

## **Pensare ad un SAD diverso è possibile - 2**

Nel precedente articolo tratto da un focus group con enti gestori di assistenza domiciliare in Lombardia[1], si è visto come il SAD tenda a concentrarsi sulle prestazioni di igiene personale di anziani non autosufficienti, lasciando scoperti altri b...

**a cura di Rosemarie Tidoli - venerdì, giugno 09, 2017**

<http://www.lombardiasociale.it/2017/06/09/pensare-ad-un-sad-diverso-possibile/>

[Nel precedente articolo](#) tratto da un focus group con enti gestori di assistenza domiciliare in Lombardia[1], si è visto come il SAD tenda a concentrarsi sulle prestazioni di igiene personale di anziani non autosufficienti, lasciando scoperti altri bisogni dell'interessato e dei caregiver, e sia rivolto soprattutto a persone non abbienti o casi sociali. Ci siamo chiesti se questo sia ormai un "destino ineluttabile" o se, al contrario, non sia possibile ri-progettare o ri-modulare la tradizionale assistenza domiciliare comunale su altre basi. Nel corso dell'incontro sono emerse tre esperienze che, pur diversissime tra loro, sono accomunate dal cercare di imprimere direzioni e connotazioni diverse al SAD. Questo articolo le presenta allo scopo di offrire spunti di riflessione sul tema; mancano, invece, valutazioni in merito all'efficacia e ai risultati conseguiti, che richiederebbero l'utilizzo di specifiche metodologie e di dati differenti rispetto all'evidenza empirica.

### **Modi nuovi di intendere il SAD**

#### **Una riprogettazione globale: il Comune di Milano**

Una riprogettazione complessiva del servizio domiciliare, partita dal livello politico, è quella in atto da gennaio 2015 nel Comune di Milano. [I servizi sociali comunali sono stati riorganizzati](#) ed è stato individuato anche un nuovo sistema di accreditamento che ha modificato radicalmente l'assetto dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale ed educativa.

**La tradizionale divisione della popolazione in fasce d'età o per problematica (minori, anziani, disabili, ecc.) è stata superata: il punto di partenza per l'intervento è ora il bisogno presentato dalla persona.** Sono state determinate 5 linee di prodotto/attività: 1) interventi socio-educativi (a favore di tutte le fasce di età), 2) interventi socio assistenziali (il vecchio SAD, che segue prevalentemente anziani e utenti psichiatrici in carico al CPS e si sta sempre più polarizzando, come spiegato nel primo articolo, su igiene ambientale e igiene personale), 3) aiuti familiari (colf, badanti, baby sitter), 4) custodi sociali, 5) interventi integrativi o "peripherals" (tra cui trasporti, pasti a domicilio, consulenze psicologiche, visite specialistiche).

Gli interventi integrativi vengono svolti a livello privato e sono a pagamento, tutti gli altri sono o completamente a carico del Comune (previa presentazione dell'ISEE) o a totale carico dell'interessato poiché non è ancora prevista la compartecipazione al costo del servizio, inserita tra gli obiettivi del triennio 2015- 2017.

Uno degli obiettivi della ri-organizzazione è l'allargamento della platea di utenza grazie agli interventi

privati, mirati a raggiungere anche le famiglie “normali” e non solo le persone indigenti, in condizioni di bisogno, ecc. Un’ulteriore idea è quella di cercare di elaborare progetti trasversali integrati, con pacchetti di prestazioni formati dal SAD più altri servizi; è inoltre prevista la possibilità di realizzare interventi a favore di gruppi di utenti condotti da operatori socioassistenziali, eventualmente anche insieme ad educatori.

Nel nuovo modello milanese gli eventuali interventi diversi dall’igiene personale (modulo complesso) o dall’igiene ambientale (modulo semplice) di cui gli anziani seguiti possono avere bisogno non vengono presi in carico dall’assistenza domiciliare ma sono lasciati ad altri servizi (custodi sociali, assistenti familiari, ecc.)<sup>[2]</sup>

I progetti per il SAD vengono stesi esclusivamente dalle assistenti sociali comunali; gli accreditati, pur nel rispetto del mandato istituzionale, si augurerebbero di avere un ruolo meno esecutivo e di essere più coinvolti nella progettazione iniziale<sup>[3]</sup>. Anche in questa situazione, comunque, è loro possibile esprimersi e condividere (o meno) il piano individualizzato domiciliare (PID) del Comune, offrendo anche aggiornamenti significativi per il monitoraggio e l’eventuale rivalutazione del caso.

Il PID, formato da 4 o 5 pagine, oltre ai dati anagrafici prevede informazioni sul nucleo familiare e sull’interessato, obiettivi da raggiungere, attività da svolgere e tempi di monitoraggio. Tuttavia, spesso vengono indicati solo il tipo modulo da svolgere e la frequenza dell’attività. Ogni accesso ha durata differente – in genere un’ora – e i progetti vengono elaborati di 6 mesi in 6 mesi. Anche a Milano sono in aumento gli anziani in situazioni gravi, che usufruiscono unicamente dell’assistenza domiciliare e a cui bisogna garantire il servizio sette giorni su sette.

## **La co-progettazione del sistema della domiciliarità: il Comune di Lecco**

Modi diversi di intendere e di fornire l’assistenza domiciliare possono emergere anche dove il servizio è basato sulla **progettazione condivisa del committente pubblico e di un assegnatario del terzo settore**. Ne è un esempio il Comune di Lecco, nel quale i servizi integrati per la domiciliarità (SID) vengono erogati a seguito di un bando di co-progettazione quinquennale in scadenza nel 2018. All’inizio il servizio veniva gestito dalla cooperativa La Vecchia Quercia, alla quale due anni fa è subentrata la cooperativa L’Arcobaleno.

L’obiettivo del SID è quello di raggiungere il maggior numero di famiglie possibili incluse quelle “normali”, mentre in precedenza il comune di Lecco seguiva soprattutto i casi sociali. Gli utenti devono partecipare al costo del servizio in base all’ISEE, anche se ultimamente molti chiedono di non presentarlo e accettano di pagare la quota massima<sup>[4]</sup>.

Pian piano si sta cercando di offrire servizi che prima non c’erano; tra questi rientra il supporto educativo mirato alla stimolazione cognitiva di anziani con iniziale malattia di Alzheimer o decadimento cognitivo. E’ previsto anche un sostegno psicologico per gli stessi e per i loro familiari, per affiancarli nella messa in atto di un approccio capacitante e positivo.

**Nell’esperienza di Lecco il SAD tradizionale non è solo inteso come intervento per l’igiene personale ma l’assistenza domiciliare si estende a 360 gradi nei confronti del nucleo.** Le operatrici, oltre ad occuparsi dell’igiene dell’anziano, prendono in carico la famiglia per molti altri aspetti: incombenze burocratiche, accompagnamento per la spesa, accompagnamento per visite mediche, colloqui con i sanitari su delega dei figli impossibilitati a farlo personalmente, sostegno relazionale, supporto educativo, psicologico, ecc. Nei casi complessi gli accessi per l’igiene talora vengono previsti anche in presenza delle badanti, spesso impreparate a gestire gli ausili (ad es. il sollevatore).

**Il SID cerca, in sostanza, di creare progetti ad hoc sulla base del bisogno familiare, oltre a rivestire un’importante funzione informativa e di orientamento nei confronti della popolazione lecchese.**

Tenta, inoltre, di agire e progettare in sinergia con altri attori/servizi operanti sul territorio (ad es. la RSA aperta, visto che gli operatori andando a domicilio spesso scoprono che l'utente usufruisce anche di questa misura), ma la comunicazione non è facile.

Un'altra particolarità dell'esperienza di Lecco (considerata quasi "idilliaca" da alcuni partecipanti al focus) sta nel fatto che, per accedere al SAD, le famiglie si rivolgono direttamente al gestore[5], che si occupa di tutto l'iter (informazioni, valutazioni, visita domiciliare, presa in carico, attivazione del servizio e monitoraggio) senza obbligatoriamente coinvolgere i servizi sociali territoriali. Questi mantengono invece la titolarità della presa in carico dei cosiddetti "casi misti", già seguiti per altre problematiche, per contributi economici, ecc. In queste situazioni la Cooperativa subentra in seguito, come soggetto erogatore.

A Lecco il SAD non viene considerato residuale né dal punto di vista numerico[6] né rispetto all'investimento progettuale, mirato a rendere il servizio innovativo e il più vicino possibile ai bisogni. I tempi di risposta e attivazione sono di 7-10 giorni, anche se chi richiede il SAD spesso è in situazione di emergenza. Durante i colloqui di presa in carico si comunica che non sarà possibile assicurare automaticamente un intervento quotidiano (salvo casi e situazioni particolari): la frequenza degli accessi varia da una a tre volte la settimana. Se si riscontra che l'intervento erogabile non è adeguato o sufficiente a rispondere al bisogno manifestato dalla famiglia, la si orienta e la si accompagna alla ricerca di una badante[7] o all'inserimento dell'anziano in un CDI, cercando di andare incontro alla complessità delle esigenze del nucleo.

I cittadini possono venire a conoscenza del servizio offerto grazie ai medici di medicina generale, tramite i CEAD, i servizi sociali comunali, il sito internet del Comune di Lecco nonché grazie a un lavoro che il SID ha in atto con le Associazioni per aumentare la sua visibilità.

## **Il SAD come servizio "di comunità"**

Il riscontro di uno degli erogatori interpellati mostra come sia possibile spingere il SAD in una diversa direzione anche su scala minore, senza attuare ri-progettazioni radicali, partendo dalla realtà del servizio esistente per cercare modi nuovi di rispondere a determinati bisogni. Questo può avvenire, ad esempio, operando scelte diverse (più inclusive) negli utenti da prendere in carico e nelle funzioni da attribuire al SAD. Solitamente l'idea nasce dalla sensibilità e dall'iniziativa degli operatori, che riescono poi a concretizzarla grazie all'avvallo delle loro linee d'azione da parte degli amministratori locali. **Si dà così il via a una serie di cambiamenti incrementali che, man mano, ridefiniscono una politica (e, perdipiù, senza dover ritoccare il budget!).**

Ne è un esempio un territorio a cavallo tra il milanese e la bergamasca, dove gli operatori – cogliendo la necessità di sostegno di alcuni soggetti con problemi psichiatrici – hanno cercato, con le risorse a loro disposizione, di connotare il SAD in modo più "sociale" (nel senso di contrapposto a prestazionale). Infatti agli adulti con patologie psichiatriche che vivono a domicilio, frequentemente senza essere occupati né inseriti in alcun servizio specifico, a causa delle loro peculiari problematiche (non riconducibili a quelle di anziani o disabili) spesso è particolarmente difficile assicurare una presa in carico adeguata.

Si è perciò iniziato ad accoglierli nel SAD, in precedenza focalizzato soprattutto sugli anziani, indirizzando loro non tanto singole prestazioni assistenziali, quanto, piuttosto, "cure sociali" in senso ampio, che comportano la stimolazione dell'interessato e il monitoraggio di ciò che avviene nella sua quotidianità. La centratura dell'intervento, qui, non è sulla patologia e sulla conseguente sostituzione della persona in ciò che non è più in grado di fare da sola, bensì sulla "normalità".

**In questo modo il SAD agisce come un servizio di comunità, "leggero" e poco costoso, che risulta**

## **però capacitante e di grande efficacia per le persone che lo ricevono.**

In quest'esperienza si può scorgere un ritorno dell'assistenza domiciliare comunale ai suoi scopi originari (da tempo superati) di prevenzione, stimolo e promozione delle capacità residue

## **Conclusioni**

Le esperienze illustrate non potrebbero essere più differenti per impostazione concettuale, mezzi e risorse impegnati, grandezza del territorio in cui agiscono.

A Milano si tratta di un imponente progetto di ri-organizzazione complessiva del sistema della domiciliarità cittadina, attuato per precisa volontà dei decisori: alle spalle vi sono la messa in campo di notevoli risorse economiche, umane, consulenziali, il coinvolgimento di diversi attori del sistema locale, un lungo periodo preparatorio, l'addestramento degli operatori ed altro ancora[8].

A Lecco l'iniziativa parte dal livello decisionale e l'azione prende il via da uno sforzo di pensiero condiviso tra Comune e Terzo Settore in base allo strumento della co-progettazione.

Nel terzo caso, invece, non si può parlare di una vera riprogettazione del servizio quanto piuttosto di una rimodulazione "in sordina", che al momento non ha ancora prassi codificate (alla cui formalizzazione l'Amministrazione e gli operatori stanno lavorando). Il modo insolito e creativo di utilizzare le risorse disponibili nel SAD, in sostanza, riesce a dargli una connotazione nuova che esce dallo schema rigido dell'offerta tradizionale.

**Tutte e tre le esperienze hanno in comune l'intenzione di andare in una direzione nuova.** Lo si può fare intercettando un'utenza diversa da quella abituale (Milano), oppure prendendo in carico a 360 gradi l'anziano e la sua famiglia (e anche la badante, se presente), oppure ancora cercando di includere persone che, a causa dei loro specifici problemi, faticano a trovare risposte territoriali e per le quali l'assistenza prestazionale ha poco senso.

**Ognuno dei tre casi indica che pensare a un modello di SAD (o, meglio, di sostegno alla domiciliarità), più ampio e/o comunque diverso da quello classico, è possibile, sia su grande scala che su scala minore (e anche a parità di budget....).**

---

[1] 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 (ente capofila) per i servizi domiciliari accreditati con il Comune (interventi educativi, socio assistenziali, custodi sociali, assistenti familiari e peripherals). Gli aspetti che miravamo a rilevare 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 vengono affrontate in questo contributo. Gli aspetti che rientrano nel secondo e nel terzo filone saranno trattati in un terzo articolo.

[2] Per gli anziani in carico tali interventi ( ad es. il pasto, il trasporto, ecc.) anche se afferenti ai Peripherals rientrano generalmente nel progetto personalizzato (PID) steso dal Servizio Sociale e sono gratuiti. In una minoranza di situazioni, tuttavia, è possibile che l'intervento non sia previsto nel PID ma venga attivato per iniziativa diretta dei familiari dell'interessato, che ne sostengono anche le relative spese.

[3] Infatti, mentre per gli interventi socio-educativi ha luogo un incontro con la famiglia a cui partecipano sia l'erogatore che l'AS comunale, e vengono condivisi gli obiettivi, per gli interventi socio assistenziali al momento questo è raro. La modalità prevalente è l'invio del progetto già confezionato all'erogatore, tenuto ad individuare l'operatore e ad attivarsi al più presto per garantire la prestazione domiciliare.

[4] La quota massima, stabilita per un ISEE al di sopra dei 26.000 euro, di è 15,20 euro l'ora. A volte la scelta di pagarla viene fatta anche per evitare ritardi nell'erogazione del servizio, che può essere attivato subito. Le famiglie hanno comunque 60 giorni per presentare l'ISEE.

[5] L'équipe del SID è costituita da due assistenti sociali , un coordinatore generale del servizio, un'amministrativa e da 10 ASA (divise in tre micro equipe che lavorano su alcuni quartieri di Lecco) . I servizi sociali del Comune invece si occupano della custodia sociale.

[6] I casi in carico, tra anziani e non anziani, sono più di 80.

[7] Quest'azione è prevista dal progetto Living land. Arcobaleno è in sinergia anche con il Centro Risorse Donne, una cooperativa di Lecco che collabora con il centro per l'impiego.

[8] Il progetto è stato sperimentato con una governance tra pubblico e privato: il Comune e gli Enti Accreditati (con il sostegno di IRS) hanno condiviso le linee guida attuative, la definizione del modello di valutazione, l'individuazione di punti di forza, criticità e azioni di miglioramento delle sperimentazioni in atto (in particolare L3 e Peripherals) e del sistema complessivo.