



PROVINCIA AUTONOMA
DI TRENTO

LINEE DI INDIRIZZO

Per un sistema a sostegno della domiciliarità delle persone anziane e dei loro familiari in Provincia di Trento



A cura del sottocomitato Welfare anziani

Approvate con Deliberazione della Giunta provinciale n. **1369** del **12 settembre 2025**

Coordinamento generale:

Provincia Autonoma di Trento - Servizio Politiche Sociali

Dott.ssa Maristella Zantedeschi e Prof. Luca Fazzi

Fondazione Franco Demarchi - Osservatorio sull'Amministrazione Condivisa



Elaborazione Linee di indirizzo a cura del Sottocomitato "Welfare persone anziane"

Francesca Carneri, Elena Cetto, Alba Civilleri, Carla Comper, Chiara Dossi, Marisa Dubini, Costanza Fedrigotti, Paolo Fellin, Claudia Folgheraiter, Camilla Frizzera, Nicoletta Gnech, Angela Pederzoli, Angelo Prandini, Desirée Pedulla, Cristina Rizzi, Elisa Rizzi, Emma Rotolo, Federica Rottaris, Federica Sartori, Paola Stenico, Valentina Visioli

Realizzazione e analisi interviste alle persone anziane e loro caregiver familiari

Sara Datres e Francesca Scardella

Le Linee di indirizzo si inseriscono nell'ambito di Spazio Argento



**SPAZIO
ARGENTO**

Prefazione

“Allora forse bisognerebbe sostenere la domiciliarità, come contesto significativo per la persona”

(tratto da Intervista ad un familiare)

Il progressivo invecchiamento della popolazione rappresenta una delle sfide più rilevanti e complesse che le Politiche sociali e sanitarie si trovano ad affrontare oggi. In questo contesto, garantire alle persone anziane la possibilità di continuare a vivere nel proprio ambiente domestico, in condizioni di sicurezza, dignità e benessere, è un obiettivo tanto ambizioso quanto imprescindibile.

Proprio per questa ragione, ho fortemente voluto che si approfondisse in modo sistematico e condiviso il tema della domiciliarità, individuando strumenti, approcci e strategie capaci di rispondere in modo concreto ai bisogni delle persone anziane e delle loro famiglie. È da questa volontà che nasce il lavoro del Sottocomitato “Welfare anziani”, istituito con Delibera della Giunta provinciale n. 2186/2024 che ha portato alla realizzazione di queste Linee di indirizzo.

Le Linee di Indirizzo per il sostegno alla domiciliarità contenute in questo documento rappresentano il frutto di un percorso articolato, partecipato e profondamente radicato nella realtà territoriale. Un percorso che ha integrato l’analisi dei dati demografici e dei servizi esistenti, l’ascolto delle storie di vita delle persone anziane e dei loro familiari, e il contributo di attori fondamentali come l’Osservatorio sull’Amministrazione Condivisa e l’Università degli Studi di Trento.

Le riflessioni e gli orientamenti raccolti qui non si limitano a fornire una fotografia dell’esistente, ma delineano una vera e propria traiettoria di cambiamento per l’intero sistema dei servizi: un cambiamento che deve essere guidato dalla personalizzazione degli interventi, dal rafforzamento delle reti territoriali e dalla

valorizzazione del ruolo dei familiari e caregiver, formali e informali.

Per rendere operative queste linee, adattandole alle specificità dei territori e sperimentando soluzioni innovative, sarà decisivo il ruolo dei Servizi di Spazio Argento per concretizzare quella visione di welfare anziani che pone al centro la persona, la sua casa e le sue relazioni.

Ringrazio tutte le persone e le istituzioni che hanno contribuito con competenza, sensibilità e passione a questo importante lavoro. Sono convinto che le indicazioni qui contenute potranno costituire una base solida per costruire un futuro più giusto, inclusivo e sostenibile per le nostre comunità, ponendo al centro la cura degli anziani.

Trento, agosto 2025

*Assessore alla Salute, Politiche sociali e Cooperazione
Mario Tonina*

Introduzione e struttura Linee di indirizzo

Con la **Deliberazione n. 2186/2024** è stato costituito il **Sottocomitato "Welfare anziani"**, incaricato di analizzare i bisogni e l'offerta di servizi e di proporre nuove linee di intervento per favorire la permanenza delle persone anziane a domicilio, sostenere le famiglie e i caregiver e promuovere interventi territoriali integrati.

Il percorso è stato articolato in due fasi:

1. **Analisi e definizione di Linee di indirizzo generali**, a cura del Sottocomitato, per orientare la progettazione del sistema dei servizi domiciliari.
2. **Applicazione territoriale**, in cui le Comunità utilizzeranno le Linee di indirizzo per programmare e realizzare interventi a supporto della domiciliarità e delle famiglie.

Le Linee di Indirizzo, contenute in questo documento, sono state elaborate dal Sottocomitato con il contributo dell'**Osservatorio sull'Amministrazione Condivisa (OAC) della Fondazione Franco Demarchi**, per valutare l'impiego di strumenti di amministrazione condivisa, e dell'**Università degli Studi di Trento**, che ha esplorato il punto di vista delle persone anziane e familiari attraverso interviste.

La prima fase è il risultato di diversi approfondimenti interconnessi tra loro: analisi del contesto e dei relativi trend demografici, mappatura dei servizi e dell'offerta esistente e condivisione degli esiti del progetto di ricerca sulle storie di vita delle persone anziane e delle loro famiglie. L'obiettivo della fase analitica è stato quello di far emergere i possibili orientamenti per il ridisegno del sistema dei servizi al fine di renderlo maggiormente aderente all'evoluzione dei bisogni.

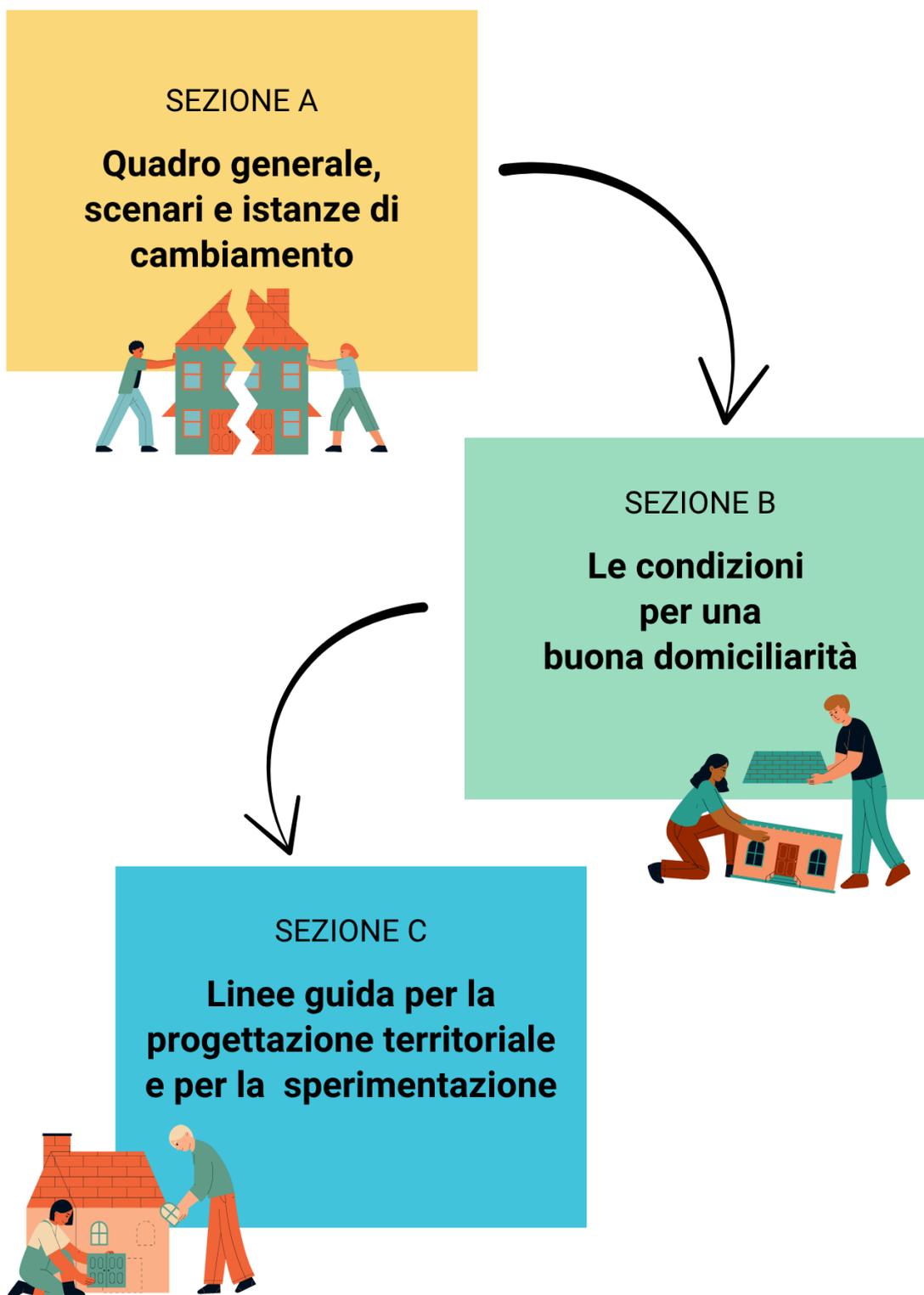
Ciò ha comportato la definizione di un orizzonte di senso che guidi il cambiamento delle diverse componenti che sostengono l'invecchiamento della popolazione, con particolare attenzione al sostegno alla domiciliarità. Tali Linee di indirizzo intendono rappresentare la prospettiva di cambiamento verso la quale occorre muovere con il contributo fattivo di tutti i soggetti che svolgono ruoli formali e informali nell'accompagnamento alle famiglie e alle persone anziane.

A partire da questi assunti si è inteso strutturare il documento in tre sezioni:

SEZIONE A: descrive il sistema e il percorso condotto con i relativi strumenti di analisi quantitativi e qualitativi applicati e mette in evidenza le istanze di diversificazione e innovazione del sistema che si rendono auspicabili.

SEZIONE B: analizza gli esiti principali degli approfondimenti condotti, esamina la dimensione della domiciliarità e le condizioni che la rendono efficace e sostenibile e descrive i principi progettuali da adottare per la realizzazione di un sistema di servizi a sostegno delle persone anziane e delle loro famiglie.

SEZIONE C: di carattere operativo e sperimentale, individua le Linee di indirizzo per la progettazione territoriale del sistema degli interventi per il sostegno della domiciliarità.



Quanto realizzato si inserisce nell'orizzonte di **Spazio Argento**, modulo organizzativo incardinato all'interno dei Servizi Sociali territoriali delle Comunità, quale snodo di connessione tra cittadini, servizi e percorsi di assistenza proprio nell'ambito del welfare rivolto alle persone anziane.

Indice

Prefazione.....	3
Introduzione e struttura Linee di indirizzo.....	5
Indice.....	7

SEZIONE A:

QUADRO GENERALE, SCENARI E ISTANZE DI CAMBIAMENTO..... 11

1. Premessa.....	11
2. Quadro generale.....	11
<i>Articolazione sistema dei servizi.....</i>	13
<i>Servizio Assistenza Domiciliare: limiti e opportunità.....</i>	15
3. Metodologia di costruzione delle Linee di indirizzo.....	16
4. Le istanze di diversificazione e innovazione del sistema.....	17

SEZIONE B:

LE CONDIZIONI PER UNA BUONA DOMICILIARITA'..... 21

1. Premessa.....	21
2. La scelta della domiciliarità.....	21
3. Quando la domiciliarità è sostenibile.....	22
<i>Presenza di una rete di aiuto allargata.....</i>	22
<i>Capacità di aiuto e supporto.....</i>	23
<i>Casa adeguata.....</i>	24
<i>Risorse sufficienti per coprire i costi dell'assistenza.....</i>	24
<i>Presenza rete dei servizi.....</i>	24
4. Quando la domiciliarità è critica.....	25
<i>La solitudine e l'isolamento della persona anziana.....</i>	25
<i>La casa non adeguata.....</i>	26
<i>L'aggravarsi delle condizioni di salute e di autonomia.....</i>	26
<i>La difficoltà di tenuta della rete assistenziale.....</i>	26
<i>La copertura insufficiente della rete dei servizi.....</i>	27
5. La dimensione della domiciliarità e principi per la progettazione.....	28
<i>Domiciliarità è casa e sistema di relazioni.....</i>	29
<i>Domiciliarità è attenzione alla persona anziana, ai familiari e ai caregiver.....</i>	30
<i>Domiciliarità è personalizzazione e progettazione dei percorsi.....</i>	30
<i>Domiciliarità è rete e filiera territoriale.....</i>	31
6. Creare e ricreare domiciliarità in ogni contesto.....	33

SEZIONE C:

LINEE DI INDIRIZZO PER LA PROGETTAZIONE TERRITORIALE E PER LA SPERIMENTAZIONE.....

	38
1. Premessa.....	38
2. A chi sono rivolte le Linee di Indirizzo.....	39
3. La dimensione territoriale per lo sviluppo del sistema.....	40
4. Reti di collaborazione e integrazione tra servizi.....	42
5. I destinatari del sistema dei servizi di sostegno alla domiciliarità.....	43
6. Le caratteristiche delle azioni: interventi e piano operativo.....	44
7. Percorsi di programmazione e affidamento dei servizi.....	49
8. Strumenti tecnologici a supporto.....	51
9. Monitoraggio e valutazione.....	52
Monitoraggio delle sperimentazioni.....	52
Valutazione del sistema.....	53
10. Conclusioni e prospettive.....	54

Bibliografia.....	56
--------------------------	-----------

SEZIONE A

Quadro generale, scenari e istanze di cambiamento



SEZIONE A:

QUADRO GENERALE, SCENARI E ISTANZE DI CAMBIAMENTO

1. Premessa

La costituzione e il lavoro del Sottocomitato hanno preso avvio da un'analisi quantitativa e qualitativa dei dati disponibili, relativi sia al contesto generale sia allo stato dei servizi, con l'obiettivo di comprendere al meglio la situazione di partenza e delineare prospettive future.

Il percorso ha visto la partecipazione di diversi professionisti esperti nel welfare per le persone anziane e, a tale sguardo tecnico, ha affiancato la voce delle persone anziane e dei familiari e caregiver, raccolta attraverso un progetto di ricerca specifico.

Attraverso momenti di confronto e strumenti di analisi, è stato esplorato il tema della **domiciliarità** nella sua interezza e complessità, evidenziando punti di forza e criticità da considerare nello sviluppo di un nuovo sistema integrato di servizi, innovativo e basato sulla corresponsabilità di tutti i soggetti a vario titolo coinvolti.

2. Quadro generale

Il sistema di assistenza per le persone anziane e non autosufficienti è regolato da normative, sia a livello nazionale che provinciale, che si pongono l'obiettivo di offrire un supporto integrato, personalizzato e centrato sulla persona.

A **livello nazionale** sono state recentemente introdotte normative che hanno spinto a ripensare i modelli di assistenza e di presa in carico. In particolare, a partire dal Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi sociali 2021-2023, sono stati individuati i **LEPS** (Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali), che definiscono un insieme minimo di interventi che devono essere garantiti in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, inclusi quelli a sostegno della domiciliarità delle persone anziane.

Un passo importante è poi arrivato con la **Legge Delega n. 33 del 2023** e il successivo **Decreto Legislativo n. 29 del 2024**, che hanno introdotto un modello innovativo di presa in carico globale, integrata e personalizzata con l'obiettivo di supportare le persone anziane a rimanere nel proprio domicilio il più a lungo possibile, rafforzando i loro diritti, la continuità dell'assistenza e la qualità della vita.

Anche la **Provincia Autonoma di Trento** nel tempo ha sviluppato un quadro normativo solido e articolato per garantire assistenza e tutela alle persone anziane e non autosufficienti, creando le basi per un sistema di servizi sempre più integrato, sostenibile e vicino ai loro bisogni e a quelli delle loro famiglie e caregiver.

Il percorso è iniziato nel 1998 con la Legge provinciale n. 6, che ha stabilito le prime basi per interventi di supporto domiciliare e tutela sociale rivolti alle persone anziane ed ha portato ad un passo importante con l'adozione della Legge provinciale sulle politiche sociali n. 13/2007.

Questa legge si propone di garantire un sistema integrato di servizi promuovendo l'autonomia e la partecipazione delle persone, e di intervenire a sostegno delle fasce più vulnerabili della popolazione, con un'attenzione particolare alla pianificazione, all'integrazione e al coordinamento degli interventi nel settore.

Dal 1° gennaio 2023 inoltre il punto di riferimento unitario per le persone anziane, i familiari e i caregiver è il modulo organizzativo **Spazio Argento**, che ha l'obiettivo di offrire interventi coordinati, tempestivi e personalizzati, promuovendo al contempo il benessere e l'invecchiamento attivo.

All'interno di questo quadro normativo risulta importante un passaggio ad altre dimensioni di contesto che permettano di stimare il processo di invecchiamento della popolazione e le esigenze emergenti anche delle famiglie e dei caregiver che sostengono i propri cari in questo percorso.

Le proiezioni demografiche per la Provincia Autonoma di Trento evidenziano un progressivo invecchiamento della popolazione. Entro il 2038 si stima che gli over 75 aumenteranno da circa 66.000 a oltre 85.000 persone, pari cioè al 14% di tutta la popolazione. Questa fascia di età, composta prevalentemente da donne, è più esposta al rischio di non autosufficienza e di una minore qualità di vita.

Le condizioni di salute delle persone anziane si fanno sempre più complesse: circa la metà delle persone non autosufficienti presenta patologie neurologiche o psicologiche, spesso in associazione con altre cronicità. Si registra anche un aumento dei casi di demenze, disturbi cognitivi e comportamentali, e percorsi di cura legati a patologie degenerative di lunga durata.

Accanto a questi aspetti sanitari, emerge con forza **l'impatto sociale e familiare della non autosufficienza**.

Considerando un nucleo medio di 2,2 componenti, entro il 2028 saranno coinvolte circa 32.000 persone tra persone anziane fragili e familiari, cifra destinata a salire a circa 38.000 nel 2038¹.

Il carico della cura ricade prevalentemente nella fascia d'età 45-64 anni, che rappresenta circa il 56% dei familiari e caregiver in Italia. Si tratta della cosiddetta "generazione sandwich", spesso impegnata nella doppia responsabilità di cura verso genitori anziani e figli. Vi è inoltre una marcata sproporzione nella distribuzione del carico assistenziale, che grava prevalentemente sulla componente femminile del nucleo familiare tanto che il 60% dei caregiver sono donne, che spesso sono costrette ad abbandonare il lavoro per dedicarsi in via esclusiva alla funzione di cura².



¹ Le proiezioni demografiche sono stimate a partire dagli scenari demografici ISTAT della popolazione residente (base 1.1.2021). Utilizziamo per le stime lo scenario mediano.

² CNEL – Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro & Censis. Il valore sociale della figura del caregiver familiare, 2023. Elaborazione su dati ISTAT

Articolazione sistema dei servizi

Affrontare il tema del sostegno alla permanenza della persona anziana in ottica di domiciliarità significa porre l'attenzione all'importanza di assicurare una rete di servizi e interventi attenti sia alla cura assistenziale che a quella sanitaria, considerata la natura socio-sanitaria dei bisogni connessi a tale ambito.

Risulta quindi fondamentale ancorare il sistema di sostegno entro l'orizzonte dell'integrazione socio-sanitaria, attivando percorsi e interventi domiciliari, diurni o residenziali interconnessi, valorizzando e ottimizzando al contempo le risorse territoriali. Unificando la presa in carico, è possibile garantire **continuità assistenziale, flessibilità operativa** e adattamento ai bisogni complessi ed evolutivi della persona, grazie anche al lavoro integrato di équipe multiprofessionali. Questa sinergia favorisce la permanenza della persona anziana e con diversi livelli di compromissione della propria autosufficienza nel proprio domicilio, prevenendo inserimenti residenziali non necessari. Allo stesso tempo, offre un supporto concreto ai caregiver familiari, contribuendo a condividere il carico assistenziale.

L'attuale sistema dei servizi si articola tra ambito socio-assistenziale (Provincia e Comunità di Valle) e ambito socio-sanitario (APSS) e per contesto di erogazione (domiciliare, diurno o residenziale). La tabella che segue ne riporta la tipologia di interventi attualmente presenti in Provincia di Trento a favore delle persone anziane.

Tabella 1. Servizi a favore delle persone anziane e delle loro famiglie suddivisi per ambito e tipologia.

TIPOLOGIA SERVIZIO	AMBITO SOCIO-ASSISTENZIALE (Comunità di Valle)	AMBITO SOCIO-SANITARIO (APSS)
SERVIZI DOMICILIARI	<ul style="list-style-type: none"> • Servizio di assistenza domiciliare e sostegno relazionale • Pasti a domicilio • Lavanderia • Telesoccorso e telecontrollo 	<ul style="list-style-type: none"> • Servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI - ADICP e ADPD)
SERVIZI SEMIRESIDENZIALI	<ul style="list-style-type: none"> • Centro servizi anziani 	<ul style="list-style-type: none"> • Centro diurno anziani • Centro diurno Alzheimer • Servizi di presa in carico diurna presso RSA
SERVIZI RESIDENZIALI	<ul style="list-style-type: none"> • Abitare accompagnato per persone anziane (Alloggi protetti, Co-housing) • Comunità di accoglienza per anziani (Casa soggiorno) 	<ul style="list-style-type: none"> • RSA • RSA sollievo

Nell'ambito socio-assistenziale gli interventi indicati nella seconda colonna della tabella 1 sono attivati da Spazio Argento di ciascuna Comunità, Territorio Val d'Adige e Comune di

Rovereto e comprendono interventi che si svolgono a domicilio, presso strutture diurne o a livello residenziale, come descritte nel Catalogo dei Servizi socio-assistenziali in vigore.

Il supporto alla domiciliarità passa anche attraverso percorsi che attengono all'ambito socio-sanitario di **assistenza domiciliare integrata** (ADI) o di **assistenza domiciliare per persone con demenza** (ADPD), o **inserimenti** in RSA, ma vi è anche la possibilità di frequentare **Centri Diurni per anziani**, alcuni specializzati per accogliere persone con Alzheimer o altre forme di demenza, che prevedono un'accoglienza diurna di persone anziane parzialmente non autosufficienti per promuovere occasioni di attività e socializzazione in spazi protetti, sostenendo e salvaguardando al contempo il legame con la famiglia e la permanenza a domicilio (vedi terza colonna della tabella 1).

Uno strumento di programmazione mirata è il **Piano provinciale per le demenze**, che definisce strategie e azioni coordinate per la prevenzione, la diagnosi tempestiva, la presa in carico integrata e il sostegno ai familiari delle persone affette da demenza. Il piano valorizza l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, promuove la formazione degli operatori e mira a rendere il territorio sempre più "**amico delle persone con demenza**", in coerenza con gli orientamenti nazionali e internazionali.

Un percorso a sostegno delle famiglie è presente anche attraverso il progetto **Curalinsieme**, che, inserito all'interno di Spazio Argento, offre periodicamente attività di sensibilizzazione, momenti formativi e di supervisione e promuove gruppi di auto-mutuo aiuto per i caregiver familiari, finalizzate al corretto svolgimento del lavoro di cura e al supporto utile a evitare isolamento e rischio di esaurimento dei caregiver stessi.

Di altra natura, ma che si configurano come interventi assistenziali orientate a favorire la permanenza della persona non autosufficiente al proprio domicilio sono poi alcuni **strumenti economici**, tra cui l'**assegno di cura**, erogato tenendo conto del bisogno assistenziale, da garantire in ambito domiciliare e semiresidenziale, e delle condizioni economiche del nucleo familiare, e l'**indennità di accompagnamento**, riconosciuta a favore di soggetti invalidi per i quali è stata accertata l'incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita.

Accanto ai servizi tradizionali sono attive inoltre sul territorio provinciale anche iniziative specifiche che contribuiscono in modo significativo al sostegno della domiciliarità.

L'insieme degli interventi di politica del lavoro denominati **3.3.D, 3.3.E e 3.3.F** promuove percorsi di **Lavori socialmente utili** rivolti a persone fragili o con disabilità, che possono essere coinvolti in attività di sostegno per le persone anziane, finalizzate a favorire la socializzazione, il mantenimento di relazioni sul territorio, il disbrigo di azioni quotidiane come la spesa, l'accompagnamento a visite mediche e piccoli interventi direttamente al domicilio.

Le attività di cura quotidiane vedono coinvolte anche le figure della **Assistenti familiari**, che garantiscono un supporto professionale e continuo nella quotidianità delle persone anziane, molto spesso con caratteristiche di continuità nel corso delle 24 ore. Al fine di censire le persone che si dedicano all'attività di cura familiare con l'obiettivo di assicurare uno standard minimo di qualità e professionalità e di costituire uno strumento di agevolazione per chi cerca e per chi offre servizi di cura e assistenza, è stato istituito il registro provinciale delle assistenti familiari, che però vi aderiscono su base volontaria.

In tema di promozione dell'invecchiamento attivo, esempi di iniziative diffuse sul territorio sono quelle rese disponibili dalle esperienze dell'**Università della Terza Età e del Tempo Disponibile (UTETD)** della Fondazione Franco Demarchi e dell'**Università dell'Età libera** del Comune di Rovereto, e altre iniziative simili, che coinvolgono migliaia di persone in attività culturali, formative e motorie.

Un ruolo a supporto del percorso di invecchiamento è svolto anche dall'**Amministratore di Sostegno**, figura a tutela delle persone con limitata autonomia decisionale.

Servizio Assistenza Domiciliare: limiti e opportunità

La costituzione del Sottocomitato trova radici anche nel lavoro di approfondimento del Sottotavolo Appalti servizi socio-assistenziali che, nel documento di sintesi approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 1838/2024, a partire da un approfondimento sulla modalità prevalente di affidamento ed erogazione del servizio di assistenza domiciliare, evidenzia le principali criticità connesse al modello organizzativo e al processo di erogazione di tale intervento.

Sono state individuate al riguardo 4 dimensioni di analisi fortemente interconnesse come aree di attenzione sulle quali agire per la sostenibilità e l'efficacia del servizio:

- **i criteri per la determinazione del costo del servizio-tariffa** alla luce anche dei rinnovi contrattuali (CCNL cooperative sociali e relativo CIP);
- **il modello organizzativo del servizio** eccessivamente segmentato ;
- **il reperimento e la valorizzazione del personale** sia per maggiore attrattività di altri contesti di lavoro (APSP e APSS) che per settori di impiego differenti dal compito di cura;
- **il bisogno e il livello domanda servizio** non costante, che si rivolge principalmente ad un target di persone parzialmente autosufficienti e ad integrazione di percorsi di assistenza privata per i casi più gravi.

In corrispondenza di ciascuna delle quattro dimensioni richiamate il Sottotavolo Appalti dei servizi socio-assistenziali ha individuato delle possibili azioni organizzative utili a migliorare l'assetto e limitare le criticità presenti, a cui si rimanda per una verifica puntuale.



Figura tratta dal Documento di sintesi (Deliberazione Giunta provinciale n. 1838/2024)

L'analisi condotta relativamente alle criticità e alle possibili soluzioni gestionali ha evidenziato l'importanza di agire con particolare attenzione sulle **condizioni di lavoro e sul modello organizzativo** che struttura il servizio di assistenza domiciliare. L'attuale configurazione prevalente del servizio di assistenza domiciliare, alla luce della complessità del contesto e delle dinamiche sottostanti, presenta delle criticità legate in particolare alla rilevante **variabilità e segmentazione** del servizio, che in un regime di carenza di personale incide direttamente sull'offerta, condizionano di fatto il livello di perseguimento della finalità principale del servizio.

Emerge quindi con forza, anche a fronte dei trend demografici sopradescritti, l'importanza di qualificare e rafforzare la domiciliarità delle persone anziane e delle loro famiglie e caregiver, agendo sulle reti di prossimità, sulle cure domiciliari e sugli interventi a domicilio tramite un approccio partecipato che sostenga le persone e rinforzi un sistema di filiera dei servizi.

3. Metodologia di costruzione delle Linee di indirizzo

La **composizione del Sottocomitato "Welfare anziani"** è stata definita tenendo conto della necessità di costruire un percorso partecipato con il coinvolgimento di tutti i soggetti che a diversi livelli concorrono alla realizzazione degli interventi domiciliari a favore delle persone anziane sul territorio provinciale in un'ottica di corresponsabilità nella revisione, definizione e costruzione di possibili linee di intervento e di innovazione del modello di sostegno alla domiciliarità.

Sono stati quindi coinvolti esperti nell'ambito del welfare delle persone anziane e delle cure domiciliari in rappresentanza di: Comitato per la programmazione sociale, Cabine di regia di Spazio Argento, Terzo Settore, Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza della Provincia e Azienda provinciale per i servizi sanitari.

Nell'approfondimento condotto si è voluto valorizzare il posizionamento di analisi assicurando la **centratura sulle persone anziane e sulle loro famiglie**, e non sul sistema dell'offerta, attraverso una strategia metodologica multi-modale, che ha integrato approcci qualitativi e quantitativi differenziati. Ciascuna tecnica ha contribuito ad approfondire aspetti specifici e ha favorito una triangolazione delle fonti e dei punti di vista. Il percorso è stato articolato nelle seguenti fasi e strumenti:

1. Analisi demografica e di contesto

Raccolta e analisi di dati secondari (statistiche ufficiali, banche dati, rapporti di ricerca) per delineare il quadro evolutivo della popolazione di riferimento. L'analisi ha incluso anche una lettura dell'offerta di servizi e interventi.

2. Laboratori di visione: focus su domiciliarità e residenzialità.

Nel corso dei due laboratori è stato adottato il metodo Metaplan, una tecnica di facilitazione utile a promuovere la comunicazione e il confronto all'interno di un gruppo di lavoro, attraverso la visualizzazione condivisa delle tematiche emerse durante la discussione. In particolare, i/le partecipanti sono stati coinvolti in un esercizio di immaginazione volto a delineare scenari ideali per la domiciliarità e la residenzialità. Il mandato ricevuto ha stimolato ad assumere il punto di vista delle

persone anziane e dei loro familiari, prendendo in considerazione tutte le fasi del percorso, dalla prevenzione alla gestione del bisogno.

3. Laboratori di capitalizzazione delle buone pratiche.

I/le partecipanti hanno raccolto all'interno di una cartella condivisa una serie di riferimenti a esperienze, iniziative e pratiche considerate esemplificative di determinati principi e/o modalità operative. A queste esperienze è stato poi dedicato un incontro specifico, finalizzato alla loro condivisione, al confronto reciproco e alla valutazione collettiva. L'analisi è avvenuta tramite l'utilizzo di una griglia, che ha permesso di ricondurre ciascun caso a tematiche rilevanti e ai principi guida sottostanti.

4. Interviste qualitative in profondità a persone anziane e familiari.

Con l'obiettivo di leggere i bisogni direttamente dalle persone coinvolte nella fase dell'invecchiamento e di comprendere come vivono la domiciliarità e quali fattori la rendono sostenibile, è stato realizzato un progetto di ricerca dall'Università degli Studi di Trento per mezzo di uno stage del corso di laurea magistrale in Metodologia, organizzazione e valutazione dei servizi sociali (MOVASS). A partire dalla selezione di casi "idealtipo", sono stati raccolti i nominativi delle persone da intervistare tramite i Servizi Sociali del territorio, cercando di rappresentare al meglio anche i territori più periferici (es. Primiero, Val di Sole) e realizzando 22 interviste biografiche narrative qualitative, analizzate per tematiche ricorrenti.

5. Focus group con le figure professionali dell'assistenza e della cura.

All'interno del percorso di indagine qualitativa, allo scopo di esplorare il punto di vista di chi opera sul territorio, è stato impiegato lo strumento del focus group con le figure professionali a vario titolo coinvolti nella cura e nell'assistenza della persona anziana. Hanno partecipato assistenti sociali, infermieri/e, operatori/trici domiciliari, OSS, operatori/trici intervento 3.3.d, individuati/e dai partecipanti al Sottocomitato. L'incontro è stato registrato, trascritto, siglato e successivamente analizzato secondo una griglia tematica, al fine di sistematizzare i principali contenuti emersi. I temi trattati hanno riguardato il ruolo e l'esperienza, la condizione delle persone anziane e dei/le familiari e le opportunità di miglioramento rispetto al sistema attuale.

I dati raccolti nel corso degli approfondimenti condotti, disponibili nella loro interezza presso le strutture competenti, sono stati analizzati in maniera trasversale, in modo da individuare possibili temi ricorrenti e **linee di indirizzo** per lo sviluppo della progettazione del sistema di servizi a sostegno della domiciliarità delle persone anziane e dei loro familiari.

4. Le istanze di diversificazione e innovazione del sistema

La rete di servizi domiciliari già attiva in Provincia di Trento rappresenta una base solida, garantita da soggetti con esperienza e radicamento territoriale. Tuttavia dalle evidenze raccolte nel percorso del Sottocomitato, è emersa la necessità di **riqualificazione, potenziamento e riorganizzazione dell'offerta**, che valorizzi quanto di positivo già esiste, ma

al tempo stesso superi criticità come la frammentazione degli interventi, la disomogeneità territoriale o la mancanza di coordinamento tra attori.

Si tratta di un **cambio di paradigma**: al centro non vi è il singolo intervento o prestazione, ma la persona, la sua famiglia e il contesto di vita in una visione complessiva della domiciliarità. Sostenere realmente le persone anziane a casa significa di fatto costruire un sistema capace di conciliare due strategie complementari: da un lato riconoscere, rafforzare e favorire i fattori protettivi della buona domiciliarità, e dall'altro intervenire in modo flessibile e personalizzato su quei bisogni che non trovano risposta nell'offerta tradizionale di servizi.

In quest'ottica, si propone l'avvio di un **processo di innovazione sociale del sistema dei servizi**, che si fondi su tre pilastri:

- **condivisione** degli obiettivi tra tutti i soggetti coinvolti (istituzioni, operatori, persone anziane, famiglie, comunità);
- **integrazione** tra ambiti diversi (sociale, sanitario, abitativo, relazionale, ed economico);
- **responsabilizzazione** diffusa, che riconosca il valore del territorio e attivi risorse comunitarie.

ISTANZE DI DIVERSIFICAZIONE E INNOVAZIONE DEL SISTEMA

- Capacità di introdurre rispetto al modello tradizionale degli **elementi di novità**, nei processi, nei modelli organizzativi, nell'approccio e negli interventi;
- capacità di **intercettare e rispondere a nuovi bisogni** e di rivolgersi non solo alle persone anziane ma anche alla rete familiare e di assistenza;
- agire sul **sistema di relazioni e sulle interconnessioni tra le reti dei servizi**, per una piena integrazione e per un costante adeguamento all'evoluzione dei percorsi.



SEZIONE B

Le condizioni per una buona domiciliarità



SEZIONE B:

LE CONDIZIONI PER UNA BUONA DOMICILIARITA'

1. Premessa

In questa seconda fase del percorso è stato compiuto un passo ulteriore volto all'individuazione di alcuni principi guida da assumere come riferimento per il **ridisegno del sistema dei servizi alla persona anziana**, a partire dalla domanda: *come sostenere una buona domiciliarità?*

Il lavoro si è concentrato in particolare su due ambiti complementari: la permanenza della persona anziana al proprio domicilio e gli scenari alternativi, da considerare nei casi in cui il vivere a casa non sia più possibile.

L'analisi ha consentito di delineare un concetto rinnovato di **domiciliarità** e di identificare i possibili fattori determinanti che la rendono sostenibile. Parallelamente, l'esplorazione degli scenari alternativi ha permesso di evidenziare le **condizioni maggiormente critiche e discriminanti** rispetto al venir meno della possibilità per la persona anziana di restare nella propria casa, e della necessità di ricavare, anche in contesti diversi dal domicilio, **dimensioni e condizioni di appartenenza e benessere**.

Gli esiti complessivi sono pertanto organizzati secondo questi due assi di approfondimento:

- caratteristiche e condizioni imprescindibili per una domiciliarità sostenibile;
- fattori che possono mettere a rischio la domiciliarità e soluzioni alternative.

I paragrafi che seguono offrono quindi una sintesi dei contenuti principali, supportati dalle evidenze raccolte nel corso del lavoro, e rappresentano orientamenti generali e traiettorie di pensiero da cui trarre indicazioni utili per l'elaborazione delle strategie operative.

La trattazione dei contenuti è accompagnata anche da stralci delle interviste svolte con le persone anziane, con i loro familiari e caregiver o emerse nel focus group con gli operatori.

2. La scelta della domiciliarità

La **permanenza presso il proprio domicilio** rappresenta la scelta generalmente preferita sia dalle stesse persone anziane che dai loro familiari: la domiciliarità deve pertanto essere riconosciuta come una scelta primaria, espressa e volontaria.

Per le persone anziane infatti la casa è molto più di un semplice spazio: è un **luogo di sicurezza e di identità**. Rappresenta un punto di riferimento e un senso di appartenenza, con cui hanno un forte legame affettivo e che contribuisce a mantenere la loro identità.



Mio papà, potevamo anche spostarlo in una casa più piccola...però fai te un trasloco? Una persona anziana, che è una vita che sta qui, in questa casa, sono sincera non lo avrei spostato di qui (...) però ha ancora le sue robe dentro, no giustamente, è casa sua, è casa sua!

Alla luce di tale presupposto, con l'insorgere delle prime difficoltà nelle funzioni personali e nella gestione domestica, i servizi di cura e supporto devono essere attivati prioritariamente a livello domiciliare. Tali interventi devono inizialmente essere di intensità contenuta, aumentando progressivamente in base all'evoluzione della condizione della persona anziana e dei familiari di riferimento o all'insorgenza di eventi critici che ne compromettono la permanenza a domicilio.



“Io dico investiamo sulla domiciliarità, perché rispetta la persona, perché comunque si ha una qualità diversa, mamma qua sente l'odore di casa sua, c'ha i suoi gatti, sta con noi, sente i profumi della cucina, adesso non mangia, ma ok, ma c'ha voglia di stare in casa sua, quindi questo fa sì che io sia contenta.

Mantenere la persona anziana a domicilio rappresenta inoltre una **fonte di soddisfazione e gratificazione anche per familiari e caregiver**, che vivono tale scelta in termini di reciprocità, solidarietà familiare e senso di utilità grazie alla possibilità di offrire un aiuto concreto.



Quindi sembra assurdo, ma io sto anche tanto bene, stanca, tanto stanca, ma preoccupata, pensando a quando non ci sarà più, quindi io sono contenta che lei sia qui con noi, che sta bene (...) però non è un sacrificio per me, cioè io per come sono fatta, sono felice che mi possa prendere cura di lei, sto bene se vedo che lei sta bene, che non soffre, che è tranquilla, qua con noi.

Io non riuscirei a non farlo, nel senso che io per indole proprio non riuscirei, perché comunque sono una persona accudente, anche con i figli e quindi lo faccio e mi sento di farlo.

3. Quando la domiciliarità è sostenibile

Un progetto di domiciliarità che accompagna efficacemente la persona anziana e la sua famiglia nel processo di invecchiamento e nella progressiva o improvvisa perdita di autonomia si basa sulla presenza di **condizioni fondamentali**, identificate dal percorso del Sottocomitato e illustrate di seguito.

Presenza di una rete di aiuto allargata

Un elemento di valore è connesso con la **presenza di una rete di riferimento**, se composta da più persone rappresenta un valore aggiunto per la persona e per i familiari che possono condividere la responsabilità della cura, e non da un unico caregiver familiare

principale, sul quale è concentrata la responsabilità pressoché esclusiva della cura. Ciò vale sia per la persona anziana che ha la possibilità di avere più contatti e sia per i familiari per poter condividere il percorso, le scelte e la socializzazione delle funzioni di cura.



“Se non fossi stato figlio unico sarebbe andata meglio, perché ho visto che mia moglie è una di 5, e questo conta perché il tessuto parentale, se non ci sono io, c'è mio fratello, c'è mia sorella, tipo ne chiami uno e dici: “oggi proprio non posso, porti tu la mamma a fare una visita o vai a trovarla tu che è il giorno del suo compleanno?”

“Mio fratello mi ha supportato tantissimo, perché lui c'è comunque sempre stato, quando io alla mattina dovevo andare a lavorare prima, noi ci siamo sempre aiutati”

Agire in questa direzione significa riconoscere e valorizzare il ruolo centrale delle reti familiari e comunitarie: senza il loro supporto, restare a casa rischia di fatto di trasformarsi in una condizione di isolamento anziché in un'opportunità di benessere. Nel processo di invecchiamento è fondamentale che le persone anziane vivano in **contesti relazionali significativi**, capaci di garantire al contempo benessere e sicurezza.



Capacità di aiuto e supporto

Un altro aspetto chiave riguarda la **capacità effettiva del familiare, del caregiver e della rete di cura e supporto** di assicurare alla persona anziana gli aiuti e i supporti necessari.



“Per esempio, io la mattina, quando devo andare a lavoro, le lascio già tutto sistemato qua sul tavolo: la colazione, le pastiglie, quello che deve prendere, tutto quanto. (...) Poi le lascio qualcosina da fare perché non voglio nemmeno che perda la sua autonomia, per tenerla comunque impegnata, perché io penso che non debba perdere la sua autonomia.”

La presenza di una rete è di fatto condizione fondamentale, ma non sufficiente se all'interno della stessa non vi sono **competenze e attitudini alla cura** a partire dalle piccole attività fino ad interventi a più alta complessità che richiedono momenti di formazione e accompagnamento specifici e continui.

Casa adeguata

Una terza condizione rileva l'esigenza di poter contare su un **contesto domiciliare adeguato**, con spazi idonei all'allestimento e per l'esercizio della cura e per la sua modulazione nel tempo, con la possibilità anche di poter accogliere eventuali figure di assistenza.

“*Dicevo della casa perché appunto c'è questa carrozzina, c'è il sollevatore che è un'altra bella attenzione, e devi avere il letto, mamma ha quello da ospedale, quindi devi avere degli spazi.*”

La progettazione di un percorso che accompagni l'invecchiamento non può di fatto prescindere da una **valutazione tecnica dell'ambiente di vita** e degli eventuali adeguamenti necessari per permettere la permanenza a casa anche a fronte di necessità e bisogni di assistenza e di cura elevati.

Risorse sufficienti per coprire i costi dell'assistenza

Un quarto fattore di sostenibilità dell'assistenza è quello che la persona anziana e/o la sua rete familiare dispongano di **adeguate risorse per poter fronteggiare i costi** legati all'assistenza.

“*Per fortuna abbiamo una discreta solidità economica che ci dà la possibilità di assisterlo con dignità e bene, questo io lo riconosco, perché se fossimo una famiglia che fa fatica a pagare la bolletta della luce, sarebbe un brutto vivere.*”

Le persone necessitano di essere informate e accompagnate nell'accesso a tutti i **benefici e interventi economici** a loro disposizione, con i quali poter integrare le proprie disponibilità e far fronte a tutte le spese che quotidianamente vanno sostenute in un percorso di assistenza.

Presenza rete dei servizi

Il quinto discrimine è la presenza e accessibilità di un'adeguata **rete di servizi a supporto**, a cui potersi rivolgere in maniera diretta e con interventi tempestivi modulati nel tempo in base alle specifiche condizioni.



La chiave di tutto dovrebbero essere i medici di base, perché sono quelli più vicini alla fine, perché vai lì anche perché c'hai un po' di febbre e potrebbero monitorare la situazione [...] il medico può smistare quelle che sono le esigenze, sociale, infermieristica o un'esigenza da rilevare"

"Il servizio è buonissimo, niente da dire, si paga in base all'ICEF, noi sinceramente paghiamo poco, perché mia mamma ha una minima"

"E' grazie all'assistente sociale e al servizio dell'assistenza domiciliare che ho potuto riportare a casa mia mamma, sennò sarebbe morta, perché è stata male, è stata in ospedale tutto il dopo; cioè stare in ospedale tanto tempo, le davano solo antibiotici gli ultimi quattro mesi, in un letto di ospedale lontano da casa, io l'ho portata a casa."



Per il sistema dei servizi riconoscere e monitorare le condizioni determinanti per una domiciliarità efficace è fondamentale almeno per due motivi: per **monitorare i singoli percorsi** e progetti di domiciliarità e per **orientare lo sviluppo degli interventi** nella direzione del loro rafforzamento, in modo da preservare il più possibile la loro funzionalità a supporto delle persone anziane, dei loro familiari e caregiver e della comunità in generale.

4. Quando la domiciliarità è critica

La domiciliarità può però diventare non più sostenibile quando una o più delle condizioni descritte nel paragrafo precedente non sono presenti o vengono a mancare. In alcuni casi può trattarsi di assenze o compromissioni temporanee che possono essere risolte o ripristinate, in altri casi occorre necessariamente individuare percorsi alternativi.

Da qui l'importanza di implementare il più possibile, anche nei contesti diversi dalla propria casa, le dimensioni positive della domiciliarità che incidono sul benessere delle persone anziane e dei loro familiari e caregiver.

La solitudine e l'isolamento della persona anziana

Nel percorso è emersa con chiarezza l'importanza di costruire condizioni di vita che contrastino attivamente la **solitudine e l'isolamento** delle persone anziane. Sempre più frequentemente, infatti, si osservano situazioni in cui i legami familiari sono deboli o distanti,

le reti di vicinato risultano inattive, e l'accesso a servizi, trasporti e spazi relazionali risulta limitato, soprattutto nei contesti più periferici.

“ *Mi sono scottata. Un giorno ho impugnato un manico della padella e bolliva l'acqua. Per miracolo non mi è venuta giù sulla gamba. (...) Sono andata all'ospedale, perché avevo tutto la mano scottata. Soli, non si può stare, specialmente se non ci vedi*”

La casa non adeguata

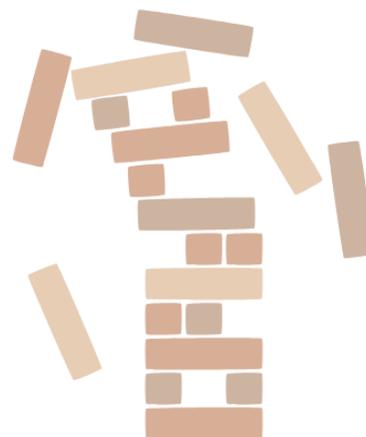
A queste difficoltà si possono aggiungere **abitazioni non adeguate** sotto il profilo della sicurezza e dell'accessibilità, sia per chi vi abita sia per chi vi opera professionalmente, come esprime un'operatrice all'interno del focus group: *“C'era una camera piccolina, si apriva la porta non si riusciva neanche ad entrare... ho fatto una manovra pindarica col sollevatore per alzarlo... queste sono le grandi difficoltà dell'assistenza domiciliare”*.

L'aggravarsi delle condizioni di salute e di autonomia

Le analisi di contesto e le figure professionali della cura riportano inoltre una **crescente complessità delle condizioni di salute**, con l'aumento di casi di poli-patologie, disturbi cognitivi e comportamentali e percorsi di assistenza di lungo periodo legati a patologie cronico-degenerative. L'impegno e la qualità della cura necessitano quindi di una rivalutazione continua delle risorse e dei soggetti da coinvolgere lungo il percorso, a partire dalla scelta di un contesto adeguato che spesso all'aggravarsi dei bisogni non risulta più essere il domicilio della persona anziana o del familiare.

La difficoltà di tenuta della rete assistenziale

Familiari e caregiver delle persone anziane presentano caratteristiche e bisogni specifici, spesso paralleli e complementari a quelli delle persone direttamente beneficiarie dei servizi. Dal percorso è infatti emerso il tema del **carico di cura**: l'assistenza quotidiana e continuativa alla persona anziana può trasformarsi, nel tempo, da gesto affettivo e filiale a fonte di stress, affaticamento e sofferenza fisica e mentale.





Diciamo che diventa pesante l'assistenza, anche se uno lo fa col cuore, però io mi sono annullata proprio, completamente. Perché nel momento in cui penso a fare le cose che vanno fatte, poi dopo sono stanca. Non ho più voglia di fare nulla, né di uscire, né di pensare che ne so a me stessa, di curarmi un po' di più.

Non sei in grado di gestirla (l'assistenza), perché non è che hai studiato per gestirla, però devi gestire, perché dipende da te, e lì vai in crisi, perché non c'è nessuno che ti aiuta, non c'è nessuno.

A questa condizione di esaurimento si collegano alcune problematiche ricorrenti, tra cui la difficoltà di **conciliare i diversi ruoli di vita**, la mancanza di riconoscimento del proprio ruolo, il rischio di esclusione sociale e il senso di disorientamento di fronte alla mancanza di informazioni e di servizi.

Le possibili **ricadute** negative del carico di cura si riflettono non solo sul benessere psico-fisico di familiari e caregiver, ma anche sulla qualità sia della **relazione con la persona assistita**, come rilevato nel focus group degli operatori: *“i caregiver, i familiari, il figlio... io li vedo molto stanchi, provati, litigano”* che della **relazione tra familiari, caregiver e professionisti**. Alcuni familiari infatti, a causa di risorse limitate, vissuti di burnout o scarsa formazione, potrebbero assumere atteggiamenti svalutanti nei confronti del personale domiciliare, come emerso nel focus svolto con gli operatori: *“noi abbiamo veramente un aumento esponenziale di atteggiamenti poco rispettosi delle persone”, oppure “trovo che i familiari, a volte, debbano avere più rispetto, che debba anche essergli fatto capire questo, anche da chi è sopra di me, che sono un'assistente domiciliare”*.

La copertura insufficiente della rete dei servizi



Quando si interrompe una buona domiciliarità, ciò che si osserva più frequentemente è una **polarizzazione tra l'assistenza a domicilio e l'istituzionalizzazione** dell'anziano, con lunghi e difficoltosi periodi di transizione tra le due soluzioni. Queste fasi risultano particolarmente gravose sia per la persona anziana, sia per la tenuta complessiva della rete assistenziale. I familiari e i caregiver riportano spesso la difficoltà nel coordinare l'assistenza, sottolineando come gli interventi attivati possano risultare frammentati e non integrati tra loro, e come, nei casi più gravi, i servizi disponibili risultino insufficienti.

Un ulteriore fattore critico è rappresentato dal **livello di conoscenza dei servizi** che non sempre è adeguato. Questo evidenzia la necessità di interventi mirati a una migliore promozione, diffusione e semplificazione dell'accesso ai servizi esistenti.

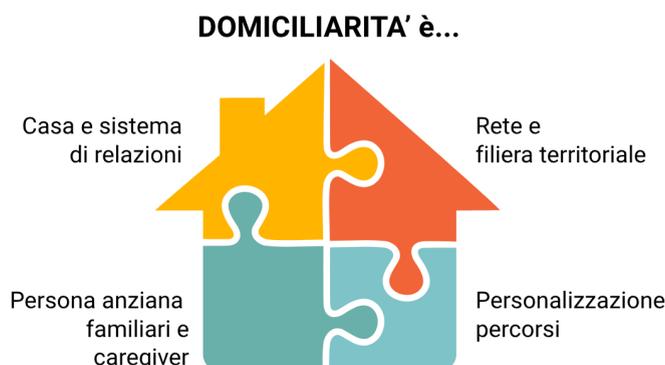
Quando la domiciliarità non funziona, o non è adeguatamente supportata o accompagnata, gli effetti si manifestano in maniera diretta, con impatti emotivi di particolare intensità. Anche l'**accesso ai servizi** rappresenta un elemento di criticità con tempi di attivazione talvolta lunghi, iter burocratici complessi, inserimenti in liste d'attesa che non permettono l'implementazione tempestiva degli interventi necessari in risposta all'effettivo bisogno delle persone. A volte inoltre tende ad avvenire in fase avanzata: i familiari e i caregiver solo quando sperimentano condizioni veramente stressanti si rivolgono ai servizi, che quindi devono **agire sull'urgenza** e in situazione di livelli avanzati di non autosufficienza della persona anziana. Il rischio è l'attivazione di servizi non adeguati e non sufficienti all'effettivo bisogno, che spesso conducono ad una sola possibile soluzione di frattura rappresentata dall'inserimento in una struttura residenziale.

5. La dimensione della domiciliarità e principi per la progettazione

Lo scenario attuale impone l'adozione di un approccio integrato, ispirato a tutte le condizioni ritenute imprescindibili. Un cambio di postura in questa direzione permetterebbe di progettare supporti maggiormente in sintonia con i desideri dei diretti interessati e di includere bisogni e fragilità inespresi ma emergenti.

Come idea centrale delle linee di indirizzo, si propone quindi una nuova e allargata visione della **domiciliarità**, che nella sua accezione può essere interpretata in due modi diversi: come spazio e come luogo. Il concetto di spazio si riferisce alla dimensione fisica in cui le persone vivono, mentre quello di **luogo rimanda alla dimensione dei mondi vitali e delle relazioni** che si producono e riproducono all'interno di uno spazio fisico, dove risiedono affetti, identità, memoria e radicamento.

Le persone anziane mantengono di fatto un forte legame affettivo e identitario con il proprio domicilio, che racconta la storia di una vita e diventa parte integrante del proprio sé, rendendo difficile l'idea di separarsene. Investire nell'**abitare** quindi non è solo una questione infrastrutturale o di accesso ai servizi, ma rappresenta una condizione abilitante per un buon invecchiamento e per il mantenimento della salute e dell'autonomia.



Domiciliarità è casa e sistema di relazioni

Uno dei principali riferimenti per valutare la qualità della vita delle persone anziane è il modello **bio-psico-sociale** (Engel, 1977; WHO, 2002), che considera la persona nella sua interezza, tenendo conto non solo degli aspetti sanitari, ma anche delle relazioni, delle risorse e dei diritti individuali.

Un sistema di cura realmente efficace deve quindi costruire **relazioni di fiducia** con le persone anziane e con i loro familiari e caregiver, basandosi sull'ascolto, sulla trasparenza e sulla continuità. Le persone anziane, i familiari e i caregiver hanno bisogno di creare legami all'interno dei quali **sentirsi accolti, sicuri e a proprio agio** anche nelle proprie fragilità e vulnerabilità e al contempo di servizi e interventi realizzati nel rispetto delle loro richieste, delle loro necessità e dei loro desideri, soprattutto nel momento in cui sono le figure professionali che entrano nella loro casa e nei loro luoghi. Una relazione di fiducia necessita di costanza e tempo per essere sviluppata e rafforzata con l'obiettivo di portare benessere nella qualità di vita e di creare un rapporto di collaborazione tra persona anziana, familiari, caregiver e professionisti.

In questo scenario, è necessario riconoscere e valorizzare il **ruolo strategico degli operatori dell'assistenza domiciliare**, figure sempre più centrali nella rete dei servizi, ma frequentemente esposte a condizioni di lavoro critiche. Tra le principali problematiche si segnalano la carenza di personale qualificato, la frammentazione degli orari, i frequenti spostamenti e l'elevata intensità sia relazionale sia gestionale del lavoro quotidiano. Tali fattori incidono in modo diretto sulla qualità del servizio erogato, sulla motivazione del personale e, più in generale, sulla tenuta dell'intero sistema di cura domiciliare.

Per affrontare efficacemente queste criticità, ogni revisione dell'organizzazione dei servizi domiciliari deve adottare un approccio sistemico e multilivello, finalizzato a **migliorare le condizioni di lavoro** in modo strutturale, a garantire un accesso continuativo a percorsi di formazione professionale e a promuovere spazi di supervisione e confronto: solo attraverso il benessere di chi lavora è possibile infatti assicurare la qualità, la continuità e l'umanizzazione delle cure erogate.

È importante sottolineare che il benessere della persona anziana non dipende unicamente dalla **forma abitativa** — che essa sia domiciliare, co-abitativa o residenziale — quanto piuttosto dalla qualità delle relazioni, dall'accessibilità degli spazi di vita e dalla capacità del sistema di rispondere in modo personalizzato ai bisogni individuali. Qualsiasi contesto, se connotato da accoglienza, sicurezza e possibilità relazionali, può essere percepito come positivo dalla persona anziana.

Ciò che risulta realmente determinante è la possibilità di accedere a cure qualificate, di mantenere l'autonomia e l'autodeterminazione, di coltivare relazioni significative con la rete familiare e comunitaria, e di partecipare attivamente alla vita sociale e affettiva del proprio ambiente di vita. In quest'ottica, è strategico rendere i **contesti domestici sempre più accessibili e sicuri**, anche attraverso l'adozione di tecnologie assistive, dispositivi domotici e soluzioni architettoniche inclusive. Questi strumenti consentono alle persone anziane di prolungare la permanenza nella propria abitazione in condizioni di sicurezza e indipendenza, riducendo al contempo il rischio di istituzionalizzazione.

In un'ottica di lungo periodo, le politiche di prevenzione e promozione del benessere dovrebbero essere **integrate con altri ambiti** come l'urbanistica e la riqualificazione abitativa, per favorire la mobilità, prevenire l'isolamento e ridurre il rischio di incidenti domestici. È importante prevedere incentivi e contributi per interventi sulle abitazioni e sui quartieri, promuovendo ambienti capaci di sostenere l'invecchiamento attivo e dignitoso.

Domiciliarità è attenzione alla persona anziana, ai familiari e ai caregiver

Promuovere il welfare e la domiciliarità per le persone anziane richiede una visione integrata e centrata sulla persona nel proprio contesto di vita, valorizzato come luogo primario di cura. Tale qualità passa dal riconoscimento e dalla valorizzazione di tutte le figure coinvolte nel prendersi cura – formali e informali – tra cui familiari, caregiver, operatori socio-sanitari, assistenti domiciliari e familiari. Questi attori apportano competenze e sensibilità, ma necessitano a loro volta di sostegno per evitare che l'impegno assistenziale diventi causa di logoramento e profondo affaticamento.

Per rispondere in modo efficace, il sistema dei servizi deve quindi allargare il proprio sguardo: non più solo sulla persona anziana, ma con una prospettiva di **presa in carico globale dell'intero nucleo familiare**. Persone anziane, familiari e caregiver devono essere considerati come un'entità unitaria, seppur differenziata al suo interno in termini di bisogni, fragilità, ma anche capacità e risorse. Tale trasformazione si rende indispensabile anche a fronte del cambiamento della struttura socio demografica che registra un **forte indebolimento delle reti primarie** e di quelle familiari in primis, tanto che il supporto spontaneo che le persone anziane ricevevano in passato è oggi spesso più precario.

Il ruolo dei familiari e caregiver va riconosciuto e valorizzato affinché **il supporto alla persona anziana si armonizzi con il loro benessere**, evitando che l'assistenza diventi un carico eccessivo e permettendo che ogni nucleo familiare trovi un suo equilibrio tra i diversi ruoli di vita, garantendo continuità di cura senza sacrificare lavoro, relazioni e benessere personale. L'esperienza degli stessi può inoltre arricchire i percorsi di cura, orientare altre famiglie e contribuire allo sviluppo dei servizi, in una prospettiva di apprendimento continuo e condiviso.

Parallelamente vanno proposti **percorsi formativi rivolti a persone anziane, familiari, caregiver e comunità**, in una logica di prevenzione e consapevolezza: la formazione deve fornire strumenti pratici per la gestione quotidiana, aiutare a comprendere l'invecchiamento come processo naturale, gestire il cambiamento con consapevolezza e serenità e offrire spazi di confronto per ridurre l'isolamento.

Domiciliarità è personalizzazione e progettazione dei percorsi

Promuovere la qualità della vita significa riconoscere l'interdipendenza tra salute fisica, benessere psicologico e integrazione sociale (Walker & Mollenkopf, 2007), orientando i servizi verso forme di presa in carico personalizzate, flessibili e territorialmente radicate (Foster & Fleming, 2020). In un processo di invecchiamento caratterizzato da acuzie

improvvisi e da un elevato livello di incertezza, che mette alla prova i familiari e caregiver e le stesse persone anziane, è molto importante che i percorsi di assistenza riconoscano il **diritto all'autodeterminazione** di ogni persona che, anche nella fase avanzata della vita, deve poter essere protagonista delle proprie scelte.

L'invecchiamento di fatto non deve coincidere con la perdita di libertà o con un'identità ridotta ai soli bisogni di cura, ma deve vedere la persona anziana come portatore di valori, relazioni e desideri, e come risorsa per la comunità. È quindi necessario creare ambienti che sostengano **identità, libertà e autonomia**, offrendo scelte concrete su come vivere, con chi condividere il tempo e quali attività svolgere.

Tuttavia esistono dei limiti a questo diritto, spesso legati alla **necessità di tutelare la sua sicurezza e salute**: non è raro avere persone anziane che fanno fatica ad accettare la propria perdita di autonomia, che non riconoscono i propri bisogni, tendendo al rifiuto dei servizi proposti. È quindi necessario ricercare un continuo equilibrio tra il rispettare la capacità di scelta e il garantire la sicurezza.

Un sistema integrato di servizi domiciliari, articolato in molteplici contesti assistenziali, deve offrire **percorsi adattabili** alle esigenze individuali, evolvendo insieme alle condizioni della persona anziana e del suo nucleo familiare. Questo modello flessibile assicura un supporto continuo che accompagna e valorizza ogni fase della vita, promuovendo autonomia, dignità e qualità dell'assistenza.

L'**invecchiamento attivo** assume in questo quadro un ruolo centrale, inteso come processo che garantisce opportunità di salute, partecipazione sociale, sicurezza e benessere. La prevenzione e la promozione della salute coinvolgono non solo l'aspetto fisico e mentale, ma anche l'adozione di stili di vita sani e la partecipazione a iniziative sociali, culturali e civiche. La qualità della vita viene così declinata come un concetto multidimensionale, che sposta il focus dai bisogni ai diritti e alle opportunità della persona anziana, valorizzandone le competenze e le esperienze.

Promuovere l'autodeterminazione significa anche agire in modo preventivo, favorendo socialità, benessere quotidiano e la possibilità di progettare in anticipo il proprio percorso di invecchiamento, in modo consapevole e anticipato. Un cambiamento di visione richiede un approccio proattivo, orientato alla **prevenzione**, incentrato sulle risorse e le autonomie ancora presenti. In questo processo, anche familiari e caregiver devono essere coinvolti in una logica di gestione condivisa e consapevole dell'invecchiamento.

Domiciliarità è rete e filiera territoriale

Il sistema dei servizi alla persona è un'organizzazione dinamica e interconnessa, dove gli interventi non operano in maniera isolata ma in collaborazione e sinergia continua. L'integrazione tra i diversi attori consente percorsi fluidi, coerenti e personalizzati, permette di costruire soluzioni coordinate, garantendo equità, efficienza, qualità e continuità nell'assistenza ed evitando frammentazioni.

Gli interventi domiciliari per poter garantire una buona domiciliarità, hanno l'esigenza che tutte le componenti sopra descritte siano state attivate preventivamente.

Inoltre il sistema di assistenza domiciliare funziona in **filiere** se prevede un primo livello di supporto informativo e orientamento, un'assistenza leggera e preventiva per evitare l'aggravarsi delle condizioni, un intervento più strutturato e intensivo in caso di bisogno, mantenendo nel tempo un monitoraggio costante per adattare i servizi all'evoluzione della situazione.

Nella rete della domiciliarità partecipano quindi molteplici soggetti: enti pubblici, terzo settore, reti formali e informali, volontariato e cittadini con l'obiettivo di assicurare una presa in carico globale e adattabile alle esigenze individuali della persona anziana e dei familiari e caregiver.

In questo contesto, dove la **comunità locale** assume un ruolo centrale, la costruzione di un **ecosistema di cura** contrasta il rischio di solitudine, rafforza la prevenzione ed il monitoraggio del benessere della persona anziana creando un ambiente di supporto diffuso e solidale, capace di intercettare i bisogni prima che diventino emergenze. Si tratta di individuare delle figure di riferimento nei contesti di vita quotidiana che vanno dal vicino di casa alla farmacista, dagli esercenti ai parroci, che fungano da collegamento tra le persone anziane e il sistema dei servizi, con un ruolo attivo nell'intercettare esigenze e bisogni emergenti, favorendo un intervento precoce in situazioni di rischio, e che permettono di raggiungere un numero maggiore di persone rispetto ai servizi tradizionali, essendo presenti capillarmente sul territorio e in diversi contesti.

Allo stesso tempo la dimensione comunitaria può essere importante **elemento di trasformazione**: dovrebbe riuscire, oltre a trovare risposte per bisogni insoddisfatti, a creare nuove relazioni sociali e collaborazioni che agiscono sulle dinamiche di base degli stessi (Murray et al. 2010). Creare connessioni tra soggetti pubblici e privati attiva di fatto uno scambio di idee e una condivisione di risorse che permette una conoscenza maggiore delle caratteristiche del bisogno, ma anche un miglioramento della capacità di lettura del territorio in termini di ulteriori necessità e potenziali risorse.

È fondamentale quindi mantenere un legame stabile tra le persone anziane, il territorio e la comunità, indipendentemente dalla forma abitativa scelta, valorizzando al contempo il ruolo attivo delle persone anziane nella vita della comunità e contrastando l'isolamento attraverso iniziative partecipative, sensibilizzazione e coinvolgimento del tessuto sociale.

Il coinvolgimento della comunità è cruciale anche per aumentare la **conoscenza e l'accessibilità dei servizi**, contribuendo a superare diffidenze e favorendo un ricorso consapevole e sereno alle risorse disponibili.

Rendere i **servizi più attrattivi** passa anche dalla cura dell'ambiente, dalla possibilità di "provare" temporaneamente le strutture, dall'apertura alla comunità e dallo sviluppo di progetti intergenerazionali e reti di prossimità. Solo investendo su qualità percepita, relazionalità e accessibilità si potrà promuovere un cambiamento culturale duraturo e migliorare l'accettazione dei servizi da parte delle persone anziane e delle loro famiglie.

In questo contesto, il **volontariato** assume un ruolo strategico, non solo per il sostegno alle persone anziane, ma anche per rafforzare la coesione sociale. Esiste inoltre un'opportunità

significativa nel coinvolgere le giovani generazioni, promuovendo in loro il senso di responsabilità civica e il desiderio di partecipazione attraverso esperienze concrete di impegno sociale.

6. Creare e ricreare domiciliarità in ogni contesto

Occorre salvaguardare la dimensione della domiciliarità sia nella sua accezione ristretta riferita al contesto domestico e familiare, ma anche sviluppando un orizzonte di senso molto più ampio che porta a comprendere **diverse forme di domiciliarità**, in un continuum di un percorso che dalla casa può transitare verso differenti misure di “abitare possibile”, includendo anche la struttura residenziale.



Si delinea dunque un **continuum di servizi fondato su tre principali setting**:

- il **domicilio privato** della persona anziana, luogo primario della vita e delle relazioni, dove si realizza il primo livello di assistenza e supporto;
- la **domiciliarità intermedia**, costituita da strutture e servizi “ponte” tra l’abitazione e la residenzialità, dove si può conciliare un buon grado di autonomia personale con un livello contenuto di protezione e assistenza. Si tratta di progettare servizi alternativi alla residenzialità tradizionale, come micro-appartamenti, co-housing assistiti, alloggi protetti o ristrutturazioni condivise, integrati da sistemi leggeri di monitoraggio. Queste soluzioni, oggi ancora poco attrattive a causa di resistenze culturali, potrebbero guadagnare consenso grazie al coinvolgimento delle generazioni più giovani e all’impiego della tecnologia;
- la **domiciliarità in struttura residenziale**, dove il setting di cura è dotato di risorse tecniche e professionali adeguate a gestire situazioni di alta complessità clinico-assistenziale, garantendo interventi intensivi e continuativi. Il sistema residenziale si inserisce nella visione favorendo funzioni di connessione con i territori e risposte flessibili e modulabili che tengono conto delle condizioni delle persone anziane e dei loro familiari. Al riguardo la rete delle APSP e RSA presenti nel territorio, oltre all’attività tradizionale potrà esercitare ulteriori azioni e collaborazioni funzionali al sistema di sostegno alla domiciliarità delle persone anziane, potendo contare su esperienze, competenze e contesti consolidati nell’ambito della cura .

Nel loro insieme, questi contesti definiscono un **sistema flessibile** di domiciliarità, capace di evolvere nel tempo in base al mutare delle condizioni della persona, sia sul piano clinico che su quello sociale e relazionale, consentendo di costruire risposte proporzionate e su misura

e contemporaneamente permettendo il passaggio naturale da un setting all'altro, evitando discontinuità e garantendo la presa in carico globale della persona.

Tutto ciò assicurando lo sviluppo di un sistema integrato dotato di interconnessioni e transiti di approcci, competenze e traiettorie di cura e coinvolgimento delle persone anziane e dei loro familiari. In questo scenario, ogni cittadino è **informato, accolto e orientato** sin dal primo momento, ha accesso a informazioni trasparenti sugli iter da seguire, sui costi e sui tempi di attesa. La burocrazia è snella ed efficiente, con risposte tempestive che evitano inutili attese e ostacoli. I servizi sono flessibili e si adattano ai bisogni di ciascuno, assicurando equità di accesso e risorse adeguate per ogni situazione. Ogni persona o famiglia può contare su un/a professionista che non solo risponde alle necessità specifiche, ma accompagna la persona e la sua famiglia nel tempo, identificando e monitorando bisogni e dinamiche in evoluzione.

CONDIZIONI PER UNA BUONA DOMICILIARITA'

- Soddisfacimento **bisogni fisici di base** per le persone anziane e i caregiver
- **Senso di sicurezza** rispetto alle condizioni personali della persona anziane e dei familiari e al piano di cura
- **Dimensione affettiva e di relazione** positiva tra la persona anziana e i caregiver
- **Buon livello di autostima e autodeterminazione** della persona anziana e della rete familiare
- Presenza di un **rete di aiuto, supporto e relazione** allargata



SEZIONE C

**Linee guida per la
progettazione
territoriale e per la
sperimentazione**



SEZIONE C:

LINEE DI INDIRIZZO PER LA PROGETTAZIONE TERRITORIALE E PER LA SPERIMENTAZIONE

1. Premessa

Secondo quanto delineato nella sezione precedente, ai territori spetta la traduzione operativa e l'implementazione concreta di processi e sperimentazioni coerenti con quanto definito.

Con la Sezione C si entra dunque nel vivo della progettazione del sistema dei servizi su base locale che, pur in un quadro di **personalizzazione territoriale** che deve essere considerata nella definizione degli assetti organizzativi e operativi, dovrà essere **garantita in modo uniforme su tutto il territorio** in un'ottica di assicurazione di parità di diritti e trattamento delle persone.

Il **principio di equità** implica infatti che il diritto alla cura venga riconosciuto come universale, attraverso l'attivazione di servizi omogenei su scala provinciale per garantire standard minimi condivisi, assicurando al contempo la personalizzazione territoriale. Anche l'introduzione di Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), sia di prestazione che di processo, rappresenta un ulteriore strumento di supporto.

Rispetto al modello tradizionale di assistenza domiciliare, il lavoro condotto restituisce l'esigenza di **superare un modello centrato prevalentemente sulla singola persona anziana a cui fornire prestazioni, per riconoscere e valorizzare il ruolo attivo del nucleo familiare nei percorsi di cura, sostegno e accompagnamento.**

In tale prospettiva, le famiglie che si assumono responsabilità nel prendersi cura devono essere sostenute, valorizzate e affiancate attraverso misure integrate, flessibili e continuative (es. sollievo, formazione, accompagnamento, incentivi). Allo stesso modo, va rafforzata la **capacità delle comunità locali** di farsi soggetto corresponsabile, favorendo reti di prossimità, mutuo aiuto e partecipazione attiva nella costruzione di contesti abilitanti e inclusivi.

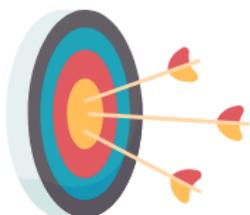
Entrando nel piano operativo, relativamente al **sistema di sostegno alla domiciliarità delle persone anziane e dei loro familiari**, la presente sezione cerca di affrontare i seguenti interrogativi:

- A chi sono rivolte le Linee di Indirizzo?
- Quale dimensione territoriale adottare per lo sviluppo del sistema?
- Quali soggetti della cura territoriale coinvolgere e come garantire processi di integrazione?
- Come può essere progettato e realizzato il sistema dei servizi?
- A chi si rivolge?
- Che azioni mette in campo?
- Come implementare i procedimenti di revisione dei servizi?
- Come gestire il monitoraggio e la valutazione?



La risposta alle questioni formulate va a comporre il processo di pianificazione e realizzazione degli affidamenti dei servizi afferenti all'ambito del sostegno alla domiciliarità, nella direzione del cambiamento prospettato nella seconda parte del documento.

Le dimensioni della domiciliarità descritte nella Sezione B rappresentano i **principi guida per la progettazione del sistema dei servizi**. Ciascuno di essi va dunque declinato in obiettivi, meccanismi operativi e piani di azione congruenti.



1. CASA E SISTEMA DI RELAZIONI
2. PERSONE ANZIANE, FAMILIARI E CAREGIVER
3. PERSONALIZZAZIONE PERCORSI
4. RETE E FILIERE TERRITORIALI

Un sistema di servizi efficace è impegnato a garantire e sviluppare il più possibile le condizioni che garantiscono una buona domiciliarità per le persone anziane e per i loro familiari, e ad intervenire con una ridefinizione dei percorsi in base all'evoluzione delle condizioni complessive, secondo quanto descritto precedentemente.

I principi guida individuati rappresentano:

- le **istanze e le caratteristiche fondanti da garantire** contemporaneamente e in sinergia a tutti i livelli: della singola persona, della rete familiare, del territorio e della rete dei servizi nel suo complesso;
- I possibili **criteri per la valutazione delle politiche e dei servizi**;
- gli orientamenti per le **funzioni di accompagnamento e monitoraggio** che si renderanno necessarie per seguire la sperimentazione di cui al presente documento.

2. A chi sono rivolte le Linee di Indirizzo

Tra le competenze afferenti all'ambito socio-assistenziale riferite all'Area Età Anziana del Catalogo dei servizi socio-assistenziali in vigore, attribuite alle Comunità/Territorio Val d'Adige, rientra il **servizio di assistenza domiciliare e di contesto** (vd. Scheda 3.20 del Catalogo).

Le presenti Linee di Indirizzo sono state elaborate principalmente per supportare l'applicazione a questa specifica tipologia di servizio, alla luce delle esigenze di innovazione e miglioramento dell'attuale modello di intervento. Gli interlocutori istituzionali responsabili della loro attuazione sono le Comunità di Valle e il Territorio Val d'Adige, nell'ambito di Spazio Argento, in coerenza con gli indirizzi di programmazione sociale territoriale e con la progettazione dei servizi afferenti all'aggregazione funzionale "domiciliare e di contesto" dell'Area Età Anziana.

Il modello attualmente in essere sul territorio provinciale è caratterizzato da un'omogeneità nelle tipologie di prestazioni e nelle modalità di erogazione. Tuttavia, presenta anche alcune criticità già evidenziate nel Documento del sottotavolo "Appalti dei servizi socio-assistenziali", come indicato al punto 2 della Sezione A (paragrafo "Servizio assistenza domiciliare: limiti e opportunità").

Le modalità di affidamento e gestione del servizio risultano differenziate in base al dimensionamento e alle specificità organizzative delle singole Comunità (cfr. tabella seguente), con una durata residua degli affidamenti attivi compresa tra il 31.12.2025 e il 31.12.2026.

Modalità di affidamento	N. Comunità
Accreditamento aperto	4
Appalto di servizio sotto soglia europea	4
Appalto di servizio sopra soglia europea	5
Gestione in convenzione con APSP	1
Gestione diretta	2

Le Linee di Indirizzo intendono accompagnare la progettazione dei nuovi procedimenti di affidamento nella direzione presentata e al contempo riformulare progressivamente il sistema dei servizi tenendo conto di quanto già descritto in precedenza e delle indicazioni contenute in questa sezione.

Inoltre, considerando la centralità della dimensione territoriale e le riforme in corso, queste Linee di Indirizzo mirano anche a **rafforzare le precondizioni per l'integrazione** con altri interventi e a stabilire basi di collaborazione con le reti territoriali coinvolte nel sostegno alla domiciliarità delle persona anziane e dei loro familiari.

3. La dimensione territoriale per lo sviluppo del sistema

Al fine di facilitare l'implementazione della proposta di revisione del sistema si ritiene di adottare un **approccio sperimentale**, assicurando una funzione di facilitazione **accompagnata e mirata** delle sperimentazioni.

La variabilità dei contesti, le specificità organizzative dei servizi e la diversa durata residua degli attuali affidamenti relativi all'assistenza domiciliare tradizionale non consentono un'applicazione uniforme delle misure e degli orientamenti contenuti nelle Linee di indirizzo, evidenziando invece l'opportunità di un'**attuazione graduale**.

Spazio Argento è il nucleo deputato allo sviluppo territoriale del sistema dei servizi quale modulo organizzativo socio-sanitario incardinato nei servizi sociali delle Comunità, così come previsto nella Deliberazione di Giunta provinciale n. 1719/2022. Come è noto a livello di *governance* l'assetto di Spazio Argento prevede tre livelli: uno provinciale, uno territoriale corrispondente alle equipe territoriali e quello intermedio delle cabine di regia che risultano

coincidenti al territorio di più Comunità (per un totale di 2 per ciascun distretto sanitario, come indicati nella tabella che segue).

	Distretto sanitario	Territorio che delimita le Cabine di regia di Spazio Argento
1	NORD	Comunità del raggruppamento territoriale: Val di Non, Valle di Sole, Rotaliana Koenigsberg, Paganella
2		Comunità del raggruppamento territoriale: Valle dei laghi e Territorio Val d'Adige
3	SUD	Comunità del raggruppamento territoriale: Giudicarie, Alto Garda e Ledro
4		Comunità del raggruppamento territoriale: Vallagarina, Rovereto e Magnifica Comunità degli Altipiani Cimbri
5	EST	Comunità del raggruppamento territoriale: Alta Valsugana e Bernstol, Valsugana e Tesino, Primiero
6		Comunità del raggruppamento territoriale: Comun General de Fascia, Val di Fiemme e Valle di Cembra

Per l'applicazione delle Linee di Indirizzo, come orizzonte comune per la programmazione complessiva del sistema dei servizi a sostegno della domiciliare si propone di assumere il **dimensionamento di territorio che forma ciascuna Cabina di regia di Spazio Argento**.

Le funzioni di integrazione e monitoraggio attribuite alla Cabina di Regia risultano strategiche e coerenti per lo sviluppo e la pianificazione integrata a livello territoriale anche in ambito socio-sanitario. Tale conformazione, inoltre, ha il vantaggio di essere coerente e sovrapponibile con altre funzioni sanitarie e socio-sanitarie territoriali, e potrà quindi agevolare processi di reale integrazione.

Ciascuna Comunità, in collaborazione con le altre Comunità/Territorio Val D'Adige che compongono la medesima Cabina di regia, potrà individuare le **modalità più appropriate per l'applicazione del modello proposto, in coerenza con le specificità del proprio contesto di riferimento**.

La convergenza potrà articolarsi mediante **percorsi di co-programmazione o co-progettazione territoriale** valevoli per l'intero territorio della Cabina di regia, nonché procedure di affidamento dei servizi domiciliari, sia in forma singola che condivisa.

Per quanto riguarda l'individuazione delle **sperimentazioni territoriali** si propone di dare priorità ai territori interessati da istanze di revisione degli affidamenti di servizi afferenti all'ambito oggetto delle presenti Linee di indirizzo prossime alla scadenza, oppure di aprire a forme di adesione volontaria connesse ad esigenze di programmazione territoriale e integrazione delle politiche.

Gli esiti delle sperimentazioni territoriali, opportunamente accompagnate e sostenute, potranno fornire indicazioni importanti per la diffusione e il perfezionamento dell'assetto proposto.

4. Reti di collaborazione e integrazione tra servizi

La progettazione del sistema dei servizi per la domiciliarità, a partire dall'assetto socio-assistenziale, deve occuparsi di definire, dal punto di vista istituzionale e organizzativo, oltre che professionale, le modalità con cui tali interventi si integrano con quelli sanitari e socio-sanitari presenti sul territorio, prestando attenzione alla costruzione di reti stabili di attivazione dei contesti comunitari, coinvolgendo fin dalla coprogettazione il terzo settore.

La dimensione territoriale **si sviluppa dunque in maniera naturale con la rete dei servizi presenti nel territorio di riferimento**. Al riguardo particolare rilevanza assumono anche i processi di riforma della sanità e dei servizi territoriali, con le funzioni e i contesti resi disponibili dalle misure previste dal PNRR, tramite la Missione 5 e la Missione 6 che delineano un **reticolo di funzioni di prossimità e cura**.



Tali processi e presidi, accanto alla configurazione dei servizi in ambito socio-assistenziale, sanitario e socio-sanitario territoriale, costituiscono la **geografia della cura di riferimento per ciascun territorio**.

Al fine di rafforzare l'integrazione socio-sanitaria e la connessione tra tutte le opportunità disponibili, il sistema dei servizi per la domiciliarità dovrà essere **coerente con gli assetti territoriali**. Ciò significa adottare modelli organizzativi e gestionali dei servizi domiciliari quanto più possibile allineati a quelli degli altri soggetti operanti nello stesso contesto, valorizzando le funzioni integrative già presenti e preposte a tale scopo.

Nella definizione del sistema a supporto della domiciliarità delle persone anziane, contesti privilegiati sono le equipe di Spazio Argento che si interfacciano a livello territoriale con le

Case della comunità, le **Centrali operative territoriali (C.O.T.)**, i **servizi sanitari** territoriali, la rete di **APSP e RSA** presenti sul territorio di riferimento, i **servizi sociali**, gli **enti del terzo settore** e le **reti di volontariato**, come raffigurato nella figura soprastante.

È fondamentale valorizzare le specificità e le competenze di ciascun attore – istituzionale e non – riconoscendo il contributo che ogni soggetto può offrire in termini di prossimità, conoscenza dei bisogni locali, capacità organizzativa e presidio delle relazioni di cura.

In tale prospettiva, un ruolo strategico è assunto dal **Terzo Settore** e dal **volontariato**, che costituiscono risorse preziose per la promozione di reti di supporto, l'attivazione di servizi complementari e la costruzione di legami di comunità.

Il **volontariato e le reti comunitarie e di vicinato** agiscono come leva di coesione sociale e come espressione concreta della solidarietà comunitaria, integrando il sistema formale di cura con interventi di monitoraggio, accompagnamento, ascolto e prossimità, particolarmente importanti per contrastare l'isolamento e la solitudine delle persone anziane.

Inoltre, per garantire un sistema di servizi efficiente, efficace e sostenibile, è imprescindibile promuovere l'integrazione e la **convergenza tra più politiche pubbliche** – sociali, sanitarie, abitative, urbanistiche, formative e del lavoro – adottando uno sguardo ampio e sistemico. L'implementazione del sistema dovrà essere sostenuta da adeguati **percorsi formativi** rivolti a tutti i soggetti a vario titolo coinvolti, e non solo afferenti al welfare tradizionale, al fine anche di agevolare la trasversalità delle diverse politiche a supporto della domiciliarità delle persone anziane.

5. I destinatari del sistema dei servizi di sostegno alla domiciliarità

In questo approccio di sistema il destinatario dei servizi non è più esclusivamente la **persona anziana**, vista come unico interlocutore e fruitore degli interventi, ma lo sguardo si allarga a **familiari e caregiver**, e alla **rete informale** di prossimità (vicinato, amicizie, etc.). La presa in carico diventa quindi complessiva e tiene conto di tutte le risorse umane che, a più livelli possono da un lato favorire il prendersi cura, ma che contestualmente dall'altra parte necessitano di supporti per poterne far parte.



I familiari e i caregiver, essendo figure centrali della rete di cura, hanno bisogno di essere **riconosciuti nel proprio ruolo, supportati e tutelati**. Servono politiche di conciliazione, misure economiche, formazione, servizi di sollievo e orientamento, pensati su misura per le loro esigenze: è essenziale garantire che possano prendersi cura senza compromettere il

proprio benessere, la propria salute o la propria vita lavorativa e sociale.

Il riconoscimento del ruolo dei familiari e caregiver deve quindi tradursi nel loro coinvolgimento esplicito nei **Piani assistenziali** o nei **Progetti di vita**, da cui derivano diritti e misure di tutela non solo economiche, ma anche relazionali, informative e di accompagnamento.

Si tratta di considerare il prendersi cura della persona anziana come un compito da realizzare con la **comunità** attraverso la promozione di una nuova cultura e la creazione di nuove connessioni per favorire una responsabilizzazione diffusa rispetto ai problemi e ai bisogni del territorio.

L'attivazione della comunità può giocare un ruolo centrale nell'offrire supporto alla gestione della quotidianità, limitare i rischi legati alla solitudine e all'isolamento e intercettare precocemente situazioni di possibile vulnerabilità.

Il coinvolgimento del territorio nella gestione e realizzazione di interventi mirati, non deve essere vista solo come misura per contenere le risorse in gioco ma come espressione di cambiamento culturale basato sul riconoscimento di una comune appartenenza.

Si agisce creando nuove connessioni, trasformando le relazioni sociali, ampliando e rafforzando la rete già presente per promuovere una **responsabilizzazione diffusa** rispetto ai problemi e ai bisogni della comunità.

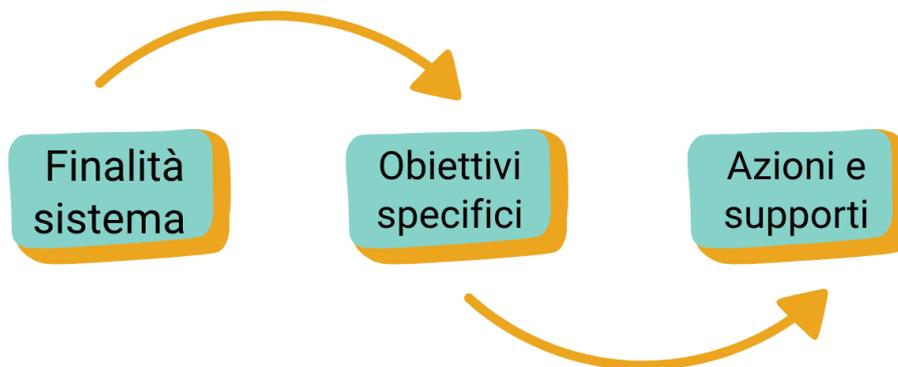
Strumento cardine sono le strategie di **welfare d'iniziativa**, che, a fronte di bisogni sempre più complessi, si concretizzano nella lettura multidimensionale dei rischi e dei bisogni delle persone, delle famiglie e delle comunità, nella attività di orientamento e nell'accompagnamento al servizio più adeguato per arrivare a una presa in carico mirata. La logica è quella di attuare un **passaggio verso un welfare "proattivo"** che prima individua il proprio target di riferimento, in questo caso le persone anziane socialmente più fragili ed i loro caregiver/famigliari, da raggiungere prioritariamente, ne studia i bisogni e le necessità e in base ad essi delinea i possibili servizi .

Il ruolo della comunità va dunque supportato anche in chiave operativa e trasversale, non solo promuovendo la cultura dell'invecchiamento ma anche del prendersi cura, mediante azioni di informazione, formazione, consulenza, accompagnamento, attività di socializzazione, promozione, inclusione e educazione alla cittadinanza attiva.

6. Le caratteristiche delle azioni: interventi e piano operativo

Lo sviluppo di un nuovo sistema di supporto alla domiciliarità delle persone anziane si fonda sui presupposti concettuali descritti nella sezione B delle Linee di indirizzo e intende tracciare linee di sviluppo che interessano tutti gli attori coinvolti nel supporto alle persone anziane ed alle loro famiglie.

La progettazione delle azioni e degli interventi si articola non per tipologie di bisogno o di intervento, bensì in base alle **finalità** perseguite, sviluppate in **obiettivi** più specifici e, in relazione ai soggetti cui si rivolgono, affiancate dall'indicazione dei **sostegni** che possono essere realizzati.



Un sistema integrato di interventi e azioni a supporto della domiciliarità, potrà dunque comprendere le componenti indicate in tabella, tenuto conto delle linee di programmazione sociale territoriale e delle peculiarità del contesto espresse anche nei Piani sociali di comunità (art. 12 L.P. 13/2007).

Finalità	Obiettivi specifici	Azioni e sostegni possibili
<p>Sostenere il cambiamento culturale sui temi dell'invecchiamento e della domiciliarità</p> <p>Target:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Persona anziana <input checked="" type="checkbox"/> Familiari e caregiver <input checked="" type="checkbox"/> Comunità e territorio 	<p>Considerare l'invecchiamento come una fase di vita che va progettata;</p> <p>Sostenere l'autodeterminazione delle persone nel processo di invecchiamento;</p> <p>Favorire un invecchiamento in buona salute;</p> <p>Considerare il domicilio non solo lo spazio di vita ma il luogo in cui si gioca il sistema di relazioni della persona;</p> <p>Promuovere attenzione alla progettazione degli spazi per l'invecchiamento (sia personali che pubblici);</p> <p>Sensibilizzare la popolazione e le comunità sul tema dell'invecchiamento...</p>	<p>Campagne informative;</p> <p>Informazione mirata a gruppi target (persone anziane che vivono sole, in luoghi isolati, persone vulnerabili, persone in uscita dal percorso lavorativo, ...);</p> <p>Azioni preventive (Gruppi cammino, stili di vita, sopralluoghi abitazioni, ...);</p> <p>Percorsi formativi;</p> <p>Iniziative comunitarie per favorire maggiore sensibilità e attenzione ai temi dell'invecchiamento...</p>

<p>Accompagnare e sostenere persone e famiglie nell'invecchiamento e nell'insorgenza di condizioni di minore autonomia</p> <p>Target:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Persona anziana <input checked="" type="checkbox"/> Familiari e caregiver <input checked="" type="checkbox"/> Comunità e territorio 	<p>Sostenere la socializzazione e contrastare l'isolamento delle persone anziane;</p> <p>Coinvolgere le comunità nel sostegno alle persone anziane;</p> <p>Intercettare precocemente le situazioni a rischio di vulnerabilità;</p> <p>Favorire l'identificazione dei punti di riferimento cui rivolgersi per chiedere informazioni o orientamento sui temi dell'invecchiamento;</p> <p>Sviluppare azioni preventive di presa in carico leggere...</p>	<p>Informazione mirata alle famiglie e alle persone anziane e spazi di confronto sul proprio percorso di invecchiamento</p> <p>Formazione su segnali precoci di decadimento fisico e cognitivo nell'invecchiamento;</p> <p>Sviluppo reti sentinelle nella comunità (persone sensibilizzate che possono aiutare l'intercettazione precoce delle situazioni a rischio);</p> <p>Presenza operatori attivazione delle reti comunitarie (vedi equipe territoriali)...</p>
<p>Sostenere l'assistenza e i percorsi di cura alle persone anziane in collaborazione con i caregiver ed i familiari</p> <p>Target:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Persona anziana <input checked="" type="checkbox"/> Familiari e caregiver <input checked="" type="checkbox"/> Comunità e servizi del territorio 	<p>Sostenere un accompagnamento alle persone anziane che abbia uno sguardo sul nucleo e non solo sulla persona vulnerabile/fragile;</p> <p>Promuovere l'integrazione della rete dei servizi nel territorio, avvicinando le opportunità formali ed informali;</p> <p>Favorire l'utilizzo delle nuove tecnologie nei percorsi assistenziali, in particolare domiciliari;</p> <p>Riorganizzare il sistema territoriale per il sostegno alla domiciliarità limitando la parcellizzazione...</p>	<p>Sviluppare strumenti di valutazione che consentano di acquisire informazioni anche sulla rete di sostegno alla persona anziana;</p> <p>Facilitazione e sviluppo di nuove forme di servizio (abitare supportato, presa in carico per la gestione dell'emergenza ...);</p> <p>Costituzione di equipe territoriali multidisciplinari per lo sviluppo delle iniziative a sostegno della domiciliarità e la gestione dei percorsi assistenziali per le persone anziane ed i familiari e caregiver...</p> <p>Telesoccorso e teleassistenza</p> <p>Servizi domiciliari, pasti a domicilio, lavanderia....</p> <p>Servizi di accompagnamento</p>

<p>Sostenere la rete di assistenza e i familiari e caregiver</p> <p>Target:</p> <p><input type="checkbox"/> Persona anziana</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Familiari e caregiver</p> <p><input type="checkbox"/> Comunità e servizi del territorio</p>	<p>Ascolto;</p> <p>Informazione;</p> <p>Supporto;</p> <p>Formazione;</p> <p>Sollievo...</p>	<p>Teleassistenza, teleconsulto e app informative;</p> <p>Formazione e supporto a familiari e caregiver;</p> <p>Sportello psicologico;</p> <p>Orientamento alla gestione delle pratiche amministrative;</p> <p>Individuazione di un responsabile di caso...</p>
<p>Sostenere reti territoriali per l'invecchiamento</p> <p>Target:</p> <p><input type="checkbox"/> Persona anziana</p> <p><input type="checkbox"/> Familiari e caregiver</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Comunità e servizi del territorio</p>	<p>(Ri)conoscere il sistema dei servizi avvicinando risposte istituzionali e informali</p> <p>Attivare le risorse comunitarie a sostegno di una buona domiciliarità</p> <p>Promuovere attività di prossimità...</p>	<p>Promozione di tavoli di coordinamento territoriale tra i servizi e le risorse territoriali che operano a sostegno dell'invecchiamento...</p>

Le azioni del sistema di servizi per la domiciliarità delle persone anziane comprendono **interventi diretti** nei confronti delle persone anziane, dei loro familiari e caregiver e **interventi rivolti alla comunità** e al territorio di riferimento.

Si individuano **funzioni, attività e azioni necessarie** (nucleo centrale servizi), che costituiscono l'offerta base da garantire in maniera uniforme su tutto il territorio provinciale, a cui si affiancano **elementi complementari**, modulabili nel tempo e in base alle specificità territoriali (**interventi integrativi**).

Al contempo dovranno essere implementate **azioni di sistema** tra cui interventi di formazione multiprofessionale, sviluppo dei sistemi informativi ecc, finalizzate a sostenere l'implementazione dei processi, l'integrazione funzionale e lo sviluppo degli interventi.

Il Catalogo dei Servizi Socio-assistenziali è un ulteriore strumento di supporto, sia per l'identificazione delle principali tipologie di servizio che per la fissazione di elementi e standard di qualità omogenei, utili per la programmazione e valutazione dei servizi e da assumere come base per possibili innovazioni.

Nel rispetto di quanto previsto, tra i servizi che possono essere attivati a sostegno della permanenza al domicilio in ottica complementare, vi sono alcuni interventi essenziali già

attivi volti a garantire un'assistenza completa e migliorare la qualità di vita della persona anziana:

- Pasti a domicilio
- Telesoccorso
- Lavanderia
- Servizi di accompagnamento.

Accanto a questi servizi implementati con attività svolte direttamente a domicilio, la permanenza nella propria abitazione è favorita anche da strutture quali i **Centro Servizi anziani**, che accolgono persone autosufficienti o parzialmente in fasce orarie diurne con un approccio che mira alla prevenzione, all'invecchiamento attivo e alla promozione dell'inclusione sociale e della salute, a cui si affiancano attività di accudimento e cura (bagno assistito, pedicure, parrucchiere, etc.).

L'accesso al Centro Servizi va facilitato e favorito dal **servizio di trasporto** che però non deve limitarsi al solo accompagnamento presso la struttura dedicata, ma poter essere attivato al bisogno della persona anziana anche per attività quotidiane, come spesa, visite, etc. Vista la dispersione che caratterizza il nostro territorio, il trasporto diviene funzione fondamentale per favorire la partecipazione della persona sola e priva di rete alla vita della comunità.

Nel rafforzamento della domiciliarità, si inserisce anche la prospettiva della **residenzialità aperta**, che rappresenta una modalità innovativa di utilizzo delle **Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)**. Superando la funzione tradizionale di accoglienza permanente, la residenzialità aperta si configura come un'estensione flessibile e complementare dell'assistenza domiciliare attraverso l'attivazione di servizi diurni, accessi temporanei programmati, interventi di sollievo per i familiari e caregiver e consulenze professionali.

Tali interventi contribuirebbero a **prevenire o ritardare l'istituzionalizzazione**, sostenendo la permanenza della persona nel proprio ambiente di vita e consentendo di attivare **modalità di presa in carico flessibili, temporanee e modulari**, capaci di adattarsi all'andamento dei bisogni assistenziali. La variabilità richiesta al sistema riguarda sia l'intensità dei sostegni che lo specialismo degli stessi, tenuto conto delle condizioni e autonomie della persona anziane e della sua rete di sostegno.

La RSA non sarebbe più soltanto luogo di cura residenziale, ma diventerebbe un **presidio territoriale multifunzionale di prossimità**, aperto alla comunità e integrato nei percorsi di sostegno alla domiciliarità, capace di sostenere le famiglie nel prendersi cura, ridurre il carico assistenziale domestico e favorire un approccio centrato sulla persona e sulla comunità.

Nella direzione delineata, con deliberazione della Giunta provinciale n. 2253/2024, è stata proposta l'attivazione di una nuova forma di **residenzialità a minor fabbisogno assistenziale**, quindi un luogo protetto ma a bassa soglia, in grado di accogliere persone anziane parzialmente non autosufficienti. Per definire le caratteristiche di tale tipologia di servizio e il profilo di potenziale beneficiario verrà costituito nel corso del 2025 un apposito gruppo di lavoro con rappresentanti di APSS, Spazio Argento, UPIPA e Terzo Settore.



7. Percorsi di programmazione e affidamento dei servizi

Stante i caratteri delineati come costitutivi che il sistema di sostegno alla domiciliarità deve avere, i **sistemi di affidamento e finanziamento dei servizi dovranno essere coerenti e sostenere un modello adattabile al contesto e ai fenomeni** che intende affrontare, con attenzione non tanto a singole prestazioni individuali, quanto piuttosto alle finalità e funzioni, comprensivo delle differenti azioni.

L'insieme degli interventi rivolti alle persone anziane dovranno essere collocati all'interno della cornice delineata dal presente documento al fine di essere valorizzati all'interno di una regia unitaria esercitata da Spazio Argento.

Per quanto riguarda le modalità di finanziamento e affidamento dei servizi e degli interventi socio-assistenziali a sostegno della domiciliarità delle persone anziane e per il sostegno ai familiari impegnati nelle funzioni di cura, si rimanda alla Deliberazione della Giunta provinciale n. 548/2025 *"Linee Guida sulle modalità di finanziamento e affidamento di servizi e interventi socio-assistenziali in Provincia di Trento"*.

Ulteriori elementi di supporto per la progettazione del sistema dei servizi per la domiciliarità sono inoltre desumibili dalla trattazione condotta dal Sottotavolo Appalti dei servizi socio-assistenziali, con particolare riferimento al Cap. 3 del Documento approvato con Deliberazione n. 1838/2024.

I processi di affidamento dei servizi domiciliari **potranno essere implementati da uno o più dei procedimenti resi disponibili dall'ordinamento**, tenuto conto del principio previsto dalla Legge 13/2007 all'articolo 22 che prevede di privilegiare modalità di *"collaborazione con gli enti del terzo settore e il loro coinvolgimento nella programmazione, progettazione e organizzazione degli interventi."*

L'attenzione dei territori dovrà essere orientata a ricercare le migliori condizioni di praticabilità e di attitudine degli strumenti a perseguire al meglio le finalità individuate, anche con riferimento alla scadenza dei contratti in essere e a possibili misure intermedie per l'introduzione graduale e sperimentale delle azioni che si intendono realizzare.

Al riguardo l'utilizzo delle Linee Guida A, approvate con la Deliberazione della Giunta provinciale n. 548 sopra citata, potranno supportare nei territori il percorso di progettazione e realizzazione dell'affidamento dei servizi.

Pur mediante il possibile ricorso a differenti **procedimenti di affidamento e finanziamento** a livello territoriale, la **convergenza andrà ricercata nelle funzioni e nelle tipologie di azioni e attività** che sono state indicate nelle presenti Linee di indirizzo quali componenti determinanti per un progetto di sostegno alla domiciliarità efficace (vd. paragrafo *La dimensione della domiciliarità*) e nella costante interconnessione tra opportunità, soggetti e *setting* di cura.

Un elemento importante di innovazione, come più volte ricordato, riguarda lo sviluppo di un sistema unitario e coerente di azioni differenziate e flessibili a sostegno della domiciliarità delle persone anziane e per il supporto ai familiari.

Tale impostazione deve essere sostenuta da **adeguate modalità di finanziamento ed erogazione delle attività** che sappiano esprimere contestualmente sia la modularità che la continuità delle funzioni di cura, superando il rischio della segmentazione delle prestazioni e valorizzando il mantenimento di un gruppo stabile di professionisti coinvolti nei servizi domiciliari.

L'attuale modalità organizzativa del servizio di assistenza domiciliare non risulta adeguata nel rispondere alle esigenze di diversificazione e innovazione emerse, anche a causa della carenza di personale. In questo contesto, modelli organizzativi differenti da quelli tradizionali potrebbero offrire effetti positivi. A titolo esemplificativo si potrebbe ipotizzare l'organizzazione di **équipe dedicate** per lo svolgimento di una funzione complessiva, piuttosto che per l'erogazione di singole prestazioni. Ciò consentirebbe di costruire servizi più flessibili, sia sul piano delle funzioni che degli orari, in grado di rispondere con maggiore efficacia ai bisogni delle persone, inclusi i lavoratori.

Le lavoratrici e i lavoratori impegnati nelle professioni di cura a domicilio rappresentano infatti una risorsa fondamentale del sistema. È pertanto necessario sostenere e valorizzare tali figure attraverso adeguate misure di formazione, conciliazione tra vita e lavoro, e supporto professionale.

Considerata la complessità e la molteplicità degli interventi, nonché l'evoluzione dei percorsi individuali, risulta essenziale garantire funzioni di accompagnamento e continuità tra i diversi setting assistenziali. A tal fine, si propone l'introduzione di figure di **responsabili di caso**, con il compito di offrire un riferimento stabile per la persona e la sua famiglia, coordinando l'attivazione e l'integrazione dei servizi coinvolti e assicurando la continuità e il passaggio tra le diverse fasi del progetto di presa in carico.

Per concludere, a partire dalle linee di programmazione provinciale e locale, i principali snodi relativi alle modalità di affidamento e finanziamento del sistema di sostegno alla domiciliarità delle persone anziane e dei loro familiari riguardano in particolare:

- **l'oggetto del sistema dei servizi:** una o più tipologie di intervento previste dal Catalogo dei servizi socio-assistenziali afferenti all'Area Età Anziana o afferenti alla Sezione Particolari tipologie di intervento (es. Servizi territoriali e Sportelli sociali),

e/o interventi sperimentali extra Catalogo;

- il **dimensionamento territoriale** della procedura individuata: a livello di singola Comunità/Equipe di Spazio Argento oppure a livello di Cabina di regia e/o riguardante territori comprendenti più Comunità;
- la **tipologia di finanziamento**: a budget complessivo o a tariffa individuale/prestazione oraria, anche in forma complementare (vd. Deliberazione 347/2022);
- le caratteristiche del **modello organizzativo e di governance** a supporto;
- la **modalità di finanziamento e affidamento dei servizi**, tra quelle ammesse dall'ordinamento provinciale (vd. al riguardo l'art. 22 della LP 13/2007 e le Linee Guida in materia di affidamento e finanziamento dei servizi, approvate con Deliberazione della Giunta provinciale n. 548/2025).

8. Strumenti tecnologici a supporto

Una dimensione importante per il sostegno alla domiciliarità riguarda l'applicazione di **innovazione tecnologica**, che mira a fornire un monitoraggio ambientale e comportamentale efficiente e non invasivo per le persone anziane.

All'interno di quest'area possiamo trovare:



- dispositivi per il monitoraggio dei parametri sanitari;
- installazione di sensori per garantire la sicurezza ambientale;
- strumenti per il controllo a distanza, utilizzabili anche da parte dei familiari e caregiver;
- automazioni e tecnologie domestiche per gestire da remoto tutti gli apparecchi di casa tramite l'impianto elettrico.

Accanto al miglioramento della rete provinciale relativa al **telesoccorso**, strumenti ulteriori sono rappresentati dalla **telemedicina** e dalla **domotica**.

Lo sviluppo di tali strumenti potrà avvenire in coerenza e rispetto di quanto già previsto nelle deliberazioni della Giunta provinciale n. 712/2023 e n. 1167/2023 che hanno rispettivamente definito il Piano operativo della telemedicina in Provincia Autonoma di Trento e delineato il modello organizzativo di tale servizio. La telemedicina è individuata come l'elemento cardine della riorganizzazione del sistema sanitario, in particolare del nuovo modello di assistenza socio-sanitaria territoriale, ma presenta un'ampia offerta di servizi in ambito di salute a disposizione di tutti i cittadini e modulabile in relazione alle condizioni di salute e ai diversi setting assistenziali.

9. Monitoraggio e valutazione

In considerazione che l'applicazione delle presenti Linee di indirizzo avverrà tramite sperimentazioni territoriali, risultano strategiche le **funzioni di monitoraggio e di valutazione continua** da realizzarsi tramite **attività sistematiche e costanti** con particolare attenzione a criteri quali adeguatezza, coerenza, efficacia, efficienza, rilevanza e impatto, così come definiti nella Deliberazione di Giunta n. 1817/2023, ritenuti fondamentali per garantire che il sistema dei servizi risponda efficacemente ai bisogni, alle necessità e ai desideri delle persone anziane e dei loro familiari e caregiver.

Tali funzioni, da svolgersi con cadenza almeno annuale, saranno realizzate dalla Provincia in collaborazione con la Fondazione Demarchi, nell'ambito del Piano triennale delle attività di quest'ultima. Le risultanze complessive permetteranno la revisione, il miglioramento e la riprogrammazione dei percorsi.



Monitoraggio delle sperimentazioni

Il monitoraggio riguarda il controllo continuo e sistematico delle attività e dei processi in base a quanto programmato e il relativo stato di avanzamento.

Nello specifico la Deliberazione della Giunta provinciale n. 2186/2024 del Sottocomitato Welfare Anziani prevede che, successivamente all'elaborazione delle Linee di indirizzo, nella seconda fase il Sottocomitato stesso svolga funzioni di monitoraggio all'interno dei territori coinvolti.

Il **monitoraggio** delle sperimentazioni adotterà, come **criteri**, i principi guida indicati nel paragrafo 5 di questa Sezione ovvero: Casa e sistema di relazioni, Persone anziane, familiari e caregiver, Personalizzazione dei percorsi, Rete e filiere territoriali. Gli esiti potranno essere integrati anche dai dati resi disponibili dalla funzione di monitoraggio svolta dalle Cabine di regia di Spazio Argento.

L'attività di monitoraggio e accompagnamento dovrà garantire che il sistema dei servizi a supporto della domiciliarità preveda **azioni e interventi coerenti con ciascuno dei principi guida**, raccogliendo evidenze qualitative e quantitative utili a valutare l'impatto delle sperimentazioni sia a livello territoriale che provinciale.

A partire da ciascuno dei 4 principi guida, il Sottocomitato, incaricato di seguire l'implementazione delle Linee di indirizzo nei territori, contribuirà ad individuare i relativi indicatori secondo il processo di scomposizione rappresentato nel riquadro che segue.



Esempio Principio Guida 1: Casa e sistema di relazioni

Obiettivo specifico	Dimensione di valutazione	Indicatori	Strumenti di rilevazione	Azioni di accompagnamento
Valorizzare la casa come spazio di vita e di relazioni, riconoscendone il ruolo centrale nella quotidianità delle persone anziane.	Presenza di interventi orientati a favorire la permanenza a domicilio e a sostenere le relazioni sociali e familiari.	N. interventi adattamento abitazione; N. servizi domiciliari attivati; N. e qualità iniziative di socializzazione proposte alle persone anziane; ...	Schede progetto, interviste alle persone beneficiarie, osservazioni in contesto domiciliare, report degli operatori.	Report in merito agli esiti del monitoraggio e valutazione e suggerimenti e indicazioni di miglioramento e adattamento dei percorsi in essere.

Valutazione del sistema

La valutazione si concentra sull'analisi complessiva dell'efficacia, dell'efficienza e dell'impatto dei servizi erogati. Va oltre il semplice controllo delle attività, misurando i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi strategici, la qualità percepita dai destinatari e il miglioramento delle condizioni di vita o benessere della comunità.

In termini di valutazione potranno essere considerati a titolo indicativo e non esaustivo i seguenti processi e indicatori:

- Livello di tenuta dei caregiver
- Grado di permanenza a domicilio delle persone anziane
- Qualità, diversificazione e integrazione tra servizi
- sviluppo e valorizzazione delle reti comunitarie e del volontariato soprattutto in ambito di prevenzione
- Grado di rispondenza delle attività e servizi ai bisogni effettivi della comunità target

- Impatto delle attività e servizi sul miglioramento delle condizioni dei destinatari (es. aumento autonomia, benessere)
- Capacità di innovazione e adattamento delle attività alle esigenze emergenti.

Tra gli indicatori significativi individuati, coerenti anche con i documenti programmatori provinciali vigenti tra cui il Piano integrato di attività e organizzazione, possono rientrare:

- numero delle nuove persone anziane che accedono ai servizi socio-assistenziali domiciliari;
- numero nuovi partecipanti ai corsi di formazione a favore delle assistenti familiari iscritte al registro provinciale e dei soggetti non iscritti;
- numero nuovi anziani presi in carico dai servizi sociali nell'ambito di Spazio Argento;
- numero nuovi enti del Terzo settore e volontariato partecipanti alle iniziative formative e di qualificazione;
- incremento degli interventi di prevenzione a favore delle persone anziane.

10. Conclusioni e prospettive

Le presenti Linee di indirizzo rappresentano una prima base per orientare l'implementazione di un sistema di domiciliarità rivolto alle persone anziane, ai loro caregivers e familiari, in coerenza con le trasformazioni in corso e con i risultati delle sperimentazioni territoriali.

Il valore delle Linee di indirizzo è costituito dall'**assunzione condivisa di responsabilità**, che conta di esprimersi anche in maniera operativa, entro un orizzonte comune di progettazione che vede coinvolti, nei rispettivi mandati e competenze: Provincia nel suo ruolo di indirizzo, coordinamento e regia complessiva, le Comunità e i territori, le APSP, il terzo settore e APSS. Tali Linee costituiscono già un primo strumento utile alla rete territoriale per orientare e potenziare le azioni a supporto della domiciliarità delle persone anziane, contribuendo anche al consolidamento delle prassi già in atto.

Alla prima implementazione dovranno seguire ulteriori approfondimenti riferiti a:

- Qualificazione dei **sistemi informativi** verso modalità unitarie e integrate tra ambito sanitario e socio-assistenziale, per finalità di gestione dei percorsi e a fini programmatori e di osservatorio dei fenomeni, coerentemente con gli indirizzi strategici trasversali sul tema (vedi art. 21 c. 6 bis della LP 16/2010).
- In base all'andamento delle sperimentazioni, approfondimento riguardo ai migliori **assetti organizzativi** per la gestione del sistema e delle professionalità coinvolte nella domiciliarità delle persone anziane, con riguardo alle principali funzioni individuate, tra dimensione territoriale e livello provinciale.
- Rafforzamento dell'utilizzo da parte dei Servizi territoriali di metodologie e **strumenti integrati per la valutazione** della condizione delle persone anziane e per la valutazione della tenuta della rete assistenziale, da adottare e sostenere tramite

percorsi di formazione congiunta, coerentemente anche con i processi di riforma nazionali.

- Sviluppo di forme di **welfare d'iniziativa e di prevenzione** tramite azioni proattive, supportate anche da sistemi di stratificazione sociale e monitoraggio dei profili di vulnerabilità delle persone anziane, secondo specifici programmi strategici di intervento.
- Analisi di possibili canali di **finanziamento e reperimento risorse** ulteriori a quelle in essere per il sostegno del sistema.
- Verifica e promozione della possibile collaborazione con il **sistema della previdenza complementare** a livello regionale per l'integrazione dei servizi di assistenza pubblici e universali a partire dall'analisi degli interventi già messi in atto, nella loro autonomia, dai fondi previdenziali aperti e chiusi.

PISTE DI AZIONE

- Sviluppo **sistemi informativi** integrati, per la gestione e la programmazione;
- Approfondimento riguardo i migliori **assetti organizzativi**
- Adozione **strumenti integrati per la valutazione** della condizione delle persone anziane e per la valutazione della tenuta della rete assistenziale;
- Sviluppare forme di **welfare d'iniziativa e di prevenzione**.
- Analisi di possibili **canali di finanziamento e reperimento risorse**
- Collaborazione con il sistema della **previdenza complementare**



Bibliografia

Testi

Engel, G.L. (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. *Science*, 196(4286), 129–136.

Foster, M., & Fleming, J. (2020). *Integrated care and the promotion of ageing in place in Australia: Lessons from international practice*. *Health & Social Care in the Community*, 28(6), 2185–2193.

Murray, R., Caulier-Grice, J., & Mulgan, G. (2010). *The Open Book of Social Innovation: Ways to Design, Develop and Grow Social Innovation*. National Endowment for Science, Technology and the Arts (NESTA).

Walker, A., & Mollenkopf, H. (Eds.). (2007). *Quality of Life in Old Age: International and Multi-Disciplinary Perspectives*. Springer.

WHO (World Health Organization). (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva.

Deliberazioni della Giunta Provinciale di riferimento

Deliberazione n. 347 dd. 11 marzo 2022 "*Legge provinciale sulle politiche sociali, art. 10, comma 1, lett. b), n. 5) e commi 3, 4 e 5. Disciplina delle modalità per la redazione della proposta di programma sociale provinciale per stralci e relativa durata. Individuazione degli indirizzi generali per le politiche tariffarie e per la determinazione dei corrispettivi per i servizi: approvazione del quarto stralcio del programma sociale provinciale per la XVI legislatura recante "Criteri per la determinazione del costo dei servizi socio-assistenziali"*.

Deliberazione n. 1719 dd. 23 settembre 2022 "*Approvazione delle "Linee di indirizzo per la costituzione di Spazio Argento su tutto il territorio provinciale"*.

Deliberazione n. 712 dd. 28 aprile 2023 "*Piano nazionale di ripresa e resilienza - Investimento M6 C1 1.2.3 "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici" - Approvazione Piano operativo di telemedicina della Provincia autonoma di Trento"*.

Deliberazione n. 1167 dd. 30 giugno 2023 "*Piano nazionale di ripresa e resilienza - Investimento M6 C1 1.2.3 "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici" - Sub investimento 1.2.3.2 - Approvazione della prima versione del "Modello organizzativo del servizio di telemedicina della Provincia Autonoma di Trento"* ".

Deliberazione n. 1817 dd. 06 ottobre 2023 "*Legge provinciale n. 13 di data 27 luglio 2007 "Politiche sociali nella provincia di Trento", art. 10. Approvazione del "Framework di Valutazione dei Servizi Sociali e definizione del Processo di Implementazione" ad integrazione del terzo stralcio del programma sociale provinciale, approvato con deliberazione n. 645 del 28 aprile 2017."*

Deliberazione n. 1838 dd. 15 novembre 2024 *"Approvazione del "Documento di Sintesi del sotto-tavolo appalti di servizi socio-assistenziali - giugno 2024".*

Deliberazione n. 2186 dd. 23 dicembre 2024 *"Legge provinciale 27 luglio 2007, n. 13. Welfare anziani - Attivazione sottocomitato per l'analisi e la revisione del modello di sostegno alla domiciliarità delle persone anziane nonché indicazioni per la continuità dei servizi in essere."*

Deliberazione n. 2253 dd. 23 dicembre 2024 *"Direttive per l'assistenza sanitaria e assistenziale a rilievo sanitario nelle Residenze Sanitarie e Assistenziali (RSA) pubbliche e private a sede territoriale del Servizio sanitario provinciale (SSP) per l'anno 2025 e relativo finanziamento."*

Deliberazione n. 548 dd. 17 aprile 2025 *"Legge provinciale n. 13 del 2007. Approvazione delle nuove Linee Guida sulle modalità di finanziamento e affidamento di servizi e interventi socio-assistenziali in provincia di Trento."*

