

Il grande puzzle del SAD lombardo - 1^ parte

L'attuale situazione del servizio di assistenza domiciliare per gli anziani

Per proseguire il ciclo di approfondimento sul servizio di assistenza domiciliare comunale, il SAD, Lombardia Sociale ha organizzato un focus group di soggetti che erogano il servizio sul territorio regionale. Questo primo articolo espone una fotografia dell'assistenza domiciliare che, benché parziale, conferma alcune riflessioni e tendenze già segnalate.

a cura di Rosemarie Tidoli - mercoledì, aprile 26, 2017

<http://www.lombardiasociale.it/2017/04/26/il-grande-puzzle-del-sad-lombardo-1-parte/>

Il panorama dei sostegni alla domiciliarità in Lombardia

L'assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD), diversamente da quella socio-sanitaria integrata (ADI, oggetto negli ultimi anni di una radicale riforma), essendo a finanziamento comunale da tempo non riceve attenzioni dirette da parte dei decisori regionali[1] (e, a ulteriore differenza dall'ADI, non è stata nemmeno interessata da precedenti normative nazionali significative[2]). Per consentire alle persone fragili di vivere al domicilio la X legislatura ha infatti scelto di puntare su modelli flessibili, da tarare sulle esigenze delle famiglie. S'inseriscono in questa logica i diversi sostegni attivabili a seguito di alcuni provvedimenti normativi (RSA aperta finanziata dal "Fondo famiglia", misure B1 e B2 finanziate con il FNA, reddito di autonomia), mirati a potenziare in modo complementare SAD e ADI (Pasquinelli, a cura di, 2015).

L'odierna situazione dell'assistenza domiciliare lombarda va quindi collocata nel quadro complessivo dei supporti alla domiciliarità disponibili; per esaminarla, [analogamente a quanto fatto con l'ADI](#), Lombardia Sociale ha organizzato un focus group[3] di soggetti che, a vario titolo, gestiscono servizi di assistenza domiciliare in diverse zone del territorio regionale[4].

L'intento è quello di approfondire tre aree tematiche, precisate in nota[5], mettendo – quando possibile – i riscontri degli erogatori a confronto con le tendenze già rilevate a livello regionale o nazionale ([articolo 1](#) e [articolo 2](#)).

Questo primo articolo si concentra sulla maggioranza degli aspetti che rientrano nella prima area tematica.

Un welfare a macchia di leopardo

Prima di entrare nel vivo dell'analisi, è il caso di ricordare che in Lombardia i primi servizi di assistenza domiciliare sono nati a metà degli anni '70: vari Comuni li hanno istituiti autonomamente prima che la Regione con la L.R. 1/86 desse indicazioni in materia. Già in partenza, quindi, la matrice di molti SAD porta con sé un forte carico di storia e specificità locali. Nel periodo successivo le direttrici di welfare degli esecutivi formigioniani (in particolare la libertà di scelta, non solo per i cittadini ma anche per gli Enti) e la conseguente mancanza di regole uniformi da parte del livello regionale hanno fatto sì che ogni Comune continuasse a connotare il proprio SAD come riteneva opportuno (con ampi margini di discrezionalità e, talora, di "opacità"). Regolamenti e requisiti di accesso, modalità di valutazione, quote

di contribuzione, fasce Isee, prestazioni offerte e forma di erogazione (in accreditamento o con affidamento diretto) vengono stabilite dal singolo Ente[6]. **Il risultato è che tra Comuni, anche limitrofi, possono esistere differenze notevolissime, con ricadute sia sui cittadini (per l'assenza di equità territoriale) che sul lavoro dei soggetti erogatori.** Anno dopo anno, non sono pervenute impronte normative comuni in grado di apportare, almeno in parte, elementi di omogeneizzazione. Questo welfare "a macchia di leopardo", emerso in modo lampante nel focus, talora rende complesso comparare le esperienze e individuarne i denominatori comuni.

L'attuale situazione del servizio di assistenza domiciliare agli anziani[7]

Tipologia di utenza in carico e prestazioni erogate

Un elemento che accomuna tutti i territori è che la maggioranza degli utenti anziani seguiti nel SAD[8] è rappresentata da persone molto vecchie, con patologie plurime e/o decadimenti cognitivi o demenze: [alle RSA si ricorre sempre più tardi](#). Ovunque sono diffusi i casi "sociali" e gli anziani soli, non sempre in grado di collaborare.

Tutti i gestori constatano l'incremento di casi gravissimi, che comportano attivazioni d'urgenza; sono inoltre in aumento le persone a cui va garantito il servizio 7 giorni su 7, anche in orari serali, e per le quali non interviene nessun altro servizio[9]. L'intervento per l'igiene personale è quello più svolto in assoluto, ma mentre in certe zone ci si occupa anche di igiene ambientale, in altre ciò non avviene più del tutto. In alcuni territori viene segnalata la **quasi totale scomparsa di una serie di prestazioni intermedie**, di cui alcune a supporto delle capacità residue (interventi di facilitazione della socializzazione, stimolazione, affiancamento e monitoraggio nelle attività quotidiane, spesa, commissioni, pasti, accompagnamenti, ecc.). Emblematico è l'[esempio del Comune di Milano](#), che nel 2015 ha radicalmente riorganizzato i Servizi Sociali e si sta polarizzando su due principali tipi di prestazioni: 1) igiene ambientale (modulo semplice); 2) igiene personale (modulo complesso). A queste provvedono Asa e Oss mentre tutto ciò che sta nel mezzo è lasciato ad altri servizi (custodi sociali, assistenti familiari, cc.).

Modalità di svolgimento del servizio: accreditamento, sì o no?

Con l'eccezione del territorio di Lecco, dove i servizi integrati per la domiciliarità vengono erogati dalla Cooperativa L'Arcobaleno a seguito di un bando di co-progettazione triennale[10], gli altri soggetti gestiscono i SAD in affidamento diretto o in accreditamento[11].

Per quanto riguarda l'accreditamento, la maggioranza ha constatato che la presenza di diversi erogatori in un territorio porta a riduzioni (anche sensibili) degli utenti. In merito agli altri aspetti coinvolti nelle due differenti modalità di svolgimento del SAD, invece, le esperienze sono totalmente discordanti in quanto dipendono dalle scelte operate dai singoli Enti locali. Particolarmente interessanti sono le esperienze di due cooperative. La prima vive l'accreditamento come una possibilità per progettare maggiormente sul caso. Nel territorio in questione l'introduzione dell'accreditamento è stata preceduta da un lavoro congiunto tra Comuni e erogatori, che hanno potuto dare il loro parere anche sugli aspetti economici; qui il valore del voucher ha importi considerati equi (Euro 20, 21 o 24 l'ora per i festivi). Le prestazioni svolte sono quelle tradizionali (igiene della persona, riordino degli ambienti, sostegno alla famiglia), ma vi sono anche casi in cui si fa un lavoro di educazione della badante o monitoraggio di persone sole. La

coordinatrice parla direttamente con le famiglie, fa la visita domiciliare con l'assistente sociale del Comune, valuta le esigenze dell'utente; il PAI viene steso in collaborazione e co-firmato. In definitiva, c'è un buon lavoro sul caso. Quando il servizio era in affidamento diretto, invece, la cooperativa riceveva un PAI già steso dall'AS del Comune, sceglieva l'operatrice e la "consegnava" al Comune, come se non dipendesse più della cooperativa. Tirate le somme, l'accreditamento ha comportato alcuni miglioramenti.

Ben diversa è la seconda esperienza. In un territorio coperto da 6 erogatori, l'introduzione dell'accreditamento ha quasi dimezzato gli utenti della cooperativa, attualmente in grave difficoltà a sostenere il servizio a livello economico.

Inoltre, se con il regime di affidamento c'era una collaborazione molto stretta con i Servizi sociali del Comune (visite domiciliari congiunte, PAI steso insieme, incontri periodici di monitoraggio dei casi), ora non è più così. Con il voucher si assiste ad una mera erogazione di prestazioni, principalmente legate alla cura della persona, mentre tutti gli altri interventi sono diventati residuali. I voucher sono divisi per prestazioni e tempistiche (30', 60' e 120' più 10' di spostamento); su quello da 60' la cooperativa ha un piccolo margine, che compensa e rende sostenibile la totale assenza di margine su quelli brevi.

Negli ultimi anni, però, anche per i casi gravi c'è stato un grande aumento di interventi di 30', a discapito della possibilità di provvedere all'igiene in modo adeguato e di instaurare un minimo di relazione con l'utente. In presenza di risorse limitate, quando il peggioramento di un anziano rende indispensabile aumentare la durata del voucher, in parallelo il Servizio Sociale diminuisce gli accessi. L'incremento di voucher brevi, d'importo ridotto, fa sì che la cooperativa vada in perdita: alle operatrici sono state applicate riduzioni contrattuali ed è stato necessario ricorrere agli ammortizzatori sociali.

Gli anni della crisi, e le conseguenti difficoltà degli Enti locali, hanno messo in evidenza la tendenza a diminuire gli interventi, focalizzandoli solo sulla cura della persona. L'accreditamento non è responsabile di questo stato di cose, ma lo rende più visibile.

L'utenza è diminuita?

In alcuni territori si direbbe di sì, in altri di no. E' un dato di fatto che molti Comuni non abbiano più liste di attesa per il SAD, ma non sempre le cooperative vengono a conoscenza di questo aspetto.

In alcune zone è palese il calo degli utenti che pagano quote di contribuzione, specie le più alte, e l'aumento di indigenti e di casi sociali[12]. In altre zone diminuiscono gli utenti anziani e aumentano i disabili adulti e i pazienti psichiatrici.

Da più parti viene riferito che **vari potenziali utenti non vogliono presentare l'Isee**, indispensabile per l'ammissione al SAD comunale[13]; talora (ad es. a Lecco) pur di evitarlo viene accettata la quota di contribuzione massima. Altri, al contrario, rinunciano addirittura a presentare domanda per il SAD, a riprova che l'obbligo di fare l'Isee può risultare così disturbante o complesso da costituire una barriera d'accesso. Esistono inoltre, specie a Milano, nuclei consapevoli da subito che il loro Isee li esclude dalla presa in carico del servizio pubblico. **Un certo numero di queste persone (che potrebbero anche rivolgersi al mercato di cura informale o a quello irregolare) richiede il servizio direttamente alle cooperative.**

Una tendenza emergente: l'aumento delle richieste di SAD privato

Tutti i gestori, infatti, segnalano l'aumento delle domande di assistenza domiciliare privata (che talora non è possibile soddisfare totalmente perché gli operatori sono impegnati nel servizio pubblico): questo accade perché alcuni Comuni, a fronte di certi scaglioni Isee, prevedono quote di partecipazione superiori ai costi orari delle cooperative. Rivolgendosi direttamente a loro è possibile ottenere assistenza qualificata a un prezzo minore evitando di presentare l'Isee.

A volte sono gli stessi assistenti sociali dei Comuni a spiegare alle persone che possono contattare privatamente le cooperative, attuando un'inconsueta modalità di servizio che si potrebbe definire "privato monitorato": il servizio è privato ma c'è il monitoraggio (non istituzionale ma informale) dei servizi pubblici. Nei territori di Monza e Varese il "ceto medio" è una sacca di potenziale utenza privata delle cooperative; tuttavia spesso i contatti si esauriscono con la prima richiesta d'informazione perché, se il SAD privato (19 Euro l'ora) dovesse coprire tutte le ore assicurate da una badante, il costo sarebbe molto alto.

Una situazione simile viene riscontrata a Milano da Paloma 2000, cooperativa che ha anche una funzione di osservatorio molto stretta nei confronti di due specifiche tipologie di utenza (anziani dimessi dall'ospedale e persone affette da demenza, prese in carico in base a specifici protocolli stilati da Associazioni e Fondazioni). Anche tra loro le richieste di assistenza privata sono aumentate (e provengono in misura superiore alle possibilità di risposta) ma le attivazioni del servizio sono diminuite. Quando viene presentato il preventivo, è frequente che le persone – anche in presenza di un evidente bisogno assistenziale – decidano di non richiedere l'intervento privato: **la disponibilità economica delle famiglie negli ultimi anni sembra essersi ridotta drasticamente.**

Qual è, dunque, la cifra ritenuta sostenibile da una famiglia "media" per l'assistenza a un anziano fragile?

Grazie alla funzione di segretariato sociale che le cooperative spesso svolgono per gli utenti (potenziali e non), un erogatore operante a Milano ha constatato che, se il bisogno assistenziale è di 4-5 ore a settimana (con un esborso che può arrivare a 7-800 euro al mese), pur di avere la garanzia che in casa entri un professionista esperto la famiglia generalmente sceglie il SAD privato. Spese maggiori risultano difficili da affrontare; se va assicurata una copertura maggiore, quasi sempre la soluzione è quella di assumere una badante, che ha costi più convenienti.

In tema di assistenza privata emerge una voce "fuori dal coro"; nei territori ai quali questo erogatore si riferisce, lo spostamento di utenti sul privato avviene soprattutto in presenza di soggetti che praticano prezzi particolarmente bassi (circa 11 Euro l'ora), più vantaggiosi delle quote di partecipazione comunali. Tuttavia è capitato che alcuni utenti di quella zona "migrati" nel privato abbiano poi chiesto di rientrare nel SAD comunale, per due motivi : 1) Il servizio pubblico è più affidabile e professionale; 2) i prezzi di cooperative come queste sono solo apparentemente bassi. Le cifre esposte, infatti, si riferiscono a un servizio di base molto scarso, al quale vanno aggiunti importi ben più consistenti per qualunque altra incombenza (ad es. accompagnare l'anziano a fare una visita, ecc.). Alla fine l'utente può trovarsi a pagare una cifra doppia di quella preventivata. **Ciò indica che le famiglie devono diffidare di chi pratica prezzi anormalmente bassi, anche perché chi lo fa generalmente lavora in una situazione "opaca".** Al di sotto di certe cifre non è possibile per nessuna cooperativa assicurare lavoro di personale in regola, affidabile e qualificato.

L'aumento dei "né né"

In parallelo al crescere della domanda privata (o delle richieste a cui poi non segue un'effettiva

attivazione del servizio privato), **gli erogatori rilevano che si sta ingrossando la fascia intermedia, “grigia”, costituita da coloro che vengono definiti “né né”**: si tratta di persone né abbastanza povere da essere prese in carico dal servizio pubblico, né abbastanza ricche da sostenere autonomamente i costi di un’assistenza privata. E’ ipotizzabile che, essendo una sorta di “terra di nessuno” e dovendo quindi ingegnarsi in proprio, **queste famiglie forse si rivolgeranno al mercato nero oppure che, al contrario, si rassegneranno a non poter rispondere alle necessità di assistenza del proprio anziano in modo adeguato**, con tutte le possibili conseguenze del caso.

Il SAD sta diventando residuale?

Le opinioni sono discordanti. A Milano il SAD non viene considerato marginale, bensì un servizio che sta tenendo nonostante tante difficoltà e la presenza di sperimentazioni che in qualche modo lo minacciano. Gli accreditati temono che a rendere residuale il SAD possa contribuire la recente introduzione degli aiuti familiari e di quelli legati all’addestramento delle badanti (che costano meno); tuttavia, grazie anche al forte presidio dei gestori, finora l’assistente familiare regolata dal Comune non ha sostituito il servizio. Un rischio di residualità s’intravede invece a Monza: se per ora non si può dire che il SAD sia riservato a poveri e casi sociali, nel prossimo futuro la situazione potrebbe rovesciarsi. Infatti il ceto medio è sempre più escluso dalle nuove attivazioni, fatte soprattutto in condizioni di urgenza e per casi gravissimi. Appare comunque necessario chiarirsi sul concetto di residualità. Generalmente l’affermazione che il SAD sta diventando residuale deriva da motivi diversi: a) ne usufruiscono meno persone; b) è rivolto prevalentemente ai poveri (cosa vera in certi territori, in altri no); c) è inadeguato perché le ore e il tipo di assistenza erogata non bastano a soddisfare il bisogno (aspetto riscontrato ovunque). Tutte queste implicazioni sono reali: eppure i partecipanti concordano nell’affermare che – nonostante sia in crisi, forse residuale e limitato – **per coloro che ne usufruiscono il SAD, garantito dall’ente pubblico e svolto da figure professionali affidabili, [continua a dimostrarsi un servizio importante.](#)**

Conclusioni

Se l’eterogeneità riscontrata sul territorio aveva indotto a definire l’ADI lombarda un **“[modello senza modelli](#)”**, per il SAD non è nemmeno pensabile ricorrere alla parola “modello”. Qui ci si trova piuttosto di fronte a un **grande puzzle, composto da tanti pezzetti di colore e forma diversi.**

In questo multiforme contesto, tuttavia, emergono alcune costanti che delineano un servizio prevalentemente rivolto a persone molto gravi e molto vecchie, ricoverate (quando questo avviene) sempre più tardi; focalizzato su uno-due tipi di prestazioni (soprattutto igiene personale); che, quasi “in loco parentis”, si occupa di anziani soli, talora non collaboranti; che sempre più funge da “tampone” e da soluzione di emergenza, a riprova del fatto che al SAD vengono delegate funzioni di pronto intervento e di sostituzione delle reti familiari mancanti (Tidoli, 2006). **Tutti questi riscontri convergono nell’indicare che l’assistenza domiciliare non ha quasi più fini preventivi e di sostegno delle capacità residue.**

Le testimonianze segnalano anche che la crisi ha lasciato il segno, sia per gli Enti che per le famiglie. Alcuni Comuni riducono gli interventi (prestazioni più brevi o meno accessi) e aumentano le quote di contribuzione, inducendo vari potenziali utenti a rivolgersi alle cooperative sociali. In parallelo, cresce chi non rientra nell’assistenza pubblica ma non può pagarne una privata (i casi né né). Il quadro che ne

scaturisce non è confortante; tuttavia va sottolineato come, pur riconoscendo i diversi problemi del servizio, chi lavora per assicurarne l'erogazione non lo ritenga residuale o marginale per i destinatari.

A detta dei gestori, il SAD pubblico non sta scomparendo e non scomparirà, anche se forse c'è bisogno di provare a modificarlo e ri-progettarlo, come molti suggeriscono da tempo.

In alcuni territori si sta tentando di farlo: un secondo articolo si focalizzerà su questa e sulle altre tematiche discusse nel focus group.

Bibliografia

Pasquinelli, S., a cura di, *Primo rapporto sul lavoro di cura in Lombardia*, Maggioli editore, 2015

Pesaresi, F., *Il SAD per anziani in Italia*, Prospettive sociali e sanitarie No. 18/2007

Tidoli, R., *Le metamorfosi dell'assistenza domiciliare*, Prospettive Sociali e Sanitarie No. 2/2006.

[1] Regione Lombardia ha tratteggiato la fisionomia del SAD nella legge quadro di riordino dei servizi socio-assistenziali No. 1/86. Al servizio – inserito tra i sostegni alla famiglia e alla persona – viene dedicato il solo articolo 73 che, in modo ampio e generico, indica i destinatari, le finalità generali e le macro tipologie degli interventi.

[2] Mentre l'ADI è stata prevista sin dal 1992 dal Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli anziani", i SAD di fatto si sono sviluppati senza indicazioni normative nazionali di rilievo. L'unica di un certo peso si rintraccia nella L. 328/00 di riforma dei servizi sociali che all'art. 15, dedicato al sostegno domiciliare delle persone anziane non autosufficienti, menziona la riserva di una quota del Fondo nazionale per le politiche sociali per favorire la loro autonomia e supportare la famiglia nell'assistenza domiciliare. A questo articolo, tuttavia, non è stata data attuazione a causa della successiva modifica del titolo V° della Costituzione (Pesaresi, 2007).

[3] Si ringrazia Alice Melzi per l'assistenza tecnica prestata.

[4] I soggetti che hanno fornito la loro opinione sono: coop. Soc. Sociosfera di Seregno (Jenny Bonacina); coop. Soc. Il Torpedone di Cinisello Balsamo (Nicola Basile); La Fonte soc. coop. Onlus di Melzo (Antonietta Leone); Coop. Lombarda FAI di Monza (Pia Belli e Valeria Sironi); coop. Soc. L'Arcobaleno di Lecco (Sara Valente); coop. Paloma 2000 di Milano (Daniela Valentini); Fondazione Don Gnocchi Onlus di Milano (Achille Lex). Le prime cinque cooperative gestiscono servizi di SAD comunale a seguito di affidamenti/ accreditamenti e/o di RSA aperta nell'ambito di accordi con strutture aderenti. Paloma 2000 eroga sia servizi di assistenza domiciliare indiretta a utenti sostenuti dai Servizi sociali del Comune di Milano con contributo economico, sia a favore di specifiche tipologie di destinatari (anziani con demenze o persone appena dimesse dall'ospedale) per conto dell'Associazione Seneca e della Fondazione Vozza di Milano, titolari di appositi protocolli stilati con il Comune di Milano e con alcune Aziende Ospedaliere della città (Sacco-Fatebenefratelli, Fondazione Maugeri). Fondazione Don Gnocchi /Istituto Palazzolo gestisce servizi di RSA aperta in vari territori limitrofi a Milano, a Monza ed altri. A Milano è in ATS (Associazione temporanea di scopo) con il Consorzio Farsi Prossimo per i servizi domiciliari accreditati con il Comune (interventi educativi, socio assistenziali, custodi sociali, assistenti familiari e peripherals).

[5] Di seguito gli aspetti che LS mirava a rilevare, suddivisi per gruppo tematico: nelle prime due aree gli erogatori hanno esperienza diretta, nella terza sono in posizione di osservatori privilegiati. Primo filone: evoluzione/cambiamenti del SAD (modifiche nell'utenza, nella domanda, nelle prestazioni erogate, aumento dei casi sociali); cambiamenti nel lavoro dei gestori, positività e criticità; segnali di residualità del SAD; eventuali segnali di riprogettazione e adeguamento del servizio verso nuovi bisogni. Secondo filone: se la pluralità di offerta viene percepita dagli utenti, se sì come viene vissuta e se sul territorio è

visibile l'integrazione tra operatori sociali e sanitari nella valutazione e presa in carico integrata, previste dalla normativa regionale per molte misure. Con il terzo filone s'intendeva capire, in modo indiretto, se i destinatari dei servizi percepiscono che da oltre un anno e mezzo vi è una riforma in atto, e quali paiono essere le ricadute per operatori e utenti.

[6] O dall'Ambito territoriale. In questo caso le cose vanno un po' meglio perché, oltre a una maggior trasparenza, si instaura uniformità se non altro a livello del territorio dell'Ambito.

[7] Per la maggioranza dei partecipanti al focus non è possibile, per età anagrafica e anzianità di servizio, rilevare eventuali cambiamenti verificatisi nel SAD risalendo molto all'indietro nel tempo. Quando vengono segnalate delle modifiche, pertanto, si riferiscono a quanto avvenuto in anni abbastanza recenti, generalmente entro l'ultimo decennio.

[8] Alcuni dei SAD in cui operano i partecipanti hanno in carico anche persone disabili o pazienti psichiatrici non anziani.

[9] Viene avanzata l'ipotesi che, se i Servizi Sociali fossero riusciti a intercettare alcuni di questi casi in una fase precedente, la minor gravità della situazione avrebbe potuto richiedere interventi meno intensi e emergenziali.

[10] Sia l'esperienza del Comune di Lecco che quella del Comune di Milano verranno esposte in modo più dettagliato in un secondo articolo sul focus group, alla voce "Ri-progettazione del servizio SAD".

[11] Fa eccezione la Cooperativa Paloma 2000, vedi nota 4.

[12] Queste tipologie di utenza generalmente sono esonerate dalla contribuzione oppure pagano quote simboliche.

[13] A essi vanno poi aggiunti gli anziani che non sono in grado di provvedere da soli ai vari passaggi necessari per ottenere l'Isee (preparare la documentazione, recarsi al CAF, ecc..)