



PROPOSTA N°: 2305/24

NOME STRUTTURA PROPONENTE: DIREZIONE FUNZIONI TERRITORIALI

IL DIRIGENTE RESPONSABILE: Giglio Francesco

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO: Giglio Francesco

IL RESPONSABILE DELL'ISTRUTTORIA: MARIGA CRISTIANA

DELIBERA N. 2038 DEL 20/12/2024

**OGGETTO: APPROVAZIONE, AI SENSI DELLA LR N.22/2021 E DELLA DGR XII 2089/2024.
DEL PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE (PPT) 2025/2027 DELLA
ASST SANTI PAOLO E CARLO.**

**IL DIRETTORE GENERALE**

Premesso che l'art. 3 quater del Dlgs 502/92, "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", prevede che il distretto assicuri i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali e che Il Programma delle attività territoriali sia basato sul principio della intersectorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative;

Vista la legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità", così come modificata dalla legge regionale di riforma del 14 dicembre 2021, n. 22 "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)", con particolare riferimento all'art. 7 c. 17 ter che dispone che "La ASST, con periodicità triennale, tramite la direzione sociosanitaria e i direttori di distretto, sentita la conferenza dei sindaci che esprime parere obbligatorio, e attuando idonee procedure di consultazione delle associazioni di volontariato, di altri soggetti del terzo settore e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative presenti nel territorio, predispone il piano di sviluppo del polo territoriale (PPT) con specifica e analitica declinazione e dettaglio su base distrettuale. Il PPT definisce la domanda di salute territoriale, la programmazione e progettazione dei servizi erogativi, assicurando l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie distrettuali";

Richiamate:

- la DGR XII/1827/2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024", Allegato 6, "Attori, Organizzazione e processi", 6.1 " Piano di sviluppo del Polo Territoriale" che ha programmato l'adozione entro il 31 marzo 2024 "di specifiche linee Guida per le ASST ai fini della stesura dei Piani di Sviluppo del Polo Territoriale da parte delle ASST sotto la regia delle ATS quali driver per l'attuazione del processo di community building a livello territoriale funzionale a concorrere all'attuazione della nuova sanità territoriale prevista dal DM 77/2022, attraverso la definizione dei temi prioritari del primo triennio di programmazione dei PPT 2025/2027 nel quadro degli indirizzi del PRSS e del PSRR in corso di approvazione e degli altri strumenti di programmazione regionale in ambito sanitario";
- la DGR XII/2089/2024 "Approvazione delle linee di indirizzo per i Piani di Sviluppo del Polo Territoriale delle ASST (PPT) ai sensi dell'art. 7 c. 17 della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità", così come modificata dalla Legge regionale di riforma del 14 dicembre 2021, n. 22, in attuazione della DGR XII/1827/2024;

Preso atto che le linee di indirizzo orientano la programmazione del Polo Territoriale di ASST anche attraverso l'integrazione sociosanitaria e sociale, prevedendo azioni trasversali a garanzia dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e dei livelli essenziali delle prestazioni sociali;

Dato atto:

- che la proposta di Piano di Sviluppo del Polo Territoriale 2025/2027 è stata condivisa con le Associazioni di Volontariato e gli Enti del Terzo Settore presenti all'interno degli Organismi Consultivi Territoriali dei Distretti dei Municipi 5, 6 e 7 della ASST Santi Paolo e Carlo;
- che il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale è stato approvato dai Presidenti dei Municipi nella conferenza delle ASST del Comune di Milano convocata da ATS in data 2/12/2024;
- che la Cabina di Regia Integrata di ASST Fatebenefratelli Sacco, della quale fa parte la ASST Santi Paolo e Carlo, ha condiviso positivamente la proposta di Piano di Sviluppo del Polo Territoriale 2025/2027 nella riunione del 4.12.2024;
- che la Direzione Welfare e Salute del Comune di Milano con nota del 10.12.2024, inviata alla ATS Città Metropolitana di Milano, ha espresso parere favorevole al Piano di cui trattasi;



- che il Piano è stato inviato in data 17.12.2024, con apposita nota informativa, alle Organizzazioni Sindacali territoriali maggiormente rappresentative, alla RSU aziendale, alle OO.SS. rappresentative del Comparto Sanità, dell'Area della Dirigenza Sanitaria, dell'Area della Dirigenza della Funzioni Locali e dell'Area della Medicina Specialistica Ambulatoriale;
- che il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale 2025/2027 deve essere approvato entro il 31.12.2024, come da indicazioni regionali in merito;

Ritenuto di approvare l'Allegato "Piano di Sviluppo del Polo Territoriale" 2025/2027 della ASST Santi Paolo e Carlo, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, quale strumento grazie al quale viene garantita l'integrazione delle prestazioni e delle funzioni sanitarie e sociosanitarie distrettuali con quelle sociali, a supporto del potenziamento della funzione territoriale, con l'obiettivo di sviluppare i Servizi territoriali in un'ottica di prossimità e integrazione tra le Strutture presenti, facilitando la risposta ai bisogni di salute e favorendo la partecipazione attiva dei cittadini;

Su proposta del Direttore della S.C. Direzione Funzioni Territoriali, il quale attesta la legittimità del presente provvedimento;

Acquisito il parere espresso dal Direttore della SC Affari Generali e Legali in ordine alla regolarità di formazione del presente provvedimento;

Acquisiti, i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo Dott.ssa Giuliana Bensa, del Direttore Sanitario Dott. Nicola Vincenzo Orfeo e del Direttore Socio Sanitario Dott. Dario Laquintana;

DELIBERA

Per i motivi di cui in premessa che qui si intendono integralmente trascritti:

1. di approvare l'Allegato "Piano di Sviluppo del Polo Territoriale" 2025/2027 della ASST Santi Paolo e Carlo, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico a carico dell'Azienda;
3. di trasmettere il presente atto ad ATS Metropolitana di Milano per il recepimento e la trasmissione ai competenti organi di Regione Lombardia;
4. di prendere atto che il presente provvedimento è assunto su proposta del Direttore della S.C. Direzione Funzioni Territoriali, Dr. Francesco Giglio;
5. di trasmettere il presente provvedimento ai Direttori di Distretto, per il seguito di competenza;
6. di dare atto che, ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L. R. n. 33/2009 e successive modificazioni ed integrazioni, il presente provvedimento deliberativo, non è soggetto a controllo regionale, verrà pubblicato nei modi di legge, ed è immediatamente esecutivo.

PIANO SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE

Sommario

ACRONIMI.....	2
1. Introduzione e finalità del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale	6
2. Analisi del contesto.....	7
2.1 La domanda di salute in ASST	7
2.1.2 DISTRETTI 5 - 6 – 7	21
2.2 Servizi e risorse presenti nella rete territoriale di offerta di ASST	36
2.2.1 Introduzione	36
2.2.2 Cure Domiciliari	38
2.2.3 Offerta Sociosanitaria	38
2.2.4 Cure Primarie - Distretti e Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) Medicina Generale e Pediatrica di Libera Scelta	39
2.2.5 Organismo Consultivo Distrettuale (OCD)	40
2.2.6 Organizzazione dei Servizi - DISTRETTO 5.....	40
2.2.7 Organizzazione dei servizi - DISTRETTO 6.....	44
2.2.8 Organizzazione dei servizi - DISTRETTO 7.....	46
2.2.9 Consultori Familiari Integrati.....	49
2.2.10 Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD).....	52
2.2.11 Carceri.....	57
2.3 Funzioni e personale presente nella rete territoriale di ASST	60
3. Il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale.....	63
3.1 Formazione	63
3.2 Linee programmatiche generali per lo sviluppo del polo territoriale.....	64
3.3 Aree di intervento.....	68
3.3.1 Valutazione Multidimensionale.....	69



3.3.2 Continuità dell'assistenza nei setting assistenziali	74
3.3.3 Cure domiciliari.....	81
3.3.4 Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle Cure primarie	84
3.3.5 Prevenzione e Promozione della Salute	89
3.3.6 Lo sviluppo della Telemedicina.....	101
3.3.7 La presa in carico dei cronici e fragili.....	104
4. Monitoraggio del Piano e rendicontazione	112
5. Il processo di sviluppo e approvazione del Piano.....	117
6. Riferimenti Normativi	118
7. Allegati - SCHEDE INTERVENTI.....	118

ACRONIMI

ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
AFA: Attività Fisica Adattata
AFT: Aggregazioni Funzionali Territoriali
AG: Autorità Giudiziaria
AMT: Ambulatorio Medico Temporaneo
AREU: Agenzia Regionale Emergenza-Urgenza
ASST: Azienda Socio-Sanitaria Territoriale
ATS: Agenzia Tutela della Salute
BRASS: Blaylock Risk Assessment Screening
CA: Continuità Assistenziale
CASD: Centro Ascolto e Soccorso Donna
CdC: Casa di Comunità
CDD: Centro Diurno Disabili
CDI: Centri Diurni Integrati



C-DOM: Cure Domiciliari
CFI: Consultorio Familiare Integrato
CMI: Centrale Medica Integrata
COT: Centrale Operativa Territoriale
CRSC: Centro Socio Ricreativi Culturali (CRSC)
CR: Casa di Reclusione
CSS: Comunità Socio Sanitaria
COT: Centrale Operativa Territoriale
CPA: Comunità Protetta Alta Assistenza
CPM: Comunità Protetta a Media Assistenza
CPS: Centro Psico - Sociale
CR: Casa di Reclusione
CRA: Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza
CRM: Comunità Riabilitativa a Media assistenza
CTR: Centro Territoriale Riabilitativo
CUP: Centro Unico Prenotazione
DH: Day Hospital
DAPSS: Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie
DGA: Disturbo da Gioco d'Azzardo
DGR: Deliberazione Giunta Regionale
D-NA: disturbi della nutrizione e dell'alimentazione
DPP: Disturbi Psicici Perinatali
DSMD: Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze
DTP: Difterite- Tetano Pertosse
EC: Effetti Collaterali



EFA: Educazione Fisica Adattata
ESDM: Early Start Denver Model
ETS: Enti del Terzo Settore
HBV: Hepatitis B Virus
HCV: Hepatitis C Virus
HIV: Human Immunodeficiency Virus
HPV: Human Papilloma Virus
IFeC: Infermiere di Famiglia e di Comunità
IPM: Istituto Penale per Minorenni
IRCCS: Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
LEA: Livelli Essenziali di Assistenza
LEPS: Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali
NFA: Nucleo Funzionale Autismo
NOA: Nucleo Operativo Alcolologia
NPI: Neuropsichiatria Infantile
OCD: Organismo Consultivo Distrettuale
OdC: Ospedale di Comunità
OMP: Ospedale Maggiore Policlinico
OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità
OSS: Operatore Socio-Sanitario
PAI: Progetto Assistenza Integrata
PDTA: Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
PDZ: Piano di Zona
PO: Presidio Ospedaliero
PPT: Piano di Sviluppo del Polo Territoriale



PS: Pronto Soccorso
PSD: Progetto di Sorveglianza Domiciliare
PUA: Punto Unico di Accesso
RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale
RSD: Residenza Sanitaria Assistenziali per Disabili
SAD: Servizio Assistenza Domiciliare
SAI: Specialisti Ambulatoriali Interni
SC: Struttura complessa
SER.D: Servizi per le Dipendenze
SGDT: Sistema di Gestione Digitale del Territorio
SPDC: Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
SRP: Struttura Residenziale Psichiatrica
SS: Struttura Semplice
SSD: Struttura Semplice Dipartimentale
TRRD: Team di Risposta Rapida Domiciliare
TSO: Trattamento Sanitario Obbligatorio
UCA: Unità Continuità Assistenziale
UDO: Unità di Offerta
UCPDOM: Unità Cure Palliative Domiciliari
UONPIA: Unità operativa di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza
UPS: Unità Intervento Psico-Sociale
USSM: Ufficio Servizi Sociali per Minorenni
UVM: Unità di Valutazione Multidimensionale



1. Introduzione e finalità del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale

La ASST Santi Paolo e Carlo secondo quanto indicato all'art. 7 comma 17 ter della L.R. 33/2009 e introdotto dalla L.R. 22/2021, predispone il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT), con declinazione su base distrettuale e per i territori di competenza del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) al fine di definire la domanda di salute territoriale e la conseguente programmazione dei servizi erogativi. La creazione dei Distretti prevista dalla Legge Regionale n. 22 del 14 dicembre 2021 consente di procedere ad una maggiore integrazione tra i diversi servizi e a rafforzare la capacità del sistema di intercettare i nuovi bisogni emergenti del territorio, garantendo una risposta appropriata e servizi realmente efficaci.

Infatti, per il tramite dell'organizzazione distrettuale il Polo Territoriale eroga prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, di diagnosi, di cura e riabilitazione a media e bassa complessità, di cure intermedie e garantisce le funzioni e le prestazioni medico-legali, in una logica di sistema e di integrazione delle funzioni e delle risorse attraverso la presa in carico integrata.

Lo sviluppo del Piano è curato dalla Direzione Sociosanitaria dell'ASST Santi Paolo e Carlo, di concerto con i Direttori di Distretto e con gli altri Direttori Strategici di ASST Santi Paolo e Carlo, per assicurare pieno allineamento degli obiettivi aziendali con gli obiettivi di sviluppo territoriale.

Il PPT contribuisce a definire la domanda di salute territoriale, la programmazione e la progettazione dei servizi erogativi, assicurando l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie distrettuali. La programmazione ha un orizzonte triennale.

Inoltre, come previsto dalle Linee di Indirizzo per la programmazione sociale territoriale definite dalla DGR XII/2167, il percorso di elaborazione dei PPT è attuato dalla ASST Santi Paolo e Carlo in una logica di piena armonizzazione con il processo di programmazione dei Piani di Zona in capo agli Ambiti Sociali. Pertanto, alla programmazione di interventi in risposta alla domanda di salute del distretto con riferimento ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), corrisponde in logica di integrazione anche una risposta ai Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) di ambito sociale, con particolare riferimento ai quattro identificati dalla DGR XII/2167 (i.e. prevenzione dell'allontanamento familiare, servizi sociali per le dimissioni protette, valutazione multidimensionale e progetto personalizzato, PUA integrati e UVM).

Le azioni previste dal PPT sono definite e concordate in collaborazione con i seguenti Enti:

- Conferenza dei Sindaci
- Ambiti Sociali Territoriali
- Enti del Terzo Settore (ETS)
- Cabina di Regia di ATS
- Organismo Consultivo Distrettuale (OCD).

2. Analisi del contesto

2.1 La domanda di salute in ASST

Per i dati relativi al tessuto sociale si rimanda al Piano di Zona.

2.1.1 ASST SANTI PAOLO E CARLO

2.1.1.1 Demografia e Contesto sociale

La popolazione residente nell'ASST Santi Paolo e Carlo nel 2023 è di 456.593 persone (M= 218.734 pari al 47,9%; F=237.859 pari al 52,1%), di cui stranieri 88.157 (19,3%).

Analizzando la distribuzione per fasce d'età:

- L'11,7% della popolazione è costituito da bambini e ragazzi tra 0 e 14 anni, rispetto al 12,6% registrato nella Città di Milano.
- La fascia di età compresa tra i 15 e i 64 anni rappresenta il 65,2% della popolazione rispetto al 64,8% della Città di Milano.
- Gli over 65 rappresentano il 23,1% della popolazione, rispetto al 22,7% della Città di Milano.

Gli indici demografici dell'ASST Santi Paolo e Carlo per il 2023 evidenziano:

- Un indice di vecchiaia di 197,5
- Un indice di dipendenza degli anziani di 35,5
- Un indice di dipendenza strutturale di 53,5

Nel 2022, il tasso di natalità era del 6,9, mentre il tasso di mortalità si attestava a 22,5.

2.1.1.2 Prevalenza cronicità

La popolazione di malati cronici nel territorio dell'ASST Santi Paolo e Carlo è significativa, con 158.718 persone affette da una o più malattie croniche.

Di questi, 74.840 (16,4% dei residenti) soffrono di una sola malattia cronica, mentre 83.878 (18,4% dei residenti) hanno due o più malattie croniche. Più della metà dei pazienti cronici (52,85%) soffre di due o più malattie croniche, evidenziando un'alta prevalenza di comorbidità.

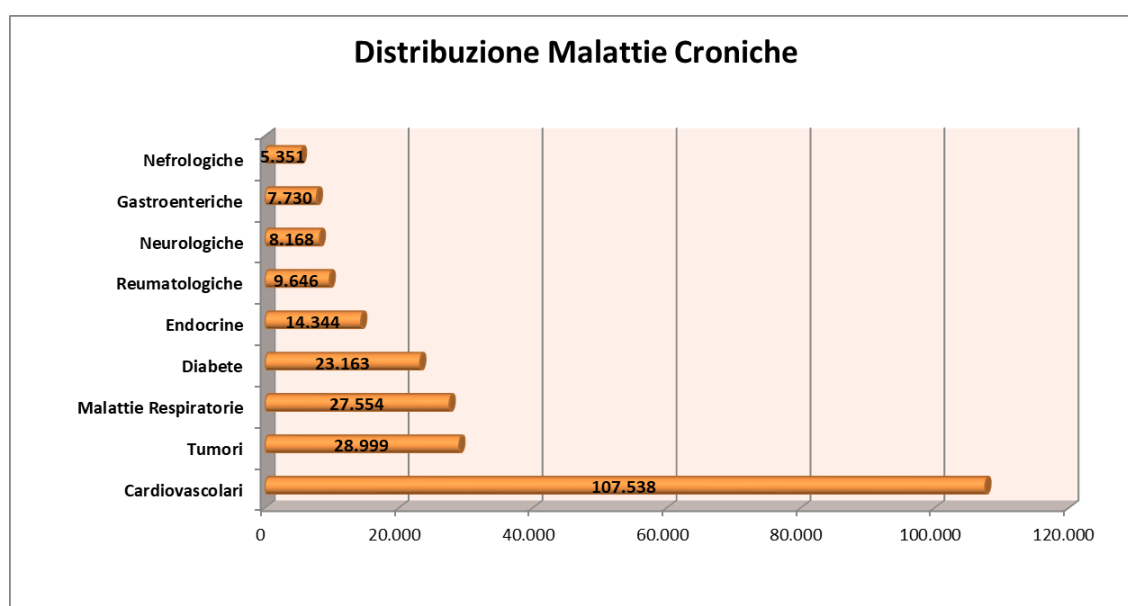
Il totale delle malattie croniche nel territorio dell'ASST Santi Paolo e Carlo è pari a 232.493. In Tabella 1 se ne riporta la distribuzione.

TABELLA 1 - MALATTIE CRONICHE ASST SANTI PAOLO E CARLO (2023)

Tipo di Malattia Cronica	N° casi	% sul Totale di Malattie Croniche (232.493)
--------------------------	---------	---



Malattie Cardiovascolari	107.538	46,25%
Tumori	28.999	12,47%
Malattie Respiratorie	27.554	11,85%
Diabete	23.163	9,96%
Malattie Endocrine	14.344	6,17%
Malattie Reumatologiche	9.646	4,15%
Malattie Neurologiche	8.168	3,51%
Malattie Gastroenteriche	7.730	3,32%
Malattie Nefrologiche	5.351	2,30%
Totale	232.493	100%

FIGURA 1- DISTRIBUZIONE MALATTIE CRONICHE ASST SANTI PAOLO E CARLO (2023)

Le malattie cardiovascolari con 107.538 casi rappresentano la malattia cronica più comune, costituendo il 46,25% del totale delle malattie croniche.

Dal 2013 al 2023, i dati relativi ai malati affetti da malattie cardiovascolari restano piuttosto stabili, con un numero di malati che oscilla attorno ai 108.000 malati all'anno. Non si osservano variazioni significative in questo periodo, il che suggerisce una situazione di stabilità (Figura 2).

I tumori e le malattie respiratorie con rispettivamente 28.999 (12,47%) e 27.554 (11,85%) casi, sono le altre patologie croniche più comuni, seguite dal diabete (23.163 casi, 9,96%).



Il numero di malati affetti da malattie respiratorie dal 2013 al 2023 oscilla tra circa 24.000 e 28.000 malati. La tendenza generale mostra un andamento altalenante, con un minimo nel 2020, probabilmente influenzato dalla pandemia e una ripresa nei successivi tre anni. Il 2023 segna il punto più alto del decennio (Figura 2).

Il numero di malati con diabete è rimasto relativamente stabile dal 2013 al 2023, con lievi fluttuazioni. Nel 2023 si registra un incremento rispetto agli anni precedenti, con un numero di malati che supera i 23.000 (Figura 2).

Le malattie endocrine, reumatologiche, neurologiche, gastroenteriche e nefrologiche pur avendo una prevalenza minore, rappresentano comunque una parte rilevante del carico sanitario, con una prevalenza che varia dal 6,17% delle malattie endocrine al 2,30% delle malattie nefrologiche (Figura 1).

Le malattie endocrine, neurologiche, gastroenteriche e nefrologiche hanno un andamento pressoché stabile dal 2013 al 2023.

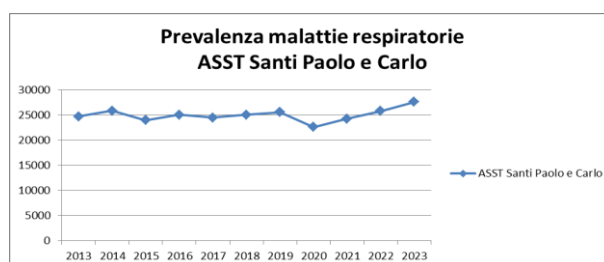
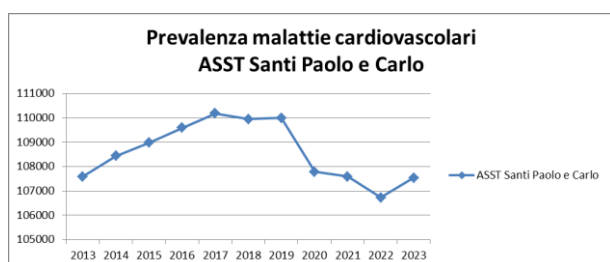
Il numero di malati con patologie reumatologiche dal 2013 al 2023 ha subito un incremento che raggiunge il picco di 9.646 malati nel 2023.

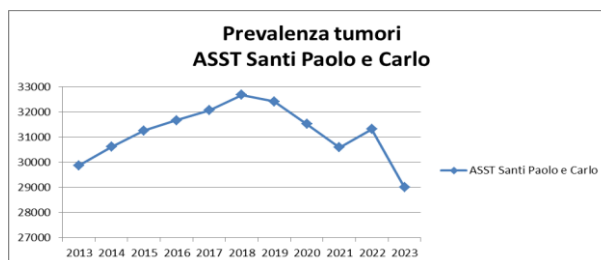
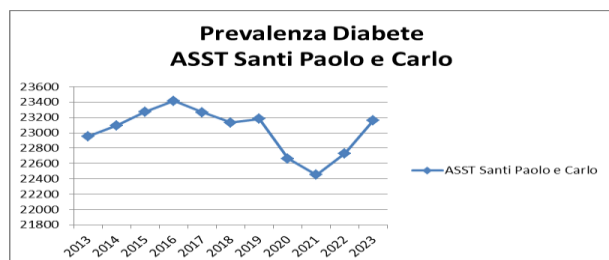
Nel 2019, presso l'ASST Santi Paolo e Carlo, su una popolazione residente di 456.593 persone, l'incidenza di pazienti oncologici era pari a 2.858. Il totale dei nuovi casi di tumore registrati è stato di 2.891. Di questi, il 55% è costituito da tumori dell'apparato digerente, con 627 nuovi casi, tumori della mammella e degli organi genitali femminili, con 597 nuovi casi, e tumori dell'apparato respiratorio e degli organi intratoracici, con 367 nuovi casi.

Tra il 2013 e il 2022, il numero di pazienti oncologici si è mantenuto stabile, oscillando lievemente ogni anno, con un valore compreso generalmente tra 29.000 e 32.000 malati. I dati di prevalenza dei tumori mostrano una crescita costante dal 2013 al 2018, seguita da un calo a partire dal 2020 (Figura 2).

La Figura 2 illustra l'andamento temporale della prevalenza, dal 2013 al 2023, per le seguenti patologie croniche: malattie cardiovascolari, respiratorie, tumori e diabete.

FIGURA 2 - PREVALENZA MALATTIE CRONICHE ASST SANTI PAOLO E CARLO - ANDAMENTO TEMPORALE 2013- 2023





2.1.1.3 Mobilità

A) Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

In Tabella 2 si analizza la distribuzione delle prestazioni specialistiche di cui hanno usufruito i residenti dell'ASST Santi Paolo e Carlo, in particolare pneumologia, endocrinologia, oftalmologia e cardiologia.

TABELLA 2 – PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ASST SANTI PAOLO E CARLO (2023)

Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale	ASST Santi Paolo e Carlo
Visite Cardiologiche (n)	49.950
- Centro Principale (%)	Centro Auxologico Ospesale San Luca: 5.394 (10,8%)
- Altri Centri (%)	Centro Cardiologico s.p.a: 4.650 (9,31%) IRCCS Ca' Granda OMP: 3.184 (6,37%)
ECG (n)	51.885
- Centro Principale (%)	PO San Carlo Borromeo: 3.959 (7,63%)
- Altri Centri (%)	IRCCS Ca' Granda: 3.851 (7,43%) Centro Cardiologico s.p.a: 3.547 (6,84%)
Ecocardiogramma (n)	29.780
- Centro Principale (%)	Centro Auxologico Osp. San Luca: 3.304 (11,09%)
- Altri Centri (%)	PO San Paolo: 1.841 (6,18%) Centro Auxologico San Michele: 1.837 (6,17%)
Visite Pneumologiche (n)	18.263
- Centro Principale (%)	PO San Paolo: 3.510 (19,22%)
- Altri Centri (%)	PO San Carlo: 1.976 (10,82%) IRCCS Ca' Granda OMP: 1.823 (9,98%)
Spirometrie (n)	30.317
- Centro Principale (%)	Centro Ambrosiano Medicina dello Sport: 6.891 (22,73%)
- Altri Centri (%)	PO San Paolo: 2.551 (8,41%)



	Nuovo decathlon srl c.m.sport: 2.391 (7,89%)
Visite	
Diabetologiche/Endocrinologiche (n)	45.642
- Centro Principale (%)	PO San Paolo: 4.756 (10,42%)
- Altri Centri (%)	IRCCS Ca' Granda: 3.775 (8,27%) Centro Auxologico San Michele: 3.368 (7,38%)
Esame Fondo Oculare (n)	3.062
- Centro Principale (%)	Poliambulatorio via Stromboli: 452 (14,76%)
- Altri Centri (%)	PO San Paolo: 354 (11,56%) Ospedale San Giuseppe: 279 (9,11%)

Alcune strutture emergono come i centri principali per specifici tipi di prestazioni ambulatoriali, come il Centro Auxologico Ospedale San Luca per ecocardiogrammi e per visite cardiologiche. Inoltre, si osserva una distribuzione diffusa tra le diverse strutture, con il PO San Paolo che gioca un ruolo centrale in diverse specializzazioni, incluse pneumologia, diabetologia/endocrinologia e fondo oculare. Da segnalare il poliambulatorio di via Stromboli che rappresenta il centro principale per l'esame del fondo oculare.

La distribuzione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali mostra alcune differenze tra uomini e donne, e variazioni significative diverse fasce di età:

Pneumologia (58.155 prestazioni totali):

- Distribuzione quasi equa tra uomini (29.749) e donne (28.406).
- Maggiore frequenza tra i giovani uomini (fino a 19 anni) e le donne anziane (oltre i 70 anni).

Endocrinologia (45.642 prestazioni totali):

- Le donne effettuano più prestazioni (27.969 donne vs 17.673 uomini).
- Le prestazioni aumentano con l'età, con un picco tra i 60-79 anni e la maggiore incidenza di prime visite nelle fasce 55+ (soprattutto 60-64 e 65-69 anni).

Cardiologia (212.850 prestazioni totali):

- Equilibrio tra uomini (104.870) e donne (107.980).
- Maggiore frequenza tra i giovani uomini (15-19 anni) e le donne anziane (oltre i 70 anni).

B) Ricoveri ordinari



Il numero di pazienti residenti presso l'ASST Santi Paolo e Carlo ricoverati nel 2023 è stato di 31.808, pari al 7,0% del totale dei residenti. Il totale dei ricoveri è stato di 38.239. La Tabella 3 riassume la distribuzione dei ricoveri dei residenti dell'ASST Santi Paolo e Carlo, per le diverse patologie.

TABELLA 3 – RICOVERI RESIDENTI ASST SANTI PAOLO E CARLO (2023)

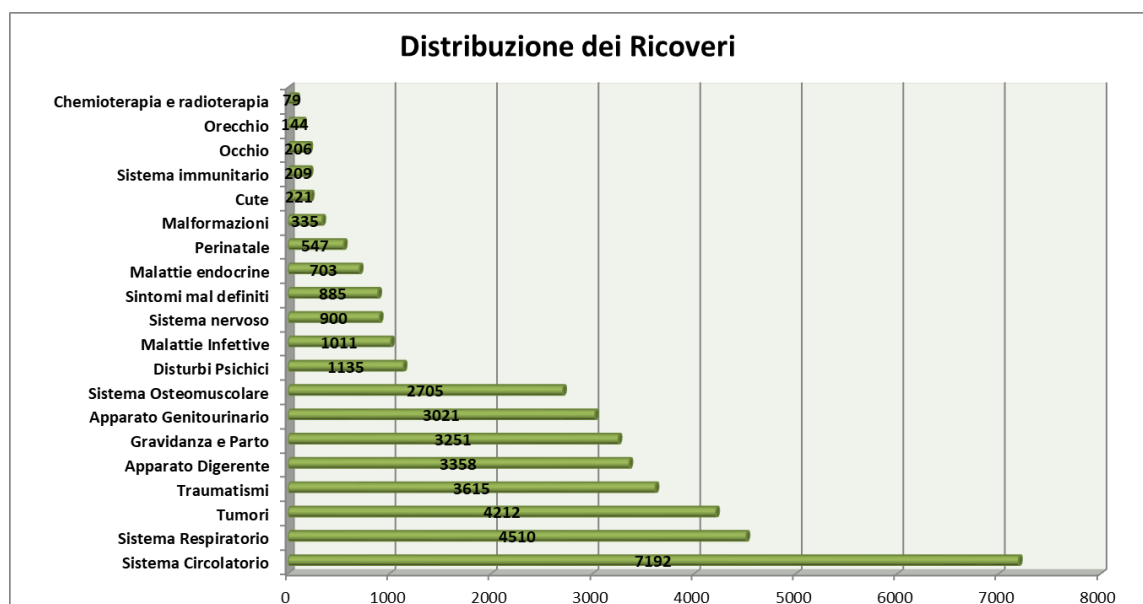
Categoria di Patologia	N° Ricoveri	% sul totale dei Ricoveri
Sistema Circolatorio	7.192	18,81%
Sistema Respiratorio	4.510	11,79%
Tumori	4.212	11,01%
Gravidanza e Parto	3.251	9,45%
Apparato Digerente	3.358	8,78%
Traumatismi	3.615	8,50%
Apparato Genitourinario	3.021	7,90%
Sistema Osteo-muscolare	2.705	7,07%
Disturbi Psicici	1.135	2,97%
Malattie Infettive	1.011	2,64%
Sistema Nervoso	900	2,35%
Sintomi Mal Definiti	885	2,31%
Malattie Endocrine	703	1,84%
Perinatale	547	1,43%
Malformazioni	335	0,88%
Cute	221	0,58%
Sistema Immunitario	209	0,55%
Occhio	206	0,54%
Orecchio	144	0,38%
Chemioterapia e Radioterapia	79	0,21%
Totale	38.239	100,00%

Le patologie cardiovascolari con 7.192 ricoveri rappresentano la principale causa di ospedalizzazione. Questo conferma l'alta prevalenza di malattie cardiovascolari nella popolazione locale, come già evidenziato dai dati sui malati cronici.



Le malattie respiratorie e i tumori presentano un numero elevato di ricoveri, rispettivamente 4.510 e 4.212. Anche gravidanza e parto (3.251 ricoveri), traumi (3.615) e malattie dell'apparato digerente (3.358) rappresentano cause significative di ospedalizzazione (Figura 3).

FIGURA 3- DISTRIBUZIONE DEI RICOVERI ASST SANTI PAOLO E CARLO (2023)



In Figura 4 è rappresentato il confronto con ATS Milano che evidenzia alcune differenze significative in termini di ospedalizzazioni nei tassi di standardizzazione per diverse categorie di malattie.

FIGURA 4 – RICOVERI ASST SANTI PAOLO E CARLO: CONFRONTO CON ATS – RAPPORTO FRA TASSI STANDARDIZZATI (2023)



Tassi di Standardizzazione Superiori: i ricoveri per l'apparato genitourinario, respiratorio, traumatismi, disturbi psichici e patologie perinatali presso l'ASST Santi Paolo e Carlo sono superiori rispetto a quelli dell'ATS Milano. In particolare, i ricoveri perinatali sono significativamente più alti.

Tassi di Standardizzazione Inferiori: al contrario, i ricoveri per patologie del sistema nervoso, sintomi mal definiti, malattie endocrine e sistema immunitario sono inferiori rispetto alla media di ATS Milano.

C) Accesso al Pronto Soccorso della popolazione residente

La Tabella 4 riporta il numero di accessi al Pronto Soccorso (PS) della popolazione residente presso l'ASST Santi Paolo e Carlo, suddivisi per periodo diurno e notturno, dal 2015 al 2023.

TABELLA 4- ACCESSI PS PER PERIODO (2015-2023)

Periodo	Ore diurne	Ore notturne	Totale
2015	123.416	35.867	159.283
2016	123.030	35.681	158.711
2017	120.039	34.690	154.729
2018	125.902	36.456	162.358
2019	126.533	36.339	162.872
2020	81.707	23.317	105.024



2021	95.445	26.911	122.356
2022	104.381	31.368	135.749
2023	110.741	32.421	143.162

Il numero totale di accessi mostra una tendenza al rialzo dal 2015 al 2019, raggiungendo un picco di 162.872 nel 2019. Nel 2020, si è registrato un calo degli accessi, sia diurni che notturni, con un totale di 105.024, una tendenza chiaramente attribuibile all'impatto della pandemia di COVID-19. Dal 2021 al 2023, si osserva una ripresa graduale degli accessi, con un aumento costante ogni anno, fino a raggiungere 143.162 nel 2023.

La Tabella 5 mostra invece il numero di accessi al Pronto Soccorso della popolazione residente presso l'ASST Santi Paolo e Carlo, suddivisi per classe di età e genere, con un totale di 143.162 accessi.

TABELLA 5 - ACCESSI PS PER CLASSE DI ETÀ E GENERE (2023)

Classe Età	Uomini	Donne	Totale
0-4	5.566	4.297	9.863
5-9	3.988	3.149	7.137
10-14	3.208	2.324	5.532
15-19	2.937	2.422	5.359
20-24	2.876	2.940	5.816
25-29	2.843	3.567	6.410
30-34	2.983	5.202	8.185
35-39	3.015	5.522	8.537
40-44	3.513	4.466	7.979
45-49	4.082	3.788	7.870
50-54	4.513	4.397	8.910
55-59	4.499	4.505	9.004
60-64	3.955	3.683	7.638
65-69	3.359	3.186	6.545
70-74	3.106	3.530	6.636
75-79	3.445	4.632	8.077
80-84	3.967	5.371	9.338
85+	5.419	8.907	14.326



Totale	67.274	75.888	143.162
---------------	---------------	---------------	----------------

Gli accessi sono leggermente più frequenti tra le donne (75.888) rispetto agli uomini (67.274). Questa differenza è particolarmente pronunciata nelle fasce di età adulta e anziana. Gli accessi sono più frequenti tra i bambini piccoli e gli anziani, indicando che queste fasce di età sono particolarmente vulnerabili e richiedono maggiori cure mediche. A partire dai 75 anni, gli accessi aumentano, con una crescita più marcata nelle donne. Nella fascia di età 85+, le donne registrano un numero di accessi quasi doppio rispetto agli uomini (8.907 contro 5.419).

Dei 143.162 accessi al PS registrati nel 2023 da parte di pazienti residenti nei territori del distretto 5, 6 e 7, oltre il 41% si è concentrato presso i PO San Paolo e San Carlo Borromeo di Milano come mostrato in Tabella 6.

TABELLA 6 – ACCESSI PS RESIDENTI TERRITORIO ASST SANTI PAOLO E CARLO (2023)

Ospedale	Città	Numero Accessi	% sul Totale	% Cumulativa
Ospedale San Paolo	Milano	31.570	22,05%	22,05%
Ospedale San Carlo Borromeo	Milano	27.560	19,25%	41,30%
Fondazione IRCCS Ca' Granda	Milano	18.234	12,74%	54,04%
Istituto Ortopedico Gaetano Pini	Milano	9.455	6,60%	60,64%
Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico	Milano	8.431	5,89%	66,53%
Ospedale San Giuseppe	Milano	7.878	5,50%	72,03%
Presidio Ospedaliero V. Buzzi	Milano	7.208	5,03%	77,06%
Istituto. Clinico Humanitas	Rozzano	6.664	4,65%	81,71%
Istituto Auxologico Italiano	Milano	5.237	3,66%	85,37%
Ospedale Ca' Granda - Niguarda	Milano	3.039	2,12%	87,49%
Ospedale L. Sacco	Milano	2.378	1,66%	89,15%
Istituto Ortopedico Galeazzi	Milano	2.145	1,50%	90,65%

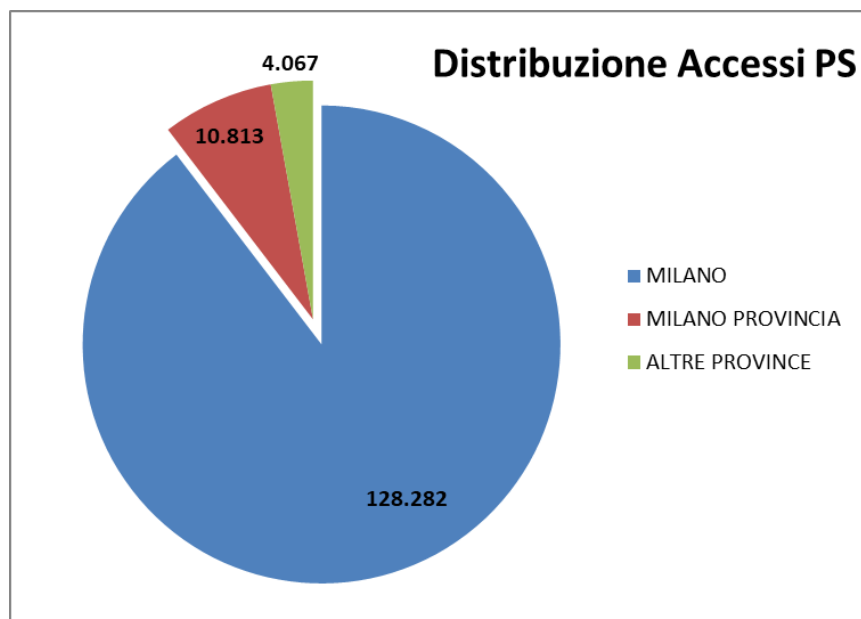


IRCCS S. Raffaele	Milano	1.498	1,05%	91,70%
Ospedale M. Melloni	Milano	1.205	0,84%	92,54%
Istituto Clinico Città Studi	Milano	975	0,68%	93,22%
IRCCS Policlinico San Donato	S.Donato Milanese	939	0,66%	93,88%
Centro Cardiologico "Fondazione Monzino"	Milano	938	0,66%	94,54%
Centro Traumatologico Ortopedico	Milano	531	0,37%	94,91%
Ospedale Di Circolo	Rho	507	0,35%	95,26%
Altro		6770	4.73%	100%

In particolare, l'Ospedale San Paolo registra il maggior numero di accessi al pronto soccorso con 31.570 accessi, che rappresentano il 22,05% del totale. L'Ospedale San Carlo Borromeo segue con 27.560 accessi, che costituiscono il 19,25%. I dati suggeriscono che questi due presidi emergono come i principali punti di riferimento per le emergenze sanitarie dell'ASST Santi Paolo e Carlo. Segue a distanza la Fondazione IRCCS Ca' Granda – OMP i cui 18.234 accessi, rappresentano il 12,74% del totale e l'Istituto Ortopedico Gaetano Pini al quarto posto con 9.455 accessi (6,60%). La percentuale cumulativa mostra che complessivamente, i primi cinque ospedali coprono circa i due terzi degli accessi totali (66,53%), indicando una forte concentrazione di accessi in poche strutture chiave che gestiscono la maggior parte delle emergenze sanitarie, mentre altre strutture svolgono un ruolo complementare.

Dei 143.162 accessi, l'89,6% (128.282) si è concentrato nelle strutture di Milano città, mentre il 7,6% (10.813) ha avuto luogo presso le strutture della provincia di Milano. Il restante 2,8% degli accessi (4.067) è distribuito tra le strutture delle altre province lombarde (Figura 5).

FIGURA 5 - ACCESSI PS MILANO, PROVINCIA MILANO, ALTRE PROVINCE (2023)



2.1.1.4 Mortalità

Nel 2022, nel Territorio dell'ASST Santi Paolo e Carlo, si sono registrati un totale di 5.081 decessi (Tabella 7).

TABELLA 7 – CAUSE DI MORTE TERRITORIO ASST SANTI PAOLO E CARLO (2022)

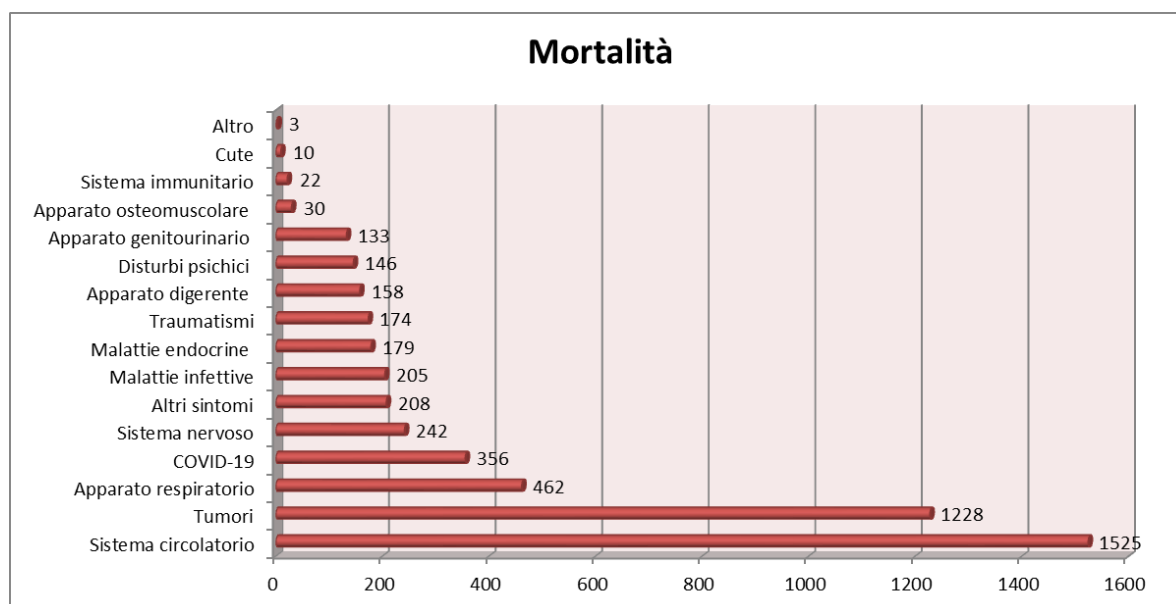
Causa di morte	Numero di decessi	Percentuale sul totale (%)
Patologie del sistema circolatorio	1.525	30,04%
Tumori	1.228	24,17%
Malattie dell'apparato respiratorio	462	9,09%
COVID-19	356	7,01%
Malattie del sistema nervoso	242	4,76%
Malattie infettive	205	4,04%
Malattie endocrine	179	3,52%
Disturbi psichici	146	2,87%
Traumatismi	174	3,43%
Malattie dell'apparato digerente	158	3,11%
Totale	5.081	100%

I dati sulla mortalità indicano che le patologie del sistema circolatorio (1.525) e i tumori (1.228), rappresentano la maggior parte dei decessi. Seguono le malattie dell'apparato respiratorio (462), COVID-19 (356) e le malattie del sistema nervoso (242). Il COVID-19 posizionandosi al quarto posto tra le cause di morte, evidenzia il suo impatto sulla popolazione.



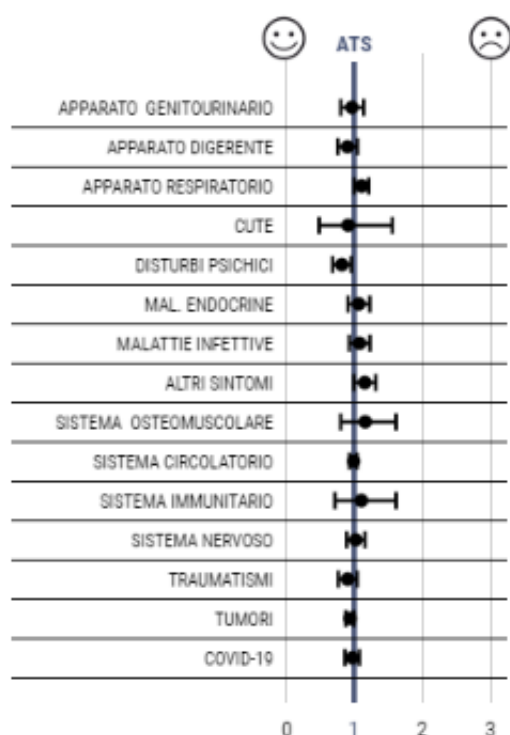
Altre cause contribuiscono in modo non trascurabile al totale dei decessi: malattie infettive (205), endocrine (179), disturbi psichici (146), traumatismi (174) e problemi dell'apparato digerente (158) (Figura 6).

FIGURA 6- MORTALITA' TERRITORIO ASST SANTI PAOLO E CARLO (2022)



In Figura 7 è rappresentato il confronto con ATS Milano che evidenzia alcune differenze significative in termini di decessi nei tassi di standardizzazione per diverse categorie di malattie.

FIGURA 7 – DECESSI TERRITORIO ASST SANTI PAOLO E CARLO: CONFRONTO CON ATS – RAPPORTO FRA TASSI STANDARDIZZATI



Tassi di Standardizzazione Superiori: i decessi per malattie dell'apparato respiratorio, malattie endocrine, malattie infettive, altri sintomi, sistema osteo-muscolare e sistema immunitario sono superiori rispetto a quelli dell'ATS Milano.

Tassi di Standardizzazione Inferiori: al contrario, i ricoveri per patologie dell'apparato digerente, cute, disturbi psichici e traumatismi sono inferiori rispetto alla media di ATS Milano.

2.1.1.5 Coperture vaccinali e screening

La Tabella 8 mostra le coperture vaccinali nel 2023 presso l'ASST Santi Paolo e Carlo. In generale i tassi di vaccinazione nella ASST Santi Paolo e Carlo sono inferiori rispetto a quelli di ATS Milano e ben al di sotto degli obiettivi ministeriali.

TABELLA 8 - COPERTURE VACCINALI ASST SANTI PAOLO E CARLO (2023)

Indicatore	ASST SS Paolo e Carlo	ATS Milano
Proporzione di bambini vaccinati entro 24 mesi con 1 ^a dose vaccino MPR	90,4%	92%
Proporzione di bambini vaccinati entro 24 mesi con vaccino esavalente	90,7%	92%
Proporzione di soggetti ≥ 19 anni con richiamo DTPA negli ultimi 10 anni	12,4%	14,2%



Proporzione di soggetti ≥ 65 anni vaccinati contro l'influenza	45,9%	49,1%
Proporzione di soggetti ≥ 65 anni con patologie croniche vaccinati contro l'influenza	51,2%	53,7%
Proporzione di soggetti ≥ 65 anni vaccinati con vaccino antipneumococcico	16,1%	18,5%
Proporzione di soggetti ≥ 65 anni vaccinati contro il virus della varicella zoster	2,6%	2,5%

Per quanto riguarda la prevenzione secondaria, i dati riportati nella Tabella 9 evidenziano come le coperture di screening per l'anno 2021 nell'ASST Santi Paolo e Carlo siano state fortemente influenzate dalla pandemia da SARS-CoV-2.

Per tutti e tre gli indicatori, la ASST Santi Paolo e Carlo mostra tassi di partecipazione leggermente superiori o uguali rispetto a quelli di ATS Milano.

TABELLA 9 - COPERTURE SCREENING ONCOLOGICI ASST SANTI PAOLO E CARLO (2021)

Indicatore	ASST Santi Paolo e Carlo	ATS Milano
Proporzione di donne che hanno effettuato un test di screening per la cervice uterina	15,00%	13,40%
Proporzione di soggetti che hanno effettuato un test di screening per il colon retto	22,50%	21,50%
Proporzione di donne che hanno effettuato un test di screening per la mammella	44,10%	43,70%

2.1.2 DISTRETTI 5 - 6 – 7

2.1.2.1 Demografia e contesto sociale

La Tabella 10 riassume i dati demografici dei Municipi 5, 6 e 7, fornendo informazioni sulla popolazione residente, sulla presenza di stranieri, su diversi indici demografici per l'anno 2023, nonché sui tassi di natalità e mortalità per l'anno 2022.

TABELLA 10 – CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DEI DISTRETTI DELL'ASST SANTI PAOLO E CARLO



Municipi o	Quartieri	Popolazione e 2023	Stranieri i 2023	% Stranieri 2023	Indice vecchiaia a 2023	Indice dipendenza degli anziani 2023	Indice dipendenza strutturale 2023	Tasso di natalità à 2022	Tasso di mortalità à 2022
5	Vigentino, Chiaravalle, Gratosoglio	126.837	23.945	18.88%	196.1	33.1	50.0	6.8	21.1
6	Barona, Lorenteggio	152.942	27.476	17.96%	201.9	36.6	54.7	7.3	24.4
7	Baggio, De Angeli, San Siro	176.814	36.736	20.77%	194.9	36.3	54.9	6.6	22.0
ASST SS Paolo e Carlo		456.593	88.157	19.31%	197.5	35,5	53,5	6,9	22,5
ATS Milano		3.515.319	543.958	15,47%	180,4	35,0	54,4	6,9	14,4

L'indice di vecchiaia, superiore a 190 in tutti i municipi, indica un significativo invecchiamento della popolazione. La percentuale di stranieri è considerevole, soprattutto nel municipio 7.

Il basso tasso di natalità e l'alto tasso di mortalità confermano il trend di invecchiamento e di diminuzione della popolazione.

Analisi per municipio:

- Municipio 5: ha un indice di vecchiaia leggermente inferiore rispetto agli altri due, ma comunque elevato. La presenza di stranieri è inferiore alla media della ASST.
- Municipio 6: ha il più alto indice di vecchiaia e di dipendenza degli anziani. La presenza di stranieri è superiore alla media della ASST.
- Municipio 7: ha caratteristiche simili al municipio 6, con un indice di vecchiaia leggermente inferiore e una presenza di stranieri ancora più elevata.

In generale, l'ASST San Paolo e Carlo copre una zona con una percentuale più alta di popolazione straniera, soprattutto nel municipio 7 e un indice di vecchiaia superiore rispetto alla media cittadina. Il tasso di mortalità dell'ASST è 22,5, più alto rispetto alla media di Milano (14,4).



2.1.2.2 Prevalenza delle malattie croniche – 2023

La Tabella 11 riassume la prevalenza dei malati cronici con una o più condizioni croniche nei distretti 5, 6 e 7 dell'ASST Santi Paolo e Carlo nel 2023. I dati sono in linea con quelli dell'ATS Milano.

La Tabella 11 mostra, inoltre, la prevalenza delle principali malattie croniche (malattie cardiovascolari, malattie respiratorie, tumori e diabete) nei distretti 5, 6 e 7 per il 2023, con un confronto dei dati con l'ASST Santi Paolo e Carlo e l'ATS Milano.

I dati evidenziano percentuali simili tra le diverse aree. Le malattie cardiovascolari sono le più diffuse, colpendo quasi la metà dei pazienti cronici, seguite da tumori e malattie respiratorie.

TABELLA 11 – PREVALENZA DELLE MALATTIE CRONICHE 2023 DEI DISTRETTI DELL'ASST SANTI PAOLO E CARLO

	Municipio 5	Municipio 6	Municipio 7	ASST Santi Paolo e Carlo	ATS Milano
Quartieri	Vigentino, Chiaravalle, Gratosoglio	Barona, Lorenteggio	Baggio, De Angeli, San Siro	-	-
Prevalenza Malati Cronici	42.813	53.816	62.089	158.718	1.288.793
Prevalenza Malati con 1 condizione cronica n/residenti (%)	20.292 (16%)	25.047 (16,4%)	29.501 (16,7%)	74.840 (16,4%)	615.268 (17,5%)
Prevalenza Malati con ≥2 condizioni croniche n/residenti (%)	22.521 (17,8%)	28.769 (18,8%)	32.588 (18,4%)	83.878 (18,4%)	673.525 (19,1%)
TOT Malattie croniche	62.399	79.202	90.892	232.493	1.868.748

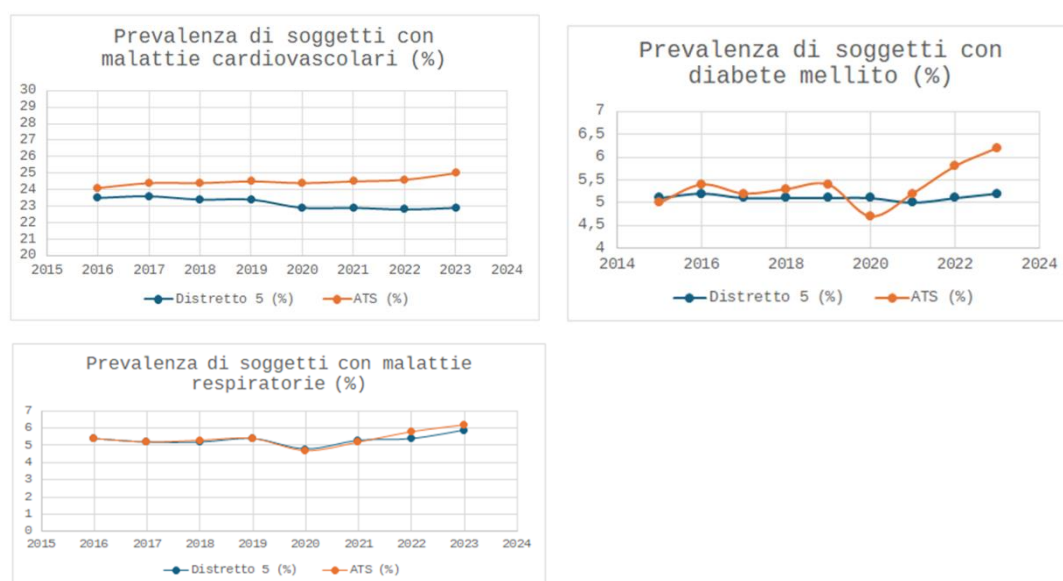


Prevalenza Malattie Cardiovascolari n (%) *	28.773 (46,1%)	36.580 (46,2%)	42.185 (46,4%)	107.538 (46,2%)	886.170 (47,4%)
Prevalenza Malattie Respiratorie n (%) *	7.384 (11,8%)	9.408 (11,8%)	10.762 (11,8%)	27.554 (11,8%)	218.720 (11,7%)
Prevalenza Tumori n (%) *	7.738 (12,4%)	10.040 (12,7%)	11.221 (12,3%)	28.999 (12,5%)	221.483 (11,8)
Prevalenza Diabete n (%) *	6.554 (10,5%)	7.668 (9,7%)	8.941 (9,8%)	23.163 (9,96%)	189.717 (10,1%)

*percentuale sul totale delle malattie croniche

Dal 2016 al 2023 l'andamento della prevalenza di soggetti con malattie croniche residenti nel territorio del distretto 5 si è mantenuto abbastanza stabile (Figura 8).

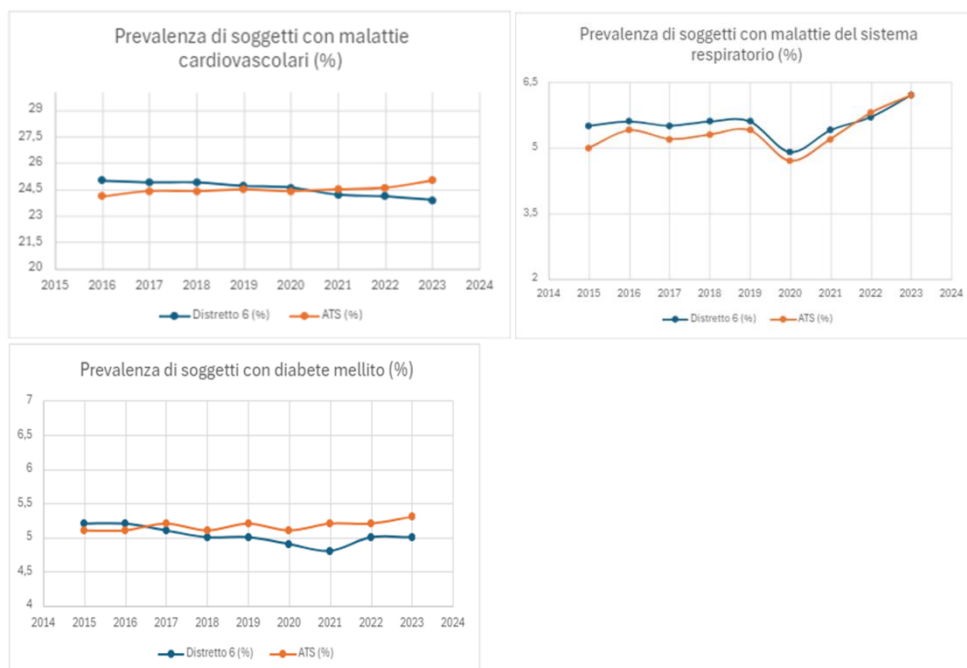
FIGURA 8 - PREVALENZA DI SOGGETTI CON MALATTIE CARDIOVASCOLARI, DIABETE MELLITO E MALATTIE RESPIRATORIE DISTRETTO 5



Dal 2015 al 2023 tra i residenti del distretto 6 si è registrato una tendenza in decremento dei soggetti con malattie cardiovascolari e un aumento della prevalenza dei soggetti con malattie del sistema respiratorio (Figura 9).

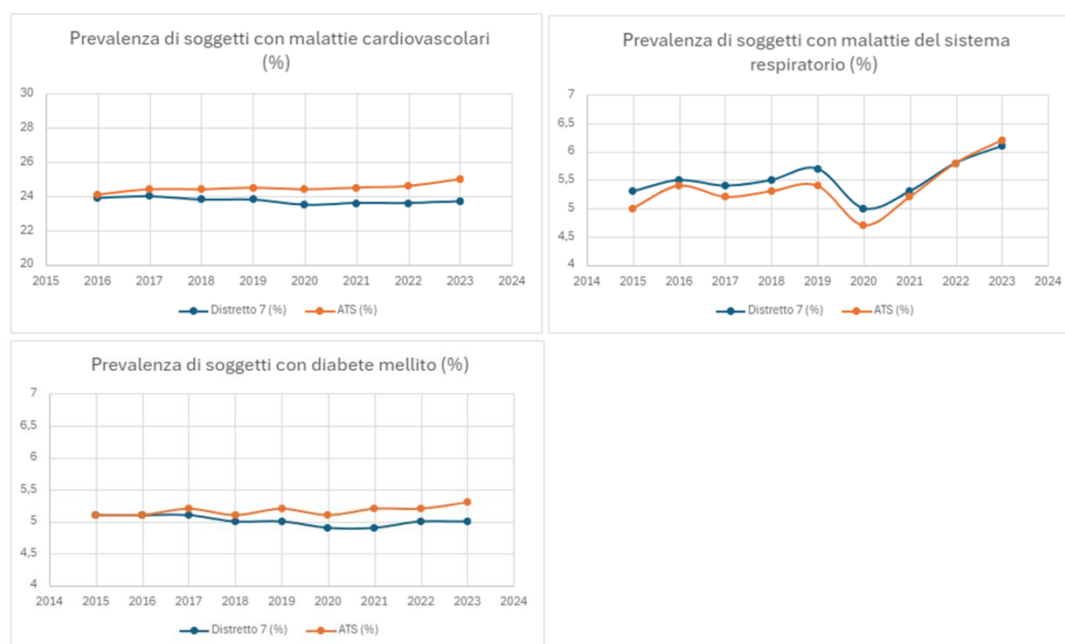


FIGURA 9 - PREVALENZA DI SOGGETTI CON MALATTIE CARDIOVASCOLARI, DIABETE MELLITO E MALATTIE RESPIRATORIE DISTRETTO 6



Dal 2015 al 2023 per i residenti del territorio del distretto 7 si è registrato una tendenza in aumento della prevalenza dei soggetti con malattie del sistema respiratorio (Figura 10).

FIGURA 10 - PREVALENZA DI SOGGETTI CON MALATTIE CARDIOVASCOLARI, DIABETE MELLITO E MALATTIE RESPIRATORIE DISTRETTO 7



**A) Prestazioni specialistiche ambulatoriali**

Nella tabella seguente (Tabella 11) sono riportate le prestazioni specialistiche effettuate nel 2023 dalla popolazione residente nei Distretti 5, 6 e 7 dell'ASST Santi Paolo e Carlo.

In particolare, vengono evidenziate le visite cardiologiche, pneumologiche e diabetologiche, con l'indicazione dei principali centri di erogazione. La Tabella 12 include anche i dati relativi alle seguenti prestazioni diagnostiche: ECG, ecocardiogramma, spirometria e fundus oculi.

TABELLA 12 – PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER I DISTRETTI 5,6, 7 (2023)

Prestazioni Specialistiche	Municipio 5	Municipio 6	Municipio 7
Visite Cardiologiche (n)	13.991	16.296	19.663
- Centro Principale (%)	Centro Cardiologico s.p.a Milano: 2.015 (14,4%)	Auxologico Osp. S. Luca: 1.852 (11,36%)	Auxologico Osp. S. Luca: 2.993 (15,22%)
- Altri Centri (%)	Ca' Granda OMP: 1.522 (10,88%)	San Paolo: 1.509 (9,26%)	San Carlo Borromeo: 1.987 (10,11%)
	Humanitas: 1.347 (9,63%)	Centro Cardiologico s.p.a Milano: 1.372 (8,42%)	Centro Cardiologico s.p.a Milano: 1.263 (6,42%)
ECG (n)	14.658	17.457	19.740
Ecocardiogramma (n)	8.041	10.075	11.664
Visite Pneumologiche (n)	4.923	6.349	6.991
- Centro Principale (%)	San Paolo: 1.109 (22,53%)	San Paolo: 1.935 (30,48%)	San Carlo Borromeo: 1.403 (20,07%)
- Altri Centri (%)	Ca' Granda OMP: 820 (16,66%)	S. Giuseppe: 714 (11,25%)	Pio Albergo Trivulzio: 750 (10,73%)
	Villa Marelli: 403 (8,19%)	Ca' Granda: 524 (8,25%)	Don Gnocchi: 604 (8,64%)
Spirometrie (n)	8.062	11.378	10.877
Visite Diabetologiche/Endocrinologiche (n)	12.695	15.353	17.594
- Centro Principale (%)	Ca' Granda OMP: 1.777 (14%)	San Paolo: 2.528 (16,47%)	San Carlo Borromeo: 2.360 (13,41%)



- Altri Centri (%)	San Paolo: 1.563 (12,31%)	S. Giuseppe: 1.478 (9,63%)	Auxologico S. Michele: 1.656 (9,41%)
	Humanitas: 1.265 (9,96%)	Stromboli: 1.404 (9,14%)	Auxologico S. Luca: 1.628 (9,25%)
Esame Fondo Oculare (n)	798	1.208	1.056
- Centro Principale (%)	Poliambulatorio Rugabella: 127 (15,91%)	Poliambulatorio Via Stromboli: 252 (20,86%)	Poliambulatorio Via Stromboli: 154 (14,58%)
- Altri Centri (%)	Poliambulatorio Osp. San Paolo: 99 (12,41%)	Poliambulatorio Osp. San Paolo: 189 (15,65%)	Centro Auxologicvo Osp. San Luca: 123 (11,65%)
	Poliambulatorio Via Gola: 70 (8,77%)	Poliambulatorio Via Gola: 130 (10,76%)	Poliambulatorio Via Masaniello: 107 (10,13%)

B) Ricoveri ordinari 2023

Nella Tabella 13 è riportato il numero dei ricoveri ordinari relativi ai residenti di ciascun distretto dell'ASST Santi Paolo e Carlo.

TABELLA 13 – RICOVERI ORDINARI 2023 PER I DISTRETTI 5, 6 E 7

Distretto	N° di Pazienti Ricoverati	% sul Totale dei Residenti	Totale dei Ricoveri
Distretto 5	8.507	6,70%	10.225
Distretto 6	10.824	7,10%	12.989
Distretto 7	12.477	7,10%	15.025
ASST Santi Paolo e Carlo	31.808	7%	38.239
ATS MILANO	241.854	6,9%	285.627



Nel 2023 il numero di pazienti ricoverati sul numero totale dei residenti di ciascun distretto mostra percentuali simili tra i tre distretti e in linea con ATS e ASST.

C) Accesso al Pronto Soccorso della popolazione residente

DISTRETTO 5

Nel 2023, il numero totale di accessi al PS a parte della popolazione residente nel Distretto 5 è stato 39.960.

La Tabella 14 mostra la distribuzione degli accessi in PS della popolazione residente nel Municipio 5, suddivisi per classe d'età e genere.

TABELLA 14 – ACCESSI PS PER CLASSE DI ETÀ E GENERE DISTRETTO 5 (2023)

Classe Età	Uomini	Donne	Totale
0-4	1.500	1.152	2.652
5-9	1.058	768	1.826
10-14	895	609	1.504
15-19	829	691	1.520
20-24	836	879	1.715
25-29	816	1.032	1.848
30-34	924	1.532	2.456
35-39	962	1.571	2.533
40-44	1.133	1.259	2.392
45-49	1.155	1.117	2.272
50-54	1.322	1.236	2.558
55-59	1.253	1.204	2.457
60-64	1.196	1.041	2.237
65-69	947	893	1.840
70-74	830	1.006	1.836
75-79	902	1.232	2.134
80-84	962	1.409	2.371
85+	1.450	2.359	3.809
Totale	18.970	20.990	39.960



Osservando i dati per classe di età, emerge che il numero totale di accessi tende ad aumentare con l'età, con un picco nella classe di età degli 85 anni e oltre (3.809 accessi). In generale, le donne hanno un numero di accessi leggermente superiore a quello degli uomini (20.990 contro 18.970). Questo è particolarmente evidente nelle fasce di età più avanzata (70-79 e 85+) e nell'età adulta (20-44 anni).

La Tabella 15 mostra la distribuzione degli accessi al PS della popolazione residente nel Municipio 5, suddivisi tra le diverse strutture ospedaliere.

TABELLA 15 – ACCESSI PS STRUTTURE SANITARIE RESIDENTI DISTRETTO 5 (2023)

Ospedale	Città	Numero Accessi	% sul Totale	% Cumulativa
Ospedale San Paolo	Milano	10.680	26,73%	26,73%
Fondazione IRCCS Ca' Granda - OMP	Milano	9.183	22,98%	49,71%
Istituto Clinico Humanitas	Rozzano	4.613	11,54%	61,25%
Istituto Ortopedico Gaetano Pini	Milano	4.023	10,07%	71,32%
Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico	Milano	2.288	5,73%	77,04%
Ospedale San Giuseppe	Milano	1.251	3,13%	80,18%
Ospedale Ca' Granda - Niguarda	Milano	727	1,82%	81,99%
Presidio Ospedale V. Buzzi	Milano	711	1,78%	83,77%
Ospedale M. Melloni	Milano	673	1,68%	85,46%
Ospedale S. Carlo Borromeo	Milano	637	1,59%	87,05%
Centro Cardiologico "Fond. Monzino"	Milano	622	1,56%	88,61%
IRCCS Policlinico San Donato	S. Donato Milanese	615	1,54%	90,15%
IRCCS S. Raffaele	Milano	465	1,16%	91,31%
Istituto Clinico Città Studi	Milano	396	0,99%	92,30%
Ist. Auxologico Italiano - I.S. S. Luca	Milano	372	0,93%	93,23%
Ospedale L. Sacco	Milano	346	0,87%	94,10%



Ospedale di Vizzolo Predabissi	Vizzolo Predabissi	177	0,44%	94,54%
Istituto Ortopedico Galeazzi SPA	Milano	168	0,42%	94,96%
PO Centro Traumatologico Ortopedico	Milano	131	0,33%	95,29%
Altro		1.882	4,71%	100%

DISTRETTO 6

Nel 2023, il numero totale di accessi al PS da parte della popolazione residente nel Distretto 6 è stato 48.876.

La Tabella 16 mostra la distribuzione degli accessi in PS della popolazione residente nel Municipio 6, suddivisi per classe d'età e genere.

TABELLA 16 - ACCESSI PS PER CLASSE DI ETÀ E GENERE DISTRETTO 6 (2023)

Classe Età	Uomini	Donne	Totale
0-4	1.909	1.519	3.428
5-9	1.374	1.126	2.500
10-14	1.041	800	1.841
15-19	968	805	1.773
20-24	969	964	1.933
25-29	923	1.176	2.099
30-34	974	1.771	2.745
35-39	1.019	1.852	2.871
40-44	1.104	1.579	2.683
45-49	1.541	1.277	2.818
50-54	1.485	1.488	2.973
55-59	1.508	1.532	3.040
60-64	1.255	1.245	2.500
65-69	1.138	1.044	2.182
70-74	1.058	1.143	2.201
75-79	1.207	1.549	2.756



80-84	1.537	1.940	3.477
85+	1.895	3.161	5.056
Totale	22.905	25.971	48.876

Si conferma un trend crescente con l'aumentare dell'età, raggiungendo un picco nella fascia d'età 85+, con 5.056 accessi. Le donne hanno un numero di accessi superiore rispetto agli uomini in quasi tutte le fasce d'età, in particolare nella fascia 85+, dove gli accessi femminili (3.161) sono quasi il doppio di quelli maschili (1.895). La differenza è più accentuata anche nelle fasce di età 25-44 anni e 75-79 anni.

La Tabella 17 mostra la distribuzione degli accessi al PS della popolazione residente nel Municipio 6, suddivisi tra le diverse strutture ospedaliere.

TABELLA 17 - ACCESSI PS STRUTTURE SANITARIE RESIDENTI DISTRETTO 6 (2023)

Ospedale	Città	Numero Accessi	% sul Totale	% Cumulativa
Ospedale San Paolo	Milano	16.890	34,56%	34,56%
Ospedale San Carlo Borromeo	Milano	6.442	13,18%	47,74%
Fondaz. IRCCS Ca' Granda - OMP	Milano	5.225	10,69%	58,43%
Ospedale San Giuseppe	Milano	3.411	6,98%	65,41%
Istituto Ortopedico Gaetano Pini	Milano	3.072	6,29%	71,69%
Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico	Milano	2.497	5,11%	76,80%
PO V. Buzzi	Milano	2.240	4,58%	81,38%
Ist. Auxologico Italiano - I.S. S. Luca	Milano	1.750	3,58%	84,96%
Istituto Clinico Humanitas	Rozzano	1.303	2,67%	87,63%
Ospedale Ca' Granda - Niguarda	Milano	1.004	2,05%	89,68%
Ospedale L. Sacco	Milano	598	1,22%	90,91%
IRCCS S. Raffaele	Milano	521	1,07%	91,97%
Istituto Ortopedico Galeazzi SPA	Milano	507	1,04%	93,01%
Istituto Clinico Città Studi	Milano	288	0,59%	93,60%
Ospedale M. Melloni	Milano	284	0,58%	94,18%



PO Centro Traumatologico Ortopedico	Milano	181	0,37%	94,55%
IRCCS Policlinico San Donato	San Donato Milanese	179	0,37%	94,92%
Centro Cardiologico "Fond. Monzino"	Milano	174	0,36%	95,27%
Altro		2.310	4,73%	100%

DISTRETTO 7

Nel 2023, il numero totale di accessi al PS da parte della popolazione residente è stato 54.326.

La tabella 18 mostra la distribuzione degli accessi in PS della popolazione residente nel Municipio 7, suddivisi per classe d'età e genere.

TABELLA 18– ACCESSI PS PER CLASSE DI ETÀ E GENERE DISTRETTO 7 (2023)

Classe Età	Uomini	Donne	Totale
0-4	2.157	1.626	3.783
5-9	1.556	1.255	2.811
10-14	1.272	915	2.187
15-19	1.140	926	2.066
20-24	1.071	1.097	2.168
25-29	1.104	1.359	2.463
30-34	1.085	1.899	2.984
35-39	1.034	2.099	3.133
40-44	1.276	1.628	2.904
45-49	1.386	1.394	2.780
50-54	1.706	1.673	3.379
55-59	1.738	1.769	3.507
60-64	1.504	1.397	2.901
65-69	1.274	1.249	2.523
70-74	1.218	1.381	2.599



75-79	1.336	1.851	3.187
80-84	1.468	2.022	3.490
85+	2.074	3.387	5.461
Totale	25.399	28.927	54.326

La distribuzione degli accessi al PS mostra un aumento graduale con l'età, culminando nella fascia 85+, che registra il maggior numero di accessi (5.461). Le donne hanno un numero di accessi superiore rispetto agli uomini (28.927 contro 25.399), con una differenza particolarmente marcata nelle fasce di età avanzate, specialmente nella fascia 85+, dove gli accessi femminili (3.387) superano di gran lunga quelli maschili (2.074). Nella fascia adulta (25-44 anni) le differenze tra uomini e donne si fanno più evidenti, con una leggera predominanza di accessi femminili, particolarmente nelle fasce di età 30-39 anni. La fascia pediatrica (0-14 anni) rappresenta un'importante porzione del totale degli accessi al PS, con un totale di 8.781 accessi, pari a circa il 16% del totale complessivo, dato più alto tra i tre municipi.

La Tabella 19 riporta la distribuzione di questi accessi tra diverse strutture ospedaliere.

TABELLA 19 - ACCESSI PS STRUTTURE SANITARIE RESIDENTI DISTRETTO 7 (2023)

Ospedale	Città	Numero Accessi	% sul Totale	% Cumulativa
Ospedale San Carlo Borromeo	Milano	20.481	37,70%	37,70%
Presidio Ospedale V. Buzzi	Milano	4.257	7,84%	45,54%
Ospedale San Paolo	Milano	4.000	7,36%	52,90%
Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore	Milano	3.826	7,04%	59,94%
Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico	Milano	3.646	6,71%	66,65%
Ospedale San Giuseppe	Milano	3.216	5,92%	72,57%



Ist. Auxologico Italiano - I.S. S. Luca	Milano	3.115	5,73%	78,31%
Istituto Ortopedico Gaetano Pini	Milano	2.360	4,34%	82,65%
Istituto Ortopedico Galeazzi Spa	Milano	1.470	2,71%	85,36%
Ospedale L. Sacco	Milano	1.434	2,64%	88,00%
Ospedale Ca' Granda - Niguarda	Milano	1.308	2,41%	90,40%
Istituto Clinico Humanitas	Rozzano	748	1,38%	91,78%
IRCCS S. Raffaele	Milano	512	0,94%	92,72%
Ospedale di Circolo	Rho	327	0,60%	93,33%
Istituto Clinico Città Studi	Milano	291	0,54%	93,86%
Ospedale M. Melloni	Milano	248	0,46%	94,32%
Ospedale Civile G. Fornaroli	Magenta	239	0,44%	94,76%
PO Centro Traumatologico Ortopedico	Milano	219	0,40%	95,16%
Altro		2.629	4,84%	100%

2.1.2.4 Coperture vaccinali e screening

La Tabella 20 mostra le coperture vaccinali nel 2023 presso i Distretti 5,6 e 7 dell'ASST Santi Paolo e Carlo. Sono riportati anche i dati per ASST e ATS Milano.

TABELLA 20 - COPERTURE VACCINALI DISTRETTO 5-6-7 (2023)

Indicatore	Distretto 5	Distretto 6	Distretto 7	ASST Santi Paolo e Carlo	ATS Milano
Proporzione di bambini vaccinati	90.8%	92%	88,6%	90%	92%



entro 24 mesi con 1 ^a dose vaccino MPR					
Proporzione di bambini vaccinati entro 24 mesi con vaccino esavalente	91.2%	92,2%	89%	91%	92%
Proporzione di soggetti ≥ 19 anni con richiamo DTPA negli ultimi 10 anni	13.2%	11,8%.	12,4%	12,4%	14,2%
Proporzione di soggetti ≥ 65 anni vaccinati contro l'influenza	48,1 %	47,1%	43,5%	45,9%	49,1%
Proporzione di soggetti ≥ 65 anni con patologie croniche vaccinati contro l'influenza	53,7%	52,4%	48,4%	51,2%	53,7%
Proporzione di soggetti ≥ 65 anni vaccinati con vaccino antipneumococcico	17%	17,7%	14,1%	16,1%	18,5%
Proporzione di soggetti ≥ 65 anni vaccinati contro il virus della varicella zoster	2,9%	2,7%	2,5%	2,6%	2,5%

Tra i distretti, il Distretto 7 registra valori inferiori in quasi tutti gli indicatori. Rispetto all'ASST Santi Paolo e Carlo, i distretti sono simili, con piccole variazioni. L'ASST Santi Paolo e Carlo presenta coperture dati leggermente inferiori rispetto ad ATS Milano.

TABELLA 21- COPERTURE SCREENING ONCOLOGICI DISTRETTO 5-6-7 (2021)

Indicatore	Distretto 5	Distretto 6	Distretto 7	ASST Santi Paolo e Carlo	ATS Milano
Proporzione di donne che hanno effettuato un test di screening per la cervice uterina	15,3%	16,4%	13,5%	15%	13,40%
Proporzione di soggetti che hanno effettuato un test di screening per il colon retto	22,5%	22,3%	22,6%	23%	21,50%



Proporzione di donne che hanno effettuato un test di screening per la mammella	45,7%	45,9%	41,6%	44%	43,70%
---	--------------	--------------	--------------	-----	--------

L'ASST Santi Paolo e Carlo mostra coperture leggermente più alte rispetto alla media di ATS Milano in tutti e tre gli indicatori di screening oncologici (Tabella 21). Tuttavia, le percentuali rimangono generalmente basse.

2.2 Servizi e risorse presenti nella rete territoriale di offerta di ASST

2.2.1 Introduzione

A decorrere dal 30/03/2022 con atto deliberativo n. 755 del 28/03/2022 sono istituiti per la ASST Santi Paolo e Carlo 3 Distretti:

- Distretto Municipio 5 della città di Milano comprendente le zone Vigentino, Chiaravalle e Gratosoglio;
- Distretto Municipio 6 della città di Milano comprendente le zone Barona e Lorenteggio;
- Distretto Municipio 7 della città di Milano comprendente le zone Baggio, De Angeli e San Siro.

Il Distretto opera con modalità integrate garantendo il raccordo funzionale con le diverse linee di attività.

La funzione di accesso alla rete integrata dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali per i pazienti è esercitata attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA), l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) e la Centrale Operativa Territoriale (COT).

Nel Polo Territoriale di ASST sono presenti tutti i nodi della rete dei servizi sanitari e sociosanitari.

La COT opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti dei diversi setting assistenziali.

Attualmente, nel territorio di competenza di ASST Santi Paolo e Carlo, sono presenti tre COT:

- COT Gola;
- COT Stromboli;
- COT San Carlo.

La Casa di Comunità (CdC), la cui funzione strategica è quella di assicurare un'efficace presa in carico del paziente cronico mediante Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) condivisi, costituisce uno dei nodi della rete dei servizi territoriali offerti alla popolazione di riferimento attraverso il Distretto.

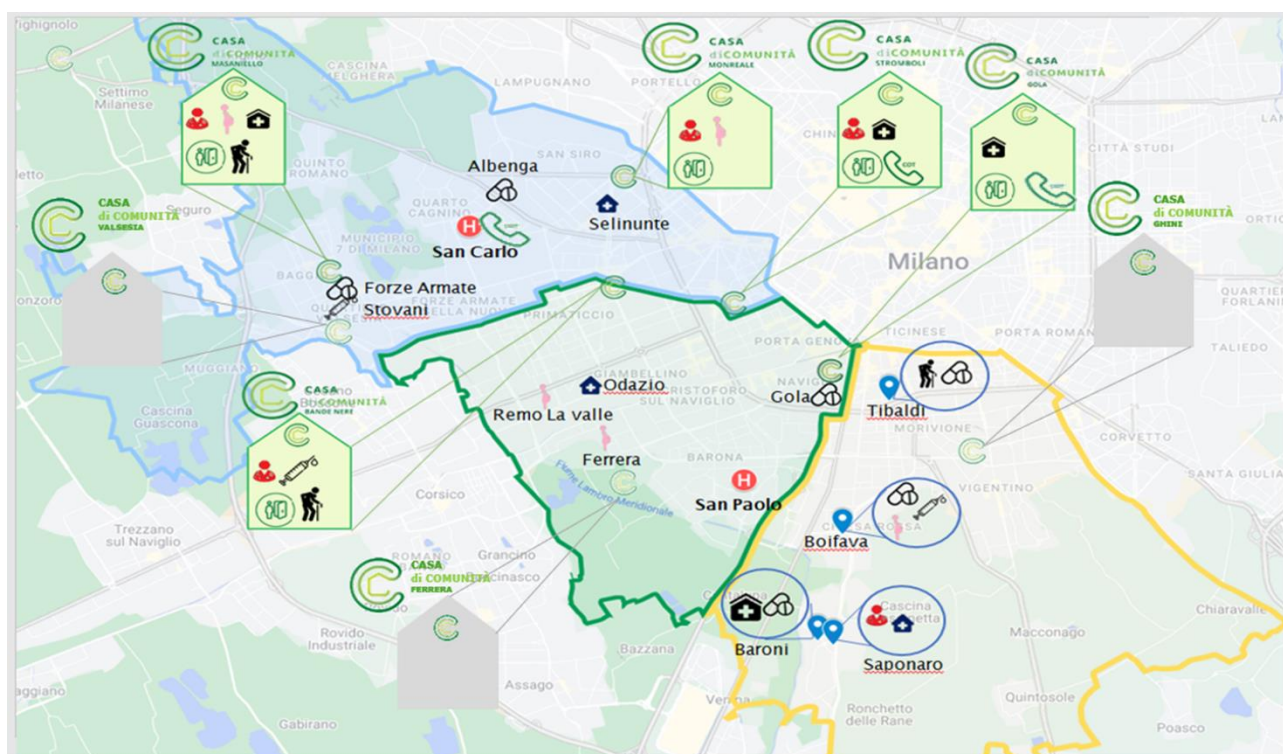
L'ASST Santi Paolo e Carlo ha attive 5 CdC:

- 3 Case di Comunità nel Distretto 7 (CdC Masaniello, CdC Monreale e CdC Stromboli)
- 2 Case di Comunità nel Distretto 6 (CdC Bande Nere e CdC Gola).



È prevista la realizzazione di altre tre CdC: la CdC di Via Ghini nel Distretto 5, la CdC di Via della Ferrera nel Distretto 6 e la CdC di Via Valsesia nel Distretto 7 (Figura 11).

FIGURA 11 – MAPPA SERVIZI TERRITORIALI ASST SANTI PAOLO E CARLO



Legenda

	SER.D		AMBULATORIO CONTINUITA' ASSISTENZIALE
	AMBULATORIO SOCIO SANITARIO		PUNTO FRAGILITA'
	CENTRO VACCINALE		POLIAMBULATORIO
	COT		PUA
	CFI		CdC



2.2.2 Cure Domiciliari

L'ASST Santi Paolo e Carlo nell'ambito delle cure domiciliari comprende una gamma di servizi, a valenza distrettuale, erogati nell'ambito di specifici percorsi quali il servizio C-DOM, il Progetto di Sorveglianza Domiciliare (PSD) e il progetto di coordinamento COT-AREU.

Rientra nell'ambito delle Cure Domiciliari offerte ai cittadini il servizio C-DOM (ex ADI), che ha avviato l'attività a far tempo da gennaio 2024. L'Unità di Offerta Cure Domiciliari C-DOM è un'articolazione organizzativa della SSD ADI Terapia del dolore e Cure Palliative. Nell'ambito del Dipartimento del recupero funzionale e fragilità, le due unità di offerta erogano rispettivamente l'Assistenza Domiciliare Integrata (ex ADI ora C-DOM) e le Cure Palliative sul territorio. Il responsabile sanitario della Unità di Offerta è il dirigente medico responsabile della SSD ADI Terapia del dolore e Cure Palliative, il quale ha funzioni di coordinamento e responsabilità clinica ed è coadiuvato dal coordinatore infermieristico, con funzioni di coordinamento assistenziale e amministrativo. L'equipe del servizio C-DOM è costituita da:

- infermieri
- operatori sociosanitari
- fisioterapisti
- assistenti sanitari
- assistenti sociali
- Psicologi

2.2.3 Offerta Sociosanitaria

Nella Tabella 22 sottostante sono riportate le Unità di offerta sociosanitaria presenti nei tre Distretti e comprendenti quelle di appartenenza alla ASST Santi Paolo e Carlo.

TABELLA 22- UNITA' DI OFFERTA SOCIO SANITARIA DISTRETTI 5,6,7

OFFERTA SOCIO SANITARIA	DISTRETTO 5	DISTRETTO 6	DISTRETTO 7
Centro Diurno Integrato (CDI)	2	3	4
Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)	3	10	9
C-DOM	4	2	2
Comunità Dipendenze	1	3	2
Servizi per le Dipendenze (SER.D)	-	1	-
Centri Diurno per Disabili (CDD)	4	3	7
Comunità Socio Sanitaria (CSS)	7	2	1
Residenze Sanitario assistenziali per Disabili	2	1	2



(RSD)			
CONSULTORI	2	5	3
HOSPICE	1	1	1
Unità Cure Palliative Domiciliari (UCPDOM)	3	1	-

2.2.4 Cure Primarie - Distretti e Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta

La transizione delle funzioni del Dipartimento Cure Primarie da ATS Milano alle ASST sta comportando il coinvolgimento attivo dei Distretti.

Il Distretto collabora con gli MMG/PLS raggruppati in AFT della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta, nonché con il Dipartimento Cure Primarie di ATS.

Le AFT afferenti nei territori dei distretti 5-6- 7 sono riportate nella tabella sottostante (Tabella 23).

TABELLA 23– NUMERO DI MMG/PLS PRESENTI PER CIASCUN AFT

	Cure primarie – Aggregazioni Funzionali Territoriali				
	Medicina Generale		N. MMG	Pediatri di Libera Scelta	
	N.AFT	Descrizione		N. AFT	N. PLS
DISTRETTO 5	1	Chiesa Rossa - Gratosoglio	20	1	9
	1	Ripamonti - Morivione	43		
TOTALE	2		63		
DISTRETTO 6	1	Navigli-Solari	31	1	11
	1	Barona-San Cristofaro	22		
	1	Lorenteggia	28		
TOTALE	3		81		
DISTRETTO 7	1	Forze Armate	35	1	15
	1	Baggio-San Siro	33		
	1	De Angeli	25		
TOTALE	3		93		
TOTALE DISTRETTI	8		237	3	35



2.2.5 Organismo Consultivo Distrettuale (OCD)

Nel quadro normativo di riferimento, Regione Lombardia ha previsto che i Distretti, sotto la Direzione Sociosanitaria, siano in grado di garantire una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, al fine di realizzare un'efficace presa in carico della popolazione di riferimento.

La DGR XI/6760 del 25/07/2022 e le successive indicazioni regionali prevedono che in ciascun ambito distrettuale venga istituito un OCD che dovrebbe fornire contributi ai direttori dei Distretti per la programmazione dei servizi nel territorio di competenza, la loro erogazione ed il loro monitoraggio, all'interno di una pianificazione strategica delle ASST.

La ASST Santi Paolo e Carlo, con delibera n.2750/2023, ha costituito l'OCD composto da:

- Direttore del Distretto (che lo presiede);
- Referenti delle AFT (1 coordinatore per ogni AFT);
- Referenti degli ambiti sociali/uffici di piano (1 Responsabile dell'Ufficio di Piano per ciascun Ambito Territoriale Sociale afferente al Distretto);
- Rappresentanti delle associazioni (2 rappresentanti individuati dalle associazioni operanti nel Distretto);
- Referenti ASST (1 referente per ciascuna struttura: Gestione operativa - next generation EU, Direzione medica di presidio ospedaliero, Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie).

All'OCD sono attribuite funzioni di tipo consultivo, conoscitivo informativo e di pianificazione. Tra le sue principali responsabilità vi sono l'analisi condivisa dei bisogni, la valutazione del sistema dell'offerta esistente e la definizione di percorsi condivisi per rispondere adeguatamente ai bisogni delle famiglie e dei cittadini.

Funzionamento dell'OCD:

- L'OCD si riunisce almeno ogni quadrimestre su convocazione del Presidente;
- È prevista la partecipazione alle sedute dei Presidenti dei Municipi 5, 6 e 7 in qualità di uditori;
- Alle riunioni partecipa anche il Direttore Sociosanitario qualora ritenuto necessario;
- I rappresentanti delle associazioni vengono individuati sulla base di accordi tra le stesse;
- Il Direttore del Distretto ha anche la facoltà di invitare alle riunioni dell'organismo consultivo altri soggetti in relazione ai temi trattati.

2.2.6 Organizzazione dei Servizi - DISTRETTO 5

Nel Distretto 5 sono identificate due AFT dei MMG, la AFT9 Ripamonti-Morivione, composta da 41 MMG e la AFT10 Chiesa Rossa-Gratosoglio, composta da 22 MMG.

È presente una AFT dei PLS, composta da otto pediatri.



Nel Distretto 5 è prevista la realizzazione di una CdC e di un Ospedale di Comunità (OdC) in via Ghini 1. L'iniziale data di attivazione prevista era entro il 31/03/2026, ma i problemi di bonifica del terreno che sono subentrati hanno comportato ritardi nelle tempistiche di avvio dei lavori e l'uscita della CdC dal PNRR, senza più una previsione certa sulle tempistiche di attivazione. Sono pertanto in corso valutazioni per l'individuazione nell'ambito del distretto delle modalità per garantire i servizi di prossimità previsti dal DM 77/2022 (cfr. successivo paragrafo **"Riorganizzazione e potenziamento dei servizi sanitari territoriali nel Distretto 5"**).

Presso la sede di via Boifava n. 25 sono presenti i seguenti servizi:

- un centro vaccinale
- un Consultorio Familiare Integrato (CFI)
- un SER.D che eroga una gamma completa di prestazioni con particolare attenzione alla diagnosi e al trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) e del Disturbo da Uso di Sostanze non oppiacee. Il servizio per il trattamento del DGA garantisce un supporto specialistico a tutti i cittadini dell'ASST Santi Paolo e Carlo.

Presso la sede del Municipio 5, in via Tibaldi n.41, sono presenti i seguenti servizi:

- il Punto Fragilità del Distretto che svolge le attività di Valutazione multidimensionale (UVM) degli assistiti in condizione di fragilità, in raccordo con MMG, PLS e i Servizi Sociali del Comune
- la UONPIA (Unità operativa di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza)
- lo Spazio Blu, struttura del SER.D. Area Penale e Penitenziaria, rivolta ai minori.

L'immobile di via Baroni n.48, di proprietà del Comune di Milano si struttura in tre aree:

- un poliambulatorio attualmente gestito dalla ASST Nord Milano, per il quale è previsto, come stabilito dalla DGR n. 2966 del 05/08/2024, il trasferimento alla ASST territorialmente competente, ovvero l'ASST Santi Paolo e Carlo,
- un'area in gestione alla ASST Santi Paolo e Carlo, in cui si trova il Nucleo Operativo Alcolologia (NOA) per la diagnosi e trattamento multidisciplinare del Disturbo da Uso di Alcol in tutte le sue tipologie, punto di riferimento unico per il territorio della ASST,
- la sede della Croce Misericordia.

Presso il poliambulatorio sono presenti le specialità di otorinolaringoiatria, fisiochinesiterapia, ginecologia, oculistica, dermatologia, pneumologia, diabetologia, odontoiatria e cardiologia.

Considerata la mancanza di una CdC nel Distretto 5, è stata inviata ad ATS in data 11 luglio 2024 la proposta di designare questa struttura come CdC Spoke, in attesa della realizzazione di una CdC Hub. Attualmente, data la sopracitata assenza di CdC nel Distretto 5, l'attività svolta dalla COT, l'attività di valutazione ed erogazione c-DOM e in generale tutti i servizi di assistenza domiciliare (PSD) per i cittadini residenti nel Distretto 5 vengono svolte, per ragioni di prossimità territoriale, dalla CdC di via Gola n.22 (situata nel



Distretto 6, al confine con il Distretto 5). Gli infermieri di famiglia e comunità (IFeC) della CdC di via Gola svolgono, pertanto, per i pazienti residenti nelle aree territoriali del Municipio 5, un ruolo centrale nel processo, prendendo direttamente contatto con le AFT degli MMG/PLS, facilitando la comunicazione tra le diverse figure sanitarie coinvolte e garantendo una gestione puntuale ed efficace delle richieste di assistenza domiciliare, assicurando che ogni paziente riceva cure appropriate e tempestive, secondo le specifiche necessità.

Nel territorio del Distretto 5 è anche attivo un Ambulatorio Socio-Sanitario Territoriale, ubicato in via Saponaro n.1A, nel quartiere Gratosoglio. L'ambulatorio è gestito dalla ASST Santi Paolo e Carlo da gennaio 2024, a conclusione del progetto ALER con l'ASST Fatebenefratelli Sacco, nell'ambito della misura POR FSE 2014-2020 (Programmi integrati di innovazione sociale e welfare).

Di seguito si riportano i dati riferiti al quartiere di questo Ambulatorio:

- Unità immobiliari: 3.136
- Inquilini Aler nel quartiere: 7.386
- Anziani>65: 33% degli abitanti

Sono presenti IFeC, un Operatore Socio-Sanitario (OSS) e una psicologa che garantiscono le seguenti attività:

- presa in carico e monitoraggio dei pazienti cronici
- counseling alla persona e alla famiglia
- promozione del coinvolgimento attivo della persona e/o caregiver
- orientamento alla rete dei servizi territoriali e facilitazione all'accesso
- prevenzione delle malattie croniche attraverso la promozione di corretti stili di vita e interventi di educazione sanitaria al singolo o di gruppo
- controllo dei parametri vitali nell'ambito di un progetto strutturato o di presa in carico
- somministrazione terapie intramuscolari, sottocutanee e infusionali
- esecuzione di medicazioni semplici
- collaborazione alle campagne vaccinali
- sportello di supporto psicologico

In questa sede è inoltre attivo un ambulatorio di Continuità Assistenziale.

Nella Tabella 24 sono riportate le sedi dell'offerta sociosanitaria di pertinenza dell'ASST Santi Paolo e Carlo e ubicato sul territorio del Distretto 5.

TABELLA 24 - UNITA' DI OFFERTA DISTRETTO 5

UNITA' DI OFFERTA	SEDE
Consultorio familiare	Via Boifava, 25
Centro Vaccinale	Via Boifava, 25



Punto Fragilità	Via Tibaldi, 41
Ambulatorio Socio-Sanitario Territoriale	Via Saponaro, 1/A
Servizi Dipendenze Patologiche	
Ser.D	Via Boifava, 25
Spazio Blu	Via Tibaldi, 41
Nucleo Operativo Alcolologia NOA	Via Baroni, 48
Servizi Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza	
UONPIA	Via Tibaldi, 41
Strutture psichiatriche*	Via Barabino, 8
*Afferiscono alla ASST Santi Paolo e Carlo anche il Centro Psico Sociale (CPS) e la UONPIA di via Barabino 8, collocate nel Distretto 4, con un'area di competenza territoriale psichiatrica che comprende una porzione del Distretto 5.	

Riorganizzazione e potenziamento dei servizi sanitari territoriali nel Distretto 5

Nell'ambito del Distretto 5, attualmente privo di CdC si rende indispensabile, per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento, procedere a una riorganizzazione e a un significativo potenziamento dei servizi attualmente presenti. A tal fine, è stata presentata in data 11 luglio 2024 la proposta ad ATS di identificare la struttura di via Baroni come CdC - spoke.

A seguito della DGR n. 2966 del 05/08/2024 è in corso il passaggio del poliambulatorio dalla ASST Nord alla ASST Santi Paolo e Carlo, attualmente previsto al 31/12/2024.

Tale passaggio è il primo passo per la riorganizzazione dei servizi presso l'ambulatorio sociosanitario territoriale di via Saponaro n.1A e presso l'immobile di via Baroni n.48, finalizzata a migliorare l'efficienza delle prestazioni offerte alla comunità del quartiere di Gratosoglio, con particolare attenzione alle persone con problemi di salute acuti e/o cronici over 65 anni.

Si pone quindi l'obiettivo di fornire servizi di prossimità, assicurando un accesso più facile e diretto alle cure per tutti i residenti del quartiere. Un'attenzione specifica sarà inoltre dedicata alla popolazione tra i 6 e i 18 anni, attraverso interventi mirati di prevenzione e promozione della salute all'interno del contesto scolastico, per favorire la diffusione dei corretti stili di vita e di diffondere la cultura sanitaria e incentivare comportamenti salutari e consapevoli tra i giovani.

La stretta collaborazione tra MMG/PLS e IFeC svolge un ruolo fondamentale per realizzare il potenziamento dell'assistenza territoriale, garantendo un'assistenza personalizzata e coordinata, in un sistema centrato sull'approccio alla persona, con particolare attenzione alle sue esigenze fisiche, psicologiche e sociali.

Per la realizzazione di tale progetto di riorganizzazione e implementazione dei servizi si prevede di procedere a:

- Trasferire l'ambulatorio di Continuità Assistenziale da via Saponaro n.1A a via Baroni n.48, implementando, se possibile, gli orari di apertura dello stesso;
- Potenziare la presa in carico, anche domiciliare, tramite l'aumento di una risorsa di un operatore IFeC, e l'apertura di un PUA presso via Baroni n.48, riorganizzando/integrando le risorse presenti presso l'ambulatorio sociosanitario territoriale di via Saponaro n.1A;
- Aprire uno sportello per il servizio di scelta e revoca/ protesica presso la struttura di via Baroni 48;
- Favorire la vaccinazione antinfluenzale a tutta la popolazione durante le campagne di vaccinazione antinfluenzale presso la struttura di via Baroni n.48;



- Realizzare almeno 2 iniziative di prevenzione e promozione della salute nelle scuole primarie e/o secondarie del quartiere di Gratosoglio;
- Integrare l'attività svolta dallo psicologo operante presso l'ambulatorio sociosanitario territoriale di via Saponaro n.1A all'interno della rete dei servizi territoriali, con un ruolo di filtro clinico nella valutazione dei bisogni di salute mentale dei pazienti. Lo psicologo sarà incaricato di effettuare una valutazione diagnostica preliminare, individuando i percorsi assistenziali più idonei in base alle specifiche necessità.
- Integrare le attività specialistiche del poliambulatorio per la presa in carico degli assistiti cronico/fragili nell'ambito dei servizi di prossimità offerti al quartiere, in collaborazione con gli MMG.

La riorganizzazione dei servizi delle strutture di via Baroni n.48 e via Saponaro n.1A è integrata con la riorganizzazione dell'offerta della struttura di via Boifava 25, presso cui è attualmente presente il servizio vaccinale, il SER.D e il consultorio e la Direzione del Distretto 5. Per posizione e spazi disponibili, tale sede potrebbe essere identificabile come CdC, tuttavia le condizioni complessive della struttura richiederebbero importanti interventi di manutenzione e ristrutturazione, al momento non previsti e privi di finanziamento. Si rimanda alla scheda di intervento: **SVILUPPO DI SOLUZIONI PER L'ASSENZA DI CdC NEL DISTRETTO 5.**

2.2.7 Organizzazione dei servizi - DISTRETTO 6

Nel Distretto 6 sono identificate tre AFT dei MMG: la AFT Navigli-Solari, composta da 30 MMG, la AFT Barona-San Cristofaro, composta da 22 MMG e la AFT Lorenteggio composta da 29 MMG. È presente una AFT dei PLS, composta da 11 Pediatri.

Nel Distretto 6 sono presenti due CdC (CdC Bande Nere e CdC Gola), una Centrale Operativa Territoriale (COT) in Via Gola e un Ambulatorio Socio-Sanitario Territoriale. È prevista la realizzazione di una terza CdC in Via Della Ferrera.

La CdC Bande Nere, sita in Piazza Bande Nere, 3 presenta i seguenti servizi:

- PUA - Accoglienza, orientamento al servizio e prima valutazione del bisogno di salute della persona
- Punto Fragilità - Attività di Valutazione Multidimensionale degli assistiti in condizione di fragilità, in raccordo con MMG, PLS e i Servizi Sociali del Comune
- Medicina Specialistica e Diagnostica Ambulatoriale – Ambulatorio Neurologia ed Epilessia
- Ambulatori Infermieristici - Ambulatorio IFeC e Ambulatorio Infermieristico prestazionale
- Continuità Assistenziale
- Centro Vaccinale
- Ufficio Scelta Revoca
- Medicina Legale (servizio erogato per tutti i 3 Distretti di ASST) - Certificazioni medico-legali quali patenti di guida veicoli, patenti nautiche, pass disabili, porto d'arma Commissione medica locale patenti speciali/accertamenti sanitari per il riconoscimento dello stato di invalidità civile, handicap e disabilità su delega INPS
- Assistenza Protesica (servizio erogato per tutti i 3 Distretti di ASST) - Forniture presidi e protesi, presidi monouso ad assorbenza per incontinenza, presidi per diabetici, presidi per incontinenza a raccolta e per stomia e forniture alimenti
- Ufficio Rimborsi Trasporto Dialisi/Assistenza Sanitaria all'Estero (servizio erogato per tutti i 3 Distretti di ASST)



- Servizio di fisioterapia

La seconda CdC è sita in Via Gola, 22 e presenta i seguenti servizi:

- PUA - Accoglienza, orientamento al servizio e prima valutazione del bisogno di salute della persona
- Punto Prelievi
- Medicina Specialistica e Diagnostica Ambulatoriale – Ambulatori Allergologia, Cardiologia, Chirurgia Vascolare, Fisiatria, Diabetologia, Infettivologia, Neurologia, Oculistica, Odontoiatria, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Radiologia Tradizionale, Psichiatria (disagio adolescenti e giovani 16-25enni, disturbi del neurosviluppo nell'adulto), Reumatologia
- Centro disturbi nutrizione e alimentazione (D-NA) - Equipe multidisciplinare in grado di intercettare pazienti che manifestano sintomi dei disturbi alimentari o nutrizionali nelle varie fasce di età e nelle diverse branche specialistiche
- Ambulatori Infermieristici e delle altre professioni sanitarie - Holter, ECG, Terapia iniettiva, Allergologia, Fisioterapia
- Sportelli Centro Unico Prenotazione (CUP)
- Sportello Scelta e Revoca

La CdC Gola è sede anche della COT Gola, che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali al fine di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Nel territorio del Distretto 6 è attivo un Ambulatorio Sociosanitario Territoriale, ubicato nel quartiere Giambellino – Lorenteggio, in Via Odazio n.4, collegato alla CdC Hub Bande Nere.

Di seguito si riportano i dati riferiti al quartiere di questo Ambulatorio:

- Centro polifunzionale CASA Milano Ovest
- Unità immobiliari: oltre 4.700
- Inquilini Aler nel quartiere: 5377
- Anziani>65: 1.800

In questo ambulatorio un IFeC, in stretta collaborazione con i MMG e i PLS e altri Professionisti Sanitari, Socio Sanitari e Amministrativi garantiscono le seguenti attività:

- presa in carico e monitoraggio dei pazienti cronici;
- counseling alla persona e alla famiglia;
- promozione del coinvolgimento attivo della persona e/o caregiver;
- orientamento alla rete dei servizi territoriali e facilitazione all'accesso;
- prevenzione delle malattie croniche attraverso la promozione di corretti stili di vita e interventi di educazione sanitaria al singolo o di gruppo;
- controllo dei parametri vitali nell'ambito di un progetto strutturato o di presa in carico;
- somministrazione terapie intramuscolari, sottocutanee e infusionali;
- esecuzione di medicazioni semplici;
- collaborazione alle campagne vaccinali;
- sportello di supporto psicologico;



- sportello SERD con l'obiettivo di fornire informazioni e consulenza di base sul tema Dipendenze per individuare eventuali situazioni a rischio da indirizzare correttamente ai servizi di cura (SER.D/NOA) del territorio;
- assistenza fisioterapica
- Ambulatori MMG: è garantita la presenza di MMG per l'erogazione dei servizi sanitari ai propri assistiti.

Nella Tabella 25 sono riportate le sedi delle altre unità di offerta sociosanitaria di pertinenza dell'ASST Santi Paolo e Carlo e ubicate sul territorio del Distretto 6.

TABELLA 25 - ALTRE UNITA' DI OFFERTA DISTRETTO 6

UNITA' DI OFFERTA	SEDE
Consultori Familiari	
Consultorio Familiare Integrato	Via della Ferrera, 14
Consultorio Familiare Integrato	Via Remo La Valle, 7
Servizi Dipendenze Patologiche	
SER.D	Via Gola, 24
Servizi Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza	
UONPIA	Via Remo La Valle, 7
UONPIA - Centro territoriale riabilitativo - CTR Piccoli	Via degli Anemoni, 6
UONPIA - Centro disturbi comportamento alimentare - DCA	Via Ovada, 38
Centro Autismo – Centro Territoriale Riabilitativo (CTR)	Via Ovada, 34
Strutture Psichiatriche	
Centro Giovani “Ponti”	Via E. Ponti 21
Centro Psico Sociale (CPS)	Via Ovada 26
Centro Psico Sociale (CPS)	Via Perosi 1
Centro Diurno	Via Ovada 26

2.2.8 Organizzazione dei servizi - DISTRETTO 7

Nel Distretto 7 sono identificate tre AFT dei MMG: la AFT Forze Armate, composta da 34 MMG, la AFT Baggio-San Siro composta da 31 MMG e la AFT de Angeli composta da 28 MMG; una AFT dei PLS, composta da 15 Pediatri.

Nel Distretto 7 sono presenti tre CdC (CdC Masaniello, CdC Monreale e CdC Stromboli), due COT (COT Stromboli e COT San Carlo) e un Ambulatorio Socio-Sanitario Territoriale.

La CdC sita in Via Masaniello, 23 presenta i seguenti servizi:

- PUA - Accoglienza, orientamento al servizio e prima valutazione del bisogno di salute della persona



- Punto Fragilità - Attività di Valutazione Multidimensionale degli assistiti in condizione di fragilità, in raccordo con MMG, PLS e i Servizi Sociali del Comune
- CFI
- Punto Prelievi
- Medicina Specialistica e Diagnostica Ambulatoriale – Ambulatori Cardiologia, Chirurgia Generale, Chirurgia vascolare, Diabetologia, Ostetricia e Ginecologia, Medicina, Neurologia, Oculistica, Odontoiatria, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Diagnostica per immagini eco-color doppler arteriosi, Radiologia tradizionale, Pneumologia, Psichiatria (disagio adolescenti e giovani 16-25enni, Disturbi del neurosviluppo nell'adulto), Scienza dell'Alimentazione e Dietologia
- Ambulatori Infermieristici e delle altre Professioni Sanitarie che offrono le prestazioni - Ambulatorio IFeC, ambulatorio per le Lesioni Difficili (LeD) e ulteriori servizi quali Holter, ECG, Terapia iniettiva, Diabetologia/Terapia educativa, Ortottica, Dietologia
- Continuità Assistenziale
- Sportelli CUP
- Sportello Scelta/Revoca
- Sportello SPAZIOGIO (attività del SER.D Territoriale), punto informativo e di primo contatto per il Disturbo da Gioco d'Azzardo rivolto ai portatori del problema e/o ai familiari/amici. Il Servizio offre informazioni e una prima valutazione per l'invio, laddove necessario, ai servizi di cura territoriali (SER.D)

La CdC sita in Via Monreale, 13 presenta i seguenti servizi:

- PUA - Accoglienza, orientamento al servizio e prima valutazione del bisogno di salute della persona
- Consultorio Familiare
- Medicina Specialistica e Diagnostica Ambulatoriale - Ambulatorio Pediatria (Andrologia/Endocrinologia/Nutrizione clinica Pediatrica e dell'Adolescenza)
- Ambulatori Infermieristici e delle altre Professioni Sanitarie - Ambulatorio IFeC e servizi di Logopedia e Dietologia
- Punto Vaccinale anti Human Papilloma Virus (HPV) (donne 19/26 aa) - Vaccinazioni Difterite Tetano Pertosse (DTP) per donne in gravidanza
- Continuità Assistenziale
- Ambulatori MMG - Presenza di MMG incaricati per l'erogazione dei servizi sanitari ai propri assistiti
- Sportello di supporto psicologico

La CdC sita in Via Stromboli, 19 presenta i seguenti servizi:

- PUA - Accoglienza, orientamento al servizio e prima valutazione del bisogno di salute della persona
- Punto Prelievi
- Medicina Specialistica e Diagnostica Ambulatoriale - Ambulatori Allergologia, Cardiologia, Chirurgia generale-Senologia, Chirurgia toracica, Chirurgia vascolare, Diabetologia, Geriatria, Ostetricia e Ginecologia, Neurologia, Oculistica, Odontoiatria, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Pneumologia, Psichiatria (disagio adolescenti e giovani 16-25enni, disturbi del neurosviluppo nell'adulto), Reumatologia, Scienza dell'Alimentazione e Dietologia, Urologia, Radiologia, Pediatria (Andrologia/Endocrinologia/Nutrizione clinica Pediatrica e dell'Adolescenza), Ambulatorio



polispecialistico Piede diabetico (Diabetologia, Chirurgia vascolare, Ortopedia), Ambulatorio Scompenso Cardiaco

- Ambulatori Infermieristici e delle altre Professioni Sanitarie - Ambulatorio IFeC, ambulatorio per le Lesioni Difficili (LeD), Holter, ECG, Terapia iniettiva, Allergologia, Diabetologia/Terapia educativa, Dietologia
- Continuità Assistenziale
- Ambulatori MMG - Presenza di MMG incaricati per l'erogazione dei servizi sanitari ai propri assistiti
- Sportelli CUP
- Sportello Scelta/Revoca

La CdC Stromboli è sede anche della COT Stromboli. La seconda COT del Distretto 7 è sita all'interno del Presidio Ospedaliero San Carlo.

Nel territorio del Distretto 7 è attivo un Ambulatorio Socio-Sanitario Territoriale, ubicato nel quartiere San Siro, in via Mar Jonio 2, collegato alla CdC Hub Monreale.

Di seguito si riportano i dati riferiti al quartiere di questo Ambulatorio:

- Unità immobiliari: 4.757
- Inquilini Aler nel quartiere: 5.189
- Anziani > 65: 34% degli abitanti

In questo ambulatorio un IFeC, in stretta collaborazione con i MMG e i PLS e altri Professionisti Sanitari, Socio Sanitari e Amministrativi garantiscono le seguenti attività:

- presa in carico e monitoraggio dei pazienti cronici;
- counseling alla persona e alla famiglia;
- promozione del coinvolgimento attivo della persona e/o caregiver;
- orientamento alla rete dei servizi territoriali e facilitazione all'accesso;
- prevenzione delle malattie croniche attraverso la promozione di corretti stili di vita e interventi di educazione sanitaria al singolo o di gruppo;
- controllo dei parametri vitali nell'ambito di un progetto strutturato o di presa in carico;
- somministrazione terapie intramuscolari, sottocutanee e infusionali;
- esecuzione di medicazioni semplici;
- collaborazione alle campagne vaccinali;
- sportello di orientamento al supporto psicologico
- Ambulatorio Medico Temporaneo (AMT): garantisce, tramite medici di Continuità Assistenziale l'erogazione dei servizi sanitari agli assistiti privi di MMG per scoperta di ambiti carenti. Da ottobre 2023 è stato disattivato per conferimento incarichi a nuovi MMG con conseguente copertura assistenziale territoriale.

Nella Tabella 26 sono riportate le sedi di altre unità di offerta sociosanitaria di pertinenza dell'ASST Santi Paolo e Carlo e ubicate sul territorio del Distretto 7.

TABELLA 26 – ALTRE UNITA' DI OFFERTA DISTRETTO 7

UNITA' DI OFFERTA	SEDE
Vaccinazioni	
Centro Vaccinale	Piazza Stovani, 5
Servizi Dipendenze Patologiche (Ser.D)	
Ser.D Albenga	Via Albenga, 2/a
Ser.D Forze Armate	Via Forze Armate, 381
Servizi Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza	
UONPIA	Via Val d'Intelvi, 1
Strutture Psichiatriche	
Centro Psico Sociale (CPS)	Via Mosca, 12

2.2.9 Consultori Familiari Integrati

La rete dei Consultori Familiari Integrati è un servizio ad alta integrazione sociosanitaria a sostegno di una politica sociale che assicura l'assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, ai singoli, alle coppie, alle famiglie.

L'attività erogata è multidisciplinare e multiprofessionale e gli interventi sono integrati all'interno dell'équipe, con particolare attenzione anche all'integrazione con il presidio ospedaliero e la rete dei servizi territoriali in modo da favorire percorsi di presa in carico globale.

Il consultorio garantisce le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche e preventive.

Vi lavorano ginecologi, assistenti sanitari, ostetriche, infermieri, infermieri pediatrici, puericultrici psicologi, assistenti sociali, pediatri e avvocati, mediatori linguistico-culturali e personale amministrativo.

Nello specifico il lavoro dei Consultori dell'ASST Santi Paolo e Carlo si sostanzia nelle seguenti attività:

Contraccezione e sessualità responsabile

Il Consultorio offre consulenza ai giovani alle donne e alle coppie e in tal senso offre:

- informazione e consulenza sanitaria;
- visita ginecologica, controlli periodici, scelta personalizzata del metodo contraccettivo;
- consulenza sulla contraccezione di emergenza.

Spazio giovani



È uno spazio di ascolto riservato ai ragazzi/e di età compresa fra i 14 e i 20 anni compiuti. I giovani possono accedere al Consultorio in modo libero per avere informazioni generali, per approfondire la conoscenza di sé, per affrontare la sessualità, la contraccezione e le difficoltà di relazione con i familiari e i coetanei. Le prestazioni vengono erogate gratuitamente e non richiedono impegnativa

Percorso per l'interruzione volontaria di gravidanza

Il Consultorio Familiare offre la possibilità di visite e consulenze mediche, di sostegno sociale e psicologico alle minorenni, alle donne, alle coppie e/o alle famiglie che si trovano ad affrontare una gravidanza indesiderata o problematica; viene regolarmente fissato un incontro successivo all'intervento, anche in una ottica di prevenzione delle recidive.

Pap-test/ HPV-DNA Test

L'esecuzione del pap-test/HPV DNA Test, rivolta a tutte le donne comprese nella fascia d'età 25-64 anni, è gratuita quando effettuata in adesione alla campagna nazionale di screening e in prevenzione spontanea.

Menopausa

Il consultorio offre spazi di ascolto e sostegno psicologico, sociale e sanitario, accompagnati, se necessario e/o come prevenzione, da visita ginecologica e Pap test.

Gravidanza e Percorso nascita

Il Consultorio offre alla donna e alla coppia la possibilità di essere accompagnato durante tutta la gravidanza e il puerperio tramite visite e controlli ostetrico-ginecologici, corsi di preparazione alla nascita, consulenza e sostegno psicologico e sociale, assistenza e supporto al puerperio, all'allattamento al seno e all'accudimento del neonato.

Percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica (Basso Rischio Ostetrico - BRO)

Viene proposto dall'Ostetrica in rete con il Medico specialista in Ostetricia e Ginecologia un modello di assistenza, che garantisca "una mamma e un bambino in perfetta salute con il livello di cure più basso possibile compatibile con la sicurezza". L'Ostetrica attraverso l'uso della Agenda del Percorso Nascita accompagna la donna dalla fase pre-concezionale alla fase postnatale. Qualora emergano fattori di rischio o elementi di patologia, la donna viene presa in carico dagli Specialisti Ginecologi del Consultorio Familiare, del Punto Nascita e/o dai Servizi Aziendali competenti. Più complessivamente viene garantito il sostegno psicologico e sociale per la promozione e lo sviluppo delle competenze genitoriali a tutela della mamma, del nascituro e della famiglia.

Corsi di accompagnamento alla nascita

Il Consultorio Familiare organizza, in collaborazione con i Punti Nascita aziendali, corsi di accompagnamento alla nascita rivolti alle future mamme e papà indicativamente a partire dal 7° mese di gravidanza. Sono percorsi che oltre ad assistere e preparare la donna ai cambiamenti del proprio corpo e al parto, aiutano la coppia a ridisegnare la propria relazione affettiva e a prepararsi al nuovo ruolo di genitori.



Viene proposto in alcune sedi anche il Gruppo “Muoviti mamma” rivolto alle gestanti dopo la tredicesima settimana, volto alla promozione del movimento corporeo in gravidanza, presa di coscienza e percezione del perineo, esercizi di rilassamento e creazione di una rete di supporto tra le future mamme.

Home visiting ostetrico nel primo puerperio

Le ostetriche dei Consultori contattano tutte le puerpere dimesse dai Punti Nascita aziendali entro 24/48 ore dalla dimissione, offrendo consulenza sul puerperio e il corretto avvio dell’allattamento al seno e proponendo una visita domiciliare da effettuarsi insieme ad una collega esperta in allattamento (Infermiera pediatrica o puericultrice); nel corso della visita domiciliare si verificano:

- Il regolare decorso post partum
- Le condizioni della sfera affettivo-relazionale della neomamma
- Le condizioni socioeconomiche sfavorevoli o pregiudizievoli della salute di madre e bambino, al fine di attivare altri membri di équipe consultoriale o le altre risorse di rete
- Il corretto avvio dell’allattamento
- Il benessere e la crescita del bambino, fornendo suggerimenti per la cura del neonato

Si presenta il Consultorio Familiare con i servizi e le attività ivi offerti e si invita la puerpera per un primo accesso, fissando contestualmente un appuntamento entro i successivi 20 giorni.

In caso si rilevino condizioni particolari di fragilità della puerpera (gemellarità, travaglio prolungato o complicato, parto cesareo, complicazioni peri partum o altro) è possibile offrire fino a due ulteriori visite domiciliari, da effettuarsi nei successivi 20 giorni, possibilmente a cadenza settimanale; ulteriori cure saranno prestate in sede consultoriale.

Nel corso del 2024 sono già state contattate più di 400 puerpere.

Sostegno allattamento e alimentazione complementare

Il servizio propone, su appuntamento, uno spazio dove i neo-genitori con i propri bambini possono ricevere informazioni e sostegno nell’accudimento, nella cura e nell’allattamento del neonato nel primo anno di vita. In collaborazione con i Punti Nascita, al fine di garantire la continuità di cura necessaria, tutte le mamme dimesse vengono richiamate dagli operatori del Consultorio Familiare, per proporre il sostegno all’allattamento già avviato e/o la consulenza e l’accompagnamento utili ad affrontare la fase successiva al parto e ai primi mesi del bambino.

Colloqui sociali e psicologici

Il Consultorio offre colloqui sociali e psicologici alla persona (adulto, adolescente, bambino), alla coppia, alla famiglia relativamente alle problematiche indicate nella definizione iniziale del servizio, sulla base delle modalità previste dalle linee d’indirizzo e dalle procedure adottate.



Nei casi di accesso spontaneo i colloqui sono rivolti ad una valutazione e presa in carico volta a supportare la persona o il nucleo in un momento critico del ciclo di vita. Gli interventi possono attuarsi in rete con altri Servizi sanitari, Servizi del territorio e del Terzo Settore.

Area Tutela Minori

Il consultorio si occupa delle situazioni di minorenni e delle loro famiglie sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria (AG) che richiedono interventi multidisciplinari in carico a Enti e Servizi differenti, in situazioni di abuso, maltrattamento, grave conflittualità e violenza assistita.

Su mandato dell'AG e in collaborazione con la rete dei Servizi sociali e sanitari, il Consultorio si occupa della valutazione e della presa in carico dei minori e dei loro nuclei familiari, nonché dei rapporti con l'AG.

In merito alla collaborazione con l'Unità Welfare Territoriale del Comune di Milano, il Consultorio ha collaborato nell'anno in corso alla partecipazione al Tavolo di lavoro relativo alla revisione del Protocollo Tutela minori.

Mediazione familiare

Si rivolge alle coppie coniugate o non coniugate in fase di separazione. È un intervento gratuito per:

- separarsi restando protagonista delle proprie scelte;
- comunicare la nuova situazione ai figli, partendo dal riconoscimento dei loro bisogni;
- riorganizzare le relazioni familiari dopo la separazione
- trovare degli accordi costruttivi e personalizzati con la garanzia della più assoluta riservatezza.

Adozione

Presso la sede di via Monreale un'équipe di psicologi e assistenti sociali specificatamente preparati su tali tematiche si occupa di informare sul percorso adottivo, di preparare le coppie aspiranti all'adozione, di sostenere il nucleo adottivo, di valutare l'idoneità all'adozione su richiesta del Tribunale per i Minori. Vengono svolti colloqui e incontri di gruppo.

2.2.10 Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD)

Questo Dipartimento è preposto a rafforzare le sinergie e il coordinamento tra area di degenza, servizi territoriali, ambulatori specialistici, attività di riabilitazione semiresidenziale e residenziale in una logica di rete. Il DSMD opera sia sui Distretti 5-6-7 che sul Distretto 4, e sui Comuni di Corsico, Buccinasco, Rozzano. Il Dipartimento si articola sulle aree fondamentali di erogazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale per la salute mentale e le dipendenze, integrando sui due presidi l'attività di tre reparti di degenza psichiatrica, un reparto di degenza neuropsichiatrica dell'adolescenza, sei centri psicosociali, cinque unità operative territoriali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, quattro servizi per le dipendenze e un nucleo operativo alcologia. A questi si aggiungono un servizio di psicologia clinica altamente integrato con le



molteplici realtà della clinica ospedaliera ed il Centro Regionale Epilessia che si estende dall'ambito evolutivo all'adulto.

Oltre ai servizi di primo livello, il Dipartimento comprende e integra l'assistenza dei pazienti con ambulatori di secondo e terzo livello e può erogare percorsi di cura che si estendono da una valutazione iniziale a programmi riabilitativi ad elevata complessità anche residenziale. Tali percorsi possono esser offerti a persone che presentano problematiche da lievi e transitorie sino a forme complesse di malattia cronica per tutto lo spettro dell'ambito psichiatrico, neuropsichiatrico, tossicologico, epilettologico, sonnologico e psicologico. Gli interventi prevedono una stretta integrazione del lavoro medico. La peculiare intensificazione dei legami tra l'ambito evolutivo e quello dell'adulto caratterizza il Dipartimento, che infatti presenta una forte vocazione per la prevenzione e l'intervento precoce nelle aree cliniche descritte.

Il Dipartimento comprende una maggioranza di direzioni universitarie, favorendo da anni un'integrazione attiva con i corsi della facoltà di medicina e chirurgia, le scuole di dottorato e specializzazione dell'Università degli Studi di Milano. La complessità organizzativa del DSMD prevede infatti anche un lavoro quotidiano di insegnamento, supervisione e ricerca di livello internazionale estesa ad una larga maggioranza dei servizi su entrambi i presidi.

A) SSD Centro Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (Centro D-NA)

Assicura attività di prevenzione, di individuazione delle situazioni di rischio, di diagnosi tempestiva e di cura delle persone con Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, in stretta integrazione con le competenze neuropsichiatriche, pediatriche, psicologiche, internistiche, endocrinologiche, dietologiche e chirurgiche nei setting di cura: ambulatoriali, MAC, DH e ricoveri ordinari. Il Centro opera secondo un modello inclusivo e diffuso sul territorio.

Di seguito si descrivono i servizi afferenti al DSMD.

B) SSD Psichiatria Dell'Adolescenza e del Giovane Adulto (Centro Giovani Ponti)

Assicura attività di prevenzione, di individuazione delle situazioni di rischio, di diagnosi tempestiva e di cura delle persone di età compresa tra i 16 e i 25 anni, in stretta integrazione con la Neuropsichiatria dell'adolescenza.

C) SSD Residenzialità Psichiatrica

Assicura le attività di cura e riabilitazione presso le 4 strutture residenziali psichiatriche di ASST Santi Paolo e Carlo integrando il lavoro di équipe multidisciplinare. Coordina in collaborazione con gli operatori della SC Psichiatria i progetti di residenzialità anche relativi a strutture non dipartimentali e si articola con la SSD Riabilitazione Psichiatrica nella programmazione dei percorsi di reinserimento sul territorio. Il totale dei posti letto disponibili è di 51. L'offerta riabilitativa del nostro DSMD copre tutte le tipologie di strutture residenziali psichiatriche:



- SRP1: strutture residenziali psichiatriche per il trattamento terapeutico riabilitativo di tipo intensivo
- Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza (CRA) e Comunità Riabilitativa a Media assistenza (CRM)

Sedi:

- CRA Via Emilia 39, Buccinasco
- CRM Via Assietta 38, Milano

- SRP2: strutture residenziali psichiatriche per il trattamento terapeutico riabilitativo di tipo estensivo - Comunità Protetta ad Alta Assistenza (CPA) e Comunità Protetta a Media Assistenza (CPM)

Sedi:

- CPA Via Adige 2, Badile
- CPM (Cantalupa) Via de Finetti 6, Milano

D) SSD Riabilitazione Psichiatrica

Assicura le attività di riabilitazione, reinserimento sociale e lavorativo per tutti i pazienti con disturbi mentali afferenti all'ASST Santi Paolo e Carlo integrando il lavoro di équipe multidisciplinare. Coordina in collaborazione con gli operatori della Struttura Complessa (SC) Psichiatria i progetti di riabilitazione anche relativi a servizi non dipartimentali e si articola con la SSD Residenzialità Psichiatrica nella programmazione dei percorsi di reinserimento sul territorio.

E) SC PSICHIATRIA 51/52 53/54

Coordina l'organizzazione dei percorsi di assistenza, diagnosi e cura biomedica e psicosociale a pazienti con disturbi mentali in regime di ricovero ed ambulatoriale afferenti all'ASST Santi Paolo e Carlo. Integra e coordina nel contesto di tali percorsi l'attività universitaria di insegnamento, supervisione e ricerca dell'ambito psichiatrico.

SS CPS Barabino – Via Barabino 8

Assicura attività di consulenza, presa in carico e assunzione in cura specialistiche e multidisciplinari per pazienti con disturbi mentali sul territorio di Milano ex zona 14.

SS CPS Rozzano – Via Piave 89

Assicura attività di consulenza, presa in carico e assunzione in cura specialistiche e multidisciplinari per pazienti con disturbi mentali sul territorio di Rozzano e Comuni limitrofi.

SS Polo Ospedaliero San Paolo – Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

Assicura diagnosi e trattamenti in regime di ricovero ordinario, in urgenza o in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) per pazienti con disturbi mentali afferenti all'Ospedale San Paolo.

SS CPS Ovada – Via Ovada 26

Assicura attività di consulenza, presa in carico e assunzione in cura specialistiche e multidisciplinari per pazienti con disturbi mentali sul territorio di Milano ex zone 5/15/16.

**SS Polo Ospedaliero San Carlo – SPDC**

Assicura diagnosi e trattamenti in regime di ricovero ordinario, in urgenza o in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) per pazienti con disturbi mentali afferenti all'Ospedale San Carlo.

SS CPS Mosca – Soderini (Via A. Mosca 12; Via Perosi 1)

Assicura attività di consulenza, presa in carico e assunzione in cura specialistiche e multidisciplinari per pazienti con disturbi mentali sul territorio di Milano ex zone 17/18

SS CPS Corsico – Via Travaglia 5

Assicura attività di consulenza, presa in carico e assunzione in cura specialistiche e multidisciplinari per pazienti con disturbi mentali sul territorio di Corsico e Comuni limitrofi

SS Semiresidenzialità

Assicura attività di diagnostiche, terapeutiche e riabilitative a ciclo diurno nel contesto della SC Psichiatria, in stretta collaborazione con le SSD Residenzialità e Riabilitazione Psichiatrica.

F) SC SERD TERRITORIALE

La struttura si occupa del contrasto e del trattamento delle dipendenze patologiche in ambito territoriale nelle aree di prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze.

Opera attraverso una modalità multiprofessionale e programmi il più possibile individualizzati garantendo le prestazioni LEA previste per l'area d'intervento.

Combatte lo stigma e il pregiudizio che connotano la patologia tossicomane.

SS SER.D Gola

Il SER.D di via Gola 24, sede anche della S.C. SERD Territoriale, oltre alle ordinarie attività d'assistenza, rappresenta il punto di riferimento per le terapie farmacologiche con agonisti oppioidi nei fine settimana e nei giorni festivi per l'Utenza delle 3 ASST coinvolte nel Progetto Milano (Santi Paolo e Carlo, FBF-Sacco e Nord Milano). Ospita il coordinamento dell'équipe Diagnosi e Trattamento Precoce, attività trasversale in tutte le sedi SER.D/NOA e fortemente connessa sul piano clinico con il Centro Giovani Ettore Ponti. Il Servizio è inoltre coinvolto nel Progetto Parchi, patrocinato dalla Prefettura di Milano e coordinato da ATS Milano.

SS SERD Forze Armate/Albenga

Il SER.D Via Forze Armate 381 assiste i Pazienti con Disturbo da Uso di Sostanze ed è sede di somministrazione dei farmaci oppioidi agonisti. Con la collaborazione del Distretto 7 eroga prestazioni di terapia di gruppo presso la CdC di via Masaniello nell'ottica dell'integrazione dei servizi territoriali e con l'obiettivo di destigmatizzare una patologia diffusa in tutti gli strati di popolazione. Il Servizio è inoltre coinvolto nel Progetto Parchi, patrocinato dalla Prefettura di Milano e coordinato da ATS Milano.

Il SER.D di via Albenga 2/A eroga assistenza ai portatori di Disturbo da Uso di Sostanze con particolare riguardo alla formulazione e applicazione dei programmi di misure alternative alla detenzione (ex DPR



309/90) per i Pazienti che possono beneficiarne. È inoltre coinvolto in programmi di informazione/prevenzione sui temi delle Dipendenze e Legalità in diversi istituti scolastici del territorio dei Distretti 5-6-7 in coordinamento con le Direzioni distrettuali.

SS SERD Boifava – Via Boifava 25

Garantisce l'erogazione delle prestazioni sanitarie finalizzate all'assistenza ambulatoriale specialistica alle persone con Disturbo da Uso di Sostanze non oppiacee e Disturbo da Gioco da Azzardo. È servizio di riferimento cittadino per il trattamento del GAP.

SS NOA Baroni – Via Baroni 48

Garantisce l'erogazione delle prestazioni sanitarie finalizzate all'assistenza ambulatoriale specialistica alle persone con Disturbo da Uso di Alcol. Esegue attività di disintossicazione ambulatoriale.

G) SC PSICOLOGIA CLINICA

Assicura, in stretta collaborazione con le strutture psichiatriche, valutazioni neuropsicologiche e visite psicologiche volte all'inquadramento delle condizioni del paziente, con particolare attenzione al contesto di vita. Coordina le attività degli psicologi operanti nella ASST.

SS Psicologia

Le attività comprendono il trattamento di problematiche psicologiche insorte in relazione alla malattia fisica, l'accompagnamento nella comunicazione della diagnosi e interventi di supporto. Il servizio offerto prevede la presa in carico dei pazienti durante il ricovero con eventuale continuità, in forma ambulatoriale, dopo la dimissione.

SS Psicologia Penitenziaria

Gli interventi della Psicologia Penitenziaria hanno caratteristiche comuni e caratteristiche specifiche delle singole strutture penitenziarie.

Le caratteristiche comuni sono il Servizio Nuovi Giunti, volto alla valutazione e gestione clinica del rischio suicidiario dei soggetti che fanno ingresso in carcere; gli interventi di Pronti Intervento che sono interventi sulla crisi; da monitoraggi psicologici di attente sorveglianze e da supporto psicologico continuativo. Le caratteristiche specifiche riguardano la Cada di Reclusione di Bollate dove si effettuano interventi di raccordo con il territorio per i dimittendi e la CR Beccaria per le valutazioni psicodiagnostiche che rappresentino al Giudice minorile i bisogni sanitari psicologici dei minorenni sottoposti a procedimento penale, per il tramite dei servizi minorili sia l'Istituto Penale per Minorenni (IPM) che l'Ufficio Servizi Sociali per Minorenni (USSM) che governa l'area penale esterna, più consistente di quella interna.

H) SC NEUROLOGIA DELL'ETA' EVOLUTIVA - CENTRO REGIONALE EPILESSIA

Assicura attività di diagnosi, cura e riabilitazione a favore di bambini e adolescenti con problematiche del neurosviluppo; assicura attività di diagnosi e terapia delle epilessie in tutte le età della vita, e delle malattie neurologiche rare con epilessia; fornisce assistenza per la Medicina del Sonno in raccordo multidisciplinare



con altre unità operative ospedaliere coinvolte nella gestione del paziente con patologie ipnologiche (pneumologia, pediatria, psichiatria, ORL, chirurgia maxillo – facciale)

SS Diagnostica Epilessie Complesse

Assicura attività diagnostica in ambito di epilettologia clinica, compreso il monitoraggio Video-Elettroencefalografico in regime di ricovero (Pediatico e adulto)

I) SC UONPIA

La UONPIA si occupa di diagnosi e cura, anche in ambito di ricovero ospedaliero e Day Hospital, dei disturbi neuropsichiatrici di pazienti di età compresa tra 0 e 18 anni.

Assicura attività assistenziali per i Disturbi della Nutrizione e Alimentazione (D-NA) in età evolutiva; assicura attività di diagnosi e cura all'interno del Centro per i Disturbi Specifici dell'Apprendimento; garantisce l'assistenza alle giovani mamme attraverso il Centro SAGA (Servizio di Accompagnamento alla Genitorialità in Adolescenza).

SS Psicopatologia età evolutiva

Assicura le attività territoriali di diagnosi, cura e riabilitazione a favore di bambini e adolescenti affetti da disturbi neuropsichiatrici dall'infanzia all'adolescenza. Svolge inoltre attività di rete tramite incontri con scuole, servizi sociali, terzo settore, strutture ospedaliere, altre strutture terapeutiche e riabilitative del territorio, Tribunale per i Minorenni, comunità terapeutiche ed educative, mediatori culturali (Crinali).

I poli territoriali sono:

- Via Barabino 8 (Distretto 4 e parte Distretto 5)
- Via Tibaldi 41 (Distretto 5)
- Via Remo La Valle 7 (Distretto 6)
- Via Val D'Intelvi 1 (Distretto 7)
- Via Petrarca 19 (Buccinasco)

2.2.11 Carceri

La ASST Santi Paolo e Carlo garantisce, attraverso la Struttura Complessa Direzione Coordinamento Carceri, l'assistenza all'interno delle strutture di reclusione della Città Metropolitana di Milano ed è una articolazione della Direzione Sociosanitaria.

L'assistenza si espleta nelle seguenti quattro strutture penitenziarie afferenti per titolarità sanitaria all'ASST Santi Paolo e Carlo:

- Istituto Penale Minorenni (C. Beccaria)
- Casa Circondariale (San Vittore)
- Case di Reclusione di Opera (che ospita i circuiti dell'alta sicurezza e del 41 bis)



- Casa di Reclusione di Bollate (carcere ad alta valenza trattamentale extra-muraria).

Alla SC Coordinamento Carceri è demandato assicurare il rispetto dei requisiti igienico sanitari all'interno delle strutture carcerarie, organizzare e coordinare l'attività sanitaria a favore dei detenuti svolta sia presso i quattro Istituti Penitenziari, sia negli ospedali dell'area metropolitana milanese. Inoltre, viene garantita l'organizzazione dell'attività di diagnosi e cura a favore dei pazienti reclusi e tutte le attività di diagnosi e cura per pazienti detenuti acuti e cronici (medicina di iniziativa, specialistica, telemedicina, primo soccorso, assistenza infermieristica, farmaceutica). Vengono coordinate azioni di promozione della salute, di educazione sanitaria e di prevenzione, integrate le attività di salute mentale con le altre attività di diagnosi e cura, assicurate la indispensabile integrazione professionale, organizzativa e gestionale con la UOC SERD penitenziaria, al fine di migliorare la qualità della assistenza verso i detenuti e promuovere la razionalizzazione organizzativa.

Le strutture afferenti alla Struttura Complessa Direzione Coordinamento Carceri sono:

- Igiene e organizzazione sanitaria territoriali
- Casa Circondariale San Vittore
- Case di Reclusione di Opera
- Casa di Reclusione di Bollate
- Istituto Penale Minorenni (C. Beccaria)

Data la complessità dell'assistenza e la presenza di detenuti con bisogni sanitari e psicosociali compositi, la SC Direzione Coordinamento Carceri lavora, attraverso un approccio di equipe multidisciplinare, insieme alla Psicologia del Settore Penitenziario (affidente al DSMD), eroga interventi che hanno caratteristiche comuni e caratteristiche specifiche rispetto alle singole strutture penitenziarie.

La presa in carico dei suddetti servizi si integra con il collegamento ai servizi territoriali (CPS, strutture residenziali e semiresidenziali) che dovranno garantire la continuità assistenziale e terapeutica al momento del rilascio in libertà.

La SC Psicologia Clinica garantisce le attività di Psicologia per le 4 carceri, garantendo anche l'attività sui nuovi giunti per il rischio suicidario. La SD Psichiatria Penitenziaria garantisce l'assistenza psichiatrica per le 4 carceri. La UONPIA garantisce l'assistenza Neuropsichiatria Infantile per l'IPM "C. Beccaria".

Nel panel di cure erogate all'interno delle strutture di reclusione troviamo la Struttura Complessa SER.D. Area Penale e Penitenziaria che si occupa attraverso le sue 5 Strutture Semplici – SS SER.D San Vittore, SS Trattamento Avanzato Nave, SS SER.D Bollate e Tribunale, SS SER.D Opera e SS Penale Minorile - di curare i



disturbi correlati a sostanze e le dipendenze patologiche (disturbi da addiction) in relazione a quanto previsto dai LEA del Sistema Socio-Sanitario.

Tutto ciò si concretizza attraverso la realizzazione diretta di processi diagnostici, valutazioni multidisciplinari e percorsi terapeutici, durante la detenzione e trattamenti anche di tipo ambulatoriale territoriale per minori con disturbi correlati a sostanze e disturbi di addiction, sottoposti a provvedimenti penali.

Il servizio infettivologico completa l'attività preventiva vaccinale (vaccinazioni obbligatorie e facoltative nei pazienti fragili) e di screening e presa in carico delle patologie infettive trasmissibili ed in particolare quelle a maggiore prevalenza in ambito penitenziario quali le epatiti e l'infezione da Human Immunodeficiency Virus (HIV) e da HPV. Al momento partecipa allo screening ubiquitario per Hepatitis C Virus (HCV) come da Decreto Milleproroghe del febbraio 2020. Le attività vengono svolte spesso in collaborazione con i SER.D interni ed esterni anche in rapporto all'elevato numero di soggetti dipendenti.

Presso la Casa di Reclusione (CR) di Opera è attivo un servizio di emodialisi con la capacità di 3 pazienti/settimana. La prospettiva sarebbe quella di estendere l'attività a tutti i pazienti affetti da insufficienza renale cronica presenti presso gli istituti di Milano.

In relazione alla revisione in corso dell'organizzazione dei Servizi sanitari penitenziari, sono stati attivati percorsi di presa in carico del paziente cronico e anziano, secondo il modello delle Case e Ospedali di Comunità e della medicina preventiva e di iniziativa.

I numeri della popolazione carceraria alla quale la ASST presta le proprie attività reperiti attraverso il sito del Ministero di Grazia e Giustizia sono riportati nella Tabella 27.

TABELLA 27 – POPOLAZIONE CARCERARIA (a mese di gennaio 2024)

STRUTTURA	NUMERO UOMINI	NUMERO DONNE
CASA CIRCONDARIALE di SAN VITTORE	1024	81
CASA DI RECLUSIONE di BOLLATE	1459	166
CASA DI RECLUSIONE di OPERA	1285	na
IPM BECCARIA	72	na

Le presenze giornaliere medie complessive in tali istituti sono di oltre 4000 unità, di cui oltre il 90% sono di sesso maschile e di età media di circa 44 anni, circa il 40% di nazionalità straniera (di origini prevalentemente da paesi magrebini, Est Europa, Medio Oriente, Sudamerica). Inoltre, oltre il 40 % presenta dipendenze patologiche, circa il 60% accusa disagio psichico ed il 10% presenta diagnosi psichiatrica conclamata.

I bisogni di salute dei detenuti presenti a Milano si possono così riassumere:

1. Problematiche di salute mentale (spesso legate anche al percorso migratorio)
2. Problematiche di dipendenza patologica (spesso poliabuso di sostanze e doppia diagnosi)
3. Problematiche infettivologiche (Tubercolosi, infezione da HIV, HBV, HCV, sepsi)
4. Patologie croniche (cardiovascolari, respiratorie, metaboliche) spesso legate al progressivo aumento dell'età media dei presenti, con detenuti anziani e grandi anziani presso le Case di Reclusione

Le criticità rappresentate sono aggravate dalla frequente assenza di documentazione anagrafica e sanitaria relative al detenuto stesso. Ogni istituto ha a disposizione mediatori culturali nelle lingue principali.

Vengono garantiti tutti i requisiti di diagnosi e cura relativi ai LEA nazionali e regionali.

2.3 Funzioni e personale presente nella rete territoriale di ASST

L'implementazione del PPT passa attraverso la scelta di identificare il Distretto Sociosanitario come la dimensione organizzativa territoriale e gestionale in cui si integrano le funzioni sociali, sanitarie e sociosanitarie, per far fronte alla complessità sociale e sanitaria dell'individuo.

Al fine di sostenere l'attività dei Distretti, in concerto con le restanti strutture della ASST Santi Paolo e Carlo, coerentemente con gli obiettivi fissati dal PPT e dal POAS, occorre prevedere tre distinti piani di lavoro per l'integrazione strategica:

1. tra i servizi territoriali;
2. tra ospedale e territorio, all'interno del territorio di competenza della ASST;
3. nei confronti degli enti locali e i loro produttori, per il coordinamento con il comparto socioassistenziale e sociosanitario con i produttori di questo settore.

La definizione del modello organizzativo ha lo scopo di individuare le modalità di divisione del lavoro per poter garantire l'implementazione del coordinamento tra le attività definite trasversali e quelle proprie del Distretto.

La proposta organizzativa consta in una integrazione tra una dimensione verticale, tipicamente gerarchica, e una orizzontale, che fa riferimento alle Strutture Semplici e Complesse che garantiscono le risorse umane



necessarie a sostenere le attività all'interno delle strutture fisiche presenti sul territorio (CdC, COT, CPS, Carceri ecc.).

Il Distretto assume una connotazione di struttura eminentemente gestionale che ricerca, per effetto della omogeneità della funzione svolta nel generale assetto produttivo aziendale, opportune sinergie grazie all'utilizzo integrato e programmato delle risorse umane, strumentali e logistiche presenti nelle singole Unità Operative afferenti ad altri Dipartimenti.

Il Distretto è, ai sensi della normativa vigente, sede di erogazione di tutta l'attività sanitaria e sociosanitaria a livello territoriale ed è lo strumento di coordinamento tra tutti i sistemi di offerta territoriali e integrazione ospedale-territorio, nonché strumento di coordinamento per il sistema delle cure primarie (MMG, PLS e Continuità Assistenziale).

Il Distretto è l'interlocutore degli Enti Locali, funzione che svolge in modo coordinato con le politiche aziendali, costituisce la struttura di riferimento per la cittadinanza per quanto attiene il proprio territorio e ha responsabilità nel fornire una risposta integrata ai bisogni dei propri cittadini.

Nella struttura organizzativa a matrice proposta, le conoscenze e le competenze del personale proprio delle singole Unità Operative Semplici o Complesse sono condivise tra i Distretti sulla base delle proprie esigenze.

La divisione del lavoro consiste, quindi, nella ripartizione del processo operativo complesso proprio del Distretto in aree di attività elementari e omogenee al loro interno e attraverso l'attribuzione delle risorse ad aree specifiche o funzionali.

La divisione dei compiti può avvenire a livello orizzontale, definendo la distribuzione delle attività tra i membri dell'organizzazione e a livello verticale, definendo la distribuzione della responsabilità (influenza/autorità).

Di seguito, in Tabella 28 e 29 si riportano le unità del personale in forza ai Distretti e alle strutture afferenti al Polo Territoriale:

TABELLA 28 – PERSONALE DISTRETTI E STRUTTURE AFFERENTI

QUALIFICA	CONSULTORI FAMILIARI	FUNZIONI TERRITORIAL I	DISTRETTO 5	DISTRETTO 6	DISTRETTO 7	CENTRI VACCINALI	Tot.
AMMINISTRATIVO Comparto	4	36	2	6		5	53
AMMINISTRATIVO Dirigenza		1					1
SANITARIO Comparto	25	12	1	21	31	30	120
SANITARIO Dirigenza Medica		4	2	2	2	5	15
SANITARIO Dirigenza non Medica	23						23
SOCIO SANITARIO	8	4		4	5	4	25



Comparto							
TECNICO Comparto		2	1	1	1	2	7
Tot. personale Distretti	60	59	6	34	39	46	244

LEGENDA:

- FUNZIONE TERRITORIALI: servizi di protesica, fragilità, scelta e revoca
- DISTRETTO 6: CdC Bande Nere, CdC Gola
- DISTRETTO 7: CdC Masaniello, CdC Masaniello, CdC Monreale

TABELLA 29 – PERSONALE DISTRETTI E STRUTTURE AFFERENTI

QUALIFICA	ADI	COT – CdC Gola	COT – CdC Monreale	COT – CdC Stromboli	Tot
AMMINISTRATIVO Comparto			1	1	2
SANITARIO Comparto	9	4	5	4	22
SOCIO SANITARIO Comparto	3				3
Totale complessivo	12	4	6	5	29

Di seguito, in Tabella 30 e 31 si riportano le unità del personale in forza all'Area Salute Mentale e Dipendenze:

TABELLA 30– PERSONALE AREA SALUTE MENTALE

QUALIFICA	SSD GRAVI DIST. COMPORT AMENTO ALIMENTA RE	SSD PSICHIATRI A- DIST.PSICO PAT. ETA' GIOV.	SSD PSICHIATRI A- RESIDENZ. PSICHIATRI CA	UOC NEUROLOG IA ETA' EVOLUTIV A CRE	UOC PSICHIATRI A 51-52	UOC PSICHIATRI A 53-54	UOC UONPIA	UOC PSICOLOGI A CLINICA	UOC GESTIONE PROCESSI AMM.VI DIPART.LI
AMMINIST RATIVO Comparto		1		1	4	3	1	1	
AMMINIST RATIVO Dirigenza									1
SANITARIO Comparto	2	2	26	20	75	52	56	2	
SANITARIO Dirigenza Medica	2	2	3	18	28	21	15		

TABELLA 31– PERSONALE AREA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE- CARCERI

QUALIFICA	SSD PSICHIATRIA- SERV.PSICH. PENITENZIARIO	SSD SANITA' PENITENZIARIA	UOC SER.D AREA PENALE E PENITENZIARI	UOC SER.D TERRITORIALE
AMMINISTRATIVO Comparto			3	2
AMMINISTRATIVO Dirigenza				
PROFESSIONALE			2	1
SANITARIO Comparto			15	23
SANITARIO Dirigenza Medica	8	2	13	15
SANITARIO Dirigenza non Medica			15	17
SOCIO SANITARIO Comparto			16	15
TECNICO Comparto			3	
Tot. personale	8	2	67	73

3. Il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale

3.1 Formazione

Il distretto è impegnato nell'organizzazione e nella realizzazione di corsi di formazione integrata e si fa promotore attivo di iniziative di supporto ai percorsi formativi.



In particolare, è pianificata una formazione congiunta che coinvolgerà MMG, PLS e medici specialisti dei presidi ospedalieri e delle CdC dell'ASST Santi Paolo e Carlo. L'obiettivo di questa formazione è illustrare i servizi territoriali e di secondo livello e favorire una maggiore integrazione tra le strutture ospedaliere e il territorio, ottimizzando la continuità dell'assistenza sanitaria.

Inoltre, è prevista una formazione specifica sulle Cure Domiciliari, che includerà tutti i professionisti coinvolti in questo ambito, quali IFeC, medici, assistenti sociali e altri professionisti sanitari come fisioterapisti, con l'obiettivo di garantire una gestione coordinata ed efficace delle cure a domicilio.

Ulteriori attività formative riguarderanno l'area della salute mentale e delle dipendenze, coinvolgendo operatori attivi sia in ambito ospedaliero che territoriale, oltre ai MMG e PLS, per perfezionare l'approccio integrato alla gestione delle patologie psichiatriche.

Verrà organizzata una formazione specifica per i medici prescrittori di dispositivi protesici, al fine di migliorare le competenze in questo settore.

Infine, la formazione sarà anche indirizzata alla organizzazione di eventi che prevedano la partecipazione di professionisti dell'ASST Santi Paolo e Carlo, degli Enti Locali e degli ETS, in particolare sul tema della transizione tra cure sanitarie e sociali nelle aree di fragilità con attenzione alla fase di passaggio dall'area minori a quella dell'età adulta.

Infine, saranno organizzati corsi di formazione sul campo per promuovere l'integrazione interprofessionale e interistituzionale per migliorare l'assistenza sanitaria. Gli obiettivi includono l'organizzazione del distretto e la sua integrazione con il Polo Ospedaliero, il ruolo delle CdC, l'ADI, l'assistenza primaria e le vaccinazioni.

3.2 Linee programmatiche generali per lo sviluppo del polo territoriale

Domanda di salute: criticità evidenziate

- 1) Sulla base dei dati demografici che evidenziano come criticità una tendenza verso l'invecchiamento della popolazione, il PPT prevede un ampliamento e potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare per anziani, un aumento della copertura di presa in carico in cure domiciliari dei pazienti over 65 nella logica della prevenzione proattiva, l'implementazione della telemedicina e dell'offerta attività sociosanitaria (es. invecchiamento attivo).
- 2) Data l'elevata presenza di stranieri in tutti e tre i municipi si vuole rafforzare l'area di prevenzione attraverso la vaccinazione e migliorare l'accesso ai servizi sociosanitari anche attraverso il superamento della barriera linguistica. Sono inoltre previsti dei progetti di collaborazione con Associazioni No-profit Emergency da attuare sia presso i PS che presso gli ambulatori sociosanitari territoriali e rivolti a stranieri e residenti.
- 3) L'analisi di contesto evidenzia un numero particolarmente alto di pazienti affetti da una o più patologie croniche, per cui si prevedono interventi sui seguenti aspetti:



- Prevenzione: rafforzare le campagne per la promozione di stili di vita sani (riduzione del fumo, contrasto all'abuso di sostanze, promozione alimentazione equilibrata e dell'attività fisica ecc) e favorire iniziative mirate (laboratorio permanente, gruppi cammino), incentivare la partecipazione agli screening.
 - Gestione integrata delle cure e dell'assistenza precoce
 - Telemedicina
 - Presa in carico del paziente cronico da parte degli MMG/PLS.
- 4) L'incidenza dei tumori conferma come aree critiche i tumori dell'apparato digerente, quelli della mammella e degli organi genitali femminili e i tumori dell'apparato respiratorio. Questi dati avvalorano l'importanza di potenziare costantemente le campagne di prevenzione e screening oncologici per i tumori della mammella, cervice uterina e colon-retto.
- 5) Considerata l'elevata incidenza di malattie croniche e tumori dell'apparato respiratorio, la cui causa principale è il fumo di sigaretta, al fine di promuovere la diffusione delle strategie mirate alla cessazione del fumo, è stato deciso di estendere il centro antifumo, attualmente situato solo all'interno del polo ospedaliero (PO San Paolo), sul territorio. Questa scelta mira a garantire una maggiore capillarità dell'informazione e a rendere più accessibili i servizi di supporto alla disassuefazione per la popolazione.
- 6) Per le patologie ad alta incidenza nella popolazione generale e quindi anche nella ASST Santi Paolo e Carlo quali malattie cardiovascolari, respiratorie, oncologiche e diabete, si ribadisce la necessità di lavorare su promozione di stili di vita sani, adesione agli screening e interventi precoci per le persone a rischio. Si lavorerà su un rafforzamento della gestione integrata e dell'assistenza domiciliare (es. implementazione ambulatorio scompenso cardiaco e piede diabetico in CdC).
- 7) Si prevede di ampliare l'assistenza specialistica al domicilio del paziente intrasportabile; in particolare si vuole assicurare la prescrizione e somministrazione al domicilio di ossigenoterapia e nutrizione.
- 8) Dall'analisi di contesto si è evidenziata l'incidenza particolarmente alta dei ricoveri perinatali rispetto ad ATS Milano per cui va incentivato il lavoro di integrazione tra PLS, consultori, specialisti dell'area materno-infantile (es. primi 1000 giorni ecc).
- 9) Anche i ricoveri per disturbi psichici sono superiori rispetto alla media di ATS Milano, è necessario potenziare i servizi di salute mentale, con un focus sulla prevenzione, diagnosi precoce e trattamento ambulatoriale.
- 10) Data l'elevata mortalità per patologie respiratorie, endocrinologiche, infettive e osteomuscolari si prevede un potenziamento della specialistica ambulatoriale per una migliore e più precoce presa in



carico (es. di specialisti da coinvolgere: pneumologo, diabetologo, neurologo, fisiatra). Inoltre, si promuoverà il rafforzamento dei percorsi di integrazione tra MMG, PLS e medici specialisti.

- 11) Data l'elevata mortalità per patologie infettive si programma di rafforzare l'area di prevenzione attraverso la vaccinazione e l'integrazione MMG/PLS con gli specialisti infettivologi territoriali e/o ospedalieri e i medici di Continuità Assistenziale (CA), anche mediante utilizzo della telemedicina.
- 12) Il totale degli accessi di PS conferma una significativa domanda di servizi sanitari, particolarmente concentrata nelle fasce di età più anziane, dove la presenza di comorbidità e fragilità aumenta la necessità di ricorso al PS per cui si vuole favorire la presa in carico da parte di MMG, aumentare la copertura di presa in carico dei pz over 65, favorire l'accesso ai servizi territoriali, implementare la specialistica ambulatoriale e l'assistenza domiciliare.
- 13) Dato il numero elevato di accessi al PS di bambini si vuole favorire una ulteriore presa in carico dei pazienti da parte dei PLS (es. bilancio al cronico).
- 14) Considerati la bassa copertura vaccinale e di adesione agli screening oncologici si programma di implementare l'area di promozione e prevenzione della salute. Sono necessari interventi mirati per migliorare la copertura vaccinale, specialmente per le popolazioni più vulnerabili, come i bambini e gli anziani.

Servizi e risorse: criticità evidenziate

- 1) Poiché nel Distretto 5 manca attualmente una CdC, è essenziale istituire una CdC Spoke come soluzione temporanea fino alla realizzazione della CdC Hub prevista.
- 2) Nell'Ambulatorio Socio-Sanitario Territoriale di Via Odazio n. 4, situato nel municipio 6, costante è la difficoltà di assicurare la permanenza di MMG con conseguente copertura assistenziale della popolazione. I problemi di ordine pubblico nel quartiere che accoglie questo Ambulatorio, correlati al degrado sociale dovuto all'alta densità di popolazione in condizioni di povertà, immigrati e disoccupazione che portano alle ben note situazioni di spaccio, furti e violenza, sono il motivo della fuga dei MMG. Per evitare il perdurare di questa importante criticità, forte è la sinergia di ASST Santi Paolo e Carlo con il Municipio 6 e le Forze dell'Ordine locali per verificare che il quartiere sia regolarmente vigilato e presidiato in modo da garantire sicurezza e tranquillità. Inoltre, per favorire la presenza di MMG è stato indetto un avviso di manifestazione di interesse per l'assegnazione, in comodato d'uso gratuito, di uno studio medico all'interno dell'Ambulatorio Socio-Sanitario di Odazio e riservato a:
 - MMG con convenzione della Medicina Generale con primo studio nel Distretto 6 e che intendano aprire un secondo studio o intendano trasferire lo studio principale
 - Medici abilitati all'esercizio della professione e iscritti all'Ordine dei Medici che siano interessati per un incarico provvisorio in Medicina Generale nel Distretto 6



- Medici in Formazione in Medicina Generale con accettazione ambito carente nel Distretto 6.
- 3) La CdC di Bande Nere non dispone di tutti i servizi previsti per la piena realizzazione di una CdC per mancanza strutturale di spazi adeguati. Pertanto, è una CdC “ponte”, in attesa della realizzazione della CdC di Via della Ferrera, presso cui saranno presenti tutti i servizi previsti dal DM 77/2022.
- 4) Nella CdC Masaniello, pur essendo sviluppata l'area di specialistica ambulatoriale e consultoriale per l'origine di questa CdC da un Poliambulatorio e da un CFI, sono presenti notevoli condizionamenti strutturali che comporterebbero un grande impegno economico per adeguare gli spazi e renderli ricettivi rispetto ai servizi previsti in una CdC. Nel corso del 2024 sono comunque stati espletati alcuni lavori di ristrutturazione per migliorare almeno parzialmente la destinazione di uso dei locali. Anche questa è, pertanto, una CdC “ponte” in attesa di edificare la CdC di Via Valsesia.
- 5) Data la mancanza di OdC, si procederà a breve con la realizzazione di OdC sul territorio dell'ASST Santi Paolo e Carlo per prevenire ricoveri ospedalieri e accessi in PS inappropriati. È prevista l'attivazione del primo OdC presso il P.O. San Carlo Borromeo (Distretto 7). È prevista inoltre la realizzazione di ulteriori due OdC: in via Ghini (Distretto 5) e in via della Ferrera (Distretto 6).
- 6) Si prevede un potenziamento delle COT che nella presa in carico del paziente cronico rivestono un ruolo di riferimento per la prenotazione delle prestazioni e facilitano il passaggio dal setting ospedaliero a quello territoriale. Inoltre, si valuterà l'opportunità di strutturare un modello di rete tra le diverse COT dell'ASST Santi Paolo e Carlo, in cui una di esse assuma un ruolo di coordinamento rispetto alle altre. Questo approccio, già sperimentato nel caso della COT Stromboli (la prima ad essere attivata), si è affermato in modo spontaneo e potrebbe essere formalizzato per ottimizzare la gestione dei servizi.
- 7) È rilevante intensificare la collaborazione con gli ETS e potenziare le sinergie con i municipi. Questo rafforzamento delle relazioni e delle collaborazioni contribuirà a una maggiore integrazione dei servizi sociali e sanitari, ottimizzando il supporto alle persone vulnerabili e migliorando l'efficacia degli interventi sul territorio. Un esempio virtuoso di integrazione, in questo ambito, è il Progetto Sette Quarti che, dal 2023 a tutt'oggi, vede la collaborazione tra il Distretto 7, ATS Città Metropolitana di Milano, la Rete CASBA e la Parrocchia Sant'Anselmo da Baggio con la messa in atto di interventi di promozione della salute a beneficio e sostegno delle persone che vivono nelle sette torri Aler di via Quarti (zona Baggio), area di disagio sociale, economico e assistenziale.
- 8) Si prevede l'avvio di una collaborazione e integrazione più stretta con i servizi di salute mentale dell'adulto e del bambino, al fine di garantire una presa in carico globale del paziente. Questo, tenendo conto dell'importanza di servizi di rilievo offerti dall'ASST Santi Paolo e Carlo, peculiari anche a livello cittadino, come il SER.D di Via Boifava per il trattamento del DGA.



- 9) Dato il ruolo esclusivo di governo delle carceri presenti sul territorio della Città Metropolitana di Milano da parte di ASST Santi Paolo e Carlo, sarà strutturata, nel corso del prossimo triennio, la collaborazione tra carceri e uffici amministrativi di Scelta e Revoca ai fini di garantire l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale dei detenuti che ne sono privi.

3.3 Aree di intervento

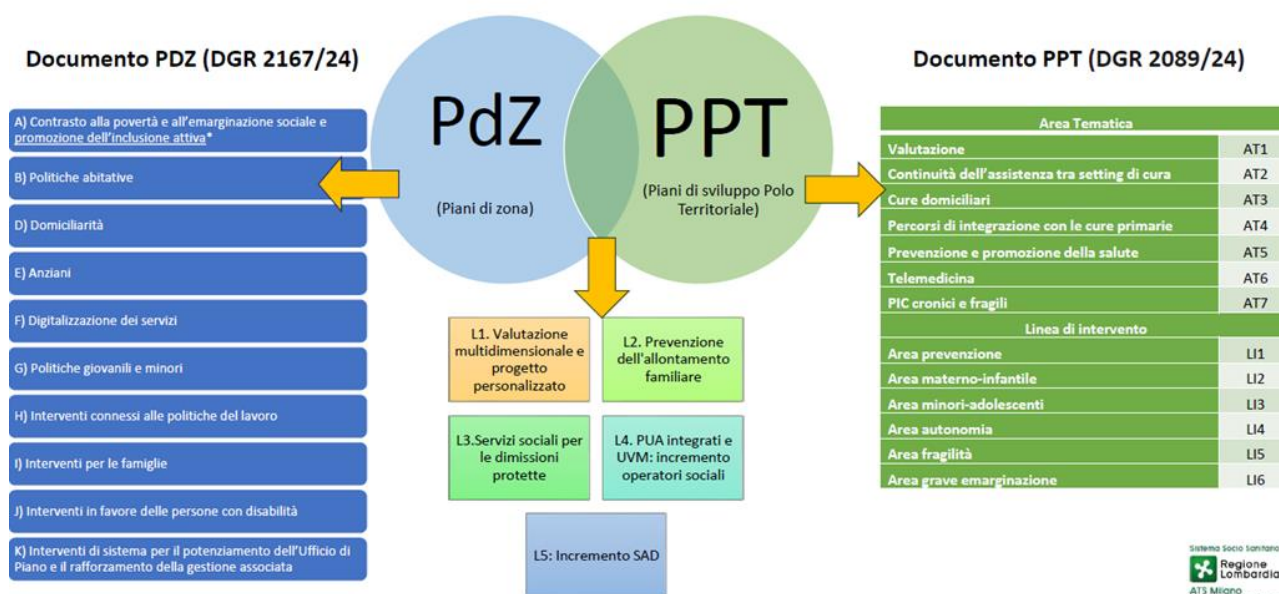
Il presente PPT si integra con i Piani di Zona (PDZ) per rispondere ai bisogni sia sociali sia sanitari, focalizzandosi su cinque Aree Prioritarie corrispondenti ai LEPS, quali (Figura 12):

1. Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato
2. Prevenzione dell'allontanamento familiare
3. Servizi Sociali per le Dimissioni Protette
4. PUA Integrati e UVM: incremento operatori sociali
5. Incremento Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)

Ogni LEPS viene articolato all'interno del PDZ in macroaree specifiche, che si integrano a loro volta con le aree tematiche del PPT, come descritto nei paragrafi successivi.

A supporto di questa integrazione, è prevista la stesura di una **"Tabella di Integrazione PPT-PDZ,"** che viene allegata per facilitare la comprensione del rapporto tra i due piani.

FIGURA 12 – INTEGRAZIONE DEL PPT CON IL PIANO DI ZONA





3.3.1 Valutazione Multidimensionale

Area Tematica 1: Valutazione Multidimensionale

Titolo del Progetto	Criticità o razionale del progetto	Distretto 5	Distretto 6	Distretto 7	Integrato con ambito sociale? (sì/no)
Rafforzamento Equipe UVM multidisciplinare	Ottimizzazione risorse	X	X	X	SI

3.3.1.1 Introduzione

Nell'ambito dell'attività del Polo Territoriale, la valutazione multidimensionale è lo strumento attraverso il quale vengono identificati ed analizzati i problemi di carattere fisico, psichico, funzionale e sociale della persona. Essa è il momento cruciale di identificazione del bisogno sociosanitario della persona non autosufficiente o in condizioni di fragilità, dal quale discendono le scelte sugli opportuni interventi da attuare attraverso la stesura di un Progetto Individuale personalizzato.

Storicamente, la valutazione multidimensionale ha trovato la sua applicazione nell'ambito dell'attività delle UVM dei "Punti Fragilità" delle sedi territoriali di ASST. In questo contesto, la collaborazione con gli Operatori Sociali di I Livello del Comune di Milano si è consolidata progressivamente nel corso degli anni, divenendo uno dei punti di forza dell'attività di valutazione del bisogno sanitario e sociale che viene espletata nel Distretto.

Il Distretto assume quindi, anche tramite questa attività, un ruolo strategico di coordinamento funzionale della rete dei servizi territoriali dedicata all'integrazione dei servizi sanitari e sociosanitari.

Con l'introduzione della nuova figura professionale dell'IFeC, la valutazione multidimensionale effettuata nelle CdC si applica in maniera più estensiva e capillare anche nell'ambito specifico delle Cure Domiciliari e necessita di una specifica programmazione e di una definizione più precisa delle modalità di attuazione.

3.3.1.2 Dati di attività UVM

Nell'ambito dell'attività dei "Punti Fragilità" dell'ASST Santi Paolo e Carlo, nel corso del 2023 sono state effettuate 73 riunioni UVM, con la partecipazione di una o più Assistenti Sanitarie dell'ASST, uno/a o più Assistenti Sociali del Comune e di almeno un Dirigente Medico.

Le valutazioni multidimensionali effettuate hanno riguardato la valutazione e progettazione a supporto delle persone non autosufficienti o con disabilità attraverso l'applicazione di misure assistenziali, quali Misura B1, Misura B2, progetti di vita autonoma (L. 112/2016, Pro.Vi, Progetti ex art 14 L. 328/2000),



nonché le valutazioni di appropriatezza/idoneità di ricoveri riabilitativi/RSD fuori regione, RSA assistita, Cure Domiciliari fuori regione.

In Tabella 32 sono riportati alcuni dati di attività riferiti all'anno 2023 e declinati su base distrettuale, con un focus particolare sulle misure assistenziali per le persone affette da disabilità gravissima (Misura B1).

Dai dati riportati si evince una sostanziale sovrapposizione tra i Distretti 5, 6 e 7 in termini di volume di attività, che rispecchia la sostanziale omogeneità del campione (popolazione dei tre Municipi), come evidenziato nell'analisi del contesto.

Preme evidenziare che nell'ambito delle UVM effettuate, si sono avvicinati 35 differenti operatori sociali del Comune di Milano, con un numero più elevato nel Distretto 7 (17 operatori).

TABELLA 32 – DATI ATTIVITA' UVM 2023

	DISTRETTO 5	DISTRETTO 6	DISTRETTO 7	TOTALE
n. sedute UVM	24	27	22	73
n. casi discussi	294	272	284	850
Misure B1 totale (rinnovi + nuove domande)	197	175	188	560
Misure B1 rinnovi	131	125	128	384
Misure B1 nuove domande	66	50	60	176
n. operatori Comune Milano coinvolti nelle UVM	8	10	17	35
Sede territoriale	Municipio 5 (Comune di Milano)	CdC Bande Nere	CdC Masaniello	

Da segnalare la peculiarità organizzativa/territoriale del Distretto 5, nel quale attualmente non sono presenti CdC: le riunioni UVM si svolgono all'interno della sede del Comune - Municipio 5, che ospita un Punto Fragilità con personale fisso dell'ASST (due assistenti sanitarie).

Nel Distretto 6 le riunioni si sono svolte presso la CdC Bande Nere.

Nel Distretto 7 le riunioni si sono svolte presso la CdC Masaniello.

Per quanto riguarda la composizione dell'equipe di valutazione multidimensionale, attualmente i Medici di MMG, i PLS, e tutte le figure sanitarie specialistiche coinvolte a vario titolo nell'assistenza alla persona con



disabilità, intervengono prevalentemente nella fase di valutazione e consulenza nei vari setting della loro attività. La partecipazione attiva alle riunioni UVM rappresenta allo stato attuale un punto di criticità sul quale intervenire con azioni programmatiche.

3.3.1.3 Dati valutazioni multidimensionali domicilio

Parallelamente, il 2023 è stato l'anno di avvio delle valutazioni domiciliari multidimensionali effettuate dagli IFeC delle CdC nell'ambito delle Cure Domiciliari (utenti con richiesta di attivazione di ADI con Triage > 7).

Nel periodo aprile-dicembre 2023 sono state complessivamente effettuate 491 valutazioni multidimensionali a domicilio. Nel periodo gennaio-giugno 2024 sono state complessivamente effettuate 281 valutazioni multidimensionali a domicilio (come riportato nelle Tabelle 33 e 34).

TABELLA 33 - UTENTI VALUTATI DAL 01/04/2023 AL 31/12/2023

MUNICIPIO	EVM 2° livello
5	107
6	174
7	210
tot	491

TABELLA 34 - UTENTI VALUTATI DAL 01/01/2024 AL 30/06/2024

MUNICIPIO	EVM 2° livello
5	73
6	100
7	108
tot	281

3.3.1.4 Dati di attività incontri interistituzionali

Nel corso del 2023 è stata avviata l'attività del Protocollo tra ATS Milano – Comune di Milano – ASST Fatebenefratelli Sacco – ASST Santi Paolo e Carlo – ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, finalizzato all'attuazione dell'integrazione sociosanitaria nei distretti sociosanitari e nelle strutture territoriali previste dal D.M. 77/2022.

È compito del Distretto garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, anche attraverso le azioni programmatiche previste da questo protocollo, che sono state avviate nel corso del 2023 (dal mese di settembre) e proseguite nel 2024.



L'attività svolta ha riguardato in particolare:

- l'utilizzo e l'aggiornamento di un repository informativo contenente informazioni relative ai servizi sociali e sociosanitari (destinatari, orari, requisiti di accesso, contatti telefonici e-mail), a cura delle segreterie della Direzione dei Distretti;
- l'adozione di scale di valutazione del bisogno sociale condivise che consentano di classificare il bisogno dell'utente tra "semplice" e "complesso": in particolare la scheda di triage sociale;
- l'implementazione dello schema di interazioni tra i professionisti dei distretti di ASST e professionisti dei Servizi Sociali di accesso e dei servizi sociali territoriali per la gestione dei casi semplici e complessi: a tale proposito è stata elaborata una flow chart di interventi da attuare a seconda delle situazioni;
- la calendarizzazione almeno bimensile di incontri congiunti tra operatori di Distretto di ASST e dei servizi sociali territoriali di ogni Municipio (Incontri interistituzionali) per la discussione dei casi con bisogno sociale/sociosanitario complesso, con possibilità di variare la frequenza degli incontri a seconda della numerosità dei casi da trattare; tali incontri non sono mai stati effettuati in sostituzione delle usuali riunioni UVM bensì complementari;
- il monitoraggio delle attività sopradescritte ai fini della valutazione e dell'introduzione di azioni correttive e di miglioramento: ATS Milano ha curato questo aspetto occupandosi dell'organizzazione di incontri periodici, a cadenza bimestrale, con i referenti delle ASST e del Comune, volti alla restituzione dei dati di monitoraggio ed all'accoglimento di proposte/osservazioni da parte degli operatori coinvolti.

In Tabella 35 sono riportati i dati di attività degli incontri interistituzionali nel periodo settembre 2023 – giugno 2024 con declinazione distrettuale.

TABELLA 35– DATI ATTIVITA' INCONTRI INTERISTITUZIONALI

	DISTRETTO 5	DISTRETTO 6	DISTRETTO 7	TOTALE
n. sedute	13	7	11	31
n. casi discussi (nuovi + aggiornamenti)	50	50	43	143
Presa in carico Comune	9	0	2	11
Presa in carico ASST	8	7	7	22
Presa in carico congiunta	30	33	34	97
Presa in carico non definita	3	2	/	5



Sede territoriale degli incontri	Municipio 5 - Sala riunioni Comune di Milano	CdC Bande Nere	CdC Masaniello	
---	--	----------------	----------------	--

3.3.1.5 Linee programmatiche da sviluppare per il triennio 2025-2027

L'ASST Santi Paolo e Carlo intende potenziare la presente area tematica soprattutto promuovendo l'attività di integrazione interistituzionale (ASST-Comune) e prevenendo la dispersione degli interventi nei diversi setting, attraverso le seguenti azioni programmatiche:

A) Partecipazione Assistente Sociale comunale nel PUA

In accordo con il Comune di Milano, si prevede di implementare la presenza costante (secondo giorni/orari prestabiliti) dell'assistente sociale del Comune di Milano all'interno del PUA, al fine di realizzare pienamente l'integrazione sociosanitaria nelle valutazioni e, di conseguenza, di aumentare il valore preventivo ed inclusivo del progetto individuale che le EVM definiscono con la persona e con la famiglia.

Sul piano organizzativo, la presenza dell'assistente sociale comunale nel PUA consentirebbe un'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse di personale e sarebbe un riferimento per entrambi gli Enti in termini di scambio informativo.

Stante la peculiare situazione organizzativa del Distretto 5, per gli utenti residenti nel Municipio 5 si farà riferimento, almeno per il I semestre del 2025, al PUA della CdC Gola.

B) Razionalizzazione e valorizzazione delle figure professionali Equipe UVM

La promozione di un'attività di integrazione delle figure professionali già presenti nella CdC attraverso equipe di valutazione composte da personale del PUA e della Fragilità - IFeC, Assistenti Sanitari, Assistenti Sociali della CdC - consentirà una maggiore flessibilità organizzativa e potenzialmente una riduzione dei tempi di risposta all'utenza.

La razionalizzazione e valorizzazione delle figure professionali dovrà essere attuata salvaguardando e valorizzando le diverse competenze professionali ed il ruolo dei "case manager", soprattutto nell'ambito della grave e gravissima disabilità, per non creare discontinuità nella presa in carico dell'utente.

C) Rafforzamento Equipe UVM multidisciplinare

Le equipe di valutazione multidimensionale andranno implementate in termini di multidisciplinarietà, con composizione variabile in relazione alla tipologia di bisogni/richieste.

Si prevede un incremento della partecipazione alle UVM delle figure sanitarie specialistiche (ad esempio Neuropsichiatra Infantile delle UONPIA per i minori, Psichiatra del CPS per gli adulti), degli MMG e dei PLS. Inoltre, l'implementazione della presenza dello Psicologo in UVM, attraverso il Servizio di Psicologia delle Cure Primarie, contribuirà a migliorare la valutazione del bisogno psicologico della persona e del caregiver.



Attraverso queste azioni programmatiche e l'attuazione di un modello di interazione trasversale inter-dipartimentale, si prevede di aumentare il livello di integrazione tra i diversi servizi presenti nel Distretto, con lo scopo non solamente di migliorare la risposta al bisogno della popolazione, ma anche di ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili.

Si rimanda alla scheda di intervento "Area Tematica" (AT)1: **RAFFORZAMENTO EQUIPE UVM MULTIDISCIPLINARE**

3.3.2 Continuità dell'assistenza nei setting assistenziali

Area Tematica 2: Continuità dell'assistenza nei setting assistenziali

Situazione attuale – dati di contesto di attenzione	
• Alto indice di vecchiaia, superiore ad ATS • Alta prevalenza di malattie croniche (cardiovascolari, respiratorie e diabete mellito) • Alta prevalenza di tumori • Ripresa graduale degli accessi in PS dopo la pandemia, con un aumento costante ogni anno	

Titolo del Progetto	Criticità o rationale del progetto	Distretto 5	Distretto 6	Distretto 7	Integrato con ambito sociale? (sì/no)
Dimissione Protetta al Domicilio di paziente ricoverato	integrazione per garantire la continuità dell'assistenza nel passaggio dal ricovero ospedaliero al rientro al domicilio o altro contesto di cura	X	X	X	SI
Procedura Operativa Avvio Ospedale di Comunità ASST Santi Paolo e Carlo	Collaborazione ed integrazione delle diverse competenze	X	X	X	NO
Presa in carico dei pazienti con codici minori dimessi da Pronto Soccorso	Ridurre i tempi di attesa e il "boarding" nei PS attraverso la presa in carico tempestiva dei	X	X	X	SI



	pazienti con codici minori, over 65, fragili o cronici				
--	---	--	--	--	--

3.3.2.1 Introduzione

La definizione del corretto setting assistenziale in fase di dimissione ospedaliera ha visto in questi ultimi anni l'avvio e l'implementazione dell'attività dei Centri Servizi e l'impegno della ASST in diversi progetti, come il "Progetto Milano". La modalità operativa che è andata consolidandosi ha visto la definizione di un approccio multidisciplinare e il coordinamento e la collaborazione dei diversi servizi della rete di offerta in un'ottica di appropriatezza ed economicità delle risorse impiegate, al fine di garantire la presa in carico della persona e della famiglia.

3.3.2.2 Alcuni dati di attività

Di seguito, in Tabella 36, si riportano i dati di attività del servizio di dimissione protetta nei diversi setting dell'ASST Santi Paolo e Carlo relativi all'anno 2023:

TABELLA 36 – DATI ATTIVITA' SERVIZIO DIMISSIONI PROTETTE (2023)

TOTALE PAZIENTI VALUTATI – DA GENNAIO A DICEMBRE 2023

NUMERI Tot	DESCRIZIONE	PRESIDIO OSPEDALIERO	FONTE
2192	PAZIENTI VALUTATI	DATO COMPLESSIVO ASST	STRUMENTI WORKGROUP interni

TOTALE PAZIENTI VALUTATI E TRASFERITI presso STRUTTURE RIABILITATIVE DA GENNAIO A DICEMBRE 2023

NUMERI tot	DESCRIZIONE	PRESIDIO OSPEDALIERO	FONTE
1087	Pazienti trasferiti presso istituti	DATO COMPLESSIVO ASST	PORTALE PRIAMO STRUMENTI WORKGROUP interni
47	Pazienti trasferiti presso RSA	DATO COMPLESSIVO ASST	STRUMENTI WORKGROUP interni

ATTIVAZIONI ADI- H DA GENNAIO A DICEMBRE 2023

NUMERI tot	DESCRIZIONE	PRESIDIO OSPEDALIERO	FONTE
714	DIMESSI A DOMICILIO CON ADI	DATO COMPLESSIVO ASST	NEXUS STRUMENTI WORKGROUP interni

TRASFERIMENTI PRESSO ALTRI SETTING, TRASFERIMENTI INTERNI, ALTRO

NUMERI tot	DESCRIZIONE	PRESIDIO OSPEDALIERO	FONTE
122	TRASFERIMENTI FKT/INTERNI	DATO COMPLESSIVO ASST	STRUMENTI WORKGROUP interni

DIMESSI SENZA ATTIVAZIONE DI SERVIZI

222	DIMESSI A DOMICILIO	DATO COMPLESSIVO ASST	STRUMENTI WORKGROUP interni
-----	---------------------	-----------------------	-----------------------------

3.3.2.3 Dimissioni Protette

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera la continuità delle cure uno degli indicatori più sensibili del buon funzionamento di un Servizio Sanitario, perché aggiunge, al tradizionale concetto di cura, quello della presa in carico del paziente ai diversi livelli della rete assistenziale tra territorio ed ospedale. Il concetto di continuità delle cure può interessare pazienti fragili, in fase di dimissione ospedaliera ma meritevoli di proseguire le cure presso i diversi setting assistenziali, e soggetti fragili al domicilio, che su segnalazione del MMG, necessitano di interventi sanitari e sociosanitari per sopraggiunte complicazioni cliniche o difficoltà gestionali riconducibili alla sfera sociale. Complessivamente la garanzia di continuità delle cure in particolare erogate nei diversi setting assistenziali può comportare la riduzione dei ricoveri inappropriati e delle ri-ospedalizzazione a breve termine, la diminuzione delle dimissioni ritardate, la diminuzione delle complicanze post ricovero, l'*empowerment* del paziente e del caregiver, l'aumento dell'aderenza alla terapia (quest'ultima frequente causa di riacutizzazione di patologie croniche). Per quanto attiene la gestione del paziente in fase di dimissione, in questo ultimo anno sotto la regia di ATS Milano, con la partecipazione di operatori del Comune e di operatori sanitari della ASST Santi Paolo e Carlo è stato redatto un protocollo condiviso, al fine di garantire omogenee modalità di presa in carico degli utenti fragili in un'ottica multidisciplinare e multiprofessionale perseguendo come obiettivo l'appropriatezza e la tempestività dell'intervento complessivo.

Ad oggi il processo di attivazione di successivi/necessari setting assistenziali a seguito di dimissione ospedaliera inizia, come anche definito da un apposito protocollo condiviso tra ATS e le ASST, con la prima valutazione dell'utente, che deve avvenire precocemente, fin dal primo accesso in Pronto Soccorso, o in reparto al momento del ricovero, e deve prevedere l'utilizzo di appositi strumenti di valutazione validati identificati e condivisi. Lo strumento individuato per l'identificazione dei pazienti a rischio di dimissioni difficili e che necessitano di un programma di dimissioni protette è la Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) quale scala con valore predittivo che indaga 10 dimensioni:

- età
- situazione di vita
- supporto sociale
- stato funzionale
- stato cognitivo



- modello comportamentale
- deficit sensoriali
- ricoveri pregressi/accessi al PS
- problemi clinici attivi
- numero di farmaci assunti.

Esaminare le aree funzionali maggiormente compromesse e le risorse familiari attivabili, e identificati i soggetti con bisogni sanitari, sociosanitari e sociali, l'equipe di valutazione (che comprende l'infermiere di reparto con funzione di case management, il medico di riferimento e l'assistente sociale) definiscono il progetto post dimissioni che sarà avviato e monitorato con l'attivazione della COT di riferimento.

Di seguito riportata è proposta una sintesi delle classi di rischio identificate con la BRASS e dei relativi servizi attuabili.

In particolare, la BRASS identifica tre classi di rischio indicativamente descritte di seguito:

1-10 **RISCHIO BASSO LIVELLO**

Pazienti a **basso rischio di dimissioni**; non necessitano di interventi per organizzare la loro dimissione. I bisogni assistenziali residui risultano gestibili al domicilio con il supporto pre-esistente al ricovero. Possono rientrare in questa tipologia gli interventi:

- **educazione/informazione sanitaria** da effettuarsi durante il corso della degenza inerenti le terapie e/o indagini diagnostiche prescritte dopo la dimissione, il regime dietetico prescritto, se indicato, e lo stile di vita più adeguato.
- informazioni relative all'accesso e orientamento ai servizi al fine di facilitarne l'accesso per la Città di Milano, può essere utilizzato il repository informativo indicato nel protocollo tra ATS, Comune di Milano e le ASST firmatarie (Delibera 1040 del 23.11.2 023).

11-19 = **RISCHIO MEDIO LIVELLO 2**

Pazienti a **rischio medio**; presentano situazioni cliniche complesse e necessitano di dimissioni protette in *setting* appropriati, ma, generalmente, non sono a rischio di ospedalizzazione protratta.

Requisito fondamentale risulta la presenza di un caregiver che affianca costantemente il paziente.

In caso di fragilità sociale riconducibile alla presenza di un caregiver fragile o non adeguato saranno necessari interventi concordati con servizi sociali aziendali e territoriali e percorsi integrati.

>20 = **RISCHIO ALTO LIVELLO 3**

Pazienti **ad alto rischio**; presentano oltre che rilevanti problemi clinici, gravi difficoltà e fragilità sociali; in questa casistica rientrano situazioni che richiedono una continuità di cure in considerazione delle



condizioni cliniche oppure della scarsa rete familiare/sociale o con rete familiare/sociale non idonea a supportare il rientro a domicilio. Il percorso può prevedere le dimissioni presso l'OdC, l'attivazione di strutture di Cure Intermedie e/o riabilitazione sanitaria, se sussistono le indicazioni cliniche.

Nell'attuazione del programma definito, fondamentale risulta essere l'intervento della COT sia in fase di identificazione/ricerca della struttura sia e soprattutto in fase di organizzazione del successivo rientro a domicilio, acquisita la stabilità clinica o in fase di identificazione del percorso post dimissione dalla struttura.

Nei casi in cui si prevede, al termine del periodo di ricovero in Cure Intermedie o Riabilitazione, la necessità di ricovero in struttura sociosanitaria o socioassistenziale (RSA - RSD) con possibili oneri a carico dell'Ente Locale è necessario l'intervento e il monitoraggio dell'assistente sociale delle CdC del Distretto di residenza del paziente. Se invece il paziente rientra a domicilio, la COT dovrà provvedere al raccordo con la struttura riabilitativa per l'organizzazione di ulteriori servizi necessari al rientro a domicilio. (es attivazione C-DOM).

A supporto del processo di identificazione dell'utente fragile e del percorso di dimissione protetta è in fase di redazione una procedura aziendale specifica.

Il percorso di dimissioni protette include anche i pazienti dimessi dal SPDC con problematiche organiche complesse.

In relazione al percorso di dimissione protette nell'ottica di migliorare l'integrazione tra operatori sanitari ospedalieri e i MMG di riferimento dei pazienti, la COT opererà favorendo la condivisione delle cure a domicilio, in particolare condividendo con i MMG il percorso definito, favorendo la condivisione di scambio di informazioni, secondo modalità concordate e condivise nell'ambito degli incontri con le rispettive AFT. Un aspetto su cui dovrà concentrarsi l'attività della COT, e in generale delle strutture territoriali nei prossimi anni riguarderà l'integrazione e cambio setting di pazienti precedentemente gestiti a domicilio, che vedrà centrale il ruolo del MMG e dell'IFeC della CdC di riferimento.

In particolare, qualora sopraggiunte necessità cliniche assistenziali rendessero difficoltosa la gestione a domicilio dell'utente fragile il MMG, l'IFEC e l'assistente sociale della CdC del Distretto di residenza, a seguito di valutazione domiciliare effettuata in modalità congiunta, possono richiedere l'intervento della COT per l'attivazione di strutture e servizi idonei a rispondere ai bisogni dell'utente finalizzati a:

- recupero della stabilità clinica
- recupero del supporto educazione del caregiver
- recupero del grado di autonomia compatibile con la gestione domiciliare dell'utente.

Si rimanda alla scheda di intervento "Area Tematica" (AT)2: **DIMENSIONE PROTETTA AL DOMICILIO DI PAZIENTE RICOVERATO.**



Nell'ambito dell'offerta sociosanitaria dell'ASST Santi Paolo Carlo nel corso dei prossimi anni, saranno realizzati gli OdC.

L'accesso all'OdC può realizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio.

Tra i criteri di accesso all'OdC possono rientrare:

- pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale
- pazienti con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro 30 giorni)
- pazienti provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal PS o dimessi da presidi ospedalieri per acuti
- pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento prima del ritorno al domicilio

L'accesso presso l'OdC potrà avvenire su proposta di:

- MMG/ PLS
- Medico CA
- Medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero
- Medico del PS.

Le modalità operative che guidano l'agire professionale dell'OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale e interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze.

L'OdC opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari quali:

- la rete delle cure intermedie,
- i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale,
- le cure domiciliari,
- i presidi ospedalieri.

Per l'avvio di tale servizio, nell'ASST Santi Paolo e Carlo, è individuata la sede presso il PO San Carlo Borromeo.

Le richieste di ricovero presso l'OdC dovranno essere inviate alla COT che, in costante raccordo con il medico e il coordinatore dell'OdC, stabilirà l'appropriatezza e le priorità cliniche che condizioneranno l'accesso.



In previsione dell'avvio dell'attività dell'OdC sarà definita un'apposita procedura operativa che definirà i collegamenti funzionali con i servizi di supporto sociosanitari territoriali, i servizi di diagnostica specialistica di base, la gestione di eventuali urgenze cliniche.

Si rimanda alla scheda di Intervento "Area Tematica" (AT)2: **PROCEDURA OPERATIVA AVVIO OSPEDALE DI COMUNITÀ ASST SANTI PAOLO CARLO**

3.3.2.5 Presa in carico dei pazienti con codici minori dimessi da Pronto Soccorso

Il progetto di presa in carico dei pazienti con codici minori dimessi dal PS è un progetto di integrazione ospedale-territorio che si propone di ridurre i tempi di attesa e di dimissione da PS, garantendo una gestione adeguata dei pazienti che presentano determinati requisiti di fragilità o necessità sociali.

La strategia punta a decongestionare il PS attraverso una presa in carico mirata degli utenti con codici minori, in particolare:

- Pazienti over 65 anni
- Pazienti fragili o con cronicità
- Utenti con bisogno di supporto sociale, orientamento o educazione sanitaria
- Pazienti che presentano plurimi accessi impropri, gestibili direttamente a domicilio o nel territorio
- Pazienti che necessitano di monitoraggio e valutazione a domicilio

Una volta identificato un paziente idoneo, l'IFeC presente in PS, invia una segnalazione alla COT di competenza territoriale.

La COT, ricevuta la segnalazione, individua la CdC di riferimento per la presa in carico e la pianificazione di eventuali visite domiciliari.

Questo approccio integrato mira a ottimizzare il flusso di pazienti nel PS e ridurre gli accessi impropri e ripetuti, a favorire una gestione più efficace a domicilio.

Si rimanda alla scheda di Intervento "Area Tematica" (AT)2: **PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON CODICI MINORI DIMESSI DA PS.**

3.3.2.6 Cure Palliative

Questi pazienti vengono presi in carico dalla SSD di Cure Palliative e Terapia del Dolore che si occupa della gestione dei sintomi e della gestione dei malati terminali oncologici e non oncologici. Questa struttura coordina la presa in carico e la gestione dei pazienti in Cure Palliative Domiciliari e gestisce i trasferimenti in Hospice.

In Tabella 37, si riportano i dati dei pazienti presi in carico dal servizio di cure palliative.

Tabella 37 - DATI UTENTI PRESI IN CARICO SERVIZIO CURE PALLIATIVE



NUMERI tot	DESCRIZIONE	PRESIDIO OSPEDALIERO	FONTE
748	CONSULENZE DA REPARTO	DATO COMPLESSIVO ASST	SSD "ADI Cure Palliative e Terapia del Dolore"
340	TRASFERITI IN HOSPICE	DATO COMPLESSIVO ASST	SSD "ADI Cure Palliative e Terapia del Dolore"
297	DIMESSI PRESI IN CARICO cpDOM	DATO COMPLESSIVO ASST	SSD "ADI Cure Palliative e Terapia del Dolore"
19	TRASFERITI IN RSA	DATO COMPLESSIVO ASST	SSD "ADI Cure Palliative e Terapia del Dolore"
92	DECEDUTI PRIMA DELLA DIMISSIONE	DATO COMPLESSIVO ASST	SSD "ADI Cure Palliative e Terapia del Dolore"

Nel corso del triennio 2025-2027 si prevede il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- sviluppare e ampliare le attività di terapia del dolore in collaborazione con i Centri Hub di riferimento;
- sviluppare le competenze di presa in carico precoce (symultaneous care) dei pazienti in collaborazione con i clinici delle altre Unità Operative (cardiologi, pneumologi, neurologi, nefrologi e internisti), anche attraverso l'attività formativa;
- ampliare l'offerta di cure palliative a pazienti non oncologici, in particolare cardiorespiratori, neurologici e nefrologici;
- promuovere la collaborazione con MMG/PLS;
- collaborare alla definizione del percorso post-dimissione dei pazienti che, dopo valutazione, necessitano di un approccio palliativo;
- operare attivamente per favorire la collaborazione con le associazioni di volontariato e con il Terzo Settore, che offrono un contributo essenziale al supporto sociale ed emotivo ai pazienti terminali e alle loro famiglie.

3.3.3 Cure domiciliari

Area Tematica 3: Cure domiciliari

Situazione attuale – dati di contesto di attenzione
• Alto indice di vecchiaia, superiore ad ATS • Alta prevalenza di malattie croniche (cardiovascolari, respiratorie e diabete mellito) • Alta prevalenza di tumori



- Ripresa graduale degli accessi in PS dopo la pandemia, con un aumento costante ogni anno

Titolo del Progetto	Criticità o razionale del progetto	Distretto 5	Distretto 6	Distretto 7	Integrato con ambito sociale? (sì/no)
Cure Domiciliari	implementazione della presa in carico dei pazienti da parte della C- DOM dell'ASST	X	X	X	SI

La casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Le cure domiciliari, nelle sue forme previste nell'ambito dei LEA, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato.

3.3.3.1 Cure Domiciliari C-DOM

Le Cure Domiciliari (C-DOM) per pazienti non trasportabili sono assicurate da enti erogatori accreditati e a contratto con ATS, liberamente scelti dall'utente, nel cui elenco è compreso il servizio C-DOM di ASST Santi Paolo e Carlo.

Il servizio C-DOM dell'ASST Santi Paolo e Carlo verrà implementato ulteriormente nei prossimi mesi, con l'inserimento di ulteriore personale in organico, con l'obiettivo di lavorare in modo più capillare sui tre Distretti di competenza.

A supporto dell'attività del servizio sono state redatte le procedure operative inerenti alle diverse fasi del percorso.

L'offerta di cure domiciliari dell'ASST si è recentemente arricchita con l'avvio del PSD che garantisce una presa in carico di pazienti cronici fragili su segnalazione del MMG, focalizzata sull'aspetto educativo e di addestramento.

Il servizio prevede due possibili modalità di attivazione della sorveglianza domiciliare:

- sorveglianza domiciliare con attivazione e intervento dei MMG, anche attraverso il proprio personale di studio
- sorveglianza domiciliare da parte degli IFeC presenti nelle CdC, su attivazione o comunque d'intesa con il MMG del paziente.



Il modello ha come obiettivo:

- la gestione di pazienti a bassa complessità assistenziale
- la presa in carico di pazienti con bisogni sanitari e sociosanitari, che hanno difficoltà per condizioni cliniche/logistiche ad accedere all'ambulatorio del MMG.

Le richieste di avvio del PSD per gli utenti identificati dagli operatori dedicati vengono inviate mediante e-mail, con documento protetto da password alla COT Stromboli. La sorveglianza ha cadenza non superiore a quella mensile e prevede di regola un accesso al mese, eccezionalmente due accessi mensili.

A seguito delle valutazioni domiciliari per le situazioni di particolari fragilità sociale, può essere effettuata una successiva valutazione con l'assistente sociale per verificare la necessità di attivazione di servizi a supporto delle attività quotidiane.

Per la buona riuscita del progetto, fondamentale risulta il raccordo tra l'IFeC e il MMG: in attesa della progressiva diffusione del SGDT (Sistema di Gestione Digitale del Territorio) ai MMG, la comunicazione degli esiti della sorveglianza avviene tramite comunicazione e-mail e contatto telefonico.

Si rimanda alla scheda di intervento "Area Tematica" (AT)3: **CURE DOMICILIARI**

3.3.3.2 Progetto COT-AREU

Recentemente è stato avviato un ulteriore percorso mirante a stabilire una connessione tra la Centrale Medica Integrata (CMI) di AREU e i professionisti sanitari della rete territoriale coordinato dalle COT, finalizzato a garantire risposte appropriate e tempestive a cittadini che si rivolgono alla rete dell'emergenza urgenza, senza evidenza di problematiche urgenti.

I dati a disposizione relativi agli accessi in PS di Regione Lombardia (circa 4 milioni l'anno) mostrano un trend in costante crescita dal 2017 al 2018. Per contro gli accessi in PS rilevano situazione di sovraffollamento per il 50% delle giornate di apertura.

Il progetto prevede che la CMI mediante anche strumenti di telemedicina, può predisporre l'invio di un medico del Team di Risposta Rapida Domiciliare (TRRD) per una visita domiciliare in giornata.

Nelle more dell'implementazione delle UCA (Unità Continuità Assistenziale), i medici del CMI e il TRRD possono richiedere un successivo accesso dell'IFeC inviando la segnalazione alla COT. Per l'ASST Santi Paolo e Carlo la COT di riferimento è la COT Stromboli.

I criteri di inclusione nel progetto sono sinteticamente elencati di seguito:

1. Cittadini residenti nei distretti interessati dal progetto;
2. Persone (con età superiore ai 65 anni) con necessità di valutazione del *setting* domiciliare, mantenimento delle attività di vita quotidiana e interventi di educazione al paziente e/o *caregiver*;
3. Soggetti cronici/fragili (con età superiore ai 65 anni) per i quali l'ospedalizzazione non è indicata, meritevoli di una valutazione multidimensionale infermieristica entro 24/48 ore;



4. Persone (con età superiore ai 65 anni) non deambulanti e non trasportabili (anche temporaneamente) con necessità eccezionale di tempestiva erogazione di prestazioni infermieristiche.

Nel corso del triennio 2025-2027 si auspica la prosecuzione del progetto COT/AREU il quale, a beneficio di una efficace presa in carico al domicilio contribuisce a potenziare il dialogo tra MMG e IFeC prevenendo gli accessi inappropriati e ripetuti in PS e i ricoveri ospedalieri inappropriati.

La DELIBERAZIONE N° XI / 6893 Seduta del 05/09/2022 “Interventi per efficientamento del flusso di pazienti dal Pronto Soccorso” rilevava la necessità di mettere in atto strategie e modelli organizzativi miranti al contenimento degli accessi impropri e allo stesso tempo, l’orientamento ai servizi territoriali attivati su indicazione della riforma sanitaria, promossa dal PNRR.

A tal proposito, ci si impegna per mettere in atto strategie e modelli organizzativi di integrazione anche con il PS, per i pazienti in dimissione dal PS mediante il coinvolgimento di IFeC, MMG/PLS e altre figure.

3.3.3.2 Assistenza Protesica Integrativa Territoriale

L’assistenza protesica dell’ASST Santi Paolo e Carlo si occupa di accogliere, valutare e autorizzare le richieste dei cittadini in relazione alla fornitura di assistenza protesica, integrativa e farmaceutica, svolgendo anche funzioni erogative. Inoltre, si integra con le altre strutture dell’Area Territoriale e del Polo Ospedaliero per assicurare il necessario completamento alla tutela e sostegno della persona fragile e disabile, secondo il modello della presa in carico e attua le linee di indirizzo e procedure dell’Area Funzionale di riferimento per garantire l’uniforme erogazione dei servizi sull’intero territorio.

Durante gli incontri istituzionali tra le AFT e i distretti, è emerso che i tempi di attesa per la fornitura di alcuni presidi risultano particolarmente lunghi, creando difficoltà in situazioni cliniche che richiedono interventi tempestivi.

Per affrontare queste criticità, l’ASST Santi Paolo e Carlo ha pianificato, per il triennio 2025-2027, l’istituzione di sportelli amministrativi multifunzionali presso le CdC, che includeranno anche i servizi di assistenza protesica. Questi sportelli saranno utilizzati anche per migliorare i tempi di risposta e risolvere le problematiche legate ai ritardi nella fornitura dei dispositivi prescritti. L’attivazione di tali sportelli, che consentirebbero la capillarità dei servizi distribuiti sul territorio, è condizionata dall’assunzione di personale da dedicarvi, per cui si prevede un incremento delle risorse umane.

3.3.4 Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle Cure primarie

Area Tematica 4: Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie

Situazione attuale – dati di contesto di attenzione



- Bassa copertura vaccinazioni e screening
- Elevato numero di accessi al PS riguardante soprattutto le fasce più anziane e pediatriche
- Elevato numero ricoveri perinatali, superiore rispetto ad ATS
- Alto indice di vecchiaia, superiore ad ATS
- Alta prevalenza di malattie croniche (cardiovascolari, respiratorie e diabete mellito)
- Alta prevalenza di tumori
- Ripresa graduale degli accessi in PS dopo la pandemia, con un aumento costante ogni anno

Titolo del Progetto	Criticità o razionale del progetto	Distretto 5	Distretto 6	Distretto 7	Integrato con ambito sociale? (sì/no)
Protocollo integrazione tra Medici Specialisti e Medici Medicina Generale, Pediatri Libera Scelta	Presa in carico territoriale di pazienti con patologie croniche che non richiedono una gestione esclusivamente ospedaliera	X	X	X	NO
Protocollo integrazione tra IFEC, MMG, personale di studio MMG	Presa in carico di pazienti presso il proprio domicilio	X	X	X	NO
Protocollo MMG, PLS, Specialisti e Ambiti Territoriali Sociali – Dimissioni Protette	Presa in carico territoriale e condivisione di percorsi assistenziali	X	X	X	SI
Protocollo Coordinamento delle Attività Territoriali e	Integrazione tra gli enti coinvolti e collaborazione con i SERD, i consultori e i	X	X	X	SI



integrazione tra servizi ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali e Associazionismo	servizi di salute mentale				
Psicologia delle Cure Primarie	Supporto psicologico tempestivo ai bisogni psicologici della popolazione.	X	X	X	SI

L'approccio integrato nella risposta ai bisogni è applicato sin dall'accesso della persona alla CdC attraverso il PUA.

Il PUA costruisce percorsi sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi che la persona assistita e i suoi famigliari devono adempiere per l'accesso e la fruizione dei servizi. L'erogazione dei servizi è in favore di tutte le fasce di popolazione: cittadini sani (per attività di promozione della salute), assistiti con bisogni occasionali ed episodici, persone con fragilità sociale, pazienti affetti da patologie croniche afferenti all'area della fragilità e non autosufficienza, pazienti in condizione di fine vita.

La rete dell'assistenza primaria comprende principalmente le attività di MMG/PLS (riuniti in più AFT), Medici di Continuità Assistenziali, ADI e IFeC e deve necessariamente relazionarsi e interagire con le diverse figure professionali – specialisti, professionisti degli ambiti sociali territoriali e associazionismo - per garantire l'erogazione dell'assistenza attraverso specifici percorsi.

L'analisi delle criticità dei tre Distretti della ASST ha evidenziato in primo luogo una notevole carenza di MMG dovuta ad un disallineamento tra le numerose cessazioni e la scarsa copertura degli ambiti carenti. Le soluzioni che si stanno adottando sono da una parte facilitare l'inserimento di medici incaricati provvisori consentendo loro di aprire l'ambulatorio gratuitamente presso le CdC e dall'altra, quando necessario, l'attivazione di AMT, che, pur non riuscendo a coprire tutta la gamma delle prestazioni del medico di base, consentono comunque temporaneamente una continuità assistenziale agli assistiti a cui non è stato ancora possibile assegnarne uno. Nel corso del 2024 sono stati attivati diversi AMT presso le CdC e presso gli Ambulatori Socio-Sanitari Territoriali.



Ulteriori criticità rilevate sono una scarsa risposta dell'utenza agli screening proposti da ATS, una scarsa aderenza alle vaccinazioni, soprattutto nella popolazione adulta, e un elevato numero di accessi al PS riguardante anche la popolazione infantile.

In prospettiva, si intensificheranno gli incontri con le AFT dei MMG e dei PLS (alle quali vengono periodicamente inviate le schede di governo clinico per discussione all'interno della AFT) con un particolare focus su queste criticità, al fine di condividere e di incentivare le azioni più efficaci di miglioramento anche in collaborazione con la SC Vaccinazioni. Sempre in questa ottica e in occasione delle campagne per la vaccinazione antinfluenzale, viene proposto ai MMG/PLS l'utilizzo di spazi all'interno delle CdC per lo svolgimento delle vaccinazioni antinfluenzali ai propri assistiti e la partecipazione alle altre iniziative vaccinali organizzate dalla ASST, come ad esempio Vax Day o attività di vaccinazione in sedi vaccinali estemporanee (es. CAM o altri centri di aggregazione per gli anziani).

Si sta lavorando anche a progetti di gestione dell'Urgenza Differibile in collaborazione con i PS ospedalieri e in integrazione con la CA.

Per quanto riguarda le modalità di relazione tra MMG/PLS e specialisti ambulatoriali, altro punto critico riscontrato dai diversi attori, si è intrapresa la costruzione di protocolli condivisi su percorsi di patologia specifici, in collaborazione con i medici specialisti e i referenti AFT per agevolare una presa in carico territoriale di pazienti con patologie croniche che non richiedono una gestione esclusivamente ospedaliera.

In base quindi ai principali bisogni emersi dall'analisi della prevalenza delle diverse malattie croniche nel 2023 nelle aree della ASST - malattie cardiovascolari, malattie respiratorie e diabete mellito - sono stati condivisi alcuni percorsi riguardanti l'Ambulatorio Polispecialistico del Piede Diabetico, l'Ambulatorio di Chirurgia Vascolare, l'Ambulatorio delle Lesioni Difficili e l'Ambulatorio dello Scompenso Cardiaco. Si rimanda all'allegato **"Protocollo integrazione tra Medici Specialisti e Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta"**.

In ambito più strettamente pediatrico si avvierà una interazione tra i PLS e gli specialisti territoriali e ospedalieri per favorire sinergie a favore di bimbi per i quali è attivato un Bilancio per patologia cronica (sovrappeso/obesità, otite, asma etc.) indirizzandoli agli ambulatori specialistici dell'ASST come l'ambulatorio di Nutrizione clinica pediatrica e dell'adolescenza delle CdC Gola, Monreale e Stromboli, l'ambulatorio di Otorinolaringoiatria e l'ambulatorio dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

Tale attività proseguirà realizzando ulteriori protocolli condivisi, al fine di rendere sempre più agevole e puntuale l'assistenza specialistica e la relazione MMG/PLS e specialisti ambulatoriali, supportata anche dalla messa a disposizione di slot riservati ai medici e pediatri di base. È in fase di avvio anche l'utilizzo di



tecnologie, quali ad esempio il teleconsulto tra professionisti, per favorire lo scambio di informazioni inerenti ai pazienti.

Sempre in relazione alla gestione del paziente cronico, le DGR n° XII/430 del 12/06/2023 e n° XII/717 del 24/07/2023 hanno determinato l'avvio e la gestione in Lombardia di un Progetto di Sorveglianza Domiciliare (PSD) a favore delle persone over 65 affette da patologie croniche che possano beneficiare di un monitoraggio programmato al fine di prevenire accessi in PS o ricoveri inappropriati e che abbiano difficoltà ad accedere allo studio del medico di base per condizioni cliniche/logistiche (deficit funzionali/barriere).

La presa in carico di tali pazienti si realizza attraverso accessi:

- effettuati personalmente dal MMG o tramite proprio personale infermieristico;
- effettuati da parte dell'IFeC del PUA di residenza dell'assistito, sotto sorveglianza del MMG.

Il percorso PSD risulta ben delineato in un Protocollo specifico. Si rimanda all'allegato **"Protocollo integrazione tra IFeC, MMG, personale di studio MMG"**.

Particolare attenzione viene anche dedicata al percorso di Dimissione Protetta / rientro al domicilio di paziente ricoverato. A tal proposito sarà potenziata l'informativa a MMG/PLS alla dimissione del paziente per una efficace presa in carico territoriale e la condivisione di percorsi assistenziali. Si rimanda all'allegato **"Protocollo integrazione tra MMG, PLS, Specialisti e Ambiti Territoriali Sociali – Dimissioni Protette"**.

Infine, si sta procedendo con il processo di integrazione tra i servizi di ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali e Associazionismo. Saranno implementate una serie di azioni trasversali che si concentrano su:

- Organismo Consultivo Distrettuale
- Gestione dei casi complessi
- Partecipazione a tavoli di lavoro e a progetti specifici nei contesti di emarginazione
- Organizzazione di giornate aperte dedicate alla prevenzione, alla promozione della salute e alle attività di vaccinazione.

L'integrazione tra tutti gli enti coinvolti sarà ulteriormente rafforzata attraverso una collaborazione sinergica con i SERD, i consultori e i servizi di salute mentale. Si rimanda all'allegato **"Protocollo Coordinamento delle Attività Territoriali e integrazione tra servizi ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali e Associazionismo"**.



Si prevede inoltre, l'istituzione del Servizio di Psicologia delle cure primarie, volto a offrire supporto psicologico tempestivo e diffuso, ai bisogni psicologici della popolazione, garantendo l'integrazione con i servizi sanitari e sociosanitari esistenti.

Si rimanda alla scheda di intervento "Area Tematica" (AT) 4: **PSICOLOGIA DELLE CURE PRIMARIE**

3.3.5 Prevenzione e Promozione della Salute

Area Tematica 5: Prevenzione e Promozione della Salute

Situazione attuale – dati di contesto di attenzione					
- Bassa copertura vaccinale e di adesione agli screening oncologici - Numero particolarmente alto di pazienti affetti da 1 o più patologie croniche - Elevata incidenza di malattie cardiovascolari, respiratorie, oncologiche e diabete - Incidenza particolarmente alta dei ricoveri perinatali					

Titolo del Progetto	Criticità o rationale del progetto	Distretto 5	Distretto 6	Distretto 7	Integrato con ambito sociale? (sì/no)
Screening	Implementazione delle coperture di screening	X	X	X	SI
Workplace Health Promotion (WHP)	Diffusione di buone pratiche di salute tra gli operatori in servizio presso la ASST Santi Paolo e Carlo	X	X	X	NO
Promozione della Salute e Stili di Vita nei contesti scolastici o in contesti specifici	Promozione della salute e degli stili di vita attraverso interventi integrati nei contesti scolastici o in contesti specifici	X	X	X	SI
Primi 1000 giorni	Promozione di stili di vita favorevoli al benessere dei neonati	X	X	X	SI



	e dei genitori, supporto e sostegno alla genitorialità, interventi preventivi e protettivi				
Famiglie Vulnerabili	Presa in carico Famiglie di minori in condizioni di vulnerabilità e supporto genitoriale	X	X	X	SI
Progetto Consultori Familiari Integrati – Disturbi Psicologici Perinatali	Prevenzione e cura dei disturbi psichici perinatali	X	X	X	SI
SER.D Territoriale Informazione prevenzione scuole	Sensibilizzare gli studenti sui temi delle dipendenze e della legalità.	X	X	X	SI
SER.D Territoriale Disturbo Gioco d'azzardo	Sensibilizzare e informare la popolazione generale, formare operatori e volontari, sul tema del DGA.	X	X	X	SI
Laboratorio Permanente per la promozione dell'attività fisica e del movimento	Creazione di un Laboratorio Permanente per la promozione dell'attività fisica e del movimento nei Distretti 5-6-7, con l'obiettivo di sistematizzare programmi di attività fisica, migliorare la salute e il benessere della popolazione	X	X	X	SI



	attraverso la collaborazione tra enti locali, strutture sanitarie e del terzo settore				
--	---	--	--	--	--

All'interno della vasta cornice delle tematiche di prevenzione e promozione della salute si identificano le seguenti azioni da promuovere trasversalmente sui tre distretti della ASST Santi Paolo e Carlo:

3.3.5.1 Informazione

Si sottolinea l'importanza della conoscenza da parte degli operatori del territorio delle informazioni di attività/apertura/offerta di prestazioni per i cittadini; per tale motivo si prevede di verificare la correttezza delle informazioni riportate sul sito internet aziendale rispondendo allo standard atteso di "nessuna non conformità in occasione di audit e controlli per dati mancanti o errati, per date e orari di accesso a vaccinazioni e screening". L'aggiornamento del sito sarà effettuato in collaborazione con l'Ufficio Comunicazione Aziendale.

L'organizzazione aziendale e le declinazioni di date e orari di accesso ai servizi di prevenzione (campagne vaccinali, screening oncologici, offerta di programmi ed iniziative locali nell'area degli Stili di vita) saranno oggetto di formazione per gli operatori del territorio, in particolare si individuano i PUA come punti informativi fisici.

Attraverso la creazione di una mailing list si prevede di "intercettare" altri interlocutori del territorio (MMG, PLS, Unità di Offerta (UDO) SS, Farmacie oltre a Comune, Aziende, Scuole, Associazioni del Terzo Settore) creando un flusso di informazioni strutturato e aggiornato.

3.3.5.2 Vaccinazioni e Campagne Vaccinali Antinfluenzale/Covid

La distribuzione di punti erogativi di servizi nell'area dei distretti 5, 6 e 7 consente di organizzare capillarmente un'offerta vaccinale in diversi setting al fine di raggiungere con la vaccinazione tutte le fasce e categorie di soggetti a rischio allo scopo di prevenire la comparsa della malattia e prevenire le complicanze.

La programmazione delle vaccinazioni antinfluenzali nel corso del triennio 2025-2027 vedrà coinvolti i centri vaccinali, le CdC, i Consultori Familiari, i Presidi Ospedalieri, gli Ambulatori Sociosanitari Territoriali. L'ampia gamma di strutture disponibili consentirà di declinare la proposta vaccinale per categoria di soggetti dedicando spazi "tailor made" (a titolo esemplificativo: vaccinazione antinfluenzale di donne



gravide presso consultori famigliari). Sarà importante integrare le proposte di zona dei municipi (es. Festa di Baggio) per aprirsi alla comunità e rendere disponibili iniziative vaccinali in momenti non convenzionali.

In tal senso la collaborazione con le AFT e gli assessori dei municipi riveste un momento di condivisione molto importante.

Per le categorie cosiddette *hard to reach*, è stato attivato nel 2024 un modello operativo in collaborazione con ATS, Comune ed ETS che ha portato buoni risultati in ordine alla conoscenza reciproca, al numero di vaccini eseguiti e alla comunicazione dei programmi di prevenzione vaccinale nell'infanzia e nell'adolescenza. Anche per il triennio 2025-2027 si prevede di attuare momenti vaccinali su coorti *hard to reach*.

3.3.5.3 Screening

Per implementare i dati copertura di screening sono previste diverse azioni e iniziative di seguito elencate:

1) Incontri periodici nell'ambito degli OCD con i rappresentanti delle AFT. Tali incontri sono essenziali per identificare eventuali criticità e migliorare la comunicazione.

Durante questi incontri che possono prevedere anche la partecipazione di rappresentanti ATS Milano:

- Si presentano i dati aggiornati sugli screening per evidenziare i tassi di partecipazione e i risultati.
- Si condividono i metodi più efficaci per sensibilizzare i MMG e i PLS.
- Si discutono eventuali strategie per raggiungere specifici target.
- Si presentano iniziative che prevedono coinvolgimento della MMG e PLS agli screening.

2) Coinvolgimento della popolazione attraverso eventi e campagne di sensibilizzazione

Il 20 ottobre 2024, in occasione della "Festa di Baggio" organizzata dal Municipio 7, l'ASST Santi Paolo e Carlo ha allestito un punto informativo per rispondere alle domande dei cittadini sui servizi sanitari e sociosanitari. Nell'ambito della stessa iniziativa, presso la CdC Masaniello è stata offerta la vaccinazione antinfluenzale agli adulti, insieme a vaccini per COVID-19, Herpes Zoster e Pneumococco, mentre i bambini hanno potuto accedere al servizio antinfluenzale presso il Centro Vaccinale Stovani.

Inoltre, il CFI della CdC Masaniello ha organizzato accessi programmati per lo screening del carcinoma della cervice uterina con HPV-DNA Test e Pap Test per donne invitate da ATS Milano. Queste attività rientrano nel progetto "La salute nel tuo quartiere" volto a rendere i servizi sanitari più accessibili alla comunità locale.



Questa modalità verrà standardizzata nel corso del triennio, pertanto eventi come fiere, giornate di festa e manifestazioni saranno strutturate come veicolo di sensibilizzazione e occasione per effettuare screening sul posto. Durante queste iniziative si prevede di:

- Predisporre stand informativi e aree dedicate alla somministrazione di vaccini o screening di prevenzione.
- Coinvolgere il personale sanitario per offrire consulti informativi.
- Distribuire materiale informativo su vari temi di salute

3) Organizzazione di Open Day dedicati allo screening e alla promozione della salute

Gli open day sono occasioni cruciali per promuovere gli screening e sensibilizzare la popolazione. Essi offrono, ove previsto, gli screening di base e gli spazi dedicati alla prevenzione e al benessere. In questo ambito è fondamentale la collaborazione con gli ETS.

4) Attribuzione Codice Fiscale ai detenuti

L'assegnazione del codice fiscale ai detenuti è un elemento che assicura loro l'accesso ai servizi sanitari, compresi gli screening con creazione di percorsi dedicati all'interno delle strutture penitenziarie.

5) Screening mammografico con medici radiologi donne per superamento barriere culturali

Considerando l'elevata presenza di popolazione straniera e di religione musulmana nel territorio dell'ASST Santi Paolo e Carlo e le conseguenti possibili barriere culturali agli screening (come mammografie), si prevede di organizzare sessioni di screening mammografico con medici radiologi di sesso femminile, per facilitare l'accesso in un ambiente confortevole e culturalmente rispettoso.

6) Screening della prostata

Come previsto dalla Delibera n. 12 2767/2024, a partire da novembre 2024 è attivo il percorso di screening della prostata per i soggetti che arrivano al compimento del 50esimo anno di età.

I poliambulatori di Via Stromboli, Via Masaniello e Via Gola (e i presidi ospedalieri San Paolo e San Carlo Borromeo) rappresentano centri di I livello per l'esecuzione del PSA senza obbligo di prenotazione.

I soggetti eleggibili allo screening, che non possono compilare il questionario conoscitivo e anamnestico previsto dal protocollo di screening tramite FSE, potranno recarsi presso i PUA delle CdC della ASST Santi Paolo e Carlo per usufruire di assistenza per la compilazione.

7) Ulteriori iniziative di sensibilizzazione sullo screening nell'ambito della Promozione della Salute



Nel paragrafo 5.6 (Consultori Familiari Integrati) sono descritte ulteriori iniziative, tra cui la collaborazione con l'Università IULM per l'allestimento di un punto informativo all'interno dell'Ateneo. Questo spazio è dedicato alla promozione di attività e servizi, tra cui quelli relativi allo screening, con l'obiettivo di sensibilizzare studenti e personale universitario.

8) Screening non oncologici: campagna per lo screening dell'epatite C da HCV

Regione Lombardia ha lanciato una campagna di screening per l'epatite C da HCV, rivolta ai cittadini tra i 35 e i 55 anni. La campagna che si sviluppa anche sul territorio prevede l'impiego di camper appositamente brandizzati. A tal proposito, l'ASST Santi Paolo e Carlo partecipa con team operativi, composti da un medico, due infermieri e un autista con compiti anche organizzativi, con il supporto di personale volontario di AREU.

3.3.5.4 Piano caldo

Per il 2024 è stato attuato il Piano Locale per la prevenzione e il contenimento degli effetti sulla salute delle ondate di calore.

Il piano prevede:

- 1) Azioni organizzative di base con coinvolgimento di diversi livelli organizzativi, tra cui i distretti, il PUA, i punti di fragilità, le COT, il Servizio Cure Primarie, il Sistema Informativo Aziendale e la Direzione Medica di Presidio ciascuno con ruoli specifici.
- 2) Azioni da attuare in caso di allerta.
- 3) Attività di informazione.

Per il triennio 2025-2027, è prevista la costante revisione del Piano Caldo e l'ottimizzazione del coordinamento tra gli Enti locali e gli ETS, al fine di migliorare l'efficacia degli interventi.

3.3.5.5 Piano Pandemico

L'ASST collabora attivamente con il tavolo di lavoro regionale per la gestione del piano pandemico. Il territorio tramite i distretti partecipa attivamente all'inserimento delle azioni e al monitoraggio dell'implementazione delle stesse stato tramite il portale SASHA.

In linea con il Piano Pandemico, presso l'ASST Santi Paolo e Carlo è stato istituito un Hot-spot infettivologico dedicato ai pazienti con sintomi respiratori lievi. L'obiettivo è ridurre l'afflusso ai PS e potenziare l'offerta di visite mediche anche fuori dagli orari di apertura degli ambulatori di medicina di famiglia, durante i mesi in cui le sindromi respiratorie virali sono più diffuse (novembre, dicembre, gennaio). L'Hot Spot è situato presso la CdC di Piazza Bande Nere, 3, con un orario che integra il servizio di CA già attivo nella stessa sede. L'invio dell'utente all'hotspot avviene da parte della Centrale Unica/Continuità Assistenziale.



Ulteriore azione prevista dal PanFlu è l'attivazione di funzioni di consulenza infettivologica a favore delle UDO socio-sanitarie per la gestione delle sindromi respiratorie. La ASST Santi Paolo e Carlo rappresenta il centro HUB a cui fanno riferimento le RSA e RSD azionate. Sono coinvolti medici infettivologici, internisti, pneumologi e igienisti anche mediante utilizzo di telemedicina.

Si rimanda alle schede di intervento "Area Tematica" (AT)5:

- **SCREENING**
- **WORKPLACE HEALTH PROMOTION (WHP)**

3.3.5.6 *Consultori familiari*

All'interno della cornice della promozione alla salute e stili di vita, si individuano azioni in continuità e azioni che verranno implementate riguardanti diversi contesti: setting scolastico, promozione alla salute ed interventi a favore di bambini, adolescenti e famiglie, supporto alla gravidanza e genitorialità.

- Setting scolastico: si prevede un'implementazione delle azioni necessarie alla messa a sistema della Rete Scuole che Promuovono Salute (SPS), in collaborazione con ATS, con gli Istituti scolastici dell'ambito 22 di Milano e con le altre ASST/IRCCS di Milano, al fine di supportare la co-costruzione e co-progettazione di ambienti educativi in grado di promuovere salute e benessere, come definito dal modello SPS, promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e riconosciuto a livello europeo e nazionale.

In collaborazione con ATS, si prevede un'implementazione degli interventi di Peer education e Life skills rivolti agli istituti scolastici dell'ambito 22, ad integrazione dei progetti in essere.

Il Consultorio promuove interventi, anche esterni, rivolti a gruppi omogenei di popolazione (studenti, genitori, insegnanti) su tematiche quali: sessualità e affettività, contraccezione e procreazione responsabile, promozione della salute in rapporto alle malattie sessualmente trasmissibili, violenza di genere, ecc.

Nel corso dell'anno scolastico 2023/24, le operatrici dei Consultori hanno condotto interventi di educazione sessuale e all'affettività in 14 scuole secondarie di primo grado e 2 secondarie di secondo grado, per un totale di 86 classi e 192 incontri.

È stata avviata la collaborazione con i Servizi Specialistici di ASST, l'ATS, gli Istituti scolastici, la Prefettura per la creazione del Team Emergenza nell'ambito del contrasto al bullismo e cyberbullismo.

Si sottolinea inoltre la rilevante collaborazione attivata nel corso del 2024 con l'Università IULM che prevede la realizzazione di un punto informativo a cadenza quindicinale presso l'Ateneo destinato a studenti, docenti e personale non docente, per la promozione di vaccinazioni, screening, corretti stili di vita, la presentazione dei servizi territoriali, la prenotazione di vaccinazioni HPV, la prevenzione del gioco d'azzardo, delle malattie sessualmente trasmissibili e della violenza



domestica. Attualmente sono stati realizzati 4 interventi ed è stato approvato il programma per il primo semestre dell'anno accademico 2024/25.

Considerato il successo della campagna informativa presso l'Università IULM, si progetta di estendere l'iniziativa all'Università Bocconi di Milano.

- Minori e adolescenti: è stata avviata una progettazione integrata per l'attivazione del Team Emergenza in collaborazione con ATS, Scuola, Prefettura. È prevista l'individuazione degli operatori facenti parte del Team e la stesura di una procedura aziendale per il supporto a minori e figure educative in situazioni di bullismo e cyberbullismo e per la programmazione di azioni di contrasto.

In continuità con l'anno 2024, proseguiranno gli interventi di promozione dell'affettività e sessualità negli adolescenti rivolti a genitori presso il Centro Irda del Municipio 6.

Proseguirà la collaborazione in corso con il Progetto Lab-T Municipio 5 rivolto alle figure educative e ai genitori dei contesti coinvolti (Servizi Sociali Municipio 5, Scuole Nido e Infanzia via Guarnieri e Val di Sole, Consultorio).

All'interno dell'area minori è prevista la partecipazione al gruppo di lavoro per la definizione del Protocollo Operativo tra ATS della Città Metropolitana di Milano - Comune di Milano - ASST Fatebenefratelli Sacco- ASST Santi Paolo e Carlo e ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda IRCCS Policlinico di Milano per la Tutela dei Minori.

È inoltre presente l'attività di gruppo "*I bambini hanno le antenne*" rivolta a minori vittime di violenza assistita, con l'obiettivo di ridurre i fattori di rischio, aumentare i fattori di protezione, al fine di prevenire la cronicizzazione del disagio.

- Disagio familiare: nell'ambito della prevenzione di situazioni di disagio familiare per i minori e per la promozione del benessere di bambini e adolescenti e delle loro famiglie, si prevedono in continuità con attività in essere, interventi di supporto alla genitorialità per la promozione delle competenze genitoriali e di supporto in situazioni di vulnerabilità, in collaborazione con la rete dei Servizi territoriali e con le Associazioni del Terzo settore.

In riferimento al supporto ai nuclei familiari vulnerabili, si prevedono in continuità interventi di valutazione e supporto per bambini e adolescenti e per i genitori in contesto spontaneo o su mandato dell'AG, in collaborazione con i Servizi del territorio e con i Progetti presenti sul territorio dei Municipi 5 – 6 – 7 (Progetto QuBI, ..) e con le Reti Antiviolenza.

- Accompagnamento alla gravidanza e Genitorialità: in continuità con le attività in essere, si prevedono percorsi dedicati all'accompagnamento alla gravidanza e alla genitorialità, alla relazione mamma-bambino e padre-bambino, alle buone pratiche relative ai bisogni dei bambini, al fine di favorire il benessere reciproco e una corretta crescita sia per il bambino sia per i genitori nel loro nuovo ruolo e carico di impegno familiare.



Nell'area dei *Primi mille giorni* sono offerti ai genitori attività di gruppo rivolte a supportare mamme e papà con opportunità di ascolto e supporto tramite professionisti dell'équipe: Assistente sanitaria, Infermiera pediatrica, Puericultrice, Ostetrica, Psicologa.

Ulteriori attività di gruppo sono:

- *Gruppo mamma-bambino*: spazio dedicato alle mamme e ai loro bambini nella fascia 0-1 anno;
 - *Gruppo ACR* (Alimentazione complementare a richiesta): rivolto ai genitori che si apprestano allo svezzamento;
 - *Gruppi legati ai Progetti Nati per Leggere e Nati per la Musica*: il progetto riveste carattere nazionale e si svolge in collaborazione con le Biblioteche comunali e ad Associazioni del territorio per la promozione della musica e della lettura in gravidanza e nel puerperio;
 - *Gruppi rivolti a bambini e genitori della fascia 0 -1 anno* per la promozione dell'esperienza della lettura e dell'esperienza musicale;
 - *Gruppi di prevenzione su tematiche specifiche*, tra cui i danni solari, gli incidenti domestici e la casa sicura;
 - *Incontri di genitori 0-5*: finalizzati a mantenere un accompagnamento dei genitori anche dopo la fase del distacco;
 - *Gruppi per genitori con mandato AG*: rivolto al supporto alla genitorialità in situazioni difficili, utilizzando la risorsa gruppo come strumento per la condivisione e la riflessione.
- CFI e Servizi di Salute Mentale: nel corso del triennio si prevede un rafforzamento delle attività in essere sulla integrazione con l'Area della salute mentale.

Sono state avviate iniziative congiunte con i CPS aziendali realizzando incontri informativi rivolti alle pazienti dei CPS Rozzano e CPS Soderini/Centro Diurno Primaticcio, che hanno registrato elevato gradimento e che hanno condotto alla presa in carico della quasi totalità delle pazienti, con effettuazione di visite e screening. Sono programmate ulteriori edizioni rivolte a gruppi omogenei per età, onde focalizzarsi su tematiche rilevanti per il gruppo target.

Sono attivi da anni percorsi di gestione condivisi per pazienti afferenti all'Ambulatorio dei Disturbi Psicici Perinatali (DPP) della ASST e in particolare per il prossimo triennio si prevede di implementare e strutturare un modello integrato tra il CFI e l'ambulatorio di DPP al fine di effettuare interventi precoci su donne e/o coppie che manifestano l'insorgenza e/o l'acutizzarsi di un disagio psichico durante il periodo perinatale fino al primo anno di vita del bambino.

Gli interventi finora elencati si inseriscono nel contesto della prevenzione dell'allontanamento familiare e del sostegno alla genitorialità, un approccio che mira a ridurre i casi in cui i minori vengono separati dalle loro famiglie di origine e affidati a strutture di accoglienza o a famiglie affidatarie. L'obiettivo primario è quello di sostenere e rafforzare il nucleo familiare, intervenendo su tutte quelle problematiche che



potrebbero compromettere il benessere e la sicurezza del minore all'interno della famiglia e rispettare il diritto di ogni bambino a crescere all'interno del proprio nucleo familiare.

- Spazio Giovani: partecipazione al Progetto Futuro Giovani, rivolto a giovani adulti 18-30 anni (Fondazione Guzzetti e altre Associazioni del territorio dei Municipi 5 – 6 – 7).

In questo ambito si colloca anche il Piano di azione territoriale “Network Giovani” per la realizzazione di interventi per contrastare il disagio dei minori.

- Vaccinazioni e Screening: sono periodicamente organizzati Open Day per Screening Pap Test/HPV DNA Test e per facilitare l'accesso alla vaccinazione HPV nella fascia 19 – 26 anni e alla vaccinazione antinfluenzale e DTP nelle donne in gravidanza.

Si rimanda alle schede di intervento “Area Tematica” (AT)5:

- **PROMOZIONE DELLA SALUTE E STILI DI VITA NEI CONTESTI SCOLASTICI O IN CONTESTI SPECIFICI**
- **PRIMI MILLE GIORNI**
- **FAMIGLIE VULNERABILI**
- **PROGETTO CONSULTORI FAMILIARI INTEGRATI – DISTURBI PSICHICI PERINATALI**

3.3.5.7 Area Dipendenze

È previsto per il prossimo triennio, l'attuazione di un progetto di prevenzione e informazione con la finalità di sensibilizzare gli studenti delle scuole medie e superiori del territorio dell'ASST Santi Paolo e Carlo sui temi delle dipendenze e della legalità. In collaborazione con il SER.D Area Penale e Penitenziaria e con il supporto della Cooperativa Spazio Aperto Servizi, il programma prevede interventi formativi svolti direttamente presso gli istituti scolastici coinvolti.

L'attività si concretizza in cicli di incontri gestiti da operatori del SER.D territoriale e/o penitenziario e sono presenti testimoni diretti (pazienti o ex pazienti) che hanno vissuto percorsi di riabilitazione per problemi di dipendenza e legati a reati. Il progetto offre anche la possibilità (solo per studenti maggiorenni) di una visita guidata al SERD Trattamento Avanzato "La Nave" presso la Casa Circondariale di San Vittore, compatibilmente con le disponibilità organizzative e logistiche.

Un secondo progetto mira a sensibilizzare e informare la popolazione generale, oltre che formare operatori e volontari, sul tema del DGA, fenomeno in costante crescita sia offline che online. L'iniziativa prevede la partecipazione a eventi locali per divulgare materiali informativi sul DGA e promuovere i servizi di cura disponibili. Saranno inoltre organizzate attività formative rivolte a operatori e volontari dei servizi di assistenza alla persona, fornendo strumenti per riconoscere tempestivamente i segnali di un possibile problema di gioco d'azzardo e facilitare l'accesso alle cure.

Si rimanda alle schede di intervento “Area Tematica” (AT)5:

- **SER.D TERRITORIALE - INFORMAZIONE PREVENZIONE SCUOLE**
- **SER.D TERRITORIALE - GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO**



3.3.5.8 Laboratorio Permanente per la promozione dell'attività fisica e del movimento

Al fine di sviluppare azioni di sistema per la promozione del movimento in accordo con quanto previsto dalla DGR n. XII/1827 del 31/01/2024 (Regole di Sistema 2024), con la Delibera 1111 del 26.6.24 è stato istituito il laboratorio permanente per la promozione dell'attività fisica e del movimento della ASST Santi Paolo e Carlo, strumento innovativo per favorire la diffusione di stili di vita attivi e sani in tutte le fasce d'età (bambini/giovani, adulti, anziani).

Gli enti coinvolti nella costituzione del Laboratorio Permanente per la promozione dell'attività fisica e del movimento sono:

- ASST Santi Paolo e Carlo:
 - Dipartimento del Recupero Funzionale e Fragilità;
 - SC Distretto 5
 - SC Distretto 6
 - SC Distretto 7
 - SS Integrazione Attività Sanitarie e Medicina di iniziativa
 - DAPSS
- Rappresentanti dei MMG e PLS individuati dai referenti AFT dei tre distretti della ASST Santi Paolo e Carlo
- Due referenti della Struttura Promozione della Salute della ATS Milano Città Metropolitana
- Altri ETS

Gli obiettivi principali del Laboratorio Permanente per la Promozione dell'Attività fisica e Movimento sono:

- promuovere e sistematizzare i programmi di attività fisica come gruppi di cammino, Attività Fisica Adattata (AFA) e di Educazione Fisica Adattata (EFA) finalizzati alla prevenzione delle malattie e al miglioramento della qualità della vita
- rafforzare le reti territoriali esistenti,
- favorire l'accesso della popolazione a queste iniziative,
- promuovere le competenze dei professionisti della salute,
- creare collaborazioni tra i diversi stakeholders.

Nella realizzazione della mappatura dell'offerta di promozione dell'attività fisica nei territori dei Distretti 5-6-7 sono stati inclusi i Gruppi di Cammino, che contribuiscono alla prevenzione delle ripercussioni della sedentarietà sulla salute, promuovendo la cultura di uno stile di vita attivo. I Gruppi di Cammino attivi si ritrovano per:



- Municipio 5: parco Ticinello;
- Municipio 6: parco Baden Powell;
- Municipio 7: parco delle Cave e parco Bosco in Città – Figino.

In riferimento all'AFA/EFA, che si rivolgono a persone di tutte le età con disabilità o condizioni di salute stabili, è iniziata la mappatura dell'offerta nei Distretti 5, 6 e 7. L'obiettivo è identificare le strutture erogatrici per creare percorsi integrati con le strutture aziendali, le associazioni e gli ETS. Il contributo degli IFeC sarà essenziale per comprendere le necessità delle persone e indirizzarle verso i percorsi più adeguati, assicurando un approccio personalizzato e inclusivo che soddisfi le esigenze specifiche di ciascun individuo.

Entro la fine del 2027 i risultati attesi da raggiungere sono i seguenti:

1. Realizzazione del programma “scuola in movimento” in almeno una scuola per ciascun Distretto, promuovendo l'attività fisica nel setting scolastico.
2. Potenziamento della connessione tra il Laboratorio permanente per la promozione dell'attività fisica e del movimento e gli OCDi, favorendo una collaborazione più stretta e coordinata.
3. Completamento della mappatura dell'offerta di AFA e di EFA, garantendo una visione completa delle risorse disponibili.
4. Creazione di una pagina web aziendale dedicata per facilitare la divulgazione delle attività del Laboratorio permanente per la promozione della attività fisica e del movimento e fornire alla cittadinanza la mappatura degli enti presso cui svolgere AFA/EFA.

Questi obiettivi rappresentano la visione strategica per il futuro, mirata a migliorare la salute e il benessere della popolazione residente nei Distretti 5-6-7 attraverso l'incremento dell'attività fisica e la creazione di reti di collaborazione più efficaci.

Si rimanda alle schede di intervento “Area Tematica” (AT) 5: **LABORATORIO PERMANENTE PROMOZIONE ATTIVITA' FISICA E MOVIMENTO**

3.3.5.9 Invecchiamento Attivo

L'ASST Santi Paolo e Carlo, nell'ambito del progetto “Invecchiamento Attivo,” sostiene gli anziani attraverso interventi innovativi e integrati di prevenzione. Le attività, incentrate sulla promozione del benessere e dello sport a ogni età, includono cinque progetti principali volti a favorire l'invecchiamento attivo e prevenire le patologie tipiche della terza età, coinvolgendo operatori, cittadini e strutture territoriali.

1. Formazione agli operatori del terzo settore degli spazi WeMi/Centro Socio Ricreativi Culturali (CRSC) del Comune di Milano e centri sportivi. L'obiettivo è formare gli operatori con un metodo



condiviso per offrire percorsi mirati fin dalle prime fasi di dimissione, aiutando a prevenire il riacutizzarsi delle principali patologie degli anziani, come BPCO, fragilità ossea e decadimento cognitivo.

2. Orientamento al territorio per cittadini in uscita dai servizi sanitari con l'obiettivo di intercettare i bisogni dei cittadini e orientarli verso attività/servizi territoriali attraverso i PUA, sia mediante accesso spontaneo che mediante invio da parte del personale della CdC o della COT.
3. Organizzazione di attività sportive e programmi AFA/EFA con l'obiettivo di personalizzare e organizzare sessioni di esercizio fisico (individuali o di gruppo) in base alle condizioni degli utenti, previa valutazione fisiatrica.
4. Organizzazione di attività da parte dell'UO Neuropsichiatria per prevenire il decadimento cognitivo, attraverso esercizi di stimolazione delle funzioni cognitive, sessioni di gioco e la formazione del personale dei centri diurni e degli spazi ricreativi.
5. Organizzazione di incontri formativi e informativi sull'invecchiamento attivo, a cura del personale del Polo Territoriale, in collaborazione con i Municipi e le realtà del terzo settore. Gli incontri, rivolti a tutti i cittadini, mirano a illustrare strategie per ritardare le patologie legate all'invecchiamento, con un focus anche sugli aspetti psicologici e sulle nuove forme di residenzialità.

Questi interventi si collocano nell'ambito del progetto di elaborazione di un piano unico per l'invecchiamento attivo che coinvolga ASST/IRCSS, Ambiti, ETS della Città di Milano.

3.3.6 Lo sviluppo della Telemedicina

Area Tematica 6: Lo sviluppo della Telemedicina

Situazione attuale – dati di contesto di attenzione					
• Invecchiamento della popolazione • Numero particolarmente alto di pazienti affetti da 1 o più patologie croniche • Elevata incidenza di malattie cardiovascolari, respiratori, oncologiche e diabete					

Titolo del Progetto	Criticità o razionale del progetto	Distretto 5	Distretto 6	Distretto 7	Integrato con ambito sociale? (sì/no)
Telemedicina	Espandere l'uso della telemedicina per migliorare	X	X	X	NO



	l'assistenza sanitaria domiciliare e territoriale				
Teleconsulto	Partecipazione al progetto TEACH (Teleconsulting for Education, Appropriateness and Collaboration in Healthcare)	X	X	X	NO

Con il termine telemedicina si indica tutto l'insieme di prestazioni sanitarie in cui, grazie all'utilizzo di tecnologie innovative, il professionista della salute e il paziente non si trovano nello stesso luogo.

La telemedicina consente di:

- assistere e fare visite di controllo ai pazienti
- controllare a distanza i parametri vitali di pazienti
- far dialogare sanitari per consulti su particolari casi clinici
- inviare e ricevere documenti, diagnosi e referti.

Nell'ambito della Missione 6 Salute, prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), la telemedicina assume un ruolo primario attraverso specifiche aree di intervento. Nel PNRR, nell'ambito della riforma dell'assistenza territoriale, viene messa al centro la persona nella propria comunità di riferimento attraverso l'investimento Casa come primo luogo di cura e telemedicina e il potenziamento dell'assistenza sanitaria in tutte le sue forme.

I servizi minimi di telemedicina previsti nel PNRR, al fine di assicurare un'attivazione uniforme degli stessi su tutto il territorio nazionale, sono:

- la televisita, con la quale il professionista interagisce a distanza, in tempo reale, con il paziente, anche con il supporto di un caregiver o di un operatore sociosanitario che si trovi vicino a quest'ultimo. Deve essere garantita la possibilità di scambiare dati clinici, referti medici, immagini, audio o video relativi al paziente. Non è un mezzo esclusivo per condurre la relazione tra medico e paziente, ma può essere integrata per esempio con il telemonitoraggio per la rilevazione dei parametri biologici. Di solito segue una prima visita fatta in presenza, che ha consentito al medico di formulare già la diagnosi. La decisione di effettuare una visita specialistica non è in carico a chi la prescrive, ma al medico che la eroga. L'esito non differisce da quello di una visita ordinaria: il



paziente può risultare stabile, può rendersi necessario un accesso urgente a prestazioni diagnostico-terapeutiche, può essere necessario un approfondimento per cui lo specialista prescrive le prestazioni che ritiene opportune. Il referto viene inviato al FSE e se necessario condiviso con altri medici.

- II. Il teleconsulto medico avviene tra diversi professionisti che discutono della situazione clinica di un paziente scambiandosi dati clinici, referti, immagini e file audio-video. La presenza del paziente non è sempre indispensabile. Lo scopo del teleconsulto è quello di condividere le scelte mediche rispetto a un paziente da parte dei professionisti coinvolti nei percorsi assistenziali: si pensi al caso di un medico di famiglia, di un medico del pronto soccorso o del medico di un carcere che chieda il consulto di uno specialista.
- III. La teleconsulenza medico-sanitaria è un'attività sanitaria, non necessariamente medica ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più professionisti con diverse competenze. Il professionista sanitario interpellato tramite videochiamata fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per la presa di decisioni o per la corretta prosecuzione del percorso clinico assistenziale o riabilitativo. La teleconsulenza può essere svolta in presenza del paziente, oppure in maniera differita.
- IV. La teleassistenza invece si prefigge di agevolare lo svolgimento corretto delle attività assistenziali, che sono praticate prevalentemente a domicilio direttamente dal paziente o da chi l'assiste, guidate a distanza da un professionista sanitario come un infermiere, un fisioterapista, un logopedista o una ostetrica. La teleassistenza è prevalentemente programmata e ripetibile in base a specifici piani di accompagnamento del paziente.
- V. Il telemonitoraggio si realizza attraverso strumenti tecnologici che permettono al medico di monitorare i parametri, l'andamento della terapia e in generale lo stato di salute dei pazienti al di fuori delle strutture ospedaliere. I parametri sono rilevati in maniera autonomia dal paziente, oppure con l'aiuto di un caregiver, e inviati al professionista. Il telemonitoraggio rileva e trasmette a distanza i parametri vitali e clinici, in modo continuo o intermittente, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente. In questo modo i parametri sono controllati nel tempo, riducendo la necessità di controlli ambulatoriali. Destinatari del telemonitoraggio possono essere per esempio i malati di diabete o chi soffre di uno scompenso cardiaco.

La diffusione dei servizi di Telemedicina avverrà in due fasi: nella prima fase ci sarà la mappatura sia dell'organizzazione aziendale per la gestione dei servizi di telemedicina, sia dei processi di telemedicina già attivi o da attivare nelle singole strutture per poter configurare il sistema nel modo più confacente alle singole esigenze; nella seconda fase saranno implementate le regole e gli standard di processo e di sistema per l'utilizzo ottimale dei servizi minimi di telemedicina.



Attualmente, nell'ambito territoriale dell'ASST Santi Paolo e Carlo, il servizio di telemedicina è attivo con l'utilizzo della televisita, soprattutto nel campo della salute mentale (CPS) e nell'ambito materno infantile (Pediatria). Nel campo cardiologico invece viene utilizzata la telerefertazione (holter nelle CdC); mentre la teleconsulenza medico-sanitaria viene esercitata periodicamente nel ramo delle cure domiciliari.

Si rimanda alla scheda di intervento "Area Tematica" (AT)6: **TELEMEDICINA**

3.3.7 La presa in carico dei cronici e fragili

Area Tematica 7: La presa in carico dei cronici e fragili

Situazione attuale – dati di contesto di attenzione					
• Alto indice di vecchiaia, superiore ad ATS • Alta prevalenza di malattie croniche (cardiovascolari, respiratorie e diabete mellito) • Ripresa graduale degli accessi in PS dopo la pandemia, con un aumento costante ogni anno • Numero ricoveri per disturbi psichici superiore rispetto alla media di ATS Milano					

Titolo del Progetto	Criticità o rationale del progetto	Distretto 5	Distretto 6	Distretto 7	Integrato con ambito sociale? (sì/no)
Presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili mediante centro servizi/COT per MMG non in cooperativa	Sviluppare un modello di assistenza integrato attraverso un approccio multidisciplinare; Garantire continuità assistenziale personalizzata; Identificare precocemente bisogni sanitari e fragilità	X	X	X	NO
Pazienti complessi con disturbo mentale	Presa in carico dei pazienti complessi con disturbo mentale	X	X	X	SI
Progetto Follow-Up del neurosviluppo	Osservazione e monitoraggio delle fasi	X	X	X	NO



	precoci d sviluppo				
Disagio Giovanile	Prevenzione e cura dei disturbi dei giovani adulti e adolescenti	X	X	X	SI

La legge regionale n.22/2021 ha ridato slancio al modello di presa in carico che l'avvento della pandemia ha inevitabilmente penalizzato.

L'avvento della pandemia, infatti, che ha comportato la rimodulazione continua dell'offerta sanitaria, ha purtroppo interrotto il percorso della presa in carico dal 2020 al 2021.

La legge regionale n.22/2021 ha ribadito come centrale la medicina territoriale per dare impulso alla presa in carico e allo stesso tempo la centralità della CdC quale luogo fisico nel quale sviluppare e potenziare la presa in carico e l'integrazione multi disciplinare.

La presa in carico dei pazienti cronici fragili è un processo complesso che si concretizza attraverso il coordinamento e l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare, e mira a garantire una continuità assistenziale, personalizzata e finalizzata a migliorare la qualità di vita e ridurre il rischio di complicanze.

Il percorso di presa in carico ha lo scopo di intercettare precocemente i bisogni sanitari e di fragilità e di orientare il paziente e la famiglia verso i servizi appropriati attraverso un coordinamento della rete di diagnosi e assistenza favorendo la collaborazione con i MMG/PLS e gli specialisti di branca. In generale gli obiettivi che persegue questo approccio alla cronicità sono:

- prevenzione delle complicanze
- riduzione degli accessi impropri al PS
- riduzione del tasso di ospedalizzazione
- miglioramento dello stato di salute
- contenimento delle liste di attesa
- orientamento del paziente e famiglia verso i servizi appropriati.

Il MMG è il soggetto centrale della presa in carico al quale compete la funzione di arruolamento proattivo dei propri pazienti cronici/fragili, la stesura del Progetto di Assistenza integrata (PAI) e il monitoraggio dell'aderenza terapeutica.

Regione Lombardia ha inoltre stabilito degli obiettivi sia in termini di volumi di attività complessiva di pazienti aderenti al percorso di presa in carico, sia in termini di case mix di patologie. In particolare, ogni AFT, in accordo con le ASST di riferimento, deve perseguire l'obiettivo della presa in carico di almeno il 15% di pazienti cronici sul totale del numero di assistiti cronici di competenza, garantendo un mix di complessità come di seguito riportato:



- 5 % pazienti di livello di complessità I (pazienti con più di 3 patologie concomitanti)
- 40 % pazienti di livello di complessità II (pazienti con 2 – 3 patologie concomitanti)
- 55 % pazienti di livello di complessità III (mono morbidi)

I MMG per avviare il percorso di presa in carico e assicurare ai loro assistiti la possibilità di effettuare le prestazioni previste dai PAI, secondo le tempistiche indicate, potranno avvalersi del supporto organizzativo di cooperative o aderire singolarmente. Per i medici che aderiranno in forma singola, la gestione delle prenotazioni delle prestazioni PAI sarà gestito con il raccordo della COT.

A supporto del percorso di presa in carico dell'utente cronico, saranno definiti momenti di incontro con i Distretti e le AFT per condividere modalità operative, strumenti e definire la procedura operativa sottesa a questa importante attività

Si rimanda alla scheda di intervento “Area Tematica” (AT)7: **PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI E/O FRAGILI MEDIANTE CENTRO SERVIZI/COT PER MMG NON IN COOPERATIVA**

3.3.7.1 Presa in carico dei pazienti complessi

Un altro tema fondamentale che vedrà l'ASST protagonista nei prossimi anni riguarderà la presa in carico dei pazienti complessi, già inseriti in percorsi di cura ospedalieri, e in fase di dimissione dopo ricovero, provvedendo alla gestione delle fasi di prescrizione, prenotazione su tutti i presidi del territorio, erogazione e monitoraggio.

Tale “presa in carico ospedaliera”, dovrà prevedere il raccordo con MMG, che sarà informato della definizione del percorso: a tal riguardo occorre definire idonei canali comunicativi.

In relazione alla presa in carico dei pazienti complessi si descrivono di seguito due ambiti di progettualità che riguardano i pazienti complessi-fragili per i quali è richiesto un approccio multi disciplinare e multiprofessionale, standardizzato e condiviso, che saranno sviluppati e consolidati nei prossimi anni.

3.3.7.2 Presa in carico paziente con disturbo mentale compensato, affetto da patologie organiche

Alcuni disturbi psichici possono determinare un progressivo deterioramento funzionale, cognitivo e sociale che facilmente può comportare l'inosservanza di corretti stili di vita, la scarsa cura di sé, la mancata esecuzione dei controlli preventivi e diagnostici per patologie organiche.

Un ulteriore problema è quello del monitoraggio dei possibili Effetti Collaterali (EC) dei trattamenti farmacologici impiegati per la cura delle patologie psichiatriche e della loro gestione. Spesso le ricadute che aggravano il progressivo deterioramento legato ad alcuni disturbi psichici, sono dovute a scarsa aderenza alle prescrizioni anche a causa degli inevitabili EC delle terapie assunte.



Per la gestione di alcuni EC (alterazione del metabolismo glicidico o lipidico, effetti cardiovascolari, impatto sul peso corporeo, sulla funzionalità ematica e sessuale) è necessario un intervento specialistico multidisciplinare e l'esecuzione periodica di esami ematochimici e strumentali.

L'avvio dell'attività delle CdC, l'integrazione con i CPS insistenti sugli stessi Distretti e la recente revisione del concetto di presa in carico della cronicità possono rappresentare un'importante occasione per consentire un'efficace presa in carico dei problemi emergenti di salute somatica dei pazienti con disturbi mentali. Il percorso così definito avrà come principali obiettivi:

- Ottimizzare il percorso di cura dei pazienti con disturbi mentali cronici compensati, afferenti ai CPS dei Distretti 5 6 7, che hanno stili di vita disfunzionali e scarsa attenzione alla propria salute
- Favorire l'adesione a percorsi diagnostici per monitorare la patologia cronica
- Ridurre il rischio di ricadute e ospedalizzazione
- Ridurre accessi impropri al Pronto Soccorso.

In fase di avvio del progetto sarà fondamentale prevedere momenti di raccordo e condivisione a livello distrettuale con le diverse figure coinvolte nel progetto: Direttore di Distretto, Coordinatore infermieristico delle CdC, Responsabili dei CPS, Referenti di AFT, Referenti di Branca di Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) per definire strumenti operativi e procedure sottese a questa attività.

A tale percorso potranno accedere:

- Pazienti over 18
- Pazienti con quesito diagnostico su patologia cronica di recente insorgenza che richieda un percorso specialistico che, per le sue condizioni psicopatologiche, non sarebbe in grado di seguire senza un forte sostegno e accompagnamento al percorso stesso.
- Pazienti con le medesime caratteristiche psicopatologiche di cui sopra affetti da patologia cronica nota sino ad ora insufficientemente trattata per scarsa compliance.

Resta inteso che l'invio in CdC per il monitoraggio delle patologie croniche sopradescritte non configura una sospensione della presa in carico del paziente da parte del CPS, che continua ad erogare anche l'assistenza domiciliare relativa ai bisogni di natura psichiatrica comprensiva del monitoraggio e somministrazione della terapia, eventuale misurazione dei parametri vitali, ma può configurarsi come un lavoro di integrazione tra professionisti coagulato intorno alle necessità del paziente.

Sarà invece in capo ai PUA delle CdC la valutazione e gestione di eventuali bisogni di assistenza domiciliare per prestazioni infermieristiche quali: medicazioni semplici, posizionamento/sostituzione e controllo catetere vescicale, somministrazione di terapie muscolari e infusionali ecc.



Si rimanda alla scheda di intervento “Area Tematica” (AT)7: **PAZIENTI COMPLESSI CON DISTURBO MENTALE.**

3.3.7.3 Presa in carico precoce dei disturbi del neurosviluppo

Progetto Follow-up del neurosviluppo

In accordo con le linee guida internazionali e con i dati descritti in letteratura circa l'efficacia della precocità d'intervento negli ambiti di disturbi del neurosviluppo e della necessità quindi di orientare le risorse dei servizi dedicati in tale direzione, si propone avviare c/o ambulatorio Nucleo Funzionale Autismo (NFA) sovrazonale un progetto sperimentale che consiste in visite Neuropsichiatriche Infantili di follow up del neurosviluppo stabilite ai 12-18-24 mesi di vita, dietro invio del pediatra, per bambini di competenza territoriale.

In accordo con le famiglie possono essere previsti tre follow up successivi ai 36, 48 e 60 mesi di età cronologica del bambino, di quadri clinici diagnosticati o per i quali sono stati osservati segni di rischio evolutivo a quadro di disturbo del neurosviluppo.

Obiettivo è effettuare un'osservazione e monitoraggio delle fasi precoci di sviluppo, al fine di intercettare in epoca precoce fattori di rischio per evoluzione a possibili quadri di disturbo del neurosviluppo ed indirizzarli a percorsi terapeutici abilitativi finalizzati alla modificazione della traiettoria evolutiva verso compensazione o comunque riduzione degli aspetti disfunzionali.

In un'ottica prospettica, l'avvio di interventi abilitativi precoci a supporto del neurosviluppo, si auspica consentano un'evoluzione favorevole dei quadri che, intercettati in epoca successiva, avrebbero maggior probabilità di configurare disturbi del neurosviluppo ed a più alto livello di compromissione. Si agirebbe pertanto nel senso di una riduzione dei casi che accedono ai servizi diagnostici e terapeutici in epoca più tardiva, con rischio quindi di complessità più elevata a cui corrisponderebbe una necessità tempestiva di interventi specializzati ed intensivi la cui saturazione ad oggi è nota.

Il follow up consisterebbe nella raccolta di informazioni circa lo sviluppo e accrescimento del bambino, valutazione dell'obiettività neurologica ed osservazione strutturata del profilo di sviluppo rispetto competenze di adattamento, socio relazionali e motorie, in presenza del caregiver.

Nella valutazione sono coinvolti il neuropsichiatra, un educatore professionale e uno psicologo.

Dedicati due sportelli ambulatoriali settimanali a cui il genitore può accedere dietro indicazione del pediatra mediante e-mail, prenotando quindi la visita di follow up dei 12 mesi (con margine di +-4 mesi). In prima visita viene direttamente fissato il controllo successivo ai 18 mesi (+- 4 mesi), e quindi ai 24 mesi (+- 4 mesi).

Il follow up del neurosviluppo, che si ambisce possa diventare di prassi per tutta la popolazione pediatrica, prevederebbe quindi 3 momenti valutativi:



- 12 mesi: anamnesi con il genitore, osservazione comportamentale diretta del bambino, somministrazione protocollo Griffith 0-2 aa, e valutazione secondo checklist livello 1-2 dell' Early Start Denver Model (ESDM) per gli aspetti comunicativo relazionali.

Qualora in prima valutazione emergessero fragilità, in base a quanto osservato potranno essere condivisi stimoli, strategie, volti a sollecitare gli aspetti attenzionati. Per tutti programmata la seconda visita di follow up ai 18 mesi.

- 18 mesi: raccordo anamnestico, osservazione comportamentale diretta, valutazione secondo checklist livello 1-2 dell'ESDM. In base al profilo osservato, indirizzamento o a percorsi diagnostici specialistici (possibile già dai 12 mesi per situazioni conclamate), o a percorsi abilitativi la cui specificità viene suggerita sulla base dell'entità e tipologia dello screezio evolutivo descritto nel periodo di sviluppo osservato. Quindi rivalutazione ai 24 mesi.

Per coloro che avviano il follow up ai 18 mesi, viene comunque programmata valutazione dello sviluppo mediante somministrazione protocollo Griffith, generalmente non prevista in secondo follow up per coloro che hanno avviato l'iter dai 12 mesi.

- Ai 24 mesi: raccordo anamnestico, osservazione comportamentale diretta, somministrazione protocollo Griffith 0-2aa, valutazione competenze sociocomunicative secondo checklist livello 1-2 dell'ESDM. Quindi invio ai servizi di competenza per approfondimenti diagnostici, per presa in carico abilitativa e territoriale e attivazione supporti, se necessario.

Per tutti i bambini per i quali ai 24 mesi viene descritto o posto sospetto per quadro di disturbo dello spettro autistico, si propone programmazione follow up successivo a discrezione della famiglia (e pediatra curante), tramite e-mail di richiesta inviata all'ambulatorio follow up, ai 36 48 e 60 mesi di vita del bambino.

Per situazioni già in carico ad altro servizio al momento dell'età prevista per il follow up, lo stesso potrà essere richiesto o annullato a discrezione della famiglia, specialista referente della presa in carico del bambino e medico curante.

Ai follow up dei 36, 48 e 60 mesi si propone raccordo anamnestico, test ADOS2.

Nel triennio della durata di progetto si attende un incremento del numero di accessi entro i 24 mesi a fronte di età minima attuale di primo accesso c/o ambulatori specialistici di Neuropsichiatria Infantile (NPI) dedicati a disturbi del neurosviluppo pari o superiore ai 24 mesi, e incremento dei percorsi abilitativi avviati entro i 24 mesi per i casi segnalati come meritevoli nel corso del progetto follow up.

Per i profili inquadrabili di disturbo di spettro autistico, indirizzati precocemente grazie al progetto follow up ad interventi mirati, ci si attende verificare un'evoluzione favorevole dei profili di funzionamento ai 36-48-60 mesi, mediante utilizzo di strumenti standardizzati (ex test ADOS).



Parallelamente si attende riscontro ai 3 aa di una modificazione degli accessi ai servizi UONPIA territoriali, per tempi d'attesa e tipologie di richieste, in senso favorevole all'avvio della presa in carico territoriale per gli aspetti di competenza.

Si rimanda alla scheda di intervento "Area Tematica" (AT)7: **PROGETTO FOLLOW-UP DEL NEUROSVILUPPO.**

3.3.7.4 Disagio Giovanile

L'Ambulatorio del Centro Giovani Ponti si rivolge a ragazzi di 16-25 anni tramite accessi spontanei o invii da servizi sociali e sanitari. Offre interventi psichiatrici, psicoterapici, familiari, educativi e di supporto genitoriale, con possibilità di integrazione con servizi territoriali (CPS, UONPIA) per casi complessi. Collabora con ETS e privato sociale per garantire una rete di supporto completa.

Si rimanda alla scheda di intervento "Area Tematica" (AT)7: **DISAGIO GIOVANILE.**

3.3.7.5 Contrasto alla Violenza di Genere

L'ASST Santi Paolo e Carlo ha definito, mediante una procedura specifica, il percorso operativo da attuare per riconoscere, accogliere e indirizzare la domanda di aiuto delle donne vittime di violenza e/o maltrattamento che accedono all'ospedale, così come quella degli eventuali figli minori che abbiano assistito alla violenza subita.

Nell'ambito dell'ASST Santi Paolo e Carlo sono presenti i seguenti servizi:

1. Centro Ascolto Soccorso Donna (CASD) presso il Presidio San Carlo. Il CASD è composto da un'équipe multidisciplinare e multiprofessionale ed è il riferimento aziendale per tutte le segnalazioni di violenza o sospetta violenza. Opera in collaborazione con i servizi presenti sul territorio. L'équipe dedicata alla gestione dei casi presso il CASD svolge numerose azioni, tra cui:

- Fornire informazioni sulla rete antiviolenza territoriale;
- Attivare e affidare i casi ai servizi territoriali competenti, ove necessario.

2. Unità di Intervento Psico-Sociale (UPS) presso il Presidio San Paolo. Questo servizio prevede la disponibilità sia di consulenza psicologica sia di assistenza sociale. Anche in questo caso, il percorso prevede, tra le altre cose, di informare la donna sulla presenza di servizi territoriali specifici e avviare eventuali pratiche per il trasferimento in comunità o strutture protette, laddove necessario.

Nel prossimo triennio è prevista l'istituzione di un gruppo di lavoro multiprofessionale integrato tra le strutture ospedaliere impegnate nella tutela e nel supporto delle donne vittime di violenza e le strutture territoriali (CFI, CdC etc.). L'obiettivo è favorire una maggiore sinergia tra queste realtà, che attualmente operano in modo poco coordinato, al fine di garantire un percorso di aiuto integrato e personalizzato.



L'ASST Santi Paolo e Carlo è impegnata nella realizzazione di iniziative (come le Giornate Internazionali per l'Eliminazione della Violenza contro le Donne e l'Open Week contro la Violenza sulla Donna) che pongono al centro dell'attenzione la donna. Queste attività sono supportate dal lavoro del CASD, dei CFI, dei PUA e di altri servizi, con l'obiettivo di rispondere quotidianamente alla mission aziendale di tutelare la salute della donna in ogni suo aspetto.

3.3.7.6 Contrasto alla Grave Marginalità - Collaborazione con Emergency

Premesso che la DGR n.7758 del 28.12.2022, allegato 14, art.11, stabilisce che per gli stranieri "irregolari" l'art. 35, comma 3 del DL 25/7/98 n. 286 (Testo Unico sull'immigrazione) prevede il diritto all'accesso a cure urgenti (cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona) o comunque essenziali (prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita – complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti).

A tale proposito la ASST Santi Paolo e Carlo intende attivare delle specifiche convenzioni, attraverso la collaborazione con le Associazioni No Profit di Cooperazione, per lo sviluppo di progetti sperimentali di assistenza dal punto di vista sociosanitario e contestuale abbattimento delle barriere linguistiche.

Tale percorso, in estrema sintesi, prevede all'interno dei due PS dei presidi ospedalieri San Paolo e San Carlo, la creazione di punti di accoglienza e valutazione degli accessi non urgenti al PS, con l'obiettivo di ridurre il sovraccarico dei servizi di emergenza/urgenza, evitare che le persone tornino ad accedervi per casi non urgenti e con il conseguente re-indirizzamento degli utenti verso le strutture adatte al corretto percorso di cura: CdC, poliambulatori e servizi dedicati della ASST.

Parallelamente, all'interno degli ambulatori sociosanitari di Via Odazio e P.zza Selinunte, partirà un nuovo progetto che si sostanzia nella presa in carico integrata e multidisciplinare delle esigenze sociosanitarie di base per tutte le persone italiane e straniere, provenienti anche dai PS, indipendentemente dal loro status amministrativo con il supporto della stessa associazione.

L'obiettivo primario è quello di una presa in carico multidisciplinare, individualizzata e integrale per quei pazienti con difficoltà di accesso al SSN, collaborando per trovare strategie atte a rimuovere le barriere all'accesso alle cure causate, in primis, dallo status amministrativo ma anche dalla vulnerabilità sociale ed educativa (persone regolarmente iscritte o iscrivibili al SSN, italiane e straniere, irregolari, comunitarie senza requisiti per iscrizione al SSR/SSN).

Questi due progetti hanno lo scopo di garantire, attraverso un monitoraggio costanti di alcuni indicatori, l'integrazione dei servizi sanitari, sociali e amministrativi rivolti a stranieri e residenti, all'interno di un'unica struttura di prossimità, dove il bisogno di sociosanitario si manifesta.



4. Monitoraggio del Piano e rendicontazione

Il PPT ha durata triennale ma gli esiti intermedi delle azioni intraprese devono essere valutati annualmente. Oltre ai monitoraggi operativi interni, si produrrà una relazione annuale delle progettualità e dei servizi attivati secondo lo schema seguente, da inviare ad ATS entro il 28/2 dell'anno successivo a quello a cui si riferisce il monitoraggio.

TABELLA 37 - RENDICONTAZIONE DEGLI INTERVENTI

	Distretto 5
Progetto	SVILUPPO DI SOLUZIONI PER L'ASSENZA DI CASA DI COMUNITÀ NEL DISTRETTO 5
Indicatore e esito atteso	Evidenza di un progressivo incremento nelle prese in carico (n.CA, n.PSD e n. ADI attivate), in relazione alla riorganizzazione dei servizi
Esito misurato anno 2025-2027	Annuale
Eventuali azioni correttive che si intendono implementare	Adeguamento delle azioni previste in funzione dell'andamento della progettualità

AT1	Distretto 5,6,7
Progetto	RAFFORZAMENTO EQUIPE UVM MULTIDISCIPLINARE
Indicatore e esito atteso	N° valutazioni effettuate con presenza di figura specialistica/MMG/PLS/Psicologo/n° di valutazioni effettuate. Risultato atteso: ≥ e1
Esito misurato anno 2025-2027	Annuale
Eventuali azioni correttive che si intendono implementare	Adeguamento delle azioni previste in funzione dell'andamento della progettualità

AT2	Distretto 5,6,7		
Progetto	DIMISSIONE PROTETTA AL DOMICILIO DI PAZIENTE RICOVERATO	PROCEDURA OPERATIVA AVVIO OSPEDALE DI COMUNITÀ ASST Santi Paolo e Carlo	PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON CODICI MINORI DIMESSI DA PS
Indicatore ed esito atteso	1.N° valutazioni/Tot. pazienti ricoverati 2.Segnalazioni effettuate al MMG da parte della COT per paziente con attivazione percorsi/numero di valutazioni effettuate in fase di dimissione ospedaliera con attivazione percorsi sociosanitari Risultato atteso >50%	Stesura procedura modalità operativa OdC.	1.N° di prese in carico 2.Tempi di attesa in PS codici minori 3.N° accessi ripetuti



Esito misurato anno 2025-2027	Annuale	Triennale	Annuale
Eventuali azioni correttive che si intendono implementare	Adeguamento delle azioni previste in funzione dell'andamento della progettualità.		

AT3	Distretto 5,6,7		
Progetto	CURE DOMICILIARI		
Indicatore e esito atteso	N° attivazioni presa in carico/N° richieste pervenute Risultato atteso=100%		
Esito misurato anno 2025-2027	Annuale		
Eventuali azioni correttive che si intendono implementare	Adeguamento delle azioni previste in funzione dell'andamento della progettualità		

AT4	Distretto 5,6,7		
Progetto	PSICOLOGIA DELLE CURE PRIMARIE		
Indicatore e esito atteso	Attivazione del servizio in almeno 1 CdC con definizione di procedura		
Esito misurato anno 2025-2027	Annuale		
Eventuali azioni correttive che si intendono implementare	Adeguamento delle azioni previste in funzione dell'andamento della progettualità		

AT5	Distretto 5,6,7		
Progetto	SCREENING Interventi per migliorare tassi di adesione agli screening	WORKPLACE HEALTH PROMOTION (WHP) Applicazione di buone pratiche di salute nelle aree descritte dal progetto WHP (ad es. alimentazione, attività fisica, contrasto al fumo, contrasto a comportamenti additivi).	LABORATORIO PERMANENTE PER LA PROMOZIONE DELLA ATTIVITÀ FISICA E DEL MOVIMENTO Istituzione del laboratorio della ASST Santi Paolo e Carlo (Delibera 1111 del 26.6.24).
Indicatore e esito atteso	1.Percentuale di donne 45-74 anni che hanno effettuato una mammografia 2.Percentuale di assistiti 50-74 anni che hanno effettuato ricerca del sangue occulto nelle feci 3.Percentuale di donne 25-64 anni che hanno effettuato un PAP test o ricerca di HPV-DNA Risultato atteso: incremento	Almeno una buona pratica in due aree prioritarie + una buona pratica trasversale	1.Potenziamento della connessione tra il laboratorio permanente per la promozione della attività fisica e del movimento e gli Organismi Consultivi Distrettuali 2.Completamento dell'attività di mappatura dell'offerta AFA/EFA 3.Creazione di pagina web aziendale dedicata per



	della copertura rispetto al precedente valore con progressivo raggiungimento dei target.		facilitare la divulgazione delle attività del laboratorio permanente per la promozione della attività fisica e del movimento
Esito misurato anno 2025-2027	Annuale	Annuale	Annuale
Eventuali azioni correttive che si intendono implementare	Adeguamento delle azioni previste in funzione dell'andamento della progettualità		

AT5	Distretto 5,6,7			
Progetto	PROMOZIONE SALUTE E STILI DI VITA NEI CONTESTI SCOLASTICI O IN CONTESTI SPECIFICI	PRIMI MILLE GIORNI Famiglie nel periodo preconcezionale e nei primi 1000 giorni di vita	FAMIGLIE VULNERABILI Presa in carico Famiglie di minori in condizioni di vulnerabilità e supporto genitoriale	PROGETTO CONSULTORI FAMILIARI INTEGRATI – DISTURBI PSICHICI PERINATALI
Indicatore e esito atteso	1.Collaborazione nella Progettazione Scuole che promuovono salute (verbali riunioni-programmazione interventi) 2.Implementazione interventi di Peer Education e Life Skills (programmazione interventi) 3.Individuazione operatori Team emergenza e stesura procedura aziendale 4.Presenza Programmazione Progetti realizzati in contesti specifici	1.Empowerment competenze genitoriali 2.Creazione reti di supporto tra nuclei familiari 3.Calendario programmazione attività 4.Implementazione delle reti con il Comune e le Associazioni, e con i Progetti attivi sul territorio di competenza, (evidenza nella programmazione)	1.Stesura Protocollo Tutela Minori 2.Implementazione collaborazione con la rete di Servizi e Associazioni del terzo settore attive nell'area minori e famiglie	Rapidità di presa in carico: Tempo medio in giorni tra data di segnalazione da parte di uno dei servizi e data prima visita presso l'altro servizio <15gg
Esito misurato anno 2025-2027	Annuale	Annuale	Annuale	Annuale
Eventuali azioni correttive che si intendono implementare	Adeguamento delle azioni previste in funzione dell'andamento della progettualità			

AT5	Distretto 5,6,7	
Progetto	SERD TERRITORIALE INFORMAZIONE PREVENZIONE SCUOLE	SERD TERRITORIALE GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO
Indicatore e esito atteso	Attuazione dell'intervento d'informazione/prevenzione in almeno 3 istituti scolastici per ogni anno della progettualità	Attuazione di almeno tre interventi per ogni anno della progettualità



Esito misurato anno 2025-2027	Annuale	Annuale
Eventuali azioni correttive che si intendono implementare	Adeguamento delle azioni previste in funzione dell'andamento della progettualità	

AT6	Distretto 5,6,7	
Progetto	TELEMEDICINA	
Indicatore e esito atteso	Definizione delle procedure e dei protocolli per la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche: • Cardiologia • Pneumologia • Diabetologia • ADI • Altro Coinvolgimento degli interlocutori coinvolti anche tramite percorsi formativi ad hoc.	
Esito misurato anno 2025-2027	Annuale	
Eventuali azioni correttive che si intendono implementare	Adeguamento delle azioni previste in funzione dell'andamento della progettualità	

AT7	Distretto 5,6,7	
Progetto	PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI E/O FRAGILI MEDIANTE CENTRO SERVIZI/COT PER MMG NON IN COOPERATIVA	
Indicatore e esito atteso	1) partecipazione di MMG/Specialisti ai tavoli di lavoro e livello di condivisione 1.1 partecipazione media: N° presenti in media ad ogni incontro/N° MMG e Specialisti invitati 1.2 esito dei tavoli: N° PAI tipo identificati a giugno 25 e a dicembre 25 2) qualità della sperimentazione su 1 AFT 2.1 N° PAI redatti dai MMG su SGDT a giugno 25 2.2 N° PAI gestiti dal CS/COT senza difficoltà a giugno 25 2.3 Customer/valutazione del processo da parte di MMG e operatori CS/COT 3) estensione del percorso ad almeno 1 AFT per distretto 3.1 N° MMG coinvolti nella formazione su SGDT + PAI tipo/ N° MMG che afferiscono alla/e AFT coinvolta/e 3.2 N° MMG attivi su SGDT a settembre 25/N° MMG che afferiscono alle AFT coinvolte 3.3 N° PAI gestiti senza difficoltà a settembre 25 3.4 Customer/valutazione del processo da parte di MMG e operatori CS/COT 4) estensione su tutti i distretti 4.1 N° partecipanti ai Workshops di condivisione/N° di invitati 4.2 % MMG coinvolti nella formazione su SGDT + PAI tipo/ N° MMG invitati 4.3 % MMG attivi su SGDT a dicembre 25 /N° MMG che afferiscono alla ASST 4.4 N° PAI su SGDT/ n° pazienti cronici in carico a MMG 4.5 Customer/valutazione del processo da parte di MMG e operatori CS/COT	
Esito misurato anno 2025-2027	Annuale	
Eventuali azioni correttive che si intendono	Adeguamento delle azioni previste in funzione dell'andamento della progettualità	



implementare	
--------------	--

AT7	Distretto 5,6,7		
Progetto	PAZIENTI COMPLESSI CON DISTURBO MENTALE	PROGETTO FOLLOW-UP DEL NEUROSvilUPPO	DISAGIO GIOVANILE
Indicatore e esito atteso	1.Tempo medio in giorni tra data di segnalazione CPS e data prima visita del primo accesso CdC (<14 gg) 2.N. prestazioni non erogate per assenza paziente/ N. tot di prestazioni prenotate (≤30%)	1.Incremento del n. di accessi entro i 24 mesi a fronte di età minima attuale di primo accesso c/o ambulatori specialistici di NPI dedicati a disturbi del neurosviluppo pari o superiore ai 24 mesi, e incremento dei percorsi abilitativi avviati entro i 24 mesi per i casi segnalati come meritevoli nel corso del progetto follow up. 2.Per i profili inquadrabili di disturbo di spettro autistico, indirizzati precocemente grazie al progetto follow up ad interventi mirati, ci si attende verificare un'evoluzione favorevole (n. pazienti con evoluzione favorevole) dei profili di funzionamento ai 36-48-60, mediante utilizzo di strumenti standardizzati. 3.Parallelamente si attende riscontro ai 3 aa di una modificazione degli accessi ai servizi UONPIA territoriali, per tempi d'attesa (progressiva riduzione tempi di attesa) e tipologie di richieste (aumento progressivo delle prese in carico precoce), in senso favorevole all'avvio rapido della presa in carico territoriale per gli aspetti di competenza.	Attivazione di sportelli nelle CdC che facilitino i contatti con l'utenza, quindi identificazione dei bisogni, livelli di urgenza e la definizione della proposta di cura e i tempi di risposta.
Esito misurato anno 2025-2027	Annuale	Annuale/triennale	Annuale
Eventuali azioni correttive che si intendono implementar	Adeguamento delle azioni previste in funzione dell'andamento della progettualità		



5. Il processo di sviluppo e approvazione del Piano

La prima stesura del PPT avviene a cura della Direzione Sociosanitaria di ASST, di concerto con la Direzione Strategica e sentita la conferenza dei Sindaci, le Associazioni di Volontariato e del Terzo settore presenti sul territorio e le organizzazioni sindacali maggiormente significative.

L'ASST Santi Paolo e Carlo ha partecipato, tra luglio e settembre 2024, agli incontri con la Direzione Strategica di ATS, finalizzati alla condivisione delle prime stesure dei PPT; gli incontri hanno consentito di indentificare possibili sinergie progettuali tra ASST e di proporre eventuali azioni aggiuntive.

A seguito del confronto con ATS, la Direzione di ASST Santi Paolo e Carlo provvederà ad aggiornare il Piano e avviare le attività di consultazione finale che porteranno alla sottoscrizione entro il 31/12/2024.



6. Riferimenti Normativi

- Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità Ex l. 17 luglio 2020 n. 77;
- LR 22/2021;
- Legge 234/2021;
- DGR XI/6760/2022;
- DGR XI/6867/2022;
- DGR XI/6893/2022;
- DGR XI/7592/2022;
- DGR XI/7758/2022;
- DGR XII/430/2023;
- DGR XII/715/2023;
- DGR XII/717/2023;
- DGR XII/718/2023;
- DGR XII/1025/2023;
- DGR XII/1475/2023;
- DGR XII/2167/2023;
- DGR XII/1827/2024;
- DGR XII/2033/2024;
- DGR XII/2089/2024;
- DGR XII/2167/2024;
- DGR XII/2966/2024;
- DL 286/98;
- DM 120/2022;
- DM 77/2022;
- DM 256/2022;
- DM 298/2022;
- Legge Delega sulla Disabilità n. 227/2022, L.R. 25/2022;
- Legge Delega sulla Non Autosufficienza n. 33/2023
- PNRR Missione 6 (Componente 1 e Componente 2);

7. Allegati - SCHEDE INTERVENTI

1. SCHEDA INTERVENTO - Sviluppo di soluzioni per l'assenza di CdC nel Distretto 5
2. SCHEDA INTERVENTO - Rafforzamento Equipe UVM Multidisciplinare
3. SCHEDA INTERVENTO - Dimissione protetta al domicilio di paziente ricoverato
4. SCHEDA INTERVENTO - Procedura Operativa Avvio Ospedale di Comunità ASST Santi Paolo e Carlo
5. SCHEDA INTERVENTO - Presa in carico dei pazienti con codici minori dimessi da Pronto Soccorso
6. SCHEDA INTERVENTO - Cure Domiciliari
7. Protocollo integrazione tra Medici Specialisti e Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta
8. Protocollo integrazione tra IFeC, MMG, personale di studio MMG



9. Protocollo MMG, PLS, Specialisti e Ambiti Territoriali Sociali – Dimissioni Protette
10. Protocollo Coordinamento delle Attività Territoriali e integrazione tra servizi ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali e Associazionismo
11. SCHEDA INTERVENTO- Psicologia delle cure primarie
12. SCHEDA INTERVENTO - Screening
13. SCHEDA INTERVENTO - Workplace Health Promotion (WHP)
14. SCHEDA INTERVENTO - Promozione della salute e Stili di Vita nei contesti scolastici o in contesti specifici
15. SCHEDA INTERVENTO - Primi mille giorni
16. SCHEDA INTERVENTO - Famiglie vulnerabili
17. SCHEDA INTERVENTO - Progetto Consultori Familiari integrati – Disturbi psichici perinatali
18. SCHEDA INTERVENTO - SERD Territoriale informazione prevenzione scuole
19. SCHEDA INTERVENTO - SERD Territoriale Gioco d'Azzardo Patologico
20. SCHEDA INTERVENTO - Laboratorio permanente per la promozione della attività fisica e del movimento
21. SCHEDA INTERVENTO - Telemedicina
22. SCHEDA INTERVENTO - Presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili mediante centro servizi/COT per MMG non in cooperativa
23. SCHEDA INTERVENTO - Pazienti complessi con disturbo mentale
24. SCHEDA INTERVENTO - Progetto Follow-up del neurosviluppo
25. SCHEDA INTERVENTO - Disagio Giovanile

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	Protocollo Coordinamento delle Attività Territoriali Integrazione tra servizi ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali e Associazionismo	
--	---	--

Protocollo Coordinamento delle Attività Territoriali Integrazione tra servizi ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali e Associazionismo

1. FINALITÀ	1
2. AMBITO DI APPLICAZIONE	2
3. ACRONIMI	2
4. CONTESTI CHIAVE PER L'INTEGRAZIONE	3
4.1 CASE DI COMUNITÀ E PUA	4
4.2 ORGANISMI CONSULTIVI DISTRETTUALI	5
4.3 PROTOCOLLO ATS-COMUNE-ASST PER L'ATTUAZIONE DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA NEI DISTRETTI SOCIOSANITARI E NELLE STRUTTURE TERRITORIALI PREVISTE DAL D.M. 77/2022	7
4.4 PARTECIPAZIONE A TAVOLI/GRUPPI DI LAVORO	8
4.4.1 Tavolo Territoriale per le Politiche Sociali Municipio 5	8
4.4.2 Laboratorio permanente per la promozione dell'attività fisica e del movimento	9
4.4.3 Progettualità specifiche e integrate in contesti di emarginazione	10
4.5 GIORNATE APERTE PER LA PREVENZIONE E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE	11
4.6 ATTIVITÀ DI VACCINAZIONE	12
4.7 SERVIZI SERD E DEI CONSULTORI FAMILIARI	13
4.8 Area Salute Mentale e Dipendenze	14
5. AZIONI PER LO SVILUPPO E IL CONSOLIDAMENTO DELL'INTEGRAZIONE	15

1. FINALITÀ

Il presente protocollo ha l'obiettivo di definire un quadro di riferimento per l'integrazione tra i diversi servizi che operano nel territorio, con particolare riferimento ai servizi dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST), ai Medici di Medicina Generale (MMG), ai Pediatri di Libera Scelta (PLS), agli Ambiti Territoriali Sociali, alle Associazioni di Volontariato e agli Enti del Terzo Settore (ETS). L'integrazione tra i servizi è fondamentale per garantire una presa in carico globale e personalizzata dei cittadini.

L'ASST Santi Paolo e Carlo si articola sul territorio in tre Distretti corrispondenti ai Municipi 5, 6 e 7 di Milano.

I tre Distretti rappresentano il punto organizzativo funzionale dedicato alla continuità assistenziale e all'integrazione dei servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e sociosanitari.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	Protocollo Coordinamento delle Attività Territoriali Integrazione tra servizi ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali e Associazionismo	
--	---	--

Le relazioni con le organizzazioni di volontariato e con il Terzo Settore sono considerate fondamentali per:

- Promuovere la partecipazione e la valorizzazione del volontariato: le organizzazioni del Terzo Settore apportano un valore aggiunto all'offerta sanitaria e sociale, favorendo la coesione sociale e il sostegno ai cittadini più fragili.
- Sperimentare nuove forme di assistenza: la collaborazione con il Terzo Settore permette di sperimentare modelli innovativi di assistenza e di cura, rispondendo alle esigenze specifiche del territorio.
- Integrare i servizi: le diverse realtà del Terzo Settore possono collaborare con l'ASST per integrare i servizi e creare percorsi assistenziali personalizzati per i cittadini.

Le organizzazioni di volontariato e del Terzo settore non devono essere comunque sostitutive dei servizi sociosanitari.

I Distretti della ASST Santi Paolo e Carlo si avvalgono di interrelazioni funzionali con Dipartimenti, Strutture Complesse (SC) e Strutture Semplici (SS), in particolare con quelle di seguito indicate:

- Dipartimento del recupero funzionale e fragilità (SSD ADI, Terapia del Dolore e Cure Palliative)
- SC Direzione Funzioni Territoriali
- Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie (DAPSS)
- Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze
- SC Vaccinazioni e Malattie Infettive
- SC Medicina Legale
- SC Area Accoglienza e CUP
- SS Coordinamento attività consultoriale

2. AMBITO DI APPLICAZIONE

Il presente protocollo si applica a tutti i servizi sanitari e sociosanitari, sia ospedalieri che territoriali, dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano. Inoltre, si estende agli enti esterni coinvolti nella governance, nella presa in carico diretta degli utenti e, più in generale, nell'erogazione di servizi sociosanitari territoriali, come i MMG e i PLS, includendo la gestione dell'integrazione con gli Ambiti Territoriali Sociali, le Associazioni e gli Enti del Terzo Settore (ETS).

3. ACRONIMI

ADI: Assistenza Domiciliare Integrata

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	Protocollo Coordinamento delle Attività Territoriali Integrazione tra servizi ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali e Associazionismo	
--	---	--

AFA:	Attività Fisica Adattata
AFT:	Aggregazione Funzionale Territoriale
ASST:	Azienda Socio-Sanitaria Territoriale
ATS:	Agenzia Tutela della Salute
CAV:	Centro Antiviolenza
CdC:	Casa di Comunità
CFI:	Consultorio Familiare Integrato
CPS:	Centro Psico Sociale
CUP:	Centro Unico di Prenotazione
DAPSS:	Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie
EFA:	Esercizio Fisico Adattato
IFeC:	Infermiere di Famiglia e di Comunità
MMG:	Medico Medicina Generali
MS:	Medico Specialista
NPIA:	Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza
OCD:	Organismo Consultivo Distrettuale
OSS:	Operatore Socio-Sanitario
PIL:	Piano Integrato Locale
PLS:	Pediatra di Libera Scelta
PUA:	Punto unico di accesso
SC:	Struttura Complessa
SerD:	Servizio per le Dipendenze
SS:	Struttura Semplice
SSD:	Struttura Semplice Dipartimentale
UONPIA:	Unità operativa di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza

4. CONTESTI CHIAVE PER L'INTEGRAZIONE

I MMG, i PLS, gli Ambiti Territoriali Sociali e le Associazioni collaborano con l'ASST per garantire un'integrazione efficace attraverso contesti chiave quali:

- Casa di Comunità (CdC) e Punto Unico Assistenza (PUA)
- Organismi Consultivi Distrettuali (OCD)

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	Protocollo Coordinamento delle Attività Territoriali Integrazione tra servizi ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali e Associazionismo	
--	---	--

- Protocollo Comune, ATS e ASST per la “Gestione dei casi complessi”
- Partecipazione a tavoli/gruppi di lavoro (Tavolo Sociale Territoriale Municipio 5, Laboratorio Promozione attività fisica e movimento)
- Giornate aperte per la prevenzione e la promozione della salute
- Attività di vaccinazione
- Consultori Familiari Integrati (CFI)
- Salute mentale e dipendenze

4.1 CASE DI COMUNITÀ E PUA

Presso la ASST Santi Paolo e Carlo al momento sono attive:

- Tre CdC sul Distretto 7 e collocate in: Via Masaniello n.23, Via Monreale n.13 e Via Stromboli n.17
- Due CdC sul Distretto 6 collocate in Piazzale Bande Nere n. 3 e in Via Gola n. 22.

Sul Distretto 5 non sono ancora attive CdC e i residenti usufruiscono dei servizi della limitrofa CdC di via Gola. I miglioramenti e gli sviluppi previsti per il Distretto 5, mirati a colmare le carenze esistenti e ad arricchire l'offerta di servizi, sono dettagliati Scheda di Intervento “SVILUPPO DI SOLUZIONI PER L'ASSENZA DI CASA DI COMUNITÀ (CdC) NEL DISTRETTO 5”.

La CdC rappresenta la sede di prossimità in cui avviene l'integrazione delle 4 macroaree che la compongono, di seguito riportate:

A. Area di integrazione con i servizi sociali e con la comunità - Area di accesso – PUA

Il PUA è la sede dell'integrazione dei servizi sanitari e sociosanitari con quelli socioassistenziali dei comuni e degli ambiti sociali.

Si rimanda alla procedura “Accoglienza, analisi e soddisfazione del bisogno dell'utente nelle Case Di Comunità” (AST_DSS_412_Ed00) per conoscere l'iter di accompagnamento del cittadino utente.

Presso il PUA delle CdC della ASST Santi Paolo e Carlo sono presenti:

- Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)
- Assistente Sociale dell'ASST, che raccorda la propria attività con gli assistenti sociali di riferimento per l'ambito sociale territoriale
- Personale amministrativo/ Operatore Socio-Sanitario (OSS.)

È prevista la progressiva introduzione degli assistenti sociali comunali.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	Protocollo Coordinamento delle Attività Territoriali Integrazione tra servizi ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali e Associazionismo	
--	---	--

Il servizio coinvolge inoltre altri professionisti, tra cui MMG, volontari e altre figure specializzate, a seconda delle necessità. La stretta collaborazione con il MMG dell'assistito e con i servizi sociali è essenziale per garantire una presa in carico completa e integrata delle esigenze degli utenti.

Per la gestione dei casi complessi si rimanda allo specifico protocollo riportato al Paragrafo 4.3.

Gli operatori del PUA possono attivare il Terzo Settore che opera nell'ambito della CdC, identificato a seguito di mappatura delle associazioni presenti, delle progettualità sviluppate e dei tavoli/organismi attivati e presenti sul territorio.

Presso le CdC sono identificati o resi disponibili all'occorrenza spazi in cui operano gli enti coinvolti:

- CdC Via Gola: sala polivalente situata al piano terra (un'altra sala sarà disponibile, a fine lavori, al piano V);
- CdC P.le Bande Nere: sala riunioni (stanza 205) situata al secondo piano, ala destra;
- CdC Via Stromboli: sala riunioni situata al piano terra;
- CdC Via Masaniello: sala polivalente situata al primo piano;

Questi spazi sono destinati a supportare le attività degli enti coinvolti, offrendo luoghi idonei per riunioni, eventi e altre attività associative e comunitarie.

B. Area dell'assistenza primaria

Si avvale di MMG/PLS, Continuità Assistenziale, ADI, IFeC.

Per l'Area di Assistenza Primaria si rimanda ai protocolli specifici.

C. Area specialistica ambulatoriale/diagnostica di base

Si avvale di Medici Specialisti (MS) sia dipendenti che convenzionati.

Per l'Area specialistica ambulatoriale/diagnostica di base si rimanda ai protocolli specifici.

D. Area della prevenzione e promozione della salute

Le attività di promozione della salute, previste nel Piano Integrato Locale (PIL), sono integrate nell'ambito dei servizi offerti dalla CdC. Queste attività sono descritte nella scheda di rilevazione, che identifica per l'ASST Santi Paolo e Carlo gli obiettivi specifici e il referente designato per ciascuna azione. Inoltre, vengono sviluppate progettualità mirate per rispondere ai bisogni del territorio.

4.2 ORGANISMI CONSULTIVI DISTRETTUALI

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	Protocollo Coordinamento delle Attività Territoriali Integrazione tra servizi ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali e Associazionismo	
--	---	--

L'istituzione dell'OCD assume particolare importanza nella gestione integrata dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Per la descrizione dell'Organismo Consultivo Distrettuale si rimanda a:

- Delibera n.95 del 31/01/2024 “ADOZIONE DEL REGOLAMENTO DI GOVERNANCE DELLE ATTIVITA' TERRITORIALI DELLA ASST SANTI PAOLO E CARLO”
- Delibera n. 96 del 31/01/2024 “INTEGRAZIONE DELIBERA N. 2750 DEL 23.11.2023. SPECIFICAZIONE DEI COMPONENTI DELL'ORGANISMO CONSULTIVO DISTRETTUALE DEI DISTRETTI DEI MUNICIPI 5, 6 E 7”.

Funzioni dell'OCD:

- Consulenza: fornire pareri e suggerimenti ai direttori dei distretti su programmazione, erogazione e monitoraggio dei servizi;
- Conoscenza: analizzare i bisogni di salute della popolazione e il sistema di offerta esistente;
- Comunicazione: facilitare il dialogo tra i diversi attori del territorio;
- Pianificazione: contribuire alla programmazione di percorsi condivisi, alla loro erogazione e monitoraggio per rispondere ai bisogni di famiglie e cittadini nel territorio di competenza.

Composizione dell'OCD:

- Direttore del Distretto (Presidente);
- Referenti delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT): un coordinatore per ogni AFT;
- Referenti degli ambiti sociali/uffici di piano (un Responsabile dell'Ufficio di Piano per ciascun Ambito Territoriale Sociale afferente al Distretto);
- Rappresentanti delle associazioni di volontariato/ETS (due rappresentanti individuati dalle associazioni operanti nel Distretto);
- Referenti ASST (un referente per ciascuna struttura: Gestione operativa - next generation EU, Direzione medica di presidio ospedaliero, DAPSS).

Funzionamento dell'OCD:

- L'OCD si riunisce almeno ogni quadrimestre su convocazione del Presidente;
- È prevista la partecipazione alle sedute dei Presidenti dei Municipi 5, 6 e 7 in qualità di uditori;
- Alle riunioni partecipa anche il Direttore Sociosanitario qualora ritenuto necessario;
- I rappresentanti delle associazioni vengono individuati sulla base di accordi tra le stesse;
- Il Direttore del Distretto ha anche la facoltà di invitare alle riunioni dell'organismo consultivo altri soggetti in relazione ai temi trattati.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	Protocollo Coordinamento delle Attività Territoriali Integrazione tra servizi ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali e Associazionismo	
--	---	--

4.3 PROTOCOLLO ATS-COMUNE-ASST PER L'ATTUAZIONE DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA NEI DISTRETTI SOCIO SANITARI E NELLE STRUTTURE TERRITORIALI PREVISTE DAL D.M. 77/2022

Al fine di perseguire l'integrazione dei servizi sociosanitari e sociali nei Distretti Sociosanitari e nelle Strutture Territoriali previste dal DM 77/2022, è stato siglato un Protocollo di Intesa tra ATS Milano, ASST del territorio di Milano (ASST FBF Sacco; ASST GOM Niguarda e ASST Santi Paolo e Carlo) e Comune di Milano (Delibera n.3126 del 20/12/2023).

Il monitoraggio dell'attività del protocollo è affidato ad ATS Milano, che convoca periodicamente i referenti per i rapporti tra le parti individuati da ciascun Ente.

Obiettivi specifici:

- condivisione di informazioni relative ai servizi sociali e sociosanitari (destinatari, orari, requisiti di accesso, contatti per utente e per professionista);
- adozione di uno schema di interazioni tra i professionisti dei Distretti di ASST e i professionisti dei servizi sociali di accesso e dei servizi sociali territoriali operanti nei Municipi del Comune di Milano che preveda la condivisione di scale di valutazione e l'implementazione di diverse azioni a seconda della complessità del bisogno dell'utente, nel rispetto dei vincoli imposti dalla normativa sulla privacy riguardo il trasferimento di informazioni tra gli enti coinvolti.

Attività congiunte:

- a. utilizzo e aggiornamento di un repository informativo contenente informazioni relative ai servizi sociali e sociosanitari (destinatari, orari, requisiti di accesso, contatti per utente e per professionista);
- b. adozione di scale di valutazione del bisogno sociale condivise che consentono di classificare il bisogno dell'utente tra "semplice" e "complesso";
- c. implementazione dello schema di interazioni tra i professionisti dei Distretti di ASST e professionisti dei Servizi Sociali di accesso e dei servizi sociali territoriali per la gestione dei casi semplici e complessi;
- d. calendarizzazione, almeno bimensile, di incontri congiunti tra operatori del Distretto di ASST e dei servizi sociali territoriali di ogni Municipio per la discussione dei casi con bisogno sociale/sociosanitario complesso, con possibilità di variare la frequenza degli incontri a seconda della numerosità dei casi da trattare;
- e. monitoraggio delle attività sopradescritte ai fini della valutazione e dell'introduzione di azioni correttive e di miglioramento.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	Protocollo Coordinamento delle Attività Territoriali Integrazione tra servizi ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali e Associazionismo	
--	---	--

In relazione al punto d) per la ASST Santi Paolo e Carlo sono calendarizzati gli incontri periodici (quindicinali) presso:

- Via Tibaldi – sede municipio (Distretto 5)
- CdC Bande Nere (Distretto 6)

CdC Masaniello/Via Anselmo da Baggio – sede municipio (Distretto 7), con la partecipazione di Assistenti Sanitari area fragilità, Assistenti sociali e IFeC della ASST (referenti per il caso o della CdC di riferimento – per D5 via Gola) e Assistente Sociale referente per il municipio di riferimento per il territorio.

4.4 PARTECIPAZIONE A TAVOLI/GRUPPI DI LAVORO

4.4.1 Tavolo Territoriale per le Politiche Sociali Municipio 5

Il Tavolo Territoriale per le Politiche Sociali del Municipio 5 rappresenta un'importante esperienza di partecipazione e co-progettazione nel panorama locale. Si configura come un luogo di confronto e collaborazione tra diverse realtà del territorio, con l'obiettivo di costruire e realizzare politiche sociali inclusive e rispondenti ai bisogni reali della cittadinanza.

Al Tavolo è prevista la partecipazione di:

- Organizzazioni no profit (imprese sociali e volontariato)
- Referenti del Municipio 5 (maggioranza ed opposizione)
- Referenti di uffici/settori del Comune di Milano
- ATS Milano
- Referenti ASST (Direzione Distretto, Consultorio Familiare, Area Dipendenze)
- Altri ospiti.

Gli obiettivi del Tavolo sono:

- Migliorare la lettura dei bisogni del territorio fatta dalle istituzioni, grazie all'apporto sinergico di chi lavora sul campo;
- Stimolare il Terzo e Quarto settore a mettere a disposizione in maniera trasparente conoscenze e risorse per il bene del territorio;
- Creare una dimensione di reale collaborazione tra pubblico e privato;
- Avvicinare gli operatori di Terzo e Quarto settore alle istituzioni zonali e cittadine;
- Favorire il coordinamento anziché la competizione tra soggetti del Tavolo Sociale;
- Progettare e realizzare risposte ai bisogni del territorio attraverso progetti “di sistema” capaci di ottimizzare e razionalizzare le risorse territoriali.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	Protocollo Coordinamento delle Attività Territoriali Integrazione tra servizi ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali e Associazionismo	
--	---	--

Gli incontri sono strutturati in due modalità principali: Incontri Plenari e Gruppi di Lavoro Tematici, con frequenza ogni 30-40 giorni e partecipazione su base volontaria.

I gruppi di lavoro tematici sono i seguenti:

- Tavolo bambini e adolescenti
- Tavolo disabilità (bambini e adolescenti con disabilità)
- Tavolo anziani
- Tavolo Povertà
- Tavolo Salute mentale
- Tavolo contro la Violenza sulle donne
- Tavolo per il Lavoro
- Tavolo Dipendenze

Nell'ambito del Tavolo Territoriale delle Politiche Sociali del Municipio 5 l'ASST Santi Paolo e Carlo:

- Assicura una presenza costante e attiva, contribuendo al dibattito e alla elaborazione di proposte concrete;
- Illustra ai membri dei Tavoli le caratteristiche, i requisiti di accesso e le modalità di fruizione dei propri servizi permettendo di individuare possibili connessioni e complementarità con gli interventi realizzati a livello municipale, favorendo una maggiore integrazione e una presa in carico globale dei cittadini;
- Raccoglie feedback e suggerimenti dai Tavoli, per migliorare la qualità dei propri servizi e renderli maggiormente rispondenti alle esigenze del territorio.

4.4.2 Laboratorio permanente per la promozione dell'attività fisica e del movimento

I Laboratori Permanenti per la Promozione del Movimento e dell'Attività Fisica rappresentano uno strumento innovativo per favorire la diffusione di stili di vita attivi e sani, adottando, a tal fine, iniziative e strumenti anche di tipo intersettoriale e multidisciplinare.

Il Laboratorio prevede la seguente struttura:

1. Una cabina di regia con titolarità in capo ad ATS
2. Un laboratorio ASST con coinvolgimento di: ATS (prevenzione e promozione della salute, epidemiologia), Dipartimento funzionale di prevenzione delle ASST, Distretti, CdC, Enti Locali, Reti d'ambito territoriale Scuole, Associazioni sportive, Terzo Settore/Associazionismo, Mondo universitario, MMG/PLS.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	Protocollo Coordinamento delle Attività Territoriali Integrazione tra servizi ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali e Associazionismo	
--	---	--

Il Laboratorio per la Promozione di Attività Fisica e Movimento della ASST Santi Paolo e Carlo è stato costituito con delibera n.1111 del 26/06/2024.

Gli obiettivi principali dei Laboratori Permanenti per la Promozione del Movimento e dell'Attività Fisica sono:

- promuovere e sistematizzare i programmi regionali di attività fisica (come pedibus, gruppi di cammino, palestre della salute, AFA/EFA)
- rafforzare le reti territoriali esistenti
- sviluppare interventi sostenibili e appropriati
- favorire l'accesso della popolazione a queste iniziative
- migliorare l'alfabetizzazione sulla salute (health literacy)
- promuovere le competenze dei professionisti della salute
- creare collaborazioni tra i diversi stakeholders

Tra le altre attività il laboratorio effettua un censimento georeferenziato dell'offerta di Attività Fisica Adattata (AFA) rivolta alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani).

Per ulteriori dettagli si rimanda alle Scheda di Intervento "LABORATORIO PERMANENTE PER LA PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA E DEL MOVIMENTO".

4.4.3 Progettualità specifiche e integrate in contesti di emarginazione

A. Progetto Sette/Quarti

Il Progetto Sette/Quarti ha lo scopo di promuovere e coordinare azioni e interventi rivolti alla popolazione del quartiere di Via Quarti (Municipio 7).

Gli aspetti salienti del Progetto sono:

- *Enti coinvolti:* ASST Santi Paolo e Carlo, ATS Milano, Municipio 7 e Organizzazioni che operano in Via Quarti per il cosiddetto Ponte salute (Parrocchia, Medici Volontari Italiani, Cooperativa Equa, Comunità Progetto, Farsi Prossimo)
- *Territorio individuato:* cittadinanza con disagio, degrado, povertà socio-economica, illegalità, emarginazione, solitudine e che fatica ad accedere ai servizi
- *Obiettivi:*

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	Protocollo Coordinamento delle Attività Territoriali Integrazione tra servizi ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali e Associazionismo	
--	---	--

- porre all'attenzione dei servizi di base forniti dall'ASST, del Municipio, del Terzo Settore e del Volontariato Sociale, in accordo con il Direttore di Distretto e in collaborazione con ATS Milano, i bisogni della popolazione;
 - promuovere un'opera di sensibilizzazione e informazione in modo particolare rivolta a due target:
 - prima infanzia, quindi donne in gravidanza, giovani mamme e padri sulle tematiche di cura dei figli di quell'età (accesso ai servizi, vaccinazioni, prevenzione malattie, alimentazione, ecc.);
 - persone anziane (informazione sui servizi, misure di prevenzione delle cadute, alimentazione, possibilità di socializzazione, ecc.)
- *Risultati attesi:* emersione dei bisogni di salute e cura della popolazione di riferimento e l'apertura di canali stabili di collaborazione.

B. Ambulatori sociosanitari territoriali

Sul territorio dell'ASST Santi Paolo e Carlo, nei Municipi 5, 6 e 7, sono presenti ambulatori sociosanitari territoriali, originati dal progetto ALER. Questi ambulatori fanno parte della rete di strutture distrettuali e sono collegati alle Case di Comunità 'Hub', in conformità alla legge regionale di riforma della Sanità lombarda (l.r. 22/2021). Il progetto ALER corrisponde al Progetto C.A.S.A. (Centri Aler per i Servizi Abitativi), creato per ampliare i servizi offerti nell'ambito dell'edilizia residenziale pubblica, potenziando l'efficacia e qualificando l'offerta di servizi alla popolazione residente nei quartieri di Milano.

Gli ambulatori sono localizzati nei seguenti quartieri:

- Gratosoglio (Municipio 5) - Via Saponaro n.1A
- Giambellino/Lorenteggio (Municipio 6) - Via Odazio n.4
- San Siro (Municipio 7) - Piazza Selinunte

Questi centri sono strutture multifunzionali che offrono una gamma di servizi sanitari e sociosanitari di comunità, oltre ad altri servizi di supporto e consulenza, anche in collaborazione con associazioni ed enti del terzo settore.

Il progetto mira alla promozione della salute attraverso l'erogazione di servizi sanitari di prossimità, gli ambulatori sociosanitari in queste aree fungono da punti di riferimento per la popolazione, garantendo, tra le altre attività, anche servizi di ascolto e supporto psicologico.

4.5 GIORNATE APERTE PER LA PREVENZIONE E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	Protocollo Coordinamento delle Attività Territoriali Integrazione tra servizi ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali e Associazionismo	
--	---	--

I servizi territoriali distrettuali dell'ASST svolgono un ruolo fondamentale nella promozione e nella prevenzione della salute, sia per la popolazione sana che per le persone con patologie croniche; in collaborazione con ufficio Scolastico, Comune, associazioni di volontariato, realizza percorsi di educazione alla salute rivolti alla popolazione di diverse fasce d'età.

Il Distretto ha un ruolo di facilitatore del collegamento tra diversi settori e discipline e del raccordo dei MMG/PLS, con l'Ufficio Scolastico, ETS/Associazioni di volontariato nell'ambito di un modello di integrazione tra i diversi servizi del territorio.

L'organizzazione delle iniziative di prevenzione si basa su un approccio coordinato che mira a promuovere la consapevolezza e il benessere della comunità attraverso una serie di attività mirate e ben pianificate come di seguito:

- **Calendario annuale:** creare e pubblicare un calendario annuale dettagliato con le date delle giornate dedicate alla prevenzione, consentendo a tutti i servizi territoriali di pianificare anticipatamente le proprie attività e ai cittadini di programmare la loro partecipazione.
- **Tematiche:** ogni giornata si focalizza su un tema specifico di salute, come la prevenzione cardiovascolare, il diabete, la salute mentale, le vaccinazioni, la lotta al fumo, ecc. Questo approccio mirato permette di approfondire ogni argomento e fornire informazioni complete e utili ai partecipanti.
- **Eventi Periodici:** organizzare Open Day con cadenza regolare presso le CdC, coinvolgendo MMG, PLS, associazioni e altri enti del territorio. Questi eventi rappresentano un'occasione preziosa per offrire alla cittadinanza un accesso diretto a servizi di screening e vaccinazione, consulenze specialistiche.
- **Partecipazione attiva:** partecipare a eventi che coinvolgono la comunità, organizzati da associazioni/ETS, Municipio al fine di potenziare l'attività di prevenzione e promozione della salute. Ciò può includere incontri con la cittadinanza volti a promuovere stili di vita sani e comportamenti preventivi.

4.6 ATTIVITÀ DI VACCINAZIONE

Le vaccinazioni rappresentano uno strumento fondamentale per la tutela della salute pubblica e individuale. Per garantire una copertura vaccinale adeguata e per rispondere alle sfide emergenti, è necessario un impegno sinergico da parte di tutti gli attori coinvolti. In questo contesto i MMG, i PLS e l'ASST svolgono un ruolo chiave.

Nell'ambito delle attività di vaccinazione, la S.C Vaccinazioni e Malattie Infettive promuove la pratica della vaccinazione anche in luoghi al di fuori dei tradizionali centri vaccinali.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	Protocollo Coordinamento delle Attività Territoriali Integrazione tra servizi ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali e Associazionismo	
--	---	--

Questa strategia può aiutare a superare le barriere all'accesso alla vaccinazione, per raggiungere gruppi di persone che potrebbero non essere in grado di accedere facilmente ai servizi sanitari o che potrebbero essere riluttanti a farlo e ad aumentare il tasso di copertura vaccinale nella popolazione, sia da calendario sia in caso di vaccinazioni ad hoc a seguito di focolai specifici.

L'attività vaccinale al di fuori dei servizi vaccinali è organizzata in collaborazione con i Servizi Territoriali, le associazioni e gli ETS nei seguenti contesti:

- Open day vaccinali dedicati alla cittadinanza
- Scuole, Università, luoghi di lavoro in particolare in contesti epidemiologici mirati
- Spazi di aggregazione (centri di aggregazione municipale, parrocchie) compresi contesti sociali difficili
- Feste/eventi con ampia adesione della comunità cittadina
- Altri contesti di cura (es. Villaggio Alzheimer)
- Al domicilio per persone che hanno difficoltà a recarsi presso un centro vaccinale

4.7 SERVIZI SERD E DEI CONSULTORI FAMILIARI

Il lavoro sinergico tra Servizi per le Dipendenze patologiche (SerD), Consultori Familiari Integrati (CFI), MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali e Associazionismo rappresenta un elemento chiave per promuovere il benessere individuale e sociale della comunità.

Attraverso la collaborazione tra questi enti, è possibile sviluppare interventi mirati e personalizzati che rispondono alle diverse esigenze dei cittadini, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili.

La collaborazione si concretizza in diversi ambiti di cui si riportano a titolo esemplificativo i principali progetti:

1. Setting scolastico:

- Promozione di stili di vita sani e responsabili:
 - LifeSkillsTraining
 - Unplugged
 - Educazione tra pari
 - Educazione all'affettività
- Contrasto al disagio, bullismo e cyberbullismo:
 - TEAM EMERGENZA
 - Rete BULLOUT
- Promozione della salute e del benessere:
 - Rete Scuole che Promuovono Salute

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	Protocollo Coordinamento delle Attività Territoriali Integrazione tra servizi ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali e Associazionismo	
--	---	--

- Patentino Smartphone

2. Primo periodo di vita:

- Supporto alle neomamme e ai neonati:
 - Home visiting
 - Programma Genitori PIU'
- Promozione dell'allattamento al seno:
 - Informazione e sostegno alle madri
 - Gruppi alimentazione complementare a richiesta (ACR)
- Sostegno alla genitorialità:
 - Nati per Leggere
 - Supporto alla genitorialità responsiva
- Identificazione e presa in carico precoce di eventuali problematiche:
 - Programma di screening Depressione Perinatale (DPN)

3. Salute mentale e dipendenze

- Sensibilizzazione sui rischi connessi alle dipendenze:
 - Informazione e formazione per target specifici (es. adolescenti, giovani adulti)
- Interventi mirati per gruppi a rischio:
 - Progetto Parchi
 - Inclusione sociale e Fragilità
 - Prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive

4.8 Area Salute Mentale e Dipendenze

Le CdC collaborano con il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) per offrire supporto ai pazienti, organizzare attività educative e integrare servizi territoriali e del terzo settore. Incontri e documenti informativi facilitano la comunicazione e la collaborazione tra CdC, MMG e le strutture del DSMD, migliorando l'accompagnamento e il supporto ai pazienti.

Diverse sono le risorse sanitarie che forniscono supporto e trattamento per problemi di salute mentale e comportamentale:

- 1) Psicologo delle cure primarie: nell'ambito delle attività erogate dalle CdC in termini di cure primarie, è prevista la presenza di uno psicologo delle cure primarie per ogni CdC.
- 2) I centri giovanili: il Centro Giovani Ponti, offre spazi psicologici per giovani (16-25 anni) con disagio emotivo, con attività di gruppo e colloqui individuali.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	Protocollo Coordinamento delle Attività Territoriali Integrazione tra servizi ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali e Associazionismo	
--	---	--

- 3) Il Centro Disturbi Nutrizione e Alimentazione (D-NA), attivo presso la CdC Gola, è un servizio cui afferiscono pazienti in condizioni di non urgenza e con necessità di intervento Psicoterapeutico.
- 4) Dipendenze Patologiche-Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) - Spazio GIO (attivo presso la Cdc Masaniello e il P.O. San Carlo);
- 5) CPS:
 - Attività di integrazione CdC/CPS: collaborazione della CdC Masaniello con il CPS di Via Mosca n.12 attraverso l'accoglienza in CdC di gruppi di pazienti per affrontare le seguenti tematiche:
 - Casa di Comunità (modalità di fruizione, servizi erogati per la cittadinanza).
 - Invalidità civile, indennità di accompagnamento, Legge 104/92, Legge 68/99, Pensione IO (Invalidità Ordinaria);
 - Servizi Territoriali Istituzionali, modalità di accesso ecc. (Comune, ALER, MM);
 - Servizi Territoriali appartenenti al terzo settore;
 - Modalità di Accesso ai Centri di Assistenza Fiscale e Pratiche da evadere (ISEE, DSU ecc.),
 - Assegno di Inclusione;
 - Amministrazione di Sostegno.

5. AZIONI PER LO SVILUPPO E IL CONSOLIDAMENTO DELL'INTEGRAZIONE

Al fine di promuovere lo sviluppo e il consolidamento dell'integrazione tra i diversi stakeholder come discusso nel presente protocollo, è necessario implementare diverse azioni in modo continuo:

- **Mappatura:** realizzare una mappatura completa delle risorse, dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali disponibili in ogni area, identificando i punti di forza e le eventuali lacune nell'offerta assistenziale. Questa mappatura deve includere le collaborazioni con gli ETS e le Associazioni di Volontariato.
- **Rilevazione di tutte le progettualità in corso e delle rispettive scadenze:** rilevare e monitorare tutte le progettualità in corso o in fase di pianificazione e le rispettive scadenze.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	Protocollo Coordinamento delle Attività Territoriali Integrazione tra servizi ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali e Associazionismo	
--	---	--

- **Creazione reti e contatti:** favorire lo sviluppo di reti di collaborazione formalizzate tra i diversi attori coinvolti, definendo ruoli, responsabilità e meccanismi di comunicazione e scambio.
- **Informazione e comunicazione:** realizzare campagne informative e divulgative rivolte alla cittadinanza, al fine di fornire informazioni corrette e aggiornate sui servizi e attività disponibili sul territorio. Questo può includere l'organizzazione di incontri pubblici, la distribuzione di materiale informativo e l'utilizzo dei media digitali e tradizionali.
- **Formazione e aggiornamento professionale:** definire piani formativi specifici per gli operatori sanitari e sociali, incentrati sullo sviluppo di competenze relazionali, comunicative e di lavoro in equipe.
- **Valutazione e monitoraggio:** implementare sistemi di valutazione e monitoraggio per misurare l'efficacia delle azioni intraprese, l'utilizzo dei servizi e il grado di soddisfazione dei cittadini e identificare eventuali aree di miglioramento.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PROTOCOLLO DI INTEGRAZIONE TRA MMG, PLS, SPECIALISTI, AMBITI TERRITORIALI SOCIALI – DIMISSIONI PROTETTE	12/2024
--	---	----------------

PROTOCOLLO DI INTEGRAZIONE TRA MMG, PLS, SPECIALISTI, AMBITI TERRITORIALI SOCIALI – DIMISSIONI PROTETTE

INDICE

FINALITÀ	1
AMBITO DI APPLICAZIONE	2
DEFINIZIONI ED ACRONIMI	2
1. FASI	2
2. AZIONI	3
2.1. ACCESSO UNITARIO AI SERVIZI SANITARI (ASST) E SOCIALI (COMUNI)	3
2.2. RILEVAZIONE DEL BISOGNO DI SALUTE.....	3
2.3. PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE.....	4
2.4. PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE: PERCORSO DI DIMISSIONI PROTETTE.....	5
2.4.1. LIVELLO 1: attivazione di dimissione ordinaria.....	6
2.4.2. LIVELLO 2: attivazione del percorso di dimissione protetta al domicilio.....	6
2.4.3. LIVELLO 3: attivazione del percorso di dimissione protetta presso struttura residenziale sociosanitaria o sociale	6
2.5. PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE: PERCORSO DIMISSIONE PROTETTA – “CASI PARTICOLARI”.6	
2.5.1. Minori e adulti disabili/fragili.....	6
2.5.2. Pazienti in condizioni di grave marginalità sociale – Homeless e senza dimora.....	7
3. RESPONSABILITÀ.....	7
4. INDICATORI	8
5. ALLEGATI.....	8
6. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO.....	9

FINALITÀ

Il presente protocollo è parte integrante del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) dei Santi Paolo e Carlo, ai sensi della DGR N.XII/2089 del 25/03/2024, e definisce l'integrazione istituzionale e professionale necessaria ad assicurare la continuità dell'assistenza nei passaggi tra differenti setting di cura e l'erogazione di servizi sociosanitari e sociali offerti dall'azienda nei distretti di competenza.

L'integrazione istituzionale si basa sulla collaborazione tra Enti diversi, quali ASST e Comune, impegnati a organizzarsi per conseguire obiettivi comuni di salute. L'integrazione professionale, invece, si fonda sul rapporto professionale tra differenti operatori afferenti alle diverse discipline coinvolte nei processi erogativi. Fase centrale e propedeutica al percorso assistenziale integrato di cura è la rilevazione del bisogno di salute, clinico (bisogni sanitari), funzionale (bisogni di autonomia) e socio-familiare (bisogni relazionali, sociali ed economici) del paziente.

In base alla complessità dei bisogni della persona, infatti, possono essere attivati, a titolo esemplificativo e non esaustivo, differenti servizi volti a garantire la continuità dell'assistenza:

- cure domiciliari;
- cure palliative domiciliari o residenziali;

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PROTOCOLLO DI INTEGRAZIONE TRA MMG, PLS, SPECIALISTI, AMBITI TERRITORIALI SOCIALI – DIMISSIONI PROTETTE	12/2024
--	---	----------------

- cure specialistiche riabilitative o cure intermedie presso strutture specializzate;
- ricoveri presso Residenze Sanitarie Assistenziali;
- servizi sociali dei Comuni (SAD o altro).

Lo scopo del protocollo è di definire le modalità di collaborazione tra le differenti professionalità e professionisti al fine di garantire un percorso efficace, protetto e accompagnato del paziente per il soddisfacimento dei suoi bisogni di salute.

Nello specifico, questo protocollo si prefigge di:

- garantire ai pazienti anziani e/o fragili la continuità dell'intervento assistenziale mediante una tempestiva conoscenza e presa in carico delle situazioni "difficili" sotto il profilo sociosanitario;
- favorire la collaborazione e la comunicazione tra Unità Operative Ospedaliere, i PUA/COT Distrettuali, MMG/PLS e ambiti territoriali sociali.
- ottimizzare l'uso delle risorse disponibili nel territorio orientando al corretto utilizzo della rete dei servizi territoriali da parte di tutti gli stakeholder.

AMBITO DI APPLICAZIONE

Il presente protocollo si applica a tutti i servizi sanitari e sociosanitari, ospedalieri e territoriali, dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale dei Santi Paolo e Carlo di Milano e gli enti esterni, quali Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera Scelta e gli Ambiti Territoriali Sociali, coinvolti nella presa in carico del paziente in Dimissione Protetta e, più in generale, nell'erogazione di servizi sociosanitari territoriali per la continuità dell'assistenza degli utenti.

DEFINIZIONI ED ACRONIMI

ASST: Azienda Socio-Sanitaria Territoriale
 ADI: Assistenza Domiciliare integrata
 CdC: Casa di Comunità
 AS: Assistente Sociale
 EG: Ente Gestore
 MMG: Medico di Medicina Generale
 MCA: Medico di Continuità Assistenziale
 PLS: Pediatra di Libera Scelta
 SGDT: Sistema Gestione Digitale Territoriale
 IFeC: Infermiere di Famiglia e Comunità
 COT: Centrale Operativa Territoriale
 PAI: Piano Assistenziale Individuale
 PI: Progetto Individuale
 PRI: Progetto Riabilitativo Individuale
 PUA: Punto Unico di Accesso
 UCA: Unità Continuità Assistenziale
 EVM: Equipe di Valutazione Multidimensionale

1. FASI

Il percorso assistenziale integrato tra servizi ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali – Dimissioni Protette, si articola nelle seguenti fasi:

1. **Accesso unitario ai servizi sanitari (ASST) e sociali (Comuni).** L'accesso è garantito tramite:
 - a. Punto Unico d'Accesso (PUA) delle Case di Comunità, ai quali il cittadino può rivolgersi per presentare la propria richiesta di assistenza e avere le specifiche informazioni sulle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociali;

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PROTOCOLLO DI INTEGRAZIONE TRA MMG, PLS, SPECIALISTI, AMBITI TERRITORIALI SOCIALI – DIMISSIONI PROTETTE	12/2024
--	---	----------------

- b. Centrale Operativa Territoriale (COT) da parte di tutti gli operatori della rete ospedaliera, sociosanitaria e sociale, ovvero personale distrettuale e ospedaliero, MMG, PLS, MCA, specialisti ambulatoriali, specialisti ospedalieri nonché personale delle Strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali.
2. **Rilevazione dei bisogni di salute:** l'individuazione dei bisogni di salute sotto il profilo clinico (bisogni sanitari), funzionale (bisogni di autonomia) e socio-familiare (bisogni relazionali, sociali ed economici), è necessaria al fine di definire il percorso di assistenza personalizzato dell'utente. Viene effettuata in prima battuta dagli IFeC del PUA/COT e, se necessario, dall' EVM, con l'applicazione di strumenti e scale standardizzate e uniformi.
3. **Presa in carico globale del paziente:** a seguito della valutazione, tenendo in considerazione anche il supporto alla famiglia, viene definito il percorso assistenziale, che meglio risponde ai bisogni di salute del paziente, caratterizzato da una forte integrazione con i servizi sociali comunali, ai sensi del *Protocollo tra ATS della Città metropolitana di Milano e ASST in coerenza con il D.M. 77/2022 e del Protocollo operativo tra ATS Della Città Metropolitana Di Milano - Comune Di Milano - ASST Fatebenefratelli Sacco - ASST Santi Paolo e Carlo e ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda - ASST Gaetano Pini – Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico per le Dimissioni Protette.*

2. AZIONI

2.1. Accesso unitario ai servizi sanitari (ASST) e sociali (Comuni)

L'accesso ai servizi erogati da ASST Santi Paolo e Carlo nei distretti di competenza è garantito con modalità differenti a seconda dell'utente e/o del contesto:

- utente e/o familiare e/o caregiver: l'accesso ai servizi integrati avviene tramite il Punto Unico d'Accesso (PUA) presente in ogni Casa di Comunità attiva in ASST Santi Paolo e Carlo. L'accesso può avvenire spontaneamente da parte dell'utente o dei suoi familiari; oppure su indicazione di MMG, IFeC, UCA, specialisti ambulatoriali, specialisti ospedalieri, Pronto Soccorso, Assistenti Sociali dei Comuni, Associazioni di Volontariato, Terzo Settore. Più in generale il paziente può essere inviato al PUA da qualsiasi nodo della rete sanitaria, sociosanitaria o sociale, laddove si presenti una situazione che richieda un approccio integrato di presa in carico.
- Operatore della rete sociosanitaria: viene identificato come operatore della rete sociosanitaria qualsiasi professionista sanitario o sociosanitario non afferente ai presidi ospedalieri aziendali (MMG, PLS, IFeC, UCA, MCA, specialisti ambulatoriali, assistenti sociali, etc.). Tutti gli operatori della rete sociosanitaria possono rivolgersi alla COT del Distretto di residenza dell'utente per la presa in carico e attivazione dei percorsi individuali basati sulle specifiche necessità e bisogni identificati. Si rimanda all'allegato n.1 del presente protocollo per i contatti delle COT aziendali per competenza territoriale distrettuale.
- Operatore della rete ospedaliera: viene identificato come operatore della rete ospedaliera qualsiasi professionista che opera nel contesto dei Presidi Ospedalieri dell'ASST Santi Paolo e Carlo. Tutti questi operatori possono rivolgersi alla COT di competenza territoriale distrettuale per il bisogno di salute del paziente in dimissione. In particolare, si rimanda alla specifica procedura aziendale: "AST_DSS_409 Centrale Operativa Territoriale (COT)" e relativa documentazione accessoria.

2.2. Rilevazione del bisogno di salute

Per la presa in carico del paziente la "Valutazione di I Livello" è un passaggio fondamentale per la classificazione del bisogno di salute, semplice o complesso, al fine di attivare il servizio/i maggiormente idoneo/i all'utente, con modalità personalizzate, efficaci e conseguente ottimizzazione delle risorse, umane ed economiche, a disposizione della popolazione.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PROTOCOLLO DI INTEGRAZIONE TRA MMG, PLS, SPECIALISTI, AMBITI TERRITORIALI SOCIALI – DIMISSIONI PROTETTE	12/2024
--	---	----------------

La **“Valutazione di I Livello”** è effettuata dall'IFeC del PUA o della COT anche in collaborazione con MMG, PLS, MCA, o altro professionista che attiva la stessa. Questa valutazione si basa su una prima analisi del bisogno attraverso strumenti di rapida applicazione (es. Scheda Triage) e si conclude con l'individuazione della necessità dell'utente, che può essere di natura semplice o complessa. Nel caso in cui venga identificato un bisogno complesso e/o rete di supporto, quali familiari e/o caregiver, assente, il paziente viene rimandato alla “Valutazione di II Livello”.

La **“Valutazione di II Livello”** è effettuata dall'EVM e può coinvolgere, oltre agli operatori preposti, anche professionisti differenti da individuare sulla base dei bisogni complessi manifestati: specialisti (es. neurologo, geriatra, palliativista, ecc.), psicologi, MMG/PLS, operatori sociali dei Comuni/Uffici di Piano.

A seguito di questa seconda valutazione, viene redatto un Piano Assistenziale Individuale (PAI), o Piano Riabilitativo Individuale (PRI) a seconda del caso, che descrive le prestazioni necessarie, le modalità di esecuzione e la durata del trattamento. Il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta hanno la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo del caregiver, ove presente.

2.3. Presa in carico del paziente

La presa in carico del paziente differisce sia per la tipologia di prestazione necessaria che, soprattutto, per la tipologia di bisogno di salute: semplice o complesso (*Figura 1*).

- Bisogno di salute semplice.
Vengono attivati i servizi previsti dal PI, sanitari – sociosanitari – sociali, quali C-Dom prestazionale, Servizio Assistenziale Domiciliare, etc. Per queste tipologie di assistenza sono di norma previsti un massimo di 5 accessi su 5 giorni settimanali, dal lunedì al venerdì.
- Bisogno di salute complesso.
Vengono attivati i servizi previsti dal PAI o PRI, le cui prestazioni possono essere di breve o di lunga durata (massimo 90 giorni), con possibilità di rinnovo e possono avere una o più figure professionali coinvolte (Infermiere, OSS, Fisioterapista). Queste prestazioni vengono classificate in «Livelli» crescenti di Intensità (Livello I, II, IIIA, IIIB, IIIC, alta intensità). Tutte le prestazioni ADI previste e redatte su PAI vengono monitorate (Counseling) per valutare eventuali necessità di variazioni e/o aggiornamenti dei profili di cura. La chiusura del PAI, per risoluzione dell'assistenza, o cambio di setting, viene condivisa e concordata con l'utente/caregiver, verificando l'effettivo raggiungimento degli obiettivi prefissati da parte dell'IFeC.

La registrazione delle pratiche e tutte le prestazioni erogate, compreso il consenso informato al trattamento dei dati sensibili, vengono registrate sul portale di Regione Lombardia SGDT.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PROTOCOLLO DI INTEGRAZIONE TRA MMG, PLS, SPECIALISTI, AMBITI TERRITORIALI SOCIALI – DIMISSIONI PROTETTE	12/2024
--	---	----------------

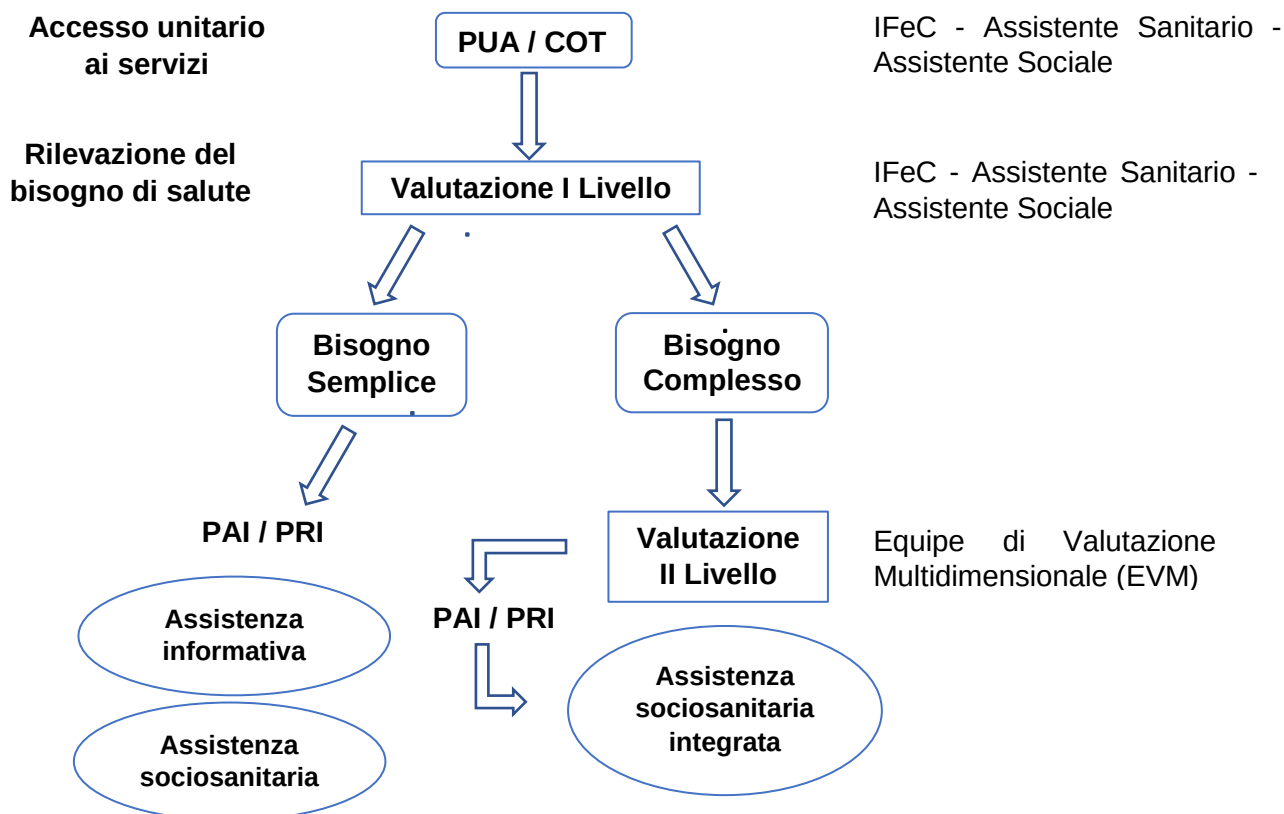


Figura 1: Schema rappresentativo della valutazione del bisogno di salute dell'utente.

2.4. Presa in carico del paziente: percorso di Dimissioni Protette

Il processo di dimissioni protette è finalizzato a garantire la continuità assistenziale a pazienti non autosufficienti durante il passaggio dall'ambiente ospedaliero al domicilio o ad un altro contesto di cura. Il *Protocollo operativo Tra ATS della Città Metropolitana di Milano - Comune Di Milano - ASST Fatebenefratelli Sacco - ASST Santi Paolo e Carlo e ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda - ASST Gaetano Pini – Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico per le Dimissioni Protette*, di seguito Protocollo Dimissioni Protette Città Metropolitana Milano, definisce le modalità operative, ruoli e responsabilità delle differenti parti coinvolte nel garantire la continuità dell'assistenza nelle Dimissioni Protette dei pazienti residenti nel Comune di Milano.

In particolare, la rilevazione del bisogno di Dimissione Protetta è in capo all'equipe valutativa ospedaliera entro 48 ore dal ricovero o entro 8 ore in caso di prevista dimissione dal PS configurando 3 tipologie di percorsi:

- **LIVELLO 1: attivazione di dimissione ordinaria** per soggetti che non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione;
- **LIVELLO 2: attivazione del percorso di dimissione protetta al domicilio** per soggetti con problemi legati a situazioni cliniche e/o socioassistenziali complesse che richiedono una pianificazione della dimissione, senza necessità di inserimento in struttura residenziale;
- **LIVELLO 3: attivazione del percorso di dimissione protetta presso struttura residenziale sociosanitaria o sociale** per soggetti che richiedono una continuità di cure in strutture riabilitative sociosanitarie e/o socioassistenziali in considerazione delle condizioni cliniche e/o in quanto privi di rete familiare/sociale o con rete familiare/sociale non idonea a supportare il rientro a domicilio

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PROTOCOLLO DI INTEGRAZIONE TRA MMG, PLS, SPECIALISTI, AMBITI TERRITORIALI SOCIALI – DIMISSIONI PROTETTE	12/2024
--	---	----------------

Una volta effettuata la valutazione del bisogno, entro 72 ore dalla data di dimissibilità clinica, gli operatori ospedalieri attivano il processo di dimissione protetta che garantirà al paziente il trasferimento al setting adeguato al momento della dimissione.

2.4.1.LIVELLO 1: attivazione di dimissione ordinaria

La dimissione ordinaria è programmata per i soggetti che non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione. La necessità di assistenza è gestibile al domicilio, con eventuali supporti già esistenti.

2.4.2.LIVELLO 2: attivazione del percorso di dimissione protetta al domicilio

La dimissione protetta al domicilio è riservata quando emergono necessità di una presa in carico socioassistenziale o sociosanitaria al domicilio prevenendo, quindi, l'integrazione sia di servizi sociosanitari (Cure Domiciliari, etc) che di servizi socioassistenziali del Comune di Milano. Le modalità di attivazione si differenziano in base alle seguenti condizioni del caregiver:

- caregiver collaborante: viene richiesto allo stesso di prendere contatto con i servizi sociali comunali tramite lo 020202 e con il MMG per i servizi sociosanitari;
- caregiver assente/fragile o non collaborante: l'ASST dimettente coordina i differenti servizi coinvolti tramite la COT.

In particolare, l'integrazione con i Servizi Sociali del Comune di Milano sono mediati dall'Assistente Sociale del Comune che, non oltre 72 ore dalla ricezione della richiesta, procederà ad organizzare una visita/colloquio in ospedale per la rilevazione dei bisogni sociali. La visita/colloquio avviene, secondo le tempistiche previste dal Protocollo Dimissioni Protette Città Metropolitana Milano entro 5 giorni lavorativi per i casi conosciuti al Servizio Sociale ed entro 7 giorni lavorativi per i casi non conosciuti.

In questo livello, nelle situazioni con caregiver assente/fragile o non collaborante, è fondamentale l'integrazione con il MMG/PLS a cura della COT, che si relazionerà con il curante rendendolo parte attiva degli interventi necessari per una risposta appropriata al bisogno del paziente in dimissione protetta a domicilio.

2.4.3. LIVELLO 3: attivazione del percorso di dimissione protetta presso struttura residenziale sociosanitaria o sociale

Questo percorso è rivolto ai soggetti che richiedono una continuità di cure in contesto residenziale in considerazione delle condizioni cliniche e/o assistenziali e/o in quanto privi di rete familiare/sociale o con rete familiare/sociale non idonea a supportare il rientro a domicilio. Il percorso prevede l'attivazione di:

- strutture di Cure Intermedie e/o riabilitazione sanitaria;
- strutture residenziali sociosanitarie (es. RSA, RSD, CSS) e/o socioassistenziali (es. Comunità Alloggio per Disabili, Comunità Alloggio Sociale Anziani, Alloggi Protetti per Anziani)

Le tempistiche della presa in carico delle Dimissioni Protette di LIVELLO 3 sono le medesime delle Dimissioni Protette di Livello 2.

2.5. Presa in carico del paziente: percorso Dimissione Protetta – “casi particolari”

Il Protocollo Dimissioni Protette Città Metropolitana Milano definisce anche specifiche modalità di presa in carico particolari, di seguito riportati.

2.5.1. Minori e adulti disabili/fragili

Il percorso di dimissione protetta è invariato.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PROTOCOLLO DI INTEGRAZIONE TRA MMG, PLS, SPECIALISTI, AMBITI TERRITORIALI SOCIALI – DIMISSIONI PROTETTE	12/2024
--	---	----------------

2.5.2. Pazienti in condizioni di grave marginalità sociale – Homeless e senza dimora

Le dimissioni di persone senza dimora hanno sempre bisogno di un alto livello di protezione. Se si ipotizza un rientro presso le strutture di accoglienza residenziale di natura sociale destinate alla grave marginalità adulta, convenzionate con il Comune di Milano (ed eventualmente non convenzionate), le dimissioni devono essere programmate e concordate con i referenti delle strutture stesse anche per l'attivazione di interventi di assistenza domiciliare sociale o integrata c/o la struttura di accoglienza e di supporto/sostegno infermieristico.

Qualora il paziente non possa fare rientro in una struttura di accoglienza di tipo sociale, si configurano due possibilità:

- **inserimento in Post Acuta Homeless**

tramite il Centro Sammartini del Comune di Milano (punto di accesso ai servizi per le persone adulte in situazione di grave marginalità) si valuta l'idoneità per l'inserimento del paziente nel percorso Post Acuta Homeless – progetto sperimentale volto alle persone adulte in situazione di grave marginalità in necessità di assistenza sanitaria a seguito di una dimissione ospedaliera. In quanto risorsa sperimentale soggetta a rinnovo annuale di Regione Lombardia, è attivabile nei limiti della prosecuzione della sperimentazione stessa.

- **inserimento in altre strutture residenziali**

Si avvia il percorso descritto nel paragrafo dedicato al LIVELLO 3 (Dimissione presso strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali) tenendo in considerazione le diverse fattispecie descritte nel Protocollo Dimissioni Protette Città Metropolitana Milano.

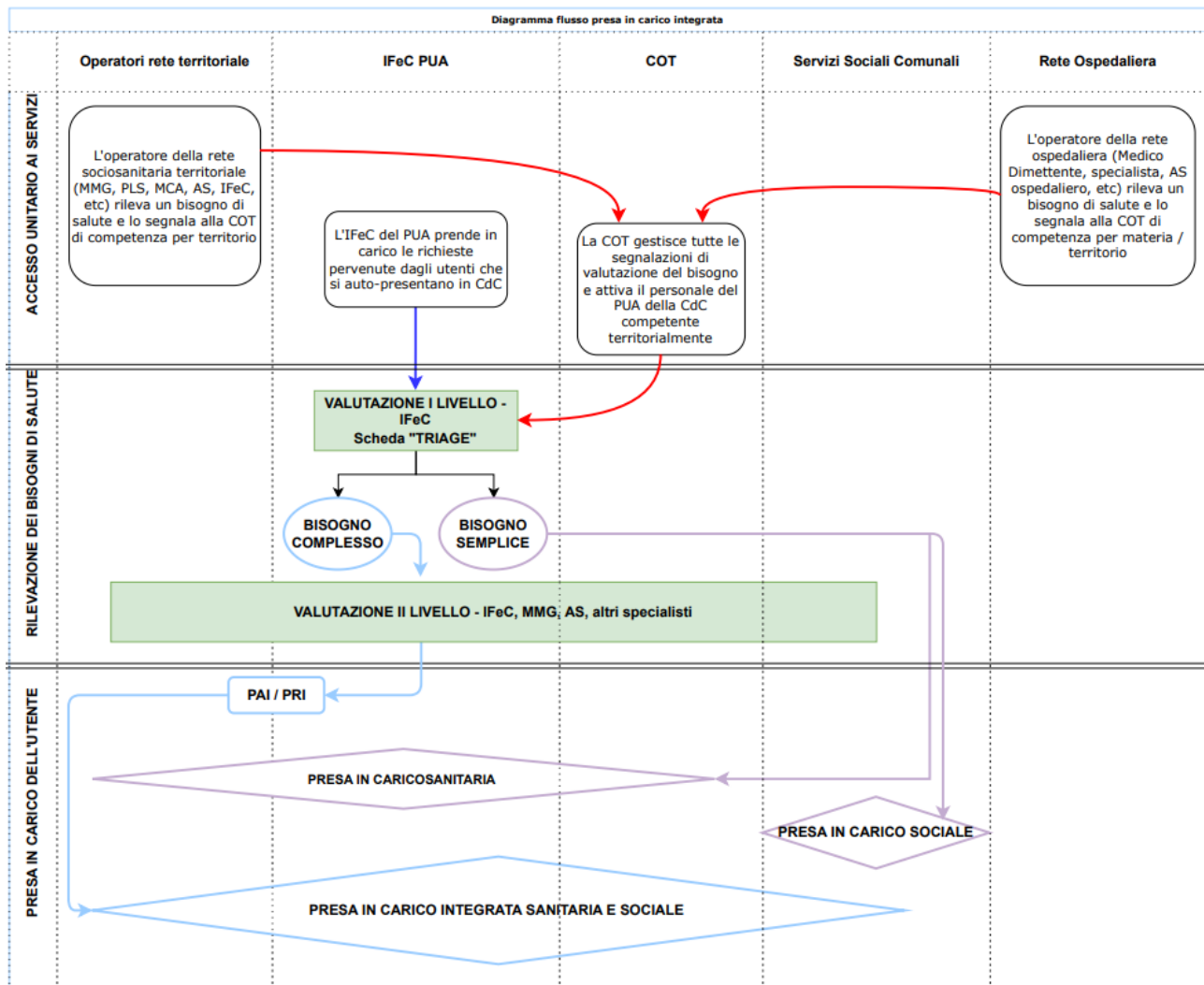
3. RESPONSABILITÀ

Azioni	Responsabilità					
	MMG/PLS	Medico Specialista Territoriale	Professionista sanitario Rete Ospedaliera	IFeC PUA	IFeC COT	AS Comune
Rilevazione del bisogno di salute dell'assistito e prescrizione servizi sanitari – sociosanitari - sociali	R	-	-	-	-	-
Valutazione I Livello	I	-		R*	I	R*
Valutazione II Livello	R*	R*	R*	R*	I	R*
Stesura PAI/PRI	R	R* (PRI)	-	C	-	C
DIMISSIONI PROTETTE						
Rilevazione del bisogno dell'assistito (Dimissioni Protette)	I	-	R*			R*
Colloquio/visita per dimissione protetta di Livello 2	I		I	I	I	R
Integrazione sanitaria e socioassistenziale o di monitoraggio nella Dimissioni Protette di Livello 2	I			R*	R*	
Attivazione Dimissioni Protette Livello 3	I		R*			R*

LEGENDA MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ: R: Responsabile; R*: Responsabile per competenza C: Coinvolto; I: Informato

Si propongono il seguente diagramma di flusso che descrive la presa in carico integrata territoriale.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PROTOCOLLO DI INTEGRAZIONE TRA MMG, PLS, SPECIALISTI, AMBITI TERRITORIALI SOCIALI – DIMISSIONI PROTETTE	12/2024
--	---	----------------



4. INDICATORI

Si propongono i seguenti indicatori di monitoraggio

Indicatore	Misurazione	Responsabile	Tempistica	Valore atteso
Monitoraggio Protocollo Dimissioni Protette Città Metropolitana Milano	Vedi Cap. Monitoraggio – Protocollo Dimissioni Protette Città Metropolitana Milano	-	-	-
Monitoraggio Cure Domiciliari	Vedi Scheda Intervento PPT ASST Santi Paolo e Carlo – Cure Domiciliari	-	-	-

5. ALLEGATI

- Allegato 1: Contatti Centrale Operativa Territoriale ASST Santi Paolo e Carlo;

COT	DISTRETTO/ATTIVITÀ di competenza	CONTATTO
COT SAN CARLO	DIMISSIONI PROTETTE	COT.SANCARLO@ASST-SANTIPAOLOCARLO.IT
COT STROMBOLI	DISTRETTO 7	COT.STROMBOLI@ASST-SANTIPAOLOCARLO.IT
COT GOLA	DISTRETTO 5 – 6	COT.GOLA@ASST-

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PROTOCOLLO DI INTEGRAZIONE TRA MMG, PLS, SPECIALISTI, AMBITI TERRITORIALI SOCIALI – DIMISSIONI PROTETTE	12/2024
		SANTIPAOLOCARLO.IT

6. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Procedura di attivazione dei progetti PNRR Missione 5 Componente 2 ambito sociale Linee di investimento: 1.1.2 - Autonomia degli anziani non autosufficienti – progetto domotica per anziani 1.1.3 - Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione 1.2 Percorsi di autonomia per persone con disabilità.
- DGR N.XI/6867 del 02/08/2022: *“Determinazioni in ordine all’assistenza domiciliare integrata in attuazione dell’intesa del 4 agosto 2021 di approvazione dei requisiti di esercizio e accreditamento dell’ADI, nell’ambito della cornice programmatica costituita dalla missione 6 del PNRR, dal DM 77 del 23 maggio 2022 recante “modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale”, dal DM 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare» e nel più generale quadro del potenziamento della sanità territoriale disposto con L.R. 22/2021 - (atto da trasmettere al consiglio regionale)”*
- Procedura ASST Santi Paolo e Carlo: AST_DSS_411_Ed01 VALUTAZIONE DELL’UTENTE PER L’AVVIO DEL PERCORSO ADI.
- Protocollo tra ATS Città Metropolitana di Milano e ASST Fatebenefratelli Sacco, ASST Santi Paolo e Carlo e ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda per l’attuazione dell’integrazione sociosanitaria nei distretti sociosanitari e nelle strutture territoriali previste dal D.M. 77/2022 - Anno 2024.
- *Protocollo operativo Tra ATS della Città Metropolitana di Milano - Comune Di Milano - ASST Fatebenefratelli Sacco - ASST Santi Paolo e Carlo e ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda - ASST Gaetano Pini – Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico per le Dimissioni Protette*
- Procedura ASST Santi Paolo e Carlo: AST_DSS_409_Ed01 CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE _COT.

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PROTOCOLLO DI INTEGRAZIONE TRA MMG, PLS E MEDICI SPECIALISTI	12/2024
--	---	----------------

PROTOCOLLO DI INTEGRAZIONE TRA MEDICI DI MEDICINA GENERALE, PEDIATRI DI LIBERA SCELTA E MEDICI SPECIALISTI

INDICE

FINALITÀ.....	1
DEFINIZIONI E ACRONIMI.....	2
1. FASI.....	3
2. AZIONI.....	3
Prima visita specialistica.....	3
Presa in carico del paziente cronico	4
Modalità di comunicazione	4
3. TEMPI.....	5
4. RESPONSABILITÀ	5
5. INDICATORI DI MONITORAGGIO	6
APPENDICE 1: Ambulatorio infermieristico delle LEsioni Difficili – Ambulatorio LED	7
APPENDICE 2: Ambulatorio polispecialistico del Piede Diabetico	12
APPENDICE 3: Ambulatorio specialistico di Chirurgia Vascolare.....	10

FINALITÀ

Il presente protocollo è parte integrante del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) dei Santi Paolo e Carlo, ai sensi della DGR N.XII/2089 del 25/03/2024 e ha l'obiettivo di migliorare la presa in carico del paziente e la qualità

Pag. 1 di 13

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PROTOCOLLO DI INTEGRAZIONE TRA MMG, PLS E MEDICI SPECIALISTI	12/2024
---	--	-----------------------

dell'assistenza sanitaria definendo le modalità di integrazione funzionale tra i professionisti delle Cure Primarie – Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) – con i Medici Specialisti Ambulatoriali (MS) nei distretti di competenza dell'ASST dei Santi Paolo e Carlo.

La presa in carico integrata delle Cure Primarie, attraverso sinergie con la specialistica ambulatoriale, persegue i seguenti obiettivi:

- migliorare la continuità assistenziale del paziente per una gestione coordinata ed integrata dei percorsi di cura;
- favorire la comunicazione e la collaborazione tra MMG/PLS e MS;
- migliorare la qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate;
- ridurre i tempi di attesa per le visite specialistiche;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse sanitarie.

Il presente documento si applica a tutti i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici Specialisti Ambulatoriali dell'ASST dei Santi Paolo e Carlo.

DEFINIZIONI E ACRONIMI

MMG: Medico di Medicina Generale

PLS: Pediatra di Libera Scelta

MS: Medico Specialista ambulatoriale

ASST: Azienda Socio Sanitaria Territoriale

DGR: Delibera di Giunta Regionale

PPT: Piano di sviluppo del Polo Territoriale

CdC: Casa di Comunità

CUP: Centro Unico di Prenotazione

COT: Centrale Operativa Territoriale

PIC: Presa In carico del Cronico

SGDT: Sistema di Gestione Digitale Territoriale

FSE: Fascicolo Sanitario Elettronico

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PROTOCOLLO DI INTEGRAZIONE TRA MMG, PLS E MEDICI SPECIALISTI	12/2024
---	--	-----------------------

1. FASI

L'applicazione di questo protocollo prevede le seguenti fasi di implementazione:

- **FASE 1: attivazione e sensibilizzazione:**
 - coinvolgimento dei professionisti coinvolti per la promozione e diffusione del documento;
 - organizzazione di incontri informativi e formativi con MMG/PLS e MS per condivisione del protocollo e dei percorsi già attivi;
 - diffusione di materiale informativo sui percorsi già attivi
- **FASE 2: messa in atto del percorso di integrazione:**
 - attuazione del protocollo su percorsi di patologia specifici;
 - raccolta di feedback da parte dei professionisti coinvolti e dei pazienti;
- **FASE 3: implementazione e monitoraggio:**
 - estensione del progetto di integrazione su ulteriori percorsi di patologia;
 - attivazione di interventi correttivi, se necessari;
 - monitoraggio degli indicatori di esiti.

2. AZIONI

Le modalità di integrazione tra MMG, PLS e MS si basa su due attività distinte, ma concorrenti nella presa in carico del paziente:

1. prima visita specialistica;
2. presa in carico del paziente cronico.

Prima visita specialistica

Il MMG/PLS può richiedere una visita specialistica per completare o confermare un sospetto diagnostico. A tal fine, il MMG/PLS:

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PROTOCOLLO DI INTEGRAZIONE TRA MMG, PLS E MEDICI SPECIALISTI	12/2024
---	--	-----------------------

- redige, ove possibile, una richiesta dettagliata, motivando la richiesta di prima visita e fornendo tutte le informazioni cliniche utili allo specialista per completare/confermare la diagnosi ed eventuale trattamento;
- rilascia un'impegnativa di prima visita specialistica riportando il quesito diagnostico più appropriato;
- nel caso di protocolli condivisi per alcune prestazioni specifiche, successivamente descritti, il MMG/PLS informa il paziente circa la possibilità di prenotare presso il CUP della CdC utilizzando slot dedicati nelle agende di prenotazione;
- informa il paziente circa quanto sopra descritto.

Il paziente

- prenota le indagini specialistiche richieste mediante il CUP aziendale o call center regionale;
- nel caso di protocolli condivisi per alcune prestazioni specifiche, successivamente descritti, può prenotare presso il CUP della CdC utilizzando slot dedicati nelle agende di prenotazione.

Il MS:

- effettua la visita completa di anamnesi ed esame obiettivo;
- **prescrive direttamente** gli approfondimenti necessari per la risposta al quesito clinico, utilizzando il ricettario del servizio sanitario regionale/ricetta elettronica;
- redige, dopo la conclusione della visita/iter diagnostico, il referto indirizzato al MMG con il quale risponde al quesito clinico e riporta il programma clinico comprensivo della terapia, delle visite specialistiche e degli accertamenti di controllo
- consegna il referto al paziente e lo indirizza al MMG. Il referto sarà visibile sul FSE entro i tempi previsti dalla normativa vigente.

Si ricorda che sarà possibile la prenotazione delle indagini specialistiche anche tramite la COT, utilizzando slot dedicati per percorsi concordati oggetto di procedure specifiche.

Presa in carico del paziente cronico

Per la presa in carico del paziente cronico si attendono le indicazioni regionali in fase di definizione

Modalità di comunicazione

La comunicazione tra MMG/PLS e MS può avvenire attraverso canali diretti e indiretti, condividendo tutte le informazioni utili per la completa presa in carico del paziente.

- La comunicazione diretta avviene tra MMG/PLS e MS in tempo reale. I canali di comunicazione diretta previsti dal presente protocollo sono:
 - contatto telefonico diretto tra i professionisti da definire in sede di condivisione del presente documento;

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PROTOCOLLO DI INTEGRAZIONE TRA MMG, PLS E MEDICI SPECIALISTI	12/2024
---	--	-----------------------

- formalizzazione di riunioni periodiche interprofessionali per la discussione di casi clinici e condivisione di informazioni (audit clinici);
- corsi di formazione congiunti su tematiche di interesse comune, al fine di aggiornare le competenze e favorire un approccio comune e multidisciplinare su percorsi condivisi;
- contatto attraverso piattaforme di comunicazione online e/o telemedicina (quest'ultima modalità è in fase di progettazione).
- La comunicazione indiretta avviene tra MMG/PLS e MS attraverso mezzi che non prevedono un contatto immediato. In particolare, si fa riferimento a:
 - referto cartaceo: consegna del referto al paziente con l'indicazione di inviarlo al MMG/PLS. La versione informatica del referto sarà pubblicata nel FSE del paziente secondo le modalità e tempistiche previste dalla normativa vigente.
 - Sistema Telematico: utilizzo di piattaforme dedicate alla condivisione di referti e informazioni cliniche Sistema di Gestione Digitale Territoriale /SGDT),
 - E-mail: comunicazione tramite posta elettronica nel rispetto dei criteri della privacy.

3. TEMPI

Il PPT di ASST Santi Paolo e Carlo ha uno scopo temporale triennale, salvo aggiornamento della normativa in materia, per cui anche l'implementazione del presente protocollo è subordinata al PPT:

- **FASE 1: Attivazione e sensibilizzazione** – primo trimestre 2025
- **FASE 2: Messa in atto del percorso di integrazione** su percorsi di patologia specifici – secondo trimestre 2025
- **FASE 3: Implementazione** - 24 mesi

4. RESPONSABILITÀ

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale:

- redige il piano di attivazione e sensibilizzazione, definendo i tempi e le modalità di attuazione delle diverse fasi del protocollo;
- promuove l'implementazione su larga scala del protocollo, diffondendo le buone pratiche e fornendo il supporto necessario ai professionisti;
- monitora continuamente l'attuazione del protocollo, misurando gli indicatori di performance definiti e attivando interventi correttivi se necessari.

MMG/PLS e MS:

- collaborano attivamente all'attuazione del protocollo;
- partecipano ai percorsi formativi e di aggiornamento previsti;
- forniscono feedback costruttivo per il miglioramento continuo del protocollo.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PROTOCOLLO DI INTEGRAZIONE TRA MMG, PLS E MEDICI SPECIALISTI	12/2024
--	---	----------------

5. INDICATORI DI MONITORAGGIO

INDICATORE	MISURAZIONE	RESPONSABILE	TEMPISTICA	VALORE ATTESO
Percorsi attivati / anno	N° percorsi patologia specifici condivisi / n° percorsi patologia specifici attivi	??	annuale	90%
Corsi di formazione congiunta	N° corsi congiunti organizzati / n° corsi congiunti programmati	??	annuale	50%

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PROTOCOLLO DI INTEGRAZIONE TRA MMG, PLS E MEDICI SPECIALISTI	12/2024
---	--	-----------------------

APPENDICE 1: Ambulatorio Infermieristico delle Lesioni Difficili – Ambulatorio LED

L'ambulatorio infermieristico delle LED di ASST Santi Paolo e Carlo è un servizio che garantisce un'appropriata risposta ai bisogni di assistenza dell'utente con lesioni/ulcere cutanee sia acute che di difficile guarigione. L'approccio multidisciplinare, l'inquadramento diagnostico accurato e globale e la personalizzazione del percorso assistenziale – terapeutico, con contestuale attività di prevenzione ed educazione sanitaria per incentivare il processo di autocura, garantisce la continuità assistenziale territoriale al bisogno del paziente.

L'ambulatorio infermieristico delle LED afferisce alla struttura di Chirurgia III dell'ASST Santi Paolo e Carlo ed è collocato sia all'interno del Presidio Ospedaliero San Carlo, che nelle Case di Comunità di Masaniello e Stromboli.

Prestazioni erogate

Le prestazioni erogate dal personale infermieristico dell'ambulatorio LED sono:

- medicazioni semplici e avanzate anche con l'utilizzo di apposite tecnologie;
- bendaggi semplici o elastocompressivi;
- istruzione e educazione all'autocura, prevenzione e trattamento lesioni croniche;
- consulenza in materia di prevenzione, cura e/o mantenimento dello stato della lesione e del livello di salute ed autonomia.

Modalità di accesso

L'ambulatorio è dedicato a tutti i pazienti con lesioni/ulcere acute e croniche di difficile guarigione/gestione. Le modalità di accesso sono duplici:

- paziente dimesso / in follow up ospedaliero: il medico specialista che riscontra la necessità di assistenza dell'ambulatorio LED provvede ad informare il paziente e a prescrivere *"Prima Visita Chirurgia Generale" c/o ambulatorio LED* di ASST Santi Paolo e Carlo su ricettario regionale;
- paziente esterno: qualsiasi paziente con necessità di assistenza per lesioni/ulcere può recarsi presso il proprio MMG/PLS, il quale, riscontrata la necessità di assistenza medico-infermieristica per una lesione/ulcera, provvederà a prescrivere una *"Prima visita di Chirurgia Generale"* con indicazione a prenotarla, tramite CUP aziendale attivo nei Presidi ospedalieri e CdC aziendali, presso l'ambulatorio LED di ASST Santi Paolo e Carlo.

La prima visita viene eseguita presso l'ambulatorio di chirurgia generale sito presso il Presidio Ospedaliero di San Carlo, ove, a seguito di una valutazione iniziale medico-infermieristica del

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PROTOCOLLO DI INTEGRAZIONE TRA MMG, PLS E MEDICI SPECIALISTI	12/2024
--	--	-----------------------

paziente, viene definito un Piano Assistenziale Individualizzato con esecuzione della prima medicazione/trattamento indicato.

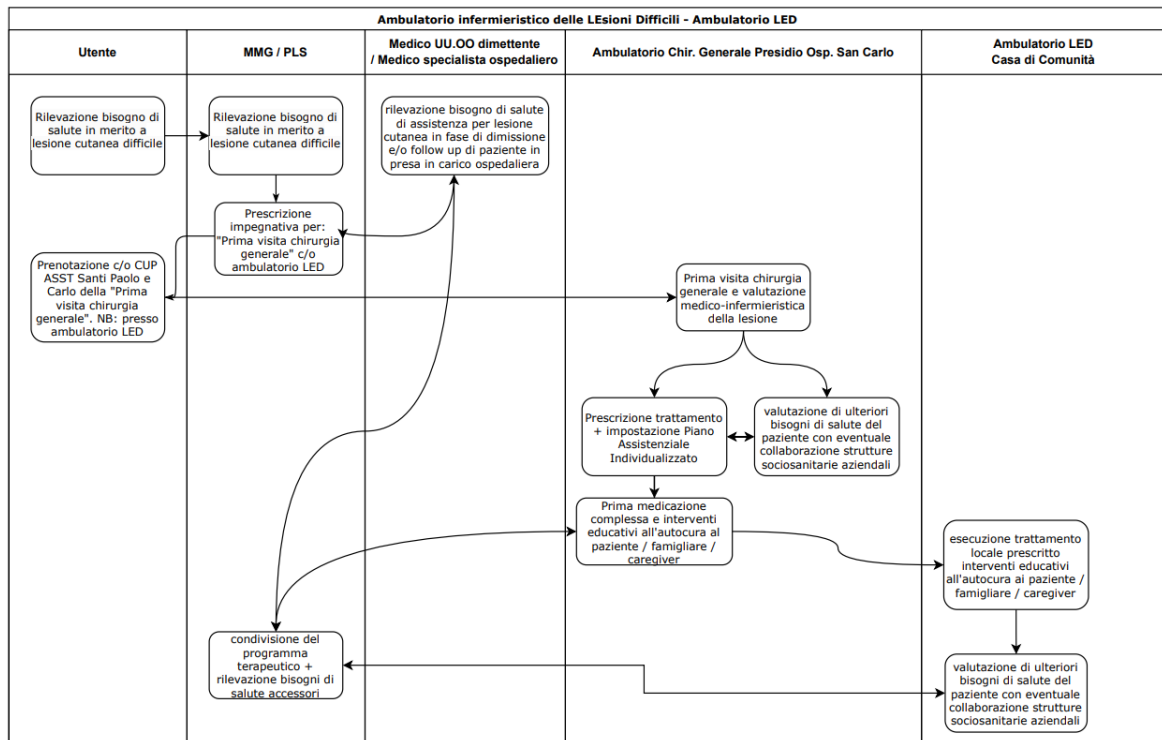
Le prestazioni successive, se indicato, sono eseguite presso l'Ambulatorio infermieristico LED sito nelle CdC di Masaniello e Stromboli.

La prenotazione può essere effettuata con modalità diretta:

- CUP di entrambi i Presidi dell'ASST Santi Paolo e Carlo e/o presso il CUP delle CdC (in questo caso la prenotazione presso l'idoneo ambulatorio aziendale è preferita se rispetta la classe di priorità della prescrizione);
- Prenotazione telefonica da rete fissa, numero verde gratuito Call Center Regionale 800.638.638 (dal lunedì al sabato dalle ore 8.00 alle ore 20.00 esclusi i festivi)
- Prenotazione telefonica da rete mobile, al costo previsto dal proprio piano tariffario: tel. (+039) 02 99.95.99 (dal lunedì al sabato, dalle ore 8.00 alle ore 20.00 esclusi i giorni festivi)
- ON LINE: PRENOTA SALUTE REGIONE LOMBARDIA
<https://prenotasalute.regione.lombardia.it/prenotaonline/>

Segue un diagramma di flusso esemplificando il percorso descritto.

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PROTOCOLLO DI INTEGRAZIONE TRA MMG, PLS E MEDICI SPECIALISTI	12/2024
--	--	-----------------------



 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PROTOCOLLO DI INTEGRAZIONE TRA MMG, PLS E MEDICI SPECIALISTI	12/2024
---	--	-----------------------

APPENDICE 2: Ambulatorio specialistico di Chirurgia Vascolare

Ambulatorio Chirurgia Vascolare:

- Presidio Ospedaliero San Carlo
- Presidio Ospedaliero San Paolo
- CdC Masaniello
- CdC Gola

Prestazioni erogate

Le prestazioni erogate dall'ambulatorio di chirurgia vascolare:

- Prima visita chirurgia vascolare.
- Visita di controllo chirurgia vascolare.
- Diagnostica strumentale: ecocolordopler.

Modalità di accesso

Per poter accedere alla visita di chirurgia vascolare (prima visita o controllo) è necessaria la prescrizione, redatta dal MMG o da altro specialista, su ricettario regionale di:

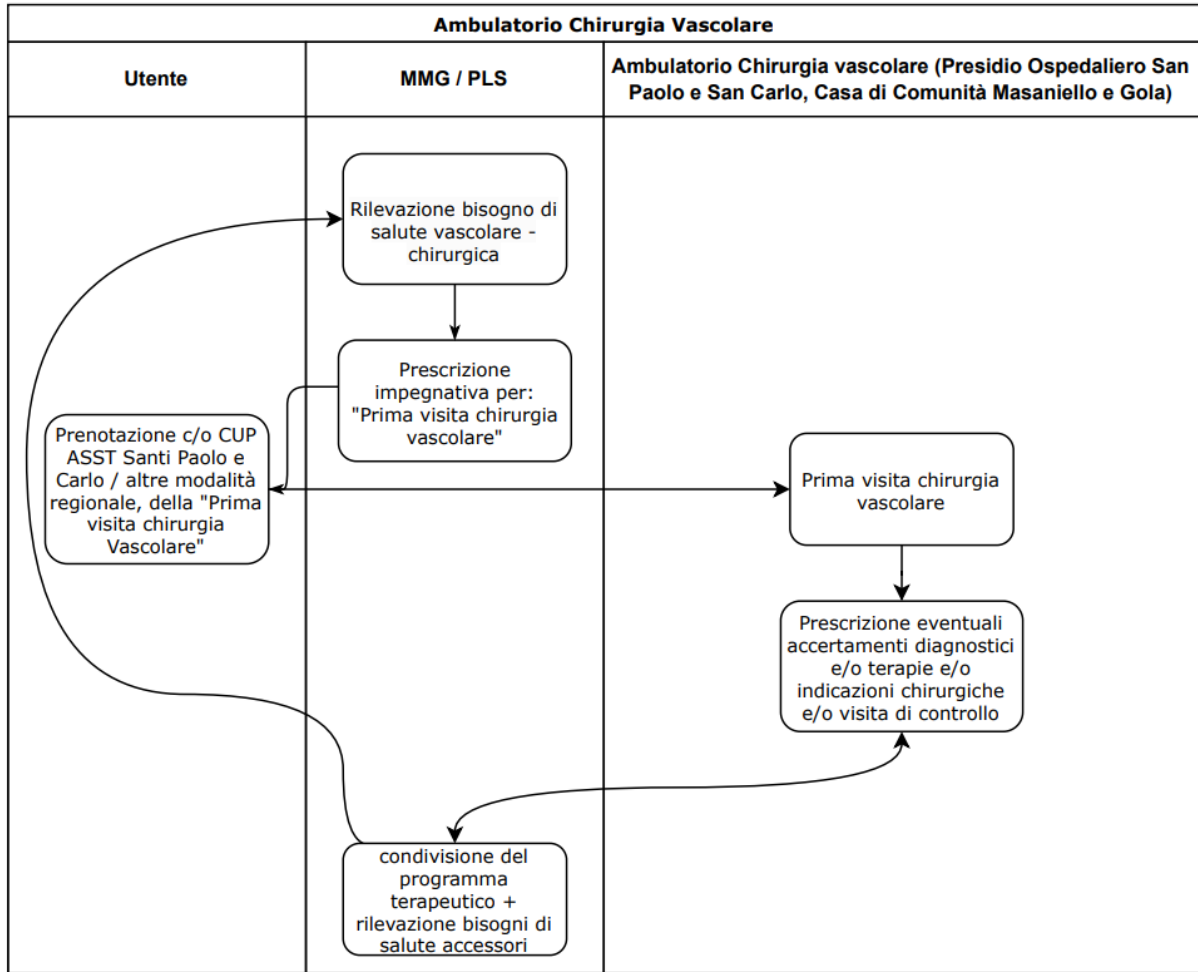
- Prima visita chirurgia vascolare
- Visita di controllo chirurgia vascolare

con indicazione a prenotarla, tramite CUP aziendale attivo nei Presidi Ospedalieri e nelle CdC aziendali, presso l'ambulatorio di chirurgia vascolare di ASST Santi Paolo e Carlo.

La prenotazione può essere effettuata con modalità diretta:

- CUP di entrambi i Presidi dell'ASST e/o presso il CUP delle CdC.
- Prenotazione telefonica da rete fissa, numero verde gratuito Call Center Regionale 800.638.638 (dal lunedì al sabato dalle ore 8.00 alle ore 20.00 esclusi i festivi)
- Prenotazione telefonica da rete mobile, al costo previsto dal proprio piano tariffario: tel. (+039) 02 99.95.99 (dal lunedì al sabato, dalle ore 8.00 alle ore 20.00 esclusi i giorni festivi)
- ON LINE: PRENOTA SALUTE REGIONE LOMBARDIA
<https://prenotasalute.regione.lombardia.it/prenotaonline/>

Segue un diagramma di flusso esemplificando il percorso descritto.



 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PROTOCOLLO DI INTEGRAZIONE TRA MMG, PLS E MEDICI SPECIALISTI	12/2024
---	--	-----------------------

APPENDICE 3: Ambulatorio polispecialistico del Piede Diabetico

L'ambulatorio polispecialistico del Piede Diabetico di ASST Santi Paolo e Carlo garantisce un approccio completo all'inquadramento clinico del paziente, al monitoraggio della sua patologia diabetica, all'eventuale scelta del trattamento, al follow-up ed alla gestione di una delle complicanze più frequente del diabete. L'approccio multidisciplinare, l'inquadramento diagnostico accurato e globale e la personalizzazione del percorso assistenziale – terapeutico, con contestuale attività di prevenzione e di educazione sanitaria per incentivare il processo di autocura, garantisce la continuità assistenziale territoriale al bisogno del paziente.

L'Ambulatorio Piede Diabetico dell'ASST Santi Paolo e Carlo è sito c/o la CdC.

Il modello organizzativo della Rete regionale dei Centri per la prevenzione, diagnosi e cura del Piede Diabetico è definito con DGR N. XI/6253 del 11/04/2022. L'elenco delle Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate a contratto, identificate quali Centri di I, II e III livello che appartengono alla Rete regionale dei Centri per la prevenzione, diagnosi e cura del Piede Diabetico è in fase di definizione.

Prestazioni erogate

L'inquadramento del paziente con piede diabetico richiede una valutazione multispecialistica ed infermieristica. Pertanto, le prestazioni erogate dall'ambulatorio Piede Diabetico sono:

- Visita Chirurgica Vascolare per Piede Diabetico;
- Visita Ortopedica per Piede Diabetico;
- Visita Diabetologica per Piede Diabetico;
- Valutazione Infermieristica

Modalità di accesso

Per poter accedere alla valutazione dell'Ambulatorio del Piede Diabetico è necessaria la prescrizione, redatta dal medico di base o da altro specialista, su ricettario regionale di:

- Visita Chirurgica Vascolare per Piede Diabetico;
- Visita Ortopedica per Piede Diabetico;
- Visita Diabetologica per Piede Diabetico;

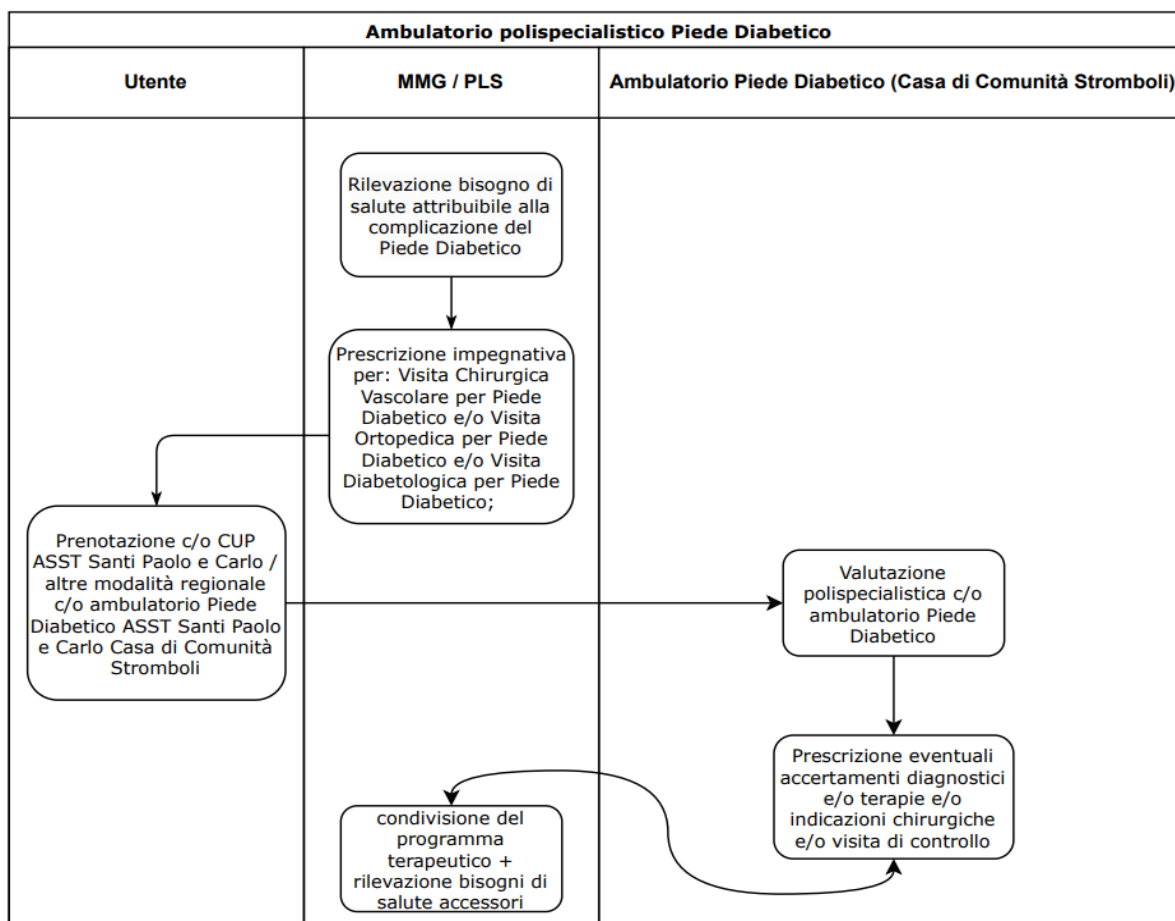
con indicazione a prenotarla, tramite CUP aziendale attivo nei Presidi Ospedalieri e CdC aziendali, presso l'ambulatorio polispecialistico del piede diabetico di ASST Santi Paolo e Carlo.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	PROTOCOLLO DI INTEGRAZIONE TRA MMG, PLS E MEDICI SPECIALISTI	12/2024
--	--	-----------------------

La prenotazione può essere effettuata con modalità diretta:

- CUP di entrambi i Presidi dell'ASST Santi Paolo e Carlo e/o presso il CUP delle CdC (in questo caso la prenotazione presso l'ideoneo ambulatorio aziendale è preferita se rispetta la classe di priorità della prescrizione).
- Prenotazione telefonica da rete fissa, numero verde gratuito Call Center Regionale 800.638.638 (dal lunedì al sabato dalle ore 8.00 alle ore 20.00 esclusi i festivi).
- Prenotazione telefonica da rete mobile, al costo previsto dal proprio piano tariffario: tel. (+039) 02 99.95.99 (dal lunedì al sabato, dalle ore 8.00 alle ore 20.00 esclusi i giorni festivi).
- ON LINE: PRENOTA SALUTE REGIONE LOMBARDIA
<https://prenotasalute.regione.lombardia.it/prenotaonline/>

Segue un diagramma di flusso esemplificando il percorso descritto.



Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	(Protocollo) Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie: integrazione tra IFeC, MMG, personale di studio MMG	12/2024
--	--	-----------------------

Percorsi di integrazione a livello territoriale **con la rete delle cure primarie:** **integrazione tra IFEC, MMG, personale di studio MMG**

INDICE

PREMESSA.....	2
1. AMBITO E APPLICAZIONE	2
2. DEFINIZIONE DEGLI ACRONIMI.....	2
5. ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO:.....	3
5. REGISTRAZIONE DEGLI ACCESSI AL DOMICILIO (SGDT).....	3
6. ESITI DELLA SORVEGLIANZA	3
7. FLOW CHART	4
8. RESPONSABILITÀ	5
9. INDICATORI	6
10. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO.....	6

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	(Protocollo) Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie: integrazione tra IFeC, MMG, personale di studio MMG	12/2024
--	--	-----------------------

Premessa

La tendenza alla crescita della domanda di salute da parte della popolazione, legata all'aumento delle malattie croniche, all'invecchiamento della popolazione e alle disabilità nel loro complesso, ha portato alla costituzione di un'importante fascia di popolazione per la quale le cure primarie e la loro articolazione territoriale rappresentano la modalità principe al soddisfacimento dei loro bisogni di salute.

Nell'erogazione di servizi all'utenza, il concetto di cure di prossimità risulta essere essenziale per garantire lo svolgimento di una presa in cura dei cittadini presso il loro domicilio, garantendo così una più equa fruizione dei servizi di base ed una conseguenziale maggiore equità nella distribuzione della salute in tutta la popolazione dei municipi.

La riorganizzazione del sistema di Cure Primarie passa dalla necessità di costruire un percorso di valorizzazione tra i vari professionisti in campo, attraverso un modello di integrazione che vede la collaborazione tra i medici di medicina generale, gli infermieri di famiglia e non ultimo il personale impiegato all'interno degli studi dei MMG.

Il progetto di sorveglianza domiciliare, a favore delle persone over 65 affette da patologie croniche che possano beneficiare di un monitoraggio programmato, ha l'obiettivo di prevenire accessi in PS o ricoveri inappropriati.

Ambito e applicazione

Le indicazioni contenute in questo documento sono riferibili alla unità di offerta del Territorio nei distretti 5,6 e 7 afferenti all' ASST Santi Paolo Carlo ed in particolare all'integrazione tra IFEC, MMG, personale di studio MMG.

Definizione degli acronimi

CDC: Casa Di Comunità
COT: Centrale Operativa Territoriale
ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
CUT: Centrale Unica di Trasferimenti RL- AREU
PO: Presidio Ospedaliero
MMG: Medico di Medicina Generale
IFEC: Infermiere di Famiglia e Comunità
PUA: Punto Unico di Accesso
PSD: Progetto di sorveglianza domiciliare
PLS: Pediatra Libera Scelta
MCA: Medico di Continuità Assistenziale
SAI: Specialisti Ambulatoriali Interni
PIC: Presa in Carico
SGDT: Sistema di Gestione Digitale del Territorio
CUT: Centrale Unica di Trasferimento
UVM: Unità di Valutazione Multidimensionale
PDTA: Percorsi Diagnostici Terapeutico Assistenziali
UCA: Unità di Continuità Assistenziale
PSD: Progetto Sorveglianza Domiciliare
ADP: Assistenza Domiciliare Programmata

1. Progetto percorso di sorveglianza domiciliare

Il progetto di sorveglianza domiciliare, a favore delle persone over 65 affette da patologie croniche che possano beneficiare di un monitoraggio programmato, ha l'obiettivo di prevenire accessi in PS o ricoveri inappropriati. È anche occasione di educazione sanitaria e di eventuale addestramento del caregiver.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	(Protocollo) Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie: integrazione tra IFeC, MMG, personale di studio MMG	12/2024
--	--	-----------------------

È a beneficio di quei pazienti che hanno difficoltà ad accedere allo studio medico per condizioni cliniche/logistiche (deficit funzionali/barriere) e rappresenta un importante tassello che prevede la collaborazione attiva a livello distrettuale tra le CdC, in particolare tramite gli IFEC e gli MMG operanti sul territorio.

La presa in carico di tali pazienti, si realizza attraverso accessi al domicilio, che vengono effettuati:

1. Dall' MMG anche attraverso il proprio personale infermieristico di studio;
2. Dall'IFEC presenti nelle CdC su attivazione o comunque d'intesa con l'MMG del paziente.

Attivazione del servizio:

L'attivazione del servizio può seguire diversi percorsi:

1. L'MMG, seguendo i criteri della scheda PSD, inserisce il paziente in Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) nel programma informatico "DSP" ed esegue mensilmente gli accessi programmati o personalmente o tramite il proprio personale infermieristico di studio.
2. L'MMG propone via mail o telefonicamente alla COT distrettuale la necessità di attivazione di PSD per un suo paziente. La COT indirizza l'attivazione al PUA territoriale di riferimento.
3. Il paziente/cargiver/altro referente può contattare il PUA che esegue una prima valutazione e, se rispondente ai criteri, attiva il servizio tramite l'IFeC, sempre in collaborazione con l'MMG.

Registrazione degli accessi al domicilio (SGDT)

Attualmente l'MMG registra la segnalazione dei pazienti, il programma di intervento e il numero di accessi programmati al domicilio sul programma "DSP". La rendicontazione degli accessi, dal mese di settembre 2024, è identificabile sullo stesso programma come "Accessi PSD". Appena disponibile l'MMG utilizzerà la piattaforma SGDT.

Infatti, uno dei primi obiettivi della ASST è quello di dotare tutte le unità operative territoriali che compongono il Distretto, del Sistema Gestionale del Territorio (SGDT), con l'obiettivo di condividere dati relativi a ciascun paziente tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza, al fine di consentire di realizzare servizi in rete pienamente integrati.

L'IFeC, in base alla attività di sorveglianza svolta al domicilio dell'utente, procede alla registrazione sull'applicativo SGDT dell'accesso e di una serie di informazioni e parametri del paziente.

Questo garantisce, attraverso una strumentazione appropriata, di evidenziare attivamente eventuali aspetti di criticità, prima che questi ultimi divengano di difficile gestione presso il domicilio del paziente.

Esiti della sorveglianza

Gli esiti dell'attività di sorveglianza dell'IFeC si concretizzano in due tipologie di steps:

1. **Nessuna criticità rilevata:** l'infermiere non ha riscontrato variazioni del quadro clinico presentato nel precedente accesso, la compliance alla terapia è risultata adeguata, come pure l'utilizzo di ausili/dispositivi, non sono stati rilevati sintomi/segni di altro stato morboso, si è verificata la presenza l'adeguatezza del caregiver, laddove necessario in base allo specifico paziente.
2. **ALERT per il medico:** l'infermiere ha rilevato una o più criticità rispetto al precedente accesso domiciliare, o altra condizione non necessariamente clinica e meritevole di

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	(Protocollo) Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie: integrazione tra IFeC, MMG, personale di studio MMG	12/2024
--	--	-----------------------

approfondimento/intervento da parte del medico, con conseguente eventuale attivazione di altri nodi della rete di cure.

La segnalazione di ALERT da parte dell'infermiere determinerà l'intervento del MMG, in termini di:

- accesso domiciliare per lo svilupparsi di una situazione di instabilità clinica;
- contatto telefonico con il paziente/la famiglia/il caregiver, per la definizione con questi e con l'infermiere, di ipotesi di intervento migliorativo;
- conferma del follow up domiciliare al paziente con le scadenze programmate, ma con un accesso del medico in tempi successivi, se necessario con presenza congiunta dell'infermiere;
- accordo con la CdC a livello distrettuale ai fini dell'attivazione di altre unità d'offerta in coerenza con l'evoluzione del bisogno della persona anziana in condizione di cronicità (es. ADI, UCP-DOM, RSA Aperta, altre unità d'offerta);
- accordo con la CdC a livello distrettuale per l'integrazione con i servizi sociali nell'ambito del PUA;

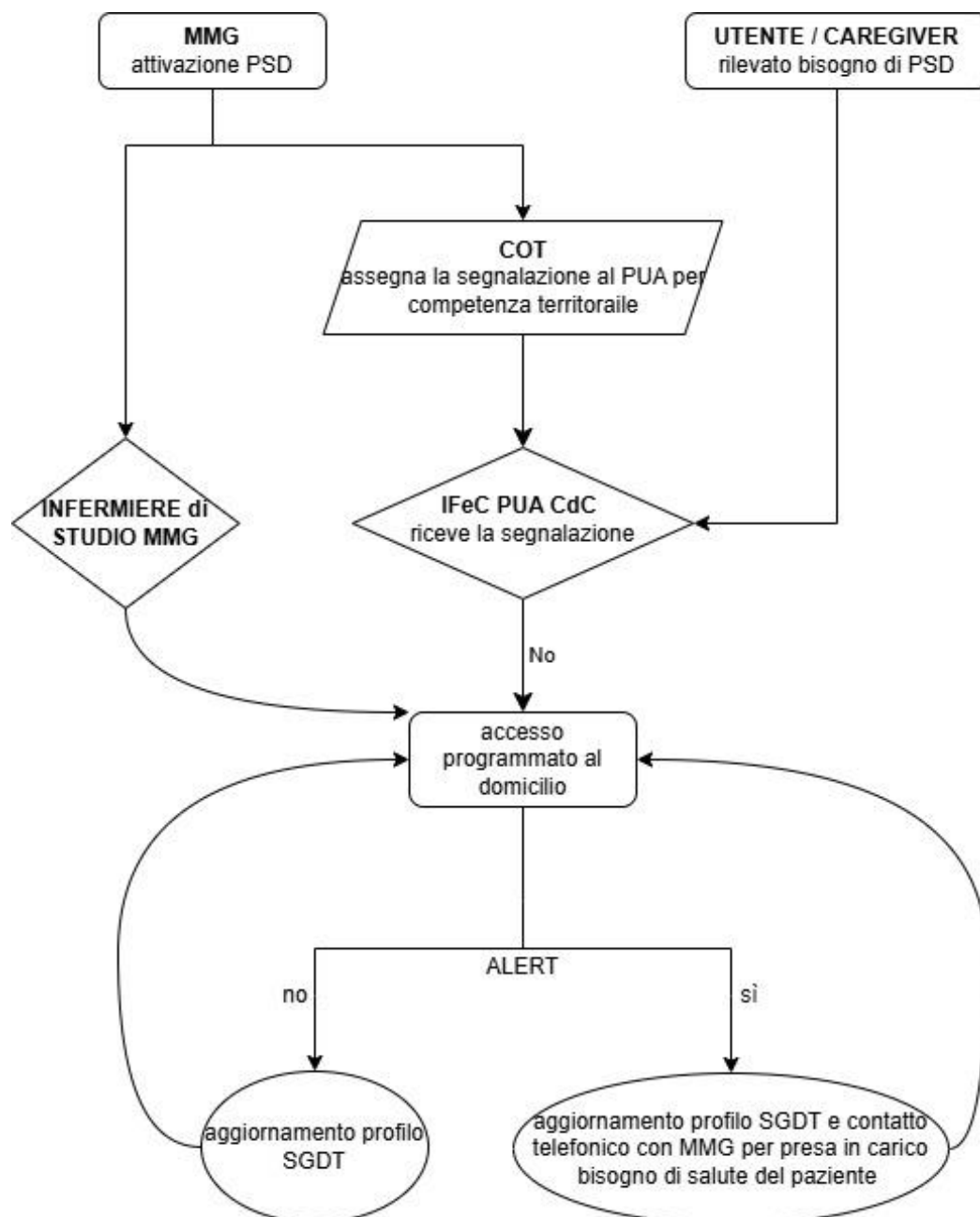
Dopo la visita, l'IFEC provvede ad inviare un resoconto all'MMG di riferimento.

Qualora vi sia la necessità di inviare un ALERT, al resoconto via mail farà seguito anche un contatto telefonico con l'MMG, al fine di definire al meglio la strategia migliore da attuare.

Flow Chart

Si allega il diagramma di flusso sopradescritto.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	(Protocollo) Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie: integrazione tra IFeC, MMG, personale di studio MMG	12/2024
--	---	---------



Responsabilità

Sono definite le seguenti macro-attività, le figure sanitarie coinvolte e le relative responsabilità inerenti al percorso PSD:

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	(Protocollo) Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie: integrazione tra IFeC, MMG, personale di studio MMG	12/2024
--	--	----------------

Figure coinvolte Fasi	MMG	Personale studio MMG	IFEC
Attivazione sorveglianza	R	C	C
Programmazione visite al domicilio	R	C	R
Gestione SGDT	I	-	R
Valutazione parametri al domicilio	R	R	R
Attivazione procedura di ALERT	C	R	R
Esiti a seguito della procedura di ALERT	R	C	C
Ulteriore programmazione visite a seguito di follow-up positivo	R	C	C

LEGENDA MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ: R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Informato;

Indicatori

Si propongono i seguenti indicatori di monitoraggio:

N° attivazioni PSD in DSP da parte dei MMG

N° attivazioni PSD inviate alla COT di riferimento

N° attivazioni PSD richieste al PUA da paziente/cargiver/altro referente

Documenti di riferimento

- DGR n°XII /1827 del 31/01/2024 “Determinazione in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2024.
- DGR n° XII 2089 del 25/03/2024 “Approvazione delle linee di indirizzo per i piani di sviluppo del Polo Territoriale per le ASST”.
- DGR n°XII / 2127 del 15/04/2024 “Approvazione delle linee di indirizzo per la programmazione Sociale Territoriale per il Triennio 2025-2027”.
- RL- RLA00G-2022-714 “Documento regionale di programmazione dell’assistenza territoriale attuazione mansione 6c1 PNRR”.
- DGR n° XI / 6867 02/08/2022 “Determinazioni in ordine all’assistenza domiciliare integrata in attuazione dell’intesa del 4 agosto 2021”.
- DGR n. XI/ 6760 del 25/07/2022 “Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l’applicazione del dm 77del 23 maggio 2022 “regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale”.
- DGR n. XI/ 6607 del 30/06/2022 “Ulteriori determinazioni in merito all’attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza - missione 6c1”.
- DM 77 del 23/05/2022 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale”
- D.L. N. 34/2020 “Misure urgenti in materia salute, sostegno al lavoro e all’economia nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da covid 19”
- RL- RLA00G-2022-714 “Documento regionale di programmazione dell’assistenza territoriale attuazione mansione 6c1 PNRR”
- DGR n° XI / 6867 02/08/2022 “Determinazioni in ordine all’assistenza domiciliare integrata in attuazione dell’intesa del 4 agosto 2021”
- AST_DSS_404 IL PERCORSO DEL PAZIENTE CRONICO-FRAGILE

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	(Protocollo) Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie: integrazione tra IFeC, MMG, personale di studio MMG	12/2024
--	--	-----------------------

- Linee Guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-7 “Centrali Operative pienamente funzionanti "sub-investimento 1.2.2_Centrali Operative Territoriali (versione 01 del 26/01/2024)
- Guida operativa per la redazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente, di cui al meccanismo di verifica CE per il target PNRR M6C1-7 “Centrali operative pienamente funzionanti”, riferibile al sub investimento 1.2.2_ Centrali Operative Territoriali.
- LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE: DALLA REALIZZAZIONE ALL'ATTIVAZIONE. I quaderni Supplemento alla rivista semestrale monitor 2022 Agenas
- AST _DSS 411 “Valutazione dell’utente per l’avvio del percorso ADI”
- AST DSS 404 “Presenza In Carico dell’utente Cronico- Fragile (ex procedura CSA- PIC)”

SCHEDA INTERVENTO - SERD TERRITORIALE INFORMAZIONE PREVENZIONE

SCUOLE

Criticità o razionale del progetto	Attività di informazione e prevenzione nelle scuole medie e superiori del Territorio di ASST Santi Paolo e Carlo sui temi Dipendenze e aspetti correlati di Legalità. Il progetto, alla luce degli argomenti affrontati, sarà svolto in collaborazione con il SERD Area Penale e Penitenziaria e si integra con le attività della Cooperativa Spazio Aperto Servizi.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3						
	AT4						
	AT5	X		X			
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Scuole medie e superiori del territorio di ASST Santi Paolo e Carlo Milano						
Descrizione 2025-2027 del servizio / progetto	Incontri presso gli istituti scolastici coinvolti di n. 2-3 Operatori del SERD Territoriale e/o Penitenziario. Il pacchetto informativo/formativo prevede 2 incontri d'aula nelle scuole medie e 3 nelle scuole superiori con le classi individuate dall'Istituto. Il terzo incontro delle superiori prevede la presenza in aula (se disponibili al momento) di Testimonial Pazienti o ex Pazienti di entrambi i SERD che hanno fatto programmi riabilitativi per la Dipendenza e per la parte legale. Per le classi V Il progetto di prevenzione e informazione, promosso da ASST Santi Paolo e Carlo, mira a sensibilizzare gli studenti delle scuole medie e superiori del territorio di Milano sui temi delle dipendenze e della legalità. In collaborazione con il SERD Area Penale e Penitenziaria e con il supporto della Cooperativa Spazio Aperto Servizi, il programma prevede interventi formativi svolti direttamente presso gli istituti scolastici coinvolti. L'attività si concretizza in cicli di incontri gestiti da operatori del SERD territoriale e/o penitenziario: nelle scuole medie sono previsti 2 incontri per classe, mentre nelle superiori il pacchetto formativo include 3 incontri. Durante il terzo incontro per le scuole superiori, qualora disponibili, saranno presenti testimoni diretti (pazienti o ex pazienti) che hanno vissuto percorsi di riabilitazione per problemi di dipendenza e legati a reati. Per gli studenti delle classi quinte maggiorenni, il progetto offre la possibilità di una visita guidata al SERD Trattamento Avanzato "La Nave" presso la Casa Circondariale di San Vittore, compatibilmente con le disponibilità organizzative e logistiche.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distrettuale (Distretti 5,6,7)						
Attori/Enti coinvolti	ASST Santi Paolo e Carlo (SERD Territoriale e Penitenziario - Distretti 5,6,7) - Cooperativa Spazio Aperto Servizi - Istituti scolastici coinvolti - Casa Circondariale San Vittore						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Già presenti in organico						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Sì						
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027						
Indicatore e risultato atteso	Attuazione dell'intervento d'informazione/prevenzione in almeno 3 istituti scolastici per ogni anno della progettualità						

Legenda della matrice:

Area Tematica		Linea di intervento	
Valutazione	AT1	Area prevenzione	LI1
Continuità dell'assistenza tra setting di cura	AT2	Area materno-infantile	LI2
Cure domiciliari	AT3	Area minori-adolescenti	LI3
Percorsi di integrazione con le cure primarie	AT4	Area autonomia	LI4
Prevenzione e promozione della salute	AT5	Area fragilità	LI5
Telemedicina	AT6	Area grave emarginazione	LI6
PIC cronici e fragili	AT7		

SCHEDA INTERVENTO – SVILUPPO DI SOLUZIONI PER L'ASSENZA DI CASA DI COMUNITÀ (CdC) NEL DISTRETTO 5

Criticità o razionale del progetto	Le tempistiche per la costruzione della CdC nel Distretto 5 si sono allungate, e al momento nel distretto sono assenti le CdC e l'Ospedale di Comunità (OdC), strutture fondamentali previste dal DM 77/2022 per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale. Pertanto, fino alla costruzione della CdC/OdC di via Ghini si rende necessario compensare, potenziando i servizi offerti nelle varie strutture del Distretto 5 e in particolare: - Struttura di via Boifava, n.25 - Ambulatorio sociosanitario territoriale via Saponaro, n. 1A - Poliambulatorio di via Baroni n.48						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1					X	
	AT2						
	AT3				X	X	
	AT4						..
	AT5			X			
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Popolazione residente nel Distretto 5, in particolare i quartieri Gratosoglio, Chiesa Rossa, Stadera, focus su pazienti fragili > 65 anni e popolazione tra 6-18 anni						
Descrizione del servizio / progetto	- Riorganizzazione dei servizi della via Boifava n.25 con inserimento del Punto Unico di Accesso (PUA) e altri servizi di prossimità. - Articolazione organizzativa con i servizi per residenti Distretto 5 da parte di IFeC identificati, a partenza dalla CdC di via Gola (COT e domiciliari). - Sviluppo dell'assistenza territoriale nel quartiere Gratosoglio, attraverso la collaborazione tra MMG/PLS e IFeC in un sistema centrato sull'approccio alla persona ed ai suoi bisogni, che possa garantire l'integrazione anche delle competenze psicologiche. Attività di informazione e promozione della salute condotte nelle scuole primarie e/o secondarie nel quartiere Gratosoglio per la diffusione dei corretti stili di vita e di cultura sanitaria per incentivare comportamenti salutari e consapevoli						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	1,2. Distrettuale: Distretto 5 3. Subdistrettuale: quartiere Gratosoglio/asse Missaglia						
Attori/Enti coinvolti	ASST – strutture presso le sedi di via Gola, via Boifava, via Saponaro e via Baroni						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Personale IFEC, Assistenti sociali, Assistenti sanitari, medici e psicologi dei servizi coinvolti						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No						
Anno Avvio / Anno Fine	Avvio 2024						
Indicatore e risultato atteso	Evidenza di un progressivo incremento nelle prese in carico (n.CA, n.PSD e n. ADI attivate), in relazione alla riorganizzazione dei servizi						

Legenda della matrice:

Area Tematica		Linea di intervento	
Valutazione	AT1	Area prevenzione	LI1

Continuità dell'assistenza tra setting di cura	AT2	Area materno-infantile	LI2
Cure domiciliari	AT3	Area minori-adolescenti	LI3
Percorsi di integrazione con le cure primarie	AT4	Area autonomia	LI4
Prevenzione e promozione della salute	AT5	Area fragilità	LI5
Telemedicina	AT6	Area grave emarginazione	LI6
PIC cronici e fragili	AT7		

SCHEDA INTERVENTO – RAFFORZAMENTO EQUIPE UVM MULTIDISCIPLINARE

Criticità o razionale del progetto	Ottimizzazione delle risorse						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1					X	
	AT2						
	AT3						
	AT4						
	AT5						
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Equipe UVM						
Descrizione del servizio / progetto	Attivazione e rafforzamento delle figure professionali componenti le equipe UVM (EVM) in senso multidisciplinare						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distrettuale (Distretti 5,6,7) – Casa di Comunità						
Attori/Enti coinvolti	IfeC/Assistenti Sanitari/Assistenti Sociali/Medico CdC/MMG/PLS/Specialisti /Psicologo Cure Primarie + Assistenti Sociali comunali						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Risorse già presenti in organico da coinvolgere in funzione delle necessità.						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No						
Anno Avvio / Anno Fine	2025- 2027						
Indicatore e risultato atteso	Numero di valutazioni effettuate con presenza di figura specialistica/MMG/PLS/Psicologo/numero di valutazioni effettuate Risultato atteso: ≥ 1						

Legenda della matrice:

Area Tematica		Linea di intervento	
Valutazione	AT1	Area prevenzione	LI1
Continuità dell'assistenza tra setting di cura	AT2	Area materno-infantile	LI2
Cure domiciliari	AT3	Area minori-adolescenti	LI3
Percorsi di integrazione con le cure primarie	AT4	Area autonomia	LI4
Prevenzione e promozione della salute	AT5	Area fragilità	LI5
Telemedicina	AT6	Area grave emarginazione	LI6

PIC cronici e fragili	AT7		
-----------------------	-----	--	--

SCHEMA INTERVENTO - DIMISSIONE PROTETTA AL DOMICILIO DI PAZIENTE RICOVERATO

Criticità o razionale del progetto	Integrazione per garantire la continuità dell'assistenza nel passaggio dal ricovero ospedaliero al rientro al domicilio o altro contesto di cura definendo le modalità di collaborazione tra i differenti professionisti sanitari, ospedalieri e territoriali.					
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5
	AT1					
	AT2				X	X
	AT3					
	AT4				X	X
	AT5					
	AT6					
	AT7					
Destinatari specifici dell'intervento (target)	• Utenti cronici fragili • Over 65 dimessi • Dimessi dopo ricovero ospedaliero con attivi percorsi di dimissione protetta					
Descrizione del servizio / progetto	L'individuazione precoce del paziente a rischio di dimissione difficile dopo ricovero ospedaliero deve avvenire precocemente dopo 24-48 ore dall'accesso in ospedale; lo strumento individuato per l'identificazione dei pazienti a rischio di dimissioni difficili e che necessitano di un programma di dimissioni protette è la Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) quale scala con valore predittivo che guida l'agire professionale dei professionisti coinvolti coinvolte. Questa prima valutazione viene effettuata dai Case Manager di Unità operativa e di Pronto Soccorso, recentemente introdotti nell'organizzazione dell'attività assistenziale. Le risultanze della prima valutazione, se indicative di situazioni di fragilità cliniche, assistenziali e/o sociali vengono condivise con i clinici di riferimento del paziente e con il servizio sociale ospedaliero. La valutazione multidisciplinare da parte della équipe ospedaliera dei pazienti ricoverati così effettuata, è finalizzata alla definizione del progetto di dimissione protetta più appropriato. Nelle situazioni di particolare complessità sia clinica che sociale nella definizione del progetto di dimissione viene coinvolto il MMG di riferimento del paziente. I percorsi sanitari (sia domiciliari sia che prevedano un ricovero in struttura riabilitativa) vengono attivati con il supporto della COT di riferimento per la residenza del paziente. Per i pazienti che alla valutazione esprimono una situazione sociale di particolare fragilità, il servizio sociale ospedaliero prenderà contatti con il servizio sociale territoriale <u>di primo livello</u> per l'attivazione di misure assistenziali da erogare a domicilio (es. attivazione custodi sociali, consegna pasti a domicilio) o <u>del Comune</u> per l'inserimento in RSA, secondo le modalità definite dal "PROTOCOLLO OPERATIVO TRA ATS DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO - COMUNE DI MILANO - ASST FATEBENEFRADELLI SACCO - ASST SANTI PAOLO E CARLO E ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA - ASST GAETANO PINI - FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO PER LE DIMISSIONI PROTETTE".					

	Quanto definito in fase di dimissione, dovrà essere condiviso con il MMG per favorire la fattiva integrazione tra gli stessi e gli specialisti ospedalieri, e garantire l'armonico flusso di informazioni cliniche e la continuità delle cure. In particolare, nelle more dell'implementazione del Sistema Digitale di Gestione Territoriale (SGDT), verrà identificata una modalità condivisa ed efficace di trasmissione di informazioni cliniche, relative ai percorsi attivati in fase di dimissioni per consentire successivo monitoraggio domiciliare. In questo ambito un ruolo fondamentale sarà assunto dalle COT che, secondo modalità concordate e condivise nell'ambito di incontri con AFT e i Distretti favorirà il raccordo tra gli specialisti ospedalieri e gli MMG.
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distrettuale (Distretti 5,6,7)
Attori/Enti coinvolti	• Professionisti della rete ospedaliera • Direzione Medica di Presidio • MMG/PLS • Direzioni di Distretto • Servizi sociali ospedalieri e Comunali • IFeC COT
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Risorse già presenti in organico
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Si
Anno Avvio / Anno Fine	Inizio gennaio 2025 Incontri di condivisione AFT per: • presentazione modello di dimissione protetta ospedaliera • condivisione di strumenti/modalità operative di passaggio di informazioni
Indicatore e risultato atteso	• N° valutazioni/Tot pazienti ricoverati • Segnalazioni effettuate al MMG da parte della COT per paziente con attivazione percorsi/numero di valutazioni effettuate in fase di dimissione ospedaliera con attivazione percorsi sociosanitari Risultato atteso >50%

Legenda della matrice:

Area Tematica		Linea di intervento	
Valutazione	AT1	Area prevenzione	LI1
Continuità dell'assistenza tra setting di cura	AT2	Area materno-infantile	LI2
Cure domiciliari	AT3	Area minori-adolescenti	LI3
Percorsi di integrazione con le cure primarie	AT4	Area autonomia	LI4
Prevenzione e promozione della salute	AT5	Area fragilità	LI5
Telemedicina	AT6	Area grave emarginazione	LI6
PIC cronici e fragili	AT7		

SCHEMA INTERVENTO - PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON CODICI MINORI DIMESSI DA PRONTO SOCCORSO

Criticità o razionale del progetto	L'obiettivo principale è ridurre i tempi di attesa e il fenomeno del "boarding" nei Pronto Soccorso (PS) attraverso la presa in carico tempestiva dei pazienti con codici minori, over 65, persone fragili o con cronicità. Questi pazienti possono beneficiare di un'integrazione con i servizi territoriali e di una migliore gestione a domicilio riducendo così accessi impropri e ripetuti in PS. La presa in carico e il monitoraggio domiciliare consentono una continuità assistenziale, riducendo il sovraccarico delle strutture ospedaliere.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2					X	
	AT3						
	AT4						
	AT5						
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Utenti che accedono in PS con codice bianco o verde con i seguenti criteri di inclusione: • Utenti over 65 • Utenti con fragilità/cronicità • Utenti con bisogno sociale/orientativo/educazione sanitaria • Utenti per attivazione servizi sul territorio (Cure domiciliari-dimissioni protette-specialistica ambulatoriale-ecc) • Utenti con plurimi accessi impropri gestibili a domicilio/territorio • Utenti con bisogno di valutazione e monitoraggio a domicilio						
Descrizione del servizio / progetto	Il progetto in fase sperimentale si propone la necessità di andare ad intercettare in modo proattivo l'utenza che si presenta al PS, inquadrata da triage con codice Bianco o Verde e che necessita non solo di una valutazione preliminare See and Treat, ma anche di percorsi Fast Track e quindi di una valutazione specialistica. Alla dimissione da PS, questo può determinare secondo criteri clinici e di inclusione una presa in carico da parte dell'infermiere di famiglia presente on-site e quindi l'attivazione di un percorso clinico-assistenziale e riabilitativo ad hoc, attraverso il coinvolgimento di strutture presenti sul territorio. Obiettivo: 1. Ridurre la frequenza di accesso degli utenti 2. Ridurre il boarding di PS attraverso la presa in carico dell'utenza con codici minori 3. Migliorare l'outcome del paziente Metodologia: Presenza di IFeC nel PS dell'ASST Santi Paolo e Carlo in fase di avvio dal lunedì al venerdì, con orario 9:00-17:00, e successivo ampliamento dell'attività, a regime, anche il sabato e la domenica con lo stesso orario. Gestione dei pazienti rispondenti ai requisiti mediante:						

	- Scheda triage - Eventuale valutazione di secondo livello - Compilazione dello strumento di segnalazione - Invio della segnalazione alla COT di competenza territoriale La COT di competenza territoriale: - Riceve la segnalazione - Individua la CdC di riferimento per la presa in carico e per la pianificazione di eventuali visite domiciliari - Contatta la COT di riferimento
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Raccordo ospedale-territorio
Attori/Enti coinvolti	Elenco soggetti coinvolti: • IFeC di PS • Visual • Case Manager • Infermieri PS/triage • Assistenti Sociali • Coordinatore PS /CdC/COT • Responsabile di Area Dipartimentale integrazione Ospedale Territorio • MMG Elenco Strutture Coinvolte: • Case di Comunità • Centrale Operativa Territoriale • Punto Unico di accesso • Cure Domiciliari • Cure Palliative Domiciliari
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	2 IFeC (1 per ciascun PS) presenti nella fascia oraria 9-17
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	L'attività avrà inizio a partire da novembre 2024 con valutazione del progetto sperimentale a 6 mesi.
Indicatore e risultato atteso	• N° di prese in carico • Tempi di attesa in PS codici minori • N° accessi ripetuti

Legenda della matrice:

Area Tematica		Linea di intervento	
Valutazione	AT1	Area prevenzione	LI1
Continuità dell'assistenza tra setting di cura	AT2	Area materno-infantile	LI2
Cure domiciliari	AT3	Area minori-adolescenti	LI3

Percorsi di integrazione con le cure primarie	AT4	Area autonomia	LI4
Prevenzione e promozione della salute	AT5	Area fragilità	LI5
Telemedicina	AT6	Area grave emarginazione	LI6
PIC cronici e fragili	AT7		

SCHEDA INTERVENTO - PROCEDURA OPERATIVA AVVIO OSPEDALE DI COMUNITA' ASST SANTI PAOLO E CARLO

Razionale del progetto	Il presente progetto mira a definire le fasi delle attività connesse e sottese all'avvio dell'attività degli Ospedale di Comunità (OdC) dell'Asst Santi Paolo e Carlo	
Matrice Delle Linee Di Intervento/Area Tematica	AT2	LI5
Destinatari specifici dell'intervento	Equipe dell'Ospedale di Comunità	
Descrizione del servizio/progetto	Il primo OdC previsto sarà ubicato presso il Presidio Ospedaliero San Carlo. In fase di avvio è prevista la redazione di una procedura operativa che dovrà prevedere i seguenti domini: • Pazienti candidabili • Modalità operative per richieste di ingresso e dimissione • Equipe di assistenza assegnata • Criteri di accesso a servizi diagnostici • Gestione delle emergenze urgenze	
Ambito territoriale di realizzazione del progetto	Distrettuale (Distretti 5,6,7)	
Attori/enti coinvolti	• Specialisti Ospedalieri • MMG • Medici Continuità Assistenziale • IFeC COT	
Risorse Asst coinvolte/necessarie	Personale Sanitario (medici, infermieri, operatori sociosanitari e altri professionisti sanitari)	
Progettualità presente nei piani di zona	No	
Anno avvio/anno fine	2025-2027	
Indicatore e risultato atteso	Stesura procedura modalità operativa OdC	

Legenda della matrice:

Area Tematica		Linea di intervento	
Valutazione	AT1	Area prevenzione	LI1
Continuità dell'assistenza tra setting di cura	AT2	Area materno-infantile	LI2
Cure domiciliari	AT3	Area minori-adolescenti	LI3
Percorsi di integrazione con le cure primarie	AT4	Area autonomia	LI4
Prevenzione e promozione della salute	AT5	Area fragilità	LI5
Telemedicina	AT6	Area grave emarginazione	LI6

PIC cronici e fragili	AT7		
-----------------------	-----	--	--

SCHEDA INTERVENTO - CURE DOMICILIARI

Criticità o razionale del progetto	La presente proposta mira a definire l'implementazione della presa in carico dei pazienti da parte della C- DOM dell'ASST Santi Polo Carlo, favorendo l'articolazione dell'attività su base distrettuale						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3					X	
	AT4						
	AT5						
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Cittadini residenti nei Distretti 5 6 7, con prescrizioni delle prestazioni erogabili con percorso ADI.						
Descrizione del servizio / progetto	Fase di avvio • Acquisizione mezzi e dispositivi richiesti • Progressivo inserimento nuovo personale sanitario dedicato • Organizzazione dell'attività del team di assistenza su base distrettuale, sia in fase di organizzazione delle uscite domiciliari, sia prevedendo nelle CdC di riferimento dei Distretti, la possibilità di consentire al personale di rifornirsi di presidi necessari alla prestazione da effettuare.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distrettuale (Distretti 5,6,7)						
Attori/Enti coinvolti	Personale afferente al servizio C -DOM IFeC COT IFeC PUA						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Infermieri ADI (fabbisogno richiesto) Fisioterapisti (fabbisogno richiesto) Operatori sociosanitari (fabbisogno richiesto) Un coordinatore dell'attività dedicato						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No						
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027						
Indicatore e risultato atteso	N° attivazioni presa in carico/N° richieste pervenute Risultato atteso=100%						

Legenda della matrice:

Area Tematica		Linea di intervento	
Valutazione	AT1	Area prevenzione	LI1
Continuità dell'assistenza tra setting di cura	AT2	Area materno-infantile	LI2
Cure domiciliari	AT3	Area minori-adolescenti	LI3
Percorsi di integrazione con le cure primarie	AT4	Area autonomia	LI4
Prevenzione e promozione della salute	AT5	Area fragilità	LI5
Telemedicina	AT6	Area grave emarginazione	LI6
PIC cronici e fragili	AT7		

SCHEDA INTERVENTO – PSICOLOGIA DELLE CURE PRIMARIE

Criticità o razionale del progetto	Il progetto mira a istituire il Servizio di Psicologia delle Cure Primarie presso le strutture dell'ASST Santi Paolo e Carlo per garantire una risposta di prossimità tempestiva e diffusa ai bisogni psicologici della popolazione, garantendo l'integrazione con i servizi sanitari e sociosanitari esistenti. Razionale: • Offrire supporto psicologico tempestivo, accessibile e vicino ai cittadini. • Integrazione con MMG, PLS e specialisti per affrontare i bisogni assistenziali psicologici. • Promuovere la salute bio-psico-sociale dei cittadini						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3						
	AT4	X				X	
	AT5						
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Minori, Adulti, Anziani, Fragili, Famiglie, Operatori, Enti						
Descrizione del servizio / progetto	Il servizio di psicologia delle cure primarie opera in sinergia con l'offerta sanitaria e sociosanitaria dei distretti dell'ASST Santi Paolo e Carlo, mantenendo un costante collegamento con il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, gli altri servizi specialistici, i MMG e i PLS, le équipes multidisciplinari di valutazione multidimensionale del bisogno. L'ASST promuove una collaborazione efficace tra il servizio di psicologia e i consultori, le scuole e i servizi sociali territoriali della disabilità, fragilità, cronicità e con i servizi di prevenzione e promozione della salute. È incentivata anche la collaborazione con gli ETS. <u>Organizzazione:</u> Ogni CdC prevede la presenza di uno psicologo delle cure primarie, il quale può operare anche in spazi messi a disposizione dagli enti locali per agevolare l'accesso nelle aree rurali o disagiate. Modalità di accesso: Il servizio è attivabile con le seguenti modalità: - Segnalazione da parte di MMG, PLS, specialisti ambulatoriali e servizi sociali - Attivazione tramite COT - Accesso diretto del cittadino tramite il PUA delle CdC Il servizio psicologico risponde tempestivamente ai segnali di disagio psicologico grazie a un rapido coordinamento con i servizi specialistici del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, garantendo diagnosi e interventi psicologici precoci. Prestazioni erogate • Consulenza e supporto psicologico alle persone e alle loro famiglie • Orientamento delle richieste verso i Servizi Specialistici • Supporto psicologico nelle patologie croniche e disabilità • Diagnosi e intervento psicologico precoce • Prestazioni domiciliari e tramite telemedicina • Attività di prevenzione selettiva e prevenzione come da piani e programmi regionali						

	Ruolo dello Psicologo nelle Cure Primarie Lo psicologo riveste un ruolo cruciale nella valutazione del bisogno psicologico del paziente e del caregiver, determinando le modalità di intervento. Collabora alla creazione di percorsi di integrazione con MMG/PLS, PUA, COT, specialisti e altri attori della rete territoriale, garantendo un supporto completo e integrato per il benessere psicologico della comunità.
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Aziendale ASST Santi Paolo e Carlo Distrettuale (Distretto 5, 6, 7)
Attori/Enti coinvolti	Sedi distrettuali
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	7/8 psicologi dedicati all'attività in fase di reperimento
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	Attivazione del servizio in almeno 1 Casa di Comunità con definizione di procedura

Legenda della matrice:

Area Tematica		Linea di intervento	
Valutazione	AT1	Area prevenzione	LI1
Continuità dell'assistenza tra setting di cura	AT2	Area materno-infantile	LI2
Cure domiciliari	AT3	Area minori-adolescenti	LI3
Percorsi di integrazione con le cure primarie	AT4	Area autonomia	LI4
Prevenzione e promozione della salute	AT5	Area fragilità	LI5
Telemedicina	AT6	Area grave emarginazione	LI6
PIC cronici e fragili	AT7		

SCHEDA INTERVENTO – FAMIGLIE VULNERABILI

Criticità o razionale del progetto	Presa in carico Famiglie di minori in condizioni di vulnerabilità e supporto genitoriale						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1			X			
	AT2						
	AT3						
	AT4						
	AT5						
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Famiglie con minori						
Descrizione del servizio / progetto	Prevenire situazioni di disagio familiare per i minori e situazioni di pregiudizio: • Interventi preventivi e di sostegno e supporto alla genitorialità. • Interventi preventivi e di presa in carico psicologica di bambini, adolescenti e giovani adulti • Prevenzione, Valutazione e Supporto ai minori con disagio, vittime di abusi e maltrattamenti in collaborazione con l'Autorità Giudiziaria e Servizi Sociali • Ridefinizione Protocollo Tutela Minori (ASST, Comune di Milano, ATS) • Favorire l'accessibilità ai Servizi rispondenti al bisogno, orientamento e accompagnamento all'invio • Collaborazione ed integrazione con la rete dei Servizi pubblici, le Associazioni del terzo settore e i Progetti attivi sul territorio e con la Rete Antiviolenza per il supporto sociale, educativo, psicologico al nucleo.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distrettuale (Distretti 5,6,7)						
Attori/Enti coinvolti	ASST (consultori familiari e altri servizi distrettuali), Servizi Sociali territoriali, Associazioni del Terzo settore, Autorità Giudiziaria						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Già presenti in organico						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Sì						
Anno Avvio / Anno Fine	2024-2027 In continuità						
Indicatore e risultato atteso	• Stesura Protocollo Tutela Minori • Implementazione collaborazione con la rete di Servizi e Associazioni del terzo settore attive nell'area minori e famiglie						

Legenda della matrice:

Area Tematica	Linea di intervento
----------------------	----------------------------

Valutazione	AT1	Area prevenzione	LI1
Continuità dell'assistenza tra setting di cura	AT2	Area materno-infantile	LI2
Cure domiciliari	AT3	Area minori-adolescenti	LI3
Percorsi di integrazione con le cure primarie	AT4	Area autonomia	LI4
Prevenzione e promozione della salute	AT5	Area fragilità	LI5
Telemedicina	AT6	Area grave emarginazione	LI6
PIC cronici e fragili	AT7		

SCHEMA INTERVENTO - LABORATORIO PERMANENTE PER LA PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA E DEL MOVIMENTO

Criticità o razionale del progetto	Promozione e sistematizzazione dei programmi di attività fisica (gruppi di cammino, AFA/EFA) finalizzati a favorire la diffusione di stili di vita attivi e sani in tutte le fasce d'età (bambini/giovani, adulti, anziani) e il miglioramento della qualità della vita in popolazioni con patologie croniche e/o disabilità.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3						
	AT4						
	AT5	x			x	x	
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Popolazione di tutte le fasce d'età (bambini/giovani, adulti, anziani). Relativamente a AFA/EFA: persone diversamente abili o in condizioni di salute clinicamente stabili.						
Descrizione del servizio / progetto	Dopo l'istituzione del laboratorio permanente per la promozione della attività fisica e del movimento della ASST Santi Paolo e Carlo (Delibera 1111 del 26.6.24) è stato avviato il censimento dell'offerta di AFA/EFA con l'obiettivo di individuare le possibili strutture erogatrici al fine di costruire eventuali percorsi integrati con le strutture aziendali, associazioni ed Enti del Terzo Settore. Nella realizzazione della mappatura sono stati inclusi anche i gruppi di cammino presenti sul territorio del distretto 5, 6 e 7.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distrettuale (Distretti 5,6,7) Il progetto si articola sui 3 distretti di competenza della ASST Santi Paolo e Carlo ed è stato presentato ai Municipi del Comune di Milano, agli MMG e PLS, agli Enti del Terzo Settore durante gli incontri dell'organismo consultivo distrettuale						
Attori/Enti coinvolti	- ASST Santi Paolo e Carlo: - Dipartimento del Recupero Funzionale e Fragilità; - SC Distretto 5 - SC Distretto 6 - SC Distretto 7 - SS Integrazione Attività Sanitarie e Medicina di iniziativa - DAPSS - IFeC delle CdC; - Rappresentanti dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta individuati dai referenti AFT dei tre distretti della ASST Santi Paolo e Carlo; - Referente della Struttura Promozione della Salute della ATS Milano Città Metropolitana - Altri Enti del Terzo Settore						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Già presenti in organico						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Sì Progettualità che si articola con le progettualità relative all'invecchiamento attivo.						
Anno Avvio / Anno Fine	Avvio nel 2024						

Indicatore e risultato atteso	• Potenziamento della connessione tra il laboratorio permanente per la promozione della attività fisica e del movimento e gli Organismi Consultivi Distrettuali • Completamento dell'attività di mappatura dell'offerta AFA/EFA • Creazione di pagina web aziendale dedicata per facilitare la divulgazione delle attività del laboratorio permanente per la promozione della attività fisica e del movimento
--------------------------------------	---

Legenda della matrice:

Area Tematica		Linea di intervento	
Valutazione	AT1	Area prevenzione	LI1
Continuità dell'assistenza tra setting di cura	AT2	Area materno-infantile	LI2
Cure domiciliari	AT3	Area minori-adolescenti	LI3
Percorsi di integrazione con le cure primarie	AT4	Area autonomia	LI4
Prevenzione e promozione della salute	AT5	Area fragilità	LI5
Telemedicina	AT6	Area grave emarginazione	LI6
PIC cronici e fragili	AT7		

SCHEMA INTERVENTO – PRIMI MILLE GIORNI

Criticità o razionale del progetto	Attività Primi Mille Giorni						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3						
	AT4						
	AT5		X				
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Famiglie nel periodo preconcezionale e nei primi 1000 giorni di vita						
Descrizione del servizio / progetto	Promozione di stili di vita favorevoli al benessere della mamma in attesa, dei neonati e dei loro genitori, supporto e sostegno alla genitorialità, interventi preventivi e protettivi in una fase della vita che si riflette su risultati di salute positivi a medio e lungo termine. Gruppi di accompagnamento/supporto in epoca gestionale e di sostegno alla genitorialità Presa in carico sanitaria Home visiting Supporto multidisciplinare ai genitori Screening e Supporto Depressione perinatale Collaborazione con Enti e Associazioni del territorio Divulgazione informazione delle attività in programma a contesti specifici						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distrettuale (Distretti 5,6,7)						
Attori/Enti coinvolti	ASST, Associazioni del Terzo Settore, Comune, Biblioteca, Pediatri Libera Scelta e Medici Medicina Generale						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Già presenti in organico						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Sì						
Anno Avvio / Anno Fine	In continuità. 2024-2027						
Indicatore e risultato atteso	• Empowerment competenze genitoriali • Creazione reti di supporto tra nuclei familiari • Calendario programmazione attività • Implementazione delle reti con il Comune e le Associazioni, e con i progetti attivi sul territorio di competenza, (evidenza nella programmazione)						

Legenda della matrice:

Area Tematica		Linea di intervento	
Valutazione	AT1	Area prevenzione	LI1
Continuità dell'assistenza tra setting di cura	AT2	Area materno-infantile	LI2
Cure domiciliari	AT3	Area minori-adolescenti	LI3
Percorsi di integrazione con le cure primarie	AT4	Area autonomia	LI4
Prevenzione e promozione della salute	AT5	Area fragilità	LI5
Telemedicina	AT6	Area grave emarginazione	LI6
PIC cronici e fragili	AT7		

SCHEDA INTERVENTO - PROGETTO CONSULTORI FAMILIARI

INTEGRATI – DISTURBI PSICHICI PERINATALI

Criticità o razionale del progetto	Prevenzione e cura dei disturbi psichici perinatali						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1		X				
	AT2		X				
	AT3		X				
	AT4						
	AT5		X				
	AT6		X				
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	L'intervento è rivolto alle donne e/o coppie che presentano l'insorgenza e/o l'acutizzarsi di un disagio psichico nel periodo perinatale fino all'anno di vita del bambino						
Descrizione del servizio / progetto	L'Ambulatorio di Prevenzione e Cura dei Disturbi Psichici Perinatali è dedicato alle donne considerate ad alto rischio che in seguito a <i>screening</i> effettuato presso i servizi territoriali (CFI) e/o ospedalieri (Corsi di preparazione alla nascita, progetto BRO ecc.) hanno un punteggio alla scala EPDS maggiore/uguale a 12 o con item suicidario positivo. L'Ambulatorio offre interventi di presa in carico: - <u>esclusiva</u> psichiatrica e psicoterapica individuale e/o di coppia; - <u>integrata</u> che prevede la consulenza psichiatrica/farmacologica per le donne che hanno già in atto una presa in carico psicologica presso un servizio territoriale (CFI) ma che manifestino un peggioramento del quadro clinico o che abbiano una terapia farmacologica pregressa da rivalutare nel periodo perinatale; L'Ambulatorio può chiedere un intervento integrato ai CFI: - per le pazienti o nuclei familiari che hanno difficoltà a raggiungere il presidio ospedaliero con una frequenza tale da garantire un'efficacia terapeutica; - per pazienti complesse che necessitano di una valutazione/intervento domiciliare e/o psicosociale con la costituzione di una micro-equipe sul caso. L'equipe settimanale dell'Ambulatorio è inoltre sempre aperta agli operatori dei CFI per la discussione, il coordinamento e il confronto su casi clinici in presenza o in videoconferenza.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distrettuale 5, 6 e 7						

Attori/Enti coinvolti	Servizi Territoriali (Consultori Familiari Integrati), Centri Psico Sociali (CPS) e Servizi Ospedalieri che intercettano i bisogni clinici delle pazienti (Ambulatori di fisiologia e patologia della gravidanza, Corsi di Preparazione alla nascita, Puerperio, PS ostetrico-ginecologico, Psicologia Clinica, Centro Salute e Ascolto per le donne immigrate).
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	L'implementazione del modello integrato richiederà la collaborazione tra operatori sanitari e l'ottimizzazione delle risorse già disponibili nelle strutture coinvolte.
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Si
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	Rapidità di presa in carico Tempo medio in giorni tra data di segnalazione da parte di uno dei servizi e data prima visita presso l'altro servizio <15gg

Legenda della matrice:

Area Tematica		Linea di intervento	
Valutazione	AT1	Area prevenzione	LI1
Continuità dell'assistenza tra setting di cura	AT2	Area materno-infantile	LI2
Cure domiciliari	AT3	Area minori-adolescenti	LI3
Percorsi di integrazione con le cure primarie	AT4	Area autonomia	LI4
Prevenzione e promozione della salute	AT5	Area fragilità	LI5
Telemedicina	AT6	Area grave emarginazione	LI6
PIC cronici e fragili	AT7		

SCHEMA INTERVENTO – PROMOZIONE DELLA SALUTE E STILI DI VITA NEI CONTESTI SCOLASTICI O IN CONTESTI SPECIFICI

Criticità o razionale del progetto	Promozione salute e stili di vita						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1	X					
	AT2						
	AT3						
	AT4						
	AT5	X					
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Minori, figure educative, utenti contesti specifici						
Descrizione del servizio / progetto	- Integrazione dei progetti in atto con la Rete delle Scuole che promuovono salute nell'ambito 22 del territorio di Milano in collaborazione con gli Istituti scolastici e ATS - Implementazione degli interventi nei programmi Life Skills Training ed Educazione tra Pari in collaborazione con ATS e Istituti scolastici - Progettazione integrata per l'attivazione del Team Emergenza in collaborazione con Istituti scolastici, ATS, Prefettura. Programmi di contrasto e supporto bullismo, cyberbullismo. - Attività di promozione della salute sessuale e affettività rivolti ad adolescenti (Spazio Giovani-interventi specifici setting scolastico ed educativo) - Interventi di prevenzione e promozione della salute in contesti specifici.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Consultori Familiari, Scuole dell'ambito 22, Contesti specifici						
Attori/Enti coinvolti	ASST, Scuole Ambito 22, ATS						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Operatori presenti nei servizi						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Si						
Anno Avvio / Anno Fine	2024-2027						
Indicatore e risultato atteso	- Collaborazione nella Progettazione Scuole che promuovono salute (verbali riunioni-programmazione interventi) - Implementazione interventi di Peer Education e Life Skills (programmazione interventi) - Individuazione operatori Team emergenza e stesura procedura aziendale - Presenza Programmazione Progetti realizzati in contesti specifici						

Legenda della matrice:

Area Tematica		Linea di intervento	
Valutazione	AT1	Area prevenzione	LI1
Continuità dell'assistenza tra setting di cura	AT2	Area materno-infantile	LI2
Cure domiciliari	AT3	Area minori-adolescenti	LI3
Percorsi di integrazione con le cure primarie	AT4	Area autonomia	LI4
Prevenzione e promozione della salute	AT5	Area fragilità	LI5
Telemedicina	AT6	Area grave emarginazione	LI6
PIC cronici e fragili	AT7		

SCHEMA INTERVENTO - SCREENING

Criticità o razionale del progetto	Tassi di adesione agli screening non sufficienti Barriere culturali						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3						
	AT4						
	AT5	X					
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Per lo screening k colon retto: soggetti in fascia di età 50-74 anni Per mammografia: soggetti in fascia di età 45-74 anni Per cervice uterina non vaccinate nate 1995-1999 con Pap test+ nate tra il 1960 e il 1978 con HPV DNA test + adesioni spontanee						
Descrizione del servizio / progetto	- Incontri periodici con rappresentanti AFT per esaminare dati sugli screening, condividere strategie di sensibilizzazione per MMG e PLS e pianificare iniziative per aumentare la partecipazione. - Per superare le barriere culturali allo screening mammografico nella popolazione straniera e/o musulmana dell'ASST Santi Paolo e Carlo, si organizzano sessioni con radiologhe donne, garantendo un ambiente più inclusivo e rispettoso.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distrettuale od ospedaliero (per la presa in carico del secondo livello)						
Attori/Enti coinvolti	ASST, ATS						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Servizi di laboratorio, radiologia, endoscopia digestiva, anatomia patologica, microbiologia, Consultori famigliari, Ginecologia (già presenti)						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No						
Anno Avvio / Anno Fine	2024-2027						
Indicatore e risultato atteso	- Percentuale di donne 45-74 anni che hanno effettuato una mammografia - Percentuale di assistiti 50-74 anni che hanno effettuato ricerca del sangue occulto nelle feci - Percentuale di donne 25-64 anni che hanno effettuato un PAP test o ricerca di HPV-DNA Risultato atteso: incremento della copertura rispetto al precedente valore con progressivo raggiungimento dei target.						

Legenda della matrice:

Area Tematica		Linea di intervento	
Valutazione	AT1	Area prevenzione	LI1

Continuità dell'assistenza tra setting di cura	AT2	Area materno-infantile	LI2
Cure domiciliari	AT3	Area minori-adolescenti	LI3
Percorsi di integrazione con le cure primarie	AT4	Area autonomia	LI4
Prevenzione e promozione della salute	AT5	Area fragilità	LI5
Telemedicina	AT6	Area grave emarginazione	LI6
PIC cronici e fragili	AT7		

SCHEMA INTERVENTO - SERD TERRITORIALE GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Criticità o razionale del progetto	Il gioco d'azzardo ha avuto negli ultimi decenni una diffusione capillare sia in presenza che online esponendo sempre più la popolazione a condotte di gioco che possono diventare rischiose se non francamente patologiche. Pertanto, diventa fondamentale proporre interventi di sensibilizzazione/informazione/formazione sul tema del gioco d'azzardo rivolte alla popolazione e ad operatori /volontari che operando in luoghi sensibili potrebbero intercettare precocemente situazioni critiche.					
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5
	AT1					
	AT2					
	AT3					
	AT4					
	AT5	X				X
	AT6					
	AT7					
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Popolazione generale, operatori del privato accreditato, volontari					
Descrizione del servizio / progetto	Partecipazione ad eventi organizzati da Distretti, ATS, Municipi rivolti alla popolazione per sensibilizzare rispetto al problema del DGA e per divulgare materiali per la pubblicizzazione del servizio di cura del DGA. Collaborazione con gli sportelli di ascolto ospedaliero e della Casa di Comunità per fornire informazioni ai cittadini sul DGA e favorire l'accesso al servizio di cura. Formazione ad operatori dei servizi d'aiuto alla persona e volontari per fornirgli conoscenze e strumenti utili all'individuazione dei segnali associati ad un possibile problema di gioco d'azzardo.					
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distrettuale (Distretti 5,6,7)					
Attori/Enti coinvolti	Èquipe DGA del SERD Boifava, sportello d'ascolto (Spazio GIO), Distretti, ATS, Municipi di zona 5-6-7, Enti del Terzo Settore					
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Operatori dipendenti e consulenti acquisiti con i Fondi regionale sul GAP dell'équipe DGA del SERD di via Boifava					
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Sì					
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027					
Indicatore e risultato atteso	Attuazione di almeno tre interventi del tipo sopra riportato per ogni anno della progettualità					

Legenda della matrice:

Area Tematica		Linea di intervento	
Valutazione	AT1	Area prevenzione	LI1
Continuità dell'assistenza tra setting di cura	AT2	Area materno-infantile	LI2
Cure domiciliari	AT3	Area minori-adolescenti	LI3
Percorsi di integrazione con le cure primarie	AT4	Area autonomia	LI4
Prevenzione e promozione della salute	AT5	Area fragilità	LI5
Telemedicina	AT6	Area grave emarginazione	LI6
PIC cronici e fragili	AT7		

SCHEMA INTERVENTO - WORKPLACE HEALTH PROMOTION (WHP)

Criticità o razionale del progetto	Diffusione di buone pratiche di salute tra gli operatori in servizio presso la ASST Santi Paolo e Carlo						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3						
	AT4						
	AT5	X					
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Personale in servizio presso la ASST Santi Paolo e Carlo						
Descrizione del servizio / progetto	Applicazione di buone pratiche di salute nelle aree descritte dal progetto WHP (ad es. alimentazione, attività fisica, contrasto al fumo, contrasto a comportamenti additivi)						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	La ASST è iscritta dal 2013 al progetto WHP (ex BD Prosal), ad oggi è richiesta l'iscrizione in modalità più capillare con il coinvolgimento dei Distretti 5,6,7						
Attori/Enti coinvolti	Operatori in servizio nei distretti						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	In relazione alle diverse aree del programma WHP si possono attivare diverse figure: Medicina del Lavoro, Ufficio Tecnico, Servizio economato, Servizio Prevenzione e Protezione, ecc...						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No						
Anno Avvio / Anno Fine	2024-2027						
Indicatore e risultato atteso	Almeno una buona pratica in due aree prioritarie + una buona pratica trasversale						

Legenda della matrice:

Area Tematica		Linea di intervento	
Valutazione	AT1	Area prevenzione	LI1
Continuità dell'assistenza tra setting di cura	AT2	Area materno-infantile	LI2
Cure domiciliari	AT3	Area minori-adolescenti	LI3
Percorsi di integrazione con le cure primarie	AT4	Area autonomia	LI4
Prevenzione e promozione della salute	AT5	Area fragilità	LI5

Telemedicina	AT6	Area grave emarginazione	LI6
PIC cronici e fragili	AT7		

SCHEMA INTERVENTO - TELEMEDICINA

Criticità o razionale del progetto	La telemedicina rappresenta un approccio innovativo che consente l'erogazione di servizi a distanza attraverso l'uso di medical device, internet, software e reti di telecomunicazione. Il razionale del progetto proposto è da individuarsi nei seguenti punti: • introduzione di nuove tecnologie che aiutino a dare risposte a problemi tradizionali della medicina creando nuove opportunità per il miglioramento del servizio sanitario; • miglioramento della collaborazione tra professionisti e pazienti; • riduzione delle distanze fisiche, trasportando informazioni e non persone; • miglioramento della qualità di vita dei cittadini-pazienti, consentendo loro di essere assistiti a domicilio; • efficace e tempestiva assistenza diagnostica e terapeutica soprattutto nei casi d'urgenza.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3						
	AT4					X	
	AT5				X		
	AT6	X					
Destinatari specifici dell'intervento (target)		X					
		X					
Descrizione del servizio / progetto	Il progetto di propone di arruolare i pazienti affetti da patologie croniche, sulla base di percorsi di integrazione tra MMG e specialisti. Lo scopo è quello di diffondere il servizio di Telemedicina per migliorare gli esiti clinici ed efficientare il processo di monitoraggio e valutazione dello stato clinico dei pazienti affetti da patologia cronica. Servizi offerti dalla TELEMEDICINA: - Televisita - Teleconsulto - Teleassistenza - Telemonitoraggio Piattaforme utilizzate: - SGDT – piattaforma regionale - TICURO - GALILEO - Altre eventuali identificate su progetti						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distrettuale (Distretti 5,6,7)						

Attori/Enti coinvolti	MMG IFeC, Infermiere- OSS – Rete di Case manager Ospedaliera Specialista ospedaliero Case di Comunità - ADI
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	In fase di implementazione l'organico di Infermieri di Famiglia, infermieri e OSS
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	2024- 2027
Indicatore e risultato atteso	Definizione delle procedure e dei protocolli per la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche: • Cardiologia • Pneumologia • Diabetologia • ADI • Altro Coinvolgimento degli interlocutori coinvolti anche tramite percorsi formativi ad hoc.

Legenda della matrice:

Area Tematica		Linea di intervento	
Valutazione	AT1	Area prevenzione	LI1
Continuità dell'assistenza tra setting di cura	AT2	Area materno-infantile	LI2
Cure domiciliari	AT3	Area minori-adolescenti	LI3
Percorsi di integrazione con le cure primarie	AT4	Area autonomia	LI4
Prevenzione e promozione della salute	AT5	Area fragilità	LI5
Telemedicina	AT6	Area grave emarginazione	LI6
PIC cronici e fragili	AT7		

SCHEDA INTERVENTO - PAZIENTI COMPLESSI CON DISTURBO MENTALE

Criticità o razionale del progetto	Presa in carico dei pazienti complessi con disturbo mentale						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2					X	X
	AT3					X	X
	AT4						
	AT5					X	X
	AT6						
AT7					X	X	
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Pazienti afferenti ai Centri Psico Sociali (CPS) di pertinenza distrettuale con patologia organica di recente insorgenza o cronica con bisogni clinici e socioassistenziali complessi.						
Descrizione del servizio / progetto	- Implementazione di programmi di prevenzione secondaria e terziaria per malattie croniche (patologie cardiovascolari, ictus, cancro, malattie croniche dell'apparato respiratorio, diabete, obesità, sindrome metabolica) per i pazienti con Disturbo Mentale Severo - DMS). - Istituzione di un percorso assistenziale integrato per i pazienti attraverso la collaborazione tra CPS e Case di Comunità (CdC), ottimizzando per loro le opportunità di accesso alle cure offerte dall'attuale potenziamento delle reti sanitarie territoriali.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distrettuale (Distretti 5,6,7)						
Attori/Enti coinvolti	CPS, CdC e servizi ospedalieri che intercettano i bisogni clinici e socioassistenziali degli stessi pazienti in fasi acute di scompenso della sintomatologia organica.						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	L'implementazione del modello integrato richiederà la collaborazione tra operatori sanitari e l'ottimizzazione delle risorse già disponibili nelle strutture coinvolte.						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Sì						
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027						
Indicatore e risultato atteso	Indicatore	Modalità di calcolo	Possibilità di identificazione di standard di riferimento	Cadenza Temporale			
	Rapidità di presa in carico	Tempo medio in giorni tra data di segnalazione CPS e data prima visita del primo accesso CdC	<14gg	Annuale			
	Tasso di drop-out	N. prestazioni non erogate per assenza paziente/ N.tot di prestazioni prenotate	≤30%	Annuale			

Legenda della matrice:

Area Tematica		Linea di intervento	
Valutazione	AT1	Area prevenzione	LI1
Continuità dell'assistenza tra setting di cura	AT2	Area materno-infantile	LI2
Cure domiciliari	AT3	Area minori-adolescenti	LI3
Percorsi di integrazione con le cure primarie	AT4	Area autonomia	LI4
Prevenzione e promozione della salute	AT5	Area fragilità	LI5
Telemedicina	AT6	Area grave emarginazione	LI6
PIC cronici e fragili	AT7		

SCHEMA INTERVENTO – PROGETTO FOLLOW-UP DEL NEUROSVILUPPO

Criticità o razionale del progetto	Prevenzione e cura dei disturbi psichici perinatali						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1	X	X			X	
	AT2						
	AT3						
	AT4	X	X			X	
	AT5	X	X			X	
	AT6						
	AT7	X	X			X	
Destinatari specifici dell'intervento (target)	L'intervento è rivolto a bambini in età compresa tra 8 e 60 mesi						
Descrizione del servizio / progetto	Finalizzato al monitoraggio del profilo di neurosviluppo allo scopo di individuare in epoca precoce sia situazioni a rischio di evoluzione a quadri clinici conclamati, sia quadri clinici con evidenze già in epoca precoce. Ciò consentirebbe di intervenire in senso terapeutico abilitativo in fasi dello sviluppo più responsive agli stimoli proposti rispetto la possibilità di modificazione in senso favorevole delle traiettorie evolutive. Diluirebbe inoltre le richieste di accesso ai servizi specialistici in epoche successive, con maggior filtro rispetto al motivo di accesso, e possibilità di riduzione dei tempi d'attesa per interventi mirati ai bisogni specifici. Consentirebbe inoltre di fornire supporto alla rete di servizi territoriali, favorendo tempi di risposta all'utenza. Il progetto prevede follow up ai 12-18 e 24 mesi, estesi alla popolazione pediatrica complessivamente, con monitoraggio proposto attraverso utilizzo di scale standardizzate. Per coloro che presentano quadri clinici ascrivibili a profilo dello spettro autistico, si propone monitoraggio successivo ai 36, 48 e 60 mesi, mediante test Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS).						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distrettuale (Distretti 5,6,7)						
Attori/Enti coinvolti	Ambulatorio sovrazonale Nucleo Funzionale Autismo (NFA) di via Ovada n.34						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Medico NPI, educatore professionale e psicologa, già parte dell'equipe del servizio, per l'avvio di progetto.						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No						

Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	- Incremento del numero di accessi entro i 24 mesi a fronte di età minima attuale di primo accesso c/o ambulatori specialistici di NPI dedicati a disturbi del neurosviluppo pari o superiore ai 24 mesi, e incremento dei percorsi abilitativi avviati entro i 24 mesi per i casi segnalati come meritevoli nel corso del progetto follow up. - Per i profili inquadrabili di disturbo di spettro autistico, indirizzati precocemente grazie al progetto follow up ad interventi mirati, ci si attende verificare un'evoluzione favorevole (n. pazienti con evoluzione favorevole) dei profili di funzionamento ai 36-48-60, mediante utilizzo di strumenti standardizzati. - Parallelamente si attende riscontro ai 3 aa di una modificazione degli accessi ai servizi UONPIA territoriali, per tempi d'attesa (progressiva riduzione tempi di attesa) e tipologie di richieste (aumento progressivo delle prese in carico precoce), in senso favorevole all'avvio rapido della presa in carico territoriale per gli aspetti di competenza.

Legenda della matrice:

Area Tematica		Linea di intervento	
Valutazione	AT1	Area prevenzione	LI1
Continuità dell'assistenza tra setting di cura	AT2	Area materno-infantile	LI2
Cure domiciliari	AT3	Area minori-adolescenti	LI3
Percorsi di integrazione con le cure primarie	AT4	Area autonomia	LI4
Prevenzione e promozione della salute	AT5	Area fragilità	LI5
Telemedicina	AT6	Area grave emarginazione	LI6
PIC cronici e fragili	AT7		

SCHEDA INTERVENTO – DISAGIO GIOVANILE

Criticità o razionale del progetto	Prevenzione e cura dei disturbi dei giovani adulti e adolescenti						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1	X		X	X	X	X
	AT2	X		X	X	X	X
	AT3						
	AT4						
	AT5	X		X		X	
	AT6						
	AT7	X		X		X	
Destinatari specifici dell'intervento (target)	L'intervento è rivolto ad adolescenti e giovani adulti (16-25 anni) e alle loro famiglie, quando si presenta un disagio, spesso espresso attraverso disturbi del comportamento (autolesionismo, isolamento, discontrollo, attacchi di panico).						
Descrizione del servizio / progetto	L'Ambulatorio del Centro Giovani Ponti (CGP) è dedicato a ragazzi con età 16-25 anni, partendo da accessi spontanei e/o invio da altri servizi sia nell'ambito sociale (tutela minori, consultorio) sia sanitario (PS, CPS, SER.D, DNA). L'Ambulatorio offre interventi di presa in carico: - <u>esclusiva</u> psichiatrica e psicoterapica individuale, di gruppo, interventi di supporto genitoriale, colloqui familiari, interventi educativi/riabilitativi, consulto con assistente sociale; - <u>integrata</u> con i servizi territoriali di primo livello quale CPS e UONPIA nei casi altamente complessi (ricoveri precedenti, necessità di long-acting injectable, bisogno di percorsi residenziali). L'attività di collegamento con altri servizi attivi sulla fascia di età risulta necessaria comprendendo oltre ai servizi già citati anche le associazioni del terzo settore e del privato sociale.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distrettuale 5, 6 e 7 in Milano, l'intervento è anche aperto alla cintura a Sud di Milano (comuni di Corsico, Trezzano, Cesano Boscone, Cusago, Buccinasco, Assago, Rozzano, Binasco, Opera, Pieve Emanuele, Noviglio)						
Attori/Enti coinvolti	Servizi Territoriali (Consultori Familiari Integrati), Centri Psico Sociali (CPS), UONPIA, Servizi Ospedalieri che intercettano i bisogni clinici dei ragazzi (SPDC, NPI, MAC psichiatrico), DNA, SERD, Ambulatorio delle neurodivergenze (Autismo nei minori e negli adulti, Ambulatorio ADHD).						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	L'implementazione del modello integrato richiederà la collaborazione tra operatori sanitari compresi MMG/PLS e l'ottimizzazione delle risorse già disponibili nelle strutture coinvolte.						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Si						

Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	Attivazione di sportelli nelle Case di Comunità (CdC) che facilitino i contatti con l'utenza, quindi identificazione dei bisogni, livelli di urgenza e la definizione della proposta di cura e i tempi di risposta.

Legenda della matrice:

Area Tematica		Linea di intervento	
Valutazione	AT1	Area prevenzione	LI1
Continuità dell'assistenza tra setting di cura	AT2	Area materno-infantile	LI2
Cure domiciliari	AT3	Area minori-adolescenti	LI3
Percorsi di integrazione con le cure primarie	AT4	Area autonomia	LI4
Prevenzione e promozione della salute	AT5	Area fragilità	LI5
Telemedicina	AT6	Area grave emarginazione	LI6
PIC cronici e fragili	AT7		

SCHEDA INTERVENTO - PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI E/O FRAGILI MEDIANTE CENTRO SERVIZI/COT PER MMG NON IN COOPERATIVA

Criticità o razionale del progetto	Razionale: I MMG del territorio dell’ASST Santi Paolo e Carlo sono 240, di cui 40 aderiscono ad una Cooperativa. Tra quelli aderenti a Cooperative, 21 sono attualmente operativi nella stesura dei PAI. I MMG non aderenti a Cooperative attualmente non redigono PAI. Il progetto nasce in attuazione della DGR 2755/2024 e prevede l’organizzazione di un Centro Servizi presso la COT, che si occuperà di gestire le prestazioni previste dai PAI dei medici in forma singola. Criticità: - Piattaforma SGGT non ancora operativa e difficoltà di accesso: La piattaforma SGGT, strumento identificato da Dg Welfare per la redazione dei PAI per i medici che operano in modalità singola e non fanno parte di cooperative o gruppi integrati, non è ancora pienamente operativa. Le ASST che stanno sperimentando l’applicativo per la redazione dei PAI segnalano che al momento l’impostazione e l’aggiornamento regolare dei PAI è ancora piuttosto difficoltoso. - Carente integrazione con gli specialisti territoriali e ospedalieri: Attualmente, esiste una frammentazione tra le attività dei MMG e degli specialisti, rendendo difficoltoso il coordinamento dei percorsi assistenziali e l'adesione alle linee guida cliniche specifiche per ciascuna patologia cronica. - Relazione tra Distretti e MMG non ancora consolidata: La relazione tra il Direttore di Distretto e i MMG afferenti richiede che venga fatto ancora del lavoro a livello locale volto a facilitare un’organizzazione integrata dei percorsi assistenziali e una presa in carico efficace dei pazienti. - Possibile carenza di personale: La disponibilità di personale presso le COT e presso le Case di Comunità potrebbe non essere in grado di assorbire da subito un elevato carico di lavoro per mancanza/carenza specialisti territoriali. Questo invita ad un avvio graduale del progetto. - Difficoltà sul territorio di Milano: Nel caso dei MMG che operano sulla Città di Milano emerge la difficoltà di gestire le prenotazioni delle visite in ambiti territoriali che potrebbero non combaciare con le “consuetudini” di cura dei cittadini con il rischio di una bassa aderenza da parte dei pazienti. Per superare questa criticità potrebbe risultare efficace il dialogo interaziendale tra CS/COT per slot a pz di Distretti di altra ASST. Inoltre, per patologie a bassi volumi varrebbe la pena di identificare alcuni slot per la città di Milano e non nelle singole ASST.																																															
	Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089) <table><tr><td></td><td>LI1</td><td>LI2</td><td>LI3</td><td>LI4</td><td>LI5</td><td>LI6</td></tr><tr><td>AT1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AT2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AT3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AT4</td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td></td></tr><tr><td>AT5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6	AT1							AT2							AT3							AT4	X				X		AT5					
	LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6																																										
AT1																																																
AT2																																																
AT3																																																
AT4	X				X																																											
AT5																																																

	AT6						
	AT7	X				X	
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Pazienti cronici afferenti ai MMG non in cooperativa che necessitano di presa in carico tramite PAI e successive prestazioni finalizzate alla cura, prevenzione delle complicanze e aderenza alla terapia.						
Descrizione del servizio / progetto	Il progetto, descritto nel cronoprogramma che segue, prevede: Tavolo di coordinamento tra le ASST milanesi. Al fine di coordinare l'approccio sulla città di Milano, l'ATS attiverà un tavolo di confronto con le ASST sull'organizzazione della fase pilota e sul monitoraggio. Tavoli di lavoro con MMG, Specialisti e operatori della COT/CS sulla redazione dei PAI Verrà avviato un programma di formazione da parte della ASST per i coordinatori delle, AFT al fine di attivare un confronto sul contenuto dei PAI per le principali patologie croniche. La formazione includerà la collaborazione con specialisti di riferimento per le aree cliniche più rilevanti (diabetologia, cardiologia, pneumologia, nefrologia e neurologia) e con ATS che potrà fornire dati utili per la gestione dei tavoli (es. elaborazioni su consumi e percorsi tipo). Questo percorso formativo mira a rendere il PAI sempre più rispondente alle linee guida di ciascuna branca specialistica e ad evitare accessi e prescrizioni non adeguati. Formazione sull'utilizzo di SGDT e sul ruolo del CS/COT Il progetto prevede che, quando sarà attivato il sistema informativo, verrà erogata una formazione aziendale rivolta a MMG e operatori delle COT in due step (prima ad un gruppo di medici sperimentatori, poi a tutti). Fase pilota sperimentale: si prevede di attivare una/due AFT in fase iniziale al fine di capire al meglio il funzionamento di SGDT e consolidare i processi organizzativi per poi proseguire la fase pilota in diversi distretti su alcune patologie selezionate per le quali siano disponibili gli slot di visite specialistiche necessarie. In questa fase inoltre verrà stimato il numero di slot necessari per la PIC dei MMG in forma singola. Workshop periodici tra MMG, Specialisti, operatori CS/COT e direzioni dei distretti Al fine di monitorare il processo di presa in carico, individuare eventuali aggiustamenti e condividere linee guida, verranno organizzati dei workshop periodici tra MMG, Specialisti, operatori CS/COT, Cure Primarie e direzioni dei distretti. Il programma prevede 1 workshop nel 2025 al termine della fase di sperimentazione, 3 workshop nel 2026 e 2 workshop nel 2027. I workshop hanno anche l'obiettivo di consolidare il rapporto tra Direttore di Distretto, Cure Primarie, MMG e Specialisti della ASST. Ai workshop potranno partecipare anche referenti di ATS, che hanno la possibilità di mettere a disposizione dati a supporto del monitoraggio. Supervisione e valutazione continua del PAI La COT, in collaborazione con i MMG e gli specialisti, effettuerà una valutazione periodica dei PAI in corso. Questo processo permetterà di apportare eventuali modifiche al piano di cura, assicurando un costante adeguamento del PAI alle condizioni cliniche del paziente e alle linee guida aggiornate. Ferma restando la necessità di rivedere le fasi e la relativa tempistica, si indicano di seguito il cronoprogramma <u>di massima</u> e gli obiettivi principali del progetto: Gennaio-marzo 2025: - Avvio dei tavoli di lavoro con gli Specialisti, MMG e operatori CS/COT - i tavoli di lavoro verranno organizzati a livello di ASST/Distretto - Analisi delle banche dati aziendali per stimare il numero di pazienti cronici in carico agli MMG in forma singola, in collaborazione con ATS - Dimensionamento del Centro Servizi/COT nella sua fase iniziale e scelta del modello organizzativo. - Valutazione e stima degli slot delle agende interne che è necessario dedicare alla cronicità e prenotabili dalla COT/CS - Avvio del tavolo milanese di confronto e progettazione del processo Tra gennaio e marzo (quando SGDT disponibile) - sperimentazione con un coordinatore di AFT delle effettive						

	potenzialità e utilizzo di SGDT per la stesura del PAI e visibilità dello stesso alla COT. Aprile-giugno 2025 - Formazione sull'uso di SGDT per i MMG di 1 AFT sperimentale - Avvio del servizio di accompagnamento da parte di CS/COT sui PAI di patologie selezionate - Primo pilota all'uso di SGDT e definizione dell'effettivo percorso di presa in carico tenuto conto dell'effettivo utilizzo di SGDT. - Prosecuzione dei tavoli di lavoro con gli Specialisti, MMG e operatori CS/COT Luglio-Settembre 2025: - Formazione sull'uso di SGDT per i MMG di almeno una AFT per distretto - Inizio della redazione dei PAI da parte dei MMG di almeno una AFT per distretto e attività di supporto di CS/COT. Valutazione della correttezza e fattibilità del percorso con eventuali aggiustamenti. - Prosecuzione dei tavoli e primo Workshop di presentazione dei dati della sperimentazione Ottobre-dicembre 2025: - Estensione Formazione sull'uso di SGDT per i MMG delle AFT di tutti i distretti - estensione della redazione dei PAI a tutte le AFT di tutti i distretti - consolidamento della struttura di supporto CS/COT. Gennaio-dicembre 2026: Prosecuzione della sperimentazione e del monitoraggio dell'intero processo. Gennaio-dicembre 2027: Consolidamento e messa a regime.
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Trasversale a tutti i Distretti della ASST
Attori/Enti coinvolti	Medici Specialisti, MMG, IFeC, personale amministrativo, Direttori di Distretto, Cure Primarie
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	4 amministrativi per CS/COT non presenti in organico; 1 medico di Cure Primarie per coordinamento rapporti MMG/Specialisti non presente in organico; 1 coordinatore COT e 3 Infermieri COT già presenti in organico
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	1) partecipazione di MMG/Specialisti ai tavoli di lavoro e livello di condivisione 1.1 partecipazione media: N° presenti in media ad ogni incontro/N° MMG e Specialisti invitati 1.2 esito dei tavoli: N° PAI tipo identificati a giugno 25 e a dicembre 25 2) qualità della sperimentazione su 1 AFT 2.1 N° PAI redatti dai MMG su SGDT a giugno 25 2.2 N° PAI gestiti dal CS/COT senza difficoltà a giugno 25 2.3 Customer/valutazione del processo da parte di MMG e operatori CS/COT 3) estensione del percorso ad almeno 1 AFT per distretto 3.1 N° MMG coinvolti nella formazione su SGDT + PAI tipo/ N° MMG che afferiscono alla/e AFT coinvolta/e 3.2 N° MMG attivi su SGDT a settembre 25/N° MMG che afferiscono alle AFT coinvolte 3.3 N° PAI gestiti senza difficoltà a settembre 25 3.4 Customer/valutazione del processo da parte di MMG e operatori CS/COT

	4) estensione su tutti i distretti 4.1 N° partecipanti al Workshops di condivisione/N° di invitati 4.2 % MMG coinvolti nella formazione su SGDT + PAI tipo/ N° MMG invitati 4.3 % MMG attivi su SGDT a dicembre 25 /N° MMG che afferiscono alla ASST 4.4 N° PAI su SGDT/ n° pazienti cronici in carico a MMG 4.5 Customer/valutazione del processo da parte di MMG e operatori CS/COT
--	---

Legenda della matrice:

Area Tematica		Linea di intervento	
Valutazione	AT1	Area prevenzione	LI1
Continuità dell'assistenza tra setting di cura	AT2	Area materno-infantile	LI2
Cure domiciliari	AT3	Area minori-adolescenti	LI3
Percorsi di integrazione con le cure primarie	AT4	Area autonomia	LI4
Prevenzione e promozione della salute	AT5	Area fragilità	LI5
Telemedicina	AT6	Area grave emarginazione	LI6
PIC cronici e fragili	AT7		

	1. Potenziare il Servizio di Assistenza Domiciliare in termini quantitativi e qualitativi. 2. Assistenza sociale integrata con i servizi sociosanitari.	territoriale con la rete delle cure primarie			
		A15: Prevenzione e promozione della salute			
		A17: Presa in carico dei cronici e fragili			
		A11: Valutazione Multidimensionale			
		A14: Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie			
		A17: Presa in carico dei cronici e fragili			
		Lo sviluppo della telemedicina ed integrazione con la teleassistenza; sviluppo di un sistema di integrazione dei dati socio-sanitari			
zione con					

LEPS	MACRO AREA	AREA TEMATICA
L1. Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato	A. Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva	AT1: Valutazione Multidimensionale
	J. Interventi a favore delle persone con disabilità	AT1: Valutazione Multidimensionale
		AT4: Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie
		AT7: Presa in carico dei cronici e fragili
L2. Prevenzione e allontanamento familiare	G. Politiche giovanili e per i minori	AT5: Prevenzione e promozione della salute
	I. Interventi per la famiglia	AT1: Valutazione Multidimensionale
		AT4: Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie
		AT5: Prevenzione e promozione della salute
L3. Servizi sociali per le dimissioni protette	D. Domiciliarità	AT7: Presa in carico dei cronici e fragili
		AT2: Continuità dell'assistenza nei setting assistenziali
		AT3: Cure domiciliari
	E. Anziani	AT4: Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie
		AT1: Valutazione Multidimensionale
		AT4: Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie
		AT5: Prevenzione e promozione della salute
	(J. Interventi a favore delle persone con disabilità)	AT7: Presa in carico dei cronici e fragili
		AT1: Valutazione Multidimensionale
		AT4: Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie
	E. Anziani	AT7: Presa in carico dei cronici e fragili
		AT1: Valutazione Multidimensionale
L4. PUA integrati e UVM: incremento operatori sociali	J. Interventi a favore delle persone con disabilità	AT4: Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie
		AT5: Prevenzione e promozione della salute
		AT7: Presa in carico dei cronici e fragili
	K. Interventi di sistema per il potenziamento dell'ufficio di piano e il rafforzamento della gestione associata	AT1: Valutazione Multidimensionale
L5: Incremento SAD	D. Domiciliarità	AT1: Valutazione Multidimensionale
		AT2: Continuità dell'assistenza nei setting assistenziali
		AT3: Cure domiciliari
	E. Anziani	AT4: Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie
		AT1: Valutazione Multidimensionale
		AT4: Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie
	J. Interventi a favore delle persone con disabilità	AT5: Prevenzione e promozione della salute
		AT7: Presa in carico dei cronici e fragili
	F. Digitalizzazione dei servizi	AT1: Valutazione Multidimensionale
		AT4: Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie
		AT7: Presa in carico dei cronici e fragili
		6. Lo sviluppo della Telemedicina ed integrazione con la teleassistenza: sviluppo di un sistema di integrazione dei dati socio sanitari