



Con il contributo dei Municipi



Convegno Fragilità e Territorio

Presentazione, ai Cittadini e alle Organizzazioni non profit e di Volontariato, del **Programma Ospedale Territorio per la continuità assistenziale nella rete socio-sanitaria area sud di Milano.**

Accanto alla sessione in aula, è presente uno spazio espositivo con tavoli offerti gratuitamente a Servizi pubblici (Comune-ATS-ASST-IRCCS), a Organizzazioni non profit e ad Associazioni di Volontariato operative nella rete socio-sanitaria-assistenziale delle zone 4, 5, 6 e 7.

Con il patrocinio di



PATROCINIO
Comune di
Milano

ATS Città Metropolitana di Milano
ASST Santi Paolo e Carlo
IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico di Milano
Assessorato Politiche Sociali
Area Domiciliarità e Cultura della Salute

SABATO 23 SETTEMBRE 2017

ORE: 08:30 | 13:00

PRESSO

**CENTRO L'HUB DI COMUNITÀ NUOVA
Via Luigi Mengoni 3, MM di Bisceglie**



8:45 Presentazione

8:50 Saluto **Presidente Ordine dei Medici**

9:00 Saluto **G. Gallera, Assessore Welfare Regione Lombardia**

9:10 Intervento **P. Majorino, Assessore Politiche Sociali comune di Milano**

9:25 Saluto **Presidenti dei Municipi 4-5-6-7**

9:45 Presentazione Attività **Associazione VIDAS**

10:00 Presentazione **Tavolo territoriale Municipio 5**

10:15 Intervento **Dirigente Area Domiciliarità e Cultura della Salute Comune di Milano**

10:30 Intervento **Direzione Socio-Sanitario ATS Città Metropolitana milanese**

10:45 Intervento **Direzione Socio-Sanitario ASST S.S. Paolo e Carlo**

11:00 Riflessione di **don Gino Rigoldi**





INTRODUZIONE - Bruno Andreoni	4
SALUTO PRESIDENTE ORDINE dei MEDICI di MILANO - Roberto Carlo Rossi.....	5
MUNICIPIO 5 – Presidente Alessandro Bramati	6
MUNICIPIO 4 – Assessore Laura Schiaffino	7
REGIONE LOMBARDIA - Assessore al WELFARE - Giulio Gallera	8
COMUNE DI MILANO – Assessore alle Politiche Sociali - Pier Francesco Majorino.....	11
MUNICIPIO 6 – Presidente Santo Minniti	13
MUNICIPIO 7 – Presidente Marco Bestetti	14
VIDAS – Direttore Sanitario Giada Lonati.....	15
ANDREA MIOTTI – Municipio 5 - Tavolo territoriale	24
DARIA MAISTRI – Dirigente Area Domiciliarità e Cultura della Salute (Comune di Milano)	27
KATIA ALBO – Direzione Socio-Sanitaria (ATS Città Metropolitana di Milano) .	29
DANIELA MALNIS – Direttore Socio-Sanitario (ASST Santi Paolo e Carlo).....	41
Don GINO RIGOLDI – Presidente di Comunità Nuova Onlus	45





INTRODUZIONE - Bruno Andreoni

Il convegno “**Fragilità e Territorio**” nasce nell’ambito del “*Programma ospedale-territorio per la continuità assistenziale e la presa in carico dei Pazienti cronici e delle Persone fragili nella rete socio-sanitaria*”, attivo da più di due anni e che ha già realizzato un Convegno di presentazione del Programma Ospedale Territorio, dedicato ai professionisti del settore (sabato 22 ottobre 2016). Il Convegno di oggi (sabato 23.10.17) è invece dedicato soprattutto alla cittadinanza, per informare sull’offerta assistenziale, garantita attualmente da servizi pubblici, del privato no-profit e del volontariato. Ma è anche finalizzato a favorire la conoscenza tra gli Enti e le Strutture del Territorio. L’area milanese è ricca di offerta in ambito socio-sanitario, ma a volte i vari erogatori non si conoscono tra loro. Per raggiungere gli obiettivi di riforma del sistema sanitario lombardo è invece necessario che i nodi della rete si conoscano e parlino tra loro.

Finalità Convegno Fragilità e Territorio
Programma Ospedale Territorio per la continuità assistenziale nella rete socio-sanitaria area sud Milano

- **Fare conoscere ai Cittadini** l’offerta assistenziale di Servizi socio-sanitari esistente nel Territorio area sud di Milano.
- **Facilitare la conoscenza reciproca** e la collaborazione tra i Servizi pubblici (ATS, ASST, Comune, Municipi) e i Servizi delle Organizzazioni non profit e di Volontariato.
- **Sviluppare la Rete** per una presa in carico precoce dei Pazienti con malattie croniche inguaribili e delle Persone con gravi fragilità.

Proposta: Forum territoriale delle Organizzazioni non profit e di Volontariato e Guida dell’offerta di Servizi pubblici e privati per i Cittadini fragili che vivono nel nostro Territorio.

E’ necessario fare rete e la reciproca conoscenza diventa quindi indispensabile.

Questi sono gli scopi del Convegno “Fragilità e Territorio”, promosso dai Municipi 4, 5, 6, 7 della Città di Milano, dove è presente l’offerta di servizi pubblici e privati di cui ci occupiamo. Ci

auguriamo che il dialogo non resti confinato a questa giornata, ma che il percorso avviato vada avanti, che si costruisca la rete. Faccio notare che, oltre a pubbliche Istituzioni, Organizzazioni del volontariato e Imprese no-profit, hanno aderito dando il loro patrocinio anche Ordini e Collegi che rappresentano i professionisti del settore. L'intenzione è quindi quella di istituire in futuro un **Forum territoriale permanente delle Organizzazioni non profit e di Volontariato**, per favorire il dialogo e la partecipazione necessaria.

SALUTO PRESIDENTE ORDINE dei MEDICI di MILANO - Roberto Carlo Rossi

Voglio solo portare un saluto. L'occasione è importante e ringrazio per l'invito il prof Andreoni: lui è stato tra i primi ad occuparsi, con varie iniziative, di cure palliative, temi di fine vita, fragilità. Le prime volte era davvero un pioniere, ma oggi è inevitabile seguire questa strada, perché questi problemi riguardano fette di popolazione sempre più grandi. Chi conosce il mio pensiero in merito ad alcune delibere regionali, sa che sono a volte molto critico, ma devo riconoscere che nella riforma lombarda ci siano molte cose buone. Innanzitutto condivido il fatto che i problemi sociali



non possono essere separati da quelli sanitari. Quella della fragilità è una problematica unica, e bisogna dare atto che questo orientamento è ben presente nella nuova riforma. Credo che i percorsi aperti in questi mesi, la riflessione odierna e anche l'esperienza di Cascina Brandezzata costituiscano un'ottima occasione per seguire questo tipo di evoluzione. Quando ho un paziente che rimane solo o ha dei problemi, mi accorgo che inevitabilmente la sua situazione ha un impatto anche sullo stato di salute. Auguro a tutti buon lavoro e faccio i miei complimenti per il percorso avviato.

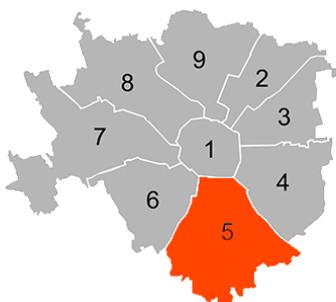
MUNICIPIO 5 – Presidente Alessandro Bramati

Io porto i saluti del nostro territorio. Noi crediamo fortemente in un principio che è anche all'origine del lavoro che stiamo portando avanti come istituzione territoriale negli ambiti qui definiti. Un principio che già l'art. 2 della Costituzione inserisce e che nel 2001, con la riforma costituzionale, a pieno titolo entra nei principi fondamentali della nostra Nazione: la sussidiarietà. Questo indica per noi un percorso che, come istituzione, seppur con limitata competenza in alcuni ambiti, ha la potenzialità di esprimere dal basso, cioè dal territorio, tutta quella vivacità e vitalità di risposta ai bisogni che tutti i giorni vediamo nei nostri quartieri. E lo fa, nell'ambito del nostro Municipio, con un lavoro iniziato tanti anni fa come *"Tavolo sociale"* e che racchiude tutte le realtà presenti sul territorio che insieme vogliono accettare, la sfida di un confronto, di un tentativo di risposta insieme alle Istituzioni. Il percorso inizia già nel 2008, si è sviluppato negli anni a seguire e oggi ci porta a quello che verrà raccontato in uno degli interventi dedicato proprio all'attuale *"Tavolo territoriale*



delle politiche sociali del Municipio". Dico questo perché per noi è stata una sfida quella di non settorializzare il tema della fragilità. Vi faccio notare che, tra i tavoli presenti nell'area espositiva, trovate una compagnia teatrale (*"ATIR"*) che gestisce (ahimè ancora per poco) uno spazio nel territorio del Municipio. Anche ATIR Teatro Ringhiera ha aderito a questo lavoro e lo

cito come esempio, perché ormai il tema della fragilità si può affrontare a 360°, mettendo insieme tutte quelle forze e risorse che il territorio esprime, ciascuna delle quali opera nell'ambito specifico



in cui ha competenza, ma dentro una rete che configura una possibilità di risposta all'umanità che esprime bisogni e per farlo valorizza tutto ciò che dal territorio emerge. Abbiamo verificato che questo incide positivamente sulla partecipazione, anche in ambito di volontariato: più questa vivacità emerge e meglio i cittadini hanno la possibilità di mettersi in gioco. Nel nostro territorio abbiamo avuto in questo periodo una serie di coincidenze "sfortunate" e voglio

citare un altro esempio: c'è un'altra realtà che raggruppa una serie di Cooperative e che gestisce uno spazio pubblico in un giardino. Di fronte alle difficoltà ha attuato una chiusura, evidenziando una criticità su cui ora stiamo lavorando, ma da queste criticità emerge tutta la positività della reazione di un territorio che dice: "Vediamo cosa si può fare". La sfida che noi abbiamo accettato adesso è quella di tirar fuori disponibilità dalle tastiere di Facebook e dei social network, per portarle nel mondo reale, perché quella città si possa esprimere anche sul nostro territorio. Per questo riteniamo che appuntamenti come quello di oggi debbano diventare fondamentali per dare informazioni alla cittadinanza, ma costituiscono pure una grandissima opportunità di conoscenza per chi opera sul territorio e sono fondamentali per attivare sinergie.

MUNICIPIO 4 – Assessore Laura Schiaffino

Io porto i saluti del Presidente e di tutto il Municipio 4 per confermare in questo convegno a tutti i presenti e alla Fondazione Luvi che ha organizzato



questo momento con tanta determinazione che il percorso avviato, interessa moltissimo al Municipio. Siamo convinti che sia necessario



arrivare a una sempre maggiore integrazione tra le politiche socio-sanitarie quelli socio-assistenziali, per una migliore risposta ai bisogni che noi vediamo sul territorio. Questo obiettivamente potrebbe avvenire senza

aggiunta di risorse ma semplicemente valorizzando e mettendo a sistema tutto ciò che c'è già nei territori quindi il mio intervento qui è solamente per stringere un'alleanza. A noi interessa come comunità locale come rappresentanti politici della comunità locale che questo processo si realizzi nel modo migliore valorizzando tutte le realtà che già operano e così impedendo e riducendo i vuoti che necessariamente in alcuni casi si realizzano auguro quindi a tutti buon lavoro e che questo sia l'inizio di un percorso positivo





Regione Lombardia

REGIONE LOMBARDIA - Assessore al WELFARE Giulio Galleria



È un piacere essere qui e ringrazio gli organizzatori di Fondazione LuVI per un convegno importante, un momento di riflessione utile che forse a Milano stiamo facendo con meno intensità rispetto ad altri luoghi della nostra regione, ma che invece è assolutamente strategico. E che peraltro ci consente di evidenziare le tante cose che stiamo mettendo in campo perché il tema della fragilità e il tema della cronicità sono i grandi temi di questo scorcio di secolo. Tutti ci stiamo interrogando e stiamo ragionando su come essere più efficaci nella capacità di fornire servizi socio-sanitari, aiuti concreti ai malati cronici e alle persone fragili, cioè a coloro che utilizzano maggiormente i nostri servizi, che hanno più bisogno di assistenza. Il nostro sistema si è sviluppato in una prospettiva cosiddetta “ospedalocentrica” e cioè in cui le attività di assistenza erano dal punto di vista sanitario fortemente concentrate sull’acuzie e sull’ospedale, lasciando il tema della cronicità e quindi della fragilità sulle spalle da un lato delle amministrazioni locali, con continue riduzioni anche delle risorse di budget a disposizione, e dall’altro della medicina del territorio. Saluto il presidente dell’Ordine, l’amico Rossi che evidentemente continua a vivere un aggravio di attività e di impegni e proprio perché i bisogni e le richieste sono crescenti. Tutto questo sta portando a una situazione di difficoltà. Diciamo che l’equilibrio è estremamente precario oggi e non riusciamo complessivamente a dare una risposta soddisfacente. Inoltre abbiamo anche un problema di inappropriatazza, di dispersione delle risorse che non ci consente di essere efficaci e esaustivi nella risposta ai bisogni, che sono sempre di più. Tutti, come vi dicevo, ci stiamo interrogando su cosa fare. Regione Lombardia ha provato a mettere in campo un modello di presa in carico, ha introdotto e ha realizzato nel 2015 una legge che introduce la logica di passare dalla “cura” al “prendersi cura” mettendo al centro il tema della cronicità che è fragilità e della presa in carico complessiva, in un percorso che non si sviluppa esclusivamente all’interno del momento acuto del bisogno del paziente (quindi all’interno dell’ospedale) o è un intervento episodico, ma che deve assolutamente vedere un accompagnamento costante, un’integrazione tra i vari soggetti. Accompagnamento e integrazione sono le due parole d’ordine di quello che stiamo facendo e di quello che stiamo mettendo in campo e quindi abbiamo chiamato, abbiamo individuato soggetti sia per la parte sanitaria che per quella socio-sanitaria. Io sono il primo Assessore al Welfare di Regione Lombardia: abbiamo unito sanitario e socio-sanitario perché alla fine i bisogni erano assolutamente complementari, dove finiva uno iniziava l’altro e avere questa dicotomia non era utile a rendere sistemica (quindi più efficace) la presa in carico. Abbiamo così creato l’Assessorato al Welfare, dopodiché abbiamo chiamato i vari soggetti del sistema sanitario a una nuova sfida e cioè a candidarsi ad essere gestori della presa in carico, ad assumersi la responsabilità e l’impegno di un accompagnamento continuo del paziente cronico, un accompagnamento che avviene, dati alla mano, soprattutto fuori dall’ospedale. L’ospedale è uno dei tanti luoghi in cui in qualche modo si offrono servizi, ma non è neanche quello

preponderante, perché il paziente cronico ha dei bisogni che sono molto diversi, sono ripetuti nel tempo: esami, verifica della correttezza farmacologica Il paziente fragile ha, evidentemente, bisogni che vanno al di là delle necessità di carattere sanitario e quindi c'è tutto un universo di attività e questo, l'individuare in parte i bisogni e svolgere l'attività di gestore porta chi manifesta la propria volontà di essere protagonista di questa sfida, nella necessità di costruire una filiera, una rete. Perché quando si ha la responsabilità della presa in carico non si ha la responsabilità esclusivamente per ciò che sono le proprie attività. No: se ti candidi a gestore della presa in carico hai una responsabilità complessiva rispetto all'intero percorso e quindi devi costruire delle convenzioni, devi costruire una rete con altri soggetti, occuparti di accompagnare il Paziente attraverso l'intero percorso. In quest'ottica un ruolo fondamentale spetta alla Medicina del Territorio e nella nostra riforma diamo grande spazio per offrire strumenti e opportunità una medicina il territorio che deve essere strategica, perché effettivamente conosce meglio il paziente. Ma stiamo lavorando e siamo molto contenti della grande risposta che stiamo avendo con tutto il mondo socio sanitario, che con grande entusiasmo si è candidato a essere protagonista di questa fase, perché sono coloro che più di tutti finora hanno lavorato sul campo e hanno un po' vissuto la difficoltà di non riuscire a essere in rete, molte volte la frustrazione di non dare una risposta appropriata ai fragili che in qualche modo servivano.

Ecco che quindi abbiamo costruito un modello. Questo modello da qui alle prossime settimane diventerà realtà per tutti i cittadini perché a fine mese vengono definite le idoneità dei soggetti e cioè indichiamo quei soggetti che abbiamo ritenuto idonei perché sono stati in grado di mettere in fila e di costruire tutta quella filiera che dà le risposte necessarie alle singole cronicità e fragilità. Inizieremo quindi a inviare delle lettere a casa al cittadino dicendo: "Guarda che da oggi non sei più in qualche modo solo complessivamente nella gestione del tuo bisogno, ma abbiamo costruito un sistema in cui tutti i soggetti sono attivati per darti una risposta che sia una risposta complessiva". E' chiaro che noi dal punto di vista sanitario grazie a l'insieme delle strutture che abbiamo, grazie anche all'eccellenza, ai flussi di dati della Regione Lombardia, siamo in grado di mettere in campo una risposta che riteniamo sia realmente efficace, sappiamo realmente quali sono i bisogni dal punto di vista sanitario. Il socio-sanitario è invece un aspetto che dobbiamo ancora approfondire perché è evidente che un ragazzo con disabilità o un anziano con la demenza hanno un bisogno che è sanitario, ma anche un bisogno più ampio. E allora se io devo dire ad un gestore: "Tu devi occuparti complessivamente di tutti i bisogni reali", è necessario individuare quali sono questi bisogni e allora quel pezzo di strada, il modello reale che garantirà questa presa in carico, questo accompagnamento, quei contenuti li dobbiamo scrivere diciamo nel 2018 insieme. Evidentemente i bisogni li conosciamo, ma vorremmo partire sulla parte delle fragilità con sperimentazioni sull'intero territorio regionale che ci consentano di definire in maniera precisa e puntuale per ogni singola fragilità, accanto ai bisogni sanitari quelli di carattere sociale e socio sanitario. Una volta definiti questi dovremo individuare e selezionare dei gestori prioritari rispetto ad altri. Così come sui cronici di livello monopatologico abbiamo detto e



sottolineato che c'è una priorità del Medico di Medicina Generale perché è la persona che meglio conosce la condizione clinico-sanitaria del paziente, probabilmente sulle gravi fragilità potranno essere Gestori alcune Strutture socio sanitarie con maggiore competenze e risorse e quindi al cittadino daremo l'indicazione di quella realtà. Ci sono risorse che Regione Lombardia mette in campo per sostenere e supportare l'attività di carattere organizzativo e gestionale, cioè l'attività pratica della presa in carico e nella costruzione di questa filiera evidentemente i Comuni hanno un ruolo fondamentale. Perché nel momento in cui noi andiamo a costruire un percorso che è sul territorio e che arriva al domicilio del paziente, è facile registrare ad es. una fragilità di carattere economico, una fragilità di carattere sociale e culturale della persona. Allora chi fa l'ADI e si attiva per quelli che sono i bisogni sanitari dell'anziano, evidentemente può controllare se ci sono dei bambini che non vanno a scuola, che non mangiano, se c'è una famiglia che non sa come arrivare a fine mese o quant'altro. E in questo il ruolo del Comune è evidentemente strategico perché ci aiutiamo senza che il Comune abbia bisogno di ricompiere tutto il percorso, ma in un ruolo estremamente sinergico. Questo è un passaggio che evidentemente va costruito, consolidato nella attuazione pratica. Per la prima volta la Regione Lombardia e il Sistema Regionale Lombardo con le rilevanti risorse che hanno, si mettono a lavorare in sinergia con le altre Istituzioni. Le risorse non sono indirizzate esclusivamente sull'ospedale, ma sono assegnate in maniera altrettanto rilevante sul territorio e quindi quando riusciremo (non so quando: nei prossimi mesi nei prossimi anni ...), quando metteremo a regime questa riforma voi capirete che diventerà naturale, lavorare insieme ai Servizi sociali del Comune e ai Servizi delle Organizzazioni non profit e di Volontariato: ognuno



rispetta la sua parte ma in un lavoro congiunto e coordinato a dare una risposta che sia una risposta realmente completa. Noi ci siamo messi quindi in cammino, abbiamo sentito su di noi la necessità di non concentrare le nostre attività sulle acuzie, sul momento acuto del bisogno di carattere sanitario, che rimane assolutamente alla nostra attenzione, non si riduce, ma di provare a dare una risposta vera a quelli che sono oggi i bisogni preponderanti che sono quelli di questa nuova tipologia di Persone che sono i Cronici, che ormai grazie anche all'età che avanza sono fragili e sempre

più diventano cronici fragili e quindi provare a mettere in campo un modello che consentirà a tutti gli uomini di buona volontà che non sono solo in questa aula, ma fortunatamente sono molto numerosi nella nostra regione, disposti a lavorare in maniera congiunta per finalmente dare una risposta di ancora maggiore qualità e intensità.

COMUNE DI MILANO – Assessore alle Politiche Sociali - Pier Francesco Majorino



Io credo che sia molto interessante la riflessione che sviluppate, quella per la verità che ci ha



accompagnato in diversi ambiti in questi mesi e anni, una riflessione io credo non conclusa e un tema non esaurito e cioè: come riusciamo a rafforzare un progetto comune, al di là delle istituzioni e degli attori che si mettono in campo per la promozione della persona, che deve venire prima della organizzazione, la quale deve essere poi funzionale rispetto ai servizi. In questo quadro credo che sia indispensabile interloquire tra istituzioni differenti in questo territorio e proprio sviluppare progressivamente il massimo della condivisione tra l'ambito sanitario, l'ambito socio assistenziale e l'ambito sociale. Confesso di non aver ben capito perché Regione Lombardia non abbia

mantenuto in piedi un altro Assessorato oltre a quello rappresentato autorevolmente da Giulio Gallera cioè quello riguardante il sostegno al reddito: tutti i rappresentanti degli Enti locali sanno di cosa sto parlando ma penso che la strada debba essere questa, cioè lavorare e condividere assieme un processo tra le Istituzioni proprio perché al centro stia la Persona. Fuori dagli slogan vuol dire affrontare nodi molto concreti, pensare intanto al fatto che vanno rafforzati i servizi sul territorio: consultori, servizi riguardanti le dipendenze. Vien da dirlo qui in questo luogo straordinariamente importante sul tema della Salute mentale e del disagio psichico proprio perché condivido l'impostazione a cui Giulio faceva riferimento prima e cioè condivido il fatto che vi sono poi tematiche abbastanza inattese nel momento in cui ti occupi di cura della Persona, che precipitano nel nucleo familiare. Proprio per questo se pensiamo ad esempio che intercettando un bisogno di assistenza al domicilio della persona fragile scopriamo un mondo di fragilità e vulnerabilità nel nucleo familiare, dobbiamo far sì che poi i servizi siano in grado di comprenderlo e di sostenerlo, perché se poi non abbiamo un consultorio familiare pubblico che funziona adeguatamente, in questa città hai voglia a dire dell'integrazione tra sociale e socio sanitario e sanitario e credo che questo non debba essere un elemento polemico tra le istituzioni, ma debba essere un obiettivo di lavoro di squadra perché la squadra deve essere una e deve essere quella che poi affronta temi scoperti oggi. Penso alla questione della continuità assistenziale. Proprio pochi mesi fa ci siamo trovati purtroppo a commentare vicende piuttosto importanti e gravi in relazione ad esempio a decessi di persone particolarmente povere, che finivano il loro percorso di cura in un ospedale da dove venivano dimessi alla conclusione di quel momento di cura che era stato ovviamente affrontato con tutta l'adeguatezza del caso in relazione alla patologia presente; dopo la dimissione, tornavano nella loro casa senza alcun tipo di accordo con tutti noi che stiamo sul territorio, in una



situazione di totale solitudine e dopo pochi mesi le scoprivamo a casa, in qualche caso addirittura deceduti a seguito del fatto che dopo il percorso di cura sanitaria non aveva avuto seguito un percorso di aggancio con i diversi attori, pubblici o privati della assistenza sociale. Io credo che su questo piano dobbiamo essere tutti quanti un po' più decisi, perché in questi anni abbiamo avuto una straordinaria mole di esperienze positive nell'ambito dell'assistenza domiciliare, dell'assistenza familiare e via di questo passo, ma non sempre siamo stati attenti sul piano contrattuale o formativo a garantire il potenziamento della figura dell'operatore. Proprio se noi pensiamo al fatto che ciascuno diventa un po' un attore di una rete e quindi chi va al domicilio svolge una funzione relevantissima: non è solo l'erogatore di una prestazione rispetto alla persona in relazione alle ore che passa con essa, ma deve saper mettere in campo risorse presenti sul territorio, che fanno riferimento a diversi percorsi di trattamento e accompagnamento. Dobbiamo garantire il fatto che quell'operatrice o quell'operatore sia adeguatamente retribuito e formato, proprio in relazione al ruolo strategico che sa svolgere. Questo tema di contrastare il processo di precarizzazione dell'operatore sociale non è una questione sindacale, è una questione, io credo, che riguarda la capacità di rendere più efficace il lavoro di tutti, è un tema di cui discutiamo in realtà molto poco, nel senso che tendiamo a rimuovere questo problema per concentrarci sugli aspetti organizzativi macro ma che credo oggi lo condizioni, cioè che condizioni gli aspetti organizzativi generali proprio perché abbiamo bisogno di attori sul territorio che sanno stare all'altezza di questa sfida, laddove per l'appunto l'ospedale non è l'unica soluzione, ma deve vedere poi un'integrazione con i servizi territoriali. I Servizi territoriali a loro volta non devono essere autoreferenziali ma devono misurarsi con la ricchezza rappresentata dal terzo settore, e via di questo passo. Questo lo voglio proporre, fuori da tutte le considerazioni di carattere generale che si facevano prima e che condivido. Come ulteriore elemento di approfondimento e riflessione credo che proprio in un territorio come questo, comunque più avanti di molti altri rispetto alla quantità di offerta, rispetto anche ai tentativi di innovazione e via di questo passo, dobbiamo aprire tra noi un discorso pubblico su come rafforzare i processi di qualificazione del lavoro nell'ambito delle prestazioni socio assistenziali, in un'ottica di continuità. Altra cosa, e chiudo, io credo che dobbiamo essere ancora più efficaci rispetto a quanto siamo stati fin qui nel presentarci insieme al cittadino. Con l'esperienza di We-Mi noi abbiamo fatto una prima, sicuramente non conclusa, esperienza di razionalizzazione dell'offerta. Mettere in un portale e progressivamente farci condizionare anche in relazione a gare e offerta di servizi: da questo punto di vista tutti i servizi presenti ad esempio nell'area dell'assistenza domiciliare o dell'assistenza familiare rispetto a cui il Comune si fa garante. Dice al cittadino: qui trovi una risposta al tuo bisogno. Questo tipo di progettualità non ve la propongo come un'azione di semplice comunicazione, ma come un sistema che deve sempre di più orientare, nell'ambito ovviamente della libertà di scelta, le milanesi e i milanesi a poter sapere di cosa disporre rispetto a una qualità della prestazione socio assistenziale. Quindi: integrazione massima tra di noi, saper fare squadra, rilanciare il tema della medicina territoriale, riqualificare l'operatore ed essere un sistema capace di orientare la domanda in modo più efficace. Questi sono punti che vi propongo per la riflessione.



MUNICIPIO 6 – Presidente Santo Minniti



Siamo ovviamente felici di aver contribuito alla realizzazione di questa iniziativa come Municipi e diciamo che noi sul territorio sulla costruzione di reti lavoriamo ogni giorno. Devo dire che la costruzione di reti è una cosa in cui crediamo molto, ma siamo consci del fatto che gli operatori territoriali sono, lo sperimentiamo ogni giorno, degli straordinari moltiplicatori di risorse: riescono a fare con poche risorse qualcosa di straordinario per i nostri cittadini. Io faccio solo una considerazione veloce su questo: bene l'efficienza del sistema, bene pensare di affrontare delle tematiche come quelle delle cronicità su cui forse sicuramente si può fare di più e che probabilmente sono la tematica reale del futuro rispetto agli aspetti sanitari, c'è da tenere bene in mente una questione: qualsiasi sistema per quanto efficiente funziona se viene alimentato con le risorse necessarie. L'auspicio che facciamo come territorio è che questa riforma, questo progetto di riforma, che nei principi ci vede assolutamente d'accordo, sia capace di mantenere o se possibile aumentare le risorse inserendole in questo ciclo, perché siamo convinti che gli operatori del territorio con queste risorse in collaborazione con i professionisti della sanità già presenti possano davvero portare un valore aggiunto per cui una nota da attenzione se posso portarla è questa: non diminuiscano le risorse e aumenti l'efficienza.





MUNICIPIO 7 – Presidente Marco Bestetti

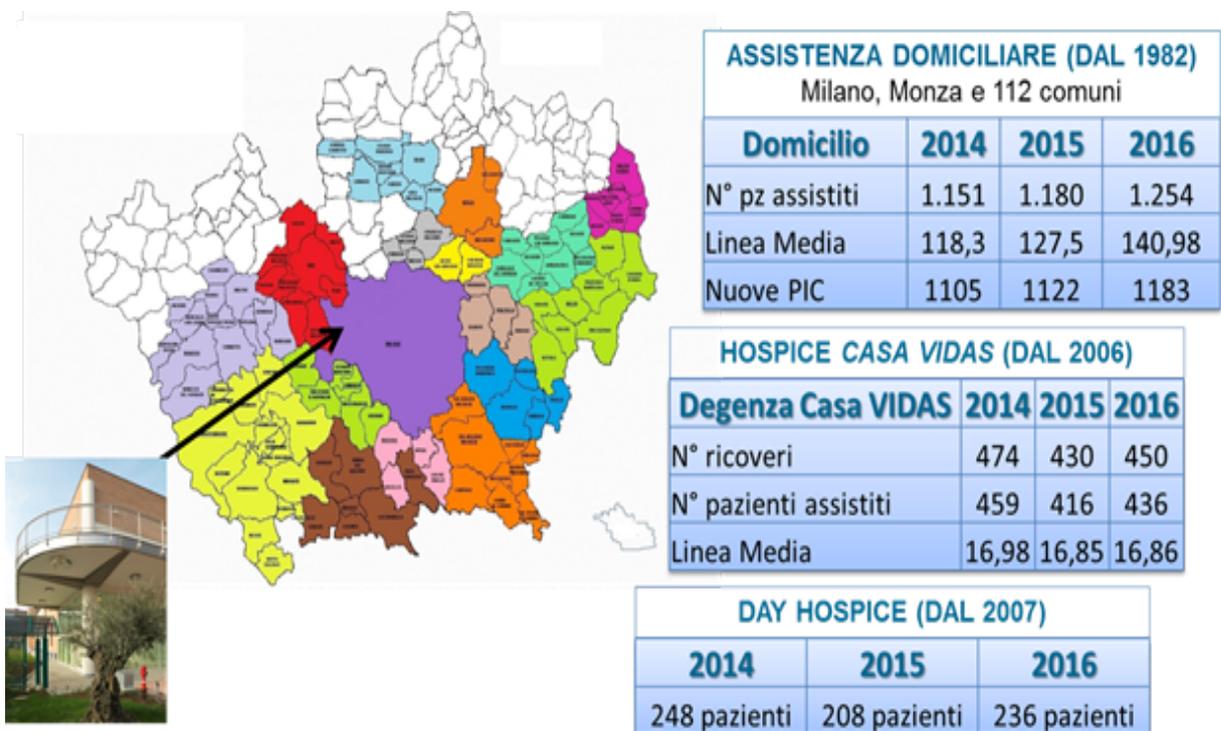


Grazie buongiorno a tutti ma io faccio davvero un saluto brevissimo. Saluto l'assessore Majorino, l'Assessore Gallera, i miei colleghi e tutti voi presenti nel senso che quello che sta accadendo oggi con questo convegno è la messa, diciamo in vetrina, di questa rete straordinaria di realtà che esistono sul territorio per le quali secondo me il compito della politica e delle istituzioni, e qui uso un paradosso, è di infilarsi un po' meno nella rete e anche di fare un passo indietro. Tante volte lo vediamo su molti aspetti: la politica o le istituzioni con l'obiettivo di facilitare la messa a rete delle buone pratiche quando iniziano a regolamentare qualcosa per ottenere gli obiettivi positivi rischiano di fare dei danni, perché imbrigliano le realtà sul territorio in ulteriore burocrazia. Io penso invece che la sfida che l'assessore Gallera e l'assessore Maiorino stanno bene interpretando con la nuova riforma della sanità sia proprio quella di portare al livello territoriale, più prossimo ai cittadini: una serie di servizi, di attenzioni e di funzioni che ci si aspetta siano facilmente accessibili alle Persone fragili. Ho letto la Guida ai tavoli dello spazio espositivo che ci avete preparato e che racconta quello che ogni realtà che ha dato vita a questo incontro, a questa rete, rappresenta ed è un valore aggiunto che ognuno di noi deve potere riconoscere. Le realtà che si occupano di Persone fragili sul territorio sono per fortuna tante a Milano, sono di grande qualità ed è un orgoglio che da Milanese e da Lombardo mi sento di sottolineare. Ne approfitto per dire che quello che Fondazione Lu.V.I. sta facendo, per esempio a Cascina Brandezzata, è qualcosa di meraviglioso: è stato recuperato alla città un luogo che era un non luogo abbandonato che è stato trasformato in un Luogo di Vita e di Incontro della Comunità. La mia ambizione, come Presidente, e ne abbiamo già parlato, è che ci sia una Cascina Brandezzata in ogni Municipio perché ciò che ha valore nella nostra città deve essere moltiplicato, riprodotto e sviluppato. Se ci fosse la possibilità: Municipio 7 si offre come prossimo Municipio per ospitare **Cascina Brandezzata due.**



VIDAS – Direttore Sanitario Giada Lonati

Grazie per questo invito e grazie per l'ospitalità. Io parlerò dell'Associazione che è un'Associazione storica che opera nel territorio di Milano e in cui io svolgo la funzione prima di tutto di Medico e poi di Direttore socio sanitario. Nella seguente figura quelli colorati sono i territori coperti dalla nostra Associazione, quindi sicuramente tutta Milano e gran parte della provincia oltre a una parte del



territorio di Monza.

La nostra attività continua a crescere e si articola in tre livelli di assistenza:

- **A DOMICILIO**
- **HOSPICE**
- **DAY HOSPICE**

DOMICILIO

È il percorso privilegiato di cure palliative perché il malato possa continuare a vivere tra i propri ricordi e affetti senza essere privato del servizio di cure gratuite che garantisce:

- regolari e qualificate visite al malato da parte dell'equipe sociosanitaria, con reperibilità telefonica 24 ore al giorno, festivi compresi;
- tempestivo aggiornamento della cartella clinica informatizzata con scambio in tempo reale delle informazioni sulle condizioni cliniche e psicologiche del paziente;
- assistenza sociale assicurata durante tutta la malattia in particolare nel caso di delicate situazioni familiari e ambientali, nonché per il disbrigo di complesse pratiche burocratiche;
- sostegno psicologico al malato e ai familiari, che prosegue anche nel lutto;
- presenza dei volontari, sostegno relazionale per il malato e sollievo per i familiari;
- fornitura e trasporto, sempre gratuito, di ausili e supporti alla mobilità residua, di farmaci e materiale sanitario.

PAZIENTI ASSISTITI

2016 2015 2014



1.254 1.180 1.151

GIORNATE DI ASSISTENZA

2016 2015 2014



51.600 46.545 43.185

A oggi, nel 2017, abbiamo a domicilio 160 malati che assistiamo contemporaneamente ogni giorno.

HOSPICE

Nel 2016 l'hospice ha compiuto 10 anni di attività: i primi pazienti hanno fatto il loro ingresso in *Casa Vidas* il 21 luglio 2006. Oltre 4.500 i malati assistiti in un decennio.

Ricovero protetto per quei malati che presentano:

- quadri clinici di difficile gestione domiciliare;
- situazioni socioambientali critiche;
- contesti di solitudine estrema;
- necessità di un "solievo" temporaneo del familiare che si occupa dell'assistenza.

La struttura assicura gratuitamente:

- ricovero in una delle 20 stanze singole con servizi privati e poltrona letto per l'accoglienza e ospitalità di un parente anche notturna;
- assistenza continuativa di cure palliative offerta dall'équipe sanitaria e verificata nelle 3 riunioni giornaliere tra gli operatori;
- sostegno psicologico e di assistenza sociale;
- supporto relazionale dei volontari;

- possibilità di far visita ai malati senza limiti di orario;
- attività diversionali quali pet therapy e intrattenimento musicale;
- spazi di socializzazione come la zona pranzo/living, la biblioteca e il terrazzo.

PAZIENTI ASSISTITI

2016 2015 2014



GIORNATE DI ASSISTENZA

2016 2015 2014



Abbiamo un Hospice con 20 posti letto che si trova nel Municipio 7. Ha ospitato in questi anni numerosi pazienti.

Vidas è un'Associazione che nasce dal pensiero di questa donna straordinaria, Giovanna Cavazzoni, che non era una sanitaria e aveva capito con molta chiarezza che si arriva a morire spesso attraversando un problema che si chiama malattia ma che si muore prima di tutto essendo, restando Uomini e Donne all'interno di un contesto familiare e che l'assistenza ai malati nella fase finale della vita, che sono i malati di cui ci occupiamo noi, quindi di una fragilità estrema molto particolare, richiede una presa in carico a 360°, una presa in carico d'équipe. Non è un caso che per noi ancora oggi i colloqui di presa in carico vengano fatti dagli Assistenti Sociali perché appunto, e ne hanno parlato persone ben più titolate di me, quando si incontra un malato si incontra spesso una fragilità che non è solo clinica e la famiglia svolge un ruolo fondamentale. Vidas accanto all'assistenza eroga formazione perché è fondamentale l'aspetto di crescita culturale perché c'è un arretratezza culturale che ci fa ancora fare una confusione bestiale su aspetti molto diversi. I malati hanno diritto alla sedazione possono essere accompagnati: la sedazione tanto per fare chiarezza non ha niente a che vedere con l'eutanasia, per esempio. Esiste un diritto a dire che cosa si vuole, non si può essere obbligati a nessun trattamento per farne un altro. Ecco questa è una crescita culturale di cui noi ci sentiamo di dover essere promotori. Prima di andarsene - la Signora è morta in hospice il 20 maggio del 2016, sapendo che cosa stava succedendo - ha fatto due cose straordinarie: ha progettato il futuro. Quella Casa Sollievo bimbi che stiamo costruendo cresce piano piano di fianco all'Hospice per gli adulti e sarà una casa che accoglierà i bambini, i minori sofferenti, i minori gravemente malati e le loro famiglie e ha affidato il suo Vidas come una buona madre a una persona molto in gamba che il nostro presidente attuale, il dottor Ferruccio De Bortoli. Che cosa facciamo noi? Continuiamo a fare assistenza a casa perché pensiamo che la casa sia il posto migliore in cui stare. La riforma delle cure palliative lo imporrà a tutti, noi lo facciamo da sempre: dall'82 garantiamo la reperibilità medica e infermieristica h24, 365 giorni l'anno, perché quando si è gravemente malati si può avere bisogno sempre. Lo facciamo articolando l'assistenza attraverso il



coinvolgimento di tutte le figure professionali che possono essere necessarie. Quindi, oltre al medico e all'infermiere, coinvolgiamo le tante figure di supporto che possono aiutare nell'igiene o nella mobilitazione, gli psicologi e naturalmente i volontari perché noi restiamo un'associazione di volontariato. Poi la riforma del terzo settore ci cambierà probabilmente nome e diventeremo un "ente del terzo settore". Ma questo di fatto siamo: un'associazione di volontariato. Nella foto a fianco vedete l'ultima realtà che è nata: quella delle cure palliative pediatriche domiciliari. Da un paio d'anni abbiamo un'équipe che accompagna i bambini gravemente malati, tentando di lasciarli stare a casa nei loro affetti e nelle loro

relazioni fino alla fine. L'hospice non è una casa: per quanto sia un posto bello non è una casa, la casa è un posto diverso. Però ci sono delle situazioni particolari: si è parlato spesso già in questa mattinata della fragilità sociale che accompagna la fragilità clinica. Allora i problemi spesso non sono

solo clinici, né sono sempre legati alla gravità della malattia. Capita che in presenza di una rete sociale inesistente o fragile o complicata o che si trova a gestire tanti altri problemi si renda necessario il ricovero in struttura. Qualche volta è un ricovero di sollievo, un ricovero di controllo sintomi, molte volte invece ci troviamo ad accompagnare nell'ultimo tratto della loro vita le persone



e i familiari. Abbiamo 20 camere singole in cui può essere ospitato anche un familiare. Quando sono bambini ci siamo trovati ad ospitare anche entrambi i genitori perché è inevitabile che una famiglia non si possa rompere in questo momento così fragile. Accanto al sostegno clinico-assistenziale naturalmente c'è un supporto psicologico e relazionale e naturalmente anche tanto affetto che si esprime in tanti modi diversi. Questo per esempio è il momento della Pet Therapy.

Poi ci siamo accorti che alcuni malati hanno ancora autonomia sufficiente a recarsi per esempio fuori dalle loro case, ma hanno perso la capacità di lavorare, sono malati che rischiano di perdere il loro ruolo sociale e relazionale anzitempo. Abbiamo deciso di proporre loro uno spazio ambulatoriale, che piano piano si è trasformato. Così, accanto allo spazio ambulatoriale, si è realizzato quello che noi chiamiamo Long Day: di fatto un ciclo diurno gestito integralmente dai volontari e da una terapeuta occupazionale in cui malati (e i familiari qualche volta) possono rascorrere intere giornate, sostenendosi vicendevolmente e recuperando una rete relazionale sociale. Noi ci dicevamo: poi questi malati peggioreranno, qualcuno non riuscirà più ad essere presente, bisognerà gestire il lutto... Ma con nostro grande stupore abbiamo invece scoperto la capacità di queste persone di fare rete, di sostenersi vicendevolmente. Nelle foto alcune delle attività che vengono svolte: l'accoglienza-caffè, i pazienti che arrivano in ambulatorio e poi alcuni momenti ludici e creativi. Ecco, per esempio: abbiamo scoperto che fare da mangiare insieme è importante anche quando non si può mangiare. Perché alcuni malati in realtà poi si nutrono attraverso altre vie o mangiano pochissimo, però abbiamo verificato che si divertono moltissimo a realizzare dei piatti che poi magari mangiano i volontari



DAY-HOSPICE

In Vidas l'ultimo nato dopo Domicilio e Hospice è il Day-Hospice, uno spazio ambulatoriale in cui vengono svolte attività diurne.

Dedicato a pazienti ancora parzialmente autonomi che possono recarsi in *Casa Vidas* o esservi accompagnati dai volontari con un pulmino Vidas.

SERVIZI IN DAY HOSPICE:

- prestazioni diagnostico-terapeutiche e assistenziali (rialutazione clinica, consulenza per la Terapia del Dolore, medicazioni complesse, trasfusioni, infusioni parenterali, fisioterapia);
- supporto psicologico;
- assistenza sociale;
- attività diversionali in attesa delle visite.

IL LONG DAY, gestito da volontari guidati da una terapeuta occupazionale, integra ed estende l'orario del day hospice allo scopo di:

- offrire uno spazio protetto ai malati con attività diversionali pensate per condividere momenti di svago, dialogo e creatività attraverso lavori manuali, arteterapia, musicoterapia, cucina, lavoro a maglia, giochi, piccole escursioni, cura del verde, riflessioni sull'attualità e la cultura;
- sollevare per qualche ora i familiari, spesso stressati dall'assistenza continuativa al loro congiunto.

PAZIENTI ASSISTITI

2016 2015 2014



114

114

123

GIORNATE DI ASSISTENZA

2016 2015 2014



11.654

10.898

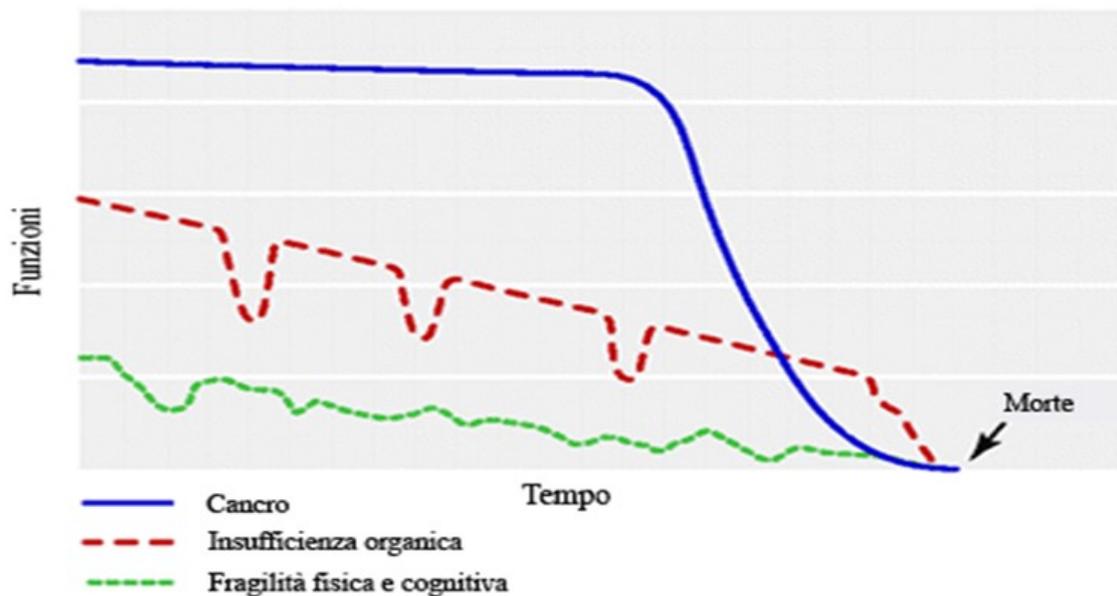
10.512

Accanto a queste attività, continuiamo a fare supporto al lutto e consulenza per la terapia del dolore oncologico anche se la consulenza è proprio un'attività di volontariato totale perché non è in alcun modo riconosciuta.

- **Assistenza al lutto**
con sostegno psicologico per i familiari, servizio esteso anche a chi non ha ricevuto assistenza Vidas. Articolata l'offerta: dalle **"Cene del ricordo"** organizzate una volta al mese in *Casa Vidas* ai **colloqui clinici individuali** che le psicologhe di Vidas offrono gratuitamente, dall'orientamento verso **gruppi di auto-mutuo aiuto** sul territorio lombardo alla **consulenza on-line** di Vidas.
- **Consulenza medica gratuita per la Terapia del dolore oncologico**, con intervento del medico Vidas al domicilio di pazienti allettati o in day hospice.
- **Segretariato sociale** svolto dall'Unità Valutativa che risponde a richieste di informazione e orientamento sui servizi attivi per i malati terminali. Interviene anche in situazioni di grave disagio sociale attraverso il progetto Social in House.



Sempre di più la terminalità che ci troviamo a seguire è una terminalità che riguarda patologie diverse da quella oncologica. Lo voglio evidenziare perché nel sentire comune le cure palliative sono legate al tumore. Ma non soltanto di tumore si muore e sempre di più dovremo accompagnare le



persone con malattie croniche diverse dal tumore.

Nell'immagine sopra riportata la linea blu è quella che caratterizza il malato oncologico che a un certo punto, dopo una situazione di relativa stabilità, può avere una discesa più o meno rapida; la linea rossa descrive invece il paziente che ha un'insufficienza d'organo. Pensate, ad es., al paziente con grave bronchite cronica o insufficienza respiratoria, che può avere dei momenti di caduta e di recupero, però ogni volta è difficile capire se quella incisione della linea rossa sarà quella definitiva o no, per cui è fondamentale, per evitare per esempio ricoveri impropri, che esista una rete di cura domiciliare che in qualche modo sostenga questi malati al loro domicilio. La linea verde descrive invece la fragilità fisica e cognitiva, il quadro delle demenze per intenderci. Questo decadimento protratto nel tempo e irregolare mette a durissima prova qualche volta i malati e senz'altro sempre le famiglie, perché si articola in percorsi che a volte durano anni.

Chi ha bisogno di cure palliative? La risposta è: tante persone. Queste cure andranno declinate e la riforma regionale delle cure palliative dovrebbe aiutare in questa direzione. Andranno declinate come intensità assistenziale sulla base della complessità dei malati, ma ci sarà sempre più bisogno di cure palliative e sempre più anche per pazienti non oncologici.



Da oltre un decennio assistiamo anche malati inguaribili non oncologici, il cui numero è in costante crescita.

Nel 2016 sono stati il 7% del totale dei pazienti, con le patologie indicate nella figura accanto.

Di seguito le indicazioni per contattare VIDAS

Facciamo colloqui di presa in carico tutti i giorni senza appuntamento, perché pensiamo che ci siano situazioni che non possono aspettare. Adesso la norma ci impone una presa in carico a brevissimo giro (entro 48 ore) ma tutto sommato questa indicazione non ci sorprende perché la signora Cavazzoni l'aveva capito prima che la norma regionale ce lo imponesse: se hanno bisogno i malati qualche volta hanno bisogno subito.

HAI BISOGNO DI VIDAS?

Richiedi un colloquio con l'Unità Valutativa



HOSPICE CASA VIDAS

Via Ogetti 66, 20151 Milano
Orari di apertura: ogni giorno dalle 9 alle 19
Tel: 02.300.808.1 – fax: 02.300.808.315 – e-mail: accoglienza@vidas.it

ANDREA MIOTTI – Municipio 5 - Tavolo territoriale¹

Parlerò del lavoro sul territorio che insieme a tante altre organizzazioni stiamo facendo da diversi anni. Questo lavoro nasce nel 2008 nel territorio del Municipio V, dove c'è un'altissima concentrazione di organizzazioni del terzo quarto settore. Parlo di terzo e quarto settore nell'accezione "milanese": il terzo settore sono gli enti gestori mentre il quarto settore sono le realtà di volontariato. La concentrazione maggiore di queste organizzazioni è, nella zona 5,



lungo l'asse di via dei Missaglia.

La nostra è un'esperienza di coesione, un punto di riferimento per il territorio, nata soprattutto per affrontare alcune criticità sociali. Poi c'è stata un'evoluzione degli obiettivi.



Al Tavolo territoriale partecipano esponenti tanto della maggioranza come dell'opposizione. Dal 2008 in poi questo nostro lavoro è continuato attraverso consiliature di diverso orientamento politico e lo spirito di collaborazione è molto forte. Sono presenti anche referenti di 7 uffici settoriali del Comune di Milano mentre purtroppo abbiamo un solo referente dell' ATS Milano e all'ultima riunione ha partecipato un Referente dell'ASST.

OBIETTIVI

- Migliorare la lettura dei bisogni
- Stimolare il terzo e quarto settore
- Creare una dimensione di reale collaborazione
- Avvicinare gli operatori del terzo e quarto settore alle istituzioni
- Favorire il coordinamento anziché la competizione
- Progettare e realizzare risposte ai bisogni del territorio attraverso progetti "di sistema"

Nel tempo siamo passati dalla dimensione del confronto a quella dell'operatività. In questo modo possiamo moltiplicare le opportunità per i cittadini, creando una dimensione di leale collaborazione tra pubblico e privato. La nostra principale caratteristica è proprio quella di analizzare le problematiche e realizzare risposte concrete ai bisogni .

¹ Questa presentazione prende spunto da una ricerca condotta dal Politecnico di Milano, Dipartimento di Architettura e Studi Urbani (DASTu)

IL TAVOLO

- è un gruppo di lavoro aperto e motivato ad ampliare la rete dei partecipanti
- opera innanzitutto nell'interesse del territorio e dei suoi abitanti
- promuove la coesione cercando di superare i particolarismi
- richiede ai partecipanti tempo ed energie, offrendo opportunità "non scontate"
- è fatto da Persone che insieme hanno avviato e coltivato una "storia comune"

Il mondo del terzo e quarto settore è basato sulla motivazione, che porta a impegnarsi molto nel settore di competenza, ma che a volte porta a sottovalutare gli altri settori. Nell'interesse del territorio si chiede invece a tutti di acquisire un punto di vista più generale, di assumere un atteggiamento più favorevole alla reciproca conoscenza e alla collaborazione. Il compito è impegnativo, ma genera nuove opportunità.

ORGANIZZAZIONE

➤ Incontri plenari

- Convocazione: ogni 30-40 gg (la partecipazione è volontaria)
- Durata: 2-3 ore
- Luogo: presso la sala consiliare "Walter Tobagi" (centro civico viale Tibaldi 41)
- Organizzazione: i coordinatori definiscono un ordine del giorno, che viene condiviso con tutti i partecipanti tramite una mailing-list. Per ogni incontro viene stilato un verbale
- Partecipanti: non tutti i membri partecipano con la stessa assiduità

➤ Gruppi di lavoro tematici:



- Convocazione: ogni 30-40 gg (la partecipazione è volontaria)
- Durata: 2 ore
- Luogo: non sono previsti luoghi istituzionali fissi per gli incontri
- Organizzazione: i coordinatori del gruppo di lavoro prendono accordi con il Presidente della Commissione Politiche Sociali circa l'ordine del giorno, che viene condiviso con tutti i partecipanti tramite una mailing-list. Per ogni incontro viene stilato un verbale. A fine anno i gruppi di lavoro sono tenuti a relazionare sul lavoro svolto
- Partecipanti: da 10 a 25 circa per ogni sotto-tavolo



Il 6 aprile 2017 il Municipio 5 ha formalmente istituito il “Tavolo di lavoro delle politiche sociali”. Il percorso di formalizzazione² si è realizzato in modo democratico e partecipativo. In un contesto più strutturato siamo comunque riusciti a mantenere quelle caratteristiche di agilità e apertura che ci hanno sempre caratterizzato, mentre la scelta di intraprendere questo percorso nasce dalla consapevolezza che il gruppo di lavoro poggia su basi solide e concrete.

Anche per il futuro vogliamo essere molto concreti, attivando gruppi di lavoro permanenti sulle problematiche più importanti

Intendiamo impegnarci in particolare sul tema delle nuove povertà, problema molto diffuso nel territorio del Sud Milano. Presenteremo un documento entro fine anno

Stiamo lavorando alla redazione di una guida della realtà e delle risorse presenti nel Municipio V

Vogliamo continuare una serie di progetti di rete che stiamo sviluppando nel territorio.

Invitiamo inoltre i Referenti ATS e ASST a lavorare con noi per realizzare una vera integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari

PROSSIMI OBIETTIVI

- Contributo del territorio alla stesura del piano di sviluppo del Welfare del Comune di Milano (sarà presentato al Comune di Milano un documento condiviso e approvato dal Municipio 5):
 - Analisi dei bisogni specifici nella loro evoluzione
 - Progettazione di uno o più interventi emblematici
 - Creazione di gruppi di lavoro permanenti sulle problematiche più importanti
- Guida delle realtà e delle risorse sociali del Municipio 5
- Continuità dei progetti di rete già avviati nel territorio
- Potenziamento del coinvolgimento di ATS e ASST

² Riferimenti: legge 328/2000; Regolamento dei Municipi del Comune di Milano

DARIA MAISTRI – Dirigente Area Domiciliarità e Cultura della Salute (Comune di Milano)

Questo Convegno è stato realizzato per porre all'attenzione di Istituzioni, Enti, Operatori, Territorio, i contenuti della riforma regionale relativa al riordino della rete dei servizi per la fragilità e la cronicità: programma molto ambizioso, perché prevede un'elevata complessità gestionale, richiede l'attivazione di una serie di nuovi ruoli, rende necessaria una capacità di costruire interventi integrati e interrelazioni tra competenze e funzioni diverse.



L'attenta lettura degli atti regionali da parte dell'organizzazione comunale ne fa emergere l'esigenza di porsi l'interrogativo di quale impatto potrà avere riguardo alla Comunità locale e di quali azioni mettere in campo.

Per quanto riguarda il Comune di Milano, l'Assessore Majorino ha già espresso quali sono le linee direttrici del quadro dei servizi ed interventi gestiti a livello milanese, centrati sulla lettura dei bisogni del territorio in funzione della centralità e presa in carico complessiva della persona.

Il sistema dei servizi comunali in tema di bisogni sociali, infatti, negli ultimi anni è stato riformato secondo gli obiettivi di integrazione delle prestazioni, del superamento della frammentazione dei processi e della ricomposizione delle risorse.

Nella riorganizzazione realizzata, il Comune ha inteso "stendere le canne d'organo" per promuovere la "trasversalità", passando da un'organizzazione dei servizi impostata per target ("target anziani", "target disabili", "target minori" e così via) ad un'organizzazione in grado di fornire risposte ai bisogni della famiglia, secondo una visione globale delle diverse esigenze; sono stati così ricomposti

ad esempio i processi di cura della "domiciliarità".

Tali obiettivi non li abbiamo realizzati da soli, ma con l'aiuto della rete del Terzo Settore, tramite un percorso di co – progettazione che è approdato ad un sistema di accreditamento nel quale gli Enti sono partner e non fornitori di prestazioni.

Quindi, le linee guida della riforma regionale sono state già sperimentate a livello dei servizi comunali.





Inoltre, occorre ricordare che il Comune di Milano gestisce e coordina Servizi residenziali e semi – residenziali a carattere socio-sanitario, coinvolti dal quadro regionale in questione.

Riteniamo quindi di avere un ruolo essenziale nell'ambito della riforma.

Considerate queste premesse, poiché non si può prescindere da una relazione tra i diversi Servizi, riteniamo facilitato, oltre che necessario, un dialogo con i soggetti istituzionali di questa riforma (Regione, A.T.S., A.S.S.T.) affinché si possa co - costruire la sua attuazione, a livello milanese, che ricerchi ed orienti verso un raccordo tra i servizi sanitari, socio – sanitari, socio – assistenziali ed educativi che soddisfi i bisogni e la qualità della vita delle persone fragili nella loro complessità.

Auspichiamo quindi che si parta abbastanza velocemente con un tavolo di confronto. Lo chiederemo nelle sedi più opportune e inviteremo Regione Lombardia ad attivare appositi tavoli di lavoro tra tecnici, proprio per essere operativi ed arrivare a modalità di integrazione di percorsi di cura ed assistenza reali, definiti tramite protocolli operativi; la collaborazione è già attiva con ATS Città Metropolitana di Milano e con le A.S.S.T., con le quali stiamo già lavorando su diversi temi.

I protocolli potranno essere utili a concordare modalità attuative, frutto del confronto e degli approfondimenti, in cui i vari attori istituzionali possano definire un percorso fattibile, da monitorare e valutare. Il Comune intende quindi portare il proprio contributo.

KATIA ALBO – Direzione Socio-Sanitaria (ATS Città Metropolitana di Milano)

Sistema Socio Sanitario



ATS Milano
Città Metropolitana



La situazione attuale nella nostra Regione richiede un cambiamento di approccio

Key points – Presa in carico pazienti cronici

- è in atto un progressivo invecchiamento della popolazione
- le malattie croniche hanno sostituito quelle acute come problema dominante per la salute e sono diventate la principale causa di disabilità e di utilizzo dei servizi
- le malattie tendono ad accumularsi a livello individuale, possono cioè coesistere contemporaneamente diverse patologie. Almeno il 30% degli assistiti al di sopra dei 65 anni presenta due o più malattie croniche:
- Il modello basato sul trattamento della cronicità 'presentata' ha problemi di aderenza / appropriatezza del trattamento

Occorre quindi passare dal trattamento della cronicità presentata a modelli che si basano sulla stratificazione della popolazione ed allo sviluppo di specifiche modalità di presa in carico che superino la frammentazione dei processi erogativi attuali.

Si osservi che non siamo semplicemente in presenza di un aumento del numero di malati cronici. Cresce in modo considerevole il numero di persone con più patologie. La gestione dei malati cronici è quindi sempre più complessa dal punto di vista clinico

La necessità di classificare la popolazione

Per poter realizzare un percorso di presa in carico dei cittadini che sia basato sulle reali esigenze di ciascuno, Regione Lombardia ha realizzato una classificazione di tutta la popolazione lombarda.

Sono stati individuati i soggetti cronici e i soggetti non cronici.

I pazienti cronici sono quindi stati stratificati secondo due criteri di stratificazione:

- 1 – la patologie prevalente;
- 2 – il numero di patologie / la complessità.

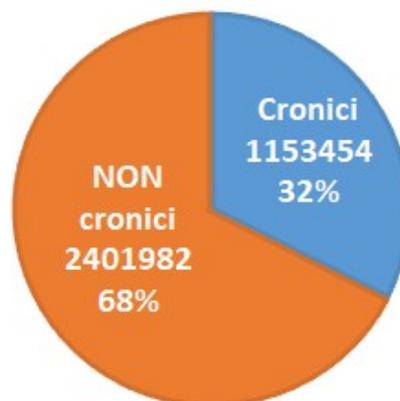
Il data-base di Regione Lombardia permette di conoscere le caratteristiche della popolazione e di quantificare i bisogni

Il grafico seguente riporta dati riferiti a tutta l'ATS, ma quelli della sola Città di Milano si discostano di poco: a Milano Città la percentuale di pazienti cronici è = 31%

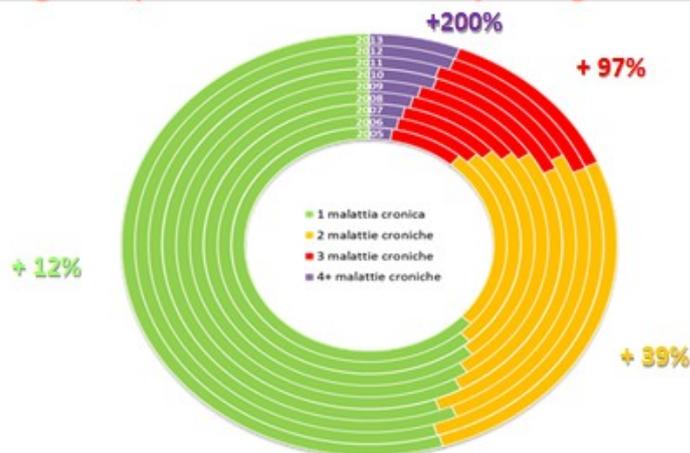
Quanti sono i cronici nella ATS della Città Metropolitana di Milano?

Numero di residenti al 01/01/2016: **3.437.922** (ultimo dato ISTAT disponibile)

Numero assistiti residenti al 01/01/2017 (fonte NAR): **3.555.436**



Incremento della quota percentuale di soggetti cronici poli-patologici rispetto ai cronici mono-patologici dal 2005 al 2013



1

Un cambiamento si impone

Il modello di assistenza basato sulla presa in carico delle singole patologie non è più adeguato alle mutate condizioni della popolazione.

Bisogna intervenire per affrontare la mutata situazione

Le necessità a cui rispondere

Si rende pertanto **necessario intervenire su più direttrici:**

- conoscenza e approfondimento dei bisogni della popolazione
- evoluzione degli assetti organizzativi
- costituzione di reti integrate di erogatori accreditati e/o a contratto per la presa in carico e di reti sussidiarie di supporto che intervengono in presenza di fragilità sanitarie, sociali e socioeconomiche
- definizione ed implementazione delle funzioni di coordinamento, con particolare riguardo alle figure di case manager, care manager e di medico referente (clinical manager)
- valorizzazione e sviluppo di capacità organizzative/ gestionali correlate ai nuovi modelli di gestione integrata della cronicità, a superamento ed integrazione delle competenze specialistiche
- integrazione ed interoperabilità dei sistemi informativi dei diversi nodi della rete/operatori

Due Deliberazioni della Giunta Regionale definiscono la Riforma in termini di:

- Governo della domanda (n° 6164)
- Riordino della rete di offerta di Servizi (n° 6551)

Non più un approccio reattivo, ma un modello proattivo, attento ai fattori di rischio, basato sulla prevenzione e mirato ad evitare che la cronicità possa progredire

DGR X/6164/2017



Regione Lombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 6164 Seduta del 30/01/2017

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali: FABRIZIO SALA, Vice Presidente
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSSI
SIMONA BORDONALI
FRANCESCA BRIANZA
CRISTINA CAPELLINI
LUCA DEL GOBBO

GIOVANNI FAVA
GIULIO GALLERA
MASSIMO GARAVAGLIA
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
ALESSANDRO SORTE
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto
GOVERNO DELLA DOMANDA: AVVIO DELLA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI CRONICI E FRAGILI
DETERMINAZIONI IN ATTUAZIONE DELL'ART. 9 DELLA LEGGE N. 23/2015

DGR X/6551/2017



Regione Lombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 6551 Seduta del 04/05/2017

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali: FABRIZIO SALA, Vice Presidente
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSSI
SIMONA BORDONALI
FRANCESCA BRIANZA
CRISTINA CAPELLINI
LUCA DEL GOBBO

GIOVANNI FAVA
GIULIO GALLERA
MASSIMO GARAVAGLIA
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
ALESSANDRO SORTE
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto
RIORDINO DELLA RETE DI OFFERTA E ASSOLUTA' DI PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI E/O
FRAGILI IN ATTUAZIONE DELL'ART. 9 DELLA LEGGE REGIONALE N. 33/2009

Primo criterio di classificazione

Sono identificate 65 condizioni croniche che classificano i soggetti con condizioni croniche, viene identificata **una condizione cronica principale**

01 - TRAPIANTATI ATTIM	33 - PARKINSON E PARKINSONISMI
02 - IRC - DIALISI	34 - EPILESSIA
03 - SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MA	35 - NANISMO IPOFISARIO
04 - ACROREGALIA E GIGANTISMO	36 - MALATTE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO
05 - MALATTE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	37 - BRISTENA GRAVE
06 - HIV POSITIVO ED AIDS CONCLAMATO	38 - MORBO DI ADDISON
07 - TRAPIANTATI NON ATTIM	39 - EPDO
08 - DIABETE MELLITO TIPO 1 COMPLICATO	40 - ARTRITE REUMATOIDE
09 - INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	41 - PSORIASI E ARTROPAZIA PSORIASICA
10 - NEOPLASIA ATTIMA	42 - MALATTE DEL SISTEMA NERVOSO
11 - NEURORILEITE OTTICA	43 - EPATITE CRONICA
12 - ANEMIE EMOLITICHE IRREVERSIBILI	44 - DIABETE MELLITO TIPO 1
13 - SCLEROSI MULTIPLA	45 - LUPUS ERMATOSI SISTEMICO
14 - VASCULOPATIA ARTERIOSA	46 - COLITE ULCEROSA E CROHN (BC)
15 - ALCUNE CONDIZIONI MORBOSI DI ORIGINE	47 - ALZHEIMER
16 - DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO	48 - IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON
17 - INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	49 - MALATTE DEL SISTEMA OSTEOARTICOLARE
18 - MALATTE DELLE GHIANDOLE ENDOCRINE	50 - DIABETE MELLITO TIPO 2
19 - CIRROSI EPATICA	51 - MALATTE INFETTIVE E PARASSITARIE
20 - SCOMPENSO CARDIACO	52 - MALATTIA DI SUGGREN
21 - SINDROME DI CUSHING	53 - IPER ED IPOFALATRIDISMO
22 - SCLEROSI SISTEMICA	54 - MALATTE DELL'APPARATO GENTO-URINARIO
23 - VASCULOPATIA CEREBRALE	55 - MALFORMAZIONI CONGENITE
24 - SPONDILITE ANCHILOSANTE	56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA
25 - CARDIOPATIA VALVOLARE	57 - NEOPLASIA FOLLOLI-GP
26 - PANCREATITE CRONICA	58 - MALATTE DELLA PELLE E CONNETTIVO
27 - VASCULOPATIA VENOSA	59 - NEOPLASIA BENIGNA
28 - SORDINE	60 - IPOTIROIDISMO
29 - CARDIOPATIA IPERBEMICA	61 - TUBERCOLOSI
30 - MIOCARDIOPATIA ARITMICA	62 - MORBO DI BASEDOW E IPERTIROIDISMO
31 - DIABETE INSPIDO	63 - ASMA
32 - MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	64 - TRIGLICE DI HANSHIOTO
	65 - MALATTE DELL'APPARATO DIGERENTE

Per realizzare il percorso di presa in carico la popolazione è stata classificata in modo mirato.

Secondo criterio di classificazione

Oltre la condizione cronica prevalente viene identificato un secondo asse di stratificazione rappresentato dal **numero di condizioni croniche** che insistono sullo stesso soggetto

I livelli di stratificazione dei cronici

- **Livello 1:** soggetti ad elevata fragilità clinica in cui sono presenti oltre la patologia principale almeno tre comorbidità (**quattro o più patologie complessive**) ovvero una fragilità clinica più lieve associata ad una condizione di particolare fragilità.
- **Livello 2:** soggetti con cronicità polipatologica in cui è presente la patologia principale e una o due comorbidità (**due o tre patologie complessive**) o in cui è presente una condizione di fragilità socio-sanitaria non aggravata da un quadro polipatologico.
- **Livello 3:** soggetti con una cronicità in fase iniziale, presenza di **una sola patologia**.

Nel grafico seguente i dati sono riferiti a tutta l'ATS, ma quelli della sola Città di Milano sono percentualmente simili:

DISTRIBUZIONE PER LIVELLO DEI 1.153.454 CRONICI ELIGIBILI ALLA FASE DI INCLUSIONE ATS Città Metropolitana di Milano



GLI ATTORI COINVOLTI NELLA PRESA IN CARICO

Nel percorso di presa in carico sono coinvolti i seguenti attori:

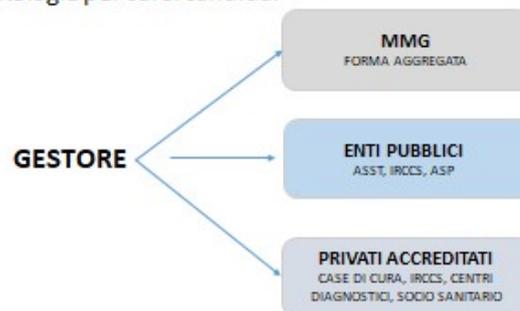
- **ATS**
- Gli enti pubblici e privati che si propongono come **GESTORI**
- I **MEDICI DI MEDICINA GENERALE E I PEDIATRI DI LIBERA SCELTA**, singolarmente o in forma aggregata
- Gli enti pubblici e privati sanitari e sociosanitari che si propongono come **EROGATORI**.

ATS

- Ruolo centrale di **regia** sull'attuazione del modello nell'ambito territoriale di competenza
- **Verifica la stratificazione** e classificazione della popolazione in relazione ai bisogni individuati e le aggiorna sulla base di eventuali segnalazioni
- Valuta l'**idoneità dei GESTORI** al fine dell'iscrizione nell'elenco di idonei alla presa in carico di validità triennale, attraverso i seguenti criteri:
 - Modalità di erogazione delle attività di presa in carico
 - Garanzia delle funzioni di accompagnamento alla presa in carico
 - Garanzia della realizzazione dei set di riferimento per la presa in carico del paziente
 - Completezza della filiera erogativa per i livelli e le patologie per cui il Gestore si candida
- **Monitora e controlla** l'attività di presa in carico in termini di **appropriatezza**
- Cura l'**informativa ai pazienti** ed il raccordo con i MMG
- **Verifica i flussi di rendicontazione** delle attività anche ai fini della remunerazione

Il Gestore

- E' il titolare della **presa in carico**
- Garantisce il **coordinamento** e l'**integrazione** tra i differenti livelli di cura ed i vari attori
- **Assicura** l'erogazione di tutte le **prestazioni** direttamente (con la propria organizzazione) o a livello di rete (mediante l'avalimento di soggetti terzi) dei livelli/patologie per cui si candida.



Spetta al Gestore garantire:

- valutazione multidimensionale del bisogno
- Case Management
- definizione del P.A.I. – Piano di Assistenza Individuale

Il Co-Gestore

Il MMG singolo **co-gestore**:

- assicura per i propri assistiti nel territorio di competenza la **stesura del PAI** per tutte le patologie dei livelli per cui si candida.
- **collabora con uno o più soggetti Gestori** individuati dal proprio assistito sulla base dell'elenco degli idonei redatto da ATS Milano Città Metropolitana
- **sottoscrive insieme al Gestore il Patto di Cura** con il paziente

Patto di cura e figure professionali coinvolte

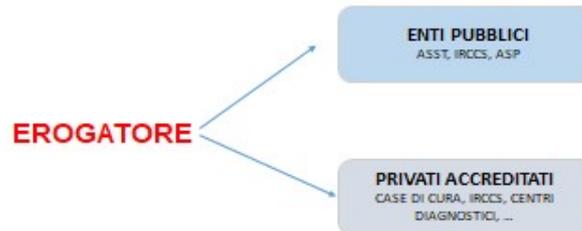
- Il **Patto di cura** è l'atto con cui gestore e paziente condividono l'avvio e le modalità della nuova presa in carico
- **Medico referente** (clinical manager): è il medico responsabile della presa in carico e della predisposizione ed aggiornamento del PAI
- **Case manager**: è il responsabile del coordinamento gestionale-organizzativo delle attività di presa in carico e rappresenta la figura di riferimento per il paziente, la sua famiglia ed il care giver.

Piano di Assistenza Individuale (PAI)

- Il **Piano di Assistenza Individuale** è il **documento di sintesi** del piano di attività e di prestazioni previste nel percorso assistenziale annuale del paziente cronico;
- **Mira a garantire** anche **le prestazioni** non strettamente **correlate** alla patologia ma **alla persona**. Si tratta anche di prestazioni non prevedibili all'inizio della presa in carico, ma che possono, al bisogno, integrare il PAI;
- E' pubblicato sul **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)**;
- E' predisposto dal **medico referente** della presa in carico;
- Rappresenta uno **strumento clinico-organizzativo** di «presa in carico» del paziente

L'Erogatore

L'Erogatore si impegna ad **assicurare tutte le prestazioni richieste dal Gestore** con il quale definisce degli accordi finalizzati alla presa in carico dei pazienti cronici, rispettando tempi e modalità di erogazione definiti nel PAI dei singoli pazienti

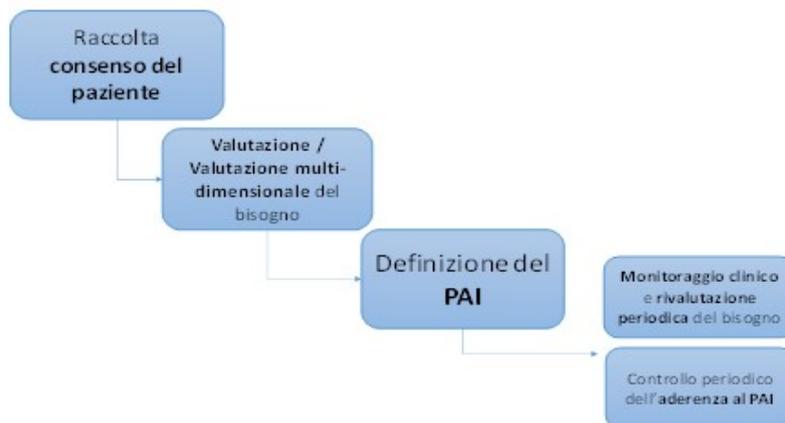


L'Erogatore eroga tutte le prestazioni stabilite nel P.A.I., rispettando tempi e modalità definite nel P.A.I. stesso

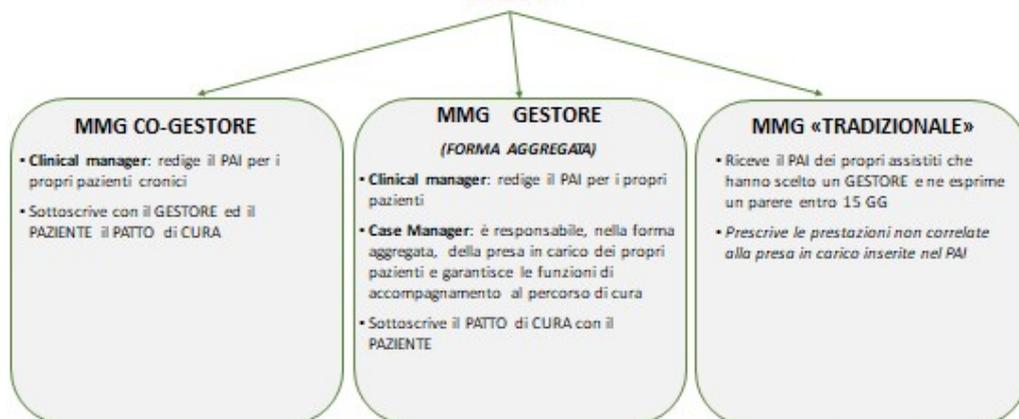
Per il paziente la figura di riferimento sarà il Clinical Manager , medico di riferimento per l'assistito, che definirà il P.A.I. piano di assistenza individuale. Importante anche la figura del Case Manager, che si occupa del Coordinamento organizzativo e gestionale

La presa in carico inizia con l'acquisizione del consenso informato del paziente (il "patto di cura"), seguita da una valutazione multidimensionale del bisogno tramite un' equipe multidisciplinare e dalla definizione del PAI. Sono poi previsti il monitoraggio clinico, la rivalutazione periodica del bisogno e il controllo periodico della compliance.

Il percorso di presa in carico



MMG



Il MMG può scegliere di aderire o non aderire a questo percorso . Se non aderisce viene informato dal gestore in merito al P.A.I. del suo paziente ed è comunque incaricato per la prescrizione di tutte le prestazioni non correlate alla presa in carico inserite nel PAI

Cronoprogramma **(DGR N. X/7038 del 03/08/2017)**

- Il termine per la presentazione delle candidature è avvenuta il **31 luglio 2017**
- **Entro il 30 settembre 2017 :**
 - Valutazione da parte di ATS **delle domande** ai fini dell'idoneità dei gestori, dei co-gestori e degli erogatori
 - I MMG e PDF potranno candidarsi come gestori nelle forme societarie e cooperative previste o come co-gestore
 - Predisposizione e pubblicazione:
 - dell'elenco degli idonei al percorso di presa in carico (ruolo gestore e co-gestore)
 - dell'elenco degli idonei per il ruolo di erogatore a supporto della presa in carico dei pazienti cronici da parte dei MMG/PLS in forma aggregata
- Entro il **31 ottobre 2017** i MMG/PLS in forma aggregata esplicitano la filiera erogativa (elenco idonei erogatori)
- Entro il **30 novembre 2017** ATS valuta la filiera erogativa dei MMG/PLS in forma aggregata

Una recentissima deliberazione (agosto 2017) definisce il programma che ATS svilupperà nei prossimi giorni / mesi.

- Entro il 30 settembre noi come ATS dovremo completare la fase di valutazione delle domande (di gestori, cogestori ed erogatori). E' stata quindi dilazionata per i medici di famiglia e pediatri di famiglia la possibilità di aderire come gestori o cogestori.
- Pubblicheremo l'elenco degli idonei al percorso di presa in carica sia come gestore che come cogestore, nonché l'elenco degli idonei per il ruolo di erogatore a supporto dei medici di medicina generale e pediatri di famiglia che hanno aderito in forma aggregata.
- Entro il 31 ottobre i medici di famiglia e i pediatri di famiglia dovranno esplicitare la loro filiera erogativa.
- Entro il 30 di novembre ATS valuterà quindi la filiera erogativa dei medici e dei pediatri in forma aggregata.
- Si partirà quindi con l'attività informativa rivolta a tutti i pazienti che potranno aderire al nuovo percorso di presa in carico.



DANIELA MALNIS – Direttore Socio-Sanitario (ASST Santi Paolo e Carlo)



Riprendo concetti di cui altri oggi hanno parlato: l'obiettivo salute, la necessità di tenere conto delle fragilità e di realizzare continuità di cura, l'integrazione tra il socio sanitario e il sociale, il ruolo del terzo settore del volontariato. Sono aspetti che già quotidianamente ognuno di noi affronta nella propria realtà lavorativa, all'interno del Presidio Ospedaliero o nel territorio, con le risorse che ci sono, con l'organizzazione che c'è, con la capacità di attivare reti e collaborazioni. Gli assistenti sociali e le direzioni mediche di presidio sanno bene che moltissimi dei pazienti che noi riceviamo e curiamo quotidianamente hanno bisogno di un'integrazione di servizi, di un percorso di cura che non si esaurisce al momento, nonostante l'ottima capacità clinica e assistenziale dei nostri operatori.

Il progetto DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance) si rivolge ai soggetti disabili che hanno

RUOLO DELL'ASST SANTI PAOLO E CARLO

DISABILITA':

Progetto DAMA

Circa 5000 pazienti in carico

bisogno di interventi di tipo sanitario e si rivolgono a nostri ospedali (in particolare all'Ospedale San Paolo) per avere un approccio sanitario adeguato alle loro necessità, peculiari e anche molto diverse da quelle di altri pazienti. Seguiamo più di 5.000 pazienti disabili, che hanno bisogno di tutta una rete di servizi e non potremmo farlo senza la collaborazione dell'Associazione Mantovani Castorina (ved. Presentazione).

RUOLO DELL'ASST SANTI PAOLO E CARLO

IMMIGRAZIONE:

Progetto START

Ambulatorio dedicato, in collaborazione con le Associazioni di Volontariato

Per i soggetti migranti abbiamo un ambulatorio aperto liberamente per risolvere i problemi acuti. Collabora con Associazioni del terzo settore che accolgono i migranti e cercano di offrire loro una

risposta coordinata che tenga conto anche di bisogni di secondo livello.

Nel mese di agosto presso l'Ospedale San Paolo tra le partorienti più del 50% erano immigrate, spesso arrivate di recente. Per dare risposte adeguate ai loro bisogni necessariamente collaboriamo con il Comune e con le Associazioni di volontariato.

RUOLO DELL'ASST SANTI PAOLO E CARLO

SANITA' PENITENZIARIA:

San Vittore, Opera, Bollate, Beccaria

Assistenza sanitaria a c.a. 4000 detenuti

- Educazione sanitaria
- Disagio psichico
- Diagnosi precoce malattie infettive
- Presa in carico patologie croniche
- Continuità sanitaria post-carcere

Da molti anni ci occupiamo di sanità penitenziaria. La salute dei detenuti di San Vittore, Opera, Bollate e dell'Istituto Beccaria è di nostra competenza. I detenuti sono circa 4000 e come tutti gli altri cittadini hanno dei diritti di salute, ma le prestazioni devono essere erogate in condizioni molto particolari. Abbiamo necessità di collaborare con moltissime organizzazioni e con il sociale, per garantire interventi che vadano oltre la soluzione del

problema acuto posto dal detenuto. In particolare: interventi di educazione sanitaria soprattutto nei confronti dei più giovani, promozione della salute, diagnosi precoce, cura di malattie infettive per le quali il nostro intervento ha delle ricadute anche sulla sanità pubblica.

Ci occupiamo anche di disagio psichico e psicologico, un problema importante tra i detenuti, più di quanto non sia nella popolazione in generale.

Non dimentichiamo che anche in carcere ci sono pazienti con malattie croniche: dobbiamo prenderli in carico e offrire un percorso continuativo, che spesso però si interrompe al momento della scarcerazione. A volte la situazione dell'ex detenuto è molto difficile: a volte il l'ex detenuto si trova in un momento di grande difficoltà perché non ha più i riferimenti territoriali, il medico di famiglia, una residenza Abbiamo quindi istituito un ambulatorio dedicato proprio alle persone in questa fase di passaggio da un periodo di detenzione a volte molto lungo di detenzione a una libertà che può essere faticoso organizzare. Offriamo loro un punto di riferimento sanitario fintanto che non sono in grado di ricostruire delle loro relazioni e inserirsi nella società civile.

RUOLO DELL'ASST SANTI PAOLO E CARLO

DONNE:

Centro Ascolto Soccorso Donna

In collaborazione con Associazioni di volontariato e Amministrazione Comunale

Per quanto riguarda le donne la cronaca è continuamente pervasa da notizie di violenza e maltrattamento, ma anche di difficoltà. Nel nostro ospedale è nato moltissimi anni or sono il "Centro ascolto soccorso donna" che collabora con Associazioni del terzo settore e con il Comune, ricevendone aiuti molto concreti per portare avanti il progetto. Perché le donne che arrivano in Ospedale, in Pronto Soccorso, in ambulatorio o nei punti consultoriali spesso sono portatrici di bisogni

aggiuntivi rispetto a quelli meramente sanitari. Per loro serve una presa in carico che noi come Ospedale non possiamo assolvere da soli ma che abbiamo il dovere di intercettare e di intercettare nel numero maggiore di casi possibili. Purtroppo molte situazioni ci sfuggono e non sempre riusciamo a dare un ascolto competente e un aiuto concreto a queste donne. Di nuovo le donne immigrate sono in una particolare condizione di fragilità e richiedono una maggiore attenzione. I

RUOLO DELL'ASST SANTI PAOLO E CARLO

DONNE IMMIGRATE:

- Assistenza Ostetrica
- Mediazione Culturale
- Mutilazioni Genitali Femminili

nostri problemi sono banali: il numero di ore di mediazione culturale che possiamo acquistare con le nostre risorse è insufficiente rispetto alla richiesta. Nei nostri ospedali arrivano per il parto donne con gravidanza a termine che non parlano la lingua italiana e che non hanno avuto un'assistenza adeguata durante la gravidanza. Se vogliamo che queste donne arrivino a partorire in condizioni di sicurezza dobbiamo lavorare con le comunità di immigrati, insieme alla società civile, in collaborazione con il terzo settore per sensibilizzare sull'importanza

dell'assistenza durante la gravidanza e prevenire situazioni che mettono a rischio la sicurezza della donna, del bambino e in qualche caso anche degli operatori sanitari.

Un altro progetto importante riguarda le mutilazioni genitali femminili. Noi possiamo gestire queste situazioni dal punto di vista sanitario, ma non abbiamo la preparazione culturale per l'indispensabile approccio di ascolto.

RUOLO DELL'ASST SANTI PAOLO E CARLO

CRONICITA' E FRAGILITA':

DGR x/6164 del 30.01.2017
DGR x/6551 del 4.05.2017

Malati Cronici «frequent users» della ASST Santi Paolo e Carlo: **43.772**

dei quali 3.554 di «livello 1», 19.966 di «livello 2» e 20.703 di «livello 3»

Nei prossimi mesi dovremo affrontare la sfida delle disposizioni regionali sulla cronicità. Dovremo in particolare verificare e adeguare la capacità della struttura ospedaliera e territoriale di costruire dei percorsi di cura per le persone più anziane. Facciamo un esempio: oggi un signore o una signora con una o più malattie croniche deve prenotare esami/prestazioni sanitarie, richiedendoli personalmente o tramite i familiari a diversi erogatori

sul territorio, rincorrendo i tempi di attesa, con difficoltà per ottenerli nei tempi e nei luoghi adeguati. A seguito della Riforma invece il gestore di questa persona dopo aver detto: "Lei ha bisogno di una TAC tra 6 mesi e di una visita cardiologica tra 9 mesi" dovrà organizzare il percorso, facendosi carico anche della prenotazione. Inoltre i diversi Specialisti che intervengono nel percorso parleranno tra loro, condividendo il piano di diagnosi e cura. Ma se questo signore o questa signora, come spesso avviene, oltre a quelli sanitari ha anche bisogno di servizi socio-sanitari, questi verranno attivati e integrati nella presa in carico. Questa è una rivoluzione, non soltanto culturale ma certamente organizzativa e gestionale. L'ospedale da solo non può fare tutto. Deve poter contare sul medico di famiglia e sulle strutture socio-sanitarie e sociali del territorio.



Un settore in cui già oggi la collaborazione dell'Azienda ospedaliera con il sociale e con il terzo settore è una realtà consolidata è la psichiatria. Ricordo ad esempio le cosiddette residenzialità leggere, quegli appartamenti dove i pazienti psichiatrici che hanno completato un percorso riabilitativo vengono inseriti per fare una vita il più possibile normale, simile a quella degli altri cittadini. Noi garantiamo l'assistenza sanitaria ma Associazioni cooperative e Terzo Settore supportano la vita quotidiana di queste persone.

Nell'ambito della Neuropsichiatria Infantile abbiamo un servizio molto specializzato per la diagnosi e la cura dell'autismo, ma i bisogni dei soggetti autistici, soprattutto quando crescono, sono di natura sociale e richiedono il supporto della rete di cui stiamo parlando.

I "SERT": voi sapete che di recente il "Dipartimento di salute mentale" è diventato "Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze". Rientrano quindi nelle sue competenze i soggetti che soffrono di una dipendenza patologica. Questo ambito è proprio un simbolo della necessità di associare alla diagnosi sanitaria, un supporto psicosociale familiare che non può essere affidato solo alla rete istituzionale, ma che richiede anche la competenza, la generosità e la motivazione di chi si occupa da tempo di questi problemi.

In sintesi: noi stiamo già lavorando in rete. Collaboriamo quotidianamente con VIDAS per i nostri pazienti che hanno terminato un percorso di cura eziologica e sono in carico ai servizi di cure palliative. Abbiamo bisogno di farlo meglio, con più risorse perché le risorse sono davvero poche in tutti i settori e soprattutto organizzando meglio quella comunicazione tra servizi che è l'elemento necessario per garantire la continuità di cura. Mi riallaccio alla raccomandazione che il professore Andreoni fa sempre nei nostri incontri: il sistema informativo deve essere la base sulla quale puntiamo per poter comunicare efficacemente tra i nodi della rete, perché è vero che c'è la buona volontà, c'è la conoscenza reciproca ma abbiamo bisogno di uno strumento efficace per passarci le informazioni e per curare quindi maniera integrata lo stesso soggetto o la stessa famiglia.

Don GINO RIGOLDI – Presidente di Comunità Nuova Onlus

Vi dico due brevi cose per un atterraggio che sia positivo. Fondazione Cariplo distribuisce tanti soldi: 52 milioni all'anno in Regione Lombardia oltre alle province di Novara Verbania, dove finanzia molti progetti, anche ricerca ad alto livello. L'altro giorno in Fondazione abbiamo però discusso partendo dalla consapevolezza che c'è in giro tanta gente povera. Gente che semplicemente non riesce a pagare l'affitto, la luce, il gas. Noi abbiamo un centro in via Bellini qui a Milano che aveva circa un centinaio di "clienti": adesso ne ha 400-500. Sono persone disperate alle quali manca il minimo per una vita appena decente. Noi non diamo soldi a pioggia né facciamo interventi a caso: le persone vanno conosciute e nel momento in cui la povertà è reale allora si fa un accompagnamento, si programma un intervento. A breve Fondazione Cariplo presenterà un bando, con la partecipazione di A2A. Io ho voluto che si tenesse conto che molte persone non sono in grado di gestirsi, non conoscono i propri diritti, sono molto sprovviste. A queste persone non serve ricevere semplicemente del denaro: hanno bisogno di un accompagnamento, altrimenti saranno in eterno dipendenti. Chi offre un aiuto deve essere accogliente, deve accettare le persone senza giudicare, perché spesso vengono da esperienze che avrebbero rovinato chiunque. Gli operatori devono essere misericordiosi e questo non significa perdonare, significa prendere la gente com'è, per dargli una mano a ripartire.



Un altro fatto importante è che le povertà esistono e in ambito sanitario i poveri sono più penalizzati. Non possono ad esempio ridurre la lista d'attesa ricorrendo a prestazioni private e allora sarebbe giusto rovesciare le parti, favorire chi ha meno denaro degli altri.

Si creerebbe una situazione migliore per tutti, perché è meglio vivere in una comunità dove c'è rispetto, iniziativa di crescita e di sviluppo per tutti.