

Riprogettare il SAD: l'esperienza del distretto di Melzo

L'esperienza dei Comuni del Distretto di Melzo. Un contributo di Nicola Basile, Erica Corbetta, Sonia Mastroeni

Varie evidenze indicano che in Lombardia sono in corso vari tentativi di ri-progettare la classica assistenza domiciliare per renderla meno prestazionale, più inclusiva o per perseguire nuove mission. L'articolo illustra il ridisegno del sistema di domiciliarità a favore dei soggetti fragili in atto nel Distretto Cinque.

a cura di Rosemarie Tidoli - lunedì, Luglio 08, 2019

<http://www.lombardiasociale.it/2019/07/08/riprogettare-il-sad-si-puo/>

Il SAD: un servizio in difficoltà[1]

E' un dato di fatto che i Servizi di Assistenza Domiciliare comunali, a fronte di un continuo aumento della popolazione anziana, sono [in sofferenza da anni](#).

Da tempo il SAD è caratterizzato da una prestazionalità che ne snatura le originarie finalità sociali, di supporto delle capacità residue e di facilitazione della socializzazione.

Le persone che ne usufruiscono sono sempre più vecchie, con patologie plurime e/o decadimenti cognitivi o demenze. Crescono i casi di anziani completamente soli che richiedono interventi urgenti, se non emergenziali, di una certa rilevanza. La conseguenza è che il SAD spesso è considerato come un servizio residuale, destinato soprattutto agli anziani poveri e soli, che risulta però poco appetibile per buona parte della potenziale utenza oltreché poco inclusivo nei confronti di destinatari diversi (si veda un [articolo precedente](#) in proposito).

Tale situazione è, a grandi linee, riscontrabile anche nel Distretto Cinque, il cui comune capofila è Melzo[2].

Alcune esperienze raccolte da Lombardiasociale indicano però che vari decisori locali stanno tentando di imprimere direzioni diverse alla tradizionale assistenza domiciliare, ri-progettandola o ri-modulandola. Un [articolo del 2017](#) riferiva come un'esperienza di questo tipo fosse in corso in un territorio "a cavallo tra il milanese e la bergamasca": la zona citata genericamente è l'ambito territoriale del Distretto Cinque. A distanza di due anni, dopo il primo triennio di lavoro, questo contributo spiega come si è cercato di cambiare il sistema di domiciliarità[3].

L'idea portante nell'esperienza del distretto Cinque

Per uscire dall'impasse di un servizio standardizzato, "saturato" soprattutto da anziani non autosufficienti e cronici, per il triennio 2016-2018 il Distretto Cinque ha puntato a costruire un nuovo sistema territoriale di domiciliarità a favore dei soggetti fragili che, attraverso la corresponsabilità e la coprogettazione tra Ente pubblico e terzo settore, provasse a facilitare il coinvolgimento dei diversi soggetti nella comunità.

L'idea portante, fin dall'inizio, è stata quella di uscire da una logica prestazionale per

implementare un intervento che stimolasse processi di cambiamento.

Il primo anno il lavoro dei soggetti coinvolti^[4] si è concentrato sulla struttura del processo e su una modalità di progettazione fortemente sociale. Prendere in considerazione non la persona fragile da sola ma tutto il suo “ecosistema sociale” ha permesso di allargare il “ campo da gioco” facendovi entrare nuovi attori, fattore di arricchimento delle progettualità. Nella realizzazione degli interventi si è puntato a produrre valore sociale condiviso promuovendo **una dimensione di cura a livello comunitario**, con attenzione all’integrazione sociale delle persone fragili.

Per un servizio domiciliare questo è un cammino decisamente inedito!

La direzione seguita

La scelta di partenza del 2016 è stata quella di ricorrere alla **co-progettazione per** la selezione del soggetto attuatore e per la definizione di un’architettura organizzativa complessa.

Metodologicamente, al centro dell’azione sono stati posti l’Ufficio di Piano e il tavolo tecnico del Piano di Zona, distrettualizzando l’intervento ma restando aperti alla flessibilità e alla possibilità di adeguarlo alle situazioni dei diversi territori.

Elementi di novità

- **La distrettualizzazione come rafforzamento del servizio:** la scelta politica e tecnica operata nel Distretto 5 è stata quella di traghettare gli storici servizi domiciliari dei singoli Comuni in un unico servizio distrettuale, garantendo, come spiegato, la realizzazione di servizi uniformi con contemporanea attenzione alla salvaguardia delle peculiarità territoriali. Tale processo, superando una visione prestazionale e assistenzialistica focalizzata sulla risposta ai bisogni del cittadino fragile, ha permesso di governare sia la risposta coordinata ed ottimizzata alle esigenze degli interessati che la sua modalità di “produzione” e l’ impatto sociale generato in un’ottica di cittadinanza responsabile.
- **Un’ottica generativa.** Il principio fondante, infatti, è l’approccio generativo che chiama tutti gli attori ad una corresponsabilità rispetto alla cura (si veda [articolo dedicato](#)). Il progetto, infatti, ha messo in campo azioni innovative e sperimentali **nell’ottica di avviare progetti generativi della comunità**, in cui tutti i cittadini potessero riconoscersi ed essere riconosciuti non solo come soggetti portatori di bisogni ma soprattutto come [risorse per la comunità](#).
- **Fondamenti metodologici.** La metodologia operativa, che guida l’operato dei diversi ruoli e figure che concorrono sia alla gestione del servizio sia allo sviluppo dell’intervento, si basa su alcuni fondamenti imprescindibili: la centralità del cittadino, l’attenzione alla qualità della relazione di cura, l’identificazione degli spazi di co-intervento con i caregiver e/o la comunità. **In particolare si è insistito sulla necessità di non fermarsi al singolo intervento**, tentando in ogni situazione di mettere in gioco le risorse dei caregiver, coinvolgere i soggetti della comunità e combinare ambiti di interventi differenti: ad. es., si è lavorato in collaborazione con un’associazione di persone con disabilità per realizzare momenti di compagnia per alcuni anziani e per la consegna della spesa.
- **La matrice organizzativa.** Nell’ottica sopra esposta, ci si è dotati di una matrice organizzativa (vedi allegato) che governasse i processi e le funzioni delegate ad ogni “snodo”, sia con ruolo

direttivo che gestionale. Gli elementi su cui si basa sono tre: responsabilità diffusa tra tutti i ruoli coinvolti, coprogettazione tra ente pubblico e soggetti del terzo settore, **“manutenzione” continua del sistema distrettuale** per garantire una lettura aggiornata delle esigenze del territorio e dei cittadini.

- **Il SAD come momento d'integrazione con la programmazione del Piano di Zona.** La definizione di una matrice organizzativa di questo tipo ha permesso di connettere le attività del Servizio con il sistema di governance distrettuale, dove sono presenti Laboratori di co-progettazione, aperti a tutti i soggetti locali. La riflessione dei Laboratori è stata connessa alla **costruzione di ipotesi di lavoro e/o innovazioni di servizio** in particolare su tre tematiche: **le dimissioni protette, l'Amministrazione di Sostegno e la stesura condivisa del Regolamento di partecipazione ai servizi.** Grazie alla **circolarità tra azione e pensiero** hanno preso il via: a) un'azione specifica presso il Presidio Ospedaliero con funzione di collegamento tra servizio sanitario e territorio, che ha permesso di ridurre la distanza tra servizi sanitari e sociali: per il cittadino, fin dal momento del ricovero, viene pensata una progettazione personalizzata e condivisa. ; b) un primo tavolo di lavoro/studio sull'Amministratore di Sostegno che ha consentito una “contaminazione” tra modelli e un'individuazione degli aspetti utili a rispondere alle diverse esigenze del cittadino; c) un secondo tavolo di lavoro che, con il contributo di un legale, è sfociato nella stesura, condivisa tra Ente Pubblico e Terzo Settore, di un regolamento Isee distrettuale.
- **Un cambio di prospettiva:** nel sistema di domiciliarità costituito, come si è visto, il tassello fondamentale è la centralità del cittadino e della rete familiare e l'intervento non si rivolge più solo al singolo ma alla comunità. In particolare la metodologia condivisa ha permesso di elaborare i progetti in modo “sartoriale” coinvolgendo il care giver che può, in questo modo, comprendere meglio la situazione del proprio familiare e sviluppare nuove competenze. Allargare lo sguardo alla complessità delle reti in cui il cittadino è immerso consente di coglierne e valorizzarne la ricchezza spesso presente, **che non viene vista se lo sguardo si concentra esclusivamente sulla condizione deficitaria e di non autosufficienza dell'interessato.**
- **Ampliare i beneficiari del SAD e accogliere utenza “difficile”.** Uno dei risultati di questo cambio di prospettiva è stato l'ampliamento e la diversificazione del target dei cittadini a cui il servizio si rivolge. Oltre alla tradizionale utenza anziana, il SAD ha infatti iniziato ad interagire con altri soggetti la cui presa in carico – essendo per età e problematica spesso “a cavallo” di più istituzioni- può risultare particolarmente difficoltosa: queste persone rischiano talora di non ricevere risposte adeguate ai loro complessi bisogni. In contemporanea gli operatori hanno coinvolto in maniera importante i care giver e alcuni soggetti della comunità. **Ciò ha portato alla modifica della popolazione target e alla conseguente modifica degli interventi, con un continuo arricchimento dei progetti e un allargamento dei soggetti coinvolti.** In particolare, l'azione si è rivolta anche ad **adulti fragili, a pazienti psichiatrici, e/o a persone in condizione di povertà e emarginazione;** per loro sono stati previsti progetti in cui l'intervento socioassistenziale è stato un tassello per costruire una relazione di fiducia, monitorare il benessere della persona e renderla protagonista, ragionando anche sul progetto di vita.
- **Una presa in carico diversa.** Accogliere questa nuova utenza ha richiesto di adottare **tempi e modalità d'intervento diversi da quelli “tradizionali”,** prevedendo un primo consistente momento di osservazione e un graduale avvicinamento, utili a costruire un rapporto di fiducia, in cui varie professionalità (e non solo l'ASA o l'OSS) lavorano in sinergia. Ne è un esempio l'intervento con un giovane adulto con dipendenza: grazie a una prima fase di osservazione, è emersa la necessità di gestire le pratiche burocratiche e si è instaurata un'alleanza con

l'interessato a tale scopo. Il rapporto di fiducia costruito ha portato alla richiesta di aiuto anche per la gestione della casa e dell'igiene. La stessa possibilità è stata giocata con **donne anziane sole che – nonostante la presenza di condizioni di rischio e l'allerta della rete familiare – non sentivano il bisogno di un'assistenza domiciliare**. Per diversi mesi l'operatore si è limitato ad un saluto al citofono mentre le classiche prestazioni erogate dal Sad sono state “messe in pausa” (e in seguito utilizzate) per costruire un rapporto di fiducia.

Ripensare destinatari, tempi e modi dell'intervento **ha innescato un processo virtuoso di rinnovamento incrementale della politica**: l'allargamento della popolazione coinvolta (direttamente e/o indirettamente) ha portato a intercettare nuove necessità e a mettere in atto differenti letture della domanda, **che hanno prodotto a loro volta una progressiva modifica del servizio**.

- **Combinare le competenze per elaborare le risposte**. Cuore di questo cambiamento è stato il pool territoriale composto da Assistente sociale, coordinatore delle cooperative riunite in ATI ed équipe del personale ASA/OSS che quotidianamente ha affiancato le famiglie, portando avanti un lavoro integrato, coordinato e corresponsabile.

La messa in gioco di competenze diverse ma integrate, ognuna con le proprie specificità e peculiarità, ha consentito una risposta multidisciplinare alle diverse situazioni, un arricchimento nell'osservazione e una valorizzazione della rete territoriale.

- **La corresponsabilità della cura**. Infine, il collegamento avviato in via sperimentale con i servizi sanitari del territorio ha permesso di allargare la **rete di cura corresponsabile alla struttura sanitaria**. Il cittadino ha così potuto sperimentare continuità di cura e presa in carico anziché la diffusa frammentazione che, a causa della mancanza di dialogo, lasciava alla famiglia tutto il carico di creare il collegamento necessario tra ricovero e domicilio.

Cosa è cambiato

Nel sistema

Alla conclusione del triennio 2016-2018 il sistema di intervento del distretto appare fortemente rafforzato e più strutturato. Lo sforzo di co-progettare l'intero servizio puntando ad innovarlo ha permesso, oltre all'attivazione di **nuove pratiche**(coinvolgimento dei care giver, partecipazione della comunità, scambio con la programmazione del PdZ, integrazione con le politiche sanitarie, ecc), di costruire **una nuova cultura di servizio** che ha innovato il SAD. Possiamo quindi affermare che, in questo momento, il servizio è uscito dall'impasse citata all'inizio dell'articolo.

Per gli operatori

Il cambiamento – non facile – è stato vissuto da ogni figura professionale prima di tutto su di sé. Il percorso realizzato ha portato i diversi attori a modificare il proprio posizionamento nella programmazione e nella realizzazione del servizio, ha obbligato a integrare le diverse modalità di lettura delle situazioni, **spesso “spiazzando” gli operatori e inducendoli a rivedere le proprie modalità di intervento**. Gli stessi operatori hanno maturato una visione differente del servizio e hanno imparato ad utilizzare alcune risorse che prima non vedevano nemmeno.....Il rapporto con il care giver e con la

comunità ha spinto coloro che quotidianamente operano a diretto contatto con l'utenza a realizzare un intervento più integrato e che tenesse conto dell'"ecosistema sociale" in cui la persona fragile vive.

Per i destinatari del servizio

Anche i cittadini hanno vissuto un cambio di prospettiva che ha chiesto loro un nuovo posizionamento. Senza negare la fragilità che caratterizzava i fruitori del SAD, il nuovo servizio si è concentrato sull'individuazione e sulla valorizzazione di competenze e risorse dei cittadini e della loro rete, messe in rete per costruire insieme l'intervento. Tale cambiamento di prospettiva e posizionamento, che può sembrare poco significativo, nell'esperienza del distretto Cinque è stato fondamentale nell'innovazione del servizio, **soprattutto in relazione ai destinatari abituali del SAD**. Persone fragili, che si trovano a rielaborare la propria condizione "deficitaria", vengono resi protagonisti dell'intervento nell'ambito di un servizio che riconosce la condizione di fragilità come parte di un sistema complesso, **che insieme alle difficoltà porta le risorse**.

Un punto di partenza, non di arrivo

La strada intrapresa, dunque, è quella di non negare la complessità bensì di farne un valore. Nonostante le innegabili difficoltà che una scelta di questo tipo comporta, crediamo che questo sia il percorso su cui proseguire per avere un SAD sempre più vicino alle esigenze dei cittadini e del territorio.

Siamo consapevoli che il triennio 2016-2018 è stato un punto di partenza, non di arrivo.

Per questo motivo anche il prossimo triennio sarà caratterizzato dalla stessa spinta progettuale al fine di mettere a regime quanto fatto finora, aggiornandolo, modificandolo dove necessario e/o implementandolo.

[\[1\] Nicola Basile Esperto di processi di progettazione sociale e partecipativi, Responsabile Ufficio di Direzione e Progettazione, Cooperativa Il Torpedone; Erica Corbetta, Assistente Sociale, Referente Area Progetti Personalizzati, Distretto 5; Sonia Mastroeni, Pedagogista, Referente Area Anziani, Cooperativa Il Torpedone](#)

[\[2\] Il distretto 5 è composto da Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo, Pozzuolo Martesana, Settala e Truccazzano](#)

[\[3\] Questo articolo – frutto e sintesi del lavoro svolto nel triennio 2016-2018 \(con proroga ai primi mesi del 2019\) – nasce a seguito dell'workshop "Dal servizio di assistenza domiciliare ai servizi integrativi per la domiciliarità: la prossimità che genera occasioni". \[Per approfondimenti.\]\(#\)](#)

[\[4\] Al lavoro svolto nel triennio hanno contribuito Lorena Trabattoni, Responsabile del Distretto Cinque, le Assistenti Sociali dell'aree anziani, fragilità e non autonomie dei comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo, Pozzuolo Martesana, Settala e Truccazzano e gli operatori delle Cooperative Cogess, La Fonte e Il Torpedone.](#)