

Il Servizio Sociale in DEA: esperienza dell'Ospedale Mauriziano di Torino

Daniela Pons, Iolanda Vigna*, Nadia Veronese, Pier Carla Carillo**, Paola Malvasio°, Liliana Pala, Aldo Soragna°°

Servizio Sociale, Ospedale Mauriziano Umberto I, Torino

*Direzione Sanitaria Ospedale Mauriziano Umberto I, Torino

**Caposala DEA Ospedale Mauriziano Umberto I, Torino

°Direttore Medico di Presidio Ospedale Mauriziano Umberto I, Torino

°°Direttore SC Pronto Soccorso/Medicina d'Urgenza Ospedale Mauriziano Umberto I, Torino

SINTESI

Il lavoro riporta i risultati dell'attività svolta dal Servizio Sociale presso il DEA nel quinquennio 2002-2006; l'esperienza della presenza diretta dell'assistente sociale nasceva dalla valutazione che per numerosi utenti la richiesta di intervento del Servizio per problematiche socio-assistenziali si ravvisava fin dalle prime ore dell'accesso, sia in Pronto Soccorso sia in reparto di Medicina d'Urgenza.

Gli obiettivi ipotizzati erano da un lato quello di fornire agli utenti un servizio in urgenza, diversamente non fruibile, e dall'altro quello di ottenere, con la presa in carico immediata, la soluzione più rapida possibile del problema presentato.

Il presente lavoro riporta i risultati dell'attività svolta dal Servizio Sociale presso il DEA dell'ASO Ordine Mauriziano di Torino nel quinquennio 2002-2006. L'ospedale Mauriziano Umberto I, situato in centro città, è il presidio sanitario di riferimento per una popolazione di circa 200.000 abitanti; il territorio (ASL 1) comprende buona parte del centro storico della città, con una significativa quota di popolazione in età avanzata, la presenza in zona di parecchie residenze per anziani e della stazione ferroviaria centrale di Porta Nuova, spesso punto di riferimento di utenti in situazioni di disagio.

L'ospedale è sede di un DEA riconosciuto di II livello in cui opera una Struttura Complessa di Medicina-Chirurgia d'Urgenza, ormai quasi completamente autonoma nella gestione dell'attività.

Nel DEA, unitamente al Pronto Soccorso, nel quinquennio in esame risulta operante un reparto di ricovero (ricoveri brevi in urgenza) di Medicina d'Urgenza, dotato di 6 camere, che ha realizzato negli ul-

Da gennaio 2002 ad agosto 2006 sono state prese in carico dal Servizio Sociale 877 persone, di cui l'80,2% ultra 65enni; l'attività è stata svolta da 2 assistenti sociali; globalmente sono stati effettuati 1370 interventi di carattere diverso.

La valutazione complessiva dell'esperienza è risultata ampiamente positiva per entrambi gli obiettivi; in particolare, si sottolinea come per il 54,5% dei casi seguiti sia stato possibile affrontare e risolvere direttamente in DEA il problema socio-sanitario presentato; a ciò conseguiva la dimissione del paziente in sicurezza, senza gravare sui reparti di degenza ordinaria con un ricovero non appropriato.

timi anni circa 1200 ricoveri/anno (tale attività è stata peraltro al momento sospesa, sostituita da un'attività di OBI, Osservazione Breve Intensiva, a marzo 2007).

In ospedale opera fin dal 1962 un Servizio Sociale interno; nell'ottobre 2001 è stata valutata l'opportunità di istituire per il DEA, come per tutti gli altri reparti dell'ospedale, la presenza diretta di un'assistente sociale di riferimento.

A seguito di un'indagine interna, si era evidenziato come per numerosi utenti la richiesta di intervento del Servizio Sociale per problematiche socio-assistenziali si ravvisasse fin dalle prime ore dell'accesso, sia in Pronto Soccorso sia in reparto di Medicina d'Urgenza.

Gli obiettivi ipotizzati erano da un lato quello di fornire agli utenti un servizio in urgenza, diversamente non fruibile, e dall'altro quello di ottenere, con la presa in carico immediata, la soluzione più rapida possibile del problema socio-assistenziale, spesso pre-

TAB. 1

Attività del DEA nel periodo 2002-2006.

Anno	Accessi	Ricoveri
2002	60.043	10,4%
2003	54.665	9,9%
2004	54.843	10%
2005	58.896	10%
2006 (agosto)	40.584	9,7%

minente, correlato al problema sanitario presentato all'accesso.

Negli anni 2002-2006 al DEA del Mauriziano gli accessi sono stati mediamente 55-60.000 all'anno, con una media di ricoveri intorno al 10% (la Tabella 1 riassume questi dati); di tali accessi, il 25-30% ha riguardato cittadini ultra 65enni.

In questi 5 anni sono state prese in carico dal Servizio Sociale 877 persone, di cui 703 (80,2%) ultra 65enni e, di queste, il 41,1% ultra 85enni. Questi dati sono coerenti con la realtà sociale dell'ASL 1 (nella quale risiedeva il 72,9% delle persone seguite) che, come accennato sopra, comprende anche le circoscrizioni 1, Centro/Crocetta, e 8, San Salvario/Borgo Po/Cavoretto, con alta densità di popolazione anziana.

L'attività è stata svolta da 2 assistenti sociali, che peraltro operavano contemporaneamente anche in altri reparti dell'ospedale.

Per le peculiari caratteristiche del DEA, il ricevimento del pubblico, oltre a coincidere con gli orari pre-stabiliti, è stato effettuato ogni qual volta se ne fosse

riscontrata la necessità; i colloqui con i familiari sono stati svolti al momento della segnalazione oppure su appuntamento a breve.

Casistica dell'attività svolta

Di quanto evidenziato in Figura 1, ci paiono particolarmente degni di nota i seguenti punti:

- la crescita, costante e regolare, delle segnalazioni al Servizio Sociale nel corso del quinquennio in osservazione;
- l'aumento percentuale negli ultimi due anni delle segnalazioni a partenza fin dal Pronto Soccorso.

Questo sta a significare come le problematiche socio-assistenziali dei ricoverati emergano già nelle prime ore dall'accesso in ospedale e quanto sia riconosciuta dagli operatori sanitari l'importanza di una tempestiva attivazione del Servizio Sociale; negli anni si è infatti sviluppata una capacità complessiva di interazione di più soggetti che hanno collaborato all'attività in un clima di fiducia reciproca, garantendo una comunicazione pressoché costante.

Le segnalazioni giungono al Servizio Sociale prevalentemente dagli operatori di reparto (coordinatori infermieristici, infermieri professionali, medici); in misura minore l'intervento è richiesto dai pazienti stessi o loro familiari, dai volontari AVO presenti in reparto di Medicina d'Urgenza o dai servizi territoriali (MMG, Servizi Sociali ecc.).

Interazione, confronto, comunicazione tra operatori (nel caso, medici, infermieri, assistenti sociali) risultano oggi determinanti nel raggiungimento di quegli obiettivi dell'attività ospedaliera (produttività, quali-

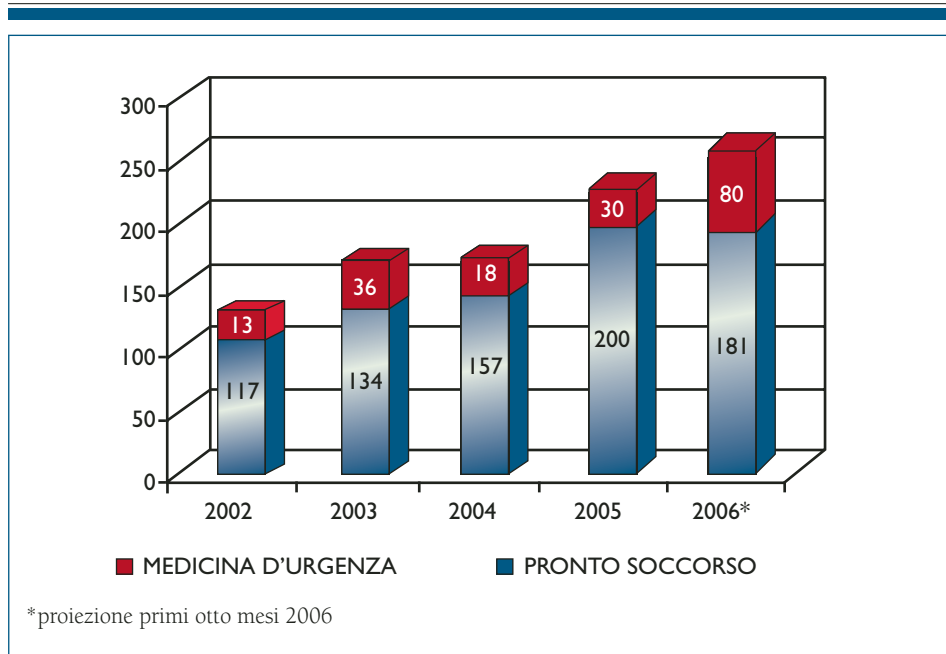


Fig. 1 - Casi seguiti nel 2002-2006.

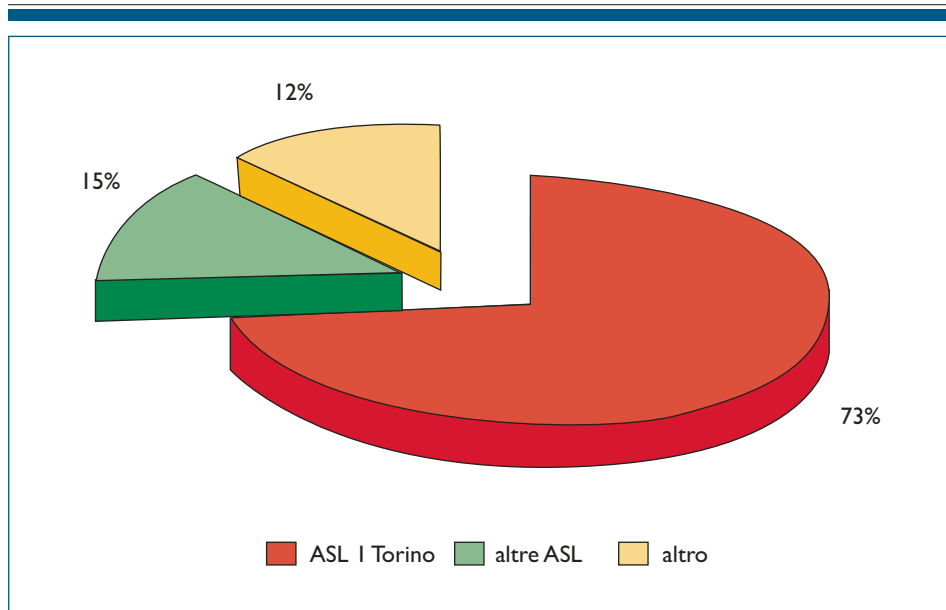


Fig. 2 - Residenza degli utenti.

tà, efficienza, riduzione dei tempi, contenimento dei costi) che appaiono spesso in contraddizione fra loro. Il Servizio Sociale è operante nel nostro ospedale dal 1962 ed è composto da 7 assistenti sociali che svolgono la propria attività in tutti i Dipartimenti e Unità Operative; il ricevimento del pubblico avviene in alcune fasce orarie della giornata, senza appuntamento. Il Servizio Sociale in DEA, come negli altri reparti dell'ospedale:

- interviene nel trattamento dei vari casi, considerandone gli aspetti fisio-psico-sociali, al fine di dare una risposta efficiente che tenga conto della complessità di ogni singola situazione;
- promuove costanti collegamenti con tutti i servizi extra-ospedalieri, pubblici e privati, in grado di completare l'arco dell'assistenza;
- svolge un ruolo di mediazione attiva, tra bisogni e domanda sociale da un lato e risorse disponibili e/o attivabili dall'altro.

Ogni settimana si svolge la riunione di servizio per l'analisi delle problematiche emergenti e la condivisione delle linee operative; le assistenti sociali partecipano inoltre alle riunioni settimanali che si svolgono in alcuni reparti con medici e infermieri per l'analisi dei

casi segnalati e la predisposizione di programmi individualizzati da attuare alla dimissione del paziente; per chi si occupa del DEA, mensilmente è previsto un incontro con alcuni servizi territoriali per uno scambio di informazione sui pazienti seguiti e per una condivisione degli interventi in atto o da programmare. Il Servizio Sociale collabora ancora con gli operatori del progetto ADPO-Assistenza Domiciliare Post Ospedaliera^(nota1) segnalando i casi già selezionati per il tipo di intervento e collaborando contestualmente con gli altri Servizi coinvolti.

Come prevedibile, il 73% delle situazioni seguite è riferito a utenti residenti nell'ASL 1 della città, territorio di riferimento per il nostro ospedale (Figura 2). Con il termine "altro" si intendono prevalentemente persone senza fissa dimora e/o senza residenza, italiane e straniere.

In coerenza con quanto statisticamente noto, anche il nostro campione rende evidente che il 67% delle persone ultra 65enni è di sesso femminile (Figura 3). Nella fascia 65-84 la differenza è lievemente ridotta: 60% donne e 40% uomini. Tra gli ultra 85enni il 77% è di sesso femminile. Tra le persone di età inferiore ai 65 anni è invece prevalente il sesso maschile: 70%

NOTA 1. Il progetto ADPO, Assistenza Domiciliare Post Ospedaliera a favore di persone anziane in situazioni di disagio, è stato finanziato dalla Compagnia di San Paolo che, dal maggio 2000 all'aprile 2006, ha sottoscritto un protocollo d'intesa con le ASL torinesi, gli ospedali Martini, San Giovanni Bosco, Maria Vittoria e Birago di Vische, l'ASO Ordine Mauriziano e con alcuni enti del terzo settore tra cui il SEA-Servizio Emergenza Anziani, la PA Croce Giallo Azzurra, l'AVO, Associazione Volontari Ospedalieri, e la Cooperativa Sociale SOS Famiglia. Obiettivo del progetto è stato quello di sperimentare una forma di convalescenza domiciliare protetta, della durata massima di 60 giorni, a favore delle persone anziane dell'area torinese dimesse da una struttura ospedaliera, con particolare attenzione alle situazioni di maggior fragilità economica e sociale. Attualmente la nuova convenzione in corso, relativa al biennio maggio 2006-aprile 2008, è stata sottoscritta anche dalla Divisione Servizi Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie del Comune di Torino, che ha avviato un processo di riordino delle prestazioni domiciliari sociali e socio-sanitarie.

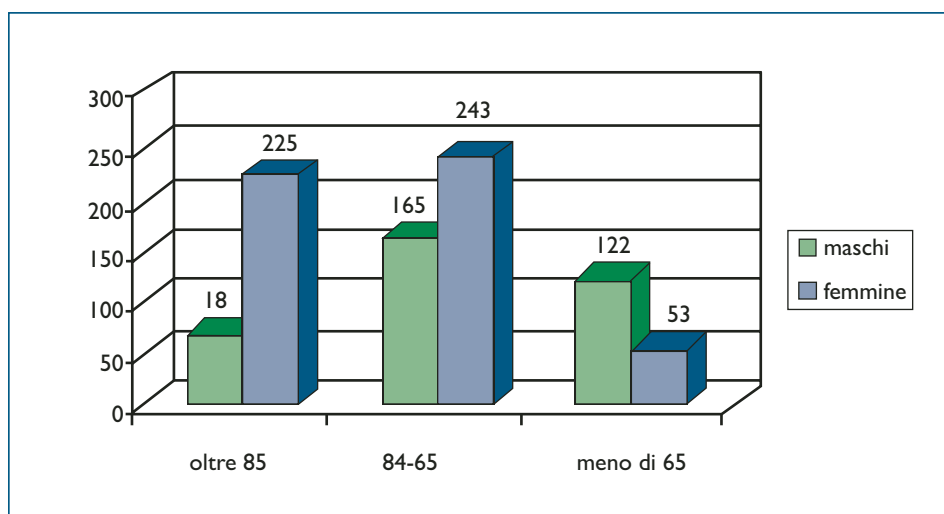


Fig. 3 - Et /sesso degli utenti.

uomini e 30% donne; in tale fascia di et  sono infatti comprese per lo pi  persone senza fissa dimora, in maggioranza uomini.

Valutazione della rete assistenziale con le risorse esistenti

L'8% delle persone coinvolte ha dichiarato di non avere parenti, mentre il 7% era seguito con affidamento o custodia gi  attivati dai Servizi Sociali territoriali; il 2% aveva un tutore. La maggioranza delle persone ha figli, fratelli, sorelle e/o parenti diretti, che tuttavia non sono sempre in grado per motivi vari (et , impegni lavorativi, abitazioni inadeguate) di fornire l'assistenza necessaria al congiunto malato. In

netto aumento, negli ultimi 3 anni, risultano le situazioni seguite al domicilio da assistenza privata ("badante"). La Figura 4 riassume i dati ricavati dall'indagine.

La Figura 5 focalizza l'attenzione sulla presenza o meno di coniuge dell'anziano seguito.

Dei 703 ultra 65enni seguiti:

- 411 (58%) vivono da soli e, di questi, 172 sono ultra 85enni; quest'ultimo dato risulta molto significativo per la programmazione dell'assistenza domiciliare;
- 71 (10%) hanno soltanto il coniuge come punto di riferimento assistenziale e, di questi, 18 sono ultra 85enni; si evidenzia quindi che il *caregiver*  

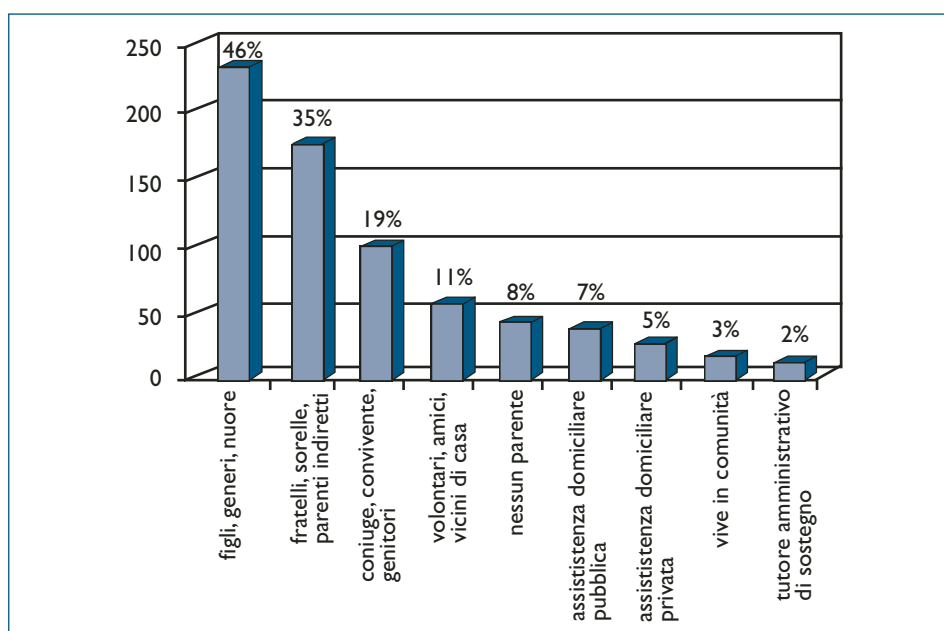


Fig. 4 - Valutazione della rete assistenziale.

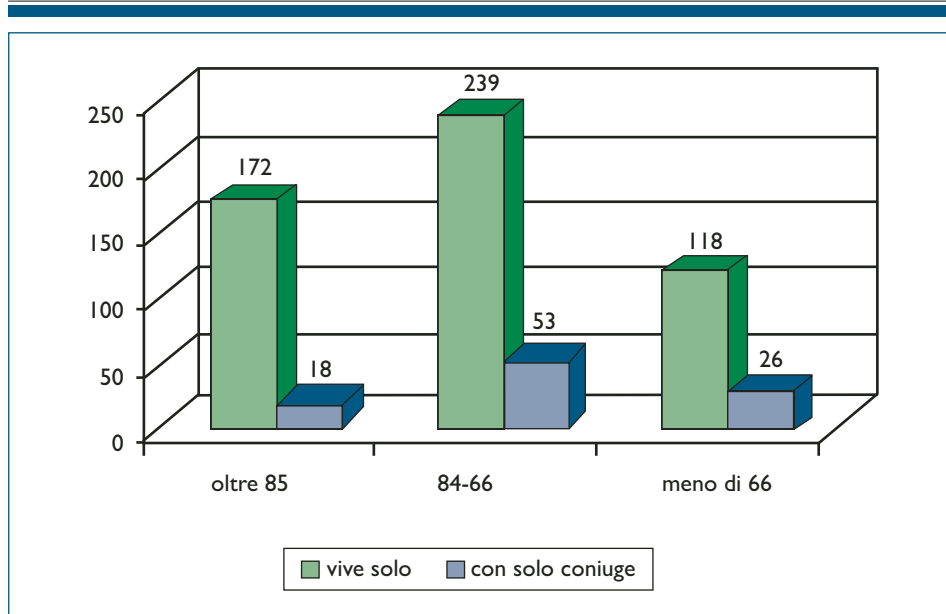


Fig. 5 - Vive solo/Vive con solo coniuge.

altrettanto anziano, con possibili reali difficoltà nell'assistenza al coniuge malato.

Interventi attuati dal Servizio Sociale

Per le peculiari caratteristiche del DEA, l'attività dell'assistente sociale prevede tempestività nella presa in carico dei casi, nella valutazione delle problematiche emergenti e nella definizione dei programmi. Nel periodo in osservazione 2002-2006, per le 877 persone segnalate gli interventi attivati sono stati in totale 1370. Il 24% degli interventi è consistito nell'avvio di pratiche o nell'inserimento in strutture di post-acuzie (lungodegenza, riabilitazione, lungodegenza oncologica, hospice). Questo dato evidenzia da un lato la necessità delle persone anziane di proseguire le cure per una migliore stabilizzazione della situazione clinica dopo l'accesso in DEA, dall'altro che a tale intervento si è fatto ricorso anche per sollevare i familiari caregivers da una situazione di assistenza molto impegnativa (inserimenti in nuclei demenze, hospice, strutture psichiatriche).

Sovente il ricorso alle strutture di post-acuzie si rende necessario per dar modo e tempo ai familiari di attivare programmi domiciliari con i servizi territoriali, sanitari e sociali.

L'intervento di segretariato sociale (26% dei casi) è consistito nel fornire indicazioni sulla rete dei servizi sul territorio, sui diritti esigibili dai malati (dentro e fuori l'ospedale), sulle risorse attivabili al domicilio, istituzionali e non. Nel 12% dei casi è stato effettuato un intervento di chiarificazione e sostegno al paziente e/o al familiare; nonostante l'urgenza della definizione di un programma assistenziale, si è così po-

tuto seguire in modo più approfondito quelle situazioni che evidenziavano problematiche più complesse attraverso colloqui di sostegno.

Nel 10% dei casi si è provveduto a effettuare segnalazioni ai servizi territoriali (Servizio Sociale, SERT, Servizi di Salute Mentale) per l'avvio di una continuità assistenziale. Nel 6% dei casi sono stati attivati, alla dimissione, i servizi socio-sanitari sul territorio (assistenza domiciliare, servizi di cure domiciliari e, solo dal 2006, Centrale Operativa Continuità Assistenziale; inoltre è stato attivato il progetto ADPO, Assistenza Domiciliare Post-Ospedaliera). La Figura 6 riassume questi dati.

Risultati dell'esperienza

La valutazione complessiva dell'esperienza è risultata ampiamente positiva per entrambi gli obiettivi che ci eravamo proposti. Globalmente il Servizio Sociale ha effettuato 1370 interventi, di carattere diverso, ma con la peculiare caratteristica di averli effettuati in tempi rapidi, con tempestiva ed efficace risposta alla richiesta che l'utente presentava già durante l'accesso in Pronto Soccorso e/o il ricovero breve in reparto di Medicina d'Urgenza. Sottolineiamo in particolare come per 478 utenti (il 54,5% del totale dei casi seguiti) sia stato possibile affrontare e risolvere direttamente in DEA il problema socio-sanitario presentato.

In questo modo il paziente è stato dimesso dall'ospedale in condizioni di sicurezza, avendone disposto il successivo ricovero in idonee aree di lungodegenza extra-ospedaliera o avendo attivato a domicilio i servizi territoriali più opportuni per un'assistenza socio-sanitaria adeguata alle esigenze del paziente.

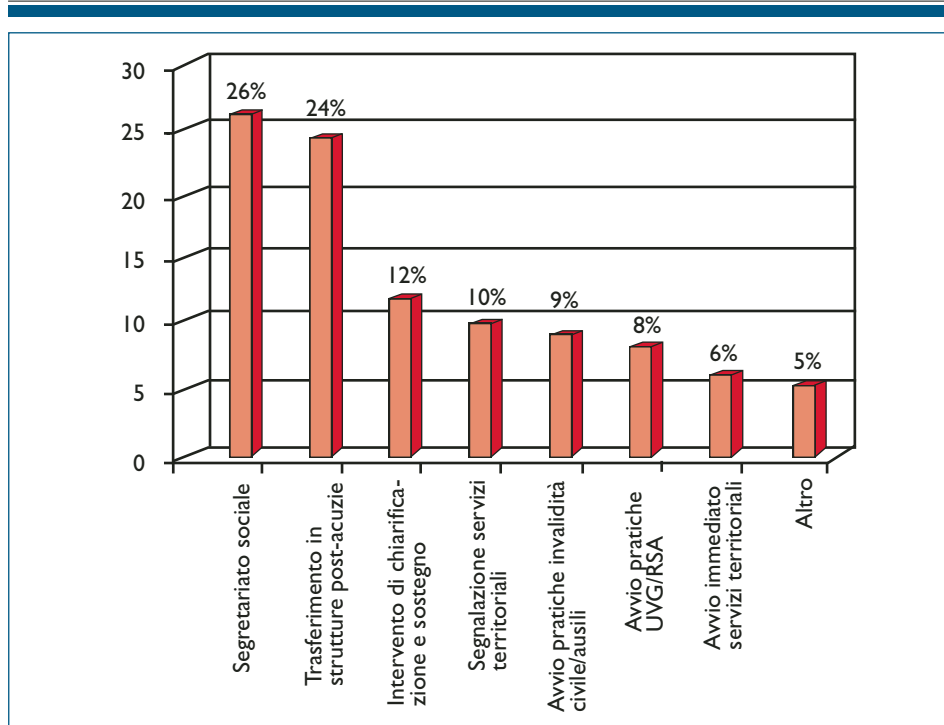


Fig. 6 - Interventi del Servizio Sociale.

Contestualmente, si è altresì ottenuto di non gravare ulteriormente sui reparti di degenza ordinaria con ricoveri non strettamente necessari, magari anche considerati “impropri”. La Figura 7 illustra questo particolare aspetto.

Il 54,5% dei pazienti segnalati è stato dimesso direttamente dal DEA. Quando il medico proponeva il rientro a domicilio, ciò avveniva previa valutazione socio-ambientale da parte dell’assistente sociale con verifica dell’esistenza delle condizioni di sicurezza per il rientro stesso (condizioni già preesistenti, da migliorare, oppure create *ex novo* a seguito di attivazione tempestiva dei servizi territoriali pubblici o delle organizzazioni di volontariato).

I pazienti non dimissibili (45,5%) sono stati ricoverati prevalentemente nelle SC di Area Medica.

Considerazioni conclusive

Gli anziani seguiti risultano spesso portatori di una o più malattie cronic-degenerative, causa di dolore e/o di disabilità; ne consegue che gli operatori si trovano a dover rispondere a un bisogno multidimensionale dell’anziano che accede al Pronto Soccorso presentando anche disturbi quali difficoltà alla deambulazione, incontinenza, dolori articolari, deficit cognitivi, alterazioni del ritmo sonno-veglia ecc.; disturbi che contribuiscono ad aggravare, se non a caratterizzare peculiarmente, il quadro clinico generale.

Considerata quindi la necessità di tenere presenti le caratteristiche del soggetto anziano e la tipologia dei

bisogni che esprime, è risultata determinante nella ricerca delle risorse da attivare a loro favore l’analisi dei fattori personali e ambientali.

Il lavoro svolto ha confermato ancora una volta come la salute, per tutti ma ancora di più per gli anziani, non significhi semplicemente “assenza di malattia”.

I fattori contestuali, personali, familiari e sociali in genere, sono risultati determinanti nel condizionare fortemente la qualità di vita dell’anziano; secondo dati ISTAT, il 40% degli ultra 70enni, sia pur con una compromissione fisica significativa, ha dichiarato comunque uno stato di salute “buono”, purché si trovi in presenza di un ambiente favorevole rappresentato quasi sempre da una rete socio-familiare positiva (presenza capace quindi di ridurre il peso della patologia).

I dati raccolti nel quinquennio 2002-2006 fanno emergere altre condizioni che penalizzano l’anziano, quasi più della “malattia”; il 45% degli ultra 65enni e il 33% degli ultra 85enni seguiti vive infatti da solo; per molti altri l’unico riferimento risulta essere il coniuge, per lo più anch’esso anziano e non sempre in salute ottimale; spesso le condizioni economiche sono anche precarie. È da rilevare ancora come gli anziani che si presentano presso il Pronto Soccorso non sempre necessitano di ricovero ospedaliero, ma piuttosto esprimono, in una sede impropria, bisogni che peraltro altrove non sono presi in dovuta considerazione.

Anche la richiesta di usufruire di un periodo di lungodegenza presso una casa di cura, che appare numericamente elevata (24%), è spesso legata al timore, più o meno chiaramente espresso dall’anziano, di

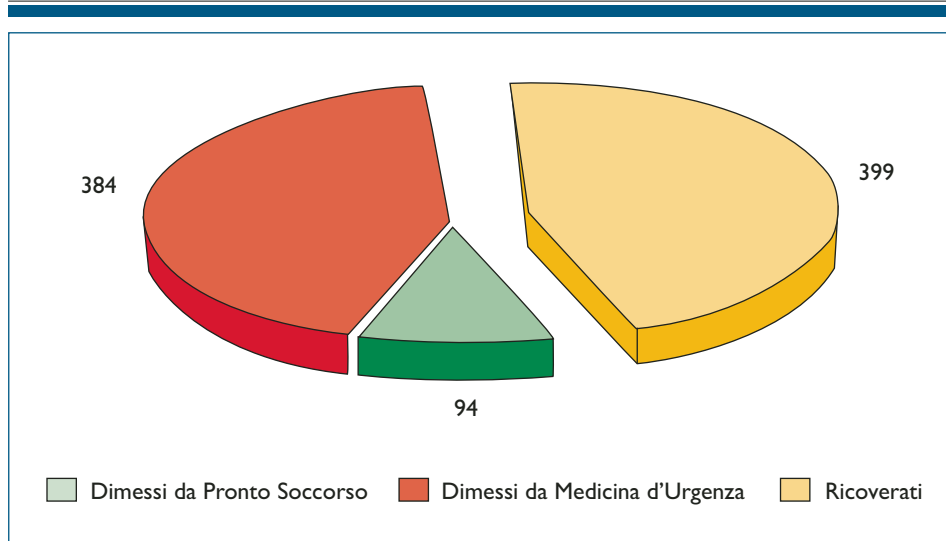


Fig. 7 - Dimissione/ricovero utenti (877).

non poter ricevere tempestivamente sufficiente assistenza socio-sanitaria in caso di rientro al domicilio; gli interventi mirati al supporto domiciliare immediato risultano in effetti essere solo il 6% del numero totale degli interventi attivati.

Il collegamento costante attuato con i Servizi extraospedalieri appare in questi casi ancor più prezioso e rafforza ancora una volta la necessità di una “medicina del territorio” che, in collaborazione con i Servizi Sociali esterni, curi e si prenda cura dell’anziano (*cure / care*) in maniera integrata, contribuendo a garantire una vera continuità assistenziale.

In memoriam

Questo lavoro è stato presentato in altra modalità nella sessione Poster del Congresso Nazionale SIMEU te-

nutosi a Torino nel novembre 2006. L’Autrice principale, l’assistente sociale Daniela Pons, cui si deve anche gran parte dell’attuazione sul campo dell’esperienza presentata, è deceduta improvvisamente pochi giorni dopo.

A lei il nostro grazie e il nostro ricordo.

Bibliografia di riferimento

- Deliberazione della Giunta Comunale 7 maggio 2002, n. 41-5952: Linee guida per l’attivazione del Servizio di Cure domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte.
- Deliberazione della Giunta Regionale 20 dicembre 2004, n. 72-14420: Percorso di continuità assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente.
- Deliberazione del Consiglio Comunale 26 settembre 2005: Riordino delle prestazioni domiciliari e socio-sanitarie.

ABSTRACT

This work-report presents the findings of the activities carried out by the Social Service at DEA through the five-year period 2002-2006; the presence of the Social Worker at the DEA was essential in the hours immediately after the clients’ admittance to Casualty, where the Social Welfare Service were able to provide prompt assistance.

The targets were to provide clients an emergency service and to assure the quickest possible solution through taking immediate action.

This Service has been used by 877 clients, 80,5% of whom were over 65 years of age; was provided by 2 Social Workers; altogether, a total of 1370 actions of various kinds were carried out.

In evaluating the experience in global terms, the results have been more than positive for both targets; in particular, one must underline that, 54,5% of the cases a solution to each single problem was found directly at DEA, thereby allowing the patient to be discharged in safety, without burdening Casualty and DEA with the need for hospitalisation.