

## **Il SAD anziani: un servizio da ripensare?**

Partendo dalla crescente residualità dei servizi domiciliari pubblici, l'articolo risale all'origine della crisi che li riguarda e analizza alcune criticità che contribuiscono a renderne obsoleta l'impostazione. Per non diventare solo "il servizio dei poveri", il SAD deve ripensare la sua "mission".

**a cura di Rosemarie Tidoli - giovedì, marzo 17, 2016**

<http://www.lombardiasociale.it/2016/03/17/il-sad-anziani-un-servizio-da-ripensare/>



**Il SAD in cifre**

A conferma di quanto già rilevato in anni precedenti, gli ultimi dati disponibili[1] mostrano che il Servizio di Assistenza Domiciliare, pur con grandi variabilità regionali per copertura di utenti ultra 65enni e intensità del servizio, è in flessione in tutta Italia. A livello nazionale si è passati da una copertura del 1,6% nel 2005 ad una del 1,3% nel 2012, con un calo dello 0,3% in un valore di per sé già modesto; la spesa media per utente nel 2012 si attesta su 2.090 Euro per utente[2]. La diminuzione più significativa è avvenuta tra il 2010 e il 2012, quando l'assistenza domiciliare è tornata a livelli addirittura inferiori a quelli del 2003 (1,8%): questo trend negativo, confermato per quasi tutte le regioni, consegue all'impatto dei tagli governativi avvenuti nel 2011 e 2012 nei fondi per la spesa sociale e per la non autosufficienza. [La Lombardia](#) non fa eccezione: nel periodo 2005-2012 la copertura è scesa dal 1,7 a 1,4 (appena superiore al dato nazionale), con una spesa media per utente di Euro 1.919, inferiore a quella nazionale, a riprova di una minor intensità degli interventi erogati.

**Le cifre mostrano come il SAD, tranne alcune eccezioni, stia diventando sempre più residuale.**

Perché questo "mancato decollo" dell'assistenza domiciliare comunale? Sarebbe sbagliato ritenere che la situazione sia da imputare solo alla "crisi infinita" e ai conseguenti tagli di spesa subiti dai Comuni negli ultimi anni: questo è sicuramente un fattore di rilievo, ma non è l'unico. Infatti, già 10-12 anni fa in vari territori emergevano le avvisaglie di una trasformazione e di una crisi del SAD (Tidoli, 2006).

**“Metamorfosi “e primi segnali di crisi del SAD.**

Ripercorrere brevemente la storia dei SAD, con particolare riferimento alla Lombardia, può aiutare a capire meglio l'origine di **una crisi che parte da lontano: alcuni dei problemi che il servizio porta con sé ancora oggi ne sono l'eredità**. A metà degli anni '90 inizia a "esplodere" il problema degli anziani dipendenti: in parallelo a un rafforzamento della cultura della domiciliarità, si rende man mano più evidente che il servizio pubblico, il SAD, da solo non permette alle persone non autosufficienti, con necessità di accudimento esteso, di restare a domicilio in modo sicuro e protetto. Giova ricordare che il servizio, partito in alcuni Comuni lombardi negli anni '70, ancor prima della legislazione istitutiva[3], **all'origine non viene progettato per persone bisognose di cure continuative bensì per soggetti con lieve compromissione dell'autosufficienza**, ai quali vengono erogati aiuto domestico e interventi per compagnia o commissioni con operatori non qualificati. Successivamente- a causa dell'intreccio tra modifiche demografiche[4], cambiamenti/indebolimenti delle strutture familiari e maggior speranza di vita- i Servizi Sociali si trovano a fronteggiare un incremento numerico e un cambiamento nella tipologia dei richiedenti. I possibili utenti diventano sempre più vecchi ("grandi anziani"), sono affetti da patologie croniche, plurime e multifattoriali, da demenze; la presenza di figli non è più scontata, aumentano gli utenti soli, senza rete familiare o con un coniuge altrettanto anziano.

Per affrontare la situazione, nel tempo vengono messi in atto cambiamenti istituzionali e di policy. Negli anni '90 la Regione investe sulla riqualificazione del SAD, individuandone gli standard gestionali e puntando su formazione e riqualificazione del personale. Il SAD compie così una "metamorfosi" e un salto di qualità insieme: da servizio "di pulizia" si trasforma in un servizio prevalentemente di cura della persona, mantenendo però la stessa impostazione prestazionale. In questo passaggio si perde quasi totalmente la precedente valenza di prevenzione, promozione del benessere e sostegno delle capacità residue: nonostante marcate eterogeneità territoriali, i SAD ormai si occupano pochissimo di aiuto domestico o commissioni e sono sempre più centrati sulla malattia (Quintavalla, 2005). L'assistenza domiciliare consiste principalmente nell'offerta di prestazioni connesse alle funzioni vitali (alzata, igiene personale, vestizione, mobilitazione, cure diverse, ecc.) rivolte ad anziani non autosufficienti, spesso affiancati fino al decesso o al ricovero. Questi interventi - limitati per intensità, quantità e durata [5] - di fronte alle complessive necessità assistenziali/tutelari di utenti cronici e in condizione di dipendenza rappresentano la classica "goccia nel mare". Poco flessibile, la strutturazione del servizio non riesce a modificarsi nonostante il radicale mutamento dei bisogni: **paradossalmente, malgrado l'alto livello di specializzazione raggiunto dal SAD, in parallelo con l'incremento dei non autosufficienti cresce anche il numero di persone che l'assistenza domiciliare tradizionale non è in grado di gestire**. Al SAD sembrano mancare dei "tasselli".

Per le famiglie diventa indispensabile individuare nuovi strumenti di *care*. Il resto è storia di ieri: grazie ad una forma di auto-organizzazione senza precedenti, anche in Italia inizia il ricorso - via via più massiccio- alle cure informali garantite dalle badanti, quasi sempre in alternativa o (più raramente) in aggiunta all'intervento pubblico. Ben presto si creerà un meccanismo per il quale la consistente disponibilità di badanti contribuirà a mantenere bassa la richiesta di servizi istituzionali come il SAD e le RSA che, oltre a un calo di utenza, assisteranno a notevoli modifiche nella tipologia di persone da prendere in carico[6]. Questa ricostruzione, benché semplificata, permette di evidenziare che **i problemi originari del SAD nascono dalla sua incapacità di rispondere alle mutate esigenze dell'utenza** (causa scatenante della diffusione delle badanti, che si "innesta" sulla debolezza del servizio pubblico). Il recente taglio della spesa sociale, invece, è solo l'ultimo fattore critico (in ordine di tempo) che si

somma a questo motivo primario e ad altri in seguito intervenuti.

## **I limiti del SAD.**

L'esperienza quotidiana di operatori e utenti, infatti, porta alla luce ulteriori punti problematici del SAD (Tidoli, 2007)[7]:

- Il crescente “anacronismo” del servizio, la cui impostazione resta rigida e autoreferenziale
- Le risposte – prestazionali - si basano sull'offerta disponibile ( interventi diurni circoscritti ed erogabili solo secondo gli standard del servizio) anziché sui bisogni.
  - Le esigenze quotidiane dei non autosufficienti e dei loro caregiver ricevono scarsa attenzione
  - **La gestione complessiva della situazione resta alla famiglia o rimane precaria.**
  - Nonostante tra gli ambiti territoriali possano esistere differenze notevoli, in alcuni Comuni per richiedere il SAD occorre soddisfare criteri di ammissione specifici/stringenti[8], sottoporsi a iter burocratici complessi (tra cui la presentazione dell'Isee[9]) e – talora – anche sostenere costi non indifferenti. Questi fattori fungono da (ulteriori) barriere all'accesso, contribuendo a distogliere dal SAD fasce di potenziale utenza.

Nemmeno la voucherizzazione dell'assistenza domiciliare[10] - che in teoria dovrebbe consentire una maggior flessibilità delle prestazioni (Tidoli, Marotta, 2010)- e la previsione di azioni di tutoring domiciliare verso le badanti[11], svolte dagli operatori del SAD a garanzia sia delle assistenti che degli anziani seguiti, sembrano essere riuscite - tranne eccezioni locali - a incidere più di tanto nei limiti strutturali del servizio.

## **IL SAD di oggi nel riscontro di alcuni territori**

I tratti critici sopra delineati – noti già da anni - nel tempo non sembrano essere cambiati molto e in buona misura continuano a trovare conferma nel resoconto degli operatori. Altri, poi, se ne aggiungono. Recenti riscontri pervenuti dalla letteratura ([Primo rapporto sul lavoro di cura](#)) nonché dal confronto con alcuni territori lombardi [12], indicano che, in generale, ai Servizi Sociali si presentano persone in condizioni di salute sempre più compromesse, spesso affette da patologie cognitive o demenze. La complessità della domanda che proviene da quest'utenza rende molto difficile dare risposte appropriate e tempestive, tanto più che la richiesta di aiuto non riguarda solo l'anziano ma la struttura familiare nel suo complesso. Per servizi tradizionalmente basati sulla progettazione sul caso, una presa in carico di questo tipo appare particolarmente ardua.

**Entrando nello specifico dei servizi domiciliari, è opinione diffusa che ad essi giunga una domanda limitata, inferiore al reale bisogno,** forse per la ridotta “attrattività” che sembra venir loro attribuita. I SAD ( e in parte anche i CDI) a differenza delle RSA non hanno lunghe liste di attesa : le cause vanno ricercate sia nella preferenza delle famiglie per le risposte interne al nucleo e/o per il mercato privato di cura, sia nel desiderio di evitare i crescenti costi posti a carico degli utenti.

L’introduzione ex-novo delle quote di compartecipazione o il loro ritocco verso l’alto ha limitato l’utenza dei servizi domiciliari e ne ha modificato la tipologia, “selezionandola”. **Tra i richiedenti il SAD sono in aumento soprattutto gli anziani soli e a basso reddito o indigenti:** per coloro che devono corrispondere quote di partecipazione molto ridotte ( se non nulle), infatti, usufruirne risulta più “conveniente”[\[13\]](#). Le famiglie più abbienti, invece, possono rivolgersi al *care privato*, senza doversi preoccupare dei complicati adempimenti necessari per l’inserimento nell’assistenza comunale. Capita anche che le famiglie attivino il servizio in situazioni di emergenza ma che poi si organizzino in proprio per garantire all’anziano un’assistenza continuativa. Alcuni territori negli anni hanno cercato di sviluppare modalità di erogazione del servizio più articolate e flessibili. Tuttavia, nonostante gli sforzi compiuti, è un dato di fatto che il SAD non riesce a rispondere efficacemente alla domanda di assistenza continuativa e custodia avanzata dai nuclei con anziani non autosufficienti: al servizio continuano a mancare dei “tasselli”.

**La conseguenza è che, attualmente, si tende a considerare l’assistenza domiciliare comunale come un servizio riservato soprattutto agli anziani più soli e più poveri.**

## **Conclusioni**

Le testimonianze e l’esperienza degli operatori sembrano suggerire, ieri come oggi, che i servizi più consolidati ( come quelli domiciliari) facciano fatica a rinnovarsi e a crescere per diventare più incisivi, mentre il bisogno e la sua complessità aumentano.

Sono cambiate le risorse familiari, le patologie per le quali gli anziani hanno necessità di essere seguiti, il modo di assisterli: il SAD non può continuare a restare lo stesso.

Per evitare di diventare del tutto residuale e di venire connotato solo come un servizio per i poveri, il SAD deve ripensare la sua “mission”, le sue funzioni e le sue modalità operative, rivolgendosi alla nuova utenza (tra cui i dementi) e imboccando direzioni differenti per rispondere alle mutate necessità.

In definitiva, sembra indispensabile che il SAD trovi il modo di evolversi verso una “domiciliarità 2.0” ([Pasquinelli, 2016](#)).

## **Bibliografia**

Istat, 2015, Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati. Anno 2012. Roma.

Pasquinelli, S., 2016, “[Servizi condivisi: dove si gioca l'innovazione](#)”, in Qualificare, marzo 2016.

Quintavalla, E., 2005, “Il sostegno al lavoro di cura delle donne immigrate”, in Animazione Sociale, aprile 2005

Tidoli, R., 2006, “Le metamorfosi dell’assistenza domiciliare” in Prospettive Sociali e Sanitarie, no 2/2006

Tidoli, R., 2007, “Sostenere la domiciliarità delle persone anziane. L’integrazione tra risorse vecchie e nuove”, dispensa per l’omonimo corso Formel svoltosi a Milano il 10 maggio 2007

Tidoli, R., Marotta, R., 2010, “I titoli sociali per gli anziani”, in Gori, C., a cura di , “Come cambia il welfare lombardo. Valutazione della legislatura 2005-2010” , Maggioli editore.

---

[1] Istat, 2015, Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati. Anno 2012. Roma.

[2] Questo dato, invece, nel corso degli anni ha evidenziato un leggero aumento

[3] A Milano i CADA (centri di assistenza domiciliare) vengono avviati nel 1973, mentre un primo cenno ai servizi domiciliari si ritroverà solo nella L.R. 16/74. Una definizione più compiuta, tuttavia, provverrà dalla L.R.1/86 che riorganizza i servizi socio-assistenziali.

[4] Si fa riferimento al noto e imponente processo di contemporaneo aumento e invecchiamento della popolazione anziana che ha preso il via in Italia (ma non solo) all’incirca a metà del 20mo secolo, in parallelo alla denatalità.

[5] Gli accessi dell'operatore sono perlopiù di un'ora, mentre quelli di due ore sono meno frequenti.

[6] Al SAD perverranno soprattutto richieste di anziani gravissimi, spesso in attesa di ricovero definitivo. Alle RSA arriveranno invece anziani sempre più gravi, con pluripatologie e demenze, non più gestibili a domicilio nemmeno con il supporto della badante.

[7] Queste riflessioni prendono il via dalle testimonianze di AA.SS e di operatori adibiti al SAD, nonché di vari nuclei familiari che ne hanno usufruito. I riscontri sono stati raccolti dall'Autrice nella sua precedente attività professionale di AS, di coordinatrice del tavolo "Anziani" di un piano di zona dell'hinterland milanese e nel corso di alcune docenze rivolte ad operatori lombardi.

[8] Ad es. una certa percentuale di invalidità civile accertata, la mancanza di figli o caregiver idonei, la presentazione di documentazione medica, un reddito non superiore a una data cifra, ecc. . Le differenze si estendono anche alle modalità e agli eventuali strumenti per valutare i singoli casi.

[9] L'Isee può venire usato sia per stabilire la quota di compartecipazione al servizio, sia per determinare la possibilità di accedervi o meno. In alcuni Comuni al di sopra di una certa soglia Isee (stabilita dal singolo Ente nel suo regolamento) la persona non può essere presa in carico nel SAD.

[10] La possibilità di usufruire dell'assistenza domiciliare scegliendo l'erogatore tra una lista di fornitori accreditati, adottata in vari ambiti territoriali lombardi a seguito della circolare no. 6 del 2/2/2004, "Indicazioni per l'attivazione e l'erogazione dei buoni sociali e dei voucher sociali".

[11] Contemplata in Lombardia dalla circolare regionale 41/2007, “Prime indicazioni per l’attuazione di interventi mirati al sostegno del lavoro di cura prestato da assistenti familiari”.

[12] I riscontri esposti in questo paragrafo derivano da un confronto con i ricercatori IRS impegnati nel lavoro di approfondimento nell'ambito della ricerca "[Costruiamo il welfare dei diritti 2016](#)", che verrà presentata a Milano il giorno 8 aprile 2016 e in diverse consulenze ad Ambiti e comuni lombardi sul tema (in particolare Comune di Milano, Ambito di Merate)

[13] Evidenze si riscontrano in diversi documenti di Programmazione 2015-2017