

**SYNERGIA**

***Sistemi di conoscenza e di gestione del cambiamento***

MILANO (20123) - Via Aristide de Togni 21

tel. 0272093033 - fax 0272099743

e-mail: [synergia@synergia-net.it](mailto:synergia@synergia-net.it)



PROVINCIA DI CREMONA

OSSERVATORIO ANZIANI

## **I SAD NELLA PROVINCIA DI CREMONA**

*Milano, Gennaio 2001*

# INDICE

PREMESSA	Pag.	3
1. <i>IL SAD NELLA RETE DEI SERVIZI PER ANZIANI: ELEMENTI INNOVATIVI</i>	Pag.	4
2. IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD) IN PROVINCIA DI CREMONA	Pag.	9
2.1 <i>L'OFFERTA DI SERVIZIO SUL TERRITORIO: CARATTERI STRUTTURALI E ORGANIZZATIVI</i>	Pag.	9
2.2 <i>L'UTENZA ASSISTITA E LE PRESTAZIONI EROGATE</i>	Pag.	15
2.3 <i>IL PERSONALE IMPIEGATO</i>	Pag.	22
3. AZIONI POSSIBILI PER LO SVILUPPO E LA QUALIFICAZIONE DEL SAD	Pag.	28
3.1 <i>INNOVARE E RAZIONALIZZARE I PROCESSI COMUNICATIVI, ORGANIZZATIVI, GESTIONALI</i>	Pag.	28
3.2 <i>LA QUALITÀ COME FATTORE CRITICO DELLA CAPACITÀ DI INNOVAZIONE DEL SAD</i>	Pag.	34

## **PREMESSA**

Questo rapporto presenta i dati di un lavoro di ricerca presso i servizi Sad di tutto il territorio provinciale al fine di ricostruirne le caratteristiche strutturali ed organizzative e di evidenziarne i punti di forza e gli aspetti di criticità quali fondamentali elementi di conoscenza indispensabili per qualsiasi intervento di sviluppo e implementazione del servizio.

Nello svolgimento dell'indagine si è operato tenendo conto dei risultati emersi da una ricerca condotta su questa stessa rete di servizi nel 1993, anch'essa promossa dalla Provincia di Cremona. È stato quindi possibile effettuare alcuni confronti, laddove le differenti impostazioni metodologiche e le mutate condizioni di contesto lo permettevano, fra la situazione attuale della rete e quanto rilevato 8 anni fa, dando così conto del processo evolutivo e delle tendenze in atto.

In particolare il rapporto presenta i seguenti risultati.

- Un'introduzione che contestualizza la ricerca nel quadro del dibattito attuale sui servizi a carattere domiciliare in Italia.
- I dati della rilevazione diretta presso i servizi di tutto il territorio provinciale per la ricostruzione delle caratteristiche organizzative e operative della rete dei servizi Sad.
- Una valutazione degli elementi di criticità e delle possibili linee di azione a supporto dei Sad, effettuata sulla base dello studio delle tematiche cruciali dell'organizzazione, dello sviluppo, del personale e delle prospettive di integrazione.

## 1. IL SAD NELLA RETE DEI SERVIZI PER ANZIANI: ELEMENTI INNOVATIVI

I servizi di assistenza domiciliare, nell'accezione a carattere socio-assistenziale, rappresentano oggi nella rete dei servizi per la popolazione anziana (ma non solo) un caso emblematico del percorso frammentario, discontinuo e a volte contraddittorio che in Italia ha caratterizzato i processi di integrazione dei servizi negli ultimi vent'anni.

I Sad sono infatti i precursori, almeno nel nostro paese, della cultura dell'*home care*, che coinvolge sempre più anche l'ambito sanitario e si estende sempre più su tutti i segmenti di popolazione potenzialmente utenti di servizi di cura e assistenza. Al tempo stesso sono però i servizi che meno hanno visto valorizzato e promosso il proprio ruolo potenziale di cardine di un nuovo approccio al "care". Così se sulla carta continuano ad essere considerati obiettivi primari di tutte le politiche di innovazione e implementazione dei sistemi integrati di "care", nella pratica essi sono a lungo rimasti abbandonati a se stessi, sorta di cenerentola vittima frequente di una difficoltà di dialogo fra due mondi culturalmente distanti - "sanità" e "sociale" - e di una cronica sottovalutazione del contributo, in termini di tutela e prevenzione della non autosufficienza, che anche gli interventi domiciliari a carattere sociale e di accudimento possono avere. Di conseguenza i Sad hanno a lungo riprodotto un modello approssimativo e non sufficientemente strutturato di servizio, capace di far fronte ad alcuni bisogni elementari di supporto, bisogni ausiliari, ma incapace di sviluppare realmente quelle potenzialità di tutela e prevenzione sulle quali si dovrebbe fondare ogni sistema di servizi di *home care*, di "cura domiciliare".

Sebbene questa ricerca abbia concentrato l'attenzione sulla specificità del Sad, è tuttavia indispensabile anche qualche riflessione relativamente al processo di integrazione tra aspetti sociali e sanitari. L'Adi rappresenta infatti un campo di evoluzione della rete dei servizi domiciliari dal quale i Sad non debbono, e non possono, restare avulsi. Ed è ancor più necessario uno sforzo di analisi di questo processo in considerazione dei freni e delle difficoltà sul piano normativo e organizzativo, oltre che culturale, che hanno negli anni creato uno scarto significativo fra intenzioni programmatiche e ciò che la pratica ha confermato e radicato concretamente. Possiamo infatti registrare quanto il processo di integrazione tra Comuni e Asl sia proceduto con fatica. E a questo proposito è essenziale partire da una chiarificazione preliminare sul significato e la definizione di questo tipo di servizio.

Riprendendo quanto espressamente definito nel Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli anziani" del Ministero della Sanità, "l'Adi è costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socio-assistenziali, rese al domicilio nel rispetto di standard minimi di prestazione in forma integrata e secondo piani individuali programmati di assistenza, definiti con la partecipazione delle figure professionali interessate al singolo caso. Il medico di medicina generale resta il punto di riferimento per la copertura sanitaria domiciliare dell'anziano non autosufficiente e a lui competono le decisioni in ordine agli interventi terapeutici a domicilio e nelle strutture residenziali, o ad esigenze di ricovero ospedaliero e l'attuazione del programma consigliato dall'Unità Operativa Geriatrica e dalla sua componente valutativa".

È altresì importante sottolineare la precisazione relativa alla collegialità e al coordinamento indispensabile fra le varie componenti del servizio, definiti nel documento come "momenti di coordinamento collegiale per la programmazione degli interventi, le scelte delle strategie assistenziali sulle singole fattispecie e le verifiche dei risultati ottenuti".

Ancora va aggiunta una chiarificazione circa il ruolo dell'assistente sociale, che chiaramente rappresenta la figura chiave della componente socio-assistenziale e come tale viene a ricoprire nel modello dell'Adi una funzione essenziale nella lettura multidimensionale del bisogno dell'utente.

Tali richiami definiscono puntualmente le caratteristiche che il servizio deve prevedere e i ruoli che le differenti figure professionali vi devono ricoprire, laddove invece dal lavoro sul campo affiora diffusamente un rapporto riduttivo e limitato fra Sad e Adi, almeno nella percezione della componente socio-assistenziale.

Malgrado l'intenso dibattito sull'argomento, emergono infatti differenze di concettualizzazione che probabilmente sono alla base anche di molte difficoltà incontrate nell'implementazione operativa dei progetti di integrazione.

Nella ricerca e nel dibattito in corso nel nostro paese emergono due modalità distinte di concepire i progetti di integrazione, non necessariamente contrapposte concettualmente, ma certamente derivanti da approcci e priorità differenti:

- a) nella percezione e nella consapevolezza del mondo sanitario è presente una visione del modello dell'Adi intesa in prevalenza come integrazione intrasanitaria, laddove l'aspetto socio-relazionale ricopre un ruolo residuale;
- b) da parte dei servizi sociali, viceversa, l'integrazione intrasanitaria è vista come obiettivo intermedio finalizzato alla costruzione di una rete in cui il nodo socio-assistenziale si connette funzionalmente con quello sanitario, ponendosi su un piano di parità dal punto di vista della capacità di lettura e progettazione dell'intervento specifico e della rilevanza nella "relazione di cura" messa in atto nei confronti dell'utente.

Si tratta di una contrapposizione dalla quale discendono ostacoli concreti sul piano operativo ad una piena efficacia dei servizi domiciliari e della logica stessa dell'implementazione dell'*home care*. Basti al proposito ricordare come la mancata comunicazione fra i Sad e l'istituzione ospedaliera (e la figura del medico ospedaliero) nella gestione integrata dei progetti individuali di intervento produca l'effetto di catapultare spesso il paziente/utente sul territorio senza la possibilità di "stendere la rete" che possa accoglierlo.

Problema che si aggrava con il ridursi progressivo dei tempi di degenza ospedaliera e con l'anticipazione delle dimissioni dei pazienti. I casi di dimissioni non programmate con i servizi domiciliari e perciò gestite in termini di emergenza devono invece via via ridursi nel tempo.

Di fronte a questi elementi di analisi critica, che portano in evidenza dei fattori sostanziali di freno ai processi di integrazione e sviluppo è quindi indispensabile individuare strategie concrete da porre in atto.

Ciò che si verifica maggiormente, è di fatto una sostanziale difficoltà a tradurre i progetti in pratica operativa concreta. Ma la ragione di ciò sembra da ricercarsi nella mancanza di un progetto complessivo che tenga conto non solo degli obiettivi auspicati - i quali sono oggi abbastanza concretamente definiti nelle numerose riflessioni fatte a più livelli sulla natura dell'Adi - ma anche, e soprattutto, delle risorse e delle esperienze specifiche sul territorio. È essenziale insomma definire progetti operativi che coinvolgano direttamente tutti i settori e tutti i soggetti che attengono alla prospettiva dell'Adi: in questo senso, se da un lato i Comuni dovranno essere capaci di compiere passi innovativi in direzione di una maggiore organizzazione e standardizzazione dei modelli gestionali dei Sad, dall'altro sarà compito dell'Asl prevedere un percorso di innovazione che coinvolga fin da subito i Sad e che sia calibrato

non solo sulle specificità dei servizi sanitari ma che tenga conto anche delle risorse e delle prerogative dei servizi socio-assistenziali.

La scarsa efficacia delle passate esperienze dipende infatti in buona parte dal fatto che la "sanità" ha prodotto spesso piani e programmi per l'integrazione intrasanitaria senza curarsi di connettere il sociale nella rete, con una visione quindi del "sociale" come una opzione "alternativa", ovvero facente parte di un differente percorso di intervento e risposta ai bisogni dell'individuo, una opzione residuale, comunque "altra", attivabile allorché la sanità espelle l'utente dalla propria rete per impossibilità di dare risposta a bisogni che si connotano in senso sanitario soltanto subordinatamente a fattori problematici di carattere tipicamente sociorelazionale e socioassistenziale.

In ciò la "latitanza" dei medici di base nel connettersi e rapportarsi al Sad come possibile strumento di prevenzione e monitoraggio delle condizioni di salute della popolazione anziana ha avuto una responsabilità importante.

Diviene allora essenziale attivare dei processi di avvicinamento che passino attraverso un confronto di esperienze, in cui le due realtà possano confrontarsi sulla base di elementi concreti e non soltanto nel dibattito teorico a distanza.

Questo discorso è tra l'altro connesso strettamente all'obiettivo fondamentale di riconoscere al Sad un ruolo di prevenzione sulla popolazione anziana che ancora fatica ad imporsi nella visione del mondo sanitario. In quest'ottica esso deve essere pensato in continuità con la "mission" del medico di base e non è quindi accettabile il permanere dello scollamento funzionale fra i due presidi.

Il processo di integrazione dei servizi peraltro non va letto limitatamente ad un problema di "compatibilità" fra culture e tradizioni sanitaria e socio-assistenziale: l'obiettivo a cui si deve giungere è quello della sostanziale integrazione dei servizi Sad all'interno di una rete globale di servizi, rivalutandone l'importanza strategica sul piano della prevenzione, del recupero, del mantenimento attivo della persona nel proprio ambiente quale canale privilegiato di comunicazione col mondo circostante.

Questa collocazione dei Sad appare ormai non più in discussione, sul piano teorico, dal momento che viene da tempo ribadita in tutti gli atti normativi e programmatori fondamentali sia a livello nazionale che regionale. La stessa nuova Legge quadro 328/00, pur senza introdurre elementi di novità sul piano programmatico, ribadisce chiaramente la centralità dell'assistenza domiciliare

alle persone anziane "per favorirne l'autonomia e sostenere il nucleo familiare" (art.15) e soprattutto determina una fonte stabile di finanziamento specifico individuata in una quota annuale del Fondo nazionale per le politiche sociali.

A livello locale, invece, deve essere posta massima attenzione alla promozione di forme di intesa e collaborazione tra Comuni (peraltro incentivate dalla Legge quadro e tra Comuni e Azienda Sanitaria. È evidente che esse devono scaturire da una pratica sperimentata di lavoro, passando attraverso successivi accordi e fasi di sperimentazione, in cui tutti i soggetti possono apportare contenuti specifici, in modo tale da rispecchiare le culture e le prerogative delle diverse componenti coinvolte e che siano aderenti a una realtà effettivamente praticabile di percorsi e procedure operative. Inoltre la definizione di protocolli tra Comuni e Azienda Sanitaria deve essere accompagnata dall'attivazione di canali di comunicazione più fluidi di quelli attuali, orientati ad un passaggio reciproco di informazioni, continuo nel tempo, che è la prima condizione per parlare di integrazione.

Alternativamente essi sono destinati a restare dichiarazioni di intenti inefficaci.

## 2. IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD) IN PROVINCIA DI CREMONA

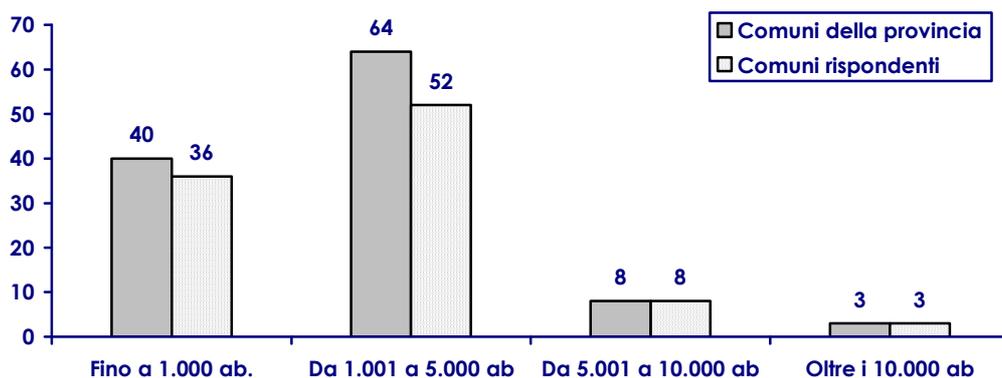
### 2.1 L'OFFERTA DI SERVIZIO SUL TERRITORIO: CARATTERI STRUTTURALI E ORGANIZZATIVI

I dati raccolti nell'indagine conoscitiva sui servizi di assistenza domiciliare riguardano 90 dei 115 Comuni che costituiscono la provincia di Cremona.

Tra i 25 Comuni che non hanno risposto all'indagine si ha comunque notizia dell'esistenza del Sad in 9 Comuni, mentre dei restanti 16 (si tratta comunque di Comuni piccoli che raccolgono in totale solo il 7,5% della popolazione provinciale) non si hanno informazioni.

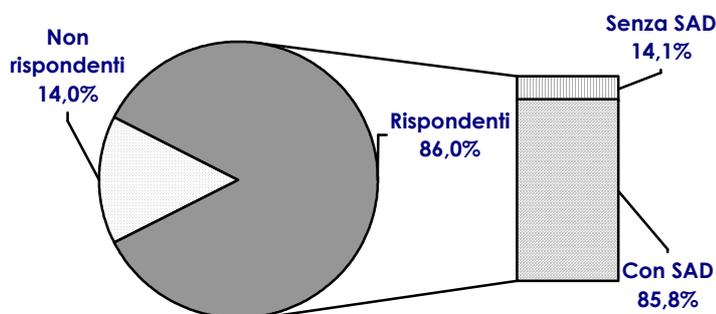
Complessivamente, quindi, la ricerca copre, includendo anche i 9 centri di cui si hanno notizie parziali, l'86% dei Comuni cremonesi, pari ad una quota di popolazione del 92,5% sul totale provinciale.

**Comuni esistenti e rispondenti per dimensione\***



\*Ci si riferisce anche ai 9 Comuni di cui si hanno notizie parziali.

**Comuni inchiestati per risposta e per esistenza del Sad (%)\***



\*Ci si riferisce anche ai 9 Comuni di cui si hanno notizie parziali.

Sono in definitiva 85 i Comuni che hanno comunicato l'esistenza di un servizio di assistenza domiciliare, garantendo così all'87,0% della popolazione provinciale totale, contro il 78,6% registrato dalla rilevazione del 1993, la possibilità di ricorrere a questo tipo di servizio.

**Numero di Comuni in cui è presente il Sad e % di popolazione residente sul totale provinciale**

	N° di Comuni		Popolazione residente	
	Val. ass.	%	Val. ass.	% sul totale provinciale
Servizio SAD attivo*	85	73,9	290.938	87,0
Servizio Assente	14	12,2	18.439	5,5
Dato mancante**	16	13,9	24.940	7,5

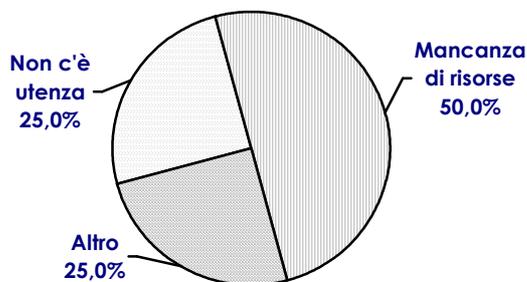
\*: si sono inclusi anche quei Comuni di cui si hanno solo informazioni parziali.

\*\* : sono i 16 Comuni di cui non si hanno informazioni.

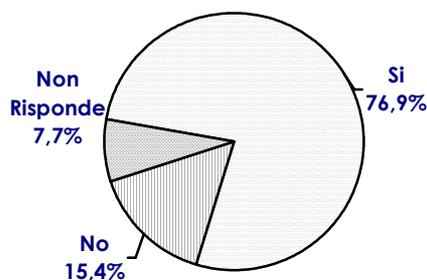
Provando ad osservare la realtà dei 14 Comuni in cui il servizio non è attivo si vede innanzitutto che si tratta di un insieme di centri dalle ridotte dimensioni demografiche, dove la non istituzione del Sad è legata principalmente alla mancanza di risorse e alla difficoltà di indagine dei bisogni dell'utenza per la verifica dell'eventuale utilità del servizio.

In molti casi, comunque, l'attivazione del Sad viene vista come una priorità da realizzarsi quanto prima: il 36% dei Comuni in cui non c'è il servizio individua entro la fine dell'anno il periodo necessario per l'avvio, per il 9% occorrono circa 2 anni, ma nel restante 55% non si sono ancora definiti i tempi precisi di realizzazione del progetto.

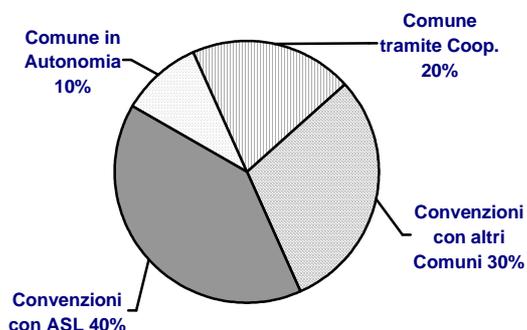
**Comuni in cui non è attivo il servizio Sad per motivazioni dell'assenza**



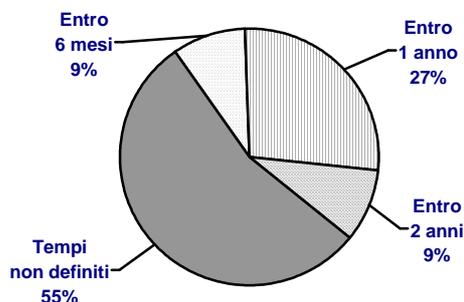
**Comuni in cui non è attivo il servizio Sad per possibile attivazione del servizio**



**Comuni in cui non è attivo il servizio  
Sad per modalità di attivazione  
prevista**



**Comuni in cui non è attivo il servizio  
Sad per tempi di futura attivazione**



Un utile confronto può essere fatto rispetto ad un territorio limitrofo alla provincia di Cremona e per molti aspetti similare.

Il territorio cremonese così come quello lodigiano, oggetto di un'analoga indagine sui Sad<sup>1</sup>, si caratterizza per essere composto quasi esclusivamente da Comuni con meno di 5.000 abitanti (nella Provincia di Cremona sono il 90,4% mentre in quella di Lodi il 91,8%).

Dal confronto tra le due ricerche viene però messa in luce una significativa differenza tra le due province riguardo la capacità di aggregazione e di cooperazione tra i Comuni minori per l'organizzazione e l'erogazione del Sad.

Mentre nel lodigiano non si registra nessuna realtà di questo tipo, nel cremonese si riscontra tre organizzazioni di servizi su ambito sovracomunale, che coinvolgono in un'unica struttura più Comuni. Si tratta del Distretto dell'Asl di Crema che eroga il servizio Sad a 24 Comuni di piccole dimensioni, e delle due convenzioni realizzate tra i Comuni di Ostiano, Volongo, Pessina, Isola Dovarese e Gabbioneta, nel primo caso, e di Vescovato, Cappella de'Picenardi, Cicognolo, Gadesco, Grontardo e Pescarolo nel secondo. In questo modo viene garantita l'erogazione del servizio anche a molti centri che, da soli, non sarebbero stati in grado di sopportare il carico economico ed organizzativo necessario per l'avvio e la gestione del Sad.

<sup>1</sup> Si veda in merito: Provincia di Lodi - Synergia, *Il Servizio di Assistenza Domiciliare (Sad/Adi) in provincia di Lodi*, 1997.

Complessivamente, quindi, a 85 Comuni che hanno dichiarato di avere un Sad corrispondono 62 unità di servizio. I 24 Comuni serviti dal Distretto dell'Asl sono infatti rappresentati da un unico servizio.

Va qui però ricordato che per 9 Comuni si hanno informazioni solo relativamente al personale e non ai dati strutturali e organizzativi del Sad: l'analisi che seguirà nel corso di questo paragrafo e nel successivo sarà pertanto concentrata sui 53 servizi di cui si hanno informazioni complete.

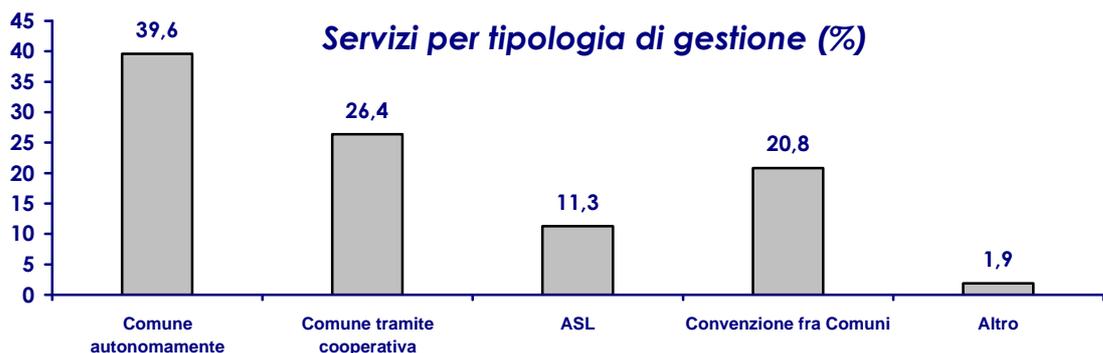
Analizzando le modalità di gestione adottate dai Comuni risulta che il servizio di assistenza domiciliare viene amministrato prevalentemente dai Comuni o in maniera autonoma (39,6% contro il 69% del registrato nel 1993) o tramite la collaborazione con cooperative di servizi (26,4% contro il dato precedente dell'8%), ovvero ricorrendo ad altre forme di delega (con le convenzioni, appunto, o l'Asl) quest'ultime presenti soprattutto tra i Comuni minori.

Il dato fondamentale è quindi la forte espansione del sistema cooperativo, situazione peraltro caratteristica di tutto il Nord Italia ed in particolare della Lombardia.

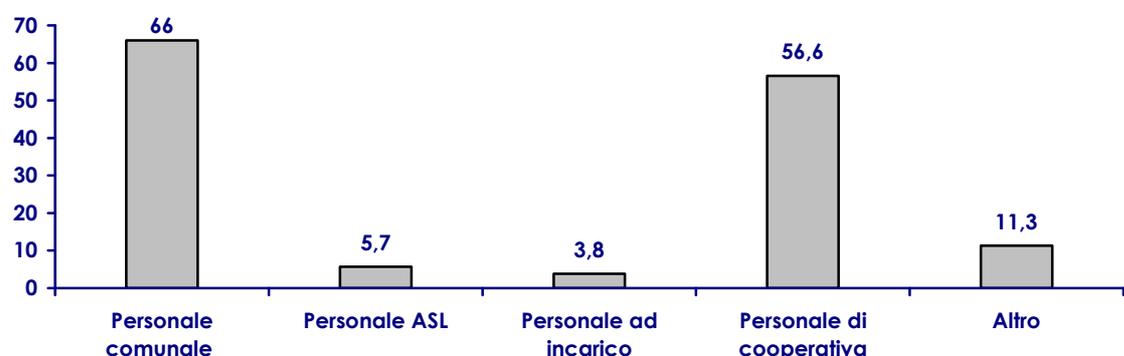
Ma non solo la gestione dei Sad subisce un processo di esternalizzazione: è abbastanza frequente che anche i Comuni che hanno mantenuto la gestione del servizio ricorrano all'utilizzo, affiancato al personale comunale, anche di operatori di cooperativa, o comunque ad altre risorse. Poco diffuso è il ricorso ai lavoratori interinali, a professionisti esterni e al personale dell'Asl, utilizzato oltre che nel Sad del Distretto di Crema solo in altri due piccoli Comuni.

È interessante notare che la gestione tramite appalto, diffusa soprattutto tra i Comuni di piccole dimensioni, risponde proprio ad una logica di strategie da adottare al fine di ridurre costi di gestione che altrimenti sarebbero troppo gravosi.

È questo un indicatore della criticità che la dimensione del servizio assume per la sua stessa sopravvivenza. In questo senso le convenzioni e i consorzi presenti sul territorio rappresentano sicuramente un elemento di possibile sviluppo e di riqualificazione del servizio stesso.

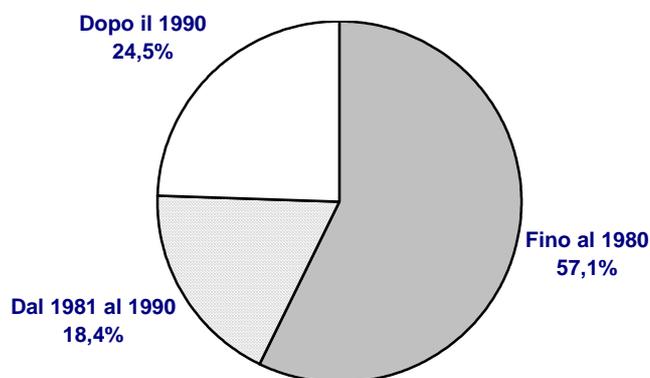


**Percentuale di Comuni che utilizzano le risorse sotto indicate:  
(possibili anche più risposte)**



Su 53 servizi censiti, ben 13 sono stati attivati nell'ultimo decennio e di questi 11 dopo il 1993, anno della precedente indagine. Poiché tra questi vi è anche il Sad gestito dal Distretto di Crema, attivato nel 1999, si può concludere che sono 36 i Comuni per i quali il Sad è stato attivato di recente. È importante sottolineare che i 2/3 di questi sono rappresentati da comuni con meno di 1.000 abitanti, dove realmente il servizio di assistenza domiciliare può rappresentare l'unico servizio di assistenza a disposizione della popolazione.

**Servizi per anno di attivazione**



Un ulteriore aspetto che traduce le significative differenze di risorse legate alla dimensione del servizio è rappresentato dal numero di giornate in cui si garantisce l'apertura degli uffici al pubblico. Mentre nei centri minori gli uffici restano aperti solo in alcune mattine (nel 28,6% dei casi solo in una), nei centri maggiori si ha l'apertura in tutte le mattine ed anche in alcuni pomeriggi.

Maggiore omogeneità invece si riscontra rispetto all'erogazione del servizio: sono 30 i Servizi che offrono assistenza domiciliare almeno 6 giorni su 7, mentre altri 15 la garantiscono comunque dal lunedì al venerdì, solitamente sia durante la mattina che nel pomeriggio. L'offerta di assistenza anche nel week-end è sicuramente un punto di forza della rete dei Sad cremonesi che però può ancora individuare margini di miglioramento rispetto ai tempi di erogazione del servizio. In particolare un altro importante elemento di qualità merita di essere potenziato: l'erogazione durante le fasce serali, che viene svolta abitualmente da solo 3 Sad<sup>2</sup>.

#### **Servizi per erogazione durante i giorni della settimana**

	Val. assoluti	%
SAD che erogano il servizio 7 giorni su 7	2	3,8
SAD che erogano il servizio 6 giorni su 7	28	52,8
SAD che erogano il servizio 5 giorni su 7	15	28,4
SAD che erogano il servizio meno di 5 giorni su 7	4	7,5
<i>Dato mancante</i>	4	7,5
TOTALE	53	100,0

#### **Servizi per erogazione in ore serali (18.00 – 22.00)**

	Val. assoluti	%
Abitualmente	1	2,0
Saltuariamente	2	4,1
Mai	46	93,9
<i>Dato mancante</i>	4	/
TOTALE	53	100,0

Particolarmente diffuse sono le convenzioni e gli accordi che i Sad cremonesi, in un'ottica di integrazione assistenziale del territorio, hanno stipulato con altri soggetti. Dei 37 servizi che hanno stipulato un accordo di collaborazione, 16 hanno ritenuto utile un appoggio dell'Asl principalmente per prestazioni di tipo infermieristico, 10 hanno intrecciato rapporti con le case di riposo, principalmente per il servizio pasti, 3 con i centri diurni per anziani, 13 con

<sup>2</sup> Precisamente i Sad di Cremona, Trescore Cremasco e Spino d'Adda.

associazioni e 12 con altri soggetti per servizi di vario genere (trasporto, accompagnamento, disbrigo pratiche).

Un altro dato significativo dal punto di vista delle dotazioni strutturali di cui tenere conto è quello dell'equipaggiamento di automezzi e risorse informatiche, da cui emerge un quadro abbastanza positivo. È circa del 34% la percentuale dei servizi che si sono dotati di Pc e di automezzi propri del Sad. Meno diffuso il fax, l'e-mail e le attrezzature per la riabilitazione. Questo dato assume ancora più significato perché, se confrontato con quanto rilevato nel 1993 dove la dotazione di attrezzature e mezzi tecnologici era quasi insignificante, evidenzia l'investimento che è stato fatto su questi servizi per favorire l'erogazione di prestazioni di qualità.

### **Servizi per convenzioni in atto (%)**

<i>% sul totale dei servizi rispondenti (51)*</i>	Prestazioni di tipo infermieristico	Per servizio pasti	Per altro servizio	Totale
Con Asl	29,4	0,0	2,0	31,4
Con Case di Riposo	5,9	11,8	2,0	19,7
Con Centri Diurni Anziani	2,0	0,0	3,9	5,9
Con Associazioni	3,9	3,9	17,6	25,4
Con altri Enti/Soggetti	2,0	7,8	13,7	23,5

\* Due Servizi non hanno fornito il dato.

### **Servizi per attrezzature a disposizione**

	Val. assoluti	%
Attrezzatura per la riabilitazione	1	1,9
Personal Computer	18	34,0
<i>N° medio di computer</i>	<i>1,1</i>	
Automezzi propri del Sad	18	34,0
<i>N° medio di automezzi</i>	<i>1,7</i>	
Linea telefonica autonoma del Sad	13	24,5
Fax	10	18,9
E- mail	7	13,2

## **2.2 L'UTENZA ASSISTITA E LE PRESTAZIONI EROGATE**

A livello provinciale gli utenti che fruiscono del servizio di assistenza domiciliare sono al 30/6/2000 pari a 1.117, con un'assoluta prevalenza (84% circa) di utenti anziani. Non trascurabile, e comunque in crescita rispetto al dato relativo all'intero 1999, la percentuale di utenti "non anziani" (ossia con meno di 64

anni), in particolare handicappati, adulti in difficoltà e famiglie con minori. Si noti come proprio rispetto a queste categorie il numero di utenti assistiti al 30 giugno del 2000 sia già superiore al totale degli assistiti durante l'intero 1999: è facile immaginare, pertanto, che entro la fine del 2000 vengano raggiunti tassi di incremento di un certo rilievo per gli utenti non anziani.

La quota di popolazione anziana che fruisce del Sad, rispetto ai residenti, è quindi di poco inferiore al 2%, in linea con la copertura media delle regioni del Nord Italia, ma da considerarsi ancora insoddisfacente se si pensa all'incremento dei bisogni della popolazione anziana e se si confronta questo dato con la realtà delle nazioni nord europee dove l'assistenza domiciliare è più efficiente.

La strutturazione dell'utenza tra le varie categorie assume caratteri distinti a seconda della dimensione demografica del territorio in cui è attivo il Sad. Nei Comuni minori si ha la maggiore diversificazione, probabilmente perché l'accesso al servizio viene consentito ai casi più diversi, in un'ottica proprio di risposta ai variegati bisogni della popolazione in un contesto di scarsa disponibilità di risorse d'assistenza specializzata. Gli utenti dei centri di medie dimensioni si concentrano nelle categorie degli anziani e dei disabili, mentre nei Comuni maggiori (Cremona, Crema, Casalmaggiore) il servizio viene offerto quasi esclusivamente (90%) agli anziani. Questa varietà tra i destinatari del servizio è strettamente connessa anche all'impostazione del Sad sui diversi territori: sicuramente nei Comuni piccoli il Sad si caratterizza ancora come un servizio orientato all'erogazione di aiuti domestici più che di cura della persona, mentre nei Comuni maggiori si è riusciti a garantire l'erogazione di prestazioni più specializzate nell'assistenza all'utente.

Proprio questa accezione del Sad come servizio di assistenza domestica può spiegare come l'incremento complessivo di utenti rilevato in alcune categorie vada attribuito principalmente ai Comuni con meno di 2.000 abitanti.

È in queste realtà infatti che, in assenza di altri servizi di assistenza, si ha una maggiore copertura di richieste non sempre prettamente comprese nel bacino di utenza di un servizio quale il Sad. In questo senso l'accentramento di più servizi in un'unica realtà sovracomunale può sicuramente rappresentare un elemento di qualità e di miglioramento nella tipologia di assistenza erogata, nonché di miglioramento dell'efficienza del servizio stesso.

Ciò è ben confermato anche dal numero di prese in carico dei singoli SAD. Il 71,7% dei servizi di assistenza domiciliare registravano al 30/6/2000 meno di 20 utenti, e di questi Sad, quasi i 2/3 fanno capo a centri con meno di 2.000 abitanti.

Infine i dati sulle dimissioni dal servizio permettono di riflettere sulla capacità del Sad di agire come risorsa strategica di sostegno all'autonomia dell'anziano in contrasto all'ipotesi dell'istituzionalizzazione. A tal proposito è importante quindi sottolineare come nel corso del 1999 a fronte di una quota significativa di dimissioni di utenti Sad che si sono tradotte in un ricovero in struttura (40%) si ha il 14,7% di dimessi per il riacquisto dell'indipendenza o la soluzione del problema. È certo una percentuale minoritaria, ma non trascurabile soprattutto in considerazione della tipologia di utenza prioritariamente presa in carico dai Sad che, dovendo gestire in genere risorse piuttosto scarse, tendono a privilegiare le situazioni caratterizzate da bisogni gravosi e condizioni di autonomia molto scarsa.

#### **Numero utenti al 30/6/2000**

	Al 30/6/2000		Nel 1999*	
	Valori assoluti	% sul totale utenti	Valori assoluti	% sul totale utenti
Anziani (oltre 64 anni)	934	83,6	1116	86,9
Handicappati (max 64 anni)	85	7,6	78	6,1
Pazienti psichiatrici (max 64 anni)	24	2,1	25	1,9
Alcolisti (max 64 anni)	9	0,8	10	0,8
Adulti in difficoltà (max 64 anni)	28	2,6	20	1,6
Famiglie con minori (n° nuclei)	14	1,2	11	0,9
Altra utenza (aids, ecc.)	23	2,1	23	1,8
TOT. UTENZA	1.117	100,0	1.283	100,0

\*Totale utenti che nel corso del 1999 hanno utilizzato il servizio Sad.

#### **Numero utenti al 30/6/2000 per dimensione comunale**

	Fino a 2.000 ab.		Da 2.001 a 10.000 ab.		Oltre i 10.000 ab.	
	Totale	% sul totale utenti	Totale	% sul totale utenti	Totale	% sul totale utenti
Anziani (oltre i 64 anni)	258	81,9	357	79,7	319	90,1
Handicappati (max 64 anni)	17	5,4	56	12,5	12	3,4
Pazienti psichiatrici (max 64 anni)	5	1,6	9	2,0	10	2,8
Alcolisti (max 64 anni)	1	0,3	7	1,6	1	0,3
Adulti in difficoltà (max 64 anni)	11	3,5	8	1,8	9	2,5
Famiglie con minori (n° nuclei)	7	2,2	5	1,1	2	0,6
Altra utenza (aids, etc.)	16	5,1	6	1,3	1	0,3
TOT. UTENZA	315	100,0	448	100,0	354	100,0

La tipologia prevalente di contribuzione nei Sad cremonesi è rappresentata dal sistema gratuito, caratteristico dei Comuni minori, e dal sistema misto (pagamento proporzionale al reddito oltre una certa soglia) presente nei centri medio-grandi. Sotto questo aspetto vi è quindi disomogeneità sul territorio perché non in tutta la popolazione vengono garantite condizioni di accesso al servizio simili.

**Tipo di contribuzione per dimensione comunale (%)**

% per colonna	Tutti i Comuni	≤ 2.000	2.001-10.000	> 10.000
- Servizio gratuito per tutti	62,3	98,9	27,3	33,3
- Servizio gratuito ma erogato solo sotto una soglia di reddito	3,8	0,0	9,1	0,0
- Servizio erogato a tutti a pagamento per fasce di reddito	5,7	3,6	9,1	0,0
- Servizio erogato con sistema misto: a pagamento per fasce di reddito e gratuitamente sotto una soglia di reddito	22,6	0,0	45,5	66,7
- Servizio a pagamento a quota fissa	1,9	0,0	4,5	0,0
- Servizio erogato con sistema misto: a pagamento a quota fissa e gratuitamente sotto una soglia di reddito	3,8	3,6	4,5	0,0

La frequenza e la durata media settimanale delle prestazioni sono altri due indicatori che possono dare un quadro della capacità dei servizi di incidere sul benessere e sulla qualità della vita degli assistiti. Relativamente al primo aspetto i Sad mostrano ancora qualche incertezza, dal momento che a solo il 24,1% degli assistiti vengono garantite prestazioni in almeno 4 giorni della settimana, mentre per quasi altrettanti (23,9%) l'assistenza è settimanale, o anche meno frequente.

Anche rispetto alla durata media delle prestazioni i risultati ottenuti evidenziano ampi spazi di miglioramento: solo il 14,5% degli utenti fruisce di più di 5 ore di assistenza alla settimana, di contro per il 27% la durata media settimanale è inferiore alle 2 ore.

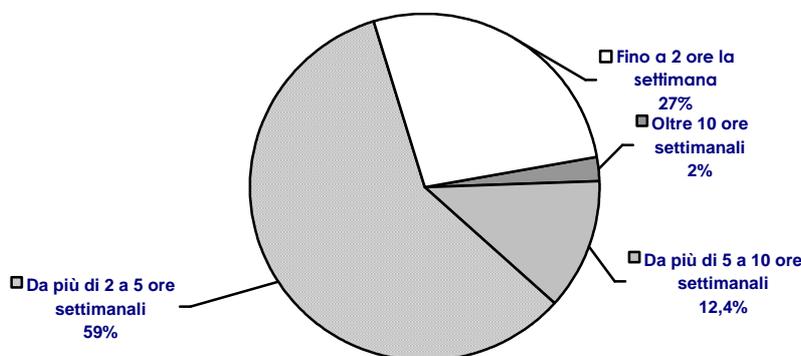
Questi elementi delineano un servizio il cui obiettivo appare lontano dal mantenimento dei livelli di autonomia - per il quale sarebbe necessaria un'intensità di assistenza ben superiore - ma piuttosto sembra limitarsi all'offerta di supporti nel fronteggiamento di situazioni di bisogno di differente gravità e durata. A conferma di ciò si ha una incidenza decisamente ridotta di utilizzo di

piani individualizzati elaborati da un'équipe multidimensionale per i singoli utenti (si fanno solo nel 26% dei servizi).

**Utenti per frequenza delle prestazioni (al 30/6/2000) per dimensione comunale (%)**

% per colonna	Tutti i servizi	≤ 2.000	2.001-10.000	> 10.000
Tutti i giorni (7 gg.)	2,0	1,9	0,6	4,1
5-6 volte la settimana	14,6	10,5	16,6	14,7
4 volte la settimana	7,5	6,6	4,3	13,2
2-3 volte al settimana	52,1	58,5	53,8	44,6
1 volta la settimana	19,4	17,4	18,4	22,3
1 volta ogni 15 giorni	2,3	3,5	2,9	0,6
Sporadiche	2,2	1,6	3,5	0,6

**Utenti per durata delle prestazioni al 30/6/2000 (%)**



La capacità di risposta ai bisogni espressi dall'utenza è confermata dalla breve lista d'attesa presente nel territorio provinciale: si hanno solo 45 persone in 9 comuni, con mediamente 2 casi in attesa per Sad, ad eccezione di Casalmaggiore dove la coda è stranamente lunga (26 persone). Naturalmente quest'ultimo dato non può che essere affiancato da un'attenta valutazione della struttura dei bisogni di assistenza domiciliare nei comuni dove ancora non è presente il servizio e dalla capacità dei Sad di leggere e interpretare la quota di domanda non espressa di cura anche nei centri dove il servizio è più sviluppato. Tra i Sad inchiestati vi è una percentuale abbastanza elevata di servizi (37,5%) che dichiarano di erogare, oltre alle prestazioni assistenziali, anche prestazioni a carattere infermieristico. Si tratta in realtà di interventi di piccola medicazione o controllo terapie che non sono connotabili come un servizio prettamente sanitario. Diffusa è poi la fornitura di pasti a domicilio, attuata dal 40% dei servizi con un numero complessivo di utenti pari a 227.

Il cuore dell'attività dei Sad cremonesi è però ancora rappresentato dall'“aiuto domestico” che continua a essere la tipologia di intervento più diffusa e praticata, seguita però in graduatoria dalle prestazioni prettamente di cura e di assistenza della persona, a bilanciare in parte questa distribuzione decisamente rivolta alle attività di supporto.

Rispetto al 1993 si può tuttavia notare una significativa e generalizzata espansione dell'offerta delle diverse prestazioni. Per tutte infatti è aumentata la quota di Comuni in grado di garantirne l'erogazione, e in alcuni casi in misura vistosa.

Segnaliamo in particolare il quasi raddoppio, rispetto al 1993, della quota di servizi in grado oggi di offrire prestazioni di cura dell'igiene personale o di preparazione dei pasti a domicilio, segnali importanti di un percorso evolutivo che sta portando i Sad cremonesi verso un modello più moderno di servizio.

Un'altra prestazione su cui è importante riflettere è l'animazione, che rappresenta nel Sad l'attività a carattere socio-relazionale maggiormente innovativa. Sebbene ad oggi siano ancora soltanto il 20,8% i Comuni in grado di rispondere a questo tipo di bisogno, appare estremamente importante segnalare la tendenza in atto all'espansione di questa realtà, dal momento che rispetto al 1993 si rileva un incremento superiore al 100% nella quota di servizi attivi su questo fronte.

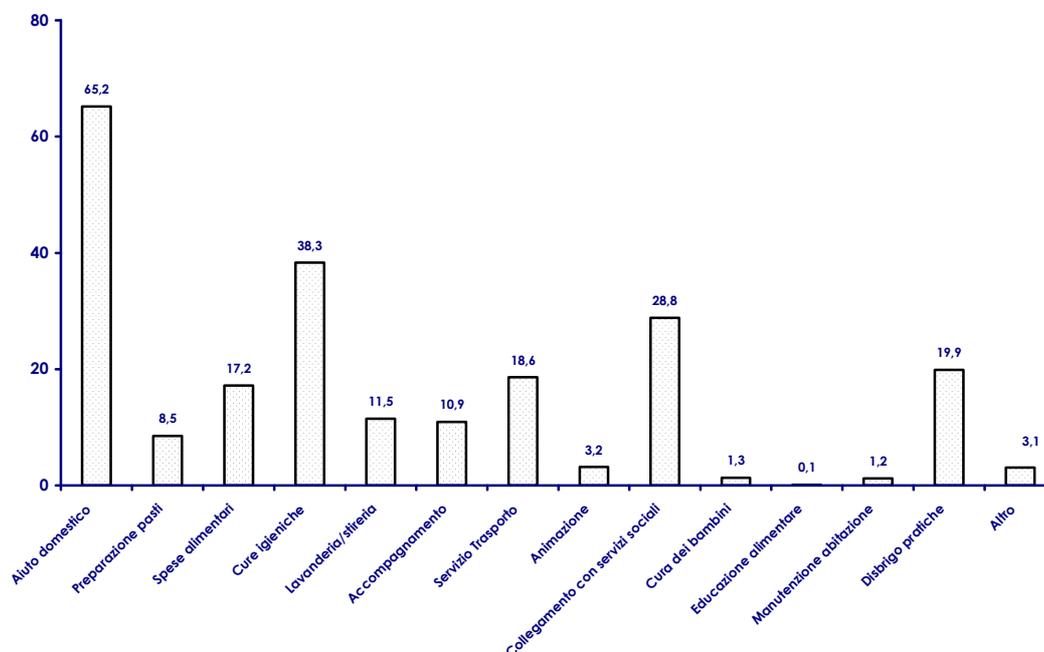
Siamo quindi in presenza di una tendenza decisa alla differenziazione delle prestazioni, in un quadro di servizi che stanno apparentemente evolvendo verso modelli più completi e maggiormente in sintonia con l'evoluzione dei bisogni reali del territorio.

**Numero di Sad che erogano ogni singola tipologia di prestazione sul totale dei Sad: confronto 1993 – 2000**

**(le % si intendono sul totale dei servizi)**

	% 1993	% 2000
Aiuto domestico	78,7	96,2
Preparazione pasti	27,9	43,4
Invio pasti a domicilio	24,6	39,6
Cure di igiene personale	44,3	79,2
Lavanderia/Stireria	41,0	47,2
Trasporto/Accompagnam.	34,4	88,7
Animazione	9,8	20,8

**Prestazioni socio assistenziali erogate  
(% di utenti fruitori sul totale dei servizi)**



Un elemento sicuramente di qualità è rappresentato dalla diffusione delle attività di coordinamento con altri servizi sociali e sanitari, che lascia intendere un buon grado di integrazione sul territorio tra i diversi soggetti impegnati e chiamati a collaborare al mantenimento del benessere nei soggetti più bisognosi. L'84% dei Sad ha attivato rapporti costanti con il medico di base dell'utente preso in carico, il 43,8% con gli ospedali e il 67,3% con i servizi domiciliari in capo all'Asl (Adi, ecc). Va tuttavia aggiunto che l'analisi qualitativa effettuata nella seconda fase della ricerca ha posto in evidenza la frequente scarsa rilevanza concreta di tali forme di collegamento interservizio.

**Rapporti con i medici di base per dimensione comunale (%)**

% per colonna	Tutti i Comuni	< 2.000	2.001-10.000	> 10.001
Si	83,7	76,9	90,0	100,0
No	16,3	23,1	10,0	0,0

**Rapporti con gli ospedali per dimensione comunale (%)**

% per colonna	Tutti i Comuni	< 2.000	2.001-10.000	> 10.001
Si	43,8	32,0	55,0	66,7
No	56,2	68,0	45,0	33,3

### **Rapporti con i servizi domiciliari dell'Asl per dimensione comunale (%)**

<i>% per colonna</i>	Tutti i Comuni	< 2.000	2.001-10.000	> 10.001
Si	67,3	69,2	60,0	100,0
No	32,7	30,8	40,0	0,0

Un ulteriore aspetto rilevante per capire l'impostazione dei servizi riguarda l'abituale utilizzo di test di valutazione gerontologica dello stato funzionale degli utenti.

Solo i Sad di Soresina, Casalmaggiore, Piacena<sup>3</sup> e Torre de'Picenardi utilizzano questo tipo di strumenti (Adl, Iadl, Barthel e altro), anche se occasionalmente<sup>4</sup>, mentre per il restante 91% dei Sad non si hanno criteri metodologici stabili e uniformi di valutazione dell'autonomia degli utenti, nonostante la riflessione gerontologica abbia dimostrato come l'impiego di metodi standardizzati di valutazione multidimensionale sia fondamentale nel campo dell'assistenza agli anziani per la strutturazione di servizi in grado di gestire piani assistenziali sulla base della conoscenza delle caratteristiche degli utenti.

## **2.3 IL PERSONALE IMPIEGATO**

Un dato essenziale per la comprensione di un servizio di assistenza alla persona quale il Sad è ovviamente la dotazione di personale, la risorsa principale nella formazione dell'offerta all'utenza.

Presso i 53 Sad di cui si dispongono informazioni sono attive 145 unità di personale che, considerando le ore settimanali effettivamente svolte, corrispondono a 108 unità di personale equivalente a tempo pieno.

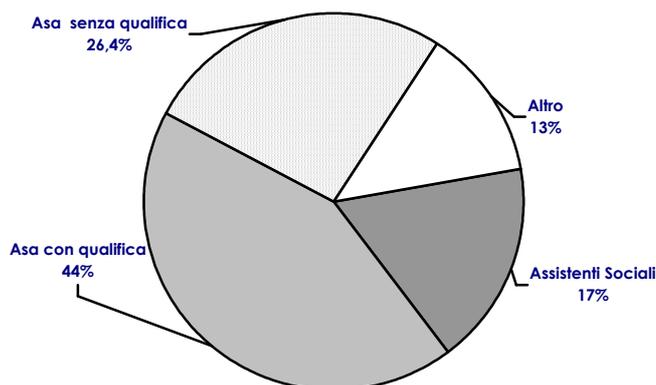
Volendo analizzare dettagliatamente le caratteristiche strutturali del personale registrato si può innanzitutto prendere in considerazione la qualifica osservando, come facilmente si può immaginare, che assistenti sociali e Asa rappresentano l'87% del personale complessivo dei Sad. Risultano invece sostanzialmente marginali le altre figure professionali: in particolare si segnala l'assenza totale di terapisti della riabilitazione e la scarsità di educatori professionali (figura da non trascurare vista anche la presenza di una quota non irrilevante di minori tra gli utenti).

<sup>3</sup> Casalmaggiore e Piacena hanno partecipato al momento di formazione sull'utilizzo delle scale di valutazione gerontologica associato alla precedente rilevazione sui Sad del 1993.

<sup>4</sup> Solo Casalmaggiore dichiara di usare i test di valutazione gerontologica abitualmente.

Rispetto alla rilevazione del 1993 si nota un notevole incremento delle Asa (passate da 66 unità a 100). Sono invece di fatto assenti gli infermieri (48 nel 1993), esclusi dal Sad a seguito dell'attivazione del servizio Adi e della conseguente mutata titolarità delle attività (e del personale) di tipo infermieristico.

### Qualifica Professionale



Il 38% delle Asa non ha la qualifica regionale, ma di queste quasi la metà è impegnata nel conseguimento del titolo professionale. Come si può osservare dalla tabella è soprattutto nei Comuni minori che si verifica la più alta incidenza di Asa non qualificate sul totale. Questo dato traduce ancora la necessità di investimenti più massicci rispetto alla qualificazione del personale, in modo da garantire maggiore omogeneità e armonizzazione nell'offerta del servizio di assistenza.

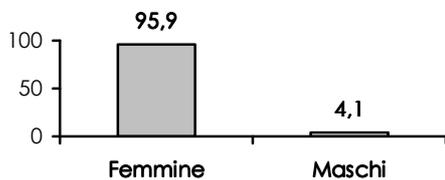
Nei Comuni medi si osserva una disponibilità di risorse migliori rispetto al carico di lavoro: sia considerando le sole Asa che l'intero personale d'assistenza è in questi Sad che si ha minor carico di lavoro. Nei centri maggiori invece si arriva ad un rapporto di 1 Asa ogni 16 utenti, decisamente superiore agli standard regionali previsti nel Piano Socio-Assistenziale della Regione Lombardia, dove per ogni operatore si fissano 10 assistiti a domicilio.

### Dotazione di personale e indici medi di carico in rapporto all'utenza

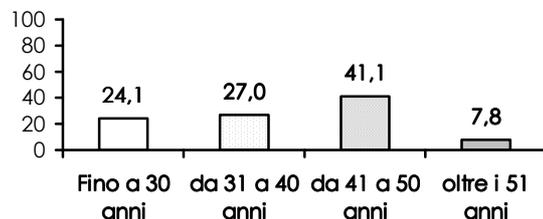
	Comuni con meno di 2000 ab.	Comuni da 2.001 a 10.000 ab.	Comuni con oltre 10.001 ab.	Totale provinciale
Asa non qualificate/ Asa totali	47,6	40,3	23,8	38,0
Utenti totali/Asa totali	15,0	7,8	16,1	11,2

### Informazioni individuali generali:

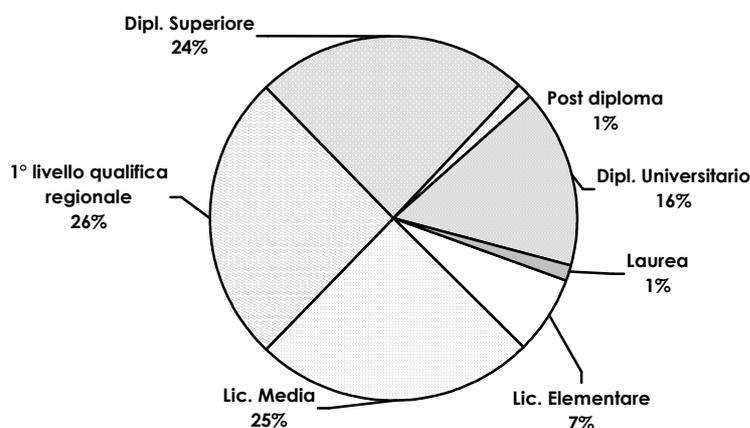
**distribuzione per sesso**



**distribuzione per fasce d'età**



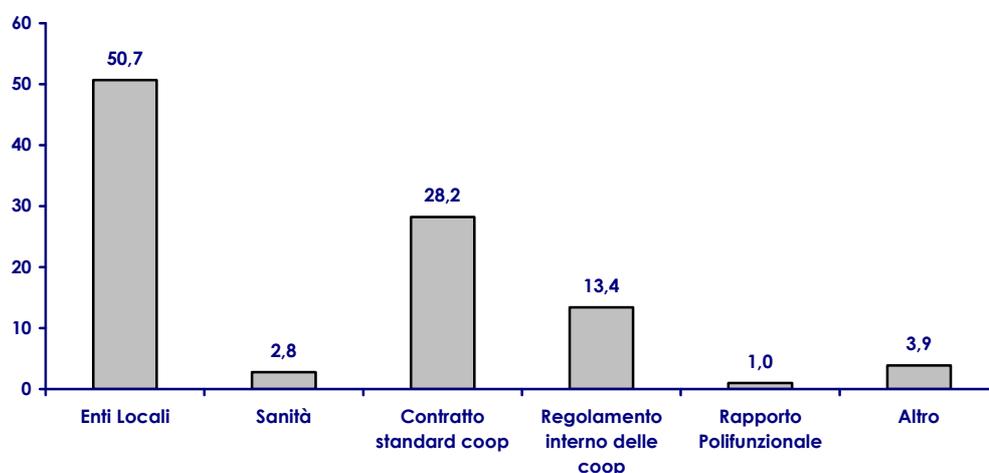
**distribuzione per titolo di studio**



Altre informazioni che possono essere d'aiuto per inquadrare meglio il profilo degli operatori dei Sad cremonesi sono:

- i dati anagrafici: si ha un'ovvia prevalenza delle donne sugli uomini (96%) e un'età media di poco inferiore ai 40 anni;
- il rapporto di lavoro: il personale Sad è prevalentemente assunto con contratto degli Enti Locali (50,7%), ma rilevante è anche la quota di chi ha un contratto di cooperativa (41,6%). Anche in questo caso si sottolinea la differenza con la rilevazione del 1993 in cui la presenza del personale infermieristico portava al 19% i contratti della sanità, oggi sostanzialmente assenti, anche nei servizi gestiti dall'Asl;
- l'anzianità in servizio, rispetto alla quale si registra un maggior turn-over tra le Asa, la cui anzianità è minore rispetto alle Assistenti sociali.

### Tipo di contratto del personale Sad



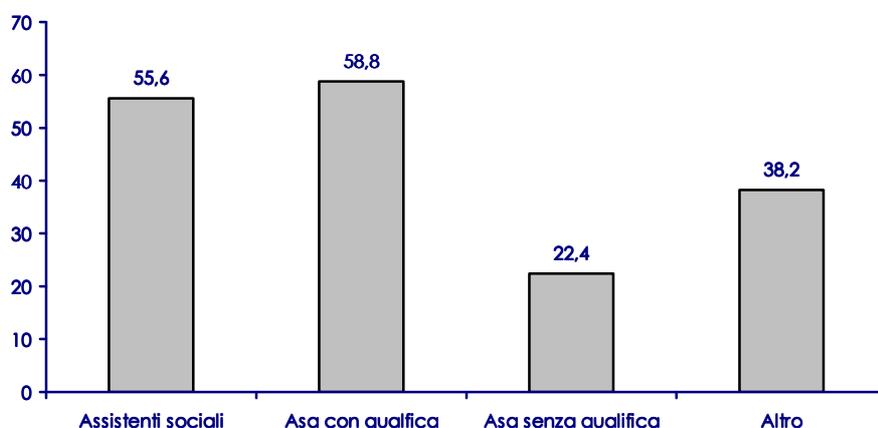
L'attività di formazione professionale<sup>5</sup> è stata seguita, negli ultimi due anni, da 50 operatori per un totale di 1.852 ore. Le 20 Asa coinvolte nell'aggiornamento hanno seguito iniziative specifiche per 994 ore tra il 1998 e il 1999 con una media di 49,7 ore di aggiornamento a testa. I temi più seguiti sono quelli strettamente connessi al lavoro di cura e di assistenza, in particolare la relazione tra operatori e anziani dementi o affetti da alzheimer, segno evidente si una crescente presenza di questa realtà nei servizi.

Le assistenti sociali hanno svolto attività formative per 667 ore complessive, pari a 55 ore di aggiornamento ad operatore. Le iniziative frequentate vertono su tematiche relative al ruolo organizzativo e direttivo svolto da questa figura professionale, quali ad esempio la gestione del burn-out dell'operatore e il coordinamento.

---

<sup>5</sup> Non viene qui presa in considerazione la partecipazione a convegni e ai corsi cosiddetti "600 ore" per l'ottenimento della qualifica regionale Asa.

**Numero medio di ore di formazione negli anni 1998 e 1999  
per qualifica professionale**



Solo il 16,1% degli operatori (in netta prevalenza le assistenti sociali) viene coinvolto in qualche attività periodica di analisi dei bisogni sociali presenti nel territorio dove opera il Sad. Sicuramente questo è un punto di debolezza del servizio, anche perchè dalle interviste che verranno analizzate nel capitolo successivo si evince che molto spesso l'attività di indagine delle necessità dell'utenza si limita alla fase del monitoraggio senza prevedere il necessario step successivo, che è rappresentato dalla lettura dell'eventuale bisogno emerso in un contesto valutativo utile anche per la programmazione delle attività del servizio.

Nell'ottica di una crescente attenzione alla formazione, le esigenze espresse dal personale dei Sad forniscono preziose indicazioni. Il massimo interesse è, oltre che per le funzioni tecniche specifiche del ruolo professionale di assistente sociale (programmazione dei servizi, lavoro di gruppo..) per attività di formazione inerenti gli aspetti psicologici della terza età, coerentemente con un servizio di assistenza prevalentemente rivolto ad anziani. Emerge, in relazione alle tematiche di gestione dell'utente, l'interesse per argomenti specifici sul lavoro di cura e di assistenza e sul rapporto fra operatore sociale e utente, in particolare se demente o affetto da alzheimer.

Vengono richiesti poi momenti formativi sulle problematiche sociali generali attorno a grandi temi, come la famiglia, gli anziani e i giovani, per sottolineare il bisogno di acquisire una maggiore consapevolezza del contesto sociale, anche in virtù di un profilo formativo di base carente.

**Argomenti per attività di formazione maggiormente indicati  
dagli operatori dei Sad in ordine di importanza (%)**

Prima risposta		Seconda risposta		Terza risposta	
Aspetti psicologici della terza età	11,3	Aspetti psicologici della terza età	19,8	Problematicità sociali	13,8
Argomenti specifici sul lavoro di cura e assistenza	10,5	Relazione tra operatore sociale e utente	8,7	Relazione tra operatore sociale e utente	12,1
Programmazione dei servizi	9,8	Lavoro di gruppo, lavoro di équipe	8,7	Argomenti specifici sul lavoro di cura e assistenza	11,2
Lavoro di gruppo, lavoro di équipe	9,0	Argomenti specifici sul lavoro di cura e assistenza	7,9	Relazione tra utenti e anziani dementi/alzheimer	8,6

### **3. AZIONI POSSIBILI PER LO SVILUPPO E LA QUALIFICAZIONE DEL SAD**

Un approfondimento presso un gruppo di servizi distribuiti sul territorio provinciale, scelti in modo tale da rappresentare le varie tipologie organizzative e gestionali presenti fra i servizi stessi, ha permesso di studiare le problematiche principali insite in questa rete di servizi e di evidenziare suggerimenti e proposte per una concreta azione di supporto allo sviluppo degli stessi.

Presentiamo qui i risultati dell'analisi di tipo qualitativo realizzata attraverso il coinvolgimento dei servizi domiciliari dei Comuni di Cremona, Crema, Casalmaggiore, Pizzighettone, Soresina, Pandino, Soncino, Ca' D'Andrea, Vescovato (e gli altri comuni convenzionati), nonché il servizio Sad gestito dal Distretto Sanitario di Crema dell'Asl che coinvolge ventidue comuni di medie e piccole dimensioni dell'area territoriale del distretto.

Con ciascuno di questi è stata realizzata una intervista in profondità con il responsabile del servizio centrata sulla sua organizzazione, il processo di integrazione nella rete dei servizi, il ruolo e le funzioni di direzione del servizio e di gestione del personale, i rapporti con l'utenza e le prestazioni offerte, le attività di programmazione realizzate. Inoltre sono stati realizzati degli incontri di gruppo (focus group) con le operatrici Asa, centrati sulle dinamiche lavorative e gli elementi di criticità direttamente vissuti.

#### **3.1 INNOVARE E RAZIONALIZZARE I PROCESSI COMUNICATIVI, ORGANIZZATIVI, GESTIONALI**

##### **FAVORIRE UNA FUNZIONE DI FACILITAZIONE DEL CONFRONTO DELLE ESPERIENZE SUL TERRITORIO**

Un dato tipico dei Sad, non solo sul territorio della provincia di Cremona, è ancora un'eccessiva disomogeneità sul fronte organizzativo, che si traduce in una rete fortemente differenziata in base alle caratteristiche del contesto e di conseguenza l'offerta finale assume connotati e caratteristiche altrettanto disomogenee. Poiché inoltre il Sad si caratterizza come un servizio fortemente destrutturato nel quale le variabili della risorsa organizzativa e della risorsa umana possono incidere in misura rilevante sulla qualità dell'offerta, ne deriva una rete di servizio fortemente squilibrata, che affianca in territori anche contigui realtà avanzate e qualitativamente soddisfacenti a situazioni del tutto

insoddisfacenti o comunque fortemente limitate rispetto a quella che è stata negli anni l'evoluzione di questo tipo di servizi.

Ciò nella maggior parte dei casi è frutto non solo di scelte differenti, ma anche spesso di un livello organizzativo non dotato di quelle risorse necessarie ad una gestione evoluta del servizio. Questa difficoltà deriva essenzialmente da due fattori: in primo luogo si registra una cronica carenza nella dotazione di risorse umane che costringe spesso i Sad a strategie volte esclusivamente a garantire il mantenimento di un livello minimale di servizio senza la possibilità concreta di promuovere azioni di implementazione efficaci; in secondo luogo i Sad – e nella fattispecie i loro coordinatori – risultano spesso “abbandonati” a se stessi, senza cioè le risorse e lo spazio d'azione per strutturare occasioni di confronto e verifica entro un contesto di integrazione reale nel sistema dei servizi sul territorio. La funzione di coordinamento e gestione del servizio risulta pertanto frequentemente attuata secondo modalità per così dire “artigianali” che, pur in un quadro di buone professionalità e bagagli esperienziali individuali significativi, non favorisce certo la crescita e l'innovazione di questi servizi.

Si intende con ciò portare l'attenzione sulla rilevanza del fattore umano nei servizi domiciliari, laddove il personale necessita con assoluta continuità la presenza di forti riferimenti sul piano del coordinamento e della supervisione, le cui carenze generano negli operatori dei servizi la percezione forte di “abbandono”. L'impossibilità di confrontarsi e la mancanza di un'azione di supervisione conduce all'improvvisazione della programmazione e a un alto rischio di perdita della visione globale dell'intervento. Naturalmente rappresenta anche un freno rilevante alla comunicazione fra i diversi nodi della rete, intaccando così un altro elemento cardine per il successo del Sad.

Non a caso in tutti i Sad coinvolti nella ricerca è emersa chiaramente una forte aspettativa di supporto proprio in una funzione di connessione e facilitazione del confronto fra realtà territoriali differenti e fra strutture di servizio differenti ma complementari, vista soprattutto come occasione per aumentare le proprie capacità di comprensione della complessità del servizio e per verificare modelli differenti di operatività. Si tratta di una richiesta che si indirizza esplicitamente anche nei confronti della Provincia e dello Sportello Anziani da essa istituito, spesso anche con aspettative al di là delle reali e ragionevoli possibilità di questa struttura, facendo quasi trasparire negli interlocutori un'attesa un po' “miracolista” di qualcosa che possa “magicamente” assolvere una funzione tanto necessaria quanto dimenticata. Sebbene quindi non sia certo compito diretto della Provincia l'implementazione dei Sad sul territorio, è però possibile

pensare azioni che favoriscano proprio quella funzione di contatto e confronto della quale i Sad paiono sentirsi spesso privati. E tanto più questo risultato potrà essere concretamente raggiungibile quanto più ampio sarà il coinvolgimento istituzionale degli enti territoriali e dei servizi che lo Sportello anziani saprà attuare.

**PROMUOVERE LO SVILUPPO DI FORME DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DEI SERVIZI SU BASE SOVRACOMUNALE E INTERSETTORIALE**

Già nella precedente ricerca effettuata nel 1993 veniva posta in evidenza la necessità di favorire un processo di comunicazione e integrazione "orizzontale" fra diverse realtà territoriali. Anche a partire da alcune esperienze riscontrate di convenzionamento fra comuni dalle quali emergeva un evidente vantaggio in termini di disponibilità di risorse e in definitiva di capacità di risposta al bisogno, suggerivamo l'opportunità di ampliare le "forme di associazione fra comuni che permettono la condivisione di quote di personale o, ed è la soluzione auspicabile, la gestione unitaria di un unico servizio su scala intercomunale".

E non può sfuggire oggi il ruolo che anche l'Asl potrebbe ricoprire grazie alla sua specificità di organismo territoriale organizzato per cellule sovracomunali definite proprio in funzione dei bacini di utenza. In questo senso l'esperienza del Distretto sanitario di Crema, che ha da poco attivato la gestione unitaria di un servizio Sad su 24 comuni di piccole e medio-piccole dimensioni rappresenta un'esperienza da monitorare con attenzione e dalla quale potrebbero scaturire indicazioni e prospettive innovative sia nell'ottica di ampliare l'offerta di servizio sul territorio sia di favorire un processo di avvicinamento e dialogo fattivo fra l'ambito sanitario e l'ambito socio-assistenziale.

E, si badi, tutto ciò non soltanto nell'ottica di attivare il servizio in quelle aree che tuttora ne risultano scoperte, ma anche per garantire quella disponibilità di risorse indispensabili per raggiungere livelli adeguati di qualità e flessibilità dell'offerta.

Se, ad esempio, si assume come modello auspicato un'organizzazione multiprofessionale del servizio, una struttura intercomunale – e ancor più intersettoriale - potrà garantire la presenza di figure professionali, anche fortemente qualificate, che in una dimensione comunale limitata non avrebbero spazio per ovvi vincoli finanziari ma anche a causa di una domanda di intervento troppo limitata.

**FAVORIRE LA DEFINIZIONE DI PROCEDURE E TIPOLOGIE UNIFORMI E QUALITATIVAMENTE EVOLUTE DI CONVENZIONAMENTO CON LE COOPERATIVE. INVESTIRE SULLE PROCEDURE DI VALUTAZIONE E CONTROLLO DELLA QUALITÀ DELLE COOPERATIVE E OFFRIRE AI RESPONSABILI COMUNALI SUPPORTO CONSULENZIALE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI APPALTI**

Ai vari aspetti problematici relativi all'organizzazione e gestione dei Sad, negli ultimi anni, si aggiunge il fenomeno del ricorso ai contratti professionali e al convenzionamento con le cooperative. Sebbene la provincia di Cremona si caratterizzi rispetto anche ad altre aree della Lombardia per una presenza ancora minoritaria di servizi che ricorrono alla concessione in appalto del Sad, il processo appare certamente in forte espansione. Sono ovviamente evidenti i vantaggi finanziari di tale modello, e l'ampliamento delle opportunità che esso ha garantito, permettendo di fatto lo sviluppo di servizi anche in realtà dotate di scarse risorse e soprattutto fornendo spesso un supporto operativo di grande rilievo a servizi già strutturati. In particolare due sembrano essere i punti di forza dei servizi gestiti con questa formula: una maggiore flessibilità del servizio e la possibilità per il personale di avvalersi di competenze professionali diversificate, in particolare nelle funzioni del coordinamento e della supervisione. Ma se queste sono le prerogative che sulla carta il modello cooperativistico di gestione dei Sad dovrebbe poter garantire, nella realtà si riscontrano di nuovo situazioni molto differenziate.

Infatti spesso i Comuni e i responsabili dei servizi perdono di fatto buona parte delle possibilità di controllo sulla selezione e sulla qualificazione del personale addetto. Sebbene ciò dovrebbe essere un compito specifico delle cooperative, nella realtà si riscontra spesso una significativa carenza sotto questo profilo. Eppure la formazione e l'aggiornamento del personale d'assistenza rappresenta la molla fondamentale per dare impulso al Sad, uno strumento indispensabile senza il quale non è possibile ottenere miglioramenti concreti nella qualità del servizio offerto. E altrettanto critica è la garanzia di continuità offerta dal personale dei servizi, requisito invece essenziale per poter ottenere un'adeguata continuità assistenziale e una sufficiente capacità di lettura del bisogno, caratteri questi indispensabili per un Sad di qualità.

Diviene quindi urgente fornire ai comuni adeguati strumenti di supporto per una migliore gestione dei rapporti contrattuali con i soggetti privati. Significa creare procedure standardizzate per la definizione degli appalti e dei capitolati connessi che agiscano non soltanto attraverso criteri di mero risparmio economico ma con un adeguato equilibrio di criteri valutativi su tutti

gli aspetti finanziari, operativi, formativi, che possono influire sul livello qualitativo del servizio erogato. E significa anche incidere con decisione su un aspetto fino ad oggi troppo spesso sottovalutato se non del tutto accantonato: vale a dire i meccanismi di controllo e valutazione a posteriori della corrispondenza effettiva fra gli standard previsti dalle convenzioni e i parametri reali concretamente raggiunti dal servizio garantito sul territorio.

Anche il ricorso al convenzionamento con società cooperative per la gestione operativa dei Sad, che si sta sempre più diffondendo sul territorio, potrebbe essere positivamente influenzato dal ridisegno dei servizi su base territoriale diversa. Infatti spesso i piccoli comuni finiscono per avere un "potere contrattuale" insufficiente nei confronti delle cooperative nonché troppo poche informazioni ed esperienza per poter effettuare valutazioni e controlli adeguati ed efficaci sul livello qualitativo offerto dalle cooperative medesime.

Per un piccolo comune l'appalto al massimo ribasso può spesso rappresentare l'unica strada praticabile per poter sopportare il costo di un servizio Sad, ma non è detto che tale strada sia in grado di garantire qualità ed efficienza al servizio, anzi potrebbe rivelarsi una vera e propria mina vagante per la qualità complessiva dei servizi.

#### **PROMUOVERE UNA OMOGENEIZZAZIONE DEI SISTEMI DI ACCESSO AL SERVIZIO E DELLA PARTECIPAZIONE AI COSTI DA PARTE DELL'UTENZA**

Un ulteriore elemento di criticità è la mancanza di criteri univoci e omogenei di accesso al servizio. Occorre andare alla definizione di un approccio e un trattamento omogeneo della domanda e dei bisogni. Per esempio è ancora grande la variabilità tra chi "polverizza" gli interventi su molti utenti, per poche e limitate visite settimanali, e chi viceversa tende a concentrare le risorse su un numero limitato di anziani, portatori di bisogni di particolare rilevanza socio-relazionale o igienico-sanitaria.

L'avvio di un gruppo di lavoro provinciale può costituire una premessa per costruire indirizzi omogenei in tal senso. Un processo di ri-qualificazione e valutazione dei servizi deve avere un centro nevralgico di tipo progettuale sovra-zonale. Il livello provinciale sembra il più appropriato ad innescare una collaborazione tra i comuni per arrivare a definire, insieme, un percorso di riqualificazione dei servizi domiciliari nelle diverse comunità locali. È questa la grande scommessa cui la rete dei Sad è oggi posta di fronte, per superare

frammentazioni, isolamenti, dispersione di energie, inutili sovrapposizioni con la sanità, ma anche per meglio valorizzare l'apporto professionale delle Asa, il loro impegno e la motivazione al lavoro.

Occorre fare tutto ciò salvando tuttavia la dimensione minuta, locale, il grande patrimonio sedimentato di prossimità e conoscenza del territorio e delle situazioni di rischio presenti nei vari Comuni che le operatrici detengono.

Un'occasione in tal senso potrebbe utilmente essere quella di definire una Carta dei Servizi Domiciliari della Provincia di Cremona, che ne definisca obiettivi, criteri d'accesso, organizzazione, standard di qualità, parametri di tariffazione.

Proprio su quest'ultimo fattore, ad esempio, è ormai indispensabile andare verso una reale e completa omogeneizzazione su tutto il territorio. Ad oggi la maggior parte dei servizi (63%) eroga la prestazione in modo del tutto gratuito, garantendo certo un principio di tutela e di risposta al bisogno emergente, ma di fatto ingabbiando il servizio in una spirale inarrestabile di vincoli finanziari dalla quale difficilmente potrà liberarsi. Si tratta infatti di un servizio costoso per le Amministrazioni comunali, e l'erogazione totalmente gratuita certo non aiuta scelte di politica sociale volte al suo sviluppo e potenziamento. È anche certamente impossibile prevedere una copertura dei costi da parte dell'utenza in percentuali molto elevate, tuttavia un'eventuale estensione a livello generale di sistemi a tariffa appare oggi l'unica coerente con una filosofia di servizio a carattere universale, ovvero orientato non solo alla gestione delle marginalità, ma anche alla tutela dei normali percorsi di invecchiamento della popolazione. Infatti, pur mantenendo la priorità al bisogno associato a condizioni di disagio ed esclusione economica e socio-relazionale, la stessa recente Legge quadro 328/00 assegna ai servizi sociali un ruolo di prevenzione e sostegno che si estende potenzialmente all'intera popolazione.

Naturalmente l'introduzione della contribuzione dell'utenza ai costi del servizio implica una problematica di ridefinizione del "rapporto di contratto" fra servizio e utente di cui si dovrà far carico principalmente il personale stesso dei Sad. Le interviste hanno mostrato chiaramente l'esistenza di forti apprensioni e tensioni di fronte a questa prospettiva, sebbene non in forma di rifiuto ma evidenziando la necessità di programmare e gestire accuratamente il processo di innovazione a tutti i livelli. Si dovrà quindi porre massima attenzione a evitare che sull'Asa siano scaricati i compiti di mediazione con l'utente anche al di là delle competenze professionali che gli sono proprie. L'Asa manifesta infatti

frequentemente il disagio di vedersi investita di un ruolo di mediazione che spesso viene vissuto solo come un ruolo "tampone", in supplenza a uno scarso grado di comunicazione fra utente e realtà direttiva del servizio. La personalizzazione della prestazione si traduce frequentemente nella personalizzazione dell'intero servizio, cosa che certamente non giova all'equilibrio e in definitiva alla qualità del Sad.

### **3.2 LA QUALITÀ COME FATTORE CRITICO DELLA CAPACITÀ DI INNOVAZIONE DEL SAD**

#### **FAR CRESCERE UNA CULTURA DELLA QUALITÀ**

Il percorso di ricerca seguito ha mostrato chiaramente lo scarso radicamento di una chiara cultura della qualità, intesa come consapevolezza esplicita del concetto e supportata dall'utilizzo di strumenti di monitoraggio e di verifica.

Nessun servizio utilizza reali indicatori di qualità, né dal punto di vista della qualità oggettiva, né da quello della qualità percepita. La difficoltà stessa, da parte dei servizi, a stabilire un insieme di prestazioni come denominatore comune del servizio (vi è ampia disomogeneità nelle attività svolte e soprattutto nei criteri di priorità seguiti per rispondere ai bisogni) testimonia la difficoltà a parametrare misure della qualità su un'unica piattaforma che possa anche in qualche modo costituire la base di partenza per intraprendere percorsi di miglioramento.

Pur manifestando un certo interesse per il tema della qualità, gli operatori coinvolti nel lavoro rimarkano le differenze territoriali fra zona e zona, la natura diversa dei bisogni (in merito alle tipologie familiari prevalenti, ai gradi di solitudine e isolamento, alla presenza o meno di un sostegno di comunità, alle tipologie abitative) e il conseguente differente carico dei servizi. Da questo punto di vista un maggior contatto interservizio potrebbe abbassare la percezione della diversità (almeno sulla condivisione delle pratiche) e rompere un po' di resistenza a utilizzare strumenti di monitoraggio e verifica, sui quali a volte pesa una preconcepita perplessità.

Come unico elemento condiviso emerge fortemente, rappresentando peraltro un forte segno di evoluzione rispetto a quanto rilevato nella ricerca del 1993, una concezione condivisa secondo cui l'unico indicatore di qualità realmente significativo sarebbe la "soddisfazione dell'utente". Se da un lato ciò è indice di

un'attenzione positiva verso un concetto, che è anche uno strumento operativo, oggi sempre più importante, si nota anche la tendenza a leggere la "customer satisfaction" come unico ed esaustivo segnale di adeguata risposta al bisogno, secondo una cultura che è tipica del Sad che affida alla relazione interpersonale con l'utente il ruolo di chiave universale di interpretazione della qualità del servizio stesso.

Ciò fa parte certamente della natura del Sad e del suo ruolo nella rete dei servizi, ma se pensiamo di applicare questi principi in un contesto interdisciplinare, una particolare difficoltà può nascere dalle diverse culture di fondo che sottostanno ai diversi tipi di servizio socio-assistenziale e sanitario.

Come si è detto, infatti, gli attori dell'intervento socio-assistenziale tendono a leggere la qualità come cura della relazione, col vantaggio di garantire una sicura valenza rassicurativa, tutelare, per l'anziano a domicilio, ma col problema di gestire poi l'affettività, il coinvolgimento, la difficoltà - reciproca - del distacco. Diventa allora difficile compiere il salto concettuale di considerare l'utente non in carico a sé (personificazione dell'intervento) ma al servizio. Chi opera nel sanitario vede invece quasi sempre come punto di partenza la prestazione e corre quindi il rischio opposto, quello di raffreddare e in ultima analisi rendere più anonimo il rapporto con l'utente.

La parola chiave del Sad è bisogno; quella del servizio infermieristico è prestazione (e specializzazione). Nella ricerca di indicatori e sistemi di monitoraggio della qualità per il primo l'istinto (la cultura) porta ad un'enfasi sull'utente, corretta ma a rischio di genericità, mentre il secondo tende immediatamente a ricondurre il caso ad un sistema di classificazione di patologie. Le diverse culture dei due servizi si originano anche da uno stile di intervento marcatamente diverso: il Sad ha comunque un approccio più relazionale, con rapporti più consolidati, radicati e continuativi. L'infermieristico invece è legato a interventi puntuali per singole prestazioni, mirati alla risoluzione di problemi di salute.

È evidente che occorre trovare un equilibrio fra i due poli, essendo proprio in questo l'idea di qualità.

Come superamento di questa contrapposizione, allora, la parola chiave di ogni componente dei servizi di home care, siano essi a matrice sanitaria, socio-relazionale o socio-educativa – e ciò vale non solo per gli anziani ma per tutti i servizi domiciliari in generale – non potrà che essere valutazione.

È necessario fornire ai Sad strumenti operativi concreti e un bagaglio concettuale adeguato alla piena comprensione e al corretto utilizzo dell'approccio valutativo al servizio. Se infatti, come si è detto, pare emergere una disponibilità diffusa alla riflessione intorno a questa tematica, su questo terreno ancora non sono stati seminati contenuti efficaci.

Non si può far crescere la qualità di un Sad se non si danno, e non si usano, concreti indicatori che forniscano una misura omogenea di tutti i suoi elementi; né se non si integrano i concetti di “*customer satisfaction*” o di “*job satisfaction*” in un quadro complessivo di analisi di tutti gli elementi dell'offerta e della domanda, se non si sviluppa una capacità di lettura del bisogno che non sia più solo ascolto frammentario del “singolo bisogno” ma un vero percorso di analisi capace di tenere conto di tutti gli elementi in gioco e di costruire programmi di lavoro basati sull'equilibrio fra le esigenze e le risorse di tutti.

È ovviamente un ambito di lavoro complesso su cui tuttavia la Provincia potrebbe attivarsi facendosi promotrice di un percorso di lavoro finalizzato proprio alla costruzione di un sistema di indicatori per la valutazione dei servizi e favorendo la diffusione di queste tematiche sul territorio.

#### **LA FORMAZIONE DEL PERSONALE DI ASSISTENZA: UN PROCESSO PERMANENTE PRESUPPOSTO PER LA RISPOSTA AI BISOGNI**

La figura professionale addetta all'assistenza domiciliare che costituisce l'ossatura del servizio Sad resta comunque l'Ausiliaria Socio-Assistenziale. E proprio per questo appare grave la condizione di indeterminatezza in cui essa è stata a lungo “abbandonata”, generando nel tempo situazioni molto disomogenee e difficilmente controllabili.

Il processo di ridefinizione della figura professionale e del ruolo dell'Asa e i percorsi di riqualificazione intrapresi con forte impegno negli ultimi anni hanno certamente permesso di raggiungere uno standard medio superiore a quello riscontrato nell'indagine svolte nel 1993 anche nella provincia di Cremona.

Si tratta tuttavia di un percorso ancora non totalmente compiuto, dal momento che si registra una presenza ancora significativa di personale nei Sad privo della qualifica regionale (il 38% del totale delle Asa). Si dovrà tenerne conto anche in relazione alla nova prospettiva dell'OSS, nuova figura professionale che la Regione Lombardia individua a copertura di un bisogno

diffuso di competenze "parainfermieristiche" anche in personale a carattere essenzialmente socioassistenziale. Questo nuovo obiettivo non deve fare perdere di vista al sistema formativo la realtà tuttora presente di quote non marginali di personale privo di qualsiasi qualifica.

Ma il dato più importante che emerge con forza dalle interviste realizzate nei servizi è la valutazione contraddittoria che le Asa qualificate danno dei corsi di qualificazione seguiti (i cosiddetti corsi "600 ore"). In un contesto in cui tutte le persone coinvolte nella ricerca hanno manifestato un forte interesse e una valutazione chiaramente positiva rispetto alla possibilità di accedere a percorsi e occasioni di aggiornamento e formazione in maniera sistematica, desta preoccupazione la valutazione assai critica data rispetto ai corsi di qualificazione. Valutazione non tanto rispetto ai programmi e alle tematiche affrontate che vengono universalmente giudicati di grande interesse per la figura dell'Asa, bensì per la forte distanza percepita fra il percorso formativo affrontato e il percorso professionale vissuto, fra la "teoria" e la "prassi", in sostanza riproponendo quella che è la più frequente critica ai sistemi formativi nel nostro paese di scollamento dei programmi dalle realtà professionali concrete in cui si va ad operare.

Il vissuto che ne deriva appare spesso altamente frustrante per gli operatori, soprattutto laddove il percorso formativo ha saputo sviluppare una consapevolezza elevata del ruolo e delle potenzialità che esso contiene: lo scontro con realtà di servizio invece ancora impossibilitate a dare pieno sviluppo a tali potenzialità, per i limiti strutturali dei Sad sopra descritti viene allora percepito in modo problematico e alimenta facilmente processi di insoddisfazione e rischi di burnout del personale.

Per non disperdere il patrimonio di professionalità acquisite, per sedimentare concretamente nei servizi elementi reali di qualità è quindi essenziale intervenire con azioni volte a riconnettere la realtà esperienziale con il valore aggiunto professionale e culturale prodotto dagli sforzi attuati in questi anni da Regione, Provincia e Comuni nel sostenere i programmi di riqualificazione del personale.

È il momento quindi di investire su questi servizi. Esistono oggi le condizioni concrete perché una politica di supporto e implementazione dei Sad possa condurre a un rilevante salto di qualità: vi è una buona copertura sul territorio, si sono sedimentate risorse esperienziali ricche e solide, per la prima volta in tanti anni disponiamo di risorse umane dotate mediamente di adeguata

preparazione professionale e finalmente di un buon grado di consapevolezza delle potenzialità e della globalità del servizio, la domanda stessa sta rapidamente evolvendo verso richieste più complesse e a maggior contenuto socio-relazionale. Per adeguare la capacità dei servizi di "tenere il passo" con questi cambiamenti, oltre alla già ricordata necessità di accelerare i processi di integrazione del Sad nella rete dei servizi, è importante per così dire non "abbassare la guardia" sul fronte dei processi formativi del personale. E viste le carenze evidenziate dei percorsi di qualificazione attuati, il fronte principale su cui intervenire pare essere quello di un'offerta formativa che sappia accompagnare e facilitare la traduzione nell'operatività quotidiana delle nuove aspettative che gli operatori dei servizi vanno formandosi.

Infatti accanto alla crescita di questa consapevolezza le Asa manifestano ancora spesso una rappresentazione eccessivamente "sacrificale" del proprio ruolo professionale: la disponibilità è la caratteristica universalmente riconosciuta come prioritaria; spesso paiono assumersi un ruolo tipicamente "materno" di accudimento e di compensazione di tutti i bisogni e le carenze che si manifestano; è ancora forte un chiaro e concreto senso di colpa davanti all'impossibilità di far fronte a determinate richieste o nel far valere il proprio diritto di mantenimento di una certa "distanza professionale" nella gestione della relazione; infine emerge una visione utente-centrata secondo la quale le scelte operative si giustificano solo in funzione delle esigenze dell'utente.

Tutto ciò conduce i servizi a vivere frequentemente una forte contraddizione che deve essere in qualche modo governata.

Possiamo individuare tre linee di azione.

In primo luogo un'offerta formativa rivolta alle figure di coordinamento dei servizi (in genere assistenti sociali) per sviluppare quelle funzioni di coordinamento e programmazione del servizio che sempre più vengono percepite dal personale come condizione necessaria per una valorizzazione del proprio lavoro e il raggiungimento di standard elevati di soddisfazione.

Anche nei Sad si sta facendo strada l'idea che la "job satisfaction", la soddisfazione degli operatori rispetto la lavoro, sia elemento indispensabile di qualità del servizio. Ma è indispensabile sapere come rilevare, come valutare, come gestire questo elemento onde evitare che divenga strumento di amplificazione della frustrazione piuttosto che di implementazione della qualità. Allo stesso modo, un fronte fondamentale su cui si giocherà la sopravvivenza dei Sad è certamente, come si è detto, la capacità di attivare

intorno ad esso i giusti nodi della rete dei servizi, soprattutto nella nuova prospettiva prevista dalla Legge quadro 328/00 che assegna al concetto di integrazione dei servizi il ruolo di cardine dell'intero sistema. Anche su questo fronte la ricerca ha fatto emergere un'esigenza di sostegno forte sia in termini di richieste dirette sia in termini di carenze riscontrate.

Rispetto all'Asa – o alla nuova figura dell'OSS in corso di definizione a livello regionale – invece, si tratterà di agire per tradurre la nuova consapevolezza del ruolo e delle sue potenzialità che si va radicando in strumenti operativi praticabili e per scardinare una volta per tutte le contraddizioni sopradette: ad esempio sviluppando le capacità di gestione della relazione con l'utente in una dimensione meno passiva, meno “sacrificale”, e più contrattuale. O ancora sviluppando una capacità di lettura strutturata e critica dei bisogni portati dall'utenza, oggi ancora eccessivamente influenzata dal coinvolgimento emozionale. Manca quasi sempre una capacità di analisi e di valutazione del bisogno; la qualità di ciò che si fa con l'utente appare direttamente collegata al rinforzo emotivo fornito dall'utente (è contento o non è contento), ma tale indicatore è assunto in termini assoluti e mai relativizzato sulla base di una riflessione approfondita intorno alla globalità degli elementi che determinano la qualità del servizio.

Altro importante risultato emerso è una tendenza, di fronte a questa apertura di orizzonte che l'Asa sta sperimentando, alla perdita di senso rispetto ad alcune funzioni oggi vissute come dequalificate e che invece devono continuare ad avere una collocazione ben strutturata nel Sad. Succede così che le attività di “accudimento domestico”, quelle funzioni che facevano un tempo identificare l'Asa con la “colf del Comune”, vengano oggi spesso vissute come un freno alla possibilità di sviluppare le potenzialità del ruolo. Occorre allora ridare dignità alle funzioni di cura domestica, garantire che l'operatore percepisca e attivi queste funzioni nel quadro di un piano individuale di intervento cogliendone la ricaduta sulla qualità di vita dell'utente, e non soltanto sulla qualità dell'ambiente. Si tratta ancora una volta di lavorare sul significato di “piano individuale di intervento”, imparando a leggere i bisogni della persona in modo integrato e attribuendo a tutti gli elementi pari dignità e pari valore rispetto al raggiungimento degli obiettivi programmati.

E naturalmente, perché tutto ciò possa trovare un'applicazione concreta, la terza linea d'azione dovrà mirare a migliorare la promozione di un'immagine evoluta del servizio, per far sì che il Sad sappia trasmettere un'immagine di sé coerente con gli obiettivi che lo stesso si pone. Bisogna far sì che l'utente stesso,

e il potenziale utente, riescano a cogliere il valore globale del servizio e non solo l'utilità marginale delle singole prestazioni ricevute. Ciò deve essere ricercato tramite delle azioni di "promozione" del servizio, che sappiano esplicitare le potenzialità e le caratteristiche tematiche del Sad, in particolare nell'area della prevenzione, al fine di superare definitivamente lo stereotipo del "servizio marginale e residuale", ancora spesso lamentato e subito dal Sad.

Si tratta di un ulteriore obiettivo su cui lo Sportello Anziani della Provincia di Cremona potrebbe fornire un contributo concreto, anche nel quadro della proposta già richiamata di predisposizione di una Carta provinciale dei Servizi di assistenza domiciliare.