

II SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE IN SANITA' E LA FUNZIONE DI *CASE MANAGEMENT*

Indice

1. Premessa	2
2. Origini e principi del case management	2
3. Le funzioni del case management nella normativa regionale	3
4. Case management e metodologia del servizio sociale.....	4
5. Livello esperienziale	5
5.1. Rete Territoriale	5
5.2. Rete Ospedaliera	7
6. Osservazioni conclusive: il servizio sociale professionale e la funzione di <i>case management</i> nella prospettiva evolutiva del sistema sociosanitario lombardo.....	9
Appendice normativa	11
Bibliografia e sitografia.....	12

1. Premessa

L'OMS nel 1998 introduce una significativa revisione della definizione del concetto di salute indicando che *“la salute è uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia.”*

Viene posta in luce l'influenza degli aspetti sociali (condizioni di vita personale e di relazione, risorse familiari e di sostegno, ecc.) sull'equilibrio psico-fisico ed il benessere della persona e, pertanto, introdotta la considerazione che gli stati di malattia, comorbidità, cronicità, anzianità, ecc., possono essere condizionati nel loro grado di complessità dai c.d. determinanti sociali¹ della salute.

E' ampiamente riconosciuto dalla comunità scientifica che, quando si presentano bisogni assistenziali complessi, dove le dimensioni sanitarie e sociali tendono a compenetrarsi/influenzarsi reciprocamente, questi debbano essere affrontati nella loro globalità mediante approcci multidisciplinari e percorsi di cura integrati.

In questi ultimi anni, a seguito della crescente differenziazione dei bisogni e della domanda di salute, si sono sviluppate sul territorio regionale diverse tipologie di servizi, progetti ed interventi sperimentali, pervenendo ad un insieme complessivo di offerta caratterizzato da un'ampia pluralità, ma anche da frammentarietà.

A fronte di questo quadro, nei documenti programmatori di politica sociosanitaria nazionale e regionale sono sempre più frequenti i richiami alla gestione di forme organizzative integrate fra enti e professionisti, allo sviluppo di nuove configurazioni di servizi di prossimità ed alla co-costruzione di reti con la comunità finalizzate alla presa in carico complessiva della persona.

In quest'ottica si colloca l'**accresciuto interesse alle funzioni del case management** nei programmi sociosanitari ed in particolare nei percorsi di continuità assistenziale.

Scopo del presente documento è quello di porre in evidenza le correlazioni tra i principi della metodologia del servizio sociale professionale con i contenuti della funzione di **case management** e i possibili ambiti di applicazione, da parte del professionista assistente sociale, nei percorsi di presa in carico all'interno dei servizi sociosanitari e sanitari.

2. Origini e principi del case management

Il *case management* (letteralmente gestione del caso) è una metodologia applicata nei percorsi di cura originata negli USA ed affermata in Gran Bretagna negli anni '80 con i movimenti di deistituzionalizzazione e le politiche di *community care* e decentramento dei servizi². L'avvio del processo di dimissione dai manicomi e reinserimento nella comunità dei pazienti psichiatrici richiedeva, infatti, interventi coordinati di accompagnamento all'esterno. Inoltre, con lo sviluppo delle politiche di *welfare mix*, in evoluzione al *welfare state*, si modificavano le finalità dell'ente pubblico: da erogatore diretto a regolatore delle prestazioni assistenziali assicurate ai cittadini mediante fornitori esterni in un contesto di “quasi mercato”.

Le esperienze pilota britanniche di *case management*, collegate alle innovazioni liberiste dei servizi sociali nell'assistenza agli anziani, consistono nell'assegnare ad un operatore responsabile del caso, il c.d. *case manager*, un numero limitato di situazioni ed un budget di cui disporre per costruire insieme all'utente un piano di intervento personalizzato, coerente ed efficace, mediante l'acquisto di un pacchetto di prestazioni fornite da *providers*.

¹Determinanti sociali della salute ovvero tutti quei fattori la cui presenza modifica in senso positivo o negativo lo stato di salute di una data popolazione. Per approfondimenti consultare l'articolo *“I determinanti sociali della salute: che cosa sono e come influenzano la nostra salute?”* di Alessandro Rinaldi* e Maurizio Marceca *Medico di Sanità pubblica; Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma in *“Riflessioni sistemiche”* n. 16 giugno 2017.

²Bortoli B. *“Case management”* in *“Nuovo dizionario di servizio sociale”* a cura di A. Campanini, Carocci editore, 2013.

Tra gli approfondimenti della letteratura di settore non emerge una definizione univoca di *case management*³, ma è possibile evidenziare gli **elementi caratteristici** della metodologia:

- affronta le situazioni con una lettura olistica dei bisogni della persona e del suo ambiente di vita;
- permette di gestire a domicilio la complessità dei bisogni, anche di lunga assistenza;
- gestisce e coordina un progetto assistenziale con una pluralità di aiuti di fonti diverse;
- pone attenzione all’appropriatezza ed efficacia degli interventi mediante il monitoraggio costante del progetto, l’eventuale revisione e la valutazione degli esiti;
- in tutte le fasi del processo di valutazione, pianificazione e implementazione degli interventi:
 - promuove la partecipazione del soggetto e del *care giver*;
 - facilita il mantenimento e/o l’attivazione delle risorse naturali del contesto;
 - individua le risorse formali necessarie e disponibili;
 - garantisce la continuità assistenziale tra i servizi formali e gli aiuti informali.

Anche **in Italia** con il mutato quadro delle politiche di *welfare* orientate, in questi ultimi anni, verso un diverso rapporto tra pubblico e privato, l’esternalizzazione dei servizi, la crescita delle tipologie e unità di offerta con conseguente frammentazione dei soggetti gestori, l’attenzione alla sostenibilità del sistema, si sviluppa l’interesse per il *case management*.

Gli studi nel settore dei servizi nel nostro Paese evidenziano, a partire dalla fine degli anni ‘90 e l’inizio del 2000, la rilevanza e vantaggiosità⁴ del *case management* ponendo l’accento principalmente alla figura del “responsabile del caso” competente nel tessere connessioni tra risorse informali e formali.

Questa visione sottolinea l’**approccio “comunitario”** del *case management* che *“nella funzione di coordinamento e collegamento si propone come accompagnamento nel complesso sistema delle risorse istituzionali e comunitarie, riallacciando il ciclo della solidarietà, tessendo una fitta rete di sostegno e lavorando per l’autonomia della persona, della famiglia e della comunità stessa.”*⁵

Diverse sono le figure professionali che possono ricoprire la funzione di *case manager*: educatore, infermiere, psicologo, assistente sociale. Secondo la Fondazione ISTUD⁶ importante è che il *case manager* non sia una figura gerarchica aggiuntiva del servizio, ma il componente dello stesso più adeguato, per il suo profilo, alla funzione in relazione ai bisogni presentati dalla persona e alla implementazione del progetto.

3. Le funzioni del case management nella normativa regionale

La funzione di *case management* negli ultimi anni ha acquisito una crescente rilevanza nell’ambito delle politiche sociosanitarie a livello sia nazionale, sia regionale.

Con particolare riferimento alla Regione Lombardia i richiami a tale funzione si riscontrano in maniera significativa a partire dal 2010 negli atti di programmazione e attuazione delle politiche in favore della popolazione fragile che interessano differenti ambiti quali quelli della **disabilità, cronicità, cure palliative, famiglia e salute mentale**.⁷

³- Una definizione approvata dal Case Management Society America (CNSA) qualifica il *case management* come “processo cooperativo che accerta il bisogno, pianifica, facilita, mette in atto, coordina, controlla e valuta le opzioni e i servizi in risposta alla domanda di un individuo, attraverso la comunicazione e le risorse disponibili, al fine di raggiungere outcomes (esiti) di qualità ed efficienti sotto il profilo economico”.

- Un’altra definizione sintetica definisce il *case management* “un processo integrato finalizzato ad individuare i bisogni delle persone e a soddisfarli nella maniera più adeguata, nell’ambito delle risorse disponibili, riconoscendo che tali bisogni sono unici per ogni individuo” Jose Fernandez, Bledwyn Davies “Il Case management: ottenere equità ed efficienza nell’allocazione delle risorse” in Prospettive Sociali e Sanitarie n. 9, 15 maggio 2001.

⁴Gori C. “Quali prospettive per il case management in Italia?” in Prospettive Sociali e Sanitarie n. 9, 15 maggio 2001.

⁵Guay Jerome, 2000, “Il case management comunitario”, ed. Liguori.

⁶Articolo di Linkiesta (tratto da Morning Future) - 1 nov. 2019 “Chi è il case manager: così si trasforma la professione dell’assistente sociale”.
<https://www.linkiesta.it/2019/11/case-manager-cosa-fa/>

⁷I riferimenti normativi sono consultabili in Appendice normativa.

La diversa declinazione della funzione di *case management*, presente nei suddetti atti, pur rilevando differenti articolazioni e dettagli, contiene i seguenti fattori comuni:

- informazione, orientamento e accompagnamento della famiglia e della persona anche attraverso di interventi di *counseling* ed *empowerment*;
- facilitazione della persona e della famiglia nella gestione e nell'utilizzo delle risorse finanziarie allocate ed accompagnamento nella fruizione dei servizi;
- presa in carico della persona e della sua famiglia sulla base di una valutazione multidimensionale e conseguente attività di *tutoring*;
- elaborazione di un piano personale che comprenda e correli gli obiettivi di integrazione sociale con quelli socio sanitari e sanitari in tutte le aree di vita della persona (quali ad esempio abitativa, scolastica, lavorativa, di socializzazione), che tenga conto dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi proposti;
- attività di raccordo e coordinamento delle diverse strutture della rete che erogano servizi pubblici o privati coinvolti nel piano individuale;
- attività di monitoraggio delle singole azioni previste dal piano personale e di valutazione di esito nel medio periodo;
- mediazione e relazione con il sistema locale, le reti ambientali e familiari con la funzione di "attivatori di comunità".

4. Case management e metodologia del servizio sociale

L'analisi sopra esposta mette in luce che per la funzione di case management sono richieste:

- **conoscenza** della rete dei servizi del territorio e delle risorse formali e informali disponibili, nonché delle modalità di accesso;
- **capacità** nella facilitazione e accompagnamento nell'accesso alle risorse territoriali, competenze nelle tecniche di sviluppo di *empowerment* familiare e comunitario;
- **competenze** nella valutazione dei bisogni complessivi di salute del soggetto e della sua famiglia, misurandoli e monitorandoli nel tempo.

L'assistente sociale per **formazione e mandato**, nei percorsi assistenziali, segue le fasi metodologiche del "processo di aiuto"⁸ e, quale professionista del "lavoro di rete", promuove interventi di coordinamento tra servizi e aiuti naturali del contesto per favorire l'integrazione delle risorse, evitare sovrapposizioni e disfunzioni, agendo così tra persona, ambiente, organizzazione e dimensione comunitaria⁹.

Diversi autori nel collegare la funzione del *case management* alle metodologie del servizio sociale riconoscono che tale funzione va oltre i tradizionali impegni terapeutici o di erogazione "diretta" di specifiche prestazioni valorizzando le responsabilità e le competenze manageriali al livello dell'utenza per una gestione integrata e individualizzata dei bisogni¹⁰. In generale, il *manager* sociale possiede: "*competenze manageriali della gestione e padronanza di metodologie e tecniche capaci di sviluppare, coordinare, potenziare, connettere e gestire differenti risorse per la realizzazione di obiettivi condivisi e integrati*"¹¹.

Con riferimento sia alla complessità delle problematiche presentate, sia alla temporalità delle azioni da sviluppare, l'assistente sociale può assumere le funzioni di *case management* con **interventi di breve periodo**, che consistono principalmente in attività di consulenza con singoli o famiglie per problematiche circoscritte, oppure di **lungo**

⁸Le fasi metodologiche del "processo di aiuto di servizio sociale" prevedono: valutazione preliminare del problema ed enucleazione degli obiettivi dell'intervento; elaborazione del progetto e contratto; attuazione del progetto; verifica e valutazione dei risultati; conclusione del processo di aiuto o riformulazione del progetto. Cfr A. Bartolomei, A. L. Passera, "L'assistente sociale. Manuale di servizio sociale professionale" CieRre, Roma, 2005.

⁹Bonifazi L., Giacconi B., "L'Abilitazione per l'Assistente Sociale e l'Assistente sociale specialista", p. 84 e Rovai B., Ziliani A. "Assistenti sociali professionisti. Metodologia del lavoro sociale", ed. Carocci, 2007.

¹⁰Bortoli B. in Folgheraiter F. (2003), "La liberalizzazione dei servizi sociali. Le professioni di aiuto fra concorrenza e solidarietà" Trento, Erickson, p.159.

¹¹Buracchio D. "Scenari e competenze per il manager sociale", Franco Angeli Editore, Milano 2009, p. 60.

periodo che implicano la costruzione di un percorso di presa in carico continuativa, articolato, secondo la letteratura¹², in più fasi:

- a) *assessment* ovvero valutazione dei bisogni assistenziali;
- b) *predisposizione del progetto* mediante l'individuazione delle prestazioni appropriate di cui necessita la situazione a fronte di un budget definito e in accordo con le persone interessate e gli attori istituzionali coinvolti;
- c) *monitoraggio in itinere e valutazione finale* per verificare il raggiungimento degli obiettivi prefissati anche secondo il punto di vista degli interessati.

Alla luce di tali premesse è possibile tradurre in azioni pratiche le attività del *case management* nell'operatività dell'assistente sociale come di seguito:

- *comprendere* i bisogni dell'utente, *condividere* con lui un percorso/progetto di intervento e *accompagnarlo* in tutto il processo;
- *intermediare* tra l'utente, il suo contesto di vita, i servizi, le istituzioni e la rete;
- *integrare* le risorse e gli interventi necessari, evitando che questi siano frammentati tra loro, quindi creando coesione;
- *coordinare* gli attori coinvolti nel progetto e l'impiego delle risorse;
- *essere referente* del progetto e garantirne la qualità;
- *monitorare* regolarmente il progetto, gli obiettivi, le richieste della persona e le informazioni raccolte;
- *valutare* il raggiungimento o meno degli obiettivi condivisi inizialmente¹³.

5. Livello esperienziale

Le esperienze sul campo evidenziano che nella pratica dei servizi sociosanitari, sanitari territoriali ed ospedalieri si è soliti considerare *case manager* **l'operatore di riferimento** nel percorso di cura e assistenza della persona in carico.

Per le caratteristiche di trasversalità la funzione di *case management* può coincidere con profili professionali di diversa formazione e competenza (sanitaria, sociosanitaria, socioeducativa); all'interno dei servizi sanitari/sociosanitari la funzione segue in genere criteri di: conoscenza del caso, corrispondenza dei bisogni e degli obiettivi dell'utente con gli interventi da attivare, profilo professionale appropriato al progetto.

Di seguito vengono descritte le situazioni nelle quali l'assistente sociale dei servizi della Rete Territoriale e della Rete Ospedaliera del sistema sociosanitario lombardo, opera come **referente del caso** svolgendo quindi funzione di *case management*, seppur non sempre esplicitata o formalmente riconosciuta.

5.1. Rete Territoriale

Nella Rete Territoriale sono presenti, a livello distrettuale o nei PreSST ove attivati, varie **tipologie di servizi** (Consultori, SerD, CPS, UONPIA, STVM - Servizi di Valutazione multidimensionale) che, in equipe multidisciplinari, intervengono per diversi *target* di utenza con finalità di prevenzione, trattamento e cura.

I cittadini che accedono a questi servizi presentano come elemento caratteristico bisogni sociosanitari complessi che richiedono, generalmente, la costruzione di percorsi/progetti di lungo periodo condivisi con i diretti interessati ed il coinvolgimento di più attori interni ed esterni l'equipe.

Ed è proprio rispetto ad una casistica con **bisogni sociosanitari complessi** intrecciati/aggravati da fragilità sociali e/o pluriproblematiche (difficoltà relazionali-familiari, ambientali, socio-economiche, lavorative, di non

¹²Bortoli B. in Folgheraiter F. (2003), *“La liberalizzazione dei servizi sociali. Le professioni di aiuto fra concorrenza e solidarietà”*, Trento, Erickson e Folgheraiter F. (2000), *“L'utente che non c'è. Lavoro di rete e empowerment nei servizi alla persona”*, Trento, Erickson.

¹³Moro C., Pinciara B., Sanicola L., *“L'équipe, il lavoro integrato e il case manager nel Piano di Trattamento Individuale”* in La psichiatria di comunità in Lombardia, a cura di Cerati G., Percudani M., Petrovich L., Vita A., McGraw-Hill Education, Milano 2013, pp. 71-73.

autosufficienza, ecc.) che l'assistente sociale agisce una specifica competenza che tiene conto dei bisogni nel loro insieme, delle risorse potenziali di chi li esprime, degli aiuti istituzionali disponibili ed appropriati alla situazione e delle loro connessioni.

Una condizione di malattia, dipendenza o altra marginalità può essere, infatti, più o meno favorevolmente gestita in relazione alla possibilità di poter contare sulle risorse del contesto di vita della persona e sui progetti/percorsi di presa in carico integrata attivati dai servizi.

Nei servizi territoriali l'assistente sociale svolge **interventi di primo livello** gestibili nel breve periodo con attività di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento, quando necessario, ai servizi competenti, e nei casi più complessi concorre, con la valutazione sociale, alla **valutazione multidimensionale** preliminare alla definizione, da parte dell'equipe, di un progetto di intervento integrato.

In particolare è possibile riconoscere funzioni di *case management* quando negli **interventi di presa in carico continuativa** emerge la necessità di attivare un **progetto co-partecipato** da più soggetti e forme di aiuto (da ricercare nel contesto naturale della persona, nei servizi sociali gestiti dall'Ente locale, nelle strutture erogatrici sociosanitarie, nelle organizzazioni del privato sociale, ecc.) che, nella sua implementazione, richiede **coordinamento e monitoraggio** costante.

Inoltre anche la possibilità di attivare misure come buoni e voucher previsti dalle politiche regionali richiede, a volte, di essere accompagnata da specifici progetti con presa in carico da parte dell'assistente sociale.

Nell'ambito di progettualità definite all'interno delle equipe è possibile esemplificare, come di seguito, alcuni interventi, suddivisi in aree, riconducibili alla funzione di *case management* dell'assistente sociale.

Area Famiglia afferente al Consultorio familiare

- Gestanti o puerpere con disagio e fragilità sociali, neogenitori adolescenti: valutazione, presa in carico anche in collegamento con ospedale e servizi territoriali;
- Donne maggiorenni con disagio sociale o minorenni che richiedono interventi di IVG: valutazione, presa in carico con adesione a progetti di sostegno e attivazione della rete territoriale; per le minorenni eventuale segnalazione al Giudice Tutelare presso Tribunale Ordinario (T.O.);
- Donne a rischio o vittime di violenza: valutazione, sostegno e attivazione di percorsi di protezione in collegamento con la Rete Interistituzionale Antiviolenza;
- Genitori conflittuali separati o divorziati: interventi di mediazioni familiari per favorire la collaborazione e sostenere la genitorialità parallela (progetto con voucher regionale);
- Coppie richiedenti l'adozione o coppie con minori in affidato preadottivo: valutazione e presa in carico di coppie candidate all'adozione nazionale e/o internazionale; presa in carico e sostegno alla genitorialità per copie con minori in affidato preadottivo; rapporti con Autorità Giudiziaria (A.G.) presso Tribunale Minori (T.M.);
- Giovani/adolescenti con disagio sociale e loro famiglie: progetti individualizzati con interventi di sostegno, inclusione sociale, contrasto alla dispersione scolastica, ecc. (progetto con voucher regionale).

Area Salute Mentale, Disabilità e Dipendenze afferente ai Servizi: CPS, UONPIA, SerD

- Persone in carico in favore delle quali sia stato formulato un programma terapeutico residenziale o semiresidenziale: inserimento in comunità terapeutica e/o riabilitativa, monitoraggio del percorso, attivazione e coordinamento delle risorse necessarie per il rientro nel contesto di appartenenza;
- Persone in situazione di disagio psichico, marginalità, dipendenza: progetti di inclusione sociale anche attraverso percorsi risocializzanti, formativi, lavorativi in collaborazione con cooperative sociali, associazioni, enti pubblici e privati e/o in coprogettazione con Comuni/Ambiti territoriali;
- Persone con difficoltà e/o limitazione della capacità personale: interventi per il riconoscimento di forme di tutela giuridica (tutele, curatele, amministrazione di sostegno), interventi per il conseguimento dei benefici assistenziali e previdenziali;

- Persone sottoposte a misure alternative alla detenzione: predisposizione programmi terapeutici di misure alternative alla pena detentiva e relativo monitoraggio in collaborazione con le istituzioni giudiziarie (Giustizia Minorile, Magistrato di Sorveglianza e Ufficio per l'Esecuzione Penale Esternale-UEPE);
- Persone immigrate con disturbi psichici e/o di dipendenza: interventi di sostegno attraverso l'adesione a specifici progetti dedicati, raccordo con le istituzioni preposte e la rete dei servizi territoriali;
- Persone (pazienti psichiatrici o con doppia diagnosi autori di reato) rientranti nei percorsi REMS (Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza): presa in carico e definizione del progetto all'interno dell'equipe forense sovradistrettuale, monitoraggio e aggiornamento alla magistratura per l'attribuzione di pericolosità sociale;
- Minori e adulti con disabilità per i quali è necessario programmare percorsi riabilitativi ed abilitativi: interventi di facilitazione ed accompagnamento nella rete dei servizi, anche per la definizione dei progetti individualizzati o di vita in cooprogettazione con Comuni/Ambiti territoriali;
- Minori e adolescenti con disagio, disturbi psichici: attivazione di progetti educativi e risocializzanti anche in cooprogettazione con Comuni e/o Ambiti territoriali; inserimento in percorsi terapeutici residenziali o semiresidenziali e loro monitoraggio; rapporti con A.G. presso T.M..

Aree Disabilità, Non autosufficienza, Anziani afferenti, a seconda delle realtà territoriali e delle articolazioni organizzative esistenti, **a Servizi di Valutazione Multidimensionale, Servizi Fragilità, Centrali ADI-Voucher**

- Persone non autosufficienti e/o che necessitano di continuità assistenziale in fase di dimissione ospedaliera: costruzione del percorso/progetto assistenziale con la struttura segnalante e la famiglia che può comportare inserimento in struttura residenziale o interventi di sostegno domiciliare con l'attivazione dei servizi territoriali, della rete solidale, ecc.;
- Persone con gravissime disabilità: valutazione, attivazione e monitoraggio del progetto individualizzato mediante la fruizione delle Misure regionali (Misura B1 sostenuta dal Fondo per le Non Autosufficienze-FNA e dal Fondo Sanitario Regionale-FSR; Minori gravissimi e Residenzialità assistita, sostenute dal FSR).
In quest'area di intervento la funzione di *case manager* risulta particolarmente appropriata e, nelle prassi dei servizi prevalentemente associata al profilo di assistente sociale con progettualità finalizzate a: sostenere la domiciliarità, promuovere la continuità delle cure, accompagnare la persona fragile nell'evolversi dei bisogni attraverso l'individuazione di percorsi in rete con i diversi attori coinvolti.

5.2. Rete Ospedaliera

In ambito ospedaliero, la funzione di *case manager* affidato alla figura dell'assistente sociale, trova la sua più naturale espressione all'interno della presa in carico di pazienti fragili che presentano, oltre allo stato di malattia, problematiche che ostacolano il percorso clinico o la normale dimissione ospedaliera e fanno emergere, spesso durante il ricovero, la necessità di un cambiamento del proprio stile di vita.

Molto spesso è proprio in concomitanza dell'insorgenza di una malattia e del ricovero ospedaliero, che può determinare importanti cambiamenti nell'equilibrio di una persona, che si evidenzia uno stato di fragilità del soggetto e del suo sistema familiare di farsi carico di iniziative e di adeguato accompagnamento nel percorso di malattia e di adattamento alla nuova situazione.

Si individua ormai con particolare chiarezza, l'esclusiva competenza professionale, propria dell'assistente sociale, di **prendere in carico la complessità**, sia per quanto riguarda la tipologia di casistica, che in maniera crescente necessita di presa in carico sociale all'interno del percorso ospedaliero, sia per quanto riguarda la rete dei servizi e degli interventi da predisporre.

E' dato di fatto che l'accesso in ospedale è determinato da un bisogno sanitario (per patologia acuta, inquadramento diagnostico di patologia cronica, riacutizzazione di cronicità, intervento programmato, ecc.), ma spesso è il fattore sociale che agisce da elemento scatenante e/o recidivante nella definizione del percorso di presa in carico.

Il servizio sociale ospedaliero interviene solitamente a seguito di segnalazione del personale sanitario che individua la presenza o il rischio di problematiche sociali nei pazienti che accedono alla struttura ospedaliera. Non

bisogna dimenticare, però, che la richiesta di presa in carico sociale a favore dei pazienti fragili perviene anche dal territorio (Servizi Specialistici, Servizi Sociali Comunali, rete territoriale allargata, famigliari o paziente stesso) nelle sue varie sfaccettature, formali e informali.

La funzione di *case manager* nella dimensione ospedaliera viene svolta attraverso interventi che possono risolversi in breve tempo o interventi più complessi, che richiedono un delicato, e spesso articolato, **lavoro di rete** interno-esterno.

L'assistente sociale in ospedale risponde ad una duplice esigenza: da una parte promuovere forme di aiuto per il superamento della situazione di difficoltà (*counselling*) e dall'altra coordinare le opportune risorse (istituzionali e non) nella progettualità con la persona. Il ruolo di *case manager* in ospedale si definisce maggiormente nella fase di valutazione e definizione del percorso assistenziale che culmina nella effettiva concretezza della presa in carico da parte di tutti i soggetti della rete coinvolti in tale progettualità.

Si elencano, a titolo esemplificativo, alcuni interventi caratteristici del lavoro sociale ospedaliero, suddivisi nelle principali aree, dove la competenza specifica dell'assistente sociale assume anche funzione di *case management*:

Area Materno Infantile

- Neonato non riconosciuto: attivazione della procedura per lo stato di abbandono presso A.G.;
- Puerpere infrasedicenni: attivazione della procedura con A.G. presso T.M. e T.O.;
- Puerpere in situazione di disagio sociale o con problematiche psichiatriche o di dipendenza: valutazione e presa in carico, attivazione della rete a sostegno del puerperio, invio ai servizi specialistici territoriali;
- Minori in stato di pregiudizio: valutazione e presa in carico, rapporti con la Procura ed Enti Locali;
- Minori stranieri non accompagnati (MSNA): attivazione della procedura con la Procura, rapporti con le Forze dell'Ordine e i servizi territoriali;
- Minori con patologie cronic-degenerative: supporto per la comprensione della malattia e ricadute nella vita quotidiana, attivazione percorsi di continuità assistenziale e di tutele previdenziali, raccordo con servizi territoriali e scolastici;
- Minori degenti presso il Reparto di Neuropsichiatria Infantile: rapporti con la rete delle Comunità Terapeutiche per la definizione del *setting* post dimissione, rapporti con A.G. e NPI;
- Donne vittime di violenza: raccordo e attivazione della Rete dei Servizi Anti Violenza, monitoraggio del percorso ospedaliero.

Area Dipendenza e Salute Mentale

- Persone con disturbi psichiatrici che presenta patologia organica invalidante o in età geriatrica: raccordo con i Servizi specialistici per la definizione del percorso di dimissione protetta che possa prevedere il rientro al proprio domicilio o l'accompagnamento verso ambito residenziale adeguato;
- Persone con problematiche di dipendenza: facilitazione all'avvio di presa in carico presso Servizi specialistici territoriali.

Area Non Autosufficienza e patologie croniche

- Adulti/anziani/disabili non autosufficienti e/o con patologie croniche: raccordo con i servizi territoriali e specialistici, definizione e realizzazione del progetto post-dimissione;
- Persone affette da particolari patologie o condizioni di cronicità (es. stato vegetativo, HIV, ecc.): definizione piano individualizzato a carico del SSN, inserimento in struttura dedicata o altro percorso appropriato.

Area Grave Emarginazione

- Persone senza fissa dimora: valutazione e presa in carico, coinvolgimento della rete della grave marginalità e servizi territoriali;
- Adulti soli senza rete supportiva e indigenti: valutazione e raccordo con i servizi territoriali.

Area Immigrazione

- Stranieri non regolarmente soggiornanti: rapporti con la Questura, Consolato/Ambasciata, coinvolgimento enti terzo settore, richiesta STP (Straniero Temporaneamente Presente), aggancio alla rete per la grave emarginazione per i bisogni primari.

Area cure palliative

- Persone in carico all'UO Cure Palliative (sia in modalità domiciliare, sia degente presso l'Hospice): presa in carico della persona, della famiglia e della rete natura di appartenenza. Attivazione della rete territoriale, eventuale predisposizione di tutela giuridica.

6. Osservazioni conclusive: il servizio sociale professionale e la funzione di *case management* nella prospettiva evolutiva del sistema sociosanitario lombardo

Il quadro delineato nel presente documento, articolato in elementi di teoria e metodologia professionale, in analisi del contesto normativo regionale e con riferimenti al concreto livello esperienziale degli assistenti sociali che operano nei servizi sociosanitari e sanitari del sistema regionale lombardo, richiama quanto già nel 2009 il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali (CNOAS) aveva individuato, tra i punti qualificanti di un moderno sistema di servizi sanitari e socio-sanitari:

*“il lavoro integrato, che sposta il paradigma dal disagio all'agio, e che supporta anche un intervento di tipo preventivo nella direzione del benessere, in un'ottica di sviluppo delle comunità locali, allo scopo di contribuire alla piena realizzazione quali-quantitativa dei processi sanitari e sociali, assumendo il ruolo di **case-management** e rappresentando il punto di riferimento e coordinamento per l'integrazione socio-sanitaria”¹⁴.*

Punti qualificanti oggi richiamati con particolare intensità alla luce di quanto posto in evidenza dalla pandemia che ha interessato e sta interessando il nostro territorio.

I temi della continuità della presa in carico, del lavoro di rete, della complessità dei bisogni di salute dei cittadini nell'accezione dell'OMS citata in premessa e dunque della flessibilità, integrazione, modularizzazione che le risposte a tali bisogni devono necessariamente avere sono infatti presenti nel dispositivo dell'art 4 - bis della Legge n. 77 del 17 luglio 2020 *“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 19 maggio 2020 n.34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”*.

Tale dispositivo introduce la sperimentazione di strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della **piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli Enti del Terzo Settore senza scopo di lucro**. La richiesta è che i progetti prevedano modalità di intervento che riducano le scelte di istituzionalizzazione, favoriscano la domiciliarità e consentano la valutazione dei risultati ottenuti.

A tal fine viene prevista la possibilità di far ricorso a strumenti innovativi quale il *budget di salute* individuale e di comunità, un modello organizzativo gestionale che permette di ricomporre il progetto a favore della persona considerando tutte le risorse economiche utilizzate (sociali, previdenziali, socio sanitarie, sanitarie, individuali, ecc.) oltre che le risorse di personale attivate dai diversi soggetti coinvolti nella progettazione (Enti Locali, volontariato, famiglie, ecc.), razionalizzando le stesse, evitando frammentazioni e sprechi: per la sua implementazione tale modello organizzativo gestionale si fonda pertanto su un coordinamento strutturato tra i diversi attori coinvolti nel progetto per il quale assume rilievo la funzione di *case management*.

La prospettiva delineata è quella in cui la capacità di compiere valutazioni multidimensionali, la capacità di coordinamento di tutti gli apporti che contribuiscono ad un determinato percorso di cura, la capacità di costruire le connessioni di sistema tra istituzioni e reti sociali, la lettura dei bisogni e delle risorse del territorio, la valutazione

¹⁴Notiziario n. 2/2009 - “Assistente Sociale. La professione in Italia” inserto Politiche Sociali - Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali.

di processi sociali e dei cambiamenti, la capacità di coinvolgere, attivare e potenziare le reti naturali sono componenti essenziali e centrali per rispondere con efficacia alla domanda di salute avendo come orizzonte il modello bio-psico-sociale.

Gli approfondimenti teorici, normativi ed operativi descritti nel presente documento evidenziano come il profilo dell'assistente sociale risponde ai principi fondanti del *case management* in quanto negli interventi di presa in carico continuativa segue i medesimi obiettivi:

- mantenimento della persona il più a lungo possibile nel suo ambiente di vita;
- applicazione di una metodologia che segue le fasi logiche dell'intervento: valutazione dei bisogni, definizione del progetto, implementazione, monitoraggio e valutazione finale;
- promozione di un ruolo partecipe dell'utente e del suo care giver nella definizione del progetto;
- coordinamento dei soggetti pubblici e privati coinvolti negli interventi;
- promozione, attivazione e consolidamento delle reti di comunità.

In particolare l'assistente sociale dei servizi sanitari/sociosanitari affronta bisogni complessi di salute/malattia e gestisce processi assistenziali che coinvolgono più soggetti **agendo** contemporaneamente:

- **sul piano della relazione** con la persona e del suo contesto di vita per promuovere, nel possibile, le potenzialità, l'autonomia e le risorse personali/familiari/del contesto;
- **sul piano manageriale** per identificare le risorse adeguate, disponibili e sostenibili, condividere, attivare e mantenere i collegamenti tra i diversi interventi.

Non è infatti sufficiente conoscere un elenco di servizi istituzionali e/o di risorse locali, ma occorre avere capacità di valutarne l'accessibilità, i tempi di attivazione, la coerenza, la sostenibilità e le connessioni necessarie per la specifica situazione.

Il Servizio Sociale Professionale in Sanità può costituire una **risorsa** per dare concretezza alla suddetta prospettiva, contribuendo, all'interno dei servizi sociosanitari e sanitari, al percorso evolutivo del sistema sociosanitario lombardo in tutte le sue articolazioni territoriali ed ospedaliere.

Appendice normativa

- Normativa nazionale

Legge 27 dicembre 2006, n. 296 *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato”* - (legge finanziaria 2007) art. 1, co. 1264 istituzione Fondo nazionale per la non autosufficienza

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 novembre 2019 *“Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per la non autosufficienza nel triennio 2019-2021”*

Legge 17 luglio 2020 *“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”* - Titolo I, Salute e sicurezza art. 1 comma 4 bis

- Normativa regionale

Legge Regionale del 23 febbraio 2021, n. 2 *“Disposizioni per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie”*

DGR n. XI/983 del 15 dicembre 2010 *“Determinazione in ordine al Piano d'Azione Regionale per le politiche in favore delle persone con disabilità e alla relativa Relazione tecnica”*

DGR n. X/392 del 12 luglio 2013 *“Attivazione di interventi a sostegno delle famiglie con la presenza di persone con disabilità, con particolare riguardo ai disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico”*

DGR n. X/856 del 25 ottobre 2013 *“Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR 116/2013: primo provvedimento attuativo”*

DGR n. X/5918 del 28 novembre 2016 *“Disposizioni in merito alla evoluzione del modello organizzativo della rete delle cure palliative in Lombardia: integrazione dei modelli organizzativi sanitario e sociosanitario”*

DGR n. X/6551 del 14 maggio 2017 *“Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge regionale n. 33/2009”*

DGR n. X/6674 del 7 giugno 2017 *“Programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare -dopo di noi- l. n. 112/2016”*

DGR n. X/7602 del 20 dicembre 2017 *“Implementazione di percorsi territoriali attraverso la realizzazione di un modello d'intervento flessibile e integrato con le risorse del territorio, in risposta alle difficoltà e alle problematiche di disagio sociale di giovani e adolescenti e delle loro famiglie”*

DGR n. X/7769 del 17 gennaio 2018 *“Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della D.G.R. 116/2013: terzo provvedimento attuativo – consolidamento del percorso di attivazione e monitoraggio delle misure innovative previste dalla D.G.R. 2942/2014 in funzione della qualificazione dei servizi offerti e della continuità assistenziale”*

DGR n. XI/2720 del 23 dicembre 2019 *“Piano regionale per la non autosufficienza triennio 2019-2021 e Programma operativo regionale annualità 2019 - esercizio 2020”*

DGR n. XI/2798 del 31 gennaio 2020 *“Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al fondo per le non autosufficienze triennio 2019-2021 - annualità 2019 (DGR XI/2720/2019): Prime indicazioni per garantire continuità alla misura B1”*

DGR n. XI/3404 del 20 luglio 2020 *“Programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave - dopo di noi l. n. 112/2016 risorse annualità 2018/2019”*

DGR n. XI/3972 del 2 dicembre 2020 *“Programmi di formazione/informazione sul progetto di vita legato al dopo di noi in attuazione della DGR XI/3404/2020. Determinazioni”*

DGR n. XI/4138 del 21 dicembre 2020 *“Programma Operativo Regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo per le Non Autosufficienze Triennio 2019 -021 - Annualità 2020 Esercizio 2021”*

Bibliografia e sitografia

- Bartolomei A., Passera A. L. *“L’assistente sociale. Manuale di servizio sociale professionale”* CieRre, Roma, 2005
- Bonifazi L., Giacconi B. *“L’Abilitazione per l’Assistente Sociale e l’Assistente sociale specialista”*, Maggioli editore 2013 p. 84
- Bortoli B. in Folgheraiter F. *“La liberalizzazione dei servizi sociali. Le professioni di aiuto fra concorrenza e solidarietà”* ed. Erickson, Trento 2003 p.159
- Bortoli B. *“Case management”* in *“Nuovo dizionario di servizio sociale”* a cura di A. Campanini, Carocci editore, 2013
- Buracchio D. *“Scenari e competenze per il manager sociale”*, Franco Angeli Editore, Milano 2009, p. 60
- Fernandez J., Davies B. *“Il Case management: ottenere equità ed efficienza nell’allocazione delle risorse”* in Prospettive Sociali e Sanitarie n. 9, 15 maggio 2001
- Folgheraiter F. *“L’utente che non c’è. Lavoro di rete e empowerment nei servizi alla persona”*, ed. Erickson Trento 2000
- Gori C. *“Quali prospettive per il case management in Italia?”* in Prospettive Sociali e Sanitarie n. 9, 15 maggio 2001
- Guay J. *“Il case management comunitario”*, ed. Liguori, Napoli 2000
- Moro C., Pinciara B., Sanicola L., *“L’équipe, il lavoro integrato e il case manager nel Piano di Trattamento Individuale”* in La psichiatria di comunità in Lombardia, a cura di Cerati G., Percudani M., Petrovich L., Vita A., McGraw-Hill Education, Milano 2013, pp. 71-73
- Notiziario n. 2/2009 *“Assistente Sociale. La professione in Italia”* inserto Politiche Sociali – Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali
- Rinaldi A. e Marceca M. *“I determinanti sociali della salute: che cosa sono e come influenzano la nostra salute?”* - Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma in *“Riflessioni sistemiche”* n. 16 giugno 2017
- Rovai B., Ziliani A. *“Assistenti sociali professionisti. Metodologia del lavoro sociale”*, ed. Carocci, 2007
- Articolo di Linkiesta (tratto da Morning Future) *“Chi è il case manager: così si trasforma la professione dell’assistente sociale”* - 1 novembre 2019 <https://www.linkiesta.it/2019/11/case-manager-cosa-fa/>