

VERBALE

Quarto 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	6 maggio 2026
Ora	9:30 – 12:30
Luogo	Tione
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	
A.P.S.P. GIACOMO CIS	Dubini Marisa
A.P.S.P. RESIDENZA MOLINO	Fugatti Stefania
FONDAZIONE COMUNITÀ DI ARCO A.P.S.P.	Pollini Laura
ARCOBALENO SCS	Dossi Chiara
AVULSS ALTO GARDA E LEDRO ODV	Colo' Maddalena
TAGESMUTTER DEL TARENTINO "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	

COOPERATIVA SOCIALE ASSISTENZA	Maltratti Patrizia
CASA ASSISTENZA APERTA "APPOLONIA BALDESSARI"	Mazzurana Claudio
ASUIT – Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino – Distretto Sud	Elisa Casagrande, 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, Sartori Nadia, Rossi Katia
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO - Servizio politiche sociali	Miglioli Annasofia, Cetto Elena, Marianna Battiloro, Elena Nardin, Pedulla Desiree
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 terzo incontro
- Presentazione della Mappa della domiciliarità aggiornata
- Lavori in sottogruppo: parte 1 – commenti e integrazioni alla mappa; parte 2 – vignetta sulla Fase 3
- Plenaria: restituzione dei tre gruppi e discussione
- Indicazioni operative per il 5° incontro e il documento finale

Svolgimento della Riunione

1. Apertura e presentazione della Mappa della domiciliarità

Alba Civilleri (Fondazione Demarchi) ha aperto i lavori illustrando la Mappa della domiciliarità aggiornata, che raccoglie e struttura tutti i contributi emersi nei tre incontri

precedenti. La mappa rappresenta il cuore del documento finale di programmazione e si articola in quattro livelli di lettura:

- bisogni da soddisfare;
- finalità: i cambiamenti attesi, raggruppati per funzioni;
- obiettivi specifici: cosa si vuole ottenere concretamente;
- interventi: le proposte operative emerse dai gruppi, con la colonna risorse ancora da completare.

La struttura è sia orizzontale (le quattro fasi del percorso di non autosufficienza: fase precedente, fase iniziale, fase intermedia, fase avanzata) sia verticale (per ogni fase, la lettura dall'alto verso il basso segue la logica bisogni → finalità → obiettivi → interventi).

È stata segnalata la presenza di un blocco separato dedicato alle azioni trasversali a tutte le fasi, che raccoglie le funzioni di accompagnamento personalizzato (ascolto, orientamento, continuità assistenziale, personalizzazione) valide indipendentemente dallo stadio di non autosufficienza.

La sezione relativa alla Fase 3 era ancora vuota al momento dell'incontro e sarebbe stata completata sulla base degli esiti dei lavori odierni.

È stato inoltre comunicato che la bozza del documento finale (con struttura e indice) sarebbe stata condivisa su Google Drive dopo l'incontro, con la richiesta ai partecipanti di inserire commenti e integrazioni, anche in forma di appunti o punti da trattare, entro il 26 maggio.

Il verbale del terzo incontro è stato dato per approvato in assenza di osservazioni.

2. Consegne per i lavori di gruppo

I tre gruppi si sono riuniti negli stessi spazi degli incontri precedenti, con un portavoce diverso rispetto all'ultima sessione. Le consegne erano strutturate in due parti:

- Prima parte – Commento alla mappa: verificare se i contenuti sintetizzati nella mappa rispecchiano i contributi dei gruppi; segnalare eventuali integrazioni, modifiche o elementi mancanti; distinguendo tra ciò che rientra nel perimetro d'azione del tavolo e ciò che è rilevante ma esterno ad esso.
- Seconda parte – Vignetta sulla Fase 3: lavorare sui propri casi (Mario e Lisetta / Gilberto / la signora Rita) portandoli alla fase avanzata del percorso, con focus sulla transizione dalla domiciliarità alla residenzialità. Domanda guida: in che modo si affronta la transizione dalla fase intermedia a quella avanzata? La griglia fornita guidava i gruppi a ragionare per temi/bisogni, interventi, modalità di realizzazione e risorse.

Restituzione in Plenaria – Lavori di Gruppo

Gruppo 1

Contributi sulla mappa:

- Sensibilizzazione nelle scuole: proposta di inserire, tra gli interventi della fase precedente alla non autosufficienza, azioni di sensibilizzazione rivolte ai ragazzi, con finalità preventive e culturali a lungo termine.
- Fase iniziale – Screening sociale: oltre agli interventi già previsti, proposta di uno strumento di screening sociale per l'intercettazione precoce dei bisogni. Proposta di adottare uno strumento di valutazione multidimensionale a tal fine.
- Le dimissioni protette sono indicate come un possibile spazio di valutazione e di orientamento, anche in situazioni in cui il bisogno sociale non è ancora riconosciuto.
- Integrazione della rete: prima dei tavoli di coordinamento già previsti, serve una fase di condivisione dei significati e delle visioni tra i soggetti, per costruire un'integrazione reale e non solo formale. Proposta di sviluppare forme di confronto preliminare tra gli attori.
- Fase intermedia – Volontariato: arricchire la collaborazione con il volontariato a partire dalle fasi precedenti, il ruolo del volontariato è trasversale alle fasi e può agire anche già nelle azioni di sensibilizzazione.
- Screening sociale del caregiver per intervenire sulla riduzione del carico assistenziale.
- Per garantire maggiore stabilità degli operatori a domicilio, si rafforza la proposta di costituire team dedicati a casi specifici, con l'obiettivo di migliorare la qualità e la continuità del servizio.

Vignetta – Caso Mario e Lisetta:

Il caso si è evoluto: Mario è affetto da Alzheimer, con condizioni in peggioramento. E' stato richiesto il SAD anche nel fine settimana, ma non è disponibile; la moglie Lisetta è in gravi difficoltà fisiche ed emotive; la rete familiare dei figli è anch'essa sotto pressione. C'è stata una domanda di indennità di accompagnamento respinta. Il nucleo familiare vive in affitto e l'unica entrata è quella di Mario.

Bisogni individuati:

- Bisogno assistenziale ampliato: la situazione richiede interventi più continui e mirati.
- Bisogno economico: reddito insufficiente, assenza di riconoscimento dell'invalidità, spese crescenti.
- Bisogni emotivi del caregiver;
- Bisogno informativo del caregiver: Lisetta non riconosce o non considera alcune delle opzioni disponibili.

Interventi proposti:

- Potenziamento del SAD e della badante per garantire la continuità assistenziale.
- Centro diurno – anche Alzheimer – con orari ampliati e accesso basato sul bisogno reale, non solo sulla disponibilità del posto.
- Co-housing sia formale sia informale, come alternativa meno strutturata alla RSA.
- Famiglie di affiancamento: famiglie aperte e disponibili che affianchino il nucleo, come forma innovativa di supporto.
- Contributo pubblico a sostegno dell'assistenza privata nelle fasi in cui i requisiti per le prestazioni ordinarie non sono ancora maturati (ad es. prima del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento).

- Lavoro di avvicinamento graduale di Lisetta e Mario verso soluzioni che oggi non sono ancora considerate.

Gruppo 2

Contributi sulla mappa:

- La struttura della mappa è condivisa e coerente. La criticità segnalata riguarda il livello degli interventi: molti sono ancora formulati come obiettivi ("rispettare l'identità della persona") anziché come azioni concrete. Il gruppo ha lavorato per tradurli in strumenti operativi.
- Guida per la terza età: proposta di uno strumento informativo personalizzato (sul modello del libretto pediatrico o della guida alla gravidanza) che accompagni la persona anziana nel suo percorso. Potrebbe essere disponibile sia in formato cartaceo sia in formato digitale, con accesso differenziato in base al ruolo professionale. Questo strumento risolverebbe anche il problema di monitoraggio e di personalizzazione segnalato in altri box della mappa.
- Sistema informativo integrato: invece di costruire nuovi strumenti, si propone di potenziare e sfruttare appieno il fascicolo elettronico già esistente (ETTON o il Fascicolo socio-sanitario integrato), rendendolo accessibile anche agli assistenti domiciliari con un livello di abilitazione appropriato.
- In tema di formazione delle assistenti domiciliari, si propone un piano di affiancamento per i neoassunti, volto a garantire una formazione omogenea e un livello minimo di competenze, indipendentemente dal soggetto gestore.
- Sarebbe auspicabile intervenire anche sul quadro normativo per agganciare le badanti alla rete professionale dell'assistenza. Potrebbero, ad esempio, avere accesso al sistema informativo integrato.
- Filiera controllata per le badanti: superare la logica del contributo economico alle famiglie (che poi si arrangiano autonomamente) e includere le badanti in un circuito integrato di servizi e cooperative, con ruoli definiti e un monitoraggio.
- Pacchetti di assistenza modulari: anziché pensare a "contenitori" fissi (RSA, SAD ordinario, ecc.), si propone di costruire pacchetti di intervento attivabili in base al bisogno, con la possibilità di variare rapidamente l'intensità. Un pacchetto può includere, ad esempio, assistenza notturna da parte di un badante, SAD diurno e supporto infermieristico, senza richiedere l'istituzionalizzazione.

Vignetta – Caso Gilberto:

Gilberto, 68 anni, dipendenza da alcol, tumore cerebrale, crisi epilettiche. La sorella anziana e la nipote Stefania non riescono più a gestirlo. Già esperiti posti di sollievo e altre soluzioni. Gilberto avrebbe disponibilità economica, ma è in stallo: non raggiunge il punteggio per l'accesso alla RSA tramite l'UVM, mentre il domicilio non regge più.

Attualmente la filiera prevede: valutazione per cure palliative o Hospice; eventuale SAD con cure infermieristiche domiciliari; gestione del problema della dipendenza da parte del Ser.D.

Interventi proposti nel caso le risorse attuali non fossero accessibili:

- Attivazione di un pacchetto di assistenza integrato: assistenza domiciliare diurna e notturna (eventualmente con badante in filiera controllata) e supporto infermieristico.
- Sostegno contemporaneo a Gilberto e alla sorella anziana: un unico progetto di presa in carico che risponda ai bisogni di entrambi, sollevando la nipote Stefania dal doppio carico.
- Progetto di inserimento sociale leggero (ad es. alcune ore settimanali di supporto per la spesa, accompagnamento e socializzazione) per mantenere la persona connessa alla comunità.
- Riflessione critica sul sistema di classificazione dei bisogni: alcune persone finiscono in RSA pur non avendone bisogno, mentre altre non vi accedono per limiti di punteggio. Il sistema va rivisto in un'ottica di risposta al bisogno reale, non solo alla soglia formale.

Gruppo 3

Contributi sulla mappa:

- Campagne informative allargate: non solo rivolte agli anziani come target finale, ma anche trasversali (es. campagne sul tema dell'abitare anziano rivolte a geometri, ingegneri, urbanisti).
- Formazione trasversale: nella fase precedente alla non autosufficienza, proposta di una formazione "quasi obbligatoria" e capillare per tutti gli operatori e per la popolazione, sulle modalità di cura territoriale.
- Valorizzare i canali informali già frequentati dagli anziani come punti di accesso e di sensibilizzazione (non solo sportelli dedicati).
- Sostegno al volontariato e alle associazioni locali, con focus sulla comunità, da affiancare, nella fase intermedia, a un approccio più centrato sul caso specifico.
- Strumenti contrattuali flessibili per gli assistenti domiciliari: per rispondere alle rigidità delle attuali convenzioni e rendere il servizio più modulabile.
- Check list per la valutazione periodica multidimensionale: strumento semplice per modulare l'intensità degli interventi nel tempo, da usare come alternativa agile alle valutazioni formali più complesse.

Vignetta – Caso Rita:

La signora Rita, 80 anni, vive da sola in un appartamento senza ascensore. Ha difficoltà di movimento, usufruisce di SAD e della consegna dei pasti. La rete familiare è debole: un figlio lontano che chiama ogni tanto, una figlia con cui il rapporto è interrotto. Cade in casa e si frattura il femore, viene ricoverata. Al momento della dimissione emerge il problema: non può rientrare nell'appartamento (barriere architettoniche); il costo dell'assistenza è fuori dalla sua portata; ha poca informazione sui servizi disponibili.

Bisogni individuati:

- Problema abitativo temporaneo + non autosufficienza temporanea (post-frattura): il sistema attuale non dispone di strumenti adeguati per questo tipo di situazione transitoria.

- Mancanza di una struttura a bassa soglia per persone con bisogni variabili e temporanei: c'è un vuoto tra il domicilio e le strutture residenziali stabili.
- Bisogno economico: compartecipazione ai servizi difficilmente sostenibile.
- Bisogno di coordinamento della rete: il medico di base è una figura importante, ma raramente è collegato al sistema dei servizi sociali e domiciliari.

Interventi proposti:

- Strutture a bassa soglia, anche in forma sperimentale, per persone con bisogni variabili e non definitivi (es. post-acuzie, situazioni temporanee prima del rientro a domicilio o dell'ingresso in RSA).
- Figura del coordinatore di percorso: raccordo tra ospedale, medico di base, servizi sociali, SAD e PSP, con funzione di continuità e di regia.
- Ampliamento dell'offerta delle APSP anche a domicilio.
- Soluzioni abitative con compartecipazione degli utenti: co-housing anche sperimentale, con un aggiornamento normativo che consenta forme innovative.
- Rete aggiornata e con cadenza fissa: tutti i soggetti sperimentatori e innovatori del territorio devono essere connessi tra loro, con incontri regolari e mandati definiti.
- Sensibilizzazione delle categorie tecniche (geometri, ingegneri, imprese edili) all'adeguamento delle abitazioni per l'invecchiamento attivo.
- Utilizzo di risorse private e pubbliche (fondi sperimentali, fondazioni, risorse PAT) a sostegno di soluzioni innovative.

Discussione finale

- Riconoscimento condiviso della mappa: tutti e tre i gruppi si sono riconosciuti nella struttura e nei contenuti della mappa, con integrazioni puntuali ma senza stravolgimenti. Alcune parti della mappa contengono ancora obiettivi formulati come interventi, che saranno affinati nel documento finale.
- I partecipanti sono invitati a contribuire alla bozza del documento finale, che verrà condivisa su Drive. Gli interventi sul testo possono avvenire in forma di commento o in modalità di revisione.
- Il 5° e ultimo incontro è fissato per il 26 maggio 2026. Sarà dedicato al confronto sul documento finale di programmazione, che arriverà già strutturato con i contributi di tutti e quattro gli incontri precedenti. I partecipanti sono invitati a intervenire sul documento Drive prima di quella data.
- Dopo il 26 maggio, il tavolo formale si concluderà, ma resteranno aperte alcune settimane per il coordinamento finale e la chiusura del documento entro il 30 giugno 2026.

Prossimo Incontro

26 maggio a Riva del Garda dalle 9.30 alle 12.30