



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea Magistrale

in lavoro,
cittadinanza
sociale,
interculturalità
LM-87 (Servizio sociale e
politiche sociali)

Tesi di Laurea

“ I SIGNIFICATI DEL SERVIZIO SOCIALE OSPEDALIERO”

Comparazione delle realtà locali in Veneto

Relatore

Ch. Prof.ssa Anna Rita Colloredo

Correlatore

Ch. Prof.ssa Mirella Zambello

Laureando

Sara Marcato

Matricola

965599

Anno Accademico

2016 / 2017

INDICE:

<i>Introduzione</i>	4
Capitolo 1- Storia del Servizio Sociale Ospedaliero	5
1.1 Situazione a livello internazionale	5
1.2 Il Servizio Sociale ospedaliero in Italia.....	10
1.3 Il modello italiano di inserimento del servizio sociale ospedaliero	19
Capitolo 2- Metodologia, strumenti e spazi operativi del Servizio sociale ospedaliero	24
2.1 Il Servizio Sociale all'interno dell'azienda ospedaliera	24
2.2 Le funzioni dell'Assistente Sociale ospedaliero	27
2.3 La domanda sociale rivolta al servizio.....	32
2.4 Utente destinatario del servizio sociale ospedaliero.....	34
2.5 Rapporto intrer-professionale all'interno del S.S.ospedaliero	37
2.6 Servizio sociale ospedaliero ed il Codice Deontologico.....	40
Capitolo 3- Servizio Sociale ospedaliero in Veneto	44
3.1 Servizio sociale ospedaliero in Veneto	44
3.2 Ricerca sul S.S ospedaliero in Veneto	50
3.3 Confronto e analisi tra i servizi sociali ospedalieri	52
3.4 Realtà differenti di S.S negli ospedali veneti.....	68
Capitolo 4- Riflessioni e prospettive future riguardo l'attuale servizio sociale ospedaliero	73
4.1 I mandati dell'A.S ospedaliero	73
4.2 Le criticità del lavoro dell'assistente sociale in ospedale.....	74
4.3 Prospettive future sul Servizio Sociale ospedaliero	78
4.4 Continuità assistenziale e le dimissioni protette in ospedale	83
Capitolo 5- Conclusioni	86

<i>Allegato 1 Interviste assistenti sociali.....</i>	<i>90</i>
<i>Allegato 2 Rielaborazione interviste assistenti sociali.....</i>	<i>93</i>
<i>Bibliografia.....</i>	<i>127</i>
<i>Articoli e riviste.....</i>	<i>129</i>
<i>Sitografia.....</i>	<i>130</i>

INTRODUZIONE:

Quando uno studente inizia a scrivere un elaborato di tesi di laurea magistrale si trova di fronte spesso un punto interrogativo: scegliere l'argomento da trattare.

Dopo cinque anni di studio in due corsi di laurea in due diverse Università mi si è presentata una domanda: di cosa posso parlare? Tutti gli argomenti sono stati studiati ed approfonditi così tante volte, che qualsiasi argomento credo, risulterebbe banale e probabilmente poco utile alla comunità professionale ed a me come studente e futura assistente sociale, e che potesse risultare stimolante e perché no un punto di partenza per un'indagine su più ampia scala in futuro.

Durante la mia ultima esperienza di tirocinio presso il Consultorio Familiare di Chirignago, avendo avuto a che fare con l'ambito sanitario e delle U.L.S.S 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.

Questo interrogativo è sorto anche a causa di una mancanza di conoscenza dell'argomento ed una voglia di andare in fondo per carpirne tutti gli aspetti da parte mia.

Così ho deciso di intraprendere una ricerca sia a livello teorico, con i riferimenti bibliografici in merito e con una serie di interviste mirate ad alcune Assistenti Sociali di alcuni degli ospedali più importanti presenti in Veneto, dato che un'indagine sul territorio, in questo caso il mio, penso sia di fondamentale importanza per capire le varie realtà e carpirne le differenze e le similitudini.

La poca letteratura a disposizione e le leggi non chiare ed in continuo mutamento hanno reso questo studio e ricerca molto stimolante, lasciandomi alcune domande: come può un assistente sociale agire e far connettere la sua professionalità con le altre a stampo prettamente sanitario? Come può riuscire a farsi riconoscere a livello professionale

egualmente rispetto le professioni sanitarie?, che come sappiamo, rivestono un ruolo maggioritario e più riconosciuto a livello lavorativo e sociale.

Come si sviluppa la relazione tra i pazienti e l'assistente sociale? Quali i punti deboli e di forza riscontrati all'interno del proprio lavoro?

Alla base di questi interrogativi e del mio desiderio di conoscere a fondo questa tematica nasce questa tesi in parte descrittiva ed in parte di ricerca sul tema del Servizio Sociale Ospedaliero in Italia e più nello specifico all'interno del territorio Veneto.

In questo elaborato si andrà a sviluppare in una prima parte l'osservazione e lo studio del Servizio Sociale ospedaliero professionale, verrà dato uno sguardo alla situazione a livello internazionale, inoltre verranno esaminati alcuni aspetti riguardo la settorializzazione delle competenze e 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 particolarità, presentando modelli e strumenti utilizzati dall'Assistente Sociale nell'ambito lavorativo specifico dell'ospedale, sarà quindi una descrizione ed un'osservazione tramite la bibliografia di ciò che è conosciuto ed è stato studiato del Servizio Sociale ospedaliero.

La seconda parte della tesi presenterà la ricerca vera e propria, analizzando i servizi sociali ospedalieri presenti presso i maggiori ospedali del Veneto, utilizzando le interviste come strumento principale.

A questo studio prettamente territoriale, seguirà un approfondimento sulla dimensione organizzativa e relazione all'interno del contesto ospedaliero analizzandone un'area molto spesso tralasciata.

Questa seconda parte di ricerca servirà a capire e verificare quali le differenze ed i punti in comune presenti nei vari servizi, avere un quadro globale della situazione all'interno del territorio e delle reti sociali attivate.

1. STORIA DEL SERVIZIO SOCIALE OSPEDALIERO

1.1 La situazione a livello internazionale:

Il Servizio Sociale Ospedaliero si diffuse inizialmente in Gran Bretagna e negli Stati Uniti, come la più importante applicazione del lavoro sociale negli ospedali e nei dispensari, al fine di trasformare, sia il carattere dell'azione assistenziale sia quello dell'azione sanitaria, associandole strettamente l'una all'altra per una loro maggiore efficacia. Attraverso il servizio sociale ospedaliero la mentalità sanitaria si apre alle dimensioni sociali.¹

La nascita della figura dell'assistente sociale ospedaliero ha seguito dei percorsi diversi. La Gran Bretagna e gli Stati Uniti sono stati i primi paesi in cui ebbe inizio il servizio sociale in ambito sanitario.²

GRAN BRETAGNA

In Gran Bretagna il servizio sociale nacque in seguito al processo di industrializzazione che determinò complessi processi economici e sociali: il rapido sviluppo demografico, l'espansione delle città, una nuova articolazione dei rapporti sociali, etc. Accanto a tali processi si diffusero "nuovi bisogni" ai quali occorreva rispondere con nuove forme di aiuto e un nuovo modo di concepire l'assistenza.

La nascita della professione si collega con l'incremento della povertà, a cui si cerca di rispondere attraverso le società di mutuo soccorso e le varie attività promosse dai riformatori sociali e le nuove iniziative filantropiche, fra cui la *Charity Organisation Society* (COS). La prima COS viene fondata nel 1869, Charles Stewart Loch (1849 – 1923) economista ed assistente sociale, ne fu il direttore.³ Tale associazione rappresentava un sistema di organizzazioni volontarie che distribuivano i soccorsi in

¹ Bortoli B. (1926), *I giganti del lavoro sociale. Grandi donne (e grandi uomini) nella storia del welfare 1526-1939*, Erickson

² Bortoli B. (1926), *I giganti del lavoro sociale. Grandi donne (e grandi uomini) nella storia del welfare 1526-1939*, Erickson

³ Bortoli B. (1926), *I giganti del lavoro sociale. Grandi donne (e grandi uomini) nella storia del welfare 1526-1939*, Erickson

maniera imparziale, aiutando il bisognoso a individuare il modo migliore per affrontare il problema.

L'assistenza aveva la forma dell'atto caritativo: non correva il rischio di diventare un diritto o una fonte di corruzione morale.⁴

Tra i molteplici interventi eseguiti dalla COS, quello considerato migliore fu la creazione di un servizio sociale in ambito sanitario. Tale servizio nacque dall'esigenza di valutare i bisogni sociali dei pazienti con problemi sanitari, in quanto spesso potevano emergere delle cause comuni e quindi era necessario creare una collaborazione tra i diversi ambiti.

Con l'assunzione della prima assistente sociale in ambito sanitario datata 1 ottobre 1895, si definisce il punto di partenza del servizio sociale ospedaliero in Gran Bretagna. La prima operatrice fu Mary Steward (1862-1925) assunta al Royal Free Hospital di Londra, retribuita in parti uguali dalla COS e dall'ospedale.

Per questa nuova professione venne proposto un nuovo nome, *hospital almoner*, che deriva dal nome della figura dell'addetto alle ammissioni negli ospedali del Medio Evo. Venivano svolti principalmente tre compiti: contrastare gli abusi da parte delle persone abbienti della carità ospedaliera; inviare alle istituzioni pubbliche quegli ammalati che avevano diritto a esserne presi in carico; rendere più efficace il trattamento dei poveri grazie alla cooperazione delle istituzioni sociali extraospedaliere.

Nel passare degli anni la figura dell'assistente sociale ospedaliero si è evoluta in relazione ai cambiamenti del sistema dei servizi sociali.

Nell'ultimo decennio del secolo scorso la politica sanitaria inglese è stata guidata dal tentativo di rafforzare l'importanza delle cure primarie come elemento cardine del sistema sanitario, cercando di spostare il peso del potere e delle risorse dall'assistenza secondaria a quella primaria. Verso la fine degli anni '90 vengono istituiti i *Primary Care Group* (PCG) con l'intento di integrare l'assistenza, unendo i servizi di *primary care* con quelli sociali. A tali gruppi devono aderire tutti i medici di medicina

⁴ Bortoli B. (1926), *I giganti del lavoro sociale. Grandi donne (e grandi uomini) nella storia del welfare 1526-1939*, Erickson

generale, il personale infermieristico e il personale dei servizi sociali. Tra le principali funzioni hanno quelle di:

- promuovere e migliorare la salute delle popolazioni locali
- sviluppare le cure primarie ed i servizi sociali migliorandone l'integrazione
- definire priorità e fabbisogno di prestazioni specialistiche della popolazione.

Da un'indagine condotta in Inghilterra⁵ tra il 1999 e il 2002 è emerso che, generalmente, i servizi sanitari percepivano i servizi sociali come rallentati da un apparato burocratico incapace di adattarsi al cambiamento. Inoltre, l'integrazione tra i servizi sociali e sanitari era resa difficile dalle diverse strutture, dai diversi obiettivi e anche dalle diverse forme di finanziamento delle due parti.

STATI UNITI

All'inizio del '900 in America ebbe origine la "medicina sociale" per opera di Richard L. Cabot (1868-1939), medico e tenace sostenitore della medicina preventiva e della sua integrazione con altri interventi sociali. Egli sosteneva l'introduzione di un'attività non medica, quale il servizio sociale, all'interno degli ospedali, per risolvere il problema della malattia e della salute legati a fattori sociali. Grazie alla sua intuizione nel 1905 R. Cabot avviò il primo dipartimento ospedaliero di servizio sociale nella storia degli Stati Uniti, presso il Massachusetts General Hospital di Boston.⁶

La prima assistente sociale ospedaliera ad essere assunta nel 1905 negli Stati Uniti per occuparsi del neo-costituito dipartimento fu Garnet Pelton, la quale si ritirò dopo sei mesi a causa della contrazione della tubercolosi. Venne sostituita da Ida Cannon (1877– 1960) che nel 1907, venne nominata operatrice capo e nel 1915 dirigente del dipartimento ospedaliero di servizio sociale.

Il Dipartimento operava per pazienti esterni, affrontando diverse problematiche sanitarie e sociali: malati di tubercolosi (il flagello

⁵ Destro C., Savino N., (2009), *La continuità di cura e assistenza al paziente complesso. Manuale pratico sui percorsi di cura integrati*, C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino

⁶ Bortoli B. (1926), *I giganti del lavoro sociale. Grandi donne (e grandi uomini) nella storia del welfare 1526-1939*, Erickson

dell'epoca), pazienti con problemi neurologici, con malattie veneree; ragazze madri e bambini con problemi ortopedici, agendo affinché i pazienti comprendessero la natura della loro malattia e delle relative prescrizioni.

I Cannon lottò per il diritto a documentare l'attività di servizio sociale nella cartella medica del paziente, valutando come meglio collaborare con i medici e gli infermieri. Solo nel 1938 gli assistenti sociali poterono inserire i dati sociali nelle cartelle sanitarie e qualche anno più tardi prese avvio la prassi degli incontri settimanali tra assistenti sociali, medici e infermieri, legittimando così il riconoscimento degli aspetti sociali della malattia.

Ciò che favorì la consapevolezza dell'utilità del servizio sociale ospedaliero riguarda alcune condizioni che si diffusero in quell'epoca:

- il cambiamento nella concezione della diagnosi e della cura, non più unicamente concentrato sulle manifestazioni fisiche della malattia, tanto da tralasciare gli aspetti emotivi, nonché le condizioni personali e sociali del paziente;
- la campagna anti-tubercolosi. Prima di tutte le altre malattie, la tubercolosi dimostra di non poter essere combattuta con successo a meno che l'ammalato stesso non la comprenda e partecipi alla lotta. Una volta diagnosticata, non richiede una cura complicata, ma una buona collaborazione del soggetto nel metterla in atto;
- In passato, il medico e l'infermiere avevano "il compito di occuparsi di tutto", mentre l'ammalato non aveva che "da lasciar fare, obbedire, aprire la bocca e chiudere gli occhi"⁷. Questo atteggiamento autoritario, secondo Cabot, faceva sì che il medico si considerasse l'unico capace di fare tutto il necessario e di pensare a tutto ciò che occorreva. La trasformazione dell'ospedale da luogo di ricovero del povero a servizio della collettività per Cabot, mette in evidenza la necessità di ripensare l'ospedale nel contesto dei bisogni della collettività e in collegamento con tutte le altre istituzioni sanitarie assistenziali.

Nel 1918 venne fondata l'*American Association of Hospital Social*

⁷ Destro C., Savino N., (2009), *La continuità di cura e assistenza al paziente complesso. Manuale pratico sui percorsi di cura integrati*, C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino

Workers (AAHSW) ovvero, l'Organizzazione Americana di Assistenti Sociali Ospedalieri, in seguito alla Conferenza Nazionale del Lavoro Sociale tenutosi a Pittsburgh. Secondo la sua costituzione originaria, lo scopo degli assistenti sociali ospedalieri era “di fungere da organo di intercomunicazione tra operatori sociali ospedalieri, per mantenere e migliorare gli standard di lavoro sociale negli ospedali e dispensari, e per stimolare il suo sviluppo intensivo ed estensivo”⁸.

Nel 1934 tale associazione viene rinominata *American Association of Medical Social Workers* (AAMSW), un nome mantenuto fino alla sua fusione nel 1955, nell'attuale associazione *National Association of Social Workers* (NASW), un'organizzazione professionale di lavoro sociale degli Stati Uniti d'America. Le principali funzioni di questa associazione “includono la promozione dello sviluppo professionale dei propri membri, lo stabilizzarsi e il mantenimento di standard pratici di professionalità, l'avanzamento di sondaggi di politica sociale, e il provvedere servizi che proteggano i propri membri e che accrescano il loro status professionale.”⁹

L'associazione promuove il lavoro del servizio sociale alla base del vigente modello di welfare residuale, secondo il quale i servizi si attivano qualora il mercato e la famiglia non siano in grado di farvi fronte. È di ispirazione liberale, perché tende a responsabilizzare al massimo individui e famiglie, coinvolgendo lo Stato soltanto là dove è indispensabile.

Il 1913 è l'anno più importante per il progresso della professione in questo campo d'azione: viene pubblicato il libro di Ida Cannon, “*Social Work in Hospital*” e quasi simultaneamente, prende avvio il servizio ospedaliero anche in Europa: Francia, Germania (Berlino e Francoforte), Olanda (Amsterdam) e Austria (Vienna).

Generalmente l'obiettivo del servizio sociale ospedaliero è quello di comprendere, consigliare e sostenere l'ammalato e favorire l'attività del medico e delle infermiere sia per la comprensione della malattia sia per il trattamento.

⁸ <http://www.socialwelfarehistory.com/>

⁹ <http://www.naswdc.org/>

Ne deriva che la funzione principale dell'assistente sociale è quella di comprendere l'ammalato e di spiegargli ciò di cui ha bisogno di sapere per essere curato e recuperare, se possibile, la salute. La materia prima del lavoro "è fatta quindi principalmente di idee.

L'assistente sociale deve raccogliere delle informazioni sull'ammalato e comunicargli dei chiarimenti; il suo ruolo è quello di comprendere l'individuo e fargli capire ciò che contribuirà alla realizzazione delle aspettative che lo hanno condotto all'ospedale"¹⁰.

Per poter comprendere l'ammalato bisogna rivolgere l'attenzione al suo stato d'animo, alla sua situazione personale, lavorativa ed economica, ai suoi rapporti sociali nell'ambito familiare, scolastico, lavorativo e religioso.

Riuscire a far capire la natura e l'evoluzione della malattia vuol dire saper consigliare e sostenere l'ammalato: cosa deve essere fatto per attenuarla o guarirla, quali soggetti esterni all'ospedale potranno essergli utili per l'assistenza.

Queste funzioni rientrano nel mandato dell'assistente sociale, infatti consistono nello "stabilire un collegamento tra il paziente e tutte le fonti alle quali potrà attingere per avere aiuto", dal momento che il significato originale del termine sociale è "ciò che mette relazione o che collega"¹¹.

Si tratta di un'azione di collegamento, intermediazione, o come I. Cabot definiva, di interpretazione.

1.2 IL Servizio Sociale Ospedaliero in Italia:

In Italia, negli anni dell'unificazione, nel prendere atto di una rilevante diffusione delle istituzioni assistenziali e sanitarie, lo Stato emanò la legge 3 agosto 1862, n. 753 "*Amministrazione delle Opere Pie*", una prima normativa organica unitaria sulla disciplina degli istituti assistenziali e caritativi, religiosi e laici, del Regno d'Italia. Si istituirono presso ogni

¹⁰ Bortoli B. (1926), *I giganti del lavoro sociale. Grandi donne (e grandi uomini) nella storia del welfare 1526-1939*, Erickson

¹¹ Cabot R.C. (1929) "*Le service social des hospitaux et des dispensaires*". In Aa. Vv., *Première Conférence Internationale di Service Social*, Paris, 8-13 Juillet 1928, Paris, Imp. Union, vol III, pp. 552-576

comune del Regno una Congregazione di carità con lo scopo di amministrare i beni destinati a beneficio dei poveri e delle opere pie, la cui gestione fosse stata affidata dal consiglio comunale.

La successiva legge 17 luglio 1890, n. 6972 “*Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza*”, denominata “legge Crispi”, ha trasformato la disciplina giuridica pubblica degli enti assistenziali, affermando la forma giuridica pubblica di istituzioni assistenziali che erano di origine e gestione privata.¹² Le Opere Pie vengono denominate Istituzioni di Pubblica di Assistenza e Beneficenza (IPAB) e sottoposte a vincoli e verifiche da parte del Ministero dell’Interno. Ad esse è affidata l’assistenza dei poveri, infermi e anziani; perseguivano i loro scopi grazie al proprio radicamento nel territorio e attraverso la numerosa e generosa partecipazione finanziaria dei benefattori.

La beneficenza aveva, infatti, esclusivamente natura caritativa e filantropica e le diffuse forme di povertà erano terreno fertile per il sorgere di iniziative che si proponevano come unica risposta alla crescente domanda di aiuto.

A ridosso del primo dopoguerra del 1915-1918, si registrò un potenziamento e un’espansione dell’assistenza pubblica volta, dopo i danni della guerra, all’aumento della popolazione. Furono rese obbligatorie le attività previdenziali e assistenziali avviando la nascita del sistema mutualistico statale attraverso i cosiddetti grandi Enti nazionali, con propria amministrazione e autonomia gestionale.¹³

L’assistenza sanitaria e quella sociale viene così erogata da una molteplicità di Enti separati e autonomi, divisi per categorie di utenti e per tipologie di prestazioni. Tra i molteplici Enti vi erano quelli che si occupavano di assistenza all’infanzia e alla gioventù, l’ONMI (Opera nazionale per la protezione della maternità e dell’infanzia); Enti impiegati a favore di categorie speciali come l’ENPAS (Ente nazionale per la protezione e l’assistenza ai sordomuti).¹⁴

¹²

¹³ Bortoli B. (1926), *I giganti del lavoro sociale. Grandi donne (e grandi uomini) nella storia del welfare 1526-1939*, Erickson

¹⁴ Caprini C., Marini N., “Organizzazione e qualità nel servizio sociale ospedaliero, Phoenix, Roma, 2001

È proprio all'interno dell'INAM– Istituto Nazionale Assistenza Malattie istituito con la legge 11 gennaio 1943, n. 38, che iniziò la presenza del Servizio Sociale professionale quale ruolo tecnico rivolto ai pazienti. L'INAM è un Ente assicurativo di “parastato” (Enti delegati dallo Stato a funzioni sanitarie, denominate abitualmente “Casse Mutue”), che concedevano trattamenti “mutualistici” al lavoratore ammalato. Il suo principale compito era di provvedere all'assistenza sanitaria di tutti i lavoratori dipendenti dell'agricoltura, dell'industria, del commercio, delle attività assicurative e di credito, i dipendenti degli studi professionali e artistici, gli artigiani, gli addetti ai servizi domestici, i lavoratori a domicilio, gli apprendisti e i pensionati delle stesse categorie.

L'INAM era l'Istituto che accorpava la maggior parte dei lavoratori, dove si era riconosciuta necessaria la partecipazione “sociale” alla risoluzione del problema nei casi in cui i diversi specialisti che seguivano il paziente, giudicassero necessario un sostegno ulteriore in quanto il disagio non era esclusivamente di origine sanitario.

È nel secondo dopoguerra mondiale che l'ambito sociale si attesta nei vari ambiti lavorativi. Le esigenze del dopoguerra richiedevano un operatore che affrontasse la complessità della ricostruzione, degli aiuti a reduci, vedove, orfani, senzatetto, in un'ottica di sostegno al singolo e promozione di processi di cambiamento sociale.¹⁵

È in questo scenario che in Italia l'ambito sociale rientra all'interno del sistema sanitario seppur in via sperimentale. Nel 1945 si ebbe la prima esperienza di servizio sociale ospedaliero all'Ospedale Gaslini di Genova. Si pensava al benessere del degente, specie nelle lunghe permanenze allora assai frequenti, e quindi all'importanza di instaurare una collaborazione tra servizio sanitario e sociale, utile per un confronto morale. Le competenze dell'assistente sociale traevano origine principalmente dalle necessità dell'ammalato di esaudire richieste riguardanti i problemi familiari di varia natura, problemi per l'interruzione del lavoro, o di previdenze, problemi alla dimissione dal ricovero.

¹⁵ Bortoli B. (1926), *I giganti del lavoro sociale. Grandi donne (e grandi uomini) nella storia del welfare 1526-1939*, Erickson

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

Della presenza dell'assistente sociale in ambito sanitario se ne è parlato nella X° Conferenza Internazionale di Servizio Sociale svoltasi a Roma nel 1960. Dalle considerazioni di uno studio predisposto per il "Rapporto Italiano alla X° Conferenza Internazionale" si deduce che all'epoca, gli assistenti sociali erano presenti in una vasta gamma di strutture: 200 al Ministero di Grazia e Giustizia, 1000 in opere private, 200 nei servizi pubblici per invalidi (ovvero INAIL)¹⁶.

La rete ospedaliera fino al decennio 1960-70 non risultava omogeneamente diffusa né apparteneva ad un medesimo sistema burocratico amministrativo. Questa condizione consentiva innovazioni solo quando i consigli di amministrazione o i direttori sanitari, rilevando "sensibilità, interesse, attenzione alla componente sociale"¹⁷ della persona ammalata, decidevano di sperimentare nuove modalità di servizio a completamento della cura e della riabilitazione del ricoverato.

Lo scopo fondamentale del servizio è dunque il recupero della "persona" e non solo del "prodotto" perduto per l'infortunio.

La presenza dell'assistente sociale all'interno dell'ospedale, venne istituito a livello normativo per la prima volta, con la legge 12 Febbraio 1968, n. 132, "*Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera*". Questa legge riordina il comparto ospedaliero provvedendo a definirli come enti ospedalieri, identificandone la struttura e le amministrazioni, e fornendo indicazioni circa i requisiti necessari. Seconda l'art. 20 gli ospedali si differenziavano tra quelli *specializzati*, per lungodegenti e per convalescenti, e quelli *generali*, classificati in 3 categorie: ospedali di zona, ospedali provinciali e ospedali regionali.

Agli amministratori degli ospedali generali provinciali, veniva riservata la possibilità di attivare ulteriori servizi particolari: "servizi di recupero e

¹⁶ "*L'assistente sociale ospedaliero. Un professionista di frontiera per l'integrazione fra sociale e sanitario*", La professione Sociale Rivista di studio, analisi e ricerche, 1997, Clueb Editore

¹⁷ "*L'assistente sociale ospedaliero. Un professionista di frontiera per l'integrazione fra sociale e sanitario*", La professione Sociale Rivista di studio, analisi e ricerche, 1997, Clueb Editore

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).

L'assistente sociale veniva così espressamente inserito solo in quelle strutture che venivano identificate come ospedali generali provinciali, ovvero, quelli 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).

La presenza dell'assistente sociale nell'ospedale era considerata una possibilità e non un obbligo, riservata perlopiù agli ospedali a più alta complessità, dipendente dalla scelta degli amministratori della singola struttura, i quali decidevano in funzione delle necessità locali¹⁸.

Nell'ambito di questa normativa inoltre, vennero definite le diverse tipologie del personale impiegato negli enti ospedalieri: “sanitario, amministrativo, tecnico, sanitario ausiliario, esecutivo e di assistenza religiosa” (art. 39).

Nello stesso articolo la figura dell'assistente sociale, 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, costituivano il personale sanitario ausiliario.

Nell'ambito di questa normativa, la concezione del ruolo del Servizio Sociale all'interno dell'Ospedale è dunque quella di un servizio istituito per essere di ausilio all'organizzazione sanitaria per il raggiungimento del suo scopo fondamentale, cioè il ripristino dello stato di salute dei cittadini¹⁹.

Nell'arco di un anno 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, cui sono addetti

¹⁸ Caprini C., Marini N., “Organizzazione e qualità nel servizio sociale ospedaliero, Phoenix, Roma, 2001

¹⁹ Caprini C., Marini N., “Organizzazione e qualità nel servizio sociale ospedaliero, Phoenix, Roma, 2001

rispettivamente assistenti sanitarie visitatrici e assistenti sociali (art. 28). In particolare, viene prevista l'attività dell'assistente sociale ospedaliero come "rivolta 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).

Dopo queste prime indicazioni normative, nei decreti e nelle leggi successive, non ha più menzionato la presenza del sociale in ambito ospedaliero, se non nei termini di enunciazione della necessità di creare un'integrazione tra ambito sanitario e sociale.

Un esempio concreto è la legge 23 Dicembre 1978, n. 833 "*Il Servizio Sanitario Nazionale*", istitutiva del sistema sanitario nazionale. Pur prevedendo, 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", la legge non ripropone la presenza del servizio sociale all'interno degli ospedali e dunque non aggiunge nulla a quel poco che era stato definito precedentemente.

Dieci anni dopo, il Decreto del Ministero della Sanità 13 settembre 1988, "*Determinazione degli standards del personale ospedaliero*", definisce le dotazioni organiche minime degli ospedali e disciplina la presenza dell'assistente sociale ospedaliero. Questa norma indica le dotazioni organiche minime degli ospedali, non più in base alla loro classificazione (come prevedeva la legge n. 132/68), bensì 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 reparti è suddiviso, secondo il decreto, in personale laureato (medici, biologi, chimici, fisici, psicologi, etc.), infermieristico, tecnico- sanitario, ausiliario, tecnico, amministrativo e di

assistenza religiosa.²⁰

L'assistente sociale viene 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 compito specifico di tale figura, è quello di "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).

Nonostante la specificazione degli obblighi di collaborazione tra ospedale e territorio e la considerazione della figura dell'assistenti sociali 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 il particolare rilievo che, secondo la norma, la qualità della vita assume in questi reparti.

L'incertezza sulla rilevanza della presenza dell'assistente sociale nell'ambito ospedaliero ha determinato nel tempo la fragilità del servizio sociale ospedaliero, causando una continua erosione delle sue funzioni e del conseguente ruolo istituzionale. Con l'emanazione del Decreto Legislativo 19 settembre 1999, n. 229, "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale", il legislatore introduce degli aspetti innovativi alla precedente normativa in materia di integrazione tra interventi sanitari e sociali, riconsiderando le prestazioni sociosanitarie. In particolare questa norma fornisce una definizione delle prestazioni sociosanitarie indicandole 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).

Tali prestazioni sono differenziate in due categorie, così descritte:

²⁰ Caprini C., Marini N., "Organizzazione e qualità nel servizio sociale ospedaliero, Phoenix, Roma, 2001

- 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.

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 autonoma²¹.

Tale Decreto rimanda a un atto normativo da emanare entro tre mesi, che andrà a specificare le prestazioni singole e gli impegni funzionali tra le Aziende Sanitarie Locali e i Comuni, definendo un ulteriore ambito di azioni integrate tra sanitario e sociale, ossia le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, che sono “caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico- degenerative” (art. 3).

Questa variazione del Servizio Sanitario Nazionale ha generato negli operatori sociali la speranza di vedere finalmente riconsiderati, anche a livello normativo, l'esistenza e l'operato del Servizio Sociale 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 sanitario²².

A tale decreto fa seguito la legge 8 novembre 2000, n. 328, “*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*”, che segna il passaggio da una accezione di assistenza a una idea di protezione sociale attiva, più capace di offrire risposte di tutela e

²¹ Caprini C., Marini N., “Organizzazione e qualità nel servizio sociale ospedaliero, Phoenix, Roma, 2001

²² Caprini C., Marini N., “*Organizzazione e qualità nel servizio sociale ospedaliero*”, Phoenix, Roma, 2001

promozione, ponendo l'accento sugli aspetti di continua negoziazione tra responsabilità pubbliche e private nell'organizzazione dei servizi sociali. 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 che, tra i servizi essenziali che lo Stato è obbligato a garantire ai cittadini, ci sia il Servizio Sociale Professionale. Servizio che riconosce la centralità delle competenze e delle funzioni dell'assistente sociale, professionista che si prende cura del disagio dell'individuo, della famiglia e/o della comunità, con 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 malattia²³.

Tale normativa coinvolge a pieno titolo la professione dell'assistente sociale, stabilendo che l'erogazione dei servizi e delle prestazioni, avviene in seguito alla valutazione multidisciplinare, nel cui ambito la rilevazione e la valutazione del bisogno emergente e sotteso, è di stretta competenza dell'assistente sociale. Tale valutazione è finalizzata alla realizzazione di un piano di lavoro integrato che deve produrre il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) come specificato dalla legge quadro.

Lo Stato conferma la volontà e la necessità di perseguire l'obiettivo della salute dei cittadini, già dichiarato nella legge n. 833/78, disponendo che gli interventi di natura sociale avvengano a forte integrazione con quelli sanitari. L'assistente sociale, quindi, rappresenta la figura professionale titolata per promuovere e garantire l'esigibilità dei diritti sociali, in grado di effettuare una diagnosi sociale e valutazione del bisogno.

Nel tempo, in molte realtà ospedaliere, gli assistenti sociali hanno saputo costruire intensi rapporti di collaborazione con il personale sanitario per concorrere allo svolgimento di un'azione di integrazione tra attività sanitarie e socio-assistenziali, tra reti formali di cura e informali di servizi

²³ Ministero della Salute, *"Funzioni del servizio sociale professionale e sanità"*, Documento Tavolo tecnico, ministero della salute, Roma, 2010

e solidarietà, per consentire una connessione tra struttura ospedaliera e territorio, assumendo un ruolo di rilievo nella co-progettazione delle dimissioni.²⁴

1.3 Il modello italiano di inserimento del servizio 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, un gruppo formato da un rappresentante dell’Associazione Nazionale Direttori Sanitari, un rappresentante dell’Associazione Nazionale Segretari generale d’Ospedale ed alcune assistenti sociali con lunga esperienza di lavoro ospedaliero. Ai lavori del gruppo partecipano come osservatori un rappresentante della FIARO (Federazione Italiana Associazioni Regionali Ospedalieri) ed alcuni rappresentanti delle associazioni e colleghi di Assistenti sanitarie ed Infermieri professionisti.

Alla base delle disposizioni legislative vigenti a quel tempo (DPR 27 marzo 1969, n. 128)²⁵, 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, quali:

- “il malato deve essere considerato come una persona in senso totale, cioè nel complesso delle sue componenti fisio-psico-sociali; l’orientamento della diagnosi e del trattamento medico deve tenere conto di tutti i diversi fattori;
- l’assistenza ospedaliera deve essere intesa come un complesso di prestazione orientate al recupero globale del malato, attraverso apporti altamente specialistici, quindi indifferenziati, ma strettamente integrati;
- 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

²⁴ Perino A., “I luoghi del servizio sociale”. Vol II, Aracne, 2013

²⁵ DPR 27 marzo 1969, n.128, “*Ordinamento Interno Servizi Ospedalieri*”

della comunità degli utenti e coordinati con i servizi extra ospedalieri che completano l'arco dell'assistenza.²⁶

Successivamente il documento sottolinea che il Servizio Sociale contribuisce a precisare 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 spesso vengono affidate al Servizio Sociale funzioni disperate e generiche di carattere amministrativo- burocratico, ai margini della struttura ospedaliera o in sostituzione dei servizi mancanti o carenti con 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.

Si sottolinea infatti 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 sistemico 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 delle funzioni del 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-

²⁶ DPR 27 marzo 1969, n.128, “*Ordinamento Interno Servizi Ospedalieri*”

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.”

In particolare sono da sottolineare due innovazioni rappresentate in questo elenco, rispetto ai tempi precedenti. In primo luogo rispetto ai punti 1 e 5, emerge la stretta connessione fra contesto sociale e stato di salute-malattia; in altre parole, se fino ad allora la tendenza era stata quella di considerare prevalentemente la malattia come fonte di danno sociale, qui viene riconosciuto che all'origine di uno stato di malattia può esserci il fattore sociale. Di qui emerge il compito attribuito all'assistente sociale, di compiere studi e 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:

- a) “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;
- b) 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;
- c) 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, cui non è possibile definire in rapporto al 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 spedita, la comunità circostante 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 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”.

2.METODOLOGIA, STRUMENTI E SPAZI OPERATIVI DEL SERVIZIO SOCIALE OSPEDALIERO:

2.1Il servizio sociale all'interno dell'Azienda Ospedaliera

Nello Statuto del 1948 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nell'ambito delle Nazioni Unite, si ribadisce che la salute è un diritto fondamentale di ogni essere umano, definendola come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale” e non solo come assenza di malattia o di infermità.

Questa definizione assume come elementi rilevanti per il raggiungimento della salute umana, quegli aspetti che possono venire seriamente minati dalla dimensione umana della malattia, quali: una buona integrazione sociale dell'individuo, un livello economico accettabile e la possibilità di condurre una vita autonoma e consapevole²⁷.

Alla base della definizione di salute emerge la concezione olistica secondo cui l'organismo può essere considerato solo nella sua totalità e non come una somma di parti indipendenti. Tale concezione sancisce la necessità di intervenire su una persona attraverso diversi piani paralleli, ma con un'unica finalità: il benessere dell'individuo.

Questa visione impone particolari attenzioni e interventi da parte del servizio sociale professionale, che si deve far carico, accanto alla dimensione sociale, degli aspetti sanitari e dei problemi correlati, condividendole con altri professionisti all'interno dei settori socio-sanitari.

Da qui la necessità di perseguire un'integrazione socio-sanitaria, mettendo in stretta relazione sanità e sociale in termini istituzionali, gestionali, professionali e comunitari. Un esempio concreto di tale relazione può essere definito il Servizio Sociale Ospedaliero.

La “mission” del Servizio Sociale che interviene in ambito ospedaliero è quella di aiutare il paziente e la sua famiglia ad elaborare il cambiamento

²⁷ Caprini C., Marin I N. (2001), *Organizzazione e qualità nel servizio sociale ospedaliero*, Phoenix, Roma

determinato dalla “malattia”, al fine di stimolare le abilità residue, migliorando la qualità della vita. Questo concetto è stato evidenziato anche durante la conferenza “L’assistente sociale in azienda ospedaliera: dentro il sistema di cura, per la continuità assistenziale” tenuto dal CNOAS (Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali). La Dott.ssa Monica Dotti, sociologo sanitario, nel suo discorso, tenuto al convegno, ha sottolineato la possibilità di creare tre modelli organizzativi di Servizio Sociale Ospedaliero:

- Il primo, in cui l’assistente sociale che opera all’interno dell’Ospedale tiene i rapporti con i servizi territoriali sociali e sanitari, i quali si attivano per facilitare il rientro della persona nel suo contesto di vita;
- Il secondo, in cui è l’assistente sociale stesso che lavora in Ospedale, che si attiva e gestisce in modo esclusivo tutte le attività, per favorire il rientro del paziente a domicilio;
- Il terzo, in cui l’assistente sociale del territorio, facilitato dalle conoscenze sulle risorse disponibili, viene collocato in Ospedale e lavora in collegamento con l’esterno, valutando direttamente tutte le disponibilità possibili ed attivando tutte i sistemi di “rete”.

In tutti i modelli organizzativi, l’assistente sociale ospedaliero, nell’esercitare la propria professionalità ed il proprio ruolo, dovrà tener presente sia la mission propria dell’Ospedale e del sistema di cura in generale, in cui si trova ad operare, che quella specifica della professione che svolge.

L’attività dell’assistente sociale è di tipo “processuale”, scandita da una successione strutturata di attività che deve essere orientata alla qualità, nell’interesse soprattutto del paziente e dei suoi familiari, oltre che dell’organizzazione complessiva ospedaliera.²⁸

E’ importante per questo, valutare come nel tempo il servizio sociale risponda in modo appropriato ai bisogni per i quali è richiesto il suo

²⁸ Caprini C., Marin I. N. (2001), *Organizzazione e qualità nel servizio sociale ospedaliero*, Phoenix, Roma

intervento.

Il servizio sociale nell'ambito dell'Azienda Ospedaliera si configura come un servizio secondario, di collaborazione con quello primario (l'organizzazione sanitaria), che svolge un'azione di supporto, in coerenza con lo scopo fondamentale dell'ospedale, di risposta alla richiesta primaria dell'utenza, di produzione (o ripristino) della salute degli utenti, con tutti gli aspetti di rilevanza etica che questo implica.

Lo scopo dell'azienda ospedaliera comporta necessariamente uno sbilanciamento dell'attenzione dell'organizzazione verso i servizi prettamente sanitari, ponendo in secondo piano la parte sociale. Tenendo in considerazione questo aspetto,²⁹ è importante che il Servizio Sociale Ospedaliero crei un rapporto collaborativo tra servizio sociale e l'ospedale, per poter produrre benessere per i suoi utenti, anche quando si rimane nel contesto "obbligato" di malattie croniche e degenerative.

Nell'organizzazione aziendale il Servizio Sociale Ospedaliero non occupa una posizione principale nella realizzazione del fine istituzionale ma, in virtù dei compiti affidatigli, riveste un ruolo cardine nelle situazioni in cui alla patologia, si accompagna un bisogno sociale o socio-assistenziale o laddove, indipendentemente dal motivo del ricovero, esistono situazioni di disagio pregresso, in alcuni casi, mai emerso in termini di risorsa di aiuto. Ciò appare ancora più evidente se si riflette su quali implicazioni può avere lo stato di malattia di un paziente sulla condizione di una vita autonoma.

In quest'ottica, la relazione di supporto che lega il servizio sociale ospedaliero all'azienda ospedale si trasforma in una relazione necessaria e indispensabile all'assorbimento del mandato istituzionale dell'ente sanitario, tramutandosi dunque in un investimento da parte dell'azienda stessa, capace attraverso il servizio sociale, di generare un'implementazione della produzione di salute e benessere anche quando non

²⁹ Caprini C., Marin I. N. (2001), *Organizzazione e qualità nel servizio sociale ospedaliero*, Phoenix, Roma

si giunge all'auspicata remissione della malattia.³⁰

2.2 Le funzioni dell'Assistente sociale ospedaliero:

Considerando la collocazione funzionale del servizio sociale all'interno dell'azienda ospedaliera, escludendo alcune eccezioni in cui l'assistente sociale è inserito esclusivamente all'interno di alcune unità operative, alle dirette dipendenze gerarchiche del Responsabile di dette Unità, si constata che esso è posto nello staff della Direzione Sanitaria, di cui costituisce un servizio specifico e indipendente, dotato di una propria autonomia e con proprie competenze.

Questo aspetto è confacente con gli obiettivi e l'organizzazione stessa del servizio delineati nella legge 23 marzo 1984, n. 84 "Ordinamento Della Professione Di Assistente Sociale E Istituzione Dell'Albo Professionale", istitutiva dell'Albo Professionale di categoria.

È una posizione che consente al servizio sociale di salvaguardare quella "autonomia tecnico-professionale e di giudizio in tutte le fasi dell'intervento" attribuite alla figura dell'assistente sociale, all'art. 1 della legge menzionata, monitorando ad ogni livello il percorso ospedaliero del paziente.

Comparando i compiti dei primi assistenti sociali che si sono inseriti nei presidi ospedalieri con quelli attuali, si osserva che si sono andate definendo funzioni sempre più specifiche della professione, mantenendo sempre la centralità dell'intervento sulla persona, nella sua globalità.

Il Servizio Sociale all'interno dell'organizzazione ospedaliera, partecipa alla realizzazione di una sequenza di attività e di processi, per il superamento dello stato di malattia dell'utente-malato, attuando metodi e tecniche proprie per assolvere al suo specifico mandato.³¹

L'azienda ospedaliera in quanto tale, si caratterizza per l'alta

³⁰Caprini C., MarinI N. (2001), *Organizzazione e qualità nel servizio sociale ospedaliero*, Phoenix, Roma

³¹ Caprini C., MarinI N. (2001), *Organizzazione e qualità nel servizio sociale ospedaliero*, Phoenix, Roma

specializzazione e varietà degli interventi sanitari, pertanto abbraccia diverse problematiche riguardanti sia la salute fisica che psichica della persona. Di conseguenza, l'intervento del servizio sociale si focalizza su una vastissima gamma di bisogni e richieste dell'utenza, non solo prettamente sociale, ma riguardanti la sfera previdenziale, giuridica e l'integrazione interculturale.

Le molteplici patologie trattate, comportano per l'assistente sociale, una preparazione specifica e puntuale che si apprende nel tempo con la pratica e con lo studio personale. In particolare, oltre alle competenze della propria professione, gli viene chiesto di conoscere le caratteristiche delle patologie e dei cambiamenti che la malattia porta nella vita quotidiana del paziente e dei suoi familiari. La valutazione dell'assistente sociale è pertanto significativa nel sostenere il programma terapeutico dei pazienti, favorendo il percorso di cura e cercando di ridurre i rientri in ospedale impropri o ripetuti³².

Per questa ragione, per svolgere le proprie funzioni, per l'assistente sociale ospedaliero è di primaria importanza non settorializzare il sapere tecnico e professionale restringendolo a singole aree d'intervento, ma sviluppare l'aggiornamento periodico in un'ottica aperta ai cambiamenti culturali, politico-istituzionali ed economici³³.

Nella consapevolezza che il Servizio Sociale Ospedaliero risulta estremamente diversificato e dipendente dalla singola realtà istituzionale e territoriale, le principali funzioni che il servizio sociale rivolge direttamente ai pazienti ricoverati, minori, adulti e anziani e alle loro famiglie, possono essere indicati nel seguente modo:

- Funzione di recupero e risoluzione degli stati di bisogno dei singoli utenti, delle loro famiglie e, in rari casi, di gruppi di utenti accomunati da problematiche inerenti le medesime patologie;
- Funzione di sostegno all'utente e alla loro famiglia, necessario al

³² CROAS Regione Lombardia (2011), *“Il Servizio Sociale nelle Aziende Ospedaliere della Regione Lombardia – Indagine relativa all'anno 2006”* in I quaderni dell'ordine professionale n. 3

³³ Cortigiani M. (2002), *“L'assistente sociale e i suoi campi d'intervento”*, PHOENIX editore

progetto di aiuto condotto per il singolo caso;

- Funzione di collegamento tra l'utente e le risorse territoriali, quelle interne al nucleo familiare e quelle interne alle struttura ospedaliera, favorendone il contatto e l'interazione tra tutti i soggetti istituzionali e non coinvolti nel processo di aiuto della persona;
- Funzione di coordinamento tra l'azienda ospedaliera e i servizi specifici degli Enti Locali (Comune e Provincia) e delle Aziende sanitarie locali, sia nella conduzione dei singoli processi di aiuto che nella realizzazione di protocolli di intesa per collaborazioni frequenti e di veri e propri convenzionamenti;
- Funzione di studio e ricerca sociale sui fenomeni affrontati nel corso del lavoro ordinario e di osservatorio permanente dei bisogni sociali;
- Funzione di gestione dei servizi sociali attraverso l'organizzazione, la programmazione, l'attuazione e la verifica delle attività condotte nell'ambito del servizio;
- Funzione di promozione e sensibilizzazione degli operatori sanitari verso i bisogni e le problematiche a carattere sociale;
- Funzione informativa volta alla tutela dei diritti dei cittadini mediante attività informative concernenti la Carta dei servizi, Comitati etici, Uffici Relazioni con il Pubblico, etc.
- Funzione di consulenza tecnica verso l'autorità giudiziaria, in tutti i casi di maltrattamento, violenza e di abbandono che riguarda l'utenza ricoverata cui si rivolge.

Le funzioni sopra indicate, si concretizzano nell'agire professionale quotidiano dell'assistente sociale in una serie di interventi, che possono essere così riassunti:

- Attività di consulenza: colloqui diretti alla definizione o chiarimento degli stati di bisogno, degli interventi necessari, delle risorse da implicare, che vengono effettuati sia con il personale medico e infermieristico, sia direttamente con l'utenza interessata che con i loro familiari.

- Interventi di segretariato sociale: un'azione di informazione all'utenza circa le disposizioni di legge che la riguardano, le risorse esistenti e quelle a sua disposizione, le attività da esse condotte, le prassi di accesso e i criteri di inclusione ed esclusione per le singole prestazioni; un'azione diretta allo svolgimento delle pratiche burocratiche relative allo stato di malattia; un'azione di coordinamento tra l'utente, la famiglia e il personale implicato nel trattamento del paziente, soprattutto per i professionisti esterni all'ospedale; la strutturazione dei collegamenti tra le istituzioni che erogano interventi di servizio sociale competente alla specifica situazione dell'utente; creazione e aggiornamento costante di una banca-dati che raccoglie tutte le informazioni di cui il servizio è in possesso.³⁴
- Interventi di chiarificazione e sostegno: l'ausilio, fornito dal paziente o dalla sua famiglia, per la definizione e gestione delle problematiche relative allo stato di malattia, create e acutizzate dal ricovero ospedaliero.
- Interventi di post-dimissione: azioni dirette a garantire la prosecuzione dell'assistenza necessaria oltre il ricovero, per il reinserimento a domicilio del paziente, attraverso l'attivazione dei servizi domiciliari competenti, o la loro collocazione in strutture specialistiche quando non vi sia, per diverse ragioni, la possibilità di un'assistenza domiciliare.
- Interventi nei casi con risvolti legali: azioni tecniche specifiche nelle situazioni di abbandono o di maltrattamento, presunto o accertato, in collaborazione con l'autorità competente.³⁵

A queste specifiche attività si aggiungono quelle senza le quali sarebbe impossibile re

- l'attività di programmazione del lavoro
- l'attività di verifica degli obiettivi posti in programmazione
- le attività di studio di analisi delle problematiche affrontate nel lavoro con l'utenza e di ricerca sociale per il monitoraggio dei fenomeni sociale di

³⁴ Cortigiani M. (2002), *“L'assistente sociale e i suoi campi d'intervento”*, PHOENIX editore

³⁵ Caprini C., Marini N. (2001), *Organizzazione e qualità nel servizio sociale ospedaliero*, Phoenix, Roma

cui il servizio sociale si occupa

- la realizzazione del lavoro per progetti

Attraverso le sue funzioni, il Servizio Sociale, dunque, deve contribuire al recupero e alla risoluzione dello stato di bisogno legato alla situazione di malattia del paziente, attraverso interventi efficaci (cioè in grado di rispondere ai bisogni dell'utente) e efficienti (cioè proporzionati alle richieste e alle risorse) e soprattutto di qualità, cioè rispondenti alle attese dell'utente e in grado di soddisfarle appieno. In altre parole, il Servizio Sociale Ospedaliero più che assolvere a una funzione strettamente assistenziale e contenitiva del disagio e dei bisogni dell'utenza cui si rivolge, svolge una funzione in grado di realizzare, la sicurezza sociale dei cittadini.

Nel collegamento operativo con il territorio, l'assistente sociale attiva reti di sostegno e di ausilio per l'utente capaci anche di prevenire l'aggravarsi dello stato di bisogno e, al contempo, realizza un'azione di promozione, di stimolo, del sistema organizzato dei servizi.

Il Servizio Sociale Ospedaliero attraverso lo svolgimento delle sue funzioni e l'attuazione delle sue metodologie di lavoro, opera all'interno di tre momenti fondamentali:

- 1- Il momento della predisposizione del cliente al rapporto con il front-line, cioè al rapporto con il servizio e l'operatore. Comunicare al cliente le attività del servizio, i suoi diritti, le condizioni e i vincoli per l'utilizzo delle prestazioni del servizio stesso; affrontare le situazioni in cui gli utenti hanno degli atteggiamenti infruttuosi al servizio stesso, quali quello di "delega totale" alla gestione del suo problema, o di denuncia di azioni di "mala sanità" anche quando non se ne rintracciano elementi reali.
- 2- Il momento dell'interazione tra utente e servizio, in cui il professionista assistente sociale mette in atto tutte le proprie conoscenze, capacità e competenze.
- 3- Il momento della gestione del post-servizio, cioè della verifica dell'operato e dell'eventuale correzione di errori che possono essere state

generate dal professionista.³⁶

2.3 La domanda sociale rivolta al servizio:

L'accesso al servizio sociale può avvenire attraverso la segnalazione del personale sanitario, oppure in modo diretto dall'utenza o dai suoi familiari.

Per l'assistente sociale la fase del colloquio nel contesto ospedaliero è molto breve, in quanto c'è poco tempo a disposizione, poiché il tempo è scandito dalla durata del ricovero. Costituisce comunque lo strumento professionale fondamentale per analizzare la richiesta espressa con contenuti caratterizzati da ansia, dolore e rabbia.³⁷ Definire il problema e delineare i contenuti, costituisce il nucleo centrale per la scelta della strategia di intervento che tenga conto della molteplicità di fattori e di interessi in campo. È un'esperienza comune per gli assistenti sociali ospedalieri affrontare situazioni in cui l'interesse del paziente non coincida con quello dei propri familiari e con quello dell'Azienda che, accanto all'obiettivo di cura, è chiamata a perseguire un obiettivo di riduzione dei costi di prestazioni, ad esempio riducendo la durata dei ricoveri.

Il setting dell'intervento inoltre, è molto particolare, in riferimento sia al tempo, scandito da interventi attuati in brevi periodi, che dallo spazio, che può essere localizzato presso il letto del paziente, in collaborazione con altre figure mediche.³⁸

Attraverso l'attività di studio e di ricerca sui bisogni dell'utenza, il servizio sociale si costituisce come un osservatorio che monitora i bisogni emergenti dell'utenza trattata e di maggiore rilevanza, e che avanza proposte per il loro soddisfacimento, anche attraverso creazioni di risorse ad hoc da parte dell'ospedale³⁹.

³⁶ Caprini C., Marini N. (2001), *Organizzazione e qualità nel servizio sociale ospedaliero*, Phoenix, Roma

³⁷ Cortigiani M. (2002), *L'assistente sociale e i suoi campi d'intervento*, PHOENIX editore

³⁸ Caprini C., Marini N. (2001), *Organizzazione e qualità nel servizio sociale ospedaliero*, Phoenix, Roma

³⁹ Cortigiani M. (2002), *L'assistente sociale e i suoi campi d'intervento*, PHOENIX editore

La domanda sociale rivolta al Servizio Sociale Ospedaliero può essere definita come l'insieme delle richieste avanzate quotidianamente al servizio, che riflette i reali bisogni dell'utenza. Tale domanda, secondo C. Caprini e N. Marini, come fanno emergere nel loro libro "Organizzazione e qualità del servizio sociale", è condizionata anche dal livello socio-economico e culturale dell'ambiente in cui la struttura è collocata.

Rispetto agli aspetti economici, si può constatare che generalmente la malattia comporta una riduzione, più o meno rilevante, del reddito. La riduzione della capacità lavorativa, sia del soggetto malato che dei familiari, che convivono con un individuo ammalato, o bisognoso di assidua assistenza, può determinare principalmente la riduzione delle entrate economiche. In altre circostanze, può provocare la perdita totale della capacità lavorativa dei soggetti, creando grosse problematiche quando investe soggetti giovani, con familiari a carico, senza quella anzianità contributiva che dà diritto a forme previdenziali per il sostentamento.

In queste situazioni, il servizio sociale si trova a dover affrontare richieste di ausilio per un aiuto economico e per la realizzazione dei procedimenti burocratici necessari; la riduzione delle spese sanitarie collegate alla cura, alla riabilitazione o all'adattamento a uno stato di malattia; l'attivazione di servizi territoriali utili alla gestione delle diverse situazioni.

Rispetto agli aspetti culturali invece, emerge una richiesta di mediazione, per la comprensione della diagnosi, della prognosi e sulle implicazioni che la malattia comporta, tra l'utenza e il medico curante, con cui spesso si hanno maggiori difficoltà di comunicazione. Al Servizio Sociale Ospedaliero si rivolge la richiesta di presentare al corpo medico e infermieristico le specifiche difficoltà ed esigenze del paziente, costituendosi così come un elemento di tutela del singolo e di ausilio nei rapporti con l'istituzione.

In relazione al livello culturale della persona, gli interventi dell'assistente sociale ospedaliero riguardano quindi, la tutela e la verifica della trasparenza e della certezza delle procedure di accesso, di cura e di

recupero, dove possibile. Tale intervento va inteso comunque, in rapporto al singolo individuo, alla base di una presa in carico del suo bisogno e della sua fragilità dovuta al suo stato di malattia.

Più in generale, una richiesta rivolta dall'utenza all'assistente sociale ospedaliero, senza distinzioni di livello culturale ed economico, è quella di avere un luogo in cui esternare le tensioni, il dolore e le paure che lo stato di malattia comporta. Può essere intesa come una richiesta di tutela, in cui il professionista attiva un processo di chiarificazione e sostegno alle nuove situazioni, offrendo un ascolto attivo e delle informazioni chiare, complete e puntuali sulla situazione di disagio, per trovare soluzioni adeguate.

Così facendo, l'assistente sociale salda il mandato sociale al mandato professionale, basando tale integrazione sulla centralità e sul rispetto della persona, pur in difficoltà, come pure sul recupero delle risorse individuali e delle capacità decisionali.

Sempre più la domanda sociale che viene rivolta al Servizio Sociale Ospedaliero è quella di dover essere referente del paziente durante il percorso di comprensione del proprio stato di salute e nel percorso di cambiamento che la sua vita, e quella del suo nucleo familiare, subiranno a causa del suo stato di salute.

In ultima analisi quindi, l'utenza manifesta al Servizio Sociale Ospedaliero l'urgenza di ricevere un sostegno solido e altamente professionale, per riuscire ad affrontare e gestire anche le situazioni vitali più drammatiche e difficili da accettare.

2.4 Utenza destinataria del Servizio Sociale ospedaliero:

L'utenza destinataria del Servizio Sociale Ospedaliero corrisponde ai soggetti ricoverati nella struttura, che oltre a problematiche legate al loro stato di salute, presentano anche problematiche sociali precedenti o conseguenti al loro ricovero.

Le prestazioni dell'assistente sociale si rivolgono quindi, alle diverse aree di intervento:

1- Area materno-infantile

- 2- Area anziani
- 3- Area disabilità
- 4- Area dipendenze
- 5- Area immigrazione

A fronte della molteplicità delle aree di intervento, bisogna rendere noto che la maggior parte degli utenti con cui il servizio viene a contatto sono persone anziane. La medicina moderna infatti, ha diminuito gli esiti infausti che nel passato concludevano il decorso di malattie acute, prolungando la vita quasi al doppio di quanto non fosse nel secolo scorso.

Secondo l'ISTAT, l'indice di vecchiaia – il rapporto tra la popolazione con età superiore a 65 anni e quella di età inferiore a 16 anni – nel 1911 era pari al 21%, è salito al 61% nel 1981 ed ha raggiunto il valore di 148% nel 2011.

La modificazione della composizione della popolazione ha posto problematiche di grandissima portata e di altrettanta grande difficoltà di risoluzione: differenti possibilità di assistenza familiare e nuove esigenze assistenziali della società; la necessità di evitare l'emarginazione sociale, e quindi il bisogno di offrire aiuto quotidiano materiale e psicologico, per mantenere i livelli residui di autonomia; la strutturazione di servizi assistenziali extra-ospedalieri per anziani non-autosufficienti, bisognevoli di trattamenti continui per il recupero funzionale e sociale.⁴⁰

Ogni paziente ricoverato in una struttura ospedaliera si trova in una situazione di fragilità, non solo fisica ma anche emotiva. I pazienti vivono uno stato di bisogno socio- sanitario che li costringe a non poter più dipendere solo da se stessi, ma dall'aver bisogno di un aiuto esterno. Così, l'assistente sociale si configura come quella figura professionale che, a partire dal proprio codice deontologico, riconosce la persona come unica e lavora per "ricollocarla" nel proprio contesto di vita.

⁴⁰ Caprini C., Marini N. (2001), Organizzazione e qualità nel servizio sociale ospedaliero, Phoenix, Roma

Il Servizio Sociale Ospedaliero si configura quindi, come una sorta di “ponte” tra ospedale e territorio, in quanto ricopre un ruolo di collegamento e di integrazione tra l’ambito sanitario e quello sociale per risolvere lo stato di bisogno dei pazienti ricoverati e, in tal senso, di “attivatore” del sistema di servizi generale, inteso sia come insieme di risorse fruibili dal paziente, che come ricettore della singola problematica.⁴¹

Rispetto al contesto ospedaliero, in cui il paziente è ricoverato, l’intervento dell’assistente sociale è particolarmente indicato in alcune situazioni:

1- L’individuo si trova in grave carenza di risorse personali e materiali: è il caso ad esempio di persone anziane che prima del ricovero erano autosufficienti e vivevano da sole, e senza una rete familiare.

2- Le risorse esistono ma non sono chiaramente percepite dal paziente: ad esempio una persona che è diventata non autosufficiente e deve riorganizzare la sua vita in virtù delle sue nuove esigenze. In questo caso l’assistente sociale aiuterà l’utente a rivedere in modo sistemico tutti i possibili contatti e le possibili fonti di aiuto materiale a cui attingere come parenti, amici, vicini di casa.

3- L’individuo si trova di fronte a problemi così seri che diventa fondamentale l’aiuto professionale di un operatore competente: è il caso di persone ricoverate per gravi problemi psichiatrici, situazioni di violenza, alcolismo, tossicodipendenza, etc.

4- Il soggetto si trova in carenza di risorse “non personali” alle quali ha accesso l’assistente sociale: ad esempio il caso di un padre che viene ricoverato per gravi problemi fisici e con problemi economici e familiari ai quali non riesce a dare risposta.

Il ricovero ospedaliero può costituire una parentesi più o meno lunga nella vita del paziente, messa in relazione con lo stato di malattia che nasce nel corso della vita ordinaria e i cui esiti e conseguenze possono influire notevolmente, sia sulla qualità della vita, che risulta spesso condizionata

⁴¹ Caprini C., Marini N. (2001), “*Organizzazione e qualità nel servizio sociale ospedaliero*”, Phoenix, Roma

dalle sue nuove esigenze, sia sulla possibilità di “risocializzazione” della singola persona, cioè di un reinserimento dopo il ricovero nella società.

Dall’altro lato, la patologia spesso costituisce un aggravamento di una condizione sociale in sé già compromessa, divenendo l’elemento scatenante di un complesso di problematiche preesistenti al ricovero; in altri casi, e solo ad essa che vanno ricondotti i bisogni per i quali è richiesto l’intervento dell’assistente sociale in termini di realizzazione di percorsi assistenziali e di recupero funzionale. Il caso-limite infine, è la presenza di ricoverati per “ragioni sociali”, ovvero per far fronte a bisogni primari impellenti, che non trovano nell’immediato una soluzione attraverso i servizi territoriali: il caso dei senza fissa dimora durante il periodo invernale a rischio di assideramento o altri eventi acuti.

In ogni caso il ricovero ospedaliero e la patologia che l’ha determinato, causano spesso nella persona uno stato di crisi, dettato dall’incertezza per il proprio futuro, dalla preoccupazione di dover affrontare, dopo le dimissioni un insieme di problemi di carattere assistenziale, sanitario, economico, alloggiativo che non possono trovare risposta nell’ambito ospedaliero.

2.5 Rapporto inter-professionale all’interno dell’ambito ospedaliero:

Per rispondere alla domanda sociale e svolgere le proprie funzioni, l’assistente sociale, in virtù del suo operare all’interno di una struttura ospedaliera, deve essere in grado di costruire un intreccio tra i servizi e le organizzazioni a carattere sociale esistenti sul territorio.⁴² La necessità di una migliore comunicazione e scambio di risorse tra i servizi sociali è importante per gli operatori che lavorano, in maniera settoriale, nelle varie agenzie di servizio sociale, come ad esempio l’ospedale.

All’assistente sociale ospedaliero quindi, viene richiesta una grande capacità di relazionarsi con altri soggetti, altre professionalità, altre realtà istituzionali, sia in base alla posizione che ricopre nell’organizzazione

⁴² Caprini C., Marini N. (2001), “*Organizzazione e qualità nel servizio sociale ospedaliero*”, Phoenix, Roma

aziendale, sia rispetto alla varietà e complessità degli interventi.⁴³

All'interno del Servizio Sociale Ospedaliero le diverse figure professionali che sono coinvolte alla creazione di un progetto legato alla persona sono: il medico, il personale infermieristico e l'assistente sociale, che svolgono diverse funzioni in virtù del loro mandato.

Il personale medico elabora una corretta valutazione clinica del paziente, per determinare un corretto percorso post dimissione, per suggerire eventuali presidi o ausili da prescrivere, per indicare eventuali percorsi di riabilitazione, lungodegenza o Strutture intermedie.

L'assistente sociale si occupa di fornire una corretta valutazione delle rete familiare e della sua adeguatezza per il sostegno delle problematiche sanitarie emergenti e per l'individuazione delle necessità sociali del paziente, e di fornire informazioni per l'accesso alla rete dei Servizi socio-sanitari sul territorio.

Il personale infermieristico risulta essere una risorsa rilevante, nel corso dell'analisi del caso, in quanto svolge una valutazione delle esigenze sanitarie e delle necessità di intervento dopo la dimissione.

L'assistente sociale all'interno dell'equipe ospedaliera è la sola persona senza funzione medica che lavora contemporaneamente nell'ospedale e con il territorio. Il suo ruolo dipende fondamentalmente, da due scopi principali:

- 1) quello della medicina: riconciliare il malato con la vita
- 2) quello del servizio sociale: reintegrare questa vita nella società.

Teoricamente, essi dovrebbero essere conciliabili, ma a volte possono emergere delle discrepanze.

Per perseguire questi scopi, è necessario realizzare un equilibrio all'interno dell'equipe. Il metodo migliore da seguire dovrebbe prevedere un lavoro in comune con le figure professionali coinvolte, per analizzare e individuare i reali bisogni del paziente, in relazione agli aspetti medici e sociali.

⁴³ Cortigiani M. (2002), *“L'assistente sociale e i suoi campi d'intervento”*, PHOENIX editore

Per realizzare tale collaborazione, qualcuno deve esserne responsabile. Generalmente, tale funzione spetta al medico, perché l'intervento sociale è sempre subordinato all'intervento sanitario, mentre il medico ha la primaria responsabilità del malato.⁴⁴ Per ciò che concerne il lavoro stesso, il medico si assume la responsabilità nel solo campo di competenza medica, mentre all'assistente sociale ciò che riguarda il campo sociale.

Il lavoro di equipe ospedaliera si sviluppa sulla base di discussioni sistematiche, pertanto sono indispensabili alcune condizioni:

- 1- un interesse da parte della Direzione ospedaliera per le questioni sociali
- 2- la volontà del personale di sacrificare una parte del tempo alle questioni sociali
- 3- la conoscenza esatta del ruolo e delle competenze di ogni professione che vi lavora.

Il rapporto con gli operatori sanitari, è una premessa importante per svolgere il lavoro dell'assistente sociale all'interno dell'ospedale. Non sempre però, risulta semplice e scontato intrattenere rapporti improntati alla collaborazione con gli altri professionisti, in un contesto in cui le gerarchie istituzionali sono molto rigide e marcate, ed il predominio della figura medica sulle altre è poco discutibile.⁴⁵

A prescindere da queste difficoltà, l'assistente sociale deve essere sempre in grado di sottolineare la peculiarità del suo lavoro, in modo che la collaborazione con gli operatori sanitari permetta di sensibilizzare i bisogni socio-assistenziali dei pazienti.

La presenza dell'assistente sociale nell'equipe multidisciplinare, lo obbliga a prendere in considerazione alcuni concetti per ottimizzare il suo lavoro:

- 1) Il lavoro si svolge in relazione alla condizione di malattia dei pazienti, dunque è importante che l'assistente sociale conosca le patologie

⁴⁴ Cortigiani M. (2002), "*L'assistente sociale e i suoi campi d'intervento*", PHOENIX editore

⁴⁵ Caprini C., Marini N. (2001), "*Organizzazione e qualità nel servizio sociale ospedaliero*", Phoenix, Roma

ma soprattutto, sia in grado di confrontarsi con ciò che implicano: dolore, solitudine e morte.

2) Il lavoro si svolge in un'istituzione chiusa, l'ospedale, pertanto è necessario conoscerne le regole.

3) Il lavoro si svolge in collaborazione con esperti in altre discipline: medici, infermieri, psicologi, fisioterapisti, etc. pertanto, l'assistente sociale deve essere in grado di lavorare in un gruppo multi-professionale.

L'attivazione di percorsi di collaborazione tra risorse e operatori, è la condizione indispensabile perché l'intervento posto in essere in ambito ospedaliero venga portato avanti attraverso i servizi territoriali, con i quali è stato preventivamente concordato e condiviso. In quest'ottica il servizio sociale delinea il proprio specifico contributo per favorire il ripristino di una condizione di benessere del cittadino malato, per quanto ciò sia reso possibile dalla malattia, attraverso metodologie e tecniche di intervento proprie. Agendo in quest'ottica, l'assistente sociale pone in relazione le risorse presenti sul territorio, al fine di garantire interventi integrati e sinergici, svolgendo un ruolo di regia dei processi in ambito sanitario e sociosanitario, facendosi promotore di strategie di razionalizzazione ed integrazione fra il sistema sanitario e sociale, lavorando anche con gli organismi del terzo settore e del volontariato.

Il mandato dell'assistente sociale in sanità prevede l'attivazione e il prendersi cura delle reti di sostegno per favorire sia i processi di integrazione interna all'Azienda, che esterni.

2.6 Il servizio sociale ospedaliero ed il Codice Deontologico:

Il Codice Deontologico dell'Assistente Sociale è stato approvato il 17 luglio 2009 al termine della revisione del precedente Codice, effettuata dall'Osservatorio Deontologico Nazionale.

Il Codice contiene le regole e le esigenze etiche della professione e ne costituisce il suo elemento di identità: lo strumento attraverso il quale un professionista si presenta alla società e contestualmente lo strumento che

orienta “le scelte di comportamento nei diversi livelli di responsabilità in cui operano” (art. 1).

Il richiamo al Codice Deontologico dell’Assistente Sociale, come strumento e garanzia di interventi eticamente corretti ed efficaci, è fondamentale se si considera l’ospedale come un’istituzione che deve coniugare obiettivi di cura e obiettivi economici, e in cui spesso vi è la tendenza a porre in secondo piano gli aspetti sociali.

Nell’operatività del servizio sociale, il Codice Deontologico, costituisce il riferimento primario per un agire professionale etico, efficace e sempre orientato ai bisogni e ai diritti della persona nella sua unicità. Fornisce indicazioni operative che permettono di non perdere la specificità del settore, soprattutto nei contesti più conflittuali, come può essere l’azienda ospedaliera.

Nel Codice Deontologico sono enunciati i principi su cui si basa la professione dell’assistente sociale e che costituiscono una delle componenti principali dell’identità scientifico-culturale del servizio sociale. Rappresentano il tentativo di traduzione nella pratica e di interpretazione del sistema dei valori che ispirano l’azione della professione,

in quanto il fine dell’agire e i mezzi per raggiungerlo sono indissolubilmente uniti⁴⁶.

L’assistente sociale ospedaliero si trova “a margine” di un sistema di grandi dimensioni, invaso da logiche organizzative che spesso non tengono conto dei valori cui il servizio sociale si ispira. Per questa ragione, rimanervi attaccati, costituisce da un lato l’unico metodo per preservare la specificità del proprio agire, dall’altro lato uno stimolo per promuovere un’“umanizzazione” dell’ambito in cui si compie l’azione sanitaria.

Non sempre tuttavia, questo è possibile. Alcuni dei principi del servizio sociale sono in contraddizione con la natura stessa dell’istituzione sanitaria, delineandosi come valori difficili da far comprendere e da

⁴⁶ Neve E., “*Principi del Servizio Sociale*” Campanini A. (2013), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma

difendere nella pratica del lavoro quotidiano.

Il Codice afferma che la professione si fonda “sul valore, sulla dignità e sulla unicità di tutte le persone” (art. 5) da cui deriva il principio del rispetto della persona. L’imperativo etico è quello di “considerare l’altro come un essere ragionevole, le cui azioni, anche qualora non consapevoli, sono sempre motivate e finalizzate a qualcosa che per la persona ha un significato”⁴⁷. Ciò va oltre i limiti della scienza, qualora essa non possa dimostrare quanto rimanga di capacità personali: “il rispetto precede e supera le possibilità di conoscere e capire, e pone la persona al centro di qualsiasi analisi e di qualsiasi intervento di aiuto”⁴⁸.

Una serie importante di principi del servizio sociale riguarda il rispetto e la promozione di diritti fondamentali. Tra questi riveste un ruolo caratteristico e di primaria importanza per il servizio sociale, il diritto all’autodeterminazione (art. 11), principio secondo cui “a ciascuno debba essere garantita la possibilità di scegliere, senza condizionamenti, i modi in cui affrontare le situazioni che si presentano nel corso dell’esistenza”⁴⁹. L’autodeterminazione è strettamente connessa alla promozione delle potenzialità e dell’autonomia e ad una visione del soggetto come persona attiva: uno dei tratti

distintivi della professione dell’assistente sociale è proprio quello di evitare di sostituirsi alle persone e di intervenire per promuovere la capacità dei soggetti di risolvere i propri problemi e di fronteggiare i propri bisogni.

In base a tali principi, si sottolinea il fatto che le azioni dell’assistente sociale devono essere svolte con la persona: garantire all’utente la possibilità di scegliere, senza condizionamenti, i modi in cui affrontare le situazioni che si presentano nel corso dell’esistenza e riconoscere la necessità di adeguare gli interventi e le risposte alla specificità di ogni

⁴⁷

⁴⁸ Neve E., “*Principi del Servizio Sociale*” Campanini A. (2013), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma

⁴⁹ Neve E., “*Principi del Servizio Sociale*” Campanini A. (2013), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma

persona. Ogni paziente ha le proprie esigenze e le proprie credenze, sulle quali viene deciso il proprio progetto individualizzato.

Tali principi invece, trovano degli ostacoli operativi all'interno dell'istituzione ospedaliera, che attua regolarmente interventi sull'utente. Ad essi viene chiesto, nella maggior parte dei casi, di eseguire delle direttive individuate e decise per lui, quasi sempre senza margini di trattativa, sulla base di un bagaglio di conoscenze limitato e non condiviso e sbilanciato a favore della parte medica. È sempre più frequente che ci sia la tendenza a concepire l'intervento sanitario sulla persona senza che ad essa venga richiesta alcuna attività partecipativa alle decisioni che riguardano la sua salute e, a volte, senza neanche averle fornito informazioni adeguate su quanto doveva essere effettuato.

Questa tendenza sostanzialmente riguarda i soggetti che hanno delle difficoltà a far valere i propri diritti di paziente in una struttura sanitaria, ad esempio un extracomunitario, un anziano senza familiari, un senza fissa dimora. Per questa ragione è importante che l'operato dell'assistente sociale, si espliciti in un'azione di mediazione tra tutti i soggetti coinvolti nell'accoglienza, nella cura, nell'assistenza e nel recupero del malato, e il paziente, portatore di bisogni, esigenze, timori e aspettative personali e diversificate.

Per poter sottolineare l'importanza di sostenere e difendere la professionalità, e quindi i propri fondamenti etici, nel Codice Deontologico viene sancito il riconoscimento "dell'autonomia tecnico-professionale" e "dell'indipendenza di giudizio" (art. 10) dell'assistente sociale in tutte le fasi di intervento, che indicano la promozione dell'integrazione professionale tra sociale e sanitario, che passa attraverso il riconoscimento della professione sociale.

3.IL SERVIZIO SOCIALE OSPEDALIERO IN VENETO

3.1 Il servizio sociale ospedaliero in Veneto:

La regione Veneto con quasi 4.900.000 abitanti è la quinta regione italiana in termini di numerosità della popolazione (dopo Lombardia, Campania, Lazio e Sicilia).

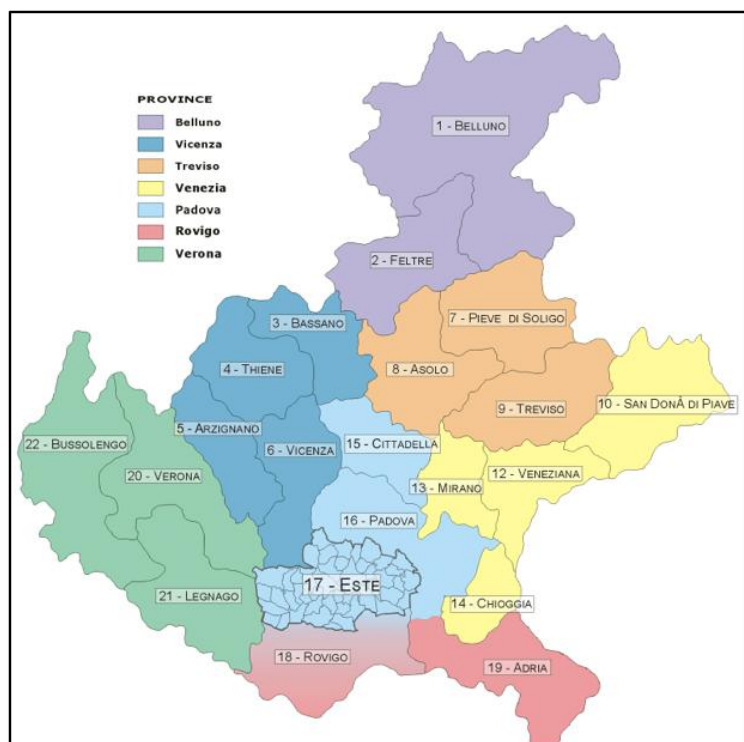
La distribuzione della popolazione per Comune è molto eterogenea: si concentra soprattutto in 5 province (Padova, Treviso, Venezia, Verona e Vicenza) che hanno ciascuna una popolazione compresa tra gli 800.000 e i 900.000 abitanti; le altre due province (Belluno e Rovigo) hanno una popolazione attorno ai 200.000 abitanti.

La regione Veneto è suddivisa in 21 Aziende Ulss (Tab. 2) e sono presenti due Aziende Ospedaliere di Padova e Verona (Fig. 1)

Tab.2 Elenco Aziende Ulss della regione Veneto

AZIENDA ULSS N. 1 BELLUNO
AZIENDA ULSS N. 2 FELTRE (BL)
AZIENDA ULSS N. 3 BASSANO DEL
AZIENDA ULSS N. 4 ALTO VICENTINO
AZIENDA ULSS N. 5 OVEST VICENTINO
AZIENDA ULSS N. 6 VICENZA
AZIENDA ULSS N. 7 PIEVE DI SOLIGO
AZIENDA ULSS N. 8 ASOLO
AZIENDA ULSS N. 9 TREVISO
AZIENDA ULSS N. 10 VENETO
AZIENDA ULSS N. 12 VENEZIANA
AZIENDA ULSS N. 13 MIRANO
AZIENDA ULSS N. 14 CHIOGGIA
AZIENDA ULSS N. 15 ALTA PADOVANA
AZIENDA ULSS N. 16 PADOVA
AZIENDA ULSS N. 17 MONSELICE
AZIENDA ULSS N. 18 ROVIGO
AZIENDA ULSS N. 19 ADRIA
AZIENDA ULSS N. 20 VERONA
AZIENDA ULSS N. 21 LEGNAGO
AZIENDA ULSS N. 22 BUSSOLENGO

Fig.1 Suddivisione regione veneto per Ulss e Province



In Veneto sono presenti 50 presidi ospedalieri, e solo una piccola parte di essi prevede l'assistente sociale nell'organico. È presente una certa disomogeneità tra le aziende sanitarie territoriali per quanto riguarda le dotazioni di risorse, i servizi erogati, la situazione di bilancio e, più in generale, il livello di performance, che si riflettono anche nell'organizzazione ospedaliera.

A partire dal 1 Gennaio 2017 sono state effettuate delle modifiche con l'entrata in vigore della legge regionale n.19 del 25 Ottobre 2016.

È stata messa in atto una ridefinizione dell'assetto organizzativo delle Aziende ULSS.

Al titolo III, art. 14 viene dichiarato e ridefinito l'assetto organizzativo delle Aziende ULSS alla luce dei seguenti criteri:

- a) garantire l'equità e l'universalità del sistema sanitario, erogando le prestazioni in modo appropriato ed uniforme;
- b) individuare le dimensioni ottimali delle Aziende ULSS al fine di migliorare la qualità e l'efficienza nella gestione dei servizi resi in

un'ottica di razionalizzazione e riduzione dei costi;

c) sviluppare un sistema che garantisca la trasparenza dei sistemi organizzativi, nonché la partecipazione dei cittadini;⁵⁰

d) garantire la sostenibilità economica del sistema sanitario regionale;

e) garantire la coerenza del rapporto tra volumi di prestazioni erogate, procedure sanitarie e dimensionamento delle strutture di erogazione;

f) garantire il riconoscimento delle prerogative degli enti locali in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e socio-sanitaria;

g) tenere conto della presenza nei territori delle due Aziende ospedaliere di Padova e Verona, dello IOV e dell'Azienda Zero.⁵¹

2. Alla luce dei criteri esplicitati al comma 1 del presente articolo, l'assetto organizzativo delle Aziende ULSS è ridefinito a decorrere dal 1° gennaio 2017 come di seguito indicato.⁵²

3. Le Aziende ULSS n. 2 Feltre, n. 4 Alto Vicentino, n. 5 Ovest Vicentino, n. 7 Pieve di Soligo, n. 8 Asolo, n. 13 Mirano, n. 14 Chioggia, n. 15 Alta Padovana, n. 17 Este, n. 19 Adria, n. 21 Legnago, n. 22 Bussolengo, così come denominate dalla legge regionale 14 settembre 1994, n. 56, sono soppresse.

4. A far data dal 1° gennaio 2017:

a) l'ULSS n. 1 Belluno modifica la propria denominazione in "Azienda ULSS n. 1 Dolomiti", mantenendo la propria sede legale in Belluno e incorpora la soppressa ULSS n. 2 Feltre, e per effetto della incorporazione la relativa estensione territoriale corrisponde a quella della circoscrizione della Provincia di Belluno;⁵³

b) l'ULSS n. 3 Bassano del Grappa modifica la propria denominazione in "Azienda ULSS n. 7 Pedemontana", mantenendo la propria sede legale a Bassano del Grappa e incorpora la soppressa ULSS n. 4 Alto Vicentino e per effetto della incorporazione la relativa estensione territoriale corrisponde a quella indicata nell'Allegato A) alla presente legge;⁵⁴

⁵⁰ Legge regionale n.19 del 25 Ottobre 2016 in materia di "Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero".
Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS.

⁵¹ Ibidem

⁵² Ibidem

⁵³ Ibidem

⁵⁴ Ibidem

- c) l'ULSS n. 6 Vicenza modifica la propria denominazione in "Azienda ULSS n. 8 Berica", mantenendo la propria sede legale a Vicenza e incorpora la soppressa ULSS n. 5 Ovest Vicentino e per effetto della incorporazione la relativa estensione territoriale corrisponde a quella indicata nell'Allegato A) alla presente legge;⁵⁵
- d) l'ULSS n. 9 Treviso modifica la propria denominazione in "Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana", mantenendo la propria sede legale a Treviso e incorpora le sopresse ULSS n. 7 Pieve di Soligo e n. 8 Asolo e per effetto della incorporazione la relativa estensione territoriale corrisponde a quella della circoscrizione della Provincia di Treviso;⁵⁶
- e) l'ULSS n. 10 Veneto Orientale modifica la propria denominazione in "Azienda ULSS n. 4 Veneto Orientale", con sede legale in San Donà di Piave e per effetto della incorporazione la relativa estensione territoriale corrisponde a quella indicata nell'Allegato A) alla presente legge;⁵⁷
- f) l'ULSS n. 12 modifica la propria denominazione in "Azienda ULSS n. 3 Serenissima", mantenendo la propria sede legale in Venezia e incorpora le sopresse ULSS n. 13 Mirano e ULSS n. 14 Chioggia e per effetto della incorporazione la relativa estensione territoriale corrisponde a quella
- g) l'ULSS n. 16 Padova modifica la propria denominazione in "Azienda ULSS n. 6 Euganea", mantenendo la propria sede legale a Padova e incorpora le sopresse ULSS n. 15 Alta Padovana e ULSS n. 17 Este e per effetto della incorporazione la relativa estensione territoriale corrisponde a quella della circoscrizione della Provincia di Padova;⁵⁸
- h) l'ULSS n. 18 Rovigo modifica la propria denominazione in "Azienda ULSS n. 5 Polesana", mantenendo la propria sede legale in Rovigo e incorpora la soppressa ULSS n. 19 Adria e per effetto della incorporazione la relativa estensione territoriale corrisponde a quella della circoscrizione della Provincia di Rovigo;⁵⁹
- i) l'ULSS n. 20 Verona modifica la propria denominazione in "Azienda

⁵⁵ Legge regionale n.19 del 25 Ottobre 2016 in materia di "Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero".
Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS.

⁵⁶ Ibidem

⁵⁷ Ibidem

⁵⁸ Ibidem

⁵⁹ Ibidem

ULSS n. 9 Scaligera”, mantenendo la propria sede legale in Verona e incorpora le sopresse ULSS n. 21 Legnago e ULSS n. 22 Bussolengo e per effetto della incorporazione la relativa estensione territoriale corrisponde a quella della circoscrizione della Provincia di Verona.⁶⁰

Ricerca quale tipo di organizzazione di servizio sociale ospedaliero sia presente attualmente in Italia risulta un’impresa non poco difficoltosa per i differenti modelli organizzativi di sanità presenti nel nostro Paese.

Con l’emanazione della legge 23 Dicembre 1978, n. 833 “*Il Servizio Sanitario Nazionale*” vengono individuate le Unità Sanitarie Locali (USL) come lo strumento operativo delle regioni per l’esercizio delle funzioni amministrative, delegate dallo Stato, nel campo dell’assistenza sanitaria (art. 117). Nel corso degli anni, in seguito alle riforme sanitarie determinate dal Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*” e le successive modifiche ed integrazioni apportate dal Decreto Legislativo 17 dicembre 1993, n. 517⁶¹ con la concreta applicazione dei principi di regionalizzazione e aziendalizzazione, le regioni iniziano ad operare scelte organizzative piuttosto diverse per il governo dei propri sistemi sanitari.

Con una certa sicurezza potremmo affermare che non esiste, ad oggi, un modello organizzativo unico di servizio sociale in sanità, poiché le varie aziende sanitarie elaborano proprie organizzazioni definite nei rispettivi regolamenti aziendali, in relazione sia agli obiettivi strategici dettati dalla Regione di appartenenza, con i relativi Piani Sanitari Regionali, sia dai contesti territoriali di riferimento, in relazione alle esigenze di salute della popolazione.

Oggi il Sistema Sanitario Nazionale Italiano è articolato in 21 sistemi sanitari che si differenziano da regione a regione: per esempio, la Lombardia con la forte presenza del sistema di accreditamento della sanità

⁶⁰ ⁶⁰ Legge regionale n.19 del 25 Ottobre 2016 in materia di “*Istituzione dell’ente di governance della sanità regionale veneta denominato “Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero”.* Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS.

⁶¹ Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n.517 “*Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*”

privata, le Marche con l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) o la Toscana con la Società della salute.

In uno scenario così differenziato parlare di un modello di servizio sociale professionale in ambito sanitario appare difficile. Ogni territorio si configura in base ai fattori di contesto esterni alla sanità di carattere storico, socio-economico e culturale.

Del resto però, bisogna affermare, che la presenza dell'assistente sociale all'interno delle Aziende Sanitarie Locali, e in specifico dei presidi ospedalieri, è da considerare un aspetto importante.

Come si è constatato anche nei capitoli precedenti, a livello legislativo in Italia vi è stata un'incertezza sulla rilevanza della presenza dell'assistente sociale nell'ambito ospedaliero nonostante si affermi il valore dell'integrazione tra ambito sanitario e sociale.

Tale incertezza, anche organizzativa, si è andata configurando anche all'interno della regione Veneto. Fin dall'inizio infatti, è andata definendosi come un sistema finalizzato all'integrazione sociosanitaria.

L'idea di integrare il sociale con il sanitario è stata l'opzione strategica che è venuta al legislatore veneto che, in anticipo rispetto al legislatore statale, già con la legge regionale n. 64/75, poi inserita all'interno della successiva legge regionale 15 dicembre 1982, n. 55 "*Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale*", disciplina la materia attraverso la realizzazione di un complesso di servizi sociali coordinati ed integrati sul territorio con i servizi sanitari e formativi di base e in armonia con gli altri servizi finalizzati allo sviluppo sociale.

In seguito, la regione Veneto in attuazione dell'art. 55 della legge 833/78, degli artt. 2 e 6 della legge 56/94⁶², nel rispetto dei principi fondamentali contenuti nel D. Lgs. 502/92⁶³ e in coerenza con il vigente Piano Sanitario Nazionale, ha sottoscritto il proprio *Piano Socio-Sanitario Regionale*

⁶² legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "*Norme e Principi per il riordino del Servizio Sanitario Regionale in attuazione del Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia Sanitaria", così come modificato dal Decreto Legislativo 7 Dicembre 1993, n. 517"*

⁶³ Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"*

(PSSR). Ad oggi è in vigore il PSSR approvato con la legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 *“Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del piano socio-sanitario regionale 2012-2016”*.

Il PSSR Veneto prevede tra i principi fondamentali l'integrazione socio-sanitaria, infatti si propone sempre meno una visione settoriale e parcellizzata del paziente e dei suoi bisogni, e sempre più si auspica un intervento coordinato di tutte le componenti del sistema.

L'assetto istituzionale integrato del Veneto si fonda sull'accordo programmatico, gestionale e valutativo dei Comuni, attraverso i loro organismi di rappresentanza (Conferenza dei Sindaci) e le Aziende ULSS, mediante la realizzazione del principale strumento di integrazione rappresentato dal Piano di Zona (art. 7, legge quadro 328/00). Quest'ultimo è da considerarsi un documento che raccoglie la programmazione territoriale raccordata alla programmazione regionale e destinato ai soggetti pubblici e privati del territorio che intervengono nel sistema di welfare locale.

Un altro aspetto rilevante che viene analizzato nel Piano riguarda l'integrazione tra Ospedale e Territorio, in cui si sottolinea l'importanza di creare una gestione integrata del paziente attraverso l'implementazione di modelli organizzativi atti a garantire la continuità assistenziale con un impegno coordinato ed uniforme delle risorse.

La presenza di assistenti sociali quali unici operatori sociali nelle Aziende sanitarie, è qualificante e necessaria per la realizzazione di azioni socio-sanitarie, quali: piani integrati di salute, progetti personalizzati, processi di umanizzazione dell'ospedale, commissioni integrate di accertamento e/o valutazione.

Una di queste commissioni riguarda l'*Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale* (UVMD), identificata nella Delibera della Giunta Regionale del Veneto 28 dicembre 2007, n. 4588 *“Attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali (U.V.M.D.) di cui alla DGR 3242/01 - Approvazione linee di indirizzo alle A.Ulss”* quale “strumento più idoneo a garantire e realizzare l'integrazione socio sanitaria, in quanto specifica

metodologia integrativa per i casi più complessi ed unica porta di accesso per questi ultimi alla rete integrata dei servizi”.

L’UVMD è costituita da un gruppo di lavoro multidisciplinare che riceve e analizza la domanda, valuta il soggetto in modo multidimensionale, costruisce il progetto assistenziale avvalendosi di tutta la rete dei servizi presente nel territorio, ne verifica l’esecuzione e, più in generale, promuove azioni atte ad utilizzare al meglio le risorse territoriali, ottimizzando al contempo la spesa socio sanitaria.

La valutazione viene eseguita tramite la compilazione della *Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell’Anziano* (SVAMA) in cui, con Delibera della Giunta Regionale del Veneto n. 1721/1998, sono state fissate le aree di indagine ed i relativi strumenti di valutazione. Essa si compone di una sezione sanitaria compilata dal medico di medicina generale o dal medico curante, una parte sociale affidata all’assistente sociale e di altre sezioni per gli operatori socio sanitari del distretto.

Essendo uno strumento di base, unico per tutta la regione Veneto e integrabile con altri strumenti di attuazione, facilita la comunicazione tra le parti e rappresenta la base per l’elaborazione e la verifica del progetto assistenziale individualizzato.

All’interno di tale delibera un altro aspetto innovativo è rappresentato dall’identificazione dell’*Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera* (UVMO). Tale unità si differenzia dalla precedente, per il fatto che si sottolinea la presenza dell’assistente sociale “in servizio presso il presidio ospedaliero”.

Oltre a tale menzione, la legislazione regionale non fa nessun altro riferimento a tale figura, sebbene tale professione sia presente in alcuni presidi ospedalieri veneti.

Un contesto di integrazione sociosanitaria è operativo già da tempo, soprattutto in una cornice di rapporti informali, di codici condivisi e di buone pratiche, che a livello professionale non sempre sono regolamentati da norme specifiche nelle varie regioni.

Anche laddove le leggi vi sono, si fa fatica ad applicarle, considerato che nessuna legge regionale riconosce come essenziale ed obbligatoria

l'istituzione del servizio sociale ospedaliero, lasciandolo troppo spesso alla discrezionalità delle aziende.

Le recenti linee di indirizzo del Ministero della Salute in ambito sanitario approvate il 29 ottobre 2010 “*Funzioni del Servizio Sociale Professionale in Sanità*” e inviate alla conferenza Stato Regioni per il loro recepimento, rimandano alle Regioni la potestà di dotarsi di un modello organizzativo e gestionale specifico di Servizio Sociale Professionale.

All'interno del documento del Ministero della Salute, nell'Allegato A “*Ricognizione dei servizi sociali nella sanità nei sistemi sanitari regionali*” viene analizzata la presenza strutturata dell'Assistente sociale nei servizi sanitari. Dai dati raccolti dal CNOAS è possibile fornire un quadro della situazione del servizio sociale nella sanità di tutte le regioni d'Italia. Si rileva innanzitutto una notevole e importante diversità fra le regioni sia in relazione all'emanazione della normativa inerente il servizio sociale professionale, sia alla percentuale di assistenti sociali che operano in sanità, sia all'utilizzo di deleghe da parte dei Comuni alle Aziende Sanitarie Locali.

La normativa regionale che disciplina il SSP nel Servizio Sanitario nazionale è:

- attuata in Friuli Venezia Giulia, Veneto, Piemonte, Lazio, Toscana, Marche, Puglia Calabria;
- da attuare ma normata in Liguria, Campania, Basilicata, Sicilia e Sardegna;
- non prevista in Abruzzo, Emilia Romagna, Lombardia, Umbria, Val d'Aosta, Molise e Trentino Alto Adige.

In ogni ospedale quindi, è auspicabile prevedere la costituzione di uno specifico servizio sociale organizzato e strutturato in relazione alle esigenze della singola azienda, e rispondente alle necessità di offrire interventi professionali efficaci e efficienti.

3.2 Ricerca sul servizio sociale ospedaliero in Veneto:

A fronte della disomogeneità aziendale sopra descritta, ho condotto un'indagine conoscitiva caratterizzata dall'uso di tecniche di raccolta di dati aperte e poco strutturate e da metodi di analisi dei dati basati sulla contestualizzazione e l'interpretazione.

Come molte indagini qualitative, l'*obiettivo* si è modificato durante lo svolgimento del lavoro. Inizialmente l'obiettivo della ricerca era quello di analizzare l'esistenza del Servizio Sociale nei presidi ospedalieri dislocati nel territorio regionale Veneto.

Con l'avvio della ricerca ho riscontrato alcune difficoltà nel portare avanti tale obiettivo.

In primo luogo, per la numerosità degli ospedali, circa 50 suddivisi tra strutture pubbliche e private, che ha reso complesso organizzare la ricerca nei tempi prestabiliti, e in secondo luogo, per le rilevanti differenze organizzative dei servizi sociali ospedalieri emerse nel corso delle ricerche preliminari.

Per queste ragioni, l'obiettivo della mia ricerca si è concentrato sull'esistenza del Servizio Sociale Ospedaliero e sul proprio assetto organizzativo all'interno degli Ospedali pubblici delle province Venete: Belluno, Padova, Rovigo, Treviso, Venezia, Verona e Vicenza, al fine di analizzarne peculiarità e differenze.

Ho ritenuto opportuno strutturare la ricerca in tre parti.

La prima parte ha previsto la verifica della presenza del Servizio sociale ospedaliero nelle province venete, attraverso delle ricerche nei siti internet aziendali.

In alcuni siti, in cui venivano presentati i servizi sociali ospedalieri, si potevano trovare i recapiti telefonici degli assistenti sociali impiegati per poterli contattare.

Gli altri servizi invece, sono stati contattati attraverso le informazioni e i recapiti telefonici forniti dagli uffici amministrativi ospedalieri o dai servizi sociali territoriali.

Si è rilevata così, l'esistenza del Servizio Sociale Ospedaliero nei quattro presidi delle province di Padova, Venezia, Verona e Treviso. Negli Ospedali

delle province di Belluno e Vicenza non è presente tale servizio ma viene prevista la figura dell'assistente sociale in altri settori. Solamente all'interno dell'Ospedale della provincia di Rovigo non è prevista la presenza della figura di un assistente sociale.

La seconda parte della ricerca, dopo aver contattato i servizi e ottenuto il consenso per la partecipazione all'intervista, è stato fissato un appuntamento con gli assistenti sociali presso l'Ospedale.

In base agli obiettivi dell'indagine, l'intervista si è rivelata lo strumento migliore per raccogliere le informazioni e comprendere l'assetto organizzativo del Servizio Sociale Ospedaliero.

Secondo il criterio di classificazione delle interviste, queste si suddividono in base al grado di strutturazione, cioè per il diverso grado di libertà/costrizione che viene concesso ai due attori, l'intervistato e l'intervistatore. Si distinguono tre tipi di intervista: strutturate, semi-strutturate, non strutturate.

Rispetto alla presente ricerca e agli obiettivi fissati, è stata utilizzata l'intervista semi- strutturata. Questa permette di far emergere il punto di vista dei partecipanti e non pone vincoli rispetto al modo in cui gli argomenti sono affrontati. Si parte da alcune domande di ricerca, ma si garantisce all'intervistato l'opportunità di esporre il suo punto di vista, introducendo argomentazioni anche non previste. In questo senso, le interviste semi-strutturate sono uno strumento aperto e flessibile.

La caratteristica principale di questo tipo di intervista è il fatto che l'intervistatore sia guidato da una traccia o guida (interview guide), che include una lista di domande o di aree tematiche da esplorare. Le domande utilizzate in questa ricerca sono riportate all'Allegato 133.

Tutti gli operatori contattati si sono dimostrati fin da subito disponibili a partecipare alla ricerca. All'incontro è stata inizialmente esposta brevemente la ricerca e i suoi obiettivi e chiarito che ogni tipo di informazione sarà trattata con particolare attenzione.

Le interviste, con il consenso degli assistenti sociali, sono state registrate per poter seguire attivamente l'incontro e non perdere informazioni rilevanti. Ogni intervista è stata trascritta integralmente

Infine, la terza parte della ricerca è consistita in un'analisi e in un confronto dei dati e delle informazioni rilevate durante le interviste con gli assistenti sociali. A fronte del fatto che è emersa una forte disomogeneità non solo rispetto alla collocazione dell'assistente sociale all'interno della struttura ospedaliera, ma anche rispetto all'assetto organizzativo e gestionale dei Servizi Sociali Ospedalieri.

3.3 Confronto e analisi tra i servizi sociali ospedalieri:

In fase di elaborazione delle interviste condotte con gli assistenti sociali che operano all'interno dei Servizi Sociali Ospedalieri, è stato possibile approfondire e confrontare gli aspetti organizzativi e metodologici di riferimento e le differenti esperienze di integrazione socio-sanitaria. Sono infatti emerse delle diversificazioni rispetto all'istituzione, al riconoscimento e alla valorizzazione tra i SSPO analizzati.

In primo luogo, ho ritenuto interessante analizzare la nascita del servizio sociale nei presidi ospedalieri.

È emerso che il servizio è stato istituito in tempi diversi. Dalla Tab.2 si osserva che il presidio con la presenza più vecchia di Servizio Sociale Ospedaliero è l'Azienda Ospedaliera "Borgo Trento" con l'istituzione nel 1954, mentre la più recente è avvenuta nel 1999 nell'Ospedale dell'Angelo di Mestre.

Tab. 2: Anno di Istituzione del Servizio Sociale all'interno degli Ospedali

Nome	Prov	Ulss	Anno
Azienda Ospedaliera "Borgo Trento"	VR	20	1954
Azienda Ospedaliera di Padova	PD	16	1968
Azienda Ospedaliera "Borgo Roma"	VR	20	1969
Ospedale "S. Maria di Cà Foncello"	TV	9	1976
Ospedale "Ss. Giovanni e Paolo"	VE	12	/
Ospedale dell'Angelo	VE	12	1999

Fonte: Elaborazione personale

Essendo nati in periodi diversi, durante le interviste è emerso che le

motivazioni e le esigenze alla base della loro istituzione sono state differenti. Il primo Servizio Sociale Ospedaliero, nato presso l'Azienda Ospedaliera "Borgo Trento" di Verona, è stato fondato originariamente per fronteggiare le problematiche dei dipendenti ospedalieri. Tale servizio non si rivolgeva ai bisogni sociali dei pazienti ricoverati, su cui invece si fondavano gli altri servizi.

Il cambiamento di prospettiva su cui fondare il Servizio Sociale Ospedaliero, è avvenuto in seguito ai cambiamenti legislativi attuati con il DPR 27 marzo 1969, n. 128, "Ordinamento Interno dei Servizi Ospedalieri" in cui si prevede che il compito dell'assistente sociale ospedaliero deve essere "rivolto a trattare, in collaborazione con il personale sanitario, (...) i problemi psico-sociali degli assistiti" (art. 43) e con la legge 23 Dicembre 1978, n. 833 "Il Servizio Sanitario Nazionale" che include l'assistente sociale nel personale tecnico-sanitario dei presidi ospedalieri per "favorire le connessioni funzionali con i servizi extra ospedalieri e con i servizi sociali operanti nel territorio" (art. 4).

I Servizi Sociali Ospedalieri individuati, sono situati all'interno del presidio ospedaliero, con un proprio ufficio autonomo. Nelle interviste gli assistenti sociali hanno fatto emergere come questa collocazione sia estremamente vantaggiosa.

Come specifica un assistente sociale intervistato, tale collocazione "da un punto di vista pratico, permette di muoversi con facilità tra i reparti per comunicare con il personale medico e con i pazienti, permettendo allo stesso tempo un uso proficuo del tempo, mentre, da un punto di vista professionale, permette di creare maggior vicinanza/contatto con l'equipe medica, che consente una maggior conoscenza reciproca dei ruoli professionali".

In secondo luogo, è stata analizzata l'appartenenza organizzativa dei servizi sociali all'interno dei presidi ospedalieri. Ho cercato di analizzare la dipendenza individuando tre livelli: tecnica, gerarchica e organizzativa.

La dipendenza organizzativa indica il legame con l'organizzazione aziendale; la dipendenza gerarchica indica invece quel complesso di cariche che formano i quadri direttivi, amministrativi e tecnici di un'attività organizzativa; infine, la direzione tecnica riguarda l'autonomia

professionale, indica il soggetto a cui è stato conferito il coordinamento del servizio.⁶⁴

Tab.3: Tipologie di Modelli di Dipendenza del Servizio Sociale nei Presidi Ospedalieri

Nome	Prov	Dipendenza Organizzativa	Dipendenza Gerarchica	Dipendenza Tecnica
Ospedale "S. Maria di Cà Foncello"	TV	Direzione Sanitaria	Dipartimento Medicina Interna - U.O.S. Continuità delle Cure	Coordinatore medico
Azienda Ospedaliera di Padova	PD	Direzione Amministrativa	URP – Ufficio Relazione con il Pubblico	Coordinatore medico
Azienda Ospedaliera "Borgo Trento"	VR	Direzione Medica	//	Coordinatore medico
Azienda Ospedaliera "Borgo Roma"				
Ospedale dell'Angelo	VE	Direzione Sanitaria	//	Coordinatore medico
Ospedale "Ss. Giovanni e Paolo"				

Fonte: Elaborazione personale

Nella Tab. 3, si evidenzia la forte differenziazione di modelli di dipendenza dei servizi. La Dipendenza Organizzativa risulta essere differente per quasi ogni Azienda ospedaliera, attribuendone l'incarico alla Direzione Sanitaria, Medica o Amministrativa. Per quanto riguarda la Dipendenza Gerarchica, solo alcuni SSO vengono integrati in altre unità operative, ad esempio nell'UOS Continuità delle Cure o nell'Ufficio Relazioni con il Pubblico. Si rileva invece una omogeneità dell'attribuzione della Dipendenza Tecnica in capo ad un coordinatore medico.

Da questo quadro ciò che emerge con particolare rilevanza, è che nessun modello di dirigenza rientra in capo ad una figura dell'ambito sociale. In particolare, la Dipendenza Tecnica non viene mai attribuita ad un assistente

⁶⁴ CROAS Regione Lombardia (2011), "Il Servizio Sociale nelle Aziende Ospedaliere della Regione Lombardia – Indagine relativa all'anno 2006" in I quaderni dell'ordine professionale n. 3

sociale coordinatore, sebbene venga previsto nella legge 10 agosto 2000, n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica" l'attribuzione di incarichi di dirigenza al Servizio Sociale Professionale.

Successivamente, un altro tema analizzato riguarda l'organizzazione dei servizi, intesa come la verifica delle assonanze e/o dissonanze nelle scelte programmatiche del lavoro sociale nel presidio ospedaliero, che vengono influenzate dal contesto lavorativo e dal percorso storico del servizio di appartenenza.

È interessante osservare nella Tab. 4 che il numero di assistenti sociali rilevati per ogni SSO è di n. 2 figure, ad eccezione dell'Azienda Ospedaliera "Borgo Trento" di Verona in cui in organico sono previste n. 3 figure professionali.

Il dato si riferisce agli assistenti sociali di ruolo e non di ruolo, con diversa presenza oraria nel servizio.

Tab. 4: Numero Assistenti Sociali Ospedalieri per Presidio Ospedaliero

Nome	Prov	N. Assistenti Sociali
Ospedale "S. Maria di Cà Foncello"	TV	2
Azienda Ospedaliera di Padova	PD	2
Azienda Ospedaliera "Borgo Trento"	VR	3
Azienda Ospedaliera "Borgo Roma"		2
Ospedale dell'Angelo	VE	2
Ospedale "Ss. Giovanni e Paolo"		2

Fonte: Elaborazione personale

La compresenza di due assistenti sociali risulta confacente alle esigenze e alla mole di lavoro del servizio, ad eccezione del Servizio Sociale Ospedaliero presso il Presidio ospedaliero di Padova in cui opera un assistente sociale a tempo parziale che crea delle problematiche soprattutto riguardo la suddivisione del carico di lavoro.

L'utenza a cui si rivolge il Servizio Sociale Ospedaliero, come mostra la Tab. 5, corrisponde generalmente ai pazienti ricoverati presso il presidio ospedaliero. L'Ospedale dell'Angelo e l'Ospedale "Ss. Giovanni e Paolo" di Venezia prevedono l'accesso anche ai pazienti provenienti da Strutture

sanitarie private convenzionate, secondo accordi aziendali definiti. L’Azienda Ospedaliera di Padova invece, si occupa di una determinata fascia di pazienti ricoverati, definita per fasce di età e per residenza. Tale scelta è dovuta al fatto che all’interno dell’Azienda Ospedaliera vi è la presenza del Servizio sociale nelle U.O. Pediatria e del Servizio Continuità delle Cure (SeCC), che seguono rispettivamente i pazienti con un’età inferiore a 18 anni e superiore ai 65 anni e residenti nell’Azienda Ulss 16, cosicché la fascia di pazienti restante è di competenza del Servizio Sociale Ospedaliero.

Tab. 5: Utenza del Servizio Sociale Ospedaliero

Nome	Prov	Pz ricoverati	Per fasce di età	Pz ricoverati in altro presidio	Per residenza
Ospedale "S. Maria di Cà Foncello"	TV	x			
Azienda Ospedaliera di Padova	PD	x	x		x
Azienda Ospedaliera “Borgo Trento”	VR	x			
Azienda Ospedaliera “Borgo Roma”		x			
Ospedale dell'Angelo	VE	x		x	
Ospedale "Ss. Giovanni e Paolo"		x		x	

Fonte: Elaborazione personale

Anche attraverso le interviste, ho potuto constatare che rispetto ai destinatari del Servizio Sociale Ospedaliero si può evidenziare la prevalenza di anziani, come ho rilevato nel capitolo precedente. Per questa ragione, i bisogni sociali, intesi come necessità, il cui soddisfacimento è sentito come indispensabile per il soggetto che lo manifesta, vengono evidenziati con maggior frequenza riguardano l’ambito socio assistenziale (CDR, ADI), previdenziale (contribuiti economici) e giuridico (ADS). Il destinatario dell’intervento sociale del Servizio Sociale Ospedaliero non è unicamente l’utente, ma anche il suo nucleo familiare. L’assistente sociale, essendo il paziente in una situazione di fragilità e non autosufficienza, prevede il coinvolgimento della famiglia o delle persone

di riferimento dell'utente, svolgendo la funzione di sostegno della rete formale. Essi rappresentano coloro che si trovano a dover affrontare le difficoltà della vita quotidiana post-dimissione in relazione alla condizione di bisogno, temporanea o permanente, del paziente ricoverato.

Gli assistenti sociali affermano che il coinvolgimento della famiglia e delle persone di riferimento dell'utente, è rivolta principalmente a dare la possibilità di avere uno spazio dove esternare i propri problemi, spesso di timore verso una nuova situazione, accaduta in maniera improvvisa che non si sa come gestire, per poi dargli la possibilità di riacquistare la forza per affrontare la situazione. Successivamente, li sostengono e li aiutano a gestire le dimissioni, coordinando in modo efficace le risorse familiari e territoriali, garantendo così la continuità assistenziale del paziente.

Nelle interviste è emerso che possono verificarsi delle situazioni in cui non vi sia una reale condivisione tra le esigenze del paziente e quelle dei familiari e dei medici. In questi casi è di fondamentale importanza verificare il grado di consapevolezza/comprendimento della realtà e lo stato cognitivo del paziente, trovandosi in un contesto, come quello ospedaliero in cui spesso il ricovero è connesso a bisogni psico-fisici.

Spesso il paziente risulta avere un basso livello cognitivo, e quindi i familiari devono decidere quali scelte e interventi attuare. Nei casi in cui invece, il paziente abbia un buon livello cognitivo ma viva in una situazione di non completa autosufficienza, avrà la possibilità di esprimere le proprie volontà. In queste situazioni però, si potrebbero creare delle divergenze rispetto alle esigenze dei familiari. Ciò che si dovrà mettere in rilievo, sarà il principio di autodeterminazione del paziente, secondo cui l'assistente sociale cercherà di coniugare le scelte dell'utente con le risorse derivanti dalla sua rete familiare. Ad esempio, nel caso in cui un anziano non voglia entrare in una struttura residenziale, ed i familiari non abbiano le risorse per assisterlo a domicilio, l'assistente sociale potrebbe decidere di attivare degli interventi domiciliari, per rispondere alle volontà del paziente e al bisogno di aiuto e sostegno dei parenti.

Non si tratta di fare una mediazione, ma di garantire in primo luogo il

rispetto delle volontà dell'utente, e poi delle esigenze dei parenti. Gli assistenti sociali ospedalieri infatti, convergono sul fatto che non è sempre facile conciliare le due domande, soprattutto nei casi in un cui le persone affrontano per la prima volta le difficoltà legate alla condizione di non autosufficienza di una persona, e quindi verso qualcosa di ignoto che non si sa come affrontare.

Nei casi in cui il paziente non abbia una rete familiare e sociale di riferimento, gli assistenti sociali ospedalieri si occupano di creare una rete di sostegno attraverso il coinvolgimento, tramite segnalazione, ai servizi sociali territoriali e contestualmente si procede alla richiesta di nomina dell'Amministratore di Sostegno (ADS).

Sebbene nei Servizi Sociali Ospedalieri vi sia una consistente affluenza di segnalazioni, gli assistenti sociali non creano delle liste di attesa di accesso al servizio: la durata molto breve della presa in carico, in corrispondenza ai tempi della degenza, fa sì che gli operatori debbano intervenire in breve tempo.

Per l'elevata numerosità dei casi e per rispondere in maniera adeguata alle richieste e ai bisogni che vengono segnalati, ogni Servizio Sociale Ospedaliero si è dato una propria modalità di suddivisione del carico di lavoro: per Unità Operative, per fasce di età o per ricezione della segnalazione.

Come mostra la Tab. 6, ogni servizio prevede una diversa suddivisione del lavoro, sebbene dalle interviste sia emerso che alla base vi è sempre una condivisione e una conoscenza reciproca dei casi, soprattutto quelli più complessi, da parte degli assistenti sociali.

Tab. 6: Modalità di suddivisione del carico del lavoro

Nome	Prov	Unità Operative	Fasce D'età	Ricezione segnalazione
Ospedale "S. Maria di Cà Foncello"	TV	x	x	

Azienda Ospedaliera di Padova	PD			x
Azienda Ospedaliera "Borgo Trento"	VR	x		
Azienda Ospedaliera "Borgo Roma"		x		
Ospedale dell'Angelo	VE			x
Ospedale "Ss. Giovanni e Paolo"				x

Fonte: Elaborazione personale

Le modalità di accesso al servizio avvengono, nei Servizio Sociale Ospedaliero analizzati, prevalentemente attraverso una Scheda di Segnalazione inviata dai reparti ospedalieri in cui è ricoverato il paziente. Inizialmente, la scheda veniva compilata a mano dal medico referente e inviata via fax o email.

Successivamente, questa modalità è stata sostituita nei presidi ospedalieri di Mestre-Venezia, Padova e Treviso, da una scheda di segnalazione completamente informatizzata, diventando parte integrante del sistema informativo ospedaliero. Non viene però ancora prevista, in alcun servizio, una risposta informatizzata (Tab. 7).

Tab. 7: Informatizzazione del lavoro dell'assistente sociale ospedaliero

Nome	Prov	Segnalazione Informatizzata	Segnalazione Non Informatizzata	Risposta Informatizzata	Risposta Non Informatizzata
Ospedale "S. Maria di Cà Foncello"	TV	x			x
Azienda Ospedaliera di Padova	PD	x			x
Azienda Ospedaliera "Borgo Trento"	VR		x		x
Azienda Ospedaliera "Borgo Roma"			x		x
Ospedale dell'Angelo	VE	x			x
Ospedale "Ss. Giovanni e Paolo"		x			x

Fonte: Elaborazione personale

La Scheda di segnalazione non è un documento individuato dalla Regione Veneto, ogni ospedale ha individuato la propria, sebbene vengano analizzate le medesime informazioni:

- unità operativa segnalante, medico responsabile del caso e numero del letto;
- dati anagrafici del paziente recuperati dal sistema informativo aziendale;
- data di ingresso e durata presunta del ricovero, per stimare il tempo a disposizione per organizzare il trasferimento o la dimissione;
- Medico di Medicina Generale (MMG);
- Persona di riferimento, poiché è la persona che meglio conosce il paziente e può quindi aiutare a individuare il percorso migliore;
- Stato di convivenza, indicatore fondamentale della fragilità del paziente;
- Motivo del ricovero;
- Motivo della segnalazione;
- Valutazione complessiva del paziente, dove sono brevemente descritte le condizioni generali, lo stato cognitivo, l'autonomia funzionale, la presenza di particolari condizioni o dispositivi medici che possono condizionare la gestione e il tipo di assistenza;
- Ipotesi dei bisogni e del progetto post acuzie.

La segnalazione potrebbe arrivare non solo da parte del reparto ospedaliero, ma anche dai servizi sociali territoriali che conoscono e stanno seguendo il caso. In questa circostanza l'assistente sociale ospedaliero si occuperà di aggiornare il medico responsabile del caso, facendo da tramite tra il territorio e l'ospedale.

Alcune volte, può capitare che i familiari segnalino la situazione di un proprio parente ricoverato. In questi casi l'assistente sociale, dopo aver identificato il paziente, invita i familiari a discutere con i medici responsabili del caso, i quali effettueranno le valutazioni necessarie per segnalarlo eventualmente al servizio.

Quindi, la scheda di segnalazione ha una duplice funzione:

- consente di avere una prima idea sulla situazione del paziente, per permettere

agli assistenti sociali ospedalieri, di considerare il paziente non solo da un punto di vista della patologia.

Consente anche alla base degli aspetti personali, familiari e sociali, così da individuare quanto prima eventuali criticità che potrebbero insorgere al momento della dimissione;

- permette di tenere sotto controllo le tempistiche della segnalazione, attraverso la registrazione delle date, conferendo al servizio un inquadramento di rilevanza all'interno dell'ospedale.

Quest'ultimo aspetto è nato dalla complessità riguardo la gestione del tempo sia all'interno del presidio ospedaliero, sia in relazione all'organizzazione dei servizi territoriali.

L'intervento sociale in ambito ospedaliero è scandito dalla gravità dei bisogni del paziente, ma soprattutto dai brevi periodi di degenza. Le tempistiche sono gestite dai medici, pertanto spetta principalmente a loro avviare la segnalazione in tempi brevi. Ogni Servizio Sociale Ospedaliero infatti, cerca di indurre i medici dei reparti a segnalare i casi in tempi precoci, in modo da avere più tempo per delineare i progetti post dimissione.

L'assistente sociale ospedaliero inoltre, tiene una Cartella Sociale per ogni caso preso in carico, in cui vengono conservate la relazione sociale, la segnalazione e la documentazione acquisita. È importante sottolineare che in nessun Servizio Sociale Ospedaliero è prevista la possibilità di scrivere all'interno della Cartella Clinica né riguardo l'avvio della segnalazione, né per gli interventi attuati dal servizio.

I Servizi Sociali Ospedalieri, ad eccezione di quello all'interno dell'Ospedale "S. Maria di Cà Foncello" di Treviso, si sono creati un Registro informatico interno di raccolta delle segnalazioni. Generalmente, seppur con modalità differenti, vengono registrati i dati principali del paziente e gli interventi attuati, utili per avere a disposizione il quadro generale e per elaborare delle ricerche sociali.

Nel Servizio Sociale Ospedaliero vengono effettuati dei lavori di équipe multidisciplinari, dei gruppi di lavoro in cui vengono coinvolti oltre gli assistenti sociali, i medici delle U.O., infermieri, per scambiarsi idee rispetto alla costruzione di un progetto di aiuto, in risposta a bisogni complessi del paziente-utente nel suo contesto di vita. Altre volte, gli assistenti sociali ospedalieri sono invitati a partecipare alle UVMD riguardo a casi particolarmente complessi.

Per i Servizi Sociali Ospedalieri dei presidi di Venezia e di Treviso, è inoltre prevista la partecipazione alle UVMO (Unità Valutativa Multidimensionale Ospedaliera) per gestire i casi dei pazienti ricoverati in stato di bisogno socio-sanitario che necessitano per le dimissioni di un progetto multidisciplinare, permettendogli l'accesso al sistema integrato dei servizi socio-sanitari, che richiedono un coordinamento inter-istituzionale ed integrazione dell'Essa s'inserisce nel contesto ospedaliero per rispondere alla necessità di dare risposte immediate ad eventi acuti che non sarebbero magari venuti in essere in situazioni di normalità.

I Servizi Sociali Ospedalieri costituiscono un servizio di raccordo tra l'area sanitaria e quella sociale, sia per la conoscenza dei bisogni, che per l'accesso ai servizi. Per questa ragione è utile fissare delle linee guida del percorso organizzativo del lavoro sociale, per garantire e salvaguardare la qualità degli interventi, per permettere di dare visibilità e far conoscere le funzionalità del servizio, e per dare continuità e innovazione al lavoro sociale professionale ospedaliero.

Dalle interviste condotte è emerso che solamente nell'Ospedale dell'Angelo di Mestre - Venezia e nell'Azienda Ospedaliera di Verona sono stati predisposti dei Protocolli Operativi che determinano le procedure e i compiti del servizio. Nel Servizio Sociale Ospedaliero di "S. Maria di Cà Foncello" di Treviso e dell'Azienda Ospedaliera di Padova le procedure del lavoro sociale sono stabilite alla base di una prassi operativa andata formandosi e poi consolidata negli anni.

Essa s'inserisce nel contesto ospedaliero per rispondere alla necessità di dare risposte immediate ad eventi acuti che non sarebbero magari venuti in essere in situazioni di normalità.

Dalle interviste ho potuto rilevare un percorso organizzativo simile tra i servizi, che prevede il susseguirsi delle seguenti azioni:

- Segnalazione
- Visita in reparto presso il letto del paziente e primo colloquio con il medico
- Colloquio con i familiari o persone di riferimento
- Colloquio con i medici
- Stesura del Progetto individualizzato

Un altro aspetto su cui ho ritenuto opportuno porre l'attenzione riguarda le funzioni dell'assistente sociale che si concretizzano, nell'agire sociale quotidiano, in una serie di interventi, che vanno ad assumere delle peculiarità operative in relazione al contesto in cui operano.

Tab. 8: Tipologia degli Interventi del Servizio Sociale Professionale

Nome	Prov	Segretariato Sociale	Lavoro Sociale Per Progetti Professionali	Lavoro con Protocolli d'intesa	Lavoro con i gruppi	Ricerca Sociale
Ospedale "S. Maria di Cà Foncello"	TV	x	x	x		x
Azienda Ospedaliera di Padova	PD	x	x	x		/
Azienda Ospedaliera "Borgo Trento"	VR	x	x	x		/
Azienda Ospedaliera "Borgo Roma"		x	x	x		/
Ospedale dell'Angelo	VE	x	x	x		x
Ospedale "Ss. Giovanni e Paolo"		x	x	x		x

Fonte: Elaborazione personale

Nella ricerca sono state individuate come variabili d'interesse le modalità operative e tecniche che consentono di rilevare gli elementi che contraddistinguono l'esperienza professionale dell'assistente sociale ospedaliero.

Nella Tab. 8 emerge un quadro sostanzialmente equivalente delle tipologie degli interventi. Il Servizio Sociale Ospedaliero si occupa di:

- segretariato sociale
- lavoro per progetti personalizzati, da collocare nella relazione privilegiata di aiuto ai pazienti e alle loro famiglie
- lavoro con Protocolli d’Intesa, con enti pubblici e privati
- promuove e partecipa alle ricerche sociali al fine di conoscere i problemi del territorio e per attivare e gestire un sistema informativo per la documentazione della casistica.

Non sembra essere stato attuato in nessun Servizio Sociale Ospedaliero, il lavoro con i gruppi, dovuto al setting di lavoro che non permette di gestire più persone accumulate dai medesimi bisogni, in quanto prima di tutto vivono una situazione di fragilità psico- fisica.

Il lavoro tramite i protocolli d’intesa presuppone la collaborazione con i servizi sociali territoriali. Dalle interviste sembra essere un lavoro positivo, in quanto si basa su buoni scambi comunicativi e permette di cooperare per il soddisfacimento dei bisogni del paziente dopo la dimissione dall’ospedale. Al contempo, sembra essere un lavoro problematico per la difficoltà di collaborare con i servizi territoriali per la differente gestione dei tempi, molto più lenta rispetto all’ospedale.

Tab. 9: Modelli del Servizio Sociale Ospedaliero

Nome	Prov	Modello di Rete	Modello Problem Solving	Modello Sistemico Relazionale	Modello Unitario Centrato sul Compito
Ospedale "S. Maria di Cà Foncello"	TV	x			
Azienda Ospedaliera di Padova	PD	x	x	x	
Azienda Ospedaliera "Borgo Trento"	VR	/	/	/	/
Azienda Ospedaliera "Borgo Roma"		x	x	x	x
Ospedale dell'Angelo	VE	x			
Ospedale "Ss. Giovanni e Paolo"		/	/	/	/

Fonte: Elaborazione personale

Durante le interviste con gli assistenti sociali è emerso che alla base degli interventi sociali è trasversale l'attenzione alla rete, in quanto permette di analizzare la rete formale e informale esistente, rilevanti per ricevere un aiuto, essendo un paziente ricoverato in ospedale, in una situazione di fragilità, che lo costringe a non poter dipendere solo da se stesso ma dall'aver bisogno di un sostegno esterno.

Allo stesso tempo però, all'interno dei vari Servizi Sociali Ospedalieri non si fa riferimento ad un unico modello teorico, ma vengono utilizzati altri modelli: il Modello di Problem Solving, che "ha l'obiettivo di sostenere la persona perché intraprenda un cammino di elaborazione di progetti di vita più realistici (...) per affrontare e risolvere i problemi";⁶⁵ il Modello Sistemico Relazionale, rilevante per l'attenzione che viene data al nucleo familiare come elemento che può contribuire sia a determinare il problema che a fornire risorse per la soluzione dei bisogni dell'utente; il Modello Unico Centrato sul

Compito "in cui l'AS intreccia il lavoro diretto con i singoli all'azione per l'adeguamento delle risorse, il coinvolgimento e la promozione sociale".⁶⁶

Dalle interviste emerge che gli assistenti sociali seguono diversi orientamenti operativi, che non si delineano in base all'adozione di uno specifico approccio metodologico, ma derivano da modelli creati nel corso della propria esperienza professionale, definiti "modelli di fatto". Essi sono "costituiti da un insieme di modalità e procedure che si sono consolidate nel tempo, sono derivati da un mix di possibilità, opportunità, motivazioni".⁶⁷ Tali modelli sono influenzati dalle condizioni della realtà, dalla tipologia dei servizi, dalle caratteristiche e organizzazioni del territorio e dalla presenza adeguata e autorevole di operatori.

Non vi è l'utilizzo di un esclusivo modello, ma "di fronte a una situazione da analizzare o sulla quale intervenire, (...) dopo un processo di osservazione, analisi, ascolto si ipotizza un possibile schema di riferimento (modello) che serva da guida per la riflessione sui dati della realtà

⁶⁵ Dal Pra Ponticelli M., "Modello Problem Solving" in Campanini A. (2013), *Nuovo dizionario di Servizio Sociale*, Carocci Faber, Roma

⁶⁶ Ferrario F., "Modello Unitario Centrato sul Compito" in Campanini A. (2013), *Nuovo dizionario di Servizio Sociale*, Carocci Faber, Roma

⁶⁷ Giraldo S. Riefolo E. (1996), *Il servizio sociale: esperienza e costruzione del sapere*, FrancoAngeli, Milano

analizzata, scelto in base ai contenuti della situazione, agli obiettivi che si intende raggiungere, ai principi e ai valori che guidano la pratica professionale”.⁶⁸

A fronte di questo quadro generale, ho voluto analizzare il rapporto collaborativo che si è andato ad instaurare tra il Servizio Sociale Ospedaliero e l’ambito ospedaliero. Durante le interviste l’idea generale che è emersa, è stata che tra i presidi e i servizi sociali si è creato un buon rapporto collaborativo soprattutto negli ultimi anni.

La collaborazione tra il servizio sociale e l’ospedale si basa su una cultura in via di sviluppo. Il mondo sociale all’interno dell’ambito sanitario è ancora molto limitato, ma ci si muove sempre più verso la considerazione del paziente come un’unità bio-psico- sociale.

Alla base della collaborazione, è importante la conoscenza dei caratteri e delle finalità del servizio sociale, che si raggiunge ad esempio, con la partecipazione a Convegni, pretendendo alcune organizzazioni lavorative e spazi specifici all’interno dell’Ospedale, e con la presenza di tirocinanti e volontari nel servizio.

Ad oggi si può affermare che le U.U.O.O. degli ospedali sono a conoscenza del Servizio Sociale Ospedaliero, anche se non tutti conoscono perfettamente la loro organizzazione o adottano le modalità corrette di attivazione, soprattutto a seconda dei reparti. Vi possono essere delle situazioni in cui il personale medico interpreta il servizio come un ostacolo alle dimissioni del paziente, per il fatto che il coinvolgimento del servizio può richiedere un prolungamento del ricovero, quindi non sempre viene visto come una risorsa, ma come un aumento delle problematiche. Nel corso degli anni, però secondo gli assistenti sociali, è andato aumentando il coinvolgimento del Servizio Sociale Ospedaliero. L’ambito sanitario, e quindi i medici, si rendono sempre più conto di quanto sia necessaria una segnalazione al servizio sociale per la programmazione di una dimissione difficile.

⁶⁸ Dal Pra Ponticelli M., “*Modelli di Servizio Sociale*” in Campanini A. (2013), *Nuovo dizionario di Servizio Sociale*, Carocci Faber, Roma

3.4 Realtà differenti di S.S. negli ospedali veneti:

Dalla ricerca è stato rilevato, come sopra già accennato, che non in tutte le province venete è presente il SSO.

Nell'Ospedale "Santa Maria della Misericordia" di Rovigo, nell'Azienda Ulss n. 18, dopo aver contattato gli assistenti sociali distrettuali e del Comune, è stato rilevato che non è presente nessun Servizio Sociale Ospedaliero, né un assistente sociale in altri settori.

Negli Ospedali delle province di Belluno e Vicenza invece, non è presente un Servizio sociale Ospedaliero ma viene prevista la presenza della figura dell'assistente sociale all'interno di altri settori, come qui di seguito descritti.

In primo luogo, nell'Ospedale "San Martino" di Belluno nell'Azienda ULSS n. 1, nel 1981 era stato istituito un Servizio Sociale Ospedaliero, poi soppresso nel 2006, delegando le sue funzioni al Servizio Sociale del Distretto Socio-Sanitario. Viene così creato un ufficio all'interno dell'Ospedale in cui opera un assistente sociale alle dipendenze del Distretto Socio-sanitario.

L'assistente sociale distrettuale segue i pazienti ricoverati in ospedale non autosufficienti la cui rete assistenziale risulta assente o insufficiente, e che risiedono nell'Azienda ULSS 1 di Belluno.

Prevalentemente vengono seguite persone anziane o adulti disabili, con bisogni socio- assistenziali. I reparti con cui l'assistente sociale ha maggiori contatti sono, in ordine decrescente: Geriatria, Neurologia, Pneumologia e Ortopedia.

Per quanto riguarda l'area minori e dipendenze, le U.U.O.O. devono segnalare direttamente il caso ai servizi sociali territoriali 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 funzione principale che svolge l'assistente sociale distrettuale che opera all'interno dell'ospedale è quella di occuparsi delle dimissioni protette per i pazienti ricoverati in ospedale non autosufficienti la cui rete assistenziale risulta assente o insufficiente.

L'iter operativo di tale servizio è stato delineato dal Direttore del Distretto

all'interno della Procedura Operativa aggiornata al 24 dicembre 2011, *“Il percorso integrato della presa in carico del paziente in Dimissione Protetta: Ospedale S. Martino – Servizi Territoriali Distretto 3”*.

In tale documento viene sottoscritto che l'assistente sociale distrettuale si occupa unicamente 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 coinvolta attraverso una richiesta di consulenza non informatizzata, da parte dell'U.O. di degenza del paziente.

Dopo aver recepito la richiesta, di accoglienza in struttura residenziale extraospedaliera, l'assistente sociale procede alla valutazione del caso. Sulla scorta delle informazioni acquisite, si occupa della presentazione della domanda di accoglienza: compila la

scheda SVAMA nella parte sociale e contestualmente organizza l'UVMD in sede intraospedaliera, coinvolgendo il medico incaricato per la Dimissione Protetta e il medico curante, per la condivisione del Piano Operativo. Infine cura il completamento dell'iter informatico con l'inserimento della domanda nella graduatoria per l'accoglienza residenziale.

L'accoglienza nei Centri Servizi per la residenzialità degli anziani viene gestita alla base del “Regolamento del Registro Unico delle Impegnative di Residenzialità” approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 804 del 22 agosto 2014. La documentazione dell'assistente sociale è costituita da una Scheda anagrafica contenente le informazioni utili per avere un quadro complessivo del caso: i dati anagrafici, MMG, 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; il modulo di richiesta di consulenza inviato dai reparti ospedalieri, non informatizzato ma cartaceo che viene lasciato in una cassetta presso la Direzione

Sanitaria. È un foglio a ricalco che permette di lasciare una copia all'assistente sociale e l'altra all'interno della cartella clinica del paziente. 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 SAPA. Generalmente l'assistente sociale distrettuale non prevede una presa in carico vera e propria del caso, ma svolge principalmente le funzioni di raccordo e messa in rete degli interventi con i servizi sociali territoriali, segretariato sociale, consulenza nelle U.U.O.O. ospedaliere, colloqui con i pazienti e i familiari e organizza le UVMD. Attualmente 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.

In secondo luogo, l'Ospedale di Vicenza, operante nell'Azienda ULSS n. 6 "Vicenza", non prevede un Servizio Sociale Ospedaliero, ma individua la presenza della figura dell'assistente sociale professionale all'interno dell'Unità Operativa Semplice (U.O.S.) "Centrale Operativa Territoriale" (COT).

Con il Nuovo Atto Aziendale dell'ULSS 6, approvato con Delibera n. 480 del 3 Luglio 2014, viene creata l'*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 è ancora in fase di attivazione, 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 affidata temporaneamente nella U.O.C. Cure Primarie del Distretto di Vicenza.

L’istituzione anticipata è stata richiesta fortemente dall’U.O.C. Pronto Soccorso per creare un servizio che si occupasse 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”.⁶⁹

Prima dell’attivazione di questa Unità, le UUOO ospedaliere dovevano segnalare i casi direttamente ai servizi sociali territoriali per programmare le Dimissioni Protette.

L’U.O.C. Pronto Soccorso premeva che ci fosse la presenza di un operatore sociale che si occupasse dei pazienti ricoverati in OBI che avevano delle problematiche per il rientro a domicilio, per occuparsi della loro presa in carico alla base del vigente “Protocollo per la gestione delle persone anziane in condizioni di fragilità socio sanitarie anche legate ad evenienze atmosferiche straordinarie”.

Tale protocollo, acquisito dalla COT, dispone l’ingresso del paziente in uno dei Centri di Servizi che si rendono disponibili ad accoglimenti di sollievo in emergenza della durata massima di n. 5 giorni, evitando così permanenze improprie in Pronto Soccorso. È possibile inoltre prevedere la continuità del progetto di gestione emergenza per un periodo non superiore ai 30 giorni complessivi, come forma di sostegno al paziente e alla propria

⁶⁹ Delibera n. 605, del 4/08/2014 con oggetto “Attivazione della “Centrale Operativa Territoriale” (COT) nell’Azienda ULSS n. 6 Vicenza”

famiglia.

All'interno della COT operano un Medico Geriatra, nonché responsabile dell'Unità, un Assistente Sociale, una Coordinatrice Infermieristica, un Infermiere Professionale (con funzioni da Case Manager) e un amministrativo.

L'utenza di cui si occupa l'Unità corrisponde a quella dei pazienti ricoverati all'interno della struttura ospedaliera, e prevalentemente è costituita da anziani.

La COT non ha un protocollo che definisce la procedura operativa in merito alle dimissioni protette o difficili. L'Unità viene attivata attraverso la "Scheda di Segnalazione di Dimissione Protetta" inviata via email dalle U.U.O.O. ospedaliere, che possono prevedere solamente un intervento di tipo sanitario, medico-infermieristico (ADI-MED, NAISS), non necessariamente anche sociale.

L'intervento dell'assistente sociale prende avvio quando viene riscontrata una situazione di fragilità sociale, ad esempio nei casi in cui vi è una difficoltà di rientro a domicilio.

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 dagli operatori nelle schede di reciproca competenza.

Quando l'assistente sociale recepisce la richiesta di valutazione sociale alla base del Protocollo di Emergenza o per le Dimissioni Protette, visita il paziente in reparto e fissa un colloquio con i familiari. Spesso si occupa anche di Segretariato Sociale o di aggancio ai Centri Servizio e ai servizi sociali territoriali.

La SVAMA sociale viene compilata dall'AS della COT solo nei casi in cui il paziente non sia conosciuto ai Servizi Sociali territoriali (Comune), altrimenti avrà il compito di inviare la segnalazione ai servizi territoriali di competenza.

Nell'U.O.S. COT l'assistente sociale non ha una propria cartella sociale, ma viene utilizzata una Cartella comune del servizio, in cui vi è un Diario in cui ognuno scrive e aggiorna le proprie attività.

4.RIFLESSIONI E PROSPETTIVE FUTURE RIGUARDO L'ATTUALE SERVIZIO SOCIALE OSPEDALIERO:

4.1 I mandati dell'assistente sociale ospedaliero:

Nel trovare un equilibrio tra la politica dell'ente ospedaliero e la progettualità del servizio sociale, in ordine alla promozione del benessere della persona, ritengo opportuno soffermarmi sul triplice mandato cui l'assistente sociale risponde.

Nel richiamare tale questione è importante specificare che il concetto di mandato come indica Gui, riguarda “quell'insieme di funzioni attribuite, di assegnazioni di ruolo, di attese di compito e di competenze assegnate che dovrebbero orientare e motivare gli interventi”⁷⁰ dell'assistente sociale.

Il triplice mandato racchiude il mandato professionale, istituzionale e sociale, attraverso cui si esplica l'esercizio della professione dell'assistente sociale.

Il mandato professionale indica l'insieme dei principi, valori, deontologia, metodologia e modelli di riferimento, livelli di competenza storicamente definiti dalla comunità professionale di riferimento; l'insieme degli obiettivi, delle funzioni e dei compiti compatibili con l'assetto valoriale della professione.

Il mandato istituzionale identifica il complesso delle funzioni e delle competenze assegnate, modalità e regolamenti cui l'assistente sociale deve attenersi, sulla base della normativa specifica vigente nell'Ente di appartenenza ed alla quale deve rispondere del suo operato. Ne deriva che il mandato istituzionale varia a seconda del settore d'intervento, dell'ente o del servizio in cui il professionista è inserito.

Il mandato sociale è costituito dall'insieme di norme e istanze fornite dalla legislazione nazionale e locale e dall'evoluzione degli studi e dalle ricerche in materia, che forniscono nuovi orientamenti funzionali a rispondere ai bisogni della società. Rappresenta quindi, le indicazioni di ciò di cui la comunità necessita e ciò che richiede attraverso la domanda (sociale)

⁷⁰ Gui L. (2004), “*Le sfide teoriche del servizio sociale. I fondamenti scientifici di una disciplina*”, Carocci Faber

recepita dal sistema normativo.

I tre mandati interagiscono reciprocamente ed è importante che trovino una sintesi che recuperi l'equilibrio tra gli atteggiamenti e i comportamenti professionali, tra le richieste giuridico-normative dell'ente di appartenenza e i bisogni e aspettative degli utenti.

L'esistenza di un triplice mandato produce un incremento della complessità dell'azione professionale, dovuta al fatto che i mandati non sempre coincidono. Si possono creare dei conflitti riguardo la lealtà nei confronti dell'organizzazione che va a sommarsi a quella per la professione, generando scontri a causa della contrapposizione possibile tra decisioni che poggiano sul principio dell'efficienza e quelle orientate dai valori sociali. Infine, i conflitti potrebbero riguardare gli interessi e i doveri connessi al mandato professionale e a quello sociale (tutela dei diritti) e non necessariamente coincidenti con quelli dell'ente (organizzativi, politici, finanziari): ad esempio, il mandato istituzionale che chiede di realizzare interventi assistenzialistici standardizzati, si oppone al mandato professionale che orienta l'azione verso la promozione del cambiamento in termini personalizzati.

Alcuni assistenti sociali con cui ho condotto l'intervista hanno fatto emergere che la difficoltà di coniugare il mandato professionale con quello istituzionale si ripercuote nel lavoro sociale, creando delle aspettative erranee sul servizio non solo da parte di altri operatori ma anche dei familiari stessi, determinando l'esigenza di assumersi la responsabilità di farsi conoscere.⁷¹

4.2 Le criticità del lavoro di assistente sociale in Ospedale:

Nella realtà operativa quotidiana dell'assistente sociale nell'ambito ospedaliero, cui stiamo trattando, ci si può spesso imbattere in situazioni che creano delle contrapposizioni tra i mandati, causate da alcuni nodi problematici. Nel corso delle interviste condotte con gli assistenti sociali ospedalieri sono emerse queste complessità e come potrebbero essere affrontate per migliorare la qualità del servizio.

⁷¹ Gui L. (2004), "Le sfide teoriche del servizio sociale. I fondamenti scientifici di una disciplina", Carocci Faber

In primo luogo, vi sono quelle difficoltà che sorgono dall'attività quotidiana.

Un elemento di criticità riguarda la pluralità di bisogni derivante dall'ampiezza delle tipologie di richiesta: consulenze assistenziali o previdenziali, interventi di emergenza sociale, consulenza tecnica con l'autorità giudiziaria.⁷² La non settorializzazione dell'intervento sociale, in un ambiente fortemente specializzato come quello ospedaliero, da alcuni viene interpretato come assenza di competenze. Un ulteriore punto di debolezza è determinato dalla carenza di documentazione professionale, che non fa emergere nella sua complessità e varietà, il lavoro svolto dall'assistente sociale.

Rispetto alla difficoltà di conoscere la molteplicità delle patologie dei pazienti ricoverati, e porle in relazione alla loro situazione sociale, gli assistenti sociali ospedalieri non hanno riscontrato delle problematiche rilevanti nella gestione del caso, in quanto facilmente assimilabili nel corso dell'esperienza professionale.

L'assistente sociale da un lato ha a che fare con un numero limitato di patologie, dall'altro lato il lavoro sociale implica il confronto non tanto con la patologia bensì con alcuni temi di base: il dolore del paziente e del nucleo familiare, la vecchiaia e la morte.

Il secondo elemento riguarda il tempo. All'interno dell'ospedale vi è l'esigenza di avviare e concludere efficacemente l'intervento globale nei tempi di degenza, anche per garantire risposte adeguate ad eventuali esigenze di continuità terapeutica.

L'intervento sociale si colloca all'interno di uno spazio temporale definito dall'organizzazione sanitaria ed è scandito da brevi periodi di tempo. All'azione dell'assistente sociale viene richiesta una grande rapidità e precisione, nonché un'estrema abilità nell'analisi della richiesta, nel mettere a fuoco il problema, nel valutarlo con l'utente,⁷³ nell'ipotizzare un progetto d'aiuto, nell'attivare e gestire le risorse atte a realizzarlo, proprie del paziente e del territorio.

⁷² Brizzi L., Cava F. (2003), "L'integrazione socio-sanitaria. Il ruolo dell'assistente sociale", Carocci Faber, Roma

⁷³ Brizzi L., Cava F. (2003), *L'integrazione socio-sanitaria. Il ruolo dell'assistente sociale*, Carocci Faber, Roma

L'assistente sociale ospedaliero non può permettersi dei programmi di azione distribuiti su un lungo periodo. Il suo intervento in generale termina al momento della dimissione del malato. I problemi sociali tuttavia, sono raramente risolti in un periodo così breve, e ciò rappresenta la difficoltà tipica di questo lavoro. Spesso infatti, i dimessi continuano a rivolgersi per periodi molto lunghi all'assistente sociale ospedaliero.

L'ospedale è la struttura che per definizione è chiamata a rispondere nell'immediato a manifestazioni patologiche o traumatiche acute che richiedono il ricovero e rappresentano un momento di crisi per il paziente.

I medici abitualmente, trattano rapidamente i casi, ed essi si aspettano lo stesso dagli assistenti sociali, i quali non sempre possono agire rapidamente, non dovendo occuparsi soltanto di situazioni oggettive, ma anche soggettive del paziente.⁷⁴

Gli assistenti sociali nella sanità collaborano coi colleghi dell'Ente Locale, convinti per primi che l'integrazione indispensabile fra sociale e sanitario generi salute e benessere: in alcune situazioni si tratta di consultazione reciproca, in altre di vera e propria collaborazione tecnica su casi multiproblematici, in altre ancora sono presenti tavoli di consultazione e protocolli operativi fra servizi, in genere promossi proprio dagli assistenti sociali. Oltre a problemi all'interno dell'azienda, gli assistenti sociali riscontrano delle criticità nella gestione dei tempi con il territorio. Quest'ultimi hanno un'amministrazione del lavoro meno veloce rispetto l'ospedale, ciò crea una disfunzione nella gestione dei casi segnalati, soprattutto quelli provenienti dagli assistenti sociali dei presidi ospedalieri, producendo un rallentamento dell'intero servizio.

In terzo luogo, vi sono le difficoltà che riguardano generalmente i rapporti professionali. Il medico è abituato a prendere decisioni senza interpellare il malato, questa forma di autorità non è conciliabile con la funzione dell'assistente sociale, il quale invece deve tener conto della personalità, dei desideri e delle possibilità del paziente, quindi affiancarlo in questo periodo

⁷⁴ Gui L. (2004), *Le sfide teoriche del servizio sociale. I fondamenti scientifici di una disciplina*, Carocci Faber

di fragilità.

L'assistente sociale è la sola figura nell'ospedale la cui professione non riguarda la medicina. Per la natura della professione sociale, è isolata dal resto dell'equipe, e quindi la sua posizione non è ben determinata e a livello gerarchico difficile da stabilire.

Il medico è generalmente colui che segnala il maggior numero dei casi all'assistente sociale, è quindi necessario ch'egli conosca i caratteri e le finalità del lavoro sociale e la persona che lo svolge.

Uno dei compiti più difficili per l'assistente sociale è quello di definire il suo lavoro e di far comprendere il proprio ruolo: è importante far capire ai medici che l'assistente sociale presta dei servizi altrettanto specializzati e precisi, se pure differenti dagli altri membri dell'ospedale.⁷⁵ E' compito dell'assistente sociale imporre una concezione precisa del suo ruolo e non ai medici di investirlo della funzione che a loro conviene.

Gli assistenti sociali intervistati hanno fatto emergere la difficoltà di un riconoscimento professionale, essenziale per la qualità del servizio all'interno dell'azienda.⁷⁶ Come afferma un assistente sociale intervistata, è essenziale partire prima di tutto dal riconoscimento del ruolo e delle funzioni dell'operatore sociale, prima di pensare al miglioramento del servizio, in quanto se non lo si conosce non è possibile prevederne un suo miglioramento.

Alla base di queste riflessioni, l'assistente sociale è quindi tenuto a vigilare costantemente sulla coerenza tra i mandati, ma occorre tenere presente che, come

assistente sociale, il primo mandato a cui bisogna attenersi è quello professionale, che andrà successivamente coniugato con quello istituzionale (dell'ente di appartenenza).

In conclusione, il Servizio Sociale Ospedaliero per creare la connessione tra la mission aziendale e i principi propri della professione, deve far leva su alcuni valori cardini:

- la centralità della persona

⁷⁵ Brizzi L., Cava F. (2003), *L'integrazione socio-sanitaria. Il ruolo dell'assistente sociale*, Carocci Faber, Roma

⁷⁶ Gui L. (2004), *“Le sfide teoriche del servizio sociale. I fondamenti scientifici di una disciplina”*, Carocci Faber

- l'approccio globale al malato
- il concetto di salute inteso come benessere psico fisico e sociale e non meramente l'assenza di patologia.

La medesima attenzione per la persona nella sua unicità e dignità, per un approccio globale, che difende l'integrità umana e ne valorizza le potenzialità pur nella malattia, deve giungere sia da parte dell'azienda che produce servizi per la salute della persona (qual è l'ospedale), che dal servizio sociale.

4.3 Prospettive future sul Servizio Sociale ospedaliero:

Alla base dello scenario attuale dell'assistente sociale nei presidi ospedalieri, l'intervista si è conclusa domandando quale potrebbe essere il ruolo di tale servizio nel futuro.

Le risposte sono state differenti. Alcuni hanno supposto la sua graduale eliminazione, sebbene si pensi impossibile credere ad un ospedale che ne possa fare a meno. Altri invece, hanno ammesso la speranza che il Servizio Sociale Ospedaliero venga ampliato: migliori l'organizzazione, la collaborazione con le figure professionali e la presa in carico dei ricoverati, in virtù del principio che "la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia e di infermità".⁷⁷

Oltre alle prospettive future riguardanti generalmente la presenza/assenza dell'assistente sociale, sono emerse delle idee sugli aspetti innovativi che si pensa potrebbero essere perseguiti nell'ambito del servizio sociale ospedaliero.

Degli assistenti sociali hanno considerato l'idea di un'evoluzione del servizio sociale ospedaliero basato sull'accompagnamento dell'utente fin dal momento del ricovero, e non più dall'accoglimento della segnalazione, per permettere una presa in carico tempestiva, migliorando l'analisi della situazione e dei bisogni del paziente.

⁷⁷ Conferenza Internazionale sulla promozione della salute 17 – 21 Novembre 1986, Ontario - Canada, *Carta di Ottawa*

Tale idea si basa sull'importanza di organizzare le dimissioni dall'ingresso della persona in ospedale: al momento del ricovero è necessario eseguire un'anamnesi della situazione clinica ma anche sociale del paziente, per evidenziare tempestivamente le problematiche che potrebbero insorgere al momento delle dimissioni.

Altri assistenti sociali hanno considerato l'idea sull'importanza di attribuire all'assistente sociale l'incarico di dirigenza, come già previsto dalla normativa italiana.

La legge 10 agosto 2000, n. 251 "*Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*", all'art. 7 sancisce la possibilità che le aziende Sanitarie e Ospedaliere istituiscano il Servizio Sociale Professionale e affidino l'incarico dirigenziale a professionisti Assistenti Sociali.

Le recenti linee di indirizzo del Ministero della Salute in ambito sanitario approvate il 29 ottobre 2010 "*Funzioni del Servizio Sociale Professionale in Sanità*" e inviate alla conferenza Stato Regioni per il loro recepimento, rimandano alle Regioni la potestà di dotarsi di un modello organizzativo e gestionale specifico di Servizio Sociale Professionale⁷⁸.

Come prevedono gli artt. 1 e 7 della legge 251/00, il Servizio Sociale Professionale va istituito e posto in staff alla Direzione di Azienda, Aziende sanitarie locali (Asl), Aziende ospedaliere, altre strutture sanitarie pubbliche e private, in rapporto alla tipologia dell'Ente, attraverso la costituzione di strutture dirigenziali operative di Servizio Sociale Professionale. In queste strutture afferisce il personale appartenente al profilo professionale e personale di supporto, pertanto è strategico prevedere la figura dirigenziale dell'assistente sociale nell'ambito del Servizio sociale professionale.

Nel 2009 è stato organizzato un Convegno su "L'assistente sociale in azienda ospedaliera: dentro il sistema di cura, per la continuità assistenziale" tenutasi a Milano e Bologna, durante il quale si intendeva mettere in luce il senso dei recenti cambiamenti che hanno coinvolto i

⁷⁸ Ministro della Salute (2010), *Funzioni del servizio sociale professionale in sanità*, Documento Tavolo tecnico, Ministro della Salute, Roma

sistemi con cui interagisce l'assistente sociale, i possibili modelli organizzativi che fanno da sfondo alla complessità che caratterizza il suo lavoro in ospedale.

Nel corso del Convegno, Franca Dente, assistente sociale specialista ed ex Presidente CNOAS, ha fatto emergere l'importanza dell'attuazione della legge 251/00 per il riconoscimento della figura dell'operatore sociale come dirigente, affermando "la convinzione che l'istituzione di una area sociale o socio-sanitaria con l'affidamento della responsabilità a chi di integrazione se ne intende, cioè ad assistenti sociali, costituirebbe sicuramente, se venisse realizzata, un valore aggiunto"⁷⁹.

Ad oggi però, tale normativa sulla disciplina del Servizio Sociale Professionale con l'incarico di dirigenza, non risulta essere stata percepita da tutte le regioni. All'interno del documento del Ministero della Salute, nell'Allegato B "Riferimenti normativi e contrattuali", ne viene analizzata l'attuazione.

Alla base dei dati raccolti dal Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali è possibile osservare la situazione complessiva nelle diverse regioni:

- Regioni dove è prevista la dirigenza: Friuli Venezia Giulia, Toscana, Lazio, Puglia, Basilicata, Sicilia, Liguria
- Regioni dove è prevista la posizione organizzativa: Marche, Piemonte
- Regione dove non sono previste funzioni dirigenziali: Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Veneto, Lombardia, Emilia Romagna, Umbria, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sardegna

Alcuni esempi di come alcune regioni hanno attuato la legge 251/00:

- la regione Lazio, l'Assessorato alla Sanità ha emanato una circolare prot. 563 del 9 dicembre 2005 in cui prevede l'istituzione di specifici servizi, diretti da dirigenti delle stesse aree, tra cui il servizio Sociale Professionale, contestualmente istituendo una Commissione regionale sul Servizio Sociale Professionale in Sanità per risolvere i nodi critici che ne derivassero;

⁷⁹ Dente F. (2009), "L'assistente sociale nell'Azienda ospedaliera" da sito www.cnoas.it

- la regione Puglia (artt. 12 e 14 L.R. 25/06⁸⁰ e art. 34 L.R. 26/06⁸¹) ha inserito il

Servizio Sociale Professionale anche a livello aziendale e previsto la figura di dirigente di servizio sociale;

- il Friuli Venezia Giulia ha emanato la recente legge 16 maggio 2007, n. 10 “Disposizioni in materia di valorizzazione dell’ambito del servizio sanitario regionale delle professioni sanitarie e dell’assistente sociale in materia di ricerca e conduzione di studi clinici nonché in materia di personale operante nel sistema integrato di interventi e di servizi sociali”.

Non è sufficiente quindi, aver previsto nell’art. 7 della legge 251/00 l’istituzione del Servizio Sociale Professionale con l’incarico di dirigenza perché, da un lato non c’è stata una sua attuazione a livello nazionale, dall’altro lato perché da tale normativa non è disceso un modello organizzativo dell’area sociale nato dall’alto e disceso nelle varie articolazioni dipartimentali e distrettuali, in cui il servizio sociale svolge le proprie competenze a tutela dell’integrazione socio-sanitaria, che parte dall’Azienda e sfocia nei

piani di zona e ritorna nell’azienda assicurando una rete, un’integrazione e una continuità assistenziale.⁸²

Infine, altri assistenti sociali hanno idealizzato l’importanza di creare un coordinamento dei Servizi Sociali Ospedalieri come già realizzato ad esempio, nella regione Lombardia.

Nel 2009, nell’ambito dell’attività programmatica dell’Ordine professionale degli Assistenti Sociali della Lombardia, è nato il coordinamento dei Servizi Sociali delle Aziende Ospedaliere Lombarde denominato “Rete dei Servizi Sociali Professionali Ospedalieri” (Re. SSPO).

Tale rete è costituita dagli assistenti sociali operativi nell’area d’intervento professionale ospedaliera ed indica “lo spazio di elaborazione di strategie atte a promuovere lo sviluppo della professione nelle sue nuove dimensioni organizzative, metodologiche, culturali e scientifiche,

⁸⁰ legge Regionale 3 agosto 2006, n. 25 “*Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale*”

⁸¹ legge Regionale 9 agosto 2006, n. 26 “*Interventi in materia sanitaria*”

⁸² Dente F. (2009), “L’assistente sociale nell’Azienda ospedaliera” da sito www.cnoas.it

favorendo lo scambio di informazioni e di progetti anche attraverso il web, nei servizi ospedalieri e psichiatrici”.⁸³

Questo progetto ha le sue radici nella costituzione di un gruppo di lavoro “Intervento professionale nell’area ospedaliera e psichiatrica”. Negli anni il gruppo ha lavorato con riflessioni sui principali nodi problematici, affrontando le criticità emerse e ha costruito connessioni stabili tra operatori, che hanno facilitato il confronto, il passaggio di informazioni e le conoscenze reciproche.

La realizzazione di una rete di Servizi Sociali Ospedalieri anche per la regione Veneto sarebbe utile al fine di:

- creare partecipazione allargando le maglie istituzionali;
- connettere le esperienze e le risorse materiali e immateriali;
- generalizzare le azioni professionali;
- produrre riflessioni scientifiche e essere luogo di formazione continua e permanente;
- promuovere l’immagine professionale e le possibilità di riconoscimento contrattuale;
- tutelare i cittadini garantendo la qualità del professionista assistente sociale che è il principale garante dell’accesso al sistema di welfare.

Solo successivamente, si potrebbe prevedere anche la stesura di “Linee guida” per un efficace ri-organizzazione dei servizi sociali nelle realtà ospedaliere venete (struttura organizzativa, ruoli, compiti e funzioni), in modo da rendere visibile e riconoscibile il suo specifico apporto nel sistema sanitario veneto, definendo i ruoli di responsabilità degli assistenti sociali negli ospedali.

4.4 La continuità assistenziale e le dimissioni protette in Ospedale:

⁸³ “Re.SSPO Rete dei Servizi Sociali Professionali Ospedalieri. Buone prassi, normativa d’area e modelli organizzativi dei servizi sociali professionali nella realtà ospedaliera lombarda.” in I quaderni dell’ordine professionale n. 3, Regione Lombardia, 2011

Il concetto di continuità assistenziale esprime un principio guida per l'organizzazione dei servizi sociosanitari, e quindi anche per gli ospedali. La scelta di un appropriato regime assistenziale, quale prosecuzione della fase post-acuta, ed un efficace coordinamento delle attività sanitarie e socio-assistenziali dopo la dimissione, permettono la riduzione di inappropriati prolungamenti della degenza ospedaliera, nonché di ricoveri ripetuti.⁸⁴

È auspicabile quindi, che il lavoro dell'assistente sociale ospedaliero si concretizzi intorno al concetto di continuità assistenziale, che “sintetizza quel sistema di offerta orientato ad assicurare alla popolazione la disponibilità continua e organizzata dei servizi, in base alle necessità che si vengono ad evidenziare, nonché a erogare, per le diverse fasi di malattia, le migliori cure disponibili che devono dimostrarsi appropriate, coordinate e compatibili con l'economicità del sistema”⁸⁵.

Nel “Nuovo Dizionario di Servizio sociale” si afferma che la continuità assistenziale può svilupparsi in tre direzioni:

- 1- la continuità temporale dei servizi e del personale sanitario, corrispondente a una risposta tempestiva e competente alle richieste urgenti di aiuto e intervento;
- 2- la continuità terapeutica del trattamento, con l'attivazione di un sistema di azioni, successive e consequenziali al ricovero ospedaliero sul singolo episodio acuto, finalizzate ad accompagnare la cura della patologia senza mai interrompere il sistema assistenziale;
- 3- la continuità di coordinamento, quale integrazione tra i diversi contesti propri del sistema di prestazioni e servizi per la realizzazione di percorsi integrati tra cure primarie (del territorio), secondarie e terziarie (del sistema ospedaliero) e degli interventi sociali.

La continuità assistenziale per l'assistente sociale ospedaliero esplicita un processo di trasformazione che si traduce “nel passaggio da un sistema che si focalizza sulla malattia intesa come fatto patologico e che pone al centro la funzione riparativa del centro ospedaliero, a un sistema che

⁸⁴ Bellotto B. “*Continuità Assistenziale*” in Campanini A. (2013), *Nuovo dizionario di Servizio Sociale*, Carocci Faber, Roma

⁸⁵ Bellotto B. “*Continuità Assistenziale*” in Campanini A. (2013), *Nuovo dizionario di Servizio Sociale*, Carocci Faber, Roma

recupera un'accezione più ampia di salute, data dall'integrazione degli aspetti biomedici con tutte le altre variabili sociali".⁸⁶

La continuità assistenziale ha, nella maggior parte dei casi, una forte connotazione sociale, dovuta alla fragilità non solo del soggetto ma anche del contesto familiare e relazionale di supporto alla vita quotidiana. Essa si intreccia infatti, con il processo della dimissione protetta volto ad accompagnare la persona per garantirgli un filo continuo tra l'ingresso in ospedale e le dimissioni a domicilio o in Centri Servizi, favorendo l'integrazione tra Servizi Sociali e sanitari.

La "dimissione protetta" indica "il meccanismo di tutela della persona "fragile", a rischio, sia per le condizioni di salute che per la mancanza di adeguato supporto sociale e/o inadeguatezza socioeconomica"⁸⁷.

Si attua quando, nel corso della degenza ospedaliera, emergono problematiche di natura socio-sanitarie tali da rendere difficile l'ordinaria dimissione a domicilio:

- solitudine, situazioni di disagio e/o emarginazione sociale
- abitazioni inadeguate (presenza di barriere architettoniche, cura inadeguata del domicilio)
- totale o parziale assenza di rete familiare
- convivenza con un caregiver fragile (coniuge anziano, figlio/a disabile)
- difficoltà da parte del paziente e della famiglia nell'affrontare una condizione di salute, differente da quella precedente il ricovero.

La dimissione protetta permette di pianificare e segnalare tempestivamente il caso all'assistente sociale del territorio. Si aprono così una serie di contatti tra Ospedale, territorio e famiglia del paziente, in cui l'assistente sociale ospedaliero si interfaccia con essi per una valutazione congiunta, fondamentale ai fini dell'individuazione della soluzione assistenziale più adeguata.

Il percorso è strettamente rivolto ad una presa in carico globale del

⁸⁶ "Re.SSPO Rete dei Servizi Sociali Professionali Ospedalieri. Buone prassi, normativa d'area e modelli organizzativi dei servizi sociali professionali nella realtà ospedaliera lombarda." in I quaderni dell'ordine professionale n. 3, Regione Lombardia, 2011

⁸⁷ Corbucci S. A., Bresci L. L. "Servizio sociale e dimissioni protette per le persone anziane non autosufficienti", in Giornale di Gerontologia, Numero 5, Volume LVI, 2008

paziente/utente da parte della rete dei servizi per garantire un approccio unitario centrato sulla persona portatrice di bisogni e di risorse reali e/o potenziali.

Particolarmente rilevante nelle dimissioni protette è la relazione tra più soggetti: operatori sociali, sanitari, famiglia, volontariato che devono agire in forma integrata in un'ottica di rete.⁸⁸

Precondizione indispensabile per attivare la dimissione protetta è la valutazione della capacità della famiglia a prendersi cura del proprio congiunto, che esegue l'assistente sociale (dell'Ospedale o del Distretto o dell'Ente locale).

I punti di forza riscontrabili delle dimissioni protette, riguardano il favorire la crescita dell'integrazione socio-sanitaria, la condivisione dei percorsi di assistenza tra la struttura sanitaria e il contesto sociale di vita dell'utente, e rendere più visibile e apprezzabile il ruolo del servizio sociale in ambito sanitario. Al contempo si possono riscontrare delle criticità, legate alla difficoltà di gestire i tempi per il passaggio dei casi dall'ospedale al territorio e alla forte attenzione del comparto ospedaliero alla patologia e alla sottovalutazione delle problematiche sociali.

5.CONCLUSIONI:

⁸⁸ Bellotto B. “*Continuità Assistenziale*” in Campanini A. (2013), *Nuovo dizionario di Servizio Sociale*, Carocci Faber, Roma

La mia riflessione sul ruolo dell'assistente sociale ospedaliero è avvenuta nel corso della mia esperienza di tirocinio all'interno del Consultorio Familiare di Chirignago e mi ha portato a condurre una ricerca e un'analisi sulle esperienze del Servizio Sociale nell'ambito ospedaliero.

La figura professionale dell'assistente sociale in ambito sanitario si colloca spesso in aree di confine, tra dimensioni diverse: dentro e fuori l'ospedale, il sanitario e il sociale. L'intervento sociale è in sinergia con il progetto di salute che deve tenere conto dell'attivazione delle risorse interne ed esterne all'ospedale e dei processi di comprensione tra servizi e professionisti.

Quando il paziente nel momento del bisogno si rivolge all'ospedale e richiede l'intervento dell'assistente sociale, questi attraverso la ricostruzione del quadro familiare ed ambientale del paziente, configura la rete formale ed informale implicata nella cura, determinando i presupposti per un intervento socio-sanitario reale.

All'interno dell'ospedale l'assistente sociale è un "operatore di rete", per l'attitudine e la predisposizione a creare collaborazioni con operatori diversificati, con i quali sviluppare progetti condivisi per l'utente, e per l'orientamento alla costruzione di relazioni per la risoluzione di situazioni di disagio.

Nel corso della tesi è emerso che nelle modalità operative dell'assistente sociale si può osservare una promozione di un nuovo modello di sanità: un ospedale non come una realtà autoreferenziale, ma una realtà che promuove "occasioni di cura" (to cure) ma anche "percorsi di cura" (to care). L'integrazione di questi due aspetti è molto importante, in quanto consente di prendere in carico l'individuo all'interno del suo sistema sociale e di approcciarsi alla malattia come disfunzione fisica ed emotiva.

In base ad alcune caratteristiche operative dell'assistente sociale ospedaliero, identificate nel corso della ricerca, emerge con chiarezza:

1. Come l'ospedale modella l'intervento degli assistenti sociali;
2. Come il loro intervento spesso assuma i tratti della tempestività e urgenza dell'intervento medico
3. Come l'assistente sociale si configuri come un catalizzatore delle domande e dei bisogni a cui il medico non sa, non può, o non ritiene

opportuno rispondere.

4. Come spesso all'assistente sociale viene lasciata in carico la dimensione del non guaribile che viene così spinta oltre il limite dell'intervento medico.

Un altro aspetto analizzato, attraverso la ricerca e l'analisi delle interviste agli assistenti sociali, è l'approfondimento della conoscenza del Servizio Sociale Ospedaliero.

Ogni servizio sociale presenta delle differenze nelle scelte programmatiche del lavoro che interessano vari aspetti: la tipologia dei modelli di dipendenza lavorativa, il numero di assistenti sociali impiegati, la tipologia di utenza, la modalità di suddivisione del carico di lavoro, il livello di informatizzazione della documentazione professionale e la tipologia delle funzioni svolte dall'assistente sociale ospedaliero.

Non esiste un modello organizzativo unico e condiviso di Servizio Sociale Ospedaliero, ma ogni Azienda Ospedaliera decide sulla presenza/assenza del servizio e sulla sua organizzazione.

Sebbene vi siano tali diversificazioni organizzative, gli assistenti sociali ospedalieri hanno fatto emergere delle problematiche e delle aspettative condivise, che ho riscontrato direttamente anche nel corso del tirocinio formativo di Laurea magistrale condotto all'interno del Servizio di Continuità delle Cure Ospedale – Territorio presso l'Ospedale all'Angelo di Mestre – Venezia.

La complessità lavorativa è il contesto in cui opera generalmente l'assistente sociale ospedaliero. In primo luogo, caratterizzato dalla disomogeneità organizzativa tra i servizi che crea dei problemi di gestione da parte degli altri operatori. Tra gli assistenti sociali è diffusa l'idea che vi sia la difficoltà di far comprendere il proprio ruolo professionale, che determina a sua volta la mancanza di un riconoscimento professionale.

In secondo luogo, è determinato dallo spazio temporale di intervento all'interno dell'ospedale che è molto breve, ed influenza fortemente l'agire professionale. I problemi sociali degli utenti richiedono dei programmi di azione distribuiti su un lungo periodo di tempo. Per far fronte a tale difficoltà, emerge l'importanza di creare un collegamento con i servizi

sociali del territorio, per garantire la continuità assistenziale del paziente, quale principale obiettivo del servizio sociale ospedaliero.⁸⁹

Per migliorare il lavoro dell'assistente sociale ospedaliero è importante ripensare alla professione in termini più complessivi, rispetto alle collocazioni funzionali ed organizzative all'interno dell'azienda ospedaliera,⁹⁰ in modo da essere più partecipe alla pianificazione e al coordinamento delle strategie d'intervento.

Implementare l'immagine del servizio sociale all'interno degli Ospedali significa integrarlo nella cultura operativa ospedaliera, conservandogli comunque un livello di autonomia e di soggettività professionale. L'area sociale, come l'area medica, esige l'individuazione della professionalità centrale del proprio intervento e lo studio sull'azione del Servizio Sociale Ospedaliero non deve essere lasciato all'interpretazione dei tanti soggetti che operano nel contesto socio-assistenziale.

In conclusione bisogna soffermarsi dunque sul ruolo del servizio sociale ospedaliero nei confronti della persona vista nella sua complessità e nella sua totalità, non vedendo solo l'aspetto della malattia, riconsiderare quindi tutti gli aspetti che la rappresentano.

In questo senso Letizia Espanoli, esperta di ricerca per migliorare la qualità, l'assistenza e la cura dei malati ci da uno sguardo che va oltre la mera condizione della loro malattia.

Un paziente coinvolto assume sempre di più il ruolo di protagonista attivo della propria salute e del proprio benessere; pertanto è essenziale un'efficace interazione tra il cittadino/paziente e l'operatore sanitario, attori fondamentali nel percorso di diagnosi e cura.

Il coinvolgimento attivo del paziente, la condivisione del proprio piano di cura e assistenza con il medico, il *feedback* che il paziente attiva sulla qualità dei servizi, concorrono a realizzare efficacemente il principio della centralità della persona.

Anche a livello europeo il concetto di coinvolgimento, contenuto nel più

⁸⁹ "Re.SSPO Rete dei Servizi Sociali Professionali Ospedalieri. Buone prassi, normativa d'area e modelli organizzativi dei servizi sociali professionali nella realtà ospedaliera lombarda." in I quaderni dell'ordine professionale n. 3, Regione Lombardia, 2011

⁹⁰ "Re.SSPO Rete dei Servizi Sociali Professionali Ospedalieri. Buone prassi, normativa d'area e modelli organizzativi dei servizi sociali professionali nella realtà ospedaliera lombarda." in I quaderni dell'ordine professionale n. 3, Regione Lombardia, 2011

generale principio dell'*empowerment*, è richiamato nel “Programma di azione comunitaria in materia di salute pubblica (2008- 2013)”, in cui la partecipazione e l’influenza dei cittadini sui processi decisionali di assistenza, cura e riabilitazione costituiscono i valori su cui si fonda la strategia sanitaria.⁹¹

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,⁹² grazie alla specificità professionale insita nella formazione dell’Assistente Sociale¹ ed alla capacità propria della professione a mettere in connessione tutti i settori del welfare.

ALLEGATO 1:

Intervista all’Assistente Sociale ospedaliero

⁹¹ www.politichesanitarie.it

⁹² www.sunas.it

Domande:

Nascita e storia del Servizio Sociale ospedaliero:

- Quando è nato il servizio in cui oggi lavora? Come viene denominato?
È nato dall'esigenza di inserire principalmente la figura dell'assistente sociale all'interno dell'azienda ospedaliera o è nato come un servizio sociale ospedaliero? Quali erano gli obiettivi ai quali si voleva rispondere?
- Il servizio è situato all'interno o all'esterno della struttura ospedaliera?
Quali sono i vantaggi e/o svantaggi che ne derivano?

Organizzazione:

- Com'è organizzato il Servizio? Orari, operatori, modalità di accesso, servizi erogabili
- Esiste un percorso, una modalità predefinita da quando viene fatta la segnalazione di un caso?

Utenza:

- Qual è l'utenza destinataria del SSO? (Vi sono dei reparti con cui avete maggior contatti rispetto ad altri?)
- Quali sono i bisogni sociali del paziente che vengono segnalati con maggior frequenza?
- Quali sono le principali funzioni che svolge il servizio? (es. funzione di segretariato sociale, di sostegno, familiare etc.)
- Dal momento della presa in carico, in che modo e quando viene coinvolta la famiglia del paziente? Che tipo di sostegno offrite alla famiglia del malato? C'è una reale condivisione con l'utente e i familiari dell'intervento? Anche da parte dei medici?
- Se un paziente/utente non ha rete familiare a quali riferimenti istituzionali fate riferimento?
- Esistono delle liste di attesa per la presa in carico?

Lavoro interprofessionale:

- In questo servizio esiste il lavoro d'equipe? Se sì, com'è organizzato?
- La segnalazione è preceduta da riunioni con il personale medico?
- Secondo voi è stato raggiunto un rapporto collaborativo tra il servizio sociale e l'ospedale? Quali sono gli ostacoli in questo rapporto?
- Le altre figure professionali ospedaliere conoscono i caratteri e le finalità del vostro lavoro sociale? Secondo voi all'interno dell'ospedale c'è una svalorizzazione della figura dell'assistente sociale?

Rapporto del servizio con il territorio:

- Vi sono degli accordi di programma convenzionamenti, protocolli d'intesa etc con altri enti territoriali? Quali sono e in che modo vi relazionate con essi?
- Ci sono difficoltà di comunicazione e interazione tra i vari servizi?

Progetti:

- Il servizio, è coinvolto in alcuni progetti di lavoro sia all'interno dell'azienda ospedaliera sia sul territorio? Quali?

Aspetti innovativi:

- Vi sono degli aspetti organizzativi che dovrebbero essere migliorati?
- Come si immagina il ruolo del servizio sociale ospedaliero nel futuro?

Riflessioni sul ruolo dell'assistente sociale ospedaliero:

- Lavorando nel contesto ospedaliero venite a contatto con molteplici patologie. Come affrontate questo aspetto?
- Trovate difficoltà nel coniugare il vostro mandato professionale con quello istituzionale?
- Uno dei principi cardine della professione sociale, che emerge anche nel Codice Deontologico, è quello dell'autodeterminazione. Lavorando nel contesto ospedaliero, in cui vengono attuati principalmente interventi sull'utente, riuscite a garantire questo principio, e quindi attuare azioni con la persona

ALLEGATO 2:

Rielaborazione interviste assistenti sociali

Ospedale di Treviso:

L'Ospedale nella provincia di Treviso che opera all'interno dell'Azienda Ulss 9, si articola in due presidi ospedalieri: l'Ospedale "S. Maria di Ca' Foncello" di Treviso e l'"Ospedale di Oderzo". Solamente nell'Ospedale di Treviso è presente un servizio sociale ospedaliero.

Il Servizio Sociale Ospedaliero (SSO) all'interno dell'Ospedale di Treviso nasce nel 1976, dalla necessità di inserire la figura dell'assistente sociale all'interno del contesto ospedaliero, per la mancanza di una buona rete di servizi sociali territoriali. Inizialmente non aveva alcuna denominazione specifica, solo nel 1992 venne chiamato "Servizio Sociale Professionale Ospedaliero".

Originariamente l'assistente sociale ospedaliero svolgeva le sue funzioni in virtù dell'obiettivo di interfacciarsi con le amministrazioni comunali (sindaci e assessori) per discutere sui casi sociali. Con i successivi cambiamenti avvenuti a livello organizzativo territoriale, il servizio sociale ospedaliero ha iniziato a rapportarsi direttamente con i servizi sociali territoriali.

Il fatto che il SSO sia situato all'interno dell'ospedale è vantaggioso in quanto permette di essere facilmente raggiungibile, dato il fatto che l'utenza destinataria è essenzialmente quella ricoverata.

L'Ospedale di Treviso ha in organico 2 assistenti sociali. Il servizio è alle dirette dipendenze dal Dipartimento di Continuità delle Cure, ed il responsabile, nel caso specifico di Treviso, coincide con il primario del reparto di Geriatria.

Il SSO si rivolge a tutti i pazienti ricoverati presso l'Ospedale di Treviso. L'utenza seguita con maggior frequenza è rappresentata dalle persone con un'età superiore ai 65 anni, che provengono principalmente dai reparti di Geriatria, Ortopedia e Post Acuzie Internistico (PAI).

Data la numerosità dei casi, le assistenti sociali si sono suddivise il carico di lavoro alla base di una divisione dei reparti ospedalieri:

1- un assistente sociale segue in via esclusiva il reparto di Chirurgia,

Pediatria, Malattie infettive, Fisiatria, Ortopedia, Riabilitazione, Neurologia, Neurochirurgia, Chirurgia vascolare.

2- l'altra assistente sociale segue in via esclusiva il reparto di Geriatria. Mentre i pazienti ricoverati nei reparti di Pneumologia, Medicina interna, Post Acuzie Internistico (PAI) suddivisi a seconda dell'età: con un età inferiore e superiore a 75 anni.

Precedentemente un assistente sociale seguiva in via esclusiva il reparto di Medicina I e II, dato l'elevato numero di casi rispetto tutti gli altri reparti (maggior numero di anziani ricoverati) si è deciso di creare questa nuova suddivisione.

Inizialmente il SSO seguiva degli orari prestabiliti, ma per l'esigenza delle assistenti sociali di visitare l'utenza ricoverata nei reparti, è stato deciso di affiggere i propri recapiti telefonici sulla porta dell'ufficio per poter essere contattate in ogni momento.

L'accesso al servizio avviene tramite la segnalazione informatizzata da parte dei medici dell'U.O. di degenza che hanno in carico il paziente, attraverso l'accesso diretto al servizio da parte dei familiari del paziente, oppure possono essere inviate dai servizi sociali territoriali.

Le segnalazioni che arrivano dai reparti ospedalieri prevedono la compilazione di una scheda in cui i medici devono inserire i dati del paziente e la richiesta specifica al servizio sociale ospedaliero, e provvedendo all'inserendo in nota di quegli elementi utili alla valutazione che infermieri o medici hanno rilevato: solitudine, maltrattamento, difficoltà economiche. Senza fissa dimora ecc.

Per il SSPO non è prevista la definizione di una Procedura Operativa che formalizzi le modalità di azione professionale del servizio. Generalmente le azioni professionali del servizio possono essere riassunte nel seguente iter: segnalazione, colloquio con il paziente e con la propria rete familiare, colloquio con il medico del reparto, stesura del progetto.

In base ai compiti del SSPO, le prestazioni che vengono erogate sono fondamentalmente quelle di segretariato sociale, valutazione delle situazione sociale dell'utente e sostegno alla rete familiare, e visite domiciliari.

Nel SSO gli strumenti che vengono utilizzati sono la Cartella sociale in cui

vengono conservate le eventuali relazioni e la segnalazione informatizzata. Alla segnalazione non segue una risposta informatizzata, che viene invece scritta nel diario sociale.

Non viene tenuta alcuna banca dati sui casi trattati.

All'interno di un ospedale i tempi tendono ad essere molto rapidi, e allo stesso modo anche i tempi di segnalazione e i successivi interventi da attuare devono avvenire in un lasso di tempo molto breve.

Le tempistiche sono fondamentalmente gestiti dai medici, e per questa ragione sta anche nel loro buon senso avviare la segnalazione nei giusti tempi. Generalmente per prendere in carico una situazione ed analizzarla ci vuole circa un giorno, ma spesso i tempi si allungano quando bisogna programmare gli interventi in prossimità delle dimissioni, prevedendo l'organizzazione con gli enti territoriali, che hanno una gestione del tempo diversa e più lenta da quella ospedaliera.

Nel corso dell'analisi del caso, in ospedale il punto di riferimento principale è rappresentato dal personale sanitario (medico, coordinatore infermieristico, infermieri) in quanto sono in grado di far comprendere il grado di consapevolezza del paziente, e se le condizioni sanitarie sono da considerarsi all'interno di una fase transitoria o cronica, e quindi quali prospettive di vita sono auspicabili.

Ciò è rilevante in quanto il SSO è volto a considerare la situazione sanitaria e sociale come due realtà parallele, in cui è importante capire su quali aspetti porre l'attenzione per poter risolvere i bisogni dell'utente.

Alla base del SSO di Treviso il modello teorico di riferimento principale utilizzato è quello di rete che prevede l'analisi e il coinvolgimento della rete formale e informale, della rete di servizi territoriali ma anche della rete sociale del paziente.

L'indagine della rete da parte del SSO è necessaria per comprendere il contesto sociale di vita dell'utente da un lato per non concentrarsi unicamente sull'aspetto sanitario, dall'altro perché spesso a causa delle condizioni fisiche dell'utente, le assistenti sociali entrano in contatto con sua la rete familiare.

Rispetto all'utenza destinataria del servizio, i bisogni sociali segnalati con maggior frequenza riguardano principalmente l'inserimento in una

struttura protetta in virtù delle difficoltà del rientro a domicilio del paziente.

Nel momento della presa in carico le assistenti sociali ospedaliere svolgono un importante lavoro di coinvolgimento della famiglia inizialmente volto ad accoglierli per calmarli e sedare le ansie dovute alla sopraggiunta della malattia, e successivamente volto ad analizzare le risorse personali e istituzionali, alla base delle quali delineare le risposte più appropriate. È importante accogliere i famigliari perché spesso sono loro a dover prendere delle decisioni, qualora il proprio caro non sia più in grado di farlo.

Nelle situazioni in cui possono sopraggiungere delle convergenze tra le decisioni dell'utente e quelle dei famigliari, o tra i famigliari stessi, si cerca di fare della mediazione, identificare il caregiver in modo da avere una figura di fiducia per l'utente a cui fare maggiormente riferimento e di concentrare l'attenzione sui problemi del paziente e non su quelli riguardanti i famigliari.

Nei casi in cui il paziente non abbia alcuna rete familiare o amicale le assistenti sociali ospedaliere coinvolgono direttamente il servizio sociale territoriale.

Secondo il SSO di Treviso, soprattutto negli ultimi anni si evidenzia il raggiungimento di un rapporto collaborativo con l'ospedale. Sebbene non ci sia ancora una reale valorizzazione del servizio, si è diffusa l'idea dell'importanza del servizio sociale all'interno dell'ospedale, visibile soprattutto dal costante aumento delle segnalazioni.

Questo è stato possibile attraverso la partecipazione a convegni, pretendendo alcune organizzazioni e spazi specifici all'interno dell'ospedale, e infine attraverso la presenza di tirocinanti e volontari all'interno del servizio.

Rispetto al rapporto tra il SSO e i servizi sociali territoriali si riscontrano delle difficoltà nella ricerca di una linea comune e parallela nell'analisi del caso, dovuta principalmente alle problematiche per la gestione dei tempi.

L'organizzazione del SSPO è gestito anche alla base della sottoscrizioni di accordi di programma con la Direzione del Servizio Sociale riguardante:

1. Progetto “Percorsi Speciali per l’Accoglienza residenziale extraospedaliera”
2. “Percorso di Continuità Assistenziale Ospedale - Territorio per l’anziano fragile”
3. “Convenzione con associazione di volontariato "La Tenda" per progetti di sostegno diurno ai malati di aids, reinserimento sociale e per iniziative di informazione e prevenzione dell'aids”

1- Dato che in maggior misura l’utenza del SSPO è anziana, fin dal 2007 si è sottoscritto il progetto "Percorsi speciali per l'accoglienza residenziale extraospedaliera" approvato con la Deliberazione del Direttore Generale n. 937 del 15.9.2011, in attuazione degli indirizzi fissati dalla Conferenza dei Sindaci nel Piano di Zona 2011-2015 per l’area Anziani. Come viene sottoscritto nella Delibera, l’obiettivo è quello di “mettere a disposizione nel territorio dell’Azienda ULSS 9 in ogni ambito distrettuale dei piccoli nuclei di residenzialità extraospedaliera per l’accoglienza temporanea da riservare a pazienti/utenti provenienti dai reparti ospedalieri dell’Azienda, da gestire al di fuori del sistema delle impegnative di residenzialità ma entro i limiti e i vincoli dei finanziamenti annuali delle risorse finanziarie ai fini dell’erogazione dei LEA”.

Sono stati poi individuati i Centri Servizi cui affidare tale progettualità:

- ISRAA “Residenza per Anziani della Città di Treviso”
- Villa delle Magnolie di Monastier
- Casa di Riposo Marani di Villorba
- Residenza per Anziani di Oderzo

Sono così stati affidati per ogni Ente n. 4 posti letto, di cui 3 di intensità riabilitativa e 1 di intensità sanitaria assistenziale, per un totale di n. 16 posti, denominati più comunemente “Poli Ospedalieri”, di soggiorno temporaneo (massimo 90 giorni) riservati a pazienti/utenti in dimissione dai reparti ospedalieri dell’azienda.

L’accesso al progetto per l’inserimento al “Polo Ospedaliero” avviene tramite segnalazione da parte del medico dell’U.O. di degenza che ha in carico il paziente, a cui segue la valutazione e decisione da parte dell’Unità Valutativa Ospedaliera (U.V.O.). L’U.V.O. è un’unità di valutazione

multidisciplinare che coinvolge il medico dell'U.O. di degenza del paziente, l'assistente sociale ospedaliero e il responsabile o rappresentante del Centro servizi a cui si fa richiesta, che hanno il compito di compilare la Scheda SVAMA e autorizzare il progetto.

Per i pazienti che non rientrano all'interno del "Polo Ospedaliero", ma che necessitano di un inserimento in Casa di Riposo, il SSPO invia la Scheda SVAMA al Servizio Sociale Distrettuale che avrà il compito di autorizzare in sede di UVMD la domanda e provvedere al loro inserimento nel sistema delle impegnative di residenzialità.

a) "Percorso di Continuità Assistenziale Ospedale - Territorio per l'anziano fragile" Per gestire la numerosità dei casi di anziani è stato sottoscritto inoltre il Progetto "Percorso di continuità assistenziale Ospedale - Territorio per l'anziano fragile" sui pazienti ricoverati in U.O.C. di Geriatria, per garantire la presa in carico del paziente in condizione di fragilità da parte di tutta la rete assistenziale..

Il personale dedicato alla continuità assistenziale è costituito da un gruppo di lavoro multi professionale: medico del Reparto Geriatria che ha in carico il paziente, coordinatrice sanitaria, personale infermieristico ed assistente sociale ospedaliero.

Il progetto si attiva dalla segnalazione del paziente fragile da parte del medico curante, al SSPO. Attraverso una valutazione congiunta, avviano un'analisi delle condizioni socio-sanitarie e i possibili bisogni assistenziali nelle diverse condizioni ambientali (ospedale/domicilio) in cui si trova il paziente, per pianificare la dimissione individuando l'eventuale necessità di dimissione protetta.

All'interno di questo progetto è stato inoltre previsto, l'inserimento di un assistente sociale che opera esclusivamente all'interno del Pronto Soccorso e della Medicina d'Urgenza, avendo così una collaborazione diretta. Tale figura ha il compito di individuare precocemente i pazienti in condizioni di disagio e di estendere una collaborazione diretta con questi reparti.

3- A volte anche se non spesso, il servizio riceve segnalazioni per pazienti in stato d'emergenza, riguardanti caso di utenti 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 SSPO di Treviso per fronteggiare i pazienti malati di AIDS e/o patologie correlate ha sottoscritto una convenzione con la Comunità alloggio "La Tenda" secondo il DDG n. 846 del 03/10/2013 con oggetto "Approvazione dell'accordo contrattuale con la fondazione "Linea Infinita" per la gestione della Comunità Alloggio "La Tenda" per malati di AIDS e patologie correlate per il periodo 01/10/2013 - 30/09/2016".

Tale struttura è una unità di offerta tesa ad offrire 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 Fondazione mette a disposizione n. 9 posti letto nella struttura socio-sanitaria adibita a casa alloggio, al fine di assistere i soggetti affetti da AIDS e/o patologie correlate, con il supporto medico coordinato dal reparto di malattie infettive dell'Ospedale di Treviso. La Fondazione è autorizzata ad accogliere anche utenti non residenti dell'Azienda ULSS n. 9.

L'inserimento degli utenti nella Comunità si attiva tramite la competente Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.) convocata dal Direttore del Distretto Socio Sanitario di residenza dell'assistito su richiesta del servizio che ha in carico la situazione dell'interessato, con consenso scritto dello stesso, al fine di una condivisione ed integrazione sociosanitaria del progetto riabilitativo personalizzato.

Per i pazienti ricoverati presso il Reparto Malattie infettive di Treviso che necessitano di essere inseriti urgentemente nella Comunità, l'autorizzazione viene data dal Referente dell'Area Contrasto e Marginalità Sociale.

Entro 15 giorni dall'inserimento è programmata l'UVMD di ratifica e la procedura diventa di fatto quella prevista per una dimissione protetta con il coinvolgimento del SSPO.

Secondo le assistenti sociali del SSO gli aspetti che dovrebbero essere migliorati riguardano alcuni aspetti organizzativi: il setting del servizio,

che dovrebbe essere strutturato in modo tale da migliorare la privacy; l'accoglienza dell'utente dovrebbe essere organizzata in modo da migliorare l'analisi della domanda per migliorare anche l'analisi delle risorse per agganciare i servizi territoriali in breve tempo. Rispetto gli aspetti professionali, dovrebbe essere invece riconosciuto il ruolo di coordinamento all'interno della professione.

In un momento storico caratterizzato dalla riduzione sempre maggiore di risorse di tutti i tipi, economiche e anche di tempo, parallelamente si assiste all'aumento di famiglie con sempre più difficoltà, che quindi hanno bisogno di una maggior varietà di risorse per poter far fronte ai loro bisogni, non solo materiali ma anche di accompagnamento.

È importante creare intorno all'utente e ai suoi famigliari un gruppo di lavoro, un sostegno per analizzare la propria situazione senza ansie e preoccupazioni, che spesso nascono in seguito al sorgere di una malattia.

Le assistenti sociali di Treviso pensano che nel futuro il SSO si sarà ampliato e più organizzato, prevedendo una presa in carico in tempi più rapidi, e volta a diminuire i ricoveri impropri.

Si pensa ad un'evoluzione del SSO volto ad un accompagnamento dell'utente che prende avvio non più da una segnalazione ma dall'ingresso in ospedale, che può avvenire attraverso un ricovero o dall'accesso al pronto soccorso, per permettere un circolo migliore delle informazioni.

È importante diffondere l'idea che le dimissioni è importante organizzarle fin dall'ingresso della persona in ospedale: al ricovero sarebbe necessario un'anamnesi della situazione anche sociale del paziente, per evidenziare le problematiche che potrebbero sorgere al momento delle dimissioni.

Nel SSO le assistenti sociali operano nel rispetto del principio dell'autodeterminazione: si cerca sempre di coniugare quelle che sono le richieste dell'utente con le risorse, ma anche le esigenze, derivanti dalla sua rete famigliare, ovvero chi si occuperà di loro.

A volte viene dato il compito ai famigliari stessi di parlare con l'utente e discutere sulle reali problematiche che devono affrontare.

Spesso in ambito ospedaliero le persone affrontano per la prima volta le difficoltà legate alla condizione di non autosufficienza di una persona, e quindi verso qualcosa di ignoto che non si sa come affrontare.

Ospedale di Padova:

Il Polo Ospedaliero di Padova opera all'interno dell'Azienda Ulss 16, ed è costituito da più strutture adiacenti: l'Ospedale San Francesco Grande, l'Ospedale Giustiniano e l'Ospedale Civile, che oggi costituiscono l'Azienda Sanitaria di Padova.

Nell'Azienda Ospedaliera è stato costituito un Servizio Sociale Ospedaliero (SSO) nato nel 1968 e denominato "Servizio di Assistenza Sociale". Inizialmente il SSO rientrava all'interno dello staff della Direzione Sanitaria di Presidio dell'ospedale, solo successivamente alla DPR 27 marzo 1969, n. 128, "Ordinamento Interno dei Servizi Ospedalieri" il servizio acquistò maggior autonomia e riconoscimento, affermandosi l'importanza di far nascere un servizio all'interno dell'ambito ospedaliero che si occupasse primariamente degli aspetti sociali delle condizioni dei pazienti.

Originariamente il SSO era costituito da n. 10 assistenti sociali. Dall'inizio degli anni 80, si è assistito ad un mancato reintegro di queste figure: man mano che esse ne uscivano (ad esempio per pensionamento) non venivano più reinserite.

Questo andamento ha creato automaticamente un'inversione di tendenza: ha spostato l'attenzione dell'Azienda Ospedaliera dal servizio sociale alla figura di assistente sociale.

Le professioniste erano le vere figure di riferimento per il personale, che costituivano e caratterizzavano il servizio.

Ad oggi il SSO è costituito da due assistenti sociali ed è gestito dal Responsabile dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico alle dirette dipendenze del Direttore Amministrativo dell'Azienda Ospedaliera di Padova.

Inizialmente il SSO era costituito in modo che le numerose figure di assistenti sociali si suddividessero tra le unità ospedaliere.

Gli obiettivi erano fondamentalmente di affiancamento delle diverse specialità mediche suddivise per macro aree (area anziani, area disabilità,

area minori, psichiatria) per offrire una valutazione della situazione sociale del paziente.

Rispetto ai cambiamenti avvenuti negli anni, l'obiettivo che vuol perseguire il servizio sociale ospedaliero è quello di "occuparsi delle problematiche di carattere sociale e offrire consulenza alle persone ricoverate"⁹³ per garantire la creazione di percorsi di dimissione ed ammissione protetta tra ospedale e territorio.

Il servizio sociale ospedaliero è situato all'interno dell'ospedale Giustiniano. È una collocazione funzionale al servizio, in quanto dà il vantaggio alle assistenti sociali di essere fisicamente sempre presenti e vicini alla loro utenza: condurre colloqui con il paziente ricoverato, comunicare facilmente con il personale medico, diventando fin da subito un lavoro di rete.

Da un altro punto di vista, la stessa presenza del servizio all'interno dell'ospedale, può essere uno svantaggio per le assistenti sociali dovuto alla sensazione di sentirsi ospiti in un contesto prevalentemente sanitario. L'ambito sociale è sempre più visto da quello sanitario come una cultura, un'impostazione assistenziale, di tipo sussidiario, per questa ragione le assistenti sociali ospedaliere devono affrontare il problema del riconoscimento dell'identità e dei confini della presa in carico sociale, all'interno della presa in carico sanitaria.

L'utenza a cui si rivolge il SSO corrisponde:

- i pazienti ricoverati con un'età compresa tra 0 e 65 anni
- i pazienti non residenti nel territorio dell'Ulls 16
- i pazienti psichiatrici che sono immigrati e senza permesso di soggiorno

Non vi è la presenza di una frequenza rilevante di un determinato tipo di bisogno sociale.

È stato però rivelato che in seguito alla sottoscrizione del Protocollo Operativo per migliorare la risposta operativa- assistenziale alle persone vittime di violenza, si è verificato un aumento esponenziale delle segnalazioni al SSO di casi di pazienti vittime di violenza, passando in due

⁹³ <http://www.sanita.padova.it>

anni da n. 1 o 2 segnalazioni all'anno a n. 100 casi.

Con l'emanazione del protocollo è stato infatti condotto un lavoro di informazione e sensibilizzazione sulla violenza nel personale dell'U.O.C. Accettazione e Pronto Soccorso.

Dato che il servizio è costituito da una sola figura professionale presente in maniera costante, i casi vengono seguiti da chi prende la segnalazione, prevedendo allo stesso tempo una condivisione da parte di entrambe le assistenti sociali.

Il SSO viene attivato attraverso una Scheda di Segnalazione informatizzata inviata dal medico del Reparto in cui è ricoverato il paziente oppure attraverso una segnalazione da parte dei familiari del paziente.

Per il SSO non sono state delineate Procedure Operative specifiche, ma fondamentalmente le assistenti sociali ospedaliere seguono una prassi operativa consolidata negli anni.

Alla Scheda di segnalazione segue la presa in carico che prende avvio attraverso la visita in reparto del paziente e il successivo contatto con i suoi familiari, si valuta la situazione sociale e quella clinica, con i medici che hanno in carico il caso.

Il SSO non è coinvolto in alcun progetto.

A fronte dell'utenza destinataria del servizio, gli interventi che più spesso il SSO attua sono quelli che riguardano il segretariato sociale, la messa in rete con i servizi pubblici o con il privato sociale alla base di un'analisi dei bisogni dell'utente, e l'affiancamento dei medici per aiutarli a decifrare la domanda/situazione sociale dell'utente, separandola per un attimo dalla questione medica, per poi collegarle e analizzarle unitariamente.

Non vi sono dei tempi per avviare la segnalazione da rispettare, ma risultano essere legati da un lato, dalla gravità della situazione del paziente, dall'altro ai tempi di degenza che risultano essere sempre molto veloci. Sempre più spesso il tempo di attivazione (e gestione/presa in carico) viene scandito dal tipo di reparto che ha in carico l'utente: ad esempio il SSO opera con il reparto di cardiocirurgia, che segue i pazienti in lista 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 che il funzionamento di questa procedura ripercuote non solo sul paziente ma anche sul suo nucleo familiare.

Ecco perché, in questi casi i tempi di degenza non sono più rilevanti, trattandosi di pazienti cronici, che anche dopo le loro dimissioni possono far riferimento al servizio sociale ospedaliero. Ecco in che senso la segnalazione e la presa in carico può dipendere dal tipo di reparto in cui è ricoverato il paziente. Il SSO cataloga tutte le segnalazioni in un registro informatico, contrassegnate dal nome e cognome del paziente, il reparto di degenza, segnalante, cittadinanza, grado di autonomia del paziente e cronicità della malattia: quell'insieme di dati che servono per delineare la situazione sociale e sanitaria complessiva dell'utente.

Inoltre, per ogni utente viene creata una scheda personale, inserita nella cartella sociale insieme a tutta la documentazione acquisita. Nel momento in cui viene chiuso il caso, la scheda personale viene scannerizzata e inserita all'interno di un Data Base del SSO.

In base all'organizzazione del lavoro, il SSO fa riferimento ad una molteplicità di modelli teorici: Problem Solving; Lavoro di rete; Sistemico relazione, molto utile soprattutto nel contesto ospedaliero in cui l'utente con la malattia è una persona fragile, ed quindi è importante creare un processo interattivo e comunicativo con la famiglia.

Nel corso dell'analisi del caso, l'assistente sociale prevede sempre, quando possibile, il coinvolgimento della famiglia, dato il fatto che all'interno del contesto ospedaliero il paziente si trova in una situazione di fragilità o non completa autosufficienza. Allo stesso tempo l'assistente sociale cerca di creare una condivisione degli interventi tra i famigliari e il paziente.

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

All'interno del SSO di Padova non è stato ancora raggiunto un rapporto collaborativo tra servizio e l'ospedale, in quanto è diffusa l'idea che il servizio sociale si regga alla base di una forte identità professionale delle operatrici.

Tra il SSO e gli enti territoriali non vi sono difficoltà di comunicazione,

ma alla base è riscontrabile un riconoscimento reciproco, consolidato negli anni.

Ad oggi tra gli aspetti che potrebbero essere migliorati per potenziale le qualità del SSO, vi è l'aumento del personale anche in relazione all'ampio bacino di utenza, ma prima ancora vi è l'esigenza di ricevere un riconoscimento da parte dell'organizzazione dell'Azienda Ospedaliera: essere identificati come un servizio ospedaliero con i suoi obiettivi, che deve essere utilizzato in virtù di questi e non considerato un intralcio. Il riconoscimento è fondamentale per la sua esistenza e per rispondere alle logiche di efficienza ed efficacia della struttura all'interno della quale è inserita. Anche se si prevedesse un aumento del personale, ma non un riconoscimento del servizio, ciò non sarebbe comunque positivo per il suo miglioramento.

Secondo l'assistente sociale di Padova, nel futuro il SSO, rispetto alla situazione politica attuale, andrà in estinzione: se non vi è un maggior riconoscimento del ruolo del servizio, non può nemmeno essere auspicabile la sua persistenza all'interno dell'ospedale, sebbene sia stata riscontrata la sua importanza e la sua utilità.

Osservando la pratica quotidiana del SSO, si pensa impossibile credere ad un ospedale senza di esso: analizzare la sfera sociale all'interno di una presa in carico del paziente ricoverato in ospedale è importante per evitare dei ricoveri o accessi impropri, migliorando il tempo di degenza, e permettendo così, anche un risparmio in termini economici all'azienda.

Nel contesto ospedaliero le assistenti sociali vengono a contatto con molteplici patologie, se in un primo istante può sembrare che questo possa creare delle difficoltà nella gestione dei casi, dall'altro si è notato che grazie alle caratteristiche intrinseche della nostra professione, come la propensione al lavoro interprofessionale e multidisciplinare e al lavoro di rete, ha permesso di facilitare l'integrazione nel contesto sanitario.

Le assistenti sociali del SSO di Padova cercano sempre di porre particolare attenzione al principio di autodeterminazione: nel momento della segnalazione del caso si cerca fin da subito di comprendere il grado di consapevolezza dell'utente rispetto la segnalazione stessa, e quindi se i medici ne hanno discusso con loro. Nel momento in cui c'è il bisogno di

scegliere gli interventi più appropriati da attuare dopo le dimissioni, si ricerca una condivisione con il paziente, sebbene il contesto sanitario, la pratica medica sul malato, è sempre prepotente, anche per necessità.

Ospedale di Mestre-Venezia:

Il Polo ospedaliero di Venezia che opera all'interno dell'Azienda ULSS 12 Veneziana, è costituito da due presidi: Ospedale dell'Angelo a Mestre e Ospedale Ss. Giovanni e Paolo a Venezia.

All'interno di entrambi i presidi ospedalieri è presente il servizio sociale ospedaliero che agisce tramite il servizio denominato "Servizio di Continuità delle Cure Ospedale - Territorio" (SCOT).

Dapprima la figura dell'assistente sociale venne inserita nell'organico dell'Ospedale di Venezia, solo 1999 venne introdotta anche in quello di Mestre. Successivamente l'organizzazione del servizio sociale ospedaliero cambiò con l'istituzione nel 2008 dello SCOT, prevedendo l'assunzione di una nuova assistente sociale.

Tale servizio nasce principalmente dall'esigenza di dare una risposta immediata alle richieste di carattere socio-sanitario che nel contesto ospedaliero richiedono un'integrazione tra ospedale e territorio e un sostegno per quelle persone che risultano maggiormente fragili a causa di un evento improvviso.

Il Servizio SCOT è costituito dal Responsabile del servizio alle dirette dipendenze del Direttore Sanitario di Presidio dell'Azienda Veneziana, al quale deve rispondere, proporre e relazionare.

Nel servizio SCOT sono inseriti n. 4 assistenti sociali collocati n. 2 all'Ospedale dell'Angelo di Mestre e n. 2 all'Ospedale Ss. Giovanni e Paolo di Venezia.

Ho condotto l'intervista con l'assistente sociale che lavora nel servizio SCOT dell'Ospedale dell'Angelo.

L'utenza destinataria del Servizio corrisponde alle persone ricoverate in ospedale che oltre a problematiche legate al loro stato di salute, presentano anche problematiche sociali precedenti o conseguenti al loro ricovero.

Il servizio SCOT si occupa non solo dell'utenza delle U.O. Ospedaliere pubbliche ma anche di quelle degli ospedali convenzionati, secondo accordi aziendali definiti: Ospedale Villa Salus e il Policlinico San Marco, entrambe site a Mestre.

Il servizio si occupa di tutte le fasce d'età, da quella dell'infanzia e quella dell'anziano, per questa ragione l'intervento di servizio sociale è caratterizzato dal fatto che si focalizzava su una vastissima gamma di bisogni e di utenza, non solo prettamente sociale, ma riguardanti la sfera socio-assistenziale, giuridica e l'integrazione culturale.

A fronte della molteplicità delle aree d'intervento in cui l'assistente sociale opera, bisogna rendere noto che la maggior parte degli utenti con cui il Servizio viene a contatto sono persone anziane.

Il Servizio SCOT viene attivato direttamente dai medici del Reparto che hanno in carico il paziente fragile, indicativamente entro pochi giorni dal ricovero.

Il processo di pianificazione della dimissione è stato sottoscritto tramite una Procedura Operativa. Il servizio prende avvio esclusivamente attraverso la compilazione della "Scheda di Segnalazione Continuità Assistenziale Cure Ospedale Territorio" (Scheda SCAOT) completamente informatizzata.

La Scheda SCAOT è compilata dal Medico delle U.O. di degenza che hanno in carico il paziente. La scheda contiene informazioni relative al paziente (nome, sesso e data di nascita), il reparto di degenza, il medico curante, il MMG, la data e la diagnosi sanitaria d'ingresso, ipotesi di progetto post acuzie e la persona di riferimento, informazioni strategiche nel capire quali devono essere le risorse territoriali da impiegare.

Entro 48 dalla segnalazione l'assistente sociale effettua una prima valutazione al letto del paziente. Dopo aver eseguito la valutazione e raccolto tutte le informazioni, attraverso il colloquio con il medico responsabile del caso, il paziente e i familiari o con la persona di riferimento, in sede di Unità Valutativa Multidimensionale Ospedaliera (U.V.M.O.) viene autorizzato il progetto più idoneo.

È necessario sottolineare che tali procedure riguardano principalmente l'area adulti- anziani e disabili, in quanto in sede di U.V.M.O. possono

essere autorizzate solo gli inserimenti in Casa di Riposo Medio Lungo termine CDR ML, Casa di Riposo Temporanea Funzionale CDR TF, Struttura Riabilitativa - R.S.D. e “Sezioni ad Alta Protezione Alzheimer” S.A.P.A.

Per quanto concerne invece l'area minori, dipendenze e immigrazione, l'assistente sociale ospedaliero non può attivare nessun servizio ma è tenuto a segnalare il caso ai servizi del territorio competenti ed eventualmente collaborare con questi per realizzare un progetto individuale.

Le principali modalità e tecniche di intervento del SSO riguardano primariamente il segretariato sociale; informazioni sui servizi sociali territoriali comunali e distrettuali a cui fare riferimento dopo le dimissioni; l'inserimento in strutture extra ospedaliere (CDR, Hospice, RSA).

Il Servizio SCOT svolge anche la funzione di sostegno della rete di supporto familiare o delle persone di riferimento dell'utente. Fondamentalmente essi rappresentano coloro che si trovano a dover affrontare le difficoltà della vita quotidiana post-dimissione in relazione alla condizione di bisogno, temporanea o permanente, del paziente ricoverato. Qualora il paziente non abbia una rete di riferimento, le assistenti sociali provvedono a segnalare i servizi sociali territoriali.

Gli strumenti che vengono utilizzati per documentare i casi seguiti e il lavoro complessivo del SSO sono la Scheda di Segnalazione, inserita nella Cartella Sociale. Nel SSO i casi vengono registrati in un Data Base informatico, interno al servizio sociale.

All'interno del programma vengono registrati i dati principali del paziente e le prestazioni eseguite.

L'intervento sociale in ospedale è scandito dai brevi periodi di degenza. La gestione dei tempi ospedalieri risulta quindi essere una criticità sia per la gestione dei pazienti che per la collaborazione con i servizi territoriali. Altre problematiche emergono durante le dimissioni, non tanto a causa della non rapidità delle azioni dell'assistente sociale, ma per la disponibilità delle strutture per la prosecuzione di interventi assistenziali.

L'assistente sociale ospedaliero utilizza principalmente il modello dell'intervento di rete, in quanto rappresenta la condizione perché

l'intervento posto in essere in ambito ospedaliero venga portato avanti attraverso i servizi territoriali, con l'attivazione di percorsi di raccordo tra risorse e servizi, concordati e condivisi.

Non sempre è risultato semplice e scontato intrattenere rapporti improntati alla collaborazione con gli altri professionisti. Solo con gli anni, l'assistente sociale ha saputo far conoscere le peculiarità delle sue funzioni e del proprio ruolo all'interno

dell'Ospedale. La collaborazione tra medico e assistente sociale ha permesso di agire verso la "umanizzazione" e la sensibilizzazione del contesto sanitario attraverso l'attenzione ai bisogni socio-assistenziali del paziente.

Il servizio SCOT prevede delle convenzioni con l'Ospedale Villa Salus e il Policlinico San Marco, entrambe site a Mestre, in cui si prevede la presa in carico dei pazienti ricoverati in tali strutture.

L'assistente sociale dello SCOT non rientra in alcun progetto ma interviene alla partecipazione programmatica durante le riunioni per la stesura dei Piani di Zona, per ciò che compete l'Area Anziani.

Gli aspetti innovativi che bisognerebbe perseguire

- dare un'immagine al servizio ben definita, anche attraverso una brochure in cui delineare funzioni e ruoli dell'assistente sociale ospedaliero;
- creare delle strategie operative con i servizi territoriali dei Distretti Socio- Assistenziale e del Comune, ovvero una rete reale e condivisa tra gli operatori sociali.

Si spera che nel futuro l'assistente sociale ospedaliero arrivi alla dirigenza per far capire agli altri professioni il ruolo che svolge, ancora non ben definito e conoscitivo.

Spesso emerge la difficoltà a coniugare il mandato professionale con quello istituzionale, in c'è la necessità di dimettere i pazienti, ma si crea un incongruenza dei bisogni: se da un punto di vista sanitario c'è la possibilità di dimettere il paziente, da un punto di vista sociale vi possono essere delle difficoltà per l'ingresso a domicilio e in un Centro servizi.

Ospedale di Belluno:

Nell'Ospedale "San Martino" di Belluno nell'Azienda ULSS n. 1, nel 1981 era stato istituito un SSO, poi soppresso nel 2006, delegando le sue funzioni al Servizio Sociale del Distretto Socio-Sanitario. Viene così creato un ufficio all'interno dell'Ospedale in cui opera un assistente sociale alle dipendenze del Distretto Socio-sanitario.

L'assistente sociale distrettuale segue i pazienti ricoverati in ospedale non autosufficienti la cui rete assistenziale risulta assente o insufficiente, e che risiedono nell'Azienda ULSS 1 di Belluno.

Prevalentemente vengono seguite persone anziane o adulti disabili, con bisogni socio- assistenziali. I reparti con cui l'assistente sociale ha maggiori contatti sono, in ordine decrescente: Geriatria, Neurologia, Pneumologia e Ortopedia.

Per quanto riguarda l'area minori e dipendenze, le U.U.O.O. devono segnalare direttamente il caso ai servizi sociali territoriali 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 funzione principale che svolge l'assistente sociale distrettuale che opera all'interno dell'ospedale è quella di occuparsi delle dimissioni protette per i pazienti ricoverati in ospedale non autosufficienti la cui rete assistenziale risulta assente o insufficiente.

Data la precedente presenza di un assistente sociale ospedaliero, gli operatori essendo stati abituati ad avere tale servizio, fanno riferimento all'attuale operatrice per una molteplicità di richieste che non le competono, svolgendo così servizi di consulenza, in forma di aggancio e raccordo ad esempio per l'utenza residente in altre Ulss o Distretti.

La scelta di posizionare l'assistente sociale all'interno della struttura ospedaliera presenta degli indubbi vantaggi: permette di incontrare in tempi brevi il paziente e i suoi familiari, e di avere un contatto veloce con i medici curanti. È indubbio una posizione tattica. Lo svantaggio presente è legato all'organizzazione del servizio, che prevede una sola assistente sociale, che rappresenta anche l'unico interlocutore per tutta la struttura ospedaliera.

L'iter operativo di tale servizio è stato delineato dal Direttore del Distretto 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 sottoscritto che l'assistente sociale distrettuale si occupa unicamente 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 coinvolta attraverso una richiesta di consulenza non informatizzata, da parte dell'U.O. di degenza del paziente.

Dopo aver recepito la richiesta, di accoglienza in struttura residenziale extraospedaliera, l'assistente sociale procede alla valutazione del caso. Sulla scorta delle informazioni acquisite, si occupa della presentazione della domanda di accoglienza: compila la scheda SVAMA nella parte sociale e contestualmente organizza l'UVMD in sede intraospedaliera, coinvolgendo il medico incaricato per la Dimissione Protetta e il medico curante, per la condivisione del Piano Operativo. Infine cura il completamento dell'iter informatico con l'inserimento della domanda nella graduatoria per l'accoglienza residenziale.

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

Le valutazioni per l'accoglienza temporanea o definitiva in una struttura residenziale vengono effettuate di norma quando la persona è a domicilio. Le valutazioni in ospedale sono eseguite per un inserimento temporaneo in una struttura residenziale, mentre vengono effettuate per un inserimento definitivo solo quando vi sono determinate situazioni: assenza totale di rete e/o situazione di non autosufficienza del paziente.

La valutazione per l'inserimento definitivo in un Centro servizi non viene effettuata di prassi in ospedale in virtù della situazione complessa che ha richiesto determinato il ricovero del paziente. La logica dietro questa scelta è di evitare che il ricovero ospedaliero diventi un canale di privilegio per l'accesso ai Centri servizi.

L'assistente sociale svolge le proprie funzioni soprattutto con i famigliari dell'utente. Nei casi in cui non vi siano dei famigliari, si cerca di individuare delle figure di riferimento, come ad esempio un lontano parente o un vicino di casa, anche per poter avere maggior informazioni sul paziente.

Molto spesso anche i famigliari più prossimi, hanno un atteggiamento delegante nei confronti dell'ospedale e dei servizi sociali, dai quali pretendono una risposta immediata e completa.

In mancanza di rete famigliare l'assistente sociale fa riferimento ai servizi sociali territoriali.

La documentazione dell'assistente sociale è costituita da una Scheda anagrafica contenente le informazioni utili per avere un quadro complessivo del caso: i dati anagrafici, MMG, 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; il modulo di richiesta di consulenza inviato dai reparti ospedalieri, non informatizzato ma cartaceo che viene lasciato in una cassetta presso la Direzione Sanitaria. È un foglio a ricalco che permette di lasciare una copia all'assistente sociale e l'altra all'interno della cartella clinica del paziente.

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 SAPA.

Generalmente l'assistente sociale distrettuale non prevede una presa in carico vera e propria del caso, ma svolge principalmente le funzioni di raccordo e messa in rete degli interventi con i servizi sociali territoriali, segretariato sociale, consulenza nelle U.U.O.O. ospedaliere, colloqui con i pazienti e i familiari e organizza le UVMD.

Per quanto riguarda i tempi di lavoro all'interno della struttura ospedaliera, si evidenziano delle tempistiche molto strette che non coincidono con le graduatorie per l'accesso ai Centri servizi. Secondo l'assistente sociale sarebbe utile prevedere un tempo e un luogo in cui il paziente trascorre un periodo per poter dare la possibilità ai servizi sociali di formulare il progetto più idoneo.

Inoltre le tempistiche dell'ospedale creano delle difficoltà di comunicazione e di interazione con i servizi territoriali.

I modelli teorici cui fa riferimento l'assistente sociale sono: il modello dell'intervento di rete e il modello centrato sul compito.

Tra l'ospedale e il servizio sociale vi è un buon rapporto collaborativo. Gli operatori ospedalieri sono a conoscenza dell'esistenza di tale servizio, tanto che ne usufruiscono anche per richieste non adeguate alle funzioni che svolge.

Tale servizio sociale non prevede la stipula di Accordi di programma. Attualmente 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.

Rispetto all'attuale organizzazione del servizio, alcuni aspetti che dovrebbero essere migliorati riguardano:

- Migliorare la rapidità di risposta da parte dei servizi territoriali;
- Prevedere un tempo e un luogo in cui far trascorrere il paziente dopo la fase acuta, per permettere al servizio sociale di definire il progetto più

idoneo.

Secondo l'assistente sociale, alla base dello scenario attuale crede che nel futuro il servizio sociale all'interno della struttura ospedaliera verrà eliminato.

Il contatto con le molteplici patologie dei pazienti non è una problematicità, ma un aspetto creativo che ti arricchisce.

Non vi sono difficoltà nel coniugare mandato professionale e istituzionale, ma si riscontrano delle aspettative erranee sul servizio da parte dei famigliari ma anche dei medici.

Rispettare l'autodeterminazione di un paziente ricoverato, e quindi in una situazione di fragilità non sempre ci si riesce. In particolare, si fa sempre più fatica a comprendere il grado di deterioramento di un paziente anziano, così si fa riferimento alla valutazione dello status cognitivo del medico curante.

Ospedale di Vicenza:

L'Ospedale di Vicenza, operante nell'Azienda ULSS n. 6 "Vicenza", non prevede un Servizio Sociale Ospedaliero, ma individua la presenza della figura dell'assistente sociale professionale all'interno dell'Unità Operativa Semplice (U.O.S.) "Centrale Operativa Territoriale" (COT), in cui opera l'assistente sociale con la quale ho condotto l'intervista.

Con il Nuovo Atto Aziendale dell'ULSS 6, approvato con Delibera n. 480 del 3 Luglio 2014, viene creata l'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 è ancora in fase di attivazione, 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 dall'U.O.C. Pronto Soccorso per creare un servizio che si occupasse dei ricoveri impropri presso l'Unità Osservazione Breve Intensiva (OBI).

L'U.O.S. 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.

In particolare tale UOS:

- Coordina il percorso di transizione (dimissione) dei pazienti ricoverati in Ospedale verso il trattamento temporaneo o residenziale o domiciliare protetto;
- Coordina la presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare protetta e le eventuali transizioni verso altri luoghi di cura o altri livelli assistenziali;
- Sorveglia sulla presa in carico dei pazienti in assistenza residenziale definitiva o semiresidenziale.

Tale protocollo prevede una convenzione con alcune strutture residenziali per la possibilità di un inserimento di 5 giorni dopo il passaggio dell'OBI, cioè quelle condizioni per cui non è previsto un ricovero ma allo stesso tempo non hanno le condizioni che gli permettono di rientrare a casa. A tale inserimento può aggiungere un periodo di accoglienza temporanea, per un max di 30 giorni complessivi, per dare una forma di sostegno al paziente e alla famiglia.

Prima dell'attivazione di questa Unità, le UUOO ospedaliere dovevano segnalare i casi direttamente ai servizi sociali territoriali per programmare le Dimissioni Protette.

L'U.O.C. Pronto Soccorso premeva che ci fosse la presenza di un operatore sociale che si occupasse dei pazienti ricoverati in OBI che avevano delle problematiche per il rientro a domicilio, per occuparsi della

loro presa in carico alla base del vigente “Protocollo per la gestione delle persone anziane in condizioni di fragilità socio sanitarie anche legate ad evenienze atmosferiche straordinarie”.

Tale protocollo, acquisito dalla COT, dispone l’ingresso del paziente in uno dei Centri di Servizi che si rendono disponibili ad accoglimenti di sollievo in emergenza della durata massima di n. 5 giorni, evitando così permanenze improprie in Pronto Soccorso. È possibile inoltre prevedere la continuità del progetto di gestione emergenza per un periodo non superiore ai 30 giorni complessivi, come forma di sostegno al paziente e alla propria famiglia.

All’interno della COT operano un Medico Geriatra, nonché responsabile dell’Unità, un Assistente Sociale, una Coordinatrice Infermieristica, un Infermiere Professionale (con funzioni da Case Manager) e un amministrativo.

L’utenza di cui si occupa l’Unità corrisponde a quella dei pazienti ricoverati all’interno della struttura ospedaliera, e prevalentemente è costituita da anziani.

La COT non ha un protocollo che definisce la procedura operativa in merito alle dimissioni protette o difficili. L’Unità viene attivata attraverso la “Scheda di Segnalazione di Dimissione Protetta” inviata via email dalle U.U.O.O. ospedaliere, che possono prevedere solamente un intervento di tipo sanitario, medico–infermieristico (ADI-MED, NAISS), non necessariamente anche sociale.

L’intervento dell’assistente sociale prende avvio quando viene riscontrata una situazione di fragilità sociale, ad esempio nei casi in cui vi è una difficoltà di rientro a domicilio.

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 dagli operatori nelle schede di reciproca competenza.

Quando l’assistente sociale recepisce la richiesta di valutazione sociale alla base del Protocollo di Emergenza o per le Dimissioni Protette, visita il paziente in reparto e fissa un colloquio con i famigliari. Spesso si occupa anche di Segretariato Sociale o di aggancio ai Centri Servizio e ai servizi sociali territoriali.

La SVAMA sociale viene compilata dall'AS della COT solo nei casi in cui il paziente non sia conosciuto ai Servizi Sociali territoriali (Comune), altrimenti avrà il compito di inviare la segnalazione ai servizi territoriali di competenza.

Nell'U.O.S. COT l'assistente sociale non ha una propria cartella sociale, ma viene utilizzata una Cartella comune del servizio, in cui vi è un Diario in cui ognuno scrive e aggiorna le proprie attività.

Il ruolo dell'assistente sociale nella COT è complesso in quanto si inserisce in un servizio appena nato. Prima di delineare le funzioni dell'assistente sociale, è importante svolgere un lavoro di organizzazione del servizio stesso, sia tra gli operatori che vi operano, sia verso il personale sanitario, verso cui farsi conoscere per delineare il proprio ruolo e le proprie funzioni.

Il ruolo e il riconoscimento dell'assistente sociale dopo la definizione del servizio in cui opera, si definirà attraverso i propri strumenti di valutazione sociale.

Ospedale di Verona:

Il Polo Ospedaliero di Verona opera all'interno dell'Azienda Ulss 20, e dispone di due sedi distaccate: Borgo Trento e Borgo Roma, che oggi costituiscono l'Azienda Ospedaliera di Verona.

Una volta avuti i contatti, ho fissato l'appuntamento con l'assistente sociale che opera all'interno del SSO della sede di Borgo Roma.

Nell'Azienda Sanitaria di Verona nella sede di Borgo Trento, nel 1954 nasce il Servizio Sociale Ospedaliero. La prima assistente sociale assunta dipendeva del Settore Personale, aveva competenze rivolte non tanto ai pazienti ricoverati, ma ai dipendenti. Lavorava in un servizio nato per fronteggiare le problematiche dei dipendenti dell'ospedale: ammissione alle colonie dei figli del personale, permessi per i dipendenti, borse di studio, sussidi speciali, inserimento socio lavorativo.

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.

Solamente negli anni 90 si verifica un cambio dell'organizzazione del servizio sociale ospedaliero: iniziano a rivolgere le proprie competenze e rivolgere le prestazioni non più al personale ospedaliero ma ai degenti, anche in virtù della progressiva chiusura degli ospedali psichiatrici.

Il SSO si trova all'interno della struttura ospedaliera, i vantaggi che si riscontrano sono da un punto di vista pratico, essere facilitati nel muoversi

all'interno dei reparti, comunicare con i medici e i pazienti, permettendo allo stesso tempo un uso proficuo del tempo a disposizione; da un punto di vista professionale, c'è una maggior vicinanza e contatto con l'equipe medica, che permette maggior conoscenza reciproca dei ruoli professionali.

Il servizio sociale è presente con un proprio ufficio in ogni sede ospedaliera: presso l'Ospedale di Borgo Trento sono presenti n. 3 assistenti sociali, mentre nell'Ospedale di Borgo Roma operano n. 2 assistenti sociali. Ad oggi sono presenti complessivamente n. 4 assistenti sociali, due per ogni struttura. La quinta assistente sociale nella sede di Borgo Roma non è stata più reintegrata, ma sostituita da un assistente sociale borsista.

Il Responsabile del SSO è un Dirigente medico alle dirette dipendenze referente della Direzione Medica che svolge compiti di coordinamento. Quindi è un servizio integrato nell'Unità Operativa della Direzione Medica.

L'attività del SSO di Verona si rivolge ai pazienti ricoverati nell'Azienda Ospedaliera. L'utenza con cui il servizio viene maggiormente a contatto è l'area anziana: la cronicizzazione delle malattie, l'età media avanzata fa sì che aumenti il ricovero di persone anziane, a causa di cadute, decadimenti cognitivi, Alzheimer, ictus.

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. Alla base di questa divisione, vi è comunque una conoscenza reciproca dei casi, che permette agli assistenti sociali di essere interscambiabili nei momenti di assenza di uno degli operatori.

Vengono previste delle riunioni tra tra gli assistenti sociali dei due poli

ospedalieri in base all'emergere di particolari esigenze, non rispetto ad una periodicità.

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

Il SSO si attiva attraverso la Scheda di Segnalazione non informatizzata, inviata dal Medico di Reparto in cui è ricoverato il paziente, in cui viene segnalato: nominativo del paziente, n. letto, riferimento telefonico del caregiver, progetto di dimissione da un punto di vista sanitario (lungodegenza, riabilitazione, trasferimento), valutazione sull'autosufficienza/non-autosufficienza del paziente, come viveva precedentemente il paziente, presunta dimissibilità del paziente, elementi diagnostici per inquadrare la situazione sanitaria, indicatori di complessità della situazione per cui viene segnalato il caso: assenza familiari di supporto, paziente con pregresso degrado sociale (senza fissa dimora, alcool, tossicodipendenti, condizioni igieniche scadenti), ripetuti accessi impropri in ospedale, sospetto di incuria, abbandono violenza, improbabile rientro a domicilio per elevato carico assistenziale.

L'assistente sociale ospedaliero insieme ai familiari (se individuabili) e al paziente valuta la situazione di quest'ultimo in rapporto all'offerta di servizi socio-assistenziali e/o sanitari del territorio. Compila il modulo "Richiesta di valutazione multidimensionale per l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari territoriali della ULSS 20" e l'invia al Distretto, insieme alla scheda SVAMA interamente compilata, per l'attivazione dell'Unità Valutativa Multidimensionale (U.V.M.D.) e relativa presa in carico dell'utente. Per i casi più complessi è prevista la partecipazione del SSO alle UVMD, a riguardo ad esempio di pazienti che non hanno alcuna rete familiare.

Per quanto riguarda i casi segnalati dal pronto soccorso, non viene inviata la Scheda di Segnalazione ma viene contattato telefonicamente il SSO che prontamente si reca al reparto.

In alcuni casi può capitare che le persone, pressoché familiari, si rechino direttamente al servizio. In questi casi gli assistenti sociali cercano di prendere alcune informazioni per identificare il paziente, li invitano a parlare con i medici che insieme parleranno della situazione e valuteranno

se inviare la scheda di segnalazione.

Qualora vi sia invece una segnalazione da parte del territorio contraddistinta da problematiche sociali, le assistenti sociali ospedaliere provvedono ad interfacciarsi con i medici del reparto per aggiornarli sulla situazione precedente il ricovero.

Le principali modalità e tecniche di intervento del SSO riguardano primariamente il segretariato sociale ovvero tutto ciò che riguarda informazioni sull'assistenza domiciliare (ADI); servizi sociali territoriali comunali e distrettuali a cui fare riferimento dopo le dimissioni; strutture esterne all'ospedale (CDR, Hospice, RSA riabilitative, Centri Diurni); agevolazioni economiche e non per il paziente o familiare (invalidità incivile, indennità di accompagnamento, legge 104, ADS – vengono dati i moduli e spiegato l'iter).

All'interno dell'Ospedale c'è sempre più l'esigenza di dare informazioni per la nomina dell'ADS perché vi sono delle operazioni o esami dal carattere maggiormente invasivo (posizionamento della PEG) che richiedono il rilascio del consenso informato qualora il soggetto non sia in grado di esprimerlo.

Nei casi in cui il paziente non avesse alcuna figura di riferimento, il SSO (per qualunque motivazione) si occupa di inoltrare la domanda per la nomina dell'ADS e successivamente convocati in udienza presso il Tribunale ordinario per illustrare il caso a cui segue la nomina dell'ADS.

Il servizio sociale ospedaliero si occupa dell'intera fascia di età di vita di una persona, per cui anche della tutela minorile affrontando casi di incuria, abbandono, sospetto di violenza, che implicano la segnalazione ai servizi territoriali ed eventualmente alla procura minorile; casi di minori non riconosciuti/in stato di abbandono in cui prende avvio l'iter di adottabilità e il contatto con il TM.

Il destinatario dell'intervento del SSO non è unicamente l'utente, ma anche il suo nucleo familiare: “la malattia non va a colpire soltanto la singola persona, cambia la dinamica dell'interno nucleo familiare”. Come ad esempio quei casi in cui una persona che era autosufficiente che in seguito a dei problemi sanitari diventa non autosufficiente, va a sconvolgere il carico assistenziale infermieristica e assistenziale e il carico

lavorativo da parte dei parenti.

Per questa ragione il SSO offre un sostegno alla famiglia, riguardante il loro stato emotivo.

In alcune situazioni può capitare che non vi sia una reale condivisione dell'intervento tra utente e familiari, così si cerca di valutare il grado della persona di comprensione della realtà e dello stato cognitivo. Tante volte il paziente non è in grado di esprimere la sua volontà, e quindi non si è in grado di capire quali potrebbero essere i suoi desideri, così sono i familiari che decidono quali siano gli interventi più adatti da seguire, richiesta in CDR o assistenza domiciliare.

Nei casi in cui il paziente sia in grado di esprimere le sue volontà, si mette in rilievo l'autodeterminazione della persona: sebbene i parenti abbiano un'idea diversa rispetto alla sua, l'AS cercherà di mettere a disposizione tutti quegli altri interventi in grado di rispondere alle sue volontà, per agevolare il parente nell'assistenza. Non è una mediazione, ma un rispetto delle volontà della persona, ma anche delle domande dei parenti stessi. Non è sempre facile conciliare le due domande, soprattutto nei casi in cui un anziano in una condizione di non autosufficienza vuole rientrare a domicilio, e in queste situazioni si cerca insieme un modo per trovare la soluzione migliore.

La presa in carico del SSO è temporanea, ovvero molto limitata nel tempo, che va dall'ingresso all'uscita dall'ospedale, momento la competenza passa al servizio sociale territoriale, principalmente il Comune di Verona. Nei casi quindi in cui il paziente non abbia alcuna figura di riferimento, il SSO avvia una segnalazione ai SST, per prevedere un'eventuale presa in carico del caso. È importante valutare precedentemente il grado di autonomia e lucidità del soggetto, per valutare l'intervento da seguire: l'inserimento in una struttura in caso di scarsità di autosufficienza, o il supporto di servizi domiciliari. Viene inviata la richiesta dell'ADS. La maggior parte delle volte queste situazioni si protraggono nel tempo, finché non c'è una collocazione sicura nel territorio.

Gli strumenti che vengono utilizzati per documentare i casi seguiti e il lavoro complessivo del SSO sono la Scheda di Segnalazione inserita nella Cartella Sociale. Nel SSO i casi vengono registrati in un Data Base

informatico, interno al servizio sociale, in cui confluiscono i dati dei casi di Borgo Roma e Borgo Trento. All'interno del programma vengono registrati i dati principali del paziente e le prestazioni eseguite.

Il SSO può partecipare alle UVMD riguardo a casi complessi o casi in cui vi è l'assenza di un nucleo familiare, ovvero nei casi in cui è necessario un intervento maggiore dei servizi territoriali. Inoltre è prevista la partecipazione programmatica alle riunioni per la stesura dei Piani di Zona.

Vengono eseguite delle equipe con i medici dei reparti ospedalieri rispetto ad un singolo caso, ma non viene seguita una prassi delineata.

All'interno del SSO non vi è l'utilizzo di un unico modello teorico di riferimento. Quelli maggiormente utilizzati sono l'approccio di rete, l'approccio sistemico relazionale, il modello unico centrato sul compito, problem solving. Il fatto di far riferimento ad uno piuttosto che ad un altro dipende fondamentalmente dalla particolarità del singolo caso e dalla sensibilità dell'operatore.

La collaborazione tra servizio sociale e ospedale si basa su una cultura che deve essere costruita, in quanto il mondo sociale all'interno dell'ambito sanitario è ancora molto limitato.

All'interno dell'Azienda sanitaria ospedaliera è presente un turn over dei medici, quindi è importante per il SSO farsi conoscere costantemente da queste nuove figure, mostrare le proprie funzioni e come è organizzato. L'esperienza nel tempo ha fatto constatare nel tempo che il pz va visto nella sua globalità, in quanto prevede il coinvolgimento anche del suo nucleo familiare, che spesso causa un disorientamento nell'immediatezza della presa di coscienza della malattia o dell'evento patologico acuto e che richiede un sostegno emotivo. Non c'è solo un'attenzione all'aspetto sanitario del paziente ma anche al contesto personale, che richiede una rielaborazione della propria condizione e della propria malattia.

I medici si rendono conto sempre più conto di quanto sia necessario un'immediata segnalazione al SSO per programmare una dimissione protetta, per una serie di fattori: cronicizzazione della malattia, età avanzata dei soggetti davanti a cui i medici non sanno come comportarsi superata la fase acuta della malattia.

La medi dei casi all'anno è di 400.

Ad oggi si può affermare che la maggior parte del personale ospedaliero è a conoscenza del SSO, anche se non tutti adottano la modalità corretta di attivazione del servizio, a secondo dei vari reparti. Vi sono comunque delle situazioni in cui il personale medico interpreta il servizio come un ostacolo alle dimissioni del paziente, per il fatto che il coinvolgimento del servizio può richiedere un prolungamento del ricovero del paziente. Non sempre quindi viene visto come una risorsa, ma come un aumento delle problematiche.

Nel corso degli anni però è andata aumentando il coinvolgimento del SSO da parte degli operatori sanitari, forse dovuto alla presenza sempre più massiccia nei reparti che rende possibile costruire un rapporto con i medici e l'interno personale. Anche la presenza del servizio all'interno della Direzione medica, quindi all'apice del sistema ospedaliero, e un facile accesso all'ufficio del servizio, permette un buon setting del servizio e quindi una buona visibilità e sua valorizzazione.

L'organizzazione del SSO si determina anche alla base della sottoscrizioni su 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

Per quanto riguarda il rapporto con i servizi territoriali, ve ne sono alcuni con cui è più difficile comunicare rispetto ad altri. Il servizi sociali territoriali con cui si hanno più scambi comunicativi è il Comune per il maggior numero di utenza anziana.

Il SSO partecipa ad alcuni progetti di lavoro all'interno dell'Azienda Ospedaliera:

- coinvolgimento nella formazione o aggiornamento dei volontari all'interno dell'Ospedale,
- partecipazione a corsi di aggiornamento interno delle Unità Operative Ospedaliere
- partecipazione programmatica alle riunioni per la stesura dei Piani di Zona.

Gli aspetti organizzativi che dovrebbero essere migliorati riguardano:

- le problematiche legate alla mancanza di una risposta immediata da parte del territorio rispetto alle esigenze del paziente, che determinano un maggiore creatività sulle altre eventuali risposte da attivare. Questo è anche dovuto all'insufficiente disponibilità dei posti nelle strutture residenziali.
- maggior coinvolgimento nella risoluzione dei casi da parte dei reparti ospedalieri, nel corso delle riunioni e dell'analisi delle situazioni.
- maggior informatizzazione, ad esempio della SVAMA o della scheda di segnalazione, anche per una migliore l'archiviazione dei dati.

Nel futuro si spera che il SSO sia sempre più coinvolto, ritornando "all'idea di benessere complessivo della persona, anche da un punto di vista sociale"; prevedere l'inserimento nella cartella ospedaliera del paziente di consulenze o richieste di attivazioni di servizi sociali, come ad esempio possono vengono indicate le relazioni psichiatriche, per una presa in carico complessiva della persona; essere abilitati per vedere le graduatorie delle CDR; coinvolgimento all'interno della vita dei reparti, durante la presentazione dei casi, per essere aggiornato sui pazienti.

Il paziente o il familiare compila la domanda, scegliendo le strutture. La SVAMA completa e la domanda vengono inviate al Distretto, in cui la commissione viene valutata e viene espresso un punteggio. Successivamente l'ufficio residenzialità elabora una graduatoria unica per tutta l'Ulss 20 (suddivisa in 4 Distretti Sanitari).

Ci possono essere delle difficoltà nel coniugare il mandato professionale con quello istituzionale: ritornando al discorso dell'autodeterminazione del paziente, tante volte le decisioni vengono prese al posto della persona da parte dei parenti, anche se la persona non risulta non essere in grado di esprimere le proprie volontà, e quindi crea delle difficoltà di accettazione

da parte degli assistenti sociali, in cui la decisione spetta ai medici che spingono anche alle dimissioni in tempi brevi.

All'interno del contesto ospedaliero l'assistente sociale viene a contatto con molteplici patologie che implica ad affrontare alcuni temi presenti soprattutto in questo contesto: il tema della morte, la vecchiaia, del dolore del paziente e dell'intera famiglia, aspetto oncologico, lo sconvolgimento del nucleo familiare. In queste situazioni diventa fondamentale l'empatia, senza troppo invischiamento.

BIBLIOGRAFIA:

Bortoli B. (1926),” *I giganti del lavoro sociale. Grandi donne (e grandi uomini) nella storia del welfare*”1526-1939, Erickson

Brizzi L., Cannoni C., “*Servizio sociale professionale e medicina legale. Manuale per assistenti sociali*”, Maggioli Editore, 2010

Brizzi L., Cava F. (2003), “*L’integrazione socio-sanitaria. Il ruolo dell’assistente sociale*”, Carocci Faber, Roma

Campanini A. (2013), “*Nuovo dizionario di servizio sociale*”, Carocci Faber, Roma

Caprini C., Marini N. (2001), “*Organizzazione e qualità nel servizio sociale ospedaliero*”, Phoenix, Roma

Cicognani E. (2002), “*Psicologia Sociale e ricerca qualitativa*”, Carocci Faber, Roma

Cortigiani M. (2002), “*L’assistente sociale e i suoi campi d’intervento*”, Phoenix editore

Cosenza D. (2006), “*L’assistente sociale nel contesto ospedaliero*”, FrancoAngeli, Milano

Dominelli E. (2005), “*Il servizio Sociale, una professione che cambia*”, ed. Erikson

Destro C., Savino N., (2009),” *La continuità di cura e assistenza al paziente complesso. Manuale pratico sui percorsi di cura integrati*”, C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino

Folgheraiter F. (1995), “*Il lavoro di rete e valorizzazione delle risorse*

sociali" in L'intervento di rete, Liguori, Napoli

Girardo S. Riefolo E. (1996), *"Il servizio sociale: esperienza e costruzione del sapere"*, FrancoAngeli, Milano

Gui L. (2004), *"Le sfide teoriche del servizio sociale. I fondamenti scientifici di una disciplina"*, Carocci Faber

Maguire L. (1983), *Il lavoro sociale di rete*, Erikson

Mari A., Mastropasqua I., Romano R. (2009), *"L'assistente sociale dirigente. Funzioni, responsabilità, prospettive"*, Carocci Faber, Roma

Perino A. (2013), *"I luoghi del servizio sociale"*. Volume II, Aracne

Toujin W. (1979), *"Sociologia delle professioni"*, Il mulino

Freidson E. (2002), *"Professionalismo: la terza logica"*, Dedalo

Freidson E.(2002), *"La dominanza medica: le basi sociali delle malattia e delle istituzioni sanitarie"*, Franco Angeli

ARTICOLI E RIVISTE:

Brauns E. (1972), *“Il lavoro sociale nell’équipe ospedaliera”*, in La rivista di Servizio Sociale, Anno XII n. 3 settembre, Istituto per gli studi sui servizi sociali

Brauns E., *“Primo esperimento di un servizio sociale ospedaliero in svizzera”*, in La rivista di Servizio Sociale, Anno XI n. 3 settembre 1971, Istituto per gli studi sui servizi sociali.

Cabot R.C. (1929) *“Le service social dex hopitaux et des dispensaires.”*
In Aa. Vv., Première Conférence Internationale di Service Social, Paris, 8-13 juillet 1928, Paris, Imp. Union, vol. III, pp. 552-576

Corbucci S. A., Bresci L. L.(2008) *“Servizio sociale e dimissioni protette per le persone anziane non autosufficienti”*, in Giornale di Gerontologia, Numero 5, Volume LVI

Ministro della Salute (2010), *Funzioni del servizio sociale professionale in sanità*, Documento Tavolo tecnico, Ministro della Salute, Roma

Monolo M. P.,(2009) *“Il servizio sociale negli ospedali”*, in La rivista di Servizio Sociale, Anno XI n. 3 settembre, Istituto per gli studi sui servizi sociali, 1971.

Odiard M.C., *L’assistente sociale in azienda ospedaliera: dentro il sistema di cura, per la continuità assistenziale*, in *“Assistente sociale. La professione in Italia”*, 1,2007

Samory E., *“L’assistente sociale ospedaliero. Un professionista di frontiera per l’integrazione fra sociale e sanitario”*, La Professione Sociale. Rivista di studio e analisi e ricerca, 1997, editore CLUEB

CROAS Regione Lombardia (2011), *“Il Servizio Sociale nelle Aziende*

Ospedaliere della Regione Lombardia – Indagine relativa all’anno 2006”
in I quaderni dell’ordine professionale n. 3

“Re.SSPO Rete dei Servizi Sociali Professionali Ospedalieri. Buone prassi, normativa d’area e modelli organizzativi dei servizi sociali professionali nella realtà ospedaliera lombarda.” in I quaderni dell’ordine professionale n. 3, Regione Lombardia, 2011

AA.VV. (2008), *Il servizio sociale nelle Aziende Ospedaliere della Regione Lombardia. Indagine relativa all’anno 2006, Documento conclusivo del Gruppo di ricerca del Consiglio regionale Ordine assistenti sociali (CROAS) Lombardia*

SITOGRAFIA:

<http://www.demoistat.it> <http://www.istat.it>

<http://www.cnoas.it>

<http://www.socialwelfarehistory.com> <http://www.naswdc.org>

<http://w3.ordineaslombardia.it> <http://www.ulss12.ve.it>

<http://www.assistentsociali.org>

<http://www.assistentsociali.veneto.it>



Università
Ca'Foscari
Venezia