

## Formazione progetto «Liberi di scegliere...dove e con chi vivere»

### Ruoli e Funzioni di Case Management

**28 gennaio 2021**  
**prof. Luigi Croce**

# Ruolo e funzioni dell'Assistente Sociale AS (Assistente Sociale) nel Case Management

- L'assistente sociale costituisce figura, ruolo e funzione essenziale in ogni sistema moderno di welfare (Bartolomei e Passera, 2013). Tale essenzialità si esemplifica e si declina compiutamente nel Case Management necessario per la redazione del progetto di Vita e sul crinale collaborativo della sua concretizzazione del Piano personalizzato dei Sostegni. L'ingranamento tra il Progetto di Vita e i Piani Personalizzati di Sostegno rappresenta uno snodo fondamentale e critico in relazione alla sua realizzazione attraverso il Piano e al miglioramento della Qualità di Vita, con particolare riferimento alla autodeterminazione, all'inclusione ed al ruolo sociale nella comunità di appartenenza. L'assistente sociale, insieme all'equipe multiprofessionale integrata, assume il ruolo e la funzione di case management (Cambridge et al., 2005, Austin et al., 1990, Bleddyn et al., 2001, Campanini, 2006), che esercita e promuove ad esercitare attraverso la seguente sequenza di attività e responsabilità:

# Funzioni di Case Management

1. Accogliere la richiesta di presa in carico del cittadino in condizioni di fragilità
2. Raccogliere i dati socioanagrafici
3. Svolgere l'Intervista strutturata sui bisogni clinici, assistenziali e di sostegno
4. Acquisire dati ed informazioni rilevanti circa la componente sanitaria della VMD di 1° livello
5. Acquisire e documentare dati e informazioni rilevanti circa la componente psicologica ed educativa della VMD di 1° livello
6. Profilare e individuare i bisogni clinici, assistenziali e di sostegno rilevanti in relazione ad aspettative della Persona e della Famiglia
7. Individuare e corrispondere risorse, misure, sistemi e servizi appropriati ai bisogni individuati con relativo budget preventivo

# Funzioni di Case Management

8. Istituire ed avviare i protocolli e i contratti collaborativi con i sistemi e le agenzie pubbliche e private per la fornitura di sostegni
9. Mediare l'avvio delle collaborazioni e dei contratti con agenzie pubbliche ed enti del terzo settore
10. Programmare il monitoraggio nella erogazione dei piani di sostegno coordinati
11. Verificare periodicamente gli esiti
12. Esercitare funzioni di garanzia e di tutela nei confronti dei cittadini in condizioni di fragilità per i quali è stato redatto il Progetto di Vita e attivato/applicato il Piano Personalizzato integrato dei Sostegni nelle diverse aree di bisogno e rispetto ai diversi Fornitori di Sostegno (agenzie, enti, cooperative, altri fornitori...) coordinati dal Support Manager
13. VMD acronimo per Valutazione Multidimensionale

Funzione	Descrizione
<b>Presenza in carico</b>	<p>Assunzione continuata di responsabilità insieme alla Persona opportunamente coinvolta attraverso la relazione di fiducia, nel progettare, pianificare, programmare, gestire, monitorare e valutare nel tempo un intervento o un sistema di interventi e sostegni in modo intenzionale e strategico, utilizzando strumenti e risorse per individuare e risolvere i problemi, superare gli ostacoli che la Persona da sola non è in grado di gestire, e assicurare i migliori risultati possibili</p>

## Project management

Con Project management (in italiano gestione di progetto), in ingegneria gestionale ed economia aziendale, si intende l'insieme delle attività di back office e front office aziendale, svolte tipicamente da una o più figure dedicate e specializzate dette project manager, volte all'analisi, progettazione, pianificazione e realizzazione degli obiettivi di un progetto, gestendolo in tutte le sue caratteristiche e fasi evolutive, nel rispetto di precisi vincoli.

Nell'ambito dei servizi sociali e sociosanitari il project management si configura come la metodologia di sviluppo e di innovazione di nuovi modelli di welfare, relativamente alla implementazione dal modello alla prassi, di tutte le sue attribuzioni più evolute, generativo, partecipativo, di comunità, generale e locale e, soprattutto, integrato e governato

Secondo una guida internazionale molto nota, il Project Management Body of Knowledge, il project management è l'applicazione di conoscenze, attitudini, strumenti e tecniche alle attività di un progetto al fine di conseguirne gli obiettivi.

## Case management

Il Case management (Cm) è un processo collaborativo di valutazione, pianificazione, facilitazione, verifica e advocacy per le scelte e le prestazioni al servizio dei cittadini, al fine di soddisfare i bisogni individuali sociali, psicosociali e di salute attraverso l'informazione, la comunicazione, la programmazione, il coordinamento e la collaborazione con istituzioni, servizi e risorse, per promuovere esiti di qualità, con un buon rapporto costo-efficacia. Il Cm è un modello organizzativo di accesso, accoglienza e governo del sistema di welfare corrente, di valutazione dei bisogni e di fornitura di risorse e servizi coordinati che si intende proporre e introdurre nella gestione del "continuum" Progetto di Vita-Piano Personalizzato dei Sostegni.

La letteratura scientifica di maggiore tradizione nel campo del case management proviene dal settore infermieristico (Saiani, 2006, Santullo, 2004, Barelli et al. 2006, Chiari e Santullo, 2001, Santullo 2004, Lee et al. 1998, Mantehey, 2008, Di Giulio e Saiani, 2008, Leone, 2012, Nunziante, 2007)

## Care management

Il Care management consiste in un insieme di attività disegnato e applicato per assistere pazienti e il loro sistema di supporto ottimizzando e rendendo più efficienti gli interventi medici e sanitari. Si propone di migliorare la cura e ridurre i bisogni di assistenza medica, migliorare management orando il coordinamento delle cure, eliminando le ridondanze inutili e aiutando i pazienti e i loro caregivers a gestire con maggiore efficacia le condizioni di salute. L'applicazione del Care management è potenzialmente in grado di migliorare la qualità, controllare i costi in pazienti con problematiche complesse (Center for Health Care Strategies, 2007).

## Clinical management

Si tratta di un programma o sistema di procedure che utilizzano informazioni e conoscenze e applicano metodi, modelli scientificamente fondati, competenze, risorse e riconoscimenti orientati a migliorare la pratica medica, in modo particolare quella medico-chirurgica, e contemporaneamente assistono attivamente i pazienti e il loro sistema di supporto, ad essere coinvolti in un processo collaborativo il cui scopo è migliorare con maggiore efficienza, efficacia, soddisfazione e sostenibilità le condizioni e le prognosi mediche, comportamentali e sociali. Obiettivo compiuto del Clinical Management è raggiungere un livello ottimale di benessere attraverso servizi integrati e coordinati, convenienti sul piano del bilancio costi-benefici e non ridondanti.

## Disability management

Il Disability Management è un orientamento gestionale che si focalizza sulle persona con disabilità e sulla loro valorizzazione, con l'obiettivo di adattare l'organizzazione di riferimento (le Istituzioni, la Sanità e le Aziende), al fine di accoglierle e gestirne i bisogni, (SIDIMa, 2012). In Italia, il Disability Manager acquisisce competenze specifiche che ne fanno un "facilitatore" a tutto campo, con notevoli esperienze di percorsi di superamento di barriere di ogni genere, quindi non solo architettoniche, ma anche e soprattutto culturali. Si tratta di un "costruttore di reti", cioè di un professionista che deve avere la capacità di mettere in rete enti, professionisti, uffici, associazioni specificità, in un determinato territorio, con lo scopo di superare e far superare qualunque tipo di barriera; quindi, essenzialmente al servizio della società e non solo della disabilità, soprattutto perché, come riporta l'OMS, la disabilità è una condizione della intera umanità.

## Support management

Il Support management rappresenta l'insieme delle responsabilità, strategie, attività organizzate e competenti per fornire i sostegni necessari alla realizzazione del Progetto di Vita attraverso specifici e scientificamente validati piani personalizzati, declinati in relazione ai contesti in cui si concretizzano (ad esempio casa, scuola, lavoro, assistenza, servizi sanitari....). Il Support management consente di trasformare gli obiettivi in esiti e rappresenta un sistema di variabili indipendenti in grado di influenzare in modo significativo gli esiti, intesi come sistema di variabili dipendenti. Variabili socioanagrafiche e cliniche costituiscono predittori di necessità di sostegno e di sostegni in grado di produrre risultati efficaci, una volta che l'indagine statistica ex post ha individuato le correlazioni tra variabili socioanagrafiche e cliniche, sostegni ed esiti.

## Program management

Il Program management è una funzione e richiama un ruolo professionale specifico di gestione operativa. Coordinato e derivato con il Progetto e con il Piano si focalizza su aspetti specifici e ad alta professionalità e competenza, come un percorso di riabilitazione cognitiva, un programma di Analisi Comportamentale Applicata, l'addestramento all'utilizzo di una protesi/ausilio, un tirocinio lavorativo con acquisizione di abilità specifiche. Il programma da gestire è indicato dalle coordinate temporo-spaziali entro cui le attività di sostegno si dispiegano nei tempi e nei luoghi appropriati.

## Finalità generali dell'intervento di Case Management

1. Il Case Management si configura come una funzione/processo che, attraverso la “presa in carico” della persona e della famiglia, è in grado di mettere in atto un insieme coordinato di operazioni (pianificare, coordinare, valutare e monitorare) volte ad aiutare le persone nell'accesso ai servizi.
2. Comprende azioni rivolte alla persona in condizioni di vulnerabilità e alla sua famiglia, finalizzate all'individuazione dei bisogni, al soddisfacimento dei bisogni, allo sviluppo dell'empowerment della persona e della famiglia e della rete in una prospettiva di community care.
3. Persegue come esito finale l'efficacia e la qualità nelle modalità di utilizzo delle risorse disponibili sia formali sia informali.

- **Il Progetto di Vita** consiste nella raccolta sistematica e nella rappresentazione attraverso un preciso profilo, dei bisogni e delle aspettative delle Persone, successivamente correlabili con la individuazione preventiva di risorse, opportunità, limiti, in altre parole servizi e sistemi formali, professionali e informali, potenzialmente in grado di soddisfare tali bisogni, a fronte di un governo e di una tutela pubblica del cittadino in condizioni di disabilità e di un budget preventivo, per il quale la stessa Persona dispone dei requisiti normativi di accesso in base al riconoscimento della sua condizione di svantaggio.

- **Il Piano Personalizzato dei Sostegni** si configura come sistema di procedure scientificamente fondate, adottate dai Servizi e dai Sistemi, in genere afferenti al Terzo Settore e ad altre agenzie sanitarie, sociosanitarie e sociali, allineato rispetto a specifici bisogni di assistenza e di sostegno come emersi e profilati nel Progetto di Vita. Il Piano Personalizzato e le sue molteplici declinazioni, Piano Educativo, Piano di Trattamento, Piano di Riabilitazione, Piano Individuale di Assistenza e quant'altro, a seconda dell'agenzia e dell'istituzione che se ne fa carico, consegue al riconoscimento della appropriatezza tra bisogni e sostegni e misure necessarie, integrando e ingranando di fatto le funzioni di case manager con quelle di support manager. Il Piano Personalizzato dei Sostegni non corrisponde esattamente al Piano Individuale di Assistenza (PAI) sociosanitario integrato che definisce gli obiettivi e i risultati attesi nei termini di mantenimento o miglioramento dello stato di salute della persona non autosufficiente e individua il livello di complessità, la durata dell'intervento e le prestazioni sociosanitarie che dovranno essere erogate, nonché gli operatori che seguiranno il paziente. L'offerta di assistenza sociosanitaria per le persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza contempla la possibilità di trattamenti effettuati presso il domicilio della persona o presso strutture sanitarie in regime residenziale o semiresidenziale, Ministero della Salute, 2010. PPI e PAI raggiungono un livello di forte integrazione quando la Persona con Disabilità diventa anziana e non autosufficiente o nel caso di Persona con Disabilità in condizioni di gravità e non autosufficienza totale o, come si preferisce definire in accordo con i nuovi manuali diagnostico statistici, ad alto o massivo bisogno di sostegno.