

**PROGETTO SPERIMENTALE
DI AVVIO DEL MODULO ORGANIZZATIVO
SPAZIO ARGENTO PER IL TERRITORIO VAL D'ADIGE**

- agosto 2020 -

Indice generale

1 PREMESSA.....	3
1 STRUTTURA DEL PROGETTO E METODO DI LAVORO.....	4
2 ANALISI DEL CONTESTO.....	7
2.1 CONTESTO ESTERNO: ANALISI DEL BISOGNO.....	7
2.2 <i>CONTESTO ESTERNO: LE RISORSE DEL TERRITORIO</i>	9
2.3 CONTESTO INTERNO: I DATI DEL SERVIZIO SOCIALE.....	11
2.4 <i>CONTESTO INTERNO: NUOVA STRUTTURA ORGANIZZATIVA DI SPAZIO ARGENTO</i>	13
3 OBIETTIVI GENERALI.....	18
4 OBIETTIVI SPECIFICI.....	19
5 BUDGET.....	26

1 PREMESSA

L'evoluzione in termini di complessità, estensione e diversificazione dei bisogni assistenziali della popolazione anziana, rendono viepiù evidente l'esigenza di perseguire politiche di welfare capaci di offrire risposta non solo a bisogni strettamente sanitari e assistenziali, ma anche psicologici, emotivi e di relazione, puntando con decisione al rafforzamento delle reti di prossimità e fiduciarie, sia familiari che sociali.

In tale direzione si muove la riforma del welfare anziani avviata con legge provinciale 16 novembre 2017, n. 14, da cui origina il modulo organizzativo "Spazio Argento", le cui direttrici di sviluppo seguono i principi di fondo, che hanno animato la costruzione del Piano sociale del Comune di Trento del 2001 e del Piano sociale di comunità del 2014.

Il progetto sperimentale Spazio Argento presentato dal Comune di Trento, si muove quindi in linea di continuità con il complesso lavoro di strutturazione dei servizi sociali su base territoriale e in ottica di filiera, avviato e consolidato nel passato e mira ad adeguarne la struttura in recepimento delle mutate esigenze di contesto, favorendo una maggior specializzazione delle competenze, potenziando il rapporto con il territorio e il relativo potenziale di attivazione e riprendendo la tematica dell'integrazione socio-sanitaria (lato processi, interoperabilità dei dati e condivisione di conoscenze), la cui urgenza ed importanza si è manifestata con forza in esito al recente periodo emergenziale Covid-19. Tale continuità va letta non come appiattimento sui risultati ottenuti, bensì come evoluzione di quanto positivamente realizzato negli anni. Un'evoluzione che sia in grado di consolidare quanto di positivo è stato costruito in precedenza, senza mancare di apportare variazioni e innovazioni di processo funzionali alle nuove esigenze, che si prevede possano manifestarsi o che già stanno emergendo, in termini di bisogni scoperti, inefficienze complessive di sistema e difficoltà di accesso ai servizi.

L'output di tale riflessione è duplice:

- l'adozione del progetto di riorganizzazione dei servizi sociali, approvato nel settembre 2019, cui è conseguita la costituzione dei due servizi "Attività sociali" e "Spazio Argento e politiche abitative". Tale progetto ha confermato l'efficacia di un modello basato sul lavoro preventivo di promozione territoriale e sull'integrazione dei servizi in un'ottica di filiera, affiancandovi una spinta verso una maggior specializzazione e integrazione dell'intervento per target di destinatari (riunendo ad esempio in un unico ufficio i servizi per la domiciliarità e la residenzialità), ferma restando l'esigenza di garantire una presa in carico unitaria, integrata ed evolutiva in base al bisogno;
- l'adozione del presente documento, che a partire dal modello delineato con deliberazione della Giunta Provinciale n. 119 dd. 30 gennaio 2020 (attuativa delle linee di indirizzo adottate con deliberazione della Giunta Provinciale n. 2099 dd. 19 ottobre 2018), declina gli obiettivi, le azioni e i risultati attesi dalla sperimentazione sul territorio Val d'Adige, in rapporto all'attuale sistema di gestione dei servizi agli anziani. Il progetto, lo si evidenzia sin d'ora, concentra l'arco di programmazione su un orizzonte temporale annuale, pur nella piena consapevolezza che le azioni, per produrre effetti incisivi, richiedono continuità sul medio-lungo periodo, forti investimenti in termini di risorse e personale - che sarebbe auspicabile poter realizzare subito a tempo indeterminato in ragione dell'esigenza di assicurare continuità nella presa in carico assistenziale - e piena collaborazione tra i diversi attori del territorio a vari livelli di competenza per una gestione integrata e strutturata del bisogno.

1 STRUTTURA DEL PROGETTO E METODO DI LAVORO

La strutturazione del presente documento segue lo schema, unitario per tutti i progetti sperimentali, proposto da Euricse ed è il portato di un lavoro di analisi e confronto, condotto in equipe e gruppi di lavoro misti, secondo un metodo di lavoro integrato, che ne animerà anche le successive fasi attuative.

Si riportano di seguito, in estrema sintesi, le fasi di elaborazione del progetto, con indicazione dei soggetti di volta in volta coinvolti:

- condivisione degli obiettivi generali della sperimentazione e delle relative tempistiche con Provincia, APSS, Fondazione de Marchi, Euricse, nel corso di apposita riunione indetta nel mese di febbraio 2020;
- convocazione, nel mese di febbraio 2020, del primo tavolo territoriale dedicato alla terza età finalizzato alla presentazione del nuovo modulo organizzativo interno dei Servizi Sociali, la discussione dei dati di analisi del contesto esterno e una prima condivisione degli obiettivi generali del progetto, delle rispettive attese e proposte di lavoro. A margine del lavoro del tavolo è stata concordata la costituzione di un gruppo ristretto di lavoro composto da un rappresentante designato da ciascun settore (sanità, terzo settore, cooperazione, APSP, sindacati, circoli anziani), chiamato a confrontarsi con il servizio su base più operativa per la materiale redazione del progetto e la definizione degli obiettivi e delle azioni di dettaglio;
- condivisione con Provincia ed Euricse del metodo di lavoro e delle indicazioni operative per la strutturazione del progetto, nel corso di apposita riunione tenutasi nel mese di marzo 2020;
- lavoro di analisi e definizione di una bozza di progetto, svolto internamente a partire dagli input forniti dal tavolo di lavoro e nel rispetto delle indicazioni metodologiche offerte da Euricse. La gestione del lavoro è stata internamente articolata per gruppi di lavoro specializzati sulle tre macro-aree di intervento in cui potevano essere ricondotti gli obiettivi di cui alla deliberazione provinciale (strutturazione di un sistema di analisi e condivisione dei dati di contesto; promozione di servizi innovativi a sostegno dell'invecchiamento attivo, anche supportando le reti familiari e di prossimità; riorganizzazione dei processi gestionali interni ed esterni in ottica di filiera). I gruppi di lavoro hanno visto il diretto coinvolgimento di educatori professionali, funzionari sociali, assistenti sociali e personale amministrativo ed hanno interessato personale appartenente ad entrambi i servizi, per una lettura integrata e congiunta delle problematiche e delle aspettative;
- condivisione del progetto con il gruppo ristretto di lavoro nominato dal tavolo territoriale, nonché con le rappresentanze sindacali, nel corso di apposite riunioni tenutesi nel mese di luglio 2020, in cui sono stati discussi finalità, obiettivi e azioni da intraprendere, apportando al progetto i necessari correttivi e le opportune integrazioni. Nell'ambito di tali incontri è stata riservata particolare attenzione alla tematica dell'integrazione socio-sanitaria, che necessariamente deve essere colonna portante del nuovo sistema di welfare anziani, risultando controproducente ed inefficace lasciare che i settori sanitario e sociale seguano strade separate, ancorché parallele e rivolte verso il medesimo obiettivo (rafforzamento della territorialità). L'impegno che il presente progetto assume rispetto a tale tematica si rivolge all'instaurazione di un fattivo rapporto di collaborazione, dialogo e confronto con i

referenti territoriali di APSS, sviluppando il positivo sistema di relazioni già esistente, per coordinare le relative azioni e sviluppare progettualità trasversali. Nell'ambito dei lavori del gruppo ristretto, è risultato inoltre forte il richiamo al tema dell'incremento delle risorse stanziare per il sociale, la cui urgenza emerge chiaramente anche dall'analisi condotta sulla copertura della domanda di servizio potenziale ed effettiva. Rispetto a un bisogno in costante e progressiva espansione, non solo in ambito anziani ma anche famiglie, adulti e disabilità, il budget complessivo del settore sociale si mantiene sostanzialmente invariato, generando una mancanza di copertura del bisogno, che solo parzialmente può essere compensata con interventi preventivi o con il supporto del privato sociale. Le due strade, prevenzione e risposta professionale al bisogno conclamato, devono procedere in parallelo. Centrale a tal fine diviene la tematica degli affidamenti, da sviluppare anche nell'ambito degli incontri e dei momenti formativi organizzati a livello provinciale e il ripensamento delle modalità di quantificazione delle risorse da destinare ai servizi socio-assistenziali di prossimità, in un dialogo aperto con la Provincia;

- rielaborazione interna del progetto con condivisione dello stesso all'interno del tavolo territoriale per la terza età;
- approvazione del documento da parte della Giunta comunale, previa discussione preventiva degli obiettivi generali allo stesso sottesi in sede di commissione consiliare per le politiche sociali e di Conferenza dei Sindaci.

Nell'elaborazione delle azioni da intraprendere e nella formulazione dei relativi indicatori qualitativi e quantitativi di valutazione, si è inteso prestare massima attenzione ai processi interni ed esterni di presa in carico dell'utenza (in termini di orientamento, informazione, ascolto e risposta), nonché alla gestione e integrazione dei flussi comunicativi.

Data l'estensione temporale del progetto - che in termini di rendicontazione diretta ha un respiro annuale, pur perseguendo obiettivi finali (miglioramento complessivo degli indicatori di cui alla rilevazione "Passi d'Argento") rilevabili solo a medio-lungo termine - si è inteso infatti privilegiare un lavoro di matrice prevalentemente organizzativa che, partendo dall'analisi delle potenzialità e criticità dell'attuale struttura, ne declini le prospettive di sviluppo, funzionali al raggiungimento, secondo un percorso di crescita progressiva e pluriennale, degli obiettivi generali del sistema:

- welfare di iniziativa, per intercettare precocemente le situazioni di fragilità, mediante collaborazioni e flussi comunicativi costanti, anche in termini di integrazione delle banche dati, per mettere a fattor comune le conoscenze possedute dai vari attori del territorio;
- accessibilità e unitarietà della presa in carico, per ridurre gli oneri burocratici e le difficoltà di orientamento delle famiglie;
- sostegno alle reti familiari e sociali di prossimità, per favorire l'invecchiamento attivo, una domiciliarità leggera e la coesione sociale, anche con la discussione e sperimentazione di forme di abitazione leggera e interventi di strutturazione del contesto abitativo (barriere, domotica, ausili tecnologici);
- innovazione e diversificazione delle risposte al bisogno, grazie ad una rete di servizi integrata e a filiera.

Il modello prefigurato, che in larga parte fonda le proprie radici in un complesso di reti e relazioni già strutturate e consolidate nel territorio, presuppone in particolare:

- la presenza di servizi/progetti/interventi a filiera (dalla prevenzione primaria all'assistenza e dalla proattività alla reattività), organizzati nell'ambito di una forte regia pubblica, che si assuma il compito di coordinare e canalizzare gli sforzi secondo una visione unitaria, onde prevenire, per quanto possibile, dispersioni di energie o duplicazioni di iniziative e favorire l'efficienza complessiva del sistema;
- una forte vision territoriale, che si raccordi efficacemente con le risultanze della mappatura dei bisogni, delle risorse del territorio e dei relativi gap, in modo da consolidare un'offerta che sia realmente rispondente ai bisogni dei diversi territori e in grado di adeguarsi alle relative specificità (ad esempio in termini di integrazione sociale, capacità reddituale, capillarità delle reti familiari e informali di supporto, composizione urbanistica dei quartieri e vivibilità urbana).

Fondamentale diviene a tal fine il rafforzamento ed il consolidamento, anche tramite protocolli, gruppi di lavoro, tavoli di confronto, delle relazioni con gli altri Enti, organismi ed istituzioni che a vario titolo operano nel sociale, prima tra tutti l'Azienda sanitaria per la nota tematica dell'integrazione socio sanitaria, la cui importanza ed urgenza è emersa con ancor più forza in conseguenza della recente emergenza sanitaria connessa alla pandemia Covid-19.

Da quanto sin ora esposto, e per quanto ulteriormente verrà riportato nel prosieguo del lavoro, risulta evidente che le azioni e gli interventi di spesa programmati nell'ambito della presente sperimentazione non possano essere circoscritti ad un solo anno, ma debbano essere pensati in un'ottica di consolidamento anche sugli esercizi successivi.

È infatti di tutta evidenza che un investimento forte in risorse umane, formazione, ripensamento dei processi e sviluppo della capacità di presa in carico e di far rete – com'è quello che si intende ora prospettare – necessita, per essere efficace ed efficiente, di essere pensato in una prospettiva di stabilizzazione e continuità. Diversamente ragionando si rischierebbe di vanificare gli sforzi fatti, disperdendo competenze e risorse umane formate, in danno alla popolazione di riferimento che, per la propria connaturata fragilità, ha bisogno di continuità assistenziale, punti di riferimento stabili, relazioni umane strutturate e consolidate nel tempo.

Su tale prospettiva si tornerà nuovamente in sede di presentazione delle strategie ipotizzate per l'impiego del budget stanziato, anche al fine di richiedere all'amministrazione provinciale competente all'approvazione del progetto, la previsione di specifici strumenti, che consentano al Comune di poter contare sin d'ora su assunzioni stabili specificamente dedicate, sia sul breve che sul lungo periodo, all'attuazione del progetto.

2 ANALISI DEL CONTESTO

2.1 CONTESTO ESTERNO: ANALISI DEL BISOGNO

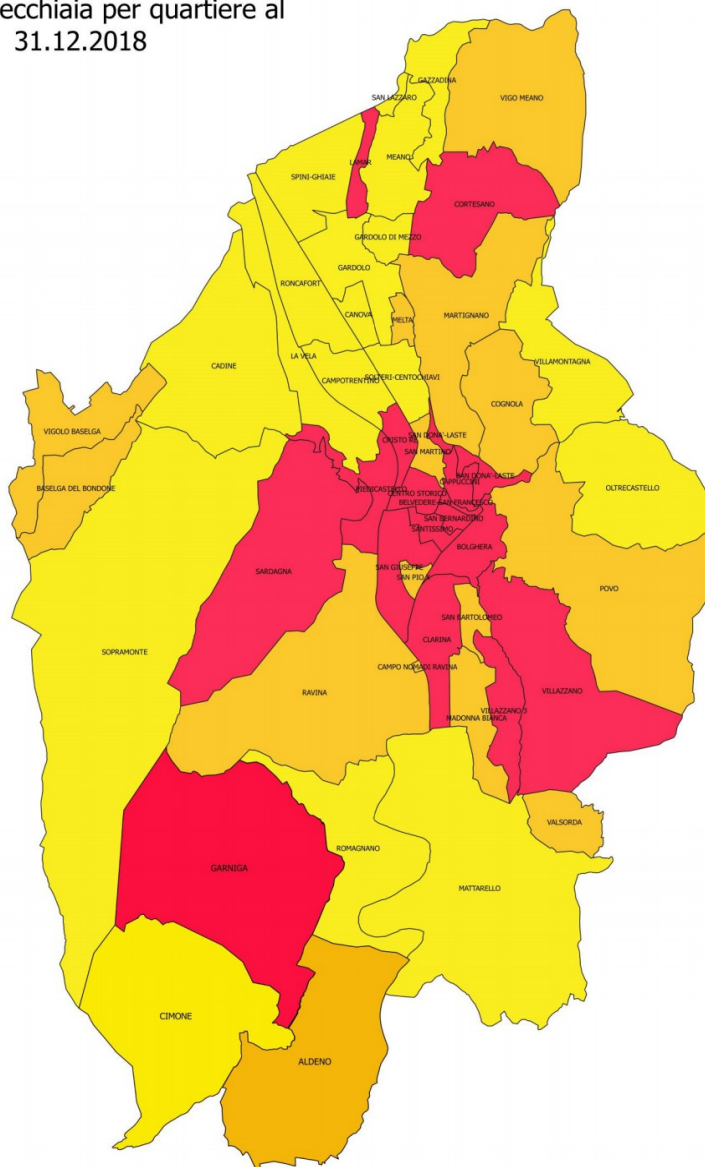
TRENTO E TERRITORIO VAL D'ADIGE

Indice di vecchiaia per quartiere al
31.12.2018

Legenda



COMUNE DI TRENTO: 167,5%



Il Territorio Val d'Adige, formato dai Comuni di Trento, Aldeno, Cimone e Garniga Terme, conta una popolazione di 123.080 abitanti al 31 dicembre 2019 (+ 0,4% sul corrispondente valore del 2018) e presenta un indice di vecchiaia¹ pari a 170,00, con significative oscillazioni tra i Comuni che lo compongono: 170 a Trento; 132 a Cimone; 161 a Aldeno e 220 a Garniga Terme. Il dato, decisamente superiore al valore medio provinciale (pari a 149,70), segna nell'ultimo decennio un trend in costante crescita (+24% se rapportato al corrispondente valore 2009, con una crescita media su base annua del 2%). Tali dati, in termini di trend di crescita, sono coerenti rispetto al corrispondente andamento su base provinciale).

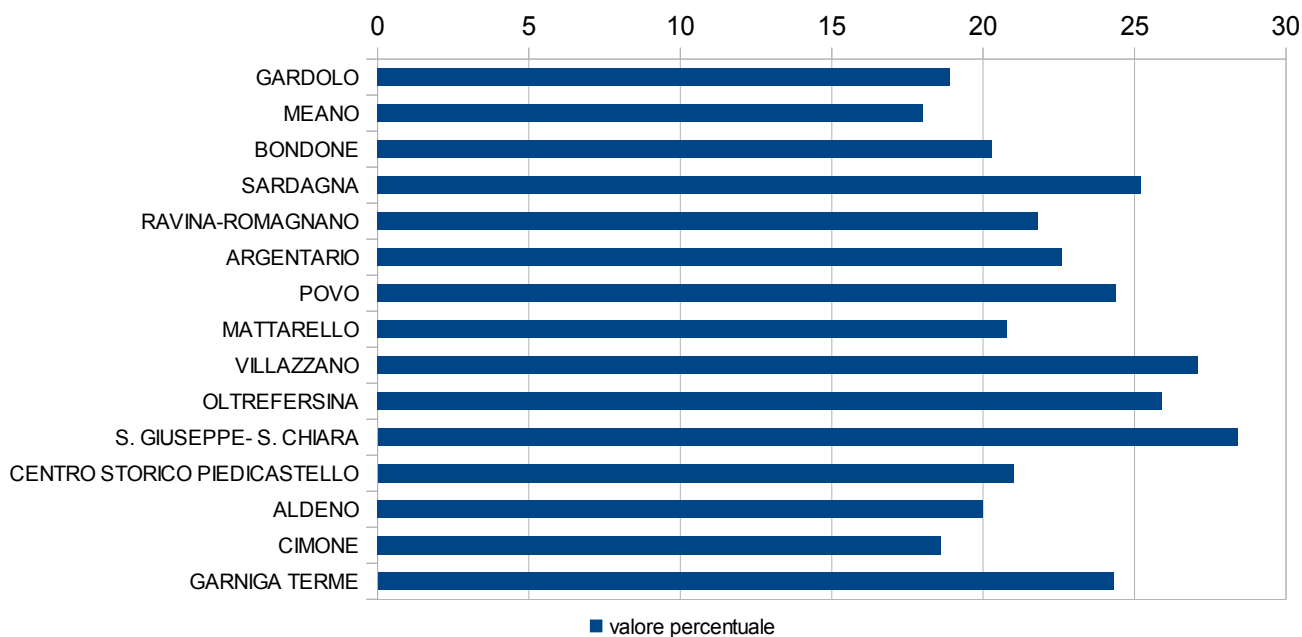
Facendo specifico riferimento al Comune di Trento, le persone ultra-sessantacinquenni (65+) residenti sono complessivamente 27.503, corrispondenti al 23,1% della popolazione.

Gli ultra-settantacinquenni (75+) rappresentano l'11,9% della popolazione totale, pari al 50% della popolazione anziana complessiva. L'incidenza della popolazione anziana sul totale della popolazione residente registra in particolare significative variazioni all'interno dei diversi quartieri, con una maggior concentrazione nelle circoscrizioni S. Giuseppe-S. Chiara, Villazzano, Oltrefersina e Sardagna. Rispetto alla distribuzione nei quartieri è inoltre possibile osservare come il progressivo invecchiamento della popolazione abbia interessato anche quartieri relativamente giovani, come Meano e Gardolo, che pur mantenendo un indice e un tasso di vecchiaia inferiore alla media, fanno comunque registrare, nell'ultimo quinquennio, un sensibile incremento della

¹ L'indice di vecchiaia è dato dal rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni e viene impiegato, sull'analisi dei trend evolutivi, per misurare e valutare il livello d'invecchiamento degli abitanti di un territorio.

popolazione anziana (l'indice di vecchiaia di Meano passa da 88,1 del 2014 a 116 del 2019, mentre i corrispondenti indici di Gardolo passano da 100,7 a 123).

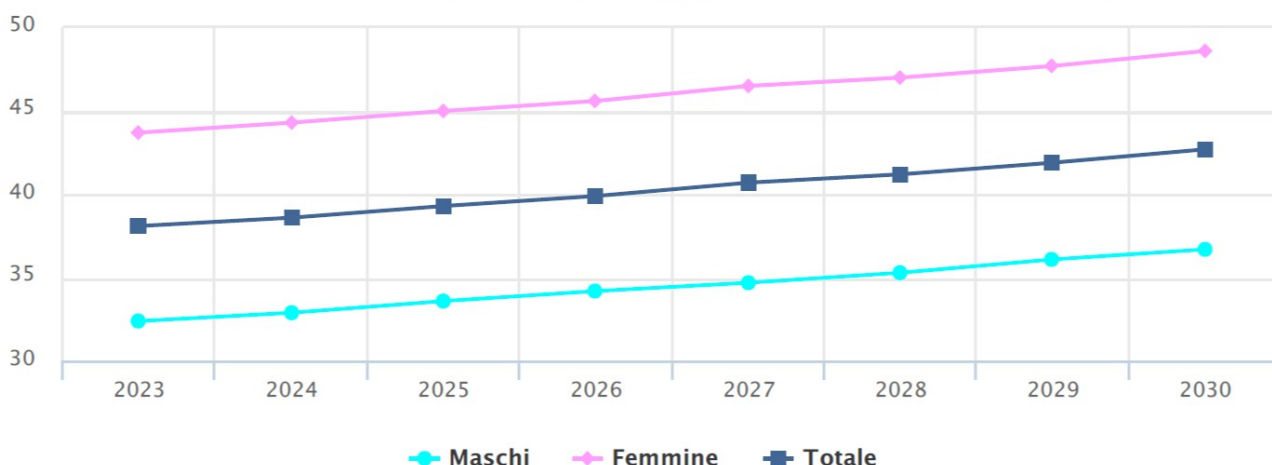
POPOLAZIONE TERRITORIO VAL D'ADIGE ULTRASSESANTACINQUENNE AL 31.12.2019



Significativa, ai fini dell'analisi di Spazio Argento, è inoltre l'analisi dell'indice di dipendenza (dato dal rapporto tra popolazione anziana e popolazione in età lavorativa) in quanto offre una prima indiretta misura del carico assistenziale gravante sui nuclei familiari per la gestione di anziani e grandi anziani. La proiezione sul medio-lungo periodo dell'indice di dipendenza, elaborata dall'ISTAT sulla base delle serie storiche disponibili, registra un trend in costante e progressivo incremento, coerente con i dati demografici relativi all'innalzamento dell'aspettativa di vita.

INDICE DI DIPENDENZA ANZIANI
rapporto tra le persone anziane e quelle in età lavorativa
Territorio: Territorio Val d'Adige

Algoritmo: $\text{pop. anziana (di 65 anni e oltre)} / \text{pop. in età lavorativa (15-64 anni)} * 100$



ISPAT - Istituto di statistica della provincia di Trento

Parimenti significativo appare il dato relativo all'incremento dei nuclei familiari uni-personali composti da anziani, che possono presentare problematiche legate ad una parziale o totale non autosufficienza. Nel Comune di Trento le famiglie uni-personali nel 2018 risultano essere

complessivamente il 40,4%. Queste famiglie raggiungono il 50,5% nel caso di donne ultrasessantacinquenni ed il 22,7% negli uomini nella medesima fascia di età.

I dati così esposti confermano l'importanza dell'adozione di un modello integrato e territorialmente diffuso di servizi agli anziani, in grado di adeguare la propria struttura organizzativa alle diverse peculiarità dei territori e si proponga quale strumento efficace a supporto dei nuclei familiari nella presa in carico dei propri anziani, favorendo una domiciliarità leggera.

2.2 CONTESTO ESTERNO: LE RISORSE DEL TERRITORIO

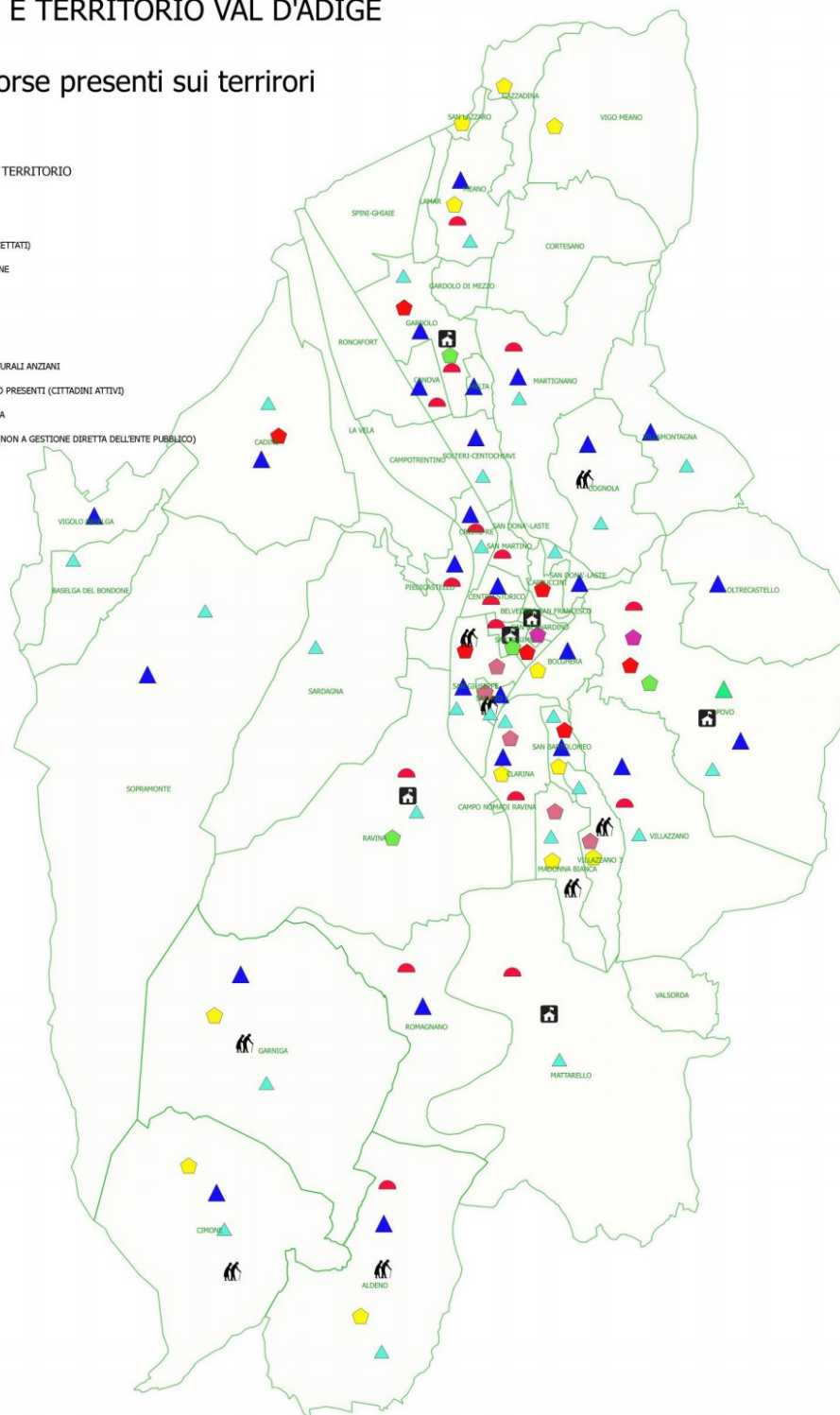
La cartina che segue mostra a livello visivo la distribuzione sul territorio delle diverse realtà che offrono servizi a favore degli anziani, ripartite per tipologia di assistenza/intervento.

TRENTO E TERRITORIO VAL D'ADIGE

Risorse presenti sui territori

Legenda

- QUARTIERI
- ◆ ALLOGGI PROTETTI
- ▲ APSP
- ◆ APSS (N. ANZIANI INTERCETTATI)
- ▲ ATTIVITA' SOCIALIZZAZIONE
- ♿ ATTIVITA' MOTORIE
- 🏠 CENTRI DIURNI
- 🏠 CENTRO SERVIZI
- ▲ CIRCOLI RICREATIVI CULTURALI ANZIANI
- ◆ REALTA' DI VOLONTARIATO PRESENTI (CITTADINI ATTIVI)
- ◆ STIMOLAZIONE COGNITIVA
- ◆ SUPPORTO A DOMICILIO (NON A GESTIONE DIRETTA DELL'ENTE PUBBLICO)



Coerentemente con il dato rilevato in sede di distribuzione sul territorio della popolazione anziana, è possibile apprezzare una maggior concentrazione degli interventi di prossimità nelle zone di S. Giuseppe-S. Chiara, centro storico e Villazzano-Povo. Si rileva invece una minor copertura sulla totalità delle zone periferiche a prescindere dalla relativa incidenza della popolazione anziana.

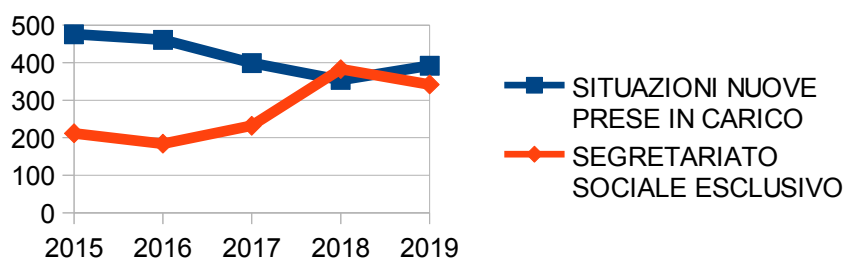
Il complesso delle realtà così strutturate offre una rete di servizi e attività di prossimità che opera in sinergia con il servizio pubblico per rilevare i bisogni dei territori e darvi risposta in ottica di progressività dell'intervento. In questa direzione si muove da anni il lavoro di sviluppo di comunità svolto dal Comune di Trento in stretto raccordo con le diverse realtà del privato sociale e del terzo settore allo scopo di sviluppare progettualità comuni, mettere in rete azioni e idee e promuovere il rafforzamento della coesione sociale. Alcune delle azioni realizzate sono state già oggetto di puntuale mappatura e ricognizione con analisi quali-quantitativa delle attività svolte, mentre per altre il lavoro è ancora in corso. Il progetto Spazio Argento si rivolge anche al completamento di tale mappatura, soprattutto in termini di rilevazione delle attività e degli anziani intercettati, in modo da contribuire ad una visione completa del panorama delle opportunità assistenziali, socio-ricreative e aggregative esistenti e definire un modello di gestione degli anziani, suscettibile di applicazione anche ad altre realtà, delineando buone prassi comuni.

Nella tabella che segue sono riepilogati, in estrema sintesi, i principali dati relativi alle progettualità e interventi per l'invecchiamento attivo già mappati, quale base di avvio della rilevazione:

Progetto Pronto P.I.A. (comprende i dati relativi alla gestione del Telefono d'argento)	Dati 2018: 150 volontari coinvolti; 650 anziani incontrati con 17.650 interventi/contatti assicurati (accompagnamento, sostegno, compagnia telefonica, commissioni). Significativa in proposito è anche l'esperienza svolta durante l'emergenza Covid-19, che ha visto l'attivo coinvolgimento del Pronto P.I.A. nell'ambito del progetto #RestaaCasaPassoio. Nel trimestre di operatività del progetto sono stati in particolare attivati ca 250 volontari (grazie alla grande manifestazione di disponibilità prestata sulla piattaforma "Trento si aiuta") e sono state gestite 936 richieste di intervento, principalmente direzionate sul servizio spesa a domicilio.
Progetti socio-animatici e culturali per anziani (comprende i percorsi di ginnastica dolce)	Dati 2018: 330 attività realizzate, che hanno visto il coinvolgimento di 433 anziani e 87 volontari. Le attività sono state realizzate in collaborazione con associazioni, parrocchie, circoli anziani ed altre realtà aggregative del territorio, in collegamento con l'attività dei tavoli/gruppi territoriali di lavoro.
Progetto Welfare km 0 "La vecchiaia che vorrei"	Dati 2018: attivate 117 persone, che sono diventate promotrici attive del progetto, le cui attività hanno coinvolto 463 anziani. Al progetto aderiscono 11 realtà partner e 28 associazioni.
Progetto "Curainsieme"	Dati 2019: realizzati 6 cicli di 2 incontri, rivolti a caregiver, cui hanno partecipato 200 persone. Significativa in proposito è anche l'esperienza di formazione svolta durante l'emergenza Covid-19 che ha visto la prosecuzione del progetto in incontri da remoto.
Progetti "Onda solidale", "Il Condominio che vorrei" e "Casoni"	Dati 2018: coinvolte 150 persone, con realizzazione i 60 incontri/attività.
Interventi dei centri servizi anziani	Dati 2018: 1.123 anziani coinvolti nei percorsi di aggregazione/animazione, 1.835 anziani che beneficiano di prestazioni di cura e igiene
Attività dei circoli ricreativi	Dati 2018: 6.104 utenti iscritti

2.3 CONTESTO INTERNO: I DATI DEL SERVIZIO SOCIALE

I dati del Servizio sociale rilevano 392 primi contatti di persone anziane prese in carico nel 2019, in crescita rispetto al corrispondente valore del 2018 (pari a 354 utenti), ma in contrazione su base tendenziale rispetto ai valori dell'ultimo quinquennio. Subisce invece un trend inverso l'andamento delle richieste di segretariato sociale professionale (informazione e consulenza, con eventuale attivazione della rete del territorio, alle quali non consegue la presa in carico): nel 2019 si registrano 342 interventi di segretariato sociale a favore di persone anziane, o loro familiari, con un trend in crescita dal 2015 al 2018, ed un lieve calo nel 2019.



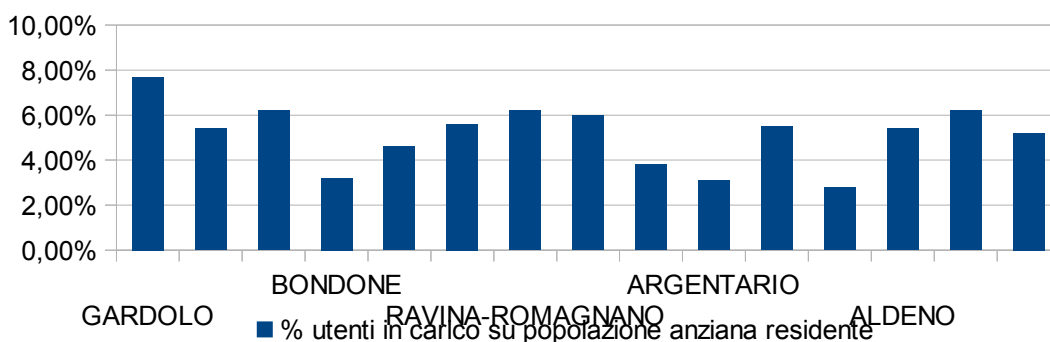
Osservando la composizione delle nuove prese in carico di persone anziane, si osserva come l'84,9% delle stesse si riferisca a grandi anziani (75+). L'elevata incidenza dei grandi anziani nelle

prese in carico va di pari passo con analoga incidenza sulle richieste di segretariato sociale (85,6% del totale delle richieste lato anziani).

Complessivamente nel corso del 2019 sono stati in carico al servizio sociale 1.556 utenti anziani, appartenenti a 1.477 nuclei familiari (in media 1 utente in carico per ciascun nucleo). Il 78,8% degli utenti in carico al Servizio Spazio Argento è composto da grandi anziani (75+). Questo dato ha un diretto ed importante impatto sul carico e sul tipo di lavoro sociale che, rispetto ai bisogni delle persone anziane tende a rivolgersi a persone in situazione di maggiore fragilità e complessità assistenziale. Le persone anziane in carico al servizio sociale corrispondono, nel 2019, al 5,5% ca del totale della popolazione anziana residente sul territorio, con percentuali di incidenza differenti per fascia di età.

	65-74	75-84	85-89	90 e oltre	Totale utenti
% ANZIANI IN CARICO SU POP. RESIDENTE	2,40%	5,01%	12,82%	19,28%	5,49%

La distribuzione delle prese in carico sul territorio, rapportata alla popolazione anziana residente, è tendenzialmente omogenea, con una concentrazione leggermente maggiore nelle zone centrali e caratterizzate da un maggior indice di vecchiaia, ovvero da una minor capacità economica.



La lettura del dato relativo alle prese in carico deve essere infine completata con l'analisi dell'indice di soddisfazione della domanda che, pur assumendo valori elevati, non rileva comunque piena copertura del bisogno, nonché con i dati relativi all'andamento dei servizi attivi nell'ultimo quinquennio.

	2015	2016	2017	2018	2019
Utenti servizio pasti a domicilio ¹	332	334	389	351	394
Indice di soddisfazione della domanda di servizi pasti a domicilio ²	98,51%	96,25%	99,49%	97,77%	95,40%
Utenti servizio assistenza domiciliare (SAD) ¹	617	593	556	578	544
Ore medie annue SAD per utente attivo	330	358	378	355	404
Indice di soddisfazione della domanda di servizi SAD ² <i>Il valore comprende il totale delle domande SAD, sia area anziani che area adulti (la cui incidenza sul totale è pari al 23% ca)</i>	90,34%	85,82%	85,15%	91,89%	78,27%
Utenti servizio cura e igiene ¹	1.048	958	707	712	730
Utenti telesoccorso e telecontrollo ¹	327	235	221	209	277
Posti convenzionati in RSA cittadine	867	887	950	950	950

<i>di cui: posti fissi</i>	854	874	937	937	937
<i>di cui: posti a rotazione</i>	13	13	13	13	13
Indice di saturazione RSA	98,87%	97,29%	94,55%	94,10%	94,5%
Indice di soddisfacimento della domanda di accesso alle RSA cittadine posti convenzionati (fissi o sollievo) ³	89,65%	89,15%	90,71%	91,60%	87,27%
Posti in alloggi protetti	42	42	46	46	46
¹ Il dato relativo agli utenti si riferisce al totale degli utenti che hanno fruito del servizio nel corso dell'anno, comprensivo sia degli utenti attivi per tutto il periodo, che degli utenti attivi solamente per porzioni di anno (utenti cessati o attivati in corso d'anno). ² L'indice di soddisfacimento dei servizi domiciliari è calcolato come rapporto tra il totale degli utenti con servizio attivo nell'anno e la sommatoria tra tale dato e gli utenti ancora in attesa di attivazione a fine anno ³ L'indice di soddisfacimento della domanda RSA è invece calcolato come rapporto tra la media mensile degli utenti inseriti in RSA e la sommatoria tra tale dato e gli utenti ancora in attesa di attivazione a fine anno					

Rispetto al dato relativo all'assistenza domiciliare è importante osservare come negli anni si registri un trend inverso tra numerosità degli utenti in carico e ore medie annue di servizio per utente attivo. Su tale dato, coerente con l'andamento dell'indice di copertura del bisogno, incide la maggior complessità della situazione assistenziale, che richiede un intervento domiciliare più sostanzioso.

Le risultanze dei dati così esposti confermano le osservazioni svolte in principio in tema di ripensamento della presa in carico e dell'intervento pubblico in ottica preventiva. L'innalzamento dell'aspettativa di vita, congiunto con l'intensificarsi dei bisogni assistenziali più complessi, che sostanzialmente vanno attualmente ad assorbire la larga parte della capacità di risposta diretta pubblica, rendono infatti evidente l'importanza di proseguire verso un percorso che progressivamente porti:

- al mantenimento in attività della popolazione anziana in termini di cittadinanza attiva e partecipazione diretta alla vita sociale, familiare e di relazione. L'anziano diviene in questo senso risorsa prima ancora che utente, come comprovato dall'ampia base sociale del volontariato del nostro territorio;
- al rafforzamento delle reti formali e informali di sostegno della popolazione anziana, in modo da intercettarne precocemente eventuali bisogni inespressi. Centrali divengono l'attività svolta dagli educatori professionali ed il progetto di rafforzamento del ruolo degli assistenti sociali, in modo da canalizzarne una porzione dell'operato in ottica proattiva e non solo di risposta diretta ad un bisogno già sorto;
- alla revisione delle modalità di calcolo del budget sociale che, in presenza di un bisogno socio-assistenziale e socio-sanitario complesso in costante crescita, non può assestarsi in un'ottica di mero mantenimento, dovendo le due azioni proseguire in modo sinergico e integrato. L'apporto del volontariato non può infatti sopperire all'intervento di personale professionale e specializzato, così come l'inserimento della figura dell'assistente sociale d'iniziativa non può far venir meno la presa in carico del soggetto debole.

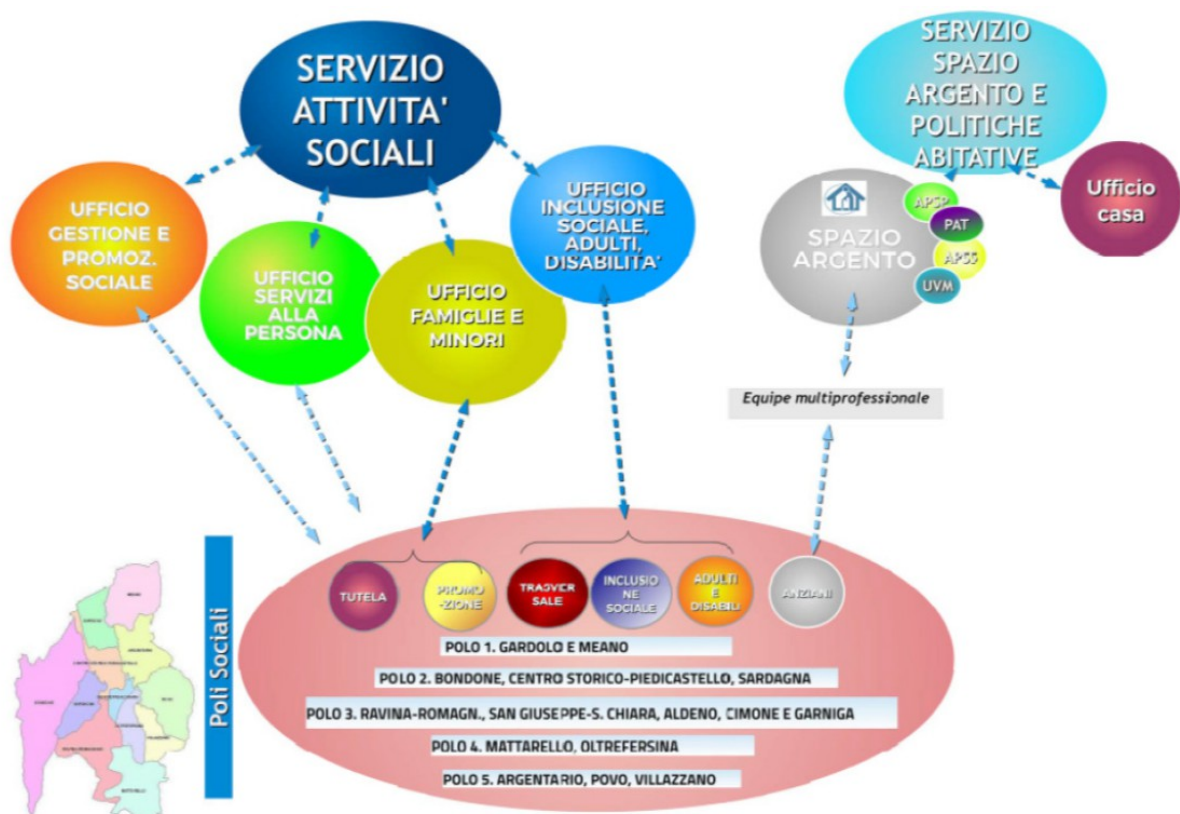
2.4 CONTESTO INTERNO: NUOVA STRUTTURA ORGANIZZATIVA DI SPAZIO ARGENTO

La struttura organizzativa del servizio "Spazio Argento e politiche abitative" discende da un complesso progetto di revisione dell'assetto organizzativo dell'intero assessorato – formalizzato nel progetto presentato in Provincia in data 30.09.2019 prot. n. 246897 e divenuto operativo a partire dal mese di gennaio 2020 – che ha portato ad una rilettura delle attribuzioni e dell'articolazione interna degli uffici, in base ad un'impostazione che assicurasse coerenza interna ed esterna alle innovazioni introdotte, operando in un'ottica integrata e partecipata. L'introduzione di un maggior livello di specializzazione delle competenze lato anziani, funzionale alla

realizzazione del modulo organizzativo “Spazio argento”, non poteva infatti prescindere da un’analoga evoluzione anche in rapporto alle altre anime che compongono il servizio sociale (minori e famiglie, adulti, disabilità e inclusione sociale), pena la vanificazione del lavoro di interazione e relazione compiuto nei venti anni pregressi.

L’esigenza di contemperare uno sviluppo in ottica di maggior specializzazione verso i diversi destinatari del servizio erogato, con il mantenimento di un forte radicamento su base territoriale (funzionale ad assicurare concreta vicinanza alle persone e alle reti formali e informali di supporto che su tali territori operano), si è tradotta nell’adozione di un modello a matrice, con la previsione di figure di raccordo a diversi livelli e funzionalità. Il fine ultimo del modello così proposto, la cui rappresentazione è riportata nel diagramma seguente, è sintetizzabile come segue:

- incrementare la percezione di qualità da parte del cittadino, coniugando prossimità e specializzazione, garantendo continuità alla presa in carico assistenziale e agevolando l’accesso ai servizi, grazie ad un front-office unitario e integrato, anche con il territorio;
- aumentare la capacità di risposta globale e sinergica, basata su un’analisi e una valutazione dei bisogni in forma anche multidisciplinare (sociale, sanitaria, privato sociale), riorganizzando i momenti di attività congiunta, dedicata alla valutazione di casi complessi;
- evitare sovrapposizioni o frammentazioni organizzative, riunificando ad esempio i percorsi di accesso ai servizi domiciliari e residenziali a favore della popolazione anziana;
- garantire unitarietà della presa in carico nelle diverse fasi evolutive del bisogno della persona, offrendo percorsi di assistenza fortemente specializzati, capaci tuttavia di mantenere un effettivo raccordo tra le diverse aree di intervento, soprattutto per quanto concerne la presa in carico di nuclei familiari multiproblematici;
- riprendere i lavori di creazione di un sistema informativo unitario a supporto dei servizi sociali (gestionale amministrativo e cartella sociale informatizzata), anche in integrazione con gli altri enti coinvolti nella sperimentazione, quali ad esempio APSS e APSP.



A livello organizzativo la nuova struttura prevede, ripartiti tra i due servizi di appartenenza, i seguenti uffici:

- 3 uffici specialistici, dedicati a specifici ambiti di intervento (Area anziani; Area famiglie e minori; Area inclusione sociale, adulti e disabilità). Il personale assegnato a tali uffici opera nelle 5 unità territoriali di cui alla precedente strutturazione del servizio ed è competente per la totalità dei servizi relativi al proprio ambito. Si garantisce in tal modo il mantenimento della presa in carico di prossimità, ricercando al contempo una maggior specializzazione per target di riferimento (grazie ad un coordinamento su base specialistica anziché territoriale). L'ufficio Spazio Argento comprende inoltre al proprio interno sia personale amministrativo che assistenti sociali, per una maggior integrazione dei flussi di gestione delle relative pratiche;
- 2 uffici trasversali, collocati all'interno del Servizio Attività sociali, che operano con funzione di service e raccordo per l'attività dei 3 uffici precedentemente richiamati, gestendo:
 - il primo (ufficio servizi alla persona) l'attività di front office, da realizzare in forma integrata (attività di segreteria e attività amministrativa) e unitaria, a prescindere cioè dal settore di intervento. Il front-office si occupa in particolare della gestione della fase di accoglienza, indirizzo e primo ascolto, nonché della prenotazione dei recapiti con le assistenti sociali ed il personale di back-office;
 - il secondo (ufficio gestione e promozione sociale) l'attività di integrazione con le reti formali ed informali del territorio (attività degli educatori sociali, sostegno alle organizzazioni del terzo settore), nonché l'attività di gestione degli affidamenti e della relativa contrattualistica, stante l'impossibilità di replicare in entrambi i servizi le competenze specialistiche necessarie ad un'autonoma gestione dei relativi processi, a carattere fortemente tecnico e settoriale;
- 1 ufficio specialistico, operante sulla sola sede di via Bronzetti, cui afferiscono le competenze in materia di edilizia pubblica ed edilizia agevolata.

Il coordinamento tra uffici e servizi è assicurato mediante periodiche riunioni, svolte a più livelli, anche avvalendosi di un servizio di supervisione esterna:

- riunioni di staff, convocate a cadenza settimanale, che vedono la partecipazione di dirigenti e capi ufficio di entrambi i servizi per la discussione di questioni e problematiche organizzative trasversali all'intera struttura e per l'adozione di orientamenti organizzativi e di indirizzo omogenei;
- riunioni di equipe specialistica (nel caso di Spazio argento composta dalla totalità degli assistenti sociali dell'area anziani) convocate a cadenza settimanale, quale strumento metodologico e professionale per condividere analisi e valutazioni relative alle prese in carico, per una gestione integrata del problema;
- riunioni di coordinatori, sia lato assistenti sociali che lato educatori professionali, convocate a cadenza mensile per un confronto su tematiche operative trasversali e per la condivisione di direttrici di sviluppo tra loro coerenti;
- riunioni dell'equipe degli educatori professionali, per ricondurre lo sviluppo delle singole progettualità territoriali all'interno di un quadro complessivo che sia coerente rispetto ai macro-obiettivi definiti a livello di assessorato.

Alle riunioni organizzative innanzi richiamate si affianca un sistema di interazione costante con il proprio assessorato, nonché confronto periodico con dirigente di area e direzione generale, per garantire piena coerenza tra le azioni progettate e la direzione politica ed organizzativa che l'amministrazione comunale intende imprimere al proprio mandato.

La struttura organizzativa così presentata è divenuta operativa a partire dal mese di gennaio 2020, come previsto dal progetto ed ha richiesto un importante lavoro di coordinamento e condivisione dei processi organizzativi e dei flussi comunicativi, che è tutt'ora in corso di aggiustamento, complici anche le maggiori complessità derivanti dall'emergenza sanitaria Covid-19.

A distanza di sei mesi dall'avvio del nuovo modulo organizzativo "Spazio argento" ed in previsione dell'elaborazione del presente progetto, si è provveduto all'elaborazione di una riflessione interna in merito al potenziale del vigente sistema ed al suo stato di effettiva realizzazione, al fine ultimo di delineare gli ambiti di sviluppo, che si intende perseguire sul breve e sul medio-lungo periodo per il conseguimento degli obiettivi della riforma del welfare anziani. L'output di tale riflessione è riassunto nella matrice SWOT di seguito riportata:

<p style="text-align: center;">STRENGTH</p> <ul style="list-style-type: none"> • rete con terzo settore e cittadinanza attiva; • presa in carico di prossimità; • tempestività della presa in carico; • copertura segretariato sociale; • equipe multidisciplinari; 	<p style="text-align: center;">WEAKNESS</p> <ul style="list-style-type: none"> • integrazione tra servizi residenziali e domiciliari; • interoperabilità delle banche dati; • rapporto servizi prestazionali / richiesta; • coordinamento per attività a scavalco; • integrazione socio-sanitaria;
<p style="text-align: center;">OPPORTUNITIES</p> <ul style="list-style-type: none"> • ripensamento dei processi; • consolidamento di servizi e innovazioni introdotti con emergenza; 	<p style="text-align: center;">THREATS</p> <ul style="list-style-type: none"> • aspettative esterne → esigenza governare processi comunicativi; • resistenze interne al cambiamento e costi di realizzazione; • tempistiche ristrette; • risorse disponibili;

Il quadro d'analisi così riportato ha permesso di individuare i fattori di crescita e miglioramento sui quali concentrare l'attenzione in rapporto all'effettivo potenziale di sviluppo del servizio e definire, in relazione alla progettualità così proposta, gli elementi di rischio, interno ed esterno, da gestire in sede di sua attuazione. Gli stessi sono sinteticamente riassumibili come segue:

1. integrazione dei processi e dei flussi comunicativi, da realizzare in modo progressivo e partecipato, per prevenire possibili resistenze e mettere a fattor comune il potenziale derivante dalle diverse professionalità di cui si compone il servizio e dalle conoscenze e competenze possedute dagli altri attori del territorio. A livello operativo l'attenzione si deve concentrare sulle seguenti attività:
 - estensione della cartella sociale per garantire immediata fruibilità del dato, non solo all'interno del servizio, ma anche - in prospettiva - nei rapporti con l'azienda sanitaria, previo ripensamento della struttura della cartella in ottica di interoperabilità banche dati;
 - rafforzamento dei momenti di condivisione del lavoro in equipe;
 - revisione dei protocolli di collaborazione e delle procedure condivise con soggetti esterni, in coerenza con la riorganizzazione interna dei processi di presa in carico;
 - ridefinizione del riparto di competenze tra personale amministrativo e sociale per garantire l'ottimale allocazione delle risorse in relazione alla tipologia di attività gestionale da svolgere;
 - rafforzamento del front-office unitario, valutando anche prospettive di collaborazione con RSA o enti del terzo settore;

2. studio e sviluppo di soluzioni innovative, che integrino l'attuale offerta di servizi rivolgendosi in via prioritaria a bisogni ad oggi scoperti. A tal fine diviene centrale l'attività degli educatori professionali, sia in termini di attivazione della rete del privato sociale per il rafforzamento di progetti esistenti (tra tanti: VIP, pronto PIA, sentinelle di quartiere, welfare km0) o la creazione di progetti nuovi (co-housing, progettualità volte alla formazione digitale), che in termini di studio di sistemi di comunicazione dei bisogni e integrazione dei rispettivi dati, nell'ottica di implementare un sistema di welfare di iniziativa. Puntare con decisione all'attivazione delle risorse formali e informali del territorio (cittadinanza attiva, terzo settore, operatori economici), in applicazione del principio di sussidiarietà orizzontale, rappresenta una scelta strategica per almeno tre ordini di motivi:
- promuove e consente l'implementazione di sistemi a "filiera complessi" (dalla prevenzione-promozione all'assistenza) su base territoriale;
 - contribuisce alla prevenzione e allontanamento di situazioni di vulnerabilità per quelle persone che si attivano a favore della comunità nell'organizzare e gestire iniziative di vario genere (organizzazione attività di socializzazione, gestione di spazi di comunità, volontariato nel PIA, nei corsi di lingua per donne straniere nel supporto compiti per bambini, nella realizzazione di laboratori del fare, ecc);
 - consente l'aggancio, in termini preventivi, di chi non è collegato al sistema dei servizi ma può già presentare aspetti di vulnerabilità che potrebbero portare a situazioni di maggiore fragilità e di precoce presa in carico istituzionale, con conseguente accompagnamento progressivo verso servizi più strutturati in relazione all'evoluzione del bisogno.

Il lavoro territoriale si sviluppa in questo senso in una logica preventiva e inclusiva, promuovendo momenti di conoscenza e l'instaurazione di relazione fiduciarie aperte, volte a rinforzare la coesione sociale e la partecipazione attiva in un'ottica di valorizzazione delle risorse, delle esperienze e delle competenze delle persone e della comunità. La collaborazione nel lavoro di comunità si sviluppa su diversi livelli che vanno "dal prendere parte" al "sentirsi al parte", dall'essere informato o consultato al co-costruire azioni a vantaggio di tutti, dal lavoro di rete alla coalizione sociale.

Vera sfida in tale ottica è il coinvolgimento in tale rete non solo del terzo settore, ma anche degli attori istituzionali (APSP; APSS; fondazione de Marchi e altri) per una valutazione integrata delle progettualità e delle strategie da attuare.

3 OBIETTIVI GENERALI

Gli obiettivi generali di Spazio Argento devono essere declinati su una prospettiva di medio-lungo periodo, che trascende l'operatività del presente progetto sperimentale. Gli stessi si sostanziano:

- nell'incremento della capacità di intercettare precocemente gli anziani fragili, grazie ad un sistema a filiera, diversificato e diffuso sul territorio, che garantisca efficace ed effettiva collaborazione tra i diversi attori del territorio

Indicatori:

Sviluppo della capacità di intercettare le situazioni di bisogno	Tasso di incremento negli anni della popolazione over 65 in carico o comunque coinvolta nelle iniziative del territorio
Tasso di copertura/conoscenza del bisogno potenziale	Popolazione over 65 in carico o comunque coinvolta nelle iniziative del territorio nell'anno t / popolazione over residente sul territorio nell'anno t <i>(calcolato come media tra residenti ad inizio e fine periodo)</i>
Sviluppo della domiciliarità	Età media dei pazienti all'atto dell'inserimento in RSA

- nello sviluppo di un sistema che favorisca stili di vita sani, partecipazione alla vita sociale e familiare, imprescindibili condizioni di sviluppo di una politica di invecchiamento attivo

Indicatori:

Popolazione over 65 attivamente impegnata in attività lavorativa, di assistenza a parenti e congiunti o volontariato	Percentuale di anziani attivamente impegnati in attività lavorativa, di volontariato o di assistenza in ambito familiare
Promozione di iniziative di cittadinanza attiva	Numerosità e varietà degli eventi culturali, aggregativi, ricreativi, formativi e di volontariato sociale realizzati o proposti negli anni
Percezione del livello di salute della popolazione over 65	Valutazione offerta dalla popolazione over 65 nell'ambito della valutazione del livello di salute percepito, svolta nell'ambito della ricerca PASSI d'argento (metodo dei "giorni in salute" - Healthy Days)
Tasso di attività della popolazione over 65	Percentuale di popolazione over 65 che svolge regolare attività fisica a cadenza settimanale

- nello sviluppo di un sistema che assicuri adeguato sostegno alle reti familiari e sociali, per una presa in carico condivisa e territoriale dell'anziano fragile, assicurando adeguati servizi di supporto alla domiciliarità e di sollievo

Indicatori:

Incidenza della popolazione sola sulla popolazione in carico al servizio sociale per bisogni assistenziali complessi	Numero di anziani soli, privi di rete familiare che hanno servizio SAD attivo nell'anno t / numero di anziani con servizio SAD attivo nell'anno t
Vicinanza alle reti familiari di sostegno	Percezione di isolamento riportata dai familiari di anziani over 75 anni nella cura dei propri cari <i>(dato da rilevare mediante rilevazione statistica)</i>
Numero di caregiver coinvolti in iniziative formative	Incremento negli anni del numero di caregiver coinvolti in iniziative formative e di informazione
Servizi e attività a basso grado di intensità assistenziale attivi sul territorio, in risposta al bisogno di sollievo dei caregiver	Ore di attività/servizi annualmente erogate sul territorio da parte di centri servizi, circoli anziani e altre iniziative del privato sociale
Servizi ad elevata intensità socio-assistenziale assicurati per dare copertura e situazioni di vulnerabilità media/elevata	Ore di SAD erogate nell'anno t / ore di SAD erogate nel triennio precedente

4 OBIETTIVI SPECIFICI

La definizione degli obiettivi specifici del presente progetto sperimentale segue la struttura espositiva di cui alla deliberazione della Giunta Provinciale n. 119 dd. 30 gennaio 2020, richiamando per ciascuno dei 7 obiettivi le azioni che si intendono intraprendere nell'anno e gli indicatori che si prevede di impiegare per la valutazione delle stesse.

Obiettivo 1. Promuovere Spazio Argento e attivare le risorse del territorio	
Azione 1b) Mappatura delle risorse	
<p>La mappatura delle risorse, formali ed informali, del territorio è già patrimonio del servizio sociale del Comune di Trento, rendendosi invece necessario, rispetto a tale azione, un intervento di riorganizzazione e sistemazione delle informazioni possedute, che sono molteplici e variegate.</p> <p>La strutturazione di un database informativo unitario, in cui possano confluire tutte le informazioni relative a contatti sul territorio, ambiti d'azione, iniziative svolte e bisogni rilevati rappresenta un'evoluzione del sistema informativo attualmente in uso, capace anche di offrire in esterno una rappresentazione più completa e puntuale del potenziale esistente e delle relative possibilità di espansione.</p> <p>In un'ottica di filiera e responsabilizzazione sociale diffusa, la mappatura delle risorse dovrebbe rivolgersi non solo all'attività svolta dalle risorse del volontariato o del terzo settore, ma anche progetti che vedono l'attivo coinvolgimento di operatori economici, come avvenuto nel caso del progetto welfare km0 o nel corso dell'emergenza Covid-19 in relazione alla consegna gratuita della spesa o dei farmaci a domicilio.</p>	
Indicatori:	Target atteso
<ul style="list-style-type: none"> • realizzazione di una scheda identificativa per ogni risorsa mappata (in termini di soggetti operativi sul territorio, interventi dagli stessi realizzati, potenziale di sviluppo, collocamento nella rete dei servizi): <ul style="list-style-type: none"> ◦ n. di risorse mappate / n. di risorse da mappare 	100%
<ul style="list-style-type: none"> • Discussione ed elaborazione dell'attività di mappatura all'interno dei gruppi di lavoro esistenti, composti da soggetti, istituzioni, enti locali operanti sul territorio 	
<ul style="list-style-type: none"> • riorganizzazione delle schede in un database unitario: <ul style="list-style-type: none"> ◦ data di elaborazione di un progetto, con relativo studio di fattibilità, volto all'implementazione di un database informativo unitario sui progetti del territorio 	entro 30.06.2021
Azione 1d) Sviluppo di un piano di promozione con l'indicazione di canali, tempi e modalità di diffusione sul territorio	
<p>L'attuazione di un progetto sperimentale di riorganizzazione di un servizio non può prescindere da un'efficace gestione della comunicazione in esterno, che sia capace di condividerne gli obiettivi e governare le aspettative, che sullo stesso possono essere riposte. Tanto più ove l'attuazione della riforma richiede l'attivo coinvolgimento della base sociale, chiamata ad essere essa stessa parte e promotrice del cambiamento.</p> <p>La sfida ultima che Spazio Argento pone, consistente nel superamento di una concezione di intervento pubblico di tipo esclusivamente prestazionale in favore di un sistema di presa in carico integrato e a responsabilità condivisa e multilivello, necessita infatti, per essere pienamente operativa, dell'attivo coinvolgimento di tutti gli attori formali e informali del territorio, richiedendo una forte presa di coscienza da parte di utenti e familiari rispetto all'importanza del loro ruolo, quali attivatori e promotori di stili di vita e ambienti sani. In tale direzione si muove già da anni il Comune di Trento, grazie al lavoro svolto sul territorio e alle sinergie a vario titolo avviate con Enti, istituzioni e terzo settore. Spazio Argento intende procedere in linea di continuità con il patrimonio di conoscenze ed esperienze posseduto, rafforzando ulteriormente la componente di interazione e contatto diretto con i nuclei familiari, per recepirne le istanze e facilitarne l'ingresso nella rete dei servizi attivi.</p>	
Indicatori:	Target atteso
<ul style="list-style-type: none"> • n. di comunicati e/o conferenze stampa di presentazione del progetto 	>= 3
<ul style="list-style-type: none"> • n. di serate/eventi informativi per la popolazione su specifiche tematiche di interesse del progetto (es: stili di vita sani nell'ambito del progetto cura-insieme, sensibilizzazione sul co-housing, sensibilizzazione nell'ambito del 	>= 10

progetto Federcasa e similari)	
• n. di partecipanti alle serate informative realizzate	non preventivabile
• elaborazione di uno studio progettuale per lo sviluppo di una piattaforma comunicativa integrata, dedicata alla diffusione delle iniziative e degli eventi dedicati agli anziani ed alla promozione di buone prassi nella gestione degli anziani a domicilio (formazione caregiver) <ul style="list-style-type: none"> ◦ data di elaborazione di un progetto, con relativo studio di fattibilità, volto all'implementazione di una piattaforma comunicativa integrata, da sviluppare anche ampliando la piattaforma già creata nell'ambito del progetto curainsieme 	entro 30.06.2021
Obiettivo 2. Raccogliere e analizzare i bisogni del territorio	
Azione 2a) Sviluppo di una raccolta e analisi sistematica dei bisogni (per avere un quadro completo e aggiornato delle esigenze degli anziani e delle loro famiglie , sia per quanto attiene gli anziani attivi , sia delle persone anziane che presentano aspetti di fragilità)	
L'obiettivo si rivolge alla creazione di un sistema strutturato di rilevazione del dato statistico relativo alla popolazione anziana, mediante un processo di analisi concertato che preveda: <ul style="list-style-type: none"> • la formalizzazione dei parametri e delle relative modalità di rilevazione da impiegare per il monitoraggio in corso d'esercizio del bisogno e della capacità di risposta allo stesso; • lo studio e l'eventuale sperimentazione di forme di integrazione tra banche dati e/o di estrapolazione automatica del dato in vista dell'elaborazione di un'apposita piattaforma informatica, che possa consentire in futuro l'esecuzione di elaborazioni statistiche in real-time; 	
Indicatori:	Target atteso
• n. di soggetti, istituzioni, enti locali coinvolti nelle attività di analisi dei bisogni nell'ambito di appositi gruppi di lavoro: <ul style="list-style-type: none"> ◦ nr. di riunioni di coordinamento e collaborazione svolte; ◦ n. di partecipanti esterni al gruppo di lavoro 	>= 4 riunioni >=6 componenti
• elaborazione, a fine della sperimentazione, di un documento sintetico di analisi dei bisogni del territorio, che aggiorni l'analisi condotta nel progetto iniziale	SI
Obiettivo 3.Promuovere attività di invecchiamento attivo (promozione di iniziative per la promozione di uno stile di vita sano, occasioni di incontro, partecipazione attiva puntando anche sulle competenze dell'anziano)	
Azione 3a) Valorizzazione delle attività di prevenzione già in corso e realizzazione e promozione di nuovi interventi	
Sul territorio del Comune di Trento sono già attivi plurimi progetti a sostegno dell'invecchiamento attivo, che spaziano dalla creazione di reti di relazioni (telefono d'argento, Pronto PIA, circoli anziani, attività aggregative sul territorio), alla promozione di stili di vita sani (welfare km0, vecchiaia che vorrei), all'attivo coinvolgimento dei "giovani anziani" all'interno della vita sociale con funzione di mutuo-aiuto e sostegno ad altre fasce della popolazione (pedibus, orti comunitari, attività di volontariato all'interno degli stessi progetti rivolti agli anziani). In sede di redazione del progetto si è provveduto ad una prima ricognizione dei progetti esistenti, delineandone ambito di estensione, azioni attive, punti di forza e prospettive di sviluppo, da impiegare quale base per l'individuazione delle concrete azioni da avviare nel corso della sperimentazione. La compilazione di tali schede, da ultimare e integrare in corso di sperimentazione, si propone inoltre di consolidare un patrimonio di informazioni e conoscenze che possa essere base e supporto per lo sviluppo di progettualità analoghe anche in altri territori, in linea con le finalità che la presente sperimentazione dovrebbe avere.	
Indicatori:	Target atteso
• elaborazione di un documento di analisi delle azioni svolte nell'ambito del progetto ProntoPIA, che consideri i seguenti aspetti, funzionali all'elaborazione di un piano di sviluppo del progetto: <ul style="list-style-type: none"> ◦ mappatura del rapporto volontari attivi/numero anziani per territorio ◦ mappatura del bisogno in relazione a storia/coesione del quartiere, 	entro 30.06.2021

<ul style="list-style-type: none"> quantificandolo e qualificandolo con le percezioni/riflessioni dei soggetti privilegiati e telefono d'argento <ul style="list-style-type: none"> o mappatura dei nuovi bisogni rilevati nel corso dell'emergenza Covid 	
<ul style="list-style-type: none"> n. di incontri di progettazione avviati con centri servizi e circoli anziani per lo studio di un programma integrato di incontri e proposte aggregative sul territorio 	>= 3
<ul style="list-style-type: none"> ridefinizione, in collaborazione con UISP e altri soggetti del territorio, dell'ambito di estensione del progetto di promozione della ginnastica dolce, agendo su eventuali scoperture dei territori <ul style="list-style-type: none"> o n. di incontri svolti per la ridefinizione dell'ambito di operatività del progetto "Vecchiaia che vorrei" e relativo sviluppo "Relazioni in movimento" in vista della naturale scadenza del progetto o n. di iniziative realizzate nell'ambito del progetto vigente o n. di quartieri in cui è presente almeno un evento / nr. di quartieri 	rilevabili a consuntivo
<ul style="list-style-type: none"> estensione del progetto del centro servizi diffuso, avviato in via sperimentale con il centro servizi Contrada Larga, anche in risposta alle problematiche emergenti connesse alla gestione dell'emergenza Covid-19 	>= 2 quartieri
Obiettivo 4. Ridurre la solitudine e l'isolamento di chi fa assistenza e fornire supporto / supervisione alla loro formazione	
Azione 4a) Realizzare e promuovere attività di sollievo a favore del caregiver familiare	
Azione 4b) Realizzare e promuovere attività di formazione a favore di chi presta assistenza	
<p>Le due azioni vengono in questa sede trattate in modo unitario, in quanto intrinsecamente connesse. Il ripensamento del sistema di gestione dell'anziano verso un rafforzamento della domiciliarità richiede infatti un importante intervento a sostegno dei familiari o delle risorse professionali che si occupano di assistere l'anziano a casa, sia in termini di formazione, supporto psicologico e relazionale, che in termini di sollievo, anche temporaneo, nell'attività di cura (inserimenti temporanei in RSA, soggiorni climatici protetti, centri diurni).</p> <p>La fase emergenziale che ci ha impegnato in quest'ultimo quadrimestre ha reso ancor più evidente questa esigenza, imponendo un rapido ripensamento di alcune modalità di risposta al bisogno. Alcune di queste prassi si ritiene utile possano essere confermate anche in condizioni di normalità, quale possibilità in più di sostegno ai nuclei familiari, anche a distanza (es: sperimentazione del SAD di sollievo; organizzazione in videoconferenza di alcuni incontri nell'ambito del progetto curainsieme, sperimentando un'interazione simultanea con l'assistito oltre che con il caregiver; recapito telefonico per supporto psicologico; periodico monitoraggio telefonico delle famiglie assistite da parte delle assistenti sociali di territorio).</p>	
Indicatori:	Target atteso
<ul style="list-style-type: none"> formalizzazione con APSS del nuovo accordo per la prosecuzione del progetto cura insieme anche dopo la sua naturale scadenza 	entro il 30.06.2021
<ul style="list-style-type: none"> n. di incontri svolti nell'ambito del progetto cura insieme sul periodo di vigenza della sperimentazione 	>= 6
<ul style="list-style-type: none"> n. di enti, istituzioni e soggetti del terzo settore attivamente coinvolti nel progetto Cura insieme sul periodo di vigenza della sperimentazione 	rilevabile a consuntivo
<ul style="list-style-type: none"> n. di SAD di sollievo attivati in via sperimentale sul periodo luglio-dicembre 2020 	>= 25
<ul style="list-style-type: none"> elaborazione e somministrazione di un questionario, rivolto ai familiari degli utenti in carico al servizio sociale, che analizzi le aspettative e le valutazioni offerte in merito all'attuale composizione dei servizi 	entro il 30.03.2021
Obiettivo 5. Proporre risposte innovative ai bisogni dell'anziano <i>(leggere e flessibili in collaborazione con le risorse del territorio e con il supporto di ICTs)</i>	
Azione 5a) Attivare canali ed esperienze di co-progettazione di nuovi servizi in collaborazione con il privato-sociale / terzo settore	
Una delle tematiche che è emersa con forza nel corso del periodo di lock-down è stata la difficoltà	

sperimentata dalla popolazione anziana nel mantenere adeguate forme di interazione e condivisione con l'esterno, complice anche il digital divide esistente tra diverse generazioni.

In questo senso si ritiene interessante sperimentare interventi di miglioramento dell'alfabetizzazione digitale della popolazione anziana, con specifica attenzione rivolta ai "giovani anziani", valorizzando tra l'altro l'apporto e la disponibilità raccolta in questi mesi da parte dei molti giovani volontari che si sono iscritti sulla piattaforma Trento si aiuta. Il progetto, attualmente in fase di elaborazione e studio, vedrebbe la compresenza di momenti formativi, occasioni di sperimentazione e piccoli incontri on-line, da affiancare alle più tradizionali attività aggregative in presenza o a telefono.

Sempre in tale ambito si inserisce infine lo studio e sperimentazione di forme di collaborazione tra rete del privato sociale e pubblici esercenti per la strutturazione a regime di servizi per la popolazione anziana, funzionali ad offrire un aiuto leggero nella gestione della quotidianità: consegna della spesa o dei farmaci, studio di forme sperimentali di assistenza domiciliare diffusa o di condominio, promozione di iniziative di coabitazione leggera, accompagnamenti sul territorio, rete di compagnia a domicilio con interventi di socializzazione mirati e individualizzati per favorire una progressiva ripresa dei contatti in esterno a seguito del lock-down, recupero di una dimensione di vivibilità e integrazione urbana anche promuovendo reti di servizi di prossimità. Le progettualità si strutturano necessariamente mediante partnership, sviluppabile sia attraverso il sistema di affidamento dei servizi (soggetti finanziati dall'ente), che attraverso il sistema del lavoro di comunità (cittadinanza attiva).

Indicatori:	Target atteso
<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo del progetto V.I.P. - very informal people, rafforzando la rete territoriale esistente e implementando, con appositi protocolli/accordi sul modello dei beni comuni, lo sviluppo di forme di collaborazione diffusa per l'offerta di servizi gratuiti ad anziani e persone fragili: <ul style="list-style-type: none"> ◦ n. di operatori economici che partecipano al progetto V.I.P. - very informal people nell'anno t / n. di operatori economici che partecipano al progetto V.I.P. - very informal people nell'anno t -1 ◦ n. di accordi o protocolli siglati con terzo settore ed esercenti commerciali per garantire servizi gratuiti ad anziani di consegna spesa, farmaci o accompagnamento a visite mediche 	<p style="text-align: center;">>= 110% >= 1 accordo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • attivazione del progetto sperimentale di diffusione delle conoscenze digitali presso la popolazione anziana: <ul style="list-style-type: none"> ◦ n. di incontri di progettazione svolti ◦ n. di soggetti esterni coinvolti nella fase di progettazione ◦ n. di eventi/iniziative avviate in via sperimentale 	<p style="text-align: center;">rilevabile solo a consuntivo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • creazione, in stretto raccordo con il tavolo provinciale per la residenzialità leggera, di un gruppo ristretto di lavoro operante sul territorio Comunale, sul tema della coabitazione e delle accoglienze: <ul style="list-style-type: none"> ◦ n. di incontri svolti dal gruppo di lavoro ◦ elaborazione di un progetto sperimentale di introduzione di forme di coabitazione o accoglienza in alloggi ITEA ◦ n. di serate informative svolte sul tema della residenzialità leggera 	<p style="text-align: center;">>= 4 incontri entro 30.04.2021 da definire in base all'evoluzione del progetto</p>
<ul style="list-style-type: none"> • sperimentare percorsi di ricerca di risorse "extrabudget" socio-assistenziale, anche partecipando a bandi finanziati con risorse esterne, per innovare il quadro di risposte in coerenza con i bisogni emergenti e/o scoperti: <ul style="list-style-type: none"> ◦ n. di progetti avviati o organizzati con una partnership inter-ente (es: progetto dementia friendly, ripresa dei lavori su altre progettualità volte allo studio e sperimentazione, su specifiche realtà di quartiere, di soluzioni residenziali diffuse assistite da una rete di servizi socio-sanitari, che offrano supporto e sostegno a persone anziane e fragili, sul modello delle "micro residenze assistite") 	<p style="text-align: center;">>= 2</p>
<ul style="list-style-type: none"> • sperimentazione del progetto "Assistenza condivisa di condominio" nel rispetto del cronoprogramma definito per lo stesso (% scadenze rispettate) 	<p style="text-align: center;">>= 80%</p>
<ul style="list-style-type: none"> • elaborare procedure di affidamento dei servizi socio-sanitari, coerenti con le direttrici di sviluppo di spazio argento e con gli obiettivi generali del progetto 	<p style="text-align: center;">entro 31.01.2021</p>

Obiettivo 6. Promuovere l'adozione di strumenti di coordinamento organizzativo e la collaborazione tra i diversi soggetti del territorio di riferimento

6a) Predisporre procedure con APSP e altri enti gestori

6b) Definire accordi di collaborazione con APSS a livello territoriale

Obiettivo ultimo delle azioni proposte consiste nel garantire all'utente un percorso di presa in carico integrato, unitario, continuativo e territoriale, evitando duplicazioni di attività o di database anche attraverso la semplificazione delle procedure di accesso ai servizi.

Il perseguimento, nel breve periodo, di obiettivi intermedi, funzionali al raggiungimento, nel medio-lungo periodo, del macro-obiettivo di cui sopra potrebbe interessare:

- la semplificazione o il completamento di alcune procedure settoriali in essere, rivedendo i protocolli di gestione vigenti in risposta alle finalità e obiettivi generali del progetto spazio argento (es: procedura per la gestione della contribuzione sulle rette RSA, accordo per la gestione delle residenze protette, accordo per la gestione del PUA e la partecipazione in UVM, nell'ottica di favorire un'effettiva integrazione socio-sanitaria, istituzione di tavoli periodici di confronto con medicina del territorio, cooperazione e terzo settore per la valutazione del bisogno e delle capacità di risposta allo stesso). Si propone in particolare di attivare un modello organizzativo in cui ci sia la presenza strutturata dell'infermiere delle Cure primarie, con conoscenza dell'ambito territoriale, che contribuirà alla valutazione integrata delle situazioni che giungono all'attenzione del PUA e alla costruzione dei percorsi socio-sanitari, con la finalità di dare continuità e coerenza ai percorsi di presa in carico, sia che richiedano la valutazione dell'UVM, sia che il percorso preveda risposte assistenziali in sinergia con i servizi sanitari e sociali. Queste funzioni saranno integrate anche con altre progettualità riconducibili alla figura dell'infermiere di famiglia e comunità, per la gestione della cronicità/fragilità, per garantire il raccordo con la Medicina Generale. L'intendimento ultimo del progetto si rivolge alla creazione di un luogo stabilmente deputato alla condivisione dei percorsi di presa in carico, cui dedicare un'equipe multiprofessionale specializzata, che garantisca un'effettiva e continuativa integrazione tra comparto sociale e sanitario tanto in sede di valutazione iniziale del bisogno, quanto in sede di monitoraggio e seguito degli utenti in carico;
- la creazione di meccanismi di raccordo tra diverse procedure che potrebbero idealmente rappresentare l'una l'evoluzione dell'altra (il tema che si è posto in emergenza del passaggio SAD-SAD in ADI per la gestione dei casi covid-positivi potrebbe rappresentare uno spunto di riflessione per ragionare su stabili meccanismi di transizione rapida tra diverse tipologie di servizi, anche su fasi temporanee, in relazione al mutato bisogno socio-sanitario del soggetto).

Indicatori:	Target atteso
<ul style="list-style-type: none"> • promuovere luoghi a regia pubblica, anche a valenza territoriale (cabina di regia), attraverso i quali sostenere processi di interazione e di integrazione in ambito sociale, socio-assistenziale e socio-sanitario, finalizzati ad organizzare risposte integrate ai bisogni complessi delle persone e delle comunità (numero di riunioni svolte): <ul style="list-style-type: none"> ◦ n. di incontri svolti ◦ n. di protocolli aggiornati o revisionati in coerenza con le direttrici di sviluppo di spazio argento 	<p style="text-align: center;">>= 3 incontri >= 3 protocolli</p>
<ul style="list-style-type: none"> • promuovere o comunque contribuire alla co-costruzione di nuovi modelli di gestione delle strutture residenziali, in risposta alle mutate esigenze della popolazione di riferimento (es: formulare una nuova idea di RSA, di casa soggiorno, di alloggio protetto): <ul style="list-style-type: none"> ◦ n. di incontri partecipati/organizzati 	<p style="text-align: center;">>= 3 incontri</p>
<ul style="list-style-type: none"> • definizione e consolidamento di momenti di attività congiunta dedicata, ove operatori sociali e sanitari lavorano insieme per la valutazione di situazioni in cui sono presenti bisogni sociali e sanitari <ul style="list-style-type: none"> ◦ n. di incontri svolti 	<p style="text-align: center;">>= 10 incontri</p>
<ul style="list-style-type: none"> • riavviare l'attività di analisi e approfondimento dei processi organizzativi e dei fabbisogni informativi necessari allo sviluppo di un sistema informativo dei servizi sociali, integrato con gli altri enti coinvolti nella sperimentazione, tra cui in primis APSS, APSP e cooperative: <ul style="list-style-type: none"> ◦ n. di incontri svolti 	<p style="text-align: center;">>= 5 incontri entro il 30.06.2021</p>

<ul style="list-style-type: none"> ◦ elaborazione di un documento di analisi a conclusione dei lavori 	
Obiettivo 7. Garantire il raccordo con altri ambiti socio-assistenziali (all'interno del nucleo familiare dell'anziano vi possono essere altri soggetti deboli che sono accuditi o seguiti dall'anziano stesso)	
Azione 7a) Elaborare progetti socio- assistenziali individualizzati	
Azione 7b) Individuare strategie di collaborazione e raccordo con i soggetti coinvolti nei casi di presa in carico di famiglie multi problematiche	
<p>Alla base del processo di riorganizzazione dei servizi sociali avviato nel mese di settembre 2019 v'è la consapevolezza che un'evoluzione verso una maggior specializzazione delle competenze non possa e non debba mai tradursi in una deframmentazione e settorializzazione della risposta verso l'esterno.</p> <p>Per tale ragione, nella strutturazione del progetto, si è scelto di mantenere un forte raccordo tra le diverse aree specialistiche, mantenendo un front-office unitario e un'unica equipe di educatori professionali. Tale processo, per essere portato ad effettivo compimento, richiede un costante lavoro di interazione e adeguamento dei processi e dei flussi comunicativi.</p> <p>Sempre in tale direzione si innesta infine il progetto di ripensamento del ruolo dell'assistente sociale anche in termini proattivi, come precoce collettore di istanze inesprese, grazie ad una forte sinergia con gli educatori professionali, con le risorse del privato sociale e con l'azienda sanitaria. La tematica del welfare di iniziativa, che si affianca - senza sostituirlo - al ruolo più tradizionale di presa in carico dell'utente, intende incrementare la capacità degli assistenti sociali di intercettare precocemente bisogni leggeri, sull'assunto che un anticipo dell'intervento, con attivazione della rete sociale, potrebbe in prospettiva tradursi in un posticipo dell'esigenza di presa in carico con servizi socio-assistenziali di maggior intensità.</p>	
Indicatori:	
<ul style="list-style-type: none"> • individuare buone prassi, che garantiscano - tramite le competenze specialistiche di ciascuna area - una presa in carico integrata e unitaria nei nuclei multi problematici: <ul style="list-style-type: none"> ◦ n. di incontri svolti per la condivisione delle procedure ◦ n. di procedure interne formalizzate 	>= 4 incontri non preventivabile
<ul style="list-style-type: none"> • riattivare il progetto interno di sviluppo di un front-office integrato: <ul style="list-style-type: none"> ◦ n. di incontri formativi svolti per il personale addetto al front office sulle procedure di accesso ai servizi delle varie aree ◦ n. di schede informative predisposte sui servizi all'utenza, interni ed esterni / n. servizi esistenti ◦ numero di incontri interni volti alla ridefinizione dei flussi comunicativi e dei processi di presa in carico dell'utenza ◦ elaborazione di una mappatura dei flussi e dei processi, quale output del gruppo di lavoro di cui al punto precedente, recante formalizzazione di procedure omogenee per la raccolta amministrativa delle domande delle varie aree specialistiche, anche lavorando sulla modulistica on-line ◦ realizzazione di un'indagine di soddisfazione in merito ai servizi resi a sportello a tre mesi dall'avvio delle nuove procedure ◦ definizione di accordi e interazioni con il privato sociale e/o con enti e istituzioni del territorio per l'integrazione del front office con competenze e professionalità settoriali (es: psicologi e infermieri) e/o comunque per la messa in relazione stabile dei vari punti di ascolto e orientamento presenti sul territorio; 	1 incontro/mese >= 80% >= 4 entro il 31.01.2021 entro il 30.04.2021 n. accordi operativi definiti
<ul style="list-style-type: none"> • definizione, all'interno dell'area specialistica anziani, di nuove modalità di presa in carico dell'utenza, funzionali a garantire continuità assistenziale e omogeneità procedurale: <ul style="list-style-type: none"> ◦ numero di riunioni dedicate allo studio dell'attuale sistema di presa in carico dell'utenza e alla definizione di possibili strategie di miglioramento dello stesso ◦ formalizzazione e sperimentazione di proposte innovative di gestione della presa in carico ◦ numero di riunioni dedicate alla discussione e riesame delle 	>= 5 riunioni entro il 31.01.2021 >= 2 riunioni

sperimentazioni attuate, per la verifica della bontà delle stesse	
<ul style="list-style-type: none"> • ridefinire, all'interno dell'area specialistica anziani, il riparto di competenze tra personale amministrativo e assistenti sociali, nell'ottica di una miglior specializzazione degli ambiti di intervento <ul style="list-style-type: none"> ◦ numero di riunioni dedicate allo studio dei processi ◦ formalizzazione delle nuove procedure integrate (es: assegno di cura, posti RSA di sollievo) 	<p>>= 4 riunioni entro il 31.01.2021</p>

5 BUDGET

La scelta in merito alla destinazione del budget assegnato è stata compiuta dal Comune di Trento tenendo conto degli obiettivi di breve e di medio-lungo periodo precedentemente richiamati e ragionando in un'ottica di continuità d'intervento nel tempo.

Rispetto alle possibili direttrici di spesa prospettabili (incremento dei servizi prestazionali, rafforzamento del personale, stanziamenti specifici per la realizzazione di progetti innovativi) si è quindi scelto di investire con convinzione in interventi di formazione e organizzazione della struttura interna, prevedendo in particolare il rafforzamento del ruolo degli assistenti sociali in ottica preventiva e in progetti innovativi, da realizzare con la collaborazione del terzo settore, di enti, istituzioni e anche operatori commerciali esterni.

Viceversa si è ritenuto di non intervenire direttamente sugli stanziamenti per servizi prestazionali, da una parte per la limitata incidenza che il budget di Spazio Argento potrebbe avere rispetto al valore complessivo degli stessi (che corrisponderebbe, se interamente assegnato al servizio di assistenza domiciliare, ad appena un mese di ore di servizi, con un beneficio solo limitato per l'utenza) e dall'altra parte per la parziale incongruenza di tale impostazione con le finalità ultime del progetto, che punta sul concetto "più prevenzione e meno cura". Quanto si ritiene invece auspicabile è il complessivo ripensamento delle modalità di determinazione del budget socio-assistenziale complessivo, almeno in parte da adeguare rispetto all'evoluzione del bisogno e dei costi di gestione dei servizi. Le due tematiche, come già ampiamente ribadito, devono procedere di pari passo, non potendo il volontariato o le reti familiari farsi carico della totalità del bisogno scoperto.

Centrale infine si deve mantenere nell'ambito del progetto spazio argento, l'investimento in servizi e progetti innovativi, anche nell'ambito degli appalti vigenti per dare una risposta flessibile ai bisogni di sollievo delle famiglie. All'intervento prestazionale diretto si dovrebbero in questo senso associare progettualità innovative o "leggere", quali servizi domiciliari di sollievo, la creazione di una rete tra cooperative e volontariato per la gestione degli accompagnamenti in struttura, resa attualmente particolarmente complessa in ragione dell'emergenza Covid, la previsione di un diretto coinvolgimento degli operatori professionali nella strutturazione di percorsi formativi e di accompagnamento dei familiari nella gestione dell'anziano fragile e il rafforzamento dei punti di ascolto e accesso ai servizi, anche integrati tra pubblico e privato sociale.

Investimento in risorse umane

Il buon funzionamento di Spazio Argento richiede il reperimento di figure professionali che rafforzino il comparto amministrativo e la parte sociale, in particolare:

- un funzionario amministrativo. Il ruolo del Funzionario è legato al supporto al Dirigente e Capoufficio su presidio delle attività amministrative di Spazio argento, raccolta dati e messa a sistema degli stessi.

- un educatore professionale. Il ruolo dell'educatore professionale è legato all'esigenza di ricondurre ad unitarietà le progettualità sviluppate sui vari territori, anche nell'ottica di promuoverne l'esportabilità e la replicabilità delle esperienze in nuove zone o quartieri. La figura dell'educatore professionale è stata in particolare integrata fin da principio nell'organico di spazio argento, con funzioni di raccordo progettuale e di connessione e condivisione nella pianificazione e programmazione delle priorità di intervento territoriali di area anziani, con l'equipe degli educatori professionali, l'ufficio promozione sociale del servizio attività sociali e il coordinamento dell'area specialistica anziani;
- tre assistenti sociali. L'assunzione di nuove assistenti sociali si ricollega al progetto sperimentale di inserimento nel sistema di elementi di novità collegati a progetti innovativi di prevenzione, da realizzare promuovendo un approccio proattivo, di accompagnamento, informazione e orientamento dell'utente. L'assistente sociale diviene in questo senso attivatore della rete del welfare sociale, avvicinando gli utenti alle diverse progettualità attive in base ad una valutazione a tutto tondo del bisogno rilevato, da realizzare in stretta sinergia e collaborazione con gli educatori professionali del territorio. Non è più quindi solo l'anziano (o la sua famiglia) che si rivolge all'assistente sociale in quanto portatore di un bisogno, ma è lo stesso assistente sociale, che collaborando con il territorio e recependone le relative istanze riesce a diventare precoce collettore e osservatore privilegiato delle situazioni di bisogno ancora inesprese, operando per anticiparne le esigenze.

Con riferimento alla tematica delle assunzioni si torna a ribadire l'importanza dell'individuazione di soluzioni operative che consentano di accedere ad assunzioni a tempo indeterminato, anche in deroga ai limiti del patto di finanza locale, in assenza delle quali risulterebbe impossibile assicurare al progetto la continuità necessaria al perseguimento degli obiettivi di medio-lungo periodo, in ragione della difficoltà di reclutamento del personale e dell'impossibilità di fidelizzare e consolidare le professionalità assunte e formate in forza di contratti a tempo determinato.

Spesa stimata per risorse umane: 253.000 euro ca.

Investimento in progetti innovativi e/o in interventi rivolti allo sviluppo di piattaforme comunicative e/o di gestione dei dati integrate

Per la porzione rimanente, il budget sarà destinato a finanziare lo sviluppo di interventi a carattere innovativo, da co-progettare o co-organizzare con soggetti terzi, promuovendo il coinvolgimento di un'ampia base organizzativa nell'ambito di una forte regia pubblica.

Particolare attenzione sarà inoltre dedicata al rafforzamento degli interventi sul tema della digitalizzazione dei servizi, della creazione di database informativi unitari e dell'interoperabilità delle banche dati, per evitare dispersioni di informazioni, parcellizzazione delle conoscenze e duplicazioni di interventi. Le risorse, principalmente umane e di tempo-lavoro, connesse alla tematica dell'integrazione digitale, soprattutto sul versante dell'integrazione socio-sanitaria, si rivolgono allo studio di sistemi informatici innovativi, la cui concreta attuazione richiederà poi – com'è evidente – investimenti ulteriori in termini di risorse economiche, stante l'esigenza di garantirne replicabilità in altri territori e l'innesto su sistemi informatici complessi, già in uso.

Spesa stimata per interventi innovativi e/o di sviluppo sul versante del digitale: 110.000,00 euro ca.