

Prospettive 50^o Sociali L e Sanitarie

SUL FILO DEL RICORDO

Ai tempi del Coronavirus, e oltre

Lavorare a distanza

Coprogettazione nel sistema di welfare



3

irs

Anno L Estate 2020

Editoriale

- 1 *Sul filo del ricordo. I primi 50 anni di Prospettive Sociali e Sanitarie*
P. Taccani

Disabilità

- 4 *Il re-inserimento sociale e occupazionale della persona con disabilità acquisita*
E. Stefoni

Servizi sociali

- 8 *Progetti antispreco di recupero delle eccedenze alimentari in Valle di Susa*
R. Taberna

Anziani

- 12 *Progetto Anziani in affido*
M. Galvani, S. Monchera

Professioni sociali

- 16 *Lavorare a distanza: la professione dell'assistente sociale oggi*
C. Biraghi, A. T. Gabrieli, O. Okely

Infanzia e adolescenza

- 20 *L'allontanamento dei minori nelle nuove fragilità e povertà educative*
G. Garena, L. Tosco

Progettazione sociale

- 24 *Coprogettazione nel sistema di welfare e nuovi percorsi nella giustizia di comunità*
G. Cellini
- 28 *La coprogettazione come strumento di innovazione delle politiche per gli anziani*
N. Basile, E. Corbetta, S. Mastroeni

Disabilità

- 32 *Nella voce dei siblings. Ascoltare chi vive a fianco della disabilità*
R. Dalla Chiara, G. De Bin

Servizi sanitari

- 37 *Sicurezza delle cure e responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie*
A. Sardi, E. Sorano, C. Manunta, L. Agostini

Direzione

Emanuele Ranci Ortigosa
(direttore responsabile)
Ugo De Ambrogio, Sergio Pasquinelli
(vicedirettori)

Caporedattore

Francesca Susani (pss@irsonline.it)

Redazione

Claudio Caffarena, Ariela Casartelli,
Roberto Cerabolini, Diletta Cicoletti,
Valentina Ghetti, Francesca Merlini,
Daniela Mesini, Maurizio Motta, Franco
Pesaresi, Dela Ranci Agnoletto, Remo Siza,
Giorgio Sordelli, Patrizia Taccani

Comitato scientifico

Paolo Barbetta, Alessandro Battistella,
Luca Beltrametti, Teresa Bertotti, Paolo
Bosi, Annamaria Campanini, Maurizio
Ferrera, Marco Geddes da Filicaia, Cristiano
Gori, Antonio Guaita, Luciano Guerzoni,
Francesco Longo, Gavino Maciocco, Marco
Musella, Franca Olivetti Manoukian,
Giuseppe A. Micheli, Nicola Negri, Fausta
Ongaro, Valerio Onida, Marina Piazza,
Costanzo Ranci, Chiara Saraceno, Maria
Chiara Setti Bassanini, Antonio Tosi

Contatti

Via XX Settembre 24, 20123 Milano
tel. 02 46764276 - fax 02 46764312
www.prospettivesocialiesanitarie.it

Ufficio abbonati

pss.abbo@irsonline.it

Abbonamento 2020

CCP n. 36973204

IBAN IT57 1076 0101 6000 0003 6973204

€ 59,00 (privati); € 69,00 (ass. di volontariato
e coop. sociali); € 89,00 (enti); € 96,00
(estero); € 99,00 (PRO).

L'abbonamento decorre dal 1° gennaio
al 31 dicembre.

Prezzo per copia: € 20,00

Progetto grafico e impaginazione

Riccardo Sartori

Stampa

Grafica Sant'Angelo
Via Vicinale 6, Sant'Angelo Lodigiano (LO)
Tel. 0371 210290

Registrazione

Tribunale di Milano n. 83 del 5-3-1973

ISSN 0393-9510

È vietata la riproduzione dei testi, anche
parziale, senza autorizzazione.

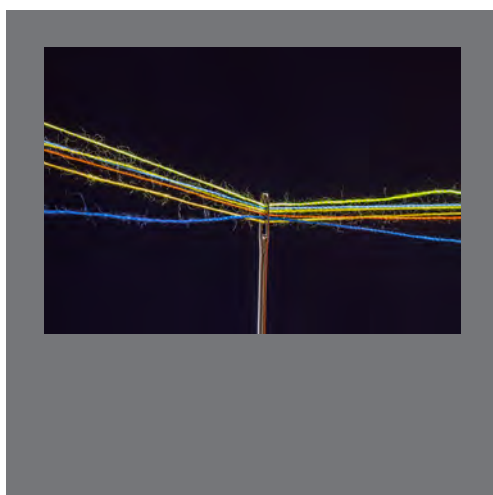


Foto di copertina
Myriam Zilles

www.pixabay.com/users/myriams-fotos-1627417



Prospettive Sociali e Sanitarie
è stampata usando le carte *Recital White* + e *Respecta 100* di
Burgo Distribuzione, composte
al 100% da fibre riciclate

li, una breve introduzione alla seconda parte degli articoli vincitori del premio IRS CNOAS PSS "Costruiamo il Welfare dei Diritti sul Territorio". Scrivo nei primi giorni di maggio di uno degli anni più complicati che ricordi, con la sotterranea sensazione che ragionare di innovazione – in questo momento – possa essere interpretato come un esercizio di stile.

I vissuti di questo 2020 ci resteranno attaccati addosso in un modo che ancora non possiamo prevedere del tutto, né come essere umani né come professionisti; questi ultimi mesi di emergenza COVID-19 hanno cambiato e stanno cambiando tutto, il mondo fuori di noi e quello dentro di noi.

Il nostro linguaggio è cambiato, la retorica dei nostri discorsi è cambiata: "guerra", "strage", "vittime", "assembramento", "quarantena", "distanza" sono tra i termini che più stanno popolando i nostri pensieri e, allo stesso tempo, i più lontani che riesco a immaginare dal vocabolario degli assistenti sociali e degli operatori sociali. E, forse, ci sorprendiamo di come ci si abitui, tutto sommato abbastanza facilmente.

Stiamo affrontando un fenomeno senza precedenti, ognuno chiuso nelle proprie quattro mura; e ognuno ne conserverà una memoria individuale che, prima o poi, dovrà essere riallineata con quella collettiva per ricostruire quello che è accaduto e per immaginare quello che sarà dopo. Come esseri umani e come professionisti. Non possiamo rinunciare alla narrazione di questo tempo, anche se ora ne siamo travolti. Mai come oggi gli assistenti sociali e gli operatori sociali incontrano il dolore e la vulnerabilità delle persone e di intere comunità e, mai come oggi, devono resistere al contagio del linguaggio dei numeri, e alla tentazione delle soluzioni facili che, lo sappiamo, sono spesso dei miraggi.

Stiamo continuando, in tutti i modi che ci siamo inventati, a incontrare le persone e le loro storie. E le ferite e i paradossi che le hanno segnate in questo momento.

Ci imbattiamo, oggi più che mai, in vicende umane che raccontano di un dolore inimmaginabile e di un welfare che arranca, che riesce a reggere l'urto solo grazie agli operatori che, nonostante tutto, non abbandonano il campo. Una collega e amica che lavora nella provincia di Bergamo mi ha appena scritto:

"Quando ho conosciuto il sig. X., di 83 anni e in quarantena, la moglie era ricoverata a Como e il figlio cinquantenne intubato a Bergamo. Il figlio ce l'ha fatta, ma la moglie purtroppo no. La salma è stata cremata in Svizzera, senza neanche chiederlo a lui. Oggi ha ricevuto una fattura di 4.000 € per la cremazione." Il dolore delle persone e delle loro comunità, colpite in un modo che non potevamo e non avremmo voluto nemmeno immaginare, è la cifra del lavoro sociale di questo tempo sospeso.

È evidente che le azioni istituzionali per affrontare queste ferite non potranno essere limitate a misure erogative, per quanto esse siano indispensabili. Ed è evidente che il momento che stiamo vivendo ha svelato quanto scivoloso sia il futuro per una larga parte del Paese.

Gli ultimi trent'anni di storia del nostro welfare ci hanno faticosamente educato all'importanza della cura dei bisogni di relazione, di socialità, del riconoscimento dei diritti e di opportunità per tutti e, oggi, siamo ad affrontare l'impatto di nuove pratiche assistenzialistiche sulle comunità e sui servizi sociali.

Il ritorno alla normalità sarà complesso; riprendere le fila dei progetti interrotti, rimettere insieme legami di fiducia conquistati a fatica, immaginare percorsi in cui le persone riacquisiscano il controllo delle loro vite, in un panorama sociale devastato, sarà la vera sfida della "fase 2" e di quelle che seguiranno.

Quando potremo entrare di nuovo in queste situazioni, verosimilmente, troveremo nuove paure, nuovi fattori di rischio e nuove fragilità. Servirà uno sforzo eccezionale, serviranno politiche sociali realmente integrate che sappiano guardare a ricucire un tessuto comunitario sfaldato che, nel momento della maggiore difficoltà, ha saputo far intravedere quelle spinte solidaristiche che dovranno essere messe a capitale.

Serviranno professionisti curiosi e appassionati che, tuttavia, non potranno lavorare da soli ma avranno bisogno di tutte le risorse e i mezzi che il territorio potrà mettere a disposizione.

A questo punto, mi contraddico: forse non esiste momento migliore per innovare dalla radice, a partire dalla pratica quotidiana, il nostro sistema di protezione sociale.

Le iniziative di cui leggeremo, seppur realizzate "in tempo di pace" ci testimoniamo che è possibile.

Francesco Poli
CNOAS

Ester Stefoni

IL RE-INSERIMENTO SOCIALE E OCCUPAZIONALE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ ACQUISITA

L'accompagnamento della persona con trauma cranico e grave cerebrolesione.

Siamo partiti da uno studio realizzato nel 2008¹ e da una ricerca epidemiologica sulla presenza di persone con TC e GCA nelle Marche. Abbiamo rilevato 200 famiglie, di queste, ne abbiamo intervistate 50, chiedendo loro di raccontarci le principali difficoltà incontrate dopo la dimissione ospedaliera. La maggior parte delle persone intervistate hanno evidenziato un grande *gap* nel passaggio dalla struttura ospedaliera al ritorno a casa dopo un evento invalidante.

Il senso di disorientamento è stato dominante. Il titolo finale dello studio, che è poi diventato un libro pubblicato nello stesso anno (Bronzini, 2009), si è ispirato proprio ad una delle risposte che abbiamo ricevuto: "In balia delle onde". È emblematico dello stato di abbandono che si prova nel post dimissione ospedaliera, nel passaggio da un *setting* di cura all'altro, in particolare per le situazioni caratterizzate da una fragilità sociale e socio-sanitaria più o meno complessa.

La percezione è: “i servizi ci sono, ma non sappiamo dove trovarli e come attivarli”. Se per la disabilità congenita, infatti, c’è un percorso strutturato con relativi servizi specifici (neuropsichiatria infantile, psicomotricità, insegnante di sostegno, ecc.), per quella “acquisita” sono gli ospedali che rimandano al territorio con la consegna della “lettera di dimissione” indirizzata al MMG. Tutti gli altri servizi “non sempre” e “non subito” vengono a conoscenza del nuovo caso di disabilità acquisita. Dall’ascolto della famiglia e dalla mancanza di una prassi metodologica specifica di *networking* è nato il “Servizio di accompagnamento per i soggetti con esiti di GCA e le loro famiglie”, dove l’interazione tra scienza sociale e scienza medica, coadiuvata da un percorso di accompagnamento, costituisce un indubbio valore euristico e un approccio rilevante per la definizione di nuovi scenari e buone pratiche.

Il primo anno di sperimentazione ci ha permesso di costruire un modello di accompagnamento e di definire una metodologia operativa; nel contempo è stata avviata la formazione al personale coinvolto all’accompagnamento. Per questo, è stata scelta la figura dell’assistente sociale, professionista già esperto nel “lavoro di rete” per formazione accademica. Il servizio è stato sempre attivo: i primi 4 anni grazie a fondi reperiti dalla partecipazione a bandi nazionali (CSV Marche² e CariVerona³), e successivamente, grazie a contributi privati, esso è diventato un servizio sociale specifico dell’Associazione denominato “Servizio di Accompagnamento per il Re-Inserimento Sociale e Occupazionale”.⁴

Il Servizio di accompagnamento è un servizio innovativo sotto diversi aspetti:

in primo luogo perché si rivolge a tutta la famiglia, consapevoli che l’evento invalidante e il disagio che vive un membro investe tutta la famiglia e ne altera l’equilibrio: la presa in carico di tutto il nucleo familiare consente a ciascuno di essere ascoltato ed aiutato nel definire i principali bisogni e di essere affiancato nel mettersi in movimento verso l’attivazione di risorse personali e di comunità, dando origine ad interventi di welfare generativo collaborativo e di prossimità.

I diversi progetti di re-inserimento occupazionali scaturiti dal Servizio di accompagnamento hanno promosso forme di co-progettazione fra attori pubblici, privati, aziendali, del Terzo settore e della società civile con un coinvolgimento attivo sia della comunità locale che dei professionisti: ciascuno ha contribuito a diverso titolo e con una ripartizione specifica dei ruoli da assumersi e delle responsabilità nei confronti delle decisioni prese insieme. Inoltre, la metodologia del servizio di accompagnamento ha consentito di effettuare una mappatura delle risorse esistenti e di generare nuove risorse stimolando sinergie comunicative e relazionali tra i vari attori permettendo di realizzare progetti nuovi e diversi a sostegno della disabilità acquisita, della tutela della salute e dell’integrazione socio-sanitaria.

CONTESTO

L’Associazione Marchigiana Traumatizzati Cranici “Andrea” è un’onlus nata nel 1999.⁵ Essa

promuove il recupero dei traumatizzati cranici, favorendone il reinserimento sociale e occupazionale, ecc.

Negli ultimi anni i dati ISTAT nazionali rilevano una riduzione degli incidenti stradali e un aumento dei feriti e delle persone con esiti invalidanti più o meno gravi.⁶

Il trauma cranico e la grave cerebrolesione acquisita, in passato rappresentavano un evento quasi sempre senza ritorno; oggi invece, grazie alle moderne tecniche rianimatorie molte vite vengono salvate. Nel 2017 il tasso di lesività grave sulla popolazione residente in Italia è di 28,6 feriti gravi per 100.000 abitanti (40,1 per gli uomini e 17,7 per le donne).

Chi subisce un trauma cranico può riportare esiti fisici, cognitivi e comportamentali che possono cambiare completamente la sua vita e quella di chi gli sta vicino. L’associazione pone l’attenzione su questo aspetto sostenendo le famiglie nella ri-organizzazione della vita quotidiana, dopo un periodo di ospedalizzazione e/o riabilitazione ospedaliera.

Nell’affrontare la riorganizzazione della vita sociale, in considerazione della crisi economica e del welfare, si è posta l’attenzione a diversi paradigmi non solo di tipo economico, ma anche sociale, culturale ed etico che concorrono, insieme al sistema di welfare, al miglioramento della qualità della vita. Il riferimento teorico per eccellenza è stato l’ICF (OMS, 2002), in particolare i Fattori Ambientali e Personali, che divengono fondamentali quando la persona rientra nel proprio contesto di vita. Insieme a questo modello abbiamo considerato l’approccio delle *capability*, che sostiene che “solo l’individuo stesso può valutare cosa è importante per la propria autorealizzazione” (Bellanca et al., 2011). In quest’ottica, è evidente che spetta alla persona e alle persone a lei più vicine, il compito di prendere in esame le proprie esigenze e i propri desideri e, quindi, di identificare, tra le molteplici possibilità di realizzazione, quelle che desidera tradurre in pratica. È inoltre suo compito stabilire l’ordine di priorità con cui concretizzare tali obiettivi che verranno raggiunti grazie al sostegno e all’orientamento che l’operatore *tutor* effettua con gli operatori dei servizi territoriali utili a realizzarli.

Lo scenario che emerge è quello di un *welfare sociale attivo, comunitario, integrato* che porta cambiamenti notevoli nella “visione d’insieme”, soprattutto nei processi degli interventi socio-sanitari integrati dove il cittadino non viene inteso solo come utente/paziente/consumatore, ma come imprenditore di qualità della vita capace, se orientato nella rete dei servizi, di integrarsi e di scegliere le giuste risorse utili per lui e per la sua famiglia, anch’essa riconosciuta come interlocutore privilegiato, rispettata nella sua sofferenza, e ascoltata.

I dati qualitativi prodotti hanno sviluppato un processo di rete costruttivo sia per la persona che per i servizi territoriali (pubblici/privati/organizzazioni non profit) con interventi psico-socio-sanitari mirati, rispondenti anche a politiche di prevenzione (*empowerment* individuale/familiare, grupppale, istituzionale, comunitario) e di promozione della salute. Molti studi e mol-

Note

- 1 Progetto pilota di sperimentazione “Servizio di Accompagnamento dalla Riabilitazione al Reinserimento Sociale per i soggetti con Grave Cerebrolesione Acquisita e le loro famiglie” 2010-2011 realizzato dal CRISS (Centro interdipartimentale per la Ricerca e l’Integrazione Socio-Sanitaria, afferente all’Università Politecnica delle Marche), in collaborazione con l’Associazione Marchigiana Traumatizzati Cranici (AMTC) “Andrea” e l’Istituto di Riabilitazione S. Stefano di Porto Potenza Picena (MC).
- 2 Progetto “Dalla riabilitazione al reinserimento sociale per i soggetti traumatizzati cranici o con grave cerebrolesione acquisita e le loro famiglie”, 2012-2013.
- 3 Progetto “Percorsi di Accompagnamento e Family Learning socio-sanitario per i Traumi Cranici e la Grave Cerebrolesione Acquisita”, 2014-2016.
- 4 “Servizio di Accompagnamento nel Re-Inserimento Sociale e Occupazionale”, istituito dall’Associazione Marchigiana Traumatizzati Cranici (AMTC) “Andrea”, in collaborazione con l’Istituto di Riabilitazione S. Stefano di Porto Potenza Picena (MC), e Confartigianato Marche, dal 2017 a tutt’oggi.
- 5 Andrea è un giovane anconetano che, uscito dal coma dopo alcuni mesi da un grave trauma cranico avvenuto a 17 anni, e dopo un lungo periodo di riabilitazione ospedaliera, ancora oggi lotta, insieme alla sua famiglia, per superare le disabilità causate dall’incidente subito nel 1997. L’AMTC “Andrea” è associata alla Federazione Nazionale Associazioni Trauma Cranico.
- 6 Se da una parte la riduzione degli incidenti è favorita dai dispositivi tecnologici delle auto molto più sicuri, vi è un aumento di comportamenti errati che determinano l’acquisizione di una disabilità, quali la distrazione alla guida, l’uso di telefono cellulare, il mancato rispetto delle regole di precedenza o del semaforo e l’eccesso di velocità (nel complesso il 40,8% dei casi).

te ricerche hanno sottolineato che l'approccio olistico favorisce l'integrazione consentendo il lavoro multidisciplinare e in rete tra i vari servizi. Costruire questa rete di persone che si prendono cura di tutta la famiglia è parte integrante del progetto (ri)abilitazione ed è l'elemento fondamentale per la definizione di progetti mirati al raggiungimento di una migliore qualità di vita.

Il Servizio di accompagnamento collocandosi nella zona "di passaggio" che va dalle cure ospedaliere alle cure del territorio si afferma come servizio "ponte", perché, accompagnando la persona nel "ritorno a casa" dopo una disabilità acquisita, la orienta verso l'incontro con le risorse disponibili o possibili del territorio di appartenenza di quella persona, sostenendo contemporaneamente tutto il nucleo.

Si parte dall'ascolto della storia di malattia effettuata dall'assistente sociale *tutor* mediante una visita domiciliare, dove vengono raccolti i bisogni specifici; successivamente, si agevola l'incontro con le risorse presenti sul territorio attivando una collaborazione dinamica con la rete dei servizi sociali e sanitari. Ne deriva un duplice vantaggio: la famiglia viene favorita nella conoscenza delle opportunità esistenti (professionisti, organizzazioni Terzo settore, ecc.), mentre i servizi possono velocizzare la presa in carico delle situazioni in virtù di una precoce decodifica dei bisogni (ascolto, supporto alla rete familiare, organizzazione dell'assistenza, disbrigo pratiche burocratiche, ecc.). È da questo ascolto e dai successivi colloqui telefonici e domiciliari che si delineano i bisogni specifici sui quali intervenire. Non tutte le famiglie e non tutte le persone hanno bisogno delle stesse cose. A pari disabilità infatti, non tutti hanno o percepiscono lo stesso bisogno: c'è chi necessita di un trasporto per continuare la riabilitazione, chi desidera trovare un centro dove svolgere delle attività, chi deve svolgere pratiche burocratiche presso enti (INPS, INAIL, richiedere permessi lavorativi ai sensi della l. 104/92, ecc.), chi ha bisogno di un sostegno psicologico, chi aspira a un lavoro nuovo o un'occupazione gratificante, chi necessita di un sostegno

economico, ecc. La famiglia inoltre, non sempre riesce a dichiarare esplicitamente il bisogno e per questo è stato lungimirante formare e affiancare la figura dell'assistente sociale *tutor* che orienta, sostiene, informa e accompagna nella rete dei servizi fungendo da "filtro" con i servizi territoriali socio-sanitari stessi, spesso sconosciuti alla famiglia prima dell'evento. Con questo sistema tutti i servizi socio-sanitari e il medico curante sono stati stimolati a dare risposte e contributi.

Nella consapevolezza che "la famiglia diventa risorsa generativa e sostenibile", l'assistente sociale *tutor* oltre a sostenere la persona nella domiciliarità, rafforza la rete territoriale, attiva/genera risorse utili a gestire le difficoltà/esigenze, mette i partecipanti "in condizione di controllare al massimo tutti gli aspetti" (Twelvetrees, 2006). Inoltre, aiuta a trasformare l'utente e la famiglia in soggetti attivi, capaci di autodefinirsi e di mettere a disposizione le proprie capacità/abilità per la costruzione del singolo progetto di vita.

In questa visione viene implementata la *self-advocacy*⁷ e viene promossa la *self-efficacy*⁸ di tutti gli attori sociali coinvolti al cambiamento di vita della persona con disabilità acquisita.

OBIETTIVI

L'approccio metodologico specifico, insieme al clima confidenziale creatosi tra l'associazione, il *tutor* e la famiglia ha permesso di realizzare una efficace sviluppo di prestazioni idonee e rispondenti ai desideri della persona con disabilità acquisita. In particolare, rispetto al Premio, gli obiettivi del progetto e quindi del Servizio di accompagnamento istituito sono:

- attivazione della rete di prossimità e di soluzioni innovative e semplici attraverso la messa in rete degli attori sociali professionali e non presenti nel territorio con incontri multidisciplinari fra bisogni e opportunità, nell'ottica di un welfare collaborativo e generativo;
- produzione di nuovi posti di lavoro (assistenti sociali *tutor* con contratti a progetto);
- promozione dell'integrazione tra politiche sociali, socio-sanitarie e del lavoro che risultano preventive a un eventuale disagio sociale;
- Promozione di interventi di co-progettazione tra diversi attori del territorio (Comune, ASL, INAIL, Enti privati sanitari e non, Terzo settore: cooperative, associazioni di volontariato, enti di categoria quali Anffas, ACLI, aziende e botteghe artigiane)

Gli obiettivi specifici del Servizio di accompagnamento sono:

- facilitare il passaggio dalle cure ospedaliere/riabilitative al reinserimento domiciliare, sociale, occupazionale, per le persone con disabilità acquisita, in particolare per i soggetti con trauma cranico e grave cerebrolesione;
- garantire la continuità socio-assistenziale;
- agevolare l'orientamento della rete dei servizi attivando le competenze territoriali socio-sanitarie necessarie a fronteggiare emergenti situazioni di bisogno;

Bibliografia

- Bellanca N., Biggeri M., Marchetta F., "La disabilità nell'approccio delle capability", in Biggeri M., Bellanca N. (a cura di), *Dalla relazione di cura alla relazione di prossimità. L'approccio delle capability alle persone con disabilità*, Liguori, Napoli, 2011
- Bronzini M. (a cura di), *In balia delle Onde. La grave Cerebrolesione Acquisita raccontata dai pazienti e dalle loro famiglie*, Affinità Elettive, 2009
- Croce M., Lavanco G., Vassura M. (a cura di), *Prevenzione tra pari. Modelli, pratiche e processi di valutazione*, Franco Angeli, Milano, 2011
- De Ploy E., Gilson S. F., *Rethinking disability. Principles for professional and social change*, Thompson Brooks/Cole, Belmont, California, 2004
- Delbono F., Lanzi D., *Povertà, di che cosa? Risorse, opportunità, capacità*, Il Mulino, Bologna, 2007
- Griffo G., "L'empowerment base del lavoro delle organizzazioni di persone con disabilità", *Inserito Empowerment, Notiziario AP*, 3, 2006
- Martini E. R., Torti A., *Fare lavoro di comunità. Riferimenti teorici e strumenti operativi*, Carocci, Roma, 2004
- OMS, Organizzazione mondiale della sanità, *ICF, Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute*, Erickson, Trento, 2002
- Sennett R., *Insieme. Rituali, piaceri, politiche della collaborazione*, Feltrinelli, Milano, 2014
- Twelvetrees A., *Il lavoro sociale di comunità. Come costruire progetti partecipati*, Erikson, Trento, 2006

- sostenere la famiglia nei colloqui con gli operatori e responsabilizzarla nella gestione del proprio congiunto;
- organizzare e integrare in rete le varie risorse che la comunità può esprimere, necessarie alla specificità del bisogno socio-sanitario per una presa in carico integrata.

METODOLOGIA

La metodologia, scaturita dalla prassi del servizio, ed elaborata dal CRISS e dal Servizio sociale dell'Istituto S. Stefano, si articola in **3 fasi** e vede il coinvolgimento delle assistenti sociali *tutor* formate e supervisionate dall'assistente sociale referente del progetto. L'attivazione del servizio di accompagnamento, gratuito, ha la durata di sei mesi, utili per creare sinergie con il territorio. Si lavora sulle connessioni della "rete" dell'utente, della famiglia e della comunità di riferimento.

1. Si inizia con una visita domiciliare finalizzata a: raccolta della storia di vita e di malattia; prima analisi della situazione complessiva; definizione dei tempi e delle modalità di accompagnamento del soggetto e della famiglia; una condivisione delle azioni successive (colloqui, raccordo con i servizi del territorio e con il MMG) e raccolta del consenso informato.

2. La fase successiva è dedicata a colloqui/contatti dell'assistente sociale *tutor* con altri servizi del territorio (del privato sociale, contesti scolastici e lavorativi, associazioni, ecc.), in relazione alle specifiche esigenze del soggetto e la famiglia, al Processo di raccordo/costruzione di una rete di sostegno per il soggetto e la famiglia e alla Realizzazione del progetto individualizzato.

3. L'ultima fase è orientata alla prosecuzione dell'accompagnamento, alla valutazione del progetto individuale e delle azioni messe in atto attraverso colloqui con il soggetto, la famiglia e gli attori coinvolti; vi è anche una Valutazione conclusiva del percorso di accompagnamento.

Durante il periodo di accompagnamento l'assistente sociale *tutor*:

- compila una tabella dei servizi presenti nel territorio contenente i nominativi degli operatori, i recapiti telefonici e gli indirizzi delle sedi dei Servizi "essenziali": MMG, UMEA e Servizi sociali Comune/Ambito sociale;
- predispone una lettera di avvio al progetto e una relazione socio-ambientale della persona presa in carico che consegnerà al MMG, agli assistenti sociali dell'UMEA e dell'Ambito sociale del Comune di residenza del soggetto e ad altri attori da coinvolgere;
- compila un diario delle attività che dovrà essere aggiornato e inviato ogni 15/20 giorni all'AS responsabile del SA e aggiorna anche man mano la tabella dei servizi;
- sostiene la famiglia telefonicamente e con visite domiciliari durante il processo del reinserimento sociale e/o occupazionale;
- elabora una relazione finale da lasciare ai servizi e alla famiglia con i nominativi e i recapiti telefonici degli operatori territoriali coinvolti e/o da coinvolgere successivamente;
- effettua un colloquio conclusivo con il soggetto e la famiglia, gli assistenti sociali UMEA



Ester Stefoni

Socio fondatore e vice presidente dell'Associazione Marchigiana Traumatizzati Cranici "Andrea", assistente sociale specialista di Kos Care Santo Stefano Riabilitazione di Porto Potenza Picena.

Ringraziamenti: il presidente dell'Associazione Alfio Carloni e suo figlio "Andrea"; il CRISS (Giovanna Vicarelli, Carla Moretti, Micol Bronzini); Kos Care Santo Stefano Riabilitazione (Enrico Brizioli, Paolo Serafini); le assistenti sociali che hanno realizzato il servizio (Chiara Marconi, Chiara Pennesi, Eleonora Alessandrini, Federica Mancini, Laura Tozzi, Martina Storani, Sara Marabini, Sara Guazzaroni).

e Ambito/Comune, nel quale viene rilasciata la relazione finale e i documenti relativi all'associazione.

ANALISI

In 8 anni di attività, l'Associazione ha attivato 40 servizi di accompagnamento (31 maschi e 9 femmine) con età media 42 anni. Di questi:

- 12 convenzioni di tutoraggio con aziende locali / attivazione borse di inserimento sociale, di cui 2 sono in preparazione per la realizzazione;
- 13 inserimenti in Centri diurni/*day hospital* riabilitativi/educativa domiciliare;
- 5 attivazioni di una rete professionale e di volontariato per assistenza domiciliare e sollievo ai *cargiver*;
- 4 progettazioni realizzate con INAIL / attivazione borse occupazionali, sostegno psicologico ed educativa;
- 2 inserimenti in associazioni sportive;
- 4 attivazioni della rete (volontariato e non) per sollievo nell'assistenza.

A conclusione dei primi 3 progetti realizzati, gli utenti e i professionisti coinvolti hanno risposto a un questionario che ha permesso di valutare *ex post* il lavoro svolto dalle assistenti sociali *tutor* e dall'associazione e di arricchire le teorie e proposte operative.

CONCLUSIONI

Il Servizio promuove la co-progettazione tra più attori territoriali, riconoscendo alla famiglia la competenza a prendersi cura del proprio congiunto, le potenzialità e la capacità di intervenire a fianco dei tecnici per la costruzione del "progetto di vita" dell'intero nucleo familiare nella comunità di appartenenza. Ciò ha permesso non solo di costruire un capitale sociale del territorio (Sennett, 2014), ma soprattutto di favorire un nuovo approccio di tipo relazionale e di superare i modelli assistenziali in uso, privilegiando l'ottica dell'integrazione socio-sanitaria nell'ambiente dove la persona vive. Il concetto di centralità della persona e della sua famiglia implica una gestione condivisa degli interventi: l'esito qualitativo migliore è stato quello della buona interazione tra più soggetti per la riuscita del progetto individuale. L'esperienza dell'accompagnamento ci orienta sempre più in percorsi capaci di rigenerare le risorse (già) disponibili, e di responsabilizzare le persone che ricevono aiuto, con un aumento degli interventi che vanno a beneficio di tutta la collettività. L

Note

- 7** L'auto-rappresentanza vuol dire che le persone con disabilità intellettiva si rappresentano in prima persona e spiegano agli altri ciò che desiderano. Istituita la prima piattaforma di auto-rappresentanti, esito del progetto "Io cittadino" di Anffas.
- 8** L'auto-efficacia contribuisce a delineare il concetto di *empowerment* inteso come acquisizione di potere, ovvero la capacità di intervenire attivamente sulla propria vita. Sia la *self-efficacy* sia l'*empowerment* non dipendono esclusivamente da fattori personalologici e personali ma coinvolgono anche il versante sociale, che si realizza nel concetto di *empowerment permesso*, dall'ambiente più prossimo al soggetto, e dall'*empowerment favorito* e incoraggiato dal contesto sociale più allargato (Croce et al., 2011).

welforum.it

OSSERVATORIO NAZIONALE SULLE POLITICHE SOCIALI

Uno strumento informativo, divulgativo, di approfondimento scientifico e di confronto sulle politiche sociali, a livello nazionale e regionale.

welforum.it rende fruibili e facilmente accessibili materiali e informazioni talora già presenti, ma dispersi in luoghi diversi e quindi di difficile consultazione e, con redattori e collaboratori esperti, coordina le informazioni di varie fonti, le elabora e le commenta, propone analisi comparative.

L'Osservatorio è uno strumento di lavoro per chiunque sia interessato a vario titolo ai temi del welfare sociale: amministratori e decisori ai diversi livelli; responsabili e operatori dei servizi, sia pubblici sia privati; studiosi e ricercatori, professionisti; ma anche semplici cittadini attenti ai problemi sociali.

welforum.it nasce dal lavoro che l'Associazione per la Ricerca Sociale, in collaborazione con l'Istituto per la ricerca sociale, svolge da decenni di analisi e valutazione indipendente e qualificata, e da cinque esperienze significative: prima di tutto *Welforum*, Rete delle Regioni, delle Province autonome e dei grandi Comuni sulle politiche sociali, di cui assume l'eredità, e poi *Prospettive Sociali e Sanitarie*, *Costruiamo il Welfare dei Diritti*, *LombardiaSociale.it* e *Qualificare.info*.

www.welforum.it

www.welforum.it/newsletter

www.facebook.com/welforum

www.twitter.com/welforum

www.linkedin.com/company/welforum-it

TARIFFE DI ABBONAMENTO 2020

Enti pubblici e privati	€ 89,00
Ass. di volontariato e Coop. sociali	€ 69,00
Privati	€ 59,00
PRO	€ 99,00

ccp 36973204 • iban IT57 J076 0101 6000 0003 6973204 • www.prospettivesocialiesanitarie.it
via XX Settembre 24, 20123 Milano • tel. 02 46764276 • fax 02 46764312 • pss.abbo@irsonline.it



Gli anni passano,
la rivista resta.

Per 50 anni, grazie al sostegno dei propri abbonati, *Prospettive Sociali e Sanitarie* è stata voce critica e indipendente di analisi e commento delle politiche e dei servizi sociali e sanitari.

E non ha intenzione di fermarsi qui: tra le altre novità, abbiamo ora lanciato una nuova collana di pubblicazioni in collaborazione con *Welforum.it*. Siamo convinti della necessità di quanto facciamo e, per continuare a farlo, continuiamo ad aver bisogno del vostro sostegno.

Il costo dell'abbonamento è rimasto invariato negli anni, così come la qualità dei contenuti.

PRO come prodotti

L'abbonamento **PRO** comprende anche l'accesso all'archivio *online* di oltre vent'anni di fascicoli arretrati, all'ultimo *Quid Album* e quelli in uscita nell'anno, nonché l'accesso in anteprima a novità e iniziative, sconti su corsi di formazione, ecc.

Prospettive 
50° Sociali
 **e Sanitarie**