

APPENDICE AL CAPITOLO 7, “I TITOLI SOCIALI PER GLI ANZIANI”

Appendice A . Il percorso di attuazione dei titoli sociali in Lombardia.

Di Rosemarie Tidoli

A.1. I titoli sociali nella legislazione nazionale e regionale

Gli assegni di cura e i buoni servizio (raggruppati sotto la denominazione “titoli sociali”), sono la tipologia di prestazioni che esordisce durante il *welfare mix*, fase dello sviluppo del *welfare* nata dalla crisi e dall’evoluzione dello stato sociale. Utilizzati in Europa fin dagli anni ’90, nella seconda metà dello scorso decennio iniziano a diffondersi in alcune Regioni italiane a seguito di esperienze locali diversificate. Benché le denominazioni adottate territorialmente possano essere differenti, alcune caratteristiche contraddistinguono ovunque i due strumenti. Gli assegni di cura (in Lombardia chiamati buoni) sono contributi economici erogati agli utenti o ai familiari per sostenerne l’assistenza a domicilio. Sono destinati ai *caregivers* o alle assistenti private e possono essere spesi a discrezione del beneficiario¹. I buoni servizio o titoli d’acquisto (in Lombardia chiamati voucher) rappresentano invece il corrispettivo di una somma, assimilabile ad un ticket fornito dall’ente pubblico, che attribuisce il diritto a determinati servizi sanitari o socio-assistenziali. Sono vincolati all’acquisto di prestazioni rese da un erogatore pubblico o privato, scelto dal beneficiario in una rosa di soggetti accreditati dall’ente pubblico.

A livello nazionale i titoli sociali vengono introdotti dalla legge 328/00 di riforma dell’assistenza. Preso atto che la famiglia è delegata a svolgere varie funzioni di cura del welfare in assenza di servizi coordinati ed integrati, la normativa si propone di sviluppare forme di sostegno e valorizzazione delle responsabilità familiari attraverso l’implementazione di nuovi servizi ed interventi, offrendo nel contempo al cittadino una maggior libertà di scelta. Per attuare questi principi, i Comuni possono fornire assistenza ai propri cittadini avvalendosi di tre tipologie di prestazioni: 1) i tradizionali servizi alla persona; 2) i “titoli per l’acquisto di prestazioni sociali erogate da soggetti accreditati “(voucher); 3) i contributi economici (assegni di cura o buoni). Mentre per l’utente la prima parte del percorso assistenziale (analisi, valutazione del bisogno e presa in carico del caso da parte del servizio sociale) resta invariata, ciò che cambia è la risposta, che non consiste più solo in servizi o prestazioni “tradizionali” le cui modalità sono sostanzialmente stabilite dagli operatori.

In Lombardia la Regione pone le basi per l’erogazione di buoni e voucher ancora prima della legge di riforma nazionale, evidenziando in due leggi antecedenti² l’intenzione di implementare il “quasi mercato”³ per riorganizzare il sistema dei servizi socio-assistenziali e sanitari.

¹ Fanno eccezione i buoni “mirati” che hanno invece un preciso vincolo d’uso: questo è il caso, ad esempio, dei cosiddetti “buoni badanti”, istituiti in Lombardia con la circolare regionale 41/2007, che possono essere spesi unicamente per sostenere i costi delle assistenti private regolarizzate.

² Si fa riferimento alla L.R. 31/97 ed alla L. R. 23/99. Con la L. 31/97 “Norme per il riordino del SSR e sua integrazione con le attività dei S.S.” inizia il processo di separazione tra produttori, erogatori ed acquirenti dei servizi e viene

Un ulteriore passo in questa direzione viene compiuto con il Piano socio-sanitario 2002-2004, intitolato "Libertà e innovazione al servizio della salute". Secondo il dettato della sussidiarietà orizzontale, l'assistenza ai membri fragili si incentra sulla famiglia mentre l'ente pubblico ha il compito di fornirle aiuti e sostegni. Nel welfare devoluto tratteggiato nel Piano non ci sono più Stato, Regione ed ASL che erogano servizi : l'istituzione pubblica, dopo aver assicurato i livelli essenziali di assistenza, assumerà un ruolo di controllo e di verifica della qualità del servizio, svolto da erogatori pubblici e privati accreditati in competizione tra loro. Il cittadino, garantito nei suoi bisogni primari e secondari, potrà scegliere come e da chi farsi curare. Gli elementi essenziali per assicurare questa libertà di scelta sono i buoni e i voucher, nei quali la Regione Lombardia ripone le maggiori speranze di riorganizzare il sistema. Questi strumenti, definiti di *welfare* "leggero" rispetto ai servizi tradizionali, consentono di rispondere ad una crescente domanda sociale contenendo i costi; sostenendo la domanda (le famiglie) anziché l'offerta (i gestori), permettono alle persone di scegliere come soddisfare i propri bisogni. La maggior innovazione viene espressa dai voucher che, introducendo elementi di pluralità e competizione, modificano il mercato dei servizi basato su appalti e convenzioni. Inoltre, poiché il presupposto indispensabile per la loro attivazione è l'esistenza di una rete di erogatori accreditati, i buoni servizio spingono gli Enti a sviluppare capacità di governo e regolamentazione.

Per questi motivi, alla fine dello scorso decennio la Regione intraprende il cammino che, grazie ad una forte spinta e ad un investimento protratto nel tempo, nell'arco di pochi anni porterà all'attuazione dei titoli sociali.

A 2. I "predecessori" dei titoli sociali lombardi: l'assegno di cura e il buono socio-sanitario

Il percorso attuativo prende il via nel 1999-2000 con l'assegno di cura⁴, erogato sperimentalmente in tre ASL lombarde (Milano, Legnano, Monza) quale contributo sostitutivo di ricovero a favore di anziani non autosufficienti. L'esperienza viene poi allargata a tutto il territorio regionale con l'istituzione del buono socio-sanitario,⁵ concesso da luglio 2001 a dicembre 2002.

Il buono consiste in una somma di Lire 800.000 rivolta ad anziani non autosufficienti per evitarne o ritardarne il ricovero. I requisiti richiesti per usufruirne sono di natura oggettiva (età minima di 75 anni, invalidità civile al 100% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, reddito familiare entro certe soglie), indicativi della situazione sanitaria ed

introdotta il principio di competitività tra erogatori pubblici e privati, tra loro equiparati purché accreditati. Con la L.R. 6/12/99 no. 23 " Politiche regionali per la famiglia" vengono previsti a favore della famiglie vari aiuti, tra i quali rientrano i buoni servizio.

³ Si parla di "quasi mercato" in presenza di alcune caratteristiche: finanziamento pubblico almeno parziale; accreditamento degli enti erogatori dei servizi; competizione tra gli erogatori accreditati; libertà di scelta per utenti e famiglie. Gli obiettivi che si vogliono perseguire sono diversi: garantire a costi sostenibili servizi di qualità, caratterizzati da elevati livelli di efficacia ed efficienza grazie alla concorrenza tra erogatori pubblici e privati accreditati; rendere le risposte assistenziali più aderenti ai bisogni, assicurare agli utenti libertà di scelta su come e da chi farsi curare.

⁴ La sperimentazione è stata prevista dalla DGR 40700/1998

⁵ Introdotta dalla Dgr 2857/2000.

economica ma non della complessità socio-assistenziale. Chi rientra nei parametri, per avere il contributo deve semplicemente presentare una domanda al Comune di residenza allegando la documentazione richiesta. L'iter è esclusivamente amministrativo e non prevede la valutazione del bisogno o la progettazione dell'intervento da parte dei servizi socio-sanitari. Questa prassi suscita una certa perplessità negli operatori, in particolare quelli dei territori dove era stato sperimentato l'assegno di cura: alcuni di loro, infatti, sono membri delle UVG composte da personale del Comune e dell'ASL e, solo un anno prima, sono stati designati ad individuare e valutare i possibili beneficiari dell'assegno di cura. Gli operatori ancora non sanno di trovarsi di fronte alla concreta applicazione della nuova *policy* regionale; la differente impostazione del buono socio-sanitario rispetto alla misura precedente ha il preciso scopo di valorizzare al massimo la libertà di scelta e l'autodeterminazione delle famiglie. Nel giro di pochi mesi, con l'uscita del Piano Socio-sanitario, questi temi acquisteranno piena centralità nelle politiche regionali e porteranno al progressivo smantellamento delle Unità di Valutazione, ritenute incompatibili con i principi fondanti della riforma in atto⁶.

Il buono socio-sanitario ha la particolarità di essere un incrocio tra un assegno di cura ed un voucher perché può essere utilizzato sia per sostenere il lavoro dei *caregivers*, sia per acquistare prestazioni professionali da soggetti accreditatisi a seguito di uno specifico "patto"⁷. Considerandolo come un contributo a richiesta individuale, ben 18.000 persone ne fanno domanda. Poiché il numero dei richiedenti è altissimo rispetto alla disponibilità economica, la priorità nell'assegnazione del buono viene data ai più anziani. Il contributo viene concesso a 7.100 persone (molte delle quali non conosciute dai servizi) e nel 98.5% dei casi viene utilizzato come assegno di cura. In corso d'erogazione la Regione non chiede ai beneficiari alcuna comprova in merito all'uso del denaro né prevede monitoraggi di altro tipo.

A cosa è servito il buono socio-assistenziale? Molti operatori, nonostante non abbiano avuto alcun ruolo nel procedimento, hanno avuto modo di farsene un'idea parlando con familiari e beneficiari già conosciuti. Nei servizi è opinione diffusa che in parecchi casi il contributo non sia stato strettamente destinato a sostenere spese assistenziali legate alla permanenza a domicilio dell'anziano. L'ipotesi più probabile è che molti l'abbiano semplicemente incamerato come un'integrazione del reddito, altri l'abbiano adoperato per soddisfare bisogni socio-assistenziali vari, mentre una minoranza l'abbia utilizzato per pagare le assistenti familiari, perlopiù irregolari.

Non vi sono dubbi in merito al forte apprezzamento manifestato dagli anziani e dai loro parenti nei confronti del buono, gradito soprattutto per la totale libertà di utilizzo. Tuttavia è altrettanto indubbio che il significato attribuito dalla Regione alla misura (sostegno della domiciliarità e prevenzione del ricovero) non sia stato chiaro alla maggioranza dei percettori. I più non hanno

⁶ Il meccanismo è ben spiegato nei capitoli 10 e 21 del libro.

⁷ La seconda possibilità si rivelerà decisamente limitata a causa del basso numero di erogatori che si accrediteranno.

collegato l'erogazione del denaro ad un motivo specifico ma l'hanno considerata come una specie di indennità di accompagnamento aggiuntiva, una sorta di "risarcimento" economico per la condizione di non autosufficienza. D'altra parte la finalità del buono è stata anche poco o per nulla esplicitata, sia durante la fase di raccolta delle domande effettuata nei Comuni (prevalentemente ad opera di figure amministrative), che nella lettera successivamente inviata ai beneficiari dalle ASL (competenti per la gestione e l'erogazione della misura). Tra i due Enti è avvenuta una collaborazione di natura burocratica, richiesta dal tipo di procedura, ma non vi sono stati confronti o raccordi tra gli interventi al fine di evitare sovrapposizioni. Come conseguenza, alcune persone hanno ricevuto una somma di benefici (ad es. buono più contributi economici comunali o contributi da parte di servizi sanitari) poco equa rispetto ad altri.

Ritenendo che i due anni di erogazione del buono socio-sanitario siano stati un successo e che l'obiettivo di disincentivare il ricovero sia stato centrato, alla fine del 2002 la Regione conclude la sperimentazione e programma l'introduzione della nuova misura che ne prenderà il posto. Le famiglie dei precedenti percettori ricevono una lettera che li informa che per la prosecuzione dell'intervento dovranno rivolgersi ai Comuni di residenza, delegati ad emanare il buono sociale a partire dal 2003. La comunicazione crea una grande aspettativa tra i potenziali destinatari; in varie zone i familiari di anziani non autosufficienti si recano ripetutamente presso i Servizi Sociali per sollecitare l'attivazione dei buoni. E' pertanto in un clima di grande aspettativa che, seguendo un iter parallelo a quello dei piani di zona, nel 2003 i buoni sociali (seguiti poi dai voucher) faranno il loro esordio nei primi territori lombardi. Grazie al deciso impulso regionale, i titoli sociali (ed i buoni in particolare) raggiungeranno nell'arco di pochi anni una notevole diffusione.

A 3. Dal buono socio-sanitario al buono sociale

Come precisato nel capitolo 7 del volume, le politiche adottate dalla Regione in materia di titoli sociali nel quinquennio 2005-2010 non presentano rilevanti differenze rispetto a quelle della precedente legislatura, durante la quale le misure erano state istituite. Sostanzialmente, alla luce dei medesimi capisaldi (libertà di scelta, ruolo di protagonismo della famiglia, competizione), la Regione prosegue nella direzione già tracciata puntando ad uno sviluppo e ad una miglior messa a punto del sistema.

Se invece si allarga lo sguardo fino a ripercorrere a ritroso il cammino compiuto dalla Regione a partire dal principale "antesignano" dei titoli, il buono socio-sanitario, cambiamenti e aggiustamenti balzano all'occhio. Il buono socio-sanitario è servito per sperimentare i punti centrali delle politiche lombarde, che sono stati poi messi a regime - con alcune differenze - nei titoli sociali a partire dal 2003. La tabella che segue mette a confronto i principali aspetti delle due misure al momento del loro avvio.

	Buono socio-sanitario (BSS)	Buono sociale (BS)
Ruolo Regione	Regolativo massimo: determinazione di requisiti, procedure, finalità ed importo validi su tutto il territorio.	Regolativo minimo: agli Enti pervengono solo indicazioni di massima iniziali (linee attuative del 2001 sui piani di zona) e successive indicazioni riguardo l'organizzazione e le possibili procedure di erogazione (circolare 6/2004).
Ruolo dei Comuni	Esclusivamente operativo: raccolta delle domande dei richiedenti e trasmissione alla ASL di competenza.	Espressione di libera scelta e di autonomia regolamentare: determinazione di modalità di accesso, requisiti, importi ed altre condizioni per l'erogazione.
Ruolo servizi sociali	Nessuno	Intervento del Servizio Sociale in tutto il percorso assistenziale
Libertà di scelta dell'utente	Massima e senza alcun affiancamento.	Massima ma con l'affiancamento dei Servizi.
Criteri di accesso al buono	Requisiti di natura oggettiva stabiliti dalla Regione	Decisi dagli Enti a loro discrezione. Oltre ad alcuni requisiti oggettivi generalmente vi rientrano criteri di "fragilità".
Importo	Deciso dalla Regione: lire 800.000 uguali per tutti.	Stabilito da ogni Comune; uguale per tutti i richiedenti o variabile secondo diversi criteri (Isee, intensità del bisogno, ecc.)
Percorso assistenziale	Nessuno. L'iter è esclusivamente amministrativo (inoltre di una domanda corredata dai relativi allegati).	Valutazione sociale della situazione, elaborazione di PAI, stipula di accordo o contratto, monitoraggio e verifica.
Utilizzo del buono	Come assegno di cura (libero e senza comprova di utilizzo) o come voucher.	Libero (ad eccezione dei buoni istituiti dalla circ. 41/2007). Una specifica finalizzazione ed una comprova dell'utilizzo possono venire stabilite a discrezione dell'Ente locale in casi specifici.
Inserimento in graduatoria ed erogazione dell'assegno.	Inserimento di tutti gli aventi diritto che hanno presentato la documentazione richiesta nel periodo indicato. La precedenza nell'erogazione della somma viene data ai più anziani.	La valutazione sociale generalmente sfocia in un punteggio che determina la posizione in graduatoria. L'erogazione del contributo avviene secondo l'ordine.
Integrazione socio-sanitaria	Tra i due Enti coinvolti (Comuni e ASL) avviene solo una collaborazione di tipo amministrativo, richiesta dalla procedura stabilita dalla Regione.	Di norma non messa in atto (salvo specifiche esperienze locali). Cambiamenti previsti dalla normativa a partire dal 2008.

Pur continuando ad assegnare una posizione centrale alla libertà di scelta della persona, la Regione sembra passare dalla forma di libertà totalmente “deregolata” del buono socio-sanitario alla modalità più “accompagnata” dai servizi (perlomeno in termini di intenti) che la circolare del 2004 suggerisce per il buono sociale. Una vera e propria inversione di rotta si ravvisa invece nel ruolo regolativo centrale; dopo essersi assunta con il BSS un livello regolativo massimo, la Regione compie con il BS la transizione verso un livello minimo, spostando la responsabilità di questa funzione sui Comuni. L'autonomia e la decisionalità degli Enti vengono valorizzate ma le diversità locali che ne conseguono possono andare a discapito dell'equità nei confronti degli utenti. L'esame delle linee regionali attuate a partire dal 2000 mostra quindi che nell'impostazione delle misure economiche sono progressivamente avvenuti cambiamenti, alcuni dei quali di un certo rilievo.

Un'ulteriore evoluzione nel “cammino” dei titoli sociali sembra ora essere in atto. L'esperienza maturata negli anni ha fatto emergere che, affinché questi strumenti possano offrire agli interessati un sostegno più efficace, alcuni elementi hanno un ruolo cardine. Ci riferiamo ad una progettazione dell'intervento che non sia una mera formalità; all'accompagnamento professionale all'utente; alla possibilità per gli operatori, *in primis* gli Assistenti sociali, di acquisire le metodologie e le competenze necessarie per assumere un nuovo ruolo; all'integrazione tra servizi socio-sanitari nella valutazione e nella progettazione a favore dei non autosufficienti. Alcuni di questi punti sono già indicati nella normativa del 2004 ma sono stati attuati dagli Enti in modo disomogeneo e variabile. Altri sono conseguenti ad un nuovo orientamento che la Regione evidenzia a partire dal 2008, nell'ambito di una nuova attenzione ai temi dell'accesso ai servizi e del percorso assistenziale⁸. La Regione mostra l'intenzione di intervenire su questi aspetti; resta ora da vedere in che misura sarà possibile farlo nella difficile realtà dei servizi.

⁸ Questa attenzione viene evidenziata in diversi capitoli del volume.

Appendice B. Ulteriori dati su buoni e voucher sociali⁹

Di Rosemarie Tidoli e Rosaria Marotta

Tabella 1- *Fruitori dei buoni nel triennio 2006-2008 suddivisi per distretti (tutte le tipologie di utenza).*

BUONI SOCIALI. FRUITORI ANNI 2006-2008				
ASL	2006	2007	2008	Variazione % 2006-2008 PdZ-Anno 2008
Bergamo	2.150	1.903	2.286	6,33%
Brescia	2.246	4.904	4.994	122,35%
Como	766	912	735	-4,05%
Cremona	757	583	550	-27,34%
Lecco	618	617	814	31,72%
Lodi	-	169	226	100,00%
Milano città	3.175	3.806	3.110	-2,05%
Milano 1	1.399	439	1.094	-21,80%
Milano 2	1.044	1.017	897	-14,08%
Milano 3	2.351	2.088	2.708	15,19%
Mantova	1.445	2.521	1.905	31,83%
Pavia	1.145	996	798	-30,31%
Sondrio	311	266	244	-21,54%
Varese	1.918	1.957	2.394	24,82%
Vallecamonica	76	-	-	100,00%
Totale Regionale	19.401	22.178	22.755	17,29%

⁹ Per tutte le tabelle la fonte è il Bilancio Sociale Regione Lombardia, anno 2008.

Tabella 2 *Fruitori dei voucher sociali nel triennio 2006-2008 (tutte le tipologie di utenza).*

VOUCHER SOCIALI: FRUITORI (2006-2008)				
ASL	2006	2007	2008	Variazione %
<i>Bergamo</i>	<i>310</i>	<i>560</i>	<i>1.596</i>	<i>414,84%</i>
<i>Brescia</i>	<i>337</i>	<i>1.509</i>	<i>1.797</i>	<i>433,23%</i>
<i>Como</i>	<i>94</i>	<i>120</i>	<i>225</i>	<i>139,36%</i>
<i>Cremona</i>	<i>-</i>	<i>286</i>	<i>373</i>	<i>-</i>
<i>Lecco</i>	<i>77</i>	<i>87</i>	<i>253</i>	<i>228,57%</i>
<i>Lodi</i>	<i>-</i>	<i>8</i>	<i>15</i>	<i>-</i>
<i>Milano città</i>	<i>-</i>	<i>34</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
<i>Milano 1</i>	<i>512</i>	<i>697</i>	<i>957</i>	<i>86,91%</i>
<i>Milano 2</i>	<i>478</i>	<i>626</i>	<i>654</i>	<i>36,82%</i>
<i>Milano 3</i>	<i>603</i>	<i>994</i>	<i>1.273</i>	<i>111,11%</i>
<i>Mantova</i>	<i>1.506</i>	<i>2.353</i>	<i>1.309</i>	<i>13,08%</i>
<i>Pavia</i>	<i>914</i>	<i>1.067</i>	<i>1.118</i>	<i>22,32%</i>
<i>Sondrio</i>	<i>109</i>	<i>170</i>	<i>259</i>	<i>137,61%</i>
<i>Varese</i>	<i>308</i>	<i>578</i>	<i>596</i>	<i>93,51%</i>
<i>Vallecamonica</i>	<i>685</i>	<i>345</i>	<i>452</i>	<i>34,01%</i>
Totale regionale	5.933	9.434	10.877	15,30%

Tabella 3 Attivazione dei voucher sociali nel triennio 2006-2008 per distretto (tutte le tipologie di utenza).

VOUCHER SOCIALI: ATTIVAZIONE (2006-2008)							
ASL	N. Distretti Presenti sul Territorio	Attivazione					
		ANNO 2006		ANNO 2007		ANNO 2008	
		N. Distretti che hanno attivato il Voucher		N. Distretti che hanno attivato il Voucher		N. Distretti che hanno attivato il Voucher	
		V.a	Incidenza	V.a	Incidenza	V.a	Incidenza
		.	%	.	%	.	%
Bergamo	14	6	43%	12	86%	13	93%
Brescia	12	5	42%	9	75%	11	92%
Como	9	2	22%	3	33%	8	89%
Cremona	3	-	-	3	100%	3	100%
Lecco	3	1	33%	3	100%	3	100%
Lodi	2	-	-	1	50%	1	50%
Milano città	1	-	-	1	100%	-	-
Milano 1	7	4	57%	6	86%	6	86%
Milano 2	7	4	57%	4	57%	4	57%
Milano 3	7	6	86%	6	86%	7	100%
Mantova	6	4	67%	5	83%	5	83%
Pavia	9	9	100%	9	100%	9	100%
Sondrio	5	3	60%	4	80%	4	80%
Varese	12	6	50%	10	83%	10	83%
Vallecamonica	1	1	100%	1	100%	1	100%
Totale Regionale	98	51	52%	77	79%	85	87%

Tabella 4 Voucher sociale e servizi di assistenza domiciliare (tutte le tipologie di utenza), anno 2008

VOUCHER SOCIALE E SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE - Anno 2008									
ASL	No. Comuni	N. Comuni dove il Voucher sostituisce totalmente il SAD	N. Comuni dove il Voucher è erogato in sostituzione di parte delle prestazioni del SAD			Comuni dove il Voucher è erogato a integrazione del SAD	N. Comuni dove il Voucher è erogato a integrazione delle prestazioni del SAD		
			Prestaz. Complete del SAD	Prestaz. ASA	Prestaz. Educative		Integraz. Prestazioni Complete	Integraz. Prestazioni ASA	Integraz. Prestazioni Educative
Bergamo	244	-	-	15	-	31	6	72	12
Brescia	164	43	18	12	-	24	-	46	41
Como	162	54	25	26	36	26	26	26	25
Cremona	115	-	-	-	-	24	3	45	4
Lecco	90	32	-	-	-	58	4	54	-
Lodi	62	-	-	-	-	-	-	-	-
Mantova	70	28	12	-	-	-	-	-	-
Milano città	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Milano 1	78	11	-	-	6	24	-	20	11
Milano 2	46	-	5	13	4	-	-	14	-
Milano 3	63	4	2	2	-	-	-	-	-
Pavia	190	94	27	-	27	59	69	83	56
Sondrio	78	21	-	13	24	22	-	22	-
Varese	141	23	-	3	7	4	4	11	12
Valcamonica	42	42	-	-	-	-	-	-	-
Totale Regionale	1.546	352	89	84	104	272	112	393	161

Tabella 5 Numero dei soggetti accreditati per distretto, anni 2007 e 2008.

SOGGETTI ACCREDITATI: N. AGENZIE PRESENTI NEI DISTRETTI		
N. Agenzie	N. Distretti	
	2007	2008
1-2 agenzie	11	10
da 3 a 5 agenzie	23	24
da 6 a 10 agenzie	15	16
oltre 10 agenzie	23	28

Appendice C. Una metodologia di lavoro sociale : il *case management*

Di Rosaria Marotta

La cultura manageriale nelle politiche di *welfare* ha acquisito un ruolo fondamentale nel contesto dei Servizi sociali e sanitari, simultaneamente alla diffusione delle ideologie neoliberiste. Esse, insieme al managerialismo, hanno determinato in primo luogo la trasformazione degli utenti da □clienti□ a consumatori di servizi. Le persone che accedono ai Servizi hanno il diritto di decidere quale sia il più adeguato per i loro bisogni, stabilendo autonomamente di cosa hanno necessità e chi possa fornire al meglio il tipo di servizio richiesto. Non è più l'amministrazione o il singolo professionista ad arrogarsi la competenza di assumersi le scelte dell'utente. Il diritto di scelta si palesa attraverso lo sviluppo di una pluralità di offerte, grazie all'introduzione del quasi-mercato più volte citato. Per la Lombardia buoni e voucher sociali inaugurano una nuova fase, quella della concorrenza regolata e dei mercati sociali. E' un passo ulteriore rispetto al welfare mix e del quasi-mercato, in quanto l'idea delle Regione è che non basta aumentare la pluralità dei soggetti e la concorrenza, ma che bisogna dare ai cittadini la possibilità di scegliere a chi rivolgersi, per premiare chi offre migliore qualità¹⁰. Il cittadino si rivolge al cosiddetto mercato assistenziale (*care market*), dove la responsabilità delle erogazioni di prestazioni è trasferita a soggetti privati, mentre alla pubblica amministrazione resta il compito di assicurarsi delle condizioni nelle quali l'erogazione ha luogo, permettendo all'utente di scegliere, grazie all'aiuto dell'operatore sociale, come farsi aiutare. Negli ultimi anni, ma soprattutto dopo l'emanazione della l.r 03/08, la Regione ha fatto sì che il concetto della libertà di scelta rappresentasse il punto cardine nella strategia dei voucher sociali. Tale titolo sociale ha la peculiarità di sostenere la domanda facendo in modo che il cittadino sia un soggetto attivo nel processo di aiuto, con appunto il suo potere di scelta nell'acquistare beni e Servizi da soggetti accreditati. Con i buoni viceversa si va a dare una risposta solo parziale ai bisogni (si sostiene l'offerta), e gli interventi devono integrarsi nella maggior parte dei casi con le risorse messe a disposizione dalla famiglia dell'assistito (come specificato nel capitolo 7)¹¹.

E' tuttavia necessario sottolineare che buoni e voucher sociali tendono a porsi in una logica complementare con il sistema dei Servizi, di integrazione e di reciproco rafforzamento per garantire la massima libertà di scelta possibile alla persona, offrendo risorse di sostegno alle strategie di cura che ciascuno è in grado di scegliere per sé, combinando tali risorse con altre provenienti dal sistema dei Servizi, nell'ottica di modulare gli interventi e di caratterizzarli in termini di flessibilità e personalizzazione (Avanzini K., 2007, p. 115)¹².

Se da quanto detto si evince che gli attori coinvolti nel processo di aiuto sono molteplici, è altrettanto diventata una realtà l'estrema difficoltà da parte del cittadino nel districarsi e nel

¹⁰ Pasquinelli S., «Nuovi strumenti di welfare locale», in Pasquinelli S. (a cura di), *Nuovi strumenti di sostegno alle famiglie: assegni di cura e voucher sociali*, Roma, Carocci, 2007, pag. 22

¹¹ Per le definizioni di "quasi-mercato" e "libertà di scelta" si consiglia di visionare il Cap.1 di Marotta R., «Gli obiettivi della Regione», in Gori C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2010, pag. 19-32

¹² Avanzini K., «L'assegno di cura in una logica promozionale». In Pasquinelli S. (a cura di), *Nuovi strumenti di sostegno alle famiglie: assegni di cura e voucher sociali*, Roma, Carocci, 2007

coordinare la fitta rete di Servizi presenti sul territorio. A questo punto è di fondamentale importanza la valorizzazione di un modello che traduca le nuove tendenze nelle politiche di welfare. Per ovviare a questo problema si può rispolverare l'idea di *case o care management*, a seconda che l'attenzione sia posta sui singoli casi o sul processo. Tale modello nasce negli Stati Uniti, anche se attecchisce negli anni '80 in Inghilterra con le politiche neoliberiste dell'allora primo ministro Margaret Thatcher¹³, con l'obiettivo di sistematizzare il ruolo d'intermediazione degli operatori sociali tra le persone e il mercato dei servizi. Nello specifico il *case management* fa riferimento a una metodologia di lavoro professionale degli operatori sociali che allarga i tradizionali impegni di erogazione "diretta" (*casework*), per enfatizzare le competenze manageriali nella gestione dei casi, vale a dire la capacità di produrre beni assistenziali complessi attraverso l'assemblaggio discrezionale di varie prestazioni necessarie, fornite da *providers* esterni, con la fondamentale attenzione a non superare i budget di spesa precedentemente definiti¹⁴.

Il *case management* è la metodologia cruciale per l'applicazione delle politiche di decentramento e territorializzazione dell'assistenza che vanno sotto il nome di *community care*, ed è applicabile a tre categorie di utenti: anziani non autosufficienti, disabili fisici e persone con problemi di salute mentale. Il *case management* è quindi un processo integrato finalizzato ad individuare i bisogni delle persone e a soddisfarli nella maniera più adeguata, nell'ambito delle risorse territoriali disponibili, riconoscendo che tali bisogni sono unici per ogni individuo. Per questa ragione tale metodologia enfatizza la necessità che siano i Servizi ad adattarsi ai bisogni e non il contrario¹⁵. I punti fondamentali del *case management* si collocano nel contesto di una separazione tra *purchaser* (compratore di servizi) e *provider* (erogatore di servizi), condizione che dovrebbe consentire la costituzione di un mercato sociale. In questo contesto il ruolo dell'operatore diventa quello di costruire pacchetti personalizzati di servizi e di valutarne in seguito la qualità. Il *case management* prevede l'introduzione di una figura professionale che assuma il ruolo di *broker* nell'acquisto di servizi e di coordinamento degli interventi. Tale ruolo potrebbe essere ricoperto dall'assistente sociale, che chiameremo *case manager*, ma, in una logica che privilegia le competenze gestionali rispetto a professionalità specifiche, potrebbe essere una qualsiasi figura (Fargion S., 2009, p.91)¹⁶ capace di assemblare le varie prestazioni. Il *case manager*, in sede di valutazione iniziale, deve esaminare effettivamente quali sono i bisogni del richiedente per costruire un "pacchetto di prestazioni" tra loro coerenti e coordinate, offerte da attori diversi e il più possibile adatte ai bisogni dell'utente. Questo passaggio è fondamentale in quanto negli ultimi decenni i bisogni delle persone sono sempre più caratterizzati da una sostanziale complessità assistenziale. E' inoltre fondamentale la sua capacità di seguire il caso nel tempo, valutando come cambiano le condizioni dell'utente e

¹³ Per trovare approfondimenti sulla riforma del welfare e delle politiche liberiste adottate dal Ministro Thatcher M. si consiglia Folgheraiter F., *La liberalizzazione dei servizi sociali: le professioni di aiuto fra concorrenza e solidarietà*, Trento, Erickson, 2003

¹⁴ Bortoli B., «Case Management» Dal Prà Ponticelli M. (a cura di), *Dizionario di Servizio Sociale*, Roma, Carocci, 2005

¹⁵ Dal Prà Ponticelli M., *Quali prospettive per il Servizio sociale degli anni 2000? Riflessioni e ipotesi di fronte alla legge quadro di riforma dell'assistenza*, Rassegna di Servizio Sociale, n.4, 2000 pag. 4-13.

¹⁶ Fargion S., *Il servizio sociale. Storia, temi e dibattiti*, Roma, Editori Laterza, 2009.

modificando quando necessario il pacchetto di prestazioni erogate. Nello svolgimento di queste diverse funzioni è importante che l'operatore sappia costruire un dialogo continuo con l'utente e la sua famiglia, creando relazioni con i professionisti coinvolti nel processo di aiuto e con tutte le persone che fanno parte dell'ambito di vita del soggetto¹⁷.

Le fasi del Case Management

Il *case management*¹⁸ si articola generalmente in alcune funzioni fondamentali ed è importante che esse siano collegate all'interno di un processo continuativo¹⁹. Va sottolineato che, in ogni paese in cui viene adottata questa metodologia di lavoro, esistono obiettivi propri e differenti caratteristiche nelle politiche sociosanitarie. Tuttavia, per quanto ci siano diverse formulazioni, convenzionalmente l'approccio viene visto come un processo che si basa su quattro elementi principali:

- la valutazione iniziale (*assessment*);
- la costruzione del piano assistenziale individualizzato (*care planning*);
- attuazione del progetto assistenziale;
- il monitoraggio e valutazione conclusiva (*evaluation*) o verifica.

Tradizionalmente gli Assistenti Sociali si muovevano sulla base di una richiesta e identificavano con i propri utenti un problema da trattare. Invece, nel modello di *case management*, chiunque entri in un Servizio è sottoposto ad uno screening completo della situazione. Il processo prende avvio da una valutazione dei bisogni dell'utente (*assessment*) e della sua situazione economica. Il *case manager* deve entrare in contatto con la situazione e valutarla nella sua complessità, facendo riferimento sia alle condizioni dell'utente, sia al suo contesto di vita; deve esaminare la rete di relazioni, i rapporti che intercorrono tra lui e le persone che gli sono più care, le risorse assistenziali che lo sostengono e quelle che si potrebbero attivare privilegiando, quando è possibile, il mantenimento nel proprio ambiente di vita. Una volta fatto tutto ciò, viene autorizzata la predisposizione del progetto d'intervento

¹⁷ Statisticamente è evidente che buoni e voucher vengono erogati ad utenti anziani e per questo va fatta una precisazione: un efficace modello di *case management* con la persona anziana dovrebbe tenere conto oltre che dei suoi bisogni anche di quelli del *care giver*, indipendentemente dai Servizi offerti. Tutto ciò è indispensabile perché qualunque programma di intervento che si pone come obiettivo la gestione dell'anziano, non può sottrarsi da una concreta valutazione delle risorse familiari oltre che dei costi dell'assistenza. Inoltre, un efficace modello di *case management*, dovrebbe rendere partecipe la persona anziana nel portare il suo contributo nella formulazione del piano assistenziale, divenendo un destinatario attivo e non passivo di Servizi.

¹⁸ La pratica del c.m. si può esprimere in diversi modelli. La diversità di questi modelli è legata essenzialmente alle caratteristiche del soggetto istituzionale che assicura il c.m. (un ente, un libero professionista, ecc..) e al tipo di funzioni che vi vengono attribuite. Questi modelli risultano molto influenzati dal contesto del *welfare* nazionale a cui ci si riferisce. Le classificazioni più diffuse delle possibili forme di c.m. sono tre, e si distinguono per il differente uso che fanno di tale procedura: *case management* imprenditoriale, *case management* di intermediazione, *case management* multi professionale. Per ulteriori approfondimenti si consiglia Bortoli B., «Che cos'è il case management?» in Folgheraiter F. (a cura di), *La liberalizzazione dei Servizi sociali*, Trento, Erickson, 2003 pag. 164-165.

¹⁹ Barnes M., «Cittadinanza attiva e community care». In Donati P. Folgheraiter F. (a cura di), *Gli operatori sociali nel welfare mix*, Trento, Erickson, 1999, pag. 53.

individualizzato (PAI), utilizzando gli strumenti della professione sociale come i colloqui, le visite domiciliari ecc.

Effettuati i dovuti riscontri e attraverso la compilazione della scheda di valutazione, il *case manager* ha modo di avere una prima sintesi della situazione sociale dell'utente, riuscendo ad elaborare una prima analisi dei suoi reali bisogni e della possibile strategia di intervento: in questo caso la fruizione dell'assegno di cura o del voucher sociale. E' da sottolineare che ogni Comune del territorio lombardo adotta strumenti di rilevazione dei bisogni diversi fra loro; non vi è una omogeneizzazione di determinate prassi di lavoro, fondamentale soprattutto quando le prestazioni sono fornite ad utenti con bisogni multipli e complessi come gli anziani non autosufficienti. In questa prima fase di valutazione il *case manager* deve in ogni caso evitare di lasciarsi condizionare mentalmente dalle prestazioni standard disponibili, evitare cioè di «vedere» solo i bisogni che hanno già una copertura in servizi pre-organizzati tralasciando gli altri.

Il secondo passo è la definizione/costruzione di un Piano Assistenziale Individualizzato (*care planning*) e del corrispondente pacchetto di prestazioni. Si tratta di una fase in cui il *case manager*, sulla base delle indicazioni raccolte nell'*assessment*, costruisce mentalmente o per iscritto una traccia della futura organizzazione del microsistema assistenziale, con la lista delle prestazioni che si ritengono necessarie e degli impegni a carico dei vari soggetti coinvolti. Il piano deve essere concordato e ben chiaro a tutti gli interessati. Nella definizione del progetto dovrà essere indicato il bisogno a cui si va a rispondere, gli obiettivi che si vogliono raggiungere, l'ambito in cui si intende richiedere l'utilizzo di uno dei titoli sociali, specificando quale servizio si vuole attivare nel caso in cui il beneficiario sia titolare di un voucher sociale e cosa deve ricevere una volta attivato. La stesura del *care planning* è a carico dell'assistente sociale nel caso in cui ci sia da erogare il semplice buono sociale, mentre nel caso in cui l'utente sia beneficiario del voucher il progetto verrà costruito in collaborazione con il personale del soggetto accreditato per l'erogazione dei/del servizio.

Il terzo passo è l'implementazione del piano individualizzato e l'acquisto delle prestazioni. E' una fase in cui il *case manager* si adopera per dare esecuzione a quanto definito nel piano, in particolare nel decidere a quali erogatori affidarsi per avere le singole prestazioni al miglior rapporto costi-benefici.

Il quarto ed ultimo passaggio è costituito dal monitoraggio e dalla valutazione finale (*evaluation*). Una volta messo in strada il pacchetto assistenziale, si tratta di controllare in itinere la sua corrispondenza alle attese prescritte dal piano, valutando in modo particolare l'efficacia e l'efficienza delle singole prestazioni erogate e il raggiungimento degli obiettivi prefissati, anche in base al punto di vista degli interessati (utenti e *carer*). Si tratta di una funzione essenziale dal punto di vista del funzionamento del mercato assistenziale e di un sufficiente sviluppo delle dinamiche di concorrenza, in grado di assicurare la qualità al sistema

assistenziale nel suo complesso²⁰. Al responsabile del caso vanno quindi attribuite le funzioni volte a garantire la continuità di cura degli assegni e dei voucher tramite il monitoraggio degli interventi programmati dai diversi soggetti che intervengono, la verifica e la valutazione dei risultati ottenuti (Avanzini K., 2007 p.120). Anche per il monitoraggio e la valutazione della qualità del progetto assistenziale e dei servizi offerti si privilegiano, nel quadro del *case management*, metodologie quantitative e, quindi, una definizione degli standard di qualità. In una cultura manageriale che traspone logiche aziendali ai Servizi, si ritiene che la qualità del servizio possa basarsi su criteri applicabili in modo uniforme. Quindi, per esempio, la qualità di un Servizio Sociale può essere valutata sulla base di indicatori quantificabili, quali i tempi medi di attesa, il numero e la frequenza dei colloqui, il fatto che sia stato chiesto il parere di tutti i soggetti coinvolti, l'applicazione puntuale della scheda di *assessment* ecc (Fargion S., 2009, p.92).

Affinché tale metodologia sia applicabile e possa esprimersi nel migliore dei modi, è necessario che ci sia una buona integrazione tra i Servizi sociali e sanitari nei contesti in cui essa viene applicata e che i manager (formati a dovere) dispongano, oltre che di un' appropriata istruzione, del tempo necessario per svolgere le proprie funzioni in maniera adeguata. Se si analizza più nello specifico la situazione lombarda, ci si rende conto che la frammentarietà dei Servizi sociali e sociosanitari costituisce una delle principali caratteristiche della Regione.

Gli ostacoli da affrontare quando si cerca di coordinare l'intervento dei diversi Servizi pubblici sono ben noti, così come quelli che si incontrano nel tentativo di mettere il loro intervento in relazione con l'operato di famiglie, volontariato e servizi privati. Le difficoltà risultano maggiori quanto più gli utenti presentano bisogni complessi ed articolati, come ad esempio gli anziani non autosufficienti. Tale situazione produce conseguenze negative sotto diversi aspetti, a partire dall'appropriatezza: l'assenza di connessione tra gli interventi rende difficile la costruzione di "pacchetti di prestazioni" adatti ai bisogni degli utenti. La frammentazione dei Servizi diminuisce anche l'efficacia della loro azione, perché la mancanza di coordinamento limita la possibilità di finalizzare l'operato dei diversi attori impegnati nell'assistenza al raggiungimento di risultati comuni. Si presentano, inoltre, significativi problemi di equità, poiché in una situazione frammentata e confusa si organizza meglio chi ha maggiori risorse economiche, relazionali e conoscitive²¹. Notevoli speranze vengono, pertanto, riposte in una metodologia caratterizzata da integrazione delle risorse sul caso, decentramento di potere decisionale nel territorio e costruzione di piani individualizzati d' intervento, da monitorare nel tempo, finalizzati al raggiungimento di obiettivi verificabili.

Ad oggi la sfida cruciale delle politiche di de-istituzionalizzazione lombarde (e non solo) è quella di riuscire a seguire gli utenti nel proprio territorio invece che in strutture residenziali (se pensiamo ad esempio agli anziani non autosufficienti). E' pertanto necessario che ci sia un

²⁰ Sul *case manager* in effetti ricade la responsabilità di orientare gli acquisti verso le imprese (*profit o non profit*) meritevoli, essendo in possesso della competenza tecnica necessaria a comprendere quando le varie prestazioni cliniche o assistenziali siano adeguate o meno.

²¹ Bortoli B., *Teoria e storia del Servizio sociale*, Roma, NIS, 1997 pag.4.

continuo dialogo fra i diversi livelli istituzionali in gioco, per creare metodologie di lavoro comuni e omogenee sul territorio. Sicuramente i due titoli sociali di cui ci siamo occupate hanno contribuito a definire e creare nuove regole nel sistema dei Servizi e nella metodologia di lavoro sociale, rendendo il *case management* una buona prassi per il raggiungimento di tale obiettivo.

In ultima analisi va sottolineato che l'utilizzo di tale metodologia dovrebbe adattarsi al pensiero lombardo, dovrebbe cioè valorizzare il capitale sociale della famiglia e delle reti sociali informali, ponendo l'attenzione sulle risorse del tessuto comunitario in una prospettiva di sussidiarietà ed andando a smorzare l'elemento managerialistico tipico del *case management*²².

Bibliografia

Bortoli B., *Teoria e storia del Servizio sociale*, Roma, NIS, 1997.

Fargion S., *Il servizio sociale. Storia, temi e dibattiti*, Roma, Editori Laterza, 2009.

Folgheraiter F., *La liberalizzazione dei servizi sociali: le professioni di aiuto fra concorrenza e solidarietà*, Trento, Erickson, 2003.

Forder J., Knapp M., Wistow G., *Il mercato nei servizi assistenziali : analisi economica della riforma assistenziale in Inghilterra*, Trento, Erickson, 1999.

Martelli A., *La regolazione locale delle politiche sociali. Un percorso d'analisi*, Milano, Franco Angeli, 2006.

Palladino M., Cerizza T., *Case management nella realtà socio-sanitaria italiana*, Milano, Franco Angeli, 2000.

Palladino M., Corizza T., *Guida al counseling nel case management*, Milano, Franco Angeli, 2001.

Pasquinelli S., *Nuovi strumenti di sostegno alle famiglie. Assegni di cura e voucher sociali*, Roma, Carocci, 2007.

Saggi

Avanzini K., «L'assegno di cura in una logica promozionale». In Pasquinelli S. (a cura di), *Nuovi strumenti di sostegno alle famiglie: assegni di cura e voucher sociali*, Roma, Carocci, 2007.

Barnes M., «Cittadinanza attiva e community care». In Donati P. Folgheraiter F. (a cura di), *Gli operatori sociali nel welfare mix*, Trento, Erickson, 1999.

Bortoli B., «Che cos'è il case management?» in Folgheraiter F. (a cura di), *La liberalizzazione dei Servizi sociali*, Trento, Erickson, 2003.

Davies B. Fernandez J., *Come attuare un case management di successo: l'esperienza internazionale*, Prospettive sociali e sanitarie, n. 3, 2001, pp.8-12

Fernandez J e Davies, B., *Il case management: ottenere equità ed efficienza nell'allocatione delle risorse*, in Prospettive sociali e Sanitarie, n. 9, 2001

Gori C., *Quali prospettive per il case management in Italia*, Prospettive Sociali e Sanitarie, n.3, 2001, pp.1-21

Knapp M., Forder J., *La liberalizzazione dei servizi sociali: un primo bilancio*, Lavoro Sociale, n.2, 2003, pp.355-377

Pasquinelli S., «Nuovi strumenti di welfare locale», in Pasquinelli S. (a cura di), *Nuovi strumenti di sostegno alle famiglie: assegni di cura e voucher sociali*, Roma, Carocci, 2007.

²² Se si vuole approfondire la critica posta ai Servizi Sociali per l'adozione delle pratiche tipicamente manageriali si consiglia Fargion S., *Il servizio sociale. Storia, temi e dibattiti*, Roma, Editori Laterza, 2009 pag.95