

Pur essendo strutturata diversamente nei differenti enti e servizi, la c.s. è, dunque, un "contenitore" nel quale, secondo Dal Pra Ponticelli (1987), deve trovare spazio la descrizione di tutto ciò che riguarda la persona: i dati di base, la situazione socioambientale, familiare, economica, sanitaria e culturale, il/i problema/i evidenziato/i, i progetti individualizzati di intervento, il diario del processo di aiuto, le registrazioni dei colloqui, i verbali delle riunioni con altri operatori e servizi, le copie delle relazioni professionali, la costruzione delle ipotesi, le proposte progettuali, le relazioni sinergiche, la valutazione professionale, la definizione degli obiettivi, le modalità contrattuali assunte, le scadenze delle verifiche, le indicazioni sulla conclusione del processo di aiuto e i risultati raggiunti, i benefici concessi, le previsioni di obiettivi futuri così da rappresentare il filo conduttore e la memoria del percorso assistenziale. Per tale motivo deve essere compilata in modo da risultare facilmente fruibile e disponibile, le informazioni contenute devono essere chiare e comprensibili, corrette e pertinenti, idonee e adeguate, anche perché risulta indispensabile per trasferire la conoscenza ad altri colleghi (soprattutto nei casi di turnover) che possono consultarla e/o utilizzarla (La Mendola, 1990).

La c.s. ha, infine, una importante valenza di carattere amministrativo. Tutti i servizi di assistenza sociale, infatti, dispongono di una modulistica di tipo amministrativo (che è parte integrante della c.s.) necessaria per l'istruttoria delle pratiche assistenziali di base per formulare proposte di prestazioni e per la predisposizione degli atti conseguenti (ad es. provvedimenti per la concessione di benefici assistenziali) (Cesaroni, Sequi, 1997; Ziliani, Rovai, 2007).

Dibattito attuale e prospettive La legge 328/2000 dispone l'attivazione nei servizi di assistenza sociale di sistemi informativi socioassistenziali. Per tale motivo, in questi ultimi vent'anni, anche il settore dei servizi alla persona si è dotato di sistemi che prevedono la c.s. informatizzata. Quest'ultima costituisce ormai uno strumento fondamentale del lavoro degli assistenti sociali, perché, oltre a essere in grado di quantificare e qualificare le prestazioni, è un valido supporto alla programmazione, alla gestione e alla valutazione dei servizi. La c.s. informatizzata è in grado di raccogliere i dati relativi al lavoro sociale agevolando e garantendo lo scambio e la circolazione delle informazioni tra i diversi livelli di uno stesso ente (operativo, amministrativo, dirigenziale, politico), tra servizi diversi (servizio sociale, SERT, DSM ecc.), tra enti diversi (Comune/ASL/Regione); facilita l'integrazione non solo tra il sociale e il sanitario, ma anche con altri settori che contribuiscono alla presa in carico (ufficio-scuola, ufficio-casa ecc.) (Cesaroni, 1991); consente di archiviare e di storicizzare gli interventi effettuati e le prestazioni rese e di mantenere memoria dei percorsi dei servizi. L'utilizzo di una c.s. informatizzata, infine, permette di uniformare il linguaggio professionale codificando gli interventi e le prestazioni in maniera omogenea (Cesaroni, Sequi, 1997). La c.s. informatizzata all'interno di un sistema informa-

tivo informatizzato è ormai una realtà concreta nella maggior parte delle regioni italiane. In alcune già sono state adottate soluzioni informatizzate di c.s. da adottare in tutti i servizi sociali dell'intero territorio regionale.

- BARTOLOMEI A., PASSERA A. L. (2000), *L'assistente sociale: manuale di servizio sociale professionale*, CieRre, Roma.
- BINI L. (2003), *Documentazione e servizio sociale. Manuale di scrittura per gli operatori*, Carocci, Roma.
- CESARONI M. (1987), *Il servizio sociale professionale: principi, metodologia, strumenti*, in *Atti del seminario del 24 ottobre 1987 "Principi fondamentali metodi e tecniche di servizio sociale"*, Università Cattolica del Sacro Cuore Milano-Fondazione Moneta, Milano.
- ID. (1991), *La cartella sociale computerizzata*, in R. Bonfiglioli (a cura di), *Sistemi informativi, informatica e servizi sociali*, Fondazione Emanuela Zancan, Padova.
- CESARONI M., SEQUI R. (1984), *La cartella sociale, un'ipotesi di sperimentazione*, in "Salute e Territorio", 54, pp. 20-3.
- ID. (1997), *Sistema informativo e servizi sociali*, NIS, Roma.
- DAL PRA PONTICELLI M. (1987), *Lineamenti di servizio sociale*, Astrolabio, Roma.
- DUCCI V. (1988a), *Come fare una relazione*, in "Rassegna di Servizio Sociale", 3, pp. 42-6.
- ID. (1988b), *La documentazione nel servizio sociale: dalla registrazione del caso all'informatizzazione*, in "Rassegna di Servizio Sociale", 3, pp. 15-9.
- FERRARIO F. (1997), *Le dimensioni dell'intervento sociale. Un modello unitario centrato sul compito*, NIS, Roma.
- FIAMBERTI C. (2006), *La documentazione professionale dall'autoriflessione alla progettualità*, in "La Rivista di Servizio Sociale", 2, pp. 5-10.
- LA MENDOLA V. (1990), *La cartella socio-assistenziale*, in "Servizi Sociali", 1, pp. 18-24.
- ZILIANI A. M., ROVAI B. (2007), *Assistenti sociali professionisti. Metodologia del lavoro sociale*, Carocci, Roma.

CASE DELLA SALUTE [► Salute]

CASE MANAGEMENT

Bruno Bortoli

Definizione Il case management (c.m.) fa riferimento a una metodologia di lavoro professionale degli operatori sociali che allarga i tradizionali impegni di erogazione "diretta" (casework), per enfatizzare le competenze manageriali nella gestione dei casi, vale a dire la capacità di produrre beni assistenziali complessi attraverso l'assemblaggio discrezionale di varie prestazioni necessarie, fornite da *providers* esterni, con la fondamentale attenzione a non superare i budget di spesa precedentemente definiti. Tale nuova impostazione professionale presuppone, in generale: una configurazione del sistema delle prestazioni socioassistenziali caratterizzata dalla pluralizzazione (welfare mix) e dall'intreccio delle stesse rispetto alle esigenze di unitarietà espresse dal singolo caso; una logica di scambio basata sul mercato e sulla concorrenza tra erogatori, regolata e anche eventual-

mente assicurata dall'intervento dell'ente pubblico, in qualità di acquirente diretto (quasi market).

Il c.m. si è imposto in seguito alla tendenza a organizzare l'assistenza delle persone deboli nella loro località di vita (community care), con particolare riferimento all'assistenza nel loro domicilio o, in subordine, in strutture diurne o anche residenziali di piccole dimensioni ben inserite nel tessuto sociale. In una tale logica, il sistema delle cure è costretto a disarticolarsi in tanti pezzi indipendenti (le singole prestazioni) e a riaggregarsi *ad hoc*, così come la singola situazione richiede. Ciò detto, vi sono peraltro possibilità di applicazione del c.m. anche nelle realtà di assistenza asilare, laddove è piuttosto la persona assistita a essere tipicamente costretta ad adattarsi alle logiche gestionali e amministrative del monolitico sistema delle cure (l'istituto). In questi casi c'è infatti l'esigenza di porre sotto una responsabilità manageriale la situazione assistenziale, per ottimizzare l'utilizzo delle risorse e la qualità di vita degli assistiti.

Negli ultimi tempi, e in modo particolare con l'utilizzo di questo approccio nelle politiche di community care, l'espressione "care management" viene sempre più utilizzata al posto di c.m. per evitare l'equivoco che sia l'individuo, il *case*, anziché la *care* a dover essere *managed* (gestita).

Cenni storici Il c.m. così definito è in parte una prospettiva di lavoro del tutto originale, con qualche venatura postmodernista (Hall, 1999), in parte si collega alle (e ricorda le) origini dell'attività professionale degli assistenti sociali (Austin, 1995).

Fin dagli albori del servizio sociale professionale (Bortoli, 2001), troviamo infatti una duplice esigenza: erogare forme di aiuto per il superamento di difficoltà personali (counseling) ed evitare sprechi e lacune nella distribuzione dei soccorsi mediante un opportuno coordinamento di risorse esterne (istituzionali e/o comunitarie). Con il progressivo differenziarsi e "autonomizzarsi" di questa seconda funzione, il casework, come metodologia unitaria, viene a perdere rilevanza, lasciando spazio alle distinte prassi appunto del counseling e del c.m.

Le finalità originarie attribuite al c.m., quando era ancora una funzione "interna" del casework, erano: assicurare la continuità assistenziale in qualsiasi momento o periodicamente (ad es. quando l'individuo passa ciclicamente dall'istituzione alla comunità, tra ricoveri e dimissioni); assicurare che le prestazioni [►] siano rispondenti all'intera gamma dei bisogni della persona e alla loro variazione nel tempo; aiutare gli individui ad accedere ai servizi necessari (*linkage*), superando gli ostacoli legati ai requisiti per l'accesso, ai regolamenti, alle decisioni amministrative e ai protocolli; assicurare che le prestazioni erogate per soddisfare i bisogni degli utenti siano provviste in maniera adeguata, tempestiva e senza sovrapposizioni.

Se, in termini temporali, il c.m. ha avuto principalmente origine nell'America del Nord, è in Gran Bretagna che questo modello ha avuto modo di imporsi nel

contesto di trasformazioni che, a partire dagli anni Cinquanta del Novecento, hanno interessato il campo dei servizi sociali personali nel segno della cosiddetta "community care" (Bulmer, 1992). In questo contesto, i ruoli degli attori coinvolti sono aumentati e si sono diversificati attorno alle tre funzioni principali dell'acquisto (*purchasing*) di prestazione, dell'erogazione (*providing*) e del finanziamento (*funding*). Gli acquirenti sono gli attori che stabiliscono l'accesso ai servizi: possono essere l'utente-carer oppure l'organismo pubblico che agisce per conto dell'utente-carer. Tale funzione può anche essere "esternalizzata" dall'ente pubblico a organismi autonomi.

Gli erogatori sono gli organismi che producono le prestazioni, e che le concordano a favore dell'utente; possono appartenere a uno o all'altro dei seguenti quattro settori: pubblico, non profit, di mercato e informale. I finanziatori possono essere di tre tipi: pubblici, che utilizzano fondi di natura fiscale; privati, che utilizzano fondi provenienti da donazioni; individuali, che attingono dal patrimonio personale.

Gli attori, nell'esercizio delle funzioni attribuite, danno luogo a una pluralità di percorsi nei quali finanziamento, pianificazione (definizione dei bisogni e dei requisiti per l'accesso alle prestazioni), acquisto e produzione (assemblaggio, messa a disposizione ed erogazione delle prestazioni) si strutturano rispetto al fattore chiave, che è la separazione tra acquirente ed erogatore. È da ciò che hanno avuto origine i quasi mercati (un ibrido tra la logica del mercato e l'azione di controllo dello Stato) dell'assistenza sociale.

Basi teoriche La letteratura presenta diversi modelli per la pratica del c.m. La loro diversità è legata essenzialmente alle caratteristiche dell'organismo che eroga il c.m. e al tipo di funzioni che vi vengono attribuite. A un estremo, come negli Stati Uniti, possiamo trovare la funzione di case manager assunta dall'operatore più alto in grado (ad es. il primario nel caso della psichiatria o il responsabile della terapia nei servizi per la tossicodipendenza), in quanto colui che meglio conosce la situazione è persona verso la quale l'utente nutre maggiore fiducia. Così è questa figura che invia, collega, controlla e verifica i progressi dell'utente all'interno di un progetto globale e coordinato. All'altro estremo troviamo quello che viene chiamato il "modello di mediazione" (*broker*). In tale modello, il case manager è qualsiasi operatore, purché sia in grado di identificare i bisogni dell'utente, di conoscere le risorse comunitarie e di cercare di combinare bisogni e risorse attraverso appropriati invii. Il *broker* non ha alcun ruolo terapeutico tradizionale: controlla e aggiorna il programma di intervento, ma non eroga alcun trattamento.

Questi modelli risultano ancora molto influenzati dal particolare contesto di welfare nazionale (residuale come negli Stati Uniti, oppure più istituzionale come nei paesi europei). La classificazione più diffusa comprende:

- il c.m. erogato da operatori formati professionalmente (Payne, 1998, 1999);
- il c.m. erogato non da professionisti, ma da soggetti legati relazionalmente alle persone bisognose di aiuto (familiari, spesso i genitori, oppure "cittadini impegnati", oppure ancora volontari) (Weil *et al.*, 1985);
- il c.m. garantito da una struttura (ad es. una RSA) nella quale il rapporto tra l'utente e la rete delle prestazioni (ovviamente soprattutto all'interno dell'istituzione) è mediato da una figura chiave (*key worker*).

Le esperienze legate alla trasformazione del sistema dei servizi nel welfare mix [► Welfare (sistemi di)] sembrano privilegiare i modelli considerati nella prima categoria, le cui caratteristiche meritano di essere descritte, almeno sommariamente.

Modello imprenditoriale È legato alle esperienze pilota britanniche nel campo dell'assistenza alternativa agli anziani non autosufficienti e si collega direttamente con le innovazioni liberistiche in atto nel campo dei servizi sociali personali (l'apertura dei servizi sociali al mercato e alle sue regole in primo luogo), per cercare di rimediare ai limiti emersi nel precedente sistema centralizzato, come la spersonalizzazione e la mancanza di efficacia dell'intervento. Si tratta di agire in questo senso: assegnare all'operatore un numero limitato di casi da affrontare, dotare l'operatore di un budget di cui disporre "discrezionalmente" nell'acquisto di beni e prestazioni, partire da un'analisi dei bisogni e delle preferenze dell'utente (e del suo carer principale), costruire, assieme all'utente (e al suo carer) un piano di intervento *ad hoc* da controllare e da verificare sulla base di indicatori predeterminati. Questi criteri rappresentavano un'alternativa efficace alle tradizionali prestazioni previste per le situazioni croniche e i bisognosi di lungoassistenza in genere. A questo si aggiunga il fatto che le prime esperienze (Challis, Davies, 1986) hanno mostrato un reale miglioramento rispetto alle modalità di intervento tradizionale e ciò spiega l'effetto imitazione che ne è conseguito, con esperienze che sono riscontrabili in varie parti del mondo (Payne, 1999).

Modello di intermediazione L'applicazione del c.m. al mondo della disabilità fisica (Barnes, 1999) e ai malati di AIDS (Dubois, Miley, 1999) ha fatto emergere con forza il modello di intermediazione che, attraverso gli strumenti dell'*advocacy* [►] e dell'*empowerment*, fa risaltare il rispetto del potere decisionale degli utenti in merito alle alternative disponibili. In un contesto di crescente consapevolezza dell'applicazione dei diritti sociali dei disabili e dei loro carer, il case manager è considerato come una specie di patrocinatore, agisce come un agente di viaggio per «reperire e condividere le informazioni con gli utenti e le loro famiglie, [per aiutarli] a tradurre in pratica le loro idee di servizio efficiente e rispondente alle loro necessità» (Payne, 1998, p. 62). In questo modo si enfatizza maggiormente l'iniziativa del singolo destinatario nell'accesso ai servizi. A differenza del primo modello, in questo caso il case manager è tanto più efficace quanto più si distanzia dalle agenzie che finanziano e/o erogano i servizi e

quanto più è “scelto” per questo ruolo dai singoli utenti o dalle organizzazioni degli utenti.

Modello “multiprofessionale” Le innovazioni garantite dal c.m. multiprofessionale risultano di minore evidenza, poiché derivano, sostanzialmente, dall’evoluzione del modo di lavorare dei servizi nei confronti di determinati utenti, come i malati di mente, ai quali potremmo aggiungere anche i tossicodipendenti sottoposti a terapia. Da una assistenza a loro favore unicamente istituzionalizzata si è passati a delle dimissioni “controllate” con necessità di cooperazione tra centri clinici e servizi territoriali, per «garantire contemporaneamente servizi alloggiativi, assistenziali, medici e infermieristici, occupazionali, talvolta quelli formativi e quelli di tempo libero» (Payne, 1999, p. 185). In genere, si designa un operatore chiave il quale funge da tramite per le prestazioni erogate a favore dell’utente e, viceversa, per “rappresentarlo” e sostenerlo nei confronti del “mondo esterno”.

Dibattito attuale e prospettive Le questioni sollevate dall’applicazione del c.m. riguardano tanto il ruolo attribuito all’assistente sociale – che, oltre a specializzarsi nell’esecuzione di poche fasi dell’intervento, può essere anche confinato al solo ruolo di controllore, per conto dell’ente pubblico, della qualità delle prestazioni erogate da una pluralità di soggetti – quanto l’orientamento dei modelli di c.m.: centrato sull’utente (in linea con il servizio sociale tradizionale) oppure sull’ente erogatore, nel qual caso l’intervento dell’assistente sociale è primariamente volto al controllo e alla ricerca di *compliance* ai piani prestabiliti (Rose, Moore, 1995).

Così, la diffusione del c.m. è uno dei fattori che maggiormente concorrono all’aumento degli assistenti sociali liberi professionisti. La scelta, tendenzialmente crescente, delle amministrazioni pubbliche di esternalizzare la produzione di determinate prestazioni come l’assessment dei bisogni o il counseling, e l’aumento smisurato di incombenze burocratiche, che fanno perdere agli assistenti sociali “pubblici” la dimensione della relazione con l’utenza, nonché la necessità di testimoniare una reale “indipendenza” che possa garantire un’effettiva advocacy dell’utenza, fanno dire a molti assistenti sociali che l’agire in forma privata sia l’unico modo per rimanere nella professione scelta (Barker, 1995).

- AUSTIN D. M. (1995), *Management Overview*, in *Encyclopedia of Social Work*, National Association of Social Workers, New York (19th ed.).
- BARKER R. L. (1995), *Private Practice*, in *Encyclopedia of Social Work*, National Association of Social Workers, New York (19th ed.).
- BARNES M. (1999), *Utenti, carer e cittadinanza attiva*, Erickson, Trento.
- BORTOLI B. (2001), *Servizio Sociale e sociologia agli albori della professione*, in “Studi di Sociologia”, 4, pp. 447 ss.
- BULMER M. (1992), *Le basi della community care. Sociologia delle relazioni informali di cura*, Erickson, Trento (ed. or. 1987).
- CHALLIS D., DAVIES B. (1986), *Case Management in Community Care*, Aldershot, Gower.