

# PROGETTO SPERIMENTALE DI AVVIO DEL MODULO ORGANIZZATIVO "SPAZIO ARGENTO" NELLA COMUNITA' VALSUGANA E TESINO

- NOVEMBRE 2022 -



**SPAZIO  
ARGENTO**



## Indice generale

<b>1. Premessa</b>	pag. 4
<b>2. Analisi del contesto</b>	pag. 6
2.1 Contesto territoriale	pag. 6
2.2 Servizi per la popolazione anziana ed i <i>caregivers</i>	pag. 10
2.2.a Interventi di assistenza domiciliare	pag. 10
2.2.b Centri di servizi di Castel Ivano e Castel Tesino	pag. 13
2.2.c Alloggi protetti presso la struttura “Villa Prati” di Castel Ivano	pag. 15
2.2.d Soggiorni climatici protetti	pag. 15
2.2.e Interventi di natura sociale e socio-assistenziale	pag. 16
2.2.f Punto Unico di accesso e Consultorio per il singolo, la coppia e la famiglia	pag. 17
2.2.g Consultorio per il singolo, la coppia e la famiglia	pag. 17
2.2.h Interventi di carattere economico	pag. 17
2.2.i Erogazione assegno di cura	pag. 17
2.2.j “Progetto per lo sviluppo territoriale dell’Amministratore di sostegno in Bassa Valsugana e Tesino”	pag. 18
2.2.k Progetto “Una comunità amica delle persone con demenza”	pag. 19
2.2.l Programma di educazione motoria per anziani	pag. 20
2.3 Interventi socio-sanitari di natura integrativa, a favore della domiciliarità	pag. 21
2.3.a PUA (Punto Unico di Accesso)	pag. 21
2.3.b UVM (Unità Valutativa Multidisciplinare)	pag. 22
2.3.c Assegno di cura	pag. 24
2.3.d. Assistenza domiciliare integrata (ADI)	pag. 24
2.3.e. Assistenza domiciliare integrata e cure palliative (ADI CP)	pag. 25
2.3.f. Assistenza domiciliare per persone con demenza (ADPD)	pag. 26
2.3.g Centri diurni per anziani	pag. 26
2.4 Interventi socio-sanitari di natura residenziale	pag. 28
<b>3. Mappatura dei bisogni</b>	pag. 30





Piazzetta Ceschi, 1 - 38051 Borgo Valsugana (TN)  
Tel. 0461 755555 - fax 0461 755592  
P. IVA 02189180223 - C.F. 90014590229  
[www.comunitavalsuganaetesino.it](http://www.comunitavalsuganaetesino.it)  
[comunita@pec.comunita.valsuganaetesino.tn.it](mailto:comunita@pec.comunita.valsuganaetesino.tn.it)

---

<b>4. Mappatura delle reti</b>	pag. 32
<b>5. Modello organizzativo</b>	pag. 34
5.1 Azioni progettuali	pag. 46
5.2 Metodo di lavoro	pag. 48
<b>6. Budget</b>	pag. 62



## 1. PREMESSA

Nella Provincia autonoma di Trento la riforma del *welfare* anziani trova il suo fondamento nella Legge provinciale 28 maggio 1998, n. 6 recante *“Interventi a favore degli anziani e delle persone non autosufficienti o con gravi disabilità”*, così come modificata dalla Legge provinciale 16 novembre 2017, n. 14.

Come riportato dalle *“Linee di indirizzo per la costituzione di Spazio Argento su tutto il territorio provinciale”*, approvate con delibera della Giunta provinciale n. 1719 di data 23/09/2022, *“Spazio Argento”*, rappresenta un’opzione di specialismo nell’ambito del *welfare* rivolto agli anziani con una forte connotazione territoriale.

Si tratta infatti di un modulo organizzativo incardinato all’interno dei Servizi sociali territoriali delle Comunità, quale snodo di connessione tra cittadini, servizi e percorsi di assistenza.

La finalità generale di Spazio Argento è quella di sostenere condizioni di buona domiciliarità per gli anziani, assicurando interventi tempestivi e coordinati, che siano anche di sostegno a familiari e *caregivers* nel processo di cura.

Così come previsto nel *Programma di Sviluppo Provinciale per la XVI legislatura*, Spazio Argento rappresenta l’elemento essenziale per la riforma nell’ambito del *welfare* anziani volta a *“garantire maggior tutela e assistenza alla popolazione anziana mediante la promozione dell’invecchiamento attivo e la creazione di occasioni di partecipazione attiva alle attività a favore della propria comunità, nonché assicurando la presa in carico integrata e multidisciplinare delle persone anziane, anche attraverso l’adozione di modelli organizzativi territoriali innovativi incardinati presso le Comunità, che garantiscano ascolto, informazioni, orientamento, presa in carico e monitoraggio per favorire la qualità di vita dell’anziano e della sua famiglia, con procedure semplificate e risposte unitarie”*.

Le Linee di indirizzo provinciali riportano gli elementi caratteristici e le modalità di funzionamento di Spazio Argento da implementare su tutto il territorio provinciale, tenuto conto degli esiti delle sperimentazioni avviate nel corso del 2020 e realizzate sui tre territori provinciali quali il Territorio Val d’Adige e le Comunità delle Giudicarie e Primiero e della valutazione delle esperienze, anche in termini trasversali, sviluppata dalla Fondazione Franco Demarchi nell’ambito del report dal titolo *“La sperimentazione di Spazio Argento. Territorio Val d’Adige, Comunità di Primiero, Comunità delle Giudicarie”*.

A tal proposito, elementi rilevanti per l’efficacia del modello di intervento, riguardano la valorizzazione della dimensione territoriale di prossimità a protezione degli anziani e la realizzazione di una effettiva integrazione socio-sanitaria.

La dimensione territoriale richiama la necessaria attenzione a garantire la continuità assistenziale e la varietà delle funzioni di supporto a favore di tutta la popolazione, tenuto conto dei diversificati e mutevoli gradi di autonomia, autosufficienza, supporto sociale e familiare, etc.

In tal senso, soggetti importanti di presidio del territorio, da coinvolgere nello sviluppo di Spazio Argento all’interno di una cornice condivisa, sono in particolar modo le Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (di seguito A.P.S.P.), le reti di medicina di base, gli enti di terzo e quarto settore.

Per quanto riguarda l’integrazione socio-sanitaria il *focus* di intervento è orientato al porre in essere azioni gestionali ed organizzative orientate verso tale integrazione, individuando obiettivi e condizioni utili a definire e ad implementare un progetto comune, caratterizzato da una reale corresponsabilità.

Nell’implementazione a regime di Spazio Argento, la capacità di operare integrazione socio-sanitaria a risposta di una condivisa analisi dei bisogni, è sostenuta da una cornice organizzativa che vede insieme l’ambito sociale e quello sanitario con ruoli e compiti definiti formalmente.





Piazzetta Ceschi, 1 - 38051 Borgo Valsugana (TN)  
Tel. 0461 755555 - fax 0461 755592  
P. IVA 02189180223 - C.F. 90014590229  
[www.comunitavalsuganaetesino.it](http://www.comunitavalsuganaetesino.it)  
[comunita@pec.comunita.valsuganaetesino.tn.it](mailto:comunita@pec.comunita.valsuganaetesino.tn.it)

Nell'ottica dell'evoluzione dei bisogni e del processo di invecchiamento della popolazione e degli esiti derivanti dalla messa a regime di Spazio Argento sul territorio provinciale, le Linee di indirizzo potranno essere integrate e aggiornate.

Con la succitata delibera della Giunta provinciale n. 1719 di data 23/09/2022 si è inoltre stabilita la messa a regime della riforma di Spazio Argento, estendendola dai tre Enti della sperimentazione, a tutti gli altri enti locali.

In tal senso verrà poi istituita una Cabina di Regia territoriale, realizzando un'analisi di contesto, una mappatura dei bisogni e della rete degli *stakeholders* coinvolti nel *welfare* anziani, identificando il personale da includere nell'Equipe Spazio Argento per l'ambito sociale, socio assistenziale e sanitario utile per l'esercizio delle funzioni di Spazio Argento e, infine, elaborando un progetto comprensivo sia degli obiettivi ritenuti prioritari, sia delle azioni finalizzate al loro raggiungimento dall'anno 2023 e per gli anni successivi, da modificare/integrare/aggiornare ove necessario nel corso della realizzazione.

Considerato che il trasferimento delle risorse per la realizzazione di Spazio Argento a favore della Comunità Valsugana e Tesino, ai sensi dell'articolo 24 della Legge provinciale n. 3 del 2006, ammonteranno ad € 120.900,00 annuali e che gli stessi saranno versati alla Comunità per il tramite dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS).

Le risorse assegnate alla Comunità Valsugana e Tesino, in ragione dell'avvio del processo di attivazione del modulo organizzativo di Spazio Argento a partire da ottobre 2022 e fino al 31 dicembre 2022, saranno pari ad € 30.225,00 ed il finanziamento avverrà utilizzando parte delle risorse rimanenti assegnate ad APSS con deliberazione provinciale n. 2099 del 2018.

Le risorse trasferite ai sensi dei punti 5. e 6. Del dispositivo della delibera della Giunta provinciale n. 1719 di data 23/09/2022 che non verranno spese dagli Enti locali rimarranno nella disponibilità degli stessi con vincolo di destinazione alle funzioni di Spazio Argento.

Sempre la citata delibera provinciale n. 1719/2022 stabilisce che entro il 30 novembre 2022 gli Enti locali che devono avviare Spazio Argento debbano attuare l'analisi di contesto, la mappatura dei bisogni e della rete degli *stakeholders* coinvolti nel *welfare* anziani, identificando il personale da includere nell'Equipe Spazio Argento per l'ambito sociale, socio assistenziale e sanitario utile per l'esercizio delle funzioni di Spazio Argento, elaborando e trasmettendo al Dipartimento Salute e politiche sociali un progetto comprensivo sia degli obiettivi ritenuti prioritari, sia delle azioni finalizzate al loro raggiungimento dall'anno 2023 e per gli anni successivi, da modificare/integrare/aggiornare ove necessario nel corso della realizzazione ed, infine, identificando la sede/le sedi di Spazio Argento e il luogo di svolgimento delle funzioni di PUA anziani.

Al contempo le Cabine di regia territoriali, così come disciplinate al paragrafo 2.2 delle Linee di indirizzo provinciali presenteranno entro il 30 novembre 2023 il progetto da realizzare dall'anno 2024, che potrà essere modificato/integrato/aggiornato ove necessario, dandone tempestiva comunicazione al Dipartimento Salute e politiche sociali.

La Fondazione Franco Demarchi svolgerà, fino al 31 dicembre 2023, una funzione di supporto a beneficio degli enti locali sui cui territori verrà realizzata la messa a regime del modulo organizzativo Spazio Argento.



## 2. ANALISI DEL CONTESTO

### 2.1 Contesto territoriale

La Comunità Valsugana e Tesino si estende su un territorio di circa 578,88 kmq (il 9,3% della superficie provinciale) e confina a nord con la Comunità territoriale della Val di Fiemme, ad est con la Comunità di Primiero e con la Provincia di Belluno, a sud con la Provincia di Vicenza e ad ovest con la Comunità Alta Valsugana e Bersntol.

La Valsugana è una valle del Trentino centro-orientale, poco a nord del confine con la Provincia di Vicenza. La geografia della vallata è dominata dal fluire del fiume Brenta, che prosegue poi in direzione di Bassano del Grappa.

L'altopiano del Tesino, conosciuto anche come Conca del Tesino, o semplicemente Tesino, è un altopiano al confine con la Provincia di Belluno. Secondo la Suddivisione Orografica Internazionale delle Alpi, il Tesino fa parte della Sezione alpina delle Dolomiti, nelle Alpi Sudorientali, si sviluppa nell'area meridionale delle Dolomiti, circondato dalla catena del Lagorai, mentre sul versante settentrionale si erge la catena di Cima Dodici.

Dai monti posti a Sud nasce il torrente Grigno, che scorrendo tra i Comuni della conca, ha creato una profonda valle fino a Grigno, dove il torrente sfocia nel fiume Brenta.

L'altitudine del territorio della Comunità Valsugana e Tesino varia dai 263 metri s.l.m. del Comuni di Grigno, agli 871 metri s.l.m. del Comuni di Castello Tesino, con alcune frazioni, peraltro non molto popolate, situate oltre i 1000 metri sul livello del mare.

Nella Comunità sono presenti 18 Comuni: Bieno, Borgo Valsugana, Carzano, Castelnuovo, Castello Tesino, Cinte Tesino, Grigno, Castel Ivano, Novaledo, Ospedaletto, Pieve Tesino, Roncegno Terme, Ronchi Valsugana, Samone, Scurelle, Telve, Telve di Sopra e Torcegno.



Senza voler qui ripercorrere tutti i dati che già si trovano puntualmente delineati ed esposti nel Piano sociale di comunità 2017-2020, si reputa interessante richiamarne in particolare alcuni.

In relazione all'età media, la Comunità Valsugana e Tesino, con un dato di 46.10, si trovava al 1° gennaio 2022 al quarto posto dell'elenco provinciale (Altipiani Cimbri 48, Primiero 46.4, Sole 46.3). L'età media complessiva è pari a 45,2 anni ed appare crescente nel tempo, sia per la maggior sopravvivenza dovuta al miglioramento delle condizioni di vita delle persone anziane, sia per l'entità relativamente contenuta della natalità: distinta per genere, è di 43,9 anni per i maschi e 46,5 anni per le femmine, confermando la maggior presenza delle donne nelle età più avanzate.



Il *trend* della popolazione locale, in linea con il livello provinciale e nazionale, denota un progressivo invecchiamento: dal 1986 il numero dei residenti over 65 rispetto ai ragazzi/e under 14 è aumentato di ben 80 punti nella nostra Comunità, mentre a livello provinciale è cresciuto di 60 punti, attestandosi comunque su un valore inferiore di ben 20 punti rispetto al nostro territorio, terzo dopo il Primiero e gli Altipiani Cimbri; l'Alta Valsugana invece accanto alla Comunità Rotaliana si distinguono per gli indici più bassi.

Anno	Comunità di Primiero	Comunità Valsugana e Tesino	Comunità Alta 'Valsugana e Bersntol	Magnifica Comunità degli Altipiani Cimbri	Comunità Rotaliana Königsberg	Provincia di Trento
1986	95,3	99,5	84,5	142,9	68,9	85,7
2008	145,9	139,2	106,1	198,2	107,2	125,3
2009	149,9	140,9	105,4	199,6	107,9	126
2010	147,8	141,8	105	194,1	107,2	125,8
2011	149,3	145,9	107,8	199,8	109,3	128,7
2012	153,4	147,3	109,8	202	112,7	131,8
2013	157,6	152,2	111,5	202,5	112,7	134,4
2014	159,5	157	114	210	118,1	138
2015	163,2	161,6	117,9	210,2	120,2	142,1
2016	167,4	165,6	122,4	223,1	124,4	145,9
2017	172,3	169,8	128,4	229,1	125,8	149,7

*Indice di vecchiaia*  
*Numero di residenti di 65 anni e oltre, su numero di residenti fino a 14 anni per 100*



Comune	Indice di Vecchiaia
Bieno	196,3
Borgo Valsugana	164,9
Carzano	138,4
Castel Ivano	154,5
Castello Tesino	430,8
Castelnuovo	127,6
Cinte Tesino	341,2
Grigno	236,3
Novaledo	106,5
Ospedaletto	189,0
Pieve Tesino	240,5
Roncegno Terme	130,2
Ronchi Valsugana	173,2
Samone	162,7
Scurelle	133,5
Telve	175,3
Telve di Sopra	180,3
Torcegno	188,9

### *Indice di vecchiaia nei Comuni della Bassa Valsugana e del Tesino*

Come si evince dalla tabella sopra riportata, l'altopiano del Tesino denota un indice di invecchiamento molto alto, mentre i Comuni con un minor indice di vecchiaia risultano essere Novaledo, Roncegno Terme e Scurelle. Tali dati, come i precedenti relativi alle Comunità di valle, dimostrano come la collocazione geografica centrale e la maggior vicinanza ai centri maggiormente urbanizzati rivestano ancora una forte attrattività nelle scelte di vita attuali.

Dal 1990 al 2017 l'età media di sopravvivenza è passata dai 68,4 agli 81, 1 anni, con un notevole incremento; il numero dei grandi anziani (persone con età pari o superiore agli 85 anni) è più che raddoppiato nell'ultimo trentennio, con un considerevole aumento dell'impegno di assistenza e cura da parte di familiari e servizi.



Entrambi questi parametri denotano valori significativi. Se da un lato tali dati evidenziano le migliorate condizioni di vita ed il notevole incremento della durata media dell'esistenza, al contempo sollecitano delle riflessioni rispetto alla necessità di individuare nuove forme di assistenza per le persone anziane, che spesso vivono da sole, con il carico di problematiche legate alla salute, alla progressiva perdita di autonomia ed alle difficoltà di tipo psico-relazionale.

A tale proposito, se il senso comunitario che ancora sopravvive nei paesi offre nel complesso relazioni sociali difficilmente riscontrabili negli ambienti urbani, si profilano compiti sempre più impegnativi per le amministrazioni pubbliche e nuove sfide per il volontariato.

Rispetto alle proiezioni per i prossimi decenni, il parametro che potrebbe radicalmente cambiare l'evoluzione dell'aspetto socio-demografico della vallata riguarda il fenomeno migratorio e la sua eventuale entità; sembra essere questo a tutt'oggi l'unico fattore in grado di contrastare il progressivo aumento dell'invecchiamento del carico sociale e la diminuzione della popolazione.

In tal senso le politiche dei prossimi anni dovranno orientarsi ad una maggior attenzione all'area degli adulti e degli anziani, tendenzialmente in una situazione di solitudine e di carico sociale ed alle prese con un aumento radicale della percentuale di persone anziane di cui prendersi cura.

Mutualità e reciprocità sono tutt'oggi e diventeranno sempre di più in futuro le condizioni necessarie per affrontare le sfide del nuovo *welfare*.

Popolazione residente al 1° gennaio 2021, per Comunità di Valle, genere e classe di età (dati definitivi)

#### Classi quinquennali

Classi di età	Val di Fiemme			Primiero			Valsugana e Tesino		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Fino a 4 anni	364	360	724	193	162	355	520	493	1.013
5-9	472	426	898	238	192	430	631	532	1.163
10-14	488	477	965	243	215	458	644	652	1.296
15-19	595	527	1.122	268	247	515	682	656	1.338
20-24	562	552	1.114	273	225	498	754	649	1.403
25-29	550	522	1.072	266	251	517	739	686	1.425
30-34	541	528	1.069	242	224	466	741	698	1.439
35-39	529	550	1.079	259	261	520	727	738	1.465
40-44	656	616	1.272	334	282	616	849	835	1.684
45-49	758	809	1.567	328	348	676	989	990	1.979
50-54	839	869	1.708	393	412	805	1.134	1.049	2.183
55-59	846	824	1.670	405	380	785	1.146	1.102	2.248
60-64	698	647	1.345	347	353	700	947	936	1.883
65-69	571	573	1.144	299	296	595	873	784	1.657
70-74	535	527	1.062	251	315	566	772	797	1.569
75-79	411	456	867	205	220	425	526	588	1.114
80-84	284	422	706	148	221	369	394	583	977
85-89	139	281	420	92	139	231	188	449	637
90-94	52	141	193	26	96	122	66	242	308
95-99	9	50	59	4	29	33	11	66	77
100 e oltre	-	9	9	-	3	3	-	3	3
<b>Totale</b>	<b>9.899</b>	<b>10.166</b>	<b>20.065</b>	<b>4.814</b>	<b>4.871</b>	<b>9.685</b>	<b>13.333</b>	<b>13.528</b>	<b>26.861</b>

Per quanto riguarda la popolazione ultra 65enni della Comunità Valsugana e Tesino ammontava al 1° gennaio 2021 a 6.342 persone; di conseguenza l'apertura minima di apertura dello sportello di Spazio Argento sarà di **15 ore settimanali**.



## 2.2 Servizi per la popolazione anziana ed i caregivers

Nell'ambito della *Missione 12 – Diritti sociali, politiche sociali e famiglia* – Programma 03 *Interventi per gli anziani*, nel Piano Esecutivo di gestione 2022 si sono previsti i seguenti interventi.

### 2.2.a Interventi di assistenza domiciliare

Particolare rilevanza assumono gli interventi di assistenza domiciliare, rivolti al sostegno di persone non in grado di provvedere autonomamente alle esigenze della vita quotidiana e mirati al soddisfacimento di esigenze personali, domestiche, relazionali, educative e riabilitative.

Gli interventi di assistenza domiciliare (SAD) riguardano il complesso delle prestazioni di natura socio-assistenziale rivolte a persone singole o nuclei familiari, anche a supporto della vita di relazione, erogate al domicilio e attraverso strutture di servizio distribuite a livello territoriale. Essi rispondono all'esigenza primaria di consentire alle persone che necessitano di un sostegno, di conservare la propria autonomia di vita nel rispettivo ambiente.

Il Servizio, allo stato attuale, comprende interventi di:

- aiuto domiciliare e sostegno relazionale alla persona;
- fornitura e somministrazione di pasti a domicilio o presso strutture;
- prestazioni fornite in strutture territoriali diurne (bagno assistito, manicure/pedicure, parrucchiere/barbiere, ...);
- servizio di telesoccorso e telecontrollo;
- servizio di lavanderia, integrato, ove necessario, dalla raccolta e consegna a domicilio;
- organizzazione di soggiorni climatici protetti.

Nella Comunità delle Valsugana e Tesino gli interventi di assistenza domiciliare sono gestiti in parte tramite ricorso a personale OSS dipendente, ed in parte mediante ricorso ad operatori della cooperativa VALES scs di Rovereto.

Alla data del 01/11/2022 il numero di OSS dipendenti dalla Comunità era di 11 operatrici, delle quali 5 a tempo pieno, 1 a 27 ore settimanali, 1 a 24 ore settimanali e 4 a 18 ore settimanali, tutte donne.

Con determinazione del Responsabile del settore socio-assistenziale n. 81 di data 21/03/2016 si è poi aggiudicato alla cooperativa VALES scs di Rovereto l'affidamento in **gestione di parte del Servizio di Assistenza Domiciliare** dal 01/01/2016 al 31/12/2020, che è stato successivamente prorogato per il periodo 01/01/2021 – 31/12/2022.

Con decreto del Commissario della Comunità Valsugana e Tesino n. 86 di data 24/05/2022 e successiva determinazione del Responsabile del Settore socio-assistenziale n. 362 di data 25/05/2022 si è stabilito di affidare a terzi l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare, del servizio di consegna dei pasti a domicilio e del servizio di ritiro/consegna biancheria a domicilio, mediante procedura ristretta ai sensi dell'art. 61 del D.Lgs. 18 aprile 2016 n. 50 - Codice dei contratti pubblici.

La procedura è attualmente in corso.

Di seguito si presentano alcuni dati relativi ai servizi domiciliari erogati nel corso del 2021. In tal senso preme



tuttavia precisare che l'anno 2021 è stato comunque ancora condizionato dall'evento pandemico.

FRUITORI SERVIZI DI ASSISTENZA A DOMICILIO ANNO 2021	MASCHI	FEMMINE	TOTALI
FASCIA ETA' 65/74	12	8	20
FASCIA ETA' 75/84	17	21	38
FASCIA ETA' 85/89	8	20	28
FASCIA ETA' 90 e oltre	10	20	30
<b>TOTALE UTENTI SERVIZIO</b>	<b>47</b>	<b>69</b>	<b>116</b>

La Comunità eroga il servizio di **pasti a domicilio** grazie alla disponibilità alla fornitura da parte delle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (APSP) di Borgo Valsugana, Castel Ivano, Castello Tesino, Grigno, Pieve Tesino e alla cucina del Centro di Servizi di Castel Ivano.

Per l'anno 2022 ha inoltre comunicato la propria disponibilità anche l'APSP "San Giuseppe" di Roncegno Terme.

FRUITORI PASTI A DOMICILIO ANNO 2021	MASCHI	FEMMINE	TOTALI
FASCIA ETA' 65/74	17	3	20
FASCIA ETA' 75/84	31	26	57
FASCIA ETA' 85/89	20	28	48
FASCIA ETA' 90 e oltre	13	18	31
<b>TOTALE UTENTI SERVIZIO</b>	<b>81</b>	<b>75</b>	<b>156</b>

Si assicura inoltre l'erogazione del Servizio di telesoccorso e telecontrollo nonché, quale livello aggiuntivo rispetto a quelli essenziali, il servizio di **lavanderia** a domicilio.

FRUITORI SERVIZIO LAVANDERIA ANNO 2021	MASCHI	FEMMINE	TOTALI
FASCIA ETA' 65/74	4	0	4
FASCIA ETA' 75/84	2	0	2
FASCIA ETA' 85/89	1	1	2
FASCIA ETA' 90 e oltre	0	0	0
<b>TOTALE UTENTI SERVIZIO</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>8</b>

Con delibera del Comitato Esecutivo della Comunità n. 12 di data 30/07/2019 si è approvata la convenzione per la gestione in forma associata con le altre Comunità del Trentino, con il Comune di Rovereto e il Comune di Trento dell'attività di **Telesoccorso e Telecontrollo**, per la quale è stata siglata la relativa convenzione, che è stata poi assunta al Repertorio della Comunità della Vallagarina n. 224 del 08/10/2019.

La stessa Comunità della Vallagarina ha provveduto ad affidare la gestione del servizio di Telesoccorso – Telecontrollo e con nota della Comunità della Vallagarina, acquisita al Ns. Prot. 9724 di data 04/07/2022 avente per oggetto: "Gestione servizio Telesoccorso – affidamento servizio dal 01/07/2022 al 30/06/2023" è stato comunicato il nuovo affidamento.



<b>FRUITORI SERVIZIO TELESOCORSO/TELECONTROLLO ANNO 221</b>	<b>MASCHI</b>	<b>FEMMINE</b>	<b>TOTALI</b>
<b>FASCIA ETA' 65/74</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>FASCIA ETA' 75/84</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>8</b>
<b>FASCIA ETA' 85/89</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>FASCIA ETA' 90 e oltre</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>9</b>
<b>TOTALE UTENTI SERVIZIO</b>	<b>8</b>	<b>18</b>	<b>26</b>

Più in generale, il numero di persone ultra 65enni seguite dal Servizio sociale è stato pari a complessivi 545 individui, così distribuiti:

<b>TOTALE UTENTI PER FASCE DI ETA'</b>	
<i>fascia</i>	<i>totale</i>
<b>da 45 a 64 anni</b>	<b>1</b>
<b>da 65 a 74 anni</b>	<b>93</b>
<b>da 75 a 79 anni</b>	<b>53</b>
<b>da 80 a 84 anni</b>	<b>116</b>
<b>oltre 85 anni</b>	<b>282</b>
<b>TOTALE</b>	<b>545</b>

La loro provenienza era la seguente:

<b>TOTALE UTENTI PER COMUNE DI RESIDENZA</b>		
<i>Ente</i>	<i>Comune</i>	<i>totale</i>
<b>COMUNITA' VALSUGANA E TESINO</b>		<b>1</b>
<b>COMUNITA' VALSUGANA E TESINO</b>	<b>BIENO</b>	<b>7</b>
<b>COMUNITA' VALSUGANA E TESINO</b>	<b>BORGO VALSUGANA</b>	<b>138</b>
<b>COMUNITA' VALSUGANA E TESINO</b>	<b>CARZANO</b>	<b>8</b>
<b>COMUNITA' VALSUGANA E TESINO</b>	<b>CASTEL IVANO</b>	<b>54</b>
<b>COMUNITA' VALSUGANA E TESINO</b>	<b>CASTELLO TESINO</b>	<b>38</b>
<b>COMUNITA' VALSUGANA E TESINO</b>	<b>CASTELNUOVO</b>	<b>17</b>
<b>COMUNITA' VALSUGANA E TESINO</b>	<b>CINTE TESINO</b>	<b>7</b>
<b>COMUNITA' VALSUGANA E TESINO</b>	<b>GRIGNO</b>	<b>47</b>
<b>COMUNITA' VALSUGANA E TESINO</b>	<b>LEVICO TERME</b>	<b>3</b>
<b>COMUNITA' VALSUGANA E TESINO</b>	<b>NOVALEDO</b>	<b>16</b>
<b>COMUNITA' VALSUGANA E TESINO</b>	<b>OSPEDALETTO</b>	<b>16</b>
<b>COMUNITA' VALSUGANA E TESINO</b>	<b>PIEVE TESINO</b>	<b>19</b>



<b>COMUNITA' VALSUGANA E TESINO</b>	<b>RONCEGNO TERME</b>	<b>63</b>
<b>COMUNITA' VALSUGANA E TESINO</b>	<b>RONCHI VALSUGANA</b>	<b>8</b>
<b>COMUNITA' VALSUGANA E TESINO</b>	<b>SAMONE</b>	<b>10</b>
<b>COMUNITA' VALSUGANA E TESINO</b>	<b>SCURELLE</b>	<b>27</b>
<b>COMUNITA' VALSUGANA E TESINO</b>	<b>TELVE</b>	<b>47</b>
<b>COMUNITA' VALSUGANA E TESINO</b>	<b>TELVE DI SOPRA</b>	<b>11</b>
<b>COMUNITA' VALSUGANA E TESINO</b>	<b>TORCEGNO</b>	<b>8</b>
<b>COMUNITA' VALSUGANA E TESINO</b>	<b>TOTALE</b>	<b>545</b>

<b>TOTALE UTENTI PER SESSO</b>	
<b>sessso</b>	<b>totale</b>
<b>F</b>	<b>321</b>
<b>M</b>	<b>224</b>
<b>TOTALE</b>	<b>545</b>

### **2.2.b Centri di Servizi di Castel Ivano e di Castello Tesino**

La Comunità eroga le prestazioni del Centro di Servizi a Castel Ivano in convenzione con la cooperativa *Vales* di Borgo Valsugana ed a Castello Tesino, in convenzione con la APSP "*Suor Agnese*".

Il Centro risponde a bisogni di anziani autosufficienti o con un parziale grado di compromissione delle capacità funzionali, che vivono nella propria abitazione o in alloggi protetti ed a quelle persone adulte destinatarie di interventi di assistenza domiciliare. Esso si caratterizza per la polifunzionalità delle sue prestazioni, che possono comprendere la cura e l'igiene della persona, servizi di mensa e di lavanderia. Allo scopo di favorire la socializzazione, lo sviluppo delle relazioni interpersonali e lo stimolo per una vita attiva ed integrata, il Centro di Servizi è anche sede di attività socio-ricreative, culturali, motorie ed occupazionali.

Per quanto riguarda il Centro di Servizi "*Villa Prati*" di Castel Ivano, con provvedimento n. 137 del 07/09/2017 il Comitato Esecutivo ha approvato lo schema di concessione in uso gratuito da parte del Comune di Castel Ivano alla Comunità Valsugana e Tesino dell'immobile contraddistinto catastalmente dalla p.ed. 102/1 e 103 in C.C. Villa Agnedo dal 01/01/2018 al 31/12/2025.

Nel mese di dicembre 2019 il Comitato Esecutivo, con provvedimento n. 243, aveva autorizzato a contrarre per l'affidamento della gestione del Centro di Servizi per anziani "*Villa Prati*" di Villa Agnedo – Castel Ivano per il periodo 01/01/2020 – 31/12/2021 (o dalla data di aggiudicazione definitiva, se successiva, e per la durata di anni due), approvando il relativo avviso pubblico esplorativo per manifestazione di interesse.

Con delibera n. 49 di data 05/03/2020 il Comitato aveva poi approvato la documentazione di gara e con provvedimento del Responsabile del Settore socio-assistenziale n. 208 di data 05/03/2020, si era indetto il confronto concorrenziale. A causa della pandemia vi sono state successivamente più sospensioni dei termini e la procedura di gara si è conclusa con l'aggiudicazione efficace alla cooperativa VALES scs, avvenuta con provvedimento del Responsabile del Settore socio-assistenziale n. 864 di data 02/12/2020.

La relativa convenzione è poi stata assunta al Repertorio della Comunità n. 66 di data 19/01/2020 ed ha validità dal 01/01/2021 al 31/12/2022.



Con decreto del Commissario della Comunità Valsugana e Tesino n. 85 di data 24/05/2022 e successiva determinazione del Responsabile del Settore socio-assistenziale n. 361 di data 25/05/2022 si è stabilito di affidare a terzi la gestione complessiva del Centro di servizi per anziani "Villa Prati" di Villa Agnedo nel Comune di Castel Ivano (TN) e degli altri servizi ad esso collegati, mediante procedura ristretta ai sensi dell'art. 61 del D.Lgs. 18 aprile 2016 n. 50 - Codice dei contratti pubblici. La procedura è attualmente in corso.

Di seguito si espongono alcuni dati relativi alla frequenza del Centro (anche in questo caso i numeri sono stati condizionati dall'evento pandemico):

UTENTI ULTRA 65 ENNI CENTRO SERVIZI "VILLA PRATI" 2021	MASCHI	FEMMINE	TOTALI
FASCIA ETA' 65/74	3	4	7
FASCIA ETA' 75/84	8	10	18
FASCIA ETA' 85/89	0	12	12
FASCIA ETA' 90 e oltre	2	8	10
<b>TOTALE UTENTI SERVIZIO</b>	<b>13</b>	<b>34</b>	<b>47</b>

Le persone che nel 2021 avevano un servizio attivo sono state 47, di queste tuttavia, in corso d'anno hanno disattivato i servizi in 13 e tra le rimanenti, effettivamente hanno poi frequentato in 15.

UTENTI ULTRA 65 ENNI CHE HANNO USUFRUITO DELL'ATTIVITÀ MOTORIA PRESSO IL CENTRO SERVIZIO "VILLA PRATI" 2021	MASCHI	FEMMINE	TOTALI
FASCIA ETA' 65/74	2	1	3
FASCIA ETA' 75/84	3	1	4
FASCIA ETA' 85/89	0	3	3
FASCIA ETA' 90 e oltre	0	0	0
<b>TOTALE UTENTI SERVIZIO</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>10</b>

N. SERVIZI DI BAGNO ASSISTITO EROGATI A ULTRA 65 ENNI PRESSO IL CENTRO SERVIZI "VILLA PRATI" 2021	MASCHI	FEMMINE	TOTALI
FASCIA ETA' 65/74	20	0	20
FASCIA ETA' 75/84	0	0	0
FASCIA ETA' 85/89	1	0	1
FASCIA ETA' 90 e oltre	0	0	0
<b>TOTALE UTENTI SERVIZIO</b>	<b>21</b>	<b>0</b>	<b>21</b>



<b>N. SERVIZI DI PEDICURE/MANICURE EROGATI A ULTRA 65 ENNI PRESSO IL CENTRO SERVIZI "VILLA PRATI" 2021</b>	<b>MASCHI</b>	<b>FEMMINE</b>	<b>TOTALI</b>
<b>FASCIA ETA' 65/74</b>	2	0	2
<b>FASCIA ETA' 75/84</b>	0	1	1
<b>FASCIA ETA' 85/89</b>	0	1	1
<b>FASCIA ETA' 90 e oltre</b>	0	0	0
<b>TOTALE SERVIZI EROGATI</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>

<b>N. SERVIZI DI PARRUCCHIERA/BARBIERE EROGATI A ULTRA 65 ENNI PRESSO IL CENTRO SERVIZI "VILLA PRATI" 2021</b>	<b>MASCHI</b>	<b>FEMMINE</b>	<b>TOTALI</b>
<b>FASCIA ETA' 65/74</b>	11	4	15
<b>FASCIA ETA' 75/84</b>	0	28	28
<b>FASCIA ETA' 85/89</b>	12	22	34
<b>FASCIA ETA' 90 e oltre</b>	0	2	2
<b>TOTALE UTENTI SERVIZIO</b>	<b>23</b>	<b>56</b>	<b>79</b>

Per quanto riguarda invece il Centro di Servizi di Castello Tesino, con decreto n. 68 di data 29/12/2020 il Commissario della Comunità Valsugana e Tesino autorizzava a contrarre con l'APSP "Suor Agnese" di Castello Tesino per l'affidamento delle prestazioni previste dal Centro di accoglienza diurna a favore degli utenti del Servizio sociale della Comunità Valsugana e Tesino, con riferimento al periodo 01/01/2021 – 31/12/2022; la relativa convenzione è stata assunta al Repertorio Atti privati della Comunità n. 635 di data 12/01/2021.

Nell'anno 2021 non è stato erogato nessun servizio presso la APSP di Castello Tesino.

Per l'anno 2023 si valuterà se esperire con una nuova procedura di affidamento del servizio, al fine di garantirne la continuità.

### **2.2.c Alloggi protetti presso la struttura "Villa Prati" di Castel Ivano**

Il Settore socio-assistenziale della Comunità gestisce tre alloggi protetti, destinati ad anziani del tutto o in parte autosufficienti ed a persone a rischio di emarginazione. Gli alloggi protetti sono finalizzati ad offrire ai propri ospiti il massimo di occasioni di vita autonoma loro possibile col minimo di protezione a ciò necessaria. All'interno del Centro Servizi sono collocate anche altre due stanze, con annessi servizi.

### **2.2.d Soggiorni climatici protetti**

Pur non rientrando questa tipologia di servizio nei livelli essenziali transitori di assistenza di cui alla delibera della Giunta provinciale n. 556/2011, la Comunità organizzava annualmente i soggiorni climatici protetti in località marina, rivolti agli utenti del Servizio sociale e, più in generale, agli anziani del territorio.

Negli ultimi anni si era infatti valutato favorevolmente l'attivazione di un turno di soggiorno climatico protetto a favore degli utenti del Servizio sociale, con il fine di promuovere il loro benessere e lo sviluppo della vita di



relazione, nonché prevedendo la possibilità di far partecipare all'iniziativa, seppur con modalità diverse di iscrizione e differenti quote di compartecipazione economica alla spesa, anche le persone ultrasessantacinquenni del territorio che, proprio per le loro specificità, non troverebbero in agenzie esterne le medesime garanzie di socializzazione e di sostegno offerte dalla tipologia di soggiorno in parola.

Negli ultimi due anni tuttavia, causa pandemia, questa attività non si è potuta realizzare alla luce tuttavia delle misure di prevenzione della diffusione del contagio da COVID-19 in vigore.

Nell'ambito della *Missione 12 – Diritti sociali, politiche sociali e famiglia* – Programma 04 *Interventi per soggetti a rischio di esclusione sociale*, nel Piano Esecutivo di gestione 2022 si sono previsti i seguenti interventi, che hanno riguardato anche la popolazione anziana.

### **2.2.e Interventi di natura sociale e socio-assistenziale**

Il Settore socio-assistenziale dà attuazione agli interventi ed ai servizi socio-assistenziali collegati all'esercizio delle funzioni di cui alla Legge provinciale 27 Luglio 2007, n. 13 *"Politiche sociali nella provincia di Trento"*, tenuto conto degli aspetti ancora vigenti della Legge provinciale 12 Luglio 1991, n. 14 *"Ordinamento dei Servizi Socio-Assistenziali in Provincia di Trento"* e dell'assetto istituzionale a seguito della Legge provinciale 16 Giugno 2006, n. 3 *"Norme in materia di governo dell'autonomia del Trentino"*, così come modificata dalla Legge provinciale n. 7 del 06/07/2022 *"Riforma delle comunità: modificazioni della legge provinciale 16 giugno 2006, n. 3 (Norme in materia di governo dell'autonomia del Trentino), e della legge provinciale per il governo del territorio 2015. Modificazioni della legge provinciale sulle fonti rinnovabili 2022, nonché del decreto del Presidente della Provincia Autonoma di Trento n. 233 di data 30/12/2010, con il quale era stato disposto il trasferimento alla Comunità Valsugana e Tesino delle funzioni già esercitate dal Comprensorio Bassa Valsugana e del Tesino a titolo di delega dalla Provincia e segnatamente nelle materie dell'assistenza e beneficenza pubblica, compresi i servizi socio-assistenziali.*

Gli interventi socio-assistenziali previsti nell'ambito delle politiche sociali provinciali e di livello locale sono improntati a criteri di qualità e sono tesi al miglioramento continuo della risposta al bisogno.

Essi consistono in:

- a) *interventi di servizio sociale professionale e segretariato sociale;*
- b) *interventi di prevenzione, promozione e inclusione sociale;*
- c) *interventi integrativi e sostitutivi di funzioni proprie del nucleo familiare;*
- d) *interventi di aiuto economico;*
- e) *ulteriori interventi individuati dal Piano sociale provinciale o dal Piano sociale di comunità, riferiti sia alle tipologie di interventi sopra riportati, sia trasversali ad esse, sia di natura differente.*

Negli interventi di **Servizio sociale professionale** rientrano quegli interventi finalizzati all'informazione, all'aiuto e al sostegno psico-sociale e relazionale rivolto al singolo, alla famiglia e ai gruppi e hanno carattere di gratuità per l'utenza.

Gli interventi di servizio sociale professionale consistono in attività di valutazione e presa in carico, progettazione individuale e attività di supporto alle persone in difficoltà al fine di individuare e attivare possibili soluzioni ai loro problemi.

Il segretariato sociale consiste nell'attività di informazione e di orientamento sui servizi aventi rilevanza sociale e sulle risorse disponibili, nonché sulle modalità per accedervi e si configura come strumento di accesso ai servizi socio-assistenziali. A seguito di segnalazione di situazioni particolarmente problematiche, tale intervento è svolto, ove possibile, anche nei confronti delle persone le cui condizioni sono tali da precluderne lo spontaneo accesso ai servizi.



### **2.2.f Punto Unico di accesso e Consultorio per il singolo, la coppia e la famiglia**

Si evidenzia come il Settore socio-assistenziale e l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari abbiano stabilito, con un apposito accordo, le modalità di collaborazione per la gestione del Punto Unico di Accesso e delle competenze in materia di integrazione socio-sanitaria, nonché del Consultorio per il singolo, la coppia e la famiglia, due Servizi nei quali operano due Assistenti sociali dipendenti della Comunità.

Nel 2020 è stato siglato un nuovo accordo, valevole con riferimento al periodo 01/01/2021 - 31/12/2022 (vd. anche *infra*)

### **2.2.g Consultorio per il singolo, la coppia e la famiglia**

È un servizio volto a sostenere i singoli, le coppie, le famiglie e gli adolescenti con interventi integrati a livello sanitario, psicologico e sociale, per le problematiche connesse alla procreazione, alla sessualità e alle tematiche familiari. Il modello operativo adottato presso il Consultorio è basato sul lavoro d'équipe tra operatori dell'area sanitaria e sociale, in stretto raccordo con le altre risorse socio-sanitarie operanti a livello territoriale, in un'ottica multidisciplinare e di integrazione delle diverse competenze. L'Assistente sociale che opera nell'équipe del Consultorio agisce nel contesto dei programmi e delle intese che, a livello istituzionale e di servizio, sono stati concordati tramite i rispettivi Responsabili, sulla base anche dei modelli organizzativi ed operativi sperimentati sul territorio.

Nel corso dell'anno 2021 vi è stato 1 solo accesso di 1 persona ultra 65enne.

### **2.2.h Interventi di carattere economico**

Rientrano in questo programma gli interventi di sostegno economico volti a garantire il soddisfacimento di bisogni, sia generali, che specifici, a favore dei singoli o del nucleo familiare, attuati in modo coordinato con eventuali altri tipi d'intervento.

In particolare si evidenzia l'attività professionale degli Assistenti sociali e degli Uffici amministrativi legata alle domande per l'Assegno Unico Provinciale (AUP), l'Intervento Economico Straordinario e l'esenzione dai ticket sanitari per persone in stato di bisogno.

All'inizio del mese di novembre 2019 il Comitato Esecutivo ha approvato lo schema di convenzione che regola il trattamento dei dati nell'ambito della Piattaforma GePi per la gestione del Patto per l'Inclusione Sociale del Reddito di Cittadinanza tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale dei Sistemi Informativi, dell'Innovazione Tecnologica, del monitoraggio dati e della Comunicazione e la Comunità Valsugana e Tesino.

Il Servizio sociale attua, in particolare, la valutazione sociale e l'eventuale accompagnamento dei beneficiari delle misure di contrasto alla povertà (Reddito di Cittadinanza, Assegno Unico Provinciale) stipulando i Patti per l'inclusione sociale o elaborando i progetti di sostegno sociale per emanciparsi dalla situazione di bisogno, in stretta collaborazione con gli altri Servizi territoriali (Patronati, Centro per l'Impiego).

Ai sensi della deliberazione della Giunta provinciale n. 2104 di data 14/12/2020 il Settore sta gestendo anche l'intervento del BOA (bonus alimentare) di cui alla relativa alle misure urgenti di solidarietà alimentare in Provincia di Trento e del più recente BOAU (bonus affitti/utenze) di cui alla deliberazione della Giunta provinciale n. 1465 di data 03/09/2021 relativa alle misure urgenti di solidarietà alimentare e di sostegno alle famiglie per il pagamento dei canoni di locazione e delle utenze domestiche.

Gli anziani che hanno usufruito di interventi economici straordinari sono stati 1 nell'anno 2021 e 3 nell'anno 2022.

### **2.2.i Erogazione assegno di cura**



Il nuovo "Assegno di cura", ai sensi della LP 15/2012 "Tutela delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie e modificazioni delle leggi provinciali 3 agosto 2010, n. 19, e 29 agosto 1983, n. 29 in materia sanitaria", è ora incardinato nelle competenze dell'APSS, ma la Comunità continua ad erogare l'intervento economico a favore di coloro che non hanno optato per il passaggio al nuovo regime, attuando anche le relative verifiche rispetto al livello quali-quantitativo dell'assistenza prestata. Nel 2021 i beneficiari erano 2.

Nell'ambito della *Missione 12 – Diritti sociali, politiche sociali e famiglia – Programma 07 Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali*, nel Piano Esecutivo di gestione 2022 si sono previsti i seguenti interventi.

### **2.2.j "Progetto per lo sviluppo territoriale dell'Amministratore di sostegno in Bassa Valsugana e Tesino"**

La Comunità Valsugana e Tesino è stata impegnata negli ultimi anni, in *partnership* con l'Associazione Comitato per l'Amministratore di Sostegno in Trentino e con l'A.P.S.P. "San Lorenzo e Santa Maria della Misericordia" di Borgo Valsugana, in attività riguardanti la misura dell'amministrazione di sostegno, con l'obiettivo di promuoverne la cultura, garantire delle occasioni formative per il territorio e supportare i cittadini e gli Amministratori di sostegno.

Il progetto previsto per il biennio 2022-2023, approvato con decreto del Commissario della Comunità n. 257 del 28/12/2021, da presentare ai fini del bando per la presentazione di proposte progettuali per lo sviluppo territoriale dell'Amministratore di sostegno (legge regionale 11 luglio 2014, n. 4), ha l'obiettivo di dare continuità ad alcune azioni intraprese negli anni scorsi e a coltivare le collaborazioni che sono nate in occasione della programmazione e realizzazione delle iniziative, implementando nuove sinergie a livello territoriale.

L'obiettivo generale è quello di sostenere la candidatura di Amministratori di sostegno (ADS) maggiormente vicini alla realtà di vita quotidiana del beneficiario, inserendoli nella rete formale ed informale di supporto, con lo scopo di offrire un sostegno il più possibile mirato e personalizzato; il tutto anche in ottica preventiva, ovvero cercando di favorire la nomina, prima che le persone si trovino in condizioni di urgenza e complessità, riuscendo a coinvolgere attivamente il beneficiario in questa scelta.

Il progetto è stato presentato da parte della Comunità Valsugana e Tesino quale Ente capofila dell'ambito territoriale di riferimento, con le *partnership*:

- dell'Associazione Comitato per l'Amministratore di sostegno in Trentino di Trento;
- dell'APSP "S. Lorenzo e S. Maria della Misericordia" di Borgo Valsugana;
- dell'APSP "Redenta Floriani" di Castel Ivano;
- dell'APSP "Suon Agnese" di Castello Tesino;
- dell'APSP "Suor Filippina" di Grigno;
- dell'APSP "Piccolo Spedale" di Pieve Tesino;
- dell'APSP "San Giuseppe" di Roncegno Terme;
- della cooperativa CS4 Società Cooperativa Sociale Onlus di Pergine Valsugana.

Per l'anno 2022 sono state organizzate delle attività di sensibilizzazione sul territorio per accrescere la conoscenza della figura dell'Amministratore di sostegno (ADS) e nello specifico agli Amministratori locali.



Sono stati organizzati degli incontri periodici di confronto, in modalità da remoto, con il Gruppo CONfrontiAmoCI al fine di diminuire il sentimento di solitudine, aumentare o mantenere alto il livello di motivazione, raccogliere e decodificare i bisogni dell'amministrato, dell'ADS e del familiare, nonché valorizzare il ruolo del familiare e far crescere l'esperienza del gruppo di auto mutuo-aiuto.

Per il 2023, come da progetto, si prevede di organizzare degli ulteriori momenti di promozione della figura dell'ADS e sensibilizzare maggiormente le associazioni sulla misura dell'amministrazione di sostegno.

In chiave innovativa si promuoverà lo studio di un modello di gestione del volontario ADS per valorizzarne il profilo con la realizzazione di un documento di ricerca-azione sul processo di reclutamento del volontariato e sulle modalità per mantenere alta la motivazione degli ADS.

### **2.2.k Progetto "Una comunità amica delle persone con demenza"**

In coerenza con il Piano provinciale demenze XVI Legislatura e su indicazione del tavolo di monitoraggio, anche per il 2022 sono state messe a disposizione delle Comunità delle risorse specifiche per finanziare iniziative di sensibilizzazione sul tema della demenza che dovranno essere organizzate coinvolgendo, come sempre, le diverse realtà locali (APSS – in particolar modo i CDCD, APSP, cooperative, associazioni, scuole, biblioteche, ...).

Le proposte progettuali dovranno attenersi alle indicazioni definite a livello provinciale.

Nel 2022 le azioni portate avanti nell'ambito del Progetto *Una comunità amica delle persone con demenza*, ed. 2022 sono state 6 con un'implementazione della rete di collaborazioni sul territorio locale ed una più stretta partecipazione alla programmazione ed organizzazione nelle singole iniziative.

Nello specifico si sono promosse sul territorio varie iniziative rivolte a più target di popolazione:

- ✓ *Azione 1: Suoni, musica e parole!* Un percorso di musicoterapia volto a facilitare un maggior benessere e incrementare la qualità della vita sia dell'anziano che dei familiari. Gli incontri si sono svolti con cadenza settimanale a partire dal mese di settembre.
- ✓ *Azione 2: Racconti nel tempo* Il percorso, rivolto principalmente agli anziani, punta a offrire un contesto nel quale favorire il mantenimento delle facoltà cognitive in un'ottica preventiva di riduzione del deterioramento cognitivo. L'azione si è articolata in uno spettacolo iniziale, rivolto alla comunità in generale, presso il Centro Servizi "Villa Prati" di Castel Ivano e in alcuni incontri successivi, in forma laboratoriale e in chiave intergenerazionale dedicati al racconto tra anziani e giovani delle tradizioni locali e del valore della memoria.
- ✓ *Azione 3: Dal corpo alla mente* La proposta mira a sensibilizzare ed educare la comunità ad uno stile di vita sano ed attivo al fine di favorire il mantenimento delle facoltà cognitive e ritardare l'insorgenza del deterioramento cognitivo e delle malattie collegate all'invecchiamento. Sono stati proposti tre percorsi: due in modalità da remoto, per un totale di 7 incontri da un'ora per ogni ciclo di ginnastica dolce con cadenza settimanale (in primavera e in autunno); il terzo percorso, nel periodo estivo, organizzato in presenza all'aperto per un totale di 7 incontri da un'ora a cadenza settimanale.
- ✓ *Azione 4: Tutto quello che posso* Si è organizzato un percorso, gestito da una terapeuta occupazionale e da una logopedista in collaborazione con il Servizio di riabilitazione territoriale e ospedaliera Bassa Valsugana e Tesino dell'APSS della Provincia Autonoma di Trento, che punta a ridurre lo stigma "nulla può essere fatto in caso di demenza" e a supportare la qualità di vita dei malati attraverso lo sviluppo di modelli di riferimento e schemi di comportamento efficaci. Durante gli incontri con le persone affette da demenza sono state proposte attività volte a sostenere la percezione della propria vita come significativa, il benessere psicologico, l'autostima e il senso di autoefficacia per ridurre o prevenire la sintomatologia depressiva o ansiosa associata alla demenza.
- ✓ *Azione 5: L'arte del confronto* L'azione ha visto la promozione sul territorio locale di spazi di benessere e spazi di riflessione sui temi quali la fragilità e la resilienza in continuità con quanto realizzato



nella progettazione del 2021 in collaborazione con alcune Biblioteche comunali del territorio, il Gruppo giovanile Up to 29 Again, il Gruppo di Lettura Sirio e l'Istituto di Istruzione A. Degasperì di Borgo Valsugana.

Attraverso la realizzazione di più attività a carattere artistico/culturale si è puntato a valorizzare e coinvolgere la comunità locale come soggetto educante che riflette sul valore della costruzione di percorsi intergenerazionali condivisi.

L'azione ha visto la realizzazione: di più laboratori sul territorio rivolti al target anziani e nonni-nipoti, gestiti dall'Area educazione e mediazione culturale del MART – Museo di arte moderna e contemporanea di Trento e Rovereto, e l'organizzazione di due percorsi di passeggiate in arte presso la sede del MART per pensionati del territorio e caregivers; di spazi di letture sul tema della resilienza/legame nonni-nipoti rivolti al territorio nonché di un percorso di confronto e riflessione con due classi dell'Istituto di Istruzione A. Degasperì sul tema della demenza.

- ✓ **Azione 6: Caffè Dibattito** Si sono proposti due incontri di Caffè Dibattito su tematiche di interesse, rivolto alla popolazione in generale con una particolare attenzione ai caregivers, come spazio che si fonda sull'accoglienza e l'ascolto. Un luogo d'incontro, per rompere l'isolamento consolidare il legame sociale di una comunità, l'aggregazione e la socializzazione.

Per il 2023 si prevede di promuovere alcune azioni progettuali per garantire continuità ai percorsi attivati e per rispondere con coerenza alle richieste dei partecipanti che hanno espresso il bisogno di mantenere spazi di sensibilizzazione sul tema delle demenze, di confronto e condivisione, così come contesti innovativi e creativi capaci di incentivare l'espressione di sé, il mantenimento del benessere nell'età anziana e il supporto ai caregivers nella cura dei propri familiari.

### **2.2.1 Programma di educazione motoria per anziani**

Con decreto del Commissario della Comunità Valsugana e Tesino n. 139 di data 12/08/2022, recante "Approvazione criteri per l'erogazione di contributi a sostegno di iniziative di educazione al movimento rivolte a pensionati ed anziani del territorio, con riferimento al periodo dal 01/10/2022 al 30/09/2023 si è inteso assicurare, tra i livelli aggiuntivi delle prestazioni, l'incentivazione allo svolgimento di attività di educazione al movimento da parte dei pensionati e degli anziani del territorio, tramite l'erogazione di un contributo finanziario ai soggetti organizzatori.

Il numero di ultra 65 anni iscritti all'attività motoria 2021 è stato di 33 persone, su un numero totale di 56 iscritti (59%).

A completamento dell'analisi delle risorse presenti sul territorio va evidenziato l'importante lavoro svolto da alcune realtà territoriali che offrono servizi alla popolazione anziana:

- circoli anziani e pensionati dislocati su tutto il territorio (17 complessivamente);
- Associazione Mano Amica di Borgo Valsugana che promuove a livello locale un volontariato socio-sanitario organizzato;
- AVULSS di Borgo Valsugana odv, che si propone di promuovere a livello locale un volontariato socio-sanitario organizzato;
- Valsugana solidale, che gestisce perlopiù la distribuzione di pacchi viveri;
- Croce Rossa Italiana, che promuove a livello locale un volontariato socio-sanitario organizzato
- Gruppo donne Grigno-Tezze, che promuove a livello locale un volontariato socio-sanitario organizzato;
- Fondazione Romani Sette Schmid di Borgo Valsugana che gestisce alloggi per persone anziane o in condizioni di fragilità sociale.



## 2.3 Interventi socio-sanitari di natura integrativa, a favore della domiciliarità

Le principali attività svolte in applicazione dell'art. 21 della Legge provinciale 23 luglio 2010, n. 16 "Tutela della salute in provincia di Trento" e delle successive disposizioni provinciali in materia di integrazione socio-sanitaria sono riassumibili nei seguenti punti:

- attività del Punto Unico di Accesso (PUA);
- Attività collegate alle Unità Valutative Multidisciplinari (UVM) area anziani;
- gestione del processo di valutazione ed erogazione dell'Assegno di cura secondo le più recenti disposizioni provinciali (Legge provinciale 15/2012);
- attività di Servizio Assistenza Domiciliare in ADI (Assistenza domiciliare integrata), ADI CP (cure palliative) e ADPD (per persone con demenza);
- attività dei Centri diurni per anziani (sito a Scurelle)
- attività presso l'APSP di Castello Tesino nella forma di PIC (presa in carico continuativa)
- sostegno ai processi connessi all'integrazione socio-sanitaria, anche oggetto di specifici obiettivi provinciali, quali le dimissioni protette a domicilio, le lungodegenze, l'hospice, le cure intermedie, ...).

In particolare assume rilievo il lavoro dell'Unità Valutativa Multidimensionale (UVM) che prevede una stretta sinergia tra personale infermieristico, medico e assistente sociale, al fine di individuare, nell'ambito delle risorse disponibili, quali siano gli interventi che meglio rispondono alle effettive esigenze della persona.

L'accesso ai Centri diurni anziani, l'assistenza domiciliare di carattere socio-sanitario (ADI e ADI cure palliative) e per persone con demenza (ADPD), l'inserimento nelle Residenze Sanitarie Assistenziali, sono tutti interventi subordinati alla valutazione dell'Unità Valutativa Multidisciplinare, che tiene in questo modo in adeguata considerazione tutti gli aspetti della salute della persona.

### 2.3.a PUA (Punto Unico di Accesso)

Il Punto Unico di Accesso (PUA) promuove l'integrazione sociosanitaria dei Servizi finalizzata a soddisfare i bisogni di salute della persona intesa nella sua globalità, adottando moduli organizzativi integrati con i Servizi sociali diretti all'orientamento e alla presa in carico dei bisogni del cittadino.

Le sue funzioni si collocano su due diversi livelli:

#### a) Accoglienza, informazione, orientamento

E' il luogo dove il cittadino e l'operatore (sociale, sanitario, educativo, etc.) possono ricevere informazioni e orientamento in maniera qualificata, semplificando l'accesso alla rete integrata dei servizi sanitari e sociali:

- accoglienza e ascolto (adozione di una scheda di accoglienza standard e informatizzata);



- informazioni sui Servizi sanitari e sociali e sulle modalità di attivazione;
- valutazione del caso segnalato (risoluzione casi semplici e orientamento verso i servizi competenti o attivazione dell'Unità di valutazione multidisciplinare)

b) **Valutazione, accompagnamento, monitoraggio**

E' il luogo dove avviene la valutazione e garantita la successiva presa in carico della persona con un bisogno complesso che necessita contestualmente, o in maniera coordinata, di interventi sanitari e sociali:

- attivazione dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (individuazione dei percorsi assistenziali, del piano assistenziale individualizzato, del responsabile del caso);
- monitoraggio periodico del caso e valutazione degli esiti.

Il Punto unico si colloca a servizio delle persone, adulti e minori di età, con bisogni sociosanitari complessi, in situazioni di fragilità, tali da richiedere l'intervento strutturato, coordinato e sinergico di più servizi, professionalità, interventi.

Il PUA è un servizio che si rivolge a:

- tutti i cittadini in situazione di fragilità che richiedono una presa in carico integrata sociale e sanitaria anche a causa delle condizioni di marginalità ed esclusione sociale;
- anziani non autosufficienti, persone affette da disabilità (fisiche e psichiche) o con gravi patologie croniche e invalidanti;
- persone dipendenti da sostanze di abuso o con problemi di salute mentale e loro famigliari;
- bambini e adolescenti in precarie o traumatiche situazioni familiari, vittime di maltrattamenti e abusi, con disagio psichico anche al fine di tutelare la salute mentale in età evolutiva.

Con riferimento alla Comunità Valsugana e Tesino, nel triennio 2019-2021, sono stati registrati i seguenti dati (si ritiene di prendere quale riferimento il triennio, in quanto il dato del 2021 risulta fortemente condizionato dall'evento pandemico):

TIPOLOGIA PRESTAZIONE	2019	2020	2021
Accessi al PUA da parte di ultra 65enni	346	208	259

**2.3.b UVM (Unità Valutativa Multidisciplinare)**

L'accesso alle Residenze Sanitarie Assistenziali, ai centri diurni anziani, Alzheimer e per disabili, a forme di assistenza domiciliare di carattere sociosanitario, assistenza domiciliare integrata (ADI e ADI cure palliative), comprensiva di interventi di supporto domiciliare (SAD), assistenza domiciliare per persone con demenza (ADPD) e altri interventi sono subordinati alla valutazione dell'Unità Valutativa Multidisciplinare.

La valutazione, a cui partecipano anche il medico o il pediatra di famiglia e l'assistente sociale della zona di residenza, ha il fine di individuare, nell'ambito delle risorse disponibili, quali siano gli interventi che meglio rispondono alle effettive esigenze della persona.

Per accedere alla valutazione da parte dell'UVM è necessario che il medico di base, un servizio sociale, uno specialista ospedaliero o altri professionisti inoltrino specifica segnalazione al punto unico di accesso PUA.



Con riferimento alla Comunità Valsugana e Tesino, nel triennio 2019-2021, sono stati registrati i seguenti dati (si ritiene di prendere quale riferimento il triennio, in quanto il dato del 2021 risulta fortemente condizionato dall'evento pandemico):

TIPOLOGIA PRESTAZIONE	2019	2020	2021
Numero valutazioni UVM a favore di ultra 65enni	321	231	273

### ATTIVITA' UVM BASSA VALSUGANA 2019-2020-2021

	2019	2020	2021
Numero valutazioni UVM a favore di ultra 65enni	321	231	273
Accessi al PUA da parte di ultra 65enni	346	208	259
Numero valutazioni ai fini dell'Assegno di Cura a favore di ultra 65enni	81	81	66

CD SCURELLE ultra 65enni	Maschi	Femmine
2019	2	6
2020	2	4
2021	6	6

CD CASTELLO ultra 65enni	Maschi	Femmine
2019	0	0
2020	0	0
2021	0	0

	2019	2020	2021
ADPD ultra 65enni	5	2	3

ADI ultra 65enni	35	64	60
------------------	----	----	----

ADI CP ultra 65enni	65	80	67
---------------------	----	----	----

ORE SAD BASSA VALSUGANA				TOTALE
	ADI	ADI CP	ADPD	
2019	4265,25	2036	650	6951,25
2020	2309,75	2410,75	1584,75	6305,25
2021	3503,25	1683,25	3485,75	8672,25



### **2.3.c Assegno di cura**

La Legge provinciale 24 luglio 2012, n. 15, per favorire la permanenza a domicilio di persone non autosufficienti, ha istituito un beneficio economico (assegno di cura) in misura correlata al bisogno assistenziale e alle condizioni economiche del nucleo familiare.

L'assegno di cura è una prestazione assistenziale che viene erogata per favorire la permanenza delle persone non autosufficienti nel proprio domicilio ed integra l'indennità di accompagnamento.

Il valore dell'assegno di cura dipende dal grado di non autosufficienza della persona (quattro livelli di gravità) e dal requisito di condizione economica (ICEF).

Le modalità di utilizzo dell'assegno di cura sono legate obbligatoriamente all'assistenza alla persona non autosufficiente.

L'assegno di cura può essere speso nei seguenti modi:

- per contribuire a sostenere le spese per un assistente familiare (c.d. badante);
- per l'acquisto di servizi assistenziali presso soggetti accreditati (ad esempio per assicurare alla persona non autosufficiente servizi di assistenza domiciliare);
- per compensare l'assistenza prestata da un familiare – coniuge, convivente, parenti fino al 3° grado, affini fino al 2° – alla persona non autosufficiente (specifica dei familiari in allegato). In questo caso saranno formalizzati gli interventi assistenziali e la frequenza dell'impegno della persona che presta l'assistenza;
- per contribuire a pagare la compartecipazione ai servizi assistenziali pubblici a sostegno della permanenza a domicilio.

Le spese sostenute per l'assistenza devono essere documentate e rimanere a disposizione per le verifiche previste.

Con riferimento alla Comunità Valsugana e Tesino, nel triennio 2019-2021, sono stati registrati i seguenti dati (si ritiene di prendere quale riferimento il triennio, in quanto il dato del 2021 risulta fortemente condizionato dall'evento pandemico):

TIPOLOGIA PRESTAZIONE	2019	2020	2021
Numero valutazioni ai fini dell'Assegno di cura a favore di ultra 65enni	81	81	66

### **2.3.d. Assistenza domiciliare integrata (ADI)**

Le cure domiciliari costituiscono un insieme di attività mediche, infermieristiche e socio-assistenziali integrate fra loro, per la cura della persona nella propria casa. In questo modo la persona in cura può mantenere il legame con le proprie cose, le abitudini e le persone che le sono care.

Le cure a domicilio richiedono un contesto familiare di supporto alla persona ammalata, eventualmente con l'integrazione dei servizi sociali e del volontariato. Sono indispensabili inoltre il consenso della persona interessata e la disponibilità del medico curante.



L'educazione terapeutica e l'addestramento delle persone interessate, dei familiari e di altre persone che si occupano dell'assistenza sono a fondamento delle cure domiciliari: sarà quindi richiesto agli stessi il coinvolgimento nella gestione delle cure.

La casa della persona deve essere idonea per svolgere adeguatamente le attività di cura ed igiene.

Le persone che ne sono in grado possono recarsi presso gli ambulatori infermieristici.

Il medico o il pediatra di famiglia, i professionisti ospedalieri sono il riferimento per attivare le varie forme di assistenza domiciliare. Per gli interventi occasionali dell'infermiere a domicilio e per effettuare prestazioni presso l'ambulatorio infermieristico è necessaria la prescrizione del medico curante. Per maggiori informazioni si veda il link a fondo pagina.

**L'assistenza domiciliare programmata** è un programma di assistenza continuativo attuato dal medico o pediatra di famiglia e/o dall'infermiere e indicato per pazienti che non sono in grado di recarsi all'ambulatorio.

**L'assistenza domiciliare integrata (ADI)** è una forma assistenziale finalizzata al mantenimento al domicilio di persone con bisogni sanitari complessi. Questa forma di assistenza, prevista dalla convenzione dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta, viene attivata anche su proposta dell'ospedale. Richiede un programma di assistenza integrato tra le diverse figure professionali, medico o pediatra di famiglia, infermiere, eventualmente dell'assistente sociale e domiciliare, e, a giudizio del medico curante, di specialisti per valutare problemi di particolare complessità. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta è il responsabile clinico di tale forma assistenziale.

Con riferimento alla Comunità Valsugana e Tesino, nel triennio 2019-2021, sono stati registrati i seguenti dati (si ritiene di prendere quale riferimento il triennio, in quanto il dato del 2021 risulta fortemente condizionato dall'evento pandemico):

TIPOLOGIA PRESTAZIONE	2019	2020	2021
Numero attivazioni di ADI a favore di ultra 65enni	35	64	60

### **2.3.e. Assistenza domiciliare integrata e cure palliative (ADI CP)**

Il **Servizio Assistenza Domiciliare Integrata Cure Palliative (ADI-CP)** rappresenta una forma assistenziale dedicata a persone con malattie cronico-degenerative o neoplastiche in fase avanzata. Obiettivo dell'assistenza è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per la persona al proprio domicilio, mediante il controllo del dolore e degli altri sintomi legati alla malattia, nonché il sostegno della famiglia.

Questo servizio può essere integrato con prestazioni erogate dal Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) della Comunità Valsugana e Tesino.

Con riferimento alla Comunità Valsugana e Tesino, nel triennio 2019-2021, sono stati registrati i seguenti dati (si ritiene di prendere quale riferimento il triennio, in quanto il dato del 2021 risulta fortemente condizionato dall'evento pandemico):

TIPOLOGIA PRESTAZIONE	2019	2020	2021
-----------------------	------	------	------



Numero attivazioni di ADI CP a favore di ultra 65enni	65	80	67
---	----	----	----

### **2.3.f. Assistenza domiciliare per persone con demenza (ADPD)**

L'**assistenza domiciliare per persone con demenza (ADPD)** è una forma assistenziale rivolta a persone affette da demenza moderata-severa, con disturbi del comportamento, in presenza di una rete familiare orientata al mantenimento a domicilio della persona. Fanno parte di questo tipo di servizio un aiuto alla famiglia nelle attività quotidiane di assistenza mirato ai bisogni della persona con demenza, interventi di stimolazione cognitiva e motoria se indicati, supporto psicologico e affiancamento di eventuali assistenti familiari per aumentare le loro competenze.

Per le tipologie assistenziali più complesse è necessaria l'attivazione dell'Unità di valutazione multidisciplinare (UVM).

Con riferimento alla Comunità Valsugana e Tesino, nel triennio 2019-2021, sono stati registrati i seguenti dati (si ritiene di prendere quale riferimento il triennio, in quanto il dato del 2021 risulta fortemente condizionato dall'evento pandemico):

TIPOLOGIA PRESTAZIONE	2019	2020	2021
Numero attivazioni di ADPD a favore di ultra 65enni	5	2	3

### **2.3.g Centri diurni per anziani**

Sono strutture di tipo semiresidenziale destinate ad ospitare anziani o adulti non autosufficienti o parzialmente autosufficienti per promuovere occasioni di attività e rapporti con altre persone in spazi protetti, sostenendo e salvaguardando al contempo il legame con la loro famiglia e la permanenza al domicilio.

Sul territorio della Comunità sono attivi due Centri diurni: uno a Scurelle (gestito dall'APSP "S. Lorenzo e S. Maria della Misericordia" di Borgo Valsugana).

E' inoltre attivo un Centro nella forma di PIC (presa in carico continuativa) presso l'APSP "Suor Agnese" di Castello Tesino.

Questo servizio permette alle famiglie di essere sostenute in modo importante nell'assistenza alle persone anziane, posticipando per quanto possibile l'inserimento residenziale.

Con riferimento alla Comunità Valsugana e Tesino, nel triennio 2019-2021, sono stati registrati i seguenti dati (si ritiene di prendere quale riferimento il triennio, in quanto il dato del 2021 risulta fortemente condizionato dall'evento pandemico):



<b>NUMERO ATTIVAZIONI CENTRO DIURNO SCURELLE A FAVORE DI ULTRA 65ENNI</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>
Anno 2019	2	6
Anno 2020	2	4
Anno 2021	6	6

<b>NUMERO ATTIVAZIONI CENTRO CASTELLO TESINO A FAVORE DI ULTRA 65ENNI</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>
Anno 2019	0	0
Anno 2020	0	0
Anno 2021	0	0



## 2.4 Interventi socio-sanitari di natura residenziale

Nella Comunità operano sei APSP dislocate in maniera omogenea sul territorio, come di seguito riportato in tabella.

Denominazione	Descrizione e servizi	Dove si trova
APSP San Lorenzo e Santa Maria della Misericordia	Residenza Sanitaria Assistenziale Casa di Soggiorno per Anziani	Borgo Valsugana
APSP Suor Agnese	Residenza Sanitaria Assistenziale Casa di Soggiorno per Anziani Sollevio	Castello Tesino
APSP Casa di Soggiorno Suor Filippina	Residenza Sanitaria Assistenziale Casa di Soggiorno per Anziani	Grigno
APSP Piccolo Spedale	Residenza Sanitaria Assistenziale Casa di Soggiorno per Anziani	Pieve Tesino
APSP San Giuseppe	Residenza Sanitaria Assistenziale Casa di Soggiorno per Anziani	Roncegno Terme
APSP Redenta Floriani	Residenza Sanitaria Assistenziale Casa di Soggiorno per Anziani Sollevio	Strigno

Le 6 Aziende Pubbliche per i Servizi alla Persona (APSP) si occupano di gestire le altrettante Residenze Sanitarie Assistenziali, le quali istituite ai sensi della LP 6/1998 rappresentano strutture dove sono erogati in forma residenziale i servizi socio-sanitari ad elevata integrazione sanitaria.

Le APSP rappresentano una risorsa importante per l'assistenza alle persone non autosufficienti che necessitano di assistenza socio-sanitaria e sono dislocate in maniera capillare nel territorio della Valsugana e Tesino.

Esse dispongono di diversi servizi: posti per autosufficienti e non, nuclei dedicati alle persone che convivono con le demenze, case di soggiorno per gli anziani autosufficienti.

Accanto alle persone inserite stabilmente, alcuni posti sono dedicati a periodi di sollievo o disponibili sul libero mercato. I posti a sollievo solitamente coprono periodi di 4 settimane.



I dati relativi all'ultimo triennio sono i seguenti:

**INSERIMENTI ULTRA 65ENNI RSA BASSA VALSUGANA 2019-2020-2021**

		2019		2020		2021	
		TOTALE		TOTALE		TOTALE	
RSA di Borgo Valsugana	P.L. RSA Base (UVM)	17	<b>25</b>	15	<b>18</b>	45	<b>54</b>
	P.L. RSA Nucleo sanitario (UVM)	8		3		2	
	P.L. RSA Nucleo demenze (UVM APSS)	0		0		7	
RSA di Castello Tesino	P.L. RSA Base (UVM)	30	<b>41</b>	15	<b>23</b>	19	<b>23</b>
	P.L. RSA Sollievo (UVM fino a 60 gg)	11		8		2	
	P.L. RSA Sollievo STRAORDINARIO	-		-		2	
RSA di Grigno	P.L. RSA Base (UVM)	18	<b>18</b>	21	<b>21</b>	37	<b>44</b>
	P.L. RSA Sollievo STRAORDINARIO	-		-		3	
	P.L. RSA Temporaneo	-		-		4	
RSA di Roncegno	P.L. RSA Base (UVM)	11	<b>11</b>	18	<b>18</b>	24	<b>24</b>
RSA di Strigno	P.L. RSA Base (UVM)	55	<b>76</b>	23	<b>26</b>	37	<b>50</b>
	P.L. RSA Nucleo demenze (UVM APSS)	9		2		4	
	P.L. RSA Sollievo (UVM fino a 60 gg)	12		1		5	
	P.L. RSA Sollievo STRAORDINARIO	-		-		3	
	P.L. RSA Temporaneo	-		-		1	
RSA Pieve di Tesino	P.L. RSA Base (UVM)	21	<b>28</b>	23	<b>24</b>	40	<b>44</b>
	P.L. RSA Sollievo (UVM fino a 60 gg)	7		1		2	
	P.L. RSA Sollievo STRAORDINARIO	-		-		2	
<b>TOTALE INSERIMENTI RSA BASSA VALSUGANA 65ENNI</b>		199	<b>199</b>	130	<b>130</b>	239	<b>239</b>





Piazzetta Ceschi, 1 - 38051 Borgo Valsugana (TN)  
Tel. 0461 755555 - fax 0461 755592  
P. IVA 02189180223 - C.F. 90014590229  
www.comunitavalsuganaetesino.it  
comunita@pec.comunita.valsuganaetesino.tn.it

### 3. MAPPATURA DEI BISOGNI

Richiamando qui quanto in parte già evidenziato sopra, ad oggi i bisogni che la popolazione anziana sembra maggiormente emergere sono i seguenti, per i quali poi si rimanda anche alle azioni prioritarie specifiche riportate.

Il Servizio sociale ha un ruolo cruciale nell'intercettare i bisogni del territorio: basti pensare che nel 2021 il numero di ultra 65enni che si sono rivolti al nostro Servizio sono stati ben 545. La metà di questi ha usufruito dei diversi servizi a domicilio della Comunità: il 50% ha un'età compresa tra gli 80 e gli 89 e più del 20% sono ultra novantenni.

Il servizio domiciliare viene erogato, sia attraverso OSS della Comunità, sia tramite operatori della cooperativa VALES. Nel 2021 si sono assistite a domicilio 134 persone: la cooperativa ha erogato oltre 20.500 ore di assistenza, alle quali si aggiungono più di 5.500 ore della Comunità. Questo servizio offre sia un'assistenza diretta alla persona (igiene personale, bagno, ...) sia la cura della casa, oltre che un importante supporto relazionale, soprattutto a favore delle persone che vivono sole (ben oltre la metà rispetto al totale), senza rete di supporto e quindi più esposte a rischi.

Nel corso del tempo il servizio, anche in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione, è sempre più richiesto, tanto che le ore erogate aumentano costantemente di anno in anno. Un servizio sicuramente apprezzato e molto richiesto è anche quello dei pasti a domicilio, che prevede non solo la consegna, ma anche lo scodellamento, un momento in cui l'operatore si relaziona con la persona e contribuisce a monitorarne la situazione, anche al fine di attivare eventualmente altri servizi a supporto.

Nel 2021 sono stati consegnati oltre 27.000 pasti a 155 richiedenti. Un forte aumento delle consegne era coinciso con la pandemia ed il *lockdown*, e si è mantenuto poi stabile per tutto il 2021, con il picco massimo di oltre 2.400 consegne effettuate a marzo.

Se nel servizio domiciliare il numero delle donne supera quello degli uomini, per i pasti vi è un capovolgimento, in quanto ad usufruirne sono soprattutto uomini, così come il servizio di lavanderia a domicilio, dove si arriva al 100% di soli uomini.

Il servizio prevede il ritiro a domicilio della biancheria sporca e la consegna di quella pulita o, se necessario, presso centri e ospedale della zona nei casi più specifici.

Nel 2021 sono stati registrati 315 accessi per un totale di 10 richiedenti.

Vi è infine il servizio di telesoccorso e telecontrollo, del quale nel 2021 hanno usufruito 29 persone e che in caso di necessità permette di comunicare in viva voce con l'operatore che può intervenire rapidamente in aiuto attivando, se necessario, i soccorsi idonei (familiari, Medico di famiglia, Guardia Medica, ambulanza, forze dell'ordine, ecc...). Per una persona che vive sola però non è necessario soltanto l'intervento in caso di incidente o di malore. È molto importante il contatto umano con persone specializzate nell'ascolto.

Come Funziona? L'operatore è a disposizione per ascoltare, accogliere e fornire un aiuto sicuro e personalizzato. Il Servizio è erogato in collaborazione con la Comunità della Vallagarina.





Piazzetta Ceschi, 1 - 38051 Borgo Valsugana (TN)  
Tel. 0461 755555 - fax 0461 755592  
P. IVA 02189180223 - C.F. 90014590229  
[www.comunitavalsuganaetesino.it](http://www.comunitavalsuganaetesino.it)  
[comunita@pec.comunita.valsuganaetesino.tn.it](mailto:comunita@pec.comunita.valsuganaetesino.tn.it)

---

Dai dati sopra riportati si vede come nel contesto della Comunità Valsugana e Tesino il servizio di pasti a domicilio abbia consentito nel tempo di soddisfare efficacemente il principale bisogno degli anziani di avere una dieta equilibrata, compensando in parte anche la difficoltà di uscire e fare la spesa per le persone con maggiori difficoltà di movimento.

Ciò aveva determinato anche una minor richiesta di interventi di assistenza domiciliare, che progressivamente sta invece ora aumentando.

Negli anni il servizio di lavanderia si è invece via via ridotto ed è ora, come evidenziato sopra, ridotto solo ad alcuni casi per i quali non vi è la possibilità di soddisfare il bisogno in maniera alternativa. Si tratta perlopiù di uomini che vivono soli che, per motivi diversi, non riescono ad assolvere autonomamente a questa necessità. Il servizio è garantito anche alle persone che effettuano il bagno/doccia presso i Centri di servizi.



#### 4. MAPPATURA DELLE RETI

ENTE/SOGGETTO	FREQUENZA (rispondere con la scala: 1: mai, 2: raramente, 3: qualche volta, 4: spesso, 5: molto spesso)	OCCASIONI DI CONFRONTO/COLLABORAZIONE	ALTRO (opzionale)
Avulss OdV Borgo Valsugana	Molto spesso	Progetti Una Comunità amica delle persone con demenza, Curalnsieme e interventi specifici di Servizio sociale, pianificazione sociale.	
Gruppo Caregivers AMA Grigno	Spesso	Progetti Una Comunità amica delle persone con demenza, Curalnsieme e AdS, pianificazione sociale.	
Gruppo Donne Grigno-Tezze	Spesso	Progetti Una Comunità amica delle persone con demenza e Curalnsieme, pianificazione sociale.	
APSP Borgo Valsugana	Qualche volta	Progetto AdS, interventi specifici di Servizio sociale. Pianificazione sociale.	
APSP Roncegno Terme	Qualche volta	Progetto AdS, interventi specifici di Servizio sociale. Pianificazione sociale.	
APSP Castel Ivano	Qualche volta	Progetto AdS, interventi specifici di Servizio sociale. Pianificazione sociale.	
APSP Castello Tesino	Qualche volta	Progetto AdS, interventi specifici di Servizio sociale. Pianificazione sociale.	
APSP Pieve Tesino	Qualche volta	Progetto AdS, interventi specifici di Servizio sociale. Pianificazione sociale.	
APSP Grigno	Qualche volta	Progetto AdS, interventi specifici di Servizio sociale. Pianificazione sociale.	
Fondazione Romani Sette Schmid Borgo Valsugana	Spesso	Progetti Una Comunità amica delle persone con demenza e interventi specifici di Servizio sociale. Pianificazione sociale.	
VALES SCS	Molto spesso	Progetti Una Comunità amica delle persone con demenza e Curalnsieme, Centro servizi. Pianificazione sociale.	
Servizio trasporti Infermi del Tesino	Mai/raramente	Su situazioni specifiche.	
CRI Unità territoriale Bassa Valsugana	Mai/raramente	Su situazioni specifiche.	
Avulss Strigno	Mai		(non sappiamo se ancora attiva)
Associazione	Qualche volta	Pianificazione sociale e interventi specifici di Servizio	





Piazzetta Ceschi, 1 - 38051 Borgo Valsugana (TN)  
Tel. 0461 755555 - fax 0461 755592  
P. IVA 02189180223 - C.F. 90014590229  
[www.comunitavalsuganaetesino.it](http://www.comunitavalsuganaetesino.it)  
[comunita@pec.comunita.valsuganaetesino.tn.it](mailto:comunita@pec.comunita.valsuganaetesino.tn.it)

Accoglienza Mano Amica Borgo Valsugana		sociale.	
Valsugana Solidale	Qualche volta	Interventi specifici di Servizio sociale.	
Circoli pensioni del territorio	Raramente	Progettazione Una Comunità amica delle persone con demenza.	
Università della terza età e del tempo disponibile	Mai		
Gruppo AdS AMA	Qualche volta	Progettazione AdS. Pianificazione sociale.	





Piazzetta Ceschi, 1 - 38051 Borgo Valsugana (TN)  
Tel. 0461 755555 - fax 0461 755592  
P. IVA 02189180223 - C.F. 90014590229  
www.comunitavalsuganaetesino.it  
comunita@pec.comunita.valsuganaetesino.tn.it

## 5. MODELLO ORGANIZZATIVO

L'avvio dell'attività di Spazio Argento sul territorio della Comunità Valsugana e Tesino, rappresenterà l'ulteriore evoluzione di un assetto organizzativo del Servizio sociale che già nel tempo – a più riprese - era stato modificato, al fine di tener conto e dare risposte sempre più mirate e specialistiche ai bisogni emergenti della popolazione.

Una riorganizzazione era avvenuta a partire dall'anno 2006 e successivamente si sono adottate delle ulteriori misure organizzative modificative, dapprima con provvedimento della Giunta della Comunità n. 92 di data 12/05/2015, con il quale era stato approvato il "Progetto di riorganizzazione del Servizio sociale", con ulteriori revisioni nel 2017 e nel 2018.

In particolare, per quanto riguarda l'area Anziani, si è via via adottato nel tempo un modulo organizzativo che consentisse una maggior specializzazione rispetto ai servizi rivolti agli anziani, non solo garantendo, ma dando un forte impulso all'integrazione sociosanitaria.

Ciò è avvenuto individuando delle Assistenti sociali che si occupassero dell'area Anziani come Servizio sociale territoriale, Servizi di Assistenza Domiciliare e Centri di Servizi ed una Assistente sociale referente in particolare per l'area integrazione sociosanitaria (PUA, UVM, Consultorio).

Anche a fronte dei bisogni della popolazione anziana, che appaiono in costante evoluzione ed in forte crescita, il recepimento delle *Linee di indirizzo per l'attivazione di Spazio Argento* anche sul territorio della Comunità Valsugana e Tesino potrà indubbiamente introdurre degli elementi di innovazione, che consentiranno auspicabilmente un'ulteriore ottimizzazione delle risorse finanziarie, umane e strutturali e soprattutto delle risposte a favore di questa specifica fascia di popolazione.

Attualmente i Servizi assicurati dalla Comunità Valsugana e Tesino alla popolazione tramite il Settore socio-assistenziale si collocano in un'ottica di filiera, che segue un processo – pur con tutti i dovuti distinguo – che va da una prima analisi del bisogno sociale – socioassistenziale della persona, all'attivazione di tutti quelli che sono i servizi a favore della domiciliarità (servizio di assistenza domiciliare, servizio di pasto a domicilio, servizio di lavanderia, servizio di telesoccorso/telecontrollo, accesso ai centri di servizi per anziani, ...), via via fino alla valutazione dei bisogni sociosanitari complessi, che avviene in UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) per l'accesso a servizi a più elevata intensità (assistenza domiciliare integrata – ADI/ADI CP, centri diurni anziani, ...), per arrivare infine all'ingresso in RSA.

Indubbiamente l'individuazione di un operatore che ha lavorato in stretto raccordo con l'ambito sanitario ha contribuito a rafforzare notevolmente quello che è l'obiettivo a tendere di una sempre maggiore integrazione socio-sanitaria, tuttavia si ritiene che Spazio Argento possa dare un ulteriore impulso anche ad un modo nuovo di approcciarsi al tema del supporto all'anziano in una logica di rete allargata, nella quale dovranno via via entrare sempre più anche altri Servizi e soggetti, in particolare il Terzo e Quarto settore.

Spazio Argento si porrà quindi in piena continuità con il processo di costante strutturazione dei Servizi sociali su base territoriale e in ottica di filiera, ma al contempo dovrà poter avere uno sguardo più ampio ed innovativo nel panorama dei Servizi offerti ai cittadini, con un raccordo molto forte con gli altri soggetti della rete territoriale.

In particolare ciò avverrà anche facendo afferire a Spazio Argento (per brevità SA) quei progetti di prevenzione e promozione sociale come Curainsieme e quelli finanziati dalla Provincia mediante il bando per le demenze, che negli ultimi anni hanno determinato e favorito progressivamente il costituirsi di una rete estremamente



valida e funzionale con il volontariato e con altri soggetti ed Enti territoriali (Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze di Borgo Valsugana – Servizio di riabilitazione territoriale e ospedaliera Bassa Valsugana e Tesino – PUA di Borgo Valsugana - Comuni di Borgo Valsugana, Castel Ivano, Castello Tesino, Grigno, Roncegno Terme e Telve – Biblioteche comunali di Borgo Valsugana, Castel Ivano, Catello Tesino, Grigno, Roncegno Terme e Telve – VALES S.C.S. – AVULSS OdV di Borgo Valsugana – Fondazione Romani Sette Schmid di Borgo Valsugana – Istituto d’Istruzione A. Degasperis di Borgo Valsugana – Gruppo Donne Grigno-Tezze – Gruppo AMA *caregivers*, di Grigno – Gruppo giovanile Up To 29 Again – Opera Armida Barelli - ....).

Nondimeno sarà importante inserire in questa logica integrata anche progetti come quello che favorisce la diffusione della conoscenza della figura dell’Amministratore di sostegno su tutto il territorio provinciale.

L’introduzione della figura dell’educatore punta in particolare proprio a questo, ad ampliare il lavoro sulle reti territoriali, in ottica inclusiva e di prevenzione e promozione sociale.

Per quanto attiene al Servizio sociale professionale, l’organizzazione di SA consentirà di mantenere e di favorire ulteriormente l’acquisizione e la diffusione di competenze e soprattutto la capacità di dare delle risposte mirate ai cittadini, in un’ottica di forte collegamento non solo con l’area dell’integrazione socio-sanitaria, ma con tutta la rete più ampia, che comprende non solo il Pubblico, ma anche le cooperative di servizi, il volontariato e la rete più ampia dei soggetti che a vario titolo possono avere a che fare con l’anziano.

La sperimentazione attuata con la messa a disposizione di personale che operi in stretto raccordo con la Sanità ha consentito indubbiamente di rendere maggiormente fluidi i processi operativi, l’interoperabilità dei dati e la condivisione delle conoscenze, d’altro canto con l’avvento di SA si ritiene fondamentale costituire una équipe fortemente interconnessa, che consenta l’estensione di un sapere diffuso tra diverse figure professionali, in modo tale che anche in caso di assenze, il Servizio possa procedere senza soluzione di continuità e con la garanzia di omogeneità e del medesimo livello di prestazione a favore del cittadino.

L’ottica sarà dunque indubbiamente di valorizzazione e consolidamento dei risultati positivi raggiunti finora, senza tuttavia fermarsi allo *status quo*, presumendo che vi siano sempre ambiti di miglioramento ed efficientamento possibili, sia in termini di processi organizzativi e di sistema, sia in termini di risposte ai nuovi bisogni emergenti o ancora scoperti.

Come peraltro cita la Legge provinciale 27 Luglio 2007, n. 13 *“Politiche sociali nella provincia di Trento”*, ed in particolare l’art. 16 (*Presa in carico unitaria e responsabile del caso*) va riconosciuto il diritto della persona alla valutazione unitaria dello stato di bisogno, nonché il diritto ad una risposta unitaria. Al comma 2. del medesimo articolo la legge prevede che *“Per i fini del comma 1 i servizi sociali degli enti locali effettuano la presa in carico unitaria, individuando nella figura professionale di riferimento il responsabile del caso”*.

Il comma 3. infine parla del progetto individualizzato, che *“è finalizzato a definire il percorso idoneo a contrastare e, ove possibile, rimuovere le condizioni che determinano lo stato di bisogno, assicurando l’accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa degli interventi da realizzare in modo integrato e coordinato con le azioni previste da altre politiche di settore. Tale progetto prevede prioritariamente l’attivazione di interventi di natura non economica”*.

Il presente progetto ha quindi lo scopo di definire come, a partire dall’attuale assetto, si andrà a delineare il nuovo modulo organizzativo di SA.

Per quanto riguarda la durata del presente progetto, si ritiene che esso debba avere un carattere necessariamente sperimentale, nella piena consapevolezza che i processi di cambiamento necessiteranno di un arco temporale più lungo; l’obiettivo è quello di un monitoraggio stretto e costante dell’evoluzione del modello organizzativo verso quello che sarà l’obiettivo a tendere di una completa ed efficiente messa a regime del modello di SA anche sul nostro territorio, con possibilità di apportare tutti i necessari correttivi.



Come detto, il progetto potrà essere modificato/integrato/aggiornato ove necessario, dandone tempestiva comunicazione al Dipartimento Salute e politiche sociali.

E' comunque di tutta evidenza che questo è solo lo *step* iniziale di un percorso che andrà curato in tutti i dettagli e che porterà nel medio-lungo periodo al consolidamento di un modello innovativo e che - si auspica - saprà dare risposte unitarie e il più complete possibili al fruitore dei Servizi, con un cambio totale di paradigma: non dovrà più essere la persona/famiglia a recarsi da più Servizi per cercare le risposte ai propri bisogni, ma dovranno essere i Servizi ad agire in ottica integrata e multiprofessionale, per fornire questa risposta.

Spazio Argento, nella fase di sperimentazione ha assunto una dimensione territoriale specifica, individuata nei tre territori che hanno avviato la sperimentazione.

Nella prospettiva indicata dalla Provincia di estendere a tutto il territorio provinciale il modulo organizzativo di Spazio Argento a partire dal gennaio 2023 si prospetta una geometria molto più allargata dello stesso e che viene declinata in tre livelli di *governance*:

- un livello provinciale nel quale opera il Tavolo Tecnico Provinciale;
- un livello intermedio nell'ambito del quale opera la Cabina di Regia, coincidente con l'ambito rappresentato da più Comunità, e nel nostro caso da Comunità di Primiero, Bassa Valsugana e Tesino e Alta Valsugana e Bersntol;
- un livello locale nell'ambito del quale opera l'equipe di Spazio Argento.

Richiamate le funzioni di Spazio Argento come un fondamentale organo di presidio e raccordo sociale, assistenziale e sanitario di tutta la rete complessiva di Servizi ed interventi a sostegno della popolazione anziana, delle famiglie e dei *caregivers* ed alla luce delle esperienze condotte nella sperimentazione, si ritiene strategico che il modello organizzativo che si andrà a concretizzare si costruisca sulle finalità di integrazione tra gli ambiti sociali, assistenziali, socio-sanitari e sanitari, sulla valorizzazione delle differenze territoriali e sul miglioramento della qualità della vita della popolazione anziana, delle famiglie e dei *caregivers*.

Andiamo però adesso a vedere quali saranno i soggetti del Sistema Spazio Argento:

1. **CABINA DI REGIA:** la **funzione di governance** a livello territoriale è stata affidata alla "**Cabina di Regia**" quale tavolo di lavoro permanente, formato dai referenti delle principali istituzioni del territorio (Comunità, APSS, APSP locali) con un ruolo di orientamento e condivisione degli obiettivi e dei progetti e per la definizione delle azioni da concretizzare attraverso l'equipe di Spazio Argento.
2. **ÉQUIPE DI SPAZIO ARGENTO:** avrà funzioni di gestione operativa, comunicazione, segretariato sociale e presa in carico integrata.  
La stessa sarà composta da:
  - un **Referente tecnico-organizzativo (RTO)** con funzioni di coordinamento dell'equipe di SA, con qualifica di "Assistente sociale" - in questa fase preliminare e di prima sperimentazione, la funzione di Referente Tecnico-Organizzativo (RTO) dell'Equipe di Spazio Argento verrà assunta da parte del Responsabile del Settore socio-assistenziale, fatta salva la possibilità da parte dello stesso di individuare successivamente per tale funzione un'Assistente sociale del Servizio;
  - più **Assistenti sociali** per le funzioni integrate di PUA anziani, valutazione (anche UVM), presa in carico ed intercettazione precoce delle condizioni di fragilità dell'anziano;
  - 2 **Educatori** con funzione di promozione reti, lavoro di comunità, progetti di prevenzione, promozione, inclusione sociale;
  - 1 **Infermiere del Distretto APSS** in accordo/convenzione tra APSS e Comunità, per la valutazione e presa in carico integrata;





Piazzetta Ceschi, 1 - 38051 Borgo Valsugana (TN)  
Tel. 0461 755555 - fax 0461 755592  
P. IVA 02189180223 - C.F. 90014590229  
www.comunitavalsuganaetesino.it  
comunita@pec.comunita.valsuganaetesino.tn.it

- **1 amministrativo/OSS della Comunità** per funzioni di accoglienza, segreteria organizzativa e funzioni amministrative.

Nella cornice organizzativa e “di senso” di Spazio Argento entreranno poi anche gli OSS dipendenti della Comunità.

**All'equipe territoriale di SA sono attribuite le seguenti funzioni:**

- realizzazione delle funzioni di “coordinamento operativo”, “comunicazione”, “segretariato sociale”, “invecchiamento attivo” e “presa in carico integrata”
- coinvolgimento e valorizzazione della **partecipazione degli anziani e delle loro famiglie** e delle reti di prossimità per la co-costruzione delle azioni di supporto.

L'Equipe di Spazio Argento svolgerà nell'ambito del suo mandato le funzioni del modulo organizzativo integrato relativo all'area anziani (PUA anziani). Collaborerà altresì con gli altri Servizi nell'esercizio di funzioni condivise.

Ai sensi dell'articolo 21 della Legge provinciale 16/2010, *Tutela della salute in provincia di Trento*, Spazio Argento svolge le funzioni di Punto Unico di Accesso (in seguito P.U.A.) in forma coordinata delle figure sociali e delle figure sanitarie che operano a garanzia dei livelli essenziali di assistenza dell'area socio-sanitaria di cui al capo IV del DPCM LEA 12 gennaio 2017, secondo le modalità definite negli accordi/convenzioni.

Le attività svolte dal modulo organizzativo integrato, a cura dell'Equipe di Spazio Argento, nell'ambito delle funzioni di segretariato sociale e di presa in carico unitaria e integrata, riguardano in particolare le funzioni di accoglienza e orientamento dei cittadini, ove poter ricevere informazioni e orientamento in maniera qualificata e multiprofessionale, semplificando l'accesso alla rete integrata dei Servizi sanitari e sociali e di valutazione e la successiva presa in carico della persona con un bisogno complesso che necessita contestualmente, o in maniera coordinata, di interventi sanitari e sociali, tramite anche l'attivazione, ove necessario, dell'unità di valutazione multidisciplinare (di seguito U.V.M.) con il monitoraggio periodico del caso e la valutazione degli esiti.

Al fine di garantire la presa in carico unitaria della persona anziana e della sua famiglia, l'Equipe di Spazio Argento assicurerà modalità operative atte a favorire la continuità delle funzioni di valutazione e intervento.

Le funzioni dell'U.V.M. sono mantenute ed esercitate dall'A.P.S.S. con la collaborazione dell'Equipe di Spazio Argento nelle funzioni di valutazione ed elaborazione dei piani di intervento.

Le competenze inerenti i Centri Diurni anziani, in questa fase di avvio del modello organizzativo di Spazio Argento, rimangono in gestione ad A.P.S.S..

Con delibera del Comitato Esecutivo n. 115 di data 9 luglio 2020 è stato approvato il Piano attuativo del Piano sociale della Comunità Valsugana e Tesino.

In tale documento si è evidenziato che, anche alla luce dei cambiamenti intervenuti, soprattutto in seguito alla pandemia, le azioni prioritarie delineate restano quanto mai attuali.

Nei cinque Tavoli, stabiliti dalle *Linee guida* provinciali (Abitare, Educare, Fare comunità, Lavorare, Prendersi cura) il lavoro di ricognizione dei bisogni, di definizione degli obiettivi e di ideazione delle iniziative prioritarie da mettere in campo, ha evidenziato un intreccio importante tra le diverse aree.

Sin dall'inizio del processo si è sancita la necessità di definire obiettivi raggiungibili non solo in termini di competenza da parte delle Politiche sociali, ma anche di risorse economiche e umane disponibili.

Le azioni del Piano infatti non vengono realizzate unicamente dalla Comunità, ma prendono vita grazie alla sinergia dei diversi soggetti che, di volta in volta, vengono coinvolti in relazione all'obiettivo da raggiungere.

La Comunità ha mantenuto, anche in questa fase, il ruolo di regia complessiva, promuovendo l'effettiva partecipazione dei diversi soggetti territoriali nel realizzare iniziative sinergiche e sostenibili.



Le nuove progettualità si integrano con i servizi e le iniziative già in essere sul territorio, al fine di evitare sovrapposizioni e con l'obiettivo di valorizzare e rendere efficienti le risorse disponibili.

Nel programmare il lavoro che attenderà l'équipe di Spazio Argento sarà necessario definire alcuni ambiti di intervento, prevedendo la riattivazione dei gruppi di lavoro, coinvolgendo gli *stakeholders* non più all'interno di un'area specifica, ma in un gruppo operativo, in grado di superare la logica del *target* dei destinatari e valorizzare invece ora la trasversalità delle aree.

Le azioni di sistema individuate si configurano come strategie operative, che fungono da guida e declinano gli strumenti di lavoro, da adottare nel corso dell'operatività:

- ☞ **COORDINAMENTO E REGIA PUBBLICA** delle iniziative di volontariato e dei progetti di prevenzione, in sinergia con i Servizi del territorio ed il terzo settore;
- ☞ **RETE** nel territorio, in sinergia con le APSP, i Servizi territoriali, il terzo settore, il volontariato, il Distretto Famiglia, per definire obiettivi comuni e lavorare in sinergia;
- ☞ **LAVORARE CON IL TERRITORIO**, coinvolgendo gli *stakeholders* partecipanti ai Tavoli tematici, ma non solo, aprendo quindi alla presenza di nuovi soggetti;
- ☞ **METTERE A SISTEMA LE AZIONI CREANDO CONTINUITA'**

#### MACROAMBITO FORMAZIONE E INFORMAZIONE

In questo macroambito del Piano sociale rientreranno tutte le azioni **formative** rivolte alla formazione per volontari e *caregiver* ed i laboratori per gli anziani.

In un'ottica di complementarietà si pone anche l'azione di **informazione**, rivolta alla popolazione in generale, sia rispetto ai Servizi, che più in generale sulle risorse del terzo settore, privato sociale e associazionismo.

#### MACROAMBITO LEGAMI E RETE

Rientrano in questa sfera tutte le azioni di *welfare* generativo, volte al consolidamento dei legami di sostegno e reciprocità, che partendo dal *target* di popolazione in generale, intercettano tra i DESTINATARI situazioni di vita vulnerabili e potenzialmente a rischio.

#### MACROAMBITO FRAGILITA'

Rientrano in questa sfera tutte le azioni di sostegno nell'emergenza e nella quotidianità, che individuano come **destinatari** situazioni di fragilità/vulnerabilità (es. invecchiamento, disabilità, ...) e prese in carico da parte dei Servizi territoriali.

Il lavoro di costruzione del Piano sociale e del Piano attuativo ha permesso di dare voce a numerosi ed importanti *stakeholders* del territorio, soggetti istituzionali e gruppi informali che, incontrandosi, hanno avuto l'occasione di conoscersi e l'opportunità di confrontarsi, per giungere ad intrecciare relazioni significative di collaborazione, che hanno permesso loro di costruire sinergie stabili.

In questo processo sono stati indagati vari aspetti del vivere sociale, raccogliendo plurimi punti di vista, nei diversi contesti di vita e di lavoro degli individui e dei gruppi.

E' stato infatti rappresentato un importante spaccato del nostro territorio, ma è necessario completare il quadro presente e futuro, continuando ad ascoltare le parole di oggi e le proposte per domani, le idee di chi, per svariati motivi, non ha partecipato in prima persona, ai lavori di questi Tavoli.

In particolare il Piano sociale di comunità ed il successivo Piano attuativo hanno messo in evidenza, quali azioni prioritarie sulle quali operare e che hanno quale *target* privilegiato gli anziani ed i *caregivers*, quelle riportate di seguito. Le stesse andranno comunque riprese ed aggiornate nei prossimi mesi, proprio alla luce della nascita di Spazio Argento:



<b>Macroambito</b>
<b>Legami e reti</b>
<b>Ambito (lavorare, abitare, fare comunità, prendersi cura, educare)</b>
Prendersi cura, fare comunità, educare, abitare, lavorare
<b>Titolo</b>
<b>INSIEME E' MEGLIO: rete di sostegno locale</b>
<b>Obiettivo generale</b>
Mettere in campo una serie di azioni finalizzate alla creazione di una rete di sostegno locale, in grado di operare secondo la logica del <i>welfare</i> generativo, in cui soggetti formali e informali operano in un'ottica integrata di valorizzazione delle risorse territoriali, a supporto delle fasce più vulnerabili della popolazione.
<b>Obiettivi specifici</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Rispondere in modo efficace ai bisogni delle fasce fragili di popolazione;</li> <li>✓ rilevare i bisogni espressi e inespressi del territorio, con una specifica attenzione alle nuove emergenze di precariato;</li> <li>✓ riconoscere ed intercettare particolari situazioni di bisogno e difficoltà, già nella fase emergente, onde evitare di giungere alla cronicizzazione del problema;</li> <li>✓ progettare iniziative concertate ed integrate e realizzare una programmazione sinergica e complementare delle attività;</li> <li>✓ programmare azioni volte a sostenere persone in particolari situazioni di difficoltà economica e in condizioni di emarginazione sociale, bisognose di interventi di sostegno rapidi per far fronte a spese urgenti e inderogabili e non sostenute dalla rete dei Servizi territoriali;</li> <li>✓ rafforzare le relazioni di prossimità e di continuità, valorizzando le reti naturali di persone e famiglie e i rapporti intergenerazionali;</li> <li>✓ valorizzare il protagonismo e la cittadinanza attiva di tutte le fasce di popolazione, in particolare dei soggetti maggiormente vulnerabili;</li> <li>✓ promuovere la collaborazione tra ente pubblico, privato sociale e volontariato;</li> <li>✓ promuovere la conoscenza dei servizi socio-sanitari e delle risorse di volontariato locali.</li> </ul>
<b>Soggetto/i attuatore/i e coinvolti o da coinvolgere</b>
Comunità Valsugana e Tesino
Coinvolti: Fondazione Romani Sette Schmid, Cooperativa Vales, AVULSS, AMA, SCOUT di Borgo Valsugana, Mondinsieme.



Da coinvolgere: Comuni, APSP, APSS, Società Umana, CRI, Assoc. Artigiani, Biblioteche, Oratori, Circoli Anziani, soggetti pubblici e privati disponibili a collaborare.

#### Destinatari

Persone/nuclei in condizione di fragilità e vulnerabilità, anziani, stranieri e richiedenti asilo.

#### Analisi di contesto e Bisogni rilevati

La situazione di emergenza COVID19 ha ulteriormente evidenziato la necessità di operare sul territorio in modo innovativo, perché le emergenze sorte sono anche, almeno in parte, nuove; allo stesso modo si è ampliato il *target* di persone che durante il *lockdown* ha ricevuto aiuto sia tramite sostegni formali, che grazie al volontariato.

L'emergenza ha rivelato come la fragilità sia insita in ciascuna persona, qualsiasi sia la sua età o provenienza; i bisogni rilevati spaziano dal supporto nella quotidianità, a prestazioni formali, a momenti di incontro e sostegno reciproco, ad esigenze legate al reddito ed all'abitazione.

#### Azioni, metodi e strumenti

Le azioni verranno realizzate tramite una *partnership* pubblico-privato, con una forte sinergia istituzionale/informale.

- ✓ Creazione di una rete solidale, formalizzata, di cui possano fare parte enti pubblici, privato sociale, associazionismo, volontariato;
- ✓ promozione della rete sul territorio, affinché l'utenza possa accedere in maniera semplice ed efficace;
- ✓ valorizzazione del volontariato, soprattutto giovanile, interessato alla partecipazione a progetti locali di volontariato;
- ✓ progettazione ed attuazione di iniziative sinergiche ed integrate;
- ✓ potenziamento della comunicazione, anche attraverso un *network* interassociativo, con lo scopo di interconnettere progetti comuni o singoli in linea con gli obiettivi della rete.

#### Tempistica

Pluriennale

#### Attività di verifica (Indicatori di valutazione e Risultati Attesi)

##### Indicatori di valutazione

- numero incontri di rete promossi e numero persone coinvolte;
- numero iniziative realizzate in sinergia;
- numero persone vulnerabili raggiunte;
- numero prestazioni.

##### Risultati attesi:

- creazione di una rete solidale stabile;
- maggiore conoscenza dei bisogni e delle risorse del territorio;
- minor difficoltà nel reperimento di disponibilità per situazioni complesse;
- coinvolgimento giovani volontari;
- comunità più attenta alle fragilità.





Piazzetta Ceschi, 1 - 38051 Borgo Valsugana (TN)  
Tel. 0461 755555 - fax 0461 755592  
P. IVA 02189180223 - C.F. 90014590229  
[www.comunitavalsuganaetesino.it](http://www.comunitavalsuganaetesino.it)  
[comunita@pec.comunita.valsuganaetesino.tn.it](mailto:comunita@pec.comunita.valsuganaetesino.tn.it)

<b>Costi previsti e possibili fonti di finanziamento</b>
<b>Risorse messe a disposizione dai soggetti coinvolti. Bandi di finanziamento specifici.</b>
<b>NOTE</b>
<b>Azione INNOVATIVA</b>



## MAPPATURA DELLA POPOLAZIONE ULTRA65

<b>Macroambito</b>
Fragilità
<b>Ambito (lavorare, abitare, fare comunità, prendersi cura, educare)</b>
Prendersi cura/Fare comunità/abitare
<b>Titolo</b>
<b>MAPPATURA DELLA POPOLAZIONE ULTRA65</b>
<b>Obiettivo generale</b>
Comprendere i bisogni degli anziani (anche a livello abitativo) e la qualità delle relazioni familiari e sociali.
<b>Obiettivi specifici</b>
<p>-Intercettare le problematiche prima che si manifestino;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ favorire la possibilità di rimanere a domicilio;</li> <li>✓ promuovere la conoscenza dei Servizi socio-sanitari;</li> <li>✓ promuovere lo sviluppo di iniziative di socializzazione sul territorio;</li> <li>✓ ipotizzare attività per i familiari ed i <i>caregivers</i>.</li> </ul>
<b>Soggetto/i attuatore/i e coinvolti o da coinvolgere</b>
<p>APSS, Comunità Valsugana e Tesino, Terzo settore Comuni (Torcegno – comune pilota) con collaborazione Coop. CS4 nella raccolta dei questionari.</p> <p>Da coinvolgere: altri comuni periferici e non potenzialmente interessati, CRI, Fondazione Romani, Ass. AMA, Circoli Anziani.</p>
<b>Destinatari</b>
65enni (65-75) residenti nei comuni prescelti.
<b>Analisi di contesto e Bisogni rilevati</b>
<p>Come riportato nel Piano Sociale 2017-2020, nel territorio della Bassa Valsugana e del Tesino, si sta assistendo ad un progressivo invecchiamento della popolazione, con conseguente aumento dell'indice di carico sociale. Ne consegue la necessità di far conoscere e promuovere l'utilizzo di Servizi e risorse in ambito sociale ed abitativo.</p>
<b>Azioni, metodi e strumenti</b>
<p>Preparazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comune di Torcegno: ufficio anagrafe si occuperà di individuare il <i>target</i> (persone residenti comune 65-75 anni);</li> <li>- una <i>task force</i> si occuperà di elaborare un questionario specifico (ipotesi): APSS/UOCP per la parte relativa agli</li> </ul>



<p>aspetti della salute, Comunità Valsugana e Tesino per la parte relativa agli aspetti sociali e dell'abitare, la cooperativa per gli aspetti socio-assistenziali;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lettera di presentazione progetto e questionario (senso di visita domiciliare e consenso alla stessa, tempi per la restituzione);</li> <li>- realizzazione breve guida "smart" ai Servizi per anziani.</li> </ul> <p><b>Promozione iniziativa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- volantini (in luoghi pubblici strategici);</li> <li>- pubblicizzazione tramite giornalino del comune di Torcegno;</li> <li>- Pomeriggio/serata di presentazione del progetto aperta al pubblico (a cura di task force, sindaco del comune) comprensiva di spiegazione e informazione dei servizi per anziani in comunità.</li> </ul> <p><b>Realizzazione:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- consegna questionari al <i>target</i> individuato;</li> <li>- raccolta dei questionari, elaborazione dati;</li> <li>- organizzazione eventuali visite domiciliari con figure esperte (ad es. infermiere, geometra, OSS, tirocinanti, servizio civile, alternanza scuola-lavoro).</li> </ul>
<b>Tempistica</b>
<b>Pluriennale</b>
<b>Attività di verifica (Indicatori di valutazione e Risultati Attesi)</b>
<p><b>Indicatori di valutazione:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- numero di comuni aderenti al progetto;</li> <li>- numero di incontri realizzati sul territorio;</li> <li>- numero di partecipanti agli incontri territoriali;</li> <li>- numero di questionari restituiti;</li> <li>- numero e tipologia di visite domiciliari effettuate.</li> </ul> <p><b>Risultati attesi: (a lungo termine)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aumento richiesta servizi;</li> <li>- corrispondenza tra bisogni rilevati e servizi in essere;</li> <li>- aumento domande per interventi di riqualificazione abitativa</li> </ul>
<b>Costi previsti e possibili fonti di finanziamento</b>
<p>Produzione dei volantini e dei questionari. Costi per il lavoro svolto dai professionisti coinvolti (interni ai servizi).</p>
<b>Note</b>
<p><b>Azione INNOVATIVA</b> Integrazione con altri progetti di assistenza domiciliare e welfare generativo. Necessita' di assicurare una regia.</p>



## RESIDENZIALITÀ LEGGERA

<b>Macroambito</b>
<b>Fragilità</b>
<b>Ambito (lavorare, abitare, fare comunità, prendersi cura, educare)</b>
<b>Abitare/prendersi cura/fare comunità</b>
<b>Titolo</b>
<b>RESIDENZIALITÀ LEGGERA</b>
<b>Obiettivo generale</b>
Favorire l'autonomia abitativa e l'integrazione sociale. Rafforzare le reti di supporto formali e informali.
<b>Obiettivi specifici</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Rafforzare la conoscenza e la collaborazione reciproca tra le realtà esistenti e le reti di supporto;</li> <li>✓ promuovere contesti flessibili (non specificatamente dedicati ad un unico <i>target</i>) dove possano coesistere vari bisogni ma anche risorse/competenze tali da permettere ai soggetti in momentanea situazione di difficoltà di trovare risposte a propri bisogni ma essere a loro volta valorizzati per le proprie competenze;</li> <li>✓ rafforzare, sostenere e riconoscere il valore dell'operato di quanti volontariamente si mettono a disposizione e si prendono cura di coloro che necessitano di aiuto;</li> <li>✓ creare, aggiornare e sostenere le realtà aggregative di quartiere o di comune <i>no-profit</i> (circoli pensionati, casa AMA, centri di aggregazione, ...) arricchendole di offerte a fronte dei nuovi bisogni;</li> <li>✓ favorire le esperienze che permettono ai soggetti di sperimentarsi al proprio domicilio o in contesti diversi dalla propria casa per "allenare" la competenza dell'abitare al fine di facilitare un eventuale uscita dal nucleo familiare o per prepararsi a quando non sarà più possibile una vita completamente autonoma;</li> <li>✓ prevedere, in situazioni di emergenza come quella epidemiologica da Covid 19, la possibilità di ampliare la disponibilità del servizio di Spazio di sollievo;</li> <li>✓ promuovere spazi e/o modalità comunicative per aiutare a superare l'isolamento sociale come nelle situazioni di emergenza tipo quella epidemiologica da Covid 19.</li> </ul>
<b>Soggetto/i attuatore/i e coinvolti o da coinvolgere</b>
Comunità Valsugana e Tesino, Comuni, APSS, CS4, APSP, ANFFAS, Laboratorio Sociale, volontariato, Agenzia del lavoro, Casse Rurali, FRSS, Casa AMA, decanato, Ass. AMA TN (progetto CON-VIVO).
<b>Destinatari</b>
Adulti e giovani maggiorenni vulnerabili o in situazione di fragilità (ad es. padri separati), adulti con disabilità psichica, disabili, anziani ancora autonomi o parzialmente autonomi, familiari e caregivers.



<b>Analisi di contesto e Bisogni rilevati</b>
<p>Il lavoro di pianificazione sociale ha evidenziato la necessità di conoscere ed integrare le offerte esistenti, le risorse strutturali ed umane del territorio, per rispondere in modo integrato alle situazioni multiproblematiche presenti. Ciò, all'interno di contesti che evidenziano la rarefazione delle possibilità di socializzazione e di integrazione dei soggetti più fragili; da qui la necessità di avere a disposizione opportunità di carattere intermedio per facilitare il passaggio tra contesti con grado di autonomia e protezione differenti, e offerte abitative a prezzo calmierato.</p> <p>Il progressivo invecchiamento dei <i>caregiver</i> disabili e dei disabili stessi denota la fatica che le famiglie hanno dovuto sostenere (anche nella situazione di emergenza) a seguito di carichi particolarmente gravosi per la cura dei propri familiari, e suggerisce la possibilità di usufruire di un periodo di recupero personale e poter ritornare a "vivere meglio la casa".</p> <p>Inoltre di fronte all'inedito e l'imprevedibile che la vita può presentare (in ogni momento e ad ognuno), sarebbe importante prevedere la possibilità di mantenere il filo della propria storia attraverso una modalità comunicativa o visiva a distanza, tale da permettere di ritrovare un senso di prossimità nell'isolamento sociale.</p>
<b>Azioni, metodi e strumenti</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Individuare modalità agili e funzionali di collaborazione tra le realtà che operano sul territorio;</li> <li>✓ realizzare una mappatura delle strutture e/o progettualità che rispondono a vario livello alle esigenze abitative in risposta ai bisogni che nel corso della vita possono presentarsi all'improvviso o che, in modo prevedibile, sono legati all'avanzare dell'età. Mantenere aggiornata questa mappatura per dare puntuale informazione al cittadino della possibile "filiera" dei Servizi;</li> <li>✓ attivare sperimentazioni e valorizzare le buone prassi già in essere a livello locale e provinciale;</li> <li>✓ potenziare, aggiornare/innovare l'offerta dei servizi a domicilio per migliorare la qualità del proprio abitare;</li> <li>✓ attivare percorsi di accompagnamento e consapevolezza per famiglie e <i>caregiver</i>.</li> </ul>
<b>Tempistica</b>
Pluriennale
<b>Attività di verifica (Indicatori di valutazione e Risultati Attesi)</b>
<p><b>Indicatori di valutazione:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- numero di soggetti che aderiscono al progetto;</li> <li>- numero di incontri di confronto tra gli stakeholders;</li> <li>- numero e tipologia delle iniziative realizzate in sinergia.</li> </ul> <p><b>Risultati attesi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coerenza tra i bisogni rilevati e risposte attivate;</li> <li>- Ricognizione e utilizzo strutture abitative;</li> <li>- sostegno e valorizzazione del volontariato e delle realtà che riescono a prendersi cura dei soggetti più deboli (solidarietà dei territori)</li> </ul>
<b>Costi previsti e possibili fonti di finanziamento</b>
<p>Accedere a finanziamenti mirati (PAT, bandi specifici)</p> <p>Attivare delle forme solidali e delle raccolte fondi finalizzate a sostenere il bisogno dell'abitare per le persone fragili.</p>
<b>NOTE</b>



**Azione INNOVATIVA.**

**Sinergia con AGENDA 2030: riattivare o rendere più efficienti la rete dei Servizi sul territorio per permettere che gli insediamenti abitativi siano più inclusivi e fruibili (nei centri storici e località periferiche), piccole attività commerciali di paese, uffici territoriali per i Servizi sociali e sanitari.**

### **5.1 Azioni progettuali**

Il presente documento ricalca quanto stabilito dalle Linee di indirizzo provinciali e quindi si ritiene di procedere come di seguito indicato.

#### ***a) Analisi dei bisogni delle persone anziane e delle loro famiglie***

Questo passaggio rappresenterà la base preliminare per lo sviluppo di Spazio Argento, tenuto conto dei Servizi e delle opportunità già presenti e della possibilità di programmare, in sinergia con i diversi soggetti territoriali, ulteriori risposte innovative e rispondenti a nuove necessità. La rete dei soggetti risulta essere il riferimento naturale per operare efficacemente un'analisi dei bisogni e, successivamente, per la definizione degli obiettivi ritenuti prioritari e della conseguente programmazione delle azioni utili al loro raggiungimento. In questo senso Spazio Argento assume la funzione anche di riconoscere e promuovere istanze che facilitino la partecipazione sociale degli anziani e azioni di miglioramento, anche con il coinvolgimento delle altre realtà del territorio, dei percorsi di cura e di accesso ai Servizi a favore degli anziani.

Per fare questo si partirà sia dai dati in possesso di APSS, sia di quelli presenti nelle banche dati della Comunità (CSI), che dovranno essere letti in maniera trasversale e rilevare anche i *trend*, al fine di programmare gli interventi non solo nel breve periodo, ma anche nel medio-lungo periodo.

Sarà inoltre importante analizzare e partire anche dai dati relativi ai progetti di prevenzione e promozione sociale attuati negli ultimi anni dalla Comunità, anche al fine di ampliare il concetto di bisogno, non limitandosi a quelli già espressi, ma evidenziando anche i bisogni che potenzialmente non arrivano ai Servizi.

#### ***b) Programmazione in coerenza con il Piano sociale di comunità***

La programmazione delle azioni di SA dovrà essere in linea con il Piano sociale di comunità, come previsto dall'art. 12 della LP 13/2007 e coerente anche con il piano attuativo.

L'approfondimento concernente i bisogni può essere rivolto, sia ai beneficiari dei servizi e alle loro famiglie, sia alla popolazione generale.

#### ***c) Intercettazione precoce dei bisogni e delle potenziali fragilità***

Lo sviluppo di un approccio proattivo di iniziativa nei confronti degli anziani da parte dei Servizi sociali e sanitari territoriali, è un obiettivo volto anche all'intercettazione precoce dei bisogni e di potenziali fragilità, al fine di preservare la permanenza a domicilio.

Sarà dunque essenziale proporre risposte innovative ai bisogni dell'anziano e stimolare la partecipazione attiva dei soggetti del territorio.



In questo senso si collocheranno in quest'ambito tutte le iniziative di prevenzione e promozione sociale, da attuarsi in collaborazione con la rete dei Servizi sociali, sanitari, terzo e quarto settore.

#### d) *Mappatura delle risorse*

L'analisi del contesto è un obiettivo che si concretizza tramite la mappatura delle risorse, dei Servizi, delle iniziative (promosse dagli enti gestori, dalle parrocchie, dal volontariato, dalle farmacie, etc.) e ha la finalità di potenziare e sostenere la rete e le relazioni di fiducia. Tali processi risultano fondamentali per definire una progettazione puntuale e congruente anche alle specificità territoriali.

La stessa mappatura della rete non ha una valenza meramente conoscitiva, ma funzionale a definire, con riferimento alla finalità generale di Spazio Argento, le possibili collaborazioni attivabili a supporto, sia della promozione della domiciliarità degli anziani, sia della definizione di interventi nell'ambito dell'invecchiamento attivo.

In questo senso una delle attività incardinate in SA sarà quella, non solo di riprendere l'obiettivo del Piano sociale relativo alla mappatura dei Servizi, ma anche di attuarla nell'ottica di un utilizzo multiprofessionale e territoriale, dando quindi evidenza di tutta la ricca presenza di opportunità e servizi presenti ed ancora poco conosciuti da parte dell'utenza o nei confronti dei quali c'è una conoscenza non puntuale/corretta, determinando a volte una mancata fruizione per un'errata o parziale rappresentazione degli stessi.

#### e) *Misure per favorire la domiciliarità*

L'obiettivo di attivazione di interventi di supporto agli anziani e ai *caregivers* è strettamente connesso alla necessità di sostenere la domiciliarità degli anziani e le funzioni di cura svolte dai familiari e dai *caregivers*. Esso presuppone la disponibilità delle necessarie informazioni, di una funzione di orientamento ai Servizi e di interventi tempestivi e adeguati al bisogno. In questo senso è importante che Spazio Argento promuova progressivamente, in collaborazione con i soggetti territoriali, oltre agli interventi tradizionali, anche interventi di facilitazione e supporto, quali ad esempio attività per facilitare l'utilizzo degli strumenti volti a favorire l'incontro domanda e offerta *caregivers*-assistenti, interventi di pronto intervento sociale nel caso di eventi critici o difficoltà di tenuta assistenziale, percorsi di dimissioni protette in situazioni di isolamento e/o particolare fragilità, attivazione di reti di volontariato e prossimità a sostegno della vita di relazione degli anziani, sistemi di monitoraggio e prevenzione, realizzazione di percorsi di sensibilizzazione, informazione e formazione rivolte a tutti i cittadini sui temi dell'età anziana, dell'invecchiamento attivo, delle nuove forme di abitare, ecc. valorizzando, a livello territoriale, le progettualità promosse a livello provinciale (es. progetto Curalinsieme, progetto Amministratore di Sostegno, ..).

La logica sarà quella di garantire i Servizi in un'ottica di filiera, passando al servizio a maggiore intensità assistenziale solo quando si sono esperite tutte le azioni che consentono di garantire l'assistenza al proprio domicilio o fruendo della rete di Servizi a minor intensità, ritardando il più possibile il ricorso all'istituzionalizzazione della persona.

Queste azioni si collegheranno fortemente a quelle indicate nel punto successivo, favorendo al massimo un invecchiamento attivo e il mantenimento delle attività di vita quotidiane, prevenendo così situazioni di non autosufficienza.





Piazzetta Ceschi, 1 - 38051 Borgo Valsugana (TN)  
Tel. 0461 755555 - fax 0461 755592  
P. IVA 02189180223 - C.F. 90014590229  
www.comunitavalsuganaetesino.it  
comunita@pec.comunita.valsuganaetesino.tn.it

## f) Misure per favorire l'invecchiamento attivo

La promozione di iniziative di invecchiamento attivo risulta essere un obiettivo strategico nell'ambito del *welfare* anziani. Il legame positivo esistente tra l'invecchiare in maniera attiva e i benefici sulla salute fisica e psicologica, inclusa la percezione di una maggiore qualità e soddisfazione della vita, è riconosciuto e promosso a tutti i livelli. Il concetto di invecchiamento attivo non riguarda soltanto la sfera individuale, in quanto i suoi benefici (sociali ed economici) sono evidenti anche per la società nel suo complesso: si tratta infatti di uno strumento utile per contribuire ad affrontare alcune delle principali sfide legate all'invecchiamento della popolazione. Diventa auspicabile dunque, nell'ottica di valorizzare le iniziative già esistenti nei diversi territori e di promuovere nuove occasioni nell'ambito dell'invecchiamento attivo, coinvolgere tutti gli interlocutori privilegiati nella progettazione e nella realizzazione degli eventi, in stretta sinergia con le iniziative di individuazione precoce delle fragilità, di promozione alla domiciliarità delle persone anziane e anche di rinnovamento culturale e di percezione verso la più ampia "condizione anziana".

### 5.2 Metodo di lavoro

Come evidenziato l'attivazione di Spazio Argento prevedrà una necessaria e forte integrazione tra Sociale e Sanitario, anche se l'attuale assetto organizzativo del Servizio sociale territoriale è già stato orientato in questa direzione da qualche anno.

La sfida ora sarà quella di rendere più diffusa tale integrazione, ampliando il numero di operatori coinvolti, in modo tale da favorire l'assunzione di una diffusa metodologia operativa orientata al lavoro in équipe, non solo del singolo operatore sociale attualmente individuato, ma anche dei colleghi del territorio che si occupano di anziani.

L'obiettivo è quello di creare una sorta di "cornice di senso" per tutti gli interventi, i servizi e le attività che vedono come destinatari gli anziani, che dovranno trovare una sinergia d'azione ed una coerenza intrinseca, oltre che essere coordinati e integrati per poter garantire risposte mirate in base alle reali necessità della persona.

Il processo, soprattutto nel primo anno di attuazione di SA dovrà avere un monitoraggio costante e supportato da elementi oggettivi, che aiutino la Comunità a comprendere l'efficacia delle scelte attuate, delle risorse e delle strategie messe in campo, in ordine alle ricadute positive a favore della popolazione e del gradimento da parte dei fruitori.

Il tutto dovrà essere supportato da dati raccolti in maniera sistematica, in modo tale che le risultanze abbiano anche un riscontro oggettivo.

Attraverso un lavoro di sinergia tra comparti Sociale e Sanitario, il nuovo Spazio Argento dovrà rappresentare il Punto Unico di Accesso, il riferimento principe per gli anziani ed i loro *caregiver*/famiglie, al fine di ricevere tutte le informazioni necessarie, facilitare l'accesso ai Servizi ed assicurare una presa in carico unitaria, continuativa ed individualizzata.

D'altro canto anche l'art. 17 (*Accertamento dello stato di bisogno*) della citata LP 13/2007 riporta al comma 3. che "L'accertamento dello stato di bisogno è svolto dalle figure professionali competenti secondo un approccio interdisciplinare e comprende la valutazione delle esigenze di carattere sociale, sanitario, educativo, formativo, di sostegno lavorativo e abitativo".



L'attivazione di Spazio Argento dovrà necessariamente prevedere anche un'informazione ed una condivisione degli obiettivi prioritari non solo con APSS, ma anche i Sindaci, con le APSP del territorio, con il Tavolo territoriale per la pianificazione sociale, con le cooperative di privato sociale, con il volontariato e più in generale essere presentata a tutti quei soggetti che a vario titolo offrono ed assicurano servizi ed attività a favore degli anziani e delle loro famiglie/caregivers.

In particolare si evidenzia che già il Piano sociale di comunità e il relativo Piano attuativo hanno individuato delle azioni specifiche che daranno impulso anche alle azioni di Spazio Argento.

Per fare un esempio, il progetto *"INSIEME È MEGLIO: rete di sostegno locale"* prevede proprio il *"Mettere in campo una serie di azioni finalizzate alla creazione di una rete di sostegno locale, in grado di operare secondo la logica del welfare generativo, in cui soggetti formali e informali operano in un'ottica integrata di valorizzazione delle risorse territoriali, a supporto delle fasce più vulnerabili della popolazione"*.

Gli obiettivi specifici per quanto riguarda anche la popolazione anziana, saranno quelli di:

- ✓ rispondere in modo efficace ai bisogni delle fasce fragili di popolazione;
- ✓ rilevare i bisogni espressi e inespressi del territorio [...];
- ✓ riconoscere ed intercettare particolari situazioni di bisogno e difficoltà, già nella fase emergente, onde evitare di giungere alla cronicizzazione del problema;
- ✓ progettare iniziative concertate ed integrate e realizzare una programmazione sinergica e complementare delle attività;
- ✓ programmare azioni volte a sostenere persone in particolari situazioni di difficoltà economica e in condizioni di emarginazione sociale, bisognose di interventi di sostegno rapidi per far fronte a spese urgenti e inderogabili e non sostenute dalla rete dei Servizi territoriali;
- ✓ [...];
- ✓ rafforzare le relazioni di prossimità e di continuità, valorizzando le reti naturali di persone e famiglie e i rapporti intergenerazionali;
- ✓ valorizzare il protagonismo e la cittadinanza attiva di tutte le fasce di popolazione, in particolare dei soggetti maggiormente vulnerabili;
- ✓ promuovere la collaborazione tra ente pubblico, privato sociale e volontariato;
- ✓ promuovere la conoscenza dei servizi sociosanitari e delle risorse di volontariato locali.

La situazione di emergenza COVID19 ha ulteriormente evidenziato la necessità di operare sul territorio in modo innovativo, perché le emergenze sorte sono anche, almeno in parte, nuove; allo stesso modo si è ampliato il *target* di persone che durante il *lockdown* ha ricevuto aiuto sia tramite sostegni formali, che grazie al volontariato.

L'emergenza ha rivelato come la fragilità sia insita in ciascuna persona, qualsiasi sia la sua età o provenienza; i bisogni rilevati spaziano dal supporto nella quotidianità, a prestazioni formali, a momenti di incontro e sostegno reciproco, ad esigenze legate al reddito, all'abitazione etc...

Un altro obiettivo già presente nel Piano attuativo è la mappatura della popolazione anziana ultra65enne, al fine di:

- ✓ intercettare le situazioni di rischio, prima che si manifestino come problema;



- ✓ favorire la possibilità di rimanere a domicilio;
- ✓ promuovere la conoscenza dei servizi socio-sanitari;
- ✓ promuovere lo sviluppo di iniziative di socializzazione sul territorio;
- ✓ ipotizzare attività per i familiari ed i *caregivers*.

Un altro ambito di azione potrebbe essere anche quello che riguarda la residenzialità leggera/*cohousing* anziani.

Il lavoro di pianificazione sociale ha evidenziato la necessità di conoscere ed integrare le offerte esistenti, le risorse strutturali ed umane del territorio, per rispondere in modo integrato alle situazioni multiproblematiche presenti.

Ciò, all'interno di contesti che evidenziano la rarefazione delle possibilità di socializzazione e di integrazione dei soggetti più fragili; da qui la necessità di avere a disposizione opportunità di carattere intermedio per facilitare il passaggio tra contesti con grado di autonomia e protezione differenti, e offerte abitative a prezzo calmierato. Inoltre di fronte all'inedito e l'imprevedibile che la vita può presentare (in ogni momento e ad ognuno), sarebbe importante prevedere la possibilità di mantenere il filo della propria storia attraverso una modalità comunicativa o visiva a distanza tale da permettere di ritrovare un senso di prossimità nell'isolamento sociale.

Ciò che è importante sarà comunque il suddetto forte coordinamento tra le singole azioni, in modo che possano rientrare coerentemente ed accordarsi pienamente con le linee d'azione stabilite per Spazio Argento.

E' in questo senso che lo sportello di SA andrà ad avere un ruolo centrale di prima accoglienza della persona/famiglia, il "luogo" presso cui reperire tutte le informazioni importanti per gli anziani e i *caregivers* e al quale far pervenire le molteplici istanze.

A livello territoriale e indispensabile allestire funzioni segretariato sociale, di *front-office* integrate, grazie alle quali la popolazione possa ricevere, in maniera chiara ed esaustiva, tutte le informazioni su Servizi, iniziative ed opportunità a loro favore. Qualora si valutasse la presenza di più punti informativi, risulterà fondamentale assicurare l'integrazione della funzione tramite, tra l'altro, il coordinamento unico dei diversi punti informativi, il costante presidio delle informazioni, il coinvolgimento attivo e l'aggiornamento dei soggetti coinvolti, la cura dei materiali e dei contenuti informativi, la formazione degli operatori coinvolti, l'impiego di adeguati strumenti, anche tecnologici.

Il progetto di Spazio Argento infine, dovrà ampliare e consolidare il lavoro sul territorio tra più figure professionali.

Le iniziative attivate nell'ambito del progetto porteranno a dar vita ad una più concreta collaborazione tra professionisti diversi per ruolo e competenze, nonché per appartenenza a Servizi differenti.

Nello specifico si attiverà una più stretta collaborazione tra l'Assistente sociale, l'Infermiere di territorio, l'Educatore professionale, l'Operatore socio-sanitario, la Terapista Occupazionale, la Logopedista, l'Infermiera e l'Infermiere, la TERP... .

Una collaborazione che evidenzia come il valore della multiprofessionalità racchiuda al proprio interno insieme all'interconnessione di competenze e conoscenze, specifiche e complementari, anche il ruolo significativo che il professionista assume come portatore dei bisogni e delle richieste delle persone che incontra nel proprio lavoro così come, dell'immaginario che gli individui si sono costruiti delle opportunità offerte dai Servizi e del loro ruolo come protagonisti del proprio benessere.

La possibilità di mettere assieme la visione di più realtà, vissuta e percepita dal territorio, permetterà inoltre di avere e mantenere aggiornata una fotografia delle risorse/esigenze della comunità.





Piazzetta Ceschi, 1 - 38051 Borgo Valsugana (TN)  
Tel. 0461 755555 - fax 0461 755592  
P. IVA 02189180223 - C.F. 90014590229  
[www.comunitavalsuganaetesino.it](http://www.comunitavalsuganaetesino.it)  
[comunita@pec.comunita.valsuganaetesino.tn.it](mailto:comunita@pec.comunita.valsuganaetesino.tn.it)

---

L'interscambio costante poi di modalità operative e obiettivi specifici diversi, ma coerenti con le finalità del progetto permetteranno di costruire uno spazio di confronto per la programmazione delle varie attività e implementare il bagaglio di conoscenze della rete territoriale, con una ricaduta positiva in termini di innovazione delle varie azioni e possibilità di mantenere continuità tra i percorsi attivati.

L'opportunità di aumentare le occasioni di confronto tra singoli professionisti sul tema della promozione del benessere degli anziani, ed in generale di stili di vita proattivi della comunità, consoliderà sul territorio la visione di una rete di Servizi collaborativa e coerente che sa interfacciarsi anche con le associazioni del territorio per integrare le opportunità offerte.

Le verifiche previste dal progetto consentiranno anche l'osservazione delle dinamiche e delle ricadute sul territorio in termini di organizzazione e gestione delle varie iniziative, evidenziando anche se vi sia stato o meno un accrescimento del *background* sociale della rete locale.

Risulta significativo quindi evidenziare come la scelta di dare avvio ad un gruppo di lavoro multiprofessionale più ampio rappresenti un valore aggiunto importante nel progetto, capace di portare una maggior riflessione sul tema dell'età anziana e nel contempo di mettere a confronto visioni diverse, ma affini, sul benessere della comunità anche in una prospettiva di intergenerazionalità.

Si auspica *pro futuro*, ed in continuità con quanto realizzato fino ad ora, di continuare con questa possibilità di integrare competenze e pratiche diverse, consolidando come modalità di lavoro partecipata nel territorio la strutturazione di una rete che veda al suo interno un piano di lavoro in stretta sinergia con gli attori locali e una cabina di regia che abbia uno sguardo multidisciplinare.



#### A. INTEGRAZIONE SOCIALE

Obiettivi	Azioni	Indicatori	Stato di partenza (T0)	Attività che si intende realizzare nel 2023	Priorità (da 1 a 3 <sup>1</sup> )
1) Adottare strumenti di Coordinamento organizzativo e collaborazione tra i soggetti del territorio	1a) Definire accordi di collaborazione tra Spazio Argento e A.P.S.S. a livello territoriale.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● N. accordi predisposti distinti sulla base delle funzioni/obiettivi;</li> <li>● n. incontri effettuati;</li> <li>● n. iniziative progettate e/o realizzate in collaborazione;</li> <li>● n. buone prassi elaborate per garantire la collaborazione, distinti sulla base delle funzioni/obiettivi;</li> <li>● n. enti coinvolti negli accordi e nella collaborazione;</li> <li>● Predisposizione "Quadro dei servizi";</li> <li>● n. soggetti, istituzioni, enti locali (etc..) coinvolti nel processo;</li> <li>● n. risorse mappate.</li> </ul>	E' già presente un Accordo di collaborazione con APSS (da modificare alla luce ora di Spazio Argento)	Proseguire e perfezionare/integrare tale accordo (necessario per poter proseguire con l'attività integrata sociale/sanitario)	3
	1b) Definire accordi di collaborazione tra Spazio Argento e A.P.S.P. a livello territoriale.		Sono già presenti delle convenzioni con le APSP del territorio per la predisposizione dei pasti per gli utenti del servizio di assistenza domiciliare	Proseguire con la collaborazione attivata	3
	1c) Definire accordi di collaborazione tra Spazio Argento e altri ambiti socio assistenziali.		Ad oggi vi è un accordo con la Comunità della Vallagarina per la gestione del Servizio di telesoccorso e con altre CDV per l'erogazione di servizi sui loro territori	Implementare ed integrare questi accordi, per un miglioramento costante dell'offerta di Servizi	1
	1d) Definire accordi di collaborazione con altri enti del territorio.		E' presente una convenzione con l'APSP di castello Tesino per il servizio di Centro servizi per anziani in scadenza al 31.12.2022	Valutare il rinnovo della convenzione	3
	1e) Attivazione della rete con i soggetti del territorio (A.P.S.P., A.P.S.S., terzo settore, associazioni, ecc.).		Era presente un accordo di collaborazione con il volontariato locale, tuttavia da ridefinire e rinnovare	Valutare il rinnovo dell'accordo per il progetto denominato ANGELI DI PAESE	2

<sup>1</sup> 1: bassa; 2: media; 3: alta





Piazzetta Ceschi, 1 - 38051 Borgo Valsugana (TN)  
 Tel. 0461 755555 - fax 0461 755592  
 P. IVA 02189180223 - C.F. 90014590229  
 www.comunitavalsuganaetesino.it  
 comunita@pec.comunita.valsuganaetesino.tn.it

2) Definire in modo condiviso la programmazione di Spazio Argento come progetto comune	2a) Elaborare il documento annuale che individua: gli obiettivi specifici individuati come prioritari, le azioni e risultati raggiunti, le criticità riscontrate, le azioni intraprese o da intraprendere.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento di analisi;</li> <li>• Richiamo all'ambito anziani nel Piano sociale di comunità.</li> </ul>	E' presente il Piano sociale di comunità ed il Piano Attuativo del Piano sociale, aggiornato all'anno 2021, ma da riprendere e ridefinire anche a seguito dello stop forzato nel periodo pandemico.	Riprendere anche con il Tavolo territoriale il documento del Piano attuativo, in piena coerenza anche con gli obiettivi individuati per Spazio Argento.	2
3) Costituire l'Équipe multiprofessionale di Spazio Argento	3a) Identificare e quantificare le figure coinvolte e le modalità di organizzazione dell'Équipe per l'ambito territoriale di riferimento.	• n. di incontri d'Équipe per il raccordo con le altre funzioni di rete.	Ad oggi Spazio Argento non parte da zero, ma può contare di un'esperienza pluriennale di collaborazione, grazie ad uno specifico accordo siglato tra Comunità di Valle ed APSS.	Sarà importante costituire l'équipe di Spazio Argento con un'attenzione particolare anche al necessario e forte raccordo con i Servizi della Comunità e con un'attenzione particolare alle reti sociali territoriali	3



### B. GESTIONE OPERATIVA

Obiettivi	Azioni	Indicatori	Stato di partenza (T0)	Attività che si intende realizzare nel 2023	Priorità (da 1 a 3 <sup>2</sup> )
4) Analisi bisogni del territorio	4a) Raccolta e analisi sistematica dei bisogni della popolazione (anziani attivi con fragilità, famiglie e <i>caregivers</i> ) e degli utenti dei servizi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● n. persone e n. soggetti coinvolti nel processo di analisi suddivisi per categoria (anziani, <i>caregivers</i>, servizi, gruppi, ecc.);</li> </ul>	E' presente il Piano sociale di comunità, ma da intendersi come punto di ripartenza per un'analisi dei bisogni aggiornata, anche alla luce degli esiti del periodo pandemico	Attuare delle rilevazioni mirate, dopo aver attuato un'analisi approfondita di quali sono i dati ritenuti necessari e significativi per orientare l'attività di SA nel breve e medio periodo	3
	4b) Introdurre misure di miglioramento della copertura dei bisogni di supporto domiciliare e della qualità dei servizi offerti.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● produzione annuale documento analisi dei bisogni del territorio;</li> <li>● miglioramento grado di soddisfazione concernente la qualità della vita dell'anziano;</li> </ul>	La rete dei servizi erogati è già ampia e prevede anche servizi di livello aggiuntivo rispetto ai LEA provinciali (es. servizio di lavanderia, soggiorni protetti al mare)	Verificare se vi sono aree con minor livello di attivazione di servizi, analizzarne le cause e semmai individuare azioni di supporto per rendere maggiormente accessibile l'informazione sui servizi e l'accessibilità	2
	4c) Mappatura delle risorse e della rete (individuazione di tutti i soggetti formali e informali che possono essere coinvolti e valorizzati).	<ul style="list-style-type: none"> <li>● n. e tipologia servizi di supporto domiciliare attivati;</li> <li>● Predisposizione "Quadro dei servizi";</li> <li>● n. soggetti, istituzioni, enti locali coinvolti nel processo;</li> <li>● n. risorse mappate.</li> </ul>	E' presente l'obiettivo nel Piano sociale di comunità	Procedere alla mappatura dei bisogni, partendo da quelli individuati come prioritari (vd. <i>supra</i> )	3

<sup>2</sup> 1: bassa; 2: media; 3: alta



5) Valorizzare e sostenere processi di prevenzione e invecchiamento attivo	5a) Mantenimento iniziative di prevenzione e invecchiamento attivo già in corso e realizzazione di nuovi interventi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● n. azioni di prevenzione promosse e realizzate;</li> <li>● n. anziani coinvolti nelle iniziative realizzate;</li> <li>● n. incontri svolti per la programmazione delle iniziative;</li> </ul>	Sono già presenti varie iniziative e progetti di invecchiamento attivo promossi dalla Comunità di Valle e da altri soggetti del territorio.	Si potrebbero mettere in rete questi progetti e promuoverli in maniera integrata anche tramite SA.	1
	5b) Attivare interventi volti alla riduzione dei rischi in ambito domestico anche grazie all'ausilio di strumentazione tecnologica e di domotica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● n. enti coinvolti;</li> <li>● n. interventi di innovazione tecnologia realizzati.</li> </ul>	Sono presenti dei progetti in tal senso, incardinati in APSS.	Spazio Argento può collaborare per un'efficace realizzazione di questi progetti (es. nelle Aree interne del Tesino).	2
6) Ridurre la solitudine e l'isolamento di chi svolge assistenza e fornire supporto/ supervisione alla loro formazione	6a) Realizzare attività di sollievo a favore di chi presta assistenza (caregivers familiari, assistenti familiari, operatori professionali).	<ul style="list-style-type: none"> <li>● n. beneficiari attività di sollievo e attività di formazione distinti per target;</li> <li>● n. enti, istituzioni e soggetti del terzo settore coinvolti;</li> <li>● n. attività di formazione e sollievo realizzate;</li> <li>● Valutazione di gradimento dei partecipanti.</li> </ul>	Sono già presenti progetti di prevenzione e promozione sociale come Curainsieme e quelli finanziati dalla Provincia mediante il bando per le demenze, che negli ultimi anni hanno determinato e favorito progressivamente il costituirsi di una rete estremamente valida e funzionale con il volontariato e con altri soggetti ed Enti/Soggetti territoriali (es. CDCA, biblioteche, ...).	Proseguire con i progetti già attivi, eventualmente implementandoli in relazione ai nuovi bisogni emergenti dalla mappatura attuata grazie a SA.	2



	6b) Realizzare attività di formazione a favore di chi presta assistenza (caregivers familiari, assistenti familiari, operatori professionali).		Ci sono già percorsi di formazione quale il Curainsieme, che stanno proseguendo da qualche anno. Nondimeno sarà importante inserire in questa logica integrata anche progetti come quello che favorisce la diffusione della conoscenza della figura dell'Amministratore di sostegno su tutto il territorio provinciale.	Proseguire con i progetti già attivi, eventualmente implementandoli in relazione ai nuovi bisogni emergenti dalla mappatura attuata grazie a SA.	2
7) Proporre risposte innovative ai bisogni dell'anziano	7a) Attivare percorsi di progettazione partecipata e co-progettazione di nuovi servizi anche in collaborazione con il terzo settore finalizzati a realizzare nuove azioni di supporto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● n. enti e operatori coinvolti;</li> <li>● n. incontri di progettazione realizzati;</li> <li>● n. progetti e iniziative realizzate;</li> <li>● n. anziani e famiglie coinvolte nella progettazione e nelle azioni proattive.</li> </ul>	C'è un Tavolo territoriale della pianificazione sociale e vi sono poi dei Tavoli tematici specifici.	Riattivare i Tavoli tematici specifici, al fine di orientare i futuri progetti di SA e la risposta ai bisogni che verranno rilevati mediante la mappatura dei bisogni	3
	7b) Porre in essere azioni proattive (per intercettare precocemente le persone fragili, conoscerle in via preventiva).		Vi sono già azioni e progetti attivi di prevenzione e promozione sociale della Comunità.	Promuovere anche forme innovative di prevenzione e promozione sociale (es. "porta a porta" in alcune aree territoriali dove la conoscenza e la fruizione dei servizi è minore).	2



### C. COMUNICAZIONE

Obiettivi	Azioni	Indicatori	Stato di partenza (T0)	Attività che si intende realizzare nel 2023	Priorità (da 1 a 3 <sup>3</sup> )
8) Promuovere Spazio Argento e attivare le risorse sul territorio	8a) Presentazione Spazio Argento (attraverso incontri, materiale divulgativo, partecipazione ad eventi sul territorio, sito web, social network, altre iniziative di comunicazione).	<ul style="list-style-type: none"> <li>● n. iniziative di promozione di Spazio Argento attivate;</li> <li>● n. iniziative realizzate per promuovere Spazio Argento tra stakeholder;</li> <li>● n. stakeholder coinvolti nelle attività di promozione.</li> </ul>	E' già presente del materiale informativo sui servizi della Comunità e di APSS.	<p>Obiettivi per il 2023:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● attuare una rilevazione del materiale informativo già presente e renderlo maggiormente integrato, fruibile, accessibile;</li> <li>● attuare dei momenti informativi a cura dell'équipe di SA sul territorio;</li> <li>● curare un'informazione multicanale e finalizzata ad intercettare tutte le fasce d'età target di SA.</li> </ul>	2
	8b) Sviluppo di un piano di promozione con l'indicazione di canali, tempi e modalità di diffusione sul territorio delle attività complessive a favore degli anziani e delle famiglie (non solo di Spazio Argento).	<ul style="list-style-type: none"> <li>● n. di canali attivati;</li> <li>● conteggio visualizzazioni e stima destinatari raggiunti.</li> </ul>	Attualmente non è presente un vero e proprio piano di informazione.	Pensare, elaborare e rendere attuativo un piano mirato di informazione, in collegamento con il punto precedente, da implementare negli anni successivi.	1

<sup>3</sup> 1: bassa; 2: media; 3: alta



**D. SEGRETARIATO SOCIALE**

Obiettivi	Azioni	Indicatori	Stato di partenza (T0)	Attività che si intende realizzare nel 2023	Priorità (da 1 a 3 <sup>4</sup> )
9) Implementare la funzione informativa rivolta agli anziani e alle loro famiglie	9a) Attivazione front office e servizi informativi accessibili ed efficaci.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● n. punti informativi attivati e coordinati;</li> <li>● n. iniziative formative rivolte al personale dei front-office e n. partecipanti;</li> <li>● n. accessi ai punti di informazione;</li> <li>● n. schede di accoglienza compilate.</li> </ul>	E' già presente una sede del PUA presso l'APSS, presso la quale opera un'Assistente sociale della Comunità di Valle.	Rendere riconoscibile, accogliente, accessibile la sede di SA, in stretto collegamento anche con gli altri Servizi attivi in Comunità per la popolazione. Valutare l'attivazione di altri punti informativi in accordo tra Comunità di Valle, Comuni ed APSS.	3
	9b) Coordinamento degli sportelli informativi presenti.		Sono presenti "sportelli" informativi in Comunità e presso l'APSS.	Attivarsi in modo tale da rendere fortemente riconoscibili i servizi di sportello e soprattutto coordinati tra loro, in modo tale che le persone sappiano a chi rivolgersi, quando, come, ... evitando confusione di Servizi e di ruoli o di dover recarsi in più posti per poter ricevere le informazioni, che devono essere complete, coerenti, non frammentate su più Servizi.	3

<sup>4</sup> 1: bassa; 2: media; 3: alta



**E. PRESA IN CARICO UNITARIA E INTEGRATA**

Obiettivi	Azioni	Indicatori	Stato di partenza (T0)	Attività che si intende realizzare nel 2023	Priorità (da 1 a 3 <sup>5</sup> )
10) Garantire una presa in carico unitaria e integrata	10a) Elaborazione progetti socio assistenziali individualizzati.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● livello di copertura degli anziani, persone non autosufficienti intercettate;</li> <li>● n. valutazioni multidimensionali;</li> </ul>	Attualmente i progetti di natura socio-assistenziale vengono approntati dal Servizio sociale della Comunità di Valle (CDV).	Analisi del bisogno e valutazione del bisogno già in sede di SA con successivo forte raccordo con il Servizio sociale della CDV.	3
	10b) Attuazione di strategie di collaborazione e di raccordo con i soggetti coinvolti nella presa in carico integrata.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● n. incontri di coordinamento;</li> <li>● n. buone prassi elaborate;</li> <li>● n. incontri di monitoraggio;</li> <li>● n. progetti elaborati;</li> <li>● n. altri ambiti socio-assistenziali coinvolti;</li> <li>● n. accessi al PUA anziani;</li> </ul>	Ad oggi c'è una divisione tra l'accesso per i servizi presso la CDV e quello presso il Punto Unico di Accesso, che non attua una valutazione per gli interventi di natura sociale, ma rinvia al Servizio territoriale per i servizi di competenza della CDV	Lo SA assicurerà la presa in carico integrata e multidisciplinare delle persone anziane, garantendo ascolto, informazioni, orientamento, presa in carico e monitoraggio, per favorire la qualità di vita dell'anziano e della sua famiglia, con procedure semplificate e risposte unitarie.	3

<sup>5</sup> 1: bassa; 2: media; 3: alta



	10c) Presa in carico delle famiglie multiproblematiche.	● n. valutazioni in UVM realizzate.	Ad oggi c'è una divisione tra l'accesso per i servizi presso la CDV e quello presso il Punto Unico di Accesso, che non attua una valutazione per gli interventi di natura sociale, ma rinvia al Servizio territoriale per i servizi di competenza della CDV	Lo SA assicurerà la presa in carico integrata e multidisciplinare non solo delle persone anziane, ma anche della loro famiglia, intesa come un "sistema" al quale va assicurato il maggior benessere possibile (es. anche con interventi di sollievo, formazione, supporto informativo e formativo a domicilio, ...).	3
	10d) Presa in carico di anziani fragili, non autosufficienti.		All'interno di contesti che evidenziano la rarefazione delle possibilità di socializzazione e di integrazione dei soggetti più fragili, vi è la necessità di avere a disposizione opportunità di carattere intermedio, per facilitare il passaggio tra contesti con grado di autonomia e protezione differenti.	SA dovrà individuare quanto più possibile soluzioni per favorire il mantenimento della persona al proprio domicilio e l'accesso ai Servizi in un'attica di filiera, senza attivare servizi a maggior impatto per la persona, laddove i suoi bisogni possono essere soddisfatti in una logica di sussidiarietà.	3
	10e) Attivazione delle funzioni del modulo organizzativo integrato relativo all'area anziani (PUA ANZIANI).		E' già presente e molto strutturato il PUA anziani, presso l'APSS.	Identificare giornate, orari e modalità di apertura del PUA anziani nell'ottica e con le finalità del nuovo modulo organizzativo Spazio Argento.	3
	10f) Partecipazione all'UVM.		E' già stata individuata un'Assistente sociale della Comunità che partecipa all'UVM.	Individuare momenti pianificati di partecipazione alle UVM, in modo tale da garantire le funzioni sociali anche in SA.	3



F. MONITORAGGIO					
Obiettivi	Azioni	Indicatori	Stato di partenza (T0)	Attività che si intende realizzare nel 2023	Priorità (da 1 a 3 <sup>6</sup> )
11) Favorire il monitoraggio sia della condizione degli anziani e sia della dell'implementazione della riforma Spazio Argento su tutto il territorio provinciale	11a) Monitoraggio, a cura della Cabina di Regia territoriale, delle funzioni di: "gestione operativa", "segretariato sociale" e "presa in carico unitaria e integrata".	<ul style="list-style-type: none"> <li>● report monitoraggio distinto per funzioni con analisi degli esiti;</li> <li>● sintesi, a livello provinciale, di tutti report dei moduli organizzativi di Spazio Argento realizzati.</li> </ul>	E' un monitoraggio che va definito <i>ex novo</i> in accordo tra CDV e APSS	Grazie anche alla figura dell'RTO di SA, questo sarà un aspetto da approntare <i>ex novo</i> , anche con appositi strumenti di rilevazione, possibilmente unitari per le tre CDV del Distretto Est.	3
	11b) Monitoraggio, a cura della Cabina di Regia territoriale, con il supporto dell'Équipe di Spazio Argento, della condizione della popolazione degli anziani a livello territoriale.		E' un monitoraggio che va definito <i>ex novo</i> in accordo tra CDV e APSS	Questo sarà un aspetto da approntare <i>ex novo</i> , anche con appositi strumenti di rilevazione, possibilmente unitari per le tre CDV del Distretto Est.	2
	11c) Monitoraggio, a cura del Tavolo Tecnico di Spazio Argento, delle funzioni di: "integrazione" e implementazione complessiva di Spazio Argento sul territorio provinciale.		E' un monitoraggio che va definito <i>ex novo</i> in accordo tra CDV, APSS e PAT.	Questo sarà un aspetto da sondare con appositi strumenti di rilevazione, possibilmente unitari a livello provinciale.	1

<sup>6</sup> 1: bassa; 2: media; 3: alta





Piazzetta Ceschi, 1 - 38051 Borgo Valsugana (TN)  
Tel. 0461 755555 - fax 0461 755592  
P. IVA 02189180223 - C.F. 90014590229  
www.comunitavalsuganaetesino.it  
comunita@pec.comunita.valsuganaetesino.tn.it

	11d) Monitoraggio, a cura del Tavolo tecnico di Spazio Argento, sulla condizione della popolazione anziana a livello provinciale.		E' un monitoraggio che va definito <i>ex novo</i> in accordo tra CDV, APSS e PAT.	Questo sarà un aspetto da sondare con appositi strumenti di rilevazione, possibilmente unitari a livello provinciale.	1
--	---	--	---	---	---

## 6. BUDGET

Le principali voci di spesa relative a Spazio Argento, per quanto esse debbano al momento ritenersi solo di natura presuntiva, saranno legate a:

- costo di un' **Assistente sociale** (a tempo pieno o parziale, da valutare in relazione alle effettive esigenze a seguito dell'adozione del nuovo modulo organizzativo di Spazio Argento);
- costo degli **educatori** dedicati alle progettualità di prevenzione, promozione, inclusione sociale e sviluppo delle reti con il Terzo e Quarto settore;
- costo legato alla **figura amministrativa/OSS** a supporto delle attività di Spazio Argento;
- costi legati al finanziamento di **progetti che incentivino l'educazione al movimento**, rivolti alla popolazione anziana e pensionata del territorio;
- costi legati al finanziamento di **progetti di prevenzione, promozione ed inclusione sociale** rivolti alla popolazione anziana, anche da realizzarsi mediante la partecipazione a specifici bandi di co-finanziamento;
- altri **costi generali** legati alla fruizione di eventuali altre strutture utilizzate per lo svolgimento delle attività di Spazio Argento.

