

3

La metodologia dell'intervento di rete nella prassi della Regione Umbria

di Maristella Mancino

Sono fermo in un angolo,
mi abbandono ad un bellissimo sogno;
una luce mi avvolge
ed io comincio a correre, saltare...
Una voce interrompe il mio pensiero.
Apro gli occhi e non so più camminare,
né correre, né saltare,
ma i volti intorno a me familiari
mi fanno capire che so ancora amare.

Francesco, 2005

3.1. La filosofia della metodologia di lavoro di rete

La rete che si intende costruire deve necessariamente partire dalla *centralità della persona*: ciò significa rispettare o elaborare l'intenzionalità dei soggetti nell'obiettivo di promuovere l'autonomia, tenendo in considerazione la motivazione personale e mettendo in risalto le risorse interne, individuali e collettive. Fabio Folgheraiter, uno dei massimi studiosi italiani del lavoro di rete, definisce quest'approccio come una *forma mentis*, piuttosto che un insieme di teorie e di pratiche nuove. Pratiche anche molto tradizionali, non specialistiche, possono essere recuperate in quest'ottica innovativa che si ridefinisce pertanto più per la modalità o per la qualità degli interventi piuttosto che per l'intervento in sé. L'aiuto a sopravvivere è infatti venuto all'uomo, oltre che dalle sue personali risorse, dai tessuti relazionali, oggi più vivacizzati dalla varietà degli intrecci e dalla mobilità dei soggetti, ieri più legati alla localizzazione e alla famiglia.

Per "rete vitale" dobbiamo intendere il tessuto dei rapporti o legami in cui una persona è inserita, sia dal punto di vista spaziale che temporale. L'intervento di rete rappresenta l'integrazione e la mobilitazione della persona con lesione midollare, della sua famiglia, dei suoi amici, dei suoi colleghi di lavoro, dei servizi sociosanitari con le risorse dell'intera comunità di appartenenza intorno a un problema. La complessità del lavoro di rete nasce proprio dalla natura delle cure sociali, per il fatto che esse tendenzialmente implicano alcune trasformazioni della persona, per cui la rielaborazione di sé è possibile solo attraverso di sé, dove «le motivazioni degli svantaggiati giocano un ruolo sia nell'insorgere degli svantaggi sia nell'efficacia dell'assistenza» (Luhmann, 1987); questo rappresenta un limite più forte del potere degli operatori!

La metodologia d'intervento di rete, e la conseguente attivazione di tutte le risorse presenti e potenziali della persona e del suo mondo vitale, deve essere attuata fin dal primo momento del ricovero, in un'ottica di continuità dell'intervento terapeutico riabilitativo. L'intervento di rete presuppone un'idea condivisa di globalità della presa in carico di un problema, utilizzando, pur tra servizi e operatori diversi, un approccio globale: alla persona, ai suoi bisogni, al suo contesto di vita. L'intervento di rete si pone quindi come lotta all'emarginazione e all'istituzionalizzazione, mirando difatti a superare la concezione di scissione tra sistema *formale* di cure sociosanitarie, che richiamano l'idea di competenza esclusivamente tecnica, e sistema *informale*, che si rifa piuttosto a un'idea di cura e sollecitudine umana, dal momento che non è possibile sdoppiare i bisogni sociali ma occorre piuttosto considerarli unitariamente secondo i diversi aspetti che presentano. L'orientamento di rete mira pertanto a

realizzare una politica sociale sinergica nell'integrazione delle reti formali e informali, collocandosi in una dimensione collettiva che favorisce processi di appartenenza e di condivisione del quotidiano che vanno oltre la contingenza di un bisogno particolare per assicurare la possibilità di un'accoglienza anche nel futuro.

3.2. L'esperienza umbra

Nel 2002 in Umbria si è costituito un tavolo di lavoro permanente composto da operatori dell'usu dell'azienda ospedaliera (AO) di Perugia, da operatori delle ASL regionali, dell'AO di Terni, dal presidente regionale della Federazione italiana medici di medicina generale (FIMMG), dal presidente dell'Associazione paraplegici umbri e della Regione Umbria, con l'obiettivo di condividere il documento riguardante le *Procedure e percorsi di presa in carico della persona con lesione midollare*, formalizzato con D.G.R. 27 febbraio 2002, n. 193.

Sono state elaborate due schede di comunicazione tra la struttura usu, il medico di medicina generale (MMG) referente del paziente e il centro di salute di appartenenza, e sono stati concertati i tempi che di seguito si descrive.

- *Scheda di comunicazione ricovero*, da compilare entro dieci giorni dal ricovero del paziente e da indirizzare al MMG, al direttore del Distretto sociosanitario e al responsabile del Centro di salute. La scheda deve contenere:

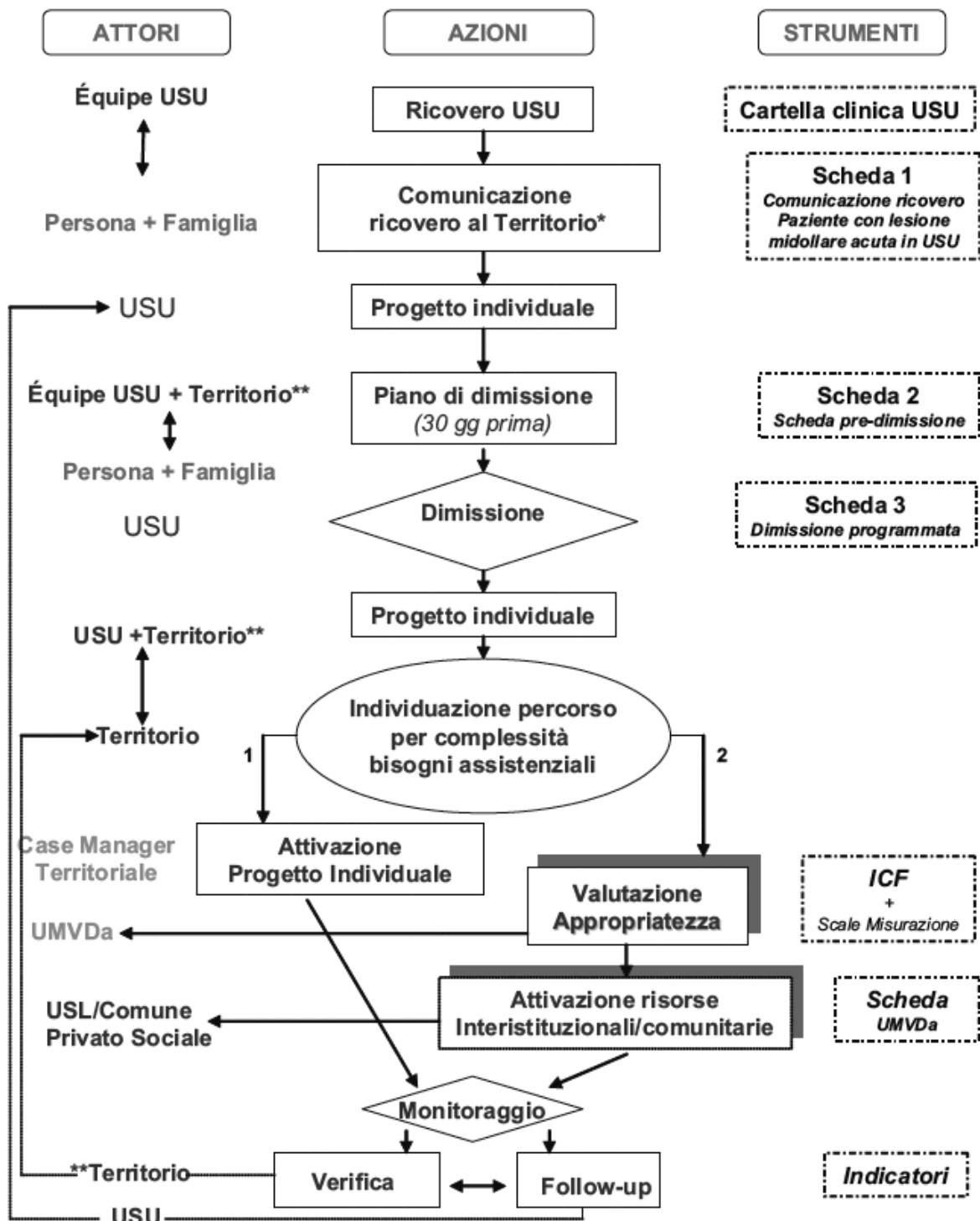
- dati anagrafici della persona con lesione midollare;
 - data e causa dell'evento lesivo, ricovero in usu e diagnosi clinica;
 - riferimenti del medico usu e dell'assistente sociale usu per i successivi contatti;
 - richiesta di individuazione dell'operatore di riferimento territoriale case manager.

- *Scheda di pre-dimissione*, da compilare entro trenta giorni dalle ipotesi di dimissione, quando l'équipe usu redige con il coinvolgimento della persona con lesione midollare e della famiglia il progetto individuale (PI) con l'obiettivo di far raggiungere la massima autonomia possibile e indipendenza nel proprio contesto di vita. Questa scheda deve essere indirizzata al MMG, al direttore del Distretto sociosanitario, al responsabile del Centro di salute, al datore di lavoro, all'eventuale centro di riabilitazione o RSA (residenza sanitaria assistenziale). Deve contenere:

- dati anagrafici;
 - diagnosi clinica e codice ICD-10 (*International Classification of Diseases*, decima revisione);
 - convocazione della riunione di miniéquipe globale;
 - dati sociofamiliari (composizione del nucleo familiare, individuazione del caregiver, condizione scolastica/lavorativa, situazione previdenziale, situazione abitativa, ausili e presidi ecc.);
 - valutazione preliminare del PI.

Nel 2009 il gruppo di lavoro si è ritrovato per condividere l'esperienza maturata a partire da un'analisi dei dati epidemiologici e di attività, e dallo stato dell'arte sull'assetto dei servizi organizzativi e sulle collaborazioni già in atto, andando a integrare il documento vigente con l'attuale D.G.R. 2 marzo 2009, *Procedure e percorsi vincolanti di presa in carico della persona con lesione al midollo spinale*. Il nuovo strumento legislativo ha permesso la chiarificazione di due percorsi distinti riguardo alle necessità assistenziali della persona con lesione midollare, sinteticamente rappresentati nella figura 3.1.

Figura 3.1. Il percorso della persona con lesione al midollo spinale



* MMG, Direzione Distretto, Resp. CdS – **Distretto: MMG/CdS/Serv. Riab.ne/Centro Riab.ne Intensiva

Fonte: delibera della Giunta regionale umbra 2 marzo 2009, n. 250.

Il primo percorso postdimissione prevede che, qualora il progetto individuale riconosca bisogni che sono soddisfatti dall'intervento di operatori sociosanitari del territorio di residenza, venga attivato il coordinamento e la realizzazione del percorso progettuale affidandolo al case manager individuato dall'équipe territoriale del centro di salute competente. Il secondo percorso di dimissione prevede che, in

presenza di bisogni complessi che necessitano di una valutazione multiprofessionale e multidisciplinare, e qualora le risposte da attivare debbano essere pianificate con l'intervento di più professionalità, servizi, strutture e/o con l'attivazione di diverse tipologie di risposte sociosanitarie, venga attivata l'Unità valutativa multidisciplinare (UVM) distrettuale quale unico punto di valutazione interistituzionale capace di ricomporre la frammentazione delle titolarità e competenze. L'UMV, attraverso la classificazione delle condizioni di salute e delle disabilità (Checklist ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health) e le scale di misurazione del livello di non autosufficienza, valuta l'appropriatezza e fattibilità del PI, che verrà monitorato dal case manager dell'UMV; la verifica dei risultati verrà attuata in modo integrato dai servizi territoriali in collaborazione con l'usu che gestisce i follow-up programmati.

Nel caso del primo percorso viene compilata, in sede di riunione collegiale con la persona con lesione midollare, i suoi familiari, gli operatori usu e gli operatori del territorio, una terza scheda (scheda di dimissione), che contiene il PI (previsto dall'art. 14 della legge 8 novembre 2000, n. 328). Il PI rappresenta la definizione organica degli interventi e dei servizi che costituiscono la risposta complessiva e unitaria che la rete dei servizi a livello assistenziale, riabilitativo, scolastico e lavorativo mira a garantire alle persone con disabilità, nell'ottica del raggiungimento del loro progetto di vita. Questa scheda contiene:

- data della dimissione concordata;
- risorse assistenziali a domicilio;
- residenza/domicilio;
- scuola/lavoro;
- ausili e presidi;
- procedure amministrative attivate;
- scheda FIM (Functional Independence Measure);
- PI (area riabilitativa, assistenziale, scolastica/lavorativa, area attività e partecipazione);
- data, firme.

Infortunati INAIL

L'usu di Perugia ha avviato nel 2006 un *Protocollo d'intesa tra INAIL e Unità spinale* sulla gestione degli infortunati INAIL con il comune obiettivo di sviluppare un lavoro sinergico per realizzare il migliore reinserimento sociale e lavorativo degli infortunati sul lavoro con lesione midollare. Le procedure in atto sono le seguenti.

- L'usu comunica all'INAIL l'avvenuto ricovero della persona con lesione midollare.
- Medico e assistente sociale INAIL effettuano il primo accesso in ospedale.
- Valutazione dei postumi e valutazione dei presidi e ausili necessari e della tempistica sulla loro concedibilità.
- Valutazione congiunta dell'abitazione per l'abbattimento delle barriere architettoniche domestiche e l'eventuale sistemazione domotica con la finalità di consentire da subito una piena autonomia della persona al rientro al proprio domicilio.
- Valutazione congiunta della stabilizzazione dei postumi e delle capacità residue con l'individuazione degli eventuali percorsi formativi per una riqualificazione professionale.
- Definizione congiunta dei percorsi lavorativi e dei rapporti con i datori di lavoro per garantire il reinserimento nel proprio posto di lavoro.

3.3. Il servizio sociale all'interno dell'usu

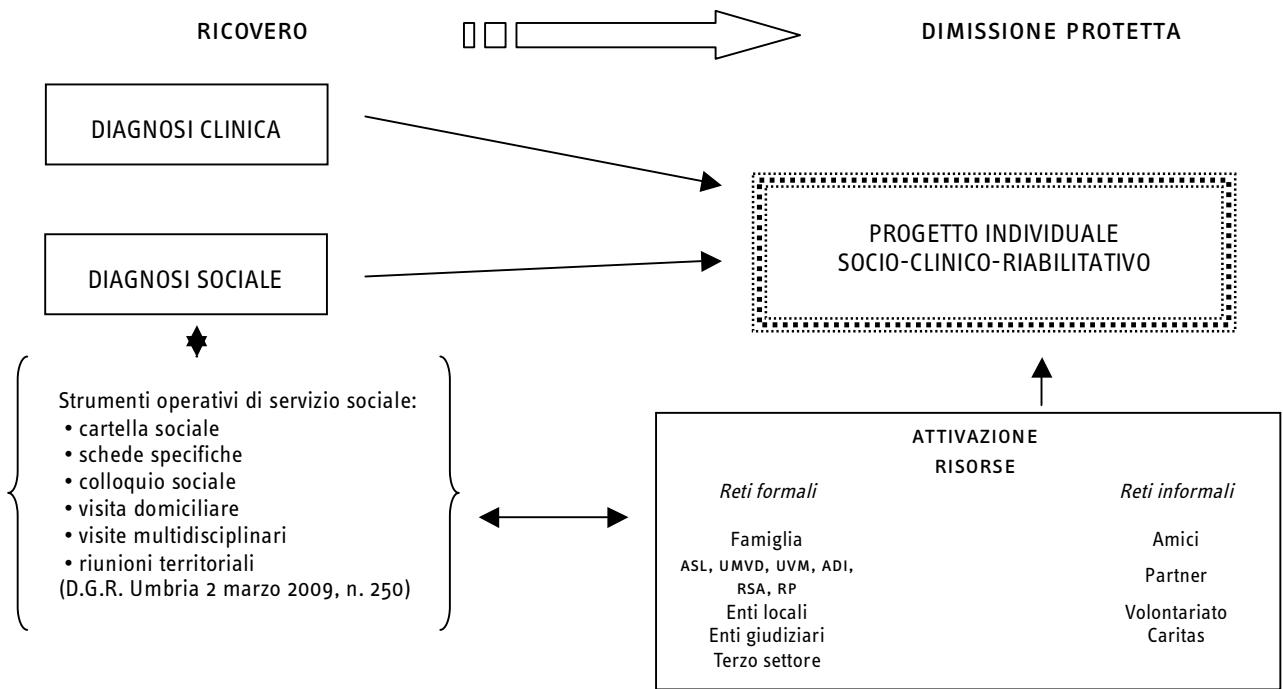
Il servizio sociale all'interno dell'usu rappresenta il perno centrale del PI elaborato nell'ottica di metodologia di rete, così come già illustrato. L'intervento di servizio sociale ha inizio nel momento del

ricovero della persona con lesione midollare in USU e mira a supportare e migliorare la sua qualità di vita in condivisione con la sua famiglia e attraverso il coinvolgimento di una *rete territoriale* di operatori sociosanitari istituzionali e del terzo settore, che elaborano insieme il *progetto individuale*. Professionista chiave dell'ufficio di servizio sociale in USU è l'assistente sociale, che è parte integrante dell'équipe multidisciplinare e ha il compito di accogliere, valutare i nuovi ingressi, analizzare e prendere in carico i pazienti e i propri familiari attraverso l'attivazione di tutte le procedure necessarie al compimento di una riabilitazione globale che mira a un futuro reinserimento sociale e lavorativo. Riveste pertanto un ruolo strategico ed è chiamato a dare la lettura della realtà individuale cercando di ricomporre il puzzle tra il prima, il presente e il dopo della vita di una persona che ha subito una lesione midollare e facendo da ponte tra la vita *dentro* l'ospedale, che risulta ovattata e piena di protezione e di sicurezza, e il *fuori*, rappresentato dalla società, dal territorio di appartenenza, dalla paura del futuro e dell'ignoto, al quale, a volte, non si vorrebbe più ritornare.

L'assistente sociale deve porre molta attenzione ad analizzare la realtà familiare e il contesto socioambientale, fatto di relazioni, negazioni, scissioni, un mix di emozioni non trasparenti e non decodificabili in modo permanente, bensì in continua evoluzione e trasformazione, e sostenere il vissuto di questi sentimenti. L'analisi delle risorse presenti sul territorio deve comprendere le possibilità di informazione, di istruzione, orientamento e formazione professionale e le opportunità di occupazione in relazione alla presenza di strutture lavorative e alla loro tipologia. In particolare, gli obiettivi metodologici del servizio sociale in USU sono (fig. 3.2):

- perseguire l'integrazione delle attività sanitarie con le attività sociali;
- individuare precocemente i bisogni socioassistenziali dei pazienti, della famiglia e dei caregiver;
- elaborare insieme al paziente e all'équipe USU il PI;
- attivare e mettere in rete le risorse territoriali per condividere e facilitare il percorso postdimissione;
- monitorare periodicamente la ridefinizione degli obiettivi a lungo termine con il paziente e il centro distrettuale sociosanitario referente.

Figura 3.2. Ruolo del servizio sociale in us



Bibliografia

LUHmann N. (1987), *Teoria politica nello stato del benessere*. Milano: FrancoAngeli.