



OSSERVAZIONI E PROPOSTE SUL

Documento per la consultazione pubblica LA VITA BUONA NELLA SOCIETÀ ATTIVA Libro Verde sul futuro del modello sociale

in tema di

CRITERI PER LA DEFINIZIONE E IL MONITORAGGIO DEI LEA SOCIALI

- | | |
|---|------|
| 1. Criteri | p. 2 |
| a. Criteri per la definizione dei Lea sociali | |
| b. Sistema di monitoraggio | » 2 |
| 2. Sistema di classificazione e monitoraggio dei livelli essenziali | |
| Allegato tecnico | » 3 |
| Classificazione dei servizi e degli interventi sociali | » 3 |

NUOVE POLITICHE CONTRO LA POVERTÀ

- | | |
|---|-----|
| Un paese con molti poveri, ma senza una strategia | » 5 |
| Di quanto disponiamo | » 5 |
| Nuove basi per lottare contro la povertà | » 6 |
| Quale è il rapporto tra erogazioni monetarie e servizi? | » 7 |
| Da dove cominciare? | » 8 |

- | | |
|---|-----|
| INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE | » 9 |
|---|-----|

CRITERI PER LA DEFINIZIONE E IL MONITORAGGIO DEI LEA SOCIALI

1. Criteri

a. Criteri per la definizione dei Lea sociali

La spesa sociale disponibile è di circa 47 mld euro, e può essere suddivisa in due parti, 41 miliardi di euro corrispondenti a prestazioni esigibili a fruizione individuale, 6 mld di euro corrispondenti a spesa trasferita dallo Stato alle regioni e ai comuni o direttamente messa a disposizione dalla finanza locale. Vanno considerati almeno 2 mld di euro pagati dai cittadini, senza considerare il grande comparto della detrazioni e deduzioni fiscali che valgono circa 12 mld di Euro. Rispetto a 6 mld, i comuni italiani hanno una capacità media di spesa pari a circa 90 euro pro capite: si va da un minimo di 27 a un massimo di 320 euro.

Il sistema di perequazione è chiamato a intervenire per riequilibrare queste differenze.

La quota di finanziamento di cui è dimostrato un maggiore rendimento sociale rispetto al restante volume di spesa pubblica è quella gestita a livello locale.

È quindi una spesa di rilevanza strategica che in certi casi prefigura modalità innovative per l'eventuale gestione di altre quote di spesa per assistenza sociale, allo stato attuale coincidente con i trasferimenti economici.

Un ulteriore problema con cui misurarci è quello di modificare l'attuale struttura della spesa sociale, oggi caratterizzata da un rapporto trasferimenti monetari/servizi pari a 12 a 1.

Nella misura in cui non potrà essere aumentata la spesa sociale, queste contraddizioni prefigurano margini considerevoli di miglioramento in termini di *maggiore capacità di risposta e più efficace soddisfazione dei bisogni, all'interno del percorso di definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale.*

b. Sistema di monitoraggio

Un sistema di monitoraggio dei Lea sociali, da definire, deve essere coerente con l'art. 22 comma 4, L. 328/00, il quale definisce i criteri base per leggere e monitorare la capacità di risposta ai bisogni. Tali criteri conciliano sia la necessità di facilitare l'accesso dei soggetti deboli, sia quella di garantire risposte in regime domiciliare, intermedio e residenziale.

Una base condivisibile per il monitoraggio della capacità di risposta ai bisogni è la definizione di soglie da garantire in ogni territorio in termini di volumi di risposte, commisurate ai bisogni, nelle modalità di cui al citato art 22 comma 4. Tali soglie possono essere caratterizzate con riferimento a tre indicatori:

- indici di bisogno definiti su base demografica e di epidemiologia sociale
- indice di capacità di offerta
- volumi di spesa connessa ai volumi di offerta

Un sistema di monitoraggio deve consentire non solo di negoziare e condividere, con le regioni più deboli, traguardi di razionalizzazione della spesa entro costi standard e valori-soglia nazionali, ma anche capacità di offerta congrua con i bisogni del territorio,

verificando se tali traguardi siano raggiunti. Su questa base ha senso valutare se, e in che misura, gestire azioni di solidarietà interregionale (federale).

2. Sistema di classificazione e monitoraggio dei livelli essenziali

Il sistema di classificazione consente di misurare quantità specifiche di servizi/interventi (relative ad esempio al numero di utenti per tipologia di prestazione e al costo per le diverse variabili implicate nella erogazione).

Consente inoltre di misurare quantità e costi per variabili aggregate e valutare i volumi di offerta (output) o di spesa (input) per ogni macro livello di assistenza.

In sintesi classificazione e monitoraggio sono chiamati a:

- classificare i singoli interventi;
- posizionarli nella struttura sintattica, basata sui livelli essenziali di assistenza sociale di cui al comma 4 dell'art. 22 della L. n. 328/00;
- riconoscere i diversi gradi di complessità degli interventi considerati;
- gestire misure di input e di output coerenti con il modello di valutazione dei livelli di assistenza basato su indici tripolari;
- rappresentare su base comparativa i risultati dei servizi, utilizzando variabili relative all'ambito territoriale interessato, alla tipologia di destinatari, alle modalità di accesso....

Su questa base si possono utilizzare gli indici ricavabili dalla struttura sintattica dei servizi/interventi per associare:

- tipologia di accesso,
- tipologia di macro area di intervento,
- settore di intervento,
- contenuti della erogazione.

Il sistema di metodo e le relative componenti sono state già sperimentate in alcuni contesti regionali con risultati positivi, anche per gli effetti del calcolo dei costi standard.

Allegato tecnico

Classificazione dei servizi e degli interventi sociali

Il problema e le strategie per affrontarlo

Il problema di come definire e classificare i servizi alle persone può essere affrontato:

- in termini di condizioni necessarie per condividere e sviluppare sistemi informativi più efficienti degli attuali,
- in termini di criteri per classificare prestazioni e processi assistenziali a rilevanza professionale ed economica,
- in termini di classificazione delle prestazioni e dei servizi.

La modalità tradizionale per affrontare tale esigenza è di elencare le definizioni risultanti dall'associazione di contenuti elementari quali: il nome dell'intervento o

servizio, le funzioni professionali implicate, i destinatari e le condizioni organizzative necessarie per erogare l'intervento o servizio considerato.

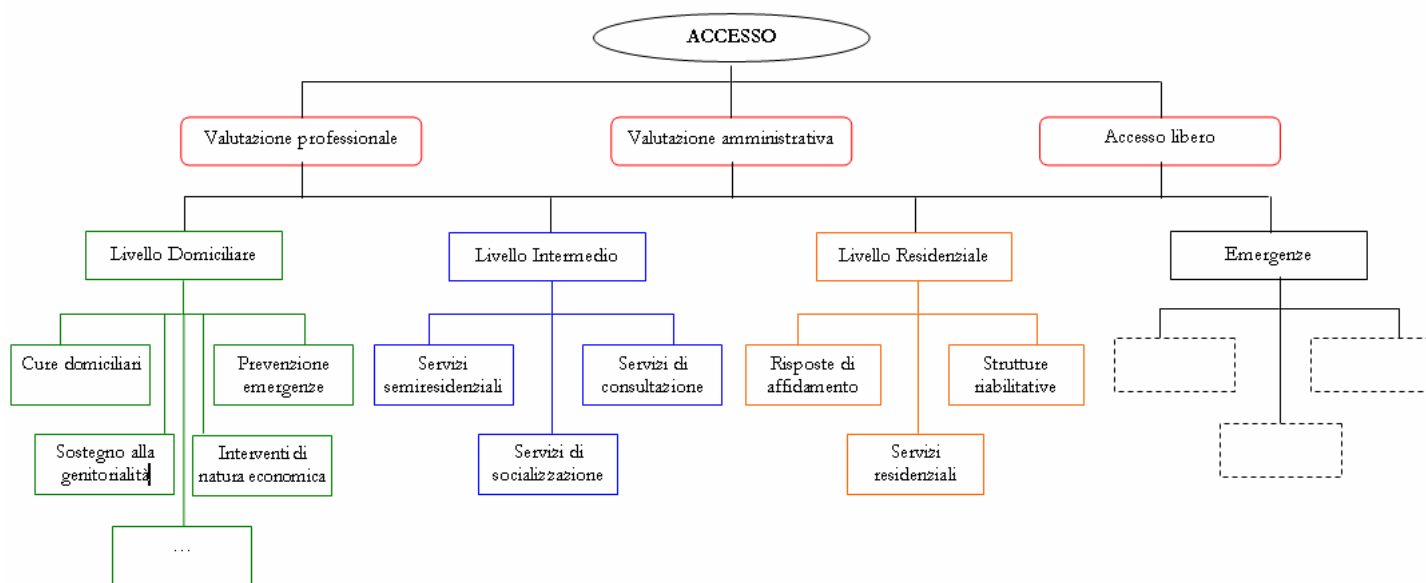
Con questo modo di procedere le differenze che si possono ottenere sono di natura semplice e riguardano, da un lato la caratterizzazione di ciascun elemento usato per definire l'intervento o il servizio, dall'altro la presenza-assenza di un elemento rispetto agli altri. Non sempre, infatti, per ogni contenuto della classificazione sono compresenti i quattro elementi base (definizione, funzione, destinatari, quantità e interazioni dei fattori organizzativi).

Il limite di questo modo di procedere è insito nella difficoltà di gerarchizzare i contenuti. Ogni contenuto viene posto in successione con altri, senza tener conto del diverso grado di complessità professionale e/o organizzativa e del rapporto di prevalenza o subordinazione di singoli elementi rispetto ad altri.

Un percorso per affrontare queste criticità è in sequenza:

- definizione di una struttura idonea a gestire i contenuti definitivi,
- definizione di una struttura sintattica per la gestione degli interventi che tenga conto del livello di complessità,
- selezione di regole per la gestione del sistema classificatorio (con regole di rilievo professionale e di rilievo gestionale).

Può essere realizzato tenendo conto della mappa generale di seguito esemplificata.



NUOVE POLITICHE CONTRO LA POVERTÀ

Un paese con molti poveri, ma senza una strategia

Nel nostro paese il problema povertà non trova risposta perché non si è cercato di darla. Sono state messe in cantiere “iniziative”: tra queste la Commissione di “lotta alla povertà”, oggi “esclusione sociale”, la sperimentazione del RMI (reddito minimo di inserimento). Ma non possiamo pensare che singoli interventi possano supplire alla cronica mancanza di azione strategica. Dobbiamo prendere atto della situazione di stallo in cui ci troviamo e a cui ci consegna la mancanza di scelte.

Con il titolo «Rassegnarsi alla povertà?»¹ il settimo rapporto su povertà ed esclusione sociale in Italia ha voluto denunciare questa perdurante carenza e, nello stesso tempo, chiedersi se e quali risposte potevano essere date al problema. L’esperienza non ci è di grande aiuto. Malgrado il problema sia strutturale, si è pensato di affrontarlo con misure settoriali. Il paradigma “misure”, cioè mezzi ulteriori, e non strategie capaci di riqualificare le dinamiche strutturali della spesa sociale, si può riconoscere anche nella sperimentazione del RMI. Il fabbisogno stimato per la sua attuazione nazionale, pari a circa 3 miliardi di euro, ha reso improponibile la possibilità di proseguire su questa strada. In un momento di risorse limitate (ma quando non è stato così?) il problema della lotta alla povertà non sta “oltre” quello che facciamo, ma in un diverso modo di utilizzare le risorse che abbiamo a disposizione. Anche su questo la discussione è aperta. Il fondo per le politiche sociali (1.5 miliardi di euro), la spesa sociale dei comuni (oltre 5 miliardi di euro), la spesa sociale delle regioni sono parti di un tutto. Bisogna avere una visione complessiva dei mezzi a disposizione, per passare dalla loro conoscenza al come gestirli, cioè passare dalla logica dei mezzi a quella dei fini e delle strategie per conseguirli.

Di quanto disponiamo

In Italia utilizziamo circa $\frac{1}{4}$ del Pil² per la protezione sociale. Si tratta di un impegno non indifferente, in armonia con alcuni paesi (Grecia con 26,0%, Regno Unito con 26,3%, Finlandia con 26,7%). Inferiore ad Austria (29,1%), Belgio (29,3%), Germania (29,5%), Danimarca (30,7%), Francia (31,2%) e Svezia (32,9%)³.

Più della metà della spesa sociale (56,1%) è destinata alla voce “Pensioni in senso stretto e Tfr”. Il resto è ripartito tra le voci “Assicurazioni del mercato del lavoro” (6,6%), “Assistenza sociale” (11,9%), “Sanità” (25,4%). Gran parte delle risorse vanno quindi all’ultima fase della vita. Destiniamo molto poco alla prima fase della vita e al sostegno delle responsabilità familiari, dove si annida una parte considerevole di povertà. Il volume complessivo della spesa per assistenza sociale è di quasi 47miliardi di euro. Quello specifico è di circa 780 euro pro capite. I valori sono rappresentati nella successiva tabella, che evidenzia un problema: non c’è consenso su come quantificare questa spesa. Rispetto all’impostazione dei conti della protezione sociale Sespros

¹ Caritas Italiana e Fondazione E. Zancan, *Rassegnarsi alla povertà? Settimo rapporto su povertà ed esclusione sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2007,

² 26,1% nel 2004 (dato Eurostat2007), rispetto ad una media europea (EU-25) del 27,3%.

³ Dati Eurostat 2004, pubblicati nel 2007.

adottata dall'Istat, altre voci di spesa pubblica dovrebbero essere incluse nella voce "assistenza sociale". Sono le integrazioni delle pensioni al minimo e gli assegni sociali, che l'Istat conteggia nella previdenza, ma che tali non sono. Già dieci anni fa la Commissione Onofri aveva sollevato il problema e proposto una diversa lettura della composizione della spesa per assistenza sociale.

Tab. 1 – "Assistenza sociale" come intesa da Istat e dalla Commissione Onofri, 2007 (milioni di euro)

Assistenza sociale secondo Sespros (Istat)		Assistenza sociale come definita da Commissione Onofri	
<i>Interventi</i>	<i>Importo</i>	<i>Interventi</i>	<i>Importo</i>
Pensione sociale	3.733	Pensione sociale	3.733
Pensione di guerra	1.095	Pensione di guerra	1.095
Pensione agli invalidi civili	12.933	Pensione agli invalidi civili	12.933
Pensione ai non vedenti	1.008	Pensione ai non vedenti	1.008
Pensione ai non udenti	161	Pensione ai non udenti	161
Altri assegni e sussidi	3.215	Altri assegni e sussidi	3.215
Servizi sociali	6.916	Servizi sociali	6.916
		Assegni familiari	6.427
		Integrazioni al minimo pensioni*	11.500*
<i>Totale</i>	<i>29.061</i>		<i>46.988</i>
<i>Percentuale sul Pil</i>	<i>1,9</i>		<i>3,1</i>

* Valore stimato da Bosi.

Fonte: Ministero dell'economia e delle finanze (2008)

La differenza non è di poco conto. Nel secondo caso, si tratta di risorse 30 volte superiori al cosiddetto "fondo sociale" nazionale. Dobbiamo cioè ragionare per fondi "finalizzati" o ripartire dall'ammontare complessivo delle risorse a disposizione? Senza una visione d'insieme è praticamente impossibile affrontare il problema nella sua globalità e complessità.

Nuove basi per lottare contro la povertà

La prima: oggi un piano di lotta alla povertà è possibile, senza pensare di aumentare la spesa per assistenza sociale. Prima di aumentarla è anzitutto necessario riqualificarla e, dove necessario, ristrutturala. Il volume complessivo della spesa per la protezione sociale, pari a 366.878 milioni di euro vale più della metà delle risorse delle amministrazioni pubbliche (fonte: Ministero dell'economia, 2008). Nel 2007 è stata pari al 55,7% della spesa corrente, nel 2006 era il 56,1%. È direttamente condizionata dal debito pubblico, in particolare di quello accumulato nel periodo 1970-1995 (cresciuto dal 37,4 al 124,3%). La spesa per interessi nel 2005 è stata di circa 65,5 miliardi di euro, quindi di gran lunga superiore all'intera spesa per assistenza sociale.

La seconda: la spesa sociale è quasi totalmente destinata per trasferimenti monetari e non per dare servizi. È una grande anomalia italiana: alle persone e alle famiglie povere vengono dati soldi e non risposte più mirate sulle cause del bisogno. Si privilegia l'erogazione economica anche a causa di incapacità strutturali di dare risposte adeguate. A questo si aggiunge l'incapacità di passare dall'operare per "misure" all'operare per percorsi di "responsabilizzazione" e di "presa in carico" del problema.

La terza: gran parte della spesa per assistenza sociale è ancora gestita a livello centrale, malgrado le modifiche costituzionali prevedano il contrario. Le competenze sono state trasferite dal centro a regioni e comuni. Quindi si profilerebbe una gestione illegittima da parte dello stato di risorse che dovrebbero/potrebbero essere gestite in modo più mirato sui bisogni di ogni territorio. Un piano di lotta alla povertà deve cioè necessariamente mettere radici nella transizione, in qualche modo, storica, che vede il nostro paese costruire nel tempo condizioni per una più sostanziale condivisione di responsabilità sui problemi ai quali dare risposta.

Quale è il rapporto tra erogazioni monetarie e servizi?

Se la cifra di riferimento è quella della spesa sociale quantificata dall'Istat, pari a 29.061 milioni di euro, il rapporto tra erogazioni economiche e servizi è di 3 a 1. Se invece utilizziamo il valore di classificazione della commissione Onofri, pari a 46.988 milioni di euro, il rapporto tra erogazioni economiche e servizi diventa di 7 a 1.

In realtà il rapporto è ancora più sfavorevole, se teniamo conto che i trasferimenti monetari non sono gestiti solo dallo stato ma anche da altre amministrazioni, in particolare dai Comuni e quindi dobbiamo tenerne conto. Dei circa 86 euro pro capite spesi dai Comuni italiani per servizi sociali, quasi un quarto sono destinati a trasferimenti monetari⁴. In questo modo il rapporto tra erogazioni monetarie e servizi diventa 12 a 1. Sono dati che parlano da soli e ci dicono l'urgenza di invertire questa tendenza. I maggiori effetti redistributivi dei servizi rispetto ai trasferimenti sono conosciuti da tempo. I servizi educativi e sanitari sono più capaci di ridurre la disuguaglianza e la povertà, rispetto ai trasferimenti monetari erogati dall'assistenza sociale.

“Da trasferimenti monetari a servizi” e “da gestione centrale a gestioni decentrate” sono i due orientamenti strategici proposti nel settimo rapporto su povertà ed esclusione sociale in Italia e meglio articolati nell'ultimo⁵. Entrambi sono stati pensati per evidenziare la possibilità di un piano di lotta alla povertà anche nel nostro paese, senza necessariamente contare su risorse aggiuntive rispetto a quelle oggi utilizzate per dare “assistenza sociale”.

I comuni classificano nell'area della povertà il 6,8% della loro spesa sociale, cioè poco più di 363 milioni di euro. Sappiamo che la povertà non può essere affrontata solo a partire dal versante “assistenza sociale”, ma il fatto che anche la spesa per assistenza sociale, pur limitata, possa dare il proprio contributo è un segnale politico e tecnico necessario. Può essere di stimolo ad altri centri di responsabilità e di decisione.

Da dove cominciare?

Due aree di spesa sociale in cui si concentrano molte situazioni di povertà e di esclusione sociale sono quelle della non autosufficienza e delle famiglie con figli. Queste due aree, in termini di spesa valgono oltre 16 miliardi di euro, infatti: la spesa per indennità di accompagnamento al primo gennaio 2007 ammontava a 7.128 milioni

⁴ T. Vecchiato, *Per un piano di lotta alla povertà: risorse, bisogni, ipotesi e proposte*, in Caritas Italiana e Fondazione E. Zancan, *Rassegnarsi alla povertà? Settimo rapporto su povertà ed esclusione sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2007, pp. 27-106.

⁵ Caritas Italiana e Fondazione E. Zancan, *Ripartire dai poveri, Ottavo rapporto su povertà ed esclusione sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2008.

di euro (a cui vanno aggiunti 3.047 milioni di indennità e pensioni di invalidità) mentre la spesa per assegni familiari, comprensiva di assegni familiari e assegni al nucleo familiare nel 2007 è stata di €6.427 milioni. Il primo problema da porsi è quello del rendimento di questa spesa. Non è difficile dimostrare che è molto basso: tra i più bassi in Europa in termini di capacità di ridurre la povertà. Il diritto al trasferimento monetario è tutelato, ma la risposta al bisogno di chi è povero è tutta da dimostrare.

Un esempio: la spesa italiana per servizi sanitari e riabilitativi per le persone non autosufficienti è pari all'ammontare dei trasferimenti in denaro per indennità di accompagnamento (fonte: Ragioneria generale dello Stato, 2008). Il rendimento della prima (spesa per servizi con benefici in termini di cura, riabilitazione) è documentabile. Ben poco sappiamo della capacità della seconda di ridurre la povertà, l'esclusione, i carichi assistenziali della famiglia. Quindi una ragione strategica per ristrutturare (e riqualificare) parte delle due aree di spesa qui considerate è: non basta allocare ma anche chiedersi con quali condizioni di efficacia, con quale rendimento sociale, con quale maggiore capacità di protezione e tutela dei più deboli?

Bisogna in definitiva passare dall'ossequio formale al diritto ad una maggiore responsabilizzazione sulle condizioni di efficace esercizio di tale diritto, superando la logica della mera riscossione. Non si tratta quindi di "togliere" agli attuali percettori di indennità di accompagnamento e/o di assegni familiari benefici riconosciuti, ma di "rinegoziare con loro" le condizioni per una maggiore efficacia di quanto viene loro dato, a partire dai bisogni dei molti poveri che ci sono tra loro. I protagonisti di un possibile esperimento sarebbero le regioni e gli enti locali, insieme con chi rappresenta gli interessi degli aventi bisogno e diritto, avendo in mente che maggiori investimenti in servizi possono avere un impatto positivo contro la povertà, come avviene in altri paesi. Le ragioni per dare soluzioni al problema sono numerose:

- passare da un approccio categoriale a un approccio per persona e famiglia;
- sperimentare soluzioni perché una parte degli attuali trasferimenti monetari possa essere fruita in termini di servizi, senza costi per gli aventi diritto;
- valutare il rendimento sociale delle nuove soluzioni;
- dimensionare le risposte tenendo conto della gravità del bisogno, dando di più a chi ha più bisogno (oggi le indennità sono erogate indipendentemente dal reddito);
- valorizzare il lavoro di cura della famiglia anche prevedendo che parte della riconversione sia trasformata in tutela integrativa per i familiari che se ne fanno carico. È cioè possibile e urgente sperimentare nuove forme di utilizzo solidaristico delle risorse disponibili, per ridurre non solo gli attuali poveri ma anche le molte persone e famiglie a rischio di diventarlo.

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

I servizi e gli interventi di integrazione sociosanitaria sono realizzati attraverso processi assistenziali, in grado di assicurare unitarietà alle diverse politiche per la salute, in un sistema multicentrico. Gli interrogativi per muoversi in questa direzione sono: chi, con chi, come, con quali risorse e con quali risultati. Sono domande a cui corrispondono altrettanti obiettivi da raggiungere, con strategie adeguate per:

- assicurare l'unitarietà del processo programmatico negli strumenti di programmazione, sia sociali che sanitari, in una prospettiva di collaborazione tra enti locali territoriali e aziende Usl, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie;
- procedere alla riclassificazione del sistema delle unità di offerta dei servizi di integrazione sociosanitaria, d'intesa tra sanitario e sociale;
- garantire la realizzazione del «punto unico di accesso» alla rete dei servizi sociosanitari, quale modalità di accesso unitario e integrato a disposizione del cittadino e degli operatori e di quanti operano a tutela dei soggetti deboli;
- assicurare la regolazione del sistema di finanziamento dei servizi di integrazione sociosanitaria, con la definizione delle quote di pertinenza del fondo sanitario e del fondo sociale;
- consolidare e disseminare i risultati delle sperimentazioni regionali in materia di integrazione sociosanitaria, valorizzandone gli aspetti innovativi.

Per conseguire l'unitarietà nella presa in carico è necessario passare dalle programmazioni settoriali (di singolo ente territoriale, di singola area di bisogno, di singolo servizio ecc.) ad una programmazione unitaria nei processi di elaborazione, nei risultati decisionali e nelle risposte erogate dalla rete integrata di offerta.

Come è noto la domanda di continuità assistenziale nasce dalla necessità di evitare accessi impropri al pronto soccorso, ricoveri inutili, dimissioni non programmate, talora assimilabili a forme di interruzione non motivata di assistenza. Altre conseguenze negative sono il consumo di prestazioni ambulatoriali specialistiche svincolate da percorsi diagnostico terapeutici personalizzati o il consumo di prestazioni assistenziali afferenti a centri di offerta slegati da una logica di rete, e quindi incapaci di interconnettere i diversi centri di responsabilità.

Il problema della continuità è quindi cruciale e investe le responsabilità dell'ambito e del distretto, i rispettivi rapporti con l'ospedale, la capacità di governare i diversi fattori produttivi propri del sistema di offerta pubblico e accreditato.

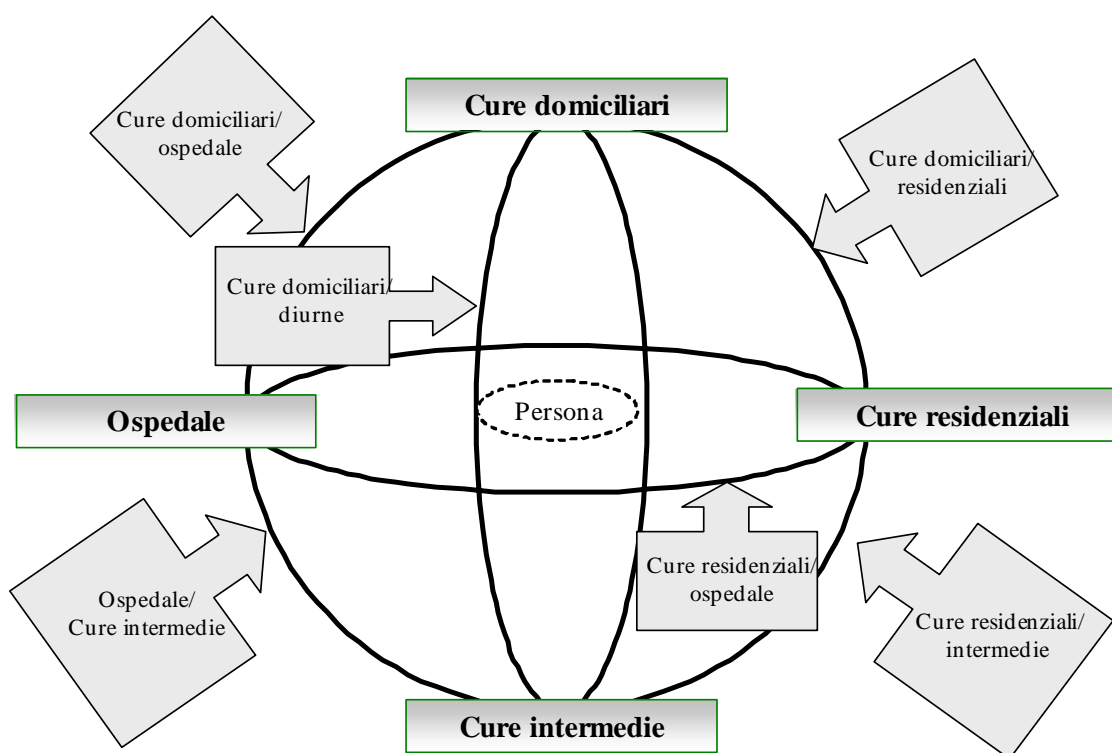
La continuità assistenziale assume una rilevanza particolare nell'assistenza alle persone che richiedono cure integrate di lungo periodo, cioè nelle situazioni in cui si richiede una maggiore integrazione tra i diversi nodi della rete.

I caratteri qualificanti della continuità assistenziale sono:

- l'accessibilità alle prestazioni e ai servizi (orari, unitarietà dell'accesso, trasparenza nelle liste di attesa);
- l'accoglienza della domanda, l'orientamento e, quando necessario, l'accompagnamento, con particolare riferimento ai soggetti deboli;
- la valutazione integrata del bisogno e la predisposizione e gestione di progetti personalizzati di assistenza;
- l'integrazione gestionale e/o professionale: tra i servizi di ambito e di distretto, tra

distretto e produttori accreditati, tra ambito, distretto e ospedale, con particolare attenzione all'apporto che possono dare i medici di medicina generale.

Da tale integrazione possono derivare concrete possibilità di ottimizzazione dell'assistenza domiciliare integrata rispetto ad accessibilità, appropriatezza prescrittiva, miglioramento dei processi assistenziali. Uno strumento che ha avuto riscontri positivi è l'utilizzo sistematico della mappa dei percorsi integrati di cura, che evidenzia i centri di offerta dei servizi (ospedale, cure domiciliari, cure residenziali, cure intermedie) e le interfacce fra di essi. Ognuna delle sei interfacce rappresenta il punto di incontro tra centri di responsabilità diversi che richiedono quindi la condivisione di protocolli e linee guida per facilitare l'integrazione operativa e garantire continuità ai percorsi di cura sociosanitaria. Questo comporta la necessità di governare i rapporti tra le interfacce (centri di offerta) sia sul piano clinico/ professionale che su quello gestionale ed economico.



Su questa base è anche meglio gestibile la valutazione sistematica di efficacia dei risultati della presa in carico basata su progetti personalizzati di cura e assistenza.