

6. I percorsi nei servizi ⁽¹⁾

Katja Avanzini e Ugo De Ambrogio

6.1. Premessa

Nel presente capitolo l'attenzione si concentra sull'analisi dei percorsi nei servizi compiuti dai cittadini lombardi alla luce del percorso di riforma che ha interessato negli ultimi dieci anni il welfare nella nostra Regione. L'obiettivo è analizzare il sistema che si è venuto a creare, evidenziandone positività e criticità sul versante della risposta ai bisogni dei cittadini. Il capitolo si compone è costruito come segue. Il prossimo paragrafo (par. 6.2) disegna il percorso nei servizi focalizzando l'attenzione sulle specifiche fasi assistenziali, il successivo tratteggia un confronto con le altre Regioni (par. 6.3), il quarto propone una valutazione complessiva del percorso di cura lombardo (par. 6.4) e l'ultimo, infine, presenta considerazioni conclusive (par. 6.5).

Il capitolo, focalizzando l'attenzione sul singolo cittadino, presenta una serie di analisi trasversali e scenari generalizzabili, andando al di là delle problematiche di specifiche tipologie di utenza. Il lavoro è frutto di un percorso di ricerca che ha comparato la normativa lombarda nelle sue diverse aree, socio-sanitaria e socio assistenziale, e relative ai diversi target: minori, disabili, anziani e ha raccolto informazioni sul campo attraverso specifiche interviste e analisi documentali; infine si è confrontata l'esperienza lombarda con le esperienze condotte da altre Regioni anche grazie alla conoscenza sviluppata da IRS ⁽²⁾ nel condurre l'esperienza di Welforum ⁽³⁾.

Il punto di partenza delle riflessioni contenute nel capitolo è uno schema che

⁽¹⁾ Del presente capitolo Katja Avanzini ha curato la stesura dei paragrafi 6.1, 6.2, 6.3 e Katja Avanzini e Ugo De Ambrogio hanno collaborato nella stesura dei paragrafi 6.4 e 6.5.

⁽²⁾ È doveroso ringraziare i colleghi IRS che hanno contribuito con spunti e discussioni alla stesura del capitolo: Diletta Cicoletti, Valentina Ghetti ed Emanuele Ranci Ortigosa. Per Katja Avanzini è importante ringraziare anche tutti i colleghi del territorio cremonese.

⁽³⁾ *Welforum – Rete delle politiche sociali delle Regioni e delle Province autonome* è una iniziativa di *Prospettive Sociali e Sanitarie* volta a supportare l'azione delle Regioni e delle Province autonome italiane in materia di politiche e servizi sociali e socio-sanitari. Si tratta di un forum rivolto a dirigenti e funzionari di tutte le Regioni e le Province autonome che gestiscono ruoli di alta responsabilità su questi temi. www.welforum.it

mette a confronto cosa serve ad un cittadino che presenta una domanda con le funzioni e competenze organizzative richieste ai servizi (tab. 6.1).

Tabella 6.1 - I bisogni del cittadino e le competenze richieste ai servizi

I bisogni dell'utente nelle fasi del percorso di cura	Le funzioni del servizio
<ul style="list-style-type: none"> ■ Un luogo in cui esprimere il proprio bisogno 	Accesso e ascolto
<ul style="list-style-type: none"> ■ Un operatore qualificato in grado di valutare il bisogno espresso e anche le eventuali esigenze implicite 	Valutazione
<ul style="list-style-type: none"> ■ Un operatore qualificato che possa connettersi con altri per indagare la complessità delle esigenze identificate 	Valutazione multidisciplinare
<ul style="list-style-type: none"> ■ Un operatore qualificato che definisca com'è possibile intervenire per rispondere ai bisogni individuali 	Presenza in carico e progettazione individualizzata
<ul style="list-style-type: none"> ■ Una rete di servizi che possano realizzare il progetto individualizzato 	Attivazione e erogazione del sistema dei servizi
<ul style="list-style-type: none"> ■ Un referente che lo accompagni nell'uso di questi servizi e predisponga un piano di intervento definito nel tempo ■ Un referente che monitori il percorso e ne definisca l'eventuale chiusura 	Accompagnamento, monitoraggio e valutazione

6.2. Il percorso di cura

6.2.1. L'accesso e la valutazione

La funzione di accesso alla rete dei servizi sociali e socio-sanitari ha subito nell'ultimo decennio una forte trasformazione in Lombardia. Superato il meccanismo delle deleghe alle Asl si è introdotto un modello di "spartizione di competenze" fra il sociale e il socio-sanitario, che ha portato all'attuale sistema normato con la l.r. 3/2008. Le forti differenziazioni territoriali che ritroviamo nei contesti lombardi rendono complessa un'analisi approfondita dei risultati di questi cambiamenti: pare però importante tratteggiarne una descrizione funzionale a mettere in evidenza le principali considerazioni sul tema.

Una prima sottolineatura riguarda il segretariato sociale. Come evidenziano De Ambrogio e Casartelli⁽⁴⁾, la crescente complessità dei contesti, una domanda sociale sempre più articolata e specifica, e il fatto che quest'ultima non sia sempre chiara e consapevole sono tutti elementi che concorrono a definire un contesto organizzativo e professionale nuovo, dove il segretariato sociale deve ridefinire la propria

(4) Cfr. *Il segretariato sociale tra il dire e il fare*, di De Ambrogio e Casartelli in PSS n. 9/2009.

identità e il proprio ruolo, elaborando strategie professionali e consolidando il quadro di una rete ampia di collaborazioni interprofessionali e organizzative.

La Regione definisce nel 2008, con la l.r. 3, che i Comuni, in forma singola o associata, d'intesa con le Asl, anche in collaborazione con gli altri soggetti del privato, devono organizzare una attività di segretariato sociale finalizzata alla presa in carico della persona, con lo scopo di:

a) garantire e facilitare l'unitarietà di accesso alla rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie;

b) orientare il cittadino all'interno della rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie e fornire adeguate informazioni sulle modalità di accesso e sui relativi costi;

c) assicurare competenza nell'ascolto e nella valutazione dei bisogni, in particolare modo per le situazioni complesse e che necessitano di un pronto intervento sociale e di una continuità assistenziale;

d) segnalare le situazioni complesse ai competenti uffici del Comune e dell'Asl ed alle unità di offerta, affinché sia assicurata la presa in carico della persona secondo criteri di integrazione e di continuità assistenziale.

Viene, quindi, proposto un investimento verso le funzioni di accesso integrato. Queste indicazioni paiono però al momento ancora lacunose per i territori poiché non fanno chiarezza rispetto alle possibili differenze fra le funzioni del segretariato sociale ex l.r. 3/2008 e quelle attive ormai in tutti i Comuni attraverso i servizi sociali di base presidiati dagli assistenti sociali. Andrà chiarito se il segretariato sociale previsto dalla l.r. 3/2008 ha da aggiungere ulteriori elementi rispetto al segretariato sociale professionale. In particolare bisognerà verificare se ha da essere un luogo fisico in cui agire l'integrazione socio-sanitaria e/o se può rappresentare un luogo "virtuale" cioè una modalità omogenea, da trasferire a tutti i luoghi di front-office, in cui agire procedure e fornire informazioni esaurienti in diversi luoghi di accesso sia del sociale che del socio-sanitario.

Nel sociale i Comuni si sono fatti carico, negli anni, di una forte qualificazione dei propri servizi arrivando a definirne in termini organizzativi competenze e modalità di svolgimento. Questo cambiamento si è sviluppato a partire dal 2000 andando a organizzare i segretariati sociali all'interno delle funzioni socio-assistenziali di titolarità comunale con personale professionalmente competente: gli assistenti sociali. Il tema di un'organizzazione maggiormente puntuale e qualificata dei servizi sociali territoriali è stato, inoltre, il punto nodale dei primi Piani di Zona, negli anni 2002-2003. Le risorse trasferite agli ambiti hanno consentito di strutturare meglio i servizi con una dotazione minima di ore di assistente sociale anche nelle piccole e piccolissime realtà comunali caratteristiche della Regione Lombardia. Con il passare degli anni questi servizi sono risultati i protagonisti principali del processo di riforma: sia nel lavoro direttamente svolto per l'utenza anche a fronte della complessità data dai nuovi bisogni, sia nell'agire i cambiamenti posti dalla qualificazione svolta

nel campo della programmazione e progettazione sociale che ha sempre meglio ridefinito le competenze in capo ai diversi soggetti istituzionali.

I servizi d'ingresso fanno del radicamento e della visibilità sul territorio le chiavi della loro stessa efficacia: è quindi comprensibile l'alto numero di quelli attivati singolarmente dai Comuni. Nell'organizzare questi servizi i Comuni di più piccole dimensioni sono stati maggiormente spinti alle soluzioni associative, anche tramite il Piano di Zona, che hanno consentito di avere in loco servizi prima più "distanti".

Un primo indicatore di risultato di questo processo di riforma è, quindi, la presenza di punti di accesso alla rete dei servizi. Da una recente indagine promossa dalla D.G. Famiglia e Solidarietà sociale nel 2009 si evidenzia che, complessivamente, sul territorio regionale si contano 2878 punti informativi di questi il 37,3% è gestito dai Comuni e il 62,7 dalle Asl (dati forniti dalla DG famiglia e solidarietà sociale - anno 2009).

Sul versante socio-assistenziale il segretariato sociale, presente all'interno di quasi tutti gli enti locali (Comuni e in alcuni casi Comunità Montane) è il punto di comunicazione più diffuso (1.074 unità).

Nell'ambito socio-sanitario, i numeri dei punti informativi risultano notevolmente più elevati che non nel sociale e qui si ricomprendono diversi servizi e "sportelli" aperti alla cittadinanza: consultori familiari integrati, servizi dipendenze, sportelli URP, ecc. Tali sportelli rispondono, quindi, a funzioni di ascolto e orientamento più specialistiche, rispetto a quanto avviene nel sociale, per consentire l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari. Non dobbiamo però dimenticare che la funzione di accesso al sistema socio-sanitario in Lombardia è garantita dal ruolo svolto dal medico di medicina generale (Mmg) che risulta il primo attivatore della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari, ma che non viene conteggiato in questa indagine.

Un ulteriore elemento utile a evidenziare la funzionalità nel sistema d'accesso ai servizi sociali territoriali è dato dall'analisi della media dei "giorni di apertura settimanale" e della media delle "ore di apertura settimanale". Il cittadino lombardo può usufruire nel sociale di servizi aperti in media più di tre giorni alla settimana per quasi quattro ore al giorno. Complessivamente questi dati ci evidenziano lo sforzo compiuto dai diversi Comuni lombardi nel qualificare l'accesso al sistema dei servizi.

L'impegno del legislatore lombardo si è limitato però a definire l'assetto organizzativo delle funzioni connesse all'accesso dei servizi⁽⁵⁾, non ha infatti fornito ai territori indicazioni organizzative utili a uniformare i servizi di accesso funziona-

⁽⁵⁾ Con la l.r. 3/2008 il tema dell'accesso alla rete dei servizi e più in generale il tema dell'utenza dei servizi viene sottolineato in più articoli compresi nel capo III della legge. Vengono quindi normati diversi aspetti che attengono all'organizzazione dell'accesso (già citato art. 6), ai diritti delle persone e delle famiglie (art. 7), si definiscono i criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni (art. 8) e si dà rilevanza alle informazioni a disposizione dei diversi soggetti nell'art. 9 sullo strumento Carta dei servizi e sull'Ufficio di Pubblica Tutela da istituire in ciascun territorio Asl.

li a meglio governare la domanda. Non sono, infatti, state fornite indicazioni precise rispetto alle modalità con le quali adempiere al mandato istituzionale lasciando all'autonomia dei territori di definire come organizzare i segretariati sociali, come regolamentare le quote di compartecipazione dell'utenza, ecc. Questo, di fatto, ha ingenerato una forte differenziazione territoriale nelle modalità di risposta ai cittadini.

In Lombardia, le Asl hanno sempre più dismesso le funzioni legate alla gestione diretta di determinati compiti assumendo in misura crescente il ruolo di programmazione, acquisto e controllo. Questo ha comportato nella maggior parte dei territori la conclusione delle esperienze delle équipes di valutazione multidimensionale, come ad esempio le Uvg, gestite da operatori dell'Azienda e funzionali ad una lettura del fabbisogno degli utenti al momento dell'accesso al sistema dei servizi. Recentemente, però, la Regione Lombardia ha ripreso il tema delle équipes di valutazione integrata sia nelle linee guida per la stesura dei Piani di Zona per il triennio 2009-2011, sia con le indicazioni per le progettualità connesse all'utilizzo del Fondo Non Autosufficienza, sia con l'istituzione dei CeAD-Centro per l'assistenza domiciliare⁽⁶⁾.

La Regione ha inteso, negli ultimi due anni, intervenire su un tema che aveva complessivamente lasciato in sospeso durante l'avvio e il consolidamento del processo di riforma. Questa attenzione recente al tema dell'accesso alla rete dei servizi e della valutazione sconta però alcune criticità, indicate di seguito.

1. La definizione del segretariato sociale come servizio essenziale in capo ai Comuni non definendone l'organizzazione in modo chiaro comporta forti disomogeneità territoriali nella definizione dei tempi di apertura e nella sua diffusione territoriale. Inoltre permangono difficoltà nel coniugare a livello organizzativo l'attenzione alle funzioni di accesso e a quelle connesse alla valutazione del fabbisogno della persona. Nella pratica quotidiana dei servizi si manifestano spesso problemi connessi al definire i luoghi e le modalità della valutazione del fabbisogno delle situazioni complesse che necessiterebbero di un'integrazione di competenze.

2. Il tema si collega al dibattito più complesso sull'integrazione socio-sanitaria, posta come obiettivo dalla normativa ma non declinata con indicazioni chiare a livello organizzativo e gestionale. Ciò comporta, ancora una volta, difficoltà di attuazione a livello territoriale, dove si scontano resistenze e non comprensioni rispetto alla finalità ultima da perseguire.

3. Infine, il modello tratteggiato negli atti lombardi concentra prioritariamente lo sguardo sulla non autosufficienza e questa attenzione, per altro doverosa in quanto rimanda a situazioni di forte fragilità personale e familiare, non aiuta nel definire buone prassi e modelli di integrazione ad ampio spettro, che guardino alle diverse categorie di bisogno.

⁽⁶⁾ Cfr. Dgr 10759 del 11.12.2009 "Determinazione in ordine alla realizzazione del "Centro per l'Assistenza Domiciliare" – di seguito denominato CeAD – nelle Aziende Sanitarie Locali e l'allegato A) della medesima Dgr, recante indicazioni operative per la costituzione del CeAD.

6.2.2. *La presa in carico e la progettazione individualizzata*

La presa in carico si pone in stretta relazione con l'accesso ed è svolta da un operatore qualificato, che nel sociale è di solito l'assistente sociale e nel socio-sanitario è il medico di medicina generale. Tale operatore garantisce lo svolgimento della funzione di valutazione propedeutica alla fase di progettazione individualizzata.

Nel caso in cui la persona sia portatrice di un bisogno "semplice", cioè riferibile ad uno specifico ambito di intervento (sociale, socio-sanitario o sanitario), i servizi oggi hanno approntato precise procedure tese ad una risposta codificata, pertanto la valutazione finale dell'utente e della sua famiglia sarà basata soprattutto sul soddisfacimento del servizio e delle prestazioni ricevute. Se il bisogno di una famiglia è quello di poter avere un periodo di pausa nella gestione di un anziano, sarà soddisfatta solo nel momento in cui potrà accedere ad esempio a dei ricoveri di sollievo. In questo caso l'indicatore da analizzare risulta, dunque, la presenza di una rete solida di servizi in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni delle persone.

Diversa, e più complessa, risulta la situazione di una persona che presenta una pluralità di bisogni che necessita quindi di più prestazioni diverse e fra di loro integrate, che coniughino quindi l'intervento sociale con prestazioni socio-sanitarie e/o sanitarie. In questo caso come prosegue e si sostanzia il percorso assistenziale in Lombardia?

Le indicazioni normative indicano alcuni ambiti d'intervento come prioritari per costruire percorsi integrati, quali la tutela minori, salute mentale, disabilità, dimissioni protette, continuità assistenziale sulla domiciliarità. La criticità, però, permane sul fatto che si ricercano soluzioni integrate per singoli ambiti di intervento senza quindi costruire una visione e una prassi omogenea di intervento integrato⁽⁷⁾. La, più volte richiamata, necessità di integrazione sui percorsi di cura delle persone risulta molto spesso difficoltosa da attuare in quanto nel sistema lombardo da un lato manca, a livello di sistema, una chiarezza di ruoli e competenze e una chiarezza delle risorse in campo⁽⁸⁾, dall'altro si registra una difficile integrazione fra professionalità. Certamente in questa direzione un forte ostacolo è rappresentato dalla difficile collaborazione che i professionisti del comparto sociale riescono a instaurare con i medici di medicina generale, i quali rappresentano di fatto la porta d'accesso alle prestazioni socio-sanitarie e sanitarie⁽⁹⁾.

In alcuni territori lombardi siamo, pertanto, ancora di fronte a situazioni di netta separazione fra il sociale e il sanitario, non facilitate dai continui cambiamenti or-

(7) Questa tendenza è confermata anche dalle recenti normative che sottolineano l'importanza dell'integrazione per specifiche categorie d'utenza (persone non autosufficienti, persone affette da Sla, malati terminali, ecc.).

(8) Cfr. il capitolo 5 di Avanzini e Ghetti.

(9) Cfr. *Tra impegno e professione. Gli assistenti sociali come soggetti del welfare*, a cura di Carla Facchini, ed. Il Mulino, 2010.

ganizzativi che hanno interessato, in questi anni, i due comparti. Emblematica in tal senso risulta, ad esempio, la dismissione delle unità di valutazione geriatriche e delle altre unità di valutazione integrate che ha interessato la quasi totalità⁽¹⁰⁾ dei territori lombardi negli anni 2002-2003, cambiamento agito non senza ripercussioni sul sistema dei servizi e sugli operatori, e in controtendenza la recente⁽¹¹⁾ rinnovata attenzione alla valutazione integrata richiesta sia per la tutela minori, sia per le altre aree di intervento che prevedono l'integrazione socio-sanitaria. Le linee guida prevedono che si debbano *“praticare momenti valutativi interdisciplinari funzionali all'individuazione di percorsi che favoriscano l'utilizzo integrato delle risorse e la presa in carico della persona considerata nella sua unitarietà e che realizzino metodologie, prassi operative, organizzative e procedurali condivise ed omogenee”*.

Il tentativo di traduzione di queste indicazioni nei territori è, quindi, recente ed ha fortemente interessato i Comuni nel corso della definizione della terza programmazione zonale, attraverso l'elaborazione di specifici protocolli d'integrazione socio-sanitaria in cui vengono declinate le priorità di intervento e le modalità organizzative e gestionali necessarie per attuare gli obiettivi di integrazione⁽¹²⁾. In alcuni contesti però, per esempio nei territori della Provincia di Monza e Brianza, già da alcuni anni si sono consolidati lavori di integrazione socio-sanitaria che hanno posto al centro la continuità assistenziale.

Il filo conduttore della riflessione è dato dalle funzioni di case management: chi se le assume?

Nell'attuale sistema lombardo è, in ultima analisi, la famiglia, il soggetto sul quale ricade questa funzione. La frammentazione fra i diversi sistemi e servizi pone necessariamente la famiglia quale protagonista dell'accompagnamento e attivazione dei percorsi di cura. Come ben si evidenzierà nei capitoli successivi, il ruolo della famiglia nel sistema regionale di welfare presenta, però, diverse criticità in quanto spesso è lasciata sola davanti alle difficoltà di valutare in modo realistico la complessità della situazione, di individuare le risposte più adeguate ai bisogni di assistenza e cura e di muoversi autonomamente nel difficile sistema dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali. Le criticità maggiori si riscontrano nella definizione dei progetti individualizzati che solo raramente rappresentano la sintesi della rete degli interventi e delle prestazioni da erogarsi all'utente secondo il suo fabbisogno, molto più spesso si è in presenza per lo stesso caso di tanti Pai quanti sono i soggetti che si occupano del singolo utente. È compito della famiglia fare sintesi di questa complessità.

⁽¹⁰⁾ Alcuni territori hanno però mantenuto in essere le Uvg caratterizzandosi come esperienze “fuori dal coro” in Regione Lombardia come l'Asl di Lecco.

⁽¹¹⁾ Ci si riferisce ai contenuti delle linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona del triennio 2009-2011 – Dgr 3 dicembre 2008 n. VIII/8551 Determinazione in ordine alle linee guida per la programmazione dei Piani di Zona – III triennio (2009-2011).

⁽¹²⁾ Si cita ad esempio il protocollo sull'integrazione socio-sanitaria 2009-2011 siglato tra Asl e ambiti zionali in Provincia di Cremona.

In sintesi, si evidenzia, quindi, un dichiarato regionale che pone al centro dell'intervento di welfare la famiglia, ma che difficilmente si traduce in un agito volto a sostenere il carico assistenziale delle famiglie che si ritrovano a richiedere e connettere risorse e servizi della rete. Molto spesso oltre alla solitudine della famiglia ci si trova di fronte alla sua incapacità di esercitare il ruolo di "case manager di se stessa", con conseguenze evidentemente negative.

6.2.3. *L'erogazione del servizio e il monitoraggio e la valutazione delle prestazioni*

Nel quadro degli investimenti complessivi sul sistema dell'offerta oggi l'utente ha a disposizione un'offerta diversificata, sia nel sociale che nel socio-sanitario. Può, pertanto, accedere a servizi normati e regolati che garantiscono una certa omogeneità a livello regionale. Nonostante non si siano ancora definiti i livelli essenziali delle prestazioni, il sistema di welfare lombardo offre una rete diversificata di servizi che accompagnano la risposta ai bisogni del cittadino⁽¹³⁾.

Ma chi sono i gestori dei servizi?

La spesa sociale comunale è sempre più esternalizzata⁽¹⁴⁾. Inoltre nel corso in particolare dell'ultimo quinquennio, la spinta lombarda verso la voucherizzazione ha posto anche i Comuni nella necessità di adottare l'accreditamento come strumento per l'acquisto di servizi⁽¹⁵⁾.

Nel socio-sanitario le Asl hanno – come detto – da tempo dismesso la produzione dei servizi agendo sempre più funzioni connesse alla programmazione, all'acquisto e al controllo. Le prestazioni socio-sanitarie vengono, quindi, acquistate dal privato accreditato, sia profit che no profit.

Complessivamente, in entrambi i settori, con l'accreditamento istituzionale si è introdotto uno strumento di regolazione dell'accesso delle organizzazioni al mercato sociale. Le norme, infatti, stabiliscono che se un soggetto privato vuole gestire un servizio sociale per conto del Pubblico, oltre che stipulare un contratto, deve innanzitutto essere accreditato e cioè possedere una serie di requisiti strutturali e organizzativi. In Lombardia, come analizzato nei capitoli dedicati alla governance e alla programmazione (cfr. cap. 4 e 5), questo sistema già consolidato nel socio-sanitario

⁽¹³⁾ Sul sito www.lombardiasociale.it è possibile scaricare una tabella di sintesi dei principali servizi sociali e socio-sanitari a cui si può accedere, tratte dalle Dgr 7437 e 7438 13 giugno 2008 e da altri riferimenti normativi.

⁽¹⁴⁾ Il rapporto Auser 2009 (monitoraggio 232 gare d'appalto effettuate dai capoluoghi di Provincia nel periodo ottobre 2008/aprile 2009) ci dice che la spesa sociale dei capoluoghi affidata a cooperative e associazioni costituisce in Italia il 47,4% del totale e che tale percentuale è sempre più in crescita. Tre quarti (78%) di questa spesa (nel centro Italia) viene gestita dalle cooperative, il 17% dalle associazioni e il 5% da altre imprese. Le cause dell'incremento della spesa esternalizzata sono note (norme sulla rilevanza economica dei servizi, blocco assunzioni, minori costi, ecc.) e non sono oggetto del presente capitolo.

⁽¹⁵⁾ Cfr. Capitolo 7 "I titoli sociali", di Rosemarie Tidoli e Rosaria Marotta.

si sta sviluppando anche nel sociale⁽¹⁶⁾ incontrando alcuni limiti attinenti al processo assistenziale che proviamo a declinare.

Il sistema pubblico oggi governa il sistema presidiando le funzioni di accesso, valutazione e definizione della progettazione individualizzata, mentre sempre più spesso l'erogazione del servizio e delle prestazioni sono in capo ad altri soggetti, convenzionati o accreditati. A disposizione del pubblico, titolare delle funzioni di cura, una volta predisposto il piano d'intervento rimangono, quindi, solo le funzioni relative al monitoraggio e alla valutazione dei casi.

Le difficoltà organizzative e le debolezze delle competenze metodologiche specifiche riguardanti le competenze valutative e di monitoraggio rendono, però, complesso agire verso un miglioramento delle condizioni di bisogno della persona assistita. Molto spesso, i servizi non sono in grado di progettare e riprogettare i propri interventi sulla base di attente valutazioni, si scontrano spesso con le difficoltà di seguire l'evoluzione di vita di un utente e con la difficoltà di operare in territori in cui mancano alcune risorse utili a rispondere al reale bisogno della persona. Ci si trova, quindi, a progettare in contesti "ostili" per la promozione del benessere: lista d'attesa per l'accesso a strutture, difficoltà a rivedere i piani di intervento per mancanza di risorse, ecc.

6.2.4. *Qualche esemplificazione*

Di seguito proviamo a esemplificare alcuni nodi che oggi si manifestano lungo i percorsi di cura prendendo in considerazione tre esempi potenziali.

Esempio 1 – minore disabile

La netta separazione, ancora generalmente presente, tra strutture ospedaliere e sanitarie e l'insieme di servizi territoriali può essere definita come prima barriera ambientale che ostacola la presa in carico integrata delle situazioni di disabilità. In Lombardia il servizio di riferimento pubblico per la presa in carico dei bambini con disabilità è l'Uonpia, un servizio specialistico dell'azienda ospedaliera che svolge attività ambulatoriale e territoriale, nell'ambito della tutela della salute e del "benessere" nell'infanzia e nell'adolescenza (da 0 a 18 anni). Le prestazioni in regime ambulatoriale (diagnosi, riabilitazione e cura) si rivolgono sia a bambini con disabilità che a bambini che manifestino disagio e difficoltà di diversa natura psichica, affettiva, relazionale, cognitiva. Oltre alle Uonpia le attività di carattere riabilitativo possono essere svolte da strutture private accreditate a cui si può accedere dietro richiesta del medico curante. La rete dei servizi regionali, anche a seguito della riforma complessiva dei servizi riabilitativi, concentra le sue attenzioni sugli aspetti riabilitativi e quindi di "miglioramento" dell'autonomia del bambino, dagli 0 ai 18 anni mettendo in condizione gli enti gestori di poter offrire una vasta gamma di proposte e iniziative.

(16) Cfr. "L'accreditamento nel sociale: quale strategia" di Avanzini e Ghetti, in PSS n. 5/2010.

Difficile risulta però l'integrazione fra le competenze sanitarie in capo all'Azienda Ospedaliera e le competenze sociali formalmente in carico ai Comuni, in forma singola o associata, nonostante questa sia fortemente promossa dall'articolo 14 delle l. 328/2000 e dall'art. 3 della l.r. 3/2008. Oggi nelle realtà territoriali la gran parte dei servizi sociali comunali interviene a sostegno delle situazioni sociali più difficili con prestazioni di carattere economico, assistenziale e educativo. Solo con l'evolversi della complessità del caso i Comuni vengono a conoscenza delle diverse situazioni, questo avviene per lo più nel momento in cui si devono attivare determinati interventi come il sostegno *ad personam* per l'integrazione scolastica. Nonostante l'enfasi che in questi ultimi anni si sta attribuendo ai così detti patti di comunità si assiste tuttora ad una subalternità delle prestazioni sociali che vengono attivate molto spesso seguendo "le prescrizioni" della neuropsichiatria. In particolare la situazione del minore disabile molto spesso è posta all'attenzione del Comune per la necessità di servizi di supporto (trasporto, Sap, ecc.) o addirittura viene conosciuta solo al compimento del 18 anno d'età quando questi viene dimesso dalla Npi e bisogna "ricominciare" a declinare per il giovane adulto un progetto di vita fatto di servizi e percorsi costruiti *ex novo*.

La presa in carico e la progettazione individualizzata è nel nostro esempio in capo all'Uonpia che ha in carico da un punto di vista sanitario la situazione fino al compimento della maggiore età. Però molto spesso sono coinvolti anche il Comune e il Consultorio Familiare in interventi funzionali a supportare percorsi di socializzazione del minore o di supporto consulenziale alla famiglia. L'input ad attivare questi percorsi viene spesso dal comparto sanitario o in alternativa direttamente dalla famiglia che attiva le altre risorse disponibili, in taluni casi il volontariato. Quello che preme sottolineare è però l'elemento progettuale e programmatico che spesso sfugge nella gestione del singolo caso. La responsabilità di quanto progettato è in capo, per il sociale, al singolo Comune che non sempre possiede e fornisce indicazioni su come operare per una reale integrazione del minore (scolastica, educativa), il forte rischio in questo quadro è pertanto di agire solo in chiave prestazionale e non progettuale/programmatoria, senza riuscire a mantenere al centro della progettazione individualizzata l'utente e la sua famiglia.

Esempio 2 – soggetto adulto con patologie psichiatriche

In analogia con quanto avviene per i disabili minori anche l'ambito della psichiatria è governato da servizi della Azienda Ospedaliera che si occupano dei percorsi diagnostici e riabilitativi. Le problematiche di integrazione fra sanitario e sociale si ravvisano anche in questo campo anche se su aspetti diversi dal precedente e maggiormente attinenti alla rete dei servizi attivabili. Se è chiara la suddivisione di competenze nel gestire le problematiche di soggetti psichiatrici al domicilio o in percorsi di inserimento lavorativo protetto, (dove si registrano anche buone prassi di collaborazione fra Istituzioni), risulta invece maggiormente complesso l'accesso a servizi di carattere socio-sanitario. Un esempio tipico è dato da soggetti adulti con un'età di passaggio verso l'anzianità. Nel caso di un soggetto adulto di 60 anni con

problematiche psichiatriche seguito dai Centri Psico Sociali territoriali che ha terminato il percorso di riabilitazione terapeutico ma che si è compromesso da un punto di vista di salute, la richiesta che arriva spesso ai servizi territoriali è di attivare percorsi di inserimento in strutture Rsa. Si necessita quindi di una valutazione congiunta per definire le possibili alternative stante l'impossibilità di fatto di inserire in Rsa persone non anziane. In questo caso il rischio prevalente è dato dal "dimenticarsi" una presa in carico costante nel tempo.

Esempio 3 – anziano con gravi compromissioni di salute

Nel caso dell'anziano dimesso dall'ospedale se prevale la componente sanitaria del bisogno è il Mmg che attiva i percorsi di riabilitazione o di assistenza domiciliare integrata (attraverso ad esempio voucher socio-sanitari o credit). Se il bisogno è più complesso nella progettualità rientra anche la componente sociale che attiverà le risorse necessarie funzionali al mantenimento della persona al domicilio. Come si evidenziava in precedenza risulta difficile una progettazione individualizzata e integrata duratura nel tempo. Le prestazioni erogate al domicilio sono spesso caratterizzate da una frammentazione fra i diversi gestori e da un tempo "determinato" nell'erogazione delle prestazioni. La fatica maggiore si registra nella fase di valutazione del bisogno della persona e della sua famiglia, raramente multidisciplinare e multidimensionale, che comporta difficoltà nello stendere progettualità che tendano con efficacia al mantenimento al domicilio dell'anziano, lasciando così il peso della gestione della cura in capo alla famiglia. Come si evidenzia anche nei capitoli dedicati alle politiche sugli anziani, la difficile integrazione fra le diverse risorse della rete lascia alla famiglia una ponderosa parte della cura e dell'attivazione dei servizi, a testimonianza di ciò si noti che gli ingressi in strutture residenziali avvengono per lo più quando il carico assistenziale posto in capo alla rete familiare non regge più e non per aggravamento della situazione di salute. Il rischio prevalente è quindi quello di una valutazione e un controllo rarefatti nel tempo.

6.3. Il confronto con le altre Regioni

Confrontando l'esperienza lombarda con quella di altre Regioni vediamo complessivamente come si struttura il percorso nei servizi nei diversi contesti.

L'accesso

Le recenti analisi della normativa effettuata da Cicoletti⁽¹⁷⁾ e da Pesaresi⁽¹⁸⁾ evidenziano come un numero crescente di Regioni stia affrontando il tema degli

⁽¹⁷⁾ Cfr. D. Cicoletti, *Il percorso assistenziale*, in Gori C., *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Carocci 2008.

⁽¹⁸⁾ Cfr. F. Pesaresi, *La porta sociale: le tendenze in Italia*, in "Prospettive sociali e sanitarie" n. 18/2008.

sportelli unici. Il settore dei servizi sociali è caratterizzato da forti squilibri territoriali (fra le Regioni ma anche dentro le Regioni) e da scarsa equità nella fruizione dei servizi, per cui l'organizzazione del welfare dell'accesso è strategica.

Questa esigenza ha prodotto risposte diverse da parte delle Regioni. Un primo gruppo ha previsto e realizzato le "porte sociali" quale strumento per l'accesso alle prestazioni sociali mentre il gruppo più ampio ha previsto i "Punti unici di accesso" quale porta di entrata per le prestazioni sociali e socio-sanitarie (cfr. tab. 6.1)⁽¹⁹⁾.

La Porta sociale è stata sperimentata in modo significativo nel centro Italia. La funzione informativa delle Porte sociali insieme a quella di orientamento, consulenza e promozione sociale costituiscono lo strumento organizzativo messo in campo dagli enti locali per garantire e facilitare l'accesso ai servizi. Si tratta di esperienze che rappresentano un importante passo avanti nell'organizzazione dei servizi, perché in grado di facilitare e supportare i cittadini nei loro percorsi partecipativi o assistenziali. Nel resto d'Italia si è scelto un modello diverso, che punta ad accogliere sia le domande di tipo sociale che di tipo socio-sanitario e che spesso ha assunto la denominazione di "Punto unico di accesso". Si tratta di un'evoluzione della "Porta sociale", seppur più complessa; non a caso, diversamente da questa, le esperienze dei "Punti unici di accesso" sono ancora quantitativamente modeste.

I diversi modelli vanno interpretati come un percorso evolutivo che, attraverso l'autonoma costruzione di porte sociali e di sportelli sanitari, cerca di approdare al punto unico di accesso ai servizi sociali e socio-sanitari (e sanitari) proposto dalla normativa nazionale. Data l'esperienza recente e differenziata tra le Regioni non è possibile esprimere un giudizio, cioè affermare se sia meglio partire immediatamente con il modello più avanzato ma anche più complesso oppure realizzare innanzitutto una porta sociale che funzioni, poi una porta (socio)sanitaria del distretto sanitario che sia operativa e, infine, mettere tali punti in sinergia. I vari modelli, comunque, perseguono obiettivi comuni a quelli del segretariato sociale in Lombardia, mentre si differenziano nella tipologia delle prestazioni (sociali e/o socio-sanitarie e/o sanitarie) e nella complessità delle collaborazioni istituzionali richieste (comuni e/o Asl, ecc.).

⁽¹⁹⁾ La differenza fra "punti di accesso" e "porte" non è chiaramente evidenziata a livello normativo. In alcuni casi le denominazioni vengono utilizzate come sinonimi in altre la differenziazione la si evince da altre caratteristiche: quando si parla di porte o punti unici si rimanda ad un unico servizio di accesso alla rete dei servizi organizzato a livello di norma distrettuale, quando si parla di porta unitaria il concetto di fondo è legato all'integrazione socio-sanitaria. In diverse realtà si assiste inoltre ad una differenziazione fra "porte sociali" e "porte socio-sanitarie".

Tabella 6.2 - I modelli organizzativi dell'accesso alle prestazioni

Modelli	Regioni	Prestazioni	Note
1. Porta sociale senza presa in carico	Emilia Romagna, Liguria, Marche	Sociali	Modalità organizzativa della accoglienza che non si sovrappone all'organizzazione dei Servizi sociali
2. Porta sociale con presa in carico	Umbria	Sociali	Riproduce modello dei servizi sociali (segretariato sociale + servizio sociale professionale)
3. Sportello sanitario	Emilia Romagna, Marche	Sanitarie	Per le prestazioni sanitarie distrettuali
4. Punto unico di accesso	Abruzzo, Campania, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Toscana	Sociali, socio-sanitarie, sanitarie	In genere per prestazioni sociali e socio-sanitarie. Più raramente anche le altre prestazioni distrettuali
5. Segretariato sociale	Lombardia	Sociali	Modalità organizzativa della accoglienza che si sovrappone all'organizzazione dei Servizi sociali

La valutazione

Anche il tema della valutazione integrata è sviluppato in altre realtà regionali in modo differente dal contesto lombardo. L'Unità di valutazione è stata istituita nel 1992 dal "Progetto-Obiettivo per la Tutela della salute degli anziani", quale "luogo per la valutazione multidimensionale e globale del singolo caso e di definizione del relativo programma preventivo, curativo e riabilitativo diretto a garantire la continuità assistenziale dell'anziano non autosufficiente" (Guaita, 2009). Le unità di valutazione risultano, quindi, luoghi di integrazione a due livelli: a livello organizzativo-gestionale in quanto presuppongono l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, e a livello professionale – operativo in quanto risultano come luoghi di confronto e collaborazione tra diverse figure professionali. In questo senso le unità di valutazione valutano le situazioni problematiche attraverso scambi sinergici tra servizi diversi e operatori, mettendo in rete le risorse e proponendo percorsi territoriali.

Le varie Regioni hanno utilizzato modelli di riferimento diversi, che si riflettono anche sulla loro denominazione. In particolare la "unità di valutazione" viene correlata con diversi aggettivi definendone così la propria peculiarità, come mostra la tabella 6.2, che illustra i differenti modelli regionali.

Tabella 6.3 - I modelli organizzativi della valutazione del fabbisogno

Modelli	Regioni	Prestazioni	Note
Unità valutative integrate o multi professionali	Toscana, Friuli Venezia Giulia, provincia di Trento, Emilia Romagna, Campania, Basilicata	Differenti dai diversi contesti l'elemento comune è l'integrazione fra istituzioni e servizi o fra professionalità	Si occupano della valutazione di persone fragili con bisogni complessi
Unità valutative distrettuali o territoriali	Sardegna, Puglia, Abruzzo, Lazio, Sicilia, Toscana	Differenti dai diversi contesti l'elemento comune è l'organizzazione territoriale omogenea	Il geriatra è spesso presente in qualità di medico
Unità di valutazione geriatrica	Calabria, Liguria, Molise, Piemonte, Umbria, Valle d'Aosta	Prettamente di tipo valutativo, non si prevede la stesura dei Pai e l'individuazione del case manager	Il geriatra sempre presente insieme all'assistente sociale e all'infermiere
Nessuna unità di valutazione strutturata e definita	Lombardia	---	Accenni normativi recenti sull'importanza di praticare momenti valutativi interdisciplinari

Vi è poi il caso unico della Lombardia in cui, come si diceva nel paragrafo 2.3, l'esperienza delle Uvg è stata dismessa nella maggior parte dei territori per sviluppare fortemente il modello organizzativo delle Asl denominato Pac (programmazione, acquisto e controllo). Queste peculiarità hanno reso il sistema lombardo abbastanza unico non solo nel panorama italiano, anche per l'applicazione "integrale" di queste scelte organizzative, senza cioè eccezioni o deroghe locali (Guaita, 2009). L'esperienza dei CeAD verosimilmente porrà alcuni quesiti rispetto alle possibili funzioni che il centro potrà svolgere in prospettiva, introducendo nuovi elementi di riflessione che ad oggi pare prematuro affrontare visto la recente istituzione di questi centri.

Progettazione individualizzata

Tutte le Regioni, infine, sottolineano l'importanza dell'utilizzo del Pai, come strumento che aiuta a raccogliere tutto ciò che si riferisce al percorso di assistenza di una singola persona. Nello stendere il Pai si mettono a disposizione della famiglia tutte le risorse di cui il sistema di servizi dispone, siano esse pubbliche, private, formali, informali. Questo presuppone comunque una forte centralità di gestione dei servizi e delle prestazioni erogate da parte del sistema pubblico, ma anche la costruzione di un sistema equo, dove siano garantite stesse possibilità d'intervento a tutti i cittadini.

In Lombardia, come abbiamo visto, il Pai è diverso per ciascun servizio. Mentre in altre realtà regionali (es. Umbria, Puglia, Sardegna) la normativa richiama la stesura del Pai quale strumento di progettazione integrato, facendo riferimento ad

un operatore, il case manager⁽²⁰⁾ o responsabile del caso, che svolge funzioni di coordinamento tra i diversi servizi e l'utente o la sua famiglia. In tutte le Regioni italiane l'obiettivo è quello di costruire progetti personalizzati coerenti ed efficaci per i cittadini. In alcune Regioni questo processo è già in avanzato consolidamento, altre si trovano ancora in una fase di programmazione dei piani locali oppure hanno una normativa molto recente e il Pai necessita ancora di tempo per la sua sperimentazione ed effettiva attuazione (es. Sardegna, Puglia).

La comparazione dell'esperienza lombarda con quella emergente nelle altre Regioni ci consente di sviluppare alcune riflessioni di sintesi in merito all'accompagnamento dell'utente lungo il percorso assistenziale in Lombardia. Nella tabella 6.4 riportiamo tali considerazioni suddividendole tra l'area sociale e socio-sanitaria, evidenziando così le principali differenze con le altre Regioni.

Complessivamente, lo scenario emerso dal confronto fra le diverse Regioni mostra come il percorso assistenziale viene regolato nelle diverse Regioni: la Lombardia si posiziona ad un estremo di scarso governo complessivo del percorso di cura mentre altre Regioni presidiano fortemente il processo, altre ancora si trovano in posizioni intermedie a secondo di dove posizionano maggiormente l'attenzione (solo sulla valutazione o anche sulla fase di accesso).

Tabella 6.4 - Sintesi del percorso assistenziale in Lombardia

Funzioni	Nel sociale	Nel socio-sanitario	In sintesi in Lombardia	Principali differenze con altre Regioni
Accesso	■ Segretariato sociale	■ Mmg + sportelli specialistici	Ancora frammentato e non supportato da omogeneità nei criteri di accesso alla rete	L'accesso integrato fra sociale e socio-sanitario si sta sperimentando in diverse Regioni
Valutazione ⁽²¹⁾	■ Interna raramente integrata	■ Interna raramente integrata	Debole in quanto l'integrazione non è sempre richiesta e non è supportata da omogeneità negli strumenti di valutazione	Le esperienze delle UV sono trattate, seppur con forti differenziazioni, in tutte le altre Regioni

(segue)

⁽²⁰⁾ Per case manager si fa riferimento all'operatore responsabile del raggiungimento con efficacia degli obiettivi di assistenza individuale. L'operatore "si fa carico" di tutte le esigenze della persona assistita e interviene nei rapporti con la famiglia, i vicini, le istituzioni, il personale sanitario. L'intervento sulla persona ha, così, un riferimento preciso; viene perciò evitata un'assistenza disaggregata, che risulta antieconomica e inutile, perché l'assistito rimane solo con i suoi problemi.

⁽²¹⁾ In Lombardia si evidenzia, nel sociale e nel socio-sanitario, che la valutazione avviene internamente ai servizi che effettuano l'accesso. È quindi una competenza specifica dell'operatore che accoglie anche la domanda (assistente sociale e medico di medicina generale).

Progettazione e erogazione	<ul style="list-style-type: none"> ■ Progettazione interna e erogazione sempre più esternalizzata⁽²²⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Entrambe le funzioni sono demandate sempre più ai soggetti gestori 	Potenzialmente emerge la possibilità di costruire percorsi di corresponsabilità fra chi invia e progetta e chi gestisce	L'esperienza lombarda di forte valorizzazione del gestore privato che progetta l'intervento è pressoché unica a livello nazionale
Monitoraggio e controlli ⁽²³⁾	<ul style="list-style-type: none"> ■ Maggiormente sviluppata la funzione di monitoraggio del caso 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Maggiormente sviluppata la funzione dei controlli 	In sviluppo. Andrebbe maggiormente rinforzato lo sguardo su entrambi i campi di analisi per non perdere il contatto con l'utente	Molto avanzata l'esperienza lombarda sui controlli di appropriatezza. Le altre Regioni non hanno ancora riflettuto appieno su questa funzione

Riprendendo e riadattando un interessante schema di Gori e Pesaresi (Gori e Pesaresi, 2009), vediamo che il percorso assistenziale è maggiormente accompagnato nei contesti in cui si presidiano le diverse fasi di intervento in appositi luoghi e con precisi strumenti. Nella tabella 6.5 si riporta una visione sintetica⁽²⁴⁾ dei possibili posizionamenti delle Regioni a fronte del governo che le stesse definiscono di agire nelle diverse fasi del percorso assistenziale.

La tabella muove da due estremità: il caso lombardo in cui la normativa regionale non definisce chiaramente i luoghi e le funzioni connesse alle diverse fasi dell'accesso, della valutazione e della progettazione individualizzata. Lo definiamo, quindi, un percorso de-regolato che trova, però, nell'azione di monitoraggio e controllo una funzione di garanzia e tutela dell'utente. All'altra estremità abbiamo le situazioni regionali che pongono invece specifiche attenzioni a tutte le fasi del percorso di cura strutturando luoghi (Pua) e funzioni (UV, Pai e case manager). In posizioni intermedie abbiamo le realtà regionali che non hanno normato l'accesso (posizione intermedia I) ma hanno

⁽²²⁾ Per la progettazione ed erogazione delle prestazioni vediamo che nel sociale è competenza dell'assistente sociale stendere i piani d'intervento, funzione interna al servizio, che sempre più spesso prevedono prestazioni esternalizzate. Nel socio-sanitario, soprattutto nell'area anziani, la funzione di progettazione dell'intervento è sempre più spesso demandata ai soggetti gestori, l'Asl svolge in questi casi le funzioni di controllo.

⁽²³⁾ Nel sociale l'assistente sociale svolge adeguatamente la funzione di monitoraggio sull'andamento dei casi mentre sicuramente è meno sviluppata all'interno dei servizi la funzione di valutazione di efficacia dell'intervento posto in essere. Si tende così, nella pratica quotidiana, a rivedere con fatica i piani di assistenza ed a interrogarsi sull'appropriatezza dei percorsi avviati. Nel socio-sanitario quest'ultima competenza si è andata sviluppando molto negli ultimi anni da quando l'Asl dismessa la funzione di erogazione diretta delle prestazioni ha assunto maggiormente il ruolo di controllore dei soggetti gestori. Controlli che si agiscono sia sul servizio in generale (così detta vigilanza) sia, a campione, sui progetti di intervento delle persone in carico ai servizi, cure domiciliari, Rsa, Cdd ecc., prendendo in esame la congruenza tra le prestazioni erogate e i bisogni degli assistiti, così detti controlli di appropriatezza.

⁽²⁴⁾ Lo schema è tratto da un'analisi della normativa in essere che tratteggia la direzione generale regionale e che non prende in esame lo stato reale di attuazione della stessa.

strutturato la funzione di valutazione, e quelle che hanno normato anche l'accesso (posizione intermedia II) oltre alla valutazione. In entrambi i casi però non si è definito la progettazione individualizzata e il ruolo del case manager. È da rimarcare come solo la Lombardia abbia, a oggi, strutturato un pensiero compiuto sulle funzioni di controllo, organizzando le Asl con specifici dipartimenti⁽²⁵⁾.

Tabella 6.5 - Una sintesi dei possibili posizionamenti regionali lungo il percorso assistenziale

Fasi del percorso di cura	Percorso de-regolato	Posizione intermedia I	Posizione intermedia II	Percorso fortemente regolato
Accesso – Pua	NO	NO	SÌ	SÌ
Valutazione – UV	NO	SÌ	SÌ	SÌ
Progettazione – Pai e case manager	NO	NO	NO	SÌ
Monitoraggio e controllo	SÌ	PARZIALE	PARZIALE	PARZIALE
Esempi regionali	Lombardia	Calabria, Molise	Liguria, Piemonte	Toscana, Marche

6.4. Alcuni giudizi valutativi

Vengono ora presentati alcuni giudizi valutativi sul percorso assistenziale, utilizzando due tra i criteri proposti nella complessiva ricerca (cfr. cap. 2), che paiono di particolare rilievo per il nostro tema: il sostegno alla famiglia e la migliore regolazione. Questi due criteri rimandano a concetti molto ampi, mentre nella valutazione complessiva che si propone di seguito abbiamo posto l'attenzione su alcuni indicatori specifici (cfr. tab. 6.6).

Tabella 6.6 - I criteri di valutazione e gli indicatori di analisi

Criterio	Indicatore
Sostegno alle famiglie	Accompagnamento verso il sistema dei servizi
	Coinvolgimento durante il percorso
	Mantenimento di un accompagnamento lungo tutto il percorso di cura
Migliore regolazione del sistema locale di welfare	Presenza di regole di sistema e controllo delle stesse
	Riduzione delle differenziazioni territoriali
	Valorizzazione operatori

⁽²⁵⁾ I Dipartimenti Pac predispongono sia per l'area Sanitaria che per l'area Socio-Sanitaria la stesura di contratti di fornitura di prestazioni erogate da soggetti sia pubblici che privati accreditati. Esercitano funzioni di controllo sui luoghi di erogazione (strutture sanitarie e socio-sanitarie), verificando il rispetto dei requisiti previsti dalle norme e sulla qualità e correttezza di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

6.4.1. *Sostegno alla famiglia*

Sostenere la famiglia significa non solo erogare ciò di cui ha bisogno nel modo più adeguato, ma anche accompagnarla lungo il proprio percorso. Nell'attuale sistema lombardo un nodo è rappresentato dal protagonismo richiesto alla famiglia nella gestione del percorso assistenziale. Ad esempio, la forte spinta a ritardare l'istituzionalizzazione e, quindi, a individuare nel territorio il luogo in cui fornire risposte ai bisogni del singolo comporta necessariamente l'esistenza e il protagonismo della famiglia. Il tema mostra particolari debolezze nel caso di situazioni connotate da forte fragilità familiare. Come abbiamo visto negli esempi, molto spesso gli utenti e le famiglie si trovano a dover compiere un elevato numero di passaggi tra servizi all'aggravarsi dello stato di salute e al mutare delle condizioni. Chi governa questi passaggi? Nel momento in cui l'utente è inserito in uno specifico servizio il governo è in capo al responsabile del servizio/ struttura che stila appositi piani d'intervento, ma nelle fasi di passaggio da un servizio ad un altro la persona e la sua famiglia sono di fronte alla necessità di assumere esse stesse numerose decisioni.

Sostenere la famiglia significa anche lavorare per un suo coinvolgimento nella definizione del percorso di cura. Nell'attuale sistema lombardo, questo è un aspetto che nel dichiarato è risultato importante in misura crescente nel corso degli anni⁽²⁶⁾ e sul quale si è richiesta una maggiore qualificazione ai servizi. Nonostante ciò, le indicazioni normative non hanno, sinora, prodotto una reale revisione delle prassi organizzative dei servizi, revisione tesa ad un miglioramento nel coinvolgimento delle famiglie. Gli utenti sono generalmente intesi come beneficiari, quindi destinatari finali di servizi e interventi e in genere non interessati alle scelte organizzative e gestionali alla base dell'erogazione di un servizio. Rimane spesso presente un'*asimmetria informativa* tra enti erogatori e cittadini, soprattutto se questi vertono in condizioni di fragilità⁽²⁷⁾. La necessità di sostenere la capacità di scelta cresce, quindi, all'aumentare del grado di fragilità sociale del cittadino. In questo quadro assumono particolare importanza le funzioni di *case-management* in capo all'operatore pubblico. Al responsabile del caso vanno attribuite le funzioni volte a garantire la continuità di cura tramite il monitoraggio degli interventi programmati dai diversi soggetti che intervengono, la verifica e valutazione dei risultati ottenuti. Il case management risulta essere quindi una funzione strategica dell'assistente sociale o del medico per il socio-sanitario: negli indirizzi regionali lombardi, come abbiamo evidenziato anche nel paragrafo di confronto con le altre Regioni, manca un'attenzione al presidio e allo sviluppo di questa funzione.

Sostenere la famiglia significa quindi accompagnarla e coinvolgerla lungo il percorso, al contempo seguire lo sviluppo del percorso di cura. Sicuramente il mo-

⁽²⁶⁾ I requisiti di accreditamento previsti dalla normativa per diversi servizi sottolineano questo aspetto.

⁽²⁷⁾ L. Beltrametti, *Il voucher. Presupposti, usi e abusi*, Il Mulino, Bologna, 2004.

dello di welfare lombardo non presidia un governo complessivo del percorso di cura da parte dei soggetti istituzionali ma assume come centrale una forte valorizzazione dell'aspetto legato all'erogazione delle prestazioni, che risulta, d'altra parte l'unica fase del percorso oggetto di controllo da parte del sistema pubblico.

Spesso, una volta che l'utente entra in un servizio gli rimane come unico punto di riferimento il soggetto gestore, che diventa quindi anche sollecitatore/attivatore di altre risorse. Questa riflessione ha maggiore rilevanza con riferimento al sistema residenziale e semi residenziale per anziani e disabili, che non per i servizi domiciliari. Infatti, nel momento in cui un disabile medio grave o grave viene inserito in una struttura diurna o residenziale spesso viene dimenticato dai soggetti invianti che solo raramente, anche a causa delle difficoltà organizzative dei propri sistemi di appartenenza, mantengono contatti periodici di valutazione dell'andamento dei percorsi. Gli utenti sono, quindi, lasciati alla gestione della struttura ospitante che spesso si deve accollare l'onere di sollecitare le altre Istituzioni (Comuni e Asl) nei casi di aggravamento dei bisogni che presuppongono, ad esempio, passaggi ad altri servizi (es. da Cdd a Rsd).

Complessivamente si evidenzia, quindi, una piena valorizzazione del soggetto gestore non solo nei suoi compiti di cura ma anche come "nodo attivo" della rete dei servizi. Questo aspetto fatica ad essere valorizzato nelle tariffe remunerate dal soggetto pubblico finanziatore, l'agire o meno di questo ruolo di attivatore è quindi lasciato alla discrezionalità e sensibilità dell'ente gestore.

6.4.2. Migliore regolazione del sistema locale di welfare

Il processo di riforma lombardo richiama fortemente i soggetti titolari di funzioni pubbliche a un cambiamento: devono consolidare la loro funzione programmatica e regolativa e, al contempo, limitare le proprie funzioni gestionali. Questo percorso ormai in piena attuazione nel socio-sanitario per le Asl, si sta sviluppando anche nel socio-assistenziale per i Comuni, attraverso il ruolo regolativo agito dai Piani di Zona. Regolare il sistema significa attuare le opportune scelte programmatiche, organizzative e di allocazione di risorse funzionali a un equilibrio fra domanda e l'offerta di servizi. Avendo analizzato nei paragrafi precedenti come funziona il modello lombardo nel leggere la domanda e nel definire la propria offerta di servizi vediamo che un elemento utile per valutare la capacità regolativa del sistema di welfare dipende anche dalla capacità del pubblico di monitorare e controllare i risultati del processo di cura.

Nel sistema socio-sanitario lombardo, con l'avvio dell'accreditamento e con il riassetto delle funzioni in capo alle Asl, abbiamo visto a partire dal 2003 assumere sempre più la funzione di controllo. Le Asl, attraverso un processo di riorganizzazione interna nel corso degli anni, si sono dotate delle competenze necessarie a vigilare e monitorare i percorsi di cura svolti da soggetti accreditati sia al domicilio che nelle strutture diurne e residenziali. Questo percorso ha poi trovato una chiara si-

stematizzazione con la Dgr 8496 del 28.11.2008, nella quale si è regolata la funzione di vigilanza e di controllo dell'appropriatezza all'interno delle strutture socio-sanitarie esplicitando puntualmente il ruolo di controllore delle Asl e le procedure di lavoro che le strutture devono attivare per garantire l'appropriatezza e la continuità delle cure. Si è, quindi, strutturato un processo di responsabilizzazione fra le parti che viene assunto a garanzia dell'utente. I controlli sono definiti a livello quantitativo dalle Asl annualmente e si lavora, pertanto, su verifiche a campione o dopo segnalazioni specifiche.

Nell'area socio-assistenziale, invece, la situazione presenta maggiori criticità. L'Asl garantisce la vigilanza sulle strutture rispetto ai requisiti di autorizzazione al funzionamento, mentre è competenza dei Comuni, singoli o associati, il controllo sulle strutture accreditate. Non si è ancora sviluppata nel socio-assistenziale una riflessione matura riguardante i controlli di appropriatezza sui percorsi di cura, che ad oggi sono demandati ai soggetti invianti (per lo più servizi sociali comunali), i quali con estrema difficoltà riescono a garantire un monitoraggio e una valutazione dei percorsi individualizzati.

Complessivamente, finora, in Lombardia le indicazioni regionali privilegiano la valutazione della soddisfazione dell'utente (*customer satisfaction*) rispetto a valutazioni sulle performances dei servizi erogati. Tale modalità ha, peraltro, presentato diversi limiti sia di attendibilità sia di fattibilità stessa della valutazione: i questionari sono, infatti, somministrati in modo discontinuo, scarsamente analizzati ed è ridotta la propensione a restituire ai diversi stakeholder i giudizi forniti dagli utenti.

Soffermando l'attenzione all'equità verso i cittadini vediamo che la riforma lombarda non ha, ad oggi, ancora toccato temi importanti utili a incrementare l'equità di sistema. Il livello regionale non ha sostenuto con indicazioni chiare gli ambiti territoriali che, nell'affrontare il forte ritardo nella definizione dei Leps sociali a livello nazionale, si sono assunti nelle loro programmazioni zonali l'impegno e la sfida di lavorare al raggiungimento di livelli di sviluppo di servizi uniformi. Non ha agito, sinora, uno stimolo funzionale a trovare soluzioni organizzative che potessero favorire, in particolare nelle zone più periferiche del territorio, informazione orientamento e presa in carico del cittadino. Nondimeno, è fermo sul tavolo regionale ormai da tempo, il tema del concorso dei cittadini alla spesa, nonostante i continui ricorsi al TAR che richiedono con urgenza una ricognizione e una valutazione della sostenibilità del sistema che è insieme istituzionale, gestionale e professionale. A dieci anni dall'avvio del percorso di riforma vediamo, quindi, che permangono nei territori differenze nei regimi di accesso ai servizi, differenze nelle pratiche valutative sia nella valutazione del fabbisogno sia nella valutazione della capacità economica dei richiedenti per definire la compartecipazione alla spesa, disomogeneità e frammentazioni negli interventi.

Infine, rispetto alla valorizzazione degli operatori che operano a diretto contatto con gli utenti negli anni non si sono opportunamente accompagnati con indicazioni e formazioni specifiche connesse alla qualificazione del percorso di cura. Come abbiamo più volte evidenziato in questo capitolo, un nodo nell'attuale sistema di welfare

lombardo è rappresentato dallo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria, che si sostanzia anche attraverso l'integrazione professionale. A questo livello critica appare la possibilità di mettere in rete professionalità molto diverse non solo dal punto di vista delle competenze, delle retribuzioni, della progressione di carriera, ma anche dal punto di vista funzionale-organizzativo (ente da cui si dipende, ambito territoriale in cui si lavora). Una strategia possibile in questa direzione riguarda il sistema delle aspettative e delle incentivazioni dei singoli operatori, che se non possono essere "ricompensati" dal punto di vista economico, dovrebbero quantomeno essere motivati e ri-motivati facendo leva sulla crescita e sulla specializzazione professionale. Dal punto di vista professionale fondamentale è, quindi, consolidare un sistema che ponga un'elevata attenzione nella preparazione di professionisti in grado di utilizzare strumenti metodologicamente e tecnologicamente adeguati ai percorsi di cura specifici.

6.5. Considerazioni conclusive

La Regione Lombardia ha sostenuto la creazione e la qualificazione di un sistema d'offerta diversificato e di qualità, e contemporaneamente ha assunto il modello della famiglia come "luogo" della scelta e come attivatore delle risorse. La forte spinta verso la semplificazione del percorso assistenziale e l'autonomia di utente e famiglia pone oggi il cittadino portatore di un bisogno di fronte alla necessità di "auto-costruirsi" il proprio processo di cura. Ciò richiede alla famiglia competenze e strumenti specifici per adottare strategie d'uso efficaci nel districarsi in un sistema fortemente disomogeneo, competenze e strumenti che pochi possiedono e non semplici da creare.

Nella Regione Lombardia il modello di riforma del welfare a cui stiamo assistendo si pone esplicitamente, nel dichiarato, come superamento del "vecchio" modello assistenzialista – paternalistico in cui il cittadino è portatore di bisogni e il sistema dei servizi (se è efficace) lo protegge secondo criteri e caratteristiche definite a priori dal sistema e non condivisi. Il modello lombardo è basato, invece, sulla risposta a diritti cui il cittadino è portatore, che il sistema si propone di soddisfare attraverso un insieme di opportunità all'interno delle quali il cittadino può autonomamente determinare il da farsi.

L'applicabilità pratica di questo nuovo modello di welfare comporta però alcuni rischi:

- Vi è il rischio di perdere di vista l'utente e il suo bisogno concentrando l'attenzione del legislatore solo sulle norme, le procedure e gli aspetti gestionali. Il sistema lombardo oggi è molto impostato sulle regole⁽²⁸⁾ ma poco attento all'accompagna-

⁽²⁸⁾ Annualmente la Regione emana una delibera di indirizzo che viene appunto denominata la Dgr delle regole in cui si individuano le linee di indirizzo per i servizi socio-sanitari.

mento dell'utente. Ciò comporta il pericolo di una deriva burocratica nella quale aumentano le procedure e i percorsi tortuosi dell'utente che ha difficoltà ad orientarsi nel sistema e non trae benefici. Pertanto non si persegue, di fatto, la migliore soddisfazione dei suoi diritti.

- Vi è il rischio che si perda la centratura sulla progettazione individuale e la conseguente adeguatezza e coerenza dei percorsi di cura, lasciando ai cittadini e alle loro famiglie responsabilità di "governo" di situazioni individuali spesso difficili da gestire senza le competenze e gli strumenti adeguati.
- La forte attenzione all'aspetto prestazionale apre a una tensione dei soggetti erogatori verso la qualità del servizio e verso la definizione di una offerta sempre più attraente per gli utenti. Questo pone il rischio di un aumento dei costi dei servizi: chi si mette sul mercato per adeguarsi ai requisiti di qualità fa investimenti e aumenta le tariffe, il cittadino bisognoso rischia di non poter accedere perché aumenta la richiesta di contribuzione.

Il percorso di riforma ha finora concentrato l'attenzione nel dare attuazione alla ri-organizzazione dell'offerta e solo di recente, dalla l.r. 3/2008 in poi, è stata sottolineata l'esigenza di un maggiore governo della domanda sviluppando interesse alle funzioni di accesso, accompagnamento e valutazione dell'utenza. È strategico che il livello regionale si concentri, da un lato, nel fornire indicazioni ai territori funzionali a presidiare la funzione di accompagnamento dell'utente e, dall'altro, che vada a definire indirizzi e procedure chiare, funzionali a ridurre la frammentazione oggi esistente nell'area del socio-sanitario e del sociale.

Sarebbe inoltre, a nostro avviso, importante sostenere una programmazione attenta al lavoro integrato e alla comunicazione fra le diverse aree di competenza con indirizzi chiari. Le indicazioni normative nazionali, riprese in molte Regioni, collocano il distretto al centro della costruzione di un welfare territoriale. In Lombardia, però, siamo in presenza di una particolare complessità data, per esempio, dal forte processo di aziendalizzazione del sistema sanitario (15 Asl di grandi dimensioni demografiche per una popolazione di più di 9 milioni di abitanti), dalla netta distinzione funzionale fra la rete delle Asl e la rete delle Aziende Ospedaliere e da nuove forme di organizzazione e gestione dei Comuni associati per la parte socio assistenziale nei 98 Piani di Zona. In tale quadro, appare cruciale offrire ai territori indicazioni chiare sul percorso da seguire per promuovere l'integrazione socio-sanitaria, rispetto alle tre dimensioni istituzionale, organizzativo e professionale/progettuale. Un percorso di riforma così complesso come quello che abbiamo descritto non può lasciare soli i territori nell'affrontare problemi di governo che richiedono indirizzi e direzioni chiare, condivise e comuni. Se si vogliono effettivamente fornire ai cittadini servizi di qualità e che soddisfino i loro diritti, infatti, è necessario che vi siano omogeneità ed equità di trattamento. Delegare eccessivamente ai territori può comportare il rischio che, pressati dalle urgenze e dalla limitatezza delle risorse disponibili, questi si concentrino troppo su un welfare "prestazionale" e che si perda, in tal modo, la dimensione di comunità dell'intervento sociale. L'intervento sociale rischia

così di essere concepito come sola risposta ad esigenze dei singoli e non anche come risposta ad esigenze di sviluppo della coesione sociale di una comunità.

Bibliografia

- AA.VV., *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – rapporto 2009*, a cura di Network Non Autosufficienza, Maggioli Editore, Rimini.
- AA.VV., *“La porta sociale e il punto unico di accesso”*, speciale di “Prospettive sociali e sanitarie” n. 18/2008.
- AVANZINI K. e GHETTI V., (2010), *Accreditamento nel sociale. Quale strategia*, in “Prospettive sociali e sanitarie” n. 5/2010, pagg. 1-6.
- BARBERIS D., (a cura di) (2009), *Il prodotto del lavoro sociale*, Franco Angeli, Milano.
- BRUGNOLI A., e VITTADINI G., (a cura di) 2008, *La sussidiarietà in Lombardia: i soggetti, le esperienze, le policy*, Guerini e Associati, Milano.
- CASARTELLI A. DE AMBROGIO U., *Il segretariato sociale, fra il dire e il fare*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie” n. 9/2009.
- CICOLETTI D. (2008), *Il percorso assistenziale*, in GORI C., *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Carocci, Roma, 2008.
- FACCHINI C., (a cura di) (2010), *“Tra impegno e professione. Gli assistenti sociali come soggetti del welfare”* ed. Il Mulino, Bologna.
- FERRARIO P., (2009), *Servizi sociali e socio-sanitari in Lombardia*, in “Prospettive sociali e sanitarie” n. 1/2009, pagg. 3-7.
- GENOVA A., PALAZZO F. (2008), *Il welfare nelle marche, attori, strumenti, problemi*, Carocci, Roma.
- PASQUINELLI S. (a cura di) (2007), *Nuovi strumenti di sostegno alle famiglie*, Carocci Faber, Roma.
- PESARESI F., SIMONCELLI M., *Le Unità di valutazione multidimensionale*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie” n. 9/2006.
- PESENTI L., DEAMBROGIO U. (a cura di) (2009), *Piani di zona in Lombardia. Le sfide della programmazione sociale*, Guerini e Associati, Milano.