

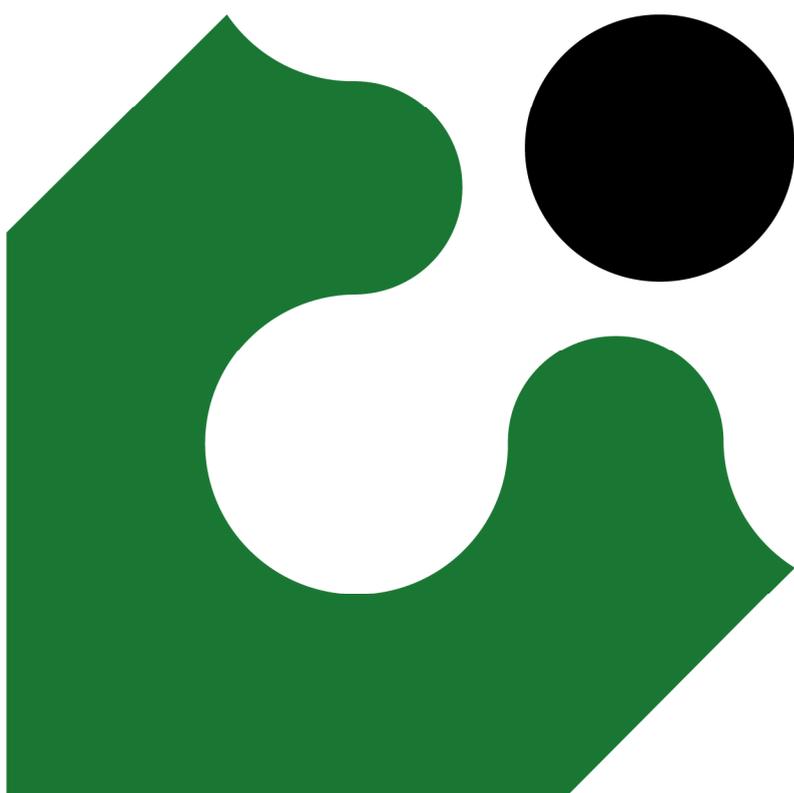
Verso un'anagrafe della fragilità

Dai codici fiscali alla conoscenza delle persone
all'organizzazione di network territoriali

Dott. Iorio Riva

Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

2019-2021



Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

MIP DSC 1901/AE

MIP Politecnico di Milano – Graduate School of Business

L'AUTORE

Iorio Riva, Sociologo, ATS Bergamo, iorio.riva@ats-bg.it

IL DOCENTE DI PROGETTO

Prof.ssa Cristina Masella, Professore Ordinario, Politecnico di Milano

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Prof. Emanuele Lettieri, Professore Ordinario, Politecnico di Milano

Prof. Tommaso Agasisti, Professore Ordinario, Politecnico di Milano

Publicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

INDICE	5
1. INTRODUZIONE	7
2. MODELLO SPERIMENTALE E RILEVAZIONE DATI.....	9
3. OBIETTIVI DEL PROGETTO	15
4. METODO E STRUMENTI DELL'INDAGINE DOMICILIARE.....	17
4.1 Il paradigma della vulnerabilità sociale	17
4.2 Lo strumento: la Scheda di Valutazione della Fragilità Sociale	17
5. I "PASSI" PROGETTUALI: L'INDAGINE A DOMICILIO.....	23
5.1 L'organizzazione dell'intervento	24
5.2 I risultati dell'indagine domiciliare	24
5.3 Le condizioni di protezione sociale.....	28
5.4 L'Analisi dei dati raccolti per aree tematiche	31
5.4.1. Condizioni di salute e autonomia funzionale	31
5.4.2. Condizioni abitative.....	34
5.4.3 Condizioni economiche e lavorative	39
5.4.4 Carico di cura familiare.....	42
5.4.5 Rete sociale	44
5.4.6 Capacità informatiche	49
5.4.7 Analisi qualitativa delle "note" a margine.....	52
6. I RISULTATI DELL'INDAGINE DOMICILIARE.....	55
7. SPUNTI DI RIFLESSIONE PER LA PROGRAMMAZIONE DI INTERVENTI	59
8. DALL'INDAGINE AL PROGETTO ORGANIZZATIVO	61
8.1 Prima fase del progetto: l'indagine domiciliare	61
8.2 Seconda Fase: i network integrati di presa in carico territoriale	61
8.3 Terza fase: verifica del modello utilizzato per la costruzione del target di riferimento	63
9. CONCLUSIONI.....	65
10. BIBLIOGRAFIA.....	67
11. SITOGRAFIA.....	69

Verso un'anagrafe della fragilità

1. INTRODUZIONE

Nel 2020 la provincia di Bergamo è stata tra le più colpite dall'emergenza Coronavirus.

Il Covid-19 si è portato via quasi un'intera generazione di bergamaschi, quelli nati proprio a ridosso dell'ultima Guerra Mondiale.

Dal 20 febbraio al 31 marzo 2020 se ne sono andate complessivamente 6.238 persone.

Nello stesso periodo, la media dei decessi 2015-2019 era stata di 1.180 unità: una differenza di 5.058 morti.

L'evidenza epidemiologica ha confermato che la pandemia Covid-19 ha colpito in modo predominante tre categorie di persone:

- pazienti fragili, prevalentemente anziani, con presenza di patologie croniche;
- ospiti di strutture comunitarie residenziali assistenziali sociosanitarie;
- soggetti in condizioni di vulnerabilità socio-economica ed isolamento sociale domiciliare.

L'urto pandemico ha inoltre avuto un impatto importante sulla cura delle persone a livello sanitario e sociale, territoriale e specialistico, con il rinvio di molti dei percorsi di diagnosi, presa in carico, interventi domiciliari e *follow up*.

I servizi alla persona da sempre vivono in connubio profondo con le comunità di riferimento: a Bergamo essi si sono trovati ad affrontare la sfida più difficile della loro storia, i segni del trauma epidemico Covid-19 sono tangibili non solo sulle persone ma anche sugli operatori.

Oggi è necessario soprattutto non farsi trovare impreparati, sono essenziali interventi rapidi a sostegno delle persone in condizione di fragilità, interventi che vanno ben al di là degli indispensabili contributi economici, poiché vi è il bisogno di sostenere e ripensare le relazioni, raccogliere e far memoria di ciò che è stato, piangere chi si è perso, rimettere al "centro" il senso del legame sociale, questione cardine dello sviluppo del territorio.

In quest'ottica si è pensato di costruire un progetto denominato "Verso un'Anagrafe per la Fragilità" a livello territoriale e provinciale, con l'obiettivo di proteggere e prendersi cura dei soggetti più vulnerabili, verificandone a livello domiciliare le condizioni di protezione sociale, monitorando l'evoluzione delle situazioni personali, promuovendo le condizioni per la costruzione di network integrati sociosanitari di sostegno familiare e comunitario.

Nella consapevolezza che l'incertezza regna sovrana quando imperversano minacce pandemiche, prepararsi è l'unica possibilità per tentare di governare l'emergenza nei suoi diversi impatti sanitari e sociali.

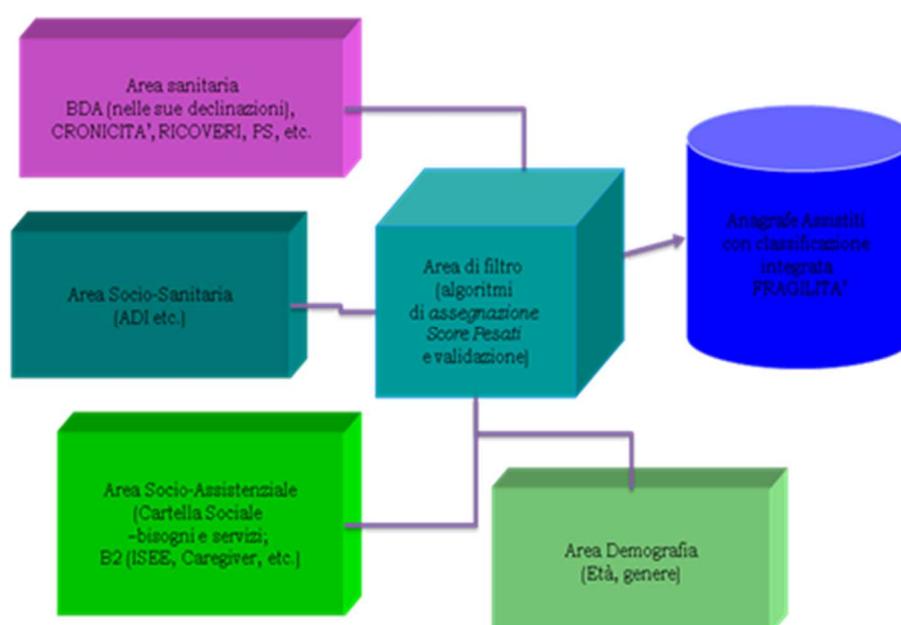
Si è così individuato un target di persone ad elevata fragilità globale (sanitaria e sociale), con un potenziale "rischio" alto di salute nell'impatto con il virus, con l'intento di mappare e monitorare il livello di protezione sociale di ogni persona, implementando il livello di conoscenza e quindi d'intervento dei servizi.

Verso un'anagrafe della fragilità

2. MODELLO SPERIMENTALE E RILEVAZIONE DATI

ATS di Bergamo, attraverso il Servizio Epidemiologico Aziendale e l'Ufficio Sindaci, ha costruito un modello operativo d'integrazione tra dati clinici, sociosanitari e socioassistenziali, consentendo di individuare un possibile indice di fragilità delle persone, incrociando dati di natura clinica e sociale ricavati dalle diverse banche dati, come da infrastruttura informatica che segue:

Figura 2.1 - Approccio integrato di fonti con applicazione di algoritmi pesati per l'assegnazione di "scores di fragilità"



Nella provincia di Bergamo, nel 2020, la popolazione dei pazienti cronici, identificata tramite la BDA-PIC (Banca Dati Assistiti per la Presa in Carico della Cronicità), è stimata essere pari a 347.678 assistiti:

- il 3,6% (n. 12.688) presenta elevata fragilità clinica;
- 126.778 assistiti (36,5%) presentano cronicità polipatologica (fino a 3 patologie);
- 208.212 (59,9%) presentano una cronicità iniziale (monopatologica).

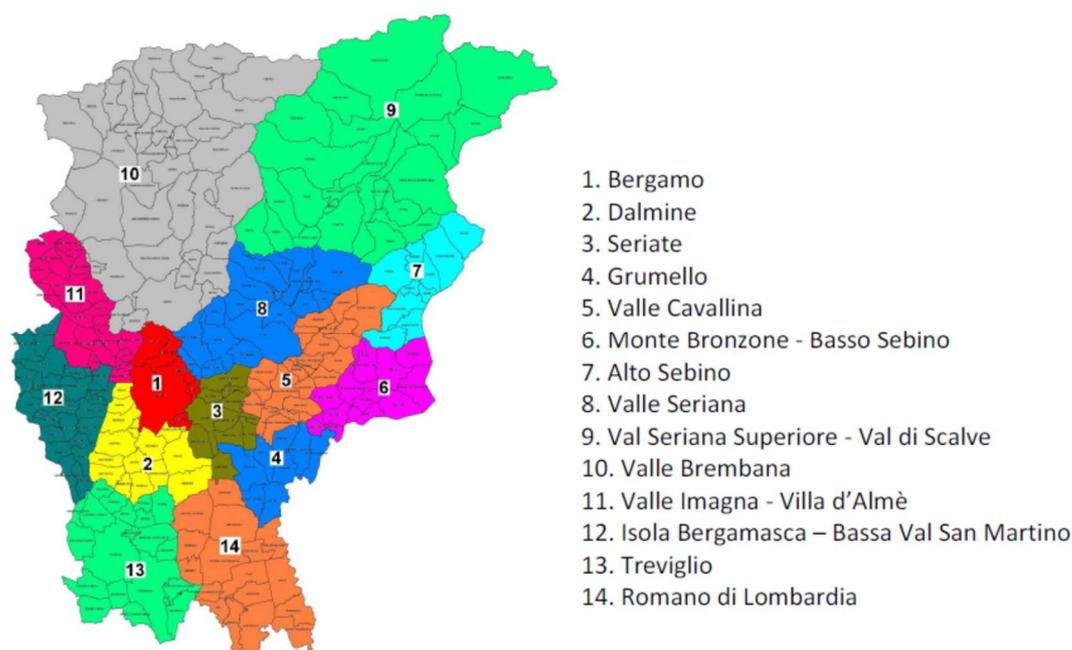
Il modello statistico determina, sulla base della condizione epidemiologica, *score* crescenti a fronte della presenza di polipatologie (categorizzate in 1; 2/3; 4 o più) e della dimensione quantitativa dei consumi sanitari (ricoveri, farmaci, specialistica ambulatoriale).

Altre informazioni inserite nel modello sono state l'utilizzo di Assistenza Domiciliare Integrata e le casistiche relative ad una serie di condizioni patologiche specifiche che, per la loro complessità e drammaticità, vanno ben oltre la dimensione puramente clinica, determinando un impatto a livello sociale e familiare estremamente rilevante, quali: Malattia di Parkinson, Demenze, Insufficienza Renale Cronica e Dialisi, Distrofia Muscolare, Sclerosi Multipla, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Stato Vegetativo Persistente, Disturbi dello Spettro Autistico, Disturbi del Comportamento Alimentare, Patologie auto-immuni.

Verso un'anagrafe della fragilità

Per quanto concerne il dimensionamento della fragilità socio-assistenziale, ci si è basati sulle informazioni relative alle attività di natura sociale rilevate dai Servizi Sociali dei Comuni della provincia di Bergamo all'interno dell'area informativa della CSI (Cartella Sociale Informatizzata – *Health Portal*), che permette di quantificare e valutare la natura e gli interventi di supporto sociale alla persona sul territorio, in particolare: Servizio di Assistenza Domiciliare, condizioni familiari, svantaggio economico-sociale...

Figura 2.2 – Mappa degli Ambiti Territoriali della provincia di Bergamo



Le analisi effettuate hanno evidenziato le seguenti stratificazioni:

- fragilità clinica rilevante (4° quartile della distribuzione di frequenza dello score specifico): 281.740 soggetti (25,3% della popolazione), si veda tabella 2.1, di cui con fragilità clinica particolarmente elevata (95° percentile della distribuzione di frequenza dello score specifico): 54.959 soggetti (4,9% della popolazione), si veda tabella 2.2;
- fragilità socio-assistenziale media ed elevata: 28.650 soggetti (2,6% della popolazione complessiva della provincia di Bergamo), si veda tabella 2.3;
- l'incrocio delle due tipologie di fragilità ha permesso di tracciare 16.268 persone (pari all'1,5% della popolazione complessiva), che presentano livelli complessivamente elevati di fragilità globale, sia clinica sia sociale (di cui 7.370 di media intensità e 9087 di elevata intensità), si veda tabella 2.4;
- i soggetti di fragilità ad elevata intensità sono pertanto 9087. Queste persone rappresentano il target d'elezione rispetto all'individuazione dei cluster di popolazione maggiormente suscettibili di esiti di salute negativi, dunque bisognosi una presa in carico integrata, in quanto soggetti prioritari per azioni di programmazione pro-attiva dei servizi territoriali in vista di una possibile ed eventuale nuova ondata epidemica.

Le tabelle successive mostrano la distribuzione su base territoriale (Ambiti Territoriali) per le analisi sopra descritte.

Tabella 2.1 - Numero di assistiti in base ai livelli di fragilità clinica

Tab. 1		NUMERO DI ASSISTITI IN BASE AI LIVELLI DI FRAGILITA' CLINICA									
		Nulla/Non rilevante		Bassa		Media		Elevata		Totale popolazione	
		Dato	%	Dato	%	Dato	%	Dato	%	Dato	%
ambito	01-Bergamo	37.380	24,3%	37.806	24,6%	35.738	23,2%	42.944	27,9%	153.868	100,0%
	02-Dalmine	36.897	24,9%	38.367	25,9%	37.695	25,5%	35.041	23,7%	148.000	100,0%
	03-Seriate	20.083	25,6%	20.482	26,1%	19.658	25,1%	18.141	23,1%	78.364	100,0%
	04-Grumello	14.104	28,3%	12.778	25,7%	11.751	23,6%	11.162	22,4%	49.795	100,0%
	05-Valle Cavallina	15.056	27,7%	13.977	25,7%	12.814	23,6%	12.454	22,9%	54.301	100,0%
	06-Monte Bronzone - Basso Sebino	9.251	29,0%	7.601	23,8%	7.600	23,8%	7.451	23,4%	31.903	100,0%
	07-Alto Sebino	7.033	23,2%	7.061	23,3%	7.343	24,3%	8.818	29,1%	30.255	100,0%
	08-Valle Seriana	23.605	23,7%	24.584	24,7%	24.078	24,2%	27.151	27,3%	99.418	100,0%
	09-Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve	9.831	23,0%	10.248	23,9%	10.398	24,3%	12.357	28,8%	42.834	100,0%
	10-Valle Brembana	10.429	24,9%	10.099	24,1%	9.596	22,9%	11.784	28,1%	41.908	100,0%
	11-Valle Imagna e Villa d'Almè	12.787	24,1%	13.793	26,0%	12.852	24,2%	13.677	25,8%	53.109	100,0%
	12-Isola Bergamasca	33.830	25,2%	34.320	25,6%	33.623	25,1%	32.314	24,1%	134.087	100,0%
	13-Treviglio	28.377	25,3%	27.939	24,9%	27.412	24,5%	28.308	25,3%	112.036	100,0%
	14-Romano di Lombardia	22.883	27,0%	21.512	25,4%	20.303	23,9%	20.138	23,7%	84.836	100,0%
	Totale	281.546	25,3%	280.567	25,2%	270.861	24,3%	281.740	25,3%	1.114.714	100,0%

Fonte: elaborazione Servizio Epidemiologico Aziendale ATS Bergamo, 2021

Tabella 2.2 - Numero di assistiti con fragilità clinica particolarmente elevata

Tab. 2		NUMERO DI ASSISTITI CON FRAGILITA' CLINICA PARTICOLARMENTE ELEVATA					
		NO		SI		Totale popolazione	
		Dato	%	Dato	%	Dato	%
ambito	01-Bergamo	145.056	94,3%	8.812	5,7%	153.868	100,0%
	02-Dalmine	141.557	95,6%	6.443	4,4%	148.000	100,0%
	03-Seriate	74.923	95,6%	3.441	4,4%	78.364	100,0%
	04-Grumello	47.717	95,8%	2.078	4,2%	49.795	100,0%
	05-Valle Cavallina	51.833	95,5%	2.468	4,5%	54.301	100,0%
	06-Monte Bronzone - Basso Sebino	30.369	95,2%	1.534	4,8%	31.903	100,0%
	07-Alto Sebino	28.449	94,0%	1.806	6,0%	30.255	100,0%
	08-Valle Seriana	94.304	94,9%	5.114	5,1%	99.418	100,0%
	09-Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve	40.350	94,2%	2.484	5,8%	42.834	100,0%
	10-Valle Brembana	39.547	94,4%	2.361	5,6%	41.908	100,0%
	11-Valle Imagna e Villa d'Almè	50.273	94,7%	2.836	5,3%	53.109	100,0%
	12-Isola Bergamasca	127.841	95,3%	6.246	4,7%	134.087	100,0%
	13-Treviglio	106.554	95,1%	5.482	4,9%	112.036	100,0%
	14-Romano di Lombardia	80.982	95,5%	3.854	4,5%	84.836	100,0%
	Totale	1.059.755	95,1%	54.959	4,9%	1.114.714	100,0%

Fonte: elaborazione Servizio Epidemiologico Aziendale ATS Bergamo, 2021

Tabella 2.3 - Numero di assistiti in base ai livelli di fragilità socio-assistenziale

Tab. 3		NUMERO DI ASSISTITI IN BASE AI LIVELLI DI FRAGILITA' SOCIO-ASSISTENZIALE									
		Nulla/Non rilevante		Bassa		Media		Elevata		Totale popolazione	
		Dato	%	Dato	%	Dato	%	Dato	%	Dato	%
ambito	01-Bergamo	149.847	97,4%	1.703	1,1%	1.438	0,9%	880	0,6%	153.868	100,0%
	02-Dalmine	144.694	97,8%	1.214	0,8%	826	0,6%	1.266	0,9%	148.000	100,0%
	03-Seriate	76.040	97,0%	615	0,8%	746	1,0%	963	1,2%	78.364	100,0%
	04-Grumello	48.616	97,6%	465	0,9%	312	0,6%	402	0,8%	49.795	100,0%
	05-Valle Cavallina	51.647	95,1%	686	1,3%	893	1,6%	1.075	2,0%	54.301	100,0%
	06-Monte Bronzone - Basso Sebino	30.537	95,7%	440	1,4%	329	1,0%	597	1,9%	31.903	100,0%
	07-Alto Sebino	29.155	96,4%	409	1,4%	331	1,1%	360	1,2%	30.255	100,0%
	08-Valle Seriana	96.207	96,8%	951	1,0%	753	0,8%	1.507	1,5%	99.418	100,0%
	09-Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve	41.427	96,7%	493	1,2%	379	0,9%	535	1,2%	42.834	100,0%
	10-Valle Brembana	40.782	97,3%	454	1,1%	387	0,9%	285	0,7%	41.908	100,0%
	11-Valle Imagna e Villa d'Almè	52.033	98,0%	445	0,8%	287	0,5%	344	0,6%	53.109	100,0%
	12-Isola Bergamasca	131.631	98,2%	1.139	0,8%	879	0,7%	438	0,3%	134.087	100,0%
	13-Treviglio	110.253	98,4%	771	0,7%	533	0,5%	479	0,4%	112.036	100,0%
	14-Romano di Lombardia	83.195	98,1%	632	0,7%	517	0,6%	492	0,6%	84.836	100,0%
	Totale	1.086.064	97,4%	10.417	0,9%	8.610	0,8%	9.623	0,9%	1.114.714	100,0%

Fonte: elaborazione Servizio Epidemiologico Aziendale ATS Bergamo, 2021

Tabella 2.4 - Fragilità globale (clinica + sociale)

Tab. 4		FRAGILITA' GLOBALE (CLINICA + SOCIALE)							
		NESSUNA/BASSA		MEDIA		ELEVATA		Totale	
		Dato	%	Dato	%	Dato	%	Dato	%
Ambito	01-Bergamo	151.658	98,6%	743	0,5%	1440	1,0%	153.868	100,0%
	02-Dalmine	146.164	98,8%	903	0,6%	1147	0,6%	148.000	100,0%
	03-Seriate	76.875	98,1%	654	0,8%	613	1,1%	78.364	100,0%
	04-Grumello	49.155	98,7%	314	0,6%	381	0,7%	49.795	100,0%
	05-Valle Cavallina	52.938	97,5%	652	1,2%	543	1,3%	54.301	100,0%
	06-Monte Bronzone - Basso Sebino	31.292	98,1%	285	0,9%	355	1,0%	31.903	100,0%
	07-Alto Sebino	29.608	97,9%	298	1,0%	266	1,2%	30.255	100,0%
	08-Valle Seriana	97.257	97,8%	1.319	1,3%	884	0,8%	99.418	100,0%
	09-Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve	41.957	98,0%	478	1,1%	406	0,9%	42.834	100,0%
	10-Valle Brembana	41.265	98,5%	238	0,6%	387	1,0%	41.908	100,0%
	11-Valle Imagna e Villa d'Almè	52.529	98,9%	284	0,5%	457	0,6%	53.109	100,0%
	12-Isola Bergamasca	132.808	99,0%	396	0,3%	867	0,7%	134.087	100,0%
	13-Treviglio	111.066	99,1%	399	0,4%	762	0,5%	112.036	100,0%
	14-Romano di Lombardia	83.874	98,9%	407	0,5%	579	0,7%	84.836	100,0%
	Totale	1.098.446	98,5%	7.370	0,7%	9087	0,8%	1.114.714	100,0%

Fonte: elaborazione Servizio Epidemiologico Aziendale ATS Bergamo, 2021

L'analisi effettuata ha permesso di individuare una stratificazione della popolazione rispetto alle condizioni di salute e di benessere sociale.

Il focus del progetto identificato ha riguardato le **9.087 persone** che evidenziano condizioni di fragilità globale elevata con un alto rischio di impatto per la salute in caso di infezione Covid-19 e la conseguente costruzione di un **indicatore unico di fragilità clinica e sociale**.

3. OBIETTIVI DEL PROGETTO

L'aumento delle malattie croniche e degenerative, la frammentazione dei servizi e la complessità dei bisogni di cura rendono indispensabile non solo la riorganizzazione dell'offerta dei servizi, ma anche la strutturazione di un modello organizzativo del sistema di accesso che integri le diverse tipologie di Servizi Sociali e Sanitari.

Il tema della fragilità era già un dato di consapevolezza collettiva, nell'esperienza delle persone, delle famiglie, dei servizi e della società: il Covid ha evidenziato la necessità, ormai non più rinviabile, di affrontarlo in modo complessivo, sistemico ed integrato.

Questo non dipende solamente dal funzionamento del sistema di protezione pubblico ma da un insieme di fattori quali la maggiore longevità della popolazione, reti familiari sempre più "corte" e frammentate, caregiver sempre più soli nell'assunzione dei carichi di cura che si trovano ad assumere spesso in condizioni vincolate dall'attività professionale e lavorativa.

Emerge allora un tema di connessioni e di messa a sistema dei contributi e prospettive di tutti gli attori in gioco, in cui ogni parte può e deve contribuire alla diagnosi e alla soluzione, in una logica di integrazione orientata a qualificare la capacità complessiva di risposta del sistema ad un fenomeno che riguarda una sfera molto ampia della popolazione, a fronte anche dei seguenti fattori:

- le dinamiche dell'offerta del comparto sanitario e sociale con le conseguenti articolazioni dei bisogni, del sistema di regolazione e finanziamento pubblico, delle risorse proprie e del ruolo delle famiglie. Su questo punto l'introduzione di una capacità informativa adeguata e di un'attività counseling a supporto alle famiglie parrebbe essere una possibile soluzione verso una riconfigurazione dell'offerta meno centrata sulle prestazioni più tipiche e tradizionali, e più orientata a sviluppare forme di supporto comunitarie e integrazione di rete.
- La trasformazione digitale che si caratterizza per la rapidità e la pervasività dei cambiamenti, non sempre prevedibili, lascia intravedere, nei prossimi anni, traiettorie di innovazione tecnologica che costituiranno un fattore di cambiamento importante per il trattamento delle informazioni a supporto dei processi di cura, per le forme di coinvolgimento delle persone e dei nuclei familiari, per il ruolo dei professionisti. In assenza di una regia pubblica e condivisa sull'argomento, da effettuarsi attraverso una modalità di coordinamento o di monitoraggio delle modalità di accesso ai servizi, il rischio è quello di provocare, come esito, ulteriore frammentazione ed iniquità.

Il progetto "Verso un'Anagrafe per la Fragilità" si è posto l'ambizioso obiettivo di prendersi cura delle persone con fragilità globale mediante un percorso sequenziale e temporizzato che prevede:

1. Obiettivi operativi di breve periodo (Prima fase):
 - identificazione delle persone;
 - verifica a livello domiciliare delle condizioni di protezione sociale;
 - monitoraggio dell'evoluzione delle singole situazioni ad elevata fragilità sociale.

Verso un'anagrafe della fragilità

Tempi di realizzazione: Luglio 2020 - Aprile 2021

Risorse: Fondo Nazionale Politiche Sociali – DGR 3054/2020 per complessivi Euro 651.195.

2. Obiettivi gestionali organizzativi di medio periodo (Seconda fase):
 - elaborazione e presentazione dei risultati dell'indagine domiciliare;
 - prime azioni di supporto e sostegno familiare oltre che comunitario;
 - promozione delle condizioni di realizzazione di network integrati sanitari e sociali.

Tempi di realizzazione: Maggio 2021 – Dicembre 2021

Risorse: Fondo Nazionale Politiche Sociali – DGR 3054/2020 e Fondo privato a raccolta libera "SosteniAMO Bergamo" della Fondazione della Comunità Bergamasca Onlus per complessivi Euro 268.672,25.

3. Obiettivi programmatori di lungo periodo (Terza fase):
 - verifica del modello utilizzato per la costruzione del target di riferimento;
 - costruzione di infrastrutture integrate sociali e sanitarie per l'individuazione ed applicazione di strumenti territoriali condivisi per la presa in carico integrata dei soggetti fragili e delle loro famiglie da parte dei diversi partner progettuali.

Tempi di realizzazione: Gennaio 2022 – Dicembre 2023

Risorse: Programmazione Piani di Zona degli Ambiti Territoriali dell'ATS di Bergamo – Fondo Nazionale per le Politiche Sociali anno 2021, in definizione.

4. METODO E STRUMENTI DELL'INDAGINE DOMICILIARE

4.1 Il paradigma della vulnerabilità sociale

Per la tipologia del target individuato e per rispondere alla finalità della ricerca, è stato utilizzato il modello bio-psico-sociale che considera la fragilità come uno stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più domini funzionali (fisico, psichico, sociale) causate dall'influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute.

Tale definizione del concetto di "fragilità" fa emergere due importanti considerazioni:

- La prima riguarda la "multidimensionalità", interpreta la "fragilità" come una combinazione di problemi appartenenti a diversi domini funzionali (fisici, sensoriali, psicologici, sociali). Questa caratteristica della "fragilità" si basa su una valutazione olistica del soggetto fragile, ritenendo non adeguata la visione unidimensionale.
- La seconda riguarda la "continuità", mette in evidenza il fatto che si tratta di un processo degenerativo, eventualmente invertibile, frutto dell'interazione tra fattori personali e ambientali. L'idea di fondo è che non sia corretto rappresentare la "fragilità" come un fenomeno dicotomico, ma che sia più utile analizzarne le possibili sfumature.

Per l'effettuazione dell'indagine si è deciso di adottare sia un metodo quantitativo di raccolta dei dati attraverso la somministrazione della Scheda di Valutazione della Fragilità Sociale predisposta *ad hoc* per la ricerca, sia un metodo qualitativo e relazionale scegliendo come modalità di somministrazione della scheda la visita domiciliare e prediligendo così un contatto di vicinanza e prossimità relazionale con le persone e le loro famiglie.

4.2 Lo strumento: la Scheda di Valutazione della Fragilità Sociale

La "Scheda di Valutazione della Fragilità Sociale" è stata costruita al fine di poter individuare un punteggio di sintesi univoco, risultante da un'attenta calibrazione e pesatura dei vari *items*, così da ottenere un punteggio complessivo riguardante la fragilità sociale di ogni persona.

La Scheda è caratterizzata da sei aree tematiche:

1. condizioni di salute e autonomia funzionale;
2. condizioni abitative;
3. condizioni economiche e lavorative;
4. carico di cura familiare;
5. rete Sociale;
6. capacità informatica;

Verso un'anagrafe della fragilità

e si completa con due campi note, a disposizione dell'operatore per una parte più descrittiva:

1. desideri e aspettative della persona e della sua famiglia;
2. eventuali osservazioni.

Figure 4.1 – 4.7 - Scheda di Valutazione della Fragilità Sociale utilizzata nell'indagine



pag. 1 di 7

Verso un'Anagrafe per la Fragilità

Data rilevazione: _____
Ambito Territoriale/distrettuale: _____
Nome: _____
Cognome: _____
Comune di Residenza: _____
Data di nascita: _____
Telefono: _____
Mail: _____

Eventuale Care Giver

Nome: _____
Cognome: _____
Comune di Residenza: _____
Data di nascita: _____
Telefono: _____
Mail: _____

v. 03 del 17 novembre 2020

1. Condizioni di salute e autonomia funzionale

1.1 A.D.L.	(Index of Independence in Activities of Daily Living)		
Variabili	Descrizione	Punteggio attribuibile	Punteggio attribuito
A. FARE IL BAGNO	1) Non riceve alcuna assistenza (entra ed esce dalla vasca autonomamente, nel caso che la vasca sia il mezzo abituale per fare il bagno)	1	
	2) Riceve assistenza nel lavare solo una parte del corpo (es. la schiena od una gamba)	0	
	3) Riceve assistenza nel lavare più di una parte del corpo (o rimane non lavato)		
B. VESTIRSI	1) Prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza	1	
	2) Prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza, tranne per allacciarsi le scarpe	0	
	3) Riceve assistenza nel prendere gli abiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito		
C. USO DEI SERVIZI	1) Va ai servizi, si pulisce, si riveste senza assistenza (può usare supporti come il bastone o il deambulatore o la sedia a rotelle, è in grado di maneggiare la padella o la comoda svuotandola al mattino)	1	
	2) Riceve assistenza nell'andare ai servizi, nel pulirsi, nel vestirsi, nell'usare la padella o la comoda	0	
	3) Non va ai servizi per i bisogni corporali		
D. SPOSTARSI	1) Entra ed esce dal letto come pure si siede e si alza dalla sedia senza assistenza (può usare supporti come il bastone o il deambulatore)	1	
	2) Entra ed esce dal letto come pure si siede e si alza dalla sedia con assistenza	0	
	3) Non si alza dal letto		
E. CONTINENZA	1) Controlla completamente da solo la minzione o la defecazione	1	
	2) Ha occasionali "incidenti"	0	
	3) Il controllo della minzione e della defecazione è condizionato dalla sorveglianza, usa il catetere o è incontinente		
F. ALIMENTARSI	1) Si alimenta da solo senza assistenza	1	
	2) Si alimenta da solo eccetto che necessita di assistenza per tagliare la carne o per spalmare il burro sul pane	0	
	3) Riceve assistenza nell'alimentarsi o viene alimentato parzialmente o completamente per sondino o per via endovenosa		
PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F)			

v. 03 del 17 novembre 2020

1.2 I.A.D.L.	(Instrumental Activities of Daily Living Scale)		
Variabili	Descrizione	Punteggio attribuibile	Punteggio attribuito
A. CAPACITÀ DI USARE IL TELEFONO	1) Usa il telefono di propria iniziativa, alza il microfono e compone il numero	1	
	2) Compone solo alcuni numeri ben conosciuti		
	3) È in grado di rispondere al telefono, ma non di chiamare	0	
	4) Non è capace di usare il telefono		
B. MOVIMENTO PER ACQUISTI NEI NEGOZI	1) Prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi	1	
	2) È in grado di effettuare solo piccoli acquisti nei negozi	0	
	3) Necessita di essere accompagnato per qualsiasi giro di acquisti nei negozi		
	4) È del tutto incapace di fare acquisti nei negozi		
C. MEZZI DI TRASPORTO	1) Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto	1	
	2) Organizza i propri spostamenti con taxi, ma non usa i mezzi pubblici	0	
	3) Usa i mezzi pubblici se accompagnato da qualcuno		
	4) Può spostarsi soltanto con taxi o con auto con l'assistenza di altri		
	5) Non si sposta per niente		
D. RESPONSABILITÀ NELL'USO DI FARMACI	1) È in grado di assumere medicinali nelle giuste dosi ed al tempo giusto	1	
	2) È in grado di assumere medicinali se preparati in anticipo in dosi separate	0	
	3) Non è in grado di assumere medicine da solo		
E. CAPACITÀ DI GESTIRE IL DANARO	1) Gestisce le operazioni finanziarie indipendentemente (bilanci, scrive assegni, paga affitti, conti, va in banca, raccoglie e tiene nota delle entrate)	1	
	2) Gestisce gli acquisti quotidiani, ma necessita di aiuto per le operazioni bancarie, gli acquisti maggiori, ecc.	0	
	3) È incapace di maneggiare denaro		
F. CUCINARE	1) Si prepara e si serve i pasti da solo	1	
	2) Assume cibo inadeguato anche se preparato da solo o gli debbono essere forniti gli ingredienti	0	
G. ACCUDIRE LA CASA	1) Fa lavori leggeri da solo anche se non mantiene la casa pulita o va aiutato ma fa tutti i lavori	1	
	2) Non fa alcun lavoro domestico	0	
H. BUCATO	1) Lava da solo tutto o solo la biancheria	1	
	2) Tutto il bucato è fatto da altri	0	
PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F+G+H)			

v. 03 del 17 novembre 2020

2. Condizioni abitative

Variabili	Descrizione	Punteggio attribuibile	Punteggio attribuito
2.1. CONDIZIONI DELL'ALLOGGIO	Nessuna particolare criticità	0	
	Alloggio parzialmente inadeguato (condizioni non del tutto salubri o con servizi igienici o spazi insufficienti rispetto al numero dei componenti, arredi non funzionali, condizioni igieniche carenti, ...)	4	
	Alloggio inadeguato (assenza di riscaldamento, servizi igienici assenti o privi di acqua corrente, spazio fruibile decisamente insufficiente, scarsa salubrit�, arredi fatiscenti, condizioni igieniche insufficienti, presenza eccessiva/anomala di animali domestici, ...)	8	
2.2. ACCESSIBILITA'	Assenza di barriere architettoniche	0	
	Barriere architettoniche solo esterne	2	
	Barriere architettoniche sia interne che esterne	4	
2.3. UBICAZIONE	Zona centrale e/o ben servita per vicinanza e funzionamento dei servizi essenziali (asili, scuole, servizi sanitari, servizi per l'impiego, posta, negozi, trasporti pubblici, ecc.)	0	
	Zona non centrale e/o poco servita per vicinanza e funzionamento dei servizi essenziali (asili, scuole, servizi sanitari, servizi per l'impiego, posta, negozi, trasporti pubblici, ecc.)	2	
	Zona disagiata (Servizi pubblici insufficienti o mancanti, poco servita dai trasporti pubblici o isolata)	4	

3. Condizioni economiche e lavorative

Variabili	Descrizione	Punteggio attribuibile	Punteggio attribuito
3.1 CAPACITA' ECONOMICA DEL NUCLEO FAMILIARE	Il nucleo familiare ritiene di avere un reddito sufficiente alle proprie necessit�: non ha bisogno di essere supportato economicamente da altri sia nelle spese della vita quotidiana che per aiuto assistenziale	0	
	Il nucleo familiare ritiene di essere in condizioni di parziale difficolt� economica e necessita talvolta di aiuti da parenti e/o da enti pubblici o privati	5,5	
	Il nucleo familiare ritiene di essere in condizioni di grave difficolt� economica e necessita di costanti aiuti da parenti e/o da enti pubblici o privati	11	
3.2 CONDIZIONE LAVORATIVA	Tutti i membri della famiglia in et� lavorativa sono occupati o in stato di sospensione lavorativa con ammortizzatori sociali o hanno scelto di non svolgere attivit� lavorativa	0	
	Almeno 1 membro della famiglia in et� lavorativa � disoccupato o in stato di sospensione lavorativa privo di ammortizzatori sociali	2,5	
	Nessun membro della famiglia in et� lavorativa � occupato o in stato di sospensione lavorativa con ammortizzatori sociali	5	

v. 03 del 17 novembre 2020

4. Carico di cura familiare

Variabili	Descrizione	Punteggio attribuibile	Punteggio attribuito
4.1 CARICO ASSISTENZIALE	Oltre alla persona segnalata, non vi sono altri componenti del nucleo con bisogni costanti di assistenza per le necessit� fondamentali della vita quotidiana	0	
	Oltre alla persona segnalata, c'� un altro componente del nucleo con bisogni costanti di assistenza per le necessit� fondamentali della vita quotidiana	6,5	
	Oltre alla persona segnalata, vi sono 2 o pi� componenti del nucleo con bisogni costanti di assistenza per le necessit� fondamentali della vita quotidiana	13	
4.2 CURA DI MINORI	Nel nucleo non sono presenti minori di et� compresa tra 0 e 11 anni	0	
	Nel nucleo � presente un minore di et� compresa tra 0 e 11 anni	2,5	
	Nel nucleo sono presenti 2 o pi� minori di et� compresa tra 0 e 11 anni	5	

5. Rete sociale

Variabili	Descrizione	Punteggio attribuibile	Punteggio attribuito
5.1 RETE FAMILIARE	Ci sono rapporti costanti con la famiglia ristretta e allargata che garantiscono sostegno nella vita quotidiana e nelle urgenze	0	
	I rapporti con la famiglia ristretta e allargata garantiscono sostegno in modo saltuario o solo nelle urgenze e comunque in modo non adeguato alle effettive necessit�	6	
	I rapporti con la famiglia ristretta e allargata sono assenti o conflittuali e non forniscono alcun tipo di supporto	12	
5.2 RETE DI PROSSIMITA'	Ci sono rapporti costanti con vicini / amici che garantiscono sostegno nella vita quotidiana e nelle urgenze	0	
	I rapporti con vicini / amici garantiscono sostegno in modo saltuario o solo nelle urgenze e comunque in modo non adeguato alle effettive necessit�	2,5	
	I rapporti con vicini / amici sono assenti o conflittuali e non forniscono alcun tipo di supporto	5	
5.3 RETE DEI SERVIZI FORMALI	Il nucleo familiare ha attivato servizi (socio-sanitari, di sostegno alla domiciliarit�, di supporto economico, prese in carico specialistiche, assistenti familiari, ecc.) e/o dispone di supporto familiare tali da consentire di far fronte in modo soddisfacente alle proprie necessit� assistenziali	0	
	Il nucleo familiare ha attivato servizi (socio-sanitari, di sostegno alla domiciliarit�, di supporto economico, prese in carico specialistiche, assistenti familiari, ecc.) e/o dispone di supporto familiare tali da consentire di far fronte parzialmente alle proprie necessit� assistenziali	4	
	Il nucleo familiare non ha attivato servizi (socio-sanitari, di sostegno alla domiciliarit�, di supporto economico, prese in carico specialistiche, assistenti familiari, ecc.) e/o non dispone di supporto familiare tali da consentire di far fronte minimamente alle proprie necessit� assistenziali	8	

v. 03 del 17 novembre 2020

6. Capacità informatiche

Variabili	Descrizione	Barrare con una X
6.1 UTILIZZO DI INTERNET PER ACCESSO AI SERVIZI SANITARI E SOCIO SANITARI	E' dotato di uno strumento informatico che può essere utilizzato per navigare in internet, lo sa utilizzare e ne comprende le potenzialità	
	E' dotato di uno strumento informatico che può essere utilizzato per navigare in internet ma non lo sa utilizzare e necessita di aiuto	
	NON è dotato di uno strumento informatico che può essere utilizzato per navigare in internet	
6.2 SPID	Possiede lo SPID e lo sa correttamente utilizzare	
	Possiede lo SPID ma è utilizzato da un componente del nucleo	
	Non possiede lo SPID	

v. 03 del 17 novembre 2020

7. Desideri /aspettative della persona e della sua famiglia

8. Eventuali Osservazioni

v. 03 del 17 novembre 2020

5. I “PASSI” PROGETTUALI: L'INDAGINE A DOMICILIO

Il progetto ha avuto avvio a luglio 2020 con la diffusione, per ogni Ambito Territoriale, dei nominativi delle persone con fragilità globale nelle loro comunità, la formazione degli operatori, anche in termini di misure preventive Covid-19, la condivisione degli strumenti e le prassi relazionali da uniformare, oltre alla documentazione da consegnare (*in primis* per la protezione dei dati personali).

La somministrazione del questionario è avvenuta al domicilio dei cittadini nel periodo compreso tra dicembre 2020 e aprile 2021.

Al fine di superare eventuali supposizioni di non attendibilità e credibilità, ma anche per facilitare il primo contatto tra gli operatori e i cittadini selezionati nel target, ogni Ambito Territoriale ha predisposto ed inviato a mezzo posta una comunicazione informativa ai cittadini, coinvolgendo direttamente i Sindaci dei Comuni nella firma della lettera.

Durante la seconda ondata della pandemia, gli Ambiti Territoriali hanno dimostrato la volontà di dare continuità alle interviste al fine sostenere le relazioni tra i cittadini e i Servizi, trasformando quindi l'indagine domiciliare in un'occasione di prossimità e di vicinanza, comprendendo che una battuta di arresto a causa della seconda ondata pandemica avrebbe successivamente compromesso la costruzione di azioni preventive e di cura nei confronti delle persone fragili.

Le visite domiciliari hanno reso possibile per gli operatori accedere all'ambiente di vita delle persone, condividendo con loro la ricchezza di scambi comunicativi in presenza. L'intuizione metodologica di inserire il campo “note” ha reso fluida l'ipotesi di rilevare i bisogni inespressi dei cittadini intervistati.

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.

Figura 5.1 – Metafora del semaforo per l'indicazione del livello di fragilità sociale riscontrato



Infine le schede somministrate sono state informatizzate all'interno del portale *Health Portal*, già in uso agli Ambiti Territoriali della provincia di Bergamo ed integrato con gli applicativi di ATS, per agevolare l'integrazione con la Cartella Sociale Informatizzata e permettere un'immediata analisi dei dati da parte degli Ambiti e dei Comuni.

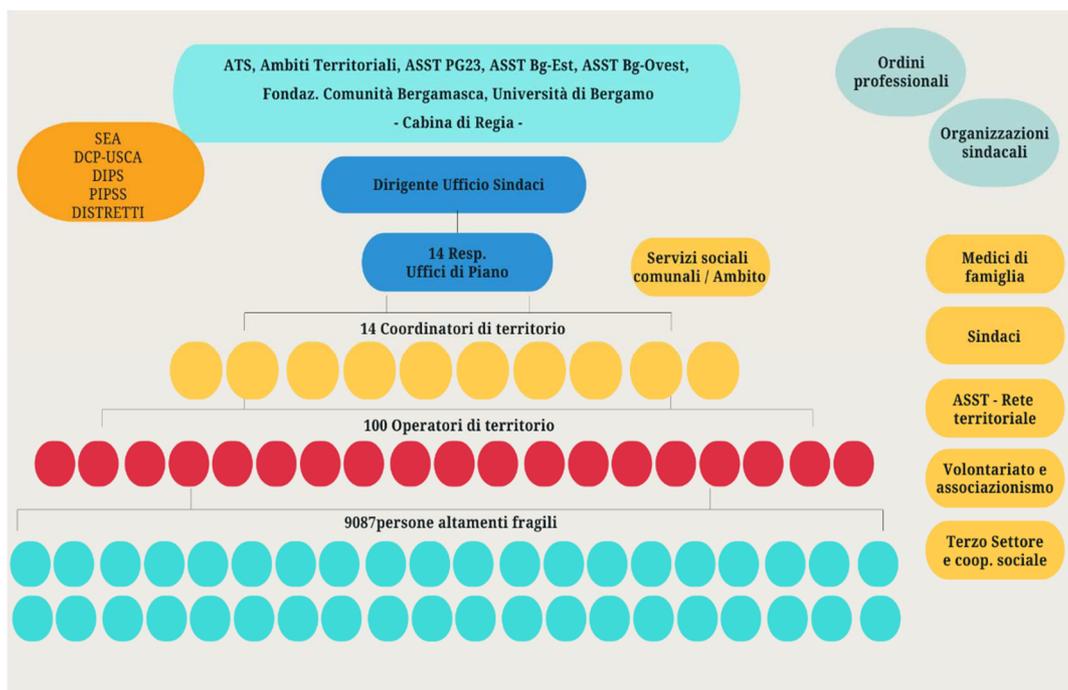
5.1 L'organizzazione dell'intervento

L'indagine è stata realizzata dagli Uffici di Piano dei quattordici Ambiti Territoriali della provincia di Bergamo, individuando un coordinatore di progetto e affidando le visite a domicilio per la somministrazione della scheda ad operatori ed operatrici appartenenti al Terzo Settore o a liberi professionisti.

Prima dell'avvio dell'indagine, si è provveduto ad informare e coinvolgere tutti gli *stakeholders* del progetto al fine di agevolare il lavoro di rete necessario alla fase della somministrazione della Scheda di Valutazione della Fragilità Sociale e a quella successiva di creazione di *network* integrati sanitari e sociali.

Di seguito viene riportata la rappresentazione dello schema organizzativo di progetto:

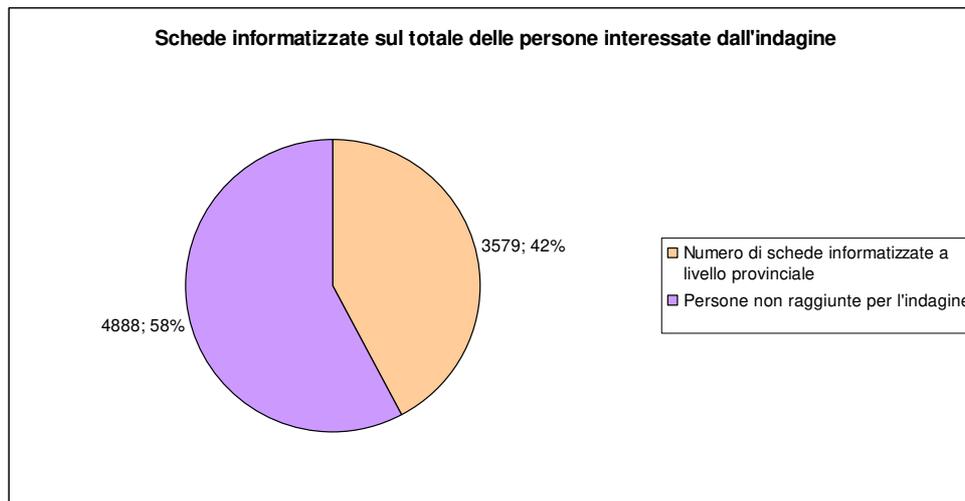
Figura 5.2 – Schema organizzativo di progetto



5.2 I risultati dell'indagine domiciliare

Le visite domiciliari effettuate e le schede di valutazione sociale che sono state informatizzate in *Health Portal* sono complessivamente 3.579 su un totale di 8.467 persone potenzialmente intervistabili. Questo dato si discosta dal numero complessivo iniziale di persone individuate con fragilità globale elevata (9.087) in quanto, una volta verificati ed espunti i trasferimenti di residenza, i trasferimenti in strutture di accoglienza e gli eventuali decessi, corrisponde al numero effettivo di persone che possedevano i requisiti per essere intervistate.

Figura 5.3 – Schede informatizzate sul totale delle persone interessate dall'indagine



Alcune condizioni oggettive hanno complicato la realizzazione dell'indagine:

- la situazione pandemica, in peggioramento durante il periodo invernale, ovvero quando si sono tenute le visite, ha contribuito a rendere molto difficile lo sviluppo dell'indagine, in quanto le persone erano restie ad accogliere sconosciuti al domicilio, soprattutto per il timore di contagi;
- la difficoltà nel reperimento dei numeri di telefono per un primo contatto;
- il basso riconoscimento dei servizi sociali come soggetti non esclusivamente rivolti alla "marginalità".

L'indagine è stata svolta dai singoli Ambiti Territoriali come mostrato nei grafici seguenti.

Figura 5.4 – Numero di schede informatizzate per Ambito

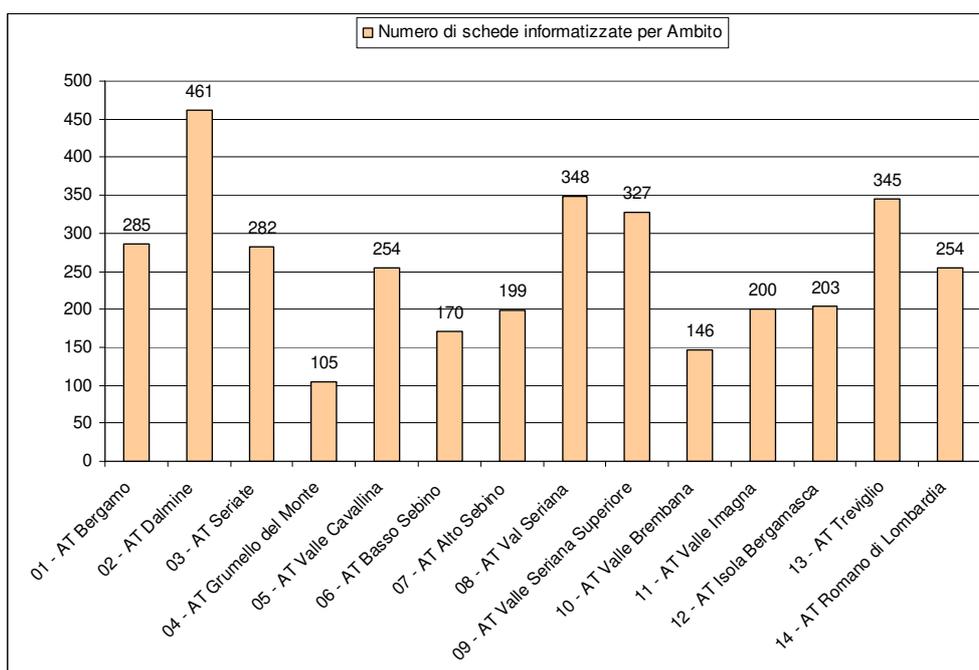
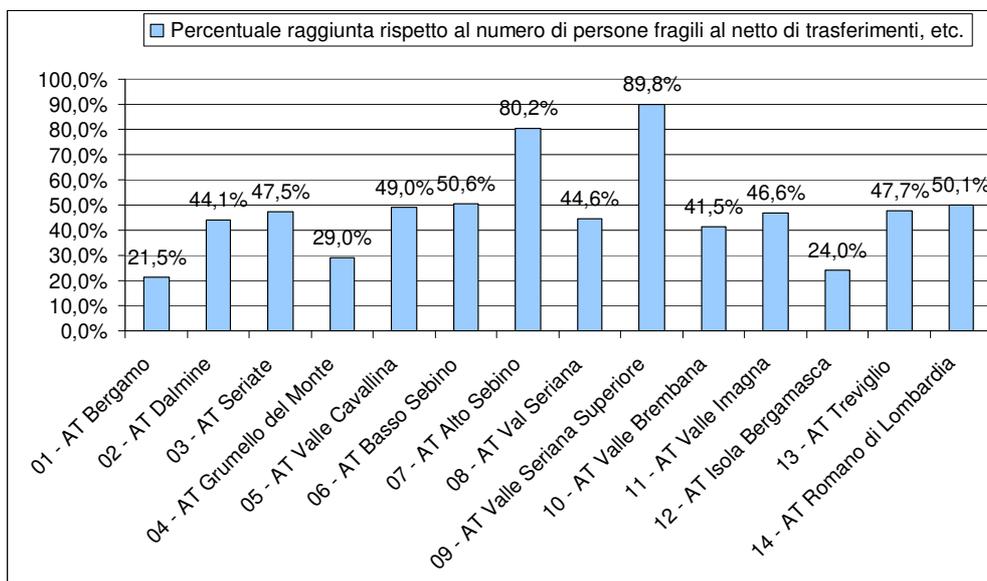
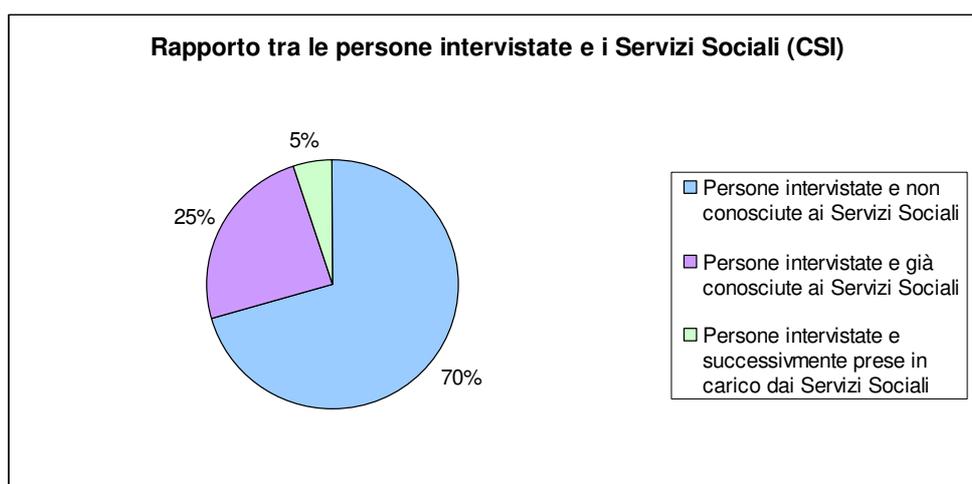


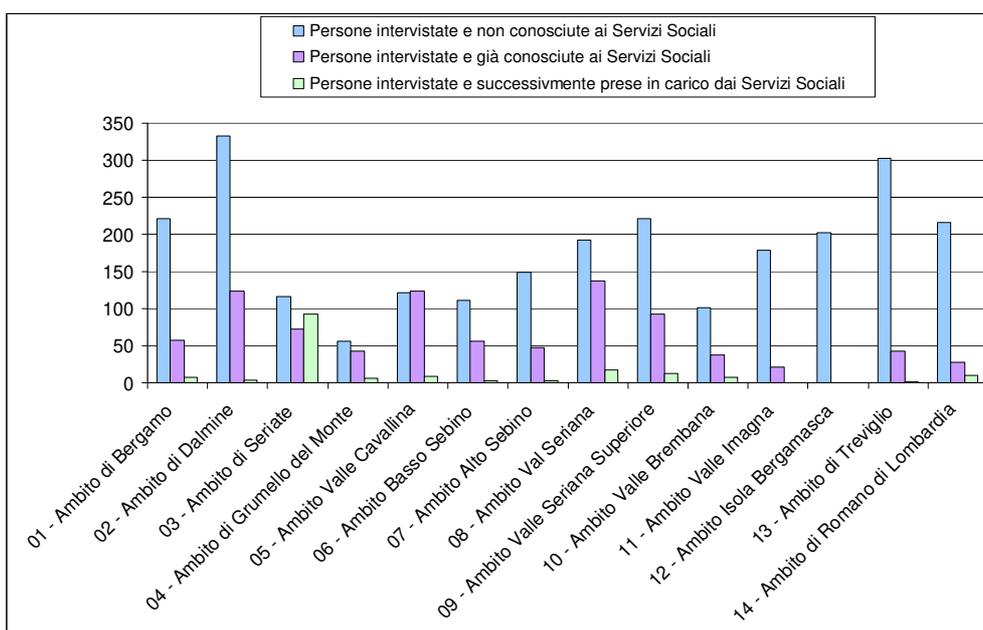
Figura 5.5 – Percentuale raggiunta rispetto al numero di persone fragili al netto di trasferimenti, etc.



In 5 Ambiti Territoriali emerge, come dato quantitativo, una significativa variabilità nella rilevazione rispetto alla media provinciale del 42%: a Bergamo, Isola Bergamasca e Grumello del Monte è stato raggiunto meno di 1/3 dei destinatari (rispettivamente 21,5%, 24% e 29%), mentre in Alta Valle Seriana e Alto Sebino si registra il dato più elevato nella somministrazione del questionario (rispettivamente 89,8% e 80,2%).

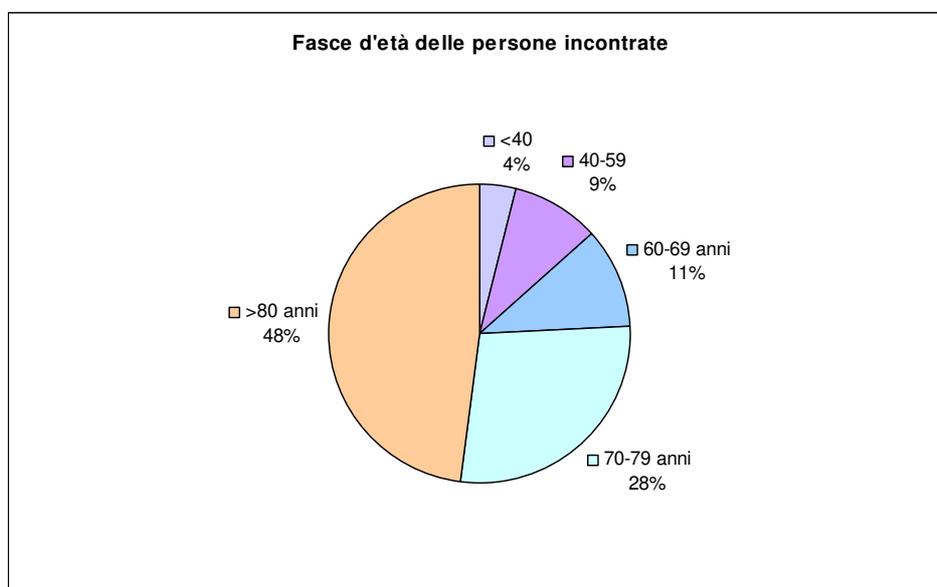
Figure 5.6 e 5.7 – Rapporto tra le persone intervistate e i Servizi Sociali (CSI)





L'indagine ha permesso di entrare in contatto con 2.522 persone fragili (corrispondente al 70% delle interviste) che non erano già presenti nella Cartella Sociale Informatizzata e non erano pertanto conosciute o prese in carico dai Servizi Sociali.

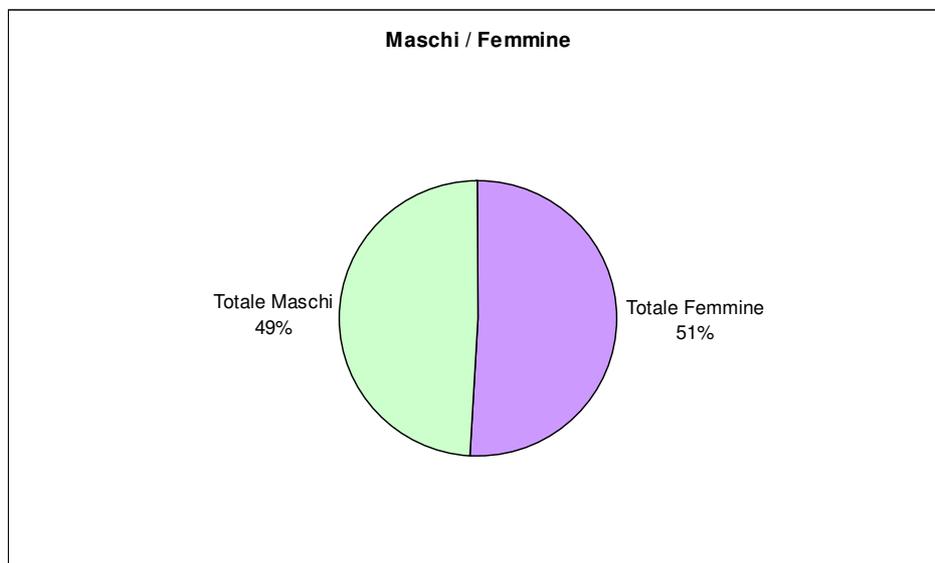
Figura 5.8 – Fasce d'età delle persone incontrate



A proposito delle fasce di età, si rileva che il 76% del target intervistato presenta un'età superiore ai 70 anni. Si conferma il *trend* demografico di questi ultimi anni determinato da un costante invecchiamento della popolazione.

Il grafico successivo mostra la suddivisione della popolazione del target di progetto per genere.

Figura 5.9 – Suddivisione della popolazione del target di progetto per genere



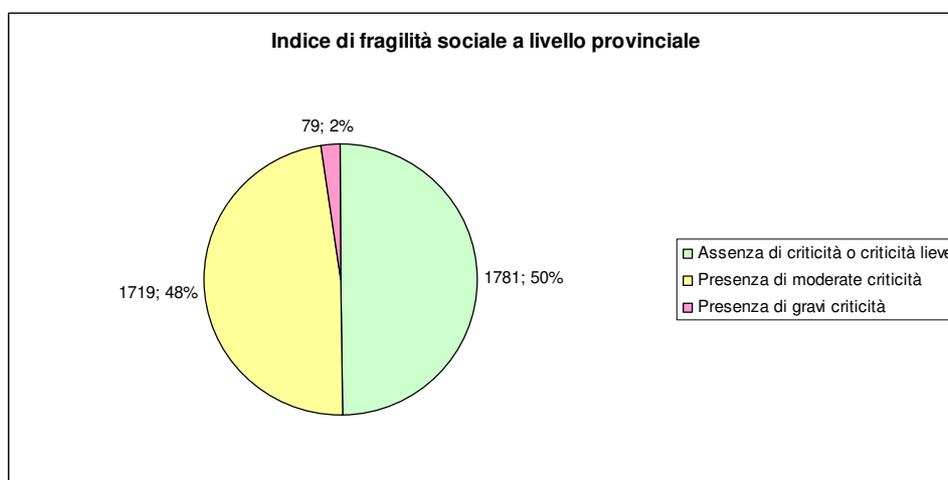
5.3 Le condizioni di protezione sociale

A livello provinciale, dall'analisi delle 3.579 schede informatizzate, emerge che il 50% delle persone fragili incontrate non si trova in situazioni di particolari criticità.

Il 48% del target di progetto si trova in una situazione di moderata criticità: ciò significa che nella maggior parte dei casi la persona presenta livelli di non autosufficienza, ma la caratteristica di moderazione è frutto della presenza di almeno un *caregiver* all'interno della famiglia. Ciò induce ad ipotizzare che, nel breve e medio periodo, questo dato potrebbe ampliarsi incidendo sull'attuale 2% (79 persone) che si trovano in condizione di grave criticità.

Il dato pari al 2% risulta dunque potenzialmente poco rappresentativo della condizione di fragilità in termini bio-psico-sociali, se confrontato con il 48% del target di progetto classificato nel *cluster* "moderata criticità".

Figura 5.10 – Indice di fragilità sociale a livello provinciale



Dal punto di vista della suddivisione per Ambiti Territoriali, l'incidenza della condizione di fragilità non si discosta particolarmente dal dato provinciale, ad eccezione degli Ambiti Territoriali di Grumello del Monte, Val Brembana e Isola Bergamasca (10% in più di casi a "moderata criticità" e ad "elevata criticità").

Figura 5.11 – Indice di fragilità sociale per Ambito

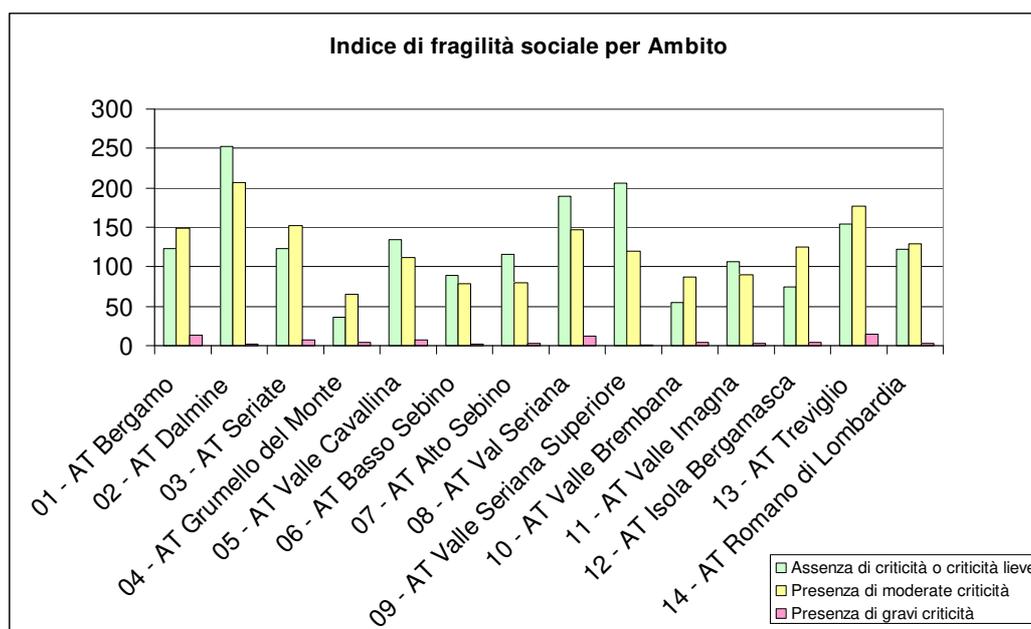
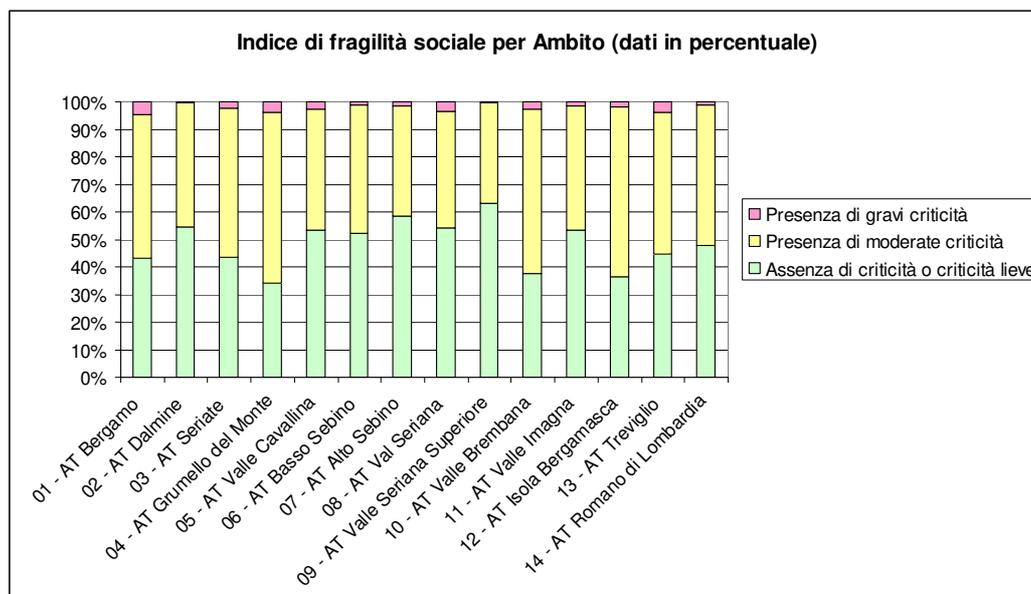


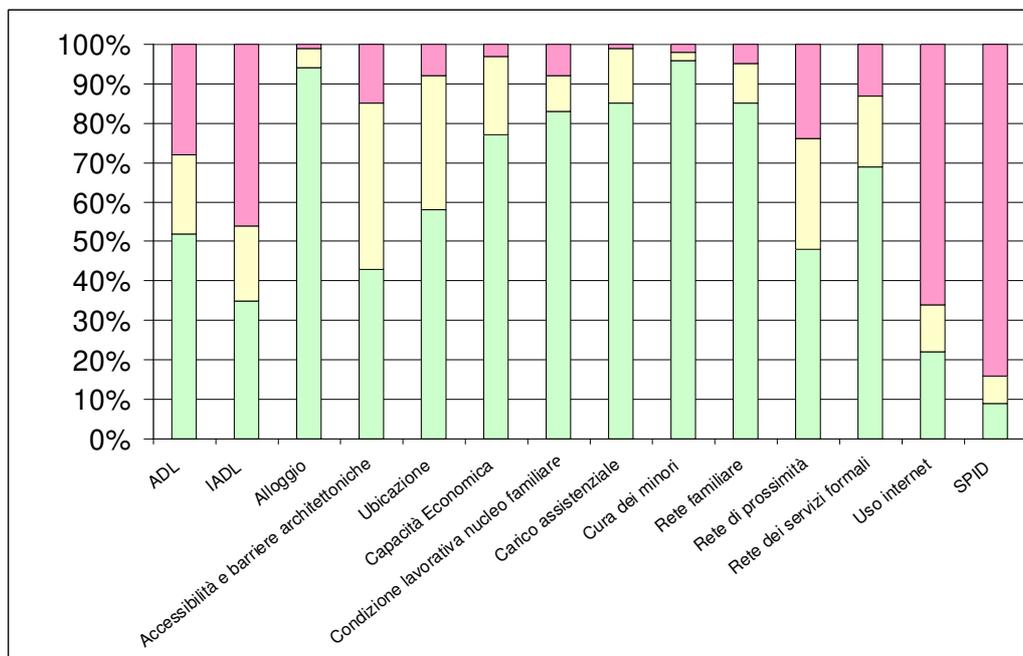
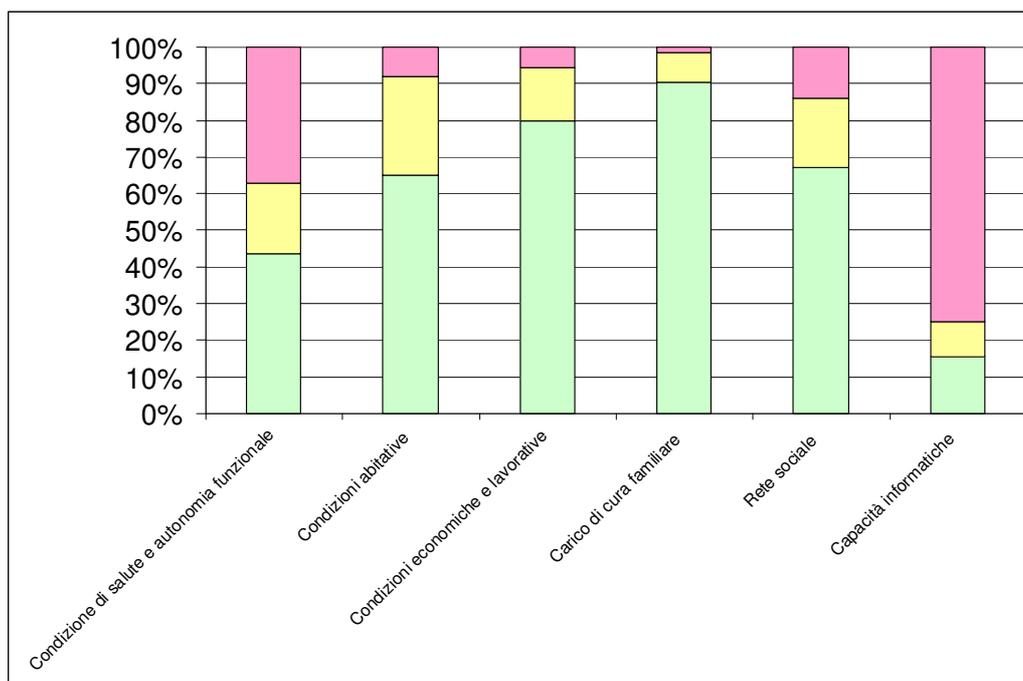
Figura 5.12 – Indici di fragilità sociale per Ambito (dati in percentuale)



Verso un'anagrafe della fragilità

Di seguito i grafici riassuntivi del dato provinciale inerente le 6 aree tematiche della Scheda di Valutazione Fragilità Sociale e le relative sottocategorie che hanno valutato il livello di autonomia, dipendenza o criticità.

Figure 5.13 e 5.14 – Dato riassuntivo provinciale inerente le 6 aree tematiche della Scheda di Valutazione Fragilità Sociale e le relative sottocategorie che hanno valutato il livello di autonomia, dipendenza o criticità



Da una prima lettura complessiva di questi dati risulta un quadro di moderata fragilità (48%): nonostante la metà delle persone intervistate non sia autonoma per quanto riguarda le basilari attività quotidiane, necessitando quindi di un costante aiuto da parte di uno o più *caregiver*, la maggior parte

dei nuclei familiari incontrati presenta una situazione socio-economica in grado di far fronte alle necessità.

Emerge, invece, in modo evidente l'isolamento digitale e informatico della quasi totalità degli intervistati (90%).

Come si evince dalla lettura più approfondita dei dati, specialmente delle note qualitative raccolte durante le interviste e i *Focus Group* di Ambito, emergono frammentazione e debolezza delle reti familiari che forniscono sostegno e supporto alle persone fragili incontrate.

5.4 L'Analisi dei dati raccolti per aree tematiche

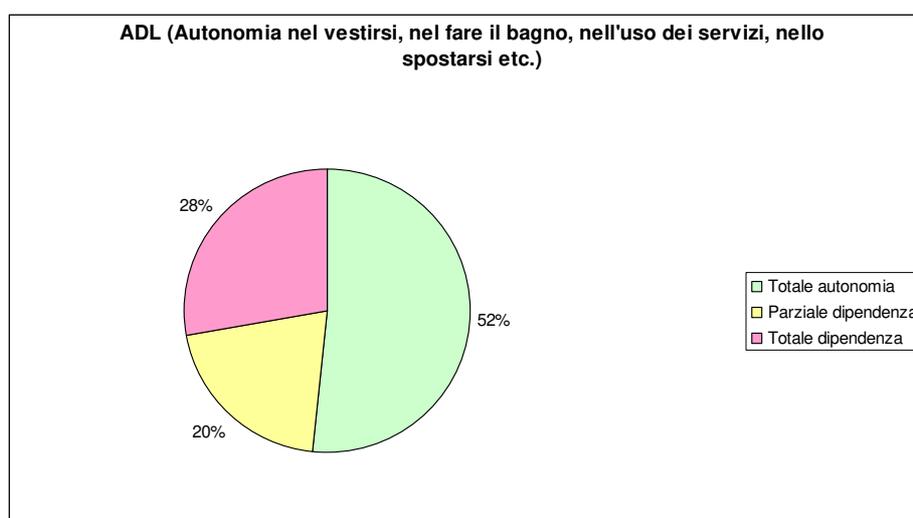
5.4.1. Condizioni di salute e autonomia funzionale

5.4.1.1 A.D.L.

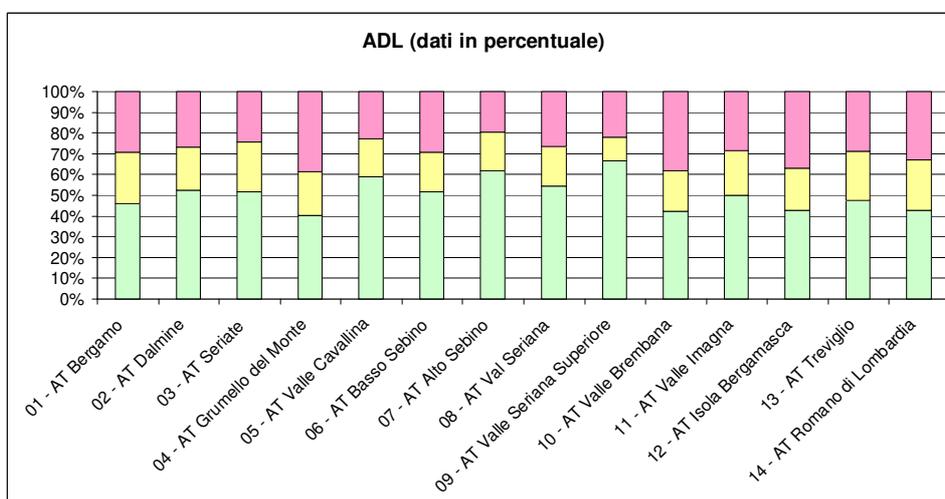
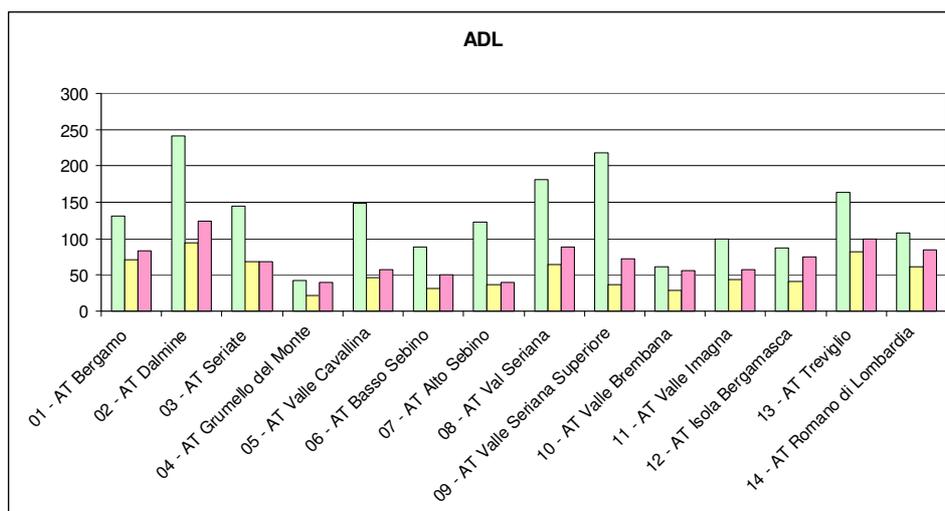
Le *Activities of Daily Living* (o semplicemente di A.D.L.) identificano lo stato funzionale della persona relativamente all'aiuto che è necessario nello svolgimento di semplici attività della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, utilizzo dei servizi, spostamenti all'interno dell'abitazione, continenza e alimentazione).

Nel grafico sottostante emerge come il 28% delle persone intervistate non è autonomo in queste attività, il 20% lo è solo parzialmente, necessitando quindi di un aiuto per svolgerle, mentre il 52% è invece in grado di eseguire queste attività in autonomia.

Figure 5.15, 5.16 e 5.17 – Esiti rilevazione ADL



Verso un'anagrafe della fragilità



Gli Ambiti Territoriali che, rispetto alla media provinciale pari al 52%, presentano la percentuale più elevata di persone totalmente autosufficienti nelle ADL sono:

- Valle Seriana Superiore (67%)
- Alto Sebino (62%).

Al contrario, gli Ambiti Territoriali nei quali si rileva la percentuale più elevata di persone totalmente dipendenti, rispetto alla media provinciale pari al 28%, sono:

- Grumello (38%)
- Valle Brembana (38%)
- Isola Bergamasca (37%).

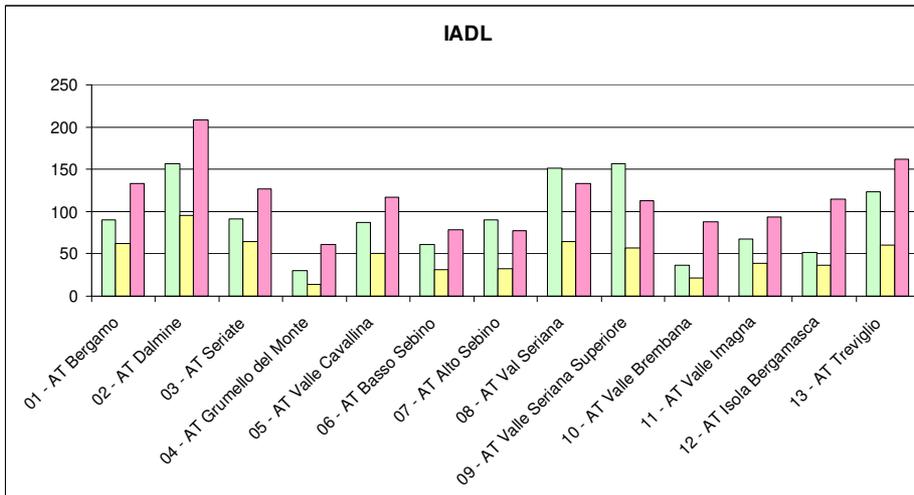
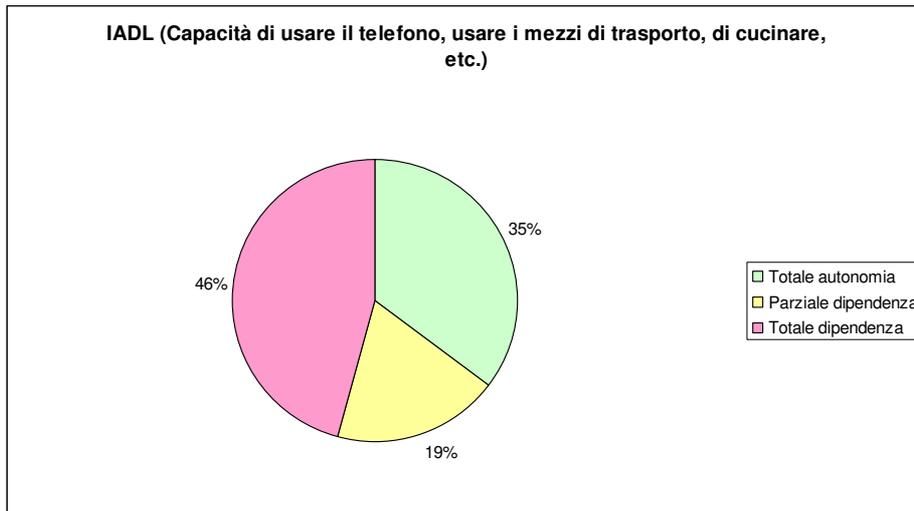
La maggior parte delle persone che presentano una criticità moderata o grave nell'indice di fragilità sociale complessivo, sono persone che nell'esecuzione delle attività quotidiane presentano difficoltà, più o meno complesse. Ciò significa che sia per le autonomie che coinvolgono l'aspetto sociale (vestirsi, spostarsi, alimentarsi) sia per quelle di profilo sociosanitario (uso dei servizi, continenza e fare il bagno) si rende necessaria l'attivazione di risorse formali e/o informali per la cura e la gestione di sé.

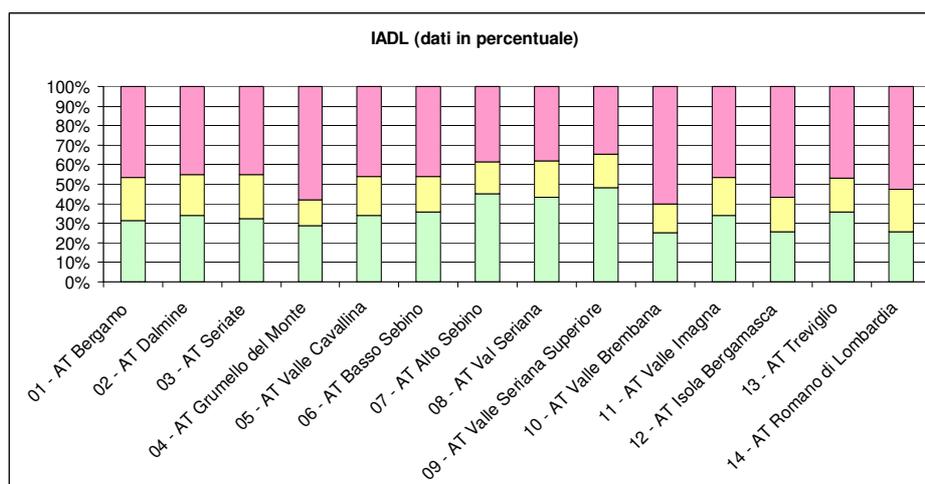
5.4.1.2 I.A.D.L.

La scala di valutazione I.A.D.L. è uno strumento per valutare i gradi di autonomia nelle attività strumentali di una persona.

Essa prende in considerazione 8 parametri (uso del telefono, fare acquisti, preparazione del cibo, governo della casa, fare il bucato, utilizzo di mezzi di trasporto, responsabilità nell'uso dei farmaci, capacità di maneggiare il denaro).

Figure 5.18, 5.19 e 5.20 – Esiti rilevazione IADL





Gli Ambiti Territoriali che, rispetto alla media provinciale pari al 35%, presentano la percentuale più elevata di persone intervistate totalmente autosufficienti nelle IADL sono:

- Valle Seriana Superiore (48%)
- Alto Sebino (45%).

Al contrario, gli Ambiti Territoriali nei quali si rileva la percentuale più elevata di persone totalmente dipendenti, rispetto alla media provinciale pari al 46%, sono:

- Valle Brembana (60%)
- Grumello (58%)
- Isola Bergamasca (57%).

Le specifiche caratteristiche territoriali e la presenza/assenza di determinati servizi potrebbero incidere negativamente sul raggiungimento di una buona autonomia strumentale di questa fetta di popolazione, che già di per sé evidenzia tali capacità come sempre meno presenti (soprattutto nel target, come quello maggiormente analizzato, di persone con una media di età superiore agli 80 anni).

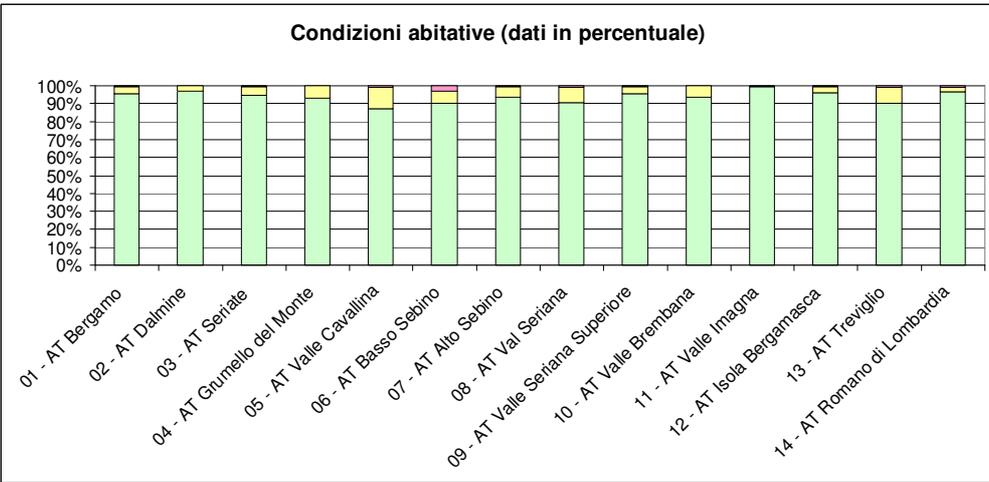
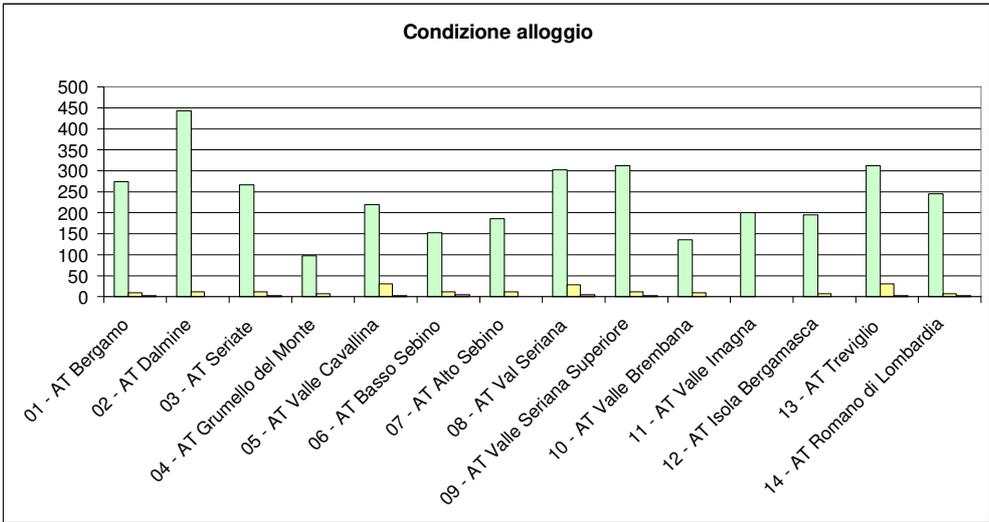
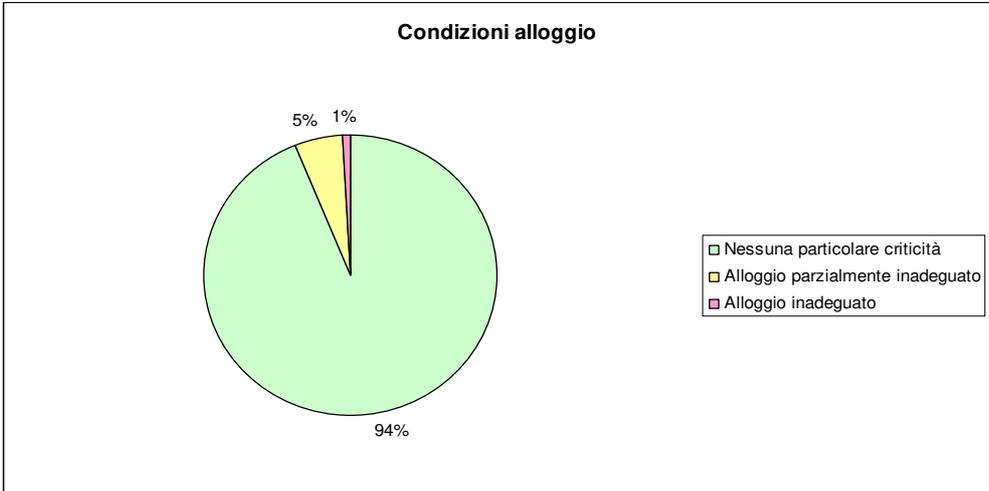
5.4.2. Condizioni abitative

5.4.2.1 Condizioni alloggio

La voce “condizioni dell’alloggio” indaga la situazione generale dell’abitazione:

- nella fascia gialla rientrano abitazioni con condizioni non del tutto salubri o con servizi igienici o spazi insufficienti rispetto al numero dei componenti, arredi non funzionali, condizioni igieniche carenti, etc.
- alla fascia rossa, afferiscono abitazioni senza riscaldamento, con servizi igienici assenti o privi di acqua corrente, spazio fruibile decisamente insufficiente, scarsa salubrità, arredi fatiscenti, condizioni igieniche insufficienti, presenza eccessiva di animali domestici, etc.

Figure 5.21, 5.22 e 5.23 – Esiti rilevazione condizioni abitative



Verso un'anagrafe della fragilità

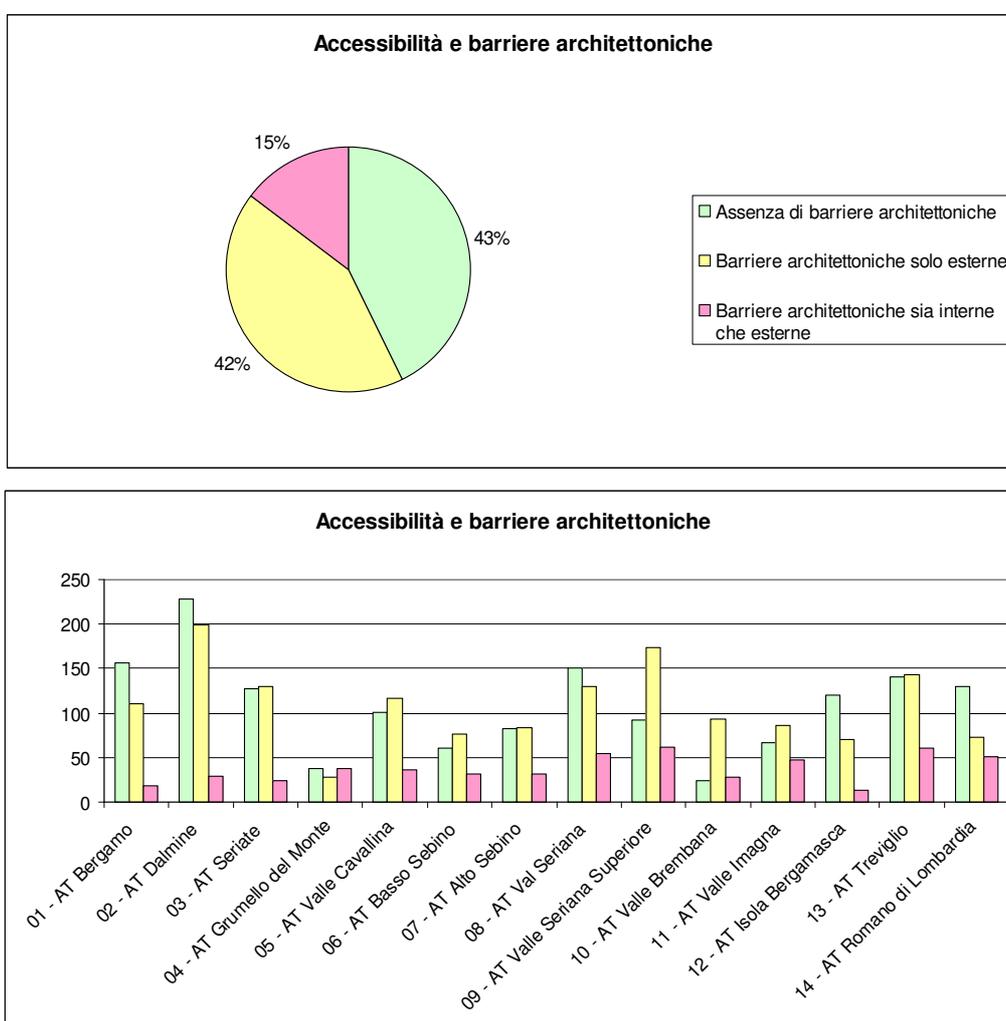
Tutti gli Ambiti Territoriali sono in linea con la media provinciale, pari al 94%, nell'adeguatezza dell'alloggio.

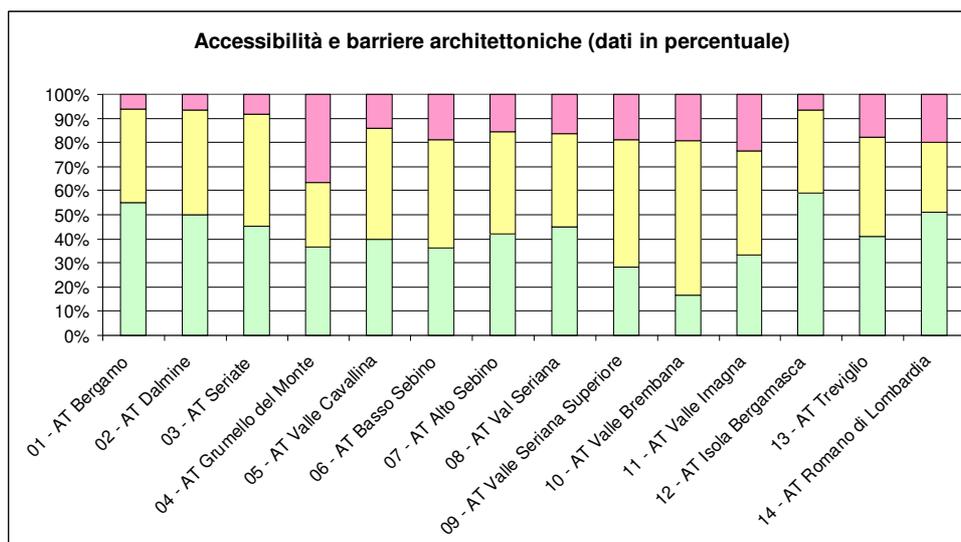
Solo il Basso Sebino presenta un indice d'inadeguatezza dell'alloggio pari al 3%, rispetto alla media provinciale dell'1%.

5.4.2.2 Accessibilità e barriere architettoniche

La presenza di una barriera architettonica impedisce o limita gli spostamenti all'interno e/o all'esterno dell'abitazione, incidendo sul grado di accessibilità e di conseguenza sull'autonomia e sulla sicurezza della persona.

Figure 5.24, 5.25 e 5.26 – Esiti rilevazione accessibilità e barriere architettoniche





Rispetto alla media provinciale pari al 43%, gli Ambiti Territoriali che presentano la percentuale più elevata di persone con buona accessibilità ed assenza di barriere architettoniche sono:

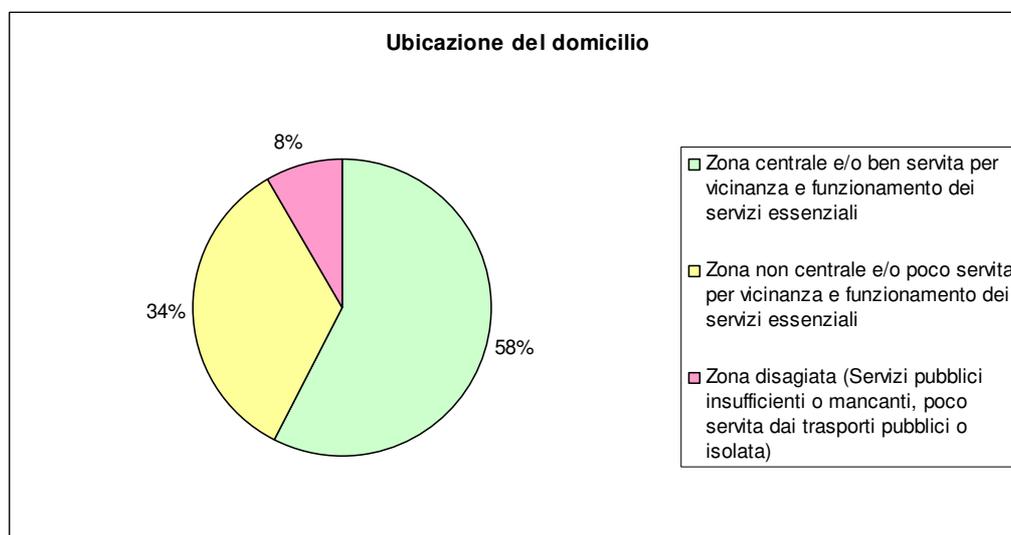
- Isola Bergamasca (59%)
- Bergamo (55%).

Viceversa gli Ambiti Territoriali nei quali si rileva la percentuale più elevata di persone in abitazioni con barriere architettoniche sia interne sia esterne, rispetto alla media provinciale pari al 15%, sono:

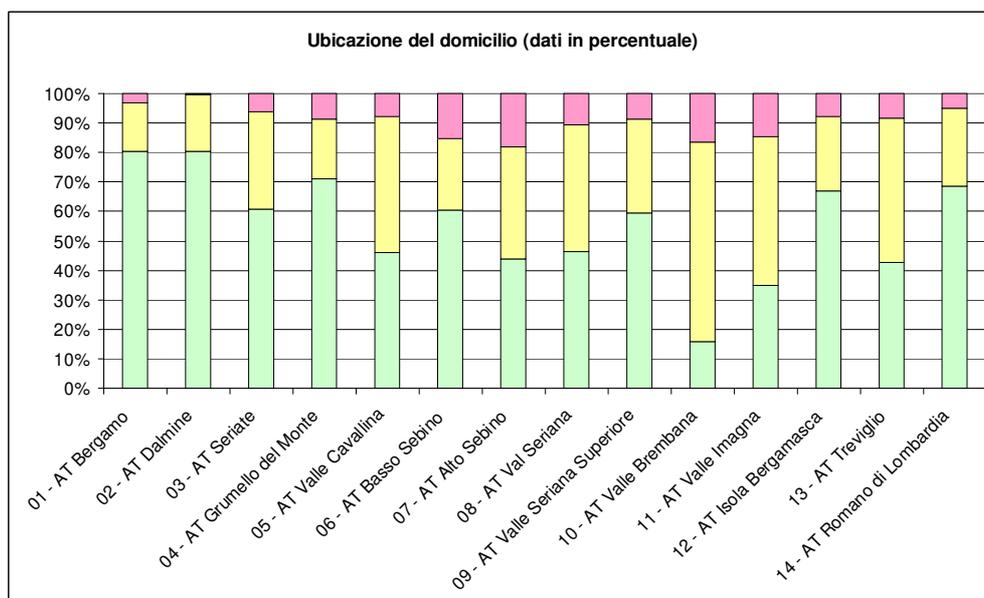
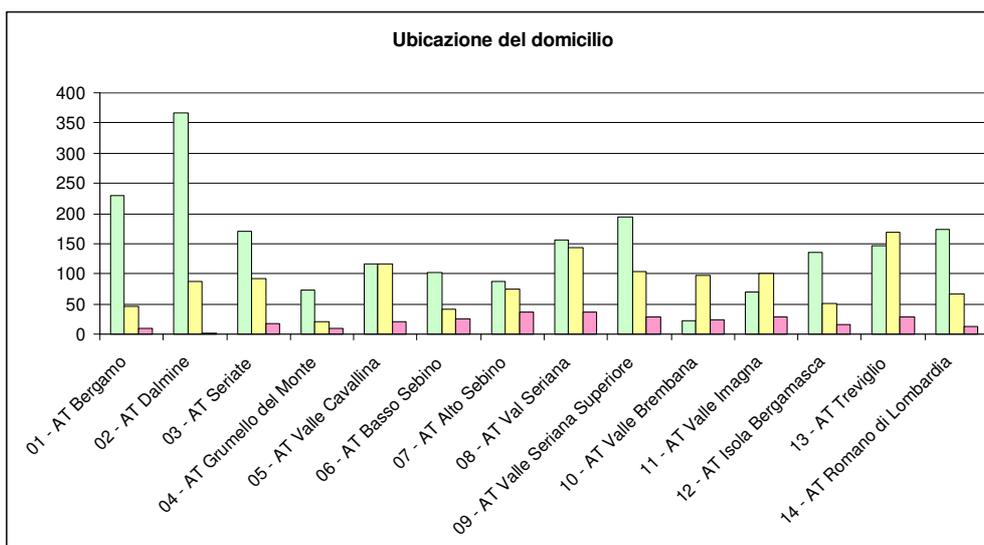
- Grumello (37%)
- Valle Imagna (24%).

5.4.2.3 Ubicazione del domicilio

Figure 5.27, 5.28 e 5.29 – Esiti rilevazione ubicazione del domicilio



Verso un'anagrafe della fragilità



Rispetto alla media provinciale pari al 58%, gli Ambiti Territoriali che presentano la percentuale più elevata di persone con ubicazione dell'abitazione in zona centrale o ben collegata da servizi essenziali sono:

- Dalmine (80%)
- Bergamo (80%)
- Grumello (71%)
- Romano (69%).

Viceversa gli Ambiti Territoriali nei quali si rileva la percentuale più elevata di persone in abitazioni ubicate in zone periferiche e/o montane, rispetto alla media provinciale pari all'8%, sono:

- Alto Sebino (18%)
- Valle Brembana (17%).

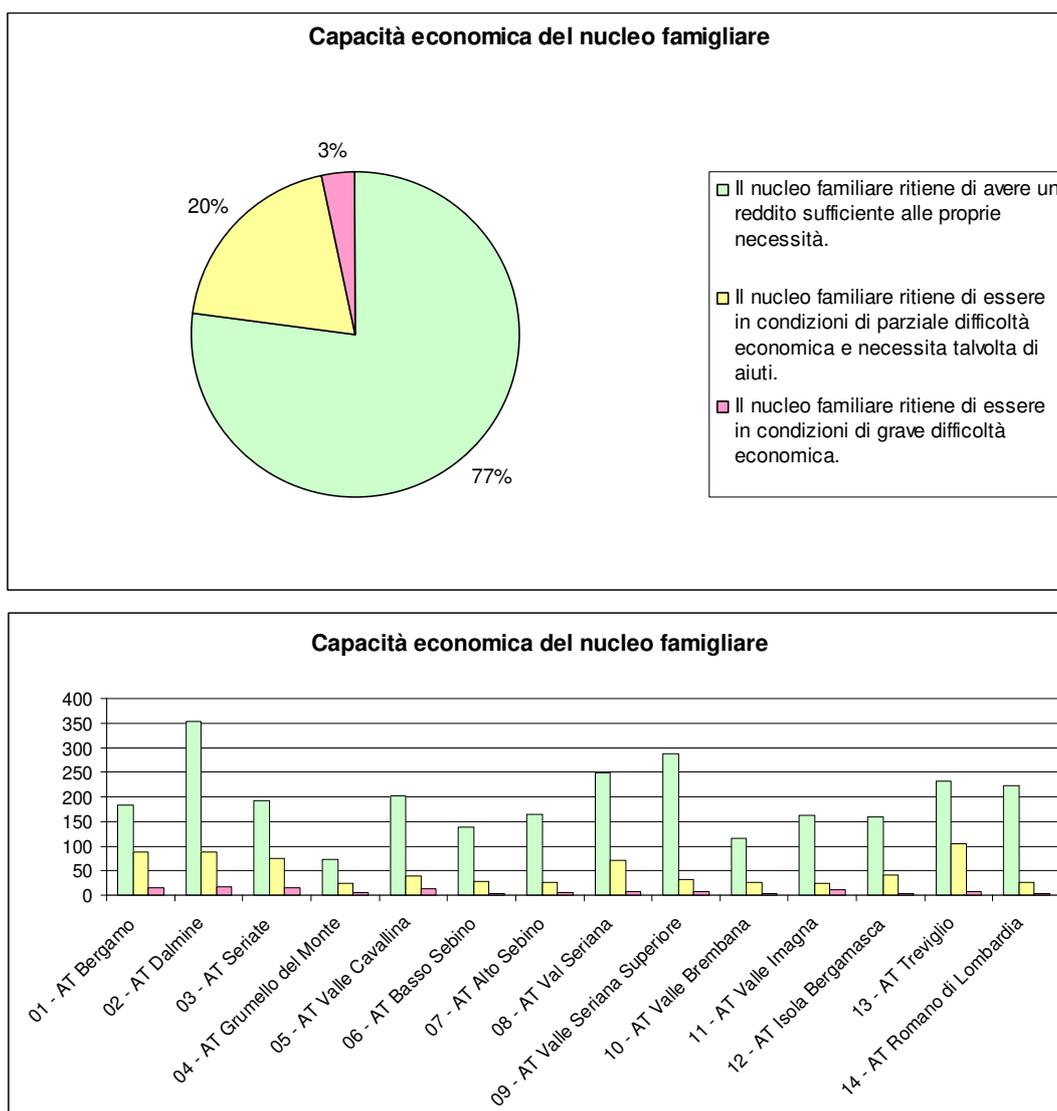
La lettura dei dati relativi alle condizioni abitative può portare alla conclusione che gli Ambiti che manifestano maggiori criticità a livello di adeguatezza dell'alloggio, di accessibilità e di centrale ubicazione sono rappresentati da Alto e Basso Sebino, Grumello, Valle Imagna e Valle Brembana.

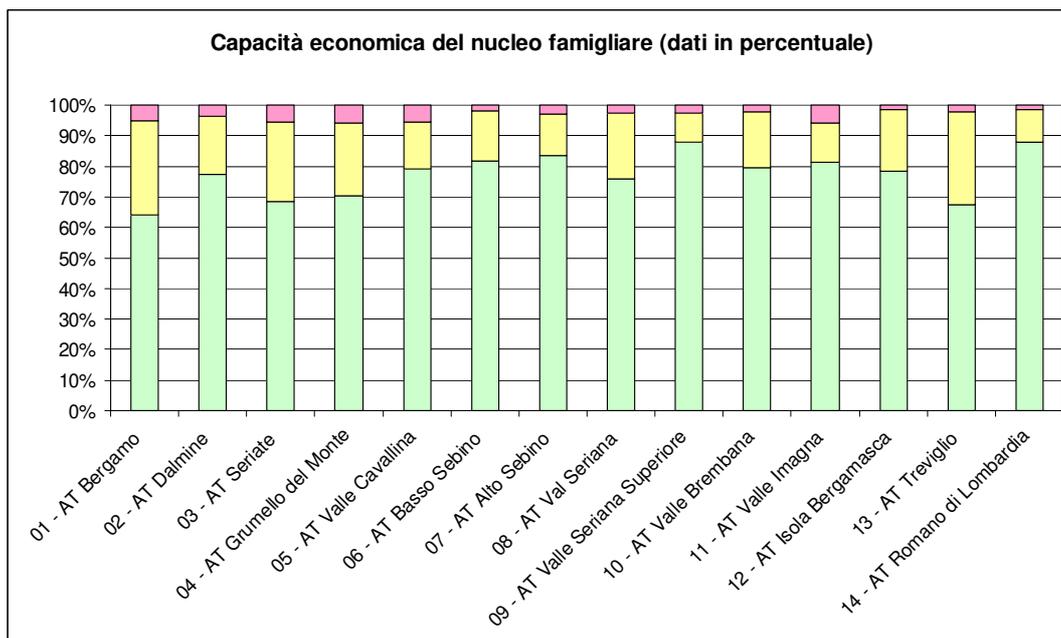
L'ubicazione territoriale della propria abitazione in zone distanti dal centro abitato e con scarsi servizi pubblici e/o isolate è un dato, seppur poco incisivo, abbastanza significativo, perché preclude la possibilità di questa parte di popolazione anziana di avere accesso ai servizi essenziali e pubblici, ne ostacola gli spostamenti sul territorio, con la necessaria conseguenza di dover attingere ad una rete di sostegno, formale e/o informale, per conoscere e accedere a determinati servizi, distanti o non presenti sul proprio territorio di residenza.

5.4.3 Condizioni economiche e lavorative

5.4.3.1 Capacità economica del nucleo familiare

Figure 5.30, 5.31 e 5.32 – Esiti rilevazione capacità economica del nucleo familiare





Rispetto alla media provinciale pari al 77%, gli Ambiti Territoriali che presentano la percentuale più elevata di persone con buona capacità economica del nucleo familiare sono:

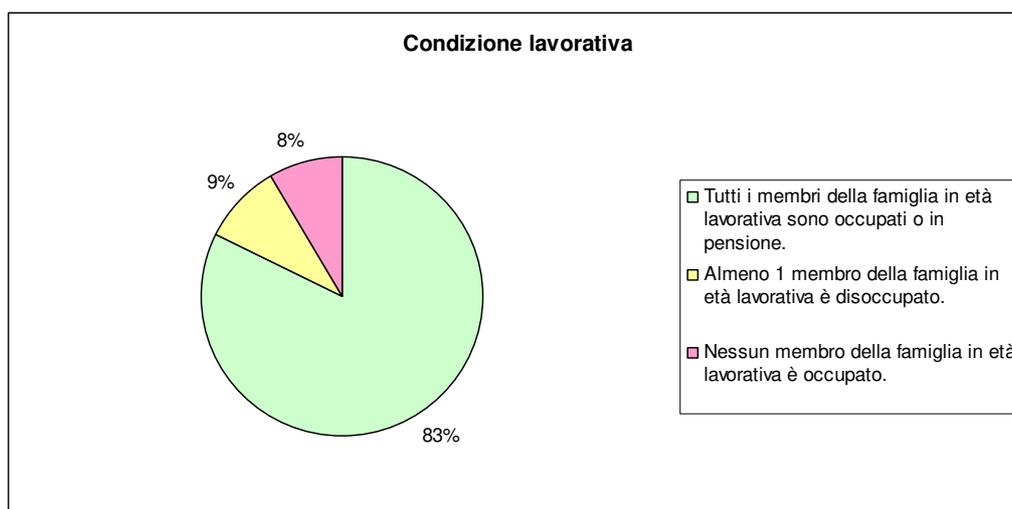
- Valle Seriana Superiore (88%)
- Romano di Lombardia (88%).

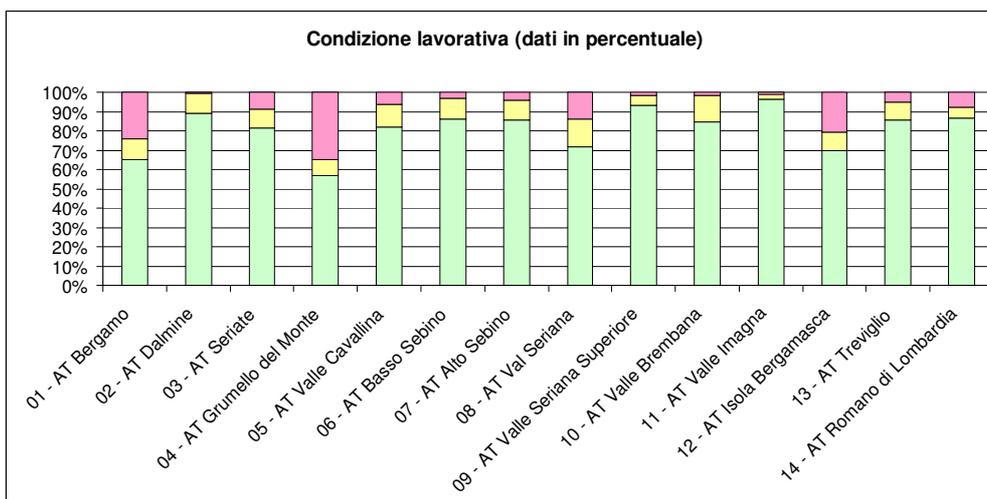
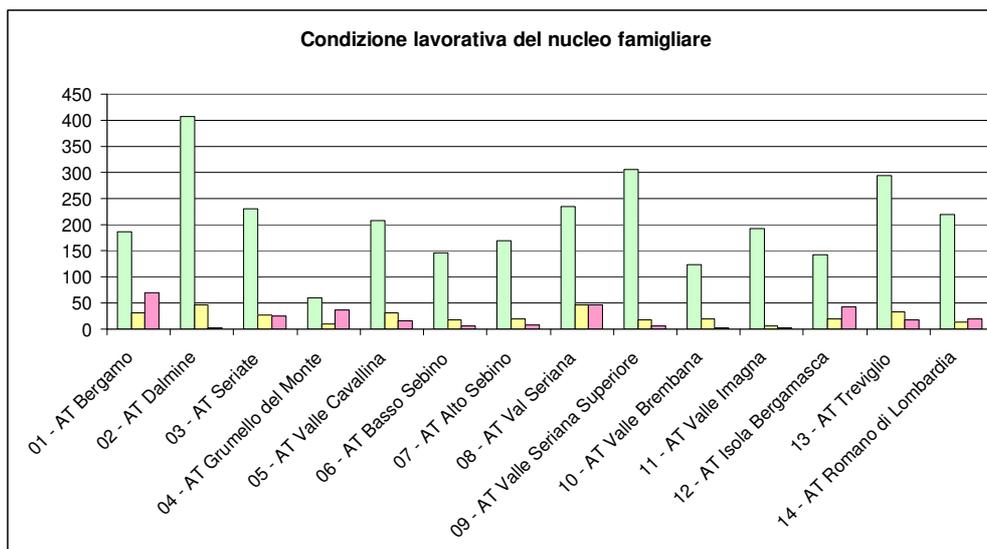
Viceversa, gli Ambiti Territoriali nei quali si rileva la percentuale più elevata di persone con nucleo familiare in condizioni di grave difficoltà economica, rispetto alla media provinciale pari al 3%, sono:

- Grumello (6%)
- Valle Imagna (6%)
- Valle Cavallina (6%).

5.4.3.2 Condizione lavorativa

Figure 5.33, 5.34 e 5.35 – Esiti rilevazione condizioni lavorative





Rispetto alla media provinciale pari all'83%, gli Ambiti Territoriali che presentano la percentuale più elevata di persone per le quali si rilevano buone condizioni lavorative (o pensionistiche) dei membri della famiglia sono:

- Valle Imagna (97%)
- Valle Seriana Superiore (93%).

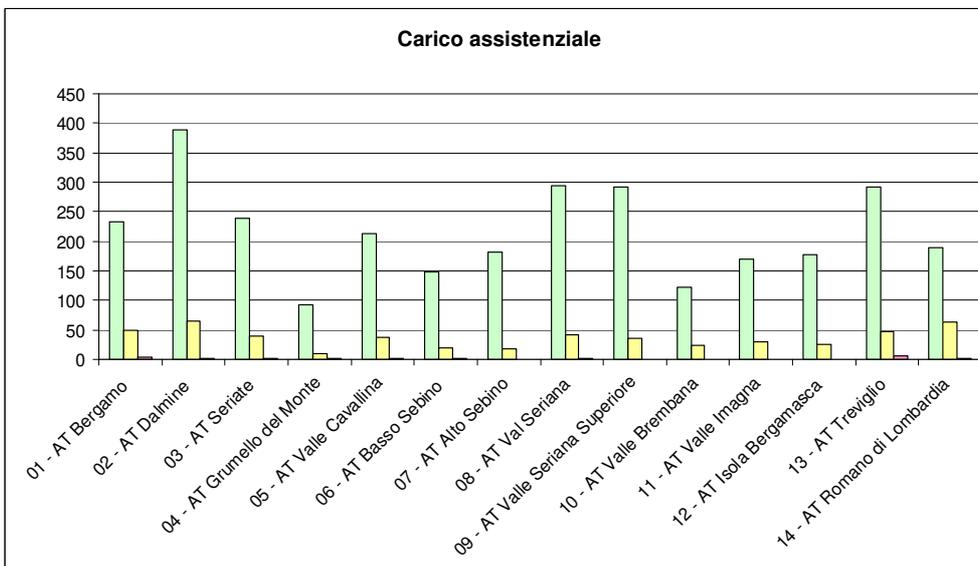
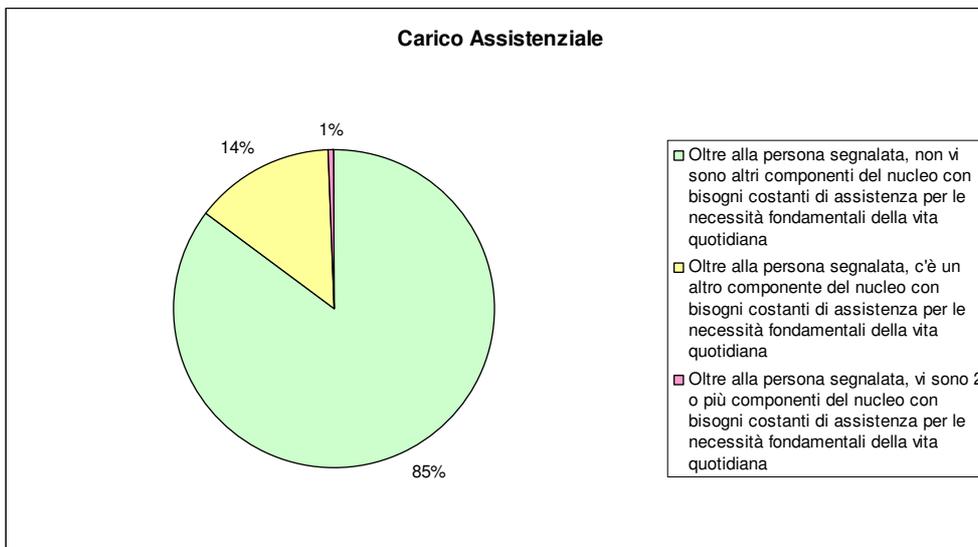
Viceversa, gli Ambiti Territoriali nei quali si rileva la percentuale più elevata di persone con nessun membro della famiglia in età lavorativa attivamente occupato, rispetto alla media provinciale pari all'8%, sono:

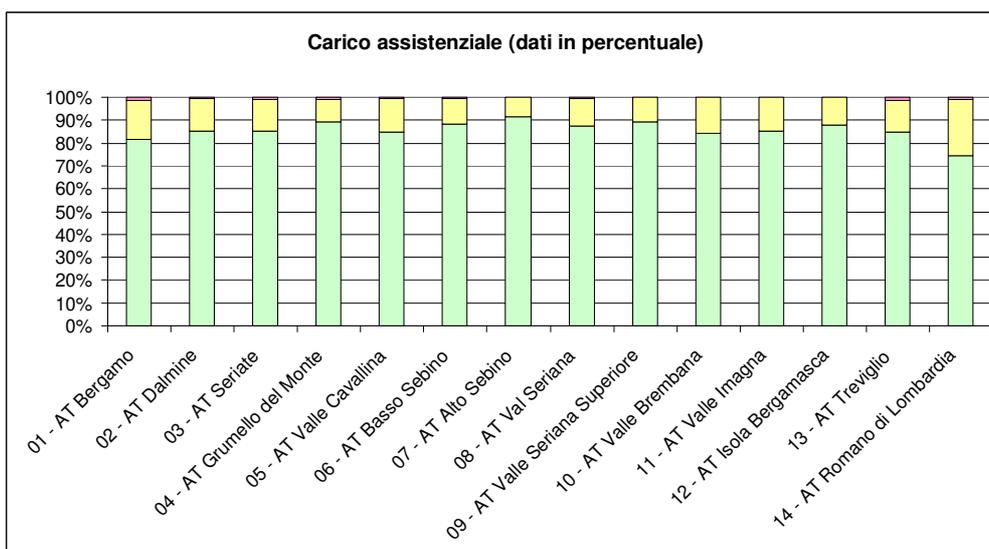
- Grumello (35%)
- Bergamo (24%)
- Isola Bergamasca (21%).

5.4.4 Carico di cura familiare

5.4.4.1 Carico assistenziale

Figure 5.36, 5.37 e 5.38 – Esiti rilevazione carico assistenziale





Rispetto al carico assistenziale si rileva omogeneità tra gli Ambiti Territoriali nei quali prevale, nell'85% dei casi, la presenza di un unico componente del nucleo con bisogni costanti di assistenza per le necessità fondamentali della vita (che coincide con la persona rilevata attraverso l'indagine). L'Ambito dell'Alto Sebino presenta un valore pari al 91%.

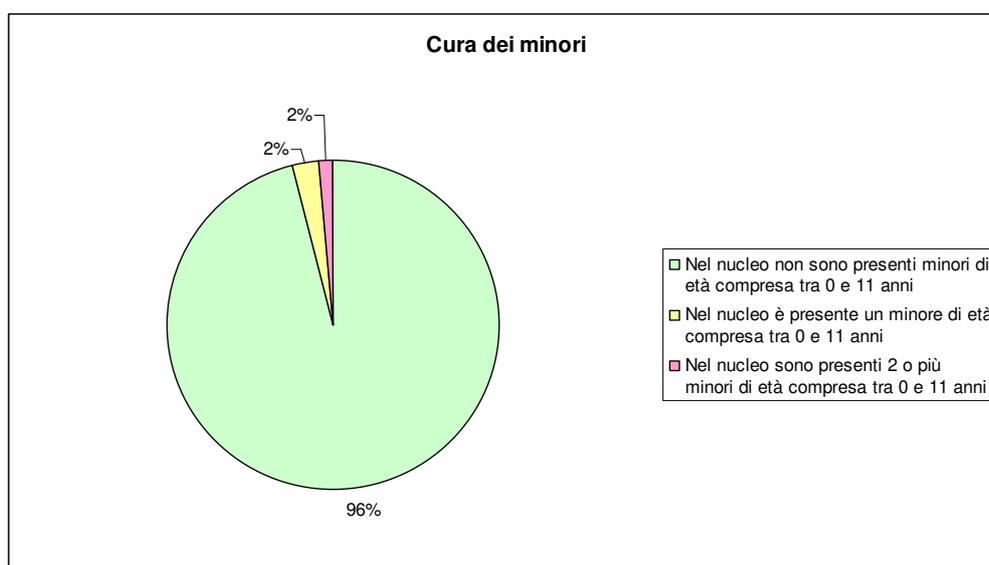
Si segnala un valore medio provinciale del 14% di nuclei familiari nei quali è presente un secondo componente bisognoso di assistenza; in particolare l'Ambito di Romano di Lombardia presenta un valore pari al 25%.

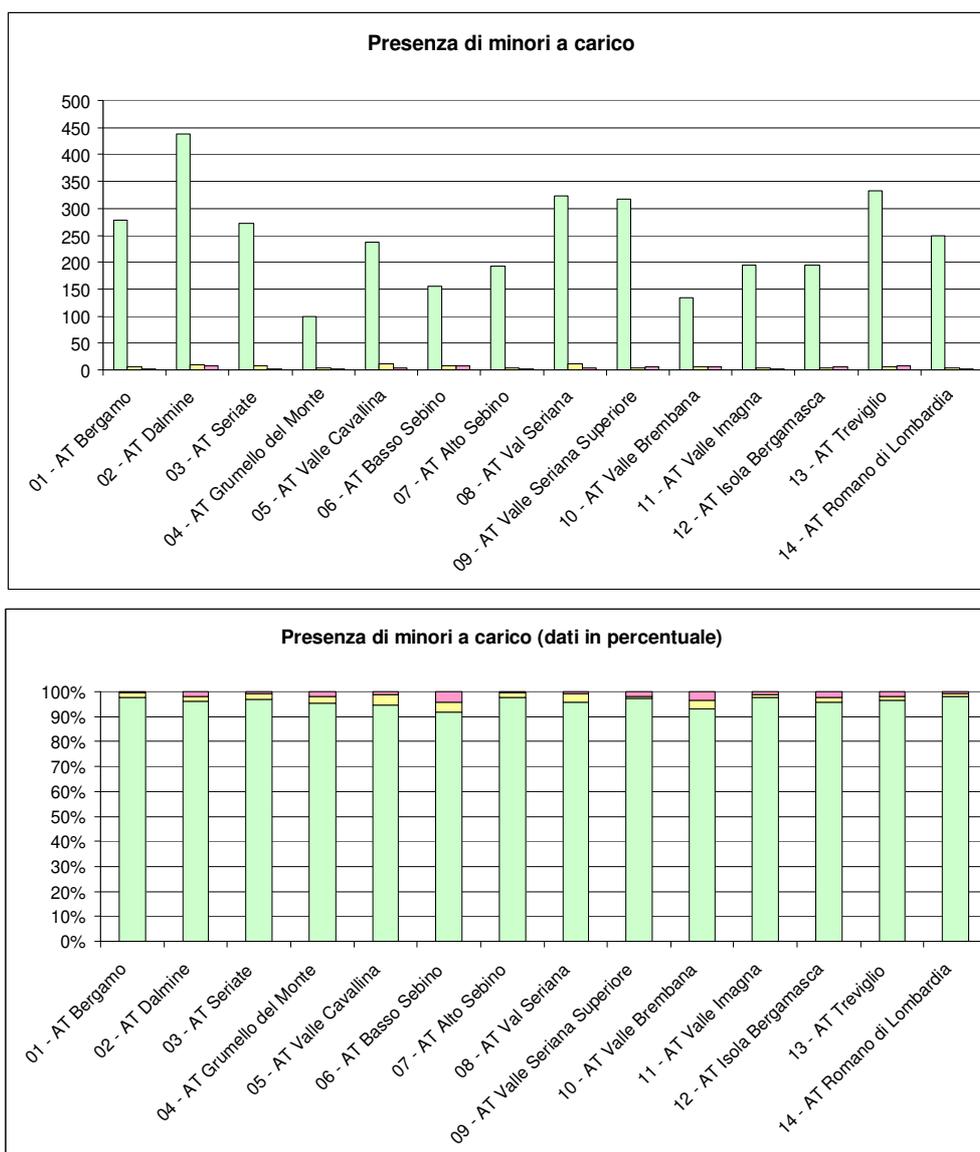
La presenza di una seconda persona nel nucleo familiare con bisogni costanti di assistenza per le necessità fondamentali di vita quotidiana è un dato che senza dubbio affatica di molto il nucleo e pertanto deve essere letto come prioritario rispetto agli altri.

Ciò significa che per garantire una buona protezione sociale e sociosanitaria dovrebbero essere attivati servizi e operatori professionali per la gestione delle fragilità.

5.4.4.2 Cura di minori

Figure 5.39, 5.40 e 5.41 – Esiti rilevazione cura minori





Questo dato evidenzia, con una percentuale media provinciale pari al 96%, l'assenza di minori, tra 0 e 11 anni, in carico ai nuclei familiari.

Ciò può essere ricondotto al target delle persone incontrate nell'indagine che comprende per l'87% persone di età superiore ai 60 anni.

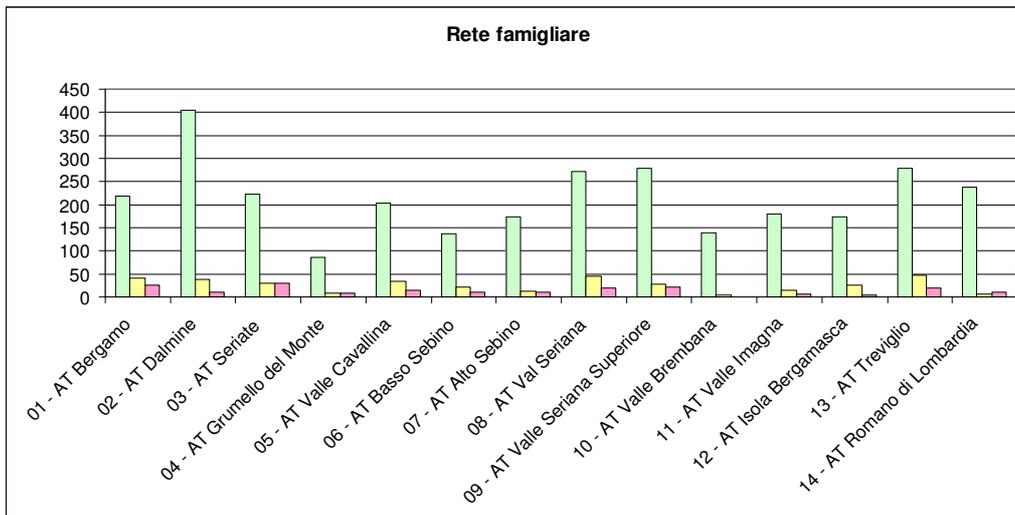
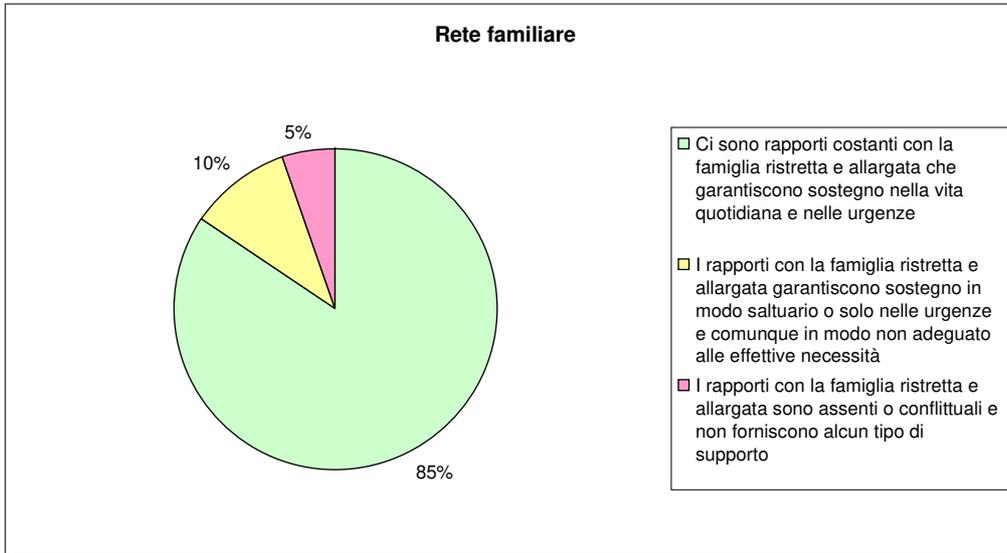
5.4.5 Rete sociale

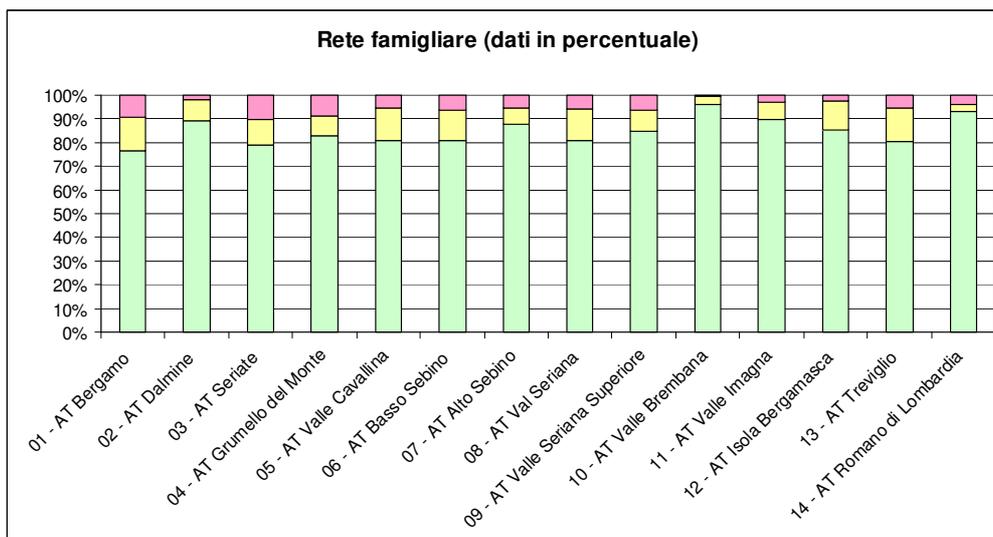
5.4.5.1 La rete familiare

La famiglia rappresenta, in linea con il dato italiano, la prima forma di protezione e cura dei propri membri. Dai dati raccolti emerge che la rete familiare nel territorio provinciale risulta essere solida e rappresenta un fattore coesivo particolarmente efficace, infatti l'85% del target di progetto presenta una rete di rapporti costanti con la propria famiglia. Ciò significa che la presenza di un *caregiver* garantisce spesso una buona qualità di vita al proprio congiunto in condizioni di fragilità. La presenza

di costanti relazioni intrafamiliari che caratterizzano la maggior parte dei nuclei conosciuti durante le visite domiciliari rinforza questo legame di reciprocità tra e verso i membri che li costituiscono.

Figure 5.42, 5.43 e 5.44 – Esiti rilevazione rete familiare





Rispetto alla media provinciale, pari all'85%, gli Ambiti Territoriali che presentano la percentuale più elevata di persone che hanno rapporti costanti con la famiglia ristretta e allargata che garantisce sostegno nella vita quotidiana e nelle urgenze sono:

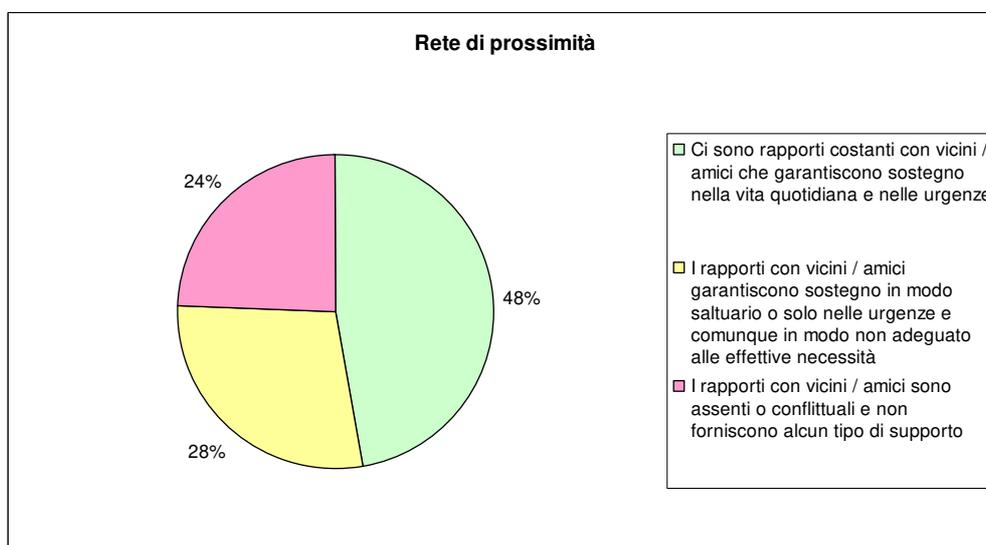
- Valle Brembana (96%)
- Romano di Lombardia (93%).

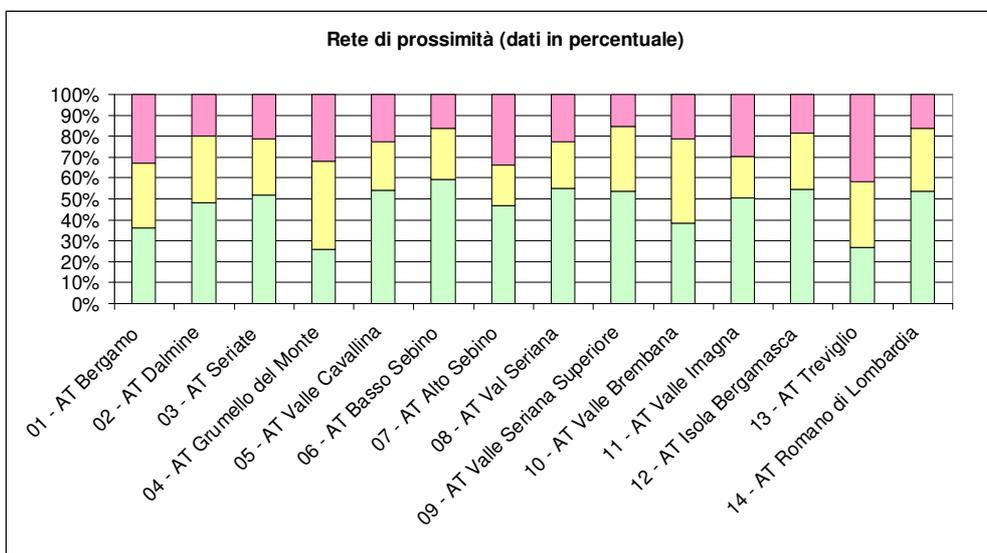
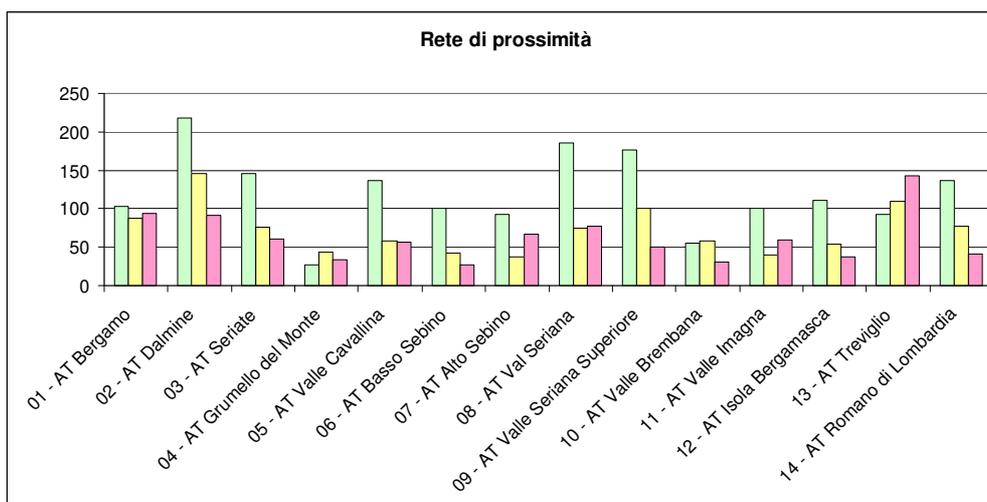
Viceversa, gli Ambiti Territoriali nei quali si rileva la percentuale più elevata di persone con rapporti familiari assenti o conflittuali, rispetto alla media provinciale pari al 5%, sono:

- Seriate (10%)
- Bergamo (9%).

5.4.5.2 La rete di prossimità

Figure 5.45, 5.46 e 5.47 – Esiti rilevazione reti di prossimità





Rispetto alla media provinciale, pari al 48%, gli Ambiti Territoriali che presentano la percentuale più elevata di persone che hanno rapporti costanti con vicini ed amici che offrono sostegno nella vita quotidiana e nelle urgenze sono:

- Basso Sebino (59%)
- Val Seriana (55%)
- Isola Bergamasca (55%).

Viceversa, gli Ambiti Territoriali nei quali si rileva la percentuale più elevata di persone con assenza di rapporti (o rapporti conflittuali) con vicini ed amici, rispetto alla media provinciale pari al 24%, sono:

- Treviglio (41%)
- Alto Sebino (34%).

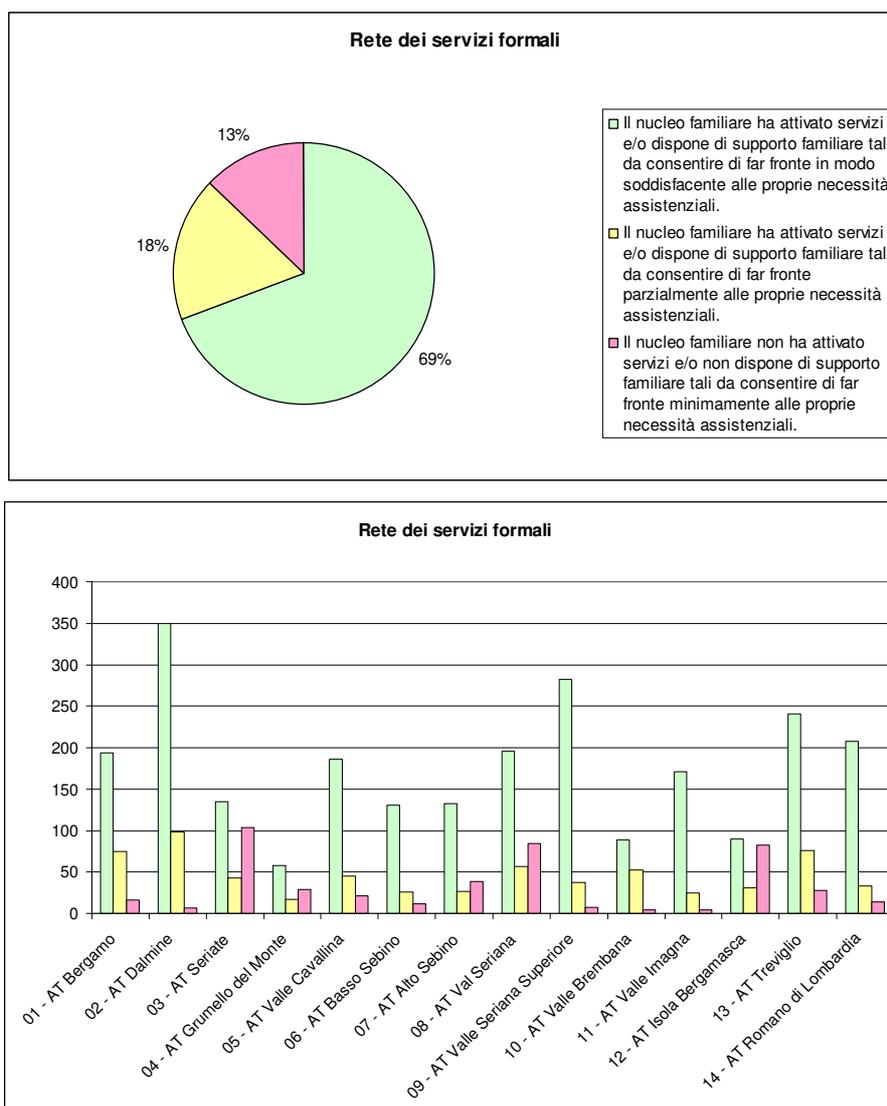
Dai valori rilevati si evince che a livello provinciale solo la metà del target considerato può contare sul sostegno basato sui rapporti di prossimità.

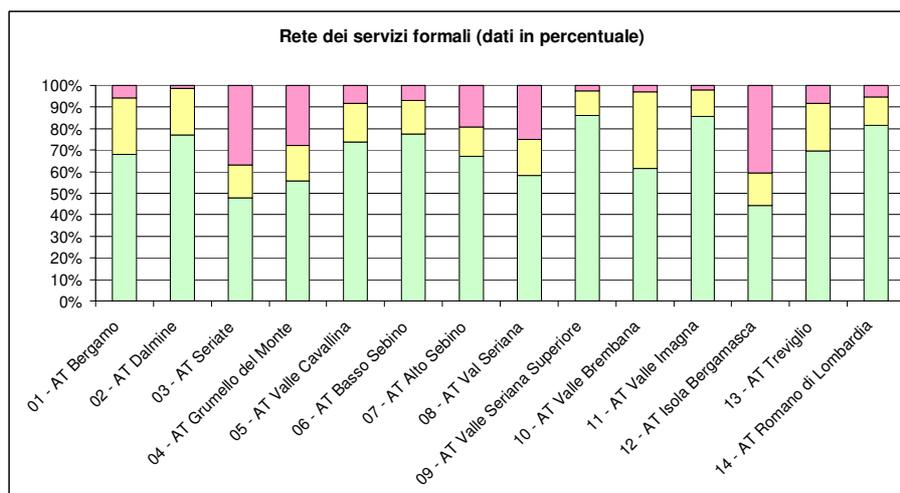
5.4.5.3 La rete dei servizi formali

Il 31% delle situazioni osservate dispone in modo parziale o non dispone affatto di una rete di Servizi in grado di accogliere i bisogni assistenziali delle persone con fragilità globale elevata che abbiamo intervistato.

Il dato impone una riflessione sulla presenza o meno dei Servizi assistenziali e socio-sanitari sul territorio (strutture residenziali, semi-residenziali e domiciliari) e sulle informazioni accessibili al caregiver in merito ai percorsi di cura attivi o attivabili. Quest'ultima ipotesi è stata confermata durante il monitoraggio *in itinere* del progetto negli incontri con gli Ambiti Territoriali. La presenza dei Responsabili degli Uffici di Piano, dei Coordinatori del progetto e degli operatori che hanno svolto le interviste ha dato visibilità ad un dato qualitativo relativo al bisogno delle famiglie di essere accompagnate nell'individuazione e nell'attivazione dei servizi più idonei ed appropriati alle proprie necessità assistenziali.

Figure 5.48, 5.49 e 5.50 – Esiti rilevazione rete dei servizi formali





Rispetto alla media provinciale, pari al 69%, gli Ambiti Territoriali che presentano la percentuale più elevata di persone che hanno attivato servizi formali sono:

- Valle Seriana Superiore (86%)
- Valle Imagna (86%)
- Romano di Lombardia (81%)
- Basso Sebino (78%).

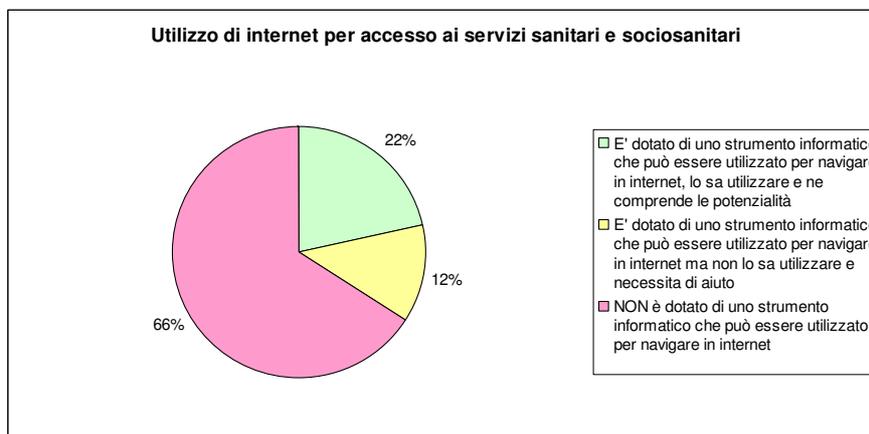
Viceversa, gli Ambiti Territoriali nei quali si rileva la percentuale più elevata di persone che non hanno attivato servizi e non dispongono di supporti professionali tali da consentire di far fronte minimamente alle proprie necessità assistenziali, rispetto alla media provinciale pari al 13%, sono:

- Isola Bergamasca (40%)
- Seriate (37%)
- Grumello (28%)
- Valle Seriana (25%).

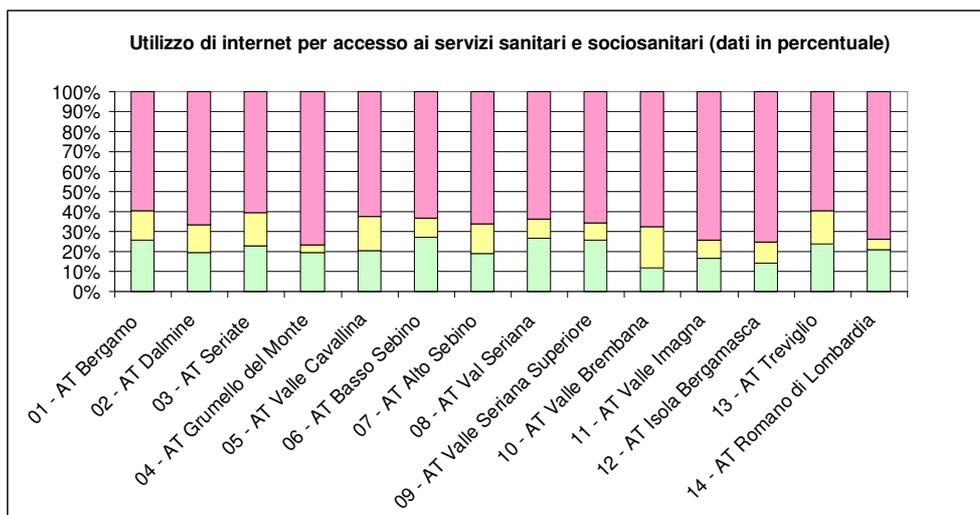
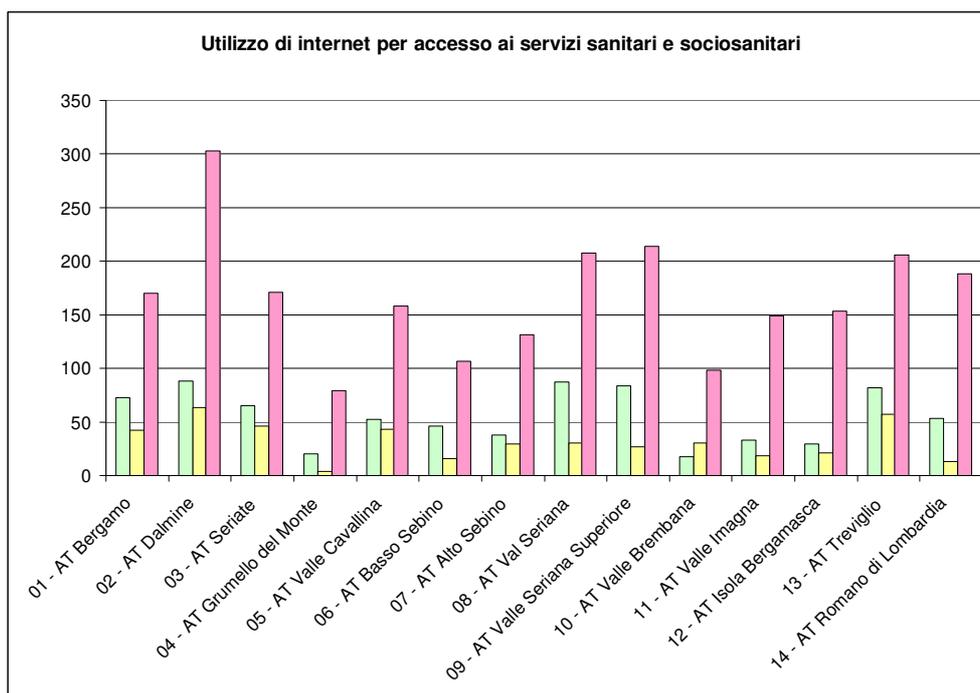
5.4.6 Capacità informatiche

5.4.6.1 Utilizzo di internet

Figure 5.51, 5.52 e 5.53 – Esiti rilevazione utilizzo di internet per accesso ai servizi sanitari e sociosanitari



Verso un'anagrafe della fragilità



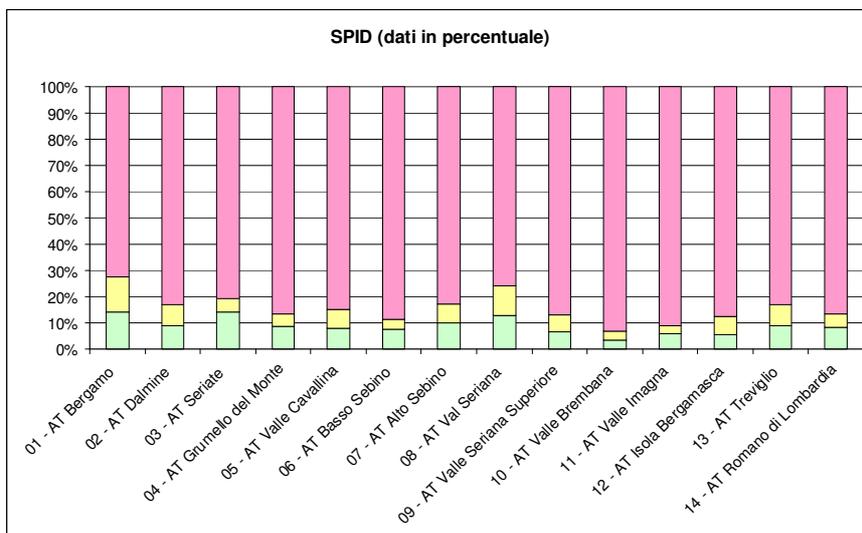
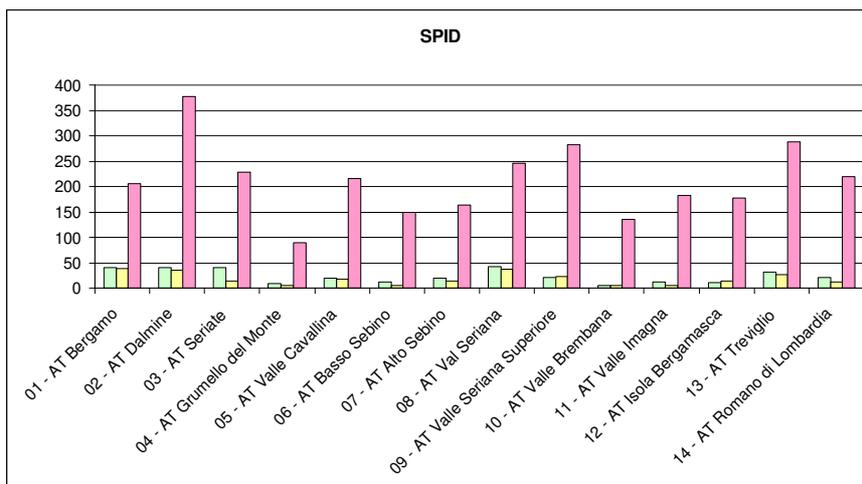
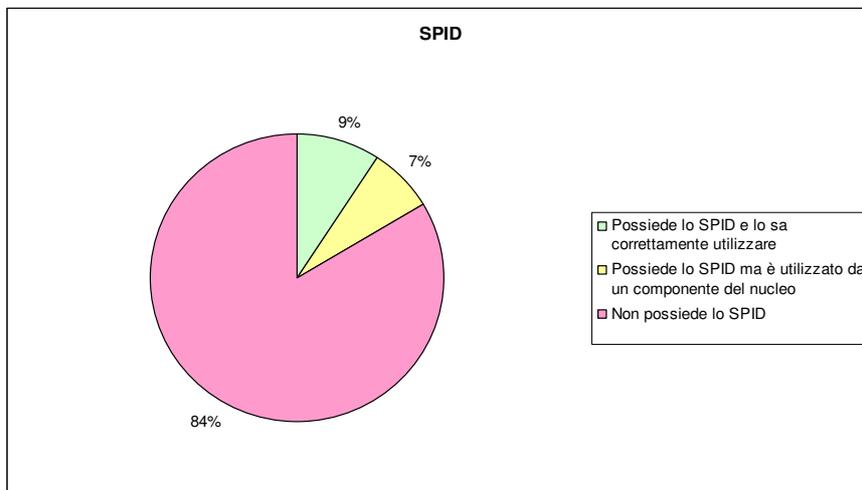
Il dato evidenzia una media provinciale pari al 22% di persone dotate di uno strumento informatico per navigare in internet con competenza.

La maggior parte delle persone (il 78%), in modo omogeneo per tutti gli Ambiti Territoriali, non appare in grado di utilizzare tali dispositivi o non li possiede affatto.

Nel 34% dei casi l'utilizzo di internet è, pertanto, veicolato dalla presenza di figure terze che fanno da tramite tra la persona fragile e il mondo telematico dei servizi sociali e sociosanitari. In caso di assenza di un mediatore, il rischio è di essere esclusi dalla conoscenza, dall'accesso e dalla fruizione dei Servizi.

5.4.6.2 Utilizzo dello SPID

Figure 5.54, 5.55 e 5.56 – Esiti rilevazione utilizzo SPID



L'84% delle persone non possiede lo SPID (Sistema pubblico di Identità Digitale).

Gli Ambiti Territoriali nei quali è stato rilevato un maggiore utilizzo dello SPID, rispetto alla media provinciale del 16%, sono:

- Bergamo (28%)
- Valle Seriana (24%).

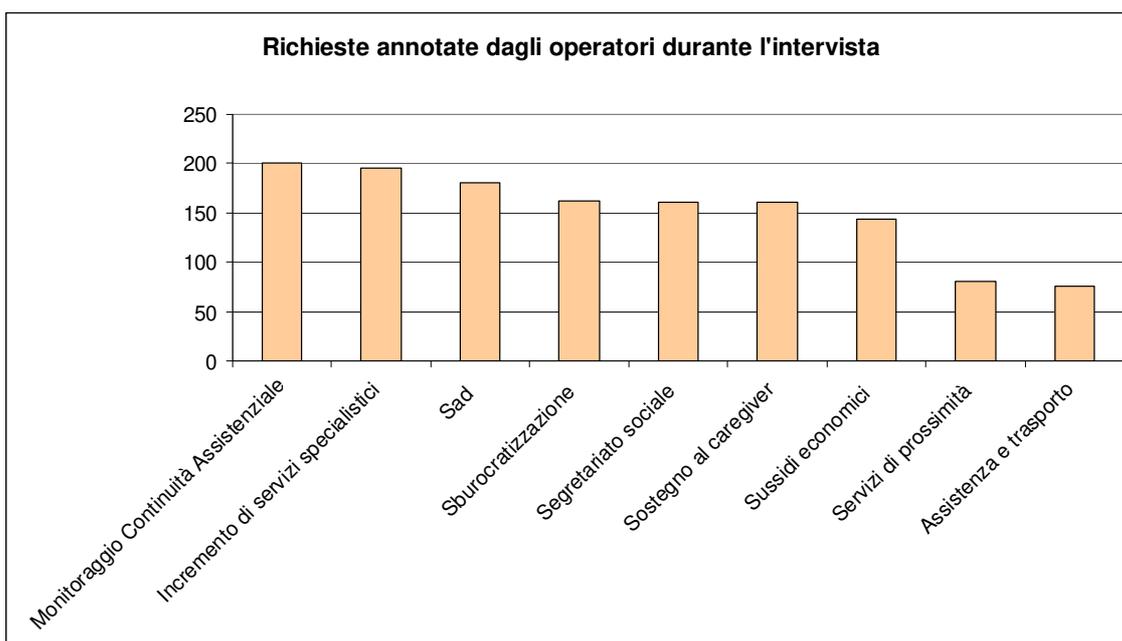
Tali persone possiedono lo SPID, lo sanno utilizzare autonomamente o possono contare su un componente del nucleo familiare.

Considerando il recente obbligo di possesso dello SPID per accedere a tutti i portali della Pubblica Amministrazione, la quasi totalità delle persone intervistate non si è adeguata a questo criterio. Questo dato è in linea con quello precedente relativo all'utilizzo di canali informatici per l'accesso e il recupero di informazioni, probabilmente legato al fatto che la fascia di età più rappresentativa dell'indagine è costituita da persone *over 80*, pertanto con poca dimestichezza con tali sistemi. L'accesso ai Portali della Pubblica Amministrazione e in generale a informazioni di carattere sociale e sociosanitario per questa parte di popolazione sarà vincolato alla presenza di una figura di supporto.

5.4.7 Analisi qualitativa delle "note" a margine

Gli operatori e le operatrici che sono entrati nelle abitazioni delle persone individuate per l'indagine avevano il compito di somministrare la Scheda di Valutazione della Fragilità Sociale, ma anche di raccogliere eventuali richieste e bisogni che la scheda non era in grado di rilevare. Queste annotazioni (1.359 su un totale di 3.579 schede informatizzate) sono state raggruppate in macrocategorie per permettere una lettura più immediata di ciò che è stato espresso.

Figura 5.57 – Richieste annotate dagli operatori durante le interviste



Tra queste, in ordine di priorità, vi sono:

- **Monitoraggio della Continuità Assistenziale:** questa macrocategoria è strettamente collegata alla figura del medico di assistenza primaria (MAP) e al bisogno di una maggiore vicinanza con una figura che sia di riferimento per il nucleo e la persona fragile. La maggior parte delle richieste riguardano il bisogno di poter ricevere un maggior numero di visite domiciliari a garanzia del mantenimento dello stato di benessere. Tale situazione si ricollega tanto alla categoria del *Sostegno al Caregiver* quanto a quella della *Sburocratizzazione*, specie nel momento in cui questa aspettativa di continuità assistenziale non è stata realizzata e deve essere avviata. È emerso in modo evidente come il Medico di Assistenza Primaria abbia un ruolo centrale per la popolazione target che è stata coinvolta da quest'indagine. Il MAP svolge un ruolo molto significativo nell'immaginario di queste persone. Dalle interviste è emerso come aspetto critico la fatica di entrare in contatto con il proprio medico, per poter contare su una figura di riferimento riconosciuta.
- **Incremento Servizi Specialistici e di Assistenza Domiciliare:** queste sono due categorie spesso coesistenti nelle note, la prima in relazione alla gravità dello stato di fragilità e al contesto pandemico che non ha consentito di porre attenzione prioritaria a patologie prima ben monitorate (es: pazienti diabetici scompensati; cardiopatici non più correttamente seguiti ecc.); la seconda in relazione all'incremento del servizio (considerando inclusa anche la misura dell'RSA Aperta). Solo in ultima analisi, coerentemente al concetto di domiciliarità, quando l'ambiente domestico non garantisce l'assistenza e la cura necessaria alla persona fragile non autosufficiente, compare la richiesta di Invio/Incremento della fascia oraria dei Servizi Residenziali e Semiresidenziali anche solo per periodi di sollievo.
- **Sostegno al Caregiver:** contempla non solo un bisogno di supporto emotivo/psicologico alla persona che presta assistenza, bensì all'utenza fragile stessa, specie nel periodo di *lockdown*, quando si è sofferto uno stato d'isolamento anche per paura del contagio da parte delle risorse formali/informali prima disponibili. Tale problematica ha evidenziato il desiderio e le richieste di una ripresa dei Servizi di Prossimità per tornare ad una vita sociale "normale". La richiesta di un servizio di Assistenza e Trasporto per visite mediche specialistiche e/o accertamenti diagnostici e terapie (es. dialisi), ma anche per bisogni più semplici come fare la spesa, potendo contare sull'assistenza e il supporto di un operatore, va anch'essa nella direzione di alleviare il *caregiver*.

Tabella 5.1 – Esempi di richieste formulate

Esempi di richieste formulate:

MONITORAGGIO CONTINUITA' ASSISTENZIALE: maggiore intervento da parte del Medico di famiglia.

INCREMENTO SERVIZIO SPECIALISTICI: fisioterapia; infermiera per urgenze; utilizzo dispositivi medico sanitari.

Assistenza Domiciliare: pulizia della casa; assistenza all'igiene personale; incremento del servizio con disponibilità h24; accessi più prolungati; costi calmierati/gratuità del servizio; implementazione iniziativa RSA Aperta.

SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA: assistenza nel disbrigo delle procedure necessarie all'attivazione dei servizi e/o erogazione di misure economiche e/o richiesta presidi e prestazioni agevolate per l'accesso facilitato all'ALER (cambio casa, barriere architettoniche) e/o per contrattualizzazione e formazione assistente familiare/badante; tempi brevi e certi per attivazione/erogazione/informazione su questi servizi.

SEGRETARIATO SOCIALE: info e orientamento ai servizi sociali e sociosanitari nonché sulle misure di contributi economici disponibili sul territorio; accompagnamento per il riconoscimento dell'invalidità civile e normativa conseguente (L.104/92, L.68/99).

SUSSIDI ECONOMICI: info, orientamento e servizi di counseling circa le misure di sostegno economico.

SERVIZI DI PROSSIMITÀ: centri ricreativi; sollievo; partecipazione all'organizzazione della vita sociale; incontri con singoli, gruppi e associazioni utili a favorire l'inclusione sociale e la socializzazione.

ASSISTENZA E TRASPORTO: Figure di supporto per il trasporto e l'assistenza per lo svolgimento di visite mediche e prestazioni sanitarie, economiche, sociali.

SOSTEGNO AL CAREGIVER: alternanza al *caregiver* per garantire assistenza materiale alla persona non autosufficiente e/o supporto emotivo attraverso colloqui sostegno educativo o psicologico. Supporto relazionale, reti di vicinanza e prossimità per prevenire meccanismi di solitudine e depressione. Formazione pratica e possibilità di scambi esperienziali tra famiglie.

6. I RISULTATI DELL'INDAGINE DOMICILIARE

Il progetto "Verso un'Anagrafe per la Fragilità" ha permesso di realizzare una progettualità di comunità, al fine di individuare forme innovative di presa in carico di soggetti fragili presenti a livello territoriale e provinciale.

È stata condivisa una metodologia di lavoro che ha generato un algoritmo per l'assegnazione degli "scores di fragilità" basato sull'incrocio di dati di natura sia clinica sia sociale, che ha permesso di individuare in modo specifico il target del progetto (cittadini in condizioni di elevata fragilità globale). Gli strumenti metodologici adottati hanno consentito ai diversi Ambiti Territoriali di monitorare le condizioni effettive dei cittadini, partendo dal loro contesto di vita, con l'obiettivo di realizzare una reale rete di protezione degli iperfragili, ovvero dei cittadini che presentano livelli elevati di fragilità clinica e socioassistenziale connessa alla vulnerabilità.

Trasformando la metafora visiva del semaforo in livelli differenti di fragilità sociale (colore verde: assenza o lieve criticità; colore giallo: moderata criticità; colore rosso: grave criticità) è stato possibile rilevare le condizioni di vulnerabilità sociale riferite dai cittadini intervistati con conseguente "allerta" sui nuclei familiari e sulle reti di protezione sociale.

L'esito delle interviste ha portato alla luce bisogni di tipo sociale e sociosanitario diversificati per i 14 Ambiti Territoriali.

La Scheda di Valutazione della Fragilità Sociale ha rilevato una casistica che presenta bisogni legati sia alla condizione di non autosufficienza, sia di natura sociale (carenza di rete di supporto familiare, di prossimità e di servizi integrati; condizioni abitative inadeguate; presenza di barriere architettoniche; situazione lavorativa precaria o assente; scarso utilizzo di strumentazioni informatiche; elevato carico di cura).

Di fatto, a livello provinciale, il progetto ha rilevato un indice di fragilità sociale di grave criticità pari al 2% del target di progetto e di moderata criticità per il 48%.

La presenza di un'incidenza bassa del profilo "grave criticità" è giustificata dalla presenza di almeno un *caregiver* per nucleo familiare a supporto dei soggetti più fragili.

Dall'analisi effettuata emerge una struttura di bisogni assistenziali molto articolata che, coerentemente con il concetto multidimensionale di fragilità, varia a seconda delle condizioni personali, familiari, sociali e ambientali della persona fragile.

L'indagine ha permesso di conoscere e rilevare in maniera evidente due tipologie di persone tra quelle fragili oggetto dell'indagine:

- le persone autosufficienti, ma a rischio (50% individuate dal colore verde);
- le persone non autosufficienti o parzialmente dipendenti da un caregiver che necessitano di un supporto più o meno continuativo per lo svolgimento delle loro funzioni base (48% individuate dal colore giallo e 2% dal colore rosso).

Emerge inoltre una varietà di bisogni trasversali ad ogni Ambito:

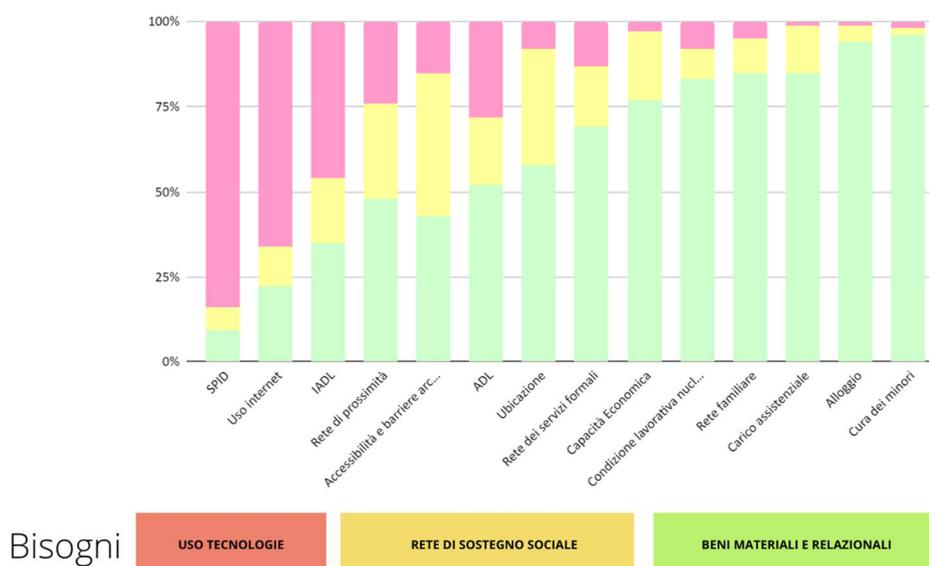
- un livello elevato di stress dei *caregiver*, conseguente al carico individuale da loro sperimentato nello svolgimento dell'assistenza e di conseguenza la necessità di supporto anche di natura psicologica;
- la richiesta di una maggior facilità nella raccolta di informazioni per orientarsi e richiedere servizi;
- la richiesta di potenziamento e di maggior flessibilità dei Servizi Domiciliari, di Servizi di prossimità (es. centri ricreativi, partecipazione all'organizzazione della vita sociale incontri con singoli, gruppi e associazioni utili a favorire l'inclusione sociale e ridurre l'isolamento) e di Continuità Assistenziale a favore dei cittadini fragili.

Il territorio della provincia di Bergamo, peculiare per le sue caratteristiche morfologiche (pianura, laghi, collina e montagna) influisce in alcune situazioni per elementi di criticità relativi alla mobilità ed al trasporto verso/da strutture sanitarie e sociosanitarie del territorio (ad esempio nelle Valli).

Fattori come la solitudine e fattori socio-ambientali possono quindi determinare di per sé una condizione di fragilità, indipendentemente dal fatto che vi siano altre problematiche associate. Dalle relazioni degli Ambiti Territoriali emerge una riflessione sull'incidenza del "carico di cura familiare" non solo riferita alla presenza di altri componenti del nucleo con bisogni di cura (es. minori, anziani), ma anche dando rilevanza all'impegno di assistenza dei *caregiver* nei confronti dei soggetti più fragili. La fatica dei *caregiver* può essere presumibilmente correlata alla difficoltà di accedere agevolmente alla rete dei Servizi sociali e sociosanitari, vissuta talvolta dai cittadini come una realtà frammentata.

L'indagine conferma in modo netto l'assenza quasi totale di competenze informatiche necessarie per attivare servizi, oltre alla fondamentale importanza di familiari e assistenti familiari per mantenere le situazioni ad un livello di criticità moderato. La solitudine delle famiglie, lo stress dei *caregiver*, la poca conoscenza dei servizi attivabili e le difficoltà di accesso sono le principali criticità emerse dalla ricerca.

Figura 6.1 – Parametri rilevati dall'indagine, disposti per ordine di criticità.



Appare chiaro che le disuguaglianze sociali possono essere predittive della disuguaglianza all'esposizione ai diversi fattori di rischio legati anche alla salute, ed incidere così sulle condizioni di fragilità globale. L'incidenza del 2% di grave criticità a livello provinciale, quindi, non rileva i criteri che incidono sulle variabili relative alla "tenuta" della rete familiare/sociale, aspetto non attinente esclusivamente all'ambito assistenziale, ma bensì alla gestione, all'organizzazione, all'accesso ai Servizi ed all'impegno di cura sostenuto dai *caregiver*.

Un ulteriore elemento di complessità, ma di fondamentale importanza, riguarda i bisogni della rete familiare delle persone fragili: come abbiamo visto, le famiglie rappresentano la principale risorsa di sostegno per le persone fragili e, in quanto tali, è importante sostenerle nei loro percorsi di assistenza. Inoltre la ricaduta principale in termini di carico assistenziale è sostenuta principalmente da donne e uomini della cosiddetta "generazione *sandwich*", schiacciati dalla sforzo emotivo e fisico di occuparsi contemporaneamente di figli e genitori anziani. Questi *caregiver*, di fatto, si trovano a dover assumere il ruolo di *care management*, programmando le attività assistenziali con la fatica di doversi orientare tra le risorse pubbliche, quelle private e il lavoro di cura informale a loro carico.

Verso un'anagrafe della fragilità

7. SPUNTI DI RIFLESSIONE PER LA PROGRAMMAZIONE DI INTERVENTI

La situazione di contesto che si presenta è carente, come si evince dai dati, di una visione di insieme, sinergica ed organica e si esplica più come una sommatoria di interventi ed attività a favore dei soggetti fragili, più che come un processo del prendersi cura della persona.

In termini organizzativi, questo variegato mondo che si prende cura della persona fragile si caratterizza per la presenza delle seguenti componenti:

- Caregiver familiare: organizzatore della cura della persona fragile, è il soggetto che ricompone informazioni, attività, servizi, risorse e cerca di gestire e garantire al proprio caro continuità ed assistenza;
- assistente familiare (badante): è il sostegno di moltissime famiglie nella gestione del soggetto fragile; si affida a questa assistenza la possibilità di conciliare vita e lavoro e, a volte, l'equilibrio affettivo ed assistenziale nel nucleo familiare;
- regolatori finanziatori pubblici: dispongono i provvedimenti, assegnano le risorse in modo autonomo ed a volte disarticolato e non sinergico tra loro (INPS, Regione, Comuni ...);
- gestori dei servizi domiciliari (prevalentemente soggetti appartenenti al Terzo Settore – Cooperazione Sociale) e Medici di Medicina Generale: sono il front office di ascolto delle famiglie e di intervento, cura e sostegno della persona fragile;
- associazionismo e volontariato: in molte realtà sono una presenza significativa in termini di supporto e prossimità per la famiglia nella gestione della quotidianità e svolgono un importante ruolo di ascolto e socializzazione.

Emerge da questo quadro un problema di frammentazione legato ad una carenza organizzativa di governance e di policy degli interventi, tanto che nessuna organizzazione possiede il titolo e le risorse per assumere una responsabilità univoca del progetto di vita del soggetto fragile.

Una risposta possibile, nel tentativo di ricomporre una lettura integrata ed organica al problema e formulare una strategia complessiva di intervento, risiede nella capacità del territorio di co-progettare in termini di partnership progettuale gli interventi, condividendone obiettivi, oneri e responsabilità.

Dall'indagine emerge chiaramente la necessità di agire proattivamente sulla fragilità e sul contrasto delle malattie croniche.

La convinzione è che si debba investire maggiormente sulle fasi iniziali del bisogno in modo da ritardare al massimo l'istituzionalizzazione delle persone fragili, prevalentemente anziane, con vantaggi sia per la qualità di vita delle persone, sia per i costi sostenuti dalla comunità.

Per fare questo, un primo passo necessario è agire preventivamente identificando e monitorando la popolazione fragile attraverso l'elaborazione di un sistema di conoscenza.

In questo contesto, diventa fondamentale il coinvolgimento dei vari attori presenti sul territorio, sia per migliorare le informazioni che le prestazioni offerte ed eventualmente reperire risorse aggiuntive.

Di seguito alcuni elementi che dovranno essere presi in considerazione nella progettazione delle future prestazioni rivolte alle persone fragili:

- privilegiare servizi innovativi caratterizzati da una forte attenzione alla dimensione relazionale della persona fragile, con il potenziamento di servizi domiciliari e di prevenzione. Dall'indagine si evince che la situazione economica ed abitativa della maggior parte delle persone intervistate è più che sufficiente per far fronte alla presa in carico dei familiari fragili;
- incrementare il raccordo tra diverse figure professionali che possono fungere sia da punto di riferimento per le famiglie, sia da équipe di presa in carico integrata sociale e sanitaria;
- rafforzare gli interventi rivolti all'*empowerment* della persona fragile e del *caregiver*, soprattutto implementando e sperimentando progetti che vedano i cittadini come protagonisti, come potenziali promotori di salute e benessere complessivo e comunitario, agendo sul capitale e sulla coesione sociale delle comunità.

Per lo specifico dell'indagine inoltre emergono i seguenti bisogni:

- **interventi volti a ridurre il digital divide:** la pandemia ha accelerato la transizione verso un'economia digitale, accentuando, al contempo, il gap digitale. Investire sull'apprendimento delle competenze ICT da parte degli anziani, quindi, non sarà più da ritenersi "accessorio", ma dovrà diventare a tutti gli effetti essenziale in questa fase delicata di ritorno a una nuova normalità, in cui rete e tecnologia saranno senza dubbio alleate preziose per la ripresa in senso lato.
- **interventi di formazione e supporto ai caregiver:** nella progettazione degli interventi, dunque, puntare lo sguardo tanto sugli anziani quanto sulla loro rete di relazioni. Riconoscere anche i *caregiver* familiari – con la loro specifica situazione, le loro esigenze e le loro risorse – come utenti dei servizi domiciliari. Interfacciarsi, inoltre, con le assistenti familiari, per promuovere la qualità del loro operato. Promuovere azioni di informazione e orientamento; counseling e supporto psicologico; opportunità formative rispetto al ruolo svolto;
- **interventi volti a facilitare l'accesso ai servizi:** superare l'odierna grande difficoltà degli anziani fragili e dei loro familiari nell'ottenere le informazioni per accedere ai diversi interventi di welfare pubblico attivabili.
- **la creazione di network integrati di presa in carico sociali e sanitari:** prevedere progetti personalizzati che partano da uno sguardo globale sulla condizione della persona fragile, sui suoi molteplici fattori di vulnerabilità, sul suo contesto di vita e di relazioni, riuscendo a connettere e raccordare le diverse figure professionali che a diverso titolo si occupano di fragilità (infermieri di famiglia e comunità, medici di assistenza primaria, assistenti sociali etc.)
- **implementazione progetti territoriali e di comunità per persone fragili e caregiver** al fine di arricchire l'offerta di presa in carico della fragilità, rispetto a quella disposta da servizi sociali e sanitari, che valorizzi il cittadino nel suo potenziale relazionale e di occhio attento ad una comunità che sempre più dovrebbe essere accompagnata a prendersi cura di sé stessa.

8. DALL'INDAGINE AL PROGETTO ORGANIZZATIVO

8.1 Prima fase del progetto: l'indagine domiciliare

Le risultanze dell'indagine ci consentono di tracciare, rispetto al campione analizzato, un profilo "tipizzato" della condizione personale e quindi della tipologia di intervento da promuovere a sostegno della persona fragile e del suo contesto familiare, in un'ottica comunitaria di prossimità territoriale. Lo schema che segue tenta di sintetizzare le casistiche delle persone incontrate, provando ad abbinare possibili azioni che siano in grado di offrire risposte effettive ai bisogni evidenziati.

Figura 8.1 – Risultati dell'indagine domiciliare



8.2 Seconda Fase: i network integrati di presa in carico territoriale

Come evidenziato precedentemente, caratteristiche del sistema di welfare abbinato a dinamiche sociali che rappresentano i nostri tempi, fanno emergere un sistema altamente frammentato e complesso da comprendere, sia rispetto al suo funzionamento sia rispetto ai meccanismi di accesso. Inoltre, rispetto alle fragilità, manca un soggetto che assuma il ruolo di guida e di regia del sistema: le famiglie sono lasciate sole nel compito di organizzare i vari aspetti dell'assistenza.

Dall'indagine si evince un elemento di insicurezza espresso in maniera trasversale da molte persone intervistate, ovvero la mancanza di riferimenti riconosciuti e disponibili, in grado di fornire risposte concrete in merito alle diverse situazioni.

Verso un'anagrafe della fragilità

Risulta pertanto necessario procedere in dimensione integrata alla costituzione, in ogni Ambito Territoriale, di *Network integrati di presa in carico territoriale* composti dal Responsabile dell'Ufficio di Piano, dall'Assistente Sociale di Ambito, dall'Infermiere di Famiglia e di Comunità dell'ASST di riferimento, dal Medico di Medicina Generale, da un operatore della Cooperazione Sociale e da un rappresentante del Volontariato, al fine di creare dei presidi e delle équipes territoriali integrate sanitarie e sociali che possano prendere in carico, anche in ottica preventiva, le persone con fragilità globale ed i loro caregiver.

La costituzione di network integrati volti alla presa in carico di persone fragili sia per aspetti sanitari, sia per questioni sociali permetterà a diverse figure professionali di lavorare in rete, fornendo in questo modo risposte più appropriate e complete.

Dall'indagine, le questioni emergenti sono:

- *L'offerta di informazioni e counseling*, in una logica che permetta alle famiglie non solo di conoscere l'articolazione del sistema di offerta e di essere accompagnata, guidata e sostenuta, ma anche di ottenere un'offerta disegnata sui propri bisogni, non solo come esito di una somma di prestazioni separate che tocca alla famiglia integrare;
- *Il supporto alla quotidianità*, sperimentare forme e modelli di mutuo aiuto basati su relazioni di prossimità e reciprocità, anche attraverso figure professionali esperte alla costruzione delle reti relazionali e alla mediazione e/o istruite rispetto alle richieste igienico-sanitarie, amministrative, tecnologiche, sociali.
- *La domiciliarità*, riguarda il tentativo di ridefinire i modelli assistenziali, basando la presa in carico sul concetto di prossimità ed integrazione degli interventi con azioni professionali sinergiche a quelle socializzanti e relazionali affidate anche al Volontariato, un'attenzione allo sviluppo digitale delle applicazioni e del monitoraggio delle situazioni residenziali, il supporto professionale al caregiver sul percorso assistenziale della persona fragile, l'istituzione di un case manager per lo sviluppo degli interventi domiciliari nel tempo.
- *Gli interventi di prevenzione solidale*, l'importanza di costruire e mantenere un sistema di individuazione e monitoraggio della popolazione fragile sul territorio, in modo da poter agire tempestivamente sulle fasi iniziali del bisogno. In questo contesto, diventa cruciale poter contare su una rete di attori territoriali, capaci di entrare in contatto con il soggetto fragile e la sua famiglia in contesti diversi. La rete territoriale risulta particolarmente importante sia per segnalare tempestivamente la condizione di fragilità ai servizi, sia per intervenire in modo multidimensionale sulla condizione dell'anziano.

In una logica di governance e di policy, questi *Network integrati di presa in carico territoriale* svilupperanno la loro azione secondo logiche distrettuali e sovra-Ambito, con il coordinamento di ATS, e svilupperanno queste azioni in dimensione programmatica all'interno dei Piani di Zona 2021-2023, avendo già raccolto la disponibilità dei territori.

Questa azione sarà, tra l'altro, seguita e monitorata direttamente dalla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari opportunità di Regione Lombardia, interessata a verificare il livello gestionale e funzionale del network in riferimento alle finalità del progetto.

L'auspicio è che i nascenti *Network integrati di presa in carico territoriale* possano avere a disposizione uno strumento operativo comune d'azione quale ad esempio un Budget di Cura/Salute.

Uno strumento flessibile, quest'ultimo, inteso come un dispositivo di ricomposizione e di sintesi delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per promuovere l'autonomia possibile della persona adattando i servizi ai bisogni con la partecipazione, ove possibile, della famiglia e della comunità.

8.3 Terza fase: verifica del modello utilizzato per la costruzione del target di riferimento

Parallelamente all'evoluzione della fase precedente, cresce la necessità di perfezionare e validare il modello che ha portato alla costruzione del target di riferimento.

Questa attività è fondamentale per sfruttare le potenzialità delle numerose banche dati informative a disposizione, mantenendo una coerenza rispetto ai bisogni indagati.

Il valore, il peso attribuito ai diversi *item*, non è un'operazione neutra e quindi va continuamente monitorata e confrontata con gli operatori del settore anche per poter attingere, in futuro, ad un elenco di persone il più possibile definito e corretto per il quale attivare progettualità ed indagini di vario tipo, senza l'attivazione di dispendiose verifiche sul campo delle condizioni ipotizzate sulla carta. Tutto ciò nel presupposto che la costruzione di servizi o la definizione delle modalità di erogazione di questi ultimi, siano da adeguarsi al livello di complessità sociale, nell'assunto epidemiologico che il dato contribuisce alla conoscenza che si sviluppa secondo un principio di vissuto costruttivista, conversazionale, narrativo, in una prospettiva di sapere non assoluto, ma situato e contingente, in cui la significazione viene attribuita agli eventi attraverso costanti processi di costruzione congiunta e negoziazione condivisa.

Si costituirà quindi un Gruppo di lavoro specifico composto dal Servizio Epidemiologico di ATS, dai rappresentanti dei Servizi Sociali, delle ASST e dei medici di famiglia per la verifica della congruenza dei dati di fragilità con le condizioni, in questo caso di vulnerabilità sociale, verificate a domicilio.

Verso un'anagrafe della fragilità

9. CONCLUSIONI

L'allungamento della vita media ha come conseguenza inevitabile l'incremento di patologie cronicodegenerative in fasce di popolazione di età sempre più anziana e di fragilità che implicano problematiche sociali che gli interventi sanitari ed assistenziali attuali possono solo controllare ma non cancellare.

Poiché tali situazioni clinico sociali che conducono spesso a condizioni di grande fragilità con elevati bisogni assistenziali sono sempre più frequenti, i sistemi sociosanitari attuali, soprattutto nei Paesi con più elevato benessere economico, non possono sopravvivere senza profondi cambiamenti organizzativi e senza un'alleanza con la propria comunità.

Il domicilio rappresenta certamente il luogo privilegiato nel quale garantire cure alla persona fragile, ma solo se questa possibilità è supportata da un'organizzazione che garantisce protezione di elevata qualità a casa e che sia in grado di supportare le famiglie in termini relazionali, non lasciandole sole di fronte alle difficoltà.

Le nuove risposte di cura ed assistenza richiedono tuttavia un profondo cambiamento organizzativo, un ripensamento della medicina di comunità, del ruolo dei presidi sociosanitari territoriali, del contributo dei Servizi Sociali, del protagonismo dei soggetti del Terzo Settore e della società civile, cambiamenti che, assicurando qualità professionale ed efficacia negli interventi, riducano in modo sostanziale il disagio e la sofferenza legati alla malattia ed all'isolamento sociale.

Il progetto "Verso un'Anagrafe per la Fragilità" prevedeva una serie di obiettivi a breve, media e lunga realizzazione con step consequenziali e gerarchici, quindi non scontati né prevedibili in termini di esito, in quanto dipendenti dalle risultanze dei processi intrapresi, dalla capacità di comunicarli, dalla tenuta motivazionale del network e dalla possibilità, o volontà, di immaginare il domani.

Oggi il Progetto vede ultimata la prima fase di indagine conoscitiva, che ha significato la personificazione di Codici Fiscali, ovvero la loro trasformazione in persone con un volto ed una storia, oltre che con delle potenzialità e dei bisogni, che ha significato "mettere in sicurezza" quel 2% di persone trovate in condizione di estrema fragilità sociale ed iniziare ad agire sul sistema organizzativo per occuparsi anche dell'altro 98%, che pur non avendo dimostrato condizioni emergenziali, presenta comunque la necessità di un lavoro comunitario, preventivo e promozionale.

Le risultanze "riflessive" personali sono state esposte nel presente lavoro, i dati di quanto emerso nelle interviste sono invece ancora all'attenzione degli stakeholders coinvolti per le relative note ed osservazioni, così che dalla fine del mese di settembre 2021 possano essere presentati in dimensione pubblica.

Il lavoro è ora orientato sulle fasi successive del Progetto, che prevedono la costituzione di Network territoriali e di una prospettiva programmatoria triennale per la presa in carico integrata delle fragilità che gli Ambiti Territoriali dell'ATS di Bergamo, insieme ai partner del progetto, hanno già stabilito essere una delle azioni distintive che verranno sviluppate nei prossimi Piani di Zona 2021-2023.

Verso un'anagrafe della fragilità

Per concludere, il progetto “Verso un’Anagrafe per la Fragilità” conferma che l’individuazione precoce di uno stato di fragilità, la messa in atto d’interventi mediante *network* integrati di Comunità, un adeguato sostegno alle reti familiari e informali e di volontariato si dovrebbe considerare come un obiettivo strategico per il miglioramento della qualità della vita dei cittadini, in particolare quelli fragili. L’offerta e l’integrazione dei Servizi, distribuiti in modo coerente sui bisogni del singolo e della sua rete familiare, dovrebbe quindi necessariamente connettersi in dimensione sinergica a tutti gli attori in gioco: ATS, Ambiti Territoriali, ASST - Rete Territoriale, Servizi Sociali Comunali, Terzo Settore e Volontariato.

In questo orizzonte, non solo tecnico, ma anche e soprattutto culturale, serve pertanto che le politiche di welfare e le infrastrutture del sistema sanitario e sociale si strutturino e si organizzino: questa è la prospettiva evocata e la finalità ultima del progetto “Verso un’Anagrafe per la Fragilità”, nato come azione di verifica e protezione dei fragili soli dal Covid, successivamente sviluppatosi in un processo virtuoso e territoriale come possibile azione anticipatoria di lavoro integrato, così come ora auspicato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (in particolare nelle missioni 5 “Coesione Sociale” e 6 “Salute”) e dall’annunciata evoluzione regionale della Legge di riforma del Servizio Sociosanitario lombardo.

10. BIBLIOGRAFIA

AA.VV. (2018), *Health inequalities. An interdisciplinary exploration of socioeconomic position, health and causality*, Amsterdam, November 2018, Symposium Report, Conference organised by ALLEA and the Federation of European Academies of Medicine (FEAM) and the Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences (KNAW).

AA.VV., *La presa in carico degli anziani non autosufficienti. Un contributo per conoscere e decidere*, Quaderno di Monitor n. 10 (settembre 2012), *I quaderni di Monitor*, Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

AA.VV. (2010), *Linee per lo sviluppo di attività volte a contrastare la solitudine e l'isolamento delle persone anziane*, Regione Emilia-Romagna.

AA.VV., *Una nuova assistenza a domicilio in Lombardia - 10 proposte*, proposte promosse dalle sezioni lombarde di FORUM DEL TERZO SETTORE, SPI CGIL, FNP CISL, ACLI APS, Legacoop, Confcooperative, Federsolidarietà, AUSER, ANTEAS, Ordine degli assistenti sociali, CISL Medici, UNEBA, Centri di servizio per il volontariato (CSV).

Bianchi C., Palummeri E. (2019), "Individuazione precoce e prevenzione della fragilità nella popolazione che invecchia", *I luoghi della cura online*, Numero 1-2019.

Costa G. (2020), *Vulnerabilità e fragilità in sanità pubblica, nelle politiche e nei metodi di studio*. *Epidemiologia&Prevenzione* 2020, 44 (5-6) settembre-dicembre Suppl. 1.

Fosti G., Notarnicola E. (2019), "Oltre la cura e l'assistenza. L'evoluzione dei bisogni delle famiglie e degli anziani rispetto all'informazione e al counselling", *I luoghi della cura online*, Numero 2-2019.

Fosti G., Notarnicola E. (2018), *L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care - 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care*, EGEA, Milano.

Gobbens R., Luijckx K., Wijnen-Sponselee M., Schols J. (2010), *In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts*. *J Am Med Dir Assoc*; 11(5): 338-43; Jun 2010.

Gori C. (2017), *L'età dell'incertezza*, in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 6° Rapporto 2017/2018 Il tempo delle risposte*, a cura di NNA Network Non autosufficienza, Santarcangelo di Romagna (RN), Maggioli Editore.

Menghini V., Tidoli R. (2019), "La presa in carico dell'anziano non autosufficiente a domicilio", *I luoghi della cura online*, Numero 1-2019.

Normann R. (1992), *La gestione strategica dei servizi*, Etas, Milano.

Provedi B. (2015), *Disuguaglianze sociali e fragilità degli anziani: analisi dei problemi e mappatura delle soluzioni innovative*, ricerca condotta all'interno del Laboratorio di ricerca ARCO-Action Research for COdevelopment del PIN S.c.r.l. – Università degli Studi di Firenze (www.arcolab.org) e in collaborazione con l'Agenzia LAMA (www.agenzialama.eu).

Verso un'anagrafe della fragilità

11. SITOGRAFIA

Foglizzo P. (2012). *Coesione sociale* [online]. Rivista online "Aggiornamenti Sociali". Disponibile su <<https://www.aggiornamentisociali.it/articoli/coesione-sociale/>>

Orler P. (2020). *Burden del caregiver – Cos'è e come affrontarlo secondo l'ACT* [online]. Disponibile su <<https://www.ospedemarialuigia.it/psicologia-applicata/burden-del-caregiver/>>

Palummeri E., Bianchi C. (2019). *Individuazione precoce e prevenzione della fragilità nella popolazione che invecchia* [online]. Rivista online "I luoghi della cura". Disponibile su <<https://www.luoghicura.it/operatori/strumenti-e-approcci/2019/01/individuazione-precoce-e-prevenzione-della-fragilita-nella-popolazione-che-invecchia/>>

PNRR, cosa cambia per digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura [online] (2021). Rivista online Qui Finanza. Disponibile su <<https://quifinanza.it/innovazione/video/pnrr-draghi-digitalizzazione-innovazione-competitivita-cultura/484500/>>

Vannini C. (2020). *Il paziente fragile* [online]. Disponibile su <<https://www.nurse24.it/studenti/dispense-e-piani-assistenziali/paziente-fragile.html>>

