azienda ospedaliera "Istituti Ospitalieri di Verona" – l'ospedale classificato S. Cuore Don Calabria Negrar (VR) – l'Azienda Ulss 20 di Verona"
- Protocollo d'intesa sulla prevenzione della violenza domestica
- Protocollo d'intesa sulla prevenzione della violenza e dell'abuso sui minori

Swot Analysis

Punti di forza ✓ Lavoro integrato tra i due presidi ospedalieri della città ✓ Servizio ben strutturato all'interno dell'azienda ✓ Protocolli operativi ben dettagliati	Debolezza ✓ Rapporto con il pronto soccorso non tracciabile e mancante di una presa in carico
Minacce ✓ Poca tracciabilità dei casi a causa della mancanza di una segnalazione informatizzata	Opportunità ✓ Momenti formativi aziendali;

4.4 VICENZA

ANNO D'ISTITUZIONE DEL SERVIZIO	2014
DENOMINZIONE OSPEDALE	Ospedale San Bortolo
ASSISTENTI SOCIALI INTERVISTATI	1
COMPOSIZIONE SERVIZIO	Il servizio afferisce al COT e non è un servizio sociale professionale ospedaliero
DA CHI DIPENDE IL SERVIZIO	Centrale operativa territoriale (COT)
UTENZA SEGUITA	Anziani soli con necessità di dimissione protetta e/o inserimento in struttura
SEGNALAZIONE INFORMATIZZATA	NO



Università
Ca' Foscari
Venezia

L'ospedale di Vicenza è la struttura principale dell'azienda ULSS n° 6, al suo interno non è previsto un servizio sociale ospedaliero vero e proprio ma da pochi mesi è presente un'assistente sociale all'interno del servizio della COT (centrale operativa territoriale).

Il servizio della COT viene individuato dal più recente atto aziendale dell'ULSS n° 6, approvato con delibera 480 del 3 Luglio 2014 (e successive modifiche e integrazioni). La più importante novità del documento è la creazione dell'*U.O.C. di Continuità delle Cure* che gestisce il percorso di dimissione e di presa in carico del paziente dall'ospedale, per garantire la continuità clinica del percorso terapeutico riabilitativo avvalendosi della rete sanitaria, sociosanitaria e sociale esistente nel territorio.

Essa si avvale di due Unità Operative Semplici (U.O.S.) fondamentali per la gestione territoriale del paziente: COT e Strutture Intermedie.

L'U.O.C. Continuità delle Cure non è ancora attiva ma presto sarà emanata la delibera istitutiva, mentre l'U.O.S. "Centrale Operativa Territoriale" (COT) è stata già attivata su proposta del Distretto Socio-Sanitario di Vicenza, con la Delibera n. 605, del 4/08/2014 con oggetto "Attivazione della "Centrale Operativa Territoriale" (COT) nell'Azienda ULSS n. 6 Vicenza" a far data dal 28 luglio 2014 ed è incaricata temporaneamente nella U.O.C. Cure Primarie del Distretto di Vicenza. È stata istituita in linea con quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 23 del 29/06/2012) e dalle DGRV 975/2013 e 2271 del 10/12/2013, che la individua come elemento cardine dell'organizzazione territoriale.



L'istituzione anticipata è stata richiesta fortemente dal primario del Pronto Soccorso al fine di creare un servizio che abbia il ruolo di occuparsi dei ricoveri impropri presso l'Unità Osservazione Breve Intensiva (OBI).

L'UOS COT quindi, *“rappresenta un elemento cardine dell'organizzazione territoriale in quanto svolge una funzione di coordinamento della presa in carico assistenziale dell'utente “protetto” e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale. Tra i suoi compiti svolge quello di essere strumento di raccolta, di classificazione del problema/bisogno espresso, di attivazione delle risorse più appropriate, di programmazione e pianificazione degli interventi attivando i soggetti della rete assistenziale, tutelando le transizioni da un luogo di cura o da un livello clinico/assistenziale all'altro”*¹⁴.

In particolare tale UOS:

- Coordina il percorso di transizione e dimissione dei pazienti dall'ospedale alla struttura residenziale temporanea o al domicilio;
- Coordina la presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare e gli eventuali trasferimenti presso altri luoghi di cura o differenti livelli assistenziali;
- Monitora la presa in carico dei pazienti inseriti in struttura.

Prima dell'attivazione di questa Unità, le UUOO ospedaliere dovevano segnalare i casi direttamente ai servizi sociali del territorio per

¹⁴ Delibera n°605 del 4.08.2014 “Attivazione della centrale operativa territoriale (COT) nell'azienda ULSS n° 6 di Vicenza



Università
Ca' Foscari
Venezia

programmare le Dimissioni Protette, sulla base delle indicazioni operative fissate nel “Protocollo per le dimissioni protette sociali” emanato nel 2002, in collaborazione con il Comune di Vicenza. Vi era inoltre un “Protocollo per la gestione delle persone anziane in condizioni di fragilità socio sanitarie anche legate ad evenienze atmosferiche straordinarie”, all’inizio il protocollo era stato emanato per contrastare i ricoveri ospedalieri dovuti a evenienze atmosferiche straordinarie, ma con il tempo, si è visto che la metodologia di lavoro suggerita dal protocollo, poteva ritenersi valida anche durante tutto il resto dell’anno e pertanto di anno in anno veniva riconfermato.

Tale protocollo, acquisito dalla COT, permette l’ingresso del paziente in uno dei Centri di Servizi che si rendono disponibili, ad accoglimenti temporanei di sollievo in emergenza, della durata massima di n. 5 giorni, evitando così permanenze improprie in Pronto Soccorso. È possibile inoltre prolungare la permanenza presso il centro di ulteriori 25 giorni per una durata massima complessiva di 30 giorni.

E’ importante sottolineare che questo protocollo è legato esclusivamente ai ricoveri in OBI, non è possibile attivare il ricovero temporaneo per gli altri reparti ospedalieri.

La COT lavora con il suddetto protocollo emergenza e con le dimissioni protette. Pertanto l’utenza è quella ricoverata in OBI e quella che necessita di attenzioni particolari alle dimissioni, prevalentemente si tratta di anziani. L’utenza giunge al servizio accompagnata da una scheda di dimissioni, a volte inviata dai reparti a volte spontaneamente ma sempre prima delle dimissioni.

Oggi la COT è composta da:

- Un medico geriatra responsabile dell'unità;
- Un'assistente sociale;
- Una coordinatrice infermieristica;
- Un infermiere professionale con funzioni di Case Manager;
- Un amministrativo.

Non esiste ad oggi un protocollo che definisce la procedura operativa in merito alle dimissioni protette o difficili, la prassi operativa è stata riproposta identica a quella precedentemente utilizzata per la segnalazione alla COD (centrale operativa distrettuale). Il procedimento viene attivato previa segnalazione. Viene utilizzata una "Scheda di Segnalazione di Dimissione Protetta" inviata via email dalle U.U.O.O. ospedaliere, che contiene la richiesta di intervento di tipo medico, infermieristico e/o sociale.

La richiesta di intervento dell'assistente sociale viene inviata nel momento in cui viene riscontrata una situazione di fragilità sociale, ad esempio nei casi in cui vi è una richiesta di residenzialità esclusivamente temporanea. La COT non fa una valutazione per un progetto di accoglienza definitiva in casa di riposo per evitare di valutare i pazienti in fase acuta, tranne nei casi eccezionali in cui la gravità del ricoverato è stabilizzata.

Quando si riceve una domanda di inserimento in CDR, la COT si occupa di coordinare il percorso per l'inserimento residenziale. La SVAMA viene compilata dai medici per la parte sanitaria – funzionale e dalle assistenti sociali del comune per la parte sociale.



Università
Ca' Foscari
Venezia

La SVAMA sociale viene compilata dall'AS della COT solo nei casi in cui il paziente non sia conosciuto dai Servizi Sociali del territorio, al fine di semplificare l'avvio della pratica e accorciarne i tempi. Dopo la compilazione della SVAMA il tutto viene inviato direttamente al territorio, previo inserimento dei dati nella banca dati regionale da parte dell'amministrativa del servizio stesso.

La COT ha una cartella comune in cui ogni operatore è tenuto a registrare i propri interventi all'interno di una sezione definita DIARIO.

Nel momento in cui viene rilevata una fragilità sociale e inviata una richiesta d'intervento all'Assistente sociale, i medici e gli infermieri hanno l'obbligo di informare la famiglia dell'avvenuta segnalazione, in un secondo momento l'assistente sociale prende contatti con il paziente per individuare insieme i bisogni e le esigenze dello stesso, prima ancora di incornare i familiari. Dopo il primo colloquio con il paziente, l'AS svolge un colloquio con i familiari, con cui fa una valutazione sociale per il protocollo d'emergenza e per le dimissioni protette, non viene svolto un servizio di vero e proprio segretariato sociale.

Il ruolo dell'AS nella COT non è facile, c'è una prevalenza del sanitario, la definizione di compiti dell'assistente sociale, spesso, deve essere sottolineata dalla professionista stessa, per evitare il rischio di trovarsi a fare lavori che non competono per sopperire alle mancanze dell'organizzazione. Il servizio inoltre è nuovissimo e lo strumento principe dell'assistente sociale è la valutazione sociale e pertanto bisogna puntare su questo per auto-definirsi.



Università
Ca' Foscari
Venezia

All'interno dell'ospedale è completamente assente una figura che si occupi di segretariato sociale, sarebbe auspicabile l'inserimento di questo servizio, in quanto alcuni reparti specifici ne hanno davvero bisogno: l'ospedale di Vicenza vanta un eccellente U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione che tratta prevalentemente pazienti con trauma cranico. Il trattamento riabilitativo di questi pazienti è lungo e spesso il paziente si ritrova con importanti disabilità che non vengono accettate con facilità. Sono stati previsti dei momenti formativi per i quali è stato richiesto all'AS di fare un incontro informativo sui procedimenti relativi alla domanda di invalidità civile, Legge 104.

Swot Analysis

Punti di forza ✓ Multiprofessionalità del servizio	Debolezza ✓ Mancanza di un segretariato sociale
Minacce ✓ Poca conoscenza da parte dei reparti del lavoro dell'assistente sociale; ✓ Servizio prevalentemente sanitario	Opportunità ✓ Servizio nuovo, con regole e prassi ancora da definire

4.5 BELLUNO

ANNO D'ISTITUZIONE DEL SERVIZIO	2006
DENOMINAZIONE OSPEDALE	Ospedale San Martino
ASSISTENTI SOCIALI INTERVISTATI	1
COMPOSIZIONE SERVIZIO	Ufficio dislocato all'interno del presidio non direttamente dipendente dallo stesso
DA CHI DIPENDE IL SERVIZIO	Distretto sociosanitario
UTENZA SEGUITA	Anziani senza rete familiare
SEGNALAZIONE INFORMATIZZATA	NO

L'ospedale di Belluno ospita al suo interno un servizio sociale distrettuale che si occupa di seguire i pazienti ricoverati in ospedale non autosufficienti la cui rete assistenziale risulta assente o insufficiente, che risiedono nell'Azienda ULSS 1 di Belluno.

L'utenza seguita è prevalentemente composta da persone anziane o adulti disabili con bisogni socio – sanitari. L'assistente sociale segue tutti i reparti ma la casistica più frequente proviene da:

- Geriatria
- Neurologia
- Pneumologia
- Ortopedia

Nel caso specifico dei minori e delle dipendenze, le U.U.O.O. devono segnalare direttamente il caso ai servizi sociali del territorio di competenza. Lo stesso procedimento è da seguire per i pazienti

ricoverati che non risiedono nell'Ulss 1 o che risiedono in un'altra Regione.

La particolarità di questo servizio, nonché la sua limitazione è proprio nell'inquadratura professionale dell'assistente sociale, che per contratto, dovrebbe occuparsi solo di anziani senza rete familiare ma in realtà svolge un lavoro molto più simile al servizio sociale ospedaliero vero e proprio, in quanto, l'ospedale era già abituato ad avere il SSPO al suo interno e dopo la sua chiusura non è riuscito a farne a meno.

L'iter operativo dell'assistente sociale distrettuale è stato delineato dal Direttore del Distretto al momento del suo ingresso nella struttura ospedaliera, all'interno della Procedura Operativa aggiornata al 24.11.2011, "Il percorso integrato della presa in carico del paziente in Dimissione Protetta: Ospedale S. Martino – Servizi Territoriali Distretto 3".

In tale documento viene specificato che l'assistente sociale distrettuale si occupa esclusivamente di organizzare le UVMD per autorizzare le domande di accoglienza definitiva o temporanea in struttura residenziale extraospedaliera, in due specifiche situazioni:

- situazione irrinunciabile: assenza di familiari idonei (coniugi, figli) qualificabili come casi di *"urgenza sociale"*.
- Situazioni discrezionali: riscontro di elementi di criticità, pur in presenza di familiari idonei.

L'assistente sociale viene contattata dai reparti attraverso una richiesta di consulenza non informatizzata ma postale (posta interna



Università
Ca'Foscari
Venezia

ospedaliera). Viene utilizzato un foglio a ricalco che permette di lasciare una copia all'assistente sociale e l'altra all'interno della cartella clinica del paziente.

Dopo aver ricevuto la richiesta di accoglienza in struttura residenziale extraospedaliera, l'assistente sociale procede alla valutazione del caso. La professionista dopo la segnalazione si rivolge in primo luogo al paziente o se ciò è impossibile per limitazioni sulle capacità di comunicazione o decisionali, alla sua famiglia. L'ufficio riceve solo per appuntamento, non è previsto l'accesso spontaneo.

Una volta acquisite tutte le informazioni necessarie alla valutazione, si procede con la compilazione della domanda di accoglienza attraverso la stesura della scheda SVAMA nella parte sociale e contestualmente alla richiesta di compilazione della stessa ai medici per la parte sanitaria e funzionale.

In seguito viene organizzata l'UVMD direttamente presso la sede ospedaliera, coinvolgendo il medico incaricato per la Dimissione Protetta e il medico curante, per la condivisione del Piano Operativo. Infine l'assistente sociale cura il completamento dell'iter informatico per l'inserimento della domanda nella graduatoria per l'accoglienza residenziale.

L'accoglienza nei Centri Servizi per la residenzialità degli anziani viene gestita sulla base del "Regolamento del Registro Unico delle Impegnative di Residenzialità" approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 804 del 22 agosto 2014.



Università
Ca'Foscari
Venezia

La documentazione dell'assistente sociale è costituita da una Scheda anagrafica contenente le informazioni di base e quanto considerato utile per la valutazione del caso. All'interno di questa scheda sono riportati i seguenti dati:

- dati anagrafici;
- nome e recapiti telefonici delle persone di riferimento;
- informazioni sull'abitazione;
- servizi attivi;
- importo pensione;
- principali problemi di autonomia;
- dimissioni e interventi effettuati dal SSO.

L'assistente sociale inoltre si occupa di inserire i casi seguiti all'interno di una Banca Dati "Atl@nte" a cui accedono l'Ulss e i Centri Servizi. Questa Banca Dati è un modello per la gestione dei servizi alla Persona, in cui vengono registrati i servizi che sono stati aperti a favore del paziente: ADI, ADI MED, SAD, accesso all'Hospice, CDR o SAPA¹⁵.

Il particolare ruolo dell'assistente sociale non consente da regolamento una vera e propria presa in carico del paziente che viene seguito esclusivamente con funzioni di raccordo degli interventi in rete con i servizi sociali del territorio. Viene svolto inoltre un breve segretariato sociale (sempre su appuntamento), consulenza nelle U.U.O.O. ospedaliere, colloqui con i pazienti e i familiari e organizzazione delle UVMD.

¹⁵ Acronimi di: Assistenza domiciliare integrate, assistenza domiciliare integrate medica, servizio assistenza domiciliare, casa di riposo, sezione alta protezione Alzheimer.



Università
Ca' Foscari
Venezia

Oltre al lavoro prettamente ospedaliero, l'Assistente sociale è coinvolto nel Progetto Alzheimer, che prevede l'accoglienza dei pazienti presso la Sezione Alta Protezione Alzheimer (SAPA). Sebbene tale Sezione sia all'interno di un Centro Servizi, l'accoglienza viene gestita dal Centro per il Decadimento Cognitivo che è situato all'interno della struttura ospedaliera. L'assistente sociale in tale progetto, si occupa di redigere la valutazione sociale per l'accoglienza al SAPA.

Swot Analysis

Punti di forza <ul style="list-style-type: none">• Sede lavorativa in ospedale e conseguente vicinanza al paziente;• Tempi d'inserimento in struttura residenziale molto rapidi.	Debolezza <ul style="list-style-type: none">• Ricevimento su appuntamento;• Una singola professionista per l'intero ospedale.
Minacce <ul style="list-style-type: none">• Esigenze ospedaliere pressanti;• Limitazione nei compiti lavorativi.	Opportunità <ul style="list-style-type: none">• Professionista già inserita in distretto.



4.6 TREVISO

ANNO D'ISTITUZIONE DEL SERVIZIO	1977
DENOMINAZIONE OSPEDALE	Ospedale Ca' Foncello
ASSISTENTI SOCIALI INTERVISTATI	2
COMPOSIZIONE SERVIZIO	Un ufficio direttamente dipendente dall'ospedale
DA CHI DIPENDE IL SERVIZIO	Direzione sanitaria - Dipartimento di continuità delle cure
UTENZA SEGUITA	Differenziata per reparti ed età
SEGNALAZIONE INFORMATIZZATA	SI

L'ULSS 9 si estende per un territorio comprendente 37 comuni per una popolazione complessiva di circa 420000 abitanti.

L'organizzazione aziendale contempla l'esistenza delle tre strutture tecnico-funzionali sanitarie e sociali: l'Ospedale, il Distretto, il Dipartimento di Prevenzione. L'Ospedale si articola in due Presidi ospedalieri: Treviso e Oderzo.

Treviso è un ospedale che conta circa 1000 posti letto e al suo interno lavorano 2 Assistenti Sociali. Oderzo conta circa 180 posti letto e al suo interno non è previsto un servizio sociale professionale ospedaliero.

Di rilevante importanza è altresì l'ospedale di Motta di Livenza, un ospedale riabilitativo con circa 150 posti letto anch'esso sprovvisto del servizio sociale ospedaliero ma con due psicologhe a svolgere i compiti di collegamento con il territorio.

L'intero territorio si articola in due distretti principali suddivisi a loro volta in gruppi di territori per distretto:

DISTRETTO NORD: Oderzo – Paese – Villorba

DISTRETTO SUD: Treviso - Mogliano Veneto

“Il Distretto socio-sanitario è l'articolazione dell'Azienda quale organizzazione che opera nel campo della solidarietà sociale, dell'assistenza e della riabilitazione, finalizzata a realizzare l'integrazione tra i diversi servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni socio-sanitari della popolazione.¹⁶”

L'integrazione di cui si parla nella definizione di distretto è riferita ad un lavoro coordinato tra le diverse professionalità interne all'ospedale e il lavoro con i servizi esterni ad esso presenti nel territorio. Le aree a particolare integrazione socio sanitaria sono: anziani, disabili, salute mentale, dipendenze, area materno-infantile.

Tutti i distretti facenti riferimento all'ULSS 9 fanno riferimento all'ospedale di Treviso come unico ente in cui è istituito il servizio sociale ospedaliero, questo crea non pochi disagi agli ospedali afferenti ai distretti più lontani (Oderzo – Motta di Livenza), i quali hanno

¹⁶ Definizione dal :Piano socio sanitario Regione Veneto 2012/2016

sopperito a questa mancanza, improvvisando un lavoro sociale a cura delle caposala dei singoli reparti ospedalieri.

“Lavoro qui da 30 anni e tante volte abbiamo chiesto alla direzione sanitaria di assumere un’AS, in quanto noi coordinatrici siamo costrette a fare il lavoro sociale che non ci compete, la direzione ci risponde che abbiamo ragione ma non assume mai nessuno”INTERVISTA 1

L’ufficio di Servizio Sociale Professionale Ospedaliero (SSPO) del Presidio di Treviso è attivo all’interno fin dal 1970, ma solo dal 2007 (anno in cui è stato istituito il sistema informatico ospedaliero G2) si sono registrati gli accessi dell’utenza.

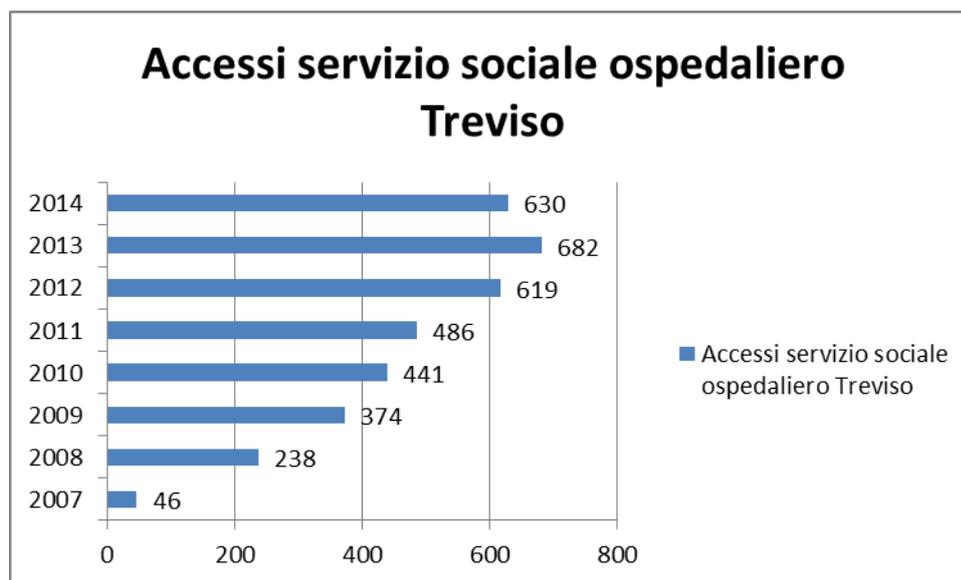


Figura 1 Accessi servizio sociale professionale ospedaliero di Treviso dal 2007 al 2014



Università
Ca'Foscari
Venezia

Dal grafico sopra presentato emerge un progressivo aumento dell'utenza registrata, ciò è dovuto certamente ad un periodo di assestamento del personale sull'utilizzo del software informatico, ma altresì, alla crescita di consapevolezza dei medici sull'importanza del servizio sociale professionale ospedaliero e delle sue specifiche funzioni.

Il presidio ospedaliero di Treviso ha in organico 2 Assistenti sociali, le stesse lavorano presso un ufficio autonomo, dipendente però dal dipartimento di continuità delle cure e dal suo primario che nel caso specifico di Treviso, coincide con il primario del reparto di geriatria. La mole di lavoro è molto alta e le assistenti sociali hanno suddiviso il carico lavorativo tra loro a seconda dell'età dell'utenza. Da 0 a 74 anni e da 75 anni in poi.

La segnalazione è informatizzata, i medici inseriscono i dati del paziente e la richiesta specifica al servizio sociale inserendo in nota alcuni elementi utili alla valutazione, che infermieri o medici hanno già rilevato (solitudine, maltrattamento, difficoltà economiche ecc), una volta ricevuta la segnalazione l'assistente sociale redige la cartella sociale e prende in carico il paziente, il rapporto spesso è con le famiglie del segnalato e insieme a loro si stila un progetto individualizzato, così da assicurare i migliori interventi per la persona in stato di bisogno e per i suoi familiari.

In maggior misura l'utenza è anziana e per loro si procede sempre a fare delle dimissioni protette sociali, si analizza il contesto abitativo e familiare per cercare di capire se la dimissione al domicilio è fattibile o



Università
Ca'Foscari
Venezia

meno. Nel caso in cui la persona sia impossibilitata a rientrare al domicilio per motivazioni sociali o sanitarie, si verifica la possibilità d'inserimento in struttura protetta con un posto temporaneo. Il suddetto posto è comunemente detto POLO OSPEDALIERO. Treviso gestisce 4 poli ospedalieri: Monastier – Oderzo- Villorba- Treviso. Il progetto individualizzato per l'inserimento al polo viene concordato con altre professionalità coinvolte: medici dell'ospedale, medici del distretto, assistente sociale del distretto, assistente sociale del comune e Risponsabili della casa di riposo. Il tutto viene stilato attraverso una scheda denominata SCHEDA SVAMA suddivisa in tre parti fondamentali: Funzionale (infermieristica) sanitaria (medica) e sociale. La SVAMA non è altro che un corposo certificato medico sociosanitario che approfondisce lo stato di salute del paziente e la sua rete sociale definendo per quanto tempo lo stesso avrà bisogno del posto in struttura temporanea e quale sia il suo progetto alle dimissioni. La valutazione multidimensionale viene fatta generalmente presso l'ospedale o il distretto e viene denominata UVO (unità valutativa ospedaliera) distinguibile dalla UVMD in quanto persegue scopi differenti.

A volte anche se non spesso il servizio riceve segnalazioni in stato d'emergenza, capita soprattutto nel caso di etilisti, ricoveri sociali per senza fissa dimora e altresì casi più complessi come donne o minori maltrattati.

Tutta questa casistica d'emergenza è trattata all'interno dell'ospedale e altresì in rete con i servizi del territorio. L'ufficio di Treviso ha una convenzione con la comunità alloggio per tossicodipendenti "La Tenda"



Università
Ca' Foscari
Venezia

con cui lavora molto assiduamente per gli inserimenti dei dipendenti da droga e malati di aids. Tale struttura offre servizi e prestazioni in regime residenziale extraospedaliero a favore di utenti con gravi problematiche sanitarie associate alla infezione HIV o affetti da sindrome da immunodeficienza acquisita conclamata (AIDS). Attualmente costituisce l'unica realtà presente sul territorio della Provincia di Treviso, la comunità offre 9 posti letto di cui 4 in convenzione con l'ULSS 9. L'accordo contrattuale è stato approvato con delibera n° 846 del 3.10.2013 che definisce i compiti istituzionali della comunità alloggio, il suo personale e i rapporti con l'ULSS 9. Il servizio sociale professionale ospedaliero, concorda gli inserimenti presso la suddetta comunità alloggio con i medici dell'ospedale e la responsabile della comunità previa valutazione multidimensionale.

Oltre alle convenzioni succitate il SSPO ha partecipato a due progetti che hanno avuto una discreta risonanza. Il primo progetto risale al 2007 e si basa su un'esperienza di gestione integrata tra il servizio sociale professionale dell'ospedale, i centri servizi per anziani di Treviso (istituto Menegazzi), e di Motta di Livenza (Casa di riposo N. Tomitano e N. Boccassin) e i servizi sociali comunali afferenti all'ulls 9 di Treviso. Lo studio si è concentrato sulla promozione del rientro a domicilio per l'anziano in stato di fragilità. L'obiettivo del progetto era *dare una risposta alle esigenze della persona ricoverata in ospedale dandole il tempo necessario per riacquistare l'autonomia e/o riorganizzare il proprio rientro sul territorio.*

Dallo studio è emerso che dal 2007 al 2009 vi è stato un aumento della percentuale di rientro al domicilio dei pazienti anziani, decretando un

grande successo per il servizio sociale ospedaliero e i servizi ad esso collegati.

ANNO 2007

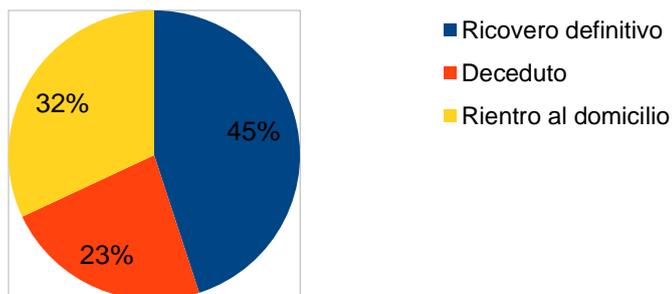


Figura 2 Ricoveri/decessi/dimissioni anno 2007

ANNO 2008

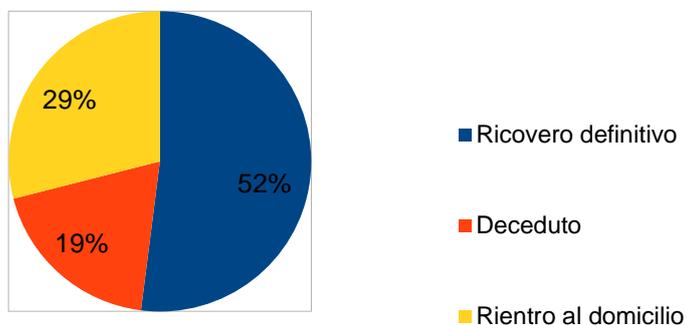


Figura 3 Ricoveri/decessi/dimissioni anno 2008

ANNO 2009

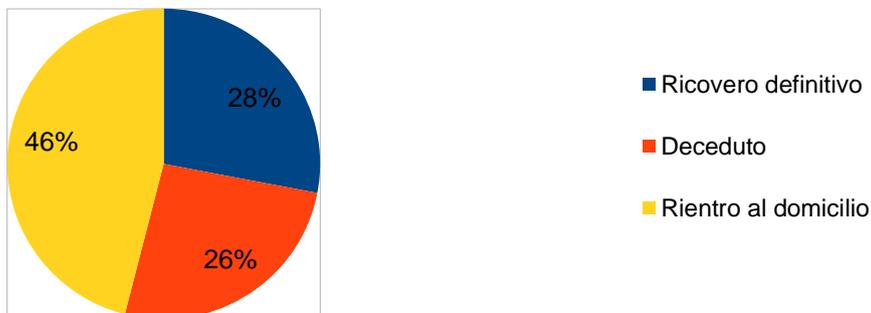


Figura 4 Ricoveri/decessi/dimissioni anno 2009

EVOLUZIONE PERCENTUALE RIENTRI A DOMICILIO DALL'INIZIO DEL PROGETTO, ANNO 2007 - 2009

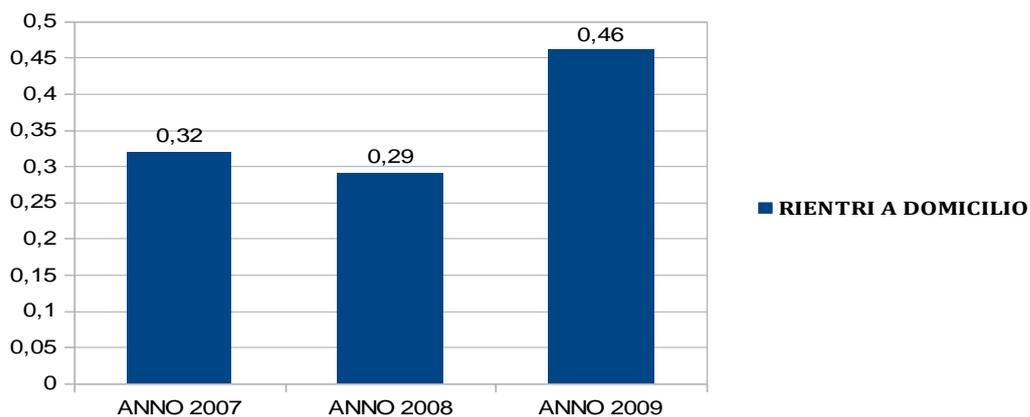


Figura 5 Percentuale rientri a domicilio 2007/2009

Il progetto mirava altresì ad individuare la percentuale d'inserimento presso il polo ospedaliero, al fine di personalizzare in maggior misura il

progetto d'intervento sull'utenza ricoverata. Dal 2007 al 2009 l'utenza inserita presso le strutture temporanee del polo ospedaliero è aumentata notevolmente seguendo un ordine crescente :

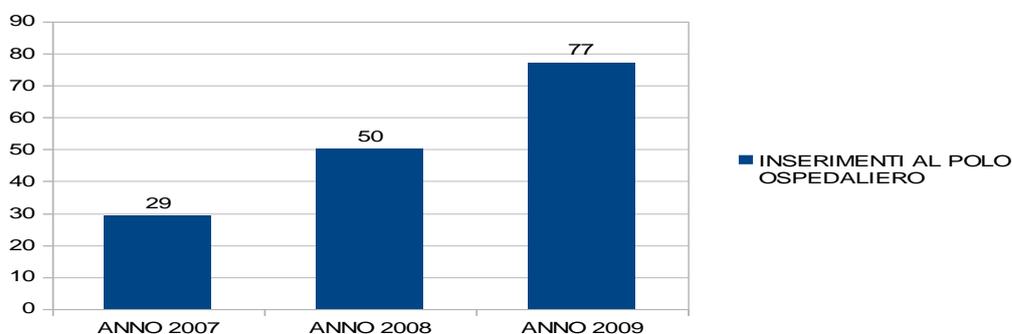


Figura 6 Inserimenti al polo ospedaliero 2007/2009

Ad oggi gli inserimenti al polo ospedaliero sono il servizio più richiesto, non si riesce a rispondere a tutte le richieste in quanto i posti sono limitati e non vengono stilate liste d'attesa ma si cerca di trovare una soluzione alternativa.

Il secondo progetto riguarda la continuità riabilitativa ospedale - territorio per le persone colpite da ictus, è stato sviluppato nel Novembre 2013, e accreditato presso il Canada attraverso l'organizzazione internazionale "Accreditation Canada International". L'obiettivo principe è: *Garantire fin dal momento del ricovero presso le UUOO per acuti, la tempestiva valutazione del fabbisogno riabilitativo di persone affette da ictus, la presa in carico riabilitativa e l'individuazione del setting di cura più appropriato in fase post - acuta.*

Il progetto ha studiato le procedure più adatte per garantire una continuità riabilitativa e per stabilire i compiti di ogni professionalità

coinvolta nella dimissione e contestuale valutazione per gli interventi di post ricovero. Anche in questo caso il ruolo del servizio sociale professionale ospedaliero è quello di far fronte alle problematiche sociali che si presentano al momento del ricovero e/o alle dimissioni. Come detto prima una delle opzioni proposte è anche in questo caso il POLO OSPEDALIERO.

LA SPERIMENTAZIONE IN PRONTO SOCCORSO

Il pronto soccorso è un UO particolare in quanto al suo interno convergono aspettative di assistenza sanitaria e accoglienza sociale che non sempre riescono ad essere contestuali vista l'emergenza dei casi.

Il territorio internazionale è all'avanguardia rispetto all'inserimento di un assistente sociale in pronto soccorso, già dal 1989 all'interno del Burnley General Hospital¹⁷, si è scelto d'inserire questa figura professionale per far fronte alle numerose richieste di sostegno sociale.

Prima di quel momento le valutazioni preliminari di problemi sociali venivano fatte dagli infermieri e dal personale medico, con conseguente diminuzione della qualità del lavoro e frequenti rinvii al territorio.

Il personale sanitario era del parere che gli obiettivi del reparto non potevano essere raggiunti senza l'inserimento di una figura specialistica competente all'interno dell'UO. All'inizio dell'Ottobre

¹⁷ B. A Lewis , W.A. Mc Nabb & S.U. Rahmas, 1994, "The role of the social worker in the accident and emergency department of a district general hospital" in : Journal of Accident and Emergency Medicine

1989 all'interno del suddetto ospedale fu finalmente inserita un'assistente sociale in pronto soccorso.

Questa figura doveva occuparsi di target di persone specifiche:

- Anziani vulnerabili;
- Disabili post trauma fisico e/o mentale;
- Minori a rischio;
- Etilisti / tossicodipendenti;
- Persone con problemi mentali;
- Persone che sono coinvolte in atti di autolesionismo;
- Persone che subiscono violenza.

Quella che oggi è una prassi consolidata all'estero, in Italia è un'innovazione e la regione Veneto ha da poco deciso di aprire le porte a questa possibilità. L'unico presidio a presentare quest'innovazione è L'ospedale di Treviso.

La decisione dell'inserimento di un professionista assistente sociale in pronto soccorso è stata ben ponderata, sviluppandosi a partire dall'inserimento della figura innovativa dell'operatore di sala.

La DGR n.74 del 4.2.2014 "Gestione delle attese in Pronto Soccorso" cerca di rispondere all'esigenza di gestire correttamente il flusso di utenti, accogliendo le loro ansie e indirizzandoli verso un'attesa costruttiva.

A Febbraio 2014 è iniziata l'esperienza dell'inserimento dell'operatore di sala, attraverso l'assunzione con un contratto di 3 mesi di più figure professionali tra cui un'assistente sociale.



Università
Ca' Foscari
Venezia

Il periodo che intercorre tra Febbraio e Maggio 2014 è stato utile a quantificare la tipologia d'utenti che arriva in pronto soccorso e identificare la migliore strategia d'intervento.

E' stata fatta una mappatura dei servizi territoriali per garantire celerità nella risposta.

L'esperienza dell'operatore di sala ha messo in luce l'esigenza di rispondere alle emergenze sociali ed evitare ricoveri impropri non legati a bisogni sanitari.

Per fare ciò è stato implementato un ufficio di servizio sociale in pronto soccorso che opera nelle ore pomeridiane e serali così da coprire la fascia oraria in cui il servizio sociale ospedaliero non è presente (dalle 16 in poi).

Gli obiettivi del suddetto servizio sono stati definiti come segue:

- Garantire un servizio di segretariato sociale per rispondere alle esigenze dell'utente che si rivolge a pronto soccorso per scopi differenti dall'assistenza sanitaria;
- Gestire le segnalazioni effettuate dal personale sanitario per quei pazienti che vengono ricoverati attraverso un'Osservazione Breve Intensiva (OBI) nei reparti di Geriatria e Medicina D'Urgenza.

Da Ottobre a Dicembre il servizio sociale in PS ha seguito 33 utenti, riuscendo a rispondere prontamente a 21 di questi, evitando così un ricovero improprio.

I 12 pazienti ricoverati sono stati segnalati ai servizi sociali comunali del territorio di residenza e all'ufficio di servizio sociale ospedaliero

giornaliero per gli adempimenti del caso.

SEGNALAZIONI:

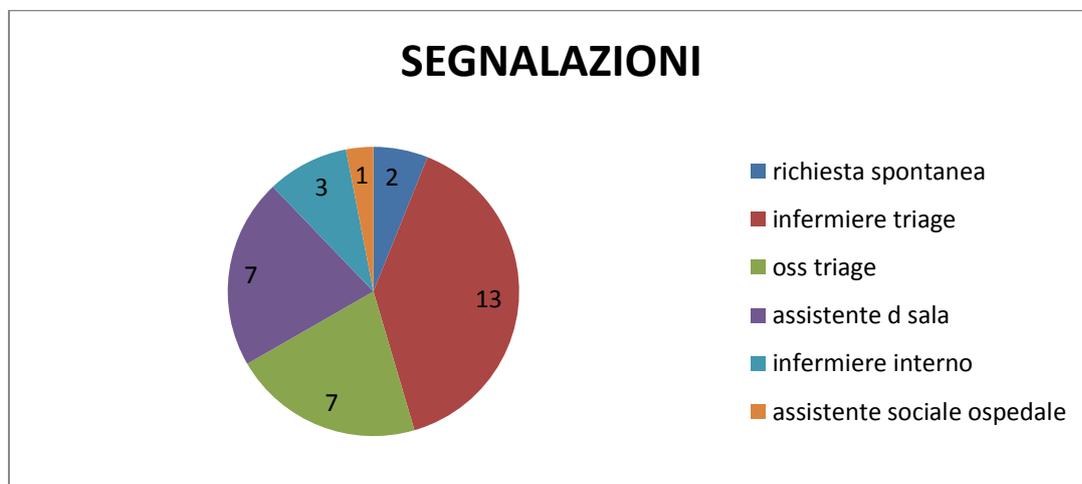
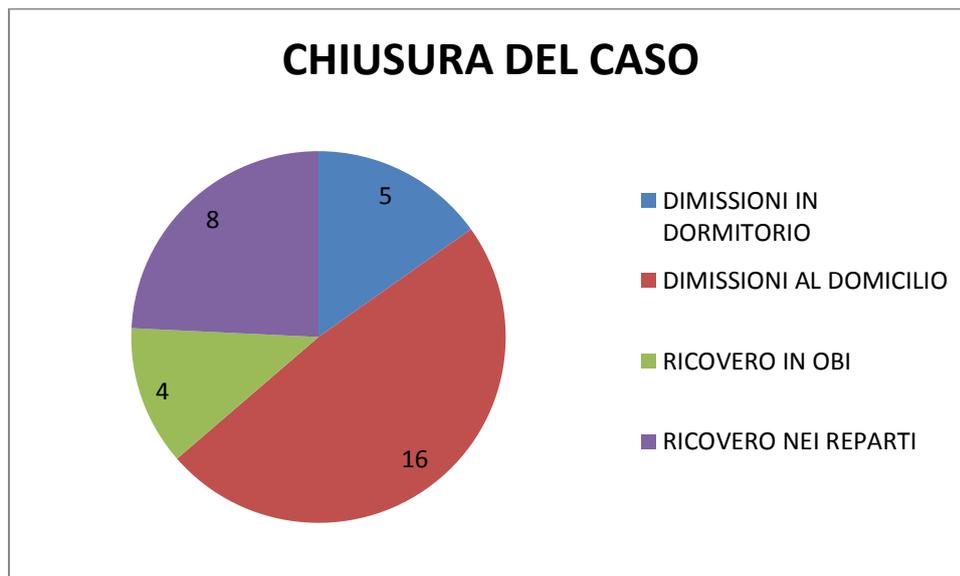


Figura 7 Segnalazioni in pronto soccorso da Ottobre a Novembre 2014

Del totale per n.21 è stata organizzata la dimissione dal Pronto Soccorso in serata:

- n. 13 al domicilio,
- n. 5 al dormitorio della provincia di Treviso (Caritas, Via Pasubio).

Tale servizio è stato gestito in collaborazione con il volontariato attivo nelle provincia di Treviso nella fascia serale (Comunità S.Egidio, operatori di strada, volontari di S.Martino), oppure con la rete parentale e/o informale dell'utente;



Swot Analysis

Punti di forza <ul style="list-style-type: none"> • Servizio strutturato e ben avviato; • Due professioniste inserite all'interno del servizio; • Coinvolgimento in progetti extra ospedalieri; • Autonomia d'ufficio e decisionale. 	Punti di debolezza <ul style="list-style-type: none"> • Pochi posti al polo ospedaliero; • Non esistenza di statistiche informatizzate per gli accessi al servizio.
Minacce <ul style="list-style-type: none"> • Assenza di protocolli d'intervento per casi d'emergenza. 	Opportunità <ul style="list-style-type: none"> • Nuovo servizio sociale all'interno del pronto soccorso in orari serali / festivi;



Università
Ca' Foscari
Venezia

CAP. 5 LA PROVINCIA DI TREVISO

Dopo aver analizzato i casi studio afferenti alle province principali della regione Veneto, la presente trattazione si pone l'obiettivo di analizzare nello specifico le realtà di due presidi ospedalieri della provincia di Treviso, uno con un ufficio di servizio sociale professionale presente in struttura e uno in cui l'assistente sociale non è presente ma che ha usufruito del servizio in via sperimentale, attraverso il mio inserimento in struttura ai fini della stesura della seguente tesi di ricerca.

PRESIDI ANALIZZATI IN PROVINCIA DI TREVISO:

- *CONEGLIANO*
- *ODERZO*

5.1 CONEGLIANO

PREMESSA:

Si segnala che l'intervistata per lo studio del presidio di Conegliano non ha autorizzato la registrazione vocale della sua intervista, pertanto i brani riportati sono simili ma non completamente corrispondenti alle parole esatte della professionista.



Università
Ca' Foscari
Venezia

ANNO D'ISTITUZIONE DEL SERVIZIO	
DENOMINAZIONE OSPEDALE	Ospedale Civile di Conegliano Ospedale De Gironcoli Ospedale di Vittorio Veneto
ASSISTENTI SOCIALI INTERVISTATI	3
COMPOSIZIONE SERVIZIO	Due servizi presenti nei presidi di Conegliano Ospedale civile e Ospedale di Vittorio Veneto
DA CHI DIPENDE IL SERVIZIO	
UTENZA SEGUITA	Tutta l'utenza dei pazienti ospedalieri
SEGNALAZIONE INFORMATIZZATA	SI

L'Azienda ULSS7 garantisce l'assistenza sociosanitaria e sociale a 214.048 abitanti di 28 Comuni della provincia di Treviso. L'Azienda è presente sul territorio con tre presidi ospedalieri (Conegliano, De Gironcoli e Vittorio Veneto) e due Distretti Sociosanitari (Distretto Nord e Distretto Sud).

ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO:

Il servizio sociale ospedaliero è un servizio suddiviso sui tre presidi, ma il presidio principale resta l'ospedale civile di Conegliano con un'assistente sociale a tempo pieno:



Università
Ca' Foscari
Venezia

“L’Azienda ospedaliera dell’ULSS 7 è suddivisa in 3 presidi: Conegliano, Conegliano – De Gironcoli, Vittorio Veneto. Io mi occupo principalmente del presidio di Conegliano anche se le mie colleghe essendo assunte con un contratto part time non riescono da sole a far fronte a tutto, pertanto io resto il punto di riferimento dei tre presidi. La mia figura in ospedale è fondamentale in quanto i reparti hanno spesso bisogno di confronto sull’aspetto sociale della malattia o fanno riferimento a me per tutti i casi sociali, dal minore all’anziano.”

L’organizzazione del lavoro dell’assistente sociale si articola su due strade differenti, quella delle DIMISSIONI PROTETTE e quella dell’EMERGENZA. :

“Principalmente il mio lavoro si suddivide in due macro settori, quello delle dimissioni protette e quello della gestione dell’emergenza”.

DIMISSIONI PROTETTE:

Il seguente brano spiega i procedimenti di attivazione per le dimissioni protette, così come spiegato per Treviso, il tutto avviene attraverso una valutazione multidisciplinare, con l’unica differenza che la valutazione fatta a Treviso riguarda esclusivamente gli inserimenti in struttura in quanto il resto delle attivazioni è di competenza del comune, a Conegliano invece vengono valutati sia l’inserimento in struttura sia l’assistenza domiciliare.

“Per quanto riguarda le dimissioni protette il tutto avviene in collaborazione con il distretto, la segnalazione dal reparto avviene per via informatizzata e viene inviata in contemporanea a me e al distretto. In seguito alla ricezione della segnalazione io avvio le procedure di valutazione di dimissioni protette, mi occupo nello specifico di valutare in equipe con i medici, la gravità del caso per assegnarlo a delle strutture ideonee nel territorio.

La valutazione si concretizza attraverso la compilazione della SVAMA, il medico compila la parte sanitaria, gli infermieri quella funzionale e io mi occupo di compilare la parte sociale. La SVAMA serve a redigere un certificato medico/sociale in grado di presentare tutti gli aspetti importanti per l’inserimento in struttura, l’anamnesi medica e socio economica.

Dopo la compilazione della SVAMA si valuta se attivare l’assistenza domiciliare o l’inserimento temporaneo in struttura che può essere di due tipologie:

- *Retta privata*
- *Retta convenzionata”*

Un’altra importante differenza è la doppia tipologia d’inserimento in struttura residenziale. A Conegliano esistono due tipi di inserimento:

- RIABILITATIVO
- RIATTIVO

A Treviso l’inserimento è soltanto riabilitativo.



Università
Ca' Foscari
Venezia

“Nel caso in cui l'utente possa pagare la retta si procede con l'inserimento a retta piena altrimenti si cerca di inserirlo a retta calmierata limitatamente al numero di posti liberi tra quelli convenzionati con la struttura ospedaliera. L'inserimento in struttura temporanea convenzionata può essere: RIABILITATIVO, viene compilato un piano riabilitativo che definisce modalità e tempi del ricovero o RIATTIVATIVO con ricoveri di 30 giorni max rinnovabili per altri 30”

GESTIONE DELLE EMERGENZE:

Un aspetto di importanza fondamentale è quello della gestione delle emergenze.

“Il secondo aspetto del mio lavoro è quello della gestione delle emergenze, mi occupo di valutare alcuni ricoveri cosiddetti sociali: tossicodipendenti; senza tetto; utenti con problemi mentali; anziani soli; minori abbandonati o parti in anonimato.”

La segnalazione sembra essere differente nei casi d'emergenza, per una questione burocratica e per scelta della professionista, la stessa viene effettuata via fax:

“In questi casi la segnalazione avviene via fax, ho richiesto questo tipo di segnalazione per aver sempre la data di segnalazione scritta, soprattutto quando le cartelle dei pazienti vengono inoltrate al tribunale”



Università
Ca' Foscari
Venezia

La differenza principale tra l'ULSS 9 e l'ULSS 7 è il meccanismo delle deleghe. A Treviso i comuni hanno delegato molte funzioni all'ULSS, in particolar modo la tutela minori è un servizio distrettuale dell'ULSS e pertanto in caso di emergenze ospedaliere su minori, il servizio sociale ospedaliero di Treviso segnala al servizio distrettuale di tutela minori, a Conegliano invece nonostante il servizio di tutela minorile sia ancora affidato ai comuni, il servizio sociale ospedaliero ha un ruolo fondamentale per la segnalazione del minore e la sua famiglia, il tutto viene gestito da un protocollo ben preciso:

“Protocollo di collaborazione per la gestione intra ed inter istituzionale dei casi di minori nati nei P.O. dell'azienda con un'effettiva o presunta situazione di disagio familiare”

Stilato tra gli uffici comunali, i presidi ospedalieri e i servizi specialistici dell'ULSS / (consultori, SerD, DSM, SDEA, IAF)

“L'aspetto più gravoso è quello dei minori, capita spesso che le mamme vogliano partorire in anonimato lasciando il bambino in ospedale senza riconoscerlo, io mi occupo di valutare tutti gli aspetti di quella decisione e aiutare le future mamme e prendere una decisione consapevole non dettata dall'istinto immediato ma più ragionata. In questi casi faccio anche la segnalazione al servizio sociale del comune di residenza attraverso il MOM (modulo operativo minori



Università
Ca' Foscari
Venezia

LAVORO MULTIDISCIPLINARE:

L'assistente sociale dell'ospedale nei casi di segnalazione ai servizi extra ospedalieri, redige una relazione in collaborazione con la psicologa dell'ospedale, questa è un'ulteriore differenza rispetto al metodo di lavoro seguito a Treviso, in cui le relazioni sono sempre stilate in collaborazione con altre assistenti sociali spesso del comune.

“Insieme alla psicologa dell'ospedale scriviamo una relazione d'osservazione da inviare ai servizi nel territorio, previo consenso informato, per favorire il passaggio del caso, spesso infatti le colleghe del territorio non possono seguire il nucleo familiare con costanza giornaliera cosa che in ospedale avviene sempre, pertanto noi riusciamo ad individuare in anticipo problematiche altrimenti non facilmente rilevabili”

DIFFERENZE CON I PRESIDII “DE GIRONCOLI” E “VITTORIO VENETO”:

I tre presidi lavorano sempre in equipe, coordinata dall'Assistente sociale con contratto ULSS, e l'unica differenza è Vittorio Veneto che effettua anche le valutazioni per l'inserimento in Hospice.

“Il presidio di Conegliano De Gironcoli e quello di Vittorio Veneto funzionano esattamente allo stesso modo tranne in un caso: Il presidio di Vittorio veneto si occupa altresì dell'HOSPICE, io e la mia collega facciamo le valutazioni per l' inserimento in Hospice dei pazienti oncologici terminali”

QUALITA' DEL LAVORO:

Da tutte le interviste, indipendentemente dal servizio in cui si lavora emerge un aspetto di sconforto in merito alle proprie risorse personali lavorative, tutte le assistenti sociali lamentano un carico lavorativo non indifferente:

“Il lavoro è tanto e spesso da sola non riesco a gestire tutto, per fortuna da poco hanno assunto due colleghe per gli altri due presidi, anche se come dicevo prima, essendo con contratto part time spesso non riescono a far fronte a tutto e mi capita di ricevere chiamate alle 22:00 per far fronte a delle emergenze, sarebbe auspicabile avere la reperibilità prevista nel contratto di lavoro”

5.2 ODERZO

Il territorio del distretto di Oderzo si estende per 355,51 km² per una quantità complessiva di 85.804 abitanti.

L' area territoriale di Oderzo comprende 14 comuni:

Oderzo Cessalto, Chiarano, Cimadolmo, Fontanelle, Gorgo al Monticano, Mansue', Meduna di Livenza, Motta di Livenza, Oderzo, Ormelle, Ponte di Piave, Portobuffole', Salgareda, S. Polo di Piave.

Il lavoro su Oderzo è stato il più complesso in quanto l'inserimento all'interno dell'ospedale di una persona nuova e soprattutto di una figura sconosciuta quale quella dell'assistente sociale ha rilevato la necessità di implementare una strategia di avvicinamento ai reparti nel modo più discreto ma funzionale possibile.

Il lavoro lì è iniziato sotto forma di tirocinio ed è proseguito con il ruolo di frequentazione volontaria che continua ancora oggi.

Lo strumento principalmente utilizzato come già esplicito nel capitolo 3 "metodologia adottata" è l'intervista discorsiva e da qui in poi verranno analizzati i risultati di queste interviste per presentare i risultati della ricerca.

INSERIMENTO IN OSPEDALE

Durante la prima fase dell'inserimento sono state somministrate delle interviste alle capo sala dei reparti che maggiormente collaborano con le assistenti sociali del territorio anche se con mia sorpresa durante questi mesi altri reparti hanno richiesto una consulenza.

"Più volte abbiamo richiesto formalmente l'inserimento di un'AS ma non abbiamo mai ricevuto risposta." INTERVISTA 2

Ogni caso trattato è stato registrato utilizzando gli strumenti più classici del servizio sociale ospedaliero, una classificazione informatica suddivisa per reparti e una cartella sociale cartacea allegata al foglio



Università
Ca' Foscari
Venezia

d'ingresso infermieristico, utilizzato in questo caso specifico come segnalazione scritta.

La distribuzione dei casi:

Il grafico su presentato è relativo al periodo di Giugno – Novembre 2014, con un mese di pausa ad Agosto 2014.

Dal grafico emerge che il reparto con maggiori esigenze di consulenza è quello di Ortopedia:

“Sono contenta che finalmente ci sia qualcuno a cui riferirsi, in questi anni ho fatto questo lavoro praticamente tutto io, ho preso contatti con tutte le AS dei comuni (mi mostra un elenco con nomi, orari di ricevimento e contatti telefonici delle AS del territorio) ma non sempre si riesce a rispondere al problema delle dimissioni protette.” INTERVISTA 2

Ad Oderzo non esiste il reparto di geriatria pertanto i reparti di Ortopedia e Medicina sono pieni di anziani che richiedono particolari attenzioni, in particolar modo il reparto di Ortopedia si occupa spesso di casi in cui l'anziano dopo una rottura di femore, non possa rientrare al domicilio perchè la famiglia non può o non vuole occuparsene e questo è in assoluto il caso sociale più frequente.

Quando il caso come detto prima è relativo all'anziano, i passi da effettuare sono quasi sempre in quest'ordine:

- Colloquio con i familiari
- Colloquio con il paziente
- Colloquio telefonico con Assistente sociale del comune di provenienza.

In quest'ultimo caso una semplice telefonata diventa un passaggio complicato, perché spesso gli assistenti sociali sono assenti visto che nei piccoli comuni il servizio sociale è aperto pochi giorni alla settimana e per orari part time.

“Spesso siamo costretti a tenere ricoverati i pazienti oltre il tempo necessario perché i tempi di contatto con le AS comunali possono essere lunghi specie per i piccoli comuni del distretto in cui Le AS lavorano solo un giorno alla settimana, ciò comporta anche una spesa aggiuntiva per l'ulls; il comune di Salgareda ad esempio ha un'AS che non risponde in maniera esatta ai familiari, non prende in carico la famiglia, creando alcuni problemi al reparto che si trova costretto a prolungare il ricovero per cercare una risposta ed effettuare una dimissione protetta...non so nemmeno se è in effetti un'Assistente sociale.”INTERVISTA 1

Nel reparto di ortopedia capitano anche casi di giovani, le loro famiglie sono meno abituate al servizio sociale e spesso non hanno nemmeno idea di dove si trovi l'ufficio, i giovani sono un target complicato in

quanto non possono essere inseriti al polo ospedaliero ne in casa di riposo pertanto la riabilitazione diventa completamente a carico delle famiglie che spesso non possono permettersi nessun trattamento in termini di soldi e spazio presso le abitazioni.

“Gli accessi del servizio di assistenza domiciliare che fornisce il comune sono pochi e noi siamo costretti ad usufruire spesso del polo ospedaliero. Il polo non può rispondere a tutte le esigenze, in quanto ricovera solo anziani e noi in ortopedia abbiamo spesso giovani e non sappiamo come rispondere, soprattutto in caso di impossibilità di ritorno a casa.

Recentemente mi è capitato un caso di un ragazzo che non aveva possibilità di tornare a casa, non senza ausili o qualcuno che badasse a lui ma la famiglia non aveva idea dei passi da compiere per trovare qualcuno, l'utilizzo degli ausili dal punto di vista sanitario è legato all'invalidità e nel caso di un ragazzo di 30 anni, non potevamo nemmeno fare richiesta. Ho contattato l'AS che non ha saputo dare una risposta forse perché credeva che noi come ospedale avremmo dovuto fornire tutto.” INTERVISTA 2

Il reparto di medicina è l'altro reparto che richiede più consulenza sociale, in questi mesi sono stati segnalati 8 casi ma da un confronto con la capo sala è emerso che in effetti non sono la totalità dei casi da segnalare, ma solo quelli che al momento della mia presenza in ufficio si trovavano ricoverati.



Università
Ca'Foscari
Venezia

Le capo sala nel tempo si sono trovate costrette a fare il lavoro dell'assistente sociale per rispondere alle esigenze delle famiglie anche se non sempre riescono a dare le indicazioni che i pazienti richiedono, pertanto fanno loro stesse una segnalazione ai servizi del territorio che, come detto prima rispondono sempre con tempi lunghi a causa della presenza in servizio non costante, allungando di riflesso i tempi di ricovero.

“Alcuni comuni sono molto disponibili e hanno imparato con il tempo anche le procedure ospedaliere per rispondere alle nostre esigenze, ma anche loro lamentano l'assenza di una collega che filtri la domanda, dando delle prime risposte così da alleggerire il carico di tutti.”

INTERVISTA 1

Il polo ospedaliero continua anche in questo reparto ad essere il servizio più richiesto ma per la zona di Oderzo sono previsti solo 4 inserimenti e spesso i tempi di contatto con il servizio sociale di Treviso che li gestisce sono lunghi e i posti vengono assegnati ad altri reparti in ordine di richiesta.

“Per quanto riguarda il POLO facciamo pochi inserimenti perché non avendo l'AS in sede, il passaggio diventa più lungo, bisogna chiamare Treviso che non riesce a rispondere abbastanza in fretta in quanto



Università
Ca' Foscari
Venezia

impegna tutti i posti abbastanza velocemente già su Treviso, per tale ragione noi dobbiamo arrangiarci con la famiglia a trovare soluzioni alternative con enti privati ma la nostra formazione è sanitaria e spesso non diamo le giuste risposte, non siamo formate al territorio, ne al sociale” INTERVISTA 1

Tutti questi limiti sono presenti da tempo pertanto infermieri e medici hanno trovato i modi per sopperire ai problemi svolgendo però maggiore lavoro con il rischio di perdita di qualità del servizio, il problema lamentato infatti è quello di non avere abbastanza tempo e competenze per svolgere anche il ruolo di accompagnamento delle famiglie alla dimissione e il collegamento con i servizi del territorio.

Anche i medici hanno imparato a dare le indicazioni base ma spesso chiedono a noi di seguire la famiglia, moltiplicando i nostri compiti. In genere ci capitano almeno 2 casi sociali a settimana.

Io penso che non serva un'AS a tempo pieno, un part time basterebbe, ma in ogni caso servirebbe qualcuno che possa occuparsi di tutti quei casi sanitari con difficoltà alle dimissioni, delle valutazioni per i poli ospedalieri o dei ricoveri sociali. INTERVISTA 1



RAPPORTI CON IL TERRITORIO

Oltre al ruolo di osservazione attiva e partecipata all'interno dell'ospedale, una fase molto importante di questa specifica parte di ricerca è stata quella del collegamento con il territorio.

I comuni interessati come detto prima, sono 14 e non tutti hanno un'Assistente sociale in servizio, alcune di loro lavorano per più comuni cambiando ufficio più volte durante la settimana.

Ad ognuna delle assistenti sociali presenti è stata somministrata un'intervista discorsiva per approfondire il loro ruolo in servizio, i rapporti con l'ospedale e il loro pensiero personale sulla possibile presenza di un'assistente sociale direttamente in ospedale.

L'intervista ha seguito uno schema abbastanza libero avendo però cura di toccare tutti i punti necessari all'indagine, pertanto i risultati saranno presentati per punti, citando le interviste in base all'argomento.

RAPPORTI TRA I COMUNI E L'OSPEDALE DI ODERZO

Le assistenti sociali intervistate hanno parlato dei loro rapporti con l'ospedale di Oderzo, tutte hanno risposto più o meno allo stesso modo, pertanto riporto i brani più significativi:

Il brano seguente è la trascrizione di una risposta molto comune, gli elementi sono sempre uguali, si spiega che il contatto avviene sempre

con le capo sala ma che queste non hanno la competenza per affrontare i problemi sociali creando a volte qualche disagio:

“I rapporti con l’ospedale di Oderzo si sono sempre svolti attraverso un contatto diretto con le capo sala dei reparti, non ho mai riscontrato problemi con loro, mi segnalano i casi particolari ed io intervengo come servizio sociale, anche perché loro non hanno le competenze per gestire i problemi sociali, nonostante siano molto sensibili”. INTERVISTA 1
COMUNE DI MOTTA

I rapporti tra questo comune e l’ospedale sono buoni, tutto dipende a mio avviso dal rapporto che si crea tra noi e le caposala di riferimento, ma al di là di questo la differenza tra l’ospedale di Oderzo e gli ospedali che hanno in organico l’assistente sociale si sente, ad esempio l’ospedale di Treviso e quello di Conegliano hanno l’AS e le persone non devono per forza recarsi in comune per ottenere le informazioni che potevano tranquillamente dare le colleghe dell’ospedale anche solo per indirizzare le persone che hanno delle urgenze e molto bisognose. Ci sarebbe un’ottimizzazione del tempo e delle risorse. INTERVISTA 2 CIMADOLMO – CHIARANO

Lo stralcio d’intervista sopra riportato fa emergere un nuovo elemento, LA DIFFERENZA TRA I CONTATTI CON UN SERVIZIO IN CUI E’ PRESENTE UN’ASSISTENTE SOCIALE E QUELLI IN CUI NON E’ PRESENTE. Inoltre si cita anche l’ottimizzazione delle risorse in termini



Università
Ca' Foscari
Venezia

economici e di tempo, obiezione che vedremo riproporsi più avanti in altri punti dell'intervista.

E' difficile fare una stima dei rapporti con l'ospedale di Oderzo: Ci sono periodi in cui non so nemmeno se esiste l'ospedale, in altri periodi il rapporto è più intenso. INTERVISTA 3 GORGO AL MONTICANO

Quest'ultima citazione è più immediata e nasconde una critica all'operato dell'ospedale ("ci sono periodi in cui nemmeno so se esiste un ospedale"), resta lo specchio di un rapporto sporadico.

MODALITA' ORGANIZZATIVE E COORDINAMENTO CON L'OSPEDALE

Dalle interviste nella loro interezza emerge una modalità organizzativa simile, le capo sala contattano le assistenti sociali delegando il caso, limitandosi alla segnalazione del paziente, con qualche eccezione.

L'ospedale contatta il comune e io mi metto in contatto con i familiari per la dimissione dall'ospedale, chiedendo loro cosa preferiscono fare, se contattare privatamente una casa di riposo o se preferiscono avviare il percorso convenzionato per l'inserimento in struttura, mediamente l'ospedale segnala una persona al mese soprattutto nei casi di anziani soli. INTERVISTA ORMELLE



Università
Ca' Foscari
Venezia

Le modalità organizzative qui di seguito descritte lamentano un'assenza di segnalazioni dall'ospedale in particolar modo dal servizio sociale di Treviso, elemento che potrebbe essere valutato in due modi differenti: il primo motivo potrebbe essere una scarsa considerazione del ruolo del servizio sociale comunale; il secondo completamente opposto dipendente dalla tipologia di richiesta sociale : una mancata necessità di contatto nel caso in cui il paziente possa essere aiutato dal servizio sociale ospedaliero senza necessità dell'invio al comune.

Le segnalazioni arrivano sia da Oderzo che da Motta e da Monastier, dall'ospedale di Treviso ho avuto solo due segnalazioni in tutto il mio periodo lavorativo, sono stata chiamata direttamente dai medici e non dal servizio sociale. In tutti gli altri casi sono stata chiamata dalle capo sala con modalità a volte difficili, mi chiamano all'ultimo minuto per delle dimissioni protette e io non posso far nulla senza avere il tempo di organizzarmi. Altre volte sono stata io a chiamare l'ospedale perché essendo Gorgo un comune piccolo vengo immediatamente a sapere se i miei utenti sono ricoverati in ospedale. Mi chiedo se per assurdo tutti gli abitanti di Gorgo stanno sempre tutti bene perché gli ospedali non chiamano praticamente mai. INTERVISTA GORGO AL MONTICANO

Vengo chiamata solo in caso di persone senza nucleo familiare alle spalle, in quanto diversamente le informazioni vengono date direttamente ai familiari civilmente obbligati. Capita ad esempio che la richiesta sia il



Università
Ca'Foscari
Venezia

posto in casa di riposo, in questi casi io e la caposala ci mettiamo d'accordo sui tempi di ricovero del paziente in modo tale da tenerlo in ospedale finché non trovo un posto presso una RSA. In genere non ho moltissimi casi, mi segnalano solo i casi particolari. Spesso le segnalazioni arrivano prima dal medico di famiglia, così quando l'ospedale segnala il paziente io già conosco il caso. Dopo la segnalazione i passaggi sono quasi sempre diretti tra i familiari e il servizio comunale, la caposala fornisce i riferimenti degli uffici comunali e i familiari si riferiscono direttamente a noi. INTERVISTA MOTTA DI LIVENZA

In genere le segnalazioni arrivano dalle caposala per utenti ricoverati che non hanno reti familiari o le hanno insufficienti. In quel momento viene avviata una collaborazione con l'ospedale per capire quale sia la via migliore per le dimissioni protette. Sono stata contattata da AS solo dagli ospedali con Assistenti sociali in organico, come a Pordenone. In questo territorio vengo contattata da As solo per le UVO e inserimenti al Polo, dalle AS di Treviso. Per Oderzo vengo contattata solo dalle caposala INTERVISTA MANSUE' - PORTOBUFFOLE'

Le suddette citazioni aggiungono un elemento interessante ed è quello della rete familiare del paziente (*Vengo chiamata solo in caso di persone senza nucleo familiare alle spalle; le segnalazioni arrivano dalle caposala per utenti ricoverati che non hanno reti familiari*) questo suggerisce che nel caso in cui la rete familiare sia solida le caposala siano già una risorsa sufficiente ad indirizzare le famiglie verso un

progetto riabilitativo, inoltre si fa riferimento al medico di famiglia, citato solo in questa intervista, figura che sembra essere in questo caso un punto cardine affinché le segnalazioni arrivino in tempo.

IL TEMPO DELLE SEGNALAZIONI , IL COSTO PER L'AZIENDA

Un punto importante emerso dalle interviste è quello del tempo delle segnalazioni, prima è stato sottolineato che la presenza del medico di famiglia è molto importante affinché le segnalazioni arrivino in tempo. Il tempo è un fattore di primaria importanza perché ogni giorno in più di ricovero rappresenta un costo per l'ULSS, un costo che spesso non è possibile evitare in quanto per effettuare una dimissione rispettando i tempi dell'utente, la segnalazione ai servizi sociali comunali dovrebbe essere fatta in tempo utile per l'attivazione delle varie pratiche d'inserimento in struttura o di assistenza domiciliare.

Il collegamento con l'ospedale fino ad ora è avvenuto sempre attraverso le caposala, penso che potrebbe essere utile un collegamento con una/a collega Assistente sociale in quanto, la collega può capire gli aspetti sociali del caso, non limitandosi all'aspetto sanitario. Soprattutto si potrebbe lavorare con i giusti tempi, in quanto spesso con le capo sala e i medici si presenta un problema di urgenza che non permette la risoluzione del caso, dall'oggi al domani non posso trovare un posto in struttura. INTERVISTA MEDUNA DI LIVENZA



Università
Ca' Foscari
Venezia

La seguente citazione aggiunge l'elemento "medici", è indicativa del tipo di modalità organizzativa, in quanto non sempre i contatti avvengono con le capo sala, a differenza di quanto detto prima, a volte i rapporti sono direttamente con i medici i quali non conoscono bene il servizio sociale e i suoi compiti e il contatto diretto spesso crea problemi comunicativi.

Il personale medico non capisce che noi non siamo un pronto soccorso con posti in struttura sempre disponibili, i medici di base fanno progetti con l'ospedale non comprendendo il modo di lavorare degli assistenti sociali, il confronto con un/a collega renderebbe tutto molto diverso. E' capitato che un medico mi chiamasse alle 12,30 del Venerdì per un posto immediato in struttura, io non riesco a fare i miracoli, oltretutto il problema del pagamento della retta è un problema serio che i medici sembrano non considerare, e i tempi delle istanze per il pagamento della retta da parte del comune, non sono così veloci e il paziente è costretto a tornare a casa da solo o restare in ospedale un tempo più lungo, basterebbe segnalare la situazione per tempo magari con una valutazione professionale integrata sanitaria e sociale. INTERVISTA PONTE DI PIAVE

L'ultima citazione relativa al tempo è molto specifica e cita il caso di una paziente ricoverata 10 giorni in più del necessario a causa di una segnalazione tardiva e ribadisce il problema dei costi in più sostenuti dall'azienda.

In un caso la paziente doveva aspettare 10 giorni per l'inserimento in struttura, l'ospedale voleva dimetterla a tutti i costi ma la signora era completamente sola e nessuno le avrebbe aperto la porta di casa, in quel caso l'ospedale è stato costretto a tenerla ricoverata per altri 10 giorni. Se ci fosse stata una segnalazione più tempestiva e una valutazione precedente più completa, i tempi sarebbero stati più brevi e la gestione del caso più efficiente. INTERVISTA ALTRO

REPARTI MAGGIORMENTE COINVOLTI

I reparti maggiormente coinvolti come spiegato nella prima parte del capitolo sono quelli di Medicina ed Ortopedia. Entrambi i reparti sono spesso in contatto con il servizio sociale ospedaliero di Treviso per le richieste di polo ospedaliero e come è emerso dal grafico presentato ad inizio capitolo, sono anche i maggiori segnalanti dopo l'inserimento dell'assistente sociale ad Oderzo.

I reparti maggiormente coinvolti per le segnalazioni da Oderzo sono quelli di Ortopedia e medicina. Per il polo non siamo ma coinvolte perché i posti sono pochissimi e le valutazioni vengono fatte dalle AS di Treviso; per ovviare al problema i nostri comuni hanno stipulato una convenzione con la casa di riposo di Ponte di Piave per alcuni posti in convenzione a sostituzione dei posti del polo. INTERVISTA CIMADOLMO – CHIARANO

I casi in maggioranza arrivano dal reparto della medicina. INTERVISTA MEDUNA DI LIVENZA



Università
Ca'Foscari
Venezia

Io ho lavorato benissimo con la caposala della medicina di Oderzo per un caso particolare, era il parroco del paese e ancora oggi mi chiedo se il lavoro è stato proficuo per il tipo di utente o per la sensibilità del reparto specifico di Oderzo. INTERVISTA GORGO AL MONTICANO

Quest'ultima citazione fa emergere un dato importante : perchè l'assistente sociale si stupisce della qualità del lavoro? Perché s'insospettisce in merito alla tipologia d'utenza? Alla mia richiesta di chiarimento la collega resta vaga lasciando in sospeso il giudizio.

Il seguente riferimento invece introduce il reparto di chirurgia, fino ad ora escluso dalla narrazione, che merita però uno spazio espositivo in quanto nonostante i suoi scarsi rapporti con i servizi del territorio, al momento dell'inserimento in servizio di un'assistente sociale, ha lavorato in sinergia segnalando due utenti con problemi familiari.

In maggioranza i rapporti sono con i reparti di ortopedia e medicina, più raramente con la chirurgia. INTERVISTA MOTTA DI LIVENZA

OPINIONI DEL PERSONALE COMUNALE SULL'INSERIMENTO DI UN'ASSISTENTE SOCIALE IN OSPEDALE:

I seguenti stralci d'intervista sono relativi alle opinioni personali delle intervistate pertanto verranno riproposti nella loro completezza, tenendo conto che più volte durante l'intervista è stata accennata l'utilità di avere una collega assistente sociale inserita in ospedale, ma in fase di scrittura i pensieri sono stati riportati nel loro insieme.



Università
Ca' Foscari
Venezia

L'ospedale di Oderzo è un ospedale importante e abbastanza grosso e sarebbe importante avere una collega con cui rapportarsi. Ho notato una differenza tra l'ULLS 9 e L'ULLS 7, nonostante siamo tutti sotto la provincia di Treviso l'organizzazione è differente, l'ospedale di Conegliano ha l'AS e si vede moltissimo la differenza nella quantità e qualità delle segnalazioni. INTERVISTA CIMADOLMO – CHIARANO

Se all'interno di questi ospedali ci fosse una collega AS, sarebbe tutto molto più semplice perché il contatto sarebbe diretto con un/a professionista competente e le segnalazioni sarebbero più mirate. Un collega può avere degli strumenti valutativi diversi e a mio avviso le segnalazioni migliorerebbero in quantità e qualità. Sarebbe auspicabile che almeno dove prevista dalla legge ci fosse un'Assistente Sociale per lavorare con competenza e non affidare ai comuni tutto il lavoro che spetta all'ospedale. Quando lavoravo nel territorio dell'ULSS 7 le segnalazioni arrivavano regolarmente e tutto era molto più semplice da gestire. Venivo chiamata direttamente dalle AS sia da Conegliano che da Vittorio. INTERVISTA GORGO AL MONTICANO

Le citazioni su riportate oltre a fornire informazioni in merito alle opinioni personali, segnalano la differenza organizzativa con l'ULSS 7, segnalando l'ospedale di Conegliano e Vittorio Veneto come modello di paragone positivo. Pertanto si prega il lettore di porre attenzione a quest'aspetto durante la lettura del capitolo relativo a Conegliano.

Le citazioni che seguono ripropongono la parzialità del contributo delle capo sala al passaggio di consegne del caso, mettendo in luce un possibile miglioramento di qualità con l'inserimento di un assistente sociale presso l'ospedale.

Io credo sia meglio avere un contatto con una collega perché l'assistente sociale potrebbe dare una mano a cercare una soluzione per le dimissioni dell'ospedale perché attualmente è tutta responsabilità delle assistenti sociali dei comuni. Le capo sala sono in gamba ma l'aiuto è solo parziale. Con Treviso non ho quasi mai contatti soprattutto per il POLO, non ci sono mai posti. INTERVISTA ORMELLE

Spero di potermi confrontare in futuro con una collega in quanto la gestione potrebbe essere di migliore qualità. Oggi ho parlato con la nipote della signora che abbiamo inserito al polo la scorsa settimana e ha pianto tanto perché la gestione della zia è diventata pesante e se ci fosse stata una collega in ospedale, la signora avrebbe avuto modo di analizzare il suo malessere con più calma e in più sedi, rendendo la gestione del caso più fluida. INTERVISTA MEDUNA DI LIVENZA

Infine l'attenzione viene posta sulla differenza tra approccio sociale e sanitario, pur essendo un punto fondamentale dell'atto aziendale : "La missione dell'Azienda consiste nel rispondere alla domanda di salute della comunità, erogando prestazioni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale", l'impressione delle assistenti sociali del comune è quella che il sanitario abbia la prevalenza sul sociale a scapito della qualità delle prestazioni ma soprattutto delle segnalazioni al territorio.



Università
Ca' Foscari
Venezia

Potrebbe essere molto utile avere un riferimento di un'Assistente Sociale all'ospedale di Oderzo in quanto un professionista competente può fare una prima valutazione del caso e fornire le prime informazioni sui servizi che la regione offre, le caposala per quanto attentissime ai pazienti, non hanno le competenze per avere un quadro chiaro della situazione sociale e familiare, pertanto spesso le informazioni sono frammentate e non sufficienti. INTERVISTA MOTTA DI LIVENZA

Se ci fosse una collega ci potrebbe essere una condivisione maggiore per quanto riguarda l'aspetto sociale, le caposala sono in gamba ma sono anche oberate di lavoro e ciò rende difficile parlare in modo approfondito dei casi, ovviamente con una collega si può parlare anche dal punto di vista di sociale, aspetto che le capo sala non comprendono a pieno in quanto molto sanitarizzate. INTERVISTA MANSUE' - POROBUFFOLE'

VALUZAZIONI FINALI

Per concludere la ricerca partecipata su Oderzo sono stati somministrati dei questionari via web in cui sono state inserite 5 domande a risposta aperta in cui è stato invitato il personale dei reparti ospedalieri coinvolti nella ricerca, ad esprimere il loro parere sul

servizio sperimentale avviato nei mesi di indagine da Aprile 2014 a Gennaio 2015.

Tutti i reparti ritengono che l'inserimento dell'assistente sociale presso la struttura ospedaliera sia stato utile:

“prima la figura dell'assistente sociale era assente e suppliva il coordinatore infermieristico che non ha le competenze specifiche e non è aggiornato in materia proprio perché argomento di non pertinenza.”

REPARTO ORTOPEDIA

Secondo i reparti la segnalazione non è avvenuta in modo tempestivo:

“Non è stata tempestiva causa della presenza non quotidiana, della difficoltà di contatto con Treviso” PRONTO SOCCORSO – MEDICINA D'URGENZA

“ La presenza in loco settimanale induceva il coordinatore a farsi comunque carico del problema sociale ed era difficoltoso gestire il contatto con Treviso. Inoltre non essendo stato chiaro il mandato di questa figura ad Oderzo da parte dell'azienda, all'inizio non venivano segnalati tutti i casi” REPARTO ORTOPEDIA

Secondo tutti i reparti intervistati la presa in carico del paziente e il collegamento con il territorio è avvenuto con successo;

Tutti i reparti pensano che le modalità lavorative dell'assistente sociale potrebbero essere più funzionali se seguissero i seguenti suggerimenti:

- Presenza maggiore, in più giorni della settimana;



Università
Ca'Foscari
Venezia

- Formalizzazione informatizzata della richiesta di consulenza;
- Modalità di contatto con Treviso più costante;
- Istituzione di un luogo fisico preposto per i colloqui (ufficio).

Le interviste si sono concluse con la possibilità di aggiungere ulteriori informazioni:

“I familiari trovavano una figura competente a differenza del coordinatore infermieristico, che ha sviluppato competenze non proprie e non esaurienti. La gestione mista porta nell’utente e nei suoi familiari ad una confusione dei ruoli. Il familiare cerca professionalità specifica”

REPARTO MEDICINA



CONCLUSIONI

Il lavoro qui presentato si era posto l'obiettivo di analizzare lo stato di fatto del servizio sociale professionale ospedaliero in Veneto, con particolare attenzione al contesto della provincia di Treviso.

Nella prima parte è stata presentata la storia del servizio, la realtà del contesto internazionale, nazionale e regionale. La seconda parte si è concentrata sulla ricerca svolta sul territorio veneto e sui suoi principali risultati: viene esplorata la metodologia adottata, vengono analizzati i casi studio e il tutto si conclude con un approfondimento sul contesto locale della provincia di Treviso dove si sono svolti ulteriori approfondimenti.

Per ciò che riguarda la storia del servizio, quello che emerge è la discrepanza tra i tempi di istituzione internazionale e nazionale. In alcuni paesi del contesto internazionale già dal 1860 le prime assistenti sociali operavano all'interno di ospedali, creando un forte punto di giunzione tra l'aspetto sanitario e sociale della cura. In Italia il servizio sociale ospedaliero è di istituzione molto più recente, è infatti nel dopoguerra che si ritrovano i primi inserimenti sperimentali di assistenti sociali, a Genova presso l'ospedale Gaslini.

L'integrazione tra sociale e sanitario è il fulcro di tutta la tesi. Tentando di mettere in relazione la situazione internazionale, nazionale e regionale, è qui posta l'attenzione sulle differenze legislative e di prassi presenti nel territorio della regione Veneto.



Università
Ca' Foscari
Venezia

La ricerca analizza 6 dei 7 capoluoghi di provincia in Veneto con l'esclusione di Rovigo che non ha all'interno del suo ospedale un assistente sociale in organico.

Dal confronto tra i presidi ospedalieri delle differenti città emergono differenze su diversi punti d'analisi a cominciare dall'anno in cui il servizio è stato istituito:

Presidi ospedalieri	Anno d'istituzione del servizio
Venezia	2008
Padova	1968
Verona	1954
Vicenza	2014
Belluno	2006
Treviso	1977

E' interessante notare come l'istituzione del servizio sociale ospedaliero nelle varie città prese in esame abbraccia una fascia di tempo molto lunga che va dal 1954 al 2014, da ciò si evince che la mancanza di una legge istitutiva del servizio sociale professionale ospedaliero, ha lasciato la massima libertà di scelta nel suo insediamento alla direzione generale dell'ospedale.

La mancanza di una chiara normativa , oltre ai diversi problemi organizzativi, limita anche l'autonomia professionale del professionista sociale il quale, nei fatti come rilevato nelle nostre analisi, già dal suo inserimento viene posto in una posizione di subalternità rispetto al professionista sanitario. La posizione di



confronto/scontro gerarchico tra professionisti medici e professionisti sociali è un aspetto che emerge in più punti delle interviste somministrate. Lo sconforto di alcuni assistenti sociali è apertamente dichiarato e ciò può causare un abbassamento della qualità del progetto integrato dal momento in cui le differenti posizioni diventano motivo di scontro aperto.

Un altro punto su cui porre attenzione è l'organizzazione amministrativa dei presidi per ciò che riguarda la posizione gerarchica dei servizi sociali ospedalieri, in quanto 5 di essi (su 6) dipendono da organi sanitari quali: direzione sanitaria, distretto sanitario e centrale operativa territoriale.

Presidio ospedaliero	Posizione gerarchica
Venezia	Direzione sanitaria
Padova	Direzione amministrativa
Verona	Direzione sanitaria
Vicenza	Centrale operativa territoriale
Belluno	Distretto socio sanitario
Treviso	Direzione sanitaria - dipartimento di continuità delle cure

Nessuno di questi uffici dipende dalla direzione sociale e nel caso di Padova la situazione è ancora più controversa in quanto l'ufficio dipende dalla direzione amministrativa e nello specifico dall'URP(ufficio relazioni con il pubblico), ciò sembra generare una



Università
Ca' Foscari
Venezia

forte squalifica rispetto ai compiti specifici del servizio, che non viene tuttavia confermata dalla sua organizzazione specifica. Padova è infatti il servizio organizzato in modo più funzionale, suddiviso in base all'utenza seguita, con tre uffici differenti a coprire l'intero presidio ospedaliero.

Altro punto d'interesse è l'organizzazione del personale e la sua distribuzione nei presidi ospedalieri. Alcuni presidi come Padova e Venezia contano un numero maggiore di assistenti sociali suddivisi nei vari presidi cittadini, mentre città come Treviso, Belluno, Verona e Vicenza hanno un solo ufficio di servizio sociale professionale ospedaliero all'interno del presidio principale .

Presidi ospedalieri	Distribuzione degli Assistenti sociali nei presidi
Venezia	<ul style="list-style-type: none">• 2 AS a Mestre• 2AS a Venezia
Padova	<ul style="list-style-type: none">• 2 AS al Servizio sociale professionale ospedaliero• 2 al Servizio sociale pediatrico• 1 al SECC – Servizio di continuità delle cure
Verona	2 AS a Borgo Trento 2AS a Borgo Roma



Università
Ca' Foscari
Venezia

Vicenza	1 AS presso il presidio principale
Belluno	1 AS presso il presidio unico
Treviso	2 AS presso il presidio principale Nessuna AS ad Oderzo

Le suddette differenze sono lo specchio di una situazione regionale disomogenea: la mancanza di una legislazione solida che definisca ruoli e compiti degli assistenti sociali ospedalieri si riflette in tutto ciò che è emerso dalla ricerca. Le differenze dell'anno di istituzione, dell'organizzazione gerarchica, della composizione degli uffici sono un insieme di sintomi ben visibili. Non vi è univocità nei compiti, nell'utenza seguita e soprattutto non c'è certezza nel futuro del servizio sociale professionale ospedaliero. Tutte le assistenti sociali intervistate hanno mostrato incertezza sul futuro dei loro uffici in quanto i servizi di più vecchia istituzione negli anni sono cambiati molto, con una significativa diminuzione del personale (Padova e Treviso) e con una sostituzione del servizio con il coinvolgimento del distretto socio sanitario (Vicenza).

La seconda parte della ricerca si concentra sulle peculiarità dell'ospedale di Oderzo e dell'ospedale di Conegliano, la prima grande differenza tra i due è la presenza dell'assistente sociale in organico, esistente a Conegliano, assente ad Oderzo. L'ospedale di Conegliano è ben organizzato, è presente un'unica assistente sociale ma le sue



Università
Ca'Foscari
Venezia

modalità lavorative e di raccordo con i reparti sembrano essere ben consolidate. L'aspetto più problematico del SSPO di Conegliano è la difficoltà di gestire tre ospedali con tre professioniste di cui due con orario notevolmente ridotto. Stessa problematica avviene nel caso di Oderzo, in cui si deve necessariamente far riferimento alle assistenti sociali di Treviso le quali non riescono a far fronte ad ogni esigenza del presidio ospedaliero minore. I rapporti con il comune di Oderzo e i comuni limitrofi è piuttosto avviato ma organizzato sommariamente e senza nessun professionista competente cui riferirsi.

La ricerca svolta mette in evidenza la mancanza della figura dell'assistente sociale e analizza gli aspetti salienti delle modalità lavorative del presidio. Da queste emerge un sentimento diffuso di scontento da parte del personale ospedaliero e una palese richiesta dell'inserimento della figura professionale di assistente sociale in organico.

La ricerca ha raccolto le opinioni del personale ospedaliero e del personale dei servizi sociali comunali dei 14 comuni afferenti al territorio distrettuale di Oderzo. Tutte le assistenti sociali intervistate sono concordi sull'utilità di un confronto professionale con una collega di pari competenza. Non è stato possibile rilevare l'opinione della direzione sanitaria dell'ospedale in quanto i componenti della stessa non si sono mostrati disponibili ad essere intervistati. Questa è una mancanza che nel contesto della ricerca è risultata limitante non potendo riportare opinioni e considerazioni da parte dei responsabili amministrativi del servizio.



Università
Ca' Foscari
Venezia

Consapevole dei limiti nell'affrontare un tema così complesso, questa tesi di laurea non vuole essere un punto d'arrivo ma piuttosto un punto di partenza, per evidenziare le necessità conoscitive di un contesto poco definito come il servizio sociale professionale ospedaliero. L'autonomia professionale e la necessità di affermarsi in un contesto prevalentemente sanitario, creano l'opportunità di approfondire le basi del servizio e di sviluppare con il tempo delle modalità lavorative ed organizzative più funzionali all'integrazione socio sanitaria.

Il lavoro dell'assistente sociale, degli infermieri, dei medici, del personale ausiliario può mirare ad essere un unico punto di forza dei presidi ospedalieri, da studiare, migliorare e rafforzare attraverso l'analisi della prassi e la progettazione di nuove modalità d'integrazione.

Aristotele sosteneva che "sulla buona prassi siamo informati prima di tutto e soprattutto attraverso la prassi stessa", ed è così che voglio concludere questo lavoro, con la speranza che esso sia da stimolo per una realtà ospedaliera più funzionale e maggiormente orientata alla persona.



Bibliografia

TESTI

- ✓ Bachtin M.,1988, “ L'autore e l'eroe”, Einaudi, Torino , Pag. 359
- ✓ Balint Michael, 1961, “The doctor, his patient and the Illness,” Pitmas Medical Publishing Co, London.” Edizione Italiana a cura di Corinna Ranchetti, Feltrinelli editore, Milano , Pag. 7
- ✓ Bissuolo G. Fazzi L., 2005, “Costruire l'integrazione sociosanitaria”, Ed. Faber
- ✓ Bortoli B. “ I giganti del lavoro sociale -Grandi donne (e grandi uomini) nella storia del Welfare 1526-1939” Ed. Erickson
- ✓ Cannon I. 1913 “Social Work in Hospitals, a contribution to progressive medicine”, New York survey Associated
- ✓ Corbetta P. 1999 “Metodologia e tecniche della ricerca sociale” , Il Mulino, Bologna
- ✓ Cosenza D. 2006 “L'assistente sociale nel contesto ospedaliero” , Franco Angeli
- ✓ Janice M. Morse,Lyn Richards, 2009, “Fare ricerca qualitativa. Prima guida” Editore: Franco Angeli
- ✓ Marradi A.,2007, "Metodologia delle scienze sociali", Il Mulino, Bologna
- ✓ Smuts. J. 1926, “Olismo ed evoluzione”
- ✓ Turoldo F., 2010, “L'etica di fine vita” Città Nuova, Roma



Università
Ca'Foscari
Venezia

- ✓ “Gli Assistenti sociali, profilo di una professione” risultati di una ricerca commissionata dal Dipartimento di sociologia e ricerca sociale, 2008
- ✓ “Il servizio sociale professionale ospedaliero” a cura di: Dott. S. Bradariolo – direzione sanitaria presidio ospedaliero di Treviso , AS. Bruna Zampieri, 2004
- ✓ “L'applicazione della legge 328 ai tempi supplementari” In APPUNTI sulle politiche sociali n. 5/2005 a cura di Franco Pesaresi
- ✓ “Le cure intermedie, intermediate care” in ScienceDirect, Italian Journal of Medicine, a cura di: Afro Salsi, Pietro Calogero, 2010
- ✓ “Servizio sociale ospedaliero ed emergenza sociale” estratto da rassegna di servizio sociale n° 3, a cura di: Campesato V. Lo Monaco N. Zampieri B.
- ✓ “Attributes of a profession” in : Social Work, 2, n. 3, luglio 1957
- ✓ B.a . Lewis, W.A. McNabb & S.U. Rahmas “The role of the social worker in the accident and emergency department of a district general hospital” in: Journal of Accident and Emergency Medicine, 1994
- ✓ Charles L. Bardes, “Defining “Patient-Centered Medicine” in The New England Journal of Medicine, 2012
- ✓ George L. Engel, “The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine” Science, 1977
- ✓ Laura R. Bronstein, “ A model for interdisciplinary collaboration” in Social Work, Volume 48, n° 3, Luglio 2003



Università
Ca'Foscari
Venezia

- Lois Anne Cowles and Myron J. Lefcowitz “ Interdisciplinary expectations of the medical social worker in the hospital setting” in *Health & social work* , Volume 20, n°4, Novembre 1995



Università
Ca' Foscari
Venezia

Ringraziamenti

A conclusione di questo percorso fatto di alti e bassi ma pieno di soddisfazioni, voglio ringraziare chi ha contribuito alla stesura del presente lavoro, con la competenza sul tema, la presenza, il supporto e tanta pazienza:

Grazie al mio relatore che ha saputo rispondere ai miei dubbi e indirizzarmi verso la giusta strada quando ne avevo bisogno; grazie ai miei genitori, a mia sorella Silvia e al mio futuro marito Dario, fonte di forza in ogni istante delle mie giornate; grazie a Daniela, tutor di tirocinio e grande maestra che ha saputo insegnarmi a vedere oltre i problemi e le paure di ognuno di noi.