

VERBALE

Terzo 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

Data	15/04/2026
Ora	9:30 – 12:30
Luogo	Riva del Garda
Promotore	Provincia Autonoma di Trento – Servizio Politiche Sociali
Organizzatori	Fondazione De Marchi / 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 TRENINO "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	

COOPERATIVA SOCIALE ASSISTENZA	
CASA ASSISTENZA APERTA "APPOLONIA BALDESSARI"	
ASUIT – Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino – Distretto Sud	Scozzafava Carmela Valenti Federica, Bortolotti Chiara
Comunità Alto Garda e Ledro	Fedrigotti Costanza, Rigatti Lara, Bazzoli Iva, Veronese Sabrina
Comunità delle Giudicarie	Fioroni Michela, Gottardi Chiara, Fioroni Cinzia, Katia Rossi
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO - Servizio politiche sociali	Miglioli Annasofia, Cetto Elena, Rottaris Federica, Marianna Battiloro, Elena Nardin, Sartori Federica
FONDAZIONE FRANCO DEMARCHI - Osservatorio Amministrazione Condivisa OAC	Civilleri Alba, Gubert Ester, Luca Fazzi
Assessore alle Politiche Sociali Comunità Giudicarie	Strimmer Silvia
Assessore alle Politiche Sociali Comunità Alto Garda e Ledro	Chizzola Tiziano

Ordine del Giorno

- Approvazione del verbale del secondo incontro
- Riepilogo del percorso e restituzione della sintesi della Fase 1 (emersione del bisogno)
- Introduzione alla Fase 2: cura domiciliare
- Lavori in tre sottogruppi sulle vignette
- Plenaria: restituzione dei gruppi, discussione e sintesi

Svolgimento della Riunione

1. Apertura e riepilogo del percorso e degli esiti attesi

La riunione si è aperta con un intervento di Annasofia Miglioli (Direttrice dell'Ufficio programmazione e sviluppo, Servizio politiche sociali, Provincia Autonoma di Trento), che ha ridato la cornice complessiva del percorso ricordando i passaggi già compiuti e quelli ancora da fare:

- 1° incontro: presentazione del tavolo, principi di azione e delineazione delle fasi del ciclo di vita da esplorare.

- 2° incontro: analisi della Fase 1 – emersione del bisogno.
- 3° incontro (odierno): analisi della Fase 2 – cura domiciliare.
- 4° incontro: analisi della Fase 3 – residenzialità.
- 5° incontro: definizione del documento finale di co-programmazione.

È stato ribadito che l'obiettivo finale del tavolo è redigere un documento di co-programmazione che individui bisogni, interventi necessari, modalità di realizzazione e risorse, fornendo la cornice di riferimento per le future scelte di finanziamento e di affidamento dei servizi da parte delle due Comunità di Valle. Il documento non prevederà già le modalità di finanziamento e di affidamento, ma ne costituirà il presupposto. Si è sottolineato che il modello non deve limitarsi a descrivere l'esistente, ma deve esplorare anche interventi innovativi e futuri.

2. Restituzione e sintesi della Fase 1

Il professor Fazzi ha presentato la sintesi del lavoro svolto nel secondo incontro, basata sull'aggregazione dei contributi dei tre gruppi dell'incontro precedente (visibile nel dettaglio in una mappa concettuale che sarà condivisa su Drive).

Area 1 – Informazione e orientamento

Nella fase iniziale della non autosufficienza le persone sono spesso disorientate e non sanno a chi rivolgersi. I bisogni emersi riguardano l'informazione, l'orientamento, l'ascolto e la presenza di una figura di riferimento. Le implicazioni per l'offerta sono:

- Aumentare la capillarità dei canali informativi, superando il rischio che Spazio Argento rimanga un punto isolato, raggiungibile solo dai casi più gravi.
- Promuovere canali informativi di prossimità; organizzare momenti informativi sul territorio sulla non autosufficienza.
- Coinvolgere le reti locali (associazioni, patronati e altri attori territoriali) come canali di accesso.
- Costruire una rete informativa, coinvolgendo medici di medicina generale, reti di volontariato, associazioni.

Area 2 – Osservazione e valutazione

Il focus degli interventi non deve essere solo sulla persona anziana, ma sull'unità anziano-caregiver (tenendo conto anche degli anziani soli, privi di rete). Le implicazioni per l'offerta sono:

- Monitorare, osservare e sostenere sia l'anziano sia il caregiver.
- Lavorare non solo sui servizi diretti, ma anche sul sistema più ampio, sostenendo gli attori informali che svolgono parte della cura, per ridurre il carico sui servizi formali.
- Sviluppare strumenti di valutazione e di monitoraggio dell'intero sistema di cura, centrati sull'unità anziano-caregiver.
- Le risorse possono provenire da fonti diverse (PAT, progetti sperimentali, ecc.): questo aspetto sarà definito una volta completato il quadro complessivo.

Area 3 – Accompagnamento, punti di riferimento e progettualità

Nella fase iniziale le persone vivono nel "qui e ora" e faticano a progettare. Avere punti di appoggio stabili e supporto nella progettazione del percorso è fondamentale per evitare di arrivare ai servizi in condizioni di emergenza. Le implicazioni per l'offerta sono:

- Garantire punti di appoggio stabili e una linea di continuità (anche senza presa in carico diretta), ad esempio attraverso i servizi sociali o il socio-sanitario.
- Offrire consulenza sulla progettazione del percorso evolutivo: orientare la persona e la famiglia fin dall'inizio su come prepararsi (adattamento dell'abitazione, ausili, ecc.) per rallentare l'accelerazione verso l'istituzionalizzazione.
- Attivare la raccolta di informazioni e il monitoraggio per le situazioni più a rischio.
- Predisporre punti di consulenza per la progettazione dei percorsi evolutivi, con personale qualificato.

Fazzi ha sottolineato il collegamento con la Fase 2 oggetto dell'incontro odierno: un sistema di assistenza domiciliare funziona meglio se riceve persone con una minima progettazione alle spalle e con uno sguardo già rivolto ai familiari. Senza questa "preparazione a monte", le cooperative e i servizi si trovano a dover gestire da soli situazioni che non possono affrontare in modo efficace.

3. Discussione: integrazione socio-sanitaria

Prima di avviare i lavori di gruppo, è emerso un contributo importante sul tema dell'integrazione socio-sanitaria. Fedrigotti Costanza (responsabile dei servizi sociali dell'Alto Garda) ha segnalato che l'apertura della Casa della Comunità a Riva del Garda – avvenuta nei giorni precedenti – ha evidenziato uno scollamento ancora presente tra i diversi sistemi: i servizi sociali, la sanità territoriale, Spazio Argento e gli altri attori procedono ancora in parte su binari separati, con il rischio che l'onda demografica in arrivo travolga tutti.

Il professor Fazzi ha accolto l'osservazione come centrale e propedeutica al lavoro del 5° incontro: una volta completato il quadro complessivo delle fasi e degli interventi, il passo successivo sarà posizionare i diversi attori (sociale, sanitario, terzo settore) sulle varie azioni, verificando come collaborano e dove si collocano i rispettivi servizi. Il quadro condiviso è la preconditione affinché la collaborazione tra gli attori abbia una ratio esplicita e un vantaggio reciproco riconoscibile.

4. Consegne per i lavori di gruppo – Fase 2: cura domiciliare

Alba Civilleri ha illustrato la struttura della mappa concettuale per la co-programmazione su Google Drive, che raccoglie i contributi di tutti gli incontri e costituirà la base del documento finale. I campi della mappa concettuale (temi/bisogni, finalità, obiettivi specifici, azioni/interventi, risorse, ruoli) ricalcano la struttura riportata nelle linee guida sulla sperimentazione e del documento di esito della co-programmazione.

Le consegne per i gruppi sono rimaste invariate rispetto al secondo incontro:

- I tre gruppi rimangono gli stessi dei precedenti incontri. È stato richiesto di scegliere un portavoce diverso rispetto alla volta precedente.
- Ogni gruppo riprende la propria vignetta nella fase successiva del percorso.

- Prima parte (circa 40 minuti) – Fase esplorativa: quali sono i principali temi, bisogni, criticità che emergono dalla vignetta o da situazioni simili? (livelli: persona, famiglia/caregiver, comunità, servizi)
- Seconda parte (circa 40 minuti) – Proposte concrete: quali azioni mettere in campo, con quali risorse e con quale distribuzione di ruoli tra gli attori?
- I gruppi sono stati invitati a concludere tra le 11:30 e le 11:35 per lasciare più spazio alla plenaria.

5. Restituzione in plenaria

Gruppo 1 – Vignetta Mario e Lisetta

Temi, bisogni e criticità emersi:

- Turnover e discontinuità degli operatori nell'assistenza domiciliare: il continuo cambio di personale genera nel beneficiario disagio, senso di insicurezza e mancata accettazione del servizio, con conseguente difficoltà nello svolgimento delle cure da parte di figure percepite come estranee.
- Bisogno economico: l'aumento dei bisogni assistenziali comporta costi sempre più elevati, mettendo in difficoltà la sostenibilità economica della famiglia e limitando la possibilità di garantire continuità e qualità dell'assistenza.
- Sistema di supporto informale al collasso. Il bisogno assistenziale aumenta esponenzialmente (es. problemi di mobilità della moglie e quindi difficoltà di accompagnamento a visite) ma non aumenta la risposta al bisogno.
- Bisogno di supporto psicologico e contrasto all'isolamento del caregiver.
- Frammentazione tra percorsi sociali e sanitari: la separazione tra i servizi sociali e sanitari data dal passaggio di competenze comporta un cambiamento di regia e di riferimenti professionali al variare del servizio attivato, generando discontinuità nella presa in carico, difficoltà di coordinamento e possibile disorientamento per l'utente e il nucleo familiare.

Proposte concrete:

- Promozione della continuità relazionale nell'assistenza domiciliare: adozione, da parte degli enti gestori, di modelli organizzativi e strumenti di gestione del personale orientati alla stabilità degli operatori sui casi, al fine di favorire la costruzione di relazioni di fiducia con il nucleo familiare. Ciò implica l'introduzione di leve motivazionali, percorsi formativi e modalità organizzative che valorizzino il ruolo dell'operatore non solo come esecutore di prestazioni, ma come figura di riferimento stabile nel percorso assistenziale.
- Valutazione e orientamento alle risorse economiche: attivazione di un supporto professionale per l'analisi della situazione economica del nucleo familiare, accompagnato da attività di informazione e affiancamento nell'accesso alle altre misure di sostegno disponibili (contributi, agevolazioni, servizi), al fine di alleggerire il carico economico e garantire maggiore sostenibilità dell'assistenza. A tal fine andrebbe potenziata la rete con altri servizi/uffici (patronati etc). L'intervento è rivolto all'intero nucleo, con particolare attenzione al caregiver, attraverso attività di orientamento e accompagnamento nell'accesso ai diritti e alle tutele previste (es.

Legge 104/92), nonché alle opportunità di sostegno economico e ai servizi disponibili, al fine di rafforzare le capacità di cura e ridurre il carico assistenziale complessivo.

- Potenziamento e integrazione delle risposte territoriali: attivazione e rafforzamento di servizi complementari al supporto informale, attraverso il coinvolgimento di progettualità innovative (es. progetti 3.3.D), il potenziamento dell'offerta dei centri diurni e lo sviluppo di soluzioni abitative collaborative (cohousing). L'obiettivo è ampliare la rete di sostegno, distribuire il carico assistenziale e garantire una risposta più continuativa e sostenibile all'aumento dei bisogni.
- Attivazione di supporto psicosociale e reti di sollievo: presa in carico del caregiver da parte del servizio sociale con offerta di supporto psicologico professionale e momenti di ascolto strutturati, integrata da azioni di contrasto all'isolamento attraverso la promozione e l'attivazione di gruppi di auto-mutuo aiuto, incontri tra caregiver e spazi informali e di socializzazione dedicati, al fine di sostenere il benessere emotivo e rafforzare le risorse relazionali.
- Regia unitaria e continuità della presa in carico: definizione di un unico referente/coordinatore del caso che accompagni l'utente e il nucleo familiare lungo tutto il percorso assistenziale, indipendentemente dal servizio attivato (SAD, ADI, ecc.), garantendo integrazione tra ambito sociale e sanitario, continuità degli interventi, semplificazione dei passaggi e maggiore chiarezza nei riferimenti.

Gruppo 2 – Vignetta Gilberto e Stefania

Temi, bisogni e criticità emersi:

- Dalla nostra esperienza professionale, di fronte all'aggravarsi delle situazioni di bisogno, c'è spesso un divario tra ciò che dovrebbe accadere e ciò che, invece, accade. Se, infatti, ci sono sia sistemi di presa in carico territoriale a livello sociale sia a livello sanitario (es. Piano di assistenza domiciliare sanitario), il problema è quello dell'aggancio: come arriva la persona ad entrare in questi percorsi di accompagnamento? Ci sono infatti necessità di supporto che restano inascoltate e non vengono incanalate nei percorsi esistenti finché non esplodono.
- Manca un approccio progettuale. C'è una tendenza ad agire solo quando scatta l'emergenza, sia da parte degli anziani e delle famiglie, sia da parte dei professionisti. La stessa valutazione dei bisogni si concentra sul qui e ora e tiene poco conto di come il bisogno potrebbe evolvere in futuro. Bisogna investire sul prima e su un accompagnamento nel tempo delle persone anziane.
- Come conseguenza del punto precedente, le fasi "di mezzo" del percorso della non autosufficienza possono rivelarsi le più pesanti per la famiglia in quanto la persona non ha ancora accesso a interventi ad elevata intensità assistenziale.
- La fragilità della rete familiare e dei supporti che può offrire mette in discussione la sostenibilità di una soluzione domiciliare in casi ad elevata complessità sanitaria.
- Attenzione alla salute dei caregiver: se non salvaguardati, possono diventare a loro volta soggetti che necessitano di assistenza.

- Il tema dei trasporti nelle aree periferiche, che può compromettere l'accesso ai servizi, anche quando questi sono presenti, e comportare maggiori rischi (es. istituzionalizzazione anticipata).
- Diffusa difficoltà tra gli anziani ad accettare di spendere soldi per l'assistenza.

Proposte concrete:

Il gruppo si è concentrato sui cambiamenti che possono essere implementati nel breve termine. Infatti, i cambiamenti più urgenti e che potrebbero portare a una maggiore integrazione dei percorsi di assistenza richiedono una struttura normativa più coerente e che non vada solo su binari paralleli, come è attualmente.

- Lavoro culturale con la popolazione anziana e i suoi familiari per promuovere un approccio più progettuale ai percorsi di invecchiamento e di fragilità in età anziana. Ad esempio, si potrebbe promuovere una pianificazione finanziaria per la gestione dell'assistenza.
- Lavoro culturale e formazione con la comunità professionale nel promuovere un approccio progettuale ai percorsi di non autosufficienza a partire dalle modalità di valutazione del bisogno.
- Introdurre uno strumento per lo screening e il monitoraggio dell'andamento del percorso di invecchiamento. Potrebbe essere in forma di libretto della terza età, aggiornato periodicamente con informazioni sullo stato di salute della persona e sulla sua condizione abitativa e familiare. Lo screening dovrebbe essere a tappeto ed agganciarsi a momenti di contatto che i cittadini (over 65 o 75) già hanno con il soggetto pubblico (es. rinnovo patente, visita con MMG). Rimane da individuare il soggetto che potrebbe prendersi a carico questo intervento e le risorse che vi si potrebbero incanalare. L'obiettivo è incentivare un sistema di accompagnamento che agisca in modo preventivo e promuova un approccio progettuale all'età anziana, soprattutto in presenza di fragilità e di non autosufficienza.

Gruppo 3 – Vignetta signora Rita

Temi, bisogni e criticità emersi:

- La frequente rotazione del personale SAD non consente la costruzione di una relazione significativa, facendo percepire il servizio come meramente prestazionale e non come un reale supporto alla persona.
- Si registra un peggioramento delle condizioni di salute, con la comparsa di iniziali lesioni da decubito, che rende necessaria la valutazione dell'attivazione del servizio infermieristico domiciliare e quindi si configura il passaggio da servizi socioassistenziali a servizi sanitari.
- I presidi forniti (pannoloni) risultano insufficienti rispetto ai bisogni attuali.
- L'analisi complessiva evidenzia come, a fronte di un importante impiego di risorse sia pubbliche che private, non sia stato affrontato in modo efficace il problema della solitudine.

- Anche ipotizzando una migliore organizzazione dei servizi attualmente attivi, si ritiene che tale assetto non sia sufficiente a rispondere in modo adeguato ai bisogni complessivi della persona, in particolare sul piano relazionale e preventivo.
- Un ulteriore elemento critico è rappresentato dall'assenza di una figura di case manager, ovvero di un referente unico in grado di garantire una presa in carico globale e integrata della situazione. La presenza di tale figura avrebbe potuto: migliorare il coordinamento tra i servizi; attivare interventi preventivi più tempestivi; contenere il peggioramento dello stato di salute; ridurre il rischio di isolamento sociale, attivando eventuali forme di volontariato; ottimizzare l'utilizzo delle risorse, evitando l'attivazione di ulteriori servizi sanitari.

Proposte concrete:

- Il gruppo di lavoro ha quindi evidenziato la necessità di sviluppare modelli di intervento più modulari e integrati, individuando nel case management uno strumento fondamentale. In tal senso, si è ipotizzata non tanto una figura singola, quanto un approccio di équipe multidisciplinare, che coinvolga i diversi attori: servizi sociali; servizi sanitari; operatori SAD; collaboratrice domestica; rete informale (familiari e vicini). Tale équipe dovrebbe interfacciarsi costantemente con la signora Rita e con il figlio, garantendo un monitoraggio continuo e una gestione coordinata degli interventi.
- Potenziale inserimento della signora in un contesto di housing sociale o abitare accompagnato. Tale soluzione potrebbe consentire: una risposta più efficace ai bisogni assistenziali; la riduzione della solitudine; un miglioramento della qualità della vita; un possibile contenimento della spesa pubblica complessiva.

Prossimi incontri

Il quarto incontro approfondirà la Fase 3 del percorso (residenzialità), e si terrà a Tione il 6 maggio dalle 9:30 alle 12:30.

L'ultimo incontro, che si terrà a Riva del Garda, viene posticipato a martedì 26 maggio, anziché al 20 maggio, in modo da poter presentare una prima bozza del documento di co-programmazione finale.