

## La rete dei sostegni alla domiciliarità in Lombardia - 3

Alla ricerca di una regia

L'articolo, terzo di una serie tratta da un focus group di gestori di assistenza domiciliare, tocca alcuni punti cruciali nell'odierno quadro lombardo dei sostegni alla domiciliarità degli anziani e nel percorso degli utenti.

a cura di Rosemarie Tidoli - lunedì, giugno 26, 2017

<http://www.lombardiasociale.it/2017/06/26/la-rete-dei-sostegni-alla-domiciliarita-lombardia-3/>

Nel primo articolo, elaborato a seguito dei riscontri emersi durante un focus group di erogatori di assistenza domiciliare in Lombardia[1], si è visto che il SAD tende a concentrarsi su interventi prestazionali per l'igiene personale di anziani non autosufficienti. Alcune esperienze in atto nei territori, oggetto di un secondo contributo, indicano però che è possibile imprimere direzioni diverse alla tradizionale assistenza domiciliare comunale.

A completamento della serie, quest'ultimo articolo si sofferma sull'offerta dei sostegni alla domiciliarità in relazione a vari aspetti fondamentali per gli utenti (informazione, coordinamento delle risorse, presa in carico, integrazione tra i servizi, ricomposizione tra le differenti risorse, case management) per chiudersi con un breve cenno alle ricadute della riforma sociosanitaria su cittadini e operatori. [2].

Un'avvertenza è d'obbligo: i contenuti proposti vanno letti avendo chiari due limiti impliciti nella fonte utilizzata: a) i focus group permettono di delineare le tendenze emergenti, ma non consentono di stabilire in che grado siano effettivamente presenti nel territorio esaminato; b) il quadro rappresentato scaturisce dalle esperienze di uno degli stakeholder, quindi è per sua natura parziale.

### La pluralità dei sostegni domiciliari in Lombardia: una risorsa o un problema?

A partire dal 2013 una serie di provvedimenti regionali successivi ha istituito una gamma di interventi nuovi e flessibili mirati a sostenere la domiciliarità di anziani non autosufficienti e soggetti fragili (RSA aperta, misura B2 e reddito di autonomia). A seguito di questa scelta, attualmente in Lombardia possono coesistere fino a 6 o 7 forme di assistenza domiciliare, attivate con modalità, attori, fondi e regole diverse [3].

Ma i potenziali utenti sono al corrente delle varie possibilità disponibili grazie ai voucher previsti dalle diverse misure? Non sempre. I cittadini appaiono generalmente poco informati sul ventaglio dei nuovi aiuti che vanno ad affiancarsi a quelli tradizionali. Anche chi, per una via o per l'altra, arriva ad usufruire di più interventi forniti da soggetti differenti, raramente ha ben chiara la situazione. Le famiglie faticano molto a distinguere i ruoli dei vari soggetti che gravitano loro intorno, in particolare se manca chi tira le fila del caso. A volte riescono a percepire che gli erogatori sono diversi solo in base ai nomi e agli orari di chi entra in casa; succede così di sentire un'anziana che dice: "Al martedì viene Pilar e al venerdì passa Cristina", per indicare gli accessi dell'operatrice del SAD comunale e di quella della RSA aperta (o dell'ADI). Distinzioni di altro tipo, invece, sono più difficoltose perché le prestazioni possono essere quasi identiche. Capita anche che un anziano venga a conoscenza (magari da un vicino) di un intervento e lo richieda non tanto perché lo ritenga indispensabile, soprattutto se già usufruisce di altri supporti, quanto perché è possibile averlo senza pagare. I gestori riferiscono di persone che ricevono un servizio

sovrapponibile da due o tre soggetti diversi che, a volte ignari l'uno dell'altro, rischiano di intralciarsi a vicenda. Questo è un esempio concreto delle duplicazioni e degli sprechi di risorse che possono verificarsi in assenza di una corretta informazione alla famiglia, di un coordinamento degli interventi e di una regia del caso.

In sostanza si direbbe che la pluralità degli aiuti disponibili al momento faccia emergere più problemi che opportunità; in particolare non vi sono molti segni dell'integrazione e della complementarietà con SAD e ADI ipotizzata dai decisori[4].

## **L'informazione e l'orientamento all'utente**

La scarsa conoscenza dell'offerta da parte della potenziale utenza viene attribuita soprattutto alle carenze degli enti pubblici nelle fasi di informazione, orientamento e accompagnamento del cittadino per l'accesso ai servizi[5]. Come si è visto nel primo articolo, spesso un lavoro d'informazione e segretariato sociale viene svolto (talora in occasione di colloqui per attivare eventuali assistenze private) dai coordinatori o dagli aa.ss delle cooperative erogatrici, che illustrano alle famiglie la gamma dei sostegni pubblici, sia sociali che socio-sanitari, e il percorso per ottenerli.

Può così capitare che il gestore si trovi in un potenziale conflitto di interesse, in particolare se l'attivazione di un dato intervento per l'anziano deve passare per il Comune o la Asst. Tra gli operatori pubblici, infatti, vi è chi ritiene che gli erogatori nell'informare le famiglie abbiano un tornaconto personale, mirando ad acquisirle come clienti nel caso la prestazione venga loro concessa; altri, al contrario, vi vedono soprattutto la possibilità di assicurare continuità assistenziale all'utente.

In definitiva, nonostante la sua importanza e la sottolineatura che ne fa la normativa, la funzione di informazione e orientamento non sembra essere istituzionalmente garantita, ma lasciata piuttosto alla casualità o alla disponibilità dei singoli operatori, siano essi pubblici o privati.

## **Chi coordina le varie risorse?**

Quando un nucleo è destinatario di più interventi forniti da diversi soggetti, i fatti indicano che a metterli insieme e a coordinarli spesso devono provvedere gli stessi interessati (che non sono necessariamente in grado di farlo in modo appropriato). Un gestore sottolinea come Regione Lombardia nell'assegnare alcune risorse (in particolare la RSA aperta) abbia previsto che gli utenti si pongano in relazione diretta con gli enti gestori. A suo parere questa scelta da un lato ha valorizzato il ruolo degli erogatori rispetto alla tradizionale centralità di Comune e Asst, ma dall'altro ha favorito la "disintermediazione" dei servizi sociali comunali, che dovrebbero avere la regia generale del caso e il coordinamento degli interventi.

A Milano la riforma regionale del 2015 e la riorganizzazione comunale del 2016 hanno portato alla luce una difficoltà ulteriore. In precedenza i servizi sociali comunali, lavorando per aree di assistenza e tipologie di utenza, si erano in un certo senso "specializzati" e conoscevano bene le procedure, le risorse del territorio, ecc. Invece la nuova strutturazione trasversale, scardinando quella per aree, ha richiesto a diversi Assistenti Sociali di occuparsi di bisogni, situazioni, servizi, iter con i quali non hanno familiarità, rendendo più difficile sia la gestione dei casi che un eventuale coordinamento di risorse[6].

Ci sono però anche esperienze diverse; nei piccoli Comuni, i rapporti consolidati spesso esistenti tra gli operatori dei diversi Enti facilitano il raccordo degli interventi sul caso. Da segnalare inoltre la situazione di Lecco, dove l'Assistente sociale del SID (servizi integrati per la domiciliarità) oltre a essere referente dell'assistenza domiciliare si occupa anche degli interventi di RSA aperta e del reddito di autonomia. In simili circostanze, assemblare servizi e risposte a favore dello stesso utente diventa decisamente più

facile.

## Chi fa la presa in carico?

Per ottenere alcune prestazioni un anziano può rivolgersi direttamente ai gestori; per averne altre deve chiedere al Comune o alla Asst; per procurarsi una badante può affidarsi a canali informali. Non è detto che questi soggetti siano in relazione tra loro; se la famiglia avesse bisogno di aiuto per gestire la situazione, a chi dovrebbe rivolgersi? Qui sarebbe logico ipotizzare l'entrata in scena di una figura formalmente deputata a fare una presa in carico complessiva del caso, ricomponendo i vari tasselli (nonché i vari PAI) e fungendo da punto di riferimento per la famiglia. Nella realtà, è raro che questo accada. Una presa in carico globale da parte di un attore istituzionale, che prende il via da una progettazione complessiva basata sul bisogno e implica una visione d'insieme dell'intervento, delle varie risorse e dei budget, pare essere l'eccezione più che la norma[7]. Più spesso succede che la stessa persona sia oggetto di tante prese in carico parcellizzate e indipendenti, messe in atto ognuna da soggetti diversi, pubblici o privati, che intervengono ciascuno nell'ambito del proprio progetto sul caso senza necessariamente comunicare e coordinarsi con gli altri.

## L'integrazione tra servizi: chi parla con chi?

Anche le prassi di valutazione multidimensionale del bisogno dell'utente finalizzate alla presa in carico integrata tra operatori comunali e dell'ex ASL, leit-motiv di tante delibere regionali (oltreché presupposto per l'accesso alle nuove misure) sembrano essere poco diffuse[8]. L'integrazione tra servizi e operatori sociali e sanitari, oltre ad essere un elemento cruciale nell'attuale rete d'offerta, è una criticità storica del welfare.

Per quanto riguarda il Comune di Milano, con la riforma sono cambiati i "contenitori" di riferimento, le ASL sono diventate Asst, ma i contenuti e l'integrazione con la parte sociale non sono mutati molto. Un po' di sconcerto, tuttavia, può derivare dal fatto che nelle Asst metropolitane, non essendovi gli assistenti sociali, coloro che si rapportano con i servizi sociali e con gli erogatori sono gli assistenti sanitari. Nonostante la differente professionalità, con alcuni si instaura una buona collaborazione, con altri meno. Come tutti i gestori affermano, infatti, l'integrazione sui casi nasce dal basso e prevalentemente dipende dalle singole figure, che solitamente vedono come muoversi in base alle specifiche situazioni. Nei Comuni più piccoli pare che il servizio sociale riesca a gestire meglio l'integrazione con i colleghi delle ex ASL perché questa è la condizione essenziale per riuscire a lavorare efficacemente. Tutto, però, sta alle attitudini e capacità personali degli operatori perché generalmente non esistono protocolli o procedure stabilite tra i diversi Enti.

**Non si può, quindi, parlare di un'integrazione istituzionale e di sistema.** L'integrazione socio-sanitaria sembra restare (ancora e soprattutto) una questione di buoni rapporti, una sorta di "somma" di integrazioni sulle risposte sociali e socio-assistenziali. Purtroppo, come sottolinea un gestore: "a fare integrazione vera non può bastare la somma di tante buona volontà perché si rischia di costruire un castello troppo fragile".

## Case manager cercasi

Nonostante l'intenzione del legislatore di rivedere il sistema di offerta partendo dai bisogni delle persone, si direbbe che i nuovi sostegni alla domiciliarità siano andati a stratificarsi su quelli tradizionali,

aggiungendosi a un quadro già poco organico e omogeneo. In un contesto così complesso e frammentato, il ruolo istituzionale del case manager, regista del caso nonché riferimento stabile e continuato nel tempo per la famiglia, è più fondamentale che mai per il buon svolgimento dell'intervento e l'utilizzo ottimale delle risorse.

I gestori si aspettano che ad assumersi questa funzione, continuamente citata nelle normative, siano i servizi pubblici; tuttavia, per una serie di motivi, non sempre questo avviene. A volte gli stessi erogatori cercano di supplire a questa carenza attivandosi in prima persona (e rischiando così di sostituirsi all'Ente pubblico in questo ruolo<sup>[9]</sup>), ma in molti casi una regia professionale manca. La conseguenza è che spesso gli utenti fanno il proprio "PAI": auto-progettano gli interventi facendo "bricolage" assistenziale e cercano poi di coordinare le risorse che sono riusciti ad aggregare. **Volenti o nolenti, in grado o non in grado, molte famiglie continuano a fare il case manager di sé stesse.**

Il fatto che gli utenti possano contare su un case management reale ed efficace non può dipendere dalla buona volontà o dall'attitudine personale degli operatori pubblici né, tantomeno, da quella degli erogatori; **è quindi indispensabile che questo tema sia fatto proprio dai decisori in termini concreti e operativi.**

## **Riforma socio-sanitaria**

Nonostante l'idea originaria, non è stato possibile indagare più di tanto quali siano, a parere dei gestori, le ricadute della riforma su cittadini e operatori.

L'impressione generale è che, al momento, gli utenti in carico ai servizi non abbiano una chiara percezione che è in atto una profonda revisione del sistema sociosanitario. In alcuni territori sono cambiati i riferimenti o le targhe al di fuori dei presidi; tuttavia, per quanto riguarda gli interventi di cui gli anziani usufruiscono, non vi sono grosse modifiche. Non emergono, invece, specifiche osservazioni sugli esiti per gli operatori.

## **Per tirare le fila**

La volontà del legislatore di mettere a disposizione nuovi strumenti di sostegno alla domiciliarità (benché con modalità tradizionali come le erogazioni economiche) è apprezzabile ma, di per sé, non basta. Infatti l'attuale pluralità dell'offerta non sembra essere priva di effetti collaterali, sia per gli utenti che per gli operatori. Per funzionare senza creare sprechi e duplicazioni le nuove misure, oltre ad un'efficace funzione di informazione e orientamento all'utenza, richiederebbero una valutazione multidimensionale e una presa in carico unitaria e integrata, non affidata solo a eventuali buoni rapporti tra operatori ma prevista a livello di sistema. A raccordare il tutto riconducendolo ad un progetto unitario dovrebbe essere un case manager istituzionale, identificato in modo cogente, univoco e formale, che rappresenti anche un punto di riferimento continuato nel tempo per il nucleo. Nelle case degli anziani, purtroppo, non se ne vedono molte tracce; le famiglie, in buona parte, continuano a cercare di orientarsi e progettare da sole nel complesso mondo dei servizi, fungendo da case manager di sé stesse.

Nel primo articolo abbiamo definito il SAD lombardo come un grande puzzle; i vari frammenti che lo compongono, però, sono stati disegnati o aggiunti in tempi diversi, da mani diverse (Comuni e Regione). Il SAD (che non riceve attenzioni regionali da oltre 30 anni, durante i quali molte cose sono cambiate) fa pensare a un servizio "in naftalina", che ha bisogno di rinnovarsi pena la marginalità. I nuovi interventi, dal canto loro, sembrano aver aumentato la complessità di un panorama già parcellizzato e disomogeneo, che porta con sé notevoli problemi di equità, senza riuscire a ricomporsi in un sistema organico. In questo

particolare puzzle, a differenza che in quelli costruiti a tavolino, non è scontato che i tasselli si incastrino in modo coerente per andare a costruire un'immagine unica.

**Analogamente ai casi dei singoli utenti, anche la rete complessiva dei sostegni alla domiciliarità sembra reclamare a gran voce una regia.**

---

[1] I soggetti che hanno fornito la loro opinione sono: coop. Soc. Sferosfera 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 Voza 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 (ente capofila) per i servizi domiciliari accreditati con il Comune (interventi educativi, socio assistenziali, custodi sociali, assistenti familiari e peripherals).

[2] Gli aspetti che miravamo a rilevare durante il focus group sono divisi in tre gruppi tematici. 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. Tutte le tematiche del primo gruppo sono state trattate nel primo articolo, ad esclusione delle esperienze di ri-progettazione del SAD, che sono state esposte nel secondo articolo. Gli aspetti che rientrano nel secondo e nel terzo gruppo vengono trattati in questo terzo e ultimo articolo.

[3] Ad esempio: SAD con risorse dirette dei comuni, SAD di AT con risorse e regole del FNA (misure B1 e B2); SAD con fondi e regole del Reddito di Autonomia; SAD con fondi INPS e regole Home Care Premium (nel caso l'AT aderisca); SAD attivato nell'ambito dell'ADI da operatori del servizio fragilità; SAD attivato nell'ambito della RSA aperta da operatori del servizio fragilità. Inoltre nel comune di Milano particolari tipologie di utenza (anziani dimessi dall'ospedale o affetti da demenze e decadimenti cognitivi) possono usufruire dell'assistenza domiciliare erogata da Associazioni e Fondazioni varie a seguito di specifici protocolli.

[4] non a caso Regione Lombardia [ha previsto di introdurre correttivi](#) per queste ed altre misure.

[5] [In alcuni comuni può addirittura accadere che](#), se l'anziano ha un Isee sopra la soglia prevista per accedere ai servizi comunali, non venga nemmeno indirizzato dall'assistente sociale, perdendo così anche la possibilità di usufruire del segretariato sociale.

[6] Viene segnalato che, a volte, gli operatori comunali chiedono aiuto ai gestori per orientarsi tra i vari

interventi.

[7] D'altra parte, come sottolinea un erogatore, anche per le figure professionali è difficile “assemblare e comporre”.

[8] [Un precedente contributo](#) ha evidenziato che i processi di integrazione socio.-sanitaria, ai quali in alcuni territori stavano concretamente lavorando Comuni e ASL con iniziative congiunte, a causa del riassetto del sistema sanitario e dell'affidamento dei servizi socio-sanitari territoriali all'ASST hanno subito una fase di arresto.

[9] Ad es. effettuando valutazioni e definendo progetti senza l'Assistente sociale.