



**Non solo curare, ma prendersi cura:
le problematiche “socio-sanitarie” di una grande città**

*Sabato 6 febbraio 2016
ore 8.30-13.30*

*Sala Conferenze – Casa dei Diritti (ingresso da Via dei Fabbri, 9)
Via de Amicis 10 – MILANO*

Il nostro Ordine è particolarmente impegnato nell'ambito della formazione e dell'aggiornamento dei propri iscritti.

Questo evento che rappresenta una tappa del percorso e dell'impegno profuso da parte degli organizzatori merita il nostro ringraziamento e plauso.

Numerosi sono gli altri corsi in programma a testimonianza della vitalità e dell'impegno dei nostri iscritti per far crescere e rendere sempre più vicina la nostra professione ai bisogni dei nostri ammalati.

Non sfugge ad una attenta riflessione che tali eventi rappresentano non solo opportunità di aggiornamento scientifico ma vitali strumenti per una crescita professionale ed etica.

Questo obiettivo verrà perseguito con particolare determinazione e il nostro Ordine sarà sempre pronto ad accogliere suggerimenti e proposte per poter migliorare la professione medica.

Il Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri

Dott. Roberto Carlo Rossi

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'R. C. Rossi', positioned below the printed name.

**Non solo curare, ma prendersi cura:
le problematiche “socio-sanitarie” di una grande città**

*Sabato 6 febbraio 2016
ore 8.30-13.30*

*Sala Conferenze – Casa dei Diritti (ingresso da Via dei Fabbri, 9)
Via de Amicis 10 – MILANO*

COORDINATORI

Faustino Boiali

Presidente Medici Volontari Italiani

Alberto Scanni

Primario Emerito di Oncologia

A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico – Milano

Consigliere dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano

PROGRAMMA

- 8.30-9.00 *Registrazione Partecipanti*
- 9.00-9.10 Saluto delle Autorità
Saluto del Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano o di altro Consigliere da lui delegato
- 9.10-9.30 **Aldo Bonomi**
Sociologo – Direttore Consorzio AASTER
Il disagio sociale e il bisogno di cura delle frange deboli nella grande città
- 9.30-9.50 **Maria Grazia Manfredi**
Medico di Medicina Generale a Milano
Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Milano
Il Medico di Famiglia di fronte alle fragilità
- 9.50-10.10 **Pietro Marino**
Direttore U.O. di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso
A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico – Milano
Il Medico di PS di fronte alle fragilità
- 10.10-10.30 **Giovanni Muttillo**
Presidente del Collegio Ipasvi Mi - Lo - MB
Progetto Accompagnamento e Ascolto: le reti di aiuto rivolte alle persone anziane fragili
- 10.30-10.45 *Intervallo*

10.45-12.00 **Esperienze a Milano**

Faustino Boioli
I Medici Volontari Italiani

Stefania Zazzi
Funzionario Servizi socio-sanitari
Comune di Milano – Assessorato Politiche Sociali e Cultura della Salute,
Settore Domiciliarità
**Un servizio per la sicurezza socio-sanitaria dei cittadini:
progetto Cittadini più Coinvolti & più Sicuri**

Don Domenico Storri
Presidente Ass. “I Semprevivi” Onlus
I Semprevivi per il disagio mentale

Mario Marone
MMG a Garbagnate Milanese
Responsabile Aggiornamento Associazione Medici Groane
I Medici sentinella per il rilievo delle patologie

12.00-13.00 *Tavola Rotonda e Discussione*

13.00-13.30 *Compilazione schede di valutazione e di verifica*

Il Medico di Famiglia di fronte alle fragilità

Maria Grazia Manfredi

Parlando di fragilità è inevitabile fare una considerazione generale di quello che è l'odierno panorama demografico nazionale e regionale. Il miglioramento delle condizioni di vita e le migliori possibilità di intervento terapeutico e di cura in situazioni critiche hanno determinato nel mondo occidentale un rilevante aumento dell'età media della popolazione: nel 2025 si stima che ci saranno due milioni di anziani in più di età compresa tra 70 e 90 anni. Il prezzo da pagare per questo allungamento della vita è stato, e sarà sempre più negli anni a venire, un incremento marcato di soggetti affetti da patologie cronicodegenerative. Possiamo definire il soggetto "fragile" come un paziente per il quale sia necessario un continuo intervento medico, incapace di mantenere relazioni familiari o sociali in assenza di assistenza continuativa e che vada incontro a frequenti e continue ospedalizzazioni.

Il concetto di fragilità deve essere allargato e deve comprendere oltre agli anziani anche disabilità di varia natura, patologie neoplastiche, patologie psichiatriche, tutte situazioni che impegnano in misura rilevante le risorse umane e finanziarie dei servizi sanitari.

Nell'assistenza a questi pazienti il medico di famiglia svolge un ruolo centrale per le caratteristiche peculiari della medicina che esercita.

Il medico di medicina generale è sì il medico di fiducia del singolo individuo, ma del soggetto inserito nel contesto della propria famiglia, comunità e ambiente lavorativo e sociale e che nell'esercizio quotidiano della professione tiene conto non solo di fattori fisici, ma anche di elementi psicologici, sociali, culturali ed esistenziali, servendosi della conoscenza e della fiducia maturata nel corso di contatti ripetuti. L'approccio della medicina generale segue un modello olistico, cioè centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla sua comunità, occupandosi di persone e dei loro problemi nel loro contesto di vita, non di patologie impersonali o "casi". Dal momento che il punto di partenza del processo clinico è il paziente, capire come egli convive con la sua infermità, conoscere il suo punto di vista sulla malattia, ha la medesima rilevanza dell'affrontare il processo patologico sotteso alla sua infermità.

La medicina generale si basa su un processo di consultazione fondato sulla costruzione di una relazione protratta nel tempo: ogni contatto tra il paziente e il suo medico di famiglia contribuisce alla costruzione di una storia che si evolve anche per un lungo arco temporale.

La Medicina di Famiglia quindi unisce in un unico filo le diverse tappe della malattia e dell'assistenza, un filo che tiene assieme le risposte più tipicamente sanitarie con quelle relazionali e psicosociali.

Tanti sono i compiti del medico di famiglia di fronte alla fragilità: naturalmente in primo luogo la cura del paziente, ma il medico di famiglia assume anche il ruolo fondamentale di figura di riferimento per il paziente e la sua famiglia e funge da elemento di unione tra i vari specialisti, realizzando la continuità delle cure. Attraverso l'attività prescrittiva e certificativa, mette il paziente e la sua famiglia in grado di ottenere aiuti economici (inserimento nelle liste protette per l'assunzione, pensione di invalidità, assegno di accompagnamento, riconoscimento della condizione di handicap e conseguente ottenimento dei benefici previsti dalla legge 104) e/o interventi di tutela legale (inabilitazione, interdizione e nomina dell'amministratore di sostegno). Dispone l'assistenza domiciliare specialistica e infermieristica (ADI) e prescrive presidi e ausili necessari per la disabilità dell'assistito. E tutte queste attività vengono svolte interfacciandosi con le varie figure sanitarie e non che costituiscono la rete socio-assistenziale complessa che si sviluppa attorno al malato e alla sua famiglia.

La cura del paziente fragile deve necessariamente tenere conto delle caratteristiche del paziente, della patologia in atto e della comorbidità e quindi di conseguenza della complessità e dell'impegno assistenziale e clinico e non può prescindere dalla necessità della relazione tra medici (specialisti e MMG), tra medici e altri operatori e naturalmente tra operatori sanitari e paziente e famiglia del paziente, che ancor oggi riveste un ruolo fondamentale nella cura. Un'adeguata assistenza al malato deve considerare il rapporto imprescindibile del paziente con la propria famiglia e le attenzioni nei confronti di queste due entità devono procedere contemporaneamente e parallelamente. Ma non possiamo scordare che la famiglia attraversa nella nostra società una crisi senza precedenti e manifesta una fragilità strutturale, legata all'instabilità dei legami coniugali e alle difficoltà economiche, che la rende spesso incapace di reagire alle difficoltà e alle sofferenze.

La malattia è quindi inevitabilmente caratterizzata anche da aspetti sociali di cui, suo malgrado, il medico di famiglia deve tener conto. Il percorso dei pazienti fragili è spesso caratterizzato da ricoveri ospedalieri. A questo proposito un momento particolarmente critico è quello delle dimissioni e della conseguente attivazione dei servizi territoriali che deve essere tempestiva per evitare che il paziente incorra inevitabilmente ad un nuovo accesso in Pronto Soccorso e ad un altro ricovero.

Perché si realizzi un'effettiva continuità delle cure e si determini un efficiente processo di cura del paziente fragile è necessaria la comunicazione tra i vari attori della rete assistenziale con scambio di informazioni, effettuazione di dimissioni concordate e protette,

concessione in tempi brevi di presidi e di ausili e solleciti trasferimenti da ospedale a strutture riabilitative.

La cura dei pazienti “fragili” possiede, oltre a implicazioni cliniche, anche implicazioni psicologiche e sociali. Pertanto per la cura ottimale è necessaria l’integrazione dell’attività del medico di famiglia, di medici specialisti, e delle altre figure professionali sanitarie, ognuno con le proprie competenze e peculiarità, che insieme possono tessere una rete che abbracci il malato e che costituisca un nodo cruciale e irrinunciabile del processo assistenziale e della sua umanizzazione.

***Progetto ascolto e accompagnamento:
sostenere le reti d'aiuto rivolte alle persone anziane fragili***

Giovanni Mutillo

Con deliberazione ASLM Milano n.555 del 28/04/2014 a seguito della presa d'atto della DGR n. 1118 del 20.12.2013 ad oggetto "Determinazioni in merito alla promozione di progetti di intervento promossi dalle ASL a tutela delle fragilità" con inizio attività **02/05/2014 con** termine attività **31/05/2015** è stato sviluppato il progetto nato dalla collaborazione tra mondo dell'associazionismo – con Auser e Associazione Amici casa della carità – e l'Ente pubblico Collegio degli infermieri Ipasvi.

Gli elementi innovativi che hanno caratterizzato il progetto sono stati l'impianto progettuale dal carattere decisamente nuovo per quanto concerne gli obiettivi che sono stati "*ritagliati e focalizzati*" sulla popolazione più anziana, il segmento sociale a maggior rischio di fragilità per quanto riguarda:

- *le fragilità nutrizionali*
- *il rischio del gioco d'azzardo patologico*
- *la violenza e i maltrattamenti*
- *le truffe e i raggiri*

Infatti la malnutrizione calorico-proteica (MPE) è una patologia presente fra la popolazione del mondo occidentale e spesso sottovalutata; le sue conseguenze sullo stato di salute dell'individuo possono essere rilevanti. La malnutrizione nell'anziano è definita come un fallimentare o inadeguato stato nutrizionale, caratterizzato da un insufficiente introito alimentare, diminuzione dell'appetito, perdita di massa muscolare e di peso Chen *et al.* (2001). La malnutrizione causa aumento della mortalità e prolungamento dei giorni di degenza, una maggiore suscettibilità alle infezioni, una minor capacità di guarigione delle ferite, un aumentato rischio di lesioni da pressione ed una maggior difficoltà di guarigione delle stesse (Teo & Wynne 2001, Arvanitakis *et al.* 2008, Milne *et al.* 2009).

L'assistenza nutrizionale è ancora oggi inadeguata; molti studi indicano che la valutazione nutrizionale del paziente spesso non viene fatta. Ciò espone i pazienti ai rischi legati alla sottostima del problema e può privarli di un adeguato supporto nutrizionale (Kondrup *et al.* 2002, Lazarus & Hamlyn 2005, Mowe *et al.* 2006, Bachrach- Lindström *et al.* 2007, Adams

et al. 2008, Bavelaar *et al.* 2008, Mowe *et al.* 2008, Persenius *et al.* 2008, Suonimen *et al.* 2009).

A parte alcuni dati rilevati in altri paesi, l'unico dato italiano è riferito ai soli reparti di medicina generale e riporta una prevalenza del 28,6% (Lucchin *et al.* 2009). Mancano dati su altri contesti e tale mancanza appare rilevante, considerando che la presenza di degenti anziani è trasversale alla maggior parte dei reparti. È quindi necessario aggiornare e completare il dato di prevalenza, determinare gli atteggiamenti degli infermieri in merito all'assistenza nutrizionale e capire le caratteristiche di tale tipo di assistenza nel maggior numero possibile di unità operative. Nella grande maggioranza dei casi però la malnutrizione è preceduta dalla "Fragilità Nutrizionale" una condizione non ancora patologica, che può durare anni e che il più delle volte non può essere evidenziabile dai Servizi Sanitari.

I fragili nutrizionali sono, infatti, soggetti che iniziano a ridurre leggermente gli introiti calorici, assumendo ad esempio 200 calorie giornaliere in meno rispetto all'apporto necessario per mantenere un buono stato di salute. Sembra una quantità esigua, ma in un anno questa riduzione può portare ad una perdita di addirittura 10 chili di peso. Se questa situazione non viene individuata e contrastata, porta alla vera e propria malnutrizione, con stati carenziali conclamati.

Il problema, quindi, non riguarda solo coloro che necessitano di cure in senso stretto, ma coinvolge anche tutte le persone che gravitano loro attorno, in quanto incapaci di identificare il problema sul nascere e impedirne il peggioramento. Sono fragili pertanto anche i familiari, i conoscenti, gli assistenti alla persona, gli infermieri, i medici curanti e tutte le persone che gravitano attorno a chi "non è visto come fragile".

Partiti dal sostegno e dall'attivazione di una rete di aiuto rivolta alle persone anziane e fragili, abbiamo sperimentato sul territorio il ruolo e la funzione dell'Infermiere di famiglia e comunità, così come previsto dall'obiettivo 21 dell'OMS. In proposito, abbiamo riscontrato risultati ampiamente positivi attraverso la presa in carico e l'attivazione del passaggio da una medicina reattiva tipicamente centrata sull'acuzie a una medicina proattiva centrata sulla persona, i corretti stili di vita e la prevenzione perché, come sostiene l'OMS, 'Invecchiare è un privilegio e una meta della società'.

Coerentemente con gli obiettivi specificati a livello progettuale, i dati emersi confermano la piena rispondenza delle attività svolte e dei risultati ottenuti. L'attività di promozione del progetto, che si è svolta sui due territori considerati, ha coinvolto **600** persone che sono state coinvolte dal progetto. Di queste, **171** anziani/e, di cui **115 femmine e 56 maschi di età compresa tra i 60 e i 90 anni**, hanno dato la loro disponibilità ed espresso il loro consenso alla compilazione e registrazione del questionario, dando così modo agli esperti di valutare specifici livelli di rischio di fragilità nutrizionale.

Infatti, sulla scorta delle informazioni ricevute dai volontari/e tramite i **171 questionari** compilati all'interno ed all'esterno del punto telefonico, gli esperti hanno interpretato le numerose domande sui comportamenti alimentari quotidiani e sulla fragilità nutrizionale e socio assistenziale.

Nei numerosi casi critici (**64 persone**) gli stessi specialisti hanno preso in carico le situazioni più complesse contattando direttamente le persone a rischio. Queste condizioni di criticità sono state il risultato di una valutazione (su un'apposita scala con punteggi da 0 a 22) degli esperti che hanno analizzato le varie problematiche (18 condizioni del vivere quotidiano) ed hanno valorizzato le diverse casistiche per costruire un indicatore di **RISCHIO DI FRAGILITÀ NUTRIZIONALE** a tre dimensioni:

- ALTO (punteggio da 0 a 5);
- MEDIO (punteggio da 6 a 11);
- BASSO (punteggio da 12 a 22).

Dai risultati emerge che solo il 6% del target presenti un livello ALTO di rischio, legato a carenze nella varietà e nella tipologia del cibo assunto quotidianamente. L'indice MEDIO e BASSO presenta la stessa dimensione pari al 47% dei casi, ad indicare una composizione del target di discreto livello qualitativo. Si rileva inoltre che l'indice ALTO è una caratteristica specifica delle femmine (86% rispetto al dato medio 68%) mentre i livelli MEDIO e BASSO di fragilità si qualificano anch'essi per una consistente presenza di femmine, di età superiore ai 75 anni, di vedove che vivono sole. Le 64 persone ri-contattate direttamente dagli esperti (dietologo ed infermiera), dopo l'analisi degli indicatori, o di malnutrizione o di cattiva alimentazione, **sono state 38**, nello specifico:

- 10 quelle valutate a rischio effettivo di malnutrizione,
- 21 quelle che hanno evidenziato cattivi comportamenti/stili alimentari,
- 4 quelle con problematiche importanti ma diverse dalla malnutrizione,
- 3 quelle che hanno fatto registrare problemi di sovrappeso.

Inoltre, sono risultate fragili a causa di **difficili situazioni socio-assistenziali 26 persone**, in particolare:

- 15 hanno ricevuto assistenza e consulenza in risposta all'evidenziarsi di precise problematiche socio-assistenziali,
- 11 hanno ricevuto consigli su tematiche di stretta pertinenza infermieristica (bendaggi, iniezioni, corretta deambulazione ecc..)

Dalle variabili di tipo anagrafico delle persone prese in carico si evince che:

- i maschi rappresentano il 32% del totale e le femmine il corrispondente 68%, a motivo sia della maggior quota di femmine nella popolazione sia per la maggiore attenzione delle donne alle tematiche relative all'alimentazione in genere;
- la ripartizione per classi d'età risulta perfettamente distribuita (al 50%) nei due segmenti inferiore e superiore ai 75 anni.

Un ulteriore approfondimento sulle altre variabili di tipo socio anagrafico completa l'analisi del profilo del target:

- il titolo di studio prevalente è, per oltre l'85% dei casi, il diploma di scuola media inferiore;
- le persone coniugate rappresentano il 54% dei casi e oltre un terzo del target (38%) dichiara la condizione di vedovo/a;
- il 90% dei casi è pensionato/a.

Si evidenzia quindi un target fortemente connotato al femminile, con una netta maggioranza di pensionate e con un livello d'istruzione medio/basso o basso.

Le informazioni fornite possono risultare di grande importanza per orientare una possibile futura campagna di comunicazione e cogliere con maggior precisione il target in oggetto.

Un'ulteriore elaborazione eseguita sulle variabili 'vive solo=si' (32%) e 'stato civile=vedovo/a' (62%) ha consentito di evidenziare un segmento del target che si colloca in una situazione di particolare fragilità sociale.

Infatti, le due condizioni associate incidono significativamente su non corretti comportamenti alimentari quotidiani causati da:

- motivi economici,
- condizioni di solitudine/assenza di relazioni,
- noia/mancanza di interessi,
- incapacità culturale di affrontare problematiche non riconducibili alle più diffuse patologie di tipo sanitario.

L'indagine un contesto in cui il 32% del target che 'vive solo' risulta composto per il 68% da vedove/i.

In ogni caso, **oltre alle 64 prese in carico**, tutte le persone 'sostanzialmente' fragili hanno potuto fruire di un supporto da parte dei volontari e della presa in carico nel processo educativo-assistenziale degli esperti (dietologo e infermiera) coinvolti nel progetto. Una sfida, questa, con un impatto su tutti gli aspetti della società del XXI secolo.

I risultati ottenuti ci incentivano a proseguire anche attraverso la sensibilizzazione delle istituzioni per portare la sperimentazione del progetto su scala regionale per rendere i servizi più efficaci, accessibili, appropriati ed equi, e nel contempo meno onerosi.

Si tratta di un modello che potrebbe ridisegnare la geografia dei servizi socio-sanitari.

I Medici Volontari Italiani

Faustino Boioli

L'associazione di volontariato M.V.I. onlus, sorta nel 1999, ha come missione l'assistenza sanitaria agli esclusi o autoesclusi dalle prestazioni sanitarie del SSN, per qualsivoglia motivo... religioso, politico: immigrati irregolari ma non solo: anche immigrati regolari e cittadini italiani "normali" che per vicende economiche pesanti cadono in situazioni di marginalità che rendono difficile l'accesso al SSN.

Facciamo medicina di strada, e abbiamo un ambulatorio in V. Padova 104; abbiamo inoltre due piccole iniziative in Africa: una missione oculistica in Madagascar, e un progetto di family Planning per il contenimento delle nascite in Rwanda.

- Il quadro in cui operiamo ha subito modifiche nel tempo, non molto ...pubblicizzate:

❖ gli immigrati irregolari sono diminuiti negli ultimi anni, per due motivi:

1) l'allargamento della UE ha normalizzato lo status di stranieri irregolarmente presenti in I: basti l'esempio dei Romeni, che erano l'etnia che rappresentava circa il 20 % degli irregolari;

2) molti irregolari per la crisi (in particolare dell'edilizia, per quel che riguarda la Lombardia) hanno lasciato l'Italia.

❖ la crisi ha creato difficoltà di accesso al SSN a cittadini italiani e stranieri regolarmente presenti: si è creata un'area grigia di difficoltà (in lenta espansione) ad accedere alle cure; anche in Lombardia la povertà è in aumento; è documentato l'aumento di Italiani che rinunciano alle cure (caso limite: riduzione di circa almeno il 25 % di prestazioni nel settore odontoiatrico).

Le difficoltà sono legate per es. ai ticket, alle difficoltà di acquisto di farmaci non forniti dal SSN, ma anche alle liste di attesa: c'è chi non può permettersi di "saltare" la coda... e di fatto interrompe l'iter diagnostico-terapeutico: questi pazienti cominciano a ricorrere agli ambulatori sorti per assistere gli immigrati irregolari: stiamo diventando forse interlocutori anche dei MMG.

In questo contesto si è un po' affievolita nell'opinione pubblica la paura delle malattie "portate" dagli immigrati, grazie anche all'informazione data dai medici e al dato oggettivo che non si sono verificate le previsioni di comparsa di malattie finora estranee al nostro paese: ma la paura rimane certo nel subconscio di molti cittadini, pronta a rispuntare al primo allarme più o meno fasullo nei media.

Il ruolo dei medici, in particolare dei Medici di Famiglia, nel fare chiarezza ed educazione sanitaria in questo campo è essenziale: e due sono i punti cruciali della preoccupazione dei cittadini:

--le malattie tropicali: le malattie tropicali si sviluppano...ai tropici! Non c'è significativo riscontro di trasmissione di malattie tropicali da parte di immigrati in Italia; i casi riscontrati sono essenzialmente dovuti al turismo irresponsabile, cioè al non rispetto delle regole di prevenzione previste dall'ordinamento sanitario (vaccinazioni, profilassi farmacologica e, soprattutto misure e comportamenti igienici.)

--TB: ci sono paesi nei quali la TB è presente in percentuale significativa (per es. Mali), ma si tratta di una malattia a bassa aggressività: la trasmissione avviene solo per contatto e stretta vicinanza prolungati; è una malattia legata a cattive condizioni di vita, e spesso gli stranieri ammalati si sono ammalati qui da noi proprio per le condizioni in cui vivono, per la cattiva nutrizione e le condizioni igieniche scadenti. Gli esperti di Villa Marelli sostengono che è quasi impossibile ammalarsi per contagio all'aperto! Ma anche qui vale la regola della prudenza: evitare contatti prolungati e in ambienti malsani con soggetti che potrebbero essere portatori di TB.

Esiste però una popolazione a rischio di contagio: sono le persone con il sistema immunitario in sofferenza per malattia o terapia: e anche qui è preziosa l'attenzione dei medici, in particolare di medicina generale.

Gli ambulatori come il nostro svolgono un'opera di controllo e diagnosi dei casi di sospetta TB, e operiamo in rapporto col centro di Villa Marelli, secondo il protocollo di ricerca attiva della TB.

L'evoluzione della situazione sociale ha forse ridotto la totale separazione esistente tra l'attività professionale del medico del SSN, in particolare del medico di famiglia e le attività rivolte ai soggetti marginali, immigrati e non, dato che anche cittadini italiani sono entrati in una situazione di instabilità sociale che comporta di fatto difficoltà ad accedere alle cure.

Un servizio per la sicurezza socio-sanitaria dei cittadini: progetto Cittadini più Coinvolti & più Sicuri

Stefania Zazzi

Questo convegno voluto dall'Ordine dei Medici di Milano, al quale mi rivolgo e ringrazio per la partecipazione come rappresentante del Comune di Milano, vuole trattare sia di tematiche (come enunciato nel titolo) sia di esperienze (come scritto nel programma) che l'ambito socio-sanitario della nostra città presenta e vive .

Da anni le politiche sociali del Comune si sono interessate degli aspetti ed implicazioni sanitarie che ogni atto di assistenza e cura prevede al fine di generare prestazioni e servizi orientati non solo all'integrazione socio-sanitaria, ma anche a sollecitare la formazione di un humus culturale di condivisione, di suggerimenti, di idee e conoscenze provenienti da realtà e competenze diversificate e con esperienza sul Territorio. L'obiettivo è quello di poter usufruire dei contributi di innovazione e creatività patrimonio di queste altre realtà e di facile e subitanea applicabilità. Per esempio considerare di inserire nello sviluppo di nuovi servizi e nell' operatività, sempre sul Territorio, delle nuove tecnologie ed investire su di esse in ambito socio-sanitario. Nuove tecnologie già esistenti, già disponibili per tutti noi, a costo zero e pertanto destinarne l'uso a scopi sociali, ovvero per l'inclusione delle fasce vulnerabili a rischio di progressive degenerazioni ed esclusione.

E' in questa ottica che l'attuale Assessorato alle Politiche Sociali e Cultura della Salute ha approvato e sostenuto in questi anni un percorso di affiancamento e supporto alle frange deboli basato su:

- 1) **azioni sociali**, ovvero fare interventi preventivi rivolti alle persone sole, ai più deboli che ancora sono al proprio domicilio, agli emarginati presenti sul Territorio,
- 2) **azioni sanitarie** ovvero far uscire le persone dall'anonimato, sia anagrafico-sociale sia clinico, rendendole consapevoli e partecipi della propria salute e/o stato di malattia,
- 3) **azioni di sicurezza** ovvero adottare semplici strumenti cartacei e non, integrati dalla tecnologia digitale per meglio affrontare il quotidiano, facilitare il soccorso e le situazioni d'emergenza. Il tutto con strumenti standard, ovvero quelli cartacei accessibili a tutti, e nel contempo anche gli "standard digitali": APP Social, QR Code e Smartphone sono realtà ormai pervasi veda utilizzare a banda larga per tutti!

CITTADINI PIU' COINVOLTI & PIU' SICURI:

Progetto territoriale rivolto ai cittadini e alle persone più fragili per aumentarne la sicurezza psico-fisica, favorirne la permanenza al domicilio e facilitare i soccorsi in situazioni d'emergenza.

Costituisce un metodo operativo “ ad personam” e che segue l’evoluzione dei bisogni socio-sanitari di chi vi aderisce, è proponibile a tutti in quanto pensato per la prevenzione, per il benessere psico-sociale individuale e per l’inclusione sociale delle fasce deboli secondo il **modello Smart City** . Per questo orientamento, il Progetto ha sinora avuto riconoscimenti a livello nazionale (Forum PA 2013-sezione Sanità Digitale), a livello regionale (premio AnciTel Lombardia “Quanto è smart il tuo Comune?”) ed a livello comunale è stato inserito nei programmi di Milano Smart City.

(Smart City: una smart city è una comunità intelligente e ben governata che usa le tecnologie innovative per risolvere i problemi sociali legati allo sviluppo, all’inclusione e alla qualità di vita attraverso l’ascolto e il coinvolgimento dei cittadini, dei professionisti, delle imprese e delle associazioni.)

IL PRESENTE

Superata la fase sperimentale di 18 mesi (giugno 2012 – dicembre 2013), l’iniziativa “Anziani più Coinvolti & più Sicuri “, scaturita in seno al Piano anti solitudine del Comune di Milano del 2012, si è evoluta nel Progetto “**Cittadini più Coinvolti & più Sicuri “**, rivolto **a tutti i cittadini e, in modo più mirato, alle frange deboli e fragili della città** (anziani – persone con disabilità – persone sole – - adulti in difficoltà - situazioni di emarginazione).

L’obiettivo iniziale del Progetto è salvaguardare la sicurezza psico-fisica delle persone e darne l’incremento reale e percepito, da realizzare mediante un programma di monitoraggio assistito effettuato da Operatori dei Servizi socio-sanitari e/o Volontari e dal medico di medicina generale (MMG) che si affiancano alle persone che aderiscono al progetto, per predisporre insieme strumenti di aiuto utili nella vita quotidiana e determinanti in situazioni di difficoltà ed emergenza medico-sanitaria.

STRUMENTI

Questi strumenti di aiuto personalizzato hanno valenza sia in ambito domiciliare che extra domiciliare e sono:

- *BUSTA NUMERI e DATI UTILI*
- *I.C.E. (In Caso di Emergenza)*
- *C.I.S. (Carta di Identità Salvavita)*
- *CONDOMINIO SICURO*

e permettono:

- **il superamento dell'anonimato medico sanitario**, cosa importante quando non si è in grado di cooperare con i soccorritori;
- **facilitano il soccorso** quando necessita;
- **di affrontare l'evoluzione dei bisogni per favorire la permanenza al domicilio** e fare sinergia con i servizi di assistenza domiciliare;
- **la diffusione della cultura della prevenzione**, con la conseguente **riduzione degli interventi d'emergenza a seguito** di un processo di collaborazione personalizzato.



DESCRIZIONE:

1. Busta Numeri e Dati Utili

Costituisce il principale e più visibile strumento operativo che viene predisposto interamente con il coinvolgimento della persona. La BUSTA, col logo voluto dal Comune di Milano, è individuale e contiene 4 schede:

- *Scheda 1- Numeri utili di Milano*
- *Scheda 2 - Personale*
- *Scheda 3 - Medico-Sanitaria (con la collaborazione dell'MMG)*
- *Scheda 4 - Salvavita.*

La BUSTA, che “fotografa” in modo chiaro lo stato della persona, deve essere conservata in casa appesa vicino all’ingresso, a disposizione sia per le ordinarie esigenze quotidiane (es. pronta disponibilità di dati, amnesie, apprendimento di cambiamenti, ecc.) che per situazioni critiche (malore, perdita di coscienza, ecc.). Costituisce altresì uno strumento per familiari, vicini di casa, custodi, operatori del soccorso e tutte le persone chiamate ad intervenire in caso di emergenza. I dati della Busta vengono aggiornati secondo necessità ed è previsto un monitoraggio semestrale.

2) I.C.E. (In Caso di Emergenza)

In Caso di Emergenza (I.C.E.) è una raccolta di numeri telefonici di persone di riferimento rintracciabili facilmente e rapidamente, registrati nel telefono cellulare, nella BUSTA NUMERI E DATI UTILI e nella Carta d’Identità Salvavita (C.I.S.), sui caschi protettivi (delle persone con disabilità, dei ciclisti/motociclisti, ecc.) e a disposizione nelle varie situazioni d’emergenza (es. perdita chiavi di casa, smarrimento per strada, caduta, malore, incidente stradale, ecc.).

E' utile disporre sempre di numeri I.C.E., sia in casa che all'esterno: chi ha difficoltà ad individuare dei numeri I.C.E perchè ritiene di non avere persone di riferimento, viene aiutato ad identificarli, eventualmente anche in un Operatore dei servizi, un Volontario o un vicino di casa.

3) C.I.S. (Carta di Identità Salvavita)

Si tratta di un "salvavita portatile", che la persona porta con sè assieme alla Carta d'Identità anagrafica. Nella C.I.S. ci sono la fotografia, i dati anagrafici e di ASL, quelli burocratici, i numeri telefonici I.C.E. e, cosa importante, i dati medico-sanitari salvavita ripresi dalla Scheda Salvavita della BUSTA a domicilio o creati ad hoc. Scopo della C.I.S. è quello di dare sicurezza durante gli spostamenti all'esterno (es.: sicurezza stradale dei pedoni) e di agevolare i soccorsi nel caso di intervento degli Operatori del Soccorso (118, Ambulanze, Pronto Soccorso). Per ottenere la C.I.S. è fondamentale la collaborazione del proprio Medico che si attiva per fornire il profilo medico-sanitario (patologie/allergie/terapie e dati salvavita): utilizzando l'App digitale, è disponibile per tutti a costo zero e viene facilmente aggiornata.

4) Condominio Sicuro

Iniziativa che si realizza quando, utilizzando la BUSTA, l'I.C.E. e la C.I.S., aderiscono al Progetto tre o più condòmini dello stesso stabile. E' un servizio che agevola le relazioni di buon vicinato, di solidarietà, di assistenza reciproca e consente di usufruire di supporto rapido, facile ed economico in caso di bisogno. Implica altresì il coinvolgimento dei Custodi e degli Amministratori di Condominio e di quanti, anche in via informale, sono sensibili alla vita sociale nello stabile, nella via e nel quartiere.

Il Progetto si avvale della collaborazione con la Onlus "Medici Volontari Italiani" (MVI) che partecipa a questo convegno col presidente Dr. Boioli ed è partito grazie alla messa a disposizione di una sua applicazione digitale, l'APP "Il Telefonino, il tuo salvavita", messa in Rete come Web APP e utile per predisporre ulteriori nuovi servizi di assistenza digitale a distanza legati alle tecnologie a scopo socio-sanitario.

APPLICAZIONE SUL TERRITORIO

Ad oggi il Progetto è stato adottato da Gruppi Senior di Onlus, Parrocchie, Comitati Inquilini, Centri Diurni Anziani e Centri d'Accoglienza per persone con disabilità e per migranti, per iniziative di Buon Vicinato e da cooperative di Medici associati. Sono state realizzate circa 1.000 BUSTE ROSSE e oltre 500 C.I.S. e realizzati i primo corsi di Formazione per operatori dei servizi comunali (CDI, Laboratori occupazionali, assistenza domiciliare ed assistenza domiciliare integrata, custodi sociali ecc).

E' stato proposto alle Onlus che si sono dimostrate *interessate a svolgere il Progetto in autonomia così come a qualche Comune della città metropolitana.*

Stante i risultati raggiunti in questi anni, il Progetto nel 2015 è stato inserito nelle Linee Guida del **sistema integrato della Domiciliarità** del Settore Domiciliarità e Cultura della Salute del Comune di Milano, quindi annoverato tra le prestazioni rese alle persone che vivono al domicilio. Il Comune di Milano si è impegnato da tempo nella riorganizzazione della Domiciliarità con una vasta gamma di servizi sia tradizionali che innovativi per assicurare supporto ed accompagnamento alla vita quotidiana delle persone al proprio domicilio e con uno specifico focus sulle persone più fragili.

IL PASSATO

All'interno della variegata gamma degli spazi e servizi socio-sanitari della città, il Progetto ha operato su due versanti di Sviluppo:

Sviluppo nel sociale, pensando all'adozione del Progetto oltre ai Servizi Sociali come nell'ambito della Sicurezza (es. collaborazione con i Vigili di Quartiere), della Mobilità (sicurezza di pedoni/autisti/ciclisti/motociclisti) e dell'Educazione (formazione nelle scuole/corsi di pronto soccorso). Il Progetto mira altresì ad entrare nelle competenze della medicina primaria, a creare una sinergica collaborazione con gli MMG e le forme di medicina associata presenti sul Territorio per lo svolgimento della medicina d'iniziativa in un'ottica di cura predittiva della cronicità. Si sta così riconoscendo al medico un ruolo attivo e promotore del Progetto stesso.

Sviluppo nel digitale, si è pensato inizialmente di avvalersi di una progressiva informatizzazione del Progetto al fine di automatizzare la raccolta, la gestione e l'aggiornamento dei dati personali e medico-sanitari, nonché di avere la possibilità di avvalersi di ulteriori eventuali servizi innovativi. Ma questo argomento lo riprenderemo nel capitolo riguardante gli sviluppi futuri.

Gli aspetti che hanno reso possibile, partendo dal basso, l'avanzamento del Progetto sono stati:

- 1) la costituzione del TEAM di volontari sia a livello individuale che di organizzazione (Onlus coinvolte)
- 2) l'incontro e la conoscenza delle nuove tecnologie, la raccolta di suggerimenti ed idee
- 3) proselitismo sul Territorio e in Settori diversi del Comune di Milano

Mentre quelli che hanno richiesto una particolare attenzione sono stati:

- 1) la non comprensione di una cosa ovvia, sia a livello individuale che di Istituzione ed Enti
- 2) la difficoltà di coinvolgimento degli addetti ai lavori tra i quali i medici.

IL FUTURO

Il mantenimento attivo ed espansivo del Progetto consente oggi di affermare tutta la fattibilità tecnico-operativa in un processo di continuo miglioramento delle procedure sinora adottate. L'utilizzo degli strumenti del Progetto, così come presentati nei programmi di Formazione, diventano la "**buona prassi del Salvavita**" per tutti gli operatori coinvolti (pubblici, del privato sociale e del volontariato).

Si è pensato, come già detto, ad un approccio tecnologico che potrebbe integrarsi con i vari sistemi operativi in uso nella sanità, allorquando gli MMG potranno dialogare in real time ed on line con gli Specialisti e l'Ospedale. Creare così un percorso automatico e digitale che va dall'individuo, in stato di bisogno e di soccorso, all'ospedale con la messa a disposizione in tempo reale dei parametri salvavita e con il coinvolgimento delle strutture dei soccorsi e della medicina d'urgenza e d'emergenza (prevenzione salvavita – soccorso facilitato). Aiutare le Ambulanze ad utilizzare, in tempo reale, durante i soccorsi i dati ed i parametri salvavita raccolti nella BUSTA ROSSA presente al domicilio e/o nella C.I.S. per le emergenze in strada.

Per ultimo, ma non per questo con minore importanza, si ritiene che il Progetto possa risultare propedeutico per le persone non particolarmente alfabetizzate al digitale come gli Anziani. Rendendo essi stessi promotori e consapevoli dei benefici del digitale, il Progetto può operare in una fase preparatoria e prodromica per quanto concerne l'introduzione del FSE, Fascicolo Sanitario Elettronico o/e del Patient Summary.

Con il Progetto si potrà altresì affrontare anche la questione dell'identità (anagrafica, sociale e sanitaria) delle persone senza fissa dimora con interventi mirati e standardizzati allo scopo.

Questa buona prassi, partita dunque dal comparto dei Servizi Sociali dove si è implementata secondo la presenza dei servizi socio-sanitari territoriali delle 9 zone della città e negli spazi di vita sociale e di aggregazione di Onlus ed enti vari, ora costituisce la base ed il fulcro del neonato "**Servizio Sicurezza del Cittadino**", ove la sicurezza deve intendersi come elemento fondante del miglioramento della Qualità di vita e del benessere psicologico delle persone .

Questo neo Servizio si avvale dal 2015 di ufficiali condivisioni ed importanti endorsement da parte di Enti preposti della sanità lombarda:

- ASL MILANO
- AREU (Azienda Regionale Emergenza Urgenza)
- SIMEU (Società Italiana di Medicina d'Emergenze – Urgenza)
- OMCeO di Milano

Le aree di sviluppo per il momento riguardano:

- l'Abitare Partecipato, l'Abitare Collaborativo e l'Abitare sociale
- la diffusione del Condominio Sicuro
- *la Formazione per le Ambulanze*
- *la collaborazione con i Pronto Soccorsi*
- *sino all'adesione a nuovi progetto quale l'Infermiere di Condominio, progetto CReG, la Casa Medica ecc.*

In definitiva e per il momento quello che appare evidente è l'elevato grado di integrazione e di utilizzazione operativa sul Territorio che la BUSTA ROSSA e la C.I.S hanno, e questo è valido anche a livello potenziale. Inoltre se facciamo riferimento a Smart City e Smart Community si vede che la raccomandazione del "Cittadino al centro" da questi lanciata, nonché quanto viene descritto da parte dell'Agenda Digitale, costituiscono finalità ben condivise dell'intera azione intrapresa.

I Medici Sentinella per il rilievo delle patologie

Mario Marone

SPERIMENTAZIONE DI UN MODELLO PER LA RILEVAZIONE DI EVENTI SUL TERRITORIO (MEDICI SENTINELLA)

"Medici sentinella" è una definizione adottata da tempo e si riferisce al ruolo dei medici che offrono la loro collaborazione per rilevare eventi particolari osservati nel contesto della loro attività.

La segnalazione di tali eventi avviene all'interno di una rete e prevede la centralizzazione di una serie di dati in un organismo coordinatore.

I medici di famiglia, la cui attività si svolge prevalentemente sul territorio, rappresentano un punto di osservazione privilegiato nell'ottica di cui sopra, potendo diventare protagonisti di situazioni epidemiologicamente rilevanti nella realtà in cui operano.

L'ordine dei medici di Milano, in collaborazione con le Associazioni Mediche della ASL Mi1,

- Associazione Medici Corsico
- Associazione Medici Cuggiono
- Associazione Medici Groane (Garbagnate)
- Associazione Medici Legnano
- Associazione Medici Abbiategrasso
- Associazione Medici Rho

ha messo in atto un progetto pilota, a partecipazione volontaria, che risponda ai seguenti criteri:

- Creazione di un modello di rilevazione all'interno di un area territoriale omogenea.
- Partecipazione al progetto da parte dei medici di famiglia su base volontaria.
- Individuazione di alcune patologie da sottoporre alla rilevazione.
- Informatizzazione dei dati e piattaforma informatica
- Periodica formazione di report da inviare ai partecipanti.

E' stata scelta la ASL Mi 1 per la presenza, in questa ASL, di numerosi Associazioni Mediche che hanno favorito il reclutamento dei medici partecipanti allo studio.

Sono state individuate quattro patologie che sono parse, in quest'ultimo periodo, meritevoli di attenzione e possono rappresentare utile terreno di prova per i partecipanti:

- Tumore della mammella nel maschio
- Tumore pancreatico

-Diabete tipo II sotto i 40 anni

-Morbo non Hodgking

-Artrite reumatoide

Per la rilevazione viene utilizzato il sito web www.medicisentinella.it a cui i medici partecipanti si sono iscritti e che raggiungono per inserire i dati.

I dati richiesti sono: Iniziali del paziente, data di nascita, sesso, comune di residenza, patologia, segnalazione se si tratta di una diagnosi recente.

Il medico è tenuto a segnalare ogni caso che giunga alla sua osservazione dal momento di adesione allo studio. (es. se al tempo 0 entra in ambulatorio un paziente, nuovo o vecchio con artrite reumatoide, parte la segnalazione)

L' End Point primario dello studio è:

- ⊙ Verificare l'interesse dei MMG al progetto proposto
- ⊙ Verificare la fattibilità dello studio su larga scala

End Point secondari sono:

- ⊙ Valutare il numero di casi delle cinque patologie prese in esame durante i 12 mesi dello studio
- ⊙ Confrontarlo con i dati attesi

Raggiungendo il sito e cliccando su "report" è possibile seguire in tempo reale l'andamento dello studio.

Questo progetto pilota sarà valutato tra 12 mesi con una analisi di fattibilità su larga scala e potrebbe diventare, se conclusosi positivamente, uno strumento organico di rilevazione epidemiologica.

APPUNTI