Università
Ca'Foscari
Venezia

Corso di Laurea magistrale in
Lavoro, Cittadinanza Sociale, Interculturalità

Tesi di Laurea

Ca' Foscari
Dorsoduro 3246
30123 Venezia

# *Case Management* e assistenza agli anziani: il caso del progetto "*Mobile Seniorenberatung*"

**Relatore**
Ch. Prof.ssa Eleonora Montuschi

**Laureanda**
Francesca Del Favero
Matricola 824401

**Anno Accademico**
2015/2016

# Indice

Introduzione.....6
Lo "studio di caso" come metodologia di ricerca del presente lavoro.....10
Capitolo 1. La *Community Care*.....15
1. Origini e contesto di sviluppo.....15
2. Riferimenti teorici e *literature review*.....16
3. Le politiche di *Community Care*.....18
4. Il lavoro sociale di rete.....20
5. *Community Care* e *Case Management*.....26
Capitolo 2. Il *Case Management*.....28
1. Origini e definizioni.....28
2. Il processo metodologico.....34
3. Modelli applicativi del *Case Management*.....47
4. Il *Case Manager*.....49
5. Il *Case Management* con le persone anziane.....54
Capitolo 3. Il Progetto "*Mobile Seniorenberatung*".....62
1. Origini del progetto e definizione dell'ipotesi di ricerca.....62
2. Il sistema di *welfare* tedesco rivolto agli anziani non autosufficienti.....63
3. Finalità ed obiettivi del progetto.....70
4. Azioni progettuali.....74
4.1 Strumenti di implementazione.....77
4.2 Risorse umane e finanziamenti.....77
5. Analisi del progetto.....78
5.1 L'osservazione partecipante.....80
5.2 L'intervista semi-strutturata.....81
5.3 L'analisi di documenti.....84
Capitolo 4. Valutazione del progetto.....86
1. Cenni sulla valutazione.....86
2. Valutazione del progetto – Commissione valutativa Fondazione Mèdèric Alzheimer e rete Elisan.....88
3. Valutazione del modello di *Case Management* nell'ambito del progetto.....99
Capitolo 5. *Case Management* e contesto italiano.....105
1. Lavorare per progetti nei moderni *welfare*: vantaggi e limiti.....105
2. Caratteristiche del contesto socio-sanitario italiano.....111
3. Il *case management* nel contesto italiano.....112
4. Un progetto à la "*Mobile Seniorenberatung*" in Italia.....115
Riflessioni conclusive.....121
Bibliografia.....123
Sitografia.....129

Ringraziamenti.....130

# Introduzione

I paesi europei stanno attraversando una profonda crisi sociale, economica e politica. Negli ultimi decenni, diversi sono stati i mutamenti sociali, demografici ed epidemiologici che li hanno investiti e uno dei fenomeni più rilevanti è l'invecchiamento demografico. Tali mutamenti hanno imposto alle politiche sociali di confrontarsi con nuovi modelli organizzativi in grado di far fronte alla crescente complessità presente nei servizi alla persona in eta' avanzata.

Emerge quindi la necessità di aprirsi ad un sistema pluralistico e a nuove forme di cooperazione, puntando su interventi qualitativamente migliori che tengano conto dei bisogni specifici nelle diverse realtà al fine di sviluppare l'*empowerment,* ossia le "potenzialità generative" di persone e luoghi di vita. Tutto ciò richiede una ricognizione e valorizzazione delle risorse professionali al fine di superare l'approccio residuale ed assistenziale oggigiorno ancora presente, ed arrivare ad intrecciare fra loro le conoscenze dei diversi professionisti attivando azioni progettuali pluralistiche (Zilianti, 2007).

Realizzare azioni progettuali pluralistiche significa farsi carico di rispondere a richieste sociali sempre più complesse attraverso un lavoro integrato tra diversi professionisti che siano in grado di garantire interventi efficaci e sostenere le "reti sociali" presenti all'interno delle comunità, generando valore per le stesse e per i nodi di relazione presenti al loro interno.

In questo contesto risulta fondamentale operare scelte politiche e strategiche comuni ai diversi attori e stimolare il ricorso a modelli innovativi, multidisciplinari ed integrati di intervento. Il c*ase management*[1] e'uno di questi modelli.

Il presente lavoro di ricerca è nato da un'esperienza formativa svoltasi nel corso della

1 Cfr. Brunod M., Cicero S., Di Tommaso B.; a cura di, *Il Case Management: modelli e strumenti operativi nell'area dell'integrazione sociosanitaria*, in www.ausl.ra.it/files/Reportdefinitivo.pdf.

mia attività lavorativa. La partecipazione al convegno “I Centri di sollievo si raccontano”, tenutosi nel marzo 2014 a Volpago del Montello (TV), mi ha permesso di conoscere alcuni progetti pilota europei rivolti alla popolazione anziana con problemi di demenza. La referente per il progetto tedesco “*Mobile Seniorenberatung*” mi ha dato da possibilità di svolgere un'esperienza “sul campo”, che da un lato mi ha permesso di esaminare ed entrare in contatto con una nuova realtà organizzativa e professionale, dall'altro di approfondire la tematica del *case management* come modalità operativa innovativa in ambito sociale.

Il *focus* di questa mia esperienza si traduce nel presente lavoro in una descrizione e analisi critica degli aspetti progettuali e metodologici in particolare legati all’utilizzo del *case management* all'interno di un progetto rivolto ad anziani affetti da demenza.

Tale metodologia viene vista da più parti come capace di produrre risultati di “qualità” nella offerta di servizi sociali, poiché considerata un modello innovativo in questo settore.

Il mio lavoro prende quindi le mosse da una riflessione di metodo, a partire dall’analisi del progetto *Mobile Seniorenberatung*: può un progetto fondato su una metodologia di *case management* essere considerato uno strumento valido ed innovativo nell'assistenza all'anziano con demenza, e in che senso è in grado di produrre capitale sociale e favorire lo sviluppo di sistemi originali di assistenza?

Per rispondere a questa domanda ho organizzato il percorso di questo lavoro nel modo seguente.

Nel primo capitolo viene avanzata una *literature review* concernente il contesto organizzativo nel quale *il case management* ha ottenuto una posizione di rilievo: la *community care*. La *community care* propone che sia le politiche che i servizi alla persona si orientino verso forme di aiuto e sostegno basate su una prospettiva territoriale, ossia adottate all'interno della comunità locale di appartenenza degli

utenti ove, di conseguenza, si andrebbero a creare forme di assistenza miste, in cui cura formale ed informale si intrecciano. Nella seconda parte del capitolo viene approfondito il tema del lavoro sociale di rete, visto come possibile strumento di sviluppo della *community care,* in quanto esso promuove un "approccio ai problemi che tende a valorizzare la persona, il gruppo e la comunità, spostando l'attenzione sulle risorse che queste possono generare" (Zilianti, 2007, p.176).

Il secondo capitolo analizza il modello del *case management*. Una delle più recenti definizioni di *case management* lo qualifica come "processo cooperativo che accerta il bisogno, pianifica, facilita, mette in atto, coordina, controlla e valuta le opzioni e i servizi in risposta alla domanda di un individuo, attraverso la comunicazione e le risorse disponibili, al fine di raggiungere *outcomes* di qualità ed efficienti sotto il profilo economico"[2]. Questa definizione ci fa comprendere la complessità di questo approccio, il quale si struttura secondo un processo metodologico di intervento che si articola per fasi e che è necessario seguire passo a passo ai fini di una buona riuscita degli interventi. Fondamentale in questo modello risulta anche essere la figura del *case manager* in quanto figura di riferimento che ricopre il ruolo di coordinatore del progetto assistenziale. In chiusura di capitolo vengono descritte le caratteristiche del *case management* in specifico rapporto con le persone anziane (l'utenza a cui si rivolge il progetto analizzato). Gli anziani, in considerazione della natura complessa dei bisogni che presentano, rappresentano una categoria di utenza particolarmente recettiva all'utilizzo di questa metodologia, come verrà dimostrato nel resto del lavoro.

Il terzo capitolo descrive il progetto "*Mobile Seniorenberatung*" di cui vengono approfonditi origini, bisogni di partenza, finalità, obiettivi ed azioni progettuali, oltre che gli strumenti di implementazione. In questo capitolo cerco anche di evidenziare

2 Definizione approvata dalla Società Americana di *Case Management* (CMSA – *Case Management Society of America.*

la mia metodologia di analisi di questo progetto, definendo le tecniche di indagine e di rilevazione utilizzate per la costruzione della mia analisi.
È importante sottolineare che si tratta di tecniche appartenenti alla ricerca qualitativa: seguendo (Corbetta, 1999, p. 366) possono essere raggruppate in tre grandi categorie: osservazione diretta, intervista in profondità, uso di documenti.
Il quarto capitolo è dedicato alla valutazione del progetto. Nel presente lavoro vengono proposte due differenti valutazioni del progetto "*Mobile Seniorenberatung*": una prima valutazione è stata effettuata da una Commissione formata da membri della Fondazione Mèdèric Alzheimer e della rete europea Elisan. Essa, essendo stata realizzata ai fini dell'assegnazione del premio relativo al bando "Vivere con e nonostante la malattia di Alzheimer", si propone l'obiettivo di valutare la pertinenza e l'originalità del progetto rivolto alla cura di persone affette da demenza. La seconda valutazione è stata svolta da me nel corso dell'esperienza sul campo ed è relativa alla validità della metodologia del *case management* utilizzata all'interno del progetto, approfondendo anche l'aspetto dell'innovatività per lo sviluppo di modelli organizzativi originali.
Il capitolo finale affronta la tematica dell'esportabilità della metodologia del *case management* in altri contesti, nella fattispecie in quello italiano. Vengono quindi presentate le caratteristiche della realtà socio-sanitaria italiana con particolare riferimento alla frammentazione, elemento distintivo del nostro sistema. Successivamente vengono approfonditi i vantaggi che potrebbe portare l'applicazione della metodologia del *case management* nel contesto italiano ed i prerequisiti ed accorgimenti di cui tenere conto qualora si intenda implementarla. Nella parte centrale del capitolo viene presentato un confronto fra Germania ed Italia per quanto concerne le caratteristiche del progetto ed un'analisi rispetto alla sua trasferibilità nella nostra realtà. Il lavoro si conclude con una riflessione sugli esiti positivi che si

potrebbero raggiungere con una corretta applicazione della metodologia nel nostro paese.

## Lo "studio di caso" come metodologia di ricerca del presente lavoro

Il mio lavoro di indagine è stato condotto attraverso l'utilizzo di una metodologia di ricerca qualitativa, definita "*case study*" o "studio di caso". Tale metodo di ricerca sociale, utilizzato in diverse discipline come psicologia, antropologia, sociologia, servizio sociale, scienze politiche ecc., risulta particolarmente adatto per analizzare sistemi di relazioni complesse e studiare casi unici.

Ma che cos'è il *case study*? Il *case study* può essere definito come una strategia di ricerca empirica che si propone di investigare un fenomeno all'interno del contesto reale nel quale esso si manifesta (Yin, 1994), cosicché, ogni fatto rilevante per comprendere il flusso di eventi che attiene a quei fenomeni, costituisce un'informazione potenziale, che potrebbe rivelarsi quindi utile per meglio descrivere e comprendere il fenomeno stesso.[3]

L'analisi per casi viene spesso utilizzata per condurre ricerche volte ad analizzare programmi o progetti, realizzati in un determinato periodo di tempo e in uno specifico ambito territoriale di riferimento. Quando tali programmi o progetti sono sperimentali, ossia dei tentativi strutturati di introdurre elementi di cambiamento ed innovazione in un contesto definito, si parla di "progetti pilota", come vedremo è il caso di "*Mobile Seniorenberatung*".

La scelta di utilizzare la metodologia del *case study* per descrivere questo progetto

3 Cfr. Leonard-Barton D., 1990, "A Dual Methology for Case Studies: Synergistic Use of a Longitudinal Single Site with Replicated Multiple Sites", in *Organization Science*, vol. 1, n.3, pp. 248-266.

nasce dalla natura del fenomeno studiato: essendo l'oggetto di indagine complesso e ricco non è possibile applicare disegni sperimentali[4] mentre si possono opportunamente utilizzare strumenti di indagine tipici del *case study*. Inoltre, la conduzione di *case studies* avviene secondo modalità flessibili che ben si adattano alle caratteristiche dei progetti pilota, in cui generalmente vengono esplorati approcci e procedure nuovi, spesso rivisti secondo modalità appunto flessibili e rapide[5].

Lo studio di caso si fonda su basi teoriche che guidano la raccolta dei dati e la loro analisi, permettendo la tracciabilità del percorso e della logica di ricerca. L'elemento della contestualizzazione, inoltre, fa sì che lo studio di caso si sviluppi secondo modalità che garantiscono al ricercatore l'accesso a varie risorse informative e stimoli, cosicché l'analisi finale possa vertere su distinte ma multiple fonti di informazione.

La peculiarità del *case study* consiste quindi nel non avvalersi di un'unica metodica di raccolta dei dati ma di prevedere molteplici e differenziate prove e fonti, raccolte con diversi strumenti. Yin (2003) infatti, più che di una metodologia di ricerca vera e propria, definisce il *case study* una "strategia di ricerca" (p. 13):

> In other words, the case study as a research strategy comprises an all

4 I disegni sperimentali sono un metodo di ricerca valutativa che utilizzano tecniche proprie della ricerca sperimentale. Essi si distinguono in vari tipi di modelli:
- i disegni sperimentali veri e propri, in cui sono centrali i metodologici di randomizzazione e controllo (per randomizzazione si intende l'assegnazione del tutto casuale dei soggetti al campione ed ai gruppi in cui sarà suddiviso mentre per controllo si intende la necessità di "tarare" i risultati ottenuti nel gruppo sperimentale vero e proprio con un gruppo di controllo).
- i disegni quasi-sperimentali ossia quelle tecniche che si discostano in parte dal disegno sperimentale classico, soprattutto perché non possono garantire la randomizzazione;
- i disegni pre-sperimentali utilizzati per rilevare fattori legati all'analisi del processo.
Cfr. Altieri L., 2009, *Valutazione e partecipazione. Metodologia per una ricerca interattiva e negoziale*, Milano, Franco Angeli. Cipolla C., a cura di, 1998, *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, Milano, Franco Angeli, p. 588.

5 Cfr. Cipolla C., a cura di, 1998, *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, Milano, Franco Angeli.

> encompassing method – with the logic of design incorporating specific approaches to data collection and to data analysis. In this sense the case study is not either a data collection tactic or merely a design feature alone […..] but a comprehensive research strategy.

Lo studio di caso si basa su raccolte di dati effettuate direttamente sul campo attraverso diversi strumenti di ricerca, tra cui i più utilizzati sono:

- l'osservazione diretta partecipativa o non partecipativa;
- le interviste;
- i *focus group*;
- i documenti descrittivi;
- i documenti statistici;
- i questionari.

Secondo Yin (1994), nonostante il *case study* sia un approccio prevalentemente qualitativo, esso non va confuso con l'etnografia o con le ricerche basate esclusivamente sull'osservazione partecipante; anche se presenta diversi punti in comune con queste metodologie, il pregio dello studio di caso è quello di permettere l'utilizzo contemporaneo di diversi strumenti all'interno della ricerca.
Cecconi (2002) evidenzia come la forma di ricerca che lo studio assume sia definita più dall'interesse specifico per l'oggetto di indagine che dalle metodologie utilizzate e distingue fra tre tipi di caso di studio:

1. particolaristico, quando si analizza una situazione particolare con confini ben definiti;

2. descrittivo, quando il prodotto finale dello studio è una descrizione completa ed esauriente dell'oggetto di indagine;
3. euristico, quando si mira alla comprensione del fenomeno indagato attraverso la scoperta di nuovi significati, o se conferma o chiarisce ciò di cui si è già a conoscenza[6].

Al fine di realizzare uno studio di caso valido, oltre ai singoli strumenti utilizzati, è importante rifarsi ad altri criteri come l'utilizzo di molteplici fonti di evidenza (analisi di documentazione o di registri, conduzione di interviste, predisposizione di momenti di osservazione diretta o partecipante) secondo la cosiddetta "triangolazione", ovvero l'uso di due o più metodi per rivelare le caratteristiche che si intendono individuare (Yin, 2009). Come sostiene Montuschi (2011, p. 79):

> l'evidenza che si invoca a favore o contro una ipotesi raramente è affidata ad un solo fatto o ad una sola fonte. Si sostiene, anzi, che più è varia l'evidenza maggior sostegno avrà l'ipotesi che di essa si avvale. Non si tratta solo di quantità (di fatti), ma di varietà appunto. Un'espressione che cattura questa congiuntura è "evidenza multimodale", ovvero un tipo di evidenza che combina diversi "modi" o modalità di sostegno fattuale.

Esistono diverse tipologie di studio di caso; nel presente lavoro ci si focalizzerà sullo studio a caso singolo o "*holistic case study*" di tipo descrittivo[7]. Scopo dello studio di caso singolo è descrivere e comprendere la struttura complessa che individua e caratterizza il caso in sé, nella sua unicità e specificità, utilizzando l'evidenza

6 Cfr. Lucisano P., Salerni A.; 2003, *Metodologia della ricerca in educazione e formazione*, Roma, Carocci, p. 282.

7 Uno studio di caso descrittivo prende in esame il campo e la profondità dell'oggetto descritto e presenta quindi una descrizione completa di un fenomeno all'interno del suo contesto.

empirica raccolta per formulare osservazioni riguardanti temi più generali.

Considerando che il fenomeno osservato è caratterizzato da complessità ed unicità, ed al fine di garantire un adeguato livello di analisi, ho prestato attenzione ai diversi punti di vista dei soggetti agenti nel contesto indagato, i c.d. *stakeholders* o come li definisce (Corbetta, 1999) "osservatori privilegiati".

Infine mi sono posta il problema di come 'esportare' le indicazioni specifiche prodotte dall'analisi di caso su contesti diversi da quello d'origine.

# Capitolo 1

# La *Community Care*

## 1. Origini e contesto di sviluppo

Gli attuali sistemi di w*elfare* sono caratterizzati da una profonda crisi tra i macro-sistemi (le organizzazioni) e le micro-individualità (i cittadini) oltre che dalla tendenza all'autoreferenzialità (legata alle politiche di istituzionalizzazione[8] degli utenti proprie del diciannovesimo secolo). Quanto detto si traduce in una difficoltà di risposta ai bisogni sia sociali che sanitari dei cittadini. Le politiche socio-sanitarie dei governi europei stanno ri-orientando i propri obiettivi e la sfida è riuscire a potenziare la rete dei servizi socio-sanitari sviluppando un modello di "assistenza integrata" centrato sulla famiglia e sulla comunità, e volto a sviluppare pratiche di cura domiciliare e di mutuo-aiuto anche con obiettivi di cambiamento partecipato da parte dei cittadini, il c.d. "*empowerment*" (Ridolfi, 2013).

Prima di esaminare la metodologia del c*ase management* si rende necessario determinare il contesto organizzativo all'interno del quale la metodologia stessa è stata definita, ossia "una rivoluzionaria concezione generale di politica socio-sanitaria nazionale", conosciuta come c*ommunity care* (Agosti, Speziale; 2005, p. 16).

La c*ommunity care* nasce in seguito ad un movimento di opinioni noto con il nome di

8 Le istituzioni nascono come tentativo di risposta a problemi ambientali la cui soluzione richiede una stabile interazione collettiva. Con il procedere del tempo, si avvia un processo di irrigidimento di regole e di *routine* istituzionali che acquistano un carattere di scontatezza, tendendo ad un valore normativo autoreferenziale, indipendentemente dagli scopi della loro creazione (si spersonalizzano e diventano indipendenti dalla soggettività dei membri dell'istituzione). Cfr. Bravo G. su www.amm.unibs.it/content/dav/unibs/eco/gibravo/Pub/SOC.ECO/disp09-Welfare.pdf; Ferrera M., 1998, *Le trappole del welfare*, Bologna, Il Mulino.

"de-istituzionalizzazione" (*ibidem*) che accusava la scarsità di interventi differenziati, sostenendo la necessità di un'assistenza aperta sul territorio, che garantisse risposte individualizzate, distaccate dalla logica "segregante" delle istituzioni.
La c*ommunity care,* secondo Bonomi, è un approccio "fondato sul lavoro di cura da parte sia di soggetti del settore informale (servizi, organizzazioni di *advocacy*, gruppi di *self-help*, associazioni e gruppi appartenenti al Terzo Settore) sia del settore formale (settore pubblico e privato fondati su una logica di profitto): tutto ciò comporta un ripensamento di ruoli, funzioni e responsabilità dei professionisti coinvolti, quali attivatori dei diversi tipi di reti sociali" (Bonomi, 2012, p. 22).

## 2. Riferimenti teorici e *literature review*

I sistemi di w*elfare* sono, oggi, orientati ad un'organizzazione delle politiche e dei servizi alla persona basati su una prospettiva territoriale, ove il lavoro sociale di rete e lo sviluppo di collaborazioni con nuovi soggetti del territorio rappresentano lo stimolo verso forme di c*ommunity care.* Le prime esperienze europee di c*ommunity care* nascono verso la fine degli anni cinquanta del secolo scorso in Gran Bretagna; il termine significa "cura della comunità", una cura che si intende rivolta verso se stessa e non limitata ad una "cura nella comunità" (Zilianti, 2007, p. 190).
La *community care* è stata definita, in prima istanza, in termini negativi, vale a dire come semplice contrasto rispetto alla cura pre-moderna costituita dalle istituzioni segreganti, il cui prototipo sono state le *workhouse* britanniche (Bortoli, 1997). Sotto la stessa etichetta e sotto lo stesso significato comprensivo di "tutte le forme di cura non macroresidenziali" riconducibile cioè alle possibilità presenti all'interno della propria comunità locale, possiamo trovare altre diverse concezioni. Le forme di assistenza possibili nella comunità sono di diverso ordine logico ma tutte vengono

denominate, a vario titolo, *community care*[9]. Vengono distinte, astrattamente, tre di queste concezioni, non necessariamente disgiunte nella pratica:

1. La prima è statutaria (formale) e tradizionale: prevede la fornitura di prestazioni professionali, in genere standardizzate, alle persone che vivono a domicilio; tali prestazioni possono essere erogate dalla pubblica amministrazione e/o da fornitori privati in convenzione (Bayley, 1973) .
2. La seconda è invece comunitaria in senso pieno, essa può essere vista sia come progresso che come regressione rispetto alla precedente, a seconda del significato che le si vuole attribuire (*idem*). Essa consiste nell'aspettarsi che gli aiuti emergano in "forma spontanea" dalla comunità stessa, in primo luogo dalla famiglie e quindi, di fatto, dalle donne (Lewis e Meredith, 1988; Dominelli, 2002).
3. La terza appare più sofisticata ed è stata sostenuta da Bulmer (1987). Tale concezione sostiene che le cure debbano essere "intrecciate" (*interweaved*) o miste rispetto alle dicotomie, solo apparentemente poco conciliabili, sovra elencate (formale o informale, statutario o comunitario, organizzato o spontaneo).

I primi due significati sono stati individuati da Bayley (1973) il quale ha riformulato l'espressione *community care* in due modalità:

1. *care in the community* (cura nella comunità) cioè come aiuti forniti da organizzazioni ad hoc all'interno dell'ambiente di vita della persona che ne usufruisce;
2. *care by the community* (cura della comunità) cioè come aiuti emergenti dalla comunità stessa.

Quando si parla di *community care* è possibile riferirsi ad una formula organizzativa

9 Cfr. Fogheraiter F., Raineri M. L.; 2004, Voce di dizionario "Community Care", in *Lavoro Sociale*, vol. 4, n. 3, Trento, Erickson.

di natura reticolare in cui le politiche o gli interventi professionali dovrebbero ricercare e sostenere le diverse istanze. Da un lato, va visto come irrinunciabile l'impegno dello Stato (Bauman, 1998) e dei sistemi professionali, e dall'altro va considerato fondamentale l'impegno privato e comunitario dei soggetti sociali (Folgheraiter, Raineri; 2004). L'ottica è quella di un *empowerment* concepito in termini di piena reciprocità e di reciproco potenziamento tra le varie istanze coinvolte nei processi di cura (Folgheraiter, 1998).

## 3. Le politiche di *Community Care*

Si dice c*ommunity care* un orientamento idealtipico delle politiche socio-sanitarie moderne, assunto ormai come concetto guida dato per scontato in tutti i *Welfare* degli Stati occidentali, siano essi di orientamento politico socialdemocratico, liberista o di "terza via" (Giddens, 1998; Donati, 2002; Harris 2002).

Alla base di questa politica vi è l'idea che le misure assistenziali a favore delle categorie sociali più deboli (come anziani non autosufficienti, persone con disagio mentale ecc.) debbano essere adottate all'interno della comunità locale di appartenenza e quindi nei luoghi in cui queste persone hanno condotto la propria vita anziché in strutture residenziali nelle quali vengono razionalizzate e standardizzate le cure.

Gli aspetti caratterizzanti la politica della c*ommunity care* sono stati indicati da Payne (1998) facendo riferimento ai seguenti punti principali:

- interessa persone che necessitano di assistenza a lungo termine;
- la deistituzionalizzazione è uno dei suoi principali obiettivi;
- mira alla creazione di "un'economia mista di assistenza";
- assegna la priorità all'assistenza informale;
- incoraggia la partecipazione dei cittadini e la loro possibilità di scegliere i

soggetti erogatori dei servizi assistenziali e la qualità dei servizi stessi;

- l'assistenza verrà fornita in seguito ad un'attenta valutazione dei bisogni delle persone interessate (i servizi saranno "guidati dai bisogni";
- si pone come obiettivo anche il contenimento dei crescenti costi dell'assistenza sociale fornendo, al contempo, servizi a un maggior numero di persone.

Il cambiamento della politica sociale è evidente: "la cura informale entra a far parte di programmi e progetti tesi al miglioramento delle condizioni di vita della popolazione, in uno scenario che intreccia i diversi tipi di assistenza formale con quello informale" (Zilianti, 2007, p. 191). Nell"intreccio" tra reti formali e informali troviamo la possibilità di un esito efficace degli interventi sociali, in quanto capace di massimizzare le complementarietà in un contesto ove sono riscontrabili limiti oggettivi alla quantità di *care* che i servizi pubblici possono erogare e minori capacità delle reti primarie di rispondere ad una domanda di assistenza in espansione, considerati i trend demografici e sociali (Bulmer, 1992).

Il presupposto di queste riforme prevede, come già anticipato, che sia anche la comunità ad assumersi la responsabilità dei propri membri, e "questo processo di progressiva propensione verso la comunità, e la sottostante filosofia, è indicato con il nome di normalizzazione", di cui Folgheraiter (1994) enuncia i principi:

- La persona con problemi deve ricevere le cure nei normali contesti di vita e non in ambienti creati appositamente a questo scopo. A tal proposito si fa riferimento all'approccio ecologico che si pone l'obiettivo di migliorare qualitativamente l'ambiente umano e istituzionale che accoglie le difficoltà, lavorando all'autorealizzazione personale direttamente con l'utenza.
- La persona già in difficoltà per i propri problemi non deve ricevere ulteriori limitazioni dalle strutture degli interventi di cura.

- L'approccio ecologico della normalizzazione deve indirizzarsi sulla famiglia e sulle sue relazioni, valorizzando il ruolo centrale che assume nel favorire un'efficace funzione di assistenza e cura. È difficile pensare ad un processo di cura nel quale la famiglia non venga presa come punto di riferimento primario proprio per le capacità sovra citate; contemporaneamente sono imprescindibili il supporto e la collaborazione con essa dei servizi istituzionali.

Zilianti (2007, p. 191) sostiene che "la normalizzazione porta con sé l'appropriatezza e l'umanizzazione delle cure, cercando di offrire le opportunità della vita normale all'interno della stessa normalità della vita di coloro che sono a rischio o in svantaggio, rinforzando le risorse presenti o sollecitandone di nuove possibili". L'obiettivo ambizioso delle politiche di c*ommunity care* è quello di creare una collettività che sia in grado di responsabilizzarsi e di promuovere la comunità, evitando l'appiattimento sui servizi ma non esonerando la responsabilità pubblica.

## 4. Il lavoro sociale di rete

Come precedentemente anticipato, il lavoro sociale di rete svolge un ruolo molto importante in quanto rappresenta un possibile strumento di sviluppo della c*ommunity care*. Appare importante soffermarsi sul concetto di lavoro sociale di rete al fine di fornire un quadro più completo del concetto di c*ommunity care.*

Bezoari e Petrella (1983) auspicano lo sviluppo di un modello reticolare poiché esso rappresenta non solo una rete di servizi “fisici”, ma anche ciò che l’ambiente di vita di ogni individuo porta con sé; cioè persone, affetti, esperienze, situazioni.

Si è appena accennato al concetto di modello reticolare; è importante, innanzitutto, sottolineare che non esiste una definizione univoca di rete bensì diverse descrizioni. Mitchell (1969), per esempio, definisce la rete come "un insieme specifico di legami

che si stabiliscono fra un insieme ben definito di persone; le caratteristiche peculiari di questo legame permettono di comprendere e dare senso ai comportamenti sociali delle persone in esso coinvolte". L'antropologo Barnes (1972) considera le reti in senso analitico, descrivendole come "insieme di punti congiunti da linee; i punti rappresentano le persone e anche i gruppi e le linee indicano quali persone stiano interagendo con ogni altra". Successivamente, Bott (1957) introduce il concetto di reti "a maglia aperta" al cui interno i membri che interagiscono, si conoscono e si frequentano reciprocamente sono pochi; e di reti "a maglia chiusa", caratterizzate da un alto grado di connessione interna ove molte persone si conoscono e si frequentano.

Seguirono altri studi sociologici che approfondirono la conoscenza della rete sia dal punto di vista strutturale che funzionale, mettendo in rilievo la natura degli scambi e i loro effetti, e identificandola come "dimensione simbolica" con particolare riferimento alla reciprocità dei legami[10].

La letteratura classifica le reti in base al loro carattere di "vicinanza" fisica e relazionale rispetto al soggetto e di "formalizzazione" dei rapporti fra i membri coinvolti nella rete. Si possono distinguere due tipologie principali di reti sociali:

- le reti primarie sono costituite dalla famiglia e dalle relazioni amicali, i legami che si stabiliscono sono basati sulla reciprocità e sono di natura affettiva. Esse svolgono funzioni di sostegno, di protezione, di sviluppo dell'identità del soggetto che ne fa parte oltre a rappresentare una fonte di affettività e/o affinità[11].

10 Cfr. Freeman L. C., 1979, "Centrality in the Social Networks: Conceptual Clarification" in *Social Networks,* I, Lausanne, Elsevier Sequoia S.A.; Castells M., 2002, Milano, *La nascita di una società in rete*, Milano, Università Bocconi collana Paperback; Chiesi A. M., 1999, *L'analisi dei reticoli*, Milano, Franco Angeli.

11 Cfr. Bianchin M., Girolamo S., Gramaglia C.; 2009, Organizzazioni in rete in *Lavoro sociale*, Trento, Erickson.

- le reti secondarie formali sono costituite dalle istituzioni, create per offrire determinati servizi agli utenti. Esse sono reti ufficializzate nella loro esistenza e caratterizzate da una precisa struttura e funzione (Ferrario, 1992). Il legame che la persona instaura con questa rete è asimmetrico in quanto basato sui ruoli e gli scambi fondati sul denaro o sul diritto (Sanicola, 1994).
- le reti secondarie informali sono costituite da associazioni, organizzazioni e gruppi di volontariato; nascono per iniziativa di alcuni membri delle reti primarie per rispondere a propri bisogni, gli scambi di servizi sono poco formalizzati e di durata limitata nel tempo. Queste reti riguardano l'insieme dei servizi erogati al di fuori di qualsiasi competenza professionale; le prestazioni si diversificano a seconda del tipo di rapporto esistente tra il soggetto erogatore e l'utente, implicando spesso un coinvolgimento affettivo del *caregiver* (Di Nicola, 1998).

Le reti informali sono costituite dalle reti primarie e dalle reti secondarie informali, che si contrappongono al sistema formale rappresentato dai servizi e dagli interventi promossi dagli organi istituzionali (Folgheraiter, 2000).

Il lavoro di rete si pone l'obiettivo di puntare l'attenzione sulle relazioni sociali, sul loro mantenimento, sviluppo e coinvolgimento. Folgheraiter (1994) lo considera un "approccio complesso" non perché esso sia, di per sé, complesso ma perché confacente alla complessità. Infatti, con azioni semplici (principalmente di tipo organizzativo), favorisce l'evoluzione di processi che, racchiudendo una propria forza o un proprio codice di sviluppo, lentamente si realizzano, anche se la loro complessità appare al di fuori di uno stretto controllo intenzionale. Anche se gli operatori possono avere la sensazione di essere loro che costruiscono la soluzione, in realtà quest'ultima, stimolata, si fa da sé.

Tale approccio, secondo Folgheraiter (1998) guarda alla realtà nell'ottica della

relazionalità: ciò significa che né i problemi sociali né il benessere sociale sono delle realtà singole e unidimensionali. Piuttosto il problema sociale è il risultato dell'interazione tra più dimensioni interne ed esterne all'individuo (dimensione fisica e organica, psichica, cognitiva e comportamentale, affettiva ed emotiva nonché sistema ambientale, economico, culturale, relazionale ecc.), ma è anche il frutto delle relazioni esistenti tra più soggetti coinvolti in una determinata situazione problematica. Allo stesso modo, anche il benessere sociale è una realtà relazionale: scaturisce dall'integrazione armonica tra dimensione esterna ed interna all'individuo, ed è anche il prodotto di una rete di soggetti in relazione tra loro. I problemi individuali vanno quindi visti come strettamente correlati al tessuto relazionale e alla qualità dell'ambiente in cui la persona è inserita. Quindi nel lavoro di rete l'intervento andrà ad evidenziare la rete relazionale disturbata o carente[12].

Gli operatori che adottano l'approccio di rete attivano e facilitano le relazioni dentro la comunità e possono, al tempo stesso, accrescere il potere che la comunità ha di accogliere al proprio interno i suoi problemi e le sue fragilità. É necessario fare questo, tuttavia, in un'ottica di integrazione con i servizi formali coinvolti affinché gli interventi risultino soddisfacenti.

Sarebbe limitativo, sostiene Folgheraiter (1994), pensare che la c*ommunity care* possa coincidere solo con l'insieme degli aiuti informali che spontaneamente si determinano al suo interno, proprio perché ritenuti insufficienti a fronteggiare con le loro sole forze gli innumerevoli problemi che derivano dalla gestione di servizi molto complessi diretti alla salute e all'assistenza. Si dovrebbe parlare quindi di "care intrecciata" fra reti formali e informali, fra professionalità e figure semi-professionali, fra pubblico e privato.

---

12 Cfr. Folgheraiter F., 1994, *Teoria e metodologia del servizio sociale: la prospettiva di rete*, Milano, Franco Angeli; Breviglieri M., a cura di, 2005, *Case Management: intervento per i minori in stato di disagio nel Distretto del Destra Secchia*, Mantova, Cooperativa Alce Nero.

Bulmer (1992) ha evidenziato la difficoltà di creare un intreccio "virtuoso" tra servizi formali e informali, ritenuto necessario per la realizzazione di interventi di c*ommunity care* esaustivi. Al fine di raggiungere ciò, è necessario che soggetti formali e informali lavorino in maniera coordinata e sinergica: realizzando quindi un nuovo equilibrio dei rapporti orientato ad una maggiore paritarietà e collaborazione attraverso la promozione di un'attivazione dal basso, una maggiore responsabilizzazione della comunità e un ridimensionamento del ruolo delle istituzioni, che non deve trasformarsi però in un pretesto per delegare le proprie responsabilità sociali alla comunità[13]. Donati rende l'idea attraverso l'immagine proposta da Folgheraiter (1994) del "benessere sociale che poggia su due gambe, di cui una è quella istituzionale e l'altra è quella cosiddetta informale".

Il lavoro di rete parte proprio da questi presupposti per reimpostare le politiche di c*ommunity care: "*una nuova assistenza comunitaria nella quale i cittadini non sono più soltanto solo dei consumatori, ma anche produttori di benessere da coinvolgere attivamente nella programmazione e attivazione delle politiche sociali" (Saporiti, 2003, p. 39). Una comunità che si senta investita dei processi di cura che la riguardano considerandoli come un interesse e un investimento comune può realizzare degli interventi di *community care* efficaci. Tutto ciò richiede un forte impegno politico a livello territoriale; cioè le scelte politiche e gestionali devono essere calibrate sulle esigenze di quel territorio.

Secondo Murphy (1991) ogni piano teso all'istituzione di *community care* deve seguire alcuni principi generali; primi fra tutti quelli di autodeterminazione e autonomia che diventano fine e mezzo per una salute di comunità, stimolando le persone a risolvere i propri problemi con le risorse disponibili. Si devono, inoltre,

13 Cfr. Bulmer M., 1992, *Le basi della Community care. Sociologia delle relazioni informali di cura*, Trento, Erickson; Saporiti A., 2003, *Reti sociali e qualità della vita dei grandi anziani: uno studio in Molise*, Catanzaro, Rubbettino.

creare strutture specifiche che assicurino protezione e ospitalità riducendo la segregazione che spesso, per esempio per anziani, pazienti psichiatrici e disabili si traduce in stigma e isolamento. Le strutture dovrebbero avere come caratteristica principale l'accessibilità all'utente sia in termini spaziali che temporali, ciò al fine di ridurre lo stress che accompagna tale contatto difficoltoso. I servizi e le strutture dovrebbero essere equamente distribuiti sul territorio ed avere personale formato, in grado di operare trattamenti calibrati sui bisogni specifici dell'utenza[14]. Attraverso il rispetto di questi principi egli auspica che la *community care* possa assicurare:

- accessibilità ai servizi;
- rispetto della rilevanza dei bisogni della comunità;
- controllo dell'efficacia dell'operato;
- equità nella distribuzione delle risorse;
- efficienza ed economia nell'utilizzo delle risorse.

Il significato dell'approccio di rete si evidenzia maggiormente se collocato nel contesto della prospettiva comunitaria del lavoro sociale; Rossi (2000), per rendere più chiara l'idea di come il lavoro di rete possa essere considerato un acceleratore, riporta tre esempi:

1. La comunità delle famiglie con analoghi problemi.

Attraverso il lavoro di rete è possibile sviluppare relazioni tra famiglie che presentano esperienze comuni (lo stesso tipo di problema), evitare l'isolamento e creare un collegamento in una rete creando un primo livello di *community care*. Qui non si tratta di comunità in astratto, ma della cura di una parte della comunità più sensibile al problema.

2. La comunità di persone estranee (i volontari).

14 Cfr. Cerati G., 2003, *Il case manager nei dipartimenti di salute mentale della Regione Lombardia*, Milano, McGraw-Hill Education; Murphy E., 1991, Community Care for people with mental illness, in *After Asylum*, London-Boston, Faber and Faber limited.

La comunità può e dovrebbe andare oltre la cura mutuale. Creare *community care* significa anche promuovere la disponibilità di persone o famiglie c.d. "sensibilizzate", cioè disponibili a collaborare qualora emergano problemi nella comunità, anche se non li vivono direttamente. Gli operatori dovrebbero fungere da anello di congiunzione tra la situazione problematica e le persone che si rendono disponibili in modo che si possa creare una prima forma di rete, definita da Folgheraiter (2006) come rete "cognitiva". Raggiunta questa prima forma di rete, si deve attivare un processo relazionale affinché possa realizzarsi una vera e propria rete, con contatti stabili e programmati. Nella *community care* l'operatore è il costruttore di reti. L'operatore, pertanto, crea lavoro di rete quando riesce a rilanciare all'esterno del servizio le situazioni di disagio che vi confluiscono; è auspicabile che la comunità faccia ciò che è in grado di fare, naturalmente con il supporto e la collaborazione dell'operatore.

3. La famiglia come comunità accogliente.

Anche la famiglia può fungere da rete, questo avviene quando le famiglie stesse si rendono disponibili ad accogliere al loro interno situazioni di disagio.

## 5. *Community Care* e *Case Management*

Quanto detto finora, ci porta ad affermare che le politiche di *community care* investono la comunità dei processi di cura ed autonomizzazione e fornisco agli utenti il diritto di scelta come parte essenziale ed integrante dei servizi. Secondo Folgheraiter (1991) i fondamenti della *community care* si possono riassumere nell'idea innovativa di portare la salute, intesa come stato di benessere fisico, psichico e sociale nella comunità, sviluppando una rete di servizi integrati, accessibili ed efficaci sulla base delle risorse tecnologiche, economiche e umane disponibili. Gli interventi di cura organizzati nell'ottica di questo modello, possono essere lesi però

dalla scarsa flessibilità nell'utilizzo delle risorse assistenziali, dalla difficoltà di coordinamento dell'operato degli attori coinvolti e dalla scarsa corrispondenza tra le richieste degli utenti e l'offerta dei servizi (Agosti, Speziale; 2005). Il riposizionamento degli attori nella scena terapeutica, in particolare relativamente al cambiamento del soggetto curante, rappresenta il primo passo verso lo sviluppo di una rete integrata di interventi nel territorio.

Un'altra criticità evidenziata da Payne (1998) riguarda i costi; secondo l'autore, se lo Stato spera di utilizzare la politica della *community care* per arginare l'aumento dei costi e contestualmente per soddisfare la crescente domanda di assistenza secondo modalità che riducano tale aumento (occupandosi quindi di un maggior numero di persone con la stessa quantità di denaro), deve tenere conto che tutto ciò andrebbe a gravare ulteriormente sull'assistenza informale e in qualche caso anche su quella professionale. Tutto ciò si rivelerebbe un ulteriore costo non soltanto in termini finanziari.

L'autore si aspetta che, mediante l'attuazione di riforme di *community care*, i governi possano fornire un maggior numero di servizi di qualità elevata. Tale orientamento punta a ridurre le spese superflue del sistema, in particolare riducendo i costi relativi alle istituzionalizzazioni non necessarie.

La mercatizzazione e il *case management* rappresentano gli strumenti fondamentali per fornire servizi di qualità e contenere l'aumento dei costi, mediante il controllo della domanda. Cruciale si rivela il modo in cui la metodologia del *case management* viene applicata, al fine di raggiungere l'obiettivo di rendere il sistema più flessibile professionalmente e più rispondente ai bisogni dell'utenza.

# Capitolo 2

# Il *Case Management*

## 1. Origini e definizioni

Il *case management,* letteralmente “gestione del caso”, è uno strumento metodologico fondamentale per l'applicazione delle politiche di decentramento e territorializzazione dell'assistenza (*community care*) e dell'assistenza continuativa (*long-term care*).

Si tratta di un modello empirico nella realizzazione di percorsi di cura, atto a favorire l'efficacia e il controllo dei costi attraverso la massima individualizzazione delle risposte ai bisogni socio-sanitari degli utenti (Santulo, 2001).

Il *case management* nasce negli Stati Uniti, le prime esperienze risalgono al lontano 1863 quando in Massachusetts, durante la guerra di Secessione, le associazioni con finalità caritatevoli appartenenti all'area dei servizi sociali introdussero il principio di coordinamento dei volontari e dei servizi pubblici destinati ai meno abbienti (Hussein, 1998). Una tappa fondamentale per lo sviluppo del *case management* è rappresentata dal movimento di "deistituzionalizzazione", avvenuto nei primi anni settanta del secolo scorso; pochi anni dopo questo modello è stato importato dapprima in Gran Bretagna[15], con le politiche di *community care*, e successivamente in altri paesi europei. Il movimento di "deistituzionalizzazione" si proponeva di far uscire i malati e gli insufficienti mentali dagli istituti al fine di permettere loro di reinserirsi nella comunità. L'uscita dagli istituti si rivelò però spesso “selvaggia”, non

15 Il modello è stato importato in Gran Bretagna a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso nel campo delle nuove politiche socio-sanitarie rivolte in particolare alla salute mentale, all'assistenza ai minori e agli anziani.

era infatti accompagnata da un progetto di supporto e di accompagnamento per un adeguato reinserimento nella comunità dei pazienti. I malati passavano velocemente dall'ambiente protetto dell'istituto alla complessità della vita nella società e questo creava problemi di riadattamento. Il *case management* nacque proprio per ovviare a questo tipo di problematica. L'obiettivo era quello di rispondere ai bisogni delle persone che presentavano problemi nel raggiungere un equilibrio all'esterno dell'istituzione. Questo modello di intervento, però, si scontrò da subito con la necessità di coordinare la rete dei servizi. La settorializzazione, infatti, impediva un approccio olistico allo studio del caso (Cimino, 2015). Quando, dapprima negli Stati Uniti e poi in Europa, i movimenti professionali e politici che spingevano a trasferire l'assistenza dalle istituzioni chiuse alle comunità locali divennero significativi, si avvertì la necessità di coordinare le risorse. Le logiche organizzative "dal basso" proprie del *case managemen*t cominciarono a prevalere, in opposizione all'idea che il coordinamento dovesse avvenire "dall'alto", e cioè da organizzazioni strutturate[16]. Inizialmente l'attenzione si concentrò sul reinserimento nella comunità dei pazienti psichiatrici ricoverati nei manicomi. Solo successivamente il *case management* si propose di raggiungere anche altri soggetti della popolazione: un'indagine di Weil et al. (1985) descrive questo modello applicato a minori e anziani e alle loro famiglie, a persone con difficoltà di apprendimento o fisicamente disabili. Fra i principi ispiratori di questo modello, vi è quello dell'integrazione, intesa come affermazione del diritto di ogni cittadino, indipendentemente dal suo stato di salute o economico-sociale, di godere di normali condizioni di vita.

La caratteristica fondamentale del modello nordamericano di *case management* è che i servizi non vengono forniti all'interno delle istituzioni, ma si realizza un "accompagnamento nell'ambiente di vita della persona". Guay (2000) sostiene che

16 Cfr. Guay J., 2000, *Il case management comunitario*, Napoli, Liguori; Payne M., 1998, *Case management e servizio sociale*, Trento, Erickson.

questo fattore conferisca tre caratteristiche principali al *case management*:

1. Il pragmatismo.

Gli interventi effettuati nell'ambiente di vita devono necessariamente tenere conto delle problematiche quotidiane. Stein (1987) sottolinea l'importanza di assicurarsi che i bisogni di base (alloggio, nutrimento ecc.), che nelle strutture vengono soddisfatti senza difficoltà poiché forniti dalla struttura stessa, vengano soddisfatti anche nella comunità prima di affrontare altri bisogni che potrebbero favorire il riadattamento alla comunità (gestione delle finanze, impiego). Un vantaggio derivante dall'accompagnamento nell'ambiente di vita è la possibilità di intervenire precocemente per sostenere l'utente nel momento stesso in cui vive la difficoltà, modificando gli interventi con il mutare delle problematiche.

2. L'accento centrato sulle competenze e le capacità della persona.

Il *case management* si fonda sul principio di "normalizzazione", quindi pone l'accento sulle capacità e attitudini delle persone piuttosto che sulle patologie o sui comportamenti disfunzionali. L'utente non è più quindi destinatario, ma promotore e quindi parte attiva del percorso di guarigione. Si afferma dunque il principio di autodeterminazione al quale "si accompagna, quale necessaria conseguenza, la partecipazione dell'utente al processo di aiuto. Il soggetto del percorso di aiuto non è quindi soltanto o primariamente l'operatore, ma l'utente stesso che ne diviene l'attore principale" (Chicco, 2006).

3. La polivalenza.

I bisogni delle persone non sono settoriali come i servizi, ma sono correlati fra loro (bisogni economici, sociali, di salute fisica). Occorre dunque che l'utente possa rivolgersi ad una figura di riferimento che sia anch'essa polivalente, sia a livello di tipologia di intervento (dato che interviene su tutte le sfere della vita dell'utente), sia a livello di ruolo (deve essere mediatore, difensore dei diritti, professionista ecc.) per

rispondere efficacemente alla complessità dei bisogni. Il c*ase manager,* di cui si approfondirà successivamente, è quindi una figura duttile, prossima e poliedrica, capace di diversificare interventi e ruoli.

Si delinea così un modello di *case management* capace di affrontare l'aumento di complessità degli obiettivi dei servizi. Gli obiettivi principali dei servizi*,* secondo Davies (2001), vanno in tre direzioni:

1. Il mantenimento delle persone non autosufficienti (soprattutto anziani e malati psichici) nella propria abitazione, al fine di garantire una migliore qualità della vita;
2. La diminuzione dello stress per i *caregiver* informali, anch'essi da considerarsi utenti;
3. L'utilizzo efficace ed efficiente delle risorse pubbliche e la riduzione della crescita dei costi.

Ma come possiamo definire il *case management*?

In termini generali, esso viene opportunamente definito da Gasparre (2005, p. 221) come "una metodologia applicata, orientata agli utenti che presentano più ambiti problematici e hanno difficoltà ad acquisire, organizzare o sfruttare gli aiuti necessari e/o disponibili".

Nello scenario delle pratiche formali d'aiuto, il *case management*, è in termini più specifici un approccio basato sul presupposto che un soggetto si faccia carico del coordinamento delle varie prestazioni di aiuto, erogate da diversi soggetti, rispetto ad un caso singolo o familiare di disagio (Folgheraiter, 1994). Tale approccio facilita "la traduzione in pratica del coordinamento fra il settore pubblico e il settore privato e informale" (Payne, 1998, p. 76), prevedendo *èquipe* o reti di professionisti che lavorano coordinandosi e mettendo assieme le proprie competenze e risorse per aiutare singoli utenti a superare le loro difficoltà (Maguire, 1989). Payne ricorda che

le esperienze americane di *case management* più riuscite furono proprio quelle basate una *èquipe* multidisciplinare e non sul lavoro di una sola persona. A tal proposito l'autore cita il programma di Stein e Test denominato “modello del *Wisconsin*”, in cui l'integrazione tra le componenti viene fornita proprio attraverso il lavoro di *èquipe.*

Considerata la complessità che contraddistingue questo modello di intervento, non esiste un'unica definizione di *case management*; tuttavia, nel corso della storia sia straniera che italiana, vi sono stati numerosi autori che si sono impegnati nella ricerca di una definizione onnicomprensiva.

Weil e Karls (1985, p. 2) definiscono il *case management* come "un insieme di passaggi logici e un processo di interazione all'interno di una rete di servizi, il quale processo garantisce che un assistito riceva i servizi di cui necessita in modo partecipato, efficace ed economicamente ottimizzato".

Moxley (1989, p. 11) lo definisce "una strategia a livello dell'utente per promuovere il coordinamento delle risorse umane, delle prestazioni, dei sussidi. I suoi effetti più significativi [...] sono: l'integrazione dei servizi nell'ambito di grandi insiemi di organizzazioni e il conseguimento della continuità dell'assistenza".

Una delle più recenti definizioni approvate dalla Società Americana di *Case Management* (detta *CMSA - Case Management Society of America)* qualifica il *case management* come "processo cooperativo che accerta il bisogno, pianifica, facilita, mette in atto, coordina, controlla e valuta le opzioni e i servizi in risposta alla domanda di un individuo, attraverso la comunicazione e le risorse disponibili, al fine di raggiungere *outcomes* (esiti) di qualità ed efficienti sotto il profilo economico".

L'importanza attribuita al "livello dell'utente", sostiene Payne, evidenzia come anche il lavoro che si svolge fra organizzazioni e servizi sia basato sui bisogni personali dell'assistito e dovrebbe sempre attenersi a tale livello. Ovviamente non vanno trascurate le logiche manageriali e burocratiche ma si lavora a partire dai bisogni

dell'utente.

Gli obiettivi del *case management* sono riassumibili in sei punti principali[17]:

1. rendere possibile il coordinamento tra professionisti per rispondere in modo integrato ai bisogni di persone in stato di disagio;
2. favorire la condivisione di un metodo di lavoro tra figure professionali diverse e la condivisione di responsabilità;
3. favorire l'integrazione tra risorse formali ed informali diverse al fine di migliorare complessivamente l'appropriatezza del sistema e del servizio ai beneficiari;
4. favorire un uso razionale ed efficiente delle risorse disponibili;
5. permettere un controllo relativo all'uso delle risorse e alla loro corretta allocazione;
6. rispetto alla popolazione anziana non autosufficiente, evitarne l'istituzionalizzazione quando ciò risulterebbe inappropriato in termini di qualità della vita e di costi.

Il *case management* può quindi essere definito come "un processo integrato finalizzato ad individuare e soddisfare i bisogni degli individui, orientato e modellato alla persona, che ha come fine il raggiungimento degli obiettivi di assistenza individuale nel miglior modo possibile e considerate le risorse disponibili, in termini di efficienza, efficacia ed economicità" (Raucci, Spaccapeli; 2013, p. 149).

La ragione dell'attuale rilevanza del *case management* è legata al fatto che tale approccio fornisce un insieme di strumenti pratici che facilitano il collegamento fra assetti organizzativi e risorse ed operatività agli scopi delle politiche socio-sanitarie all'interno di una società in rapida trasformazione, ove le esigenze di aumentare il

17 Cfr. Davies B., Fernandez J.; 2001, Come attuare un case management di successo: l'esperienza internazionale, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n.9; G. Bissolo, L. Fazzi, a cura di, 2005, *Costruire l'integrazione socio-sanitaria*, Roma, Carocci, p. 221.

coordinamento, l'efficacia e l'efficienza degli interventi si fanno sempre più pressanti (Gasparre, 2005).

## 2. Il processo metodologico

Il *case management* fornisce logiche e modalità per collegare le complesse finalità dei servizi agli strumenti per raggiungerle in pratica (Fazzi, 2005). L'approccio si struttura secondo un processo metodologico di intervento articolato in cinque fasi, indicate, come segue, da Payne (1998):

1. valutazione iniziale o *assessment*;
2. *care planning* (costruzione del piano assistenziale individualizzato);
3. implementazione del piano assistenziale (o messa in atto del progetto assistenziale);
4. monitoraggio e revisione del progetto;
5. verifica finale ed eventuale chiusura del caso.

Fazzi (2005) individua anche una fase precedente alla valutazione iniziale, consistente nell'individuazione dei casi.

Al fine di offrire un quadro più completo verranno analizzate le peculiarità di ciascuna fase[18]:

Prima di tutto, per la buona riuscita di un intervento di *case management,* è necessario operare il c.d. *case finding* che consiste nell'individuare il caso appropriato per l'applicazione di tale metodo. Gli interventi di *case management* si prestano bene a situazioni che presentano specifiche caratteristiche:

- necessità dell'intervento di più servizi;
- necessità di supporto ai *caregiver* informali;
- necessità di accompagnamento nell'ambiente di vita, al fine di poter

18 Cfr. Davies B., Fearnandez J.; 2001, op. cit.; Payne M., 1998, op. cit.

intervenire nelle fasi in cui solitamente la disponibilità dei servizi è scarsa o nulla.

Effettuata questa prima analisi, si passa alla valutazione iniziale o *assessment* (fase I nel modello di Payne).

L'*assessment* è un processo che coinvolge non solo gli operatori ma anche assistiti ed altri partecipanti. Questo processo si pone degli obiettivi generali di natura amministrativa e professionale.

Gli obiettivi di natura amministrativa riguardano l'individuazione (Payne, 1998, p. 92):

- dei bisogni;
- delle diverse opzioni per soddisfare tali bisogni;
- delle opinioni degli assistiti e dei *caregiver* sui bisogni e sulle opzioni;
- di un giudizio ragionato circa il modo o i modi migliori di soddisfare tali bisogni.

Gli operatori sono tenuti a compiere una distinzione tra la valutazione iniziale dei bisogni e la disponibilità dei servizi necessari a rispondere a quei bisogni. Spesso questi due momenti tendono a sovrapporsi, in particolare quando si tratta di definire il "modo migliore" di soddisfare i bisogni. Qualora non sia possibile contraddistinguere queste due fasi è importante almeno tenerle presenti mentre si riconosce il valore di far interagire da una parte, le idee sulle preferenze relative ai servizi che emergono dall'*assessment* dei bisogni, e dall'altra, la progettazione del servizio.

Un'idea chiara dei bisogni e delle priorità permette di avere una solida base da cui partire per un buon intervento e per aiutare assistiti e *caregiver* a prendere coscienza di ciò che si sta realizzando, rispetto ad eventuali pensieri confusi su bisogni e azioni (*ibidem*.).

Il modello di *case management* non dovrebbe propendere per una concezione del bisogno orientata al *deficit,* bensì per un approccio tendente al "positivo" in cui sia possibile stabilire i fattori che definiscono una buona qualità di vita.

L'*assessment* di *case management* possiede anche diversi obiettivi professionali, indicati da Meyer (1993) e adattati da Payne (1998) :

- impegnare l'assistito e i *caregiver* in un processo di valutazione e quindi di evoluzione personale e dell'organizzazione delle cure attorno ai loro bisogni assistenziali;
- predisporre un ambiente sociale in cui possano aver luogo l'osservazione e l'esplorazione delle condizioni dell'assistito;
- "procedere da" ed "elaborare la" richiesta o l'invio di iniziali, verso l'esplorazione e la comprensione dei problemi e delle potenzialità dell'assistito;
- definire la natura del "caso" e i suoi confini, dal momento che gli operatori non devono affrontare tutti gli aspetti della vita dell'assistito (molti di essi devono rimanere privati ed estranei all'interesse dei servizi sociali); chiarire i limiti del coinvolgimento dei servizi sociali e i motivi per cui tale coinvolgimento è legittimo ed eticamente corretto;
- formulare giudizi e operare deduzioni in maniera obiettiva ed indipendente.

Questi obiettivi dell'*assessment* (amministrativi e professionali), devono essere tenuti in considerazione congiuntamente nelle situazioni che richiedono un *assessment* di *community care*.

Il processo di *assessment* si articola in diverse fasi; la prima consiste nel decidere l'ambiente in cui verrà condotto. È importante che il contesto scelto sia un luogo in cui l'utente possa trovarsi a proprio agio e che faciliti la collaborazione. Raiff e Shore (1993, p. 29) sottolineano l'importanza di lavorare con gli assistiti "nel contesto

ambientale naturale" in cui vivono, ciò può essere d'aiuto per l'operatore che ha la possibilità di conoscere la situazione in cui si trova l'utente e la familiarità del contesto metterà quest'ultimo a proprio agio.

Meyer (1993) distingue il processo di *assessment* in cinque fasi:

1. esplorazione e studio: vengono raccolte, selezionate ed elaborate informazioni su condizioni, opzioni, risorse dell'utente nonché sulle sue possibilità di azione;
2. deduzioni: si cerca di interpretare le informazioni raccolte, di formulare dei giudizi e talvolta di trovare spiegazioni di eventi già verificatisi (tali giudizi dovranno poi essere verificati con utenti, *caregiver*, altre fonti informative).
3. valutazione complessiva: si formula un giudizio sui punti di forza e di debolezza nella situazione degli utenti;
4. definizione delle possibilità di azione: si decide ciò che potrebbe risultare "fattibile";
5. definizione di un piano assistenziale: tale operazione ci introduce alla fase del *care planning*.

Oltre all'utente, un aspetto importante nella valutazione iniziale dei bisogni in un'ottica di *community care* è rappresentato dall'analisi delle sue reti sociali ed assistenziali. A tal proposito, Moxley (1989) ritiene necessario considerare dieci insiemi di relazioni:

- persone appartenenti al nucleo abitativo;
- relazioni intime;
- parenti di grado maggiore;
- relazioni allacciate durante il lavoro;
- relazioni di vicinato;
- relazioni informali con persone appartenenti alla comunità;

- legami di natura religiosa o spirituale, e il loro significato per l'assistito;
- contatti di club e gruppi sociali;
- rapporti con operatori sanitari, sociali, o di altri servizi;
- relazioni allacciate frequentando la scuola, la scuola serale ecc.

Discutere con gli utenti e i loro *caregiver* significa ripercorrere le conoscenze fatte nel corso di tutta la loro vita. È importante attribuire importanza al concetto di "contatto significativo" che riguarda l'importanza attribuita al contatto delle persone interessate. Ciò si riflette sulla forza con cui una rete connette i partecipanti: pochi legami davvero importanti possono avere una forza maggiore di molti contatti insignificanti. I legami delle reti, inoltre, variano nel tempo e nello spazio (Seed, 1990).

In tutti i casi è importante essere consapevoli "della componente emotiva di ogni *assessment*: tenere cioè presente il modo in cui viene vissuto da utenti e *caregiver* e il modo in cui essi potranno collaborare con altri servizi" (Payne, 1998, p. 96).

La *community care* punta a promuovere il coinvolgimento degli utenti e dei loro *caregiver* nel processo di *case management*. Utenti e persone che li assistono (*caregiver*) rappresentano solitamente la fonte primaria di informazioni al momento della valutazione iniziale. Gli operatori devono attuare un "interscambio continuo" (*ivi*) con assistiti e *caregiver*, sentire le loro opinioni, sostenerli nelle aspirazioni e nei bisogni da loro espressi.

Nella *community care*, l'*assessment* dei bisogni costituisce la base da cui procedere verso la costruzione di un piano assistenziale individualizzato.

Il *care planning* o costruzione di un piano assistenziale individualizzato (fase II, modello Payne) è un processo che consiste nel progettare in astratto un piano assistenziale costruito su misura per un utente, nel contesto delle risorse e delle reti formali e informali. L'obiettivo è predisporre un "pacchetto" assistenziale,

sviluppando e sostenendo le risorse già disponibili oppure attivando nuove possibilità di risposta ai bisogni dell'utente emersi nella fase di *assessment*. Il piano assistenziale, sostiene Payne (1998, p. 104) è "il nocciolo cognitivo di ciò che verrà attivato a beneficio dell'assistito". La creazione del piano assistenziale dovrà, sulla base dei principi ispiratori sia della *community care* che del *case management*, coinvolgere l'utente in quanto protagonista dell'intervento e le persone in contatto significativo con lui.

Il piano assistenziale dovrà tenere conto di diversi aspetti (*ibidem.*):

- le decisioni *iniziali* sulle risorse necessarie a soddisfare i bisogni dell'assistito;
- le decisioni sul tipo di *aiuto* da offrire agli assistiti, in modo da aiutare i fornitori dei servizi a prendere le loro decisioni iniziali sulla disponibilità all'aiuto e sulle modalità dell'aiuto stesso;
- le basi da cui muovere per il monitoraggio e il *ri-assessment* utili a rilevare i cambiamenti nel tempo dei bisogni dell'assistito e delle sue opinioni in merito; nonché i cambiamenti operati dai fornitori del servizio man mano che si fanno carico dei diversi aspetti della sua erogazione.

Nell'approccio al *care planning*, il primo obiettivo del *case manager* dovrà rivolgersi a preservare l'indipendenza degli utenti, ricorrendo, se necessario, soprattutto all'assistenza informale. A questo livello, si ricorre ai servizi formali o per ristabilire l'indipendenza con qualche prestazione specifica, o per sostenere l'assistenza informale che permette di preservarla. L'importanza attribuita all'indipendenza dell'utente e ai servizi informali rende prioritario lo sviluppo di nuovi servizi informali piuttosto che formali.

Una fase logica preliminare del *care planning* è costituita, secondo Payne (*ivi*), dagli sforzi di consolidamento dell'autosufficienza dell'utente e quindi dall'attivazione di opzioni di cura informale sin dalle prime fasi. Questa fase dell'intervento, in molti

casi, precede la definizione del pacchetto assistenziale vero e proprio, anche quando coincide con un solo "servizio" offerto.

Fra le persone coinvolte nel processo di *care planning* troviamo (*ivi*):

- un *case manager*;
- un utente/assistito;
- rappresentanti dei servizi potenzialmente coinvolti nel *case management*;
- *caregiver* familiari effettivi o potenziali;
- parenti, amici, vicini e altri membri della comunità legati all'assistito;
- uno o più operatori di altri servizi chiamati in causa dalle condizioni dell'assistito ma che non fanno parte dei servizi attribuibili al *case management* di cui sopra.

In questo processo, l'operatore *case manager* instaura e utilizza delle relazioni interpersonali con gli assistiti, i *caregiver* e le altre figure che ritiene di poter coinvolgere, per rafforzare l'impegno e la partecipazione intorno al piano.

Il *care planning* parte dalla realtà degli assistiti; le competenze degli operatori sociali dovrebbero consentirgli di riuscire a coinvolgere l'utente e altri soggetti in relazioni che permetteranno una partecipazione attiva a tale processo. L'interazione fra i soggetti coinvolti, come appena precisato, parte sempre dalla situazione attuale di un utente e si sviluppa attraverso (*ivi*):

- una fase introduttiva in cui il *case manager* instaura una relazione con l'assistito agganciandosi alla sua situazione attuale;
- una fase di *assessment*;
- una fase di formulazione base del piano assistenziale;
- una fase di accordo, in cui si cerca di coinvolgere e attivare nel piano tutti i soggetti che dovranno favorirne l'implementazione;
- una fase di implementazione, in cui il piano viene messo "in strada";

– una fase operativa in cui il nuovo arrangiamento assistenziale adottato agisce pienamente nel contesto di vita dell'utente.

Rispetto alla fase di formulazione del piano assistenziale, Moxley (1989) sottolinea l'importanza di individuare le particolari aree di bisogno che dovranno essere inserite nel piano (per esempio alloggio, assistenza diurna, assistenza notturna ecc.) e di stabilire specifici obiettivi da conseguire. Tali obiettivi dovrebbero essere definiti in modo da permettere una pronta valutazione, includendo i compiti che ciascuna persona coinvolta è tenuta a svolgere ed entro quali tempi.

Raiff e Shore (1993. p. 36) raccomandano di progettare e di implementare il piano assistenziale dividendolo in parti, così da differenziare le richieste rivolte agli assistiti da quelle degli *helper*[19]. Essi, inoltre, sottolineano l'importanza di considerare cinque standard di programmazione (*ivi*):

1. continuità logica con l'*assessment*, in modo che assistiti e *caregiver* possano assistere e partecipare alle diverse fasi;
2. partire con obiettivi a lungo termine e trarne obiettivi a breve termine;
3. rendere gli obiettivi a breve termine realistici e realizzabili dal punto di vista di assistiti, *caregiver* e operatori;
4. considerare gli obiettivi uno per volta e stabilire una chiara scansione di azioni e risultati, una divisione dei compiti e una tabella dei tempi;
5. essere schietti e decisi, precisi e coinvolgenti.

Va sottolineato che tutti gli utenti su cui viene condotto un *assessment* posseggono delle risorse proprie, utili per migliorare la loro situazione. È molto importante che

19 Per *helper* o "colui che aiuta", si intende quella categoria di persone che che svolgono attività supportiva in ambito sociale e/o sociosanitario come medici, assistenti sociali, psicoterapeuti e altri. Le azioni messe in campo dagli *helpers* hanno lo scopo di promuovere e attivare le capacità di una persona che si trova in una condizione di sofferenza, disagio, conflitto. Cit. Brunori L., Gagliani G., Gibin A. M.; 2004, *Volontari al fronte. Prepararsi all'emergenza attraverso il gruppo*, Milano, Franco Angeli, p. 52.

l'operatore sociale non trascuri ma anzi incoraggi l'utente ad un loro utilizzo. Il *case manager* assistente sociale possiede le competenze di: sviluppare abilità (*enabling*), sostenere (*supporting*) e proteggere (*protecting*) l'utente; tali competenze risultano utili a incrementare l'utilizzo di risorse personali degli assistiti e costituiscono una parte essenziale del ricorso al lavoro sociale nell'ambito del *case management* (Payne, 1998).

Un elemento importante di ogni piano assistenziale individualizzato è la rete informale dell'utente, punto focale da cui partire per programmare e sviluppare un intervento di aiuto. Oltre a considerare le sviluppo di abilità, il supporto e la protezione, l'operatore sociale deve considerare il ruolo dei *caregiver* informali nel contesto del piano assistenziale.

Tale tipologia assistenziale presenta però molte difficoltà sia di ordine pratico che teorico[20], rendendo problematica la sua inclusione in un "pacchetto" assistenziale. Nonostante ciò, è stato rilevato che la maggior parte dell'assistenza prestata è proprio di tipo informale, appare dunque necessario focalizzare l'attenzione sui bisogni dei *caregiver*. A tal proposito, Twigg et al. (1990) individuano cinque tipi di servizi che possono essere offerti ai *caregiver*:

1. servizi rivolti al *caregiver*, in primo luogo per alleviare le pressioni a cui è sottoposto e per aiutarlo a controllare lo stress emotivo;
2. aiuto per compiti pratici;

20 L'assistenza informale presenta diversi problemi, uno di questi, per esempio, riguarda i costi personali che gravano sui *carer*. Una ricerca condotta nel Galles ha indicato che i *carer* soffrivano soprattutto per la mancanza di *privacy* e per la perdita della libertà. Per le donne costituiva un problema soprattutto il conflitto fra i loro diversi ruoli assistenziali (Jones, 1993). Un altro problema dell'assistenza informale è rappresentato dai costi; una piccola ricerca sui *carer* svolta da Glendinning (1992) ha dimostrato che la maggior parte dei *carer* che vivono soltanto con la persona che assistono hanno scarsissime entrate (a causa dei costi dell'assistenza, del fatto di aver lasciato il lavoro o di aver optato per il *part-time* e del fatto che le indennità della previdenza sono calcolate in base allo stato dell'assistito e al possesso o meno di un'abitazione e non tengono in considerazione le necessità del *carer*). A lungo andare, a causa dell'esaurimento dei risparmi, i *carer* si sarebbero trovati in stato di povertà nella loro vecchiaia. Payne M., op.cit., p. 130.

3. offrire periodi di riposo e di sospensione dall'attività;
4. aiutare il *caregiver* a sfruttare di più e meglio il sistema assistenziale;
5. migliorare il livello e la qualità dei servizi rivolti alla persona assistita.

Quanto detto deve farci riflettere sull'importanza di ascoltare e sostenere i bisogni dei *caregiver* informali, al fine di rafforzare questa tipologia assistenziale.

Nell'ambito dell'implementazione o messa in atto dei piani assistenziali (fase III, modello Payne), la *community care* attribuisce grande importanza al fatto di prendere come punto di partenza l'assistenza informale. Come è già stato accennato, però, questo tipo di assistenza presenta diverse problematiche e spesso, le persone bisognose di un intervento di *case management* sperano di poter usufruire anche di servizi formali o comunque strutturati, da affiancare alle risorse già presenti.

Sono le competenze del servizio sociale, e in particolare la figura dell'assistente sociale, a rappresentare il "collegamento che tiene insieme i servizi formali e quelli informali all'interno dei singoli pacchetti di *care"* (Payne, 1998, p. 141). Uno dei vantaggi del *case management* consiste proprio nel migliorare l'integrazione dei servizi "all'interno e fra" (*ivi*) le diverse agenzie, favorendo una maggiore continuità nell'assistenza e la partecipazione di utenti e *caregiver.*

La messa in atto di un piano assistenziale individualizzato, sostiene Payne (*ivi*), parte dalla "promozione delle risorse informali dell'utente unitamente ai servizi formali". Ciò significa che il piano assistenziale è centrato sui bisogni e sui desideri degli utenti e dei *caregiver* e che per realizzarlo vengono coinvolte, oltre alle risorse informali, le organizzazioni comunitarie. Al fine di poter realizzare ciò, gli operatori devono possedere competenze che gli consentano di creare dei collegamenti efficaci tra servizi formali e informali e tra bisogni degli utenti e reti informali; inoltre l'operatore deve riuscire a catalizzare lo sviluppo delle risorse nella comunità. Un altro aspetto da considerare riguarda il fatto che non sempre i servizi esistenti sono in

grado di rispondere ai bisogni degli assistiti, in tal caso l'operatore deve saper sviluppare nuovi servizi secondo modalità adeguate ai bisogni degli utenti e rispondenti alle loro aspettative[21].

L'implementazione di un piano assistenziale, comunque, consiste in una serie di eventi che coinvolgono persone e organizzazioni e che si succedono nel tempo, collegandosi l'uno all'altro. I collegamenti che si creano fra persone ed organizzazioni devono essere opportunamente definiti, così come deve essere definita l'adesione ai compiti stabilita da parte di ciascuno. "Un'attenta pianificazione del succedersi degli eventi assistenziali e una discussione attenta sul livello e sul valore della sovrapposizione dei ruoli" sostiene Payne (*ivi*) sono aspetti fondamentali per il *case manager.* Tali aspetti infatti gli permettono l'elaborazione di un pacchetto assistenziale efficace. Inoltre, sostiene l'autore (1998, p. 160), il fine del lavoro di collegamento può essere semplicemente quello di "evitare vuoti o sovrapposizioni fra organizzazioni o individui che erogano un servizio".

Le suddette adesioni ai compiti richiederanno successive ratifiche, dichiarazioni e accordi su "benefici" che deriveranno alle parti, al fine di realizzare una sorta di "scambio" (*ivi*).

L'implementazione di un piano assistenziale richiede "piena padronanza della scansione temporale" (Payne, 1998. p. 169); ciò significa che i progetti previsti per il pacchetto assistenziale possono essere redatti in anticipo rispetto alla loro applicazione e che è importante non far partire "in blocco" un intero pacchetto assistenziale, specie se complesso.

L'autore (*ibidem.*) paragona la messa in atto di un piano assistenziale individualizzato ad "un sentiero, attraversato da diversi cancelli, superati i quali ci si trova sempre di fronte ad un cambiamento di direzione". È importante che l'operatore *case manager*

21 Cfr. Payne M., *op.cit.*

sappia individuare questi “cancelli” e definire quali operatori ed organizzazioni siano più adeguati, ed attraverso quali azioni, ad accompagnare nel cambiamento di direzione. L'”avanzare lungo il sentiero” dell'utente è ciò che connette le varie fasi dell'implementazione del piano assistenziale.

Un altro aspetto importante, successivo all'individuazione di operatori ed organizzazioni preposti ad ogni “cancello”, riguarda il raggiungimento di un accordo “circa la parte che ciascuno dovrà giocare nel contesto generale e individuare le connessioni che sarà necessario creare ai fini dell'implementazione” (*ivi*). Qui, il difficile compito degli operatori non riguarda tanto la ratifica dell'accordo, quanto la motivazione che essi dovranno cercare di sviluppare nelle persone coinvolte a mantenere l'impegno nei confronti dell'utente e del piano. Come sostiene Payne (1998, p. 170), qui il *case manager* dovrà “suscitare conferme nelle persone coinvolte e ottenere una partecipazione entusiastica al piano e alla sua implementazione”; tutto questo al fine di poter realizzare un intervento efficace.

Il monitoraggio e la revisione del progetto (fase IV, modello Payne) permettono il primo di controllare le modalità secondo cui un piano si sta realizzando, e la seconda di esaminare periodicamente il piano stesso, apportandone modifiche a seconda dei cambiamenti.

Tutti i progetti di intervento non si attuano su una linea retta, ma si caratterizzano per la loro circolarità. Tale caratteristica appare fondamentale in contesti in cui i bisogni si ridefiniscono rapidamente e necessitano di continui “aggiustamenti” per ottenere interventi efficaci[22].

Secondo Cimino (2012), la continua revisione del progetto conferisce alcuni vantaggi:

- verifica l'attuazione del progetto;

22 Cfr. Cimino A., 2012, "Il case management: possibili applicazioni al contesto italiano", in *Sotto Traccia*, Anno V, Numero 7, Palermo , Navarra, pp. 26-37.

- verifica l'appropriatezza degli interventi in relazione agli effettivi bisogni;
- offre una valida restituzione dell'operato a dirigenti ed operatori;
- permette di elaborare modificazioni al piano di intervento, ove necessario;
- offre la possibilità di monitorare i costi delle prestazioni.

Rispetto all'implementazione del progetto, i processi di monitoraggio e revisione consentono di controllare che le adesioni ai compiti assegnati ai vari soggetti coinvolti vengano effettivamente attuate secondo gli accordi presi e risultino realmente vantaggiose ai fini di un'efficace realizzazione del progetto.

Una buona attività di monitoraggio consente di fornire prestazioni più adeguate e un moderato utilizzo delle risorse pubbliche.

Con la verifica finale e l'eventuale chiusura del caso (fase V, modello Payne), il *case manager* è tenuto a verificare la necessità di prolungarne la durata o di terminare il piano assistenziale. Uno degli obiettivi fondamentali del *case management* prevede proprio la reintegrazione dell'utente nel proprio ambiente di vita. Non sempre questa strada appare percorribile, soprattutto perché nell'intervento di *case management* ci troviamo di fronte a casi complessi in cui, talvolta, i bisogni e le difficoltà sono molteplici.

Nel caso in cui la permanenza o il rientro a domicilio non appaiano percorribili, il *case manager* avrà il compito di attivarsi per cercare una struttura adeguata all'accoglienza della persona e soprattutto dovrà sostenere l'utente e la sua famiglia nella fase di transizione. Il *case management* fa riferimento ad una metodologia di lavoro che va oltre la tradizionale erogazione "diretta" di prestazioni, una metodologia che enfatizza le responsabilità e le competenze manageriali al livello dell'utenza (*fieldwork*), per una gestione personalizzata ed integrata dei casi (Gasparre, 2005).

L'analisi del processo metodologico evidenzia la prospettiva centrata sull'utente

tipica della metodologia del *case management*.

Adottando una prospettiva centrata sull'utente, il *case management* si pone degli obiettivi che promuovano la qualità della vita degli utenti, l'equità sociale, la sostenibilità finanziaria e l'accesso ai servizi per tutti, nei tempi e laddove siano necessari (Nies, 2004).

La ragione per cui il *case management* sta suscitando un notevole interesse a livello internazionale è legata principalmente a due fattori: la capacità che esso possiede di far fronte alla crescente complessità dei bisogni e le sue strategie organizzative e gestionali (Davies, 2001). Le numerose applicazioni del *case management* che si sono avute in diversi paesi condividono alcune logiche di fondo, pur conservando proprie peculiarità. Esse sono state riassunte da Gori (2001) in:

- decentralizzazione di responsabilità;
- risorse e poteri rivolti verso chi opera più vicino agli utenti;
- utilizzo delle risorse per costruire piani individualizzati di intervento il più possibile adeguati ai bisogni dell'utenza;
- orientamento dell'operato dei dei diversi attori che forniscono *care* verso il raggiungimento di obiettivi chiari e da verificare nel tempo.

Un efficace sistema di *case management* deve basarsi sulla pianificazione strategica e sulla preparazione dei servizi, che coinvolgano agenzie dell'intero sistema di servizi locali, al fine di poter offrire una gamma di servizi appropriati e connessi tra loro.

## 3. Modelli applicativi del *Case Management*

Nella pratica del *case managemen*t si sono sviluppati tre principali modelli di applicazione che si differenziano a seconda dei contesti e delle categorie di utenza[23]:

23 Cfr. Payne M., op.cit., p. 62; Gori C., Pesaresi F.; 2003, Le politiche per gli anziani non autosufficienti in Europa, in *Anziani e rete dei servizi*, Provincia di Milano – Università degli Studi di Milano Bicocca, pp. 154-155.

- imprenditorialità sociale (*social care entrepreneurship*);
- intermediazione con i servizi (*service brokerage*);
- operatore perno (*keyworker*) all'interno di un'*èquipe* multiprofessionale.

Nell'approccio all'"imprenditorialità sociale", Beardshaw e Towell (1990, p. 18) sostengono che l'assistenza formale e quella informale vengono integrate tenendo conto dei bisogni individuali da parte di un operatore che si assume la funzione di "imprenditore", con l'obiettivo di attivare il sistema personalizzato di cura per il bene dell'utente. All'operatore *case manager*, che verrà descritto nel prossimo paragrafo, viene qui attribuita la responsabilità di pianificare e "comprare" le prestazioni, integrate e coordinate in modo personalizzato (il c.d. "pacchetto di servizi" per l'assistito). Questo approccio è stato adottato dal governo britannico nei primi anni Novanta del secolo scorso per l'attuazione della riforma dell'assistenza territoriale (*community care*). Nelle sue prime applicazioni, esso venne utilizzato soprattutto con l'obiettivo di evitare i ricoveri residenziali e/o ospedalieri. È interessante notare che l'operatore "imprenditore", per la predisposizione dei "pacchetti assistenziali" alternativi al ricovero, poteva utilizzare per ogni utente un *budget* pari a due terzi del costo di un ricovero in una struttura residenziale. La disponibilità di un *budget* per ogni singolo utente, oltre ad essere "vantaggioso" per la comunità, favoriva un atteggiamento flessibile nella costruzione dei servizi alternativi al ricovero. Così spesso vennero realizzati servizi *ad hoc* retribuendo parenti ed amici o coinvolgendo vicini di casa per garantire l'assistenza necessaria agli anziani.

L'approccio denominato “intermediazione con i servizi” attribuisce minore rilievo al coordinamento dei servizi, enfatizzando maggiormente l'iniziativa del singolo assistito come parte attiva nel guidare l'accesso ai servizi. L'operatore *case manager* svolge qui un ruolo di “consigliere” e “sostenitore” degli utenti nella ricerca di servizi appropriati ai loro bisogni. Esso non compra e non predispone il “pacchetto di

servizi" ma funge da intermediario mettendo in contatto gli assistiti con gli erogatori delle prestazioni. Tale approccio, desunto da modelli canadesi, viene utilizzato soprattutto dalle organizzazioni volontarie che si occupano dei disabili fisici.
Il terzo modello, che denominiamo "operatore perno" o *keyworker*, prevede una funzione di coordinamento e integrazione dei diversi operatori che si occupano di un utente all'interno di un'*èquipe* multiprofessionale (*keyworking*). In questi casi viene identificato un operatore che possa svolgere la duplice funzione di: rappresentare un punto di riferimento per l'utente ed assumersi la principale responsabilità dei servizi da erogare. Tale approccio si è diffuso soprattutto nei contesti in cui l'integrazione fra operatori sociali e sanitari risulta essenziale, come l'ambito ospedaliero e residenziale e quella della salute mentale.
In Europa, l'approccio maggiormente utilizzato nelle prime sperimentazioni pratiche del *case management* è stato quello dell'"imprenditorialità sociale" che pone l'attenzione su aspetti quali il miglioramento della qualità della vita degli utenti e il controllo delle risorse (economiche, umane ecc.). La scelta di tale modello è legata agli aspetti sui quali esso si sofferma maggiormente, che coincidono con i più recenti indirizzi delle politiche socio-sanitarie. Il progetto che verrà proposto è fondato su questo approccio.

## 4. Il *Case Manager*

I servizi di *case management* sono "attività volte ad assicurare il collegamento tra la rete dei servizi ed il destinatario e a coordinare le differenti componenti della rete per fornire un adeguato servizio al destinatario" (Zilianti, 2007, p. 223).
La figura di riferimento nel modello del *case management* è rappresentata dal c.d. *case manager* ossia il responsabile del caso. Nel tempo il ruolo del *case manager* è

passato da responsabile del caso a coordinatore o "regista" del progetto assistenziale.
Guay (2000, p. 12) definisce il *case manager* come un “accompagnatore o agente di reinserimento sociale”, esso deve essere un "professionista-prossimo che sa sviluppare delle collaborazioni con l'ambiente sociale circostante secondo un modello d'intervento che integra le componenti socio-cliniche e comunitarie".
L'autore (*ivi*) definisce i tre ruoli che ritiene il *case manager* dovrebbe ricoprire:

1. Persona prossima.

Il ruolo del *case manager* dovrebbe essere quello di accompagnare l'utente nella comprensione delle attività necessarie per reintegrarsi nella società. Tale funzione richiede da parte dell'operatore dinamismo, iniziativa e pragmatismo.

2. Agente di collegamento.

Tale ruolo si colloca su due livelli (servizi formali e sistemi informali) e richiede all'operatore la capacità di stabilire contatti e collaborazioni e contemporaneamente, supporto ai familiari e ai cittadini.

3. Professionista

Il ruolo del professionista dovrebbe qui consistere in una presenza ed ascolto durante i momenti di crisi e non in un lavoro sociale individuale a lungo termine. Sono previsti, inoltre, trattamenti familiari a breve termine con l'obiettivo di creare una "rottura costruttiva".
Il *case manager* rappresenta quindi un punto di riferimento per l'utente e per la rete dei servizi che deve essere capace di attuare azioni che favoriscano la realizzazione di uno degli aspetti principali del *case management* ossia l'accompagnamento all'interno del suo ambiente di vita. La sua abilità consiste, inoltre, nel saper realizzare tutto ciò evitando che si stabilisca un legame di dipendenza tra esso e l'utente.
Diversi autori, oltre a Guay, hanno descritto funzioni e compiti del *case manager*

tutte molto simili seppur con elementi distintivi che fanno riferimento ad ambiti specifici di applicazione oppure a finalità diverse dei sistemi che utilizzano questa figura professionale (Hall et Al., 2003). Le funzioni ed i compiti possono essere raggruppati in quattro principali categorie:

1. valutatore;
2. pianificatore;
3. facilitatore;
4. rappresentante.

Il *case manager* è chiamato a svolgere o a coordinare un'azione di valutazione dei requisiti di accesso ai servizi e dei bisogni che richiedono l'attivazione di tali servizi. Inoltre è chiamato a promuovere e monitorare il processo di pianificazione dei servizi che vengono richiesti in maniera tempestiva, negoziale ed efficiente, preservando contemporaneamente l'interesse del soggetto e la sostenibilità del sistema. Governare la pianificazione richiede anche la capacità di facilitare la comunicazione e la capacità di prendere decisioni che tengano conto della complessità degli interessi del cittadino. Qui, i diversi modelli, si diversificano a seconda dell'importanza posta al trasferimento di potere direttamente al beneficiario dei servizi, il c.d. *empowerment* (Hall et Al., 2003).

Il *case manager* è contemporaneamente sia una componente di ruolo, sia una funzione, sia un processo; si esprime, infatti, "lungo un percorso di definizione delle situazioni, di implementazione degli interventi, di monitoraggio, di verifica e valutazione" (Zilianti, 2007, p. 224). Tale figura viene utilizzata in specifiche aree caratterizzate da ampie complessità sociali o socio-sanitarie (per esempio anziani non autosufficienti, minori vittime di abusi e maltrattamenti).

Alcuni autori, tra cui Austin (1990), hanno criticato il ruolo del *case manager* in quanto ritenevano ci si aspettasse troppo dall'intervento di una singola persona, la

avrebbe dovuto interpretare ruoli e competenze molti specifici ed ampi. Sebbene un professionista del genere fosse l'ideale per contrastare la settorializzazione dei servizi, gli oneri richiesti apparivano eccessivamente gravosi per essere attesi (Austin, 1990).

A tali critiche, relative soprattutto alla "polivalenza" del case manager, Guay risponde (2000, p. 13):

> Anche se la molteplicità di questi ruoli, dei quali alcuni sembrano contraddittori, può sembrare troppo estesa, occorre capire che si tratta di una polivalenza naturale in cui tutti questi ruoli si integrano facilmente in quanto essa è determinata dalla necessità di rispondere ai bisogni multipli della persona nel suo ambiente di vita.

Il ruolo di *case manager* quindi, per le sue funzioni di "regista" che "facilita la prossimità" dei cittadini ai servizi, valuta e coordina gli interventi, crea una rete con le risorse informali e private che sostengono l'utente (Zilianti, 2007), da quale figura professionale potrebbe essere svolto?

Folgheraiter (1994) sostiene che sia l'assistente sociale a rappresentare il *case manager* ideale perché "assume la figura quasi di un *manager* coordinatore, un attivatore di sinergie, una sorta di allenatore che pur restando fuori dal campo, interviene, provvede, riaggiusta e dà un senso unitario al lavoro di squadra". L'assistente sociale rappresenta, secondo Zilianti (2007), una "guida della rete" che collega, vigila e accompagna l'utente lungo il percorso progettuale, rappresentando i suoi interessi e quelli della sua famiglia (*advocacy*) e, contemporaneamente, evitando la creazione di un rapporto di dipendenza assistenziale attuando processi di chiarificazione e negoziazione con l'utente.

Sostiene sempre Zilianti (2007, p. 228):

> L'assistente sociale case manager afferma la sua metodologia e la sua dimensione comunitaria, inserendosi in una prospettiva di community care per orientare e accompagnare le persone in percorsi di aiuto e di cura consapevoli. La sua attitudine relazionale, inoltre, sviluppa processi di apprendimento condiviso tra soggetti diversi, per costruire progetti inediti realizzati in "reticolazioni" che, di volta in volta, promuove e rinforza in uno sforzo di continua manutenzione per renderle autonome e competenti nei processi di cura.

Il *case management* permette l'integrazione tra i vari sistemi e organizzazioni ed è in grado di offrire un "valore aggiunto" rispetto a cioè che le singole organizzazioni, pur impegnandosi, potrebbero offrire. Per ottenere questo "valore aggiunto" è necessario che le parti coinvolte affrontino le proprie differenze rispetto a stili di lavoro, status, appartenenza organizzativa, sistemi di riferimento. Ciò permette sia alle organizzazioni che agli operatori di condividere schemi valoriali comuni e di conseguenza l'erogazione di prestazioni coerenti (Nies, 2004). Oltre a ciò, affinché l'azione del *case manager* risulti efficace, appare necessaria la presenza di alcune condizioni[24]:

- riconoscimento formale di compiti, responsabilità e poteri dell'operatore *case manager* nella definizione dei piani individualizzati di intervento;
- responsabilizzazione dei servizi ossia riconoscimento del ruolo del *case manager* da parte dei diversi servizi (egli non svolge unicamente un ruolo di coordinamento);
- formazione: dato il carattere polivalente di questa figura professionale, è necessario garantire all'operatore che svolge tale ruolo una formazione continua rispetto alle competenze necessarie al lavoro. Esse spaziano dal

24 Cfr. Cimino A., op. cit.; Gori C., 2001, Quale case management per l'Italia?, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 9.

servizio sociale, all'economia, medicina, nozioni infermieristiche ecc.;

- numero adeguato di casi: è importante che il numero di casi in carico a ciascun *case manager* sia adeguato alla complessità delle situazioni problematiche e permetta all'operatore di dedicare tempo a ciascun utente/nucleo familiare;
- stanziamento adeguato di risorse[25]: il rischio che i *case manager* dedichino la loro attività solo a progettazione e valutazione del piano di intervento tralasciando la fondamentale attività di monitoraggio può essere evitato solo attraverso l'attenzione alle risorse da stanziare per il *case management*

Nel prossimo paragrafo ci soffermeremo sull'analisi del *case management* e del ruolo che assume il *case manager* con le persone anziane.

## 5. Il *Case Management* con le persone anziane

Il *case management* si orienta prevalentemente agli anziani, ai malati e ai portatori di handicap: le caratteristiche di ciascuna problematica modificano la tipologia di intervento da attuare (Breviglieri, 2005, p. 39). In generale gli obiettivi principali di tale approccio sono (*ibidem*.):

1. una garanzia terapeutica sia trasversale che longitudinale;
2. la promozione dell'accessibilità ai servizi;
3. l'individuazione delle responsabilità;
4. l'efficienza.

Il ruolo di coordinamento o "regia" dei servizi nel *case management* rivolto alle persone anziane è necessario e prioritario. Tale priorità viene assegnata in considerazione della natura complessa dei servizi richiesti in cui bisogni sociali e

25 Cfr. Gori C., 2001, Quali prospettive per il case management in Italia?, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 9.

sanitari si intrecciano (per esempio assistenza medica e assistenza domiciliare). Il ruolo di coordinatore del piano di servizi, in tali situazioni, viene generalmente assegnato all'operatore sociale; quest'ultimo è tenuto a verificare che i servizi siano integrati e rispondano adeguatamente ai bisogni dell'utente (Guay, 2000).

I modelli di *case management* maggiormente applicati alle situazioni in cui i protagonisti sono utenti anziani in difficoltà tendono a concentrarsi soprattutto sul sistema di cure (cure infermieristiche e mediche, assistenza domiciliare ecc.). La letteratura ha dimostrato che risulta invece fondamentale lavorare anche sulle risorse di aiuto naturali (associazioni, gruppi di auto mutuo aiuto, rete sociale da riattivare, vicinato), che l'operatore sociale dovrebbe sostenere e valorizzare nel processo di collegamento con i servizi professionali/istituzionali. Guay (2000) sottolinea l'importanza che "gli interventi mirino ad ottimizzare le forze, compensare i limiti e sostenere l'autonomia decisionale dell'anziano attraverso un aiuto concreto per compiere le attività che autonomamente non risulta più in grado di svolgere" .

Prima di tutto va evidenziato che frequentemente, quando parliamo di anziani in difficoltà, solo questi ultimi vengono individuati come utenti, mentre i bisogni del *caregiver* o "persona-sostegno" (Guay, 2000), cioè di colui che prevalentemente si prende cura dell'anziano, sono trascurati. La caratteristica del percorso critico della persona anziana nella perdita progressiva di autonomia, è rappresentata dal fatto che con l'aggravarsi delle condizioni dell'anziano, progressivamente la famiglia e i parenti tendono a ritirarsi, delegando l'assistenza alla sola "persona-sostegno", che viene privata dell'aiuto proprio nei momenti in cui ne avrebbe maggiormente bisogno. In genere i *caregiver* sono donne, per lo più madri di famiglia, mogli o figlie, che "dedicano la maggior parte del loro tempo a curare un membro della famiglia che è in situazione di perdita dell'autonomia e di dipendenza" (Guberman et al., 1987). Tali figure, lasciate praticamente sole ed incapaci di attendere

all’assistenza dell’anziano, si rivolgono inevitabilmente ai servizi per richiedere un aiuto domiciliare o, più frequentemente, per collocare la persona in una struttura residenziale.

Quanto detto ci fa riflettere sull’importanza che assumono, come utenti, sia la persona anziana che i *caregiver*. Le prestazioni dei servizi professionali e l’attivazione della rete sociale hanno quindi l’obiettivo di sostenere entrambe queste figure.

Una persona anziana in fase di perdita delle autonomie presenta diversi bisogni quali (Guay, 2000) :

- supporto strumentale nella attività quotidiane (esso può essere definito leggero o pesante a seconda delle necessità);
- sicurezza;
- trasporto;
- adattamento comunitario (disbrigo pratiche, modulistica ecc.);
- cure professionali;
- supporto morale.

Gli interventi elencati possono essere svolti sia da personale professionale sia da risorse di aiuto naturale (famiglia, vicini, volontari ecc.). Spesso gli anziani non accettano che l'aiuto nelle attività quotidiane di cura ed igiene personale venga svolto da membri della famiglia, preferendo personale professionale retribuito. La famiglia o il terzo settore sono più appropriati per il supporto strumentale leggero, quindi per svolgere faccende domestiche, fornire i pasti ma anche per cercare di contrastare l'isolamento sociale. Volontari e vicini possono quindi compensare, in assenza della famiglia, ad una buona parte dei bisogni. Inoltre, in situazioni di grave emarginazione, tutta la comunità si mobilita per supportare l'anziano in difficoltà.

Per quanto riguarda il supporto morale e l'espressione delle competenze delle persone

anziane, un aspetto da valorizzare riguarda il contributo che esse possono fornire attraverso attività di volontariato come per esempio l'aiuto nei compiti ai bambini, piccoli lavori di sartoria, ecc.

Si evidenzia, soprattutto da parte dei servizi pubblici, la tendenza a considerare l'anziano più per i suoi deficit che per le sue potenzialità. L'immagine dell'anziano è quella di una persona minorata o invalida che riceve passivamente i servizi offerti e che spesso si trova anche in una situazione di degrado (degrado che può essere legato a più fattori come le scadenti condizioni di salute, l'inadeguatezza delle condizioni abitative, l'abbandono dell'anziano da parte dei familiari, ecc.).

Una ricerca di Wenger (1992) ha dimostrato invece che la maggior parte delle persone anziane sono autonome e non hanno problemi di salute invalidanti. Questa percezione falsata è legata alla tendenza dei servizi ad essere spesso più centrati sulle prestazioni che sugli utenti e quindi a considerare i problemi come comuni a tutte le persone anziane perché considerate come gruppo omogeneo. In realtà quella delle persone anziane che ricevono i servizi è una situazione minoritaria.

Gli interventi che si ispirano al modello di *case management* devono partire dall'assunto che ogni persona è unica ed ha le proprie caratteristiche e, di conseguenza, richiede un intervento individualizzato che deve essere indipendente dai servizi presenti. L'operatore dovrà lavorare sui bisogni del *caregiver* e della persona anziana, rispetto a quest'ultima dovrà prevedere un intervento che le permetta di esprimere le proprie competenze e capacità, collocandosi in ruolo di reciprocità e non di destinatario passivo di servizi.

In quest'ottica l'invecchiamento non va visto come una perdita progressiva di abilità fisiche e cognitive ma, come sostengono Fisher e Sullivan (1994), può essere definito come "la situazione di persone che crescono, cambiano e imparano rimanendo in interazione costante, malgrado la perdita delle abilità funzionali, la diminuzione delle

opportunità sociali e una maggiore sensibilità alle malattie".

Spesso si tende a non operare distinzioni tra autonomia funzionale e decisionale. Non è infrequente che alcuni anziani possano presentare difficoltà nell'autogestirsi e nel realizzare quindi alcuni obiettivi. Contestualmente però essi sono in grado di esprimere lucidamente la propria volontà. Il ruolo dell'operatore qui deve essere quello di sostenere le scelte che gli anziani compiono anche se sono incapaci di realizzarle a livello pratico e di aiutare il *caregiver* e/o la famiglia a prendere consapevolezza di ciò. Al fine di poter realizzare un intervento efficace di *case management* l'operatore deve concentrarsi anche sugli interessi, le aspirazioni, gli aspetti sociali e spirituali dell'anziano, che la prospettiva medicalizzata tende a trascurare. Inoltre gli anziani preferiscono ricoprire un ruolo attivo[26] all'interno della propria rete di relazioni sociali, apportando, compatibilmente con le proprie possibilità, il loro contributo quotidiano; questo aspetto è molto importante e va tenuto in considerazione al momento della pianificazione dell'intervento.

Come anticipato, generalmente è la persona anziana ad essere definita portatrice di un problema, in considerazione del suo stato di salute e della perdita dell'autonomia funzionale. I servizi professionali ai quali si deve adattare la richiesta sono le cure medico-infermieristiche, l'aiuto domestico o l'istituzionalizzazione. Inoltre l'anziano presenta altri bisogni, che si collocano ad un livello di relazioni reciproche con gli altri. È quindi importante che l'operatore ottimizzi e compensi la perdita di strumenti a livello della capacità di realizzare i desideri e di soddisfare i bisogni (Guay, 2000).

Oltre all'anziano, può essere che sia la "persona-sostegno" a presentare problemi

26 I "*neighbourhood schemes*" britannici sono piccole associazioni di volontariato di quartiere che si occupano di incrementare il "buon vicinato". Alcuni cittadini di un quartiere volevano avviare un progetto che mirasse a mantenere le persone anziane nelle proprie abitazioni. Durante il loro giro porta a porta, chiedeva a tutti quale contributo potessero apportare alla comunità e contemporaneamente di che cosa avessero bisogno. Secondo loro, queste due valutazioni erano indissolubili l'una dall'altra e ciò permetteva di collegare le risorse con i bisogni in modo naturale. Guay J., op. cit., p. 171.

poiché avverte il disagio e deve adattare i propri bisogni a quelli della persona anziana in perdita di autonomia. In questi casi è necessario attuare un modello di *case management* che sia in grado di rispondere anche al bisogno di sollievo del *caregiver*; l'operatore *case manager* deve quindi mirare il suo intervento ad un coordinamento dei servizi che possa alleggerire il carico della "persona-sostegno".

Anche la famiglia può presentare difficoltà, soprattutto quando la discontinuità delle cure non riesce a coprire i bisogni dell'anziano, producendo un sovraccarico per il *caregiver*. Questo provoca inquietudine nella famiglia e, spesso, è necessario l'intervento professionale per assicurare la continuità e la stabilità dell'aiuto. L'operatore deve coordinare l'intervento utilizzando strategie che stimolino la riattivazione delle risorse non utilizzate e la ricerca di nuove risorse per colmare le lacune presenti. In particolare è opportuno che, all'interno della famiglia, il *case manager*[27]:

– favorisca le interazioni tra i membri, evitando che i bisogni vengano espressi tramite la figura dell'operatore ma stimolando una discussione costruttiva tra i componenti della famiglia;

– favorisca l'espressione delle emozioni affinché gli uni possano comprendere gli stati d'animo degli altri;

– favorisca l'interpretazione della comunicazione non verbale, molto utile soprattutto quando i soggetti non appaiono in grado di formulare richieste specifiche;

– impedisca o comunque contenga le interazioni negative educando tutti i membri all'ascolto reciproco. È importante assumere un atteggiamento non aggressivo al fine di evitare la creazione di circoli viziosi di reazioni e contro-reazioni negative.

Talvolta può essere anche la comunità a presentare problemi e preoccupazioni,

27 Cfr. Cimino A., op. cit.; J Guay, op. cit.

soprattutto quando al suo interno vi sono situazioni di anziani che vivono in condizioni insalubri e di emarginazione. In questi casi è necessario che l'operatore predisponga degli incontri di mediazione affinché la comunità sia coinvolta attivamente nell'aiuto e nel supporto a questi cittadini.
Il ruolo di coordinamento dei servizi e di collegamento tra le persone che forniscono servizi professionali e i familiari ed i vicini di casa che danno un supporto, è collocato al centro dell'azione dell'operatore *case manager.*
Afferma Guay (2000, p. 180):

> La sfida principale di questo coordinamento risiede nella capacità di sapere effettuare il collegamento fra le risorse professionali e quelle naturali da una parte, e di procurare un supporto regolare affinché il sistema di aiuto istituito abbia una certa stabilità e sia soddisfacente per tutti, dall'altra parte.

È necessario garantire la regolarità del sistema di aiuti nel rispetto delle modalità dell'aiuto naturale; quest'ultimo infatti, per sua stessa natura, è spesso discontinuo e irregolare. A conclusione di questo capitolo viene offerto uno schema riassuntivo del *case management* rivolto alle persone anziane.

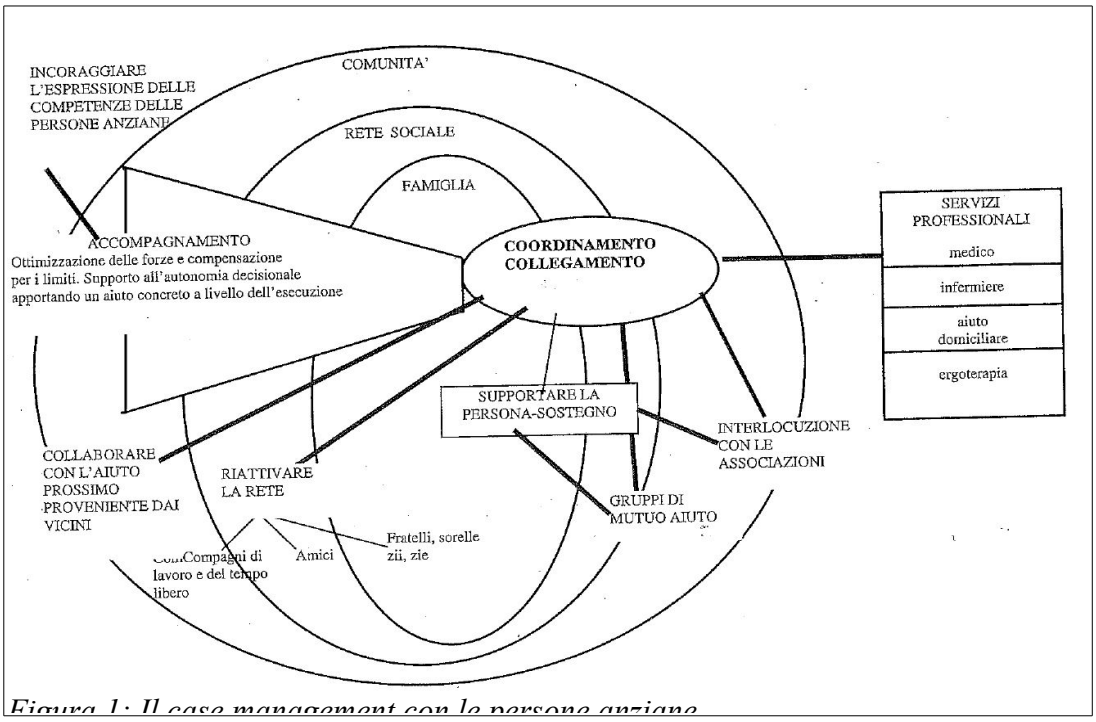



*Figura 1: Il case management con le persone anziane*

*Fonte: J. Guay, Il case management comunitario, 2000.*

# Capitolo 3

# Il Progetto "*Mobile Seniorenberatung*"– Consulenza mobile per cittadini anziani con demenza

## 1. Origini del progetto e definizione dell'ipotesi di ricerca

"*Mobile Seniorenberatung*", progetto pilota tedesco di consulenza mobile per cittadini anziani con demenza, è attivo nella città di Bayreuth dal 2002. Esso è stato promosso dai rappresentanti degli organi istituzionali locali per far fronte alle problematiche legate alla demenza e alle lacune presenti nella cura delle persone affette da tale patologia.

Il progetto si è concentrato sull'innovatività poiché i promotori e finanziatori hanno sollecitato la realizzazione di un modello di intervento che potesse affrontare le problematiche esistenti attraverso approcci organizzativi nuovi, in grado di attuare azioni che fossero realmente in grado di far fronte ai bisogni dell'utenza.

Per descrivere opportunamente il progetto in questione e capirne le motivazioni sono partita da una constatazione di fondo: in molti casi le persone con problemi di demenza vivono da sole oppure i *caregiver* non appaiono in grado di garantire un'assistenza adeguata a lungo termine poiché non sufficientemente supportati.

Nonostante ciò appaia evidente, si riscontra che i servizi sociali vengono attivati solo nei momenti di grave crisi, perlopiù per richiedere un inserimento definitivo in struttura residenziale poiché non appare più possibile una gestione domiciliare. Si può quindi affermare che la risposta ai problemi emersi sia solo parziale.

Dunque la domanda di fondo che ci si deve porre è la seguente:

Che cosa è possibile fare per colmare le lacune esistenti nella cura degli anziani con demenza e rendere la società più sensibile ai bisogni delle persone affette da tali patologie?

Per rispondere a questa domanda è necessario partire da un'analisi dei bisogni, da cui emerge la necessità di implementare azioni progettuali innovative, in grado di rispondere ad una nuova complessità di problematiche attraverso metodologie che possano prenderla in carico in modo efficace. Sperimentare questa innovatività nell'ambito di un progetto come quello che verrà descritto in questo capitolo può quindi rappresentare uno strumento adatto a capire e individuare problematiche e bisogni presenti ma spesso male identificati e solo approssimativamente gestiti attraverso i servizi tradizionali. Vediamo in che modo un'analisi del bisogno relativa all'anziano prende forma nel contesto di *welfare* tedesco e si proietta poi in pratica sull'articolazione del progetto in questione.

## 2. Il sistema di *welfare* tedesco rivolto agli anziani non autosufficienti

In Germania, come più in generale nei paesi dell'Unione Europea, è in atto un fenomeno di costante aumento popolazione anziana che ha come conseguenza quella di accrescere la proporzione di individui suscettibili di trovarsi in uno stato di non autosufficienza. La nozione di non autosufficienza, che rinvia all'idea di un bisogno di cure sanitarie ma anche di assistenza nelle attività della vita quotidiana, è fortemente legato all'età perché la frequenza della non autosufficienza aumenta proprio con l'elevarsi dell'età (Pesaresi, Gori; 2001). L'assistenza che è possibile offrire può essere di tipo domiciliare oppure residenziale; come è già stato anticipato, le più recenti politiche optano per il mantenimento a domicilio dell'anziano, sia al

fine di contenere i costi che per offrire loro una migliore qualità di vita.

Diversi paesi europei hanno avviato, negli anni novanta del secolo scorso, politiche innovative per offrire una copertura assistenziale più ampia a favore della popolazione anziana non autosufficiente. Uno dei primi paesi ad avviare queste politiche è stata proprio la Germania, la quale ha introdotto "dei programmi pubblici, su base universalistica, volti a garantire l'assistenza ai soggetti non autosufficienti" (Pesaresi, Gori; 2001, p. 124).

Per poter comprendere tale normativa, è necessario offrire una descrizione rispetto alla struttura del *welfare* tedesco, soffermandosi in particolare sulla non autosufficienza.

Innanzitutto va detto che la Germania è uno stato federale, diviso in quattro livelli di governo (Notarnicola, 2013, p. 8):

1. Il livello nazionale (*Bund*) ha competenze legislative generali; rispetto al *welfare*, per esempio, definisce le leggi fondamentali di istituzione del sistema.
2. Il livello regionale è costituito dai *Länder*[28], cioè regioni che sono stati federali. Le regioni sono autonome e hanno competenze esecutive. Rispetto al *welfare* ciò significa che esse si occupino della messa in atto delle politiche, declinando le politiche e le linee strategiche nazionali.
3. Il livello locale si divide in due parti: un livello distrettuale simile alle provincie italiane (*Landkreis*) che ha competenze sia amministrative che manageriali ed un livello municipale, simile ai comuni italiani, che possiede le medesime competenze. Rispetto al *welfare*, ciò implica che i servizi e le politiche vengano gestiti operativamente a livello locale procurando una eterogeneità nei diversi territori rispetto alle modalità di attuazione.

28 I *Länder* tedeschi sono sedici.

Secondo l'autrice sovracitata (2013, p. 9), il sistema tedesco è conosciuto universalmente come uno degli "idealtipi dei sistemi di *welfare"*: esso possiede le caratteristiche di un modello corporativo o "bismarkiano"[29]. Tale sistema è composto da mutue assicuratrici, inizialmente rivolte alla sanità e alla disoccupazione, a tutela del lavoratore e della sua famiglia. Il modello di *welfare* tedesco si basa su due principi fondamentali: la sussidiarietà e la solidarietà. Proprio in una logica di sussidiarietà, la famiglia è vista come un "attore complementare" al sistema di *welfare* pubblico, che deve essere il luogo privilegiato della cura di bambini e anziani (*ibidem*). Nel 1961, al sistema assicurativo corporativo si associa, secondo il principio di solidarietà, l'intervento pubblico di assistenza sociale. Il ruolo sussidiario della famiglia evolve a partire dagli anni ottanta del secolo scorso quando "si riconosce che la famiglia, nel suo essere luogo di cura, deve essere tutelata e sostenuta" (*ibidem*). Nascono così le politiche per la famiglia, l'infanzia e la non autosufficienza. Un'altra tappa fondamentale è rappresentata dall'introduzione, nel 1995, dell'assicurazione sociale per la non autosufficienza denominata "*Pflegeversicherung*".

Il sistema di *welfare* tedesco si fonda su due "assi portanti": il sistema assicurativo e quello assistenziale (*ibidem*).

I modelli di assicurazione sociale esistenti sono cinque: sanità/malattia, disoccupazione, infortunio, invalidità e vecchiaia, non autosufficienza. Ognuno dei cinque schemi assicurativi sovra-descritti è gestito da una propria cassa; tutti i

29 Il sistema è detto anche "*bismarkiano*" da Bismark che, già nel 1830, ideò il *welfare* tedesco. Tale modello nasce con l'obiettivo di tutelare il lavoratore dal rischio di essere escluso dal mondo del lavoro ed è caratterizzato da mutue assicuratrici che, inizialmente, erano rivolte solo agli operai e, nel tempo, hanno ricompreso tutte le categorie professionali. Cfr. Notarnicola E., 2013, "Il sistema di *welfare* tedesco", Atti del Convegno organizzato da CeRGAS Bocconi e Spi Cgil Lombardia, *Sistemi di welfare in Europa: traiettorie evolutive e lezioni per l'Italia,* Milano, Università Bocconi, 22 marzo.

cittadini[30] sono obbligati a sottoscrivere un'assicurazione sociale.

Il sistema assistenziale si fonda su politiche di intervento pubblico, slegate dal principio assicurativo-contributivo. Tali politiche si fondano su istanze sociali che vengono riconosciute come meritevoli di tutela e di assistenza indipendentemente da logiche assicurative; a sostegno di queste situazioni il sistema pubblico interviene utilizzando il proprio budget[31].

Anche per quanto riguarda le politiche per la non autosufficienza rivolte agli anziani troviamo due "assi portanti": un sistema assicurativo cioè l'assicurazione per la non autosufficienza "*Long-Term Care*"[32] e uno assistenziale (*ivi*).

Il sistema assistenziale consiste in un programma di sostegno al reddito, denominato *Sozialhilfe*, che interviene parallelamente al sistema assicurativo nei casi in cui un anziano non autosufficiente presenti, oltre ad un bisogno di cura, necessità di tipo economico. In questi casi, le prestazioni assicurative già erogate vengono incrementate da interventi monetari calcolati in base del reddito.

L'assicurazione contro la *Long-Term Care*, introdotta nel 1995, consiste in un fondo pubblico di assistenza per i non autosufficienti. Tale fondo, a carattere obbligatorio, utilizza il reddito mensile di ciascun soggetto come elemento di riferimento. Il cittadino con reddito inferiore al valore soglia massimale di iscrizione (pari a 4.575 euro mensili nell'anno 2015) deve obbligatoriamente assicurarsi presso il fondo pubblico, cioè iscriversi alle Casse mutue sanitarie[33]; mentre quelli con reddito

30 Eccetto quelli che superano una certa soglia di reddito ed i lavoratori autonomi.

31 Cfr. Notarnicola E., op.cit.

32 La *Long-term care* è stata definita dall'OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) come "ogni forma di cura fornita lungo un periodo di tempo esteso, senza data di temine predefinita", includendo servizi per le persone che necessitano di aiuto sia nelle attività quotidiane di base come mangiare, lavarsi; sia in attività quali prepararsi da mangiare, usare il telefono, gestire i soldi.

33 L'assicurazione contro la non autosufficienza e quella sanitaria vengono gestite dagli stessi fondi, istituiti presso le Casse mutue sanitarie. Le Casse mutue sanitarie pubbliche sono denominate *gesetzliche Krankenkasse*, mentre le assicurazioni private *Krankenkversicherung*. Cfr. Notarnicola E., op.cit.

superiore, pur rimanendo il vincolo assicurativo, possono scegliere tra l'assicurazione volontaria alla Cassa ed una compagnia privata di assicurazione equivalente (Baldassarre et al., 2010).

Negli anni 2006, 2012 e 2015 sono state introdotte ulteriori prestazioni a supporto delle persone affette da demenza senile che vivono a domicilio. L'erogazione di tali prestazioni segue sempre la logica assicurativa e si basa sul livello di assistenza domiciliare che viene valutato necessario per l'utente.

Uno degli obiettivi principali della forma assicurativa *Pflegeversicherung*, sostengono Baldassarre et al. (2010, p. 19), risiede nel "sostenere l'assistenza domiciliare e soprattutto la disponibilità all'assistenza da parte di membri della famiglia o di vicini". L'assicurazione di assistenza è strettamente connessa a quella sanitaria poiché è prevista per legge a favore di tutti coloro i quali hanno l'obbligo di stipulare l'assicurazione sanitaria[34]. Concretamente la *Pflegeversicherung* "intende garantire prestazioni indipendentemente dal reddito o patrimonio degli utenti, puntando prevalentemente sulla prevenzione e riabilitazione e sulle cure domiciliari sostenendo la disponibilità all'assistenza da parte dei familiari" (*ibidem*). Essa garantisce solamente la copertura dei bisogni principali dell'utente.

I beneficiari della *Pflegeversicherung* possono essere le persone residenti in Germania di qualsiasi età che, in seguito a malattia o disabilità, risultino incapaci di attendere alle *ADL* (Katz, 1963),[35] cioè alle funzioni base della vita quotidiana per un

34 Hanno l'obbligo di essere coperti dall'assicurazione: lavoratori dipendenti, artisti e pubblicisti in proprio, handicappati che lavorano in laboratori riconosciuti, studenti universitari, percettori di sussidio di disoccupazione o di sussidio sociale, pensionati. Baldassarre G., Battisti A., Burgio A., Colosimo S.C., Crialesi R., Damiani G., Milan G., Ricciardi W., Sicuro L., Solipaca A., Tamburrano T., 2010, *La relazione tra offerta di servizi di Long Term Care ed i bisogni assistenziali dell'anziano*, Collana Contributi ISTAT, Roma, ISTAT, n. 4.

35 La scala *ADL* (*Activities of Daily Living*) individuata da Katz (1963) misura la capacità di attendere autonomamente alle funzioni fondamentali della vita quotidiana come lavarsi, vestirsi, andare in bagno, spostarsi, alimentarsi ed essere continenti. Qui vengono considerate solo quattro della funzioni base della vita quotidiana: cura del corpo ed igiene personale, alimentazione, mobilità, cura della casa (faccende domestiche). Cfr. Baldassarre G., Battisti A., Burgio A.,

periodo di almeno sei mesi.

È previsto un aiuto anche per le persone coinvolte nell'assistenza informale; il sostegno può prevedere, per esempio, il riconoscimento delle prestazioni rese ai fini pensionistici, la copertura assicurativa degli incidenti durante il periodo di cura, periodi di sollievo per il *caregiver* in cui l'assistito può essere ricoverato temporaneamente in una struttura residenziale.

Una commissione medica indipendente valuta le richieste. In relazione a quantità, frequenza e durata dell'aiuto di cui necessita, l'assistito viene collocato in uno dei tre livelli, denominati "*Pflegestufe*", esistenti[36]:

1. Livello I, non autosufficienza rilevante.

A tale livello appartengono gli utenti che necessitano di assistenza per almeno due *ADL*[37] una volta al giorno per almeno un'ora e mezza.

2. Livello II, non autosufficienza grave.

A tale livello appartengono gli utenti che necessitano di aiuto e assistenza per almeno due ADL una volta al giorno per almeno tre ore.

3. Livello III, non autosufficienza gravissima.

A tale livello appartengono gli utenti che necessitano di assistenza continua nell'arco della giornata.

Gli utenti possono scegliere, a seconda del grado di non autosufficienza, tra l'erogazione di servizi in natura[38] e le prestazioni economiche, oppure è possibile una

---

Colosimo S.C., Crialesi R., Damiani G., Milan G., Ricciardi W., Sicuro L., Solipaca A., Tamburrano T.; op. cit.; Basaglia N., Cosma M., Magnarella M. R.; 2008, Diario di bordo - Schede informative per i familiari di persone con grave lesione cerebrale acquisita, II edizione, Ferrara, TLA.

36 Cfr. Gori C., Pesaresi F.; op.cit.; E. Notarnicola, 2013, op.cit.

37 La necessità di assistenza per almeno due *ADL* rappresenta il limite minimo di disabilità secondo la legislazione tedesca. Cfr. Baldassarre G., Battisti A., Burgio A., Colosimo S.C., Crialesi R., Damiani G., Milan G., Ricciardi W., Sicuro L., Solipaca A., Tamburrano T., op. cit.

38 Per servizi in natura si intendono interventi di servizi professionali svolti da erogatori che hanno concluso un contratto con l'ente assicurativo. Gori C., Pesaresi F.; op.cit., p. 125.

combinazione dei due. Come evidenziato nella tabella 1, i rimborsi per l'utilizzo di servizi ammontano a quasi il doppio rispetto ai contributi in denaro, nonostante ciò i tre quarti dei beneficiari (che vivono a domicilio) optano per le prestazioni in denaro (Pesaresi, Gori; 2001).

*Tabella 1: Benefici e servizi della Long Term Care in Germania.*

| Livello di non autosufficienza | Assistenza domiciliare (prestazioni *cash*) | Assistenza domiciliare (servizi diretti) | Servizi residenziali |
|---|---|---|---|
| Livello I | € 244,00 | € 468,00 | € 1.064,00 |
| Livello I - paziente con demenza | € 316,00 | € 689,00 | € 1.064,00 |
| Livello II | € 458,00 | € 1.144,00 | € 1.330,00 |
| Livello II - paziente con demenza | € 545,00 | € 1.298,00 | € 1.330,00 |
| € 1.612,00€ 1.612,00Livello III | € 728,00 | € 1.612,00 | € 1.612,00 |
| € 728,00 Livello III - paziente con demenza | | | |

*Fonte: elaborazione dati Bundesministerium für Gesundheit (2015). Le prestazioni sono espresse in euro/mese.*

Per quanto riguarda l'erogazione dei servizi reali è importante specificare che, in Germania, nonostante la programmazione spetti al pubblico, un ruolo molto importante nell'offerta dei servizi spetta al privato. Questo significa che il pubblico svolge un ruolo residuale nell'erogazione dei servizi mentre il privato, soprattutto gli enti senza scopo di lucro di natura confessionale o caritativa, costituiscono la metà

dell'offerta dei servizi rivolti agli anziani[39]. La crescita del settore privato è sostenuta anche dalla normativa poiché l'assicurazione sociale per la *Long-Term Care* assicura priorità agli erogatori privati (con e senza scopo di lucro) rispetto a quelli pubblici; il ruolo dell'ente pubblico è invece quello di finanziare, regolare e coordinare le prestazioni erogate da fornitori privati e pubblici (Rostgaard, 2001a).
L'introduzione dell'assicurazione, evidenziano Pesaresi e Gori (*ivi*), ha modificato il ruolo dei comuni (municipalità) che hanno ridotto consistentemente il peso del loro intervento in questo settore, passando dall'80% della spesa totale per gli anziani non autosufficienti del 1994 al 21% del 1999.

## 3. Finalità ed obiettivi del progetto

Prima di addentrarci nella descrizione di "*Mobile Seniorenberatung*" è utile precisare che esso si colloca fra i vincitori di un bando a premi europeo promosso dalla rete Elisan e Fondazione Médéric Alzheimer.
La rete Elisan è una ONG (Organizzazione Non Governativa) creata nel gennaio 2008 presso il comitato delle Regioni a Bruxelles e dotata di statuto partecipativo presso il consiglio d'Europa. Elisan mira a far conoscere l'azione sociale locale per garantire una partecipazione efficace e coerente dei rappresentanti eletti alla politica sociale europea. La rete è aperta alle amministrazioni locali europee, alle reti di comuni e città, agli esperti nell'ambito dell'azione sociale nonché alle reti europee che agiscono nel settore dell'azione sociale o che sono interessate a lavorare per

39 In Germania, le associazioni di *welfare* esistono già dall'istituzione delle mutue assicuratrici, il loro ruolo è quindi fortemente tradizionale. Cfr. Notarnicola E., op.cit.; Gori C., Pesaresi F.; op.cit., p. 146.

sviluppare un'Europa sociale in grado di garantire i diritti fondamentali di tutti i cittadini.

Gli obiettivi di Elisan sono[40]:

- far sentire la voce dei rappresentanti politici locali responsabili dell'azione sociale in Europa, esprimendo posizioni sui *dossiers* strategici e contribuendo alle consultazioni della Commissione Europea al fine di difendere gli interessi e di valorizzare l'azione delle amministrazioni locali europee;
- migliorare la conoscenza dell'azione sociale locale in Europa, delle sue sfide, dei suo attori attraverso tre azioni: organizzando eventi e partecipando a conferenze europee, promuovendo l'innovazione sociale europea e gli scambi di buone pratiche, informando i suoi membri sulle politiche europee nel settore sociale e valorizzando il lavoro dell'Unione Europea in materia di protezione e inclusione sociale grazie ai suoi diversi mezzi di comunicazione;
- sviluppare la rete coordinando le azioni dei suoi membri e sostenendoli attraverso la strutturazione e l'animazione della rete europea che essi costituiscono.

"Médéric Alzheimer", con sede a Parigi, è stata la prima fondazione riconosciuta di pubblica utilità (con decreto del 26 agosto 1999) ad occuparsi di tale patologia. Il suo scopo è[41]:

- promuovere azioni socio-sanitarie per sostenere i malati di Alzheimer o di altre patologie correlate all'invecchiamento, i loro *caregiver,* i volontari ed i professionisti che operano in questo settore;
- incoraggiare, sostenere e promuovere lo studio, la ricerca e le iniziative

40 Cfr. Curtopassi E., 2013, "Buone prassi per l'attuazione dei diritti degli anziani nell'UE:dalla carta dei diritti dell'Unione alla carta dei diritti della persona anziana, quali implementazioni nei sistemi di welfare", paper presentato al Congresso *Ben fare. Qualità e benessere per un welfare sostenibile*, Castelnuovo del Garda (Vr), Park Hotel Paradiso, 7-8 marzo.

41 Cfr. www.fondation-mederic-alzheimer.org e www.centromaderna.it.

nazionali e internazionali in tale ambito al fine di migliorare la qualità della vita dei malati e dei loro *caregiver*.

Nell'ambito dello scambio di buone pratiche tra paesi europei e nel quadro dell'Anno Europeo 2012 dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni e dell'*Innovation Union*[42], la rete Elisan e la Fondazione Médéric Alzheimer hanno lanciato un bando a premi dal titolo "Vivere con e nonostante il morbo di Alzheimer[43]".

Gli obiettivi di tale bando sono[44]:

1. incoraggiare i rappresentanti e i professionisti, che lavorano a casa o in strutture residenziali, a migliorare la vita quotidiana delle persone affette da demenza e dei loro familiari;
2. promuovere iniziative originali e pertinenti realizzate nella cura della demenza, adattate alle esigenze e alle situazioni specifiche delle persone con disabilità cognitiva;
3. promuovere l'approccio centrato sulla persona, piuttosto che centrato sui sintomi della malattia;
4. valorizzare il ruolo dei lavoratori del settore;
5. incoraggiare la partecipazione attiva nella società: un approccio intergenerazionale potrebbe migliorare la vita quotidiana della persona con malattia di Alzheimer o altra demenza senile e della sua famiglia.

42 L'*Innovation Union* è una delle sette iniziative faro presentate dalla Commissione Europea nell'ambito della più ampia strategia Europa 2020 per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva. Al momento l'Europa sta attraversando una vera e propria "emergenza dell'innovazione" con investimenti in ricerca e innovazione nettamente inferiori rispetto ai principali *competitor* come Usa e Giappone e ai c.d. paesi emergenti. Si rende dunque necessario definire un approccio strategico all'innovazione. Sono state individuate una serie di misure per concentrare gli interventi dell'Europa – e la cooperazione con i paesi terzi – in ambiti quali i cambiamenti climatici, la sicurezza dell'approvvigionamento energetico e alimentare, la salute e l'invecchiamento della popolazione. Cfr. www.apre.it/innovation-union.

43 Cfr. www.elisan.eu e www.fondation-mederic-alzheimer.org.

44 Cfr. www.elisan.eu.

Elisan e la Fondazione Médéric Alzheimer hanno voluto concentrarsi su un approccio incentrato sulla persona, focalizzando l'attenzione sul singolo individuo e non solo sulla cura dei sintomi della malattia. Inoltre il desiderio è stato quello di valorizzare il ruolo ed il lavoro del personale qualificato operante presso le abitazioni o le strutture specializzate. Il bando, finanziato dalla Fondazione Médéric Alzheimer, è stato lanciato al fine di raccogliere le iniziative originali e pertinenti, realizzate nell'ambito della cura della demenza, particolarmente attente alle esigenze e alle situazioni specifiche delle persone con deficit cognitivo.

Destinatari del bando sono stati i comuni, le regioni e gli enti privati o pubblici che accolgono o forniscono servizi assistenziali alle persone malate di Alzheimer o di altre forme di demenza senile. Sono pervenute sessantatré domande provenienti da quindici diversi paesi, ventitré delle quali sono state selezionate per la valutazione finale. Nel novembre 2012, la Fondazione Médéric Alzheimer ha assegnato quattro premi nel corso della conferenza annuale di Elisan in collaborazione con il Comitato Economico e Sociale Europeo.

"*Mobile Seniorenberatung*", progetto pilota di consulenza mobile per cittadini anziani con demenza della città di Bayreuth (Germania), è stato assegnatario del secondo premio. Si tratta di un progetto sperimentale la cui finalità consiste nell'affrontare le problematiche e le lacune presenti nella cura delle persone affette da demenza senile utilizzando la metodologia del *case management.* L'approccio che fa proprio va nella direzione di sensibilizzare la società ai bisogni di questi utenti e di fornire loro il necessario supporto per poter vivere, per quanto possibile, in modo indipendente e al sicuro all'interno della comunità. In molti casi, infatti, le persone con problemi di demenza vivono sole, spesso non vi sono familiari o amici che si possano prendere cura di loro in modo adeguato.

Nello specifico, gli obiettivi del progetto sono[45]:

- potenziare l'offerta dei servizi che si occupano di anziani affetti da demenza;
- favorire l'autodeterminazione e l'integrazione nella comunità degli anziani affetti da demenza;
- favorire la permanenza a domicilio delle persone affette da demenza (e prevedere forme di domiciliarità protetta);
- ampliare gli interventi di supporto ai *caregiver* e sostenere le famiglie fornendo sia aiuti formativi/informativi ma soprattutto assicurando il sostegno ai familiari, in particolare *caregiver* o conviventi, da parte dei referenti istituzionali (*case manager*) nella gestione delle diverse problematiche (assistenziali, amministrative, economiche, psicologiche ecc.) che potrebbero presentarsi;
- sensibilizzare la comunità al problema della demenza e prevenire l'isolamento dei malati di demenza e dei loro familiari;
- potenziare, attraverso il metodo di lavoro del *case management*, la collaborazione tra diversi servizi che si occupano di malati di demenza;
- valorizzare il ruolo del personale qualificato e strutturare percorsi di formazione specifica sulla malattia di Alzheimer e sulle demenze.

## 4. Azioni progettuali

Per raggiungere la finalità che intende perseguire il progetto è fondamentale riuscire a sensibilizzare la società rispetto ai bisogni delle persone con problemi gerontopsichiatrici e fornire loro il necessario supporto per vivere bene all'interno della comunità. A tal fine, è importante organizzare e coordinare l'assistenza, attivare

45 Cfr. "Awards 2012 from the Foundation Mèdèric Alzheimer. Appel à expériences – Call for experiences", in www.elisan.eu.

risorse e relazioni per cercare un equilibrio nella condizione di vita degli anziani affetti da queste patologie.

Oltre agli anziani affetti da demenza, i destinatari del progetto sono:

- anziani in situazione di crisi che non appaiono in grado di far fronte autonomamente alla vita quotidiana;
- anziani affetti da problemi psichici come depressione, psicosi schizofrenica, dipendenza da alcol e droga, rischio suicidario.

L'approccio utilizzato prevede l'attivazione di volontari, vicini di casa, amici e professionisti che operano nei servizi sociali rivolti agli anziani. Il supporto offerto dalle risorse umane attivate permette che le situazioni critiche possano ridursi e stabilizzarsi.

L'obiettivo è che l'utente riacquisisca una buona qualità di vita nonostante i problemi gerontopsichiatrici.

I punti nodali attorno ai quali si sviluppano le azioni e gli interventi sono quindi:

- la realizzazione e il potenziamento del lavoro di rete tra i servizi che si occupano di anziani, finalizzato ad una migliore gestione dei casi;
- la costruzione di relazioni significative con tutti gli attori coinvolti (*caregiver,* famiglie, volontari, vicini di casa ecc.) da parte degli operatori dei servizi al fine di supportarli nei diversi compiti assistenziali da loro svolti per migliorare la qualità di vita dei malati di demenza;
- la realizzazione di interventi atti a favorire la domiciliarità e l'integrazione sociale delle persone con problemi di demenza.

Questi diversi livelli progettuali daranno vita ad azioni ed interventi specifici che andranno ad integrarsi nel complesso del progetto.

Al fine di raggiungere gli obiettivi del progetto è stato adottato l'approccio metodologico del *case management* che rappresenta il modello organizzativo

assistenziale alla base di questo progetto.

Facendo riferimento all'approccio individuato, il progetto è stato strutturato su tre azioni principali:

1. Aiuto/Assistenza/Supporto individuale.

La persona con demenza, la sua famiglia, i vicini di casa, gli amici o altre istituzioni possono contattare volontariamente i referenti del progetto "*Mobile Seniorenberatung*", recandosi direttamente presso gli uffici oppure telefonando per segnalare il problema. Talvolta possono essere i medici di medicina generale oppure le forze dell'ordine a segnalare situazioni di anziani in difficoltà. Gli operatori si recano quindi a domicilio per raccogliere elementi riguardanti il caso (in particolare informazioni sulla situazione familiare ed abitativa). Successivamente viene analizzato e valutato il caso secondo l'approccio metodologico del *case management.* Il fuoco della valutazione consiste nell'obiettivo di favorire la permanenza a domicilio degli anziani.

2. Coordinamento di un gruppo di lavoro interno al progetto (composto da un assistente sociale, un'infermiera, una pedagogista, la responsabile del progetto) con figure operanti all'esterno del progetto (gli operatori ospedalieri, in particolare psicologi e psichiatri, gli infermieri e gli operatori socio-sanitari domiciliari, i medici di medicina generale, l'assistente sociale comunale. Questo gruppo integrato di rete territoriale forma un'*èquipe* di lavoro che permette un monitoraggio dei casi in un'ottica interdisciplinare e la co-progettazione degli interventi.
3. Sensibilizzazione e informazione sulla demenza da parte dei servizi pubblici.

Vengono promosse attività come "Alzheimer *cafè*", volantini e *brochure*, conferenze serali. Inoltre il progetto offre attività informative sulle malattie gerontopsichiatriche e consigli sulla gestione delle persone affette da demenza e sul supporto offerto dalla

comunità sia per le persone colpite da questa patologia che per i familiari. Tali attività sono gratuite ed aperte alla cittadinanza.

4. Attività svolte dai volontari.

È attiva una rete di volontari che svolgono attività individuali per supportare gli anziani affetti da demenza nello svolgimento delle attività della vita quotidiana (fare la spesa, pagare le bollette, svolgere piccoli lavori domestici ecc.), in particolare a domicilio. I volontari sostengono ed aiutano gli anziani anche a praticare i propri *hobby* e passioni, e a tal fine sono a disposizione di volontari ed anziani alcune strutture comunali.

## 4.1 Strumenti di implementazione

Come detto, il progetto si rifà all'approccio metodologico del *case management*, di cui i principali strumenti operativi in questo progetto sono:

- il lavoro d'*èquipe* integrata: un gruppo di lavoro interdisciplinare e interistituzionale permanente consente di progettare, analizzare, monitorare e valutare secondo modalità maggiormente complesse e complete i casi e gli interventi.
- il piano assistenziale individualizzato: la costruzione di un "pacchetto" assistenziale costruito su misura per l'utente consente di rispondere ai bisogni dell'utente coinvolgendolo come protagonista e quindi favorendo l'autodeterminazione.
- il coordinamento tra servizi: esso è fondamentale al fine di supportare l'utente, i *caregivers*, la famiglia, il vicinato, la comunità ecc. e permettere continuità e stabilità dell'aiuto.
- il coordinamento con le associazioni e i volontari: creare un collegamento significativo fra operatori dei servizi formali e volontari presenti sul territorio

al fine di potenziare o riattivare risorse scarsamente utilizzate è importantissimo per la buona riuscita del progetto.

## 4.2 Risorse umane e finanziamenti

Il progetto "*Mobile Seniorenberatung*" è parte integrante dei servizi offerti agli anziani dalla città di Bayreuth. La realizzazione di tale progetto è avvenuta principalmente grazie al supporto di due *partners* operativi e finanziari: il comune di Bayreuth e la Fondazione rivolta ai cittadini anziani "Hans und Emma Nutzel".
Il comune di Bayreuth ha messo a disposizione parte delle risorse umane cioè due operatori (di cui uno a tempo pieno e l'altro a tempo parziale) e un ufficio presso la sede municipale. Inoltre stanzia annualmente un contributo necessario al sostentamento del progetto (tale contributo nell'anno 2011 è stato pari ad € 5.148,41).
La Fondazione "Hans und Emma Nutzel" sostiene economicamente la realizzazione del progetto versando nel 2011 ha versato una somma pari ad € 79.000. Tali risorse vanno a coprire spese progettuali, comprese quelle relative al personale (il terzo operatore a tempo parziale).
Nel 2011 il costo complessivo del progetto è stato pari ad € 84.148,41.
E' presente, inoltre, un gruppo di volontari (provenienti da diverse associazioni) formato in media da sei persone che si turnano settimanalmente e che risulta di fondamentale importanza per una buona riuscita del progetto.

# 5. Analisi del progetto

Una volta individuato il contesto di origine e implementazione del progetto, procedo con la descrizione di come mi sono mossa nella mia analisi del progetto come *case study*, e con la specificazione delle tecniche di indagine con cui ho condotto lo studio di caso.

Prima di procedere  va sottolineato che l'area di indagine è stata circoscritta a Bayreuth, città extracircondariale[46] tedesca collocata nel *Land* della Baviera settentrionale e capitale del distretto dell'Alta Franconia (cfr. figura 1).

*Figura 1: Posizione città di Bayreuth.*

*Fonte: www.DSLintern.de*

La città conta circa 73.000 abitanti ed è suddivisa in quattro quartieri principali:

1. la Città antica ossia il quartiere con la parte più antica della città;
2. il *Birken* è il quartiere più popolato della città, sede anche dell'università;
3. l'*Insel*, collocato a nord di Bayreuth, è il quartiere industriale della città;
4. il *Wendelhöfen* è un quartiere centrale, in cui si trova il famoso teatro

46 Una città extracircondariale è un ente territoriale tedesco che accentra le funzioni tipicamente assegnate ad un comune e quelle del circondario (unità amministrative costituite nell'ambito dei distretti governativi alle quali appartiene un gruppo di comuni).

cittadino.

Nel presente lavoro di ricerca sono state utilizzate tre tecniche di rilevazione tipiche della ricerca qualitativa. Esse possono essere raggruppate in tre grandi categorie: osservazione diretta, intervista in profondità, uso di documenti.

## 5.1 L'osservazione partecipante

Nell'osservazione partecipante, il ricercatore esamina un particolare fenomeno sociale attraverso un coinvolgimento diretto con l'oggetto studiato. Essa viene definita partecipante proprio perché il ricercatore osserva la vita e partecipa alla vita dei soggetti studiati per sviluppare una "visione dal di dentro" (Corbetta, 1999, p. 367), allo scopo di fornire una descrizione corretta e fedele del fenomeno esaminato.

Attraverso tale strategia di ricerca è stato possibile analizzare approfonditamente, e da un punto di vista privilegiato, la realtà oggetto d'indagine. La tecnica dell'osservazione partecipante permette al ricercatore di inserirsi in modo diretto, per un periodo di tempo determinato, in un determinato ambiente e di instaurare rapporti di interazione personali con i membri di tale ambiente allo scopo di descrivere azioni e di comprendere le motivazioni (Corbetta, 1999).

Ai fini della valutazione oltre all'analisi della realtà indagata, attraverso l'osservazione partecipante sono state analizzate le interazioni formali (cioè tra soggetti presenti all'interno delle istituzioni che rivestono ruoli prestabili) ed informali utili per la comprensione della visione e dei significati da loro attribuiti alle alle azioni progettuali e alla sua metodologia.

Un momento di fondamentale importanza, in ogni tipo di ricerca, è rappresentato dal processo di registrazione dei dati osservati che, nel caso dell'osservazione partecipante, assume la forma di una stesura di appunti quotidiani, una sorta di

“giornale di bordo nel quale viene attentamente riportato, con ricchezza di particolari […], tutto quello che il ricercatore ha osservato” (Corbetta, 1999, p. 385).
Nello svolgimento del presente studio di caso, l'attività di osservazione partecipante si è potuta svolgere nel corso dell'esperienza sul campo per la durata complessiva di circa un mese, la stesura del “giornale di bordo” è avvenuta con frequenza giornaliera, compatibilmente con disponibilità da parte dei diretti interessati alla mia presenza durante le attività (colloqui, visite domiciliari ecc.).

## 5.2 L'intervista semi-strutturata

Attraverso l'intervista, il ricercatore si prefigge lo scopo di “accedere alla prospettiva del soggetto studiato” cioè cogliere le sue categorie mentali, le sue interpretazioni, le sue percezioni ed i suoi sentimenti, i motivi delle sue azioni (Corbetta, 1999, p. 405). In genere, si utilizza l'intervista “qualitativa” quando si conosce poco di un fenomeno e quindi, attraverso essa, si cerca di capire quali siano le dimensioni che lo caratterizzano e le possibili ipotesi per interpretarlo.
Ai fini della valutazione della metodologia progettuale, si è scelto di utilizzare alcune interviste sottoposte ad utenti e familiari nell'anno 2012[47] e di realizzarne alcune altre[48] con l'aiuto di un mediatore culturale. Tali interviste sono state rivolte, oltre che ad utenti e familiari, anche agli operatori del progetto, in quanto “osservatori privilegiati” ossia “attori esperti conoscitori del fenomeno indagato, collocati in una posizione privilegiata di osservazione, derivante dalla loro specifica esperienza diretta sul campo” (Corbetta, 1999).
L'utilizzo dell'intervista come tecnica di rilevazione ai fini della valutazione della

47 Tali interviste sono state utilizzate anche ai fini della valutazione del progetto effettuata dalla Commissione Fondazione Mèdèric Alzheimer e rete Elisan per l'assegnazione dei premi relativi al bando "Vivere con e nonostante il morbo di Alzheimer".
48 Le interviste sono state effettuate nel mese di aprile dell'anno 2015, momento in cui ho svolto la mia esperienza presso il Dipartimento degli Affari Sociali, Ufficio Anziani città di Bayreuth.

metodologia è legata al fatto che essa consente di sviluppare gli argomenti oggetto di interesse approfondendo tutti gli aspetti di maggior interesse che emergono soprattutto in maniera spontanea, e che possono rappresentare elementi fondamentali per la valutazione stessa. Questo perché gli individui, nel raccontare, ricostruiscono, razionalizzano, collegano episodi, propongono il loro punto di vista[49].

Le tipologie principali di intervista sono tre, esse si differenziano fra loro per il grado di standardizzazione, cioè per il diverso grado di libertà o di costrizione che viene concesso all'intervistatore e all'intervistato (*ivi*).

Nel presente *case study* è stata utilizzata l'intervista semi-strutturata. Tale tipologia sostiene Corbetta (1999), prevede che l'intervistatore disponga di una "traccia" contenente gli argomenti da sviluppare nel corso dell'intervista stessa. Come sostiene Pitrone (1984, p. 33), nell'intervista semi-strutturata "l'intervistatore dispone di una lista di temi fissati in precedenza sui quali deve raccogliere tutte le informazioni richieste [con] la facoltà di adattare ai singoli intervistati sia le domande, sia l'ordine in cui le pone"; ciò significa che l'ordine delle tematiche è indicativo, così come la formulazione delle domande.

Al fine di poter ottenere dei risultati più omogenei e comparabili si è scelto di utilizzare la stessa traccia per entrambe le interviste rivolte a familiari ed utenti, proposta nella tabella 2.

Va precisato che le interviste rivolte agli operatori hanno seguito una traccia diversa, nel senso che i quesiti posti riguardavano il progetto in senso più ampio (cfr. tabella 3).

49 Cfr. www.archivio.formazione.unimib.it

*Tabella 2: Traccia intervista semi-strutturata rivolta ad utenti e familiari.*

| Intervista semi-strutturata (anno 2014 e anno 2015) |
|---|
| - Aspetti positivi del progetto<br>- Aspetti negativi del progetto<br>- Problemi incontrati<br>- Impressioni personali |

*Fonte: elaborazione propria dati Stadt Bayreuth – Sozialreferat/Seniorenamt*

*Tabella 3: Traccia intervista semi-strutturate rivolta agli operatori del progetto.*

| Intervista semi-strutturata (anno 2015) |
|---|
| - Storia del progetto<br>- Soggetti coinvolti<br>- *Target*<br>- Descrizione obiettivi ed azioni<br>- Metodologie e strumenti utilizzati<br>- Tempistiche<br>- Finanziamenti/costi<br>- Monitoraggio/valutazione<br>- Aspetti positivi del progetto<br>- Aspetti negativi del progetto<br>- Impressioni personali, riflessioni |

*Fonte: elaborazione propria dati Stadt Bayreuth – Sozialreferat/Seniorenamt*

Gli operatori cui è stata sottoposta l'intervista sono tre: la responsabile del progetto,

l'assistente sociale e l'infermiera[50]; la scelta di focalizzarsi su questi professionisti è stata legata alla loro storia professionale, essi infatti operano all'interno del servizio dal momento dell'avvio del progetto.

## 5.3 L'analisi di documenti

L'uso dei documenti, secondo Corbetta (1999, p. 366) permette di "analizzare una certa realtà sociale a partire dal materiale – in genere, ma non unicamente, in forma scritta – che la società stessa ha prodotto e produce, sia attraverso i singoli individui […] sia attraverso le istituzioni [...]". Per documento, continua l'autore (*ivi*), intendiamo "materiale informativo su un determinato fenomeno sociale che esiste indipendentemente dall'azione del ricercatore", infatti tale materiale viene prodotto per finalità diverse da quelle della ricerca sociale.

Nel presente lavoro, sono stati consultati molteplici documenti prodotti da diversi attori sociali (soprattutto istituzionali), che nel contesto territoriale analizzato occupano una posizione privilegiata rispetto all'oggetto di ricerca. Di seguito (cfr. figura 2) viene presentato l'elenco della documentazione analizzata ai fini della valutazione metodologica da me proposta nel prossimo capitolo.

L'analisi dei documenti consente di comprendere maggiormente le peculiarità della realtà trattata e di registrare i fenomeni e le attività come, per esempio, l'andamento del progetto in termini statistico-numerici utili per la valutazione.

50 La pedagogista è stata assente prima per ferie e poi per malattia.

*Figura 2: Documenti analizzati.*

| |
|---|
| - *Call for Experiences* - Awards 2012 from the Foundation Mèdèric Alzhimer.<br>- Vivere con e nonostante il Morbo di Alzheimer.<br>- *Bedarfsermittlung nach Art. 69 AGSG für Stadt Bayreuth* (valutazione dei bisogni presenti nella realtà di Bayreuth).<br>- *Street work for senior citizens with gerontopsychiatric symptoms: "Mobile Seniorenberatung*": *report*.<br>- Organigramma aziendale.<br>- Statistiche anziani dal 2009 al 2014 città di Bayreuth .<br>- Ben fare. Qualità e benessere per un *welfare* sostenibile.<br>- *World Alzheimer Report 2011.* |

*Fonte: elaborazione propria.*

# Capitolo 4

# Valutazione del progetto

## 1. Cenni sulla valutazione

La progettazione prevede un'accurata valutazione relativa all'impatto e ai risultati al fine di rendere l'azione decisionale razionale, coerente e comparabile con la situazione preesistente (Zilianti, 2007, p. 219).

Ma che cosa si intende per valutazione? Il termine "valutazione" deriva da *valuto*, participio passato del verbo latino *valere* che significa "dare valore" (Filippini, Merlini; 2005, p. 764). Nell'ambito dei servizi alla persona, essa rappresenta uno strumento di riflessione rispetto agli esiti dei progetti al fine di comprenderne l'efficacia e l'appropriatezza e per migliorarli. La valutazione si sviluppa negli Stati Uniti intorno agli anni '60 del secolo scorso in termini di campo d'azione, di definizione delle sue basi teoriche e metodologiche e di disciplina professionale, sia per dare scientificità a programmi in ambito sociale, sia per convalidarne l'efficacia anche in termini di costi sostenuti[51]. In Europa tale metodologia si sviluppa circa una decina di anni dopo, oggigiorno la prassi valutativa è ormai consolidata.

Diversi autori hanno definito il concetto di valutazione, per esempio Palumbo (2001, p. 59) sostiene che essa sia "un'attività cognitiva volta a fornire un giudizio su di un'azione (o complesso di azioni coordinate) intenzionalmente svolte o che si intende svolgere, destinata a produrre effetti esterni, che si fonda su attività di ricerca delle scienze sociali e che segue procedure rigorose e codificabili". Stame (1998, p. 91) afferma che "valutare significa analizzare se un'azione intrapresa per uno scopo

51 Cfr. Campanini A., a cura di, 2006, *La valutazione nel servizio sociale*, Roma, Carocci; Rovai B., Zilianti A.; 2007, *Assistenti sociali professionisti*, Roma, Carocci.

corrispondente ad un interesse collettivo abbia ottenuto gli effetti desiderati o altri, ed esprimere un giudizio sullo scostamento che normalmente si verifica, per proporre eventuali modifiche che tengono conto delle potenzialità manifestatasi". Bezzi propone una definizione più "articolata" di valutazione; quest'ultima, secondo l'autore, consiste "principalmente in un'attività di ricerca sociale applicata, realizzata nell'ambito di un processo decisionale, in maniera integrata con le fasi di programmazione, progettazione e intervento, e avente come scopo la riduzione della complessità decisionale attraverso l'analisi degli effetti diretti e indiretti, attesi e non attesi, voluti e non voluti, dell'azione, compresi quelli non riconducibili ad aspetti materiali" (Bezzi, 1998, p. 29). La valutazione diventa così un processo, utile per conoscere, dialogare ed apprendere al fine di attuare strategie migliorative.

Esistono due tipologie principali di valutazione:

1. quantitativa;
2. qualitativa.

Nell'ambito dei servizi sociali, l'attenzione viene posta soprattutto su ciò che pensano le persone interessate, sul "come" percepiscono le situazioni che si ritiene siano da modificare. Gli *stakeholders*, ovvero i "portatori di interessi", determinano l'orientamento decisionale e la progettazione in ambito sociale; pertanto, in genere, l'approccio è soprattutto di tipo qualitativo (Zilianti, 2007). La metodologia qualitativa ricerca i diversi punti di vista evidenziando le posizioni contraddittorie, necessarie per realizzare una progettazione realmente efficace (Fargion, 2006b). La valutazione quantitativa e sperimentale dà "scientificità e rigore metodologico, elementi in grado di supportare processi di conoscenza e di miglioramento" (Zilianti, 2007, p. 219).

Nel lavoro sociale è sempre più evidente l'importanza di strutturare buone prassi valutative poiché, come sostiene Dotti (*ivi*), esse permettono di evidenziare i diversi

*step* processuali necessari per attuare interventi o progetti significativi nelle situazioni in cui vi sono disagi e/o difficoltà. Prosegue l'autrice (2006, p. 149), "le buone prassi valutative [...] hanno come obiettivo quello di valutare, oltre ai processi attuati, anche gli esiti degli stessi, misurando effettivamente i cambiamenti intervenuti".

Di seguito verranno presentate due differenti valutazioni. La prima[52] è stata effettuata da una Commissione formata da membri della Fondazione Mèdèric Alzheimer e della rete europea Elisan ai fini dell'assegnazione del premio relativo al bando "Vivere con e nonostante la malattia di Alzheimer" nell'anno 2012 (esso è attivo dall'anno 2002)[53]. Essa si propone l'obiettivo di valutare la pertinenza e l'originalità del progetto analizzando, in particolare, rilevanza, fattibilità ed efficacia del progetto stesso. La seconda valutazione è stata svolta da me nel corso dell'esperienza sul campo ed è relativa alla metodologia (*case management*) utilizzata all'interno del progetto. Con la mia valutazione cerco di vedere se l'utilizzo del case management risponde con successo ai parametri della rilevanza, fattibilità ed efficacia identificati dalla valutazione Mèdèric/Elisan.

## 2. Valutazione del progetto – Commissione valutativa Fondazione Mèdèric Alzheimer e rete Elisan

Il progetto "*Mobile Seniorenberatung*", attivo dal 2002, è il risultato dell'attività di pianificazione sociale rivolta agli anziani; in particolare esso è stato fortemente voluto dai rappresentanti degli organi istituzionali locali eletti nei primi anni 2000 per far fronte al problema della demenza.

La valutazione del progetto è stata effettuata da una Commissione valutativa formata

52 Tale valutazione è stata effettuata nell'anno 2012.

53 Sono pervenute sessantatré domande, ventitré delle quali sono state selezionate dalla Commissione per una valutazione finale ai fini dell'assegnazione dei premi.

da membri appartenenti alla Fondazione Mèdèric Alzheimer e alla rete Elisan attenendosi ai criteri qualitativi (Q*uality frame*) previsti dalla Commissione Europea. L'approccio del *Project Cycle Management* aiuta ad assicurare che il progetto sia realmente fondato sui tre attributi chiave previsti dal *Quality frame*: rilevanza, fattibilità, efficacia e buona gestione.

La rilevanza o *relevance* indica la conformità tra gli scopi del progetto e i problemi del contesto, la valutazione deve quindi considerare se e in che misura il progetto risponde ai bisogni reali, dimostrati e di assoluta priorità; mirando l'intervento ed evitando così sprechi di risorse. La rilevanza è collegata alla fase di ideazione del progetto.

La fattibilità è connessa alle analisi svolte durante la fase di programmazione e riguarda l'analisi degli effetti sui beneficiari (un progetto ben pianificato dovrebbe produrre benefici durevoli per i destinatari).

L'efficacia e buona gestione sono criteri utilizzati per valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi del progetto e una corretta gestione dello stesso nella fase di implementazione.

La tabella 4 offre uno schema riassuntivo dei principali parametri utilizzati dalla Commissione Europea per ciascuno dei tre criteri sovra-descritti.

La valutazione del progetto si riferisce all'anno 2012, le statistiche utilizzate al fine di rendere il *report* più completo al periodo 2009-2012.

Come emerge dal grafico 1 si è registrato un aumento del 51% dei soggetti che si sono rivolti agli operatori del progetto tra l'anno 2009 (147 casi) e l'anno 2012 (223 casi).

Il secondo dato riguarda il numero degli interventi psicosociali (visite domiciliari, consulenze) offerti dagli operatori del progetto: anche in questo caso c'è stato un evidente aumento negli anni. Si pensi che gli interventi psicosociali sono passati da

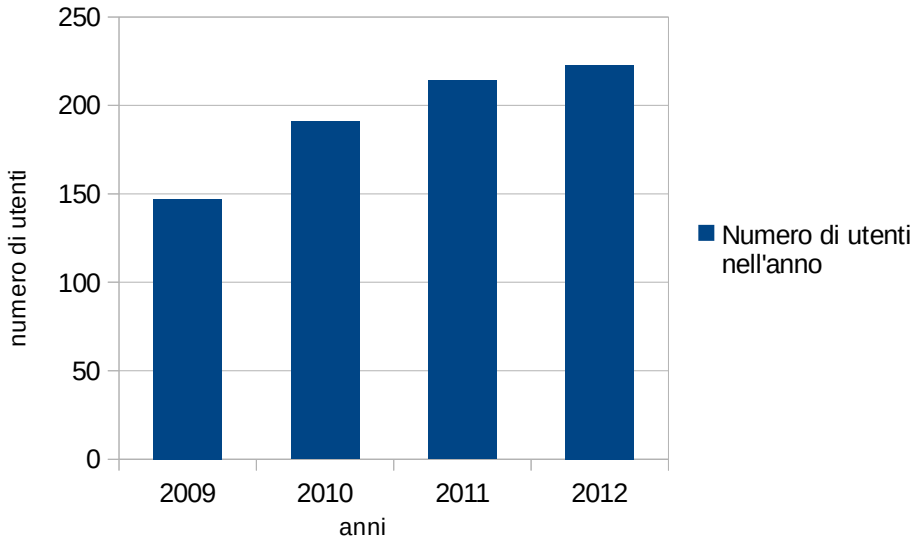
381 nel 2009 a 480 nel 2012 (aumento del 26%), con un picco di 549 casi nell'anno 2011. Si rileva che, in particolare, è aumentato il numero delle visite domiciliari (da 270 nel 2009 a 363 nel 2012). Tali dati vengono presentati per esteso nel grafico 2.

*Tabella 4: Principali parametri del Quality Frame.*

| Rilevanza | Fattibilità | Efficacia e buona gestione |
|---|---|---|
| * Il progetto è coerente e sostiene le politiche dell'ente finanziatore.<br>* Il progetto è coerente e sostiene le politiche dei principali enti attivi nel settore.<br>* *Stakeholders* e destinatari del progetto sono stati chiaramente identificati.<br>* I problemi sono stati analizzati appropriatamente.<br>* Il progetto fa tesoro di esperienze precedenti e di progetti ancora in corso o pianificati. | * Gli obiettivi, i risultati ed il piano delle attività sono chiari e logici e rispondono a bisogni chiaramente identificati.<br>* Le risorse e i costi sono chiari, il progetto è finanziariamente sostenibile.<br>* Il coordinamento, la gestione e le disposizioni finanziarie sono chiare.<br>* I sistemi di monitoraggio e valutazione sono chiari e realistici.<br>* Il progetto è ecologicamente, tecnicamente e socialmente corretto e sostenibile. | * Il progetto rimane rilevante e fattibile.<br>* Il progetto sta raggiungendo i propri obiettivi.<br>* Il progetto è ben gestito da coloro che sono responsabili della sua realizzazione.<br>* Il progetto sta assicurando la propria sostenibilità. |

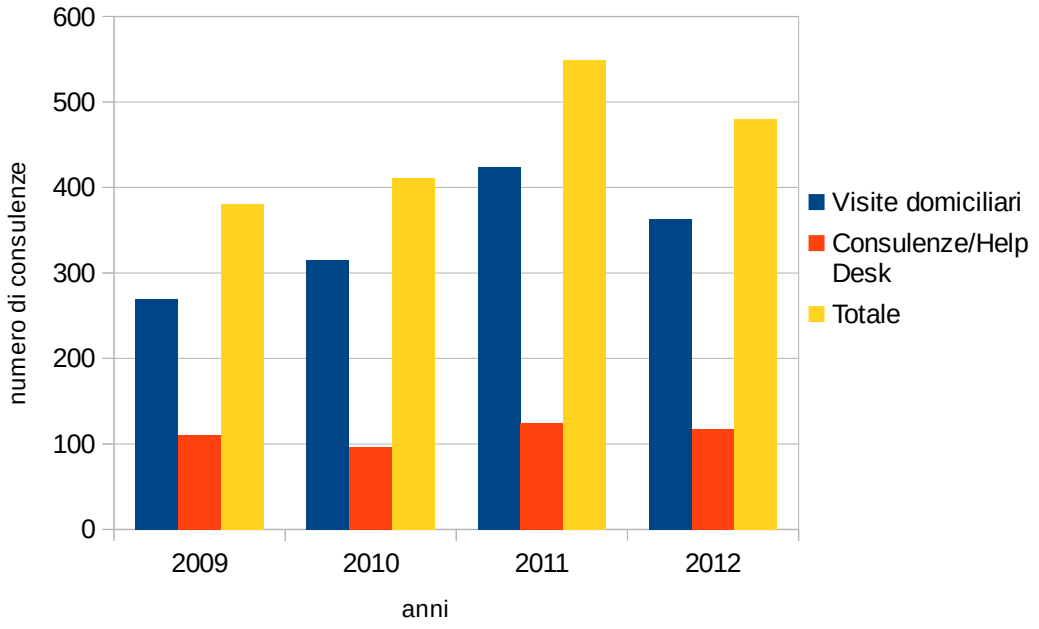
*Fonte: Adattamento da Project Cycle Management Guidelines (2004, p.22).*

*Grafico 1: Progetto "Mobile Seniorenberatung": numero di utenti per anno.*




*Fonte: elaborazione dati Stadt Bayreuth – Sozialreferat/Seniorenamt (2013).*

*Grafico 2: Progetto "Mobile Seniorenberatung": numero di consulenze per anno.*




*Fonte: elaborazione dati Stadt Bayreuth – Sozialreferat/Seniorenamt (2013).*

Il presente grafico evidenzia come lo strumento di lavoro della visita domiciliare assuma una valenza molto importante; esso è utile per conoscere, valutare e sostenere le relazioni di cura. Dalla valutazione finale della Commissione[54] è emersa l'importanza assunta dalla visita domiciliare, essa rappresenta uno strumento di conoscenza e di relazione con utenti e familiari utile per poter strutturare un'azione di sostegno che tenga conto delle necessità reali di entrambi, anche e sopratutto in considerazione degli intrecci e delle dinamiche personali e familiari. Tali dinamiche emergono molto più spontaneamente nella visita domiciliare poiché è l'operatore ad

54 Aspetto che ho potuto constatare anch'io attraverso l'osservazione diretta.

avvicinarsi alle situazioni familiari, “toccando con mano” le concrete situazioni di bisogno in cui si trovavano le persone.

Nell'anno 2012, inoltre, gli operatori del progetto hanno realizzato delle interviste semi-strutturate[55] rivolte ad utenti e familiari al fine di valutare il gradimento del progetto. Tali interviste, analizzate dalla Commissione valutativa, vertevano su tre aspetti principali del progetto: aspetti positivi, aspetti negativi e problemi incontrati.

Delle interviste sottoposte agli utenti[56] è emerso che l'aspetto positivo del progetto riguarda l'attenzione che viene riposta nei confronti di ciascun malato, tale attenzione consente loro di sentirsi supportati ed integrati nella comunità. Non è stata invece rilevata alcuna criticità da parte degli anziani intervistati.

Per i familiari, il progetto offre un servizio di ascolto e supporto rispetto alle difficoltà ed ai bisogni che è possibile incontrare nella gestione degli anziani affetti da demenza o da altri sintomi gerontopsichiatrici. Dall'intervista è emerso che, in molti casi, tale servizio risulta d'aiuto soprattutto perché offre ai familiari stessi la possibilità di confrontarsi con qualcuno di “esterno” alla famiglia e opportunamente formato. Inoltre, il supporto psicologico appare la risposta più idonea ed apprezzata nei momenti di crisi.

Uno dei problemi che è stato evidenziato dai familiari riguarda la necessità, per alcuni pazienti, di avere una sola persona di riferimento che li supporti e li aiuti ad organizzare la loro quotidianità. Accade che, quando tale figura non è il *caregiver* ma un operatore esterno, coordinando gli aiuti, non sempre si riesca a garantire la presenza dello stesso operatore e ciò può provocare episodi di ansia e

55 Nell'intervista semi-strutturata "l'intervistatore dispone di una lista di temi fissati in precedenza sui quali deve raccogliere tutte le informazioni richieste [con] la facoltà di adattare ai singoli intervistati sia le domande, sia l'ordine in cui le pone”. Cit. Pitrone M.C., 1984, *Il sondaggio*, Milano, Franco Angeli, p. 33.

56 Sono stati intervistati solamente utenti che presentavano una forma lieve demenza senile oppure altri sintomi gerontopsichiatrici come la depressione, tale scelta è stata intrapresa al fine di poter avere dei risultati attendibili.

disorientamento per l'anziano.

Rispetto alla rilevanza, dalla valutazione è emerso che l'analisi delle problematiche riguardanti gli anziani con demenza era stata discussa e condivisa con gli enti finanziatori precedentemente all'avvio del progetto. Emerge che il progetto risulta in grado quindi di far fronte ai problemi, grazie soprattutto alla collaborazione e l'aiuto degli altri servizi presenti sul territorio (ospedale, servizio sociale comunale ecc.).

Nella valutazione, la Commissione ha considerato, inoltre, il livello di adesione del progetto con le indicazioni contenute nel terzo Rapporto Mondiale sull'Alzheimer (2011). Tale Rapporto, i cui risultati si fondano su dati di evidenza, assume un'importanza cruciale a livello mondiale per tutti coloro i quali si trovino ad operare con la demenza ed è fondamentale che le indicazioni contenute al suo interno vengano promosse e attuate. È importante ricordare che uno degli aspetti su cui è incentrato il bando prevede il lancio di iniziative pertinenti ed attente alle esigenze delle persone affette da demenza. Il Rapporto verrà di seguito descritto negli aspetti principali utili ai fini di questo lavoro.

Il Rapporto Mondiale Alzheimer 2011 (*World Alzheimer Report* 2011) dal titolo "I benefici di diagnosi e interventi tempestivi", ha invitato tutti i governi a realizzare delle strategie che promuovano diagnosi ed interventi tempestivi, per fare fronte al problema della demenza. Dal rapporto, diffuso in contemporanea da *Alzheimer's Disease International* (*ADI*), *Alzheimer's Association USA* e Federazione Alzheimer Italia in occasione della XVIII Giornata Mondiale per l'Alzheimer, è emerso che[57]:

- tre quarti dei trentasei milioni stimati di persone affetti da demenza nel mondo non hanno una diagnosi e perciò non possono beneficiare di trattamenti, informazioni e cure;
- la mancata diagnosi è spesso il risultato della falsa convinzione che la

57 Cfr. "Rapporto Mondiale Alzheimer" www.alzheimer.it/report2011.html.

demenza faccia parte del normale processo di invecchiamento e che non ci sia nulla da fare. Al contrario, il Rapporto dimostra che trattamenti mirati possono fare la differenza, anche nello stadio iniziale della malattia;

- farmaci, interventi psicologici e psicosociali possono migliorare gli aspetti cognitivi, l'indipendenza e la qualità di vita delle persone con demenza allo stadio iniziale. Supporto e *counselling* ai familiari possono migliorare l'umore, ridurre lo stress e ritardare l'istituzionalizzazione delle persone con demenza;
- i governi, preoccupati per l'aumento dei costi delle cure a lungo termine della demenza, dovrebbero "spendere ora per risparmiare più tardi". Sulla base di una revisione delle analisi economiche, il Rapporto stima che la diagnosi tempestiva potrebbe far risparmiare fino a 10.000 dollari per malato nei Paesi ad alto reddito.

Il rapporto, redatto da un gruppo di ricercatori guidati dal professor Martin Prince dell'Istituto di Psichiatria del *King's College* di Londra, contiene la revisione globale e sistematica delle evidenze[58] sulla diagnosi e sugli interventi tempestivi nella malattia di Alzheimer e si sviluppa attorno alla considerazione di fondo che la ricerca ha dimostrato come la maggior parte delle persone affette da demenza non abbia avuto una diagnosi precisa. I punti chiave del rapporto sono elencati nella tabella seguente, essi appaiono di fondamentale importanza per chi attua politiche o deve pianificarle.

58 In senso epistemologico, per evidenza "si intende o uno stato mentale (una credenza, una ragione) o una preposizione (che fa di una credenza il suo oggetto) che ci consentono di giustificare ciò che crediamo, o ciò che è per noi ragionevole credere, o ciò che pensiamo possa essere vero". Cit. Montuschi E., 2011, *Oggettività ed evidenza scientifica*, Roma, Carocci, p. 61.

*Tabella 5: Punti chiave del Rapporto Mondiale Alzheimer 2011.*

| |
|---|
| *E' possibile promuovere la diagnosi tempestiva della demenza, e come si potrebbe raggiungere questo obiettivo? |
| *Quali sono, per i pazienti affetti da demenza e per le persone che li assistono, i vantaggi o gli svantaggi complessivi della diagnosi e dell'intervento tempestivi? |
| *Quali trattamenti o interventi sono efficaci negli stadi precoci della demenza? |
| *C'è evidenza che alcuni interventi siano più efficaci se applicati precocemente nel corso della malattia? |
| *Diagnosi ed intervento tempestivi possono ridurre i costi dell'assistenza socio-sanitaria? |

*Fonte: "Rapporto Mondiale Alzheimer" www.alzheimer.it/report2011.html.*

sono emersi molti aspetti interessanti sia ai fini della valutazione del progetto che del lavoro nel suo complesso, di seguito verranno riportati gli elementi più importanti.

Le ricerche analizzate dal rapporto hanno dimostrato come la mancata diagnosi sia un ostacolo che si oppone in maniera significativa al miglioramento della qualità di vita delle persone affette da Alzheimer o altre demenze, dei loro familiari e di chi li assiste[59]. Le cure mediche e gli altri interventi di supporto, infatti, sono disponibili solo per i soggetti che hanno ricevuto una diagnosi. Ad esempio, le rassegne sistematiche[60] svolte per questo Rapporto dimostrano che i trattamenti farmacologici e gli interventi psicologici e psicosociali attualmente disponibili possono essere efficaci, negli stadi iniziali della malattia, nel migliorare i sintomi della patologia e nel ridurre lo stress di chi li assiste. Il progetto "*Mobile Seniorenberatung*" sostiene e valorizza sia gli interventi psicosociali, sia gli interventi diretti a supporto dei *caregiver* svolti precocemente. In linea con quanto espresso nel Rapporto, dalla

59 Cit. *"Rapporto Mondiale Alzheimer"* www.alzheimer.it/report2011.html.

60 Per "rassegna sistematica" si intende la summa della letteratura disponibile a proposito di una determinata questione o area problematica che cerca di identificare, selezionare e sintetizzare l'evidenza più accreditata a proposito della questione o area da analizzare. Cit. Montuschi E., 2011, *Oggettività ed evidenza scientifica*, Roma, Carocci, p. 68.

valutazione del progetto emerge che gli interventi sovra-citati permettono di evitare o ritardare l'istituzionalizzazione della persona affetta da demenza.

Rispetto alla fattibilità, gli obiettivi e il piano delle attività previsti dal progetto sono chiari e rispondono ai bisogni identificati in fase di ideazione del progetto. Le risorse umane (tre operatori di cui due a tempo parziale) e finanziarie (vengono stanziati circa 85.000 € l'anno per il progetto) sono chiare e le spese vengono rendicontate annualmente. Sono previsti monitoraggi *in itinere* del progetto per valutarne l'andamento ed un *report* annuale richiesto dagli enti finanziatori. Ad oggi, il progetto è stato rifinanziato annualmente dal Dipartimento degli Affari Sociali della città di Bayreuth e dalla Fondazione "Hans und Emma Nutzel".

Rispetto all'efficacia e buona gestione; i dati e le interviste analizzati dalla Commissione hanno dimostrato che il progetto è gradito da utenti e familiari, i quali si avvalgono dei servizi offerti dal progetto in modo crescente. Esso è riconosciuto ed accreditato nella comunità, soprattutto grazie alla sensibilizzazione costante da parte dei servizi e delle associazioni di volontariato vicine alla realtà degli anziani. La popolazione di Bayreuth è sensibile alla problematica della demenza; l'esistenza di una solida rete di collaborazione tra istituzioni e volontariato e servizi "informali" come gli "Alzheimer *Cafè*", servizi a bassa soglia e ad alta capacità di contatto, ne è la dimostrazione. È stata proprio l'esistenza di questa rete ad aver favorito l'avvicinamento di utenti e famiglie ai servizi offerti dal progetto.

Gli obiettivi specifici, al momento della valutazione, erano stati perlopiù raggiunti o comunque in fase di realizzazione, come si evince dalla tabella 6.

Dalla valutazione del progetto è emerso che tutti gli obiettivi sono stati raggiunti nel corso dell'implementazione del progetto, di conseguenza è fondamentale che gli operatori attuino delle strategie per il mantenimento degli stessi.

Il progetto appare sostenibile economicamente poiché il finanziamento (circa 85.000

€ l'anno) si mantiene costante e le risorse umane sono, attualmente, adeguate.

La valutazione effettuata dai membri della Commissione Fondazione Mèdèric Alzheimer e rete Elisan ha avuto esito positivo ed il progetto è stato assegnatario del secondo premio.

Dalla valutazione finale è emerso che il progetto risponde ai requisiti previsti dal bando di concorso perché prevede la realizzazione di interventi individualizzati e mirati che vadano a sollecitare l'*empowerment* di utenti, *caregiver* e familiari attraverso un approccio metodologico innovativo.

La Commissione ha valutato la scelta della gestione secondo l'approccio del c*ase management,* in questo contesto, vincente poiché utenti e familiari hanno sottolineano l'importanza di poter usufruire di interventi individualizzati, calibrati su difficoltà e bisogni di ciascun anziano e *caregiver*/famiglia.

Esso, nel corso degli ultimi dieci anni è riuscito a rispondere a migliaia di richieste di cittadini sul tema della demenza, e più di 1.500 persone sono state aiutate ed accompagnate nel loro percorso.

*Tabella 6: Progetto "Mobile Seniorenberatung": raggiungimento degli obiettivi specifici.*

| **OBIETTIVI** | Raggiunto | Non raggiunto | In fase di realizzazione | Da mantenere |
|---|---|---|---|---|
| potenziare l'offerta dei servizi che si occupano di anziani affetti da demenza | X | | | X |
| favorire l'autodeterminazione e l'integrazione nella comunità degli anziani affetti da demenza | X | | | X |
| favorire la permanenza a domicilio delle persone affette da demenza | X | | | X |
| ampliare gli interventi di supporto ai *caregiver* e sostenere le famiglie attraverso aiuti formativi/informativi e sostegno psicosociale | X | | | X |
| sensibilizzare la comunità al problema della demenza e prevenire l'isolamento dei malati di demenza e dei loro familiari | X | | | X |
| potenziare la collaborazione tra diversi servizi che si occupano di malati di demenza; | X | | | X |
| valorizzare il ruolo del personale qualificato e strutturare percorsi di formazione specifica sulla malattia di Alzheimer e sulle demenze. | | | X | |

*Fonte: elaborazione dati Stadt Bayreuth – Sozialreferat/Seniorenamt (2013).*

## 3. Valutazione del modello di *Case Management* nell'ambito del progetto

Nel paragrafo precedente è stata illustrata la valutazione effettuata dalla Commissione Fondazione Mèdèric Alzheimer e rete Elisan. Nel corso della mia

esperienza di osservazione del progetto mi è stato affidato il compito di svolgere una valutazione meta-metodologica del progetto stesso. In altri termini, utilizzando la metodologia del *case study* ho articolato uno schema di considerazioni generali rispetto alla validità del modello di *case management* partendo dal modo in cui questo metodo e' stato utilizzato nel caso specifico del progetto "*Mobile Senionenberatung*".

Dalle interviste a cui ho sottoposto gli operatori del progetto e dall'osservazione partecipante è emerso che il "successo" del progetto, ossia il fatto che esso sia riuscito, negli anni, a rispondere a molteplici richieste di cittadini sul tema della demenza, è senza dubbio legato al metodo di lavoro applicato. Uno degli interrogativi posti nel corso dell'intervista riguardava proprio "le ragioni del successo di questo progetto". A tal proposito, la dott.ssa Holschuh, responsabile del progetto, afferma "Credo che in questi anni siamo riusciti a rispondere a migliaia di richieste d'aiuto di anziani con demenza grazie soprattutto all'organizzazione del progetto secondo la metodologia del *case management*. Tale approccio, nella nostra realtà, risulta vincente perché riesce a rispondere efficacemente ai bisogni della popolazione affetta da demenza e a sostenere la rete (familiare, amicale) che supporta il malato, coinvolgendo attivamente tutti i soggetti implicati. Inoltre, e questo è un aspetto molto importante sopratutto a livello politico-organizzativo, questo metodo favorisce l'integrazione socio-sanitaria, tema di grande attualità nel dibattito europeo sulle politiche di *welfare*".

Anche i dati[61] presi in esame, relativi al periodo 2009-2014, ci mostrano un crescente ricorso da parte dei cittadini ai servizi offerti dal progetto. Si è passati da 147 utenti nel 2009 a 224 nel 2014, in un quinquennio si è registrato un incremento del 52% di utenti. Le consulenze effettuate dallo staff sono aumentate del 30% nel periodo 2009-

61 Dati forniti da *Stadt Bayreuth – Sozialreferat/Seniorenamt (2015).*

2014, passando da 381 nel 2009 a 498 nel 2014 con un picco di 594 consulenze nel 2013. Questo ci permette di valutare positivamente la metodologia applicata in quanto, come affermato dalla dott.ssa Holschuh " Tale approccio riesce a rispondere efficacemente ai bisogni della popolazione".

Il *case management* rappresenta una sorta di *gate* d'accesso unico tra servizio sociale e servizio sanitario, in grado di selezionare l'utenza secondo criteri unitari (Longo, 2001). Ciò significa che, soprattutto laddove vi sia un elevato livello di frammentazione degli interventi e conseguente duplicazione e scarso coordinamento degli stessi, la realizzazione di un "accesso unico" al sistema dei servizi socio-sanitari consente di evitare sprechi di energie, massimizzando le risorse disponibili. Tale progetto ci mostra come ciò sia possibile.

Rispetto al coordinamento delle prestazioni e degli attori coinvolti nell'erogazione dei servizi, obiettivo di tutti i modelli di *case management*, il progetto ci dimostra come l'attenzione alla valutazione e la progettazione sistemica sul caso[62] (Trinchero, 1999) rappresentino degli strumenti utili a realizzare interventi coerenti ed efficaci. Attraverso l'osservazione partecipante ho potuto constatare come gli operatori sociali e sanitari siano qui tenuti a condividere l'elaborazione e la rappresentazione dei problemi, degli obiettivi e delle soluzioni da implementare, ciò consente di sviluppare un confronto ed uno scambio tra professionisti che costituisce il presupposto per la collaborazione e l'apprendimento dalla pratica (Fazzi, 2005). Inoltre, ciascun operatore coinvolto nel processo di presa in carico ed erogazione del servizio possiede responsabilità e compiti ben definiti, ciò al fine di limitare problemi di integrazione e comunicazione classici in settori come la non autosufficienza, ove le linee di confine tra interventi sociali e sanitari è molto sottile. Diversamente, come

62 Una progettazione sistemica sul caso richiede che tutte le leve organizzative ed operative si muovano al fine di promuovere un approccio appropriato e condiviso da parte degli operatori coinvolti nel caso.

sostiene Fazzi (2005, p. 227), potrebbe accadere che si determini "la costituzione di zone grigie di intervento, non presidiate dai professionisti interessati".

Per quanto riguarda l'utilizzo delle risorse, il *case management* si propone di favorire un uso razionale ed efficiente delle stesse.

Il monitoraggio e la verifica degli interventi impongono agli operatori di prestare molta attenzione all'utilizzo delle risorse. Dalle interviste agli operatori è emersa chiaramente l'importanza riposta nella valutazione dell'efficacia nell'uso delle risorse da parte loro. Tutti gli intervistati hanno dimostrato un continuo ed attivo coinvolgimento per il monitoraggio e la verifica degli interventi attraverso la sospensione di interventi laddove non si ravvisi più la necessità di proseguirli, oppure la modifica degli stessi in base ai bisogni del soggetto.

Un altro aspetto emerso dall'analisi dei dati che ritengo significativo riguarda l'abbattimento dei costi per il servizio pubblico. Considerata l'attuale crisi economica, per il settore pubblico risulta sempre più difficile finanziare la realizzazione di progetti innovativi, così la collaborazione con una fondazione privata può renderne possibile la realizzazione.

La collaborazione con fondazioni private, associazioni e altre realtà del privato sociale, inoltre, favorisce l'integrazione tra risorse formali ed informali, traguardo che il *case management* si prefigge di conseguire. La solida rete di collaborazione che si è costituita attraverso il lavoro svolto all'interno del progetto "*Mobile Seniorenberatung*" rappresenta un grande passo in questa direzione.

Rispetto all'utente, l'approccio del progetto secondo un ottica di *case management*, stimola gli operatori alla costruzione di piani assistenziali individualizzati adattati ai bisogni valutati e alle esigenze espresse dall'utente, quindi "tagliati su misura" integrando e coordinando i diversi elementi spesso in modo originale e creativo. L'erogazione di prestazioni settoriali viene quindi superata e l'attenzione degli

operatori si concentra sull'utente inteso come *unicum.* Inoltre, dall'osservazione partecipante è emerso chiaramente come vi sia un coinvolgimento attivo dell'utente e della sua famiglia. Utenti e famiglie infatti si trovano sempre al centro delle decisioni e dello svolgimento del piano assistenziale individualizzato. Ho potuto constatare direttamente che i professionisti si impegnano e credono fortemente nell'importanza del coinvolgimento del soggetto; a partire dal processo di *assessment* fino a quello della verifica finale e chiusura del caso, essi stimolano ripetutamente la partecipazione attiva e la consapevolezza di utenti e familiari attraverso un lavoro di *counseling*[63].

Infine, va evidenziato che, nella realtà oggetto d'esame, è stato raggiunto uno degli obiettivi primari della *community care*, ossia la deistituzionalizzazione. La creazione di questo progetto ha offerto ai cittadini un servizio alternativo all'interno della comunità a cui poter rivolgersi. Il sostegno offerto alle famiglie ha favorito un prolungamento della permanenza a domicilio delle persone anziane. Attraverso un approccio di *case management* si è quindi riusciti a ridurre o comunque a ritardare l'istituzionalizzazione degli anziani con problemi gerontopsichiatrici.

Alla luce di quanto sinora descritto, la metodologia del progetto può essere definita uno strumento valido, flessibile ed innovativo nell'assistenza all'anziano con demenza, attraverso il quale si è prodotto capitale sociale e favorito lo sviluppo di modelli originali. L'uso di questa metodologia valorizza, nella città di Bayreuth, l'attività di integrazione fra l'area sociale e quella sanitaria, inoltre conferma come l'organizzazione, la sussidiarietà, le reti di relazione tra soggetti con compiti e

63 Il *counseling* rappresenta una tecnica di ascolto e comunicazione attraverso il quale gli utenti sono aiutati a definire obiettivi, prendere decisioni e risolvere problemi in rapporto a difficoltà personali, sociali, educative o di lavoro. Il *counseling* promuove la capacità di prendere decisioni, facilitando cambiamenti di comportamento e migliorando capacità di relazioni interpersonali. Tale tecnica tende a determinare un processo di auto-percezione, autodeterminazione e autocontrollo, portando così ad un potenziamento delle capacità di una persona. Cfr. Paladino M., Tosoni T. C.; a cura di, 2000, *Il case management nella realtà socio-sanitaria italiana*, Milano, Franco Angeli.

specificità diversi siano strumenti strategici per far fronte ai bisogni complessi della popolazione in una società che sta cambiando ed in presenza di una crisi globale delle finanze, soprattutto pubbliche.

Tutto ciò fornisce quindi elementi utili per una valutazione positiva del modello di *case management* nella specifica realtà analizzata. Ma cosa dire dell'eventuale sperimentazione della metodologia del *case management* in altri contesti? Nella valutazione dell'applicazione di un modello di metodologia non si può prescindere da un'analisi delle peculiarità della realtà in cui esso viene implementato. Ovvero, la validità di un metodo in un particolare contesto di applicazione non garantisce pari validità se trasportato in un contesto differente.

Nel prossimo capitolo esaminerò i fattori critici e le conseguenze pratiche di questo problema cercando di immaginare come e se la metodologia del *case management* possa essere utilizzata, e con quali risultati, nel contesto italiano dei servizi.

# Capitolo 5

# *Case Management* e contesto italiano

## 1. Lavorare per progetti nei moderni *welfare*: vantaggi e limiti

L'attuale complessità sociale ha portato i moderni sistemi di *welfare* a ricorrere sempre più frequentemente ad operatività di tipo progettuale. Il progetto infatti, in ragione della propria flessibilità e dinamicità, si qualifica come lo strumento operativo più adatto a supportare i servizi nel loro confronto quotidiano con fenomeni in trasformazione, nuovi bisogni, pluralità di culture ed attori.

Lavorare per progetti, secondo Zilianti (2007, p. 205), in una società complessa e in evoluzione continua, permette "l'individuazione e l'analisi dei bisogni reali, la proposizione di interventi definiti all'interno di vincoli normativi, organizzativi, economici e strutturati con un ordine temporale, in modo da risultare efficaci". Il lavoro per progetti "prende atto della complessità e dell'incertezza del contesto in cui si opera, cerca di produrre un cambiamento attraverso la sperimentazione che, fornendo dati ed informazioni, consente di progettare in maniera non ripetitiva ma innovativa" (Giordano, Misino; 1998, p. 8).

Tutto ciò comporta, come sostiene Zilianti (*ibidem*), innovazione, sperimentazione e verifica, flessibilità ma anche appropriatezza in grado di evitare sovrapposizioni, inutili sprechi di risorse sia economiche che umane.

Emerge quindi la fondamentale importanza dell'innovazione, che non si riferisce a qualcosa di tangibile, bensì ad un "fare nuovo" (*ibidem*) che se da una parte può minare il senso di sicurezza derivante da prassi consolidate nel tempo, dall'altra rappresenta un'opportunità per garantire risposte adeguate ai bisogni dei cittadini.

La progettazione sociale, sostiene Zilianti (2009, p. 206) rappresenta lo strumento ideale perché "permette di evitare l'appiattimento su servizi e interventi e facilita la loro de-burocratizzazione".

Nei moderni *welfare* si lavora per progetti per una serie di motivi, ben rappresentati dallo schema elaborato da Leone e Prezza (1999, p. 18), di seguito riportato.

*Schema 1: Progettare nel sociale: alcune caratteristiche.*

- Si producono servizi alle persone.
- Gli operatori sono *professional* o *paraprofessional*.
- Molteplicità degli attori e frammentazione delle competenze istituzionali.
- Molteplicità e pluralità delle tipologie organizzative, delle culture organizzative e delle culture professionali.
- Complessità dei fenomeni oggetto di intervento.
- Forte dipendenza dai finanziamenti pubblici.

<u>Perché lavorare per progetti?</u>

- Forte esigenza di innovazione, sperimentazione e verifica, necessità di flessibilità.
- Necessità di evitare inadeguatezze e sprechi nella divisione del lavoro per funzioni (adozione di modelli a matrice).
- Esigenza di sviluppare collaborazioni e *partnership* con altre organizzazioni sulla base di accordi e obiettivi comuni; necessità di sviluppare "lavoro di rete" tra servizi.
- Modalità prevalente di accesso a risorse finanziarie (finanziamenti sulla base di legislazione nazionale e regionale, cofinanziamenti Comunità Europea ecc.).

*Fonte: Costruire e valutare i progetti nel sociale (1999).*

Il lavoro per progetti, inoltre, trova coerenza con i principi ispiratori della *community care* e del *case management* quali l'autodeterminazione dell'utente, la centralità del "contatto" tra le persone per costruire, nell'ottica del lavoro di rete, un aiuto

condiviso, solidale, responsabile e al tempo stesso in grado di rendere trasparente e verificabile ogni azione.

L'attuale scarsità di risorse e la conseguente spinta verso la ricerca di finanziamenti, se da un lato mettono al centro la necessità di progettare, dall'altra espongono gli attori degli interventi sociali ad una serie di problemi. Innanzitutto la necessità di progettare molto e presentare progetti a più finanziatori porta a spendere risorse ed energie senza alcuna garanzia di risultato. Ciò comporta frustrazioni nell'idealità del lavoro sociale degli operatori, i quali fanno sempre più fatica a riconoscere una correlazione diretta tra l'immaginato progettuale e la loro possibilità reale d'azione (De Ambrogio, Pasquinelli; 2010). Questi aspetti rischiano di compromettere o addirittura capovolgere l'attuazione dell'idea progettuale originaria, predisponendo progetti che anziché basarsi sui bisogni degli utenti si fondano sulle risorse disponibili.

Un ulteriore problema è l'iperstrutturazione dei processi progettuali, che Ghetti (2013, p. 32) definisce come "la deriva tecnicistica e ingegneristica che può esporre l'atto del progettare ad una traduzione sterile dell'azione formale dello scrivere progetti e cercare fondi", perdendo la connotazione di ricerca di senso propria del progettare.

Come evidenzia De Ambrogio (2013, p. 14):

> Ci si trova dunque a un bivio, di fronte al quale occorre decidere se rilanciare […] processi di progettazione e valutazione orientati alla razionalizzazione e allo sviluppo del sistema, oppure rinunciarvi, perché le ridotte risorse e la perdurante incertezza non consentirebbero effettivi sviluppi e pertanto il progettare diverrebbe un'azione frustrante e poco produttiva.

I problemi appena descritti non tengono in considerazione un dato fondamentale, evidenziato da Ghetti (2013) ossia che oggi non è più possibile prescindere dalla progettazione sociale. Ciò non è più possibile non solo perché i finanziamenti sono sempre più vincolati alla presentazione di progetti, ma anche perché "la progettazione rappresenta il processo fondamentale dell'agire sociale" (Ghetti, 2013, p. 32). Abbandonare l'ottica progettuale significherebbe rinunciare ad una visione strategica, sempre più importante in un contesto in cui le risorse sono scarse e vanno, pertanto, razionalizzate ed integrate.

Il rilancio della progettazione richiede però di sviluppare e rinforzare le competenze e le prassi di valutazione dei progetti al fine di rendere tangibili i risultati di tali esperienze e valorizzarle e migliorarle nell'ottica anche di una loro sostenibilità e maggiore visibilità per possibili estensioni e riproposizioni (De Ambrogio, 2013).

"Lavorare per progetti" ha prodotto quale effetto diversi cambiamenti nelle prassi e nella cultura di chi presenta progetti e di chi li valuta: i primi hanno dovuto acquisire specifiche competenze nell'ambito della progettazione; i secondi hanno dovuto introdurre metodologie e strumenti volti a garantire una maggiore efficacia dei progetti e un miglioramento complessivo dei meccanismi di progettazione e gestione degli stessi (Lorenzi, Plebani; 2009). Questo insieme di strumenti è noto a livello internazionale come *Project Cycle Management* (in italiano gestione del ciclo di progetto) ed è uno dei supporti metodologici oggi più diffusi in tutti i contesti di promozione della progettazione oltre ad essere il modello convenzionalmente assunto nei programmi di finanziamento europei. L'elemento di innovazione introdotto dal presente approccio consiste in una maggior adeguatezza degli interventi rispetto ai bisogni dei destinatari degli interventi e nella ricerca di una migliore efficacia rispetto ai risultati attesi. In questa logica, il *Project Cycle Management* sostiene "il coinvolgimento diretto dei beneficiari/destinatari anche nella fase di prima

identificazione dei progetti, proponendo modalità partecipate di definizione degli interventi" (Ghetti, 2013, p. 37). "*Mobile Seniorenberatung*" nasce all'interno di questo quadro metodologico di riferimento e la valutazione del progetto che verrà proposta si fonderà sui criteri previsti dal *Quality frame*, approfonditi ed illustrati nel capitolo relativo alla valutazione del progetto.

Tuttavia, esiste anche un ulteriore e pressante problema che riguarda il lavorare per progetti, e che emerge in modo chiaro dall'analisi del progetto che e' stato oggetto di studio in questo lavoro.

Dati i risultati positivi evidenziati dal progetto nel contesto della sua implementazione, abbiamo ragione di credere che lo stesso progetto possa essere implementato/realizzato in altre realtà sociali con gli stessi risultati (validità esterna)? Se così fosse, e allargando il discorso, questo ci darebbe motivo di pensare che la metodologia del case management si basi su assunti e caratteristiche di intervento che, adeguatamente contestualizzati, depongano a favore della validità interna di questo metodo.

Innanzitutto è utile chiarire che cosa si intende per validità interna ed esterna.

La validità interna di uno studio sperimentale determina il grado in cui le conclusioni dello studio stesso sono riferibili alla relazione causale tra le variabili considerate (dipendente ed indipendente)[64] . Affinché vi sia validità interna è necessario che esista un'effettiva connessione tra l'esperimento, così come è stato concepito, e un dato effetto empiricamente rilevabile. Si parla di validità interna se il caso di studio

64 Per variabile si intende un concetto operativizzato; più precisamente essa consiste nella proprietà operativizzata di un oggetto, in quanto il concetto, per poter essere operativizzato, ha dovuto essere applicato ad un oggetto diventandone proprietà. Nell'analisi dei dati di uno studio, le variabili possono essere distinte fra dipendenti ed indipendenti. In una relazione asimmetrica tra due variabili, quando cioè una variabile influenza un'altra, chiamiamo indipendente la variabile che influenza, e dipendente la variabile che è influenzata. Se la relazione di dipendenza è di tipo causale, la causa è la variabile indipendente e l'effetto è la variabile dipendente. Cit. Corbetta P., 1999, *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Bologna, il Mulino, pp. 97-100.

sperimentale ha effettivamente determinato una differenza di *outcome* (Campbell, Stanley; 2004, ed. orig. 1966, p. 43) .

La validità esterna di uno studio si riferisce invece alla sua generalizzabilità, ossia alla possibilità di estendere i risultati sperimentali dell'indagine ad altri contesti, ad ambiti più ampi rispetto a quello in cui la ricerca è stata condotta.[65] il presupposto è che il medesimo intervento produrrà il medesimo risultato laddove le condizioni di applicazione sono sufficientemente simili. Notoriamente, il problema che qui sorge è stabilire tale somiglianza.

Il contesto in cui un progetto o un intervento sono implementati assume un'importanza cruciale per valutare se e come il metodo che si intende generalizzare è in grado di produrre risultati trasferibili da un contesto ad un altro (Montuschi, 2011). Quando tuttavia entrano in gioco i contesti, i metodi si trovano a dover fare i conti con una miriade di fattori congiunturali specifici che "nessun metodo, per quanto affidabile e ben costruito, è in grado di catturare in modo adeguato per ciascun caso singolo (ovvero [...] non esiste un metodo generalizzabile)" (Montuschi, 2011, p. 81).

Dunque, chiedersi se un progetto come "*Mobile Seniorenberatung*" messo in atto attraverso i presupposti metodologici del c*ase management* abbia validità esterna richiede una valutazione e giustificazione che tengano conto dei contesti delle sue ulteriori applicazioni, come pure di un confronto fra contesto d'origine e contesto di trasferimento mirato a stabilire il grado di somiglianza fra i medesimi. In queste riflessioni finali mi domando se un progetto di intervento con le caratteristiche descritte in questo lavoro potrebbe risultare applicabile nel contesto italiano producendo analoghi risultati.

---

65 Cfr. Campbell D. T., Stanley J. C.; 1966, *Experimental and Quasi-Experimental designs for research*, Rand McNally, Chicago; Grimaldi R., a cura di, 2005, *Metodi formali e risorse della Rete. Manuale di ricerca empirica*, Milano, Franco Angeli.

## 2. Caratteristiche del contesto socio-sanitario italiano

Il settore socio-sanitario italiano è “istituzionalmente frammentato” (Longo, Tasselli; 2009). La frammentazione è tale che esso, più un sistema potrebbe essere qualificato come un “arcipelago di produttori e di attori complementari in cui non sempre è rintracciabile una chiara azione di regia complessiva" (Longo, 2012, p. 167).

Ad oggi, in Italia non è ancora intervenuta una riforma organica del settore, cosicché ci si ritrova frequentemente di fronte alla "sommatoria di tante azioni parziali, talvolta pensate a livello nazionale, altre a livello regionale o locale, su spinta del settore sociale o, alternativamente, di quello sanitario" (*idem*).

Il settore socio-sanitario appare quindi carente di un livello di governo strategicamente organizzato rispetto agli interventi sui singoli utenti e sulle singole famiglie.

Tra le conseguenze di questa endemica frammentazione possiamo rilevare la scarsa efficacia degli interventi in quanto, molto spesso, la collaborazione tra i diversi attori coinvolti nel progetto di intervento non viene sostenuta da un quadro istituzionale riconosciuto, ostacolando quindi il raggiungimento di obiettivi comuni.

Inoltre emerge che la suddetta frammentazione produce squilibrio sociale, poiché facilita solo gli utenti collocati nei ceti medio-alti della popolazione, in possesso quindi delle risorse economiche, culturali e relazionali necessarie per districarsi nella complessa e confusa rete dei servizi socio-sanitari italiani.

In tale contesto non stupisce quindi l'accresciuto interesse nei confronti dell'utilizzo di una metodologia di intervento a valenza estremamente pragmatica come il *case management* caratterizzata dall'integrazione delle risorse sul singolo caso, dal decentramento del potere decisionale sul territorio e dalla costruzione di piani finalizzati al raggiungimento di obiettivi verificabili, che prestano attenzione al

contenimento della spesa pubblica (Gori, 2001). Le ragioni di tale interesse sono state analizzate da Fazzi (2005, p. 232) e sono collegate anche alle direzioni di sviluppo verso le quali si stanno orientando i servizi socio-sanitari italiani.

## 3. Il *case management* nel contesto italiano

In primo luogo, sottolinea Fazzi (2005, p. 232), il *case management* potrebbe costituire una metodologia di lavoro adatta a rispondere al crescente numero di casi multiproblematici poiché, stante l'aumento della domanda di servizi, per esempio da parte di persone non autosufficienti, e lo sviluppo di una maggiore sensibilità verso la domiciliarità, appaiono necessari metodi di lavoro in grado di gestire i processi di erogazione dei servizi.

In secondo luogo, in uno scenario in cui l'enfasi viene posta sui servizi territoriali e domiciliari in alternativa a quelli residenziali, tale metodologia appare di grande interesse poiché finalizzata all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse del territorio per casi ad elevata complessità, che richiedono interventi molteplici e un monitoraggio continuo.

In terzo luogo, il *case management* è una metodologia coerente con l'esigenza di contenimento e razionalizzazione della spesa, elemento che connota l'evoluzione di tutte le politiche di *welfare* in Italia ed in Europa a partire dagli anni novanta. Tale metodologia, introducendo logiche di tipo manageriale nell'organizzazione del lavoro e nell'uso delle risorse, potrebbe assicurare maggiore attenzione al controllo dei costi ed all'efficienza produttiva, obiettivi prioritari dell'organizzazione e della gestione dei servizi.

Inoltre, il potenziale sviluppo del *case management* va collegato anche allo sviluppo dei quasi-mercati che prevedono per gli utenti una maggiore libertà di scelta all'interno di uno scenario competitivo tra fornitori di servizi. Il reale esercizio del

diritto di scelta tra erogatori accreditati o per poter gestire *voucher* o altre somme di denaro (es. impegnativa di cura domiciliare, ex assegno di cura) richiede la presenza di un *case manager*, figura che assume un ruolo fondamentale nel ridurre le asimmetrie informative di utenti e famiglie, sostenendo gli strumenti di informazione degli stessi utenti e delle famiglie relativamente alle risorse presenti e disponibili.
Infine, appare importante evidenziare che lo sviluppo del *case management* potrebbe rappresentare un effetto dell'evoluzione dell'attuale dibattito sull'integrazione tra servizi sociali e sanitari. Ciò perché, come sostiene Fazzi (*ibidem*):

> [...] In questo settore l'interesse si è spostato dall'integrazione istituzionale a quella operativa, dopo che l'esperienza ha mostrato che le riflessioni sull'assetto istituzionale hanno prodotto un impatto ridotto sulle condizioni dell'utente.

Diversi sono i prerequisiti e gli accorgimenti di cui tenere conto qualora si intenda implementare la metodologia del *case management*, per esempio, nel contesto italiano. Essi sono stati descritti da Fazzi (*ibidem*) come segue.
Innanzitutto è necessario tenere conto che il *case management* è una metodologia di lavoro che non va applicata indistintamente a tutte le categorie di utenti ma solamente ad alcune (per es. i casi multiproblematici), soprattutto perché esso è oneroso sia in termini di costi di coordinamento che di gestione. Ciò significa che è fondamentale possedere gli strumenti per analizzare le problematiche di cui gli utenti si fanno portatori, determinando "sia il mix delle risorse professionali e informali da coinvolgere nel team di case management, sia i livelli di efficienza ed efficacia che attraverso di esso possono essere raggiunti" (Fazzi, 2005, p. 232). Quindi è importante ricorrere a questa metodologia solo nei casi in cui essa possa fornire un

valore aggiunto in termini di efficacia ed efficienza degli interventi.

In secondo luogo, il *case management* è un modello che funziona ove esista una rete di servizi efficiente e non caratterizzata da duplicazioni o sovrapposizioni degli ambiti di intervento ed indeterminatezza delle competenze dei servizi. Qualora si intendesse estendere tale modello nell'ambito dei servizi socio-sanitari italiani ci si troverebbe di fronte a due problematiche principali (Fazzi, 2005, p. 233):

1. la scarsa disponibilità di risorse da impegnare per svolgere il lavoro di team di *case management*. Tale scarsità è legata soprattutto alla crescente carenza di personale, legata ai processi di razionalizzazione dei servizi o dalla strutturale carenza degli organici dei servizi.
2. la frammentazione delle logiche di programmazione dei servizi. In Italia il sistema si distingue per sovrapposizioni ed agenzie che operano in assenza di un mandato e di obiettivi e che, di conseguenza, rischiano di generare conflitti di competenza che dal livello istituzionale e gestionale si riflettono su quello dell'integrazione professionale.

Un ulteriore aspetto da tenere in considerazione riguarda il ruolo del *case manager*; questo, infatti, può operare con successo solo in presenza di chiare regole di funzionamento dell'integrazione tra sistemi organizzativi e gestionali. Come sostiene Fazzi (*ibidem*):

> Per potere funzionare come strumento di integrazione socio-sanitaria, il case management deve presupporre una definizione esplicita dei criteri di eleggibilità degli utenti, dei criteri da seguire per effettuare la valutazione, delle risorse disponibili da investire per l'erogazione dei servizi e quindi del budget e dell'ammontare massimo di consumi da correlare alle diverse patologie, delle responsabilità e del potere di cui

dispongono il case manager e gli attori coinvolti nel processo di erogazione dei servizi.

In altri termini, l'integrazione che si può realizzare attraverso il *case management* può essere collocata ad un livello superiore rispetto a quello gestionale e/o istituzionale.

Va sottolineato che la metodologia del *case management* presuppone, al fine di essere efficace, l'esistenza di linguaggi comuni, valori condivisi ed obiettivi non discordanti fra loro; ciò significa che elementi di comprensione reciproca tra professioni sociali e sanitarie sono necessari al fine di aumentare la qualità e l'efficienza dei servizi.

Accanto a ciò è necessario che anche i servizi siano pronti ad accogliere tale metodologia, favorendo accordi istituzionali che definiscano gli ambiti di azione dei *case manager* nella costituzione dei piani assistenziali e i confini entro cui essi possano esercitare la propria autonomia decisionale (Gori, 2001).

Altrettanto fondamentale risulta che le istituzioni non utilizzino il *case management* per cercare di superare i problemi legati agli assetti istituzionali – equivoco in cui è facile incorrere - ma favoriscano questa metodologia attraverso una chiara esplicitazione degli obiettivi da raggiungere e del target di utenza[66].

## 4. Un progetto à la "*Mobile Seniorenberatung*" in Italia

Nel presente paragrafo si andranno a presentare le differenze esistenti fra Germania ed Italia per quanto concerne le caratteristiche che hanno determinato il successo di questo progetto in Germania. Ossia la domanda che ci poniamo è: "Le caratteristiche che hanno determinato il successo di questo progetto nel contesto tedesco le ritroviamo anche in Italia? Se così non fosse, che cosa si potrebbe fare per

66 Cfr. Cimino A., op. cit.

consentire il trasferimento del progetto nella realtà italiana?".

Dalla mia osservazione e valutazione sul campo ho potuto rilevare una serie di specificità che vanno tenute presenti in un qualsiasi programma di trasferimento del progetto tedesco sulla realtà italiana.

1. Una prima caratteristica distintiva di questo progetto consista nel fatto che esso sia stato promosso dagli organi istituzioni locali. Credo che questo aspetto abbia concorso a determinare il successo del progetto nella città di Bayreuth perché affinare la sensibilità rispetto ai problemi presenti in una realtà, prevenire situazioni di grave difficoltà e fronteggiarle individuando soluzioni adeguate, anche innovative come questo progetto, non è compito solo degli operatori che incontrano i cittadini ed intercettano le situazioni di disagio, ma anche degli organi politici. In Italia, però, la crescente disattenzione nei confronti delle politiche sociali crea assenza di iniziativa e di capacità propositiva a livello politico. In questo contesto, è necessario che gli operatori sociali assumano "un impegno costruttivo per partecipare ad un processo di influenzamento e orientamento delle politiche sociali [...]" (Campanini, 2009, p. 14). Ciò significa che per sostenere le attuali problematiche sociali con strumenti efficaci come, per esempio, un progetto di *case management*, è necessario sensibilizzare gli organi politici, soprattutto locali, alle problematiche presenti. Gli operatori sociali dovrebbero riuscire a catalizzare l'interesse dei rappresentanti politici sui principali problemi sociali puntando l'attenzione sia su ricerca. analisi dei fenomeni ed *accountability* sia su un dialogo interdisciplinare che consenta ai politici di acquisire informazioni "dal basso" e da una prospettiva "etico-professionale". La creazione di una reale sinergia tra organi politici ed operatori dei servizi alla persona potrebbe rappresentare un valido sostegno alle attuali problematiche sociali.

2. Un'altra caratteristica che, a mio avviso, ha determinato il successo di questo progetto riguarda la questione dell'abbattimento dei costi per il servizio pubblico. Il

progetto, infatti, viene finanziato in larga parte da una fondazione privata (Fondazione "Hans und Emma Nutzel") che, attraverso un contributo economico, copre spese progettuali e di personale. L'attuale crisi economica rende sempre più complesso per il settore pubblico finanziare la realizzazione di progetti innovativi e, in Germania, è molto frequente il ricorso al sostegno delle fondazioni private. Questi enti non profit richiedono, al fine di erogare contributi economici, dei *report* che presentino dettagliatamente il progetto e il relativo piano economico per il quale si richiede il finanziamento.

In Italia la realtà delle fondazioni che concedono contributi per la realizzazione di progetti di utilità sociale non è ancora largamente diffusa, troviamo queste tipologie di enti soprattutto nelle grandi città. Questo rappresenta un limite per le piccole città o per le aree montane e/o disagiate che potrebbe essere superato attraverso l'accesso a bandi europei o ad altri bandi promossi sul territorio. Rispetto alla tematica dei bandi è fondamentale però che gli operatori ricevano adeguata formazione sulle competenze necessarie (strumenti e metodologie da seguire) per la partecipazione a questi bandi.

La collaborazione con questi enti non profit, con associazioni o con altre realtà del privato sociale presenti sul territorio, favorisce inoltre l'integrazione tra risorse formali ed informali fondamentale per un efficace lavoro sul territorio.

3. L'uso razionale ed efficiente delle risorse rappresenta un altro elemento che ha determinato il successo del progetto e di conseguenza il suo rifinanziamento negli anni. Alla base di un uso razionale ed efficiente delle risorse vi sono monitoraggi e verifiche degli interventi e degli obiettivi continui, stante la presenza di risorse umane adeguate al carico di lavoro. Nella realtà italiana purtroppo la scarsità di risorse umane rappresenta un problema, così molto spesso si tende a concentrare la propria attività nella fase di presa in carico e avvio, tralasciando il monitoraggio e le

verifiche degli interventi[67]. Monitoraggio e verifica rappresentano delle funzioni fondamentali nelle metodologia del *case management* di cui bisogna tenere conto qualora si intenda implementare un progetto fondato su questa metodologia. Operativamente ciò significa che qualora si intendesse implementare un simil progetto nei servizi socio-sanitari italiani si renderebbe necessario rivedere il potenziamento o la ridistribuzione delle risorse.

4. Una peculiarità di questo progetto riguarda la costruzione di piani assistenziali individualizzati realizzati in base ai bisogni (sociali, sanitari, ecc.) e alle capacità che le persone possiedono. Molto spesso la realizzazione di questi piani richiede di mettere in campo una molteplicità di prestazioni e di coordinare diversi servizi, in particolare sociali e sanitari. Nella realtà analizzata questa operatività è vincente, il coordinamento funziona poiché vi è alla base una solida rete fra servizi territoriali ed ospedalieri e i *case manager* possono scegliere, con l'utente, gli interventi pubblici o privati, sociali e/o sanitari, che ritengono più adatti entro il *range* di rimborso previsto dall'assicurazione[68]. In Italia, per poter realizzare ciò, sarebbe necessario rivedere il ruolo del *case manager*. Per la costruzione di "pacchetti assistenziali" adeguati ai bisogni dell'utenza è necessario che gli operatori possano scegliere tra gli interventi considerati più appropriati. Ciò renderebbe necessario un accordo istituzionale che definisca l'ambito di azione dei case manager nella costruzione del piano, in particolare, sarebbe necessario un accordo fra Comuni e Asl affinché stabiliscano insieme i confini entro cui i *case manager* possono operare la propria

67 L'esperienza dell'Unità di valutazione geriatrica (UVG) fornisce un esempio emblematico di come, disponendo di scarse risorse umane, si tenda a concentrare la propria attività su presa in carico, valutazione e piano iniziale a scapito dei monitoraggi e delle verifiche nel tempo. Cfr. Gori C., 2001, Quali prospettive per il case management in Italia?, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 9, p. 16.

68 Qualora la spesa per il piano assistenziale individualizzato dovesse sforare il contributo erogato dall'assicurazione sociale, il *case manager* dovrà valutare con l'utente e/o la famiglia la loro possibilità di far fronte autonomamente a parte della spesa oppure richiedere l'intervento del *Socialhilfe* (sostegno economico).

autonomia decisionale[69]. L'efficacia dell'azione dei *case manager* sfuma senza accordi istituzionali che sostengano ed indirizzino la loro azione.

5. Per costruire piani realmente integrati ed efficaci è necessario che vi sia una connessione tra intervento pubblico e risorse informali. Questo aspetto rappresenta un'altra caratteristica che ha determinato il successo di questo progetto nella realtà tedesca. Un effettivo sostegno della rete informale (familiare, amicale, assistenza privata, ecc.) ha favorito la domiciliarità e ritardato l'istituzionalizzazione delle persone affette da demenza. Questo rappresenta un obiettivo di operatori, politici e più in generale della metodologia del *case management*. C'è da dire che in Germania, nell'assistenza agli anziani un notevole contributo in termini di servizi è fornito dalle organizzazioni non-profit, associazioni e privato sociale che vengono supportati dall'intervento pubblico (secondo il principio di sussidiarietà) mentre il ruolo della famiglia è meno rilevante rispetto al nostro paese[70]. Un progetto come "*Mobile Seniorenberatung*" in Italia quindi non può prescindere da un suo adattamento al ruolo della famiglia e dell'assistenza privata a pagamento. Famiglie e assistenza privata spesso si fanno carico dell'anziano senza mai rivolgersi ai servizi pubblici, poiché la connessione tra servizi pubblici e reti informali non è molto forte. L'adattamento è facilitato dalla riflessione sull'intervento a rete e le connessioni tra le diverse risorse assistenziali in atto da diversi anni in Italia (Ferrario, 1993). La sfida si gioca, pertanto, "nel riuscire a coordinare l'attività dei molteplici attori impegnati nell'assistenza a soggetti in difficoltà" da parte degli operatori sociali (Gori, 2001, p. 15).

6. Ancora un elemento che ha favorito un esito positivo del progetto riguarda il coinvolgimento attivo dell'utente (e della sua famiglia) nell'ideazione, realizzazione

69 Cfr. Gori C., 2001, Quali prospettive per il case management in Italia?, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 9, p. 17.

70 Cfr. Donati P., Ferrucci F.; 1994, *Verso una nuova cittadinanza della famiglia in Europa. Problemi e prospettive di politica sociale*, Franco Angeli, Milano, p. 101.

ed eventuale conclusione del piano assistenziale individualizzato. Nel processo di aiuto, il coinvolgimento attivo dell'utente assume un'importanza cruciale per la riuscita dello stesso e un aspetto molto importante riguarda la libertà di scelta. All'interno del progetto tedesco, il *case manager* ha il compito di informare utenti e famiglie rispetto alle prestazioni, i servizi disponibili, gli erogatori ecc. e quindi sostenere la libertà di scelta. In Italia, considerata la frammentazione della rete dei servizi, sarebbe auspicabile prevedere la figura di un operatore *case manager* che possa aiutare utenti e famiglie ad orientarsi tra diverse prestazioni ed erogatori. I benefici che si potrebbero trarre dalla presenza di un *case manager* consistono in una maggiore flessibilità ed attenzione all'utente minimizzando le difficoltà nelle decisioni da prendere (Gori, 2001, p. 14). Questa figura può giocare un ruolo cruciale nel ridurre le asimmetrie informative di utenti e famiglia, aiutandoli ad utilizzare la propria libertà di scelta in maniera appropriata (Dal Pra Ponticelli, 2000).

7. Ma la caratteristica fondamentale che ha determinato il successo del progetto riguarda l'integrazione operativa fra servizi sociali e sanitari. La realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria italiana è oggetto di studi da molti anni e l'argomento meriterebbe una trattazione più ampia che non verrà svolta in questo lavoro. In Italia la rete dei servizi è connotata da una molteplicità di prestazioni fra loro frammentate, il cui coordinamento è debole e in cui costruire connessioni appare molto difficile. Il punto da sottolineare qui è che un progetto di *case management* potrebbe rappresentare un primo passo per il superamento dei diversi ostacoli prodotti dalla frammentazione (per esempio scarsa appropriatezza ed inefficacia degli interventi). Il rischio è che questa metodologia venga utilizzata come strumento per superare i diffusi problemi concernenti gli assetti istituzionali dei servizi e la loro difficoltà nel compiere scelte in maniera chiara e trasparente mentre il *case management* può

funzionare solo se adeguatamente sostenuto a livello istituzionale e strategico[71]. In alternativa, la sua introduzione rischierebbe solamente di moltiplicare i problemi che a quei livelli si verificano.

## Riflessioni conclusive

Alla luce delle diverse esperienze internazionali, la speranza è che un'eventuale applicazione del *case management* al contesto italiano possa dimostrarsi possibile e praticabile. In particolare, si spera possa favorire (Gori, 2001, p. 18):

- maggiore appropriatezza: i contributi di Davies e Fernandez hanno evidenziato come uno dei principali motivi che ha portato allo sviluppo del *case management* consiste nella ricerca di una maggiore appropriatezza, di una migliore corrispondenza tra bisogni di utenti e pacchetti di prestazioni erogate. Data la frammentazione presente nei servizi socio-sanitari italiani, la figura del *case manager* dovrebbe riuscire ad interagire con gli altri attori coinvolti nell'assistenza all'anziano al fine di elaborare piani assistenziali individualizzati maggiormente adeguati ai bisogni degli utenti grazie al coordinamento delle risorse e delle azioni degli attori sociali coinvolti nel caso;
- maggiore efficacia: il *case management* sembra poter offrire vantaggi in termini sia di soddisfazione di utenti e familiari, sia di efficacia "oggettiva" cioè di impatto sulle condizioni degli utenti. Le varie sperimentazioni del *case management* hanno dimostrato che la progettazione individualizzata può portare notevoli vantaggi (obiettivi condivisi da diversi operatori, monitoraggio e verifica degli interventi);
- maggiore equità: in una realtà di servizi frammentati, le persone con maggiori

71 Cfr. Gori C., 2001, Quali prospettive per il case management in Italia?, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 9, p. 17.

risorse relazionali, culturali ed economiche sono avvantaggiate rispetto a quelle che si trovano in una situazione di disagio sociale. Attraverso il *case manager,* utenti e famiglie potrebbero ricevere un supporto per "muoversi" all'interno della rete dei servizi e, di conseguenza, acquisire la capacità di scegliere autonomamente il percorso da perseguire all'interno del mercato dei servizi.

Le condizioni per il successo di questa metodologia in Italia sono molto complesse e gli obiettivi ambiziosi. Appare importante evidenziare che, almeno in una fase iniziale, introdurre una metodologia capace di ottenere risultati positivi (formazione, risorse umane ecc.) richiede un'ingente impegno economico, che solo una volta a regime potrebbe determinare un contenimento dei costi per i servizi pubblici (*ibidem*). L'orientamento che appare maggiormente percorribile stante la complessità del sistema socio-sanitario italiano e in considerazione del fatto che questo percorso è molto ambizioso, sembrerebbe consistere dapprima nella promozione di progetti sperimentali locali e/o settoriali per poi, successivamente, tentare un'estensione a livello nazionale.

# Bibliografia

Altieri L., 2009, *Valutazione e partecipazione. Metodologia per una ricerca interattiva e negoziale*, Milano, Franco Angeli

Baldassarre G., Battisti A., Burgio A., Colosimo S.C., Crialesi R., Damiani G., Milan G., Ricciardi W., Sicuro L., Solipaca A., Tamburrano T., 2010, *La relazione tra offerta di servizi di Long Term Care ed i bisogni assistenziali dell'anziano*, Collana Contributi ISTAT, Roma, ISTAT, n. 4

Beardshaw V., Towell D., 1990, *Assessment and Case Management*, Briefing Paper n. 11, London King's Fund

Berman P., Nies H., 2004, *Integrating services for older people: a resource book for managers*, EHMA, Almere, Plantijnlasparie

Bianchin M., Girolamo S., Gramaglia C.; 2009, Organizzazioni in rete in *Lavoro sociale*, Trento, Erickson

G. Bissolo, L. Fazzi, a cura di, 2005, *Costruire l'integrazione socio-sanitaria*, Roma, Carocci

Borgonovi E., Cantù E., Tarricone R.; 2012, *Rapporto OASI 2012. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea

Bulmer M., 1992, *Le basi della Community care. Sociologia delle relazioni informali di cura*, Trento, Erickson

Breviglieri M., (a cura di), interventi di Luciana Bianchera, Alberto Speziale, Tamara Agosti, 2005, *Case Management. Intervento per i minori in stato di disagio nel*

*Distretto del Destra Secchia*, Quaderni del Centro Servizi Scuola & Famiglia, Cooperativa Alce Nero

Bryman A., Burgess B.; 1994, *Analyzing Qualitative Data*, London, Routledge

Campanini A., a cura di, 2006, *La valutazione nel servizio sociale*, Roma, Carocci

Campbell D. T., Stanley J. C.; 1966, *Experimental and Quasi-Experimental designs for research*, Rand McNally, Chicago

Castells M., 2002, *La nascita di una società in rete*, Milano, Università Bocconi collana Paperback

Cerati G., 2003, *Il case manager nei dipartimenti di salute mentale della Regione Lombardia*, Milano, McGraw-Hill Education

Chiesi A. M., 1999, *L'analisi dei reticoli*, Milano, Franco Angeli

Cimino A., 2012, "Il case management: possibili applicazioni al contesto italiano", in *Sotto Traccia*, Anno V, Numero 7, Palermo , Navarra

Cipolla C., a cura di, 1998, *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, Milano, Franco Angeli

Corbetta P., 1999, *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Bologna, Il Mulino

Curtopassi E., 2013, “Buone prassi per l'attuazione dei diritti degli anziani nell'UE:dalla carta dei diritti dell'Unione alla carta dei diritti della persona anziana, quali implementazioni nei sistemi di welfare”, *paper* presentato al Congresso Ben

fare. Qualità e benessere per un welfare sostenibile, Castelnuovo del Garda (Vr), Park Hotel Paradiso, 7-8 marzo

Davies B., Fernandez J.; 2001, Come attuare un case management di successo: l'esperienza internazionale, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n.9

De Ambrogio U., Pasquinelli S., Progettare nella frammentazione. Approcci, metodi e strumenti per il sociale, 2010, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, collana i quid

De Ambrogio U., Dessi C., Ghetti V.; 2013, *Progettare e valutare nel sociale. Metodi ed esperienze*, Roma, Carocci

Donati P., Ferrucci F.; 1994, *Verso una nuova cittadinanza della famiglia in Europa. Problemi e prospettive di politica sociale*, Franco Angeli, Milano

Folgheraiter F., 1994, *Interventi di rete e comunità locali. La prospettiva relazionale nel lavoro di sociale*, Trento, Erickson

Folgheraiter F., 1998, *Teoria e metodologia del servizio sociale. La prospettiva di rete*, Milano, Franco Angeli

Folgheraiter F., 2000, *L'utente che non c'è. Lavoro di rete e empowerment nei servizi alla persona*, Trento, Erickson

Folgheraiter F., *La cura delle reti nel welfare del relazioni* (oltre i Piani di zona), Erickson, Trento, 2006.

Giordano C., Misino M.N., 1998, *Gestione manageriale e sviluppo per progetti. Un percorso innovativo per i servizi sociali*, Napoli, Liguori

Gori C., 2001, Quale case management per l'Italia?, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 9

Gori C., 2001, Quali prospettive per il case management in Italia?, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 9

Gori C., Pesaresi F., 2005, L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Europa, in Facchini C., a cura di, *"Anziani e sistemi di Welfare"*, Milano, Franco Angeli

Grimaldi R., a cura di, 2005, *Metodi formali e risorse della Rete. Manuale di ricerca empirica*, Milano, Franco Angeli

Guay J., 2000, *Il case management comunitario*, Napoli, Liguori;

Leonard-Barton D., 1990, "A Dual Methology for Case Studies: Synergistic Use of a Longitudinal Single Site with Replicated Multiple Sites", in *Organization Science*, vol. 1, n.3

Lorenzi A.,Plebani E.M. (2009), *Ideare e gestire progetti nel sociale*, Centro Servizi per il Volontariato della Provincia di Trento

Montuschi E., 2011, *Oggettività ed evidenza scientifica. Ricerca empirica, politiche sociali, scienza responsabile*, Roma, Carocci

Moxley D. P., 1989, *Practice of Case Management*, London, SAGE Human Services Guides

Murphy E., 1991, Community Care for people with mental illness, in *After Asylum*, London-Boston, Faber and Faber limited

Notarnicola E., 2013, "Il sistema di welfare tedesco", Atti del Convegno organizzato da CeRGAS Bocconi e Spi Cgil Lombardia, *Sistemi di welfare in Europa: traiettorie evolutive e lezioni per l'Italia*, Milano, Università Bocconi, 22 marzo.

Paladino M., Tosoni T. C.; a cura di, 2000, *Il case management nella realtà socio-sanitaria italiana*, Milano, Franco Angeli

Payne M., 1998, *Case management e servizio sociale. La costruzione dei piani assistenziali individualizzati nelle cure di comunità*, Trento, Erickson

Pitrone M. C., 1984, *Il sondaggio*, Milano, Franco Angeli

Raineri M. L., a cura di, 2011, *Assistente sociale domani*, Trento, Erickson

Ridolfi L., 2011, Il Community care quale possibile modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale, Paper for the Espanet Conference "*Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa*" Milano, 29 Settembre — 1 Ottobre 2011

Rodger A., 2004, *Il nuovo welfare societario. I fondamenti delle politiche sociali nell'età postmoderna*, Trento, Erickson

Rovai B., Zilianti A.; 2007, *Assistenti sociali professionisti. Metodologia del lavoro sociale*, Roma, Carocci

Sanicola, 1994, *L'intervento di rete*, Napoli, Liguori

Stame N., 1998, *L'esperienza della valutazione*, Roma, Seam

Trinchero E., 1999, *Case management: approccio sistemico alla gestione del paziente*, Mecosan, n. 32

Yin, R. K., 1994, *Case study research: Design and methods* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications

Yin, R. K., 2009, *Case study research: Design and methods* (4th Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

# Sitografia

www.alzheimer.it/report2011.html

www.apre.it/innovation-union

www.archivio.formazione.unimib.it

www.ausl.ra.it/files/Reportdefinitivo.pdf

Bravo su www.amm.unibs.it/content/dav/unibs/eco/gibravo/Pub/SOC.ECO/disp09-Welfare.pdf;

www.centromaderna.it

www.DSLintern.de

"Awards 2012 from the Foundation Mèdèric Alzheimer. Appel à expériences – Call for experiences" in www.elisan.eu

www.elisan.eu

www.fondation-mederic-alzheimer.org

# Ringraziamenti

Alla Prof.ssa Montuschi per la professionalità, la serità e la pazienza con la quale ha seguito la stesura di questa tesi.

Alla mia famiglia per l'amore, la fiducia ed il sostegno, perché ho l'incrollabile certezza che in qualsiasi momento della mia vita potrò contare sul vostro incondizionato appoggio.

A Sara, porto sicuro del mio cuore da sempre, per il regalo che mi (ci) farai.

Grazie ai miei nonni, ai loro occhi pieni di amore infinito per noi, rimarrete per sempre nel mio cuore.

A tutti gli amici, vecchi e nuovi. In particolare Grazie Fede per esserci sempre stata, per aver riso e pianto con me, per la nostra complicità. Grazie Ilaria, amica da sempre, per aver ascoltato, per la pazienza e l'affetto infiniti. Grazie Simo per tutti gli abbracci, per non avermi mai giudicata né cercato di cambiarmi. Grazie Checco Lin per avermi fatto capire che a volte le cose sono semplici. Grazie Matte per avermi fatto ridere con le piccole cose. Grazie Laura per i ripassoni e per le abbuffate di sushi, prometto che ti verrò a trovare. Grazie Francesco per la strada che abbiamo percorso insieme, per avermi permesso di essere me stessa. Grazie Alberta, Stefania ed Angela compagne di corso ed amiche per aver condiviso tramezzini, torte, appunti, aperitivi, serate, pettegolezzi, grazie per aver reso questi anni indimenticabili.

Ai miei colleghi. In particolare grazie Cinzia per avermi dato la possibilità di fare quest'esperienza e per avermi insegnato a lavorare guardando le cose da un altro

punto di vista. Grazie Ale per aver condiviso con me le tue conoscenze, per le risate e le chiacchiere che rendono più leggero il nostro lavoro. Grazie Blerta e Frida per l'affetto sincero, tutti i giorni.

Grazie a tutti di cuore, non vi libererete facilmente di me.

Francesca