

Project Work

RUOLO E OPERATIVITA' DELL'ASSISTENTE SOCIALE NELLE COMMISSIONI PER L'ACCERTAMENTO E VALUTAZIONE DELLA DISABILITA'

Autore
Tiziana Boari

U.O. Medicina Legale Centro
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna



Corso di Alta Formazione "Il Lavoro sociale nei contesti della complessità:
gli assistenti sociali verso nuovi saperi" A.A. 2007/2008

Project Work

INDICE

INTRODUZIONE.....	3
CAP. 1 Riferimenti Legislativi e Disabilità.....	5
CAP. 2 Commissione per l'accertamento della disabilità e ruolo dell'Assistente Sociale.....	9
2.1 L'ambito valutativo e ruolo dell'assistente sociale.....	9
2.2 Individuazione degli strumenti che supportano lo specifico professionale dell'Assistente Sociale: la scheda sociale e metodologie di raccordo fra servizi.....	12
2.2.1 La scheda sociale: azioni per realizzarla, punti di forza e criticità.....	14
2.2.2 Forme di raccordo tra l'Assistente Sociale della Commissione per l'accertamento della disabilità e i servizi territoriali.....	17
CONCLUSIONI.....	20
ALLEGATI.....	
BIBLIOGRAFIA.....	22

INTRODUZIONE

Dal 1° Aprile 2008, dopo aver svolto quasi tutta la mia attività professionale di assistente sociale nel settore minori, lavoro all'Unità Operativa di Medicina Legale per implementare la presenza della figura dell'operatore sociale nelle Commissioni per l'accertamento delle disabilità, alla luce della nuova normativa regionale, ossia la L.R. n.4/08¹.

Questa legge “ disciplina l'esercizio delle funzioni di accertamento e di valutazione delle disabilità spettanti all'Azienda USL contestualmente con i principi di semplificazione, omogeneità delle procedure e di tutela del cittadino con disabilità...”

La nuova certificazione si pone come finalità quella di sviluppare percorsi integrati e politiche concertate non solo tra gli Enti quali Aziende USL, Comuni, Province ma anche con le loro famiglie e le loro rappresentanze associative, per avviare sinergie indispensabili ad una reale presa in carico della persona con disabilità e della sua famiglia, finalizzata ad una risoluzione dei problemi, alla semplificazione dei processi ed alla migliore accessibilità ai servizi.

L'affrontare un project-work in questo momento è occasione importante di approfondimento e documentazione rispetto ad un settore, quello della disabilità, per me del tutto nuovo ma anche un'opportunità per tentare di arrivare a tratteggiare e dare spessore al ruolo dell'assistente sociale in Commissioni dove l'aspetto sanitario tradizionalmente è prevalente.

Tale ruolo non è ancora del tutto riconosciuto, soprattutto nel confronto con altre professionalità sanitarie già da tempo legittimate e consolidate.

Le nuove modalità di accertamento, che andrò a delineare nelle pagine seguenti, anche alla luce delle finalità esposte, sembrano dare spazio ad una presenza maggiormente significativa dell'operatore sociale, già contemplato nelle Commissioni per l'accertamento dell'handicap (come previsto dalla L. n.104/92)² ma il cui ruolo, da una disamina di diversa documentazione in merito, appare a volte marginale.

Con questo lavoro tenterò pertanto di individuare il contributo dell'operatore sociale, o meglio dell'assistente sociale, professionista competente nella

1 “Disciplina degli accertamenti della disabilità-Ulteriori misure di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale” in Regione Emilia Romagna, Bollettino Ufficiale, 19 febbraio 2008, n.4.

2 “Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”, in G.U. 17 febbraio 1992, n.39.

valutazione e nella diagnosi sociale, nell'attuazione dei dettami della legge regionale n. 4/08.

Ne evidenzierò in particolare le azioni e gli strumenti professionali che si propongono come fondanti di una piena integrazione socio-sanitaria nell'attività di accertamento della disabilità nonché di una reale attenzione al cittadino nella interezza dei suoi bisogni.

CAPITOLO 1

RIFERIMENTI LEGISLATIVI NELL'ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITA'

Come anticipato nell'introduzione questo lavoro prende il via dal mio nuovo impegno lavorativo presso l'U.O di Medicina legale contestualmente all'avvio di nuove procedure di accertamento della disabilità per effetto della legge regionale n.4/2008.

Per disabilità si intende, ai fini di detta legge, “lo stato di invalidità, cecità e sordità civili, la condizione di handicap di cui alla legge 5 febbraio 1992, la condizione per il collocamento mirato al lavoro ai sensi della legge 12 marzo 1999 n. 68 e la condizione per l'integrazione scolastica...”.

Storicamente l'ordinamento giuridico italiano non riconosce un'unica categoria di disabili e per ognuna di esse sono stati previsti sistemi e procedure di accertamento diversi, come diversi sono i criteri e le tabelle di valutazione, i diritti riconosciuti, le provvidenze economiche e altri benefici specifici.

Solo riferendoci alla definizione di invalidità contemplata dalla legislazione italiana troviamo che essa non è univoca, essendoci infatti un'invalidità INPS, un'invalidità INAIL, ed un'invalidità civile, con definizioni giuridiche non sovrapponibili.

Ogni norma quindi determina una serie di diritti vincolati al tipo di riconoscimento e richiede una valutazione apposita.

Negli ultimi anni alcune disposizioni di legge (ad esempio la legge 104/92 - legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate -) tendono a superare tale frammentazione e porre in essere dei procedimenti di accertamento dell'handicap, delle facilitazioni e dei benefici, relativi alla dignità, al diritto all'inserimento sociale, al diritto alla mobilità, al diritto al lavoro, allo studio, alla salute che riguardano tutti i disabili, indipendentemente dalle categorie.

La Regione Emilia Romagna, coerentemente con tale orientamento, ha inteso con il recente provvedimento razionalizzare l'iter di accertamento e di valutazione delle disabilità e rendere omogenei comportamenti e procedure su tutto il territorio regionale.

Per la definizione sopra richiamata di disabilità, l'accertamento cui mi riferisco è quello in capo alle Aziende USL che, fino all'avvio della nuova normativa, provvedeva con commissioni distinte alla valutazione dell'invalidità civile ed al riconoscimento dell'handicap.

Premessa a tale normativa è la legge n.80/2006 che all'art. 6, comma 1, prevede la semplificazione degli adempimenti amministrativi per le persone con disabilità³. Se la semplificazione dei percorsi di accertamento tende a meglio tutelare i diritti delle persone con disabilità, altro importante intendimento del legislatore è quello di focalizzare ulteriormente l'attenzione sulla persona disabile nella sua globalità. All'art.3 della L.R. n.4/2008 si richiama infatti l'esigenza di un'adeguata valutazione dei bisogni socio-sanitari derivanti dalla disabilità.

Per gli obiettivi suddetti la legge regionale quindi unifica la disciplina degli accertamenti della disabilità attraverso un'unica valutazione effettuata da un'apposita Commissione composta da diverse professionalità e capace di esprimere una multidisciplinarietà.

Gli accertamenti qui compiuti sono pertanto finalizzati alla concessione, da parte degli Enti competenti, delle provvidenze economiche e ogni altro beneficio previsto dalla normativa regionale e statale vigente nonché, come si legge nella relazione di preparazione alla L.R. 4/2008 : "...l'operato della Commissione può essere utilizzato nell'ambito di accertamenti da effettuarsi in favore di categorie di assistiti per effetto di disposizioni assunte dalla programmazione regionale o degli atti di organizzazione delle Aziende USL".

Il disabile pertanto, accedendo ad un'unica Commissione, senza moltiplicare gli iter valutativi, può essere sottoposto ad un accertamento che riconosce, nell'unitarietà della persona, la pluralità dei suoi bisogni.

Lo stesso accertamento, secondo quanto indicato dalla delibera sopra richiamata, potrebbe determinare oltre che il godimento di benefici economici e non, previsti dalle varie norme a tutela delle persone affette da minorazioni fisiche e psichiche (assegno mensile, pensione, esenzione ticket, permessi retribuiti dal lavoro...) anche l'accesso a servizi e/o prestazioni programmati a livello locale.

La portata innovativa della legge in esame è sottolineata in un passaggio delle "Linee Guida della Regione Emilia Romagna" dove cita: "...la revisione delle modalità di accertamento previste dalla L.R 4/08, nella parte che prevede la

3 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 10/01/06, n.4, recanti misure urgenti in materia di organizzazione e funzionamento della pubblica amministrazione", in G.U. 11 marzo 2006, n.59.

semplificazione della certificazione, assume un valenza strategica, prioritaria e fondamentale per la costruzione e il radicamento di un sistema integrato di azioni di sostegno per la creazione di effettive condizioni di pari opportunità a favore delle persone con disabilità, che si configura come processo di valutazione multidisciplinare e presupposto fondamentale per la definizione di progetti individualizzati connessi all'autonomia personale, all'istruzione, alla formazione, all'integrazione professionale e all'assistenza, alla fine di definire il processo unitario di presa in carico, nel quale la valutazione dello stato di salute della persona deve essere finalizzata alla quantificazione e qualificazione dei bisogni, delle abilità e quindi alla redazione del progetto individuale..." -

Il nuovo modello di accertamento voluto dalla Regione si basa pertanto su:

-nuovi indirizzi organizzativi e procedurali

-nuove modalità e criteri per la valutazione della persona con disabilità

Mi riferisco con ciò da un lato a nuove forme di interconnessione tra servizi che andranno meglio focalizzate a livello di programmazione regionale e locale, dall'altro al dispiegarsi concreto dell'attività valutativa della Commissione unica, su cui mi soffermerò in modo particolare. Richiamo anche brevemente quelle disposizioni regionali che sottendono l'attuazione della nuova norma, quali le modalità di presentazione della domanda all'Azienda Sanitaria Locale, la documentazione sanitaria da allegare (certificato del medico di base che specifica la patologia prevalente), le strategie da porre in essere per il contenimento dei tempi di attesa per l'effettuazione degli accertamenti, previsti entro 60 giorni dalla data di presentazione della domanda o entro 15 giorni per particolari patologie, l'informatizzazione del processo della convocazione e dell'accertamento, con il collegamento in rete fra tutti gli enti coinvolti.

Snodo di rilievo assumono pertanto, a mio parere, in questo nuovo contesto, le Commissioni allo scopo costituite, ed in esse in particolare ritengo importante approfondire il ruolo qui svolto dell'operatore sociale.

Chi sono e come sono costituite tali Commissioni? Di fatto, nella realtà della Azienda USL di Bologna (realtà peraltro generalizzabile a tutto il territorio regionale e non solo) esse coincidono con quelle istituite secondo le indicazioni della legge 104/92, dove è prevista la figura dell'operatore sociale ad integrazione della componente medica. A loro volta, infatti, queste stesse commissioni si sovrapponevano, appositamente integrate, alle commissioni per il riconoscimento della invalidità civile. Erano infatti commissioni operanti autonomamente ed in tempi diversi, anche sulla stessa persona allorché quest'ultima aveva interesse ad essere riconosciuta sia come "invalida civile" che come "persona handicappata".

La matrice in cui si colloca l'attività valutativa-accertatoria della Commissione unica è sicuramente di tipo medico, ma dovrebbe sempre più ancorarsi ai dettami introdotti dalla legge 104/92 che tendeva e tende ad integrare, in un'ottica innovativa, i versanti sanitario e sociale.

In un documento inviato dall'Assessorato Regionale delle Politiche per la Salute alle Aziende Sanitarie in merito alla nuova legge si specifica che "...nel pieno rispetto della formalizzazione richiesta dalla Commissione Medica di Verifica Provinciale dell'INPS, ai fini dell'erogazione degli eventuali benefici economici spettanti sulla scorta delle norme nazionali, l'ottica valutativa in cui è doveroso muoversi non è più quello del mero accertamento del tipo e dell'entità delle menomazioni e dei loro riflessi sulla vita delle persone con disabilità e delle loro famiglie, ma soprattutto l'evidenziazione dei bisogni e l'individuazione delle possibili soluzioni e dei servizi da erogare..." ed ancora "...l'accertamento non può che configurarsi come un processo di valutazione multidisciplinare ...la valutazione dello stato di salute della persona deve essere finalizzata alla quantificazione e qualificazione dei bisogni, delle abilità e quindi alla redazione del progetto individuale...Il processo valutativo deve restare incardinato nella rete locale dei servizi pubblici -sanitari, sociali, socio-educativi- attraverso una maggiore correlazione tra le istituzioni che, in ciascuna delle fasi di vita della persona, sono chiamate ad intervenire...".

Stanti tali premesse l'accertamento medico legale non dovrebbe essere solo un passaggio obbligato per l'accesso a benefici prevalentemente di tipo economico ma dovrebbe rappresentare l'occasione per incanalare la persona disabile in un percorso di recupero, riabilitazione, integrazione sociale, attraverso i servizi presenti sul territorio.

Quale "valutazione" allora e quale ruolo per l'operatore sociale? Ed ancora, questo operatore sociale può essere meglio indicato, specificato nella figura dell'assistente sociale?

CAPITOLO 2

COMMISSIONE PER L'ACCERTAMENTO DELLA DISABILITÀ E RUOLO DELL'ASSISTENTE SOCIALE

2.1 L'AMBITO VALUTATIVO E RUOLO DELL'ASSISTENTE SOCIALE

L'interesse ad approfondire gli aspetti del ruolo e della valutazione dell'operatore sociale prende il via da un lato con l'inizio, per me, di un'attività lavorativa del tutto nuova, dall'altro dalla presenza e dal confronto con altre colleghe che in questi anni hanno lavorato nelle commissioni per l'accertamento dell'handicap e che, contestualmente alla mia presenza, dovranno continuare ad operare secondo quanto previsto dalla nuova norma regionale.

Infatti, già da diversi anni, per l'attività valutativa inerente la legge 104/92 numerose assistenti sociali partecipano alle commissioni preposte all'accertamento dell'handicap, con una presenza programmata. Ciò significa che, pur appartenendo a servizi diversi (Centro di Salute Mentale e Ser.T, Dipartimento dell'Integrazione Socio-Sanitaria, Ospedale Maggiore), con una frequenza e con un impegno, in termini di orario, tuttora variabili ma comunque limitato rispetto a quello esercitato nell'unità operativa di provenienza, presenziano al lavoro delle Commissioni presso l'U.O. di Medicina Legale. Attualmente sono circa una quindicina ed il loro elevato numero, nonché la recente presenza di un operatore a tempo pieno, sono determinati dal continuo aumento delle domande che, a sua volta, impone di programmare più Commissioni. Dai dati annualmente trasmessi per finalità statistiche dal servizio alla Regione troviamo ad esempio che le domande per il riconoscimento della disabilità sono state complessivamente 10.887 (8105 per l'invalidità civile e 2782 per l' handicap) nel 2006 e 12.659 (8716 + 3943) nel 2007.

Come gruppo di lavoro pertanto abbiamo condiviso il bisogno di mettere a fuoco meglio il significato della nostra presenza in una Commissione dove l'aspetto sanitario è sempre stato prevalente; bisogno peraltro amplificato per me in quanto svolgendo, diversamente dalle colleghe, tutto il monte ore lavorativo nell'U.O. di Medicina Legale, la mia identità professionale si sviluppa unicamente in tale ambito.

Riprendendo i contenuti dei documenti sopra citati sono ricorsi più volte termini quali soggetti e famiglie, interventi e prestazioni personalizzate, diritti esigibili, servizi di rete, integrazione. Queste parole, che identificano gli aspetti di novità della norma regionale, sono riportate nel Codice Deontologico dell'Assistente Sociale. Cito per esempio: "l'assistente sociale pone la persona al centro di ogni intervento. Considera e accoglie ogni persona portatrice di una domanda, di un bisogno, di un problema come unica e distinta da altre in analoghe situazioni e la colloca entro il suo contesto di vita, di relazione e di ambiente, inteso sia in senso antropologico-culturale che fisico"⁴. Anche gli art.38⁵ e 39⁶ indicano nell'assistente sociale il professionista che deve conoscere i soggetti attivi in campo sociale, pubblici e privati e ricercarne la collaborazione per favorire un sistema integrato di servizi e l'accesso e l'uso per tutti i cittadini.

Ancora, a proposito della necessità di dare luogo ad un progetto individualizzato, personalizzato, richiamata sempre nei passi precedenti ricordo che " la personalizzazione dell'intervento... metodo specifico del Servizio Sociale Professionale...deve essere assunta e contestualizzata con l'impegno a lavorare sulla persona e nel territorio di vita della medesima..."⁷.

Credo con ciò di poter affermare che tale figura trova una sua pertinente collocazione nell'attività delle Commissioni per l'accertamento della disabilità e auspico che l'indicazione generica di operatore sociale sia in un prossimo futuro modificata.

Ed è soprattutto l'ambito della valutazione quello su cui il gruppo di assistenti sociali si sta impegnando a lavorare per delineare una metodica professionale che permetta di dare visibilità e spessore al nostro contributo professionale.

Premessa ad ogni approfondimento dell'aspetto valutativo è il richiamo ad alcuni nodi che sono poi quelli già evidenziatisi nell'applicazione della L.104/92, come danno riscontro esperti del settore.

L'innovazione e la modernità di questa legge sono stati quelli di porre al centro della norma il recupero, non solo funzionale ma anche sociale della persona portatrice di un handicap, coerentemente con i principi costituzionali.⁸

4 Art. 7, Codice Deontologico dell'Assistente Sociale, 2002

5 Art. 38: l'assistente sociale deve conoscere i soggetti attivi del campo sociale sia privato che pubblici e ricercare la collaborazione per azioni comuni tendenti a rispondere in maniera articolata e differenziata ai bisogni espressi, superando la logica della risposta assistenziale

6 Art. 39: l'assistente sociale deve contribuire ad una corretta e diffusa informazione sui servizi a favore dei cittadini per l'accesso e l'uso delle risorse e delle opportunità per tutti

7 E. Samory, Qualità produttività ed economicità nell'intervento di Servizio Sociale, in La Professione Sociale, 11, 1996, pag.73.

8 Artt. 2,3,32 Costituzione della Repubblica Italiana, 1947.

Questa legge definisce persona handicappata “colui che presenta una minorazione fisica, psichica, sensoriale stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione “.

Presupposto concettuale è pertanto la distinzione tra:

- menomazione: qualsiasi perdita o anomalia afferente a strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche;
- disabilità: ogni limitazione o perdita della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano
- handicap: condizione di svantaggio conseguente a menomazione e/o disabilità che limita o impedisce l'adempimento del ruolo normale da parte di un soggetto in relazione all'età, sesso, fattori socio-culturali.

Da queste definizioni appare evidente che “..la menomazione comporta una diagnosi o una descrizione diagnostica, che attiene unicamente al campo medico legale... La definizione di disabilità trascende il puro campo sanitario per orizzonti più vasti, riferendosi a capacità funzionali estrinsecate attraverso atti e comportamenti che , per generale consenso, costituiscono aspetti essenziali della vita di ogni giorno... La definizione di handicap infine rappresenta la socializzazione della menomazione, quindi la diagnosi medico-legale non vi è più preponderante, costituendo un momento importante della valutazione insieme a quello altrettanto importante dell'analisi delle condizioni culturali, sociali, economiche e ambientali del soggetto...”⁹

Nella definizione normativa del soggetto affetto da handicap si coglie pertanto il progressivo abbandono di criteri clinico-diagnostici, tipici di un metodo legato essenzialmente al parametro della riduzione della capacità lavorativa (su cui si fonda invece la valutazione di invalidità civile) e l'acquisizione di nuovi criteri e definizioni di tipo funzionale, relazionale, personalizzati ai bisogni del singolo.

L'accertamento dell'handicap è stato demandato, come già richiamato, alle commissioni mediche per l'accertamento dell'invalidità civile, pur integrata da un operatore sociale, che collabora con i medici nel formulare il giudizio complessivo sulle condizioni psico-fisiche e socio-relazionali dei soggetti che ne fanno richiesta.

Mentre relativamente al riconoscimento della invalidità civile la commissione è in possesso di chiari strumenti di valutazione, utilizzando apposite tabelle emanate con decreto ministeriale nel '92, che recepiscono la tabella delle

⁹ V.Glassier, Handicap e Invalidità Civile, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n.5, 2000.

menomazioni proposta dall'OMS, per l'accertamento dell'handicap non sono conosciuti strumenti codificati. E qui la commissione ha un compito forse più complicato, in quanto è chiamata sì ad accertare la menomazione ma contestualmente le conseguenti difficoltà che questa provoca nell'apprendimento, nelle relazioni e nell'integrazione lavorativa, graduandone la gravità tramite la verifica della capacità complessiva individuale residua e della necessità di un intervento assistenziale permanente.

Tra le criticità paiono evidenti alcuni rischi quali una sostanziale autonomia valutativa delle singole commissioni (si pensi, anche solo relativamente all'Azienda Usl di Bologna Centro, ove opero, la possibile difformità di valutazione per l'alto numero di colleghe che ruotano nelle diverse sedute di commissioni), una disomogeneità diffusa sul territorio a parità di patologia nonché una “valutazione” dell'handicap sostanzialmente correlata alla percentuale di invalidità riconosciuta (ossia ad un'alta percentuale di invalidità corrisponde tout court il riconoscimento dell'handicap grave).

Ovviamente queste criticità non sono di facile soluzione, tant'è che sono ancora presenti e dibattute a distanza di molti anni dall'applicazione della legge. Partendo da queste criticità nonché dalle difficoltà quotidianamente incontrate insieme alle colleghe, tenterò qui di delineare una strumentazione professionale con cui da un lato contribuire ad affrontarle, dando spazio dall'altro all'esplicazione di uno specifico professionale.

2.2 INDIVIDUAZIONE DEGLI STRUMENTI CHE SUPPORTANO LO SPECIFICO PROFESSIONALE DELL'ASSISTENTE SOCIALE: LA SCHEDA SOCIALE E METODOLOGIE DI RACCORDO FRA SERVIZI

Già poco dopo la mia assegnazione alla U.O. di Medicina legale, in un primo incontro tra un gruppo di colleghe, ci si è confrontati sulla necessità di arrivare, in assenza di indicazioni interne dell'Azienda Usl ed esterne (regionali o provinciali) a dotarci di uno strumento di rilevazione che ci aiuti a raccogliere e a sistematizzare informazioni utili alla messa a fuoco del contesto sociale della persona e dei suoi bisogni.

Formalizzare uno strumento che, in un contesto fortemente caratterizzato da una diagnosi medica, sia ascrivibile al sapere professionale dell'assistente sociale sostanzia la nostra azione valutativa e supporta il riconoscimento che la nuova normativa dà alla figura sociale laddove questa “concorre a formare il numero legale dei componenti la Commissione per l'accertamento della disabilità (come da art. 3, comma 4, della predetta legge).

Seppur da pochissimo tempo le assistenti sociali, operanti nelle Commissioni dell'U.O Medicina Legale dell'Azienda USL Bologna Centro, sempre secondo una presenza programmata, partecipano pertanto alla formulazione collegiale della valutazione che può riguardare il riconoscimento sia dell'invalidità civile, che dell'handicap.

Similmente alla componente medica che si avvale, come sopra specificato, di proprie tabelle ministeriali e che trattiene la documentazione sanitaria acquisita nel corso della visita, anche la componente sociale dovrebbe quindi dotarsi di una scheda atta a rilevare la situazione socio-familiare e ad evidenziare bisogni e fragilità del disabile. Oggi ciò non avviene e non rimane traccia alcuna degli elementi che portano noi assistenti sociali ad esprimerci in un determinato modo rispetto alle singole situazioni che giungono all'esame della Commissione.

Tale scheda dovrebbe viceversa essere parte integrante della cartella del richiedente l'accertamento.

Oltre a raccogliere i dati salienti riferiti all'ambito sociale, questa scheda dovrebbe contenere anche elementi di graduazione che aiutino a stabilirne il peso da attribuire loro, arrivando, nello specifico per la L.104/92, a tracciare il limite soglia sotto il quale non dovrebbe essere riconosciuto lo stato giuridico di persona con handicap.

Tutto ciò garantirebbe una maggior oggettività nella valutazione, a tutela del disabile richiedente l'accertamento. Nel nostro contesto lavorativo poi, dove più assistenti sociali "ruotano" in diverse commissioni, l'utilizzo di uno strumento condiviso e testato, renderebbe maggiormente omogeneo l'attività degli operatori e ridurrebbe un possibile eccesso di discrezionalità.

Lo sforzo per dotarci, quali assistenti sociali, di uno strumento professionale di valutazione ci sembra imprescindibile anche se, sempre dal documento delle Linee Guida regionali, si coglie l'indicazione ad utilizzare prossimamente quale strumento di valutazione, dopo un periodo di formazione da parte di tutti i componenti le Commissioni, l'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, delle disabilità e della Salute). L'ICF è la Classificazione Internazionale del Funzionamento, delle Disabilità e della Salute ed è uno strumento elaborato dall'OMS per realizzare un sistema di classificazione descrittivo delle modifiche subite dallo stato di salute e dagli stati correlati di una persona, non necessariamente disabile, basato su un modello bio psico sociale che considera la persona nella sua interezza.

Vi è un altro elemento, oltre a quello della valutazione, nonché quantificazione e qualificazione dei bisogni, che caratterizza l'applicazione della LR 4/08 ed è

la necessità di mettere in atto un raccordo stretto con i Servizi del territorio ed altre istituzioni. Anche questo richiama, a mio avviso, lo specifico professionale dell'assistente sociale e delinearò pertanto alcune modalità con cui detto raccordo può prender forma.

2.2.1 LA SCHEDA SOCIALE: AZIONI PER REALIZZARLA, PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ.

Elaborare la scheda sociale è il primo obiettivo che, come gruppo di AA.SS., ci siamo date.

Proverò di seguito a delineare i passaggi (fasi) e le azioni per il raggiungimento di tale obiettivo, indicandone gli eventuali aspetti problematici o i punti di forza.

FASE 1- Costituzione di un gruppo di lavoro aperto a tutte le colleghe (Realizzata).

Partendo dalla forte motivazione di alcune assistenti sociali, è intercorsa una serie di telefonate e mail per indire un incontro, avvenuto presso la sede dell'U.O. di Medicina Legale e che ha visto svolgersi un acceso dibattito sulla normativa e l'urgenza di meglio sostanziare la nostra attività. In un successivo incontro il gruppo ha delegato quattro colleghe, in rappresentanza dei diversi servizi di appartenenza, a proseguire il lavoro di documentazione, ovvero di raccolta di cartelle già utilizzate in altre realtà e/o servizi - U.O. Medicina Legale di Cesena, Commissione L.104 dell'Azienda USL di Ferrara, nonché una scheda utilizzata dalle assistenti sociali dell'USSI Disabili Adulti dell'Azienda. USL di Bologna per la presentazione dei loro casi sempre alla Commissione 104, che qui si allegano, confrontando le voci in esse contemplate.

FASE 2- Definizione dei criteri cui deve rispondere la nostra scheda

(In corso di realizzazione).

Innanzitutto deve essere "veloce" da somministrare in quanto in sede di Commissione, per l'alto numero di accertamenti da compiere (vedi anche la tempistica richiamata dalla legge) vi è poco tempo da dedicare ad ogni paziente, tanto che si arriva anche ad un massimo di 30/32 visite nell'arco di una sola seduta la mattina, e di 18/20 nelle sedute pomeridiane.

A proposito del funzionamento delle Commissioni ritengo opportuno fare una breve digressione. Il cittadino che intende sottoporsi all'accertamento per

l'invalidità civile e/o per il riconoscimento dell'handicap prenota, presentando un certificato del proprio medico di base, la visita tramite CUP; i pazienti oncologici possono prenotarla direttamente presso la segreteria della Commissione sita alla U.O. Medicina Legale. Le Commissioni, che validano in presenza almeno di due componenti e del Presidente, di norma svolgono la loro attività tutti i giorni, mattina e pomeriggio e spesso ne sono in funzione due contemporaneamente.

La scheda deve comunque contenere gli elementi essenziali per inquadrare i seguenti ambiti: condizione familiare, contesto abitativo, condizione socio-relazionale e lavorativa. Deve poi contenere dei parametri per poter graduare, secondo punteggio o altra classificazione, il “peso” da associare ad ogni voce.

Fino ad oggi il gruppo ristretto di operatori ha iniziato ad elaborare il materiale raccolto arrivando a definire, una possibile scheda “tipo”, caratterizzata da alcune voci (vedi allegato). Ancora tutto aperto è invece il lavoro, sicuramente più complesso, attinente la graduazione.

Per quanto attiene questa prima parte, un punto di forza lo ravviso nell'interesse delle colleghe verso questo lavoro, sentendolo come opportunità per meglio far emergere nella Commissione l'aspetto sociale della valutazione.

Un secondo punto di forza sta nel sostegno ricevuto dalle colleghe da parte dei responsabili dell'U.O. di appartenenza.

Ancora estremamente importante ritengo sia l'appoggio a tale iniziativa data dalla direzione dell'U.O. Medicina Legale, in un preliminare incontro con le colleghe dei servizi territoriali e alcuni loro responsabili.

Una forte criticità sta invece nel fattore tempo, ossia nella difficoltà, sempre per le colleghe, di ritagliare spazio al di fuori della “normale” attività quotidiana, in quanto prese spesso da continue emergenze.

Infatti ai due incontri iniziali non hanno partecipato tutte le colleghe ed anche nel gruppo ristretto vi è stata un'assenza.

E' comunque da osservare che questa fase ha coinciso con l'inizio del periodo delle ferie, dove occorre tra l'altro solitamente far fronte, per le urgenze, all'attività delle colleghe assenti.

Con la ripresa autunnale occorrerà comunque riprendere il lavoro e verificare la disponibilità ad impegnarsi ulteriormente per completare la scheda, possibilmente entro gennaio 2009. L'individuazione di tale data deriva dal dover oggettivamente tener conto della complessità della “pesatura” delle voci e del fattore tempo relativamente all'impegno delle colleghe.

FASE 3- Passaggi per poter addivenire ad un utilizzo ufficiale di detta scheda (Da realizzare)

Si dovranno prevedere:

-la sua diffusione presso tutti gli assistenti sociali che partecipano alle Commissioni, per la discussione e la sua approvazione da parte dei tecnici che la dovranno usare

-la presentazione e la discussione con i responsabili della U.O. Semplice e U.O. Complessa di Medicina Legale (la Commissione afferisce all'U.O. Semplice)

-la presentazione ai Responsabili di Servizio e/o di U.O. cui appartengono le assistenti sociali che partecipano ai lavori delle Commissioni

-la presentazione agli altri componenti le Commissioni

-la sperimentazione del suo utilizzo per un tempo che si indica di circa 3/ 6 mesi.

-il monitoraggio attraverso incontri periodici (circa una volta al mese) tra noi operatori sociali per confrontarci su possibili problematiche incontrate e per apportare eventuali modifiche.

A livello organizzativo si propone che tale scheda sia disponibile presso la segreteria della Commissione per la disabilità e faccia parte della modulistica utilizzata durante le sedute.

La diffusione della scheda presso le colleghe sarà a cura dell'assistente sociale appartenente alla U.O. Medicina Legale, in virtù del monte ore che consente di curare un "collegamento" con il territorio. Dal punto di vista organizzativo sono pensabili due ipotesi:

a) indire una riunione presso la Medicina Legale

b) predisporre un incontro presso le sedi di appartenenza degli operatori, raggruppandoli ovviamente per servizio.

Soprattutto nel primo caso è ipotizzabile una certa difficoltà di partecipazione delle colleghe, ma il coinvolgimento dei loro Responsabili dovrebbe rendere minime le assenze.

La presentazione ai responsabili della Medicina Legale sarà a cura del gruppo ristretto di assistenti sociali che ha lavorato alla definizione della scheda stessa; le successive presentazioni ritengo debbano vedere coinvolti gli stessi responsabili.

2.2.2 FORME DI RACCORDO TRA ASSISTENTE SOCIALE DELLA COMMISSIONE PER L'ACCERTAMENTO DELLA DISABILITÀ E I SERVIZI TERRITORIALI

Premessa ad ogni possibile raccordo tra servizi è il supportare l'attività degli assistenti sociali delle Commissioni con una “mappa” aggiornata e dettagliata dei Servizi Sociali della realtà della città di Bologna. Intendo per mappa una scheda contenente l'articolazione dei Servizi socio-assistenziali e sanitari, gestiti dal Comune e dall'Azienda USL e diretti agli Anziani, agli Adulti in situazione di difficoltà, ai Disabili Adulti corredata da indirizzi, recapiti telefonici.

Si ritiene, nonostante la nostra esperienza pluriennale di operatori di territorio, di non dare per scontata una simile conoscenza anche alla luce delle trasformazioni in atto relativamente all'organizzazione dei servizi (penso, in questo momento, all'attivazione delle Aziende Servizi alla Persona, al progetto di decentramento presso il Comune di Bologna, con il trasferimento ai quartieri di funzioni fino ad ora gestite in modo più accentrato).

Si potrebbero ipotizzare diverse modalità di informazione e/o di contatto:

1) Una prima forma di raccordo la identifico nell'essere in grado nell'immediato, secondo i bisogni evidenziatisi già nel corso della seduta di accertamento, di inviare il cittadino ad un determinato Servizio fornendogli, grazie anche alla mappa sopra descritta, ogni informazione che possa facilitare il contatto. Credo che l'attuale complessità organizzativa non renda sempre facile l'accesso ai servizi, soprattutto se una persona si trova in una condizione contingente di seria difficoltà personale e che pertanto un supporto, un accompagnamento in questo percorso sia importante.

E' questa un'attività che rientra nel segretariato sociale “attività complessa tesa a soddisfare il dovere delle istituzioni di informare i cittadini sulla consistenza e sull'efficacia del sistema dei servizi e, contemporaneamente, il diritto dei cittadini ad avere quelle informazioni che permettono loro un accesso più lineare e consapevole alle risorse sociali...è una risposta ai bisogni di informazione che deve essere caratterizzata da alcune proprietà:esattezza, pertinenza, aggiornamento...”¹⁰

2) Un secondo livello di raccordo lo si può ravvisare nella possibilità, per le assistenti sociali operanti nelle Commissioni per il riconoscimento della

10 L. Anfossi, Segretariato Sociale, in Dizionario di Servizio Sociale, Carocci Faber, Roma, 2005, pag.567.

disabilità, di segnalare alle colleghe dei Servizi Territoriali, per gli eventuali interventi di competenza, situazioni che sembrano delineare alcuni elementi riconducibili ad un possibile pregiudizio, per il paziente stesso o per un familiare.

Mi rendo conto di addentrarmi in un ambito molto delicato, ma con finalità di alta integrazione in quanto possono giungere all'attenzione della Commissioni casi rispetto ai quali si intravedono, ad esempio, una scarsa assistenza nei riguardi di una persona handicappata, o responsabilità su un minore da parte di figura parentale con evidente disturbo della sfera intellettuale e cognitiva. I tempi a disposizione dei componenti le Commissioni sono, come già sottolineato, molto brevi e pertanto risulta impossibile un approfondimento delle situazioni.

L'assistente sociale potrebbe però, terminata la seduta, contattare il servizio del territorio ritenuto competente per il problema "colto" per verificare se c'è già una presa in carico, se la situazione è conosciuta. Se ciò non fosse, occorrerebbe allora valutare, confrontandosi con il servizio individuato, quindi con il responsabile dell'U.O. Medicina Legale se procedere o meno con una segnalazione scritta al servizio stesso per gli eventuali interventi di competenza.

3) Una terza modalità di contatto tra Servizi territoriali e assistenti sociali delle Commissioni riguarda una forma di "accompagnamento", per certi aspetti diversa da quella contemplata nel primo punto. Mi riferisco qui, nel caso acceda all'accertamento una persona che presenta una marcata fragilità dovuta all'età, allo stato di salute, alla criticità delle reti familiari ovvero alla mancanza di una tale rete, ad un'attivazione di noi assistenti sociali delle Commissioni presso il Servizio "individuato" come possibile referente per quella specifica situazione. L'attivazione, che si ritiene debba essere sempre concordata con il cittadino, può consistere in una telefonata per approfondire se è corretta la competenza ipotizzata e quindi facilitare la presa in carico (riponendoci nella fattispecie rappresentata precedentemente). Oppure, se si dovesse verificare una preesistente presa in carico (si sottolinea come molte volte utenti seguiti dai Servizi presentano autonomamente domanda di riconoscimento di disabilità), si segnala al Servizio stesso la situazione di difficoltà emersa nel corso dell'accertamento.

Ancora una volta una possibile criticità è connessa al fattore tempo, ossia al fatto che, oltre alla sottoscritta, nessuna altra collega è dedicata unicamente a tale attività e quale "consulente" della commissione ha un vincolo di impegno abbastanza rigido, che può non consentire attività "altre" rispetto a quella accertatoria.

Un altro importante nodo critico riguarda il secondo tipo raccordo con i servizi territoriali, in quanto si pone il problema se informare o meno il cittadino di quanto l'operatore si accingerebbe a fare. Salvo i casi previsti dalla legge, l'assistente sociale ha infatti l'obbligo della riservatezza (art.20 Codice deontologico.) Molte colleghe comunque potrebbero non essere favorevoli alla segnalazione in quanto nel servizio di appartenenza (mi riferisco in particolare alla Salute Mentale e Ser-t) è privilegiato l'accesso spontaneo.

Meno resistenze ritengo si possano incontrare nel caso di segnalazioni che riguardano un possibile pregiudizio per un minore, in quanto ambito in cui è maggiormente condiviso l'aspetto della tutela in capo anche all'operatore. Ulteriore aspetto di possibile criticità, è quello riferibile a come possono essere percepite le segnalazioni o comunque le richieste di "interessamento" da parte di colleghi di altri servizi: saranno tenute in considerazione, esiteranno in un aiuto?. "Un aspetto critico della segnalazione tra organizzazioni consiste nelle variabili che incidono e possono influenzare la segnalazione stessa, la sua codifica e le azioni che ne seguiranno: il mandato istituzionale, le procedure operative, il sistema dei codici di linguaggio e di lettura di ciascuna organizzazione e/o operatore..."¹¹.

11 D. Simone, Segnalazione, in Dizionario di Servizio Sociale, Carocci Faber, Roma, 2005, pag.566.

CONCLUSIONI

Al termine di questo breve lavoro ritengo di aver raggiunto alcuni risultati che, seppur minimi, concorrono a meglio definire la mia attività nell'ambito della Commissione per l'accertamento della disabilità, nel particolare “contenitore” della Medicina Legale, e comunque quella delle colleghe assistenti sociali.

Opportunità di approfondimento, innanzitutto, come riportavo nell'introduzione, che si è rivelata importante nell'affiancare le colleghe nel lavoro di ripensamento sul nostro ruolo e i nostri spazi nel lavoro delle Commissioni, anche alla luce degli intenti sottesi alla legge regionale del febbraio scorso.

Il poco tempo trascorso dall'emanazione di quest'ultima porta a pensare che ulteriori indicazioni verranno probabilmente date agli organismi preposti alla sua applicazione.

Nondimeno lo sforzo effettuato per delineare possibili strumenti e metodologie operative e dare maggiore visibilità e spazio alla nostra professionalità, risponde al bisogno concreto di chi (da poco tempo ma quotidianamente per me e con minore continuità ma viceversa da anni per quanto riguarda le colleghe già impegnate nell'attività inerente la L.104/92) si trova a dover rilevare e valutare un bisogno di tipo sociale, nonché, come professionista dell'aiuto, tentare di avviare una risposta a questo bisogno.

L'individuazione in via prioritaria di una scheda “sociale” da utilizzare nei lavori della Commissione ha trovato l'adesione piena di tutte le colleghe.

Se la definizione degli ambiti da rilevare ci è stata abbastanza semplice, prevediamo maggiori difficoltà nell'assegnare alle singole voci un certo peso, anche perché sono scarse le pubblicazioni in merito o non siamo finora state in grado di ben documentarci. A questo proposito potrebbe essere utile attivarci per richiedere consulenza o formazione coinvolgendo la facoltà di Servizio Sociale presso l'Università.

Anche il bisogno di dotarci di una mappa dei servizi, ben aggiornata, è condivisa e, con l'aiuto delle colleghe, che appartenendo a servizi diversi in questo costituiscono una importante risorsa, può essere costruita in tempi assai brevi.

Per quanto riguarda il raccordo con i Servizi territoriali, credo non vi siano particolari difficoltà nell'attivarsi senza formalità nella prima e terza tipologia

rappresentata, se non quelle riferite alla variabile tempo dell'operatore coinvolto. La seconda ipotesi di raccordo delineata, ossia quella della segnalazione, potrebbe, come già prospettato, indurre perplessità in altre colleghe o comunque richiedere maggiore confronto al nostro interno. Un confronto anche con i responsabili dei singoli servizi di appartenenza forse è da considerare opportuno.

BIBLIOGRAFIA

Anfossi L., “*Segretariato Sociale*” in Dizionario di Servizio Sociale, Carocci Faber, Roma, 2005.

Codice Deontologico dell'Assistente sociale, Roma, 2002.

Costituzione della Repubblica Italiana, Roma, 1947.

Glassier V., “*Handicap e Invalidità Civile*” in Prospettive Sociali e Sanitarie, 5,2000.

Samory E., “*Qualità produttività ed economicità nell'intervento di Servizio Sociale*” in La Professione Sociale, 11,1996.

Simone D., “*Segnalazione*” in Dizionario di Servizio Sociale, Carocci Faber, Roma, 2005.