

Azienda Sanitaria Firenze

SOLUZIONI AL PROBLEMA: LA CRONICITA' FRA MORBOSITA' E PROBLEMI SOCIALI. – L'INTERVENTO SOCIALE NELLA GESTIONE DEL REINGRESSO.

**SERVIZIO SOCIALE DIMISSIONI COMPLESSE
CRISTINA BINI**



Firenze, 27 ottobre 2014



Il Servizio Sociale Dimissioni Complesse è un servizio “giovane”, ancora in evoluzione, all’avanguardia per la realtà ospedaliera italiana. E’ presente dal 1998, dall’istituzione dei “progetti speciali”, in tutti i P.O. dell’Azienda Sanitaria Fiorentina e Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi.

Dal 2010, come componente dell’equipe multidimensionale e multiprofessionale prevista dal progetto Caribel, concorre, con la valutazione sociale, alla stesura del percorso di dimissioni ospedaliere e del progetto assistenziale successivo da parte del territorio. Dal 2010 è affiancato dagli operatori del Progetto Assistente Sociale DEA, presenti nei P.O. di S.M.N., N.O.S.G.D. e O.S.M.A. che operano con l’obiettivo di intercettare e valutare tempestivamente situazioni di disagio sociale, elaborando un percorso di tutela per quei pazienti che esprimono una prevalente grave vulnerabilità sociale.



L'operatività del Servizio garantisce il monitoraggio di una notevole quantità di pazienti. Fornisce, oltre che una consulenza sociale professionale alle famiglie, tutela sociale a pazienti fragili che necessitano della presa in carico da parte del territorio, l'appropriatezza dei percorsi di dimissione e la riduzione di ricoveri impropri, laddove, tramite l'attivazione dei servizi territoriali, sia possibile il rientro a domicilio.

Fonte dati: SINS-DO2 per la gestione delle dimissioni complesse. Periodo di riferimento: 1 anno da settembre 2013 ad agosto 2014. Sono stati considerati solo i percorsi di dimissioni complesse attivati da ospedale per acuti (P.O. ASF, AOUC, Case di Cura). I dati riguardano le schede archiviate con dimissione secondo piano assistenziale ad esclusione degli annullamenti e decessi.

PERCORSI ATTIVATI	8029	
VALUTAZIONI SOCIALI	3068	38% dei percorsi attivati
VALUT. SOC. CRITERIO 2	2292	75% sulle valut. soc. effettuate
VALUT. SOC. CRITERIO 1	776	25% sulle valut. soc. effettuate
PRONTO SOCIALI ATTIVATI	224	



Non esistono in letteratura, per la unicità del Servizio Sociale Dimissioni Complesse, dati disponibili riguardanti accessi frequenti ospedalieri incrociati con indicatori sociali.

E' stata estrapolata per i P.O. S.M.N. e N.O.S.D, per il periodo giugno-agosto 2014, la casistica relativa allo storico schede caribel dei pazienti e la frequenza al servizio .

Per il P.O. N.O.S.G.D. inoltre sono stati incrociati pazienti segnalati al servizio con i loro accessi DEA.

Sono stati considerati accessi frequenti n.3 accessi in 30 gg e quanto indica un esempio illustre, il Department of Social Work del Karolinska University Hospital di Stoccolma.





Il sistema di welfare svedese è senza dubbio tra i migliori, se non il migliore al mondo; lo stesso si può dire del sistema sanitario, di altissima eccellenza e con una caratteristica non di poco conto: è totalmente pubblico. In questo contesto si colloca dal 1940 l'attività del Department of Social Work del Karolinska University Hospital di Stoccolma.

In Svezia, la legge prevede che i Consigli delle contee (entità politico amministrativa responsabile per gli interventi di salute pubblica) e le municipalità debbano elaborare di concerto un piano di dimissione scritto per la continuità delle cure sanitarie e sociali... (Petersson et al., 2009)

Nel 2012 l'equipe di assistenti sociali afferenti all' Emergency Department ha avviato un progetto di studio ed interventi per quei pazienti definiti FA frequent attenders (pz con 4 o più accessi negli ultimi 12 mesi all'Emergency Department) Il 5% dei pazienti risultava essere il 17% di tutti gli accessi.



RILEVAZIONI

□ Valutazioni	n. 129	
□ Richieste caribel	n. 119	(da case di cura n. 26)
□ Richieste DEA	n. 8	
□ Segnalazioni dal territorio	n. 1	
□ Accessi frequenti	n. 4	

PERCORSO DI DIMISSIONE

□ Segnalazioni al territorio	n. 0	
□ Criterio Caribel 1	n. 28	(Pronto Sociale Domiciliare n. 0)
□ Criterio Caribel 2	n. 84	
□ Casa Stenone	n. 1	
□ Albergo Popolare	n. 4	
□ Inserimento diretto in R.S.A.	n. 0	
□ Deceduti	n. 2	
□ Dimessi senza prescrizione	n. 3	



RILEVAZIONI

<input type="checkbox"/>	Valutazioni	n. 235	
<input type="checkbox"/>	Richieste Caribel	n. 204	(da case di cura n.26)
<input type="checkbox"/>	Richieste DEA	n. 8	
<input type="checkbox"/>	Segnalazioni dal territorio	n. 19	
<input type="checkbox"/>	Accessi frequenti	n. 21	10% delle valutazioni

PERCORSO DI DIMISSIONE

<input type="checkbox"/>	Segnalazioni al territorio	n. 23	
<input type="checkbox"/>	Criterio Caribel 1	n. 49	(Pronto Sociale Domiciliare n. 11)
<input type="checkbox"/>	Criterio Caribel 2	n. 133	
<input type="checkbox"/>	Casa Stenone	n. 4	
<input type="checkbox"/>	Albergo Popolare	n. 3	
<input type="checkbox"/>	Inserimento diretto in R.S.A.	n. 8	
<input type="checkbox"/>	Deceduti	n. 7	
<input type="checkbox"/>	Dimessi senza prescrizione	n. 7	



<input type="checkbox"/>	Segnalazioni DAL territorio	n.	4 (n. 2 non inseriti su caribel)
<input type="checkbox"/>	Segnalazioni AL territorio	n.	1
<input type="checkbox"/>	Criterio Caribel 1	n.	7 (Pronto Sociale Domiciliare n.1)
<input type="checkbox"/>	Criterio Caribel 2	n.	6
<input type="checkbox"/>	Casa Stenone	n.	1
<input type="checkbox"/>	Albergo Popolare	n.	1
<input type="checkbox"/>	Inserimento diretto in R.S.A.	n.	1
<input type="checkbox"/>	Deceduti	n.	0
<input type="checkbox"/>	Dimessi senza prescrizione	n.	0



Una condizione di vulnerabilità sociale (solitudine, disagio economico, mancanza di adeguata informazione sanitaria, povertà di strumenti culturali e conoscenze, disabilità, emarginazione, etc) facilita in particolare la cattiva gestione del paziente cronico e del pz anziano fragile, con conseguente incremento del ricorso al nosocomio.

Un fenomeno tipico è rappresentato dal vagabondaggio del pz attraverso vari P.O. , che individua l'ospedale come unica risposta al suo disagio, che non è detto sia solo sociale. Questa tipologia di “paziente errante” è rilevabile dal servizio sociale, presente anche presso l'AOUC Careggi, evidenziata dallo storico schede di Caribel e dalla ormai acquisita conoscenza della situazione.



- 1) paziente anziano fragile
- 2) paziente cronico senza fissa dimora, senza documenti, migrante con grave disagio sociale
- 3) paziente cronico con situazione sociofamiliare critica
- 4) assenza di problematiche sociali, ma paziente che vive in famiglia in difficoltà (stress del caregiver, badanti o familiari inadeguati perchè anch'essi anziani)
- 5) mancanza di condivisione da parte della famiglia o del pz del progetto terapeutico e/o di dimissione elaborato dal MMG e/o dall'ospedale (sovente con assenza di problematiche sociali)
- 6) paziente cronico con familiari incapaci di gestirne la complessità clinica a causa di ansie, paura di eventi negativi, senso di solitudine ed impotenza nei gg festivi ed orari notturni per l'assenza del MMG



In questi anni di attività si è rilevata di fondamentale importanza la fattiva collaborazione tra il Servizio Sociale Dimissioni Complesse ed i Servizi Sociali competenti per territorio attraverso la tempestiva circolarità di informazioni per la verifica del Progetto Assistenziale Individualizzato per pazienti già in carico al territorio e per la segnalazione di situazioni esplose con l'evento ricovero ospedaliero.

- ❑ Segnalazione DAL territorio per accesso al DEA o per ricovero in reparto
- ❑ Segnalazione AL territorio per accesso al DEA o per ricovero in reparto



L'attivazione delle risorse e degli strumenti del Servizio Sociale, attraverso la composizione di un puzzle assistenziale, anche laddove la condizione clinica lo consenta, facilita il rientro a domicilio e l'eliminazione/riduzione degli elementi di vulnerabilità sociale che favoriscono i reingressi.

- ❑ Segretariato sociale
- ❑ Pronto Sociale Domiciliare
- ❑ Attivazione telecare (importantissimo per monitoraggio terapia e richiesta di soccorso)
- ❑ Attivazione pasti a domicilio
- ❑ Passaggio diretto in R.S.A.
- ❑ Richiesta nomina A.d.S
- ❑ Attivazione e/o verifica e modifica progetto assistenziale del territorio (PUA, U.V.M., Serv.Soc. Terr.le)
- ❑ Risposte integrate con prestazioni (Case di Cura, Pietro Thouar, Casa Stenone)
- ❑ Consulenza sociale in ospedale alla famiglia



- Mancanza di adesione da parte della famiglia e/o del paziente alla stesura del progetto di dimissione e/o del progetto assistenziale proposto dal territorio (possibile causa di accessi frequenti per la mancanza di risoluzione al disagio sociale manifestato)
- Incapacità della famiglia a gestire la complessità clinica del pz a causa di ansie, paura di eventi negativi, senso di solitudine ed impotenza nei gg festivi ed orari notturni in assenza del medico curante.
- Sofferenza del servizio per mancanza di personale che limita le potenzialità di intervento.



- La trasformazione culturale dei servizi sanitari verso una visione del paziente considerato in un'ottica socio-ambientale è ancora in evoluzione. Nonostante i grandi cambiamenti di questi ultimi anni, tutte le migliori intenzioni e sforzi degli operatori, ancora, l'impegnativo e difficile processo di integrazione tra sociale e sanitario procede con lentezza... d'altra parte i tempi e le modalità operative dei due settori non sono coincidenti e c'è ancora molto su cui lavorare per trovare un linguaggio comune.



- Appropriatezza e tempestività delle richieste di valutazione sociale da parte dei reparti e DEA attraverso l'utilizzo della scheda di rischio sociale.
- Comprensione da parte del personale sanitario che il Servizio Sociale ha il compito di tutelare il paziente fragile con un progetto assistenziale che, nei casi di estremo rischio e/o disagio sociale, può prevedere il ricovero od il suo prolungamento per l'adempimento dei compiti di legge. Il Servizio Sociale non può essere considerato soltanto strumento utile a ridurre i tempi di dimissione.
- Equipe multiprofessionale effettivamente attiva e circolarità di informazioni sulla condizione sanitaria per una maggiore appropriatezza del percorso di dimissione e la trasmissione di saperi al territorio per una migliore definizione del Progetto assistenziale (es ben diverso pz cardiopatico autosufficiente da altro con comorbidità) e.... LAST BUT NOT LEAST...



- Comunicazione precisa ed efficace tra operatori e con il paziente e familiari. Un linguaggio uniforme e di chiarificazione da parte degli operatori, l'ascolto qualificato della richiesta di attenzione e cura facilitano il rapporto di fiducia con pz e/o caregiver riducendo e/o eliminando possibili elementi di contrasto ed amplificano le potenzialità della persona ad autoattivarsi nel processo di aiuto



Azienda Sanitaria 10 di Firenze
Presidio Ospedaliero _____

SCHEDA RISCHIO SOCIALE
U.O.

Nome: <input type="text"/>	Cognome: <input type="text"/>
----------------------------	-------------------------------

Dati socio-ambientali *(se punteggio ≥ 4 ammissione della consulenza sociale)*

Se il paziente proviene da RSA non necessita di ulteriore valutazione - Punteggio totale = 0

Vive solo?	SI <input type="checkbox"/> (2)	NO <input type="checkbox"/> (0)
Il familiare convivente è anziano e/o non autosufficiente?	SI <input type="checkbox"/> (2)	NO <input type="checkbox"/> (0)
Ha figli?	SI <input type="checkbox"/> (0)	NO <input type="checkbox"/> (2)
Condizioni igienico-sanitarie molto scadenti, soccorso con intervento forza pubblica	SI <input type="checkbox"/> (4)	NO <input type="checkbox"/> (0)
Evidenti segni di maltrattamento	SI <input type="checkbox"/> (4)	NO <input type="checkbox"/> (0)
Paziente senza fissa dimora/Migrante senza permesso di soggiorno (STP)	SI <input type="checkbox"/> (4)	NO <input type="checkbox"/> (0)

Se il Paz a domicilio non era autonomo, o solo parzialmente autonomo da chi era assistito?	
Familiario assistenza privata 24 h. su 24 h.	<input type="checkbox"/> (0)
Familiari o assistenza privata fino ad un max di 12 h.	<input type="checkbox"/> (1)
Vicini di casa	<input type="checkbox"/> (1)
Altro	<input type="checkbox"/> (1)

Presenza di barriere architettoniche?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se 'SI' - Specificare = <input type="text"/>		

Notabene:

Se punteggio minore di 4 ma paziente con figli minore e senza supporti familiari: rischio sociale potenziale.

Se punteggio maggiore di 4 paziente giovane con supporto familiare: rischio sociale non presente, realizzare in briefng.

Totale Punteggio



Per quanto riguarda la progettualità futura del servizio e' opportuno ricordare come l'Azienda, dopo l'istituzione della P.O. di Coordinamento dei Servizi Sociali, (incarico conferito con Delibera D.G. n.7 del 14/01/2014) intenda, a breve, rafforzare queste competenze con la costituzione della Struttura Operativa "Coordinamento Servizi sociali".

E' prevista, dunque, una riorganizzazione funzionale ed operativa del Servizio Sociale Aziendale. La reintroduzione della figura del Coordinatore Sociale consentirà al servizio di svolgere un ruolo di regia dei processi in ambito sanitario e socio sanitario.



GRAZIE PER L'ATTENZIONE