

DOCUMENTO FINALE DI CO-PROGRAMMAZIONE

Sistema a sostegno della domiciliarità delle persone anziane e dei loro familiari

Comunità delle Giudicarie Comunità Alto Garda e Ledro



A cura della Cabina di Regia di Spazio Argento
in collaborazione con: Provincia Autonoma di Trento e
Osservatorio dell'Amministrazione condivisa Fondazione F. Demarchi

A cura di:



Comunità delle Giudicarie
Comunità Alto Garda e Ledro

Hanno partecipato al Tavolo di co-programmazione

Marianna Battiloro, Iva Bazzoli, Chiara Bortolotti, Elisa Casagrande, Elena Cetto, Alba Civilleri, Tiziano Chizzola, Maddalena Colò, Chiara Dossi, Marisa Dubini, Luca Fazzi, Costanza Fedrigotti, Cinzia Fioroni, Michela Fioroni, Stefania Fugatti, Stefania Giacometti, Chiara Gottardi, Ester Gubert, Alessandra Liviero, Lara Malfer, Patrizia Maltratti, Claudio Mazzurana, Nicoletta Michelotti, Annasofia Miglioli, Elena Nardin, Desirée Pedulla, Martino Pellizzari, Laura Pollini, Matteo Radoani, Lara Rigatti, Katia Antonella Rossi, Federica Rottaris, Federica Sartori, Nadia Sartori, Carmela Scozzafava, Silvia Strimmer, Federica Valenti, Sabrina Veronese

Il percorso è stato realizzato in collaborazione con:

Provincia Autonoma di Trento - Servizio Politiche Sociali



Fondazione Franco Demarchi - Osservatorio sull'Amministrazione Condivisa



PREMESSA

L'evoluzione demografica in atto pone le istituzioni locali di fronte a una delle più rilevanti sfide sociali dei prossimi decenni.

L'aumento della popolazione anziana, l'allungamento della vita media e la crescente complessità dei bisogni assistenziali e relazionali richiedono infatti una profonda riflessione sulla capacità dei sistemi di welfare di accompagnare le persone e le loro famiglie lungo i percorsi dell'invecchiamento, garantendo risposte appropriate, sostenibili e sempre più integrate.

È in questa prospettiva che la Comunità Alto Garda e Ledro e la Comunità delle Giudicarie hanno scelto di investire con convinzione nel percorso di co-programmazione dedicato al sistema di sostegno della domiciliarità delle persone anziane e dei loro familiari, riconoscendo nella programmazione partecipata uno strumento fondamentale per costruire politiche pubbliche capaci di interpretare i cambiamenti sociali e orientare efficacemente lo sviluppo dei servizi.

L'adesione alla sperimentazione promossa dalla Provincia autonoma di Trento, in qualità di territori pilota per l'attuazione della seconda fase delle Linee di indirizzo provinciali, ha rappresentato al tempo stesso un'opportunità ed una responsabilità.

Un'opportunità per contribuire concretamente all'innovazione del sistema territoriale dei servizi e alla definizione di modelli organizzativi maggiormente rispondenti ai bisogni emergenti; una responsabilità perché il ruolo affidato ai nostri territori richiede la capacità di sperimentare, valutare e condividere esperienze e conoscenze che possano costituire patrimonio comune e riferimento per l'intero sistema provinciale.

La sfida della domiciliarità, infatti, non può essere affrontata esclusivamente attraverso l'ampliamento delle prestazioni o dei servizi disponibili. Essa richiede una visione più ampia, capace di riconoscere la persona anziana all'interno del proprio contesto familiare e di vita, delle proprie relazioni e della propria comunità. Significa promuovere un sistema che sappia sostenere non solo la persona, ma anche i familiari e i caregiver che quotidianamente ne condividono il percorso di cura, valorizzando al contempo le risorse formali e informali presenti nei territori.

Il percorso realizzato ha consentito di mettere in dialogo istituzioni, servizi sociali e sanitari, APSP, Enti del Terzo Settore, organizzazioni di volontariato e realtà comunitarie, favorendo una lettura condivisa dei bisogni e delle opportunità di sviluppo del sistema locale. Da questo confronto emerge con forza la consapevolezza che il sostegno alla domiciliarità costituisce una delle leve strategiche attraverso cui garantire qualità della vita, inclusione sociale e coesione comunitaria, promuovendo il diritto delle persone anziane a continuare a vivere nel proprio ambiente di vita il più a lungo possibile.

Il presente Documento restituisce gli esiti di questo lavoro e rappresenta una base di riferimento per le future scelte di programmazione e di sviluppo del sistema territoriale dei servizi. Essa testimonia la volontà delle nostre Comunità di investire nella costruzione di un welfare di prossimità capace di leggere i cambiamenti in atto, promuovere l'integrazione tra sociale e sanitario, valorizzare le risorse delle comunità locali e sviluppare risposte innovative, flessibili e sempre più vicine ai bisogni delle persone e delle famiglie, nella convinzione che il sostegno alla domiciliarità delle persone anziane non possa essere considerato esclusivamente un tema di servizi, ma rappresenti una responsabilità collettiva che coinvolge l'intero sistema territoriale.

Desideriamo esprimere un sentito ringraziamento a tutti i soggetti che hanno preso parte a questo percorso, contribuendo con professionalità, competenza e spirito collaborativo alla costruzione di una visione condivisa. Il valore di questo lavoro risiede non soltanto nei risultati raggiunti, ma soprattutto nel metodo adottato: un metodo fondato sul confronto, sulla partecipazione e sulla convinzione che le sfide più complesse e orientate al futuro possano essere affrontate efficacemente solo attraverso la cooperazione tra istituzioni, servizi e comunità.

Affidiamo pertanto questo elaborato alle istituzioni, agli operatori e a tutti i soggetti coinvolti, nella consapevolezza che esso rappresenta non un punto di arrivo, ma l'avvio di un percorso che richiederà continuità, capacità di innovazione e responsabilità condivisa. Una sfida che riguarda il futuro delle nostre comunità e la loro capacità di garantire alle persone anziane e alle loro famiglie vicinanza, dignità, sicurezza e qualità della vita.

Riva del Garda, Tione, Giugno 2026

Giuliano Marocchi
Presidente
Comunità Alto Garda e Ledro

Giorgio Butterini
Presidente
Comunità delle Giudicarie

Indice

PREMESSA.....	3
Indice.....	5
1. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO.....	7
1.1 Premessa.....	7
1.2 Linee di indirizzo del Sistema a sostegno della domiciliarità.....	7
1.3 La cornice istituzionale: Spazio Argento.....	8
1.4 Comunità Alto Garda e Ledro.....	9
1.5 Comunità delle Giudicarie.....	11
2. IL PERCORSO DI CO-PROGRAMMAZIONE.....	13
2.1 Premessa.....	13
2.2 Il Tavolo di co-programmazione: obiettivi, soggetti, incontri.....	14
2.3 Metodo adottato: le storie di vita al centro.....	16
3. DOMICILIARITÀ: BISOGNI CHE EVOLVONO NEL TEMPO.....	19
3.1 Premessa.....	19
3.2 Fase precedente all'emersione dei bisogni: benessere e autonomia.....	19
3.3 Fase iniziale: quando vivere a casa richiede supporto.....	20
3.3.1 Riconoscere fragilità e bisogni.....	21
3.3.2 Esprimere il bisogno e chiedere aiuto.....	21
3.3.3 Disorientamento emotivo e informativo.....	21
3.3.4 Quadro di sintesi Fase iniziale.....	22
3.4 Fase intermedia: quando il supporto entra a casa.....	22
3.4.1 Fragilità delle reti familiari e comunitarie e crescente carico sui caregiver.....	23
3.4.2 Bisogno di sentirsi accompagnati.....	23
3.4.3 Discontinuità e scarsa adattività del sistema di assistenza domiciliare rispetto all'evoluzione dei bisogni.....	24
3.4.4 Quadro di sintesi Fase intermedia.....	25
3.5 Fase avanzata: quando restare a casa si fa più faticoso.....	25
3.5.1 L'intensità e la complessità dei bisogni di assistenza rendono difficile la permanenza al proprio domicilio.....	26
3.5.2 I caregiver non reggono più il carico di assistenza.....	26
3.5.3 Quadro di sintesi Fase avanzata.....	27
3.6 Bisogni e finalità trasversali ad ogni fase.....	27
4. IL MODELLO DI SISTEMA A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITÀ.....	29
4.1 Premessa.....	29
4.2 Funzioni del sistema.....	30
4.3 Condizioni da favorire per l'implementazione territoriale del sistema.....	43
4.3.1 Attivazione della comunità.....	43
4.3.2 Infrastruttura organizzativa e digitale.....	43
4.3.3 Ruolo del Terzo Settore.....	43
4.3.4 Definizione delle priorità delle funzioni e interventi.....	44
4.3.5 Sostenibilità e risorse.....	44
4.4 Una governance di prossimità.....	45

4.5 Integrazione socio-sanitaria territoriale.....	45
5. L'IMPLEMENTAZIONE TERRITORIALE E L'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI.....	48
5.1 Premessa.....	48
5.2 Affidamento e finanziamento del sistema.....	48
5.2.1 L'oggetto degli affidamenti: la mappa del sistema.....	48
5.2.2 Il quadro delle risorse e le modalità di finanziamento del sistema.....	49
5.3 Gli scenari di affidamento dei servizi e degli interventi.....	50
5.4 Indirizzi di azione: rimodulazione progressiva del sistema dei servizi.....	51
6. PIANO DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE.....	54
6.1 Premessa.....	54
6.2 Le dimensioni della valutazione e del monitoraggio.....	54
6.2.1 Interconnessioni del sistema.....	54
6.2.2 Metodo e approccio di intervento.....	55
6.2.3 Sviluppo del sistema dei servizi e delle funzioni.....	55
6.3 Articolazione del piano di valutazione e monitoraggio.....	56
7. CONCLUSIONI E PROSPETTIVE.....	60
8. ALLEGATI.....	62

1. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

1.1 Premessa

Il presente documento illustra i risultati del percorso di co-programmazione avviato dalle Comunità delle Giudicarie e Alto Garda e Ledro, territori appartenenti a una delle Cabine di Regia di Spazio Argento, individuate come ambito sperimentale per l'applicazione delle "Linee di Indirizzo per il sostegno della domiciliarità delle persone anziane e delle loro famiglie", elaborate dal Sottocomitato Welfare Anziani. Il percorso di co-programmazione ha visto la partecipazione di numerosi Enti pubblici e del Terzo Settore, quale espressione e volontà congiunta di costruire una rete di collaborazione e integrazione tra tutti i soggetti coinvolti nel sostegno alla domiciliarità.

Nella direzione tracciata dalle Linee di indirizzo, tenuto conto delle proiezioni demografiche che evidenziano un progressivo invecchiamento della popolazione, accompagnato da condizioni di salute più complesse e da un crescente carico assistenziale sostenuto da familiari e caregiver, chiamati sempre più spesso a gestire situazioni di non autosufficienza, il procedimento di co-programmazione ha cercato di sviluppare a livello territoriale un'**analisi operativa** utile alla progettazione del sistema dei servizi a sostegno della domiciliarità.

La convergenza è stata ricercata nelle funzioni, nelle azioni e attività, nonché nelle interconnessioni tra soggetti e professionalità. I sistemi di affidamento e finanziamento saranno invece definiti con successivi provvedimenti delle Comunità coinvolte, in coerenza con il modello elaborato congiuntamente.

I paragrafi successivi sviluppano in maniera più dettagliata gli aspetti richiamati.

1.2 Linee di indirizzo del Sistema a sostegno della domiciliarità

Il documento di riferimento che ha accompagnato l'approfondimento locale è rappresentato dalle "**Linee di indirizzo per un sistema a sostegno della domiciliarità delle persone anziane e dei loro familiari in Provincia di Trento**", approvate con Deliberazione di Giunta provinciale n. 1369 del 12 settembre 2025.

In particolare le linee di indirizzo hanno definito quattro principi guida per la progettazione di un sistema integrato dei servizi, considerando la domiciliarità come:

- casa e sistema di relazioni;
- persona anziana, familiare e caregiver;
- personalizzazione dei percorsi;
- rete e filiere territoriali.

Questi principi accompagnano il processo di revisione del sistema, che sottolinea l'esigenza di superare un modello



centrato prevalentemente sulla singola persona anziana a cui fornire prestazioni, per riconoscere e valorizzare il ruolo attivo dei caregiver nei percorsi di cura, sostegno e accompagnamento. In tale prospettiva, allo stesso modo, va rafforzata la capacità delle comunità locali di farsi soggetto corresponsabile, favorendo reti di prossimità e partecipazione attiva nella costruzione di contesti abilitanti e inclusivi.

La struttura della Linee di indirizzo prevede 3 sezioni:

- sezione A: descrizione del sistema e del percorso condotto e individuazione delle istanze di diversificazione e innovazione del sistema auspicabili;
- sezione B: analisi degli esiti principali degli approfondimenti condotti, della dimensione della domiciliarità e delle condizioni che la rendono efficace e sostenibile con descrizione dei principi progettuali da adottare;
- sezione C: individuazione operativa e sperimentale delle Linee per la progettazione territoriale del sistema degli interventi per il sostegno della domiciliarità.

Successivamente all'approvazione del documento si è quindi aperta, così come descritta nell'ultima sezione, la seconda fase di livello operativo dedicata all'applicazione territoriale, in cui le Comunità di Valle e il Territorio Val d'Adige, nell'ambito di Spazio Argento, sono state chiamate ad utilizzare tali Linee come riferimento per riprogrammare e realizzare interventi a supporto della domiciliarità delle persone anziane e delle famiglie.

1.3 La cornice istituzionale: Spazio Argento

Con Deliberazione della Giunta provinciale n. 1719 di data 23 settembre 2022 è stato istituito **Spazio Argento**, definito come modulo organizzativo socio-sanitario, incardinato nei Servizi Sociali delle Comunità, deputato allo sviluppo territoriale del sistema dei servizi a favore delle persone anziane. Sono previsti tre livelli di governance: uno provinciale costituito dal Tavolo Tecnico, uno intermedio rappresentato dalle **Cabine di Regia** e uno territoriale, corrispondente alle Équipe. L'applicazione delle Linee di indirizzo avviene a livello di ogni singola Cabina di Regia, individuata quale dimensionamento ottimale per la programmazione territoriale del sistema a sostegno della domiciliarità, viste anche alcune funzioni fondamentali assegnate a Spazio Argento, tra cui ritroviamo:

- **integrazione** tra i diversi soggetti presenti sul territorio coinvolti a diverso titolo nel sistema di welfare delle persone anziane;
- **presa in carico unitaria e integrata**, espletata in modo efficace ed efficiente in presenza di personale dedicato e appositamente formato;
- **monitoraggio** della condizione della popolazione anziana nei singoli territori e degli esiti delle azioni realizzate sulla base degli obiettivi individuati.

L'integrazione tra servizi, in particolare tra figure sociali e sanitarie, si realizza a partire dal **Punto Unico di Accesso (PUA anziani)**, uno strumento di prima valutazione delle situazioni socio-sanitarie complesse che opera a garanzia dei livelli essenziali di assistenza per l'invio ai servizi e la successiva definizione di progettualità mirate al bisogno. Il nuovo sistema

della domiciliarità, così come delineato nelle Linee di indirizzo richiamate, si distingue per una forte componente di proattività, che supera la concezione tradizionale del PUA come semplice "sportello". Questo approccio favorisce una maggiore prossimità dei servizi alle persone e alle comunità, rafforzando la capacità del sistema di intercettare i bisogni in modo tempestivo. In tale prospettiva, il PUA assume il ruolo di nodo centrale e integratore della rete dei servizi, connettendosi non solo alla fase successiva della presa in carico, ma anche alle attività che la precedono, legate alla promozione della salute e alla prevenzione sul territorio.

Spazio Argento assicura quindi l'attivazione e l'erogazione degli interventi di attribuzione territoriale, tenuto conto della ripartizione di competenze afferenti all'ambito socio-assistenziale e socio-sanitario. Per quanto riguarda il primo ambito si fa riferimento al **Catalogo dei Servizi socio-assistenziali**, che identifica le principali tipologie di servizio che possono essere attivati a sostegno della permanenza al domicilio in ottica complementare: servizi di assistenza domiciliare, pasti a domicilio, telesoccorso e lavanderia, ma anche strutture diurne quali i Centri Servizi anziani. Nel rafforzamento della domiciliarità, si inseriscono anche interventi di residenzialità alternativi alla propria casa e alla RSA, come l'abitare accompagnato per anziani e l'accoglienza per anziani, secondo soluzioni flessibili che si adattano alle specificità delle persone e del contesto territoriale. Nell'ambito socio-sanitario possono invece essere attivati servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI - ADICP - ADPD), gestiti direttamente da Asuit, e, a livello semiresidenziale, Centri diurni anziani, Centri diurni Alzheimer o servizi di presa in carico diurna presso le RSA.

1.4 Comunità Alto Garda e Ledro



La **Comunità Alto Garda e Ledro** si trova nella parte sud-ovest del Trentino e si estende fra la Valle del Chiese, la Valle dell'Adige, le Giudicarie Esteriori e la Valle di Cavedine, comprendendo sette comuni. Al 1° gennaio 2024 si contavano 51.472 abitanti (ISPAT 2024): per quanto riguarda il numero dei residenti è la quarta Comunità più popolosa della Provincia, con una densità di popolazione relativamente alta, soprattutto nei due comuni più grandi di Riva del Garda ed Arco.

La popolazione residente al 1° gennaio 2020 era di 51.674 abitanti con la presenza di 11.146 persone con più di 64 anni, pari al 21,56%, mentre nel 2024 si sono registrate 11.644 persone over 64 con un'incidenza del 22,62% sulla popolazione totale. Anche l'indice di vecchiaia nell'ultimo decennio ha messo in evidenza un progressivo aumento della popolazione anziana con particolare incidenza nelle zone rurali rispetto ai centri urbani, passando da un dato nel 2015 di 130,7% al 168,6% registrato nel 2024. Per quanto riguarda invece l'indice di dipendenza strutturale, che misura il rapporto tra le persone in età non attiva (giovani e anziani a carico) e la popolazione in età lavorativa, si attesta attualmente attorno a un valore del 50,6%, con una incidenza di dipendenza senile (persone over 64) pari a circa il 36%.

Nel contesto territoriale dell'Alto Garda e Ledro sono presenti quattro Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (APSP) "Città di Riva" di Riva del Garda, "Fondazione Comunità di Arco" di Arco, "Giacomo Cis" di Ledro e "Residenza Molino" di Dro, con le quali la Comunità nel

2006 ha stipulato un "Accordo di Programma" di particolare importanza nell'ottica di una collaborazione e di monitoraggio dei servizi in essere, aggiornato poi nel 2022 con il fine anche di rappresentare un riferimento mirato e propedeutico rispetto all'attivazione del modulo organizzativo Spazio Argento. La volontà dei soggetti pubblici coinvolti è stata quella di garantire a livello locale una collaborazione stabile e formale, tramite lo strumento dell'Accordo, per assicurare sul piano programmatico, progettuale, gestionale e di allocazione delle risorse la massima integrazione e l'esercizio coordinato delle rispettive funzioni, assicurando un sistema integrato di interventi al fine di agire a favore della popolazione, in particolare anziana. I servizi interessati, che costituiscono parte della rete dei servizi socio-assistenziali, sono quelli residenziali che comprendono l'abitare accompagnato e l'accoglienza per persone anziane, quelli semiresidenziali con il Centro servizi per anziani e alcuni servizi domiciliari e di contesto, oltre ad altre iniziative di informazione, formazione e di sensibilizzazione.

In particolare l'Accordo e le convenzioni derivanti, permettono la gestione unitaria, in raccordo con il Servizio Sociale della Comunità, dei servizi di fornitura pasti a domicilio con contestuale monitoraggio del benessere della persona anziana dell'utente e accoglienza presso i Centri Servizi ubicati nelle 4 APSP, dove sono previsti servizi di bagno protetto, pasto in mensa e attività di animazione e ricreative. L'accesso ai centri prevede la possibilità di attivare anche un eventuale servizio di trasporto da e per il domicilio.

Per quanto riguarda gli interventi di assistenza domiciliare, la loro erogazione è affidata agli ETS iscritti a specifico "elenco aperto": rispetto al servizio specifico di assistenza domiciliare e di contesto, come da Catalogo, al registro è iscritta attualmente solo la Cooperativa sociale Arcobaleno. Le due realtà urbane sono quelle che godono del maggior numero di interventi attivati nella zona dell'Alto Garda, mentre rispetto alle realtà periferiche gli interventi si concentrano nel comune di Ledro. L'intervento di telesoccorso presenta un trend di aumento nel corso degli anni, rappresentando un buon strumento preventivo e di sicurezza per le persone e per i familiari di riferimento. Il servizio di lavanderia è gestito direttamente dalla Comunità attraverso propri operatori, in collaborazione con Arcobaleno s.c.s., iscritta all'apposito registro collegato ai servizi di SAD, che garantisce il prelievo e la riconsegna della biancheria dal/al domicilio, e consiste nel lavaggio, stiratura e piccola riparazione di indumenti personali.

Rispetto all'accoglienza residenziale di persone anziane autosufficienti è presente sul territorio locale il servizio di abitare accompagnato denominato "Casa Mielli", situato presso un compendio di proprietà del Comune di Riva del Garda assegnato in comodato alla APSP "Città di Riva" di Riva del Garda, composto da 21 appartamenti gestiti dall' APSP stessa, in convenzione con il Comune di Riva del Garda e la Comunità Alto Garda e Ledro, il cui Servizio Sociale è uno degli attori della progettualità di accoglienza, partecipando alla valutazione delle richieste di assegnazione, con il coinvolgimento di ASUIT e della APSP, ed alla gestione degli ingressi.

Anche attraverso i fondi PNRR sono stati inoltre realizzati nel primo semestre 2026 n.9 nuove unità abitative che hanno concretizzato un ulteriore servizio locale di abitare accompagnato per anziani nel comune di Dro, compendio di proprietà dell'APSP "Residenza Molino" e del Comune stesso. Il servizio è definito tramite convenzione tra la APSP

“Residenza Molino” di Dro e la Comunità Alto Garda e Ledro, l'APSP di Dro gestisce il servizio anche in collaborazione con il Terzo settore. Tali progettualità sostengono i cittadini anziani nel mantenimento delle capacità di vita autonoma con l'obiettivo di favorire il benessere della persona e la permanenza in un contesto domiciliare inclusivo e tutelante.

1.5 Comunità delle Giudicarie



La **Comunità delle Giudicarie** è l'ente comprensoriale più vasto del Trentino, con un'estensione pari a circa un quinto del territorio provinciale. Storicamente, il comprensorio si suddivide in quattro zone geografiche con differenti connotazioni socio-economiche: la Valle del Chiese, la Val Rendena, le Giudicarie Esteriori e la Busa di Tione. Nel territorio sono presenti 25 Comuni che, al 1° gennaio 2024, contavano 36.890 residenti (ISPAT, 2024). Alla stessa data, la componente over 65 si attestava a 8.853 persone, pari al 24,4% del totale, evidenziando una crescita rispetto al gennaio 2020, quando incideva per il 23,8%. Anche l'indice di vecchiaia riflette questo progressivo invecchiamento demografico: è passato infatti dal 168,5% del 2020 al 184,6% del 2024, con un trend in costante aumento che, secondo le stime, raggiungerà il 222,3% nel 2050.

In costante aumento anche l'indice di dipendenza strutturale che si attesta storicamente intorno al 57%, superando le medie provinciali e indicando una marcata incidenza della popolazione non attiva (giovani e anziani) su quella in età lavorativa (15-64 anni).

Nella Comunità delle Giudicarie, l'erogazione degli interventi di assistenza domiciliare e di contesto è attualmente affidata – previa iscrizione a un apposito elenco aperto – alla Cooperativa sociale Assistenza e alla APSP “Rosa dei Venti” di Borgo Chiese; quest'ultima ha in carico una quota residuale di utenza, legata al proprio servizio di co-housing. Nel corso del tempo, il SAD ha subito una progressiva evoluzione dettata dalla crescente complessità assistenziale, che ha reso indispensabile una sempre maggiore integrazione socio-sanitaria. L'aumento della domanda, a fronte di risorse economiche contratte, ha imposto di concentrare gli interventi sul soddisfacimento dei bisogni essenziali. Questo, unito al turnover degli assistenti domiciliari per esigenze organizzative e alla generalizzata difficoltà degli enti gestori nel reperire personale qualificato, sta generando forti criticità nel garantire una risposta assistenziale completa.

Il servizio di confezionamento e consegna dei pasti a domicilio è gestito, tramite Accordo amministrativo, dalle APSP del territorio. Le caratteristiche territoriali della Comunità raramente permettono alle persone anziane di consumare il pasto presso la struttura, poiché presuppone autonomia negli spostamenti ed i vari paesi sono poco collegati dai mezzi pubblici di trasporto. Questo preclude inoltre opportunità di socializzazione e mantenimento delle abilità residue, anche quando la valutazione dei servizi rilevi questa esigenza.

Analogamente ad altri servizi, anche per il servizio di telesoccorso/telecontrollo, le richieste sono maggiormente presenti nei territori periferici, ovvero nei comuni più isolati e meno collegati dai mezzi di trasporto pubblici. Si evidenzia come siano le persone anziane ultra

85enni i maggiori beneficiari e spesso siano i familiari a richiedere l'attivazione di tale servizio, spinti dal bisogno di assicurare un tempestivo soccorso.

Il servizio di lavanderia centralizzato è gestito direttamente dalla Comunità di Valle attraverso i propri operatori. E' finalizzato al lavaggio, stiratura e piccola riparazione di indumenti personali e prevede la raccolta e consegna al domicilio con mezzi propri. Le maggiori richieste provengono dalla fascia d'età 65/74 anni. Si tratta generalmente di uomini soli, con una ridotta rete sociale, che non sono in grado di garantire un'adeguata cura ed igiene del proprio abbigliamento, a causa di un domicilio inadeguato o dell'incapacità di gestire questo aspetto.

Rientrano tra le competenze della Comunità anche i Centri Servizi per anziani. Ad oggi, tali strutture sono gestite tramite accordo amministrativo con alcune APSP del territorio (Storo, Pinzolo e Borgo Chiese), in comuni strategici, densamente popolati e più facilmente raggiungibili in autonomia da parte dell'utenza. Tuttavia, emerge come criticità l'assenza di tale servizio nell'area delle Giudicarie Esteriori che, in termini demografici, accoglie il 22% della popolazione over 65 di tutta la Comunità

Si stanno inoltre promuovendo soluzioni abitative intermedie, come il servizio di abitare accompagnato, nato dalla sinergia tra l'APSP Padre Odone Nicolini e il Comune di Sella Giudicarie, quest'ultimo in veste di proprietario dell'immobile. Parallelamente, la Comunità ha fornito il proprio supporto istituzionale e tecnico alla progettualità di co-housing sviluppata dalla APSP Rosa dei Venti di Borgo Chiese. Tali iniziative mirano a offrire soluzioni abitative protette in grado di garantire sicurezza e socializzazione, prevenendo l'istituzionalizzazione precoce e rispondendo ai bisogni della popolazione anziana autosufficiente o con lievi fragilità.

Tab 1. Dati servizi domiciliari - anno 2025

Tipologia servizio domiciliare erogato	Comunità Alto Garda e Ledro		Comunità delle Giudicarie	
	nr. utenti	tot. annuo	nr. utenti	tot. annuo
SAD	214	22.113 ore	298	23.450 ore
Pasti a domicilio	440	85.470 pasti	310	60.860 pasti
Pasti presso strutture	18	3.375 pasti	13	1.064 pasti
Telesoccorso	153	43.694 giorni	49	12.894 giorni
Lavanderia	11	315 accessi	15	405 accessi
TOTALE (n. persone)	629		505	
% COPERTURA (utenti in carico rispetto alla popolazione anziana over 64)	5,16%		5,25%	

2. IL PERCORSO DI CO-PROGRAMMAZIONE

2.1 Premessa

Sulla base di quanto delineato dalle Linee di indirizzo e nel rispetto del contesto organizzativo e territoriale sopra presentato, la Cabina di Regia composta dalle Comunità delle Giudicarie e Alto Garda e Ledro, ha attivato e realizzato un **Tavolo di co-programmazione**, strumento introdotto nell'ordinamento nazionale tramite l'art. 55 del D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 117 "Codice del Terzo Settore", come espressione e realizzazione del principio di sussidiarietà orizzontale.

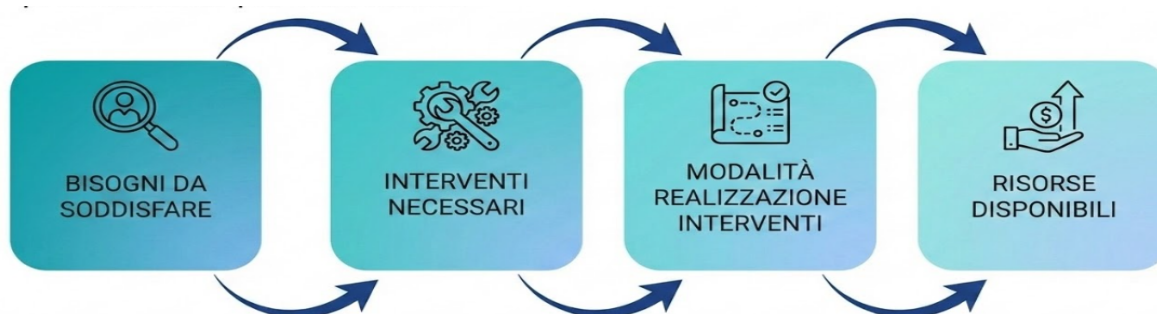
La co-programmazione si configura come uno **strumento innovativo per il welfare locale** ed è stata quindi reputata la metodologia idonea per la fase di sperimentazione delle Linee di indirizzo a sostegno della domiciliarità, anche per il suo potenziale nello sviluppo di una relazione tra Pubblica Amministrazione ed Enti del Terzo settore fondata sulla **partecipazione attiva** di tutti i soggetti coinvolti nella realizzazione di attività di interesse generale, in una dimensione di **Amministrazione condivisa**, collaborazione e parità.

A fronte di un processo di invecchiamento che riguarda la persona anziana, la rete familiare, la comunità e la rete dei servizi, articolato in varie fasi connesse con obiettivi, bisogni e interventi distinti, la co-programmazione consente una **visione completa su tutto il processo**, permettendo al contempo di costruire coerenza, adeguamenti progressivi, cura dei transiti e progettazioni "contaminate" tra i diversi soggetti e settori.

Il procedimento della co-programmazione, che garantisce il rispetto dei principi in materia di trasparenza e di prevenzione dei conflitti di interesse, si è articolato in 4 fasi:

- provvedimento di avvio formale del procedimento;
- pubblicazione dell'avviso;
- gestione del tavolo di co-programmazione;
- chiusura del procedimento.

Come **risultato atteso** si è posta l'architettura di un modello/progetto di servizio che ha esplorato i seguenti aspetti:



Tale modello trova spazio all'interno del presente **documento di sintesi**, condiviso da tutti i partecipanti al tavolo, che dà conto anche del percorso effettuato, delle analisi del contesto e del metodo di lavoro impiegato, e che potrà essere utilizzato a supporto della programmazione degli affidamenti dei servizi, inclusa l'individuazione dello strumento o degli strumenti di finanziamento ritenuti più idonei alla realizzazione del modello di servizio elaborato.

2.2 Il Tavolo di co-programmazione: obiettivi, soggetti, incontri

La Cabina di Regia ha condiviso nella seduta del 26 novembre 2025 il progetto territoriale per l'anno 2026, individuando tra i macro obiettivi sovra territoriali per il primo semestre la sperimentazione delle nuove Linee di indirizzo, nella consapevolezza di quanto sia urgente rivedere il sistema del Welfare Anziani alla luce dei dati sull'invecchiamento della popolazione e della crescente complessità delle situazioni di fragilità sociale e sanitaria che si riscontrano sul territorio. In data 11 febbraio 2026 è stato stipulato l'**Accordo di collaborazione** tra le due Comunità, che ha definito lo svolgimento in forma coordinata del procedimento di co-programmazione in relazione al "Sistema integrato dei servizi a sostegno della domiciliarità delle persone anziane e dei loro familiari", finalizzato alla definizione di obiettivi condivisi innovativi e di un modello di sistema integrato di servizi a sostegno della domiciliarità negli ambiti territoriali di riferimento.

A seguire è stato pubblicato un **Avviso per la partecipazione al procedimento di co-programmazione** contenente elementi minimi quali:

- l'oggetto del procedimento;
- i requisiti e le modalità di partecipazione;
- la modalità di svolgimento della co-programmazione;
- la modalità di conclusione del procedimento;
- il regime di pubblicità e trasparenza da rispettare.

Sono stati dunque aperti i termini per la presentazione delle domande di adesione da parte dei soggetti interessati tra cui:

- ETS;
- Pubbliche Amministrazioni e altri enti pubblici, quali le APSP;
- soggetti giuridici, diversi dagli ETS, interessati a partecipare e a mettere a disposizione le proprie competenze e le proprie risorse, anche finanziarie.

Tutti i partecipanti al procedimento dovevano inoltre rispettare i requisiti richiesti di **esperienza qualificata** e **interesse specifico** rispetto all'oggetto della co-programmazione con l'obiettivo di apportare un contributo di conoscenza proattivo e qualificato sui temi trattati.



Al Tavolo hanno inoltre partecipato:

- le Amministrazioni procedenti (Comunità di Valle delle Giudicarie e Alto Garda e Ledro) e i relativi Assessori con delega alle Politiche Sociali delle rispettive Comunità;
- il Servizio Politiche Sociali della PAT;
- l'Osservatorio sull'Amministrazione Condivisa (OAC) della Fondazione Demarchi;
- i referenti Asuit del Distretto Sud della Cabina di Regia.

I soggetti, pubblici e privati, che hanno aderito e partecipato al Tavolo di co-programmazione, sono riportati nella tabella in allegato 1.

Il Tavolo della co-programmazione è stato presieduto dalla Responsabile del procedimento, individuata nella Dott.ssa Costanza Fedrigotti, coadiuvata nelle proprie funzioni di conduzione dei lavori, di facilitazione e di segreteria dall'OAC. La Provincia Autonoma di Trento, nella rappresentanza del Servizio Politiche Sociali, ha svolto un ruolo complementare nelle funzioni di coordinamento dei lavori e di accompagnamento e monitoraggio rispetto all'applicazione delle Linee di indirizzo in una dimensione di concretizzazione dei principi guida all'interno di un nuovo modello di sistema dei servizi a supporto della domiciliarità.

Il procedimento di co-programmazione ha preso avvio lunedì 16 marzo 2026 presso la sede della Comunità Alto Garda e Ledro.

Nella prima sessione la Responsabile del procedimento ha ricordato l'oggetto e le finalità del Tavolo ed è stato condiviso il calendario degli incontri, definito tenendo conto dei temi oggetto della procedura, del numero dei partecipanti, nonché del termine massimo di conclusione del procedimento previsto per il 30 giugno 2026.

Sono stati programmati e realizzati complessivamente 5 incontri (Allegato 1), svolti tutti in presenza, con orario dalle 9.30 alle 12.30, che hanno avuto luogo alternativamente nelle sedi delle due Comunità per facilitare la partecipazione di tutti i soggetti.

Gli incontri hanno alternato momenti di lavoro in piccoli gruppi a momenti di plenaria, a partire dalla condivisione degli obiettivi e degli esiti auspicati. I tavoli successivi al primo sono stati caratterizzati, in apertura, dalla restituzione di quanto emerso negli appuntamenti precedenti, lasciando spazio ad eventuali riflessioni, feedback o proposte di revisione, al fine di **assicurare convergenza e allineamento tra tutti i partecipanti**.

Le attività sono state debitamente verbalizzate ed i verbali pubblicati sui siti web delle due Comunità, nel rispetto della disciplina vigente in termini di pubblicità e trasparenza.

Alla conclusione degli incontri, la Responsabile del procedimento ha dichiarato concluse le operazioni di co-programmazione ed ha elaborato a conclusione del procedimento la relazione motivata.

2.3 Metodo adottato: le storie di vita al centro

Il metodo adottato per il percorso di co-programmazione ha messo al centro del confronto il **punto di vista** dei potenziali beneficiari degli interventi a sostegno della domiciliarità, ovvero **persone anziane e caregiver**. Questa scelta metodologica ha consentito di uscire dalla logica dell'offerta esistente e dalla sua organizzazione in compartimenti, per favorire l'apertura ad una visione più unitaria, integrata e dinamica, tenendo insieme la varietà dei bisogni delle persone e le loro traiettorie, e stimolando contestualmente l'individuazione di nuove soluzioni.

Con questo approccio, nella fase preparatoria all'avvio del Tavolo, l'OAC ha raccolto le **storie di vita** e di **esperienze dirette** di persone anziane e dei loro caregiver, attraverso interviste semi-strutturate nelle aree di competenza delle due Comunità di Valle coinvolte.

Il campione, di tipo ragionato e non probabilistico, è stato discusso e selezionato assieme ai soggetti costituenti la Cabina di Regia (Comunità di Valle, APSP, ASUIT), invitati a caratterizzare profili tipici di persone anziane e caregiver che incontrano nella loro esperienza professionale e, sulla base di questi profili, individuare persone disponibili a partecipare all'intervista.

É stato dunque creato un campione eterogeneo, includendo partecipanti con diverse **caratteristiche socio-demografiche ed economiche, differenti contesti abitativi e territoriali, diversi livelli di supporto informale e molteplici configurazioni dei bisogni di assistenza**. Il team di ricerca dell'OAC ha inoltre reclutato ulteriori partecipanti sulla base della conoscenza diretta dei territori, così da includere anche persone non già intercettate dai servizi socio-assistenziali.

Complessivamente sono state coinvolte 14 persone, la cui esperienza è stata letta in raccordo con la letteratura sul tema, per restituire un quadro interpretativo più robusto, articolato e coerente con la complessità del fenomeno indagato. Le domande guida della traccia di intervista riguardavano la storia di vita, l'esperienza da caregiver o da beneficiario di assistenza e come questa è cambiata nel tempo, i supporti formali e informali attivati, le relative opinioni e valutazioni e le prospettive future.

L'analisi ha evidenziato come i bisogni delle persone anziane non seguano traiettorie uniformi né necessariamente progressivamente incrementali, ma si sviluppino secondo percorsi differenziati, spesso discontinui e influenzati da molteplici fattori individuali, familiari e contestuali.

Nella consapevolezza di questa complessità, si è scelto tuttavia di strutturare il Tavolo secondo una logica per **fasi** — iniziale, intermedia e avanzata — che rappresentano **i momenti tipici dell'evoluzione dei bisogni di assistenza** delle persone anziane che vivono a domicilio.

Nei tre incontri centrali del percorso di co-programmazione, la voce di persone anziane e caregiver è stata portata sotto forma di vignette, ovvero brevi storie tratte dalle interviste che descrivevano situazioni reali e diversificate.

L'obiettivo era stimolare la discussione tra gli stakeholder, divisi in 3 sottogruppi, sull'individuazione di strategie e azioni di cambiamento in attuazione delle Linee di indirizzo, a partire dai vissuti delle persone che ne detengono un sapere diretto ed esperienziale, approfondendo ciascun gruppo una vignetta diversa e il suo evolversi nelle diverse fasi.

In una prima parte del lavoro, il mandato era individuare i principali temi, bisogni e criticità che emergevano dalla vignetta o da situazioni simili incontrate nella loro pratica professionale, prestando attenzione ai seguenti livelli: la persona, la famiglia, la comunità e il sistema dei servizi.

Nella seconda parte, invece, il mandato era di discutere e identificare gli interventi che, a livello locale, si potrebbero introdurre per affrontare le criticità emerse o soddisfare i bisogni individuati, nonché le modalità di attuazione (ad es. chi potrebbe fare cosa) e le risorse da mobilitare a tal fine.



OAC ha raccolto e verbalizzato gli esiti dei lavori e rielaborato, organizzato, sintetizzato e sistematizzato i contenuti all'interno di una mappa concettuale, progressivamente presentata e discussa nel corso degli incontri.

La rielaborazione dei contenuti è stata effettuata in coerenza con gli obiettivi della co-programmazione, con le Linee di indirizzo e con l'impianto metodologico della Theory of Change¹, inteso come processo di riflessione e di costruzione condivisa della catena del cambiamento.

In questa cornice, la mappa non si limita a rappresentare un elenco di bisogni o di interventi, ma ricostruisce una catena logica di cambiamento che collega il contesto e i bisogni rilevati alle finalità attese, agli obiettivi specifici, alle azioni previste ed alle risorse necessarie alla loro implementazione. Viene così restituita **una sintesi ragionata degli esiti del percorso di co-programmazione**, che è, al tempo stesso, **uno strumento operativo per orientare la successiva fase di sviluppo e consolidamento degli interventi**.

Nel capitolo 3, in questa logica, sono descritti i temi, i bisogni e le criticità rilevate per ogni fase, mentre nel capitolo 4 viene presentato il modello complessivo del sistema a sostegno della domiciliarità emerso.

¹ van Es, M., Guijt, I., & Vogel, I. (2015). Theory of Change Thinking in Practice: A Stepwise Approach. Hivos

3. DOMICILIARITÀ: BISOGNI CHE EVOLVONO NEL TEMPO

3.1 Premessa

L'approccio metodologico scelto, centrato sulle storie di vita e sul sapere esperienziale, ha consentito di adottare una visione integrata e dinamica dei bisogni e delle risorse della persona anziana e della sua famiglia.

Le interviste raccolte, in coerenza con la letteratura² sulla non autosufficienza e l'assistenza continuativa, hanno mostrato che affrontare limitazioni funzionali e/o cognitive in età anziana si configura come un percorso segnato da cambiamenti nel tempo, che possono essere più o meno gradualmente o repentini. Sebbene la traiettoria dei bisogni abbia le sue peculiarità, è possibile individuare **fasi comuni che, più che seguire una scansione temporale definita, si caratterizzano per la condivisione di tratti simili in termini di intensità dei bisogni, risorse attivabili e sfide da affrontare.**

Al tavolo di co-programmazione è stato proposto di porre attenzione a tre fasi cruciali dell'evoluzione dei bisogni: iniziale, intermedia e avanzata per individuare diverse finalità del supporto alla domiciliarità che rispondono in modo specifico ai bisogni di ciascuna delle tre fasi, così come a bisogni trasversali di tutte.

Nel corso dei lavori, oltre alle tre fasi considerate, è emersa la necessità di aggiungere un'ulteriore fase, **precedente all'emersione dei bisogni assistenziali**, nella quale collocare gli interventi culturali, di prevenzione, di potenziamento di conoscenze e capacità rivolti a tutta la popolazione.

Questo capitolo le ripercorre, dando voce sia alle persone intervistate³ sia alle riflessioni emerse e alle sfide da affrontare.

3.2 Fase precedente all'emersione dei bisogni: benessere e autonomia

La fase precedente all'emersione dei bisogni, identificata come area della pre-fragilità, pone al centro la promozione del benessere, dell'autonomia e della qualità della vita delle persone anziane, in un momento che precede l'emersione di bisogni assistenziali strutturati. In questa prospettiva, la domiciliarità non viene considerata soltanto come risposta alla fragilità o alla non autosufficienza, ma come un percorso da costruire e sostenere nel tempo

² Penning, M. J., Cloutier, D. S., Nuernberger, K., MacDonald, S. W., & Taylor, D. (2018). Long-term care trajectories in Canadian context: Patterns and predictors of publicly funded care. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(6), 1077-1087.

Kjær, A. A., & Siren, A. (2020). Formal and informal care: trajectories of home care use among Danish older adults. *Ageing & Society*, 40(11), 2495-2518.

Zingmark, M., & Norström, F. (2021). Transitions between levels of dependency among older people receiving social care—a retrospective longitudinal cohort study in a Swedish municipality. *BMC geriatrics*, 21(1), 342.

³ I nomi e i dettagli identificativi di persone anziane e caregiver citati sono stati sostituiti con pseudonimi per tutelare la privacy.

attraverso interventi orientati alla prevenzione, all'invecchiamento attivo e al rafforzamento delle risorse personali, relazionali e comunitarie.

L'invecchiamento viene inoltre assunto come un tema di autodeterminazione e progettualità personale: prepararsi alle possibili trasformazioni legate all'età significa infatti poter compiere scelte consapevoli riguardo al proprio futuro, all'abitare, alle relazioni, alle forme di sostegno e agli strumenti utili a mantenere il più a lungo possibile autonomia, sicurezza e qualità della vita.

Promuovere questa capacità di pianificazione significa ampliare le opportunità di scelta delle persone, evitando che decisioni rilevanti debbano essere assunte esclusivamente in situazioni di emergenza o di elevata fragilità.

Particolare rilevanza assume quindi la capacità di intercettare precocemente i segnali di fragilità, favorendo una maggiore consapevolezza delle possibili traiettorie di invecchiamento e sostenendo le persone nella progettazione del proprio futuro. Ciò significa promuovere occasioni di informazione, sensibilizzazione e accompagnamento che consentano di riflettere in anticipo sui temi della salute, dell'abitare, delle reti di supporto e della partecipazione sociale.

L'obiettivo è sviluppare un approccio proattivo, capace di valorizzare le risorse delle persone e delle comunità e di intervenire prima che le situazioni di fragilità evolvano in condizioni di maggiore complessità, ampliando così le opportunità di scelta e autodeterminazione delle persone anziane e delle loro famiglie.

3.3 Fase iniziale: quando vivere a casa richiede supporto

Descriviamo la fase iniziale dei bisogni di assistenza come una fase di primo approccio all'assistenza, in cui la persona anziana inizia a necessitare di un primo supporto per la vita quotidiana (gestione della casa, attività relazionali, aiuto spesa).

In questa prima fase, i nodi che emergono con particolare chiarezza sono:



- riconoscere fragilità e bisogni;
- esprimere il bisogno e chiedere aiuto;
- disorientamento emotivo e informativo nell'accesso alle risorse.

3.3.1 Riconoscere fragilità e bisogni

Una delle sfide comuni in questa fase è, in primo luogo, riconoscere l'emersione di bisogni di assistenza. Alcuni vivono questo cambiamento come parte di un processo graduale in cui, più o meno consapevolmente, cominciano ad adattarsi a una nuova situazione di vita rispondendo di volta in volta alle esigenze e alle sfide della giornata.

Specialmente i caregiver raccontano di un'esperienza di appiattimento sul presente in cui prevale la preoccupazione quotidiana dell'assistenza, tanto che arrivano ad accorgersi dell'impatto dei bisogni di assistenza quando questi sono già elevati e conclamati e stanno per esaurire le loro risorse personali per gestirli.

Altri fanno esperienza del passaggio dall'autonomia alle necessità di supporto in modo molto più repentino, perché scandito da eventi incidentali, come una caduta, da una diagnosi di malattia o dal rapido progredire di una condizione sanitaria debilitante o neurodegenerativa. In ogni caso, si è riscontrata un'elevata attenzione alla gestione delle contingenze quotidiane, accompagnata dalla difficoltà a immaginare o prevedere come la situazione potrà evolvere in futuro. Questo limita notevolmente le possibilità di intervenire preventivamente, per esempio a livello di adattamento dell'ambiente, per rendere la permanenza a domicilio possibile e adeguata.

3.3.2 Esprimere il bisogno e chiedere aiuto

Per quanto repentino o graduale, il cambiamento che vivono persone anziane e caregiver è radicale e difficile da accettare. Ne sono coinvolti aspetti più pratici della vita (es. fare la spesa, portare fuori l'immondizia, fare il bucato), così come aspetti psicologici e identitari. Tra questi ultimi è molto comune che persone anziane e/o caregiver facciano molta fatica ad accettare la nuova situazione di bisogno o di parziale non autosufficienza e, di conseguenza, tendono ad isolarsi, a non chiedere aiuto e a rifiutare qualsiasi tipo di supporto, soprattutto se è al di fuori dell'ambito familiare.

Può infatti accadere che non vogliano compromettere la propria indipendenza, che non accettino di vedere il proprio caro in una situazione di bisogno o che si vergognino di una certa malattia.

3.3.3 Disorientamento emotivo e informativo

È molto comune che caregiver e persone anziane sperimentino un senso di spaesamento, innanzitutto emotivo, che si mescola e viene alimentato da un disorientamento informativo: si rendono conto di non avere punti di riferimento, di non sapere a chi rivolgersi, di sentirsi persi e soli nel gestire una situazione completamente nuova.

Le esigenze sono infatti sia di natura emotiva sia di natura pratica: da una parte si cerca ascolto, supporto e comprensione, dall'altra, informazioni e soluzioni pratiche per gestire nuove esigenze assistenziali che sconvolgono la vita quotidiana, soprattutto per i caregiver che lavorano, vivono lontani, hanno altri carichi familiari o una salute a loro volta compromessa. I caregiver intervistati sottolineano l'importanza di aver avuto amici o professionisti di cui si fidavano per ricevere indicazioni su come muoversi e a chi rivolgersi, oltre a rassicurazioni e a un ascolto empatico. Sono inoltre di aiuto una rete familiare solida e disponibile e le competenze dei caregiver stessi, sia nel navigare e trovare le informazioni, sia

nel provvedere concretamente alle esigenze dei propri familiari anziani, magari legate ad esperienze pregresse.

// *Ad esempio Raffaella, che, avendo avuto un'esperienza decennale come operatrice socio-sanitaria in RSA, ha colto subito i primi sintomi della demenza del marito e si è mobilitata in tempo per ottenere una diagnosi precoce, trovare supporto nella gestione dell'assistenza e adattare la casa alle esigenze del marito.*

3.3.4 Quadro di sintesi Fase iniziale

Tab 2. Fase iniziale bisogni di assistenza

Fase iniziale			
Cosa succede	Cosa aiuta	Cosa affatica	Di cosa si ha bisogno
difficoltà a riconoscere fragilità e bisogni prevalere della preoccupazione quotidiana dell'aiuto difficoltà ad accettare il cambiamento titubanza a chiedere aiuto spaesamento emotivo disorientamento informativo	rassicurazione e comprensione qualcuno di cui ci si può fidare le competenze dei caregiver la solidità della rete familiare	la solitudine il non sapere a chi rivolgersi la paura o vergogna l'incertezza	ascolto empatico avere una prospettiva futura informazioni chiare e accessibili sentirsi seguiti

3.4 Fase intermedia: quando il supporto entra a casa

La fase intermedia dello sviluppo dei bisogni assistenziali comporta principalmente limitazioni moderate nelle attività basilari della vita quotidiana, come l'igiene personale, la vestizione, la mobilità di base, la preparazione e l'assunzione dei pasti, ma anche delle eventuali terapie farmacologiche.

In questa fase, i nodi che emergono con particolare chiarezza sono:



- fragilità delle reti familiari e comunitarie con crescente carico sui caregiver;
- bisogno di sentirsi accompagnati nella ricomposizione degli interventi;
- discontinuità e scarsa adattività del sistema di assistenza domiciliare rispetto all'evoluzione dei bisogni.

3.4.1 Fragilità delle reti familiari e comunitarie e crescente carico sui caregiver

In questa fase l'impegno richiesto per rispondere ai bisogni è crescente e può mettere in difficoltà persone anziane e famiglie.

La gestione della quotidianità può rivelarsi particolarmente problematica per le persone che vivono da sole o hanno una rete di supporto molto lasca, se non quasi assente. In tali situazioni, basta che si verifichi un aggravamento o un evento accidentale per rendere la permanenza a domicilio non più praticabile.

// È il caso di Rita, anziana sola e senza figli, trasferitasi in montagna per stare vicino alla sorella. Alla morte di questa, si è ritrovata isolata, affidata alle cure informali di una pensionata – figlia di un'amica della sorella – per piccole commissioni quotidiane. Quando una caduta le ha fratturato il femore, questo fragile equilibrio è collassato, rendendo inevitabile l'istituzionalizzazione, nonostante il bisogno fosse ancora gestibile a domicilio con un supporto adeguato.

Anche laddove vi sono più caregiver coinvolti, emerge la necessità di organizzarsi sul piano lavorativo e familiare, perché l'impegno nell'assistenza richiede una frequenza e un'intensità più elevate. Inoltre, i caregiver iniziano ad accusare stanchezza e stress legati al loro ruolo: è spesso a questo punto che si rendono conto di non gestire più una situazione contingente, bensì una che richiede un'assistenza stabile, continuativa e, nel tempo, spesso progressivamente più elevata.

3.4.2 Bisogno di sentirsi accompagnati

La durata dell'assistenza si rivela un aspetto che mette a dura prova la tenuta del sistema di cura informale: la necessità di un aiuto esterno si fa pressante, ma frequentemente si pone il problema di come trovarlo.

Spesso si trascina, in questa fase, un bisogno che non ha ancora trovato risposta: orientarsi in un sistema pubblico strutturalmente frammentato può risultare molto complesso, specialmente per chi ha meno risorse e capacità, nonché scarsa esperienza del

funzionamento dei servizi pubblici. Non solo gli interventi a supporto della domiciliarità sono vari (es. misure economiche provinciali e nazionali, servizi sociali o sanitari a domicilio), ma sono anche gestiti da soggetti diversi con procedure differenziate.

A ciò si aggiunge che altre agevolazioni che riguardano sfere diverse da quella prettamente assistenziale (es. adattamento domestico, agevolazioni sulle bollette di casa, misure di contrasto della povertà) richiedono, a loro volta, informazioni specifiche che è difficile reperire in un unico posto, nonché procedure amministrative separate.

Il carico amministrativo che i caregiver si trovano a gestire si aggiunge a quello assistenziale, affaticandoli ulteriormente.

Quello che riportano le persone intervistate è un desiderio di maggior chiarezza e un bisogno di sentirsi accompagnati nella ricomposizione degli interventi attraverso un punto di riferimento che sappia fornire informazioni e indicazioni per orientarsi e che, possibilmente, possa anche tenere le fila del percorso assistenziale, considerando la complessità dei bisogni coinvolti.

3.4.3 Discontinuità e scarsa adattività del sistema di assistenza domiciliare rispetto all'evoluzione dei bisogni

Rispetto all'esperienza con i servizi pubblici di supporto domiciliare, questa varia notevolmente tra gli intervistati e fa emergere alcuni aspetti fondamentali sia per chi li apprezza sia per chi ne rimane deluso. Innanzitutto, caregiver e persone anziane considerano molto importante la relazione che si instaura con gli operatori di assistenza domiciliare: per quanto siano lavoratori esterni alla famiglia, il fatto di entrare nell'intimo delle loro case e a contatto con la loro fragilità, rende particolarmente rilevante sentire di potersi fidare di loro e della loro professionalità.

A tal fine, si apprezza o apprezzerrebbe una certa continuità del personale assistenziale in quanto facilita la conoscenza e l'instaurarsi di un clima sereno e, talvolta, confidenziale. Similmente, l'attenzione, la cura e la professionalità che si mettono in atto nelle pratiche di assistenza sono cruciali per l'instaurarsi di una relazione di fiducia ed alleggeriscono anche i caregiver dal peso di dover monitorare la qualità dell'assistenza fornita.

Un altro aspetto rilevato dalle interviste riguarda la flessibilità degli interventi, ovvero la loro adattabilità al cambiamento dei bisogni della persona, ma anche alle esigenze dei familiari. In quest'ultimo caso, ci sono vari esempi in cui i caregiver, affaticati dall'assistenza, richiedono una maggiore copertura oraria, magari nel fine settimana, per ottenere un sollievo maggiore.

La flessibilità presuppone, da una parte, un monitoraggio periodico per raccogliere informazioni aggiornate e verificare in modo continuativo l'adeguatezza degli interventi, dall'altra invece si pone la questione di modulare le ore di assistenza domiciliare, così da offrire un supporto più sostanziale al sistema di cura informale.

3.4.4 Quadro di sintesi Fase intermedia

Tab 3. Fase intermedia bisogni di assistenza

Fase intermedia			
Cosa succede	Cosa aiuta	Cosa affatica	Di cosa si ha bisogno
la situazione si aggrava	una rete di supporto fitta e presente	fragilità o assenza di reti familiari e comunitarie	supporto leggero per la gestione della quotidianità
la famiglia è affaticata	risorse economiche spazi abitativi adeguati	gestire lavoro, famiglia e assistenza	assistenza adeguata in termini di ore e qualità
si necessita di attivare risorse private, ma non si sa come e dove trovarle	relazione di fiducia con professionisti e assistenti	stress	assistenza flessibile e adattiva
		durata dell'assistenza	sentirsi accompagnati nella ricomposizione degli interventi
		frammentazione dell'offerta pubblica	un punto di riferimento
		burocrazia	
		la discontinuità delle figure di riferimento	

3.5 Fase avanzata: quando restare a casa si fa più faticoso

Nella fase avanzata dei bisogni assistenziali delle persone che vivono nel proprio domicilio, includiamo le situazioni in cui le limitazioni funzionali e/o cognitive compromettono l'autonomia in modo grave, se non totale e permanente, tanto che la persona anziana fatica anche a collaborare alle pratiche di cura, per la cui implementazione diventano necessari l'impiego di ausili (ad es. sollevatore) o la presenza di due caregiver.

I nodi che emergono con particolare chiarezza sono:



- l'intensità e la complessità dei bisogni di assistenza, che rendono difficile e faticosa la permanenza al proprio domicilio;
- i caregiver non reggono più il carico di assistenza.

3.5.1 L'intensità e la complessità dei bisogni di assistenza rendono difficile la permanenza al proprio domicilio

L'elevata intensità assistenziale mette spesso in discussione la sostenibilità della permanenza a domicilio: può essere difficile garantire un supporto adeguato alle necessità nel contesto domestico, con la continuità e l'intensità richieste, in spazi talvolta inadatti, molto limitanti e poco vivibili.

La qualità dell'assistenza fornita, seppur con tutte le possibili risorse disponibili, rischia di incrinarsi e di non essere sufficiente a soddisfare appieno i bisogni e le necessità delle persone.

Marina racconta come l'ingresso in RSA abbia migliorato notevolmente la qualità di vita della madre, accudita a domicilio per anni. Prima del ricovero, la signora trascorreva le giornate a letto nella sua stanza, con la TV come unica compagnia. Ora non le pare vero poter uscire in giardino, guardare i fiori, incontrare altre persone.

3.5.2 I caregiver non reggono più il carico di assistenza

Il sistema informale di supporto, che spesso ha un solo caregiver di riferimento, rischia, a questo punto, di collassare a causa dell'intenso e prolungato impegno nell'assistenza quotidiana.

Il carico e lo stress diventa insostenibile, con il rischio che il caregiver veda compromessa a sua volta la propria salute fisica e mentale e la propria vita familiare e lavorativa.

Roberta si è presa cura della madre ogni giorno per dieci anni, con intensità crescente. Quando le si chiede cosa consiglierebbe a un amico nella sua stessa situazione, risponde con amarezza: «Non so se gli direi di fare quello che ho fatto io. Forse gli direi: è meglio vivere.»

Uno dei principali problemi di questa fase è che l'ingresso in strutture residenziali, anche se accettato o voluto, di solito avviene quando la non autosufficienza è conclamata. Di conseguenza, il periodo che precede questa transizione può essere molto difficile ed impegnativo per la persona e i caregiver.

Questi ultimi devono cercare di sostenere la persona il più possibile, soprattutto se non dispongono di risorse economiche sufficienti per ricorrere a servizi privati di assistenza. Inoltre risulta ancora molto carente l'offerta di soluzioni residenziali intermedie, come per esempio il co-housing, che rispondano ad un più ampio spettro di bisogni assistenziali.

3.5.3 Quadro di sintesi Fase avanzata

Tab 4. Fase avanzata bisogni di assistenza

Fase avanzata			
Cosa succede	Cosa aiuta	Cosa affatica	Di cosa si ha bisogno
i bisogni sono complessi ed intensi	una rete di supporto fitta e presente	l'assistenza intensiva e prolungata	sentirsi accompagnati
la permanenza al domicilio diventa sempre più difficile	risorse economiche e disponibilità ad usarle per l'assistenza	spazi abitativi inadatti e poco vivibili	supporto nelle fasi di transizione
la famiglia non regge più il carico di assistenza	spazi abitativi adeguati	conflitti familiari	soluzioni residenziali intermedie
scarse alternative alle RSA		impreparazione a gestire la fase di passaggio	continuità relazionale
		lunghi tempi di attesa	

3.6 Bisogni e finalità trasversali ad ogni fase

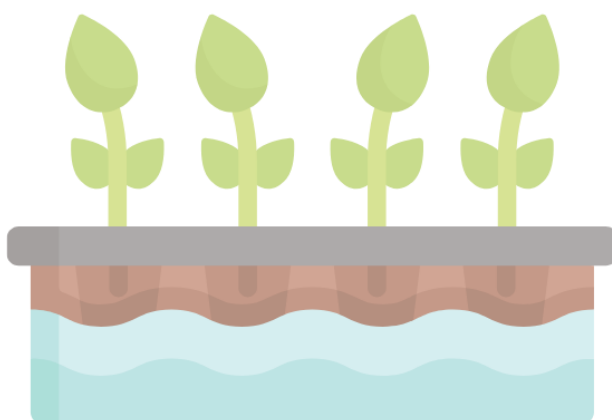
Dall'analisi delle interviste e dalla discussione del tavolo di co-programmazione è emerso che alcuni bisogni, pur avendo caratteristiche specifiche in fasi diverse, sono di fatto trasversali a esse: si tratta di bisogni legati all'**accompagnamento personalizzato**, più che di necessità strettamente assistenziali.

Innanzitutto, lo spaesamento emotivo tipico della fase iniziale può, di fatto, presentarsi anche in altri momenti di passaggio, come quello di transizione da casa a una struttura residenziale o dall'ospedale al domicilio. Il percorso assistenziale è dinamico e spesso ricco di cambiamenti e passaggi, i bisogni di sostegno psicologico ed emotivo possono essere ricorrenti nell'esperienza delle persone anziane e caregiver. È proprio a fronte di ciò che il Tavolo ha individuato **"l'ascolto"** come direzione di cambiamento: esserci nell'evoluzione dei bisogni, ascoltare le persone anziane e i caregiver, supportandoli nell'affrontare la dimensione emotiva e relazionale, sostenendone il benessere e la capacità di adattamento in ogni fase.

Ulteriore direzione di trasformazione collegata all'accompagnamento personalizzato è **"la continuità"** della presa in carico. Il sistema di supporto alla domiciliarità è attualmente frammentato tanto che, di conseguenza, la presa in carico è spesso discontinua. Inoltre, la filiera di servizi a sostegno della domiciliarità presenta vuoti di servizio, zone grigie che possono compromettere l'adeguatezza dei percorsi assistenziali (es. limitata offerta di

soluzioni di residenzialità leggera). La direzione di cambiamento è quindi quella di garantire un percorso assistenziale continuo e coerente, nonostante la frammentazione degli interventi sia di natura strutturale.

Infine, un'altra necessità trasversale emersa è **“la personalizzazione”** dei supporti e degli interventi. Dall'informazione all'orientamento, dalla conoscenza dei propri diritti all'accesso alle misure di supporto, personalizzare significa mettere le persone anziane e le loro famiglie nelle condizioni di esercitare i propri diritti e di accedere agli interventi di supporto locali e nazionali e trovare risposte personalizzate alla loro specifica situazione che, come abbiamo visto, è dinamica e mutevole nel tempo. La personalizzazione quindi riguarda anche l'adattabilità degli interventi di supporto all'evoluzione dei bisogni.



4. IL MODELLO DI SISTEMA A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITÀ

4.1 Premessa

Il percorso di co-programmazione, in coerenza e continuità con le Linee di indirizzo e i principi delineati, prova a superare la logica prestazionale della domiciliarità orientandosi verso un modello di **cura** della persona anziana e dell'intero nucleo familiare finalizzato a costruire un sistema territoriale continuo, relazionale e comunitario.

Nell'ottica di configurare il presente lavoro come una vera e propria architettura di sistema, a partire dai principi del modello individuati dalle Linee di Indirizzo (Casa e sistema di relazioni, personalizzazione dei percorsi e cura dei transiti, persona anziana famiglia e care giver, e reti e filiere territoriali), si approfondiscono di seguito le **funzioni** del sistema, le **condizioni da favorire** e gli elementi alla base di una **governance territoriale**.

Nel capitolo successivo ci si concentrerà sulle modalità attuative e sull'implementazione del modello attraverso i sistemi di affidamento e finanziamento dei servizi.

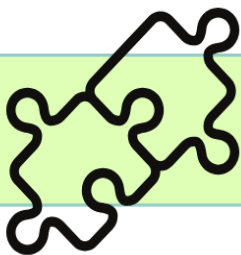
A sostegno dell'elencazione e come cornice di riferimento comune, applicabile alle scelte di programmazione attuali ma anche per quelle future, il procedimento di co-programmazione ha elaborato il seguente manifesto grafico, rappresentativo del quadro generale.



4.2 Funzioni del sistema

Con riferimento alle fasi di evoluzione dei bisogni affrontate nel capitolo precedente, sono state individuate sei funzioni strategiche che il sistema territoriale di servizi intende perseguire per il sostegno alla domiciliarità delle persone anziane e dei loro familiari.

Le singole funzioni sono di seguito presentate in forma di “scheda” e per ognuna vengono sinteticamente richiamati i temi caratteristici ed i bisogni ai quali quella funzione intende rispondere, la finalità che quella funzione persegue, gli obiettivi specifici degli interventi prioritari emersi dai lavori del Tavolo di co-programmazione.



Funzione

PREVENZIONE E INVECCHIAMENTO ATTIVO

BISOGNI/TEMI

Pianificazione prospettive future; conoscenza risorse del territorio; opportunità di salute e di cittadinanza attiva; dare importanza alla prevenzione.

FINALITÀ

Rafforzare la capacità delle persone di invecchiare in salute e di progettare il proprio futuro con consapevolezza. Agevolare un cambiamento culturale promuovendo azioni orientate alla prevenzione, l'invecchiamento attivo e la solidarietà intergenerazionale.

OBIETTIVI

- aumentare la consapevolezza della popolazione sull'importanza della prevenzione e della partecipazione attiva nella comunità
- sostenere il volontariato, le risorse di vicinato e la comunità per la costruzione di reti di prossimità
- rafforzare le competenze di auto cura, ottimizzare le opportunità di salute (fisica, mentale, relazionale e sociale)
- promuovere la capacità di pianificazione del proprio futuro (abitazione, risorse economiche, rete di supporto)
- sviluppare atteggiamenti proattivi verso il benessere e l'invecchiamento attivo
- potenziare occasioni di socialità

INTERVENTI PRIORITARI

- iniziative di sensibilizzazione e di informazione-formazione rivolte alla popolazione generale o a target specifici per es. su invecchiamento attivo, progettazione del futuro, cohousing e coabitazioni intergenerazionali e attività di prevenzione

- iniziative di comunità su corretti stili di vita e alimentazione (es. attività motorie, corsi di cucina)
- campagne informative trasversali rivolte alla totalità della popolazione generale e/o a categorie professionali indirettamente coinvolte nell'area socio-assistenziale (es. architetti, urbanisti)
- percorsi intergenerazionali attraverso progetti con le scuole di diverso ordine e grado
- mappatura risorse sul territorio come ad es. associazioni di volontariato
- organizzazione di eventi e occasioni conviviali di comunità



Funzione **INTERCETTAZIONE**

BISOGNI/TEMI

Riconoscimento di fragilità e bisogni emergenti, prevenzione dell'isolamento sociale, accesso tempestivo e appropriato ai servizi

FINALITÀ

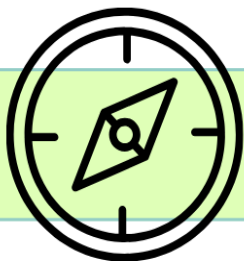
1. *Avvicinare le persone al sistema*: favorire il riconoscimento e l'emersione precoce dei bisogni per evitare che persone anziane e famiglie rimangano isolate nella loro condizione e abbattere le barriere che impediscono alle persone di chiedere aiuto.
2. *Avvicinare il sistema alle persone*: la rete territoriale, formale e informale, acquisisce competenze e capacità per intercettare tempestivamente e proattivamente le persone in condizioni di fragilità, prima che la loro condizione diventi critica.

OBIETTIVI

- aumentare la capacità delle persone di riconoscere ed esprimere i propri bisogni, superando lo stigma e la vergogna associati alla richiesta di aiuto
- incrementare il ricorso alle reti di supporto formali e informali
- attivare modalità sistematiche di intercettazione proattiva della fragilità
- rafforzare e integrare la rete territoriale – tra soggetti pubblici, privati e di comunità – per una capacità condivisa e coordinata di riconoscimento precoce dei bisogni

INTERVENTI PRIORITARI

- attivazione e formazione di figure di prossimità (es. operatori di comunità, sentinelle del territorio, volontari) per offrire informazioni, ascolto e rilevazione dei bisogni
- creazione gruppi auto-mutuo aiuto o spazi di confronto tra pari
- costruire sistemi di individuazione e segnalazione precoce: screening sociale, censimento, libretto argento
- organizzazione di visite domiciliari preventive: operatori sociali o volontari visitano le famiglie per valutare la situazione, raccogliere informazioni su eventuali bisogni e fornire un primo orientamento sui servizi disponibili
- comunicazione digitale e multicanale attraverso l'invio mirato di comunicazioni informative (newsletter, messaggi telefonici, piattaforme online) per sensibilizzare e informare sulla "richiesta di aiuto" e percorsi di supporto



Funzione

ACCESSO E ORIENTAMENTO

BISOGNI/TEMI

Disorientamento emotivo e informativo; difficoltà di accesso alle misure; difficoltà ad orientarsi nel sistema dei servizi; rischio di accesso tardivo o improprio ai servizi.

FINALITÀ

Garantire alle persone anziane e alle famiglie un accesso equo e tempestivo a informazioni corrette e comprensibili sui servizi e sulle opportunità di supporto disponibili sul territorio.

OBIETTIVI

- aumentare la capillarità dei canali informativi
- aumentare la conoscenza delle risorse formali disponibili
- agevolare l'orientamento tra servizi e opportunità, riducendo lo spaesamento emotivo
- favorire un accesso più tempestivo e appropriato ai servizi

INTERVENTI PRIORITARI

- sportelli di orientamento territoriali (fisici e virtuali) in luoghi di prossimità
- guide ai servizi multicanale (cartacee, digitali, visive)
- affiancamento e consulenza anche tramite patronati o enti di supporto
- campagne informative mirate



Funzione **SOSTEGNO EVOLUTIVO ALLA DOMICILIARITÀ**

BISOGNI/TEMI

Permanenza nel proprio ambiente di vita, assistenza flessibile e di qualità, supporto nella gestione della quotidianità, accompagnamento nell'attivazione e nella conciliazione tra servizi diversi, difficoltà di tenuta delle rete assistenziale familiare e comunitaria, discontinuità dell'assistenza, disallineamento tra la risposta e l'evoluzione dei bisogni.

FINALITÀ

Garantire sostegni domiciliari flessibili, modulari e adattabili rispetto all'evoluzione e intensità dei bisogni e alla situazione del nucleo, promuovendo equità, continuità, sicurezza, dignità e benessere per le persone anziane, per i familiari e caregiver.

OBIETTIVI

- ridurre il carico assistenziale e prevenire il rischio di sovraccarico dei caregiver familiari
- favorire la permanenza al domicilio in sicurezza
- migliorare la continuità assistenziale e la stabilità della relazione di cura
- migliorare la capacità del sistema di adattarsi e integrare gli interventi tra diversi soggetti coinvolti
- rafforzare le capacità del sistema di monitoraggio continuo
- potenziare e valorizzare i ruoli dei diversi professionisti coinvolti, a partire dagli assistenti domiciliari e RTO degli ETS
- sviluppare progetti assistenziali personalizzati, modulari e facilmente aggiornabili
- integrare il ruolo delle assistenti familiari con la rete dei servizi territoriali per migliorare continuità di cura e qualità dell'assistenza

INTERVENTI PRIORITARI

- elaborazione progetti assistenziali rivolti all'intero nucleo familiare, prevedendo strumenti di valutazione del livello di benessere del nucleo stesso
- aumentare il numero dei posti di sollievo, attivabili anche in emergenza
- attività di supporto per familiari e caregiver: formazione, sportello psicologico, contatti programmati, gruppi auto mutuo-aiuto
- incrementare servizi complementari al SAD, anche ampliando l'offerta delle APSP a domicilio
- aumentare flessibilità degli orari dei servizi sia per interventi di assistenza domiciliare e di contesto sia di servizi semiresidenziali a carattere diurno;
- sviluppare, con i soggetti gestori, modelli organizzativi orientati alla stabilità degli operatori sui casi (es. gestione dei casi in team di operatori)
- introduzione sistema di assistenza a "pacchetti modulari", che il nucleo interessato può gestire in autonomia in base all'intensità necessaria
- monitoraggi e valutazioni sistematiche, integrate e multidimensionali delle situazioni in carico e degli interventi
- costruzione e condivisione di strumenti integrati di valutazione del benessere del nucleo familiare
- formazione per ogni professionista coinvolto ai diversi livelli (PA, ETS, assistenti familiari, caregiver, etc.)valorizzando i ruoli dei diversi professionisti
- potenziamento e sviluppo domotica e tecnologie leggere a domicilio (telesoccorso, telemonitoraggio, telemedicina, etc.)
- coinvolgere le assistenti familiari nel progetto assistenziale



Funzione

CONTINUITÀ DELL' ABITARE

BISOGNI/TEMI

Aumento di intensità e complessità dei bisogni assistenziali, difficoltà di permanenza a domicilio, carico assistenziale elevato per i caregiver, carenza di soluzioni abitative intermedie e flessibili, necessità di integrare risorse pubbliche, private e comunitarie.

FINALITÀ

Garantire continuità di vita e di supporto abitativo anche nelle fasi avanzate della non autosufficienza, favorendo permanenza al domicilio o in soluzioni abitative leggere, sicure e integrate con i servizi.

OBIETTIVI

- sviluppare soluzioni abitative leggere e flessibili
- ampliare l'offerta territoriale di servizi complementari
- ridurre il rischio di istituzionalizzazione precoce

INTERVENTI PRIORITARI

- abitare accompagnato e co-housing formale e informali integrando risorse pubbliche e private
- strutture a bassa soglia per persone con bisogni variabili e temporanei
- potenziamento "Rsa leggere"



BISOGNI

Frammentazione dei percorsi sociali e sanitari; necessità di supporto emotivo e psicosociale per persone anziane e caregiver; difficoltà di accesso alle misure di supporto economico e caregiving; discontinuità della presa in carico; carico e stress dei caregiver familiari; scarsa personalizzazione dei percorsi assistenziali; spaesamento emotivo e informativo; difficoltà di coordinamento tra servizi e attori territoriali.

FINALITÀ

Ascolto, personalizzazione e continuità: Assicurare risposte personalizzate che si adattino all'evoluzione dei bisogni della persona anziana e del caregiver, sostenendo benessere, autodeterminazione e continuità assistenziale, nel rispetto dell'identità della persona.

Valorizzazione della dimensione della cura nella domiciliarità, riconoscendo così al lavoro di cura valore e potenzialità generative importanti.

Nella cura c'è un fare attento e partecipato alla persona nella sua globalità: è una modalità di vedere l'altro e considerare la sua condizione personale. La cura non si esprime solo attraverso un'azione, ma rappresenta farsi carico della persona e della sua rete familiare per favorire un loro benessere e una qualità di vita.

OBIETTIVI

- accompagnare le persone anziane e le famiglie nella gestione emotiva e relazionale della non autosufficienza
- rendere più accessibile il supporto psicologico
- supportare il caregiver nella gestione dei carichi assistenziali

- garantire continuità di riferimenti nell'attivazione di servizi con diverse competenze
- garantire coerenza del percorso assistenziale
- integrare bisogni del caregiver accanto a quelli della persona anziana
- promuovere approccio proattivo e progettuale nella presa in carico

INTERVENTI PRIORITARI

- individuazione del case manager per il nucleo familiare
- equipe multidisciplinari che integrano servizi sociali, sanitari e reti informali
- strumenti e sistemi informativi integrati di raccolta/analisi delle storie di vita, dei desideri, preferenze e bisogni psicosociali con focus sul nucleo familiare
- incontri di rete periodici con mandati specifici
- attivazione di auto-mutuo aiuto e spazi informali di socializzazione per caregiver (es. Università della Terza Età)
- formazione professionale per approccio progettuale e non emergenziale
- monitoraggio continuo e aggiornamento degli interventi secondo l'evoluzione dei bisogni

4.3 Condizioni da favorire per l'implementazione territoriale del sistema

La realizzazione e l'implementazione del modello del sistema passa necessariamente da alcune condizioni abilitanti e facilitanti lo sviluppo delle azioni previste dal sistema. Costituiscono al riguardo degli ambiti di attenzione e di lavoro congiunto tra i vari attori del territorio, da approfondire e sviluppare progressivamente, gli ambiti di seguito indicati.

4.3.1 Attivazione della comunità

La comunità (volontari, vicinato, reti di prossimità) è una risorsa trasversale alle fasi richiamata in tutte le funzioni, in quanto risorsa fondamentale ed imprescindibile, soprattutto nella logica di ecosistema. La comunità non può e non deve essere un "sostituto" o un "riempitivo del welfare", tuttavia è opportuno richiamare all'importanza di valorizzare il contributo del volontariato in un quadro stabile di collaborazione, evitando che l'impegno del volontario sia casuale o discontinuo. Sarebbe opportuno il coinvolgimento dei volontari, ma anche degli altri soggetti attivi in reti di cura più informali, in tavoli territoriali o gruppi di coordinamento, per valorizzare la loro esperienza e renderla più partecipativa e riconosciuta, prevedere sistemi di mentoring e affiancamento, incentivi materiali e logistici (rimborso spese, trasporti, pasti, materiali di lavoro, fornire kit operativi, strumenti tecnologici, materiali informativi), fornire agevolazioni, convenzioni con enti o strutture partner.

4.3.2 Infrastruttura organizzativa e digitale

Sistemi informativi condivisi, piattaforme digitali per monitoraggio e valutazione dei casi, strumenti di coordinamento tra servizi e banche dati aggiornate consentono di garantire continuità e personalizzazione dei percorsi assistenziali, facilitare la regia unitaria, rendere tempestivo e appropriato l'accesso ai servizi, supportare l'analisi dei bisogni e la programmazione di interventi modulabili; consolidare la capacità di monitoraggio evolutivo della popolazione target. In sintesi, l'infrastruttura digitale e organizzativa agisce come facilitatore trasversale, potenziando l'efficacia delle funzioni strategiche e abilitando percorsi di assistenza integrata, personalizzata e sostenibile nel tempo.

4.3.3 Ruolo del Terzo Settore

In questa prospettiva di sistema integrato, gli ETS non sono più meri "erogatori" di servizi, ma sono attivatori di comunità, mediatori e raccordo tra famiglia e servizi; innovatori e sperimentatori. In pratica, gli ETS: facilitano il coinvolgimento delle comunità locali e delle reti informali; sostengono le famiglie nell'accesso e nell'orientamento ai servizi; sperimentano nuovi modelli di intervento e strumenti modulabili; promuovono la personalizzazione dei percorsi assistenziali; garantiscono collegamenti stabili tra attori pubblici, privati e comunitari, rafforzando la coesione e la continuità del sistema.

In questo ruolo, gli ETS diventano abilitatori chiave di innovazione sociale e partecipazione comunitaria, rendendo il sistema più resiliente, flessibile e vicino ai bisogni delle persone.

4.3.4 Definizione delle priorità delle funzioni e interventi

Per garantire l'efficacia del sistema territoriale, è necessario definire una **gerarchia di priorità** tra interventi e funzioni. Non tutti gli interventi hanno di fatto lo stesso impatto o richiedono le stesse risorse, tanto che, tenendo conto anche del grado di fattibilità e realizzabilità, risulta necessario distinguere tra:

- interventi essenziali, da attivare immediatamente per rispondere a bisogni urgenti, come per esempio servizi dedicati ai familiari e caregiver e accordi di comunità per attivare reti di supporto territoriali;
- interventi da sviluppare in fase successiva, come l'elaborazione e la realizzazione di un modello di screening sociale strutturato;
- interventi sperimentali o innovativi, che richiedono ulteriori passaggi di pianificazione e progettazione, accompagnati da sperimentazioni operative su alcuni territori pilota e, se necessario, da interventi normativi, prima della messa a sistema, come per esempio nell'ambito delle assistenti familiari.

La prioritizzazione facilita decisioni rapide, ottimizza l'impiego delle risorse e favorisce continuità di intervento anche in condizioni di carenza di personale o budget.

4.3.5 Sostenibilità e risorse

La sostenibilità del sistema richiede un quadro chiaro di **risorse professionali, organizzative, tecnologiche, comunitarie ed economiche** che supportino la realizzazione di interventi e servizi attraverso tutte le diverse fasi del percorso e per ognuna delle funzioni evidenziate.

È utile quindi stimare, tenendo conto delle specificità e personalizzazioni necessarie:

- fabbisogno di personale e competenze necessarie in un'ottica multi-professionale (case manager, assistenti sociali, educatori, infermieri, operatori domiciliari, etc.);
- risorse organizzative per coordinamento, governance e monitoraggio (équipe multidisciplinari, tavoli di coordinamento, strumenti di monitoraggio, protocolli operativi, etc.);
- strumenti tecnologici e sistemi informativi integrati (piattaforme digitali dove trovano spazio il Libretto Argento, le schede di valutazione differenziata, il Piano assistenziale, etc.);
- contributo delle reti di comunità e dei volontari;
- budget economico necessario per garantire continuità e modularità dei servizi (fondi nazionali, provinciali, territoriali da integrare con risorse private, finanziamenti a bandi, etc.).

Questo approccio consente alle PA di progettare affidamenti realistici, pianificare finanziamenti coerenti con la capacità territoriale e assicurare la sostenibilità dei percorsi di supporto nel medio-lungo periodo. Adottando la logica dell'amministrazione condivisa, la sostenibilità del sistema presuppone un impegno corresponsabile di tutti gli attori della rete nella ricerca di finanziamenti e nella mobilitazione delle risorse necessarie, secondo un approccio fondato sulla condivisione degli obiettivi e sulla valorizzazione delle rispettive capacità contributive.

4.4 Una governance di prossimità

Uno degli elementi di maggiore innovazione del modello risiede **nell'approccio** richiesto ai soggetti coinvolti. La capacità di concorrere alla costruzione di risposte integrate, personalizzate e orientate al mantenimento della domiciliarità, operando in raccordo con le altre componenti del sistema, è il vero fattore decisivo per il funzionamento di un sistema basato su un **modello organizzativo condiviso e partecipato** tra Comunità di Valle, Asuit, APSP e Rsa, ETS e organizzazioni di volontariato.

Si tratta di definire una governance multi-livello, basata sui principi dell'Amministrazione condivisa, che supera il modello di "fornitura frammentata dei servizi", dove in tutte le fasi del sistema integrato degli interventi (progettazione, organizzazione, gestione, realizzazione e valutazione) ogni soggetto risulta essere un partner a tutti gli effetti, contribuendo con le proprie risorse, competenze e capacità alla realizzazione dell'insieme.

Al fine di parlare di una "**governance di prossimità**", assumono valenza tanto simbolica quanto fattiva premesse quali il raccordo tra soggetti, l'integrazione operativa, la continuità degli interventi, la capacità di attivazione territoriale e la flessibilità organizzativa, che dovranno essere garantite trasversalmente in tutte le componenti del sistema, indipendentemente dalla specifica modalità di affidamento o finanziamento adottata.

In questo modo le comunità locali diverranno soggetti corresponsabili della creazione e mantenimento di contesti abilitanti e inclusivi per la permanenza delle persone anziane al proprio domicilio, senza dimenticare il benessere di familiari e caregiver che in prima persona se ne prendono cura.

4.5 Integrazione socio-sanitaria territoriale

L'integrazione socio-sanitaria costituisce una condizione imprescindibile per lo sviluppo del sistema territoriale di sostegno alla domiciliarità delle persone anziane e delle loro famiglie. La crescente complessità dei bisogni richiede infatti il superamento di una logica centrata sulla risposta a singole prestazioni, a favore di un approccio orientato alla presa in carico integrata della persona e del nucleo familiare lungo un percorso che può vedere l'intensificarsi di condizioni di fragilità e dunque di non autosufficienza.

In tale prospettiva, la continuità assistenziale e la qualità dei percorsi di cura non possono dipendere dalla capacità delle persone e delle famiglie di orientarsi tra servizi, professionisti e organizzazioni differenti, ma devono rappresentare una **responsabilità condivisa dei sistemi sociale e sanitario**. La ricomposizione dei percorsi, la gestione dei passaggi tra interventi e la continuità delle relazioni di cura devono essere assunte come compiti propri dei servizi, attraverso modalità operative integrate e strumenti di raccordo stabili.

Le opportunità offerte dal processo di riorganizzazione delineato dal DM 77, attraverso lo sviluppo delle Case della Comunità, dell'assistenza di prossimità e delle altre articolazioni territoriali del sistema sanitario, unite al ruolo di Spazio Argento quale punto unitario di riferimento per le persone anziane e i caregiver, rappresentano un contesto favorevole e confermano le motivazioni che hanno sempre spinto verso una concreta e fattiva integrazione

socio sanitaria, per consolidare forme avanzate di integrazione socio-sanitaria e rafforzare l'orientamento alla domiciliarità dell'intero sistema dei servizi.

A tal fine, risulta prioritario lo sviluppo di modalità strutturate di lavoro multiprofessionale, attraverso équipe integrate e strumenti di *team working* tra gli operatori dei servizi sociali e sanitari. Il consolidamento di questi gruppi di lavoro permette di superare frammentazioni storiche, valorizzando la complementarità dei ruoli e l'interdipendenza generativa tra le diverse competenze professionali.

All'interno di questo quadro, occorre concentrarsi su **tre aree prioritarie di collaborazione**, rispetto alle quali sviluppare specifici accordi operativi, procedure condivise e strumenti comuni di lavoro, monitorando nel tempo l'effettiva applicazione e i risultati conseguiti.

Una prima area riguarda l'**osservazione, il monitoraggio** delle persone e dei nuclei familiari, **il lavoro di comunità e prossimità e la medicina di iniziativa**. Attraverso un forte orientamento alla medicina di iniziativa, la valorizzazione integrata delle informazioni disponibili e delle capacità osservative dei diversi soggetti coinvolti può rafforzare le funzioni di intercettazione precoce, prevenzione e accompagnamento delle situazioni di fragilità, consentendo interventi tempestivi prima che i bisogni assumano carattere emergenziale o compromettano la permanenza al domicilio. Potrebbe essere utile al riguardo convergere ad esempio su un sistema di rilevazione in una fase iniziale dei potenziali bisogni della persona e del caregiver per favorire un accompagnamento mirato e proattivo. Strettamente connesso alla medicina di iniziativa è il lavoro di comunità e di rafforzamento delle reti territoriali. La domiciliarità dell'anziano si sostiene efficacemente solo se inserita in un "ecosistema sociale collaborativo". Diventa quindi fondamentale l'azione congiunta di professionisti sanitari e sociali per mappare, attivare e valorizzare le risorse formali e informali del territorio in un lavoro di rete intersettoriale che mira a contrastare l'isolamento sociale, la povertà relazionale e a favorire la creazione di legami di prossimità, capaci di integrare e potenziare le risposte cliniche e assistenziali dei servizi istituzionali.

Una seconda area riguarda la **cura delle transizioni e la continuità assistenziale**, con particolare riferimento ai casi caratterizzati dalla compresenza di interventi sociali e sanitari, ai passaggi tra diversi programmi di presa in carico (in primis tra servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale e servizio di assistenza domiciliare integrato e viceversa) e ai cambiamenti di setting di cura. In tale ambito assume particolare rilievo la definizione di procedure condivise per la gestione dei passaggi, lo scambio delle informazioni rilevanti e la rimodulazione coordinata degli interventi, al fine di garantire continuità nei percorsi ed evitare frammentazioni o interruzioni della presa in carico.

Una terza area riguarda la **promozione della salute, la prevenzione e la comunicazione** verso la popolazione. Lo sviluppo di azioni coordinate tra i diversi attori territoriali può contribuire a rafforzare la conoscenza delle opportunità presenti sul territorio, favorire l'emersione precoce dei bisogni, promuovere stili di vita salutari e diffondere una maggiore consapevolezza sui temi dell'invecchiamento attivo, della prevenzione dell'isolamento sociale, della fragilità e della domiciliarità.

Per ciascuna di queste aree saranno progressivamente definiti specifici **accordi operativi tra i servizi sociali e sanitari territoriali**, finalizzati a individuare responsabilità, procedure, strumenti condivisi e modalità di monitoraggio, affinché l'integrazione socio-sanitaria trovi concreta attuazione nelle pratiche quotidiane e contribuisca in modo effettivo alla costruzione di percorsi unitari, continui e personalizzati a favore delle persone anziane e delle loro famiglie.

5. L'IMPLEMENTAZIONE TERRITORIALE E L'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI

5.1 Premessa

L'attuazione del modello di sistema a sostegno della domiciliarità delineato nel capitolo precedente potrà avvenire attraverso una o più procedure di affidamento/finanziamento, tra quelle previste dalla normativa provinciale, ai sensi dell'art. 22 della Lp 13/2007 e delle relative Linee Guida, approvate con Deliberazione della Giunta provinciale n. 548 del 17 aprile 2025. La scelta della modalità di implementazione territoriale e di affidamento di un servizio a favore della domiciliarità della persona anziana è in primo luogo la **scelta tra le diverse tipologie di relazione tra l'ente pubblico e gli enti del privato sociale coinvolti** (enti del terzo settore, imprese sociali, associazioni di promozione sociale, organizzazioni di volontariato).

In linea generale, le modalità di affidamento dei servizi possono essere ricondotte a due macro categorie, quella delle procedure collaborative (contributo, coprogettazione, accreditamento aperto) e quella delle procedure concorrenziali (appalto). L'elaborazione delle Linee Guida A "Per la pianificazione e la scelta di modalità e strumenti di realizzazione di servizi e interventi socio-assistenziali" da parte di ciascuna Comunità porterà a definire con precisione il percorso da intraprendere.

Rimandando a tali risultanze l'applicazione operativa delle fasi successive, si riportano in questa sede i principali snodi di analisi e progettazione, a possibile supporto del percorso.

Al riguardo è possibile fare riferimento ai due macro scenari di affidamento dei servizi senza indicare possibili preferenze, ma anzi provando ad evidenziare le potenzialità derivanti sia dal principio della tutela della concorrenza sia da quello della sussidiarietà orizzontale.

Nel caso in cui l'Ente locale provvedesse, invece, tramite realizzazione diretta (autonomamente o mediante APSP/o ente strumentale) l'organizzazione, il personale e gli strumenti sono di in capo all'ente pubblico.

5.2 Affidamento e finanziamento del sistema

Prima di affrontare il tema delle modalità di affidamento del servizio, vale la pena soffermarsi sull'oggetto delle procedure, sul quadro delle risorse e sulle relative implicazioni in termini di organizzazione e realizzazione delle sue componenti fondamentali.

In questa prospettiva, la mappa del sistema non rappresenta soltanto un quadro concettuale di riferimento, ma anche uno strumento per orientare la programmazione, la progettazione dei servizi, l'allocazione delle risorse e la definizione delle modalità di affidamento degli interventi.

5.2.1 L'oggetto degli affidamenti: la mappa del sistema

L'articolazione del modello, attraverso la definizione di **fasi, funzioni** specifiche e trasversali, nonché mediante l'individuazione di **condizioni abilitanti** necessarie allo sviluppo innovativo del sistema, costituisce il quadro di riferimento per la progettazione dei servizi e dei relativi procedimenti di affidamento. Tali elementi rappresentano componenti essenziali del modello e dovranno essere garantiti in tutte le sue articolazioni operative, indipendentemente dalle modalità organizzative o dagli strumenti di finanziamento adottati.

In questa prospettiva, gli affidamenti potranno essere progettati secondo configurazioni differenti, in relazione ai bisogni territoriali, agli assetti organizzativi esistenti e agli obiettivi perseguiti. La progettazione potrà riguardare il sistema nel suo complesso, comprendendo tutte le fasi e le relative funzioni, oppure interessare specifiche componenti del modello, singole funzioni o particolari progettualità, qualora la programmazione territoriale evidenzii priorità, criticità o fabbisogni specifici.

La **mapa del sistema** assume inoltre una funzione di riferimento programmatico per lo sviluppo progressivo di ulteriori azioni e progettualità, anche future, attivabili attraverso il coinvolgimento di nuove risorse, soggetti e percorsi integrati. In tale quadro, il modello può costituire un riferimento anche per politiche e strumenti di pianificazione afferenti ad ambiti non strettamente riconducibili al welfare, quali, a titolo esemplificativo, la cultura, l'urbanistica e la tutela ambientale. Tale impostazione si fonda sulla consapevolezza che contesti maggiormente attenti ai bisogni plurimi della comunità e ai determinanti del benessere collettivo risultano più capaci sia di rispondere alle esigenze delle persone, sia di promuovere coesione sociale e sviluppo territoriale.

Nella progettazione del sistema, particolare attenzione dovrà essere riservata al quadro delle **competenze attribuite alle Comunità in ambito socio-assistenziale e al fabbisogno** complessivo di sostegno alla domiciliarità rilevato nei singoli territori, al fine di garantire un'adeguata combinazione delle diverse funzioni e una corretta modulazione del relativo peso all'interno del sistema. Ciò con particolare riferimento alla funzione fondamentale che le Comunità sono chiamate ad assicurare, rappresentata dall'assistenza personalizzata a domicilio (funzione Sostegno evolutivo alla domiciliarità), cui sarà destinata la quota prevalente delle risorse disponibili.

5.2.2 Il quadro delle risorse e le modalità di finanziamento del sistema

Per quanto riguarda il finanziamento del sistema, nelle sue diverse configurazioni organizzative e gestionali (sistema complessivo, articolazione per fasi, funzioni o progettualità) il **quadro delle risorse** immediatamente disponibili è costituito dagli stanziamenti già previsti nei pertinenti capitoli di bilancio, suscettibili di **progressiva integrazione** attraverso ulteriori assegnazioni o contributi di natura pubblica e/o privata coerenti con le finalità del sistema di sostegno alla domiciliarità, che potranno rendersi disponibili anche nelle successive fasi di sviluppo del modello.

Con riferimento alle **configurazioni del finanziamento**, potranno essere adottate soluzioni differenti, utilizzabili alternativamente oppure secondo formule integrate, in relazione alle

caratteristiche degli interventi, agli assetti organizzativi individuati e ai bisogni cui il sistema è chiamato a rispondere. A tal fine si richiama il documento recante i “Criteri per la determinazione del costo dei servizi socio-assistenziali”, approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 347 dell’ 11 marzo 2022, che individua, tra le modalità applicabili ai servizi socio-assistenziali, sia forme di finanziamento a **budget complessivo**, sia forme di finanziamento su **base prestazionale** mediante corresponsione di tariffe.

Entrambe le modalità sono ritenute coerenti con il quadro programmatico delineato e potranno essere applicate in relazione alla specificità degli interventi da realizzare, tenuto conto delle caratteristiche dei bisogni, degli obiettivi di continuità assistenziale, integrazione, flessibilità organizzativa e personalizzazione degli interventi. In tale prospettiva, assumono particolare rilievo gli orientamenti elaborati nell’ambito del sottotavolo tecnico sugli appalti dei servizi socio-assistenziali, che evidenziano, soprattutto per gli interventi caratterizzati da elevata integrazione relazionale e progettuale, l’opportunità di **privilegiare forme di finanziamento a budget**, in quanto maggiormente idonee a sostenere la continuità assistenziale e la stabilità organizzativa dei servizi.

5.3 Gli scenari di affidamento dei servizi e degli interventi

Con riferimento alla tipologia di affidamento sono riconoscibili principalmente due modalità, che incidono anche sul sistema di governance e di relazione tra funzione pubblica ed Enti accreditati.

Un **primo scenario** è quello caratterizzato da modalità di affidamento basato su una procedura concorrenziale come l’appalto. In questo caso, la governance è in carico all’ente pubblico e la relazione instaurata con l’ente del privato sociale (*operatore economico*) è di tipo prestazionale, ovvero che all’erogazione di un servizio specifico corrisponde uno specifico corrispettivo. È una modalità utilizzata quando l’ente pubblico intende determinare in modo esclusivo le caratteristiche e le modalità di esecuzione del servizio e quindi ricorrere al mercato per cercare un interlocutore con un ruolo prevalentemente esecutivo.

Il **secondo scenario** si ispira invece ad una co-responsabilità tra l’ente pubblico e l’ente del privato sociale (*partner*) nella realizzazione di progetti, servizi ed interventi. Nelle procedure collaborative infatti, l’ente pubblico stabilisce i propri indirizzi e le scelte strategiche all’interno degli strumenti e degli atti a contenuto generale lavorando con gli enti partner per costruire un rapporto fondato sulla fiducia reciproca e improntato alla condivisione di obiettivi e di risorse di varia natura (economiche, umane, tecniche e tecnologiche).

Il modello di governance territoriale esito della co-programmazione potrebbe tuttavia seguire un **terzo scenario** e prevedere al suo interno entrambe le anime. Privilegiando una gradualità del cambio culturale auspicato nelle “Linee di Indirizzo per il sostegno della domiciliarità delle persone anziane e delle loro famiglie” senza però rinunciare allo slancio trasformativo, l’ente pubblico potrebbe decidere di andare in continuità su alcuni affidamenti, affiancando degli spazi di sperimentazione maggiormente innovativi. Un servizio tradizionale potrebbe quindi essere integrato con interventi ed azioni nuove, oppure potrebbero essere attivati partner nuovi su interventi che solitamente non prevedevano il loro coinvolgimento.

La tabella che segue riporta a fini esemplificativi le principali variabili e relative opzioni da valutare in fase di progettazione di affidamento.

Tab. 5 Snodi della progettazione

Variabili	Possibili opzioni
Oggetto del/i provvedimento/i di affidamento	• Intero sistema (tutte le fasi, funzioni e interventi) • per fasi • per funzioni • per uno o più interventi / servizi / iniziative
Strumento di affidamento	• Procedure collaborative (contributo, co-progettazione, accreditamento libero) • Procedure competitive (appalto) • Mix di entrambe le opzioni in base a funzioni / fasi /azioni
Modalità di finanziamento	• A budget complessivo • A tariffa / prestazione singola • Mix di entrambe le opzioni in base a funzioni / fasi /azioni
Quadro delle risorse	• Pubbliche • Private • da integrare, anche successivamente
Tempi e durata degli affidamenti	• Durata pluriennale coincidente per tutte le azioni del sistema • Durata variabile tenuto conto della programmazione e della progressione e sviluppo delle varie azioni
Bacino territoriale di riferimento	• Territorio dell'intera Cabina di Regia di Spazio Argento • Territorio singola Comunità • Altra zona territorialmente delimitata

Si evidenzia tuttavia la necessità di assicurare, anche nell'ambito di affidamenti e finanziamenti differenziati per fasi, funzioni, azioni o progettualità, la **coerenza complessiva del modello**. Ogni applicazione operativa dovrà dunque essere progettata e realizzata nel rispetto dei principi, degli orientamenti e delle finalità che ne costituiscono l'impianto, con particolare attenzione all'integrazione e all'interconnessione tra le diverse componenti del sistema.

5.4 Indirizzi di azione: rimodulazione progressiva del sistema dei servizi

In coerenza con le risultanze del Tavolo di co-programmazione e con i principi dettati dalle Linee di indirizzo provinciali, le Amministrazioni procedenti (Comunità Alto Garda e Ledro e Comunità delle Giudicarie) hanno ora maggiori elementi per dare contenuto ai prossimi

affidamenti dei servizi, per una possibile innovazione e implementazione del welfare domiciliare.

L'elemento di maggiore innovazione emerso dai lavori non risiede unicamente negli strumenti giuridici di affidamento adottati, quanto piuttosto nell'oggetto stesso degli interventi e nell'approccio di cura.

Dall'analisi di quanto emerso nel percorso si evince l'importanza di superare il modello tradizionale centrato sulla singola persona anziana, per giungere ad una presa in carico globale, flessibile e integrata dell'intero nucleo familiare, riconoscendo e valorizzando il ruolo attivo e le vulnerabilità dei caregiver.

Tuttavia, nella consapevolezza che tale transizione richieda un profondo cambiamento culturale, organizzativo e professionale per tutti gli attori coinvolti (Enti Pubblici, Enti del Terzo Settore, famiglie e reti comunitarie), le Comunità orientano la propria programmazione verso una rimodulazione per gradi del sistema dei servizi.

Un'implementazione progressiva potrà garantire la continuità assistenziale per l'utenza già in carico, permettendo contestualmente di testare e consolidare alcune nuove prassi operative.

Quale prima fase operativa, si ritiene strategico investire sull'attuale modalità di erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare arricchendone i contenuti e le modalità di intervento.

Obiettivo finale che ci si auspica di poter raggiungere sarà quello di passare dall'erogazione della prestazione (igiene, pulizia, relazione) alla co-gestione di un progetto assistenziale unico per il nucleo familiare.

All'interno di questo nuovo assetto, si tenderà a implementare "pacchetti modulari" di servizi che potranno permettere una maggiore flessibilità organizzativa e dovranno includere azioni specifiche rivolte anche al caregiver, garantendo ad esempio la continuità relazionale degli operatori e la capacità del gestore di rimodulare l'intervento al variare del bisogno (es. maggiore copertura nei fine settimana per garantire sollievo alla famiglia).

Parallelamente alla qualificazione dell'attuale servizio domiciliare, le Comunità potranno orientare la propria azione all'attivazione graduale di servizi complementari, indispensabili per creare quella filiera territoriale prevista dal modello.

A tal fine, compatibilmente con le risorse economiche di riferimento, si cercherà di individuare uno specifico budget dedicato a possibili progettualità innovative. Queste risorse andranno a finanziare interventi agili e condivisi con i soggetti gestori, volti a colmare le attuali "zone grigie" del servizio.

Questa strategia "a doppio binario", evoluzione qualitativa del SAD da un lato e innesco di progettualità complementari dall'altro, potrà traghettare gradualmente l'attuale rete dei servizi verso un sistema di cura integrato e capace di rispondere in modo personalizzato alle esigenze delle persone anziane e di chi se ne prende cura.

La traduzione di tali orientamenti troverà successiva formalizzazione nei provvedimenti amministrativi di affidamento e nei relativi capitolati/avvisi che ciascuna Comunità andrà ad adottare.

6. PIANO DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

6.1 Premessa

Le **funzioni di monitoraggio e valutazione** rivestono un ruolo strategico fondamentale, ponendosi come complemento necessario ai processi di programmazione e partecipazione. È essenziale che la pianificazione e l'implementazione delle attività siano costantemente supportate da azioni sistematiche di analisi: attraverso specifici strumenti di indagine è infatti possibile rilevare in modo continuo risultati, punti di forza e criticità, favorendo un **apprendimento costante e un miglioramento della qualità dei servizi** offerti sul territorio.

Il focus prevalente si concentra in particolare sulla capacità della sperimentazione di **generare trasformazioni nei modelli organizzativi, nelle pratiche professionali e nelle relazioni** tra soggetti pubblici, Terzo Settore, comunità locali e reti informali, nello sviluppo delle azioni coprogrammate, verificandone la capacità di produrre cambiamenti coerenti con i principi e le finalità che ne costituiscono il modello.

In questa prospettiva, monitoraggio e valutazione costituiscono un processo unitario e continuo di osservazione, analisi e apprendimento, finalizzato a comprendere anche gli effetti prodotti sulle persone, sulle famiglie, sulle organizzazioni coinvolte e sul funzionamento complessivo del sistema territoriale.

6.2 Le dimensioni della valutazione e del monitoraggio

Per le attività di monitoraggio e valutazione si individuano a livello macro 3 possibili dimensioni di valutazione prioritarie, fortemente correlate.

6.2.1 Interconnessioni del sistema

Il modello attribuisce un valore centrale alla **capacità di collegare** soggetti, servizi, professionalità e risorse differenti: si potrà dunque verificare in che misura la sperimentazione favorisca l'integrazione tra ambito sociale e sanitario, il raccordo tra servizi e organizzazioni e la gestione dei passaggi tra differenti livelli di assistenza, contribuendo alla costruzione di percorsi fluidi e continui per le persone anziane e i loro caregiver. Particolare attenzione dovrà essere dedicata al riguardo alla capacità del sistema di governare i momenti di transizione, prevenire frammentazioni e garantire continuità relazionale e assistenziale lungo l'intero percorso.

Ma la cura delle connessioni guarda anche alla qualità delle interconnessioni e ai processi di collaborazione tra i diversi attori nel loro complesso affinché si realizzi un sistema fattivo di integrazioni reali e continuative, che preveda il coinvolgimento attivo degli stakeholder in tutte le fasi del processo, dalla programmazione alla valutazione degli esiti. L'**assunzione condivisa di responsabilità** che ha caratterizzato il Tavolo della co-programmazione dovrà trovare la

propria attuazione anche nelle fasi di monitoraggio e valutazione, all'interno delle quali i diversi punti di vista, dei destinatari in primis, saranno integrati per una **analisi completa e corale**.

In quest'ottica quindi anche la governance del progetto potrà essere oggetto di monitoraggio e valutazione per capire come tutti i soggetti coinvolti stanno lavorando insieme e quindi misurare la tenuta delle relazioni e la capacità di adattamento strategico del sistema territoriale: **valutare la collaborazione è fondamentale quanto valutare il servizio**.

6.2.2 Metodo e approccio di intervento

Dall'analisi è emersa la necessità di garantire **coerenza e uniformità di sviluppo** del sistema a supporto della domiciliarità che, pur in un quadro di personalizzazione territoriale, assicuri parità di diritti e di trattamento delle persone su tutto il territorio provinciale. È dunque necessario che, a partire dai risultati di questo Tavolo di co-programmazione, siano rinforzati alcuni passaggi metodologici nell'intera fase di sperimentazione che coinvolgerà a seguire anche le altre Cabine di Regia di Spazio Argento.

Tra questi assume rilevanza centrale la prima fase di ascolto e la raccolta sistematica delle storie di vita, quale strumento fondamentale per orientare i servizi sui bisogni reali delle persone e dei territori coinvolti. Tale approccio consente di superare la logica prestazionale per approdare a una visione unitaria e dinamica delle traiettorie di vita.

In questo contesto, anche la scelta di strumenti partecipativi e collaborativi che valorizzano il coinvolgimento attivo degli stakeholder rappresenta un pilastro metodologico imprescindibile per costruire un'amministrazione condivisa fondata sulla collaborazione e sulla parità di tutti i soggetti a diverso livello coinvolti.

La valutazione inoltre potrà prendere in esame il grado di coerenza tra le azioni sviluppate e i principi che orientano il modello, verificando la capacità dei diversi attori di tradurre tali orientamenti in pratiche operative concrete, nonché la diffusione di modalità di lavoro integrate e di una cultura organizzativa orientata alla personalizzazione, alla prossimità e alla costruzione di reti territoriali di supporto.

6.2.3 Sviluppo del sistema dei servizi e delle funzioni

L'analisi consentirà di osservare il **livello di implementazione** delle diverse azioni, la loro distribuzione lungo le varie fasi del percorso e la capacità complessiva del sistema di integrare interventi, risorse e competenze all'interno di una cornice unitaria. L'obiettivo è comprendere non solo quali strumenti e servizi siano stati attivati, ma anche come essi concorrano alla costruzione di risposte coordinate, flessibili e adattabili all'evoluzione dei bisogni delle persone anziane e delle loro famiglie.

Coerentemente con i principi guida del sistema, l'attività di monitoraggio riserva una **rilevanza alla figura del familiare e caregiver**, che viene riconosciuto quale componente essenziale del progetto di cura. Fin dalla presa in carico lo sguardo è rivolto all'intero nucleo familiare ed è

necessaria la creazione e l'utilizzo costante di strumenti di rilevazione della situazione non solo della persona anziana, ma contestualmente del caregiver e della rete informale di cura attraverso delle equipe multidimensionali. A seguire anche nel Piano Assistenziale, che dovrà seguire l'evolversi nel tempo di bisogni e necessità con aggiornamenti periodici e tempestivi, dovranno trovare il loro spazio tutti gli interventi, i servizi e i supporti previsti per ogni persona appartenente al nucleo in carico. Per una verifica dello stato di implementazione di tale aspetto ci si può concentrare ad esempio su:

- verifica dell'effettiva attivazione e compilazione di schede di osservazione differenziata tra persona anziana, caregiver e rete di cura, che devono essere parte integrante del Piano Assistenziale;
- erogazione di percorsi di formazione mirata per obiettivi rivolti a familiari e caregiver, ma anche alle reti informali di cura (vicinato, volontariato);
- frequenza dei servizi di sollievo, quantificandone il numero e la tipologia disponibili;
- monitoraggio periodico dei carichi assistenziali e del benessere dei caregiver e della rete di cura.

In un'ottica di screening sociale e monitoraggio proattivo della popolazione anziana, la valutazione, cruciale anche per la prevenzione del benessere e la tutela e sviluppo dell'autonomia, potrebbe analizzare anche l'effettiva adozione e l'impiego del **"Libretto Argento"**. Questo dispositivo dovrebbe essere concepito come un fascicolo unico, disponibile sia in formato digitale che cartaceo, avente la funzione di accompagnare la persona anziana attraverso tutte le fasi del sistema dei servizi, garantendo la continuità della sua storia di vita e dei suoi desideri a partire dall'intercettazione precoce alla gestione della domiciliarità complessa, permettendo di raccogliere in modo sistematico anche dati sul benessere del nucleo familiare e di orientare le progettualità in modo tempestivo.

6.3 Articolazione del piano di valutazione e monitoraggio

In linea con l'architettura del modello, tenuto conto delle tre dimensioni di valutazione descritte nel paragrafo precedente, **le funzioni di monitoraggio e valutazione si articolano coerentemente con le sei funzioni strategiche** individuate dal percorso di co-programmazione: prevenzione e invecchiamento attivo, intercettazione, accesso e orientamento, sostegno evolutivo alla domiciliarità, continuità dell'abitare e accompagnamento personalizzato. In corrispondenza di ciascuna funzione identificata, potranno essere declinati specifici indicatori al fine di verificare ad esempio il livello di attuazione, le modalità di realizzazione, le risorse mobilitate e il contributo agli obiettivi complessivi della sperimentazione.

Nella tabella qui di seguito sono riportati per ogni funzione alcuni esempi, secondo un processo che individua prioritariamente obiettivi e dimensioni oltre a possibili strumenti di rilevazione e le azioni di accompagnamento necessarie.

Tab. 6 Sistema di monitoraggio per funzioni

Obiettivo specifico	Dimensione di valutazione	Indicatori	Strumenti di rilevazione	Azioni di accompagnamento
Prevenzione e invecchiamento attivo	impatto culturale e comportamentale	% di popolazione target coinvolta variazione del livello di conoscenza post-attività numero di reti di vicinato attivate	questionari pre/post iniziativa report di partecipazione mappatura delle reti	laboratori di co-progettazione per campagne informative mirate valorizzazione delle competenze delle persone anziane
Intercettazione	efficacia ed efficienza di rete	numero di segnalazioni proattive rispetto alle segnalazioni in emergenza n. di "libretti argento" attivati	analisi database servizi sociali utilizzo costante del "libretto argento" report periodici "sentinelle del territorio"	formazione continua per operatori e volontari tavoli di coordinamento stabili supervisione multidisciplinare campagne di comunicazione multicanale
Accesso e orientamento	accessibilità e trasparenza	n. contatti per canali informativi (fisico/digitale) tempo medio di "primo contatto" dopo l'insorgenza del bisogno % di persone che raggiungono il servizio corretto al primo accesso	registro accessi agli sportelli questionari di gradimento analisi web degli accessi ai portali dei servizi	formazione all'ascolto per operatori di sportello standardizzazione procedure di accoglienza aggiornamento guide ai servizi
Sostegno evolutivo alla domiciliarità	sostenibilità e qualità dell'assistenza	riduzione dei punteggi di stress dei caregiver tasso di turnover degli operatori % progetti personalizzati aggiornati	valutazione stress caregiver verifiche congiunte dei Piani Assistenziali attivati monitoraggio interventi 3.3.D	potenziamento gruppi di auto-mutuo aiuto incontri periodici di equipe implementazione domotica di supporto
Continuità dell'abitare	adeguatezza dell'offerta	numero di soluzioni abitative flessibili attivate % persone che evitano/ritardano l'istituzionalizzazione	monitoraggio posti disponibili indici di rotazione nei servizi di abitare accompagnato e co-housing analisi flussi verso RSA	co-progettazione con enti del terzo settore (ETS) integrazione fondi pubblico-privato tavoli di integrazione servizi
Accompagnamento personalizzato	centratura sulla persona	indice di soddisfazione della persona anziana e del familiare e caregiver coerenza tra bisogni rilevati e servizi erogati	interviste semi-strutturate colloqui di verifica periodica con il Case Manager	formazione all'approccio progettuale utilizzo di sistemi informativi condivisi

Poiché tali funzioni costituiscono elementi interdipendenti di un unico sistema, l'analisi dei dati ai fini del monitoraggio e della valutazione, non si limita alle singole componenti, ma prende in considerazione anche le relazioni e le connessioni che esse sviluppano reciprocamente. Ciò al fine di consentire la valutazione non solo dell'efficacia delle singole funzioni, ma anche della capacità dell'intero sistema di operare come un ecosistema di cura integrato, capace di accompagnare le persone anziane e i loro familiari lungo l'evoluzione dei bisogni, garantendo continuità, appropriatezza e personalizzazione delle risposte, ma al contempo di creare valore di cura per tutta la comunità.

In termini di monitoraggio, è inoltre fondamentale dotarsi di strumenti analitici in grado anche di **stimare i costi e i risparmi** derivanti dall'implementazione di interventi che ritardano l'istituzionalizzazione delle persone anziane. Tale approccio permette di evidenziare sia i benefici diretti per l'interessato, che può permanere nel proprio contesto di vita, sia i vantaggi in un'ottica di efficacia ed efficienza complessiva del sistema di welfare. A titolo esemplificativo, il piano di monitoraggio potrà prevedere misure di stima e comparazione tra i costi del sistema così come co-progettato e i costi previsti dall'attivazione di misure assistenziali tradizionali.

La misurazione sistematica di tale quota di "risparmio" potrà essere considerata come un indicatore del valore generato dal sistema territoriale.

Rispetto alla frequenza delle rilevazioni si possono considerare diversi momenti in base agli indicatori oggetto di analisi:

- trimestrale, per indicatori di tipo organizzativo e di processo (es. numero di segnalazioni, attivazione Piani Assistenziali).
- semestrale/annuale, per indicatori di tipo qualitativo o di impatto (es. stress caregiver, cambiamento culturale, indici di soddisfazione).

Gli esiti potranno essere poi integrati anche con i dati resi disponibili dalla funzione di monitoraggio svolta dalle Cabine di Regia di Spazio Argento.



7. CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

Il presente documento rappresenta l'esito della prima sperimentazione territoriale delle Linee di indirizzo, poste come base iniziale per orientare la creazione di un sistema di domiciliarità rinnovato a partire da un'attenzione costante e imprescindibile alla persona anziana, ai suoi famigliari e caregiver, ma anche a tutta la comunità nel suo complesso.

Il valore di questo percorso di co-programmazione è costituito dall'aver scelto e realizzato una forma di **pratica collaborativa** per la definizione di un nuovo modello per il Welfare Anziani. Di fronte a nuovi bisogni sociali multidimensionali, sempre più complessi, la collaborazione pare di fatto essere l'unica modalità per ottenere un cambiamento che difficilmente sarebbe ottenibile dai diversi attori che agiscono individualmente e singolarmente.

In quest'ottica la co-programmazione risulta essere un percorso metodologico inedito che offre oltre all'approccio collaborativo, diversi elementi di opportunità: una cornice di riferimento chiara, il metodo strutturato, la possibilità di rivedere il sistema dell'offerta, la flessibilità e l'attenzione alle interconnessioni.

L'auspicio è che il lavoro sviluppato nell'ambito della presente sperimentazione, oltre che orientare l'implementazione del sistema a sostegno della domiciliarità delle persone anziane e delle loro famiglie sul territorio delle Comunità Alto Garda e Ledro e Giudicarie, possa rappresentare anche una base di partenza per l'attuazione delle Linee di indirizzo negli altri territori provinciali.

La mappa del sistema elaborata attraverso la co-programmazione potrà infatti costituire un'architettura di riferimento per lo sviluppo delle politiche a sostegno della domiciliarità, fondata su principi guida, funzioni strategiche, azioni prioritarie, condizioni abilitanti e orientamenti per l'affidamento e il finanziamento degli interventi, adattabile ai diversi contesti territoriali e al contempo valida per tutto il territorio provinciale.

In tale prospettiva, essa potrà inoltre rappresentare un contributo ai processi di programmazione sociale locale e provinciale, offrendo una cornice condivisa per la lettura dei bisogni, la definizione delle priorità e lo sviluppo di interventi integrati a favore delle persone anziane e delle loro famiglie.

8. ALLEGATI

Allegato 1. Soggetti partecipanti al Tavolo della co-programmazione e incontri realizzati

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. PADRE ODONE NICOLINI	Giacometti Stefania
A.P.S.P. GIUDICARIE ESTERIORI	Pellizzari Martino
A.P.S.P. RESIDENZA MOLINO	Fugatti Stefania
A.P.S.P. ROSA DEI VENTI	Radoani Matteo
ARCOBALENO SCS	Dossi Chiara
AVULSS ALTO GARDA E LEDRO ODV	Colò Maddalena
CASA ASSISTENZA APERTA "APPOLONIA BALDESSARI"	Mazzurana Claudio
COOPERATIVA SOCIALE ASSISTENZA	Maltratti Patrizia
FONDAZIONE COMUNITÀ DI ARCO A.P.S.P.	Pollini Laura
TAGESMUTTER DEL TRENTINO "IL SORRISO" SCS	Liviero Alessandra

ASUIT – Distretto Sud	Scozzafava Carmela, Casagrande Elisa, 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, Pedulla Desirée, Rottaris Federica, Battiloro Marianna, Nardin Elena
FONDAZIONE FRANCO DEMARCHI - Osservatorio Amministrazione Condivisa OAC	Civilleri Alba, Gubert Ester, Fazzi Luca
Assessore alle Politiche Sociali Comunità delle Giudicarie	Strimmer Silvia
Assessore alle Politiche Sociali Comunità Alto Garda e Ledro	Chizzola Tiziano

Sono stati programmati e realizzati 5 incontri svolti nelle seguenti giornate e sedi:

- 16 marzo 2026 Riva del Garda;
- 30 marzo 2026 Tione;
- 15 aprile 2026 Riva del Garda;
- 6 maggio 2026 Tione;
- 26 maggio 2026 Riva del Garda.

