

SCHEMA TECNICA

SPORTELLI DI ACCOGLIENZA PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E DEGLI INTERVENTI PREVISTI PRESSO I NETWORK INTEGRATI TERRITORIALI PER LA FRAGILITÀ E IL SERVIZIO TERRITORIALE DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (STVM) – AMBITO TERRITORIALE DI DALMINE

Premessa

La co-progettazione del presente avviso ha per oggetto tre interventi, distinti, ma da gestire e pensare in termini unitari ed integrati:

- l'implementazione di *spORTELLI per l'accoglienza* di situazioni di fragilità/non autosufficienza, quale risposta alle necessità espresse dalle famiglie anche con il progetto Anagrafe della fragilità (solitudine, disorientamento, affaticamento care-giver, ecc.);
- la valorizzazione del *servizio territoriale valutazione multiprofessionale* (STVM) quale luogo strategico di raccordo tra il sistema dei servizi comunali e quello socio-sanitario e per la valutazione e gestione delle situazioni complesse che richiedono interventi sanitari e socio-sanitari (di conseguenza garanzia da parte dell'Ambito della figura di assistente sociale messa a disposizione del STVM);
- la realizzazione del *Network Integrato Territoriale per la Fragilità* - a livello di singoli Ambiti Territoriali / Casa di Comunità - volto a supportare il caregiver in un'ottica di prevenzione e promozione della salute, agendo quindi in maniera sistemica sul contesto di vita delle persone fragili, lavorando in rete e contribuendo ad attivare percorsi comunitari.

Premessa rilevante di tutti e tre gli interventi è l'esito del progetto Anagrafe della fragilità, che ha coinvolto l'Ambito Territoriale di Dalmine, unitamente a tutti gli Ambiti della Provincia, nel periodo novembre 2020-aprile 2021, in un lavoro di rilevazione e verifica delle condizioni di assistenza delle persone non autosufficienti, individuate dal servizio epidemiologico di ATS Bergamo, sulla base di una serie di indicatori sanitari e sociali.

L'obiettivo era quello di:

- verificare a livello domiciliare le condizioni di protezione sociale delle 9.087 persone individuate da ATS (n.1.145 nell'Ambito di Dalmine);
- costruire un'Anagrafe della Fragilità a livello territoriale e provinciale evidenziando la situazione e il livello di protezione e sicurezza delle singole persone, al fine di "fotografare" la situazione di fragilità delle stesse.

Con tale lavoro si è cercato di identificare principalmente il livello di isolamento sociale in cui è inserita la persona, e in secondo piano aspetti cruciali, tuttavia già noti, relativi alle patologie e alle condizioni socio-economiche che caratterizzano le persone selezionate.

Per rendere più comprensibile l'output delle schede compilate, si è deciso di utilizzare la metafora del semaforo per indicare attraverso i colori verde, giallo e rosso il livello di fragilità sociale riscontrato e il relativo grado di attenzione/protezione inerente il nucleo familiare:

"semaforo" rosso = grave criticità;

"semaforo" giallo = moderata criticità;

"semaforo" verde = assenza/lieve criticità

Nella tabella sono riportati gli esiti del progetto, suddivisi per singolo Comune:

COMUNE	NOMINATI VI ATS	DECESSI, inserimenti in RSA, Trasferimenti ¹	RECAPITI TELEFONICI RECUPERATI DA ATS	RECAPITI TELEFONICI RECUPERATI da Comuni, SAD, ADI, Pagine Bianche	Numeri non attivi, sbagliati, non risposta	TELEFONATE	VISITE/ TELEFONATE RIFIUTATE	VISITE EFFETTUATE	Semaforo VERDE	Semaforo GIALLO	Situazioni evidenziate ai Servizi sociali

¹ Sono compresi anche le situazioni rilevate a seguito delle telefonate effettuate

AZZANO S.P.	114	8	7	74	18	95	18	62	52	10	21
BOLTIERE	36	6	2	23	13	23	3	14	13	1	3
CISERANO	29	3	8	15	3	21	10	12	11	1	5
COMUN NUOVO	26	1	1	19	8	22	4	10	6	4	4
CURNO	69	8	7	28	30	35	3	28	24	4	8
DALMINE	222	22	25	197	32	172	24	105	93	12	20
LALLIO	27	4	6	22	3	23	6	14	12	2	3
LEVATE	38	7	10	17	4	27	7	17	16	1	5
MOZZO	66	7	3	47	8	50	16	34	28	6	9
OSIO SOPRA	44	2	5	28	12	30	7	14	13	1	3
OSIO SOTTO	90	13	11	55	15	66	13	35	33	2	10
STEEZZANO	88	15	9	59	20	68	6	43	35	8	17
URGNANO	55	6	3	37	15	40	10	24	20	4	4
VERDELLO	49	5	8	32	4	40	12	24	19	5	4
ZANICA	53	7	6	27	16	33	11	18	15	3	4
Totale	1006	114	113	680	183	745	150	454	390	64	120

L'incrocio fra dati clinici e sociali ha consentito di conoscere e raccogliere dati su una parte significativa della cittadinanza considerata fragile (54,69% al netto dei decessi, dei trasferimenti e dei ricoveri), o che è risultata fragile.

In occasione delle visite al domicilio sono state fornite informazioni in merito alla prevenzione e ai vaccini, sono stati illustrati i servizi presenti sul territorio per far fronte ai bisogni espressi, sono state evidenziate le risorse attivabili, sono state segnalate ai Servizi Sociali territoriali situazioni di rischio di isolamento sociale, infine sono state rilevate situazioni per le quali è stato possibile attivare misure sanitarie e socio sanitarie di supporto alle non autosufficienze.

Delle 454 persone incontrate, il 14% è risultato avere un livello di rischio di isolamento medio, ma anche una buona percentuale di quel 86% di cittadini risultati "semaforo verde", vive una sorta di equilibrio precario, tanto che 120 situazioni sono state portate all'attenzione delle Assistenti Sociali dei Comuni. Difficoltà economiche, lavorative, abitative, patologie croniche insorte in età giovanile che necessitano di interventi di prevenzione e mantenimento, precarietà della rete di supporto, stress del caregiver, sono tutti elementi emersi nelle telefonate e nei colloqui, con un rilevante bisogno di ascolto e della necessità di essere aiutati e indirizzati verso l'individuazione di percorsi, risorse e soluzioni.

Oltre alle matrici di dati prefissate dal progetto, sono infatti emersi ulteriori elementi che meriterebbero l'attenzione e l'analisi dagli addetti ai lavori. Tra questi una "sorta di solitudine, disorientamento" che accompagna la difficoltà del cittadino ad orientarsi nel complesso e frammentato mondo dei servizi alla persona, amplificato maggiormente dallo *shock* strutturale generale dalla situazione emergenziale.

Risulta inoltre fondamentale considerare non solo gli effetti immediati (sulla salute dell'utenza) e indiretti (economici, sociali e psicologici) della pandemia, ma anche la risposta e l'efficacia delle politiche di contrasto messe in atto.

Il punto cardine della questione è che l'emergenza sanitaria ha illuminato i punti deboli, le zone buie del *welfare*: molti cittadini, nonostante fossero in difficoltà anche prima dell'avvento della pandemia, non avevano ancora avuto modo di interfacciarsi con i Servizi Sociali. Talvolta, situazioni difficili sono rimaste inascoltate o inesprese per ragioni personali (riluttanza nel chiedere aiuto) ma anche per questioni sistemiche (ad esempio per via della complessità burocratica che sottende l'attivazione di determinati processi di presa in carico).

In conclusione, la ricerca, oltre alla costruzione dell'Anagrafe della Fragilità, ha confermato la necessità di concretizzare in tempi brevi quella *prospettiva di supporto e orientamento* alla cittadinanza finalizzati

all'approfondimento dei bisogni sociosanitari, all'orientamento ai Servizi competenti e all'attivazione di processi operativi di presa in carico più snelli e facilitanti per il cittadino, già emersa in questi anni nei tavoli di lavoro sulla non autosufficienza.

La ricomposizione di un sistema integrato Distretto / Ambito/ Comuni a sostegno della non autosufficienza e della "filiera" dei servizi risulta pertanto necessaria per concretizzare quella prospettiva di supporto e orientamento alla cittadinanza citati sopra e garantire l'integrazione e il coordinamento di tutte le opportunità oggi rivolte a queste persone e che afferiscono a soggetti diversi, ma che insieme concorrono alla costruzione di percorsi di cura e assistenza rivolti alla persona "unica".

Da qui si è resa evidente l'opportunità di dare visibilità, in un luogo e in uno spazio riconoscibile e raggiungibile dai cittadini, a quella attività di informazione/ascolto/indirizzo e orientamento che in questi anni si è avviata nel nostro Ambito attraverso la collaborazione tra i Servizi Sociali, l'Ambito e l'ASST, per le situazioni che in qualche modo sono entrate in contatto con queste realtà. Un'attività di integrazione socio sanitaria che andrebbe svolta in termini preventivi a favore di tutta la cittadinanza, attraverso degli Sportelli della Non Autosufficienza presenti sul nostro Territorio, ai quali la persona o un suo familiare o figura di riferimento possa rivolgersi al fine di informarsi, conoscere, comprendere quanto il Sistema Integrato dei Servizi presenti offre.

→ Sportelli per la non autosufficienza

Come sopra indicato, l'apertura di uno Sportello per la Non Autosufficienza nasce al fine di supportare i cittadini e i nuclei familiari che stanno affrontando o affronteranno, in prospettiva, una condizione di non autosufficienza o fragilità.

Lo Sportello è rivolto a famiglie con anziani fragili e/o non autosufficienti e si propone di:

- 1) superare la frammentarietà dell'offerta: per le persone anziane in condizione di non autosufficienza e i loro caregiver sono presenti numerose Unità di Offerta, progetti, prestazioni, misure. Un'armonizzazione di tutte queste opportunità e la costruzione di una filiera consentirebbero di ridurre i costi economici e le dispersioni organizzative, nonché favorire l'intelligibilità del sistema e la sua fruibilità;
- 2) favorire l'accessibilità alle prestazioni: l'opportunità per il cittadino di conoscere e comprendere la tipologia di servizi e prestazioni erogate è una condizione indispensabile per agevolare l'accessibilità, superando gli sbarramenti comunicativi e burocratici;
- 3) fornire supporto alle famiglie che devono affrontare la non autosufficienza di uno o più componenti del nucleo familiare: tale condizione è spesso l'esito di un lungo e doloroso percorso, che vede i familiari sostenere un carico di lavoro sempre maggiore.

Per l'implementazione degli sportelli di accoglienza si prevede che l'obiettivo andrà perseguito a tappe incrementalmente, con l'apertura di un primo sportello sperimentale con funzioni di informazione e orientamento, per procedere poi ad un ampliamento a tre sportelli, uno per presidio, e ad una successiva fase che può prevedere anche il decentramento nei Comuni; di pari passo l'obiettivo è di ampliare le funzioni svolte con la possibilità di fare domande e richieste anche afferenti a soggetti diversi, per giungere negli auspici ad un punto unico di accesso per la presa in carico di situazioni complesse.

A marzo 2022 è stato aperto un primo Sportello per la Non Autosufficienza presso il Centro Diurno Anziani di Dalmine sito in Viale Locatelli n. 4 nei seguenti giorni e orari:

Lunedì	Dalle ore 9:00 alle ore 10:00	Reperibilità telefonica
Martedì	Dalle ore 17:00 alle ore 18:00	Reperibilità telefonica
Mercoledì	Dalle ore 13:00 alle ore 17:00	Si riceve su appuntamento tramite telefono o e-mail
Giovedì	Dalle ore 10:00 alle ore 14:00	Si riceve su appuntamento tramite telefono o e-mail

e attivato un sito internet dedicato parte integrante dello Sportello, quale supporto al cittadino anche attraverso la digitalizzazione dei percorsi di accesso ai servizi/misure sulla non autosufficienza; sito internet in parte ancora da implementare e sviluppare.

La proposta progettuale dovrà quindi prevedere un percorso di consolidamento dello sportello di Dalmine e di apertura in due altre sedi, che saranno individuate, presso due Comuni, uno del presidio di Osio Sotto e uno del presidio di Zanica, nell'autunno 2022.

Il consolidamento e l'apertura di nuove sedi dovrà essere realizzato con un'attenzione particolare all'investimento sulla comunicazione e lavorando a stretto contatto con le AS comunali e altri operatori della non autosufficienza.

→ Servizio Territoriale Valutazione Multiprofessionale (STVM)

La Delibera di Giunta Regionale n.10759 del 11 dicembre 2009 ha previsto l'attivazione in ogni distretto/ambito di un Centro per l'assistenza domiciliare (CeAD), quale luogo di integrazione degli interventi domiciliari erogati dalla rete dei servizi socio-assistenziali e dalla rete dei servizi socio-sanitari.

La finalità del CeAD era l'integrazione di risorse e di interventi sociosanitari e sociali in ambito domiciliare e di strutture semiresidenziali, a garanzia di risposte multiple e coordinate in favore dei soggetti fragili e della loro famiglia, caratterizzato da snellezza organizzativa, elevata accessibilità.

Il CeAD è stato costituito da operatori sociosanitari e sanitari del distretto e sociali dell'Ambito, integrati di volta in volta, a seconda dei casi e delle situazioni da operatori delle altre istituzioni/strutture.

In coerenza ai disposti normativi sopra citati e dei protocolli d'intesa sottoscritti tra ATS Bergamo e ASST Bergamo Ovest e Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e Ambiti Territoriali² il CeAD ha avuto una evoluzione verso il Servizio Territoriale di Valutazione Multiprofessionale (STVM), che nel corso di questi anni ha incrementato sempre più il proprio ruolo di raccordo della rete sociale e socio-sanitaria, di presa in carico congiunta delle situazioni complesse di non autosufficienza e di gestione di diverse misure di intervento promosse dalla Regione (vedi in particolare il voucher Fondo Non Autosufficienza per disabili gravissimi e altre misure).

Al soggetto di terzo settore si chiede di mettere a disposizione una figura di assistente sociale per il STVM, in nome e per conto dell'Ambito Territoriale; tale elemento costituisce la leva strategica per la promozione di una maggiore integrazione tra misure di competenza ATS/ASST e di competenza dei Comuni/Ambito, in primis il servizio di assistenza domiciliare e le misure finanziate dal Fondo Non Autosufficienza, a favore delle persone anziane e/o non autosufficienti, così come per favorire un aumento progressivo delle tipologia di situazioni che potranno essere prese in carico congiuntamente tra servizi dei Comuni/Ambito e del distretto per l'attivazione delle prestazioni richieste dal progetto di assistenza individualizzato (PAI) elaborato. Tutto questo anche alla luce dell'attivazione delle Case della Comunità previste dal PNRR.

→ Network Integrato Territoriale per la Fragilità

Gli obiettivi dei Network Territoriali Integrati di Sostegno alla Fragilità sono:

- supportare e capacitare il caregiver di persone fragili e vulnerabili nei suoi compiti evolutivi di cura;
- contrastare l'isolamento sociale della famiglia, attraverso l'attivazione della comunità, anche a seguito del coinvolgimento delle Associazioni e del Volontariato;
- favorire la permanenza a casa, contribuendo ad informare la famiglia e facilitarne l'accesso e la connessione con le attività ed i servizi sociosanitari a ciò preposti;
- porre attenzione alle situazioni "invisibili" per le quali sono necessari interventi di supporto al caregiver anche al fine di prevenire il comprometersi dell'equilibrio familiare e delle ricadute sulla persona con fragilità globale (clinica e sociale);
- favorire la salute delle persone curate e delle persone curanti.

Si prevede la possibilità di agire in differenti ambiti, intervenendo:

- ✓ a livello del presidio territoriale - Casa di Comunità;
- ✓ a livello domiciliare, individuale e familiare;
- ✓ a livello comunitario.

A livello del presidio territoriale - Casa di Comunità:

- accoglimento della segnalazione

² Si veda da ultimo il Protocollo d'Intesa approvato dal Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci in data 20 settembre 2021

- informazioni ed orientamento
- ritiro documentazione
- prestazioni ambulatoriali
- colloquio sociale
- attività di educazione alla salute.

Le Case di Comunità potranno avvalersi di reti territoriali decentrate e dislocate in diversi punti del territorio con la funzione di consentire:

- maggiore vicinanza alle famiglie e conoscenza del contesto;
- valorizzazione di reti informali e di vicinato;
- valorizzazione di servizi e associazioni che riguardano porzioni di territori caratterizzati da vastità e particolare conformazione geografica.

A livello domiciliare, individuale e familiare:

- valutazione del bisogno di orientamento rispetto ai servizi sociosanitari esistenti, ai percorsi necessari per la loro attivazione e all'utilizzo delle fonti di informazione e di comunicazione disponibili.
- attivazioni di processi collaborativi per il mantenimento dell'autonomia e per evitare la frammentazione delle cure.
- collaborazione alla continuità assistenziale attraverso l'integrazione dei servizi fra ospedale e territorio in sinergia con le organizzazioni, i MMG, gli IFeC e gli altri professionisti.
- collaborazione con il Medico di Medicina Generale, con le Unità di Valutazione Multidimensionali, con i professionisti dei servizi socioassistenziali, con le Associazioni di Volontariato.
- assolvimento diretto di compiti di coaching rivolti al familiare: ad es. supporto per la corretta aderenza alla terapia farmacologica (da parte dell'IFeC), sviluppo collegamenti con realtà di volontariato per compiti di sostegno alla quotidianità (da parte dell'A.S.)

A livello comunitario:

- mappatura delle risorse del territorio per il mantenimento di stili di vita sani, incluse le Associazioni di Volontariato.
- attività trasversali di integrazione con i vari professionisti e possibili risorse formali e informali.
- formazione, coordinamento e supervisione delle persone che entrano a far parte volontariamente della rete assistenziale della comunità.
- partecipazione alla redazione, verifica, attuazione e supervisione di protocolli e procedure per la qualità dell'assistenza sociosanitaria.
- progettazione e attivazione di iniziative di promozione e prevenzione della salute rivolte alla comunità che favoriscano la partecipazione attiva.
- attivazione di iniziative di informazione sulla salute e sui rischi rivolte a gruppi di persone.
- sensibilizzazione della comunità rispetto alla cura e assistenza alle persone fragili.

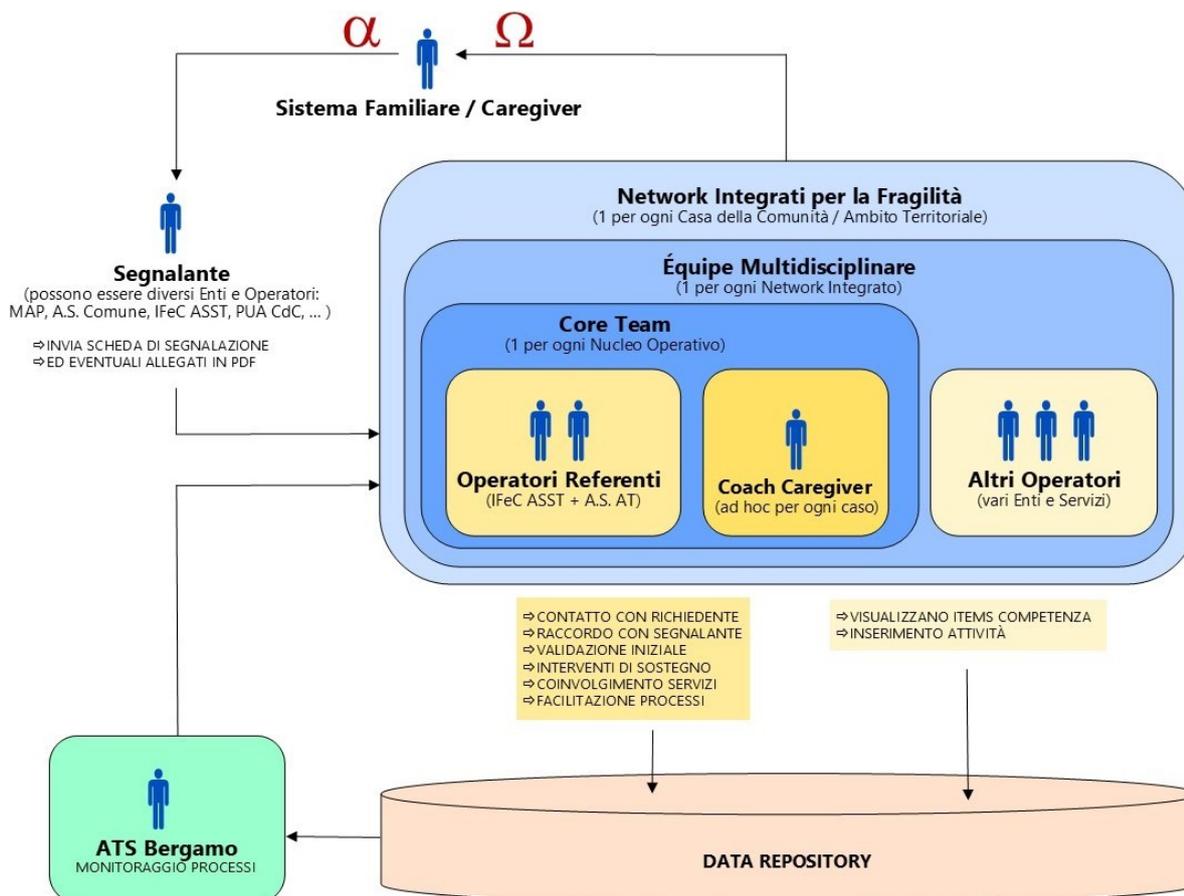
Il core team dei Network Integrati Territoriali per la Fragilità è composto da:

- Assistente Sociale (Ambiti Territoriali);
- IFeC (Aziende Socio Sanitarie Territoriali).

Si tratta di due operatori complementari che agiscono in maniera raccordata e coordinata, assolvendo alle funzioni di accoglienza delle segnalazioni, primo riferimento, attivazione interventi ed assunzione (o individuazione ad hoc) della funzione di "case manager della famiglia" con valenza di coach del caregiver (caregiver coaching).

La scelta del coach, il professionista di riferimento, viene fatta sempre in accordo con la famiglia.

Il core team si avvale delle competenze di un'équipe allargata e differenziata (STVM) – caso per caso – con il coinvolgimento dei professionisti interessati: dal Medico di Medicina Generale della persona, agli Operatori dei servizi Sociali (A.S. o E.P. Comunali), Sociosanitari (operatori ASST, ADI..) e del Privato Sociale (operatori Cooperazione, Volontariato, ...).



A partire da questi aspetti operativi, l'attesa, coerentemente agli obiettivi del Piano di Zona 2021-2023 (allegato 2), è quella di un pensiero e una progettualità complessiva e articolata sulla tematica dell'integrazione socio-sanitaria, anche attraverso la valorizzazione di competenze, risorse, servizi e sperimentazioni che il soggetto concorrente sarà in grado di mettere a disposizione del sistema territoriale dell'Ambito.

Dalmine, 21 marzo 2022