

# VERBALE

## Secondo Tavolo di Co-programmazione

Sistema integrato dei servizi a sostegno della domiciliarità delle persone anziane e dei loro familiari nel territorio delle Comunità delle Giudicarie e Alto Garda e Ledro

### Informazioni Generali

<b>Data</b>	30/03/2016
<b>Ora</b>	9:30 – 12:30
<b>Luogo</b>	Comunità delle Giudicarie
<b>Promotore</b>	Provincia Autonoma di Trento – Servizio Politiche Sociali
<b>Organizzatori</b>	Fondazione Demarchi / Osservatorio sull'Amministrazione Condivisa

### Partecipanti

Ente	Cognome e Nome
A.P.S.P. CITTA' DI RIVA	Michelotti Nicoletta
A.P.S.P. GIACOMO CIS	Dubini Marisa
A.P.S.P. RESIDENZA MOLINO	
FONDAZIONE COMUNITÀ DI ARCO A.P.S.P.	Pollini Laura
ARCOBALENO SCS	Dossi Chiara
AVULSS ALTO GARDA E LEDRO ODV	Colo' Maddalena
TAGESMUTTER DEL TRENTINO "IL SORRISO" SCS	Liviero Alessandra
A.P.S.P. ROSA DEI VENTI	Radoani Matteo
A.P.S.P. PADRE Odone NICOLINI	Giacometti Stefania
A.P.S.P. GIUDICARIE ESTERIORI	Pizzini Federica
COOPERATIVA SOCIALE ASSISTENZA	Maltratti Patrizia

<b>Ente</b>	<b>Cognome e Nome</b>
A.P.S.P. CITTA' DI RIVA	Michelotti Nicoletta
A.P.S.P. GIACOMO CIS	Dubini Marisa
A.P.S.P. RESIDENZA MOLINO	
FONDAZIONE COMUNITÀ DI ARCO A.P.S.P.	Pollini Laura
ARCOBALENO SCS	Dossi Chiara
AVULSS ALTO GARDA E LEDRO ODV	Colo' Maddalena
CASA ASSISTENZA APERTA "APPOLONIA BALDESSARI"	Mazzurana Claudio
ASUIT – Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino – Distretto Sud	Scozzafava Carmela Valenti Federica, Bortolotti Chiara
Comunità Alto Garda e Ledro	Fedrigotti Costanza, Rigatti Lara, Malfer Lara, Bazzoli Iva, Veronese Sabrina
Comunità delle Giudicarie	Fioroni Michela, Gottardi Chiara, Fioroni Cinzia
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO - Servizio politiche sociali	Miglioli Annasofia, Cetto Elena, Rottaris Federica, Marianna Battiloro, Elena Nardin
FONDAZIONE FRANCO DEMARCHI - Osservatorio Amministrazione Condivisa OAC	Civilleri Alba, Gubert Ester
Assessore alle Politiche Sociali Comunità Giudicarie	Strimmer Silvia
Assessore alle Politiche Sociali Comunità Alto Garda e Ledro	Chizzola Tiziano

## Ordine del Giorno

- Apertura: chiusura del verbale del primo incontro e verifica cartella Drive condivisa
- Presentazione del metodo di lavoro dei gruppi (vignette sui casi – Fase 1: emersione del bisogno)
- Lavori in tre sottogruppi su tre vignette distinte

- Plenaria: restituzione dei gruppi, discussione e sintesi

## Svolgimento della Riunione

---

### 1. Apertura e coordinate metodologiche

Alba Civilleri (Fondazione Demarchi) ha aperto i lavori ricordando due punti operativi: la chiusura del verbale del primo incontro e la verifica della cartella Drive condivisa per il lavoro tra un incontro e l'altro.

Ha quindi illustrato le coordinate dei lavori di gruppo:

- La composizione dei tre gruppi rimarrà la medesima per tutti e tre gli incontri di approfondimento incentrati sulle 3 fasi cruciali della non autosufficienza.
- Ogni gruppo lavora su una vignetta – la storia di un nucleo familiare – basata sugli esiti delle interviste e sugli elementi emersi dal primo incontro. Il medesimo caso sarà seguito dal gruppo in tutte e tre le fasi, con l'obiettivo di approfondire il vissuto e costruire risposte coerenti.
- Ogni gruppo esplora una vignetta diversa.
- L'approccio non è quello di "risolvere" il caso, bensì di partire dal vissuto delle persone per ripensare il sistema.

### 2. Struttura del lavoro di gruppo

Ogni gruppo ha lavorato in due fasi da circa 40 minuti ciascuna:

#### **Prima parte – Fase esplorativa:**

Individuazione dei principali temi, dei bisogni da soddisfare e delle criticità che emergono dal caso o da situazioni simili. L'esplorazione ha toccato quattro livelli: la persona, la famiglia/caregiver, la comunità, il sistema dei servizi.

#### **Seconda parte – Proposte concrete:**

Immaginando come sarebbe bello che andassero le cose, i gruppi hanno identificato azioni concrete compatibili con le caratteristiche del territorio (opportunità e limiti), cercando, dove possibile, di indicare anche "chi potrebbe fare cosa".

### 3. Restituzione in plenaria

Ogni gruppo ha presentato gli esiti tramite una portavoce. Di seguito la sintesi delle tre restituzioni.

#### **Gruppo 1 – Vignetta sig. Mario e sig.ra Lisetta**

Temi, bisogni e criticità emersi:

- Scarsa conoscenza dei servizi territoriali e residenziali, con stereotipi e pregiudizi diffusi, in particolare nei confronti delle RSA. Rischio che gli operatori stessi veicolino inconsapevolmente pregiudizi sulle strutture residenziali nel modo in cui presentano le opzioni.

- Solitudine e progressivo indebolimento della rete di contatti; tendenza della coppia a chiudersi per preservare l'indipendenza.
- Difficoltà ad accettare le perdite graduali di autonomia: ogni passaggio richiede un accompagnamento emotivo, oltre che informativo.
- Disorientamento nell'accesso ai servizi; ruolo del medico di medicina generale percepito come debole o assente.
- Risorse economiche limitate come ulteriore fattore di vulnerabilità.
- Bisogno di rispettare i tempi della persona e della famiglia nell'accettare l'evoluzione della situazione.
- Il caregiver non deve essere considerato l'unico referente: va valorizzata la rete familiare più ampia.
- Importanza di mantenere l'aggancio anche con persone che, in quel momento, non esprimono un bisogno di servizio specifico.

#### Proposte concrete:

Promuovere una concezione allargata della "cura pubblica": non solo per la singola famiglia, ma per la comunità, intesa come rete informale di prossimità, che come comunità professionale. Le proposte concrete riguardano quindi sia la diffusione di informazioni immediate e comprensibili all'intera popolazione, sia la postura degli operatori sociali e sanitari nell'approcciare la persona e la sua famiglia.

- Ogni punto di accesso (ospedale, medico, associazione, servizio sociale, ambulatorio) dovrebbe diventare un'opportunità di aggancio, di orientamento e di informazione. All'accesso del cittadino si dovrebbe poter offrire anche una valutazione degli scenari possibili di sviluppo dei suoi bisogni. Per farlo, si potrebbe proporre una formazione omogenea per tutti gli operatori – del settore pubblico, del privato sociale e del volontariato – per condividere un approccio comune.
- Rafforzare la rete tra medici di medicina generale, privato sociale, volontariato, parrocchie, Caritas per una intercettazione precoce e un abbattimento dei pregiudizi.
- Individuare canali efficaci per veicolare le informazioni alla popolazione generale (giornali locali, reti associative, parrocchie, social media, ecc.), per raggiungere non solo chi ha già un problema grave, ma anche chi è ancora nella fase preventiva.
- Offrire spazi di sostegno emotivo e psicosociale alle persone e alle famiglie nel percorso di evoluzione del bisogno.
- Ampliare i progetti territoriali sulla demenza verso un approccio più generale alla fragilità, non incentrato sulla patologia, per intercettare persone non già sensibilizzate al tema ed evitare l'effetto stigma. Per sostenere queste progettualità, si potrebbero promuovere tavoli territoriali di pianificazione multiprofessionale e interistituzionale con mandato di lavorare sul tema della fragilità, sulla linea di quelli sviluppati nell'ambito delle demenze che coinvolgono cdv, asuit, familiari, persone con demenza, associazioni, enti gestori di servizi, amministratori locali, apsp, etc.

#### **Gruppo 2 – Vignetta sig. Gilberto e la nipote Stefania**

Temi, bisogni e criticità emersi:

- Mancanza di un punto di riferimento, fragilità sistema informativo e sistema di prevenzione (alcolismo, diabete, stili di vita sani): il medico di medicina generale è un

aggancio debole visti anche i numeri sempre più scarsi di tale professionisti (territori e utenza scoperti); il servizio sociale porta con sé uno stigma che ne ostacola l'accesso; la prevenzione andrebbe realizzata a partire dalle scuole.

- Isolamento territoriale e solitudine: difficoltà di accesso ai servizi e riduzione delle possibilità di attivazione (es. centri diurni non presenti, problema trasporto, badanti non disponibili, etc.).
- Bisogno di presa in carico della rete familiare, non solo della persona anziana: Stefania non può essere lasciata da sola a gestire una situazione così complessa, c'è infatti il rischio di creare altre situazioni problematiche
- Solo 2 famiglie su 10 con un familiare non autosufficiente utilizzano il servizio pubblico; le altre 8 si arrangiano, spesso con badanti non monitorate e con lavoro nero.
- La badante da sola non è sufficiente in casi complessi (dipendenze, problemi comportamentali, bisogni multipli); occorre una rete di servizi.
- Importanza di rispettare l'identità e la storia della persona: Gilberto non va ridotto alla sua condizione attuale, ma va valorizzato il suo ruolo di cittadino e la sua biografia. La pensione va vista come possibile transizione critica.

Proposte concrete:

- Far funzionare le Case della Comunità come luoghi reali di integrazione socio-sanitaria, così come Spazio Argento per come è stato progettato. Per iniziare, bisognerebbe garantire la presenza dei medici di medicina generale nella cabina di regia di Spazio Argento (non ancora nominati): si potrebbe rivedere la delibera provinciale, designando come portavoce nella cabina di regia di Spazio Argento i rappresentanti delle Aggregazioni Funzionali Territoriali. Potenziare il ruolo degli infermieri di famiglia e comunità per intercettare le diverse situazioni da segnalare.
- Creare un'agenzia provinciale per le badanti: un contenitore condiviso tra cooperative sociali (capillarmente presenti sul territorio provinciale) ed enti pubblici, per mettere in contatto famiglie e badanti in modo normato e legittimo, monitorare le situazioni, formare le badanti (vedi punto successivo) e accompagnare la relazione con la persona assistita. Bisognerebbe prevedere un sistema di compartecipazione calmierato in modo che sia accessibile anche a famiglie con poche risorse economiche. Questo favorirebbe anche l'emergere del lavoro nero. L'agenzia deve essere concepita in rete con i servizi sociali e sanitari, non come una soluzione autonoma.
- Potenziare il ruolo dell'assistente domiciliare degli ETS, valorizzandone competenze e esperienza pluriennale: da semplice esecutrice di prestazioni a funzioni strutturate anche di formazione e monitoraggio delle badanti. Valorizzazione anche ruolo del referente tecnico.
- Inserire presso i Servizi Sociali una scheda di valutazione al momento della presa in carico complessiva: analisi della situazione non solo della persona anziana, ma anche del caregiver, della rete di prossimità e delle risorse disponibili.
- Superare la logica di utilizzo dello strumento ICEF solo per la valutazione economica per l'attivazione dei servizi domiciliari: inserimento strumento ICEF per tutti i servizi, anche nel momento di inserimento in struttura (ad oggi situazione economica non valutata) o per servizi relativi al badantato.

- Occorre un sistema più integrato che dia fiato anche a servizi nuovi nel perimetro della domiciliarità, calibrato sulle reali necessità della famiglia e del territorio perché cambia il contesto ma cambiano anche i bisogni. Sono inoltre i servizi che devono fare rete e farsi carico delle situazioni e non il caregiver che deve mediare e collegare i diversi servizi in modo autonomo.
- Mappatura territoriale delle zone periferiche svantaggiate, dove raggiungere le persone con servizi è molto più difficile, abbinata ad un sistema di incentivi economici per le badanti che decidono di andare a lavorare in queste zone.
- Valorizzare il ruolo del volontariato e uniformare sul territorio provinciale interventi come il 3.3.d (estensione a tutto l'anno, prevedere gli stessi compiti/mansioni) per l'accompagnamento alle visite mediche, la spesa e il supporto quotidiano: servizi oggi assenti in molte aree.
- Preservare l'identità di cittadino della persona anziana: la presa in carico deve tenere conto di chi era quella persona, non solo di ciò che è diventata. Pensare a come rendere il signor Gilberto protagonista del suo percorso di invecchiamento.

### **Gruppo 3 – Vignetta sig.ra Rita**

Temi, bisogni e criticità emersi:

- La criticità principale è l'intercettazione del bisogno: la signora non è stata raggiunta da nessun servizio pur presentando problematiche sanitarie (rischio cadute, obesità, problemi di deambulazione) e sociali (isolamento, conflitto familiare, incapacità di accedere autonomamente alle informazioni).
- Bisogni multipli: supporto sanitario di base, supporto sociale, relazionale e di socializzazione, eventuale bisogno affettivo (es. conflitto con la figlia).
- La casa, pur di proprietà, non è adeguata (appartamento al secondo piano, necessità di montascale).
- La signora stessa non è fortemente legata alla propria abitazione: potrebbe essere aperta ad alternative abitative. Fattore che si potrebbe configurare come una risorsa: nel nostro contesto territoriale è più facile incontrare persone che non sono disposte a lasciare o vendere la propria casa.
- Solitudine e progressivo indebolimento della rete di contatti.

Proposte concrete:

- “Screening sociale” sistematico: in accordo con i Comuni, individuare tutti gli anziani oltre una certa soglia d'età (ipotesi: 75 anni) per un contatto proattivo – telefonico o in presenza – con l'obiettivo di informarli sui servizi disponibili. Lo screening va ripetuto con regolarità (almeno una volta l'anno) perché i bisogni evolvono. Qui ci potrebbe essere un problema legato alla privacy che va approfondito e affrontato.
- Utilizzare il censimento quinquennale non solo per raccogliere dati, ma anche per formare gli operatori che lo svolgono, a rilevare bisogni e fornire informazioni.
- Lavoro di prossimità nella comunità: formare "sentinelle di prossimità" (negozianti, vicini, portinai, parroci, ecc.) per l'intercettazione precoce, sul modello di progetti già attivi sul territorio.

- Campagne di prevenzione culturale a partire dai 50-60 anni: incentivare le persone a progettare il proprio invecchiamento (es. non acquistare case su più piani, adattare l'abitazione, ecc.).
- Lavoro con i medici di medicina generale: individuare criteri di rischio per monitorare gli anziani fragili che non accedono spontaneamente ai servizi.
- Analisi del sistema famiglia all'arrivo: non solo presa in carico della persona anziana, ma anche valutazione e sostegno della rete (es. sviluppare una scheda di valutazione del sistema familiare).
- Incentivare il cohousing per chi non ha più le condizioni per vivere da solo, ma non necessita ancora di una RSA. In determinati contesti territoriali potrebbe essere promossa la coabitazione intergenerazionale (es. anziano parzialmente autonomo + studente), come una forma per rispondere contemporaneamente ai bisogni abitativi e relazionali (come si evidenzia, l'implementazione di questa risorsa nei nostri territori periferici stenta ad affermarsi ed essere accettata).

Far emergere nuovo bisogno potrebbe mettere in crisi la sostenibilità dell'attuale sistema. Di seguito alcune azioni per gestire un eventuale aumento della domanda:

- Razionalizzare e programmare le risorse del territorio: occorre una regia pubblica che orienti e incentivi l'accesso a determinate soluzioni con costi minori (es. co-housing).
- Rafforzare il volontariato strutturato e quello informale (vicinato, condominio, quartiere) come risorsa di prossimità.
- Risolvere il tema dei trasporti, soprattutto per le zone periferiche: valutare se possa essere gestito come servizio di volontariato o se richieda un intervento pubblico strutturato.

#### 4. Discussione in plenaria

Al termine delle restituzioni, si è tenuto un breve confronto.

- L'assessora Silvia Strimmer richiama il Decreto Ministeriale 77 (riforma dell'assistenza sanitaria territoriale), che è stato indicato come "collante" concettuale di molte delle proposte emerse: la spinta verso il domicilio come luogo di cura principale richiede che tutti gli attori – operatori e cittadini – siano informati sui nuovi paradigmi. Attualmente questa consapevolezza è ancora carente.
- Cinzia Fioroni ribadisce che la persona o il caregiver non deve fare da ponte tra i servizi: il sistema deve garantire una presa in carico coordinata, in particolare nei casi complessi (es. anziano con dipendenze, problemi comportamentali, bisogni multipli). Affidare tutto a una badante o a un unico familiare, in questi casi, è destinato al fallimento.
- L'assessore Tiziano Chizzola rimarca che l'attenzione a non far ricadere tutto sulla famiglia è necessaria alla luce della crisi della rete sociale informale, che è ormai un dato strutturale: le figure di prossimità (vicini, famiglie allargate, comunità di riferimento) su cui in passato si reggeva parte della cura stanno scomparendo. Il sistema formale deve farne i conti.

- Alba Civillero conclude richiamando i temi comuni emersi in tutti e tre i gruppi: l'importanza dell'informazione e dell'orientamento, l'accompagnamento personalizzato, l'attivazione della comunità e del volontariato, il contrasto agli stereotipi sui servizi, il sovraccarico del caregiver.

## Prossimo Incontro

---

Il terzo incontro si terrà il 15 aprile a Riva del Garda. I lavori approfondiranno la Fase 2 del percorso di non autosufficienza, utilizzando le stesse vignette portate alla fase successiva della loro storia. Verrà approvato il verbale del secondo incontro.