

# VERBALE

## Primo 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>	16/03/2026
<b>Ora</b>	9:30 – 12:50
<b>Luogo</b>	Comunità Alto Garda e Ledro
<b>Promotore</b>	Provincia Autonoma di Trento – Servizio Politiche Sociali
<b>Facilitatore</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	Fugatti Stefania
FONDAZIONE COMUNITÀ DI ARCO A.P.S.P.	Martin Francesca
ARCOBALENO SCS	Dossi Chiara
AVULSS ALTO GARDA E LEDRO ODV	Colo' Maddalena
TAGESMUTTER DEL TRENTO "IL SORRISO" SCS	Liviero Alessandra
A.P.S.P. ROSA DEI VENTI	Radoani Matteo
A.P.S.P. PADRE Odone NICOLINI	
A.P.S.P. GIUDICARIE ESTERIORI	Pellizzari Martino

COOPERATIVA SOCIALE ASSISTENZA	Maltratti Patrizia
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, Bazzoli Iva, Rigatti Lara, Veronese Sabrina, Malfer Lara
Comunità delle Giudicarie	Fioroni Michela, Sartori Nadia, Gottardi Chiara, Rossi Katia Antonella, Fioroni Cinzia
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO - Servizio politiche sociali	Sartori Federica, Miglioli Annasofia, Cetto Elena, Desiree Pedulla, Marianna Battiloro, Elena Nardin
FONDAZIONE FRANCO DEMARCHI - Osservatorio Amministrazione Condivisa OAC	Civillieri Alba, Gubert Ester, Fazzi Luca
Assessore alle Politiche Sociali Comunità Giudicarie	Strimmer Silvia
Assessore alle Politiche Sociali Comunità Alto Garda e Ledro	Chizzola Tiziano
Presidente della Comunità dell'Alto Garda e Ledro	Marocchi Giuliano

## Ordine del Giorno

---

- Apertura e saluti istituzionali
- Presentazione del percorso partecipativo (obiettivi, metodo, articolazione in 5 incontri)
- Presentazione primi esiti delle interviste a persone anziane e caregiver
- Lavori in sottogruppo: analisi del quadro e identificazione delle priorità
- Restituzione in plenaria e sintesi dei gruppi

## Svolgimento della Riunione

---

## 1. Apertura e saluti istituzionali

La riunione è stata aperta da Federica Sartori, Dirigente del Servizio Politiche Sociali della Provincia Autonoma di Trento, che ha introdotto il senso e la portata del percorso, sottolineandone il carattere inedito: si tratta del primo tavolo di co-programmazione a livello provinciale sul sistema integrato dei servizi a sostegno della domiciliarità delle persone anziane e dei loro familiari, primo di sei tavoli corrispondenti alle cabine di regia di "Spazio Argento".

Sartori ha evidenziato che l'obiettivo è riscrivere collettivamente il sistema dei servizi per la domiciliarità, presentando le principali novità rispetto ai tavoli tradizionali:

- **Approccio integrato:** la persona anziana è al centro, insieme alla sua rete familiare e ai contesti comunitari.
- **Cornice comune:** pur appartenendo ad ambiti diversi (sociale, sanitario, terzo settore, volontariato), tutti i partecipanti condividono l'obiettivo di sostenere la persona anziana nelle diverse fasi dell'invecchiamento.
- **Lavoro con metodo:** con il supporto metodologico della Fondazione Demarchi.
- **Risultato concreto atteso:** il ridisegno del sistema dei servizi per la domiciliarità, a supporto della scelta degli strumenti di affidamento/finanziamento dei servizi delle due Comunità di Valle.
- **Flessibilità:** offerta diversificata di servizi, non solo SAD, con attenzione alla personalizzazione degli stessi sulla base dei bisogni della persona.
- **Lavoro sulle interconnessioni:** tra le fasi dell'invecchiamento, tra setting diversi, tra competenze sanitarie e sociali.

Tenendo conto che l'invecchiamento è un processo che riguarda la persona anziana, la sua rete familiare, la comunità e la rete di servizi e che si articola in varie fasi connesse, l'idea di fondo del percorso di co-programmazione è poter vedere tale processo in tutte le sue dimensioni e sfaccettature per costruire coerenza e cura dei transiti.

Ha preso la parola l'Assessore dell'Alto Garda Chizzola Tiziano, che ha portato il benvenuto ai partecipanti e ha espresso apprezzamento per l'approccio innovativo. Ha seguito l'Assessora alle Politiche Sociali delle Giudicarie Strimmer Silvia, che ha sottolineato il cambiamento dello scenario sociale e dei bisogni delle persone anziane, e ha espresso entusiasmo per il confronto allargato.

Hanno portato i saluti anche la responsabile del servizio socio-assistenziale della Comunità dell'Alto Garda e Ledro Costanza Fedrigotti e la responsabile della Comunità delle Giudicarie Michela Fioroni, entrambe sottolineando il valore del lavoro comune tra i due territori e la responsabilità di essere il primo territorio a sperimentare questo percorso.

Il Presidente della Comunità dell'Alto Garda e Ledro Marocchi Giuliano ha tenuto un breve intervento istituzionale, richiamando i valori dell'autonomia trentina (visione, innovazione, coraggio) e l'importanza strategica di affrontare con urgenza le sfide demografiche dei prossimi 15-20 anni.

## 2. Presentazione del percorso: obiettivi, metodo e articolazione

La ricercatrice della Fondazione Demarchi Alba Civilleri ha illustrato la struttura del percorso partecipativo, articolato in 5 incontri:

- Tappa 1 (odierna): visione d'insieme del percorso della non autosufficienza, a partire dagli esiti delle interviste.
- Tappe 2, 3, 4: approfondimenti tematici sulle tre fasi del percorso di invecchiamento (iniziale; intermedia; conclamata).
- Tappa 5: approfondimento su strumenti operativi e iniziative comunitarie concrete da implementare a livello locale.

L'approccio metodologico scelto parte dalle persone e dalle loro storie (interviste a persone anziane e caregiver) per individuare cosa funziona e cosa non funziona, e per identificare cambiamenti concreti. Ogni incontro mira ad analizzare il gap tra l'orizzonte ideale e la realtà vissuta, e a definire proposte di azioni o strategie operative concrete.

### 3. Presentazione degli esiti delle interviste

Il professore Luca Fazzi presenta i primi esiti di 15 interviste qualitative condotte con persone anziane e caregiver nei due territori, organizzati secondo tre fasi del percorso della non autosufficienza:

#### Fase 1 – Iniziale

Il momento in cui compaiono i primi problemi è spesso caratterizzato da spaesamento emotivo, difficoltà a riconoscere la situazione, titubanza nel chiedere aiuto (stigma, vergogna), e mancanza di orientamento. Le principali difficoltà riguardano:

- Solitudine e isolamento (specialmente nelle zone periferiche)
- Difficoltà di mobilità
- Assenza di una rete familiare solida o frammentata
- Scarsa conoscenza dei servizi disponibili

Le risorse che aiutano in questa fase includono: ascolto, relazione fiduciaria, informazioni e rassicurazioni, orientamento verso una prospettiva di percorso.

#### Fase 2 – Intermedia

Quando l'equilibrio familiare si rompe e non è più possibile cavarsela da soli, emergono bisogni di assistenza adeguata (ore sufficienti, personale competente e capace di ascolto), continuità dei riferimenti e gestione del carico burocratico. Le principali criticità segnalate sono:

- Frammentazione dell'offerta e instabilità delle figure di riferimento
- Eccesso di burocrazia
- Difficoltà nell'accesso ai centri diurni (trasporti)
- Caregiver burnout: il carico aumenta nel tempo, erodendo la capacità di risposta della famiglia

Fondamentali in questa fase sono la possibilità di sollievo per i caregiver, la continuità dei servizi, il monitoraggio e la supervisione.

#### Fase 3 – Conclamata

Quando la domiciliarità non è più sostenibile, la famiglia arriva spesso in condizioni di esaurimento. I temi cruciali sono:

- Elaborazione consapevole e supportata della decisione di istituzionalizzazione
- Liste d'attesa lunghe
- Conflitti familiari nella gestione delle transizioni
- Ambienti non sempre adeguati ai bisogni
- Necessità di continuità relazionale anche dopo il trasferimento in struttura
- Tema del fine vita e del monitoraggio del familiare superstite

Il costo economico dell'assistenza (badante: circa 2.000 €/mese; RSA: compartecipazione) è stato segnalato come elemento determinante, ma spesso sottovalutato nella pianificazione.

#### **4. Discussione e confronto in plenaria**

Prima del lavoro in sottogruppo, si è tenuto un breve confronto. Tra i contributi principali:

- È stato sottolineato il duplice ruolo dei partecipanti: professionisti dei servizi e, al contempo, caregiver o potenziali caregiver dei propri familiari. Questa dimensione personale è stata ritenuta una risorsa di comprensione autentica.
- È emersa la necessità di allargare il concetto di "famiglia" anche a situazioni in cui il caregiver non è un familiare diretto (zii, vicini, amici) o in cui la persona anziana è completamente sola. La struttura demografica attuale rende questo un problema crescente.
- Ester Gubert della Fondazione Demarchi ha confermato che il profilo del caregiver non parentale è stato individuato nelle interviste e che la solitudine delle persone anziane senza rete è una delle questioni più urgenti da affrontare.

#### **5. Lavori in sottogruppo e restituzione in plenaria**

I partecipanti si sono divisi in tre sottogruppi (circa 10 persone ciascuno, con rappresentanza mista degli enti). A ciascun gruppo è stato chiesto di: integrare il quadro presentato con elementi emersi dalla propria esperienza; identificare le priorità di lavoro per i prossimi incontri, valutando l'impatto sulle persone e la realizzabilità degli interventi.

Il confronto ha richiesto il doppio del tempo previsto (circa un'ora), segno della ricchezza dei contributi. Di seguito la sintesi delle restituzioni:

##### **Gruppo 1**

Temi prioritari:

- Accompagnamento e progettazione personalizzata del percorso: emerso trasversalmente da più prospettive come priorità assoluta.
- Badanti: criticità sia nel reperimento sia nella supervisione della situazione in casa, anche questo tema prioritario da affrontare.
- Informazione della popolazione: valutata ad alto impatto e ad alta realizzabilità; molte persone non conoscono il funzionamento del sistema dei servizi.

Altri temi emersi:

- Trasporti: criticità nelle zone periferiche; parzialmente aggredibile, valorizzando gli strumenti esistenti.
- Resistenza a chiedere aiuto: da affrontare con lavoro culturale e accompagnamento.
- Differenze tra aree urbane e periferiche: sia per i trasporti sia per le reti informali di supporto.
- Risorse umane qualificate: tema molto importante, ma con basso potere di agire nel breve termine.
- Adattamento delle abitazioni: importante soprattutto in chiave preventiva.
- Ruolo del medico di medicina generale e dell'infermiere di comunità: importanti ma con margine d'azione limitato.

## **Gruppo 2**

- Pre-emersione del bisogno: area con grande potenziale di impatto preventivo; intercettazione precoce delle persone con scarsa rete; lavoro di buon vicinato; potenziamento della prossimità; mappatura delle risorse del territorio.
- Territorialità: distribuzione non uniforme dei servizi sul territorio (es. centro diurno) e superamento del confine geografico per rispondere alle necessità.
- Accompagnamento continuativo nelle diverse fasi: punti di riferimento stabili per le persone, al di là dell'erogazione del singolo servizio; include supporto sulla conciliazione lavoro-cura e su situazioni complesse.
- Integrazione dei sistemi informativi: cruciale, ma percepita come di bassa realizzabilità.
- Aree grigie nell'accesso ai servizi: persone che non rientrano nei criteri o arrivano troppo tardi; il volontariato, se meglio integrato nel sistema, potrebbe colmare alcune lacune intercettando situazioni di bisogni emergenti.
- Dimensione psicologica e tempi diversi tra persona anziana e caregiver: tema aperto su come integrarlo nell'operatività quotidiana dei servizi.
- Adattamento preventivo dell'abitazione.
- Fine vita: tema da non trascurare; l'accompagnamento è importante, soprattutto per chi non ha familiari.
- Insostenibilità della cura familiare: criticità già visibile oggi, destinata ad aggravarsi con i cambiamenti demografici e la prospettiva della solitudine.

## **Gruppo 3**

- Interconnessioni tra servizi: il SAD da solo non basta; occorre ragionare in termini di filiere integrate superando la frammentarietà (SAD + centri diurni + alloggi protetti + co-housing).
- Prevenzione: se non si interviene prima dell'arrivo ai servizi, questi vengono travolti dalla domanda di caregiver che si attivano tardivamente perché pongono resistenza al cambiamento e invecchiamento del proprio familiare; non accettazione
- Approccio per cicli di vita: lavoro operativo da strutturare sulle tre fasi individuate, identificando 2-3 snodi per ciascuna.

- Autodeterminazione della persona anziana: rifiuto interventi a bassa soglia e indisponibilità nel lasciare la propria casa anche se non adeguata.
- Personalizzazione dei progetti: soluzioni non tramite risposte standardizzate ma attenzione alle diverse situazioni e persone coinvolte.

Proposta operativa: creazione di una cartella condivisa (Google Drive) tra i partecipanti per mantenere attivo il lavoro tra un incontro e l'altro e rendere il tavolo più operativo.

## **Temi Prioritari Emersi**

---

A sintesi dei lavori di gruppo, i temi identificati come ad alto impatto e ad alta realizzabilità sui quali concentrare i prossimi incontri sono:

- Informazione e accessibilità ai servizi: aumentare la consapevolezza della popolazione sul sistema di offerta disponibile.
- Accompagnamento e progettazione personalizzata del percorso: garantire continuità di riferimento per le persone anziane e le famiglie nelle diverse fasi.
- Intercettazione precoce e prevenzione: agire prima che il bisogno diventi emergenza, attraverso il lavoro di comunità e la mappatura delle risorse.
- Integrazione dei servizi: superare la logica del SAD come prestazione isolata e passare a filiere integrate di sostegno.
- Dimensione economica: considerare il costo dell'assistenza come variabile sistemica, non individuale.

## **Prossimo Incontro**

---

Il secondo incontro si terrà a Tione il 30 marzo e si concentrerà sulla prima fase del percorso della non autosufficienza (emersione del bisogno), con vignette tratte dalle interviste e con attività di gruppo per individuare azioni concrete.

Le date degli incontri successivi sono: 15 aprile a Riva del Garda; 6 maggio a Tione; 20 maggio a Riva del Garda.