

## Il Polo Territoriale

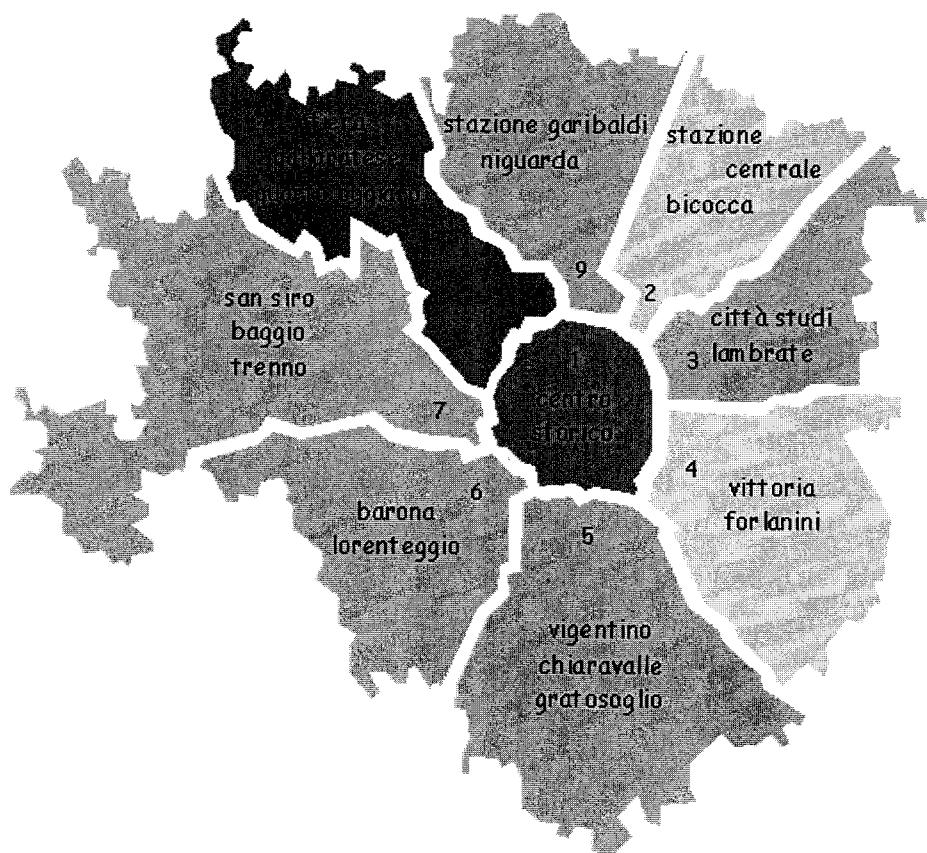
### Il territorio ed i Distretti del Polo Territoriale

È previsto dalla Legge Regionale 22/2021 che l'organizzazione della rete sanitaria territoriale disponga di luoghi fisici facilmente individuabili dai cittadini e che il processo di integrazione avvenga in ambiti territoriali circoscritti.

Tali ambiti sono i **Distretti sociosanitari**. Ogni cittadino sulla base del domicilio è attribuito ad un Distretto ed a questo può rivolgersi in modo esclusivo.

Per il Comune di Milano è stata prevista una articolazione in nove Distretti, fatta coincidere opportunamente con i nove Municipi in cui è diviso il Comune di Milano.

All'ASST Fbf-Sacco sono stati attribuiti 5 Distretti in corrispondenza dei Municipi 1, 2, 3, 4 e 8 (dei 9 in cui è amministrativamente divisa la città).



L'area territoriale dell'ASST Fatebenefratelli Sacco è composta da 5 Distretti che coprono una gran parte dell'area urbana ed in cui risiedono 752.234 abitanti.

Nel **Distretto del Municipio 1** (Centro Storico) ha sede l'Ospedale Fatebenefratelli. Oltre al Fatebenefratelli sono presenti ospedali pubblici di rilievo (Policlinico, Pini) e Case di Cura (San Giuseppe, Capitanio, La Madonnina) È il distretto più piccolo per dimensione e popolazione residente (97.897 abitanti).

Fatta eccezione per il Distretto 1 e il Distretto 3 con 142.726 abitanti tutti gli altri distretti dell'Azienda hanno una popolazione residente compresa superiore a 150 mila abitanti.

Nel **Distretto del Municipio 2** (Stazione Centrale, Centro Direzionale, Bicocca) è presente un ospedale (lo specialistico ortopedico CTO dell'ASST Pini-CTO - Ospedale S. Raffaele Turro) ed una clinica privata (San Camillo). La popolazione accede però facilmente a Niguarda, Fatebenefratelli e San Raffaele. È un distretto relativamente meno esteso ma densamente popolato (160.873 abitanti) che è oggetto di profonde trasformazioni urbanistiche e sociali che impegheranno la Direzione del Distretto in attente progettualità.

Nel **Distretto del Municipio 3** (Città Studi, Loreto, Lambrate) non è presente nessun ospedale generalista pubblico ma hanno sede diversi ospedali privati del Sistema (San Raffaele, Città Studi) e due IRCCS (Istituto Tumori e Besta). Con questi enti sarà necessario progettare percorsi di presa in carico uniformi ed efficienti. È purtroppo un distretto esteso, mediamente popolato (142.726 abitanti) con realtà sociali molto diversificate che graviteranno su un numero ristretto di strutture territoriali collocate in posizione molto centrale (zona Loreto).

Nel **Distretto del Municipio 4** (Porta Vittoria, Calvairate, Rogoredo, Forlanini) ha sede l'Ospedale Melloni (specializzato nel Materno Infantile) ed alcuni centri privati (Centro Cardiologico Monzino, Igea, Auxologico Pier Lombardo). La domanda della popolazione si rivolta prevalentemente sul Policlinico con cui sarà probabilmente necessario coordinarsi nel definire percorsi di presa in carico efficienti. È quindi un distretto molto esteso con una popolazione potenzialmente in crescita (160.679 abitanti) - (Santa Giulia) e servizi territoriali da sviluppare.

Nel **Distretto del Municipio 8** (Fiera, Gallarate, Dergano, Affori, Vialba) hanno gli ospedali Sacco e Buzzi e diversi centri privati (Palazzolo, Ist. Clinico Sant'Ambrogio). È un distretto molto esteso e molto popolato (190.059 abitanti) dotato fortunatamente di una rete storica di presidi pubblici territoriali.

popolazione residente al 31 dicembre 2021 (fonte anagrafica)			popolazione straniera residente al 31 dicembre 2021 (fonte anagrafica)			
	femmine	maschi		femmine	maschi	
	totale	totale		totale	totale	
	717.596	668.689	1.386.285	140.500	140.319	280.819

popolazione residente al 31 dicembre 2021 (fonte anagrafica)			popolazione straniera residente al 31 dicembre 2021 (fonte anagrafica)			
Municipi	femmine	maschi		femmine	maschi	
	totale	totale		totale	totale	
1	52.438	45.459	97.897	7.714	4.844	12.558
2	79.357	81.516	160.873	21.076	25.359	46.435
3	75.022	67.704	142.726	11.346	10.194	21.540
4	83.556	77.123	160.679	16.184	15.957	32.141
5	63.576	60.518	124.094	10.868	11.347	22.215
6	79.216	70.943	150.159	13.481	12.570	26.051
7	91.591	82.200	173.791	17.912	16.536	34.448
8	98.988	91.071	190.059	20.047	19.170	39.217
9	93.852	92.155	186.007	21.872	24.342	46.214
<b>Totale</b>	<b>717.596</b>	<b>668.689</b>	<b>1.386.285</b>	<b>140.500</b>	<b>140.319</b>	<b>280.819</b>

Fonte: Anagrafe della popolazione residente del Comune di Milano -  
Elaborazioni: Area Gestione e Integrazione Dati-Unità Servizi Statistici

## Il modello organizzativo del Polo Territoriale

L'organizzazione del Polo territoriale vede la presenza di un Dipartimento gestionale di Salute mentale e delle Dipendenze, di tre Dipartimenti funzionali: di Prevenzione, di Cure primarie, Ospedale Territorio Area materno-infantile.

Questo modello garantisce la possibilità di gestire contemporaneamente il **funzionamento delle sedi fisiche** (quindi delle organizzazioni che assicurano omogeneità, efficienza e massima produttività delle singole piattaforme territoriali) e la **flessibilità delle organizzazioni specialistiche che vi operano** (da cui dipende l'efficacia degli interventi)

Nelle sue attività e nel raggiungimento degli obiettivi è previsto che il Polo Territoriale sia comunque supportato dalle strutture del Polo Ospedaliero che, anche grazie al diretto coinvolgimento nei Dipartimenti funzionali possono garantire maggiore stabilità al progetto di continuità ospedale territorio.

## Lo staff della Direzione Sociosanitaria

Dato il carattere trasversale delle attività territoriali tutte le strutture complesse del Polo Territoriale sono inserite a pari titolo nello **Staff della Direzione Sociosanitaria**. Per il suo funzionamento lo Staff è stato organizzato prevedendo dei livelli di Coordinamento.

### Organismi di coordinamento dello staff

Per la gestione di questo modello particolarmente flessibile nel Polo territoriale sono previsti degli **organismi di coordinamento** (che non hanno forma permanente ma si riuniscono regolarmente con il Direttore Sociosanitario per definire obiettivi e verificare risultati).

#### Collegio dei Direttori di Distretto

Si tratta di un organismo collegiale consultivo, composto dai Direttori dei Distretti, con funzioni di coordinamento, indirizzo e verifica che si pone a garanzia dell'omogeneo e uniforme sviluppo delle politiche gestionali e di governance dei livelli distrettuali di assistenza e della consistenza dei servizi e degli interventi di tutela dei diritti di salute dei cittadini.

Ha il compito di assicurare l'efficace ed omogenea realizzazione, in sede distrettuale, degli obiettivi aziendali, l'omogenea gestione delle unità d'offerta distrettuali e l'applicazione degli indirizzi dipartimentali.

Le attività del Collegio sono coordinate da uno dei Direttori di Distretto nominato dal Direttore Generale su proposta del Direttore Sociosanitario.

Alle riunioni del Collegio dei Direttori possono essere invitati a partecipare i Direttori dei Dipartimenti o di altre strutture complesse o semplici per la trattazione di argomenti di competenza.

Al Collegio dei Direttori fanno altresì capo attività di coordinamento di specifiche aree tematiche o linee di produzione; ogni direttore di distretto, in base a specifiche competenze/attitudini o per necessità aziendali presidia specifiche aree tematiche o linee di produzione.

Tale coordinamento di specifiche aree tematiche si concretizza come momento di raccordo e monitoraggio, d'intesa con il Dipartimento competente, delle attività assicurate in sede distrettuale ed è garante del raggiungimento degli obiettivi con particolare riferimento alla omogeneità dell'offerta aziendale nei diversi territori.

Il Collegio dei Direttori assicura, tra l'altro in via esplicativa e non esaustiva, le seguenti funzioni:

- definisce le modalità di attuazione degli interventi distrettuali in linea con la programmazione aziendale al fine di conseguire gli obiettivi concordati con la Direzione;
- condivide preliminarmente con i dipartimenti l'applicabilità delle linee guida e dei livelli erogativi proposti, nonché le modalità di trasmissione efficace delle linee guida stesse ai livelli operativi;
- assicura, nell'ambito delle risorse assegnate, modalità omogenee destinate a garantire l'equa distribuzione, all'interno di ogni distretto, delle risorse umane e delle dotazioni strumentali adeguate allo svolgimento dei compiti assegnati e alla gestione delle Unità d'Offerta direttamente gestite;
- effettua il monitoraggio della rete dei servizi distrettuali al fine di promuovere nei Distretti tutti gli adeguamenti utili alla semplificazione dell'accesso alle prestazioni sociosanitarie;
- assicura il costante aggiornamento per quanto di competenza distrettuale del sito aziendale e della carta dei servizi;
- propone ai Dipartimenti, progettualità e/o interventi destinati a rispondere a specifici bisogni territoriali avendone valutato la fattibilità e la rilevanza cittadina;
- definisce le modalità di trasmissione al livello dipartimentale di casi selezionati in cui la risposta al bisogno dell'assistito richieda una valutazione "specifica" in quanto connotata da particolare impegno tecnico e/o economico ponendosi al di fuori dei normali standard di erogazione;
- definisce le procedure di accesso a unità d'offerta "sovra distrettuali" direttamente gestite dai distretti presso le quali tali unità d'offerta hanno sede.

Il Collegio dei Direttori si avvale di una segreteria amministrativa che assolve agli adempimenti indicati dal Collegio stesso.

#### **Cabina di Regia**

La cabina di regia prevista dall'art. 7 punto 11 della L.R. 33/2009 e sm.i. afferisce al polo territoriale della ASST, con la funzione di dare attuazione all'integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Le principali funzioni della cabina di regia sono:

1. l'analisi condivisa dei bisogni;
2. l'analisi del sistema della rete dell'offerta esistente;
3. la definizione di percorsi condivisi per dare risposte adeguate ai bisogni espressi e inespressi delle famiglie e dei cittadini;

La cabina di regia è composta e determinata in base alle linee guida stabilite dalla Giunta regionale con provvedimento del direttore generale dell'ASST e dovrà prevedere un raccordo sia a livello politico-istituzionale sia a livello tecnico.

La cabina di regia dell'ASST si rapporterà alla cabina di regia di ATS alla quale parteciperanno i Direttori dei 5 Distretti, e la conferenza dei sindaci che per il Comune di Milano è composta dal Sindaco o delegato (che presiede), dal Vicepresidente (designato dal sindaco tra presidenti dei Municipi) e i Presidenti dei 9 Municipi.

L'ufficio che gestisce la cabina di regia si occupa anche della gestione e delle incombenze collegate alla conferenza dei sindaci. In particolare, la Conferenza dei Sindaci:

- formula nell'ambito della programmazione territoriale dell'ASST di competenza, proposte per l'organizzazione della rete di offerta territoriale e attività sociosanitaria e socioassistenziale
- partecipa alla definizione dei piani sociosanitari territoriali
- partecipa alla verifica dello stato di attuazione dei programmi e progetti di competenza dell'ASST
- esprime parere sulla finalizzazione e distribuzione delle risorse finanziarie
- esprime parere obbligatorio sul piano di sviluppo del Polo Territoriale (PPT) predisposto dall'ASST

#### **Staff della Direzione Sociosanitaria**

La direzione sociosanitaria è supportata da 10 strutture complesse e da 10 strutture semplici. Le strutture complesse e le strutture semplici sono indicate nell'organigramma che segue:



## S.C. Direzione del Distretto

Il Distretto è struttura complessa ed è l'articolazione organizzativo – funzionale del Polo territoriale della ASST, definita dall'art. 7 bis della L.R. 33/2009, così come modificata dalla L.R.22/2021. Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale.

Tutti gli aspetti igienico sanitari delle strutture territoriali sono garantiti dalla UOS Igiene e organizzazione territoriale, che opera sotto la diretta gestione del Direttore Socio-Sanitario.

L'incarico di Direttore di distretto è attribuito dal direttore generale a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza pluriennale nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

Le attività distrettuali hanno nel loro insieme la finalità di assicurare alla popolazione assistita le prestazioni garantite dai livelli essenziali di assistenza (LEA) indicati dai piani sanitari, dalla legislazione nazionale e regionale e sono volte a sostenere, nel rispetto della libera scelta del cittadino, i percorsi di continuità assistenziale conformi ai principi di uniformità, di governo dell'appropriatezza clinica per garantire ai cittadini accessibilità, equità ed omogeneità nella fruizione dei servizi erogabili.

Il **Distretto** rappresenta quindi lo spazio organizzativo e punto di incontro tra domanda di salute dei cittadini e offerta di cure.

Provvede quindi a coordinarsi con medici di medicina generale (in gruppo od in associazione) per garantire percorsi di continuità ed accesso "governato" ai servizi, anche attraverso collegamenti funzionali con le AFT e alle unità complesse di cure primarie (UCCP), che collaboreranno con gli specialisti ambulatoriali, per la presa in carico di pazienti cronici e non.

Nel Distretto si possono avere servizi gestiti direttamente ed attività gestite in convenzione. Il Distretto si dota degli strumenti per assicurarne il coordinamento e la verifica della proporzione tra bisogni e servizi erogati.

I Direttori dei Distretti si interfacciano con gli erogatori sanitari e socio-sanitari presenti sul proprio territorio e con le Amministrazioni Locali.

Le Amministrazioni Locali interessate al consolidamento delle modalità di collaborazione possono richiedere alla Direzione Distrettuale di presenziare ai vari Tavoli dove si definiscono le modalità per fronteggiare le situazioni di disagio sociosanitario (vedi i tavoli per il protocollo alunno disabile e la costituzione della rete antiviolenza), per promuovere nuove collaborazioni (ad es. problematiche della Salute Mentale) per migliorare la partecipazione dei cittadini (vedi i Tavoli per la costituzione dei Piani di Zona).

### Le funzioni del Distretto

Il Distretto, in regione Lombardia, rappresenta una consistente innovazione, nonché implementazione dell'offerta territoriale assumendo un ruolo strategico di gestione e coordinamento organizzativo e funzionale della rete dei servizi territoriali. Rappresenta altresì il punto organizzativo dedicato alla continuità assistenziale e all'integrazione dei servizi sanitari, ospedalieri e territoriali e sociosanitari.

Il Distretto è inoltre il luogo dove è prevista la partecipazione civile, come contributo negli aspetti programmati, ma anche di monitoraggio quali-quantitativo delle attività e dove può realizzarsi l'attivazione delle risorse del terzo settore e del volontariato, in un'ottica, non sostitutiva del servizio pubblico, ma di valorizzazione di tutte le risorse presenti al fine di garantire accessibilità e equità nei percorsi di presa in carico del cittadino.

Le funzioni principali delegate al Distretto sono quella di committenza dei servizi sociosanitari, acquisizione dei servizi, monitoraggio e valutazione dei risultati ottenuti. Il Distretto, con la Direzione Socio-Sanitaria e la Direzione Generale di ASST, provvede alla programmazione dei livelli di servizio da garantire, alle modalità di accesso e alla distribuzione dei servizi a livello territoriale.

Svolgere un ruolo di committenza significa effettuare l'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento, individuare i servizi richiesti per far fronte ai bisogni individuati, verificare l'erogazione di tali servizi, monitorandone qualità dei risultati ottenuti ed eventuali criticità.

Questo processo deve essere effettuato tenendo conto delle risorse disponibili, ma attraverso un costante coinvolgimento dei portatori di interesse, che devono essere anche coinvolti nell'identificazione delle priorità. L'acquisizione dei servizi utile a fornire le risposte adeguate può essere fatta ricorrendo a risorse interne o a risorse esterne pubbliche o del privato accreditato; l'eventuale promozione e sperimentazione di forme di volontariato a supporto dell'attività del Distretto non deve intendersi assolutamente come sostitutiva dei servizi, ma utile a conseguire

elevati standard di qualità e umanizzazione delle cure. In tale ottica nel Distretto devono essere favoriti momenti di ascolto e aggregazione del volontariato e di partecipazione della società civile.

Per quanto riguarda il monitoraggio delle attività è strumentale alla valutazione degli esiti, al supporto alle decisioni cliniche e alle scelte del paziente, all’analisi del punto di vista del singolo e della comunità.

L’organizzazione distrettuale deve garantire:

- l’assistenza primaria, compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l’approccio multidisciplinare tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica e presidi specialistici ambulatoriali;
- l’erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria, in accordo con i Comuni;
- l’erogazione di servizi sociosanitari territoriali in forma diretta o indiretta.

I Distretti sono anche la sede privilegiata per il coordinamento e lo svolgimento delle attività di prevenzione (vaccinazioni, screening, educazione alla salute, prevenzione patologie croniche)

#### I servizi forniti nei Distretti

Al Distretto afferiscono le Centrali Operative Territoriali, le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità.

Il Direttore di Distretto inoltre gestisce tutti i servizi territoriali della ASST, collocati nel Municipio di competenza, se non diversamente assegnati ad altra struttura dal Piano di Organizzazione Aziendale.

Ogni Distretto attiva una **Centrale operativa territoriale (COT)**. Le COT svolgono la funzione di osservatorio, di analisi, di organizzazione delle informazioni e di coordinamento tra servizi sanitari ospedalieri e territoriali. Sono parte integrante della S.C. Distretto.

La **COT** è un punto di accesso territoriale, fisico e digitale, di facilitazione e governo dell’orientamento e utilizzo della rete di offerta sociosanitaria.

Le Centrali Operative Territoriali svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedalieri e dialoga con la rete dell’emergenza-urgenza.

La COT ha la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e socio-assistenziali; si avvale anche di strumenti di telemedicina e tele monitoraggio, per garantire la continuità assistenziale, riducendo il ricorso inappropriate al ricovero. Il responsabile della COT funzionalmente afferisce al Direttore di Distretto.

Funzioni della COT:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali, in particolare gestione della transizione tra un setting e l’altro;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all’altro o da un livello clinico assistenziale ad un altro;
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- gestione informatica della presa in carico delle persone con malattia cronica e dei relativi PAI;
- supporto informativo e logistico ai professionisti della rete;
- monitoraggio anche attraverso strumenti di telemedicina dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, utilizzata operativamente dalle Case di Comunità e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere e decodificare il bisogno.

In ogni Distretto è presente un numero variabile di sedi fisiche denominate **Case di Comunità (CDC)**.

Le **Case di Comunità (CDC)** sono le sedi fisiche di prossimità (ce ne possono essere più di una in ogni Distretto) che diventano così il primo punto di riferimento per i cittadini sul territorio per quanto riguarda “la salute”.

Nella **Casa di Comunità** vengono assicurati i servizi amministrativi (iscrizione, scelta e revoca, segnalazione e gestione della domanda), viene costruita la logistica degli interventi (valutazione, programmazione, prenotazione, affido e forniture) e vengono erogate prestazioni specialistiche (diagnosi, terapie, prescrizioni, certificazioni)

Nelle Casa di Comunità lavorano in modo integrato diversi professionisti (non necessariamente dipendenti dell’Azienda): medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, specialisti ospedalieri, infermieri, riabilitatori, ostetriche, assistenti sociali e psicologi.

Grazie alle **Case della Comunità** si realizzano due obiettivi:

- la **promozione di una medicina “di iniziativa”**, basata sull’offerta attiva di servizi a particolari categorie di cittadini e sulla partecipazione dell’utente alle scelte di cura e assistenza

- **l'integrazione tra ospedale e territorio** soprattutto in relazione al tema della presa in carico del cronico e delle "dimissioni protette".

La Casa di Comunità garantisce in modo coordinato:

- l'accesso in modo unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socio assistenziale in un luogo di prossimità, ben identificato e raggiungibile;
- La prevenzione e promozione della salute seguendo le linee guida aziendali;
- la presa in carico della cronicità e fragilità, garantendo continuità di assistenza, attraverso il coordinamento dei servizi, compresa l'assistenza domiciliare integrata;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata programmabile e non;
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari;
- la partecipazione della comunità locale delle associazioni di cittadini, pazienti e caregiver;

Il responsabile organizzativo della Casa di Comunità è un dirigente che afferisce al Direttore di Distretto.

Nella Casa di Comunità, intesa come luogo fisico, sono garantiti i seguenti servizi, con responsabilità diretta in capo al Direttore di Distretto:

- Punto Unico di Accesso;
- Valutazione Multidimensionale del bisogno;
- Integrazione con i servizi sociali
- Percorsi di presa in carico della persona cronica e fragile
- Gestione amministrativa dell'assistenza sanitaria al cittadino, compresa l'attività autorizzativa dell'assistenza protesica e integrativa
- Integrazione e gestione dei servizi per la disabilità

Servizi facenti capo alla responsabilità funzionale del Direttore di Distretto:

- assistenza sanitaria di base;
- cure domiciliari – ADI/Cure palliative
- CUP
- Assistenza specialistica ambulatoriale – telemedicina;
- punto prelievi;
- continuità assistenziale;
- consultori familiari;
- vaccinazioni;
- screening;
- servizi per la consulenza e l'intercettazione precoce del disagio in area salute mentale, dipendenze e neuropsichiatria infantile, dedicati in particolare ai giovani e ai loro familiari.

Tabella 4: Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità Asd	Casa della Comunità spds
Servizi di cure primarie erogati attraverso equipe multiprofessionali (AB-MG, PLS, SAL, IFeC, ecc.)		OBBLIGATORIO
Punto Unico di Accesso		OBBLIGATORIO
Servizio di assistenza domiciliare di livello base		OBBLIGATORIO
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza		OBBLIGATORIO
Servizi infermieristici		OBBLIGATORIO
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale		OBBLIGATORIO
Integrazione con i Servizi Sociali		OBBLIGATORIO
Pertecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione		OBBLIGATORIO
Collegamento con la Casa della Comunità Asd di riferimento		OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg PORTAMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Centro di Assistenza	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza		RACCOMANDATO
Medicina dello sport		RACCOMANDATO
Attività Consuloriali		RACCOMANDATO
Programmi di screening		FACOLTATIVO
Vaccinazioni		FACOLTATIVO

Nella tabella sotto riportata l'elenco delle Case di Comunità previste sui Municipi della ASST FBF Sacco (DGR XI/5195 del 6/09/2021; DGR XI/5373 dell'11/10/2021, DGR XI/6080 del 7/03/2022)

Municipio	Nome Cdc	Indirizzo
1	Rugabella	Via Rugabella 4
	Principessa Jolanda (con ODC)	Via Sassi 4
2	Gorla	V.le Monza 148
	Don Orione	Via Don Orione 2
3	Ricordi - Doria	Via Ricordi 1 – Via Doria 52
4	Rogoredo – Santa Giulia	Via dei Cinquecento 19 – Via Polesine 3
	Melloni (con ODC)	Viale Piceno 60
8	Accursio (con ODC)	P.le Accursio 7
	Gallaratese	Via Betti (ex scuola)
	Farini	Via Farini 9
	Aldini	Via Aldini 72/74

**Gli ospedali di Comunità (OdC)** sono strutture multiservizio deputate all'erogazione di prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie a media e bassa intensità definite dall'art. 7 comma 15 della LR 33/2009.

Gli ospedali di comunità sono strutture sanitarie di ricovero di cure intermedie, destinate a **ricoveri brevi** per pazienti che hanno bisogno di interventi sanitari a **bassa intensità clinica**, di durata massima di 30 giorni. Gli ospedali di comunità contribuiscono a fornire cure più appropriate riducendo, ad esempio, gli accessi impropri al pronto soccorso o ad altri servizi sanitari. L'ospedale di comunità consente anche di facilitare il **trasferimento dei pazienti** dalle strutture

ospedaliero per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti. È struttura rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (struttura le e/o familiare).

L'OdC è una struttura sanitaria in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti. Come chiarito dall'Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020, non è ricompreso nelle strutture residenziali (articoli 29-35 del DPCM 12/01/2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"). L'OdC può avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale. L'OdC ha un numero di posti letto di norma tra 15 e 20. I pazienti ospitati necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità. L'accesso avviene su proposta di un medico che può essere di medicina generale, di continuità assistenziale, specialista ambulatoriale del Distretto, specialista ambulatoriale ospedaliero, del pronto soccorso.

La gestione e l'attività sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze.

La responsabilità gestionale-organizzativa complessiva è in capo ad una figura individuata anche tra le professioni sanitarie dalla articolazione territoriale aziendale di riferimento e svolge anche una funzione di collegamento con i responsabili sanitari, clinici ed assistenziali, e la direzione aziendale.

La responsabilità igienico sanitaria e clinica sarà in capo ad un medico che opera nella UOS Igiene e Organizzazione Territoriale. L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7 con il supporto degli Operatori Sociosanitari, in coerenza con gli obiettivi del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti sanitari e sociali coinvolti.

All'interno dell'equipe di cura è presente l'Infermiere che si occupa, in particolare, delle transizioni di cura dei pazienti assicurando la presa in carico e la continuità assistenziale: tale infermiere si interfaccia con le Centrali Operative Territoriali e in modo da facilitare l'organizzazione dell'assistenza e gli ausili eventualmente necessari, una volta che il paziente tornerà al domicilio.

L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati: nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità.

L'assistenza notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura.

In caso di emergenza, dovranno essere attivate le procedure previste, a livello regionale, tramite il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale. Nel caso in cui la sede dell'OdC sia all'interno di un presidio ospedaliero potranno essere attivate le procedure d'urgenza del presidio ospedaliero.

## S.C. Cure primarie

La struttura complessa Cure Primarie (anche attraverso le risorse dell'omonimo Dipartimento funzionale) svolge in particolare le seguenti funzioni:

- attua il governo clinico dell'assistenza primaria nel rispetto degli Accordi Integrativi Regionali e Accordo Collettivo Nazionale
- monitora i progetti di governo clinico;
- gestisce e coordina le attività svolte dai professionisti delle cure primarie (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Famiglia, Medici di Continuità Assistenziale) e delle progettualità collegate (presa in carico, ospedali di comunità...)
- verifica e controllo dei consumi sanitari governati dal complesso dei soggetti che forniscono le cure primarie
- concorre al processo di integrazione ospedale territorio
- definisce nuovi modelli organizzativi delle cure primarie in un'ottica di miglioramento della qualità, semplificazione, integrazione di servizi e livelli di cura, sostenibilità del sistema
- tutela il diritto di accesso del cittadino all'assistenza sanitaria

- individua i fabbisogni formativi dei medici di assistenza primaria e coordina le attività conseguenti
- elabora linee di indirizzo per il personale distrettuale in merito alla vigilanza negli studi medici, autorizzazione prestazioni aggiuntive, raggiungimento obiettivi regionali;
- partecipa al monitoraggio continuo dell'attuazione dei percorsi individuali di cura, volto a verificare l'aderenza al percorso assistenziale, in particolare a quanto previsto dal Piano di assistenza Individuale;
- interviene nel coordinamento delle attività che coinvolgono i professionisti delle Cure Primarie nei luoghi di offerta territoriale (distretti, case di comunità, COT, ecc)

Si raccorda all'interno dell'organizzazione con le altre strutture ed in particolare con la SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane (per le convenzioni) e con la SC Qualità e Risk Management (per le verifiche di Appropriatezza e Qualità).

Si interfaccia all'esterno dell'organizzazione con Sindacati di Categoria, Associazioni dei Pazienti ed Amministrazioni locali per meglio definire convenzioni e progetti utili per il territorio.

#### **S.S. Gestione amministrativa dell'Accordo Collettivo Nazionale**

La struttura opera, in stretta sinergia con la SC Cure Primarie, a supporto delle azioni di governo delle cure primarie, in particolare occupandosi, da un punto di vista amministrativo di:

- gestire le convenzioni per MMG, PLS, Continuità Assistenziale, medicina dei servizi;
- effettuare la rilevazione degli ambiti carenti per MMG e PLS e definire i fabbisogni di ore medico del ruolo unico;
- predisporre e gestire le graduatorie regionali per la ASST attraverso l'espletamento delle procedure per l'affidamento degli incarichi;
- verificare le condizioni di incompatibilità;
- gestire le parti stipendiali variabili;
- tenere e aggiornare i fascicoli personali dei singoli medici
- rilevazione e controllo di tutti i dati economici e giuridici dei medici di GM MDS Specialisti e USCA
- attività amministrative USCA
- predisposizione di scheda generale di liquidazione e iscrizione contabile di tutti i costi stipendiali; trasmissione e collaborazione con la ragioneria.
- riconoscimento indennità forme associative/coll. studio/pers. infer. mmg e pls prima della pubblicazione del nuovo ACN 28 aprile 2022
- ricerca sostituti MMG e PLS

#### **S.C. Direzione delle Funzioni territoriali**

La Direzione delle funzioni territoriali si assume la responsabilità di tutti i processi amministrativi assegnati nei presidi territoriali ed a livello aziendale come definito dalle disposizioni di servizio di volta in volta ricevute.

In particolare, svolge le seguenti funzioni:

- d'intesa con il Direttore Sociosanitario, favorisce l'integrazione funzionale tra l'attività sanitaria e amministrativa extraospedaliera, anche promuovendo iniziative atte a migliorare l'accessibilità dell'utenza ai servizi erogati nonché la copertura del fabbisogno del Presidio/Territorio nell'ambito del budget assegnato;
- partecipa alla negoziazione con la Direzione Generale e la Direzione Amministrativa riguardo agli obiettivi di budget, valuta la correttezza delle allocazioni, rispetto ai fabbisogni di Presidio e propone eventuali modifiche;
- supporta il Direttore Amministrativo nel favorire la gestione comune tra le competenti strutture amministrative delle risorse umane, tecniche ed economiche assegnate ai presidi territoriali, in una logica di flessibilità, rotazione e corretta allocazione;
- persegue l'innovazione, la razionalizzazione e l'omogeneità delle procedure e dei sistemi operativi, dei processi amministrativi e logistici trasversali tra le Unità Operative complesse e promuove le medesime all'interno delle stesse Unità;
- garantisce l'adeguatezza ed il costante miglioramento dei servizi amministrativi nei presidi assegnati;
- collabora nell'individuazione e programmazione dei fabbisogni di beni e servizi;
- fornisce consulenza e supporto nelle scelte di beni e servizi nei presidi assegnati;
- Gestisce il personale amministrativo che opera nel polo territoriale non assegnato gerarchicamente ad altre strutture aziendali;

- gestione amministrativa degli specialisti ambulatoriali convenzionati anche attraverso:
- la collaborazione nel fornire pareri nei confronti del processo di programmazione aziendale e distrettuale nonché in merito agli adempimenti amministrativi connessi alla instaurazione e gestione unitaria del rapporto di lavoro;
- l'interazione con la Direzione Strategica nell'applicazione degli istituti contrattuali di categoria nella piena osservanza dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni e altre professionalità Sanitarie (biologi, chimici e psicologi), nonché degli Accordi Integrativi Regionali e degli Accordi Integrativi Aziendali;
- il monitoraggio del funzionamento delle AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale) e delle UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) per le attività di competenza;
- la collaborazione alla valutazione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- la proposta di soluzioni e percorsi di semplificazione per l'accesso alla specialistica ambulatoriale, per la corretta gestione delle liste d'attesa e per il contenimento dei tempi di effettuazione delle prestazioni;
- lo svolgimento di attività di promozione e sviluppo dell'assistenza specialistica ambulatoriale;

Rappresenta la componente innovativa di gestione e progettazione dell'intero sistema, analizzando i nuovi percorsi derivanti dalle competenze aggiuntive acquisite con la riforma, col compito di identificare ad adottare le migliori soluzioni per la realizzazione dei previsti percorsi, sia sul territorio che nella connessione tra territorio ed ospedale (che si concentra in particolare sugli aspetti correlati ai bisogni dei singoli assistiti).

Si occupa inoltre della progettazione, implementazione e gestione degli strumenti di analisi e governo dell'Azienda, sia delle componenti ospedaliero che territoriali, garantendo una visione multidimensionale per le conseguenti azioni di analisi strategica.

### **S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie (DAPSS) del Polo Territoriale**

La Direzione delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie Territoriali è l'unità organizzativa complessa titolare di indirizzo, organizzazione e coordinamento del personale: infermieristico, tecnico-sanitario, riabilitativo, sociale, di prevenzione, di supporto territoriale. Dipende dal Direttore Socio sanitario.

Tale Direzione delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie garantisce il conseguimento degli obiettivi della Direzione Strategica e della Direzione Socio Sanitaria attraverso tutti i servizi previsti dall'articolazione territoriale in una logica di integrazione dei servizi, multidisciplinarietà e multi professionalità, in collaborazione con i Direttori di Distretto e con la UOS igiene e organizzazione territoriale, nell'ottica dell'implementazione dell'assetto organizzativo territoriale previsto dalle leggi regionali in materia e nel superamento della frammentarietà dei singoli servizi territoriali.

La complessità organizzativa, logistica e strutturale del territorio impongono in particolare, nell'attuale assetto di riordino del S.S.R, l'identificazione di soluzioni che favoriscano lo sviluppo organizzativo e professionale atto alla creazione, l'implementazione ed il governo dei percorsi di promozione della salute e di presa in carico dei soggetti tutti ed in particolare dei soggetti cronici e fragili, garantendo nella risposta sanitaria all'utenza l'integrazione dei tutti i servizi presenti nell'area territoriale anche in continuità con l'assistenza ospedaliera.

La concentrazione di popolazione dei Municipi afferenti all'ASST è elevata e le condizioni socioeconomiche, nonché l'elevato numero di comunità straniere, comporta l'emergere di problematiche sociali e sanitarie particolari a cui è necessario dare risposta puntuale e contestualizzata.

L'articolo n.1, comma 5, del D.L. n.34/2020 prevede il potenziamento dell'assistenza infermieristica sul territorio introducendo la figura dell'**infermiere di famiglia/comunità** con lo scopo di rafforzare l'assistenza ai soggetti fragili e cronici, anche attraverso la collaborazione con i Medici di Medicina Generale, la promozione e la valutazione multiprofessionale e multidimensionale del paziente, figura che costituisce il raccordo tra il MMG e tutti i servizi presenti nell'area territoriale.

L'**infermiere di famiglia/comunità** è il professionista che individua i pazienti arruolabili in un percorso di mantenimento della domiciliarità attivando i necessari interventi per il rientro a domicilio, promuovendo il progetto integrato di presa in carico più coerente alle necessità assistenziali del paziente/famiglia e presidia la continuità del percorso di presa in carico, garantisce l'assistenza infermieristica, promuove interventi di educazione/informazione sanitarie comprese le modalità di accesso ai servizi. Svolge attività trasversali per accrescere l'integrazione e l'attivazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le risorse del territorio utili a risolvere i problemi legati ai bisogni di salute. E' un professionista che, insieme ad altri colleghi, forma la rete integrata territoriale ed ha un ruolo proattivo per promuovere salute, educazione sanitaria per la persona, la famiglia e la comunità.

Si tratta nella realtà di progettare l'inserimento della figura dell'**infermiere di famiglia** integrandola all'interno dell'offerta sanitaria con lo scopo di potenziare ed integrare le singole risposte frammentarie in una offerta sanitaria attuata con maggiore efficacia ed appropriatezza rispetto al bisogno dell'utenza.

Per la continuità assistenziale gli infermieri di famiglia si avvalgono anche degli **strumenti di telemedicina** che stanno assumendo un ruolo centrale, se associati ad una reale presa in carico sociosanitaria, nell'ottica di favorire la riduzione dei giorni di ricovero e l'ottimizzazione dell'uso delle risorse.

La telemedicina consente di monitorare a distanza le condizioni del paziente e di intervenire con tempestività per prevenire l'acutizzazione della patologia. Inoltre la telemedicina produce con continuità una considerevole quantità di informazioni che, con gli opportuni strumenti di *business analytics*, consentono agli infermieri di valutare :

- le condizioni sanitarie dei pazienti, l'adesione dei pazienti alle indicazioni fornite ed eventuale revisione della terapia,
- la frequenza degli interventi a domicilio.

L'aumento delle patologie croniche e le fragilità legate ad alti indici di vecchiaia e a condizione dell'isolamento sociale, determinate sia all'indebolimento progressivo del tessuto sociale richiede azioni strategiche e di maggior impegno rappresentate dal potenziamento e riorganizzazione dell'area territoriale.

La S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie Territoriali opera in staff alla Direzione Socio Sanitaria e garantisce la funzione di governo dei processi dell'ambito di competenza attraverso la direzione e gestione delle risorse umane nel rispetto di quanto previsto dalle normative e dalla necessità di integrazione multi professionale.

Persegue la massima integrazione possibile tra le diverse unità organizzative, l'ottimizzazione dell'organizzazione e della gestione delle risorse in dotazione, l'uniforme applicazione di procedure comuni, e il raggiungimento degli obiettivi aziendali

Pur essendo dotata d'autonomia gestionale, appartenendo ad una struttura complessa aziendale, gestisce e dirige le risorse afferenti all'area, nell'ottica del superamento delle classiche compartimentazioni rigide tra ospedale e territorio.

Il Direttore delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie dirige e coordina le risorse che a livello territoriale operano nell'area della prevenzione, della promozione della salute, della presa in carico della cronicità e della fragilità e della riabilitazione, dell'assistenza in toto ed anche nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale (Consultori, Centri vaccinali, NPI, UOP, Dipendenze, Residenzialità e semi residenzialità del dipartimento di Salute Mentale, ambulatori territoriali, case della comunità e ospedali di comunità).

Il Direttore delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie Territoriali ha la responsabilità:

- pianificare e programmare modalità organizzative e gestionali al fine di assicurare l'integrazione delle risorse umane assegnate ai vari *setting* assistenziali favorendo la continuità delle cure;
- garantire il governo clinico/assistenziale mediante la definizione, lo sviluppo e la direzione di modelli organizzativi innovativi dei servizi territoriali tesi al raggiungimento degli obiettivi aziendali,
- elaborare progetti di miglioramento della qualità assistenziale, coerentemente con gli indirizzi forniti dalla Direzione Strategica, dal Direttore Socio Sanitario, dal Direttore di Distretto,
- promuovere e favorire l'utilizzo di modalità organizzative e strumenti che tendano al miglioramento continuo dei flussi in entrata e in uscita dei pazienti dall'ospedale al territorio.

Le principali funzioni del Direttore delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie Territoriali sono:

- gestione delle risorse umane finalizzato ad assicurare i livelli assistenziali nelle varie U.O dei Distretti, in tutte le fasi di reclutamento, allocazione, inserimento, valutazione e sistema premiante,
- analisi del fabbisogno formativo del personale ed organizzazione di piani formativi e di percorsi di formazione *ad hoc*,
- determinazione del fabbisogno di personale e delle relative competenze, garantendo la coerenza interdipartimentale degli obiettivi,
- sviluppo di modelli e strumenti organizzativi innovativi in supporto all'implementazione della risposta sanitaria territoriale delle realtà già esistenti (Gestione della post-acuzie, aree ambulatoriali territoriali a gestione delle professioni sanitarie) ed in particolare in supporto alla implementazione dell'incipiente realtà delle case della comunità e negli ospedali di comunità con la creazione di processi organizzativi e di gestione degli stessi e di percorsi di cura,
- contribuire allo sviluppo dei servizi territoriali anche con modalità organizzative innovative caratterizzate da una forte integrazione professionale in particolare nella individuazione di modalità organizzative e strumenti per la presa in carico dei pazienti fra Ospedale e Territorio,
- sviluppo di modelli o percorsi di *clinical/case management* del percorso nascita fisiologico in area territoriale,
- collaborazione al governo unitario dell'assistenza territoriale attraverso l'integrazione fra i Distretti con il Servizio Sociale e i servizi trasversali con il potenziamento funzionale della rete dei servizi,
- integrazione nella risposta sanitaria dell'attività e del contributo delle Istituzioni o Associazioni di Volontariato,

- collaborazione, per quanto di competenza, alle attività per promuovere la tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro, accreditamento e logistica.

Alla struttura afferisce il Servizio Sociale Professionale- **assistanti sociali** -che operano in Azienda (nelle strutture dei poli ospedaliero e del polo territoriale) che si occupa della cura del disagio dell'individuo, della famiglia e della comunità. Gli assistenti sociali, già operanti nei diversi ambiti aziendali, lavorano per l'integrazione, la promozione e la messa in rete delle risorse territoriali, in sinergia con gli altri servizi del territorio per trovare soluzioni adeguate e tempestive ad alleviare il disagio sociale di pazienti presi incarico. Operano coordinandosi con enti ed istituzioni del territorio (Comuni, ATS, RSA), con le famiglie e con le associazioni del terzo settore.

Svolgono una funzione in favore degli assistiti e nello svolgerla aumentano l'efficienza del funzionamento delle strutture di offerta sanitarie (pronto soccorso, reparti di degenza) e completano l'offerta integrata delle strutture di offerta territoriali.

#### **Servizio Sociale Professionale Aziendale**

Si rende necessario costituire un riferimento di area professionale per gli assistenti sociali, finalizzata a garantire una gestione coordinata e trasversale del personale e delle funzioni di Servizio Sociale Professionale Aziendale, nelle diverse articolazioni della ASST.

In considerazione delle competenze sociali, delle funzioni svolte e dell'autonomia professionale si individua l'afferenza dell'unità organizzativa alla DAPSS Territoriale.

Negli ultimi anni, anche a causa dell'emergenza pandemica, si sono evidenziati bisogni di salute sempre più complessi, in relazione, non solo a fattori sanitari e clinici, ma anche socio-economico-familiari denominati "determinanti sociali della salute". Tali fattori necessitano di essere individuati precocemente a partire da una richiesta di natura sanitaria; inoltre, incidono profondamente sugli esiti degli interventi e devono, pertanto, essere affrontati congiuntamente dalle professioni sanitarie e sociali tramite le proprie specifiche funzioni.

L'Assistente Sociale opera attraverso l'utilizzo di tecniche e strumenti orientati dai riferimenti teorici, metodologici, etico-deontologici della professione e nel rispetto del segreto professionale; in tale contesto trovano conferma e sintonia le funzioni esclusive e le competenze del Servizio Sociale Professionale Aziendale.

L'attuale necessità di potenziamento dell'assistenza territoriale e dello scenario di nuovi servizi che andranno a svilupparsi, rendono oggi, ancora più forte l'esigenza di un adeguato riconoscimento del ruolo dell'assistente sociale, sia nelle sue funzioni che nelle attività.

Il Servizio Sociale Professionale interviene in sinergia con la Direzione sociosanitaria alla realizzazione degli obiettivi del Piano Socio-Sanitario Regionale e della pianificazione strategica aziendale.

Attraverso l'azione dei suoi professionisti, presidia ed attiva efficacemente gli snodi della programmazione degli interventi nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria e della multidimensionalità.

Il Servizio Sociale Professionale nella sua specificità:

- costituisce un servizio ponte tra le aree sanitaria, socio-sanitaria e sociale per la valutazione dei bisogni del territorio, per la programmazione e valutazione dei servizi erogati dai soggetti dell'intero sistema, per la predisposizione di percorsi assistenziali, anche innovativi, per l'utilizzo e accesso alle risorse, per i programmi di prevenzione;
- consente, attraverso le proprie metodologie, una lettura multidimensionale dei bisogni e delle risorse individuali, familiari e sociali nelle situazioni di fragilità, vulnerabilità e cronicità complessa;
- programma e attiva percorsi, in sinergia alle attività sanitarie, a garanzia della continuità assistenziale per persone ospedalizzate o assistite al domicilio mettendo "in rete" le risorse familiari/comunitarie esistenti e le prestazioni offerte dai servizi sociosanitari e socio-assistenziali pubblici e degli enti erogatori accreditati, nonché dalle associazioni di volontariato;
- promuove e potenzia le competenze personali e sociali della persona e della famiglia, ne sviluppa l'autonomia nell'utilizzo dei servizi e delle risorse territoriali per soddisfare le proprie necessità.
- L'assistente sociale con incarico di funzione, che può essere anche dirigenziale, ha le seguenti responsabilità:
- programma e governa le attività di servizio sociale professionale svolte dagli assistenti sociali in ASST;
- partecipa alla stesura di protocolli e istruzioni operative aziendali;
- programma e coordina le attività di ricerca e formazione della categoria professionale anche in collaborazione con le Università;
- opera su diversi livelli di integrazione, contribuendo a creare la rete tra i servizi, assicura funzioni di accoglienza, orientamento e informazione, presa in carico della persona della famiglia e gruppo sociale con attenzione a quelle variabili che possono incidere sui percorsi sanitari;
- concorre ad attuare percorsi di continuità assistenziale appropriati, sia rispetto ai bisogni delle persone che all'utilizzo delle risorse economiche regionali e comunali, facilitando e sostenendo l'adesione alle cure, la progettualità domiciliare, l'accesso ai servizi socio sanitari e sociali del territorio;

- gestisce i processi sociali per la Centrale di Dimissioni Protette, lavorando in sinergia con il personale infermieristico territoriale e i servizi fragilità e partecipando alla valutazione multidimensionale dei bisogni del paziente;
- gestisce e coordina gli interventi professionali a tutela dei minori, delle donne, degli anziani e degli adulti in situazione di fragilità o vittime di violenza, in collaborazione con le équipes di riferimento per l'attivazione di percorsi protetti e per gli adempimenti previsti dalle Autorità Giudiziarie competenti (ricorsi per la nomina di amministratore di sostegno, segnalazioni in Procura,);
- coordina e monitora l'attività fornita dalle cooperative fornitrice del servizio di mediazione linguistico culturale in Azienda;
- concorre alla definizione di progetti individualizzati fattibili ed efficaci e alla gestione diretta delle situazioni, anche con gli altri enti accreditati del sistema territoriale, nel rispetto del diritto del cittadino all'autodeterminazione;
- condivide e persegue i presupposti e gli strumenti propri delle reti ed è presenza indispensabile per la realizzazione delle stesse: Continuità Clinico Assistenziale, Materno Infantile e Salute Mentale e Dipendenze;
- collabora per l'attuazione di progetti condivisi con il Volontariato ed il Terzo Settore per iniziative di solidarietà, di sensibilizzazione della comunità, di orientamento e formazione e di educazione alla salute;
- collabora all'individuazione di un sistema di indicatori sociali per l'analisi della qualità assistenziale;
- elabora gli strumenti per la raccolta dati e la modulistica inerente il Servizio Sociale Aziendale.

### **S.C. Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive**

La prevenzione è una delle espressioni più significative di un moderno sistema sanitario. I principi presenti fin dall'istituzione del SSN sono stati sempre confermati ed ulteriormente precisati anche attraverso una serie di norme, tra cui l'istituzione del Dipartimento di Prevenzione. Il Dipartimento coordina e promuove le azioni di prevenzione, svolgendo un ruolo di riferimento e di stimolo per comportamenti, individuali e collettivi, finalizzati ad una migliore tutela della qualità del vivere di tutti.

La **S.C. Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive** si ispira quindi a questi modelli impegnandosi in una serie di interventi di prevenzione mirati alla persona e alla collettività come previsto nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Tali funzioni rispondono alle caratteristiche e alle esigenze del territorio e, per tale motivo, esse sono molteplici e multidisciplinari e riguardano principalmente la profilassi delle malattie infettive e parassitarie.

La **Struttura Complessa Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive** viene quindi istituita in diretta afferenza alla Direzione Socio-Sanitaria per gestire l'attività già in svolgimento nelle sedi assegnate per competenza territoriale. Il Direttore della **S.C. Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive** assume il ruolo di Direttore del **Dipartimento Funzionale di Prevenzione**. La struttura Complessa Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive ha due strutture semplici denominate Vaccinazioni e Vaccinazioni internazionali.

La S.C. Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive si coordina con il DIPS per la sorveglianza e la profilassi delle malattie infettive territoriali.

La **S.C. Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive** governa direttamente i Centri vaccinali dei Municipi di Milano direttamente afferenti all'ASST FBF Sacco (1, 2, 3, 4, 8) assicurando:

- le vaccinazioni del calendario vaccinali del bambino e dell'adulto
- l'offerta vaccinale ai soggetti a rischio (per patologia o status)
- l'offerta vaccinale in co-pagamento, ove prevista dalla normativa regionale
- la profilassi del viaggiatore internazionale. Tale funzione è unica sul territorio cittadino.
- Il raccordo con le unità operative ospedaliere dell'ASST FBF Sacco che attivamente partecipano all'offerta vaccinale
- vaccinazione post esposizione

Inoltre, alla SC Vaccinazioni, in diretto raccordo con la Direzione Socio Sanitaria, compete l'organizzazione delle campagne vaccinali previste in ambito regionale e nazionale.

Nell'ambito della funzione di Direzione del **Dipartimento Funzionale di Prevenzione** si raccorda con le direzioni e le relative strutture complesse e semplici aziendali per le funzioni ad esso afferenti sia a livello ospedaliero che territoriale:

- erogazione prevenzione (vaccinazioni e screening)
- sorveglianza e prevenzione malattie infettive

- presa in carico delle patologie croniche

Secondo il Piano Regionale dei vaccini e delle indicazioni dell'ATS, dovranno essere messe in atto le azioni per raggiungere gli obiettivi di copertura vaccinale delle popolazioni target e definito il budget di spesa con cui raggiungere questo risultato. Lo stato vaccinale degli assistiti sarà comunque verificabile attraverso un sistema informatico di monitoraggio accessibile a diverse unità operative e collegato alle anagrafiche dei pazienti.

Collaborano funzionalmente al raggiungimento degli obiettivi previsti nell'attuazione di questo modello diverse Unità operative aziendali: l'U.O. Farmacia nel reperimento e nella conservazione dei vaccini, il sistema informativo per l'integrazione dei sistemi di monitoraggio (catch up) ed infine le unità operative di degenza ed il pronto soccorso che possono intercettare, mediante il sistema informativo, i pazienti segnalati per il previsto "ripescaggio".

All'interno del sistema vaccinale milanese è presente, inoltre, l'offerta per la profilassi del viaggiatore internazionale nella sede di Via Statuto. Questa attività è punto di riferimento lombardo per la profilassi del viaggiatore ed ha carattere sovrazonale con caratteristiche di offerta proprie ed andamento stagionale del carico di attività. Il Servizio di Profilassi internazionale è inoltre centro accreditato dal Ministero della Salute per l'erogazione della Febbre Gialla con relativa certificazione con valore internazionale.

All'interno della **Casa della Comunità** è inserito un ambulatorio vaccinale con la funzione di favorire l'offerta vaccinale al cronico in stretta collaborazione con i MMG e gli specialisti che vi operano. **Le sedi vaccinali per campagne vaccinali (ad esempio antinfluenzale e anti covid) possono essere dislocate in aree temporanee strategiche per il rapido raggiungimento della copertura vaccinale.**

Municipio	Sede
1	Via Rugabella Casa della Comunità
1	Servizio di Profilassi del viaggiatore (Via Statuto 5)
1	P.le Principessa Clotilde (c/o Ospedale FBF)
2	Via Padova 118
3	Via Pecchio 19 / Via Ricordi
4	Via Serlio
8	P.zza Accursio 5

#### S.S. Vaccinazioni

La Struttura semplice Vaccinazioni ha la funzione di:

- gestire gli inviti ed i solleciti del territorio di competenza
- gestire i vaccini, i farmaci ed i presidi (in raccordo con la Farmacia)
- pianificare le sedute vaccinali alla luce della coorte interessata e del Piano Vaccinale Regionale
- Coordinarsi tra loro per una migliore gestione del personale e di supporto reciproco
- organizzare azioni dirette di supporto nella scelta dei genitori tramite disponibilità al colloquio e al supporto tecnico scientifico alle famiglie
- gestire il personale assegnato

#### S.S. Vaccinazioni internazionali

La Struttura semplice Vaccinazioni internazionali ha la gestione del Servizio di Profilassi del viaggiatore internazionale con la funzione di:

- assicurare l'offerta ai viaggiatori internazionali comprendente un counseling specifico e le vaccinazioni opportune
- gestire il personale assegnato
- gestire gli aggiornamenti internazionali delle aree a rischio per patologia per offrire all'utente la vaccinazione più opportuna rispetto al viaggio
- gestire i vaccini specifici del viaggiatore internazionale

#### S.C. Assistenza protesica ed integrativa

La S.C. Assistenza Protesica e Integrativa è inserita nello Staff dalla Direzione Sociosanitaria.

A seguito dell'applicazione della LR 23/2015 con avvio di ATS e ASST, nell'ottica della maggior efficienza, efficacia e omogeneità dell'assistenza Regione Lombardia ha individuato il modello SUPI - Servizio Unificato Protesica e Integrativa. Nell'ambito del progetto Milano, del 2017 il SUPI è collocato presso la ASST GOM Niguarda, che gestisce pertanto, per tutti i residenti di Milano, tutte le attività contabili e amministrative di riferimento ed è unica destinataria delle risorse regionali; compete inoltre al SUPI fornire indicazioni operative- procedure, aggiornamenti gara Arca e istituire incontri formativi rivolti ai Responsabili e al personale afferente alle strutture semplici.

Ciò per una corretta attività degli uffici territoriali di protesica e per garantire omogeneità di comportamento, su tutto il territorio cittadino.

Inoltre, sono rimaste di competenza ATS la gestione di tutti i prodotti di assistenza integrativa e dispositivi medici inclusi negli accordi con le farmacie: prodotti dietetici per celiachia, prodotti dietetici per malattie metaboliche congenite, latte artificiale per neonati da madre HIV +, presidi per diabetici per l'automonitoraggio della glicemia, dispositivi medici monouso. materiale per stomie e Incontinenza a raccolta -piani terapeutici per incontinenza e assorbenti

**Il Servizio Sanitario Nazionale assicura la fornitura di protesi, ausili ed ortesi individuati in un apposito catalogo denominato Nomenclatore tariffario.**

Il riferimento normativo è il DM. 332/99 che prevede:

1. protesi e ortesi costruite o allestite su misura da un professionista abilitato;
2. ausili tecnologici di fabbricazione continua o di serie che, a garanzia della corretta utilizzazione da parte dell'assistito in condizioni di sicurezza, devono essere applicati dal professionista sanitario abilitato;
3. ausili tecnologici di fabbricazione continua o di serie, pronti per l'uso, che non richiedono l'intervento del professionista sanitario abilitato

Stante l'attuale organizzazione della città di Milano, competenza principale della S.C. è avviare un percorso di collaborazione con il SUPI, anche in un'ipotesi di possibile evoluzione futura dell'attuale modello milanese, definendo strumenti di monitoraggio del budget distrettuale della protesica, al fine di individuare azioni che coinvolgano i prescrittori - specialisti ospedalieri ed MMG- per una migliore appropriatezza prescrittiva finalizzata al migliore utilizzo del budget stesso.

Analoghe azioni possono essere effettuate nei confronti dei cittadini, in particolare relativamente all'utilizzo di presidi monouso, per evitare possibili sprechi delle forniture e verificare anche l'appropriatezza nell' uso dei presidi forniti a domicilio (apparecchiature non utilizzate - non ritirate dalle ditte ecc)

Nell'organizzazione della SC è prevista una struttura semplice.

#### **S.S. Assistenza protesica e integrativa**

I cittadini affetti da minorazioni fisiche, sensoriali che necessitano di protesi e ausili, devono rivolgersi al servizio territoriale di zona.

Hanno diritto alle prestazioni gli invalidi e le categorie assimilate, privi della vista (o con un residuo visivo inferiore ad un decimo), sordomuti, pazienti che hanno subito un intervento di entero-urostomia, tracheotomia o amputazione di un arto e le donne che abbiano subito un intervento di mastectomia, gli infortunati sul lavoro.

A tal fine, è prevista un'attività distributiva, posta in capo alla SS Assistenza protesica e integrativa, che sulla base della L. 266/2005 (Finanziaria 2006) che prevede la consegna ai cittadini aventi diritto di: 1. dispositivi medici monouso 2. presidi per diabetici 3. prodotti destinati ad un'alimentazione particolare.

I dispositivi personalizzati previsti dal Nomenclatore sono ceduti in proprietà all'assistito mentre i dispositivi riutilizzabili (carrozzine, materassi, deambulatori, montascale) vengono concessi in uso agli assistiti.

L'Azienda ne garantisce la perfetta funzionalità e la sicurezza, affidandone la gestione a ditte specializzate che si occupano del servizio di ritiro, consegna a domicilio, manutenzione e sanificazione.

## Strutture semplici in staff alla Direzione Sociosanitaria

Nello staff della Direzione socio sanitaria sono previste anche sei strutture semplici:

### S.S. Psicologia Clinica e Tutela Minori

In linea con le disposizioni della legge 15 del 29 giugno 2016 che prevede l'attività di Psicologia Clinica a supporto di diverse attività sanitarie (psichiatriche, pediatriche, neurologiche, neuropsichiatriche) ed in considerazione della dimensione assunta dai servizi di psicologia già esistenti in Azienda si istituisce la struttura semplice dipartimentale di Psicologia Clinica.

La struttura si occupa del trattamento psicologico/psicoterapico ambulatoriale con il paziente, con visite programmate effettuate in sede, prevalentemente per pazienti affetti da disturbi non complicati dell'umore, psicotici, d'ansia, di personalità, dell'alimentazione. Il trattamento è effettuato da un unico professionista, psicologo/psicoterapeuta; possono essere previsti anche percorsi di cura prevalentemente psicoterapici, individuali, di coppia, di famiglia, di gruppo e interventi di tipo psico-educazionale, di supporto alle famiglie, a gruppi di lavoro, etc.

La struttura, inoltre, si connette strettamente con La SC Neuropsichiatría Infantile per offrire una risposta al bisogno di salute e benessere al minore e alla sua famiglia, attivando percorsi condivisi con gli altri i servizi sanitari, con le strutture scolastico/educative, con i servizi sociali e con il Tribunale Ordinario e Minorile.

#### Prestazioni:

- Valutazione psicologica
- Coordinamento indirizzi terapeutici per singoli pazienti/coppie/gruppi/famiglie
- Test psicodiagnostici
- Colloquio con i familiari
- Psicoterapia individuale
- Psicoterapia familiare
- Psicoterapia di gruppo
- Consulenza psicologica
- Intervento riabilitativo
- Interventi antistress lavoro-mobbing
- Gruppi di Psico Educazione e Auto Aiuto
- Certificazione/relazioni psicologiche

### S.S. Coordinamento delle attività consultoriali ed Adozioni

La struttura semplice Coordinamento delle attività consultoriali ed Adozioni è in diretta dipendenza dal Direttore Socio Sanitario e coordina funzionalmente le attività consultoriali afferente al polo territoriale.

Nel Sistema Sanitario Nazionale la rete territoriale dei consultori assicura una vasta gamma di prestazioni di carattere sanitario e psicosociale orientate sia all'educazione che alla tutela di soggetti in condizione di particolare fragilità (minori, maternità, sessualità, famiglia in crisi).

La legge 405 del 1975<sup>6</sup> istituiva i Consultori Familiari con lo scopo di assicurare:

- a) l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità ed alla paternità responsabile e per i problemi della coppia e della famiglia, anche in ordine alla problematica minorile;
- b) la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti;
- c) la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento;
- d) la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza, consigliando i metodi ed i farmaci adatti a ciascun caso; d-bis) l'informazione e l'assistenza riguardo ai problemi della sterilità e dell'infertilità umana, nonché alle tecniche di procreazione medicalmente assistita;
- e) l'informazione sulle procedure per l'adozione e l'affidamento familiare.

Alle principali aree di lavoro sulla prevenzione (identificabili come Educazione sessuale e socio-affettiva e Spazio Giovani, percorso nascita, relazione di coppia, di famiglia e disagio individuale e familiare, prevenzione della gravidanza indesiderata/prevenzione malattie a trasmissione sessuale (MTS), adozione, prevenzione oncologica) si affiancano le attività di diagnosi e cura (ginecologia e ostetricia di base, consulenza psicologica e psicoterapia) anche in funzione alle particolari esigenze della popolazione e del territorio di riferimento.

<sup>6</sup> Oltre alla legge 405/75 l'attività dei consultori è regolata dalla legge 44/76 e dalle DGR 4597, 3540/12, 4980/13 e 1765/14

I consultori assicurano le seguenti **prestazioni sanitarie**: Percorso nascita, sostegno all'allattamento, infertilità, contraccezione, IVG, MTS, menopausa, screening tumori genitali femminili.

Oltre alle prestazioni sanitarie i consultori assicurano una gamma di prestazioni a **carattere psico-sociale** (che sono solitamente identificate come prestazioni **senza mandato**) ed in particolare:

- formazione al ruolo genitoriale;
- miglioramento e sviluppo della relazione madre-bambino, soprattutto nei primissimi anni di vita del bambino (0-3) che è promossa e consolidata nell'ambito dei gruppi di sostegno alle madri;
- presa in carico e follow-up di gravidanze fisiologiche che amplia e prosegue il **Percorso nascita** sviluppato in continuità con le Aziende Ospedaliere;
- prevenzione del disagio adolescenziale e giovanile, soprattutto per quanto riguarda l'educazione all'affettività e alla sessualità e il benessere psico-fisico. Tale offerta si realizza nell'ambito dello **Spazio Giovani** dedicato anche alla componente maschile come testimoniato dalla presenza anche di un andrologo per la consultazione;
- accoglienza dell'utenza straniera con i molteplici problemi derivanti dal "trauma migratorio" (difficoltà d'integrazione e dialogo fra culture, marginalità sociale, riconciliamenti familiari problematici, conflitti tra le stesse diverse generazioni di migranti, anche all'interno di uno stesso nucleo familiare);
- sostegno alla crisi di coppia e separazione coniugale, fenomeno sempre più diffuso che propone nuovi eventi critici da elaborare nell'ambito della vita familiare, nelle relazioni tra genitori e tra genitori e figli.

#### **S.S. Cure Domiciliari**

La struttura semplice Cure Domiciliari è in diretta dipendenza del Direttore Socio-Sanitario. E' diretta da un dirigente Sanitario e opera in stretto raccordo con le Direzioni di Distretto e il DAPSS territoriale.

L'ambito d'intervento della SS Cure Domiciliari è quello delle cure domiciliari, intese quali interventi erogati al domicilio del paziente, che vanno dall'assistenza programmata del medico di famiglia, all'ADI, agli interventi in telemedicina, alle cure palliative, nonché agli aspetti di valutazione multidimensionale necessari alla stesura di un piano di intervento personalizzato.

La SS fornisce indicazioni relative al migliore utilizzo del budget ADI, secondo i target aziendali e ne garantisce la gestione e un monitoraggio continuo; collabora a sviluppare modalità di raccordo efficaci tra ospedale e territorio, al fine di creare le basi per una forte integrazione tra tutti i servizi, per l'erogazione di prestazioni efficaci, l'ottimizzazione dei processi di presa in carico. Se previsto, si attiva per attuare il percorso di accreditamento delle cure domiciliari.

Collabora alla produzione di linee guida sulla valutazione Multidimensionale, sulla stesura dei Piani assistenziali individuali; effettua la mappatura delle risorse esistenti sul territorio e promuove la valorizzazione delle risorse individuali e del terzo settore, come contributo alla realizzazione dei percorsi di presa in carico del soggetto cronico e fragile.

L'**assistenza domiciliare integrata** si configura come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello d'intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza e, per questo, comporta benefici in termine di benessere dell'utenza e in termini di appropriatezza ed efficienza nell'uso delle risorse.

Il livello di organizzazione degli infermieri, necessari a dare risposta ai bisogni, diventa fondamentale in un sistema complesso ma arricchito dalle varie professionalità e all'interno di un contesto integrato chiamato a dare risposte sia sul piano sociale che sanitario, attraverso la rete di tutti i professionisti presenti in *team*.

L'art. 1, comma 4, del D.L. n. 34/2020 fa riferimento al **potenziamento dell'assistenza integrata domiciliare-ADI**, con la finalità di intensificare le prestazioni domiciliari diminuendo contestualmente il ricorso a forme di assistenza e cura istituzionalizzate.

Per garantire il potenziamento dell'assistenza domiciliare è prevista la possibilità di assumere nuovo personale quale strumento per rafforzare i servizi di assistenza domiciliare per tutti i soggetti fragili, ovvero per i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, bisognosi di cure palliative/terapia del dolore e in generale per le situazioni di fragilità.

Considerando quanto contenuto nel PNRR e allo scopo assicurare assistenza sanitaria, socio-sanitaria, socio-assistenziale in integrazione con altri professionisti anche del servizio sociale professionale nascono le **Case della Comunità** che risultano essere lo strumento organizzativo attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti sul territorio, in particolare ai malati cronici, con la funzione di risposta ai bisogni di prossimità per le cure primarie con l'obiettivo di garantire parità di trattamento di cura e di accesso alle strutture presenti oltre a costruire percorsi personalizzati di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali nonché con i diversi servizi sanitari e sociali.

L'obiettivo delle nuove indicazioni normative è quello di definire un insieme di elementi organizzativi e assistenziali a supporto del coordinamento delle attività, alla presa in carico della persona e della attivazione di percorsi di prevenzione e cura multidisciplinari.

Altri strumenti organizzativi importanti e di forte integrazione sono gli **ospedali di comunità** che sono strutture intermedie tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale ed è una integrazione tra l'ospedale e il territorio e di continuità delle cure, erogate sulla base di una valutazione multidimensionale della persona da assistere, attraverso un piano integrato ed individualizzato di cura. L'assistenza è erogata in moduli assistenziali, di norma, di 15-20 posti letto e sono a conduzione prevalentemente infermieristica.

Per garantire la continuità assistenziale la Regione Lombardia ha infine previsto la presenza delle **Centrali Operative Territoriali** che risultano essere un ulteriore strumento di integrazione tra il *setting* ospedaliero, territoriale e svolge una funzione di raccordo con tutti i servizi facilitando connessione, coordinazione e tracciabilità dei processi.

La Centrale conosce le risorse, i servizi, la loro interrelazione, i processi, le modalità di attuazione e il loro monitoraggio, garantendo e coordinando la presa in carico, dei pazienti fragili.

Rappresenta l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale, in quanto svolge una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo tra i soggetti della rete assistenziale ed è uno strumento di raccolta e classificazione del bisogno/problema espresso, di attivazione delle risorse più appropriate, di programmazione e pianificazione degli interventi attivando i soggetti della rete assistenziale, garantendo la continuità dell'assistenza interfacciandosi con l'Ospedale, con l'Ospedale di Comunità, con le altre strutture di ricovero intermedie, con i MMG e con i servizi necessari.

Il responsabile della struttura semplice fornisce, per la parte di competenza indicazioni al funzionamento di CdC, OdC e COT.

Inoltre, promuove la sanità digitale, quale risorsa indispensabile per migliorare gli interventi di assistenza ai soggetti cronici e fragili.

#### **S.S. Igiene ed Organizzazione Territoriale**

La struttura Igiene ed Organizzazione Territoriale è una struttura semplice in staff alla Direzione Socio Sanitaria di Azienda, diretta da un Dirigente Medico al quale è attribuita la responsabilità organizzativa, gestionale relativamente agli aspetti igienico-sanitari dei Presidi del Polo territoriale e delle articolazioni territoriali afferenti alla Direzione Socio Sanitaria. Il Dirigente Medico della S.S. ha propria autonomia tecnico-funzionale e organizzativa, opera sulla base degli indirizzi generali stabiliti dal Direttore Sociosanitario e concorre al raggiungimento degli obiettivi fissati dal Direttore Generale. Il Dirigente Medico si avvale, nell'esercizio delle proprie competenze, degli uffici di staff con i quali è chiamato a collaborare. Nell'ambito della struttura aziendale ha competenze gestionali ed organizzative, igienico-sanitarie e di prevenzione, medico-legali, scientifiche, di formazione ed aggiornamento e di promozione della qualità delle prestazioni sociosanitarie. Supporta le strutture territoriali per gli aspetti relativi alla gestione della documentazione sociosanitaria e alla tenuta degli archivi, nonché alla predisposizione della modulistica sociosanitaria; esprime parere sull'acquisto di strumentazioni e dispositivi medici.

Inoltre:

- fornisce supporto alla Direzione Sociosanitaria nella definizione delle linee strategiche e degli obiettivi aziendali
- garantisce, per gli aspetti di propria competenza, la continuità nell'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie di servizi al cittadino e ambulatoriali in ambito territoriale
- rende operative le indicazioni e gli obiettivi identificati dalla Direzione Strategica
- adotta atti di natura igienico-sanitaria ed organizzativa anche con carattere di emergenza o urgenza per assicurare l'espletamento delle attività socio-sanitarie, nel rispetto degli obiettivi di budget
- promuove il coordinamento delle attività dipartimentali all'interno del presidio territoriale, in sinergia con i Direttori di Distretto, le Direzioni Mediche di Presidio, il DAPSS e la Direzione Funzioni Territoriali
- partecipa alla negoziazione del budget, fornendo proposte al Direttore Sociosanitario Aziendale e collaborando attivamente con la struttura Controllo di Gestione e Flussi
- promuove di concerto con le Strutture in staff alla Direzione Sociosanitaria Aziendale le iniziative di valutazione e miglioramento continuo della qualità delle cure, con particolare riguardo alla sicurezza, all'appropriatezza, all'accessibilità e alla qualità percepita, nel rispetto dei requisiti di accreditamento istituzionale
- collabora con il Risk manager aziendale al miglioramento della sicurezza del paziente, promuovendo le azioni utili a contenere il rischio clinico; partecipa all'Unità di gestione del rischio territoriale
- partecipa al Comitato valutazione sinistri, garantendo la completezza della documentazione utile all'istruttoria del caso, fornendo le proprie competenze tecniche nella gestione del contenzioso, e promuovendo l'adozione di azioni di miglioramento emerse dall'analisi
- partecipa al Comitato Infezioni in ambito territoriale, collaborando alla definizione e realizzazione del programma di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza
- collabora alla definizione del piano di formazione aziendale per il proprio personale
- assicura la rilevazione e la trasmissione dei flussi socio-sanitari di propria competenza

- adotta i provvedimenti di polizia mortuaria
- è responsabile dell'invio delle denunce obbligatorie agli organi competenti
- attua le procedure relative alla donazione e trapianto di organi, e vigila sul rispetto degli adempimenti previsti dalla normativa vigente
- è responsabile della corretta conservazione della documentazione sanitaria e socio-sanitaria secondo modalità e tempi dettati dalla normativa vigente
- è responsabile del rilascio agli aventi diritto di ogni documentazione socio-sanitaria nel rispetto delle norme di legge
- vigila sul rispetto della riservatezza dei dati sanitari
- promuove il rispetto dei principi etici e deontologici da parte delle figure professionali sanitarie
- fornisce supporto tecnico in materia di edilizia sanitaria
- gestisce l'organizzazione della specialistica ambulatoriale del polo territoriale e presente all'interno delle CDC.

#### Centrale di Dimissioni Protette (CDP)

Allo scopo di migliorare ulteriormente l'assistenza in ambito territoriale e offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati è necessario migliorare la capacità di presa in carico, in particolare dei pazienti fragili o con patologie croniche, all'atto della dimissione ospedaliera. La continuità ospedale-territorio ed in particolare le dimissioni protette, sono ormai da diversi anni obiettivo delle politiche sanitarie Regionali, per questo motivo all'interno dell'Azienda Fatebenefratelli - Sacco, è stata attivata la **Centrale di Dimissioni Protette (CDP)**, quale fulcro degli interventi di presa in carico sul territorio dei cittadini residenti, che necessitano di supporto ed accompagnamento in quanto fragili/complessi. Il percorso di presa in carico in dalla CDP prevede:

- la Valutazione Multidimensionale dei bisogni del degente, effettuata dai referenti ospedalieri e territoriali, promuovendo il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale (MMG) e Pediatra di Libera Scelta (PLS);
- la condivisione del progetto socioassistenziale con lo stesso ed i suoi familiari/caregivers;
- l'individuazione di un operatore di riferimento/case manager;
- l'individuazione del *setting*, dei servizi e delle prestazioni di cura più appropriati a rispondere ai suoi bisogni.

Nella Centrale di Dimissione Protetta lavorano in sinergia personale infermieristico territoriale e del servizio sociale. Il percorso di Dimissioni Protette (DP), ai sensi dell'art. 7 della Legge 23/15, si concretizza in una sequenza integrata di interventi, volti a facilitare la continuità delle cure tra l'ambito specialistico ospedaliero e quello dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale territoriale. Si tratta di un processo che guarda alla complessità della situazione, considerando fattori di diversa natura e di fondamentale importanza per il recupero psicofisico del benessere della persona. Il "paziente fragile", che ha superato la fase di acuzie ma non ha ancora esaurito il suo stato di bisogno, viene supportato nella continuità di cura attraverso la presa in carico da parte dei servizi territoriali disponibili.

#### **S.S. Promozione Salute Epidemiologia Governo Domanda Territoriale**

Alla Direzione sociosanitaria afferisce la S.S. Promozione Salute Epidemiologia Governo Domanda Territoriale.

Si occupa della pianificazione coordinamento e gestione di interventi di promozione della salute all'interno della ASST, sulla base di indicazioni regionali e nazionali, tenuto conto delle caratteristiche della popolazione di riferimento, integrando competenze professionali ed organizzative interne all'Azienda al fine di fornire nuove risposte ai bisogni emergenti delle persone e delle famiglie, con particolare attenzione a quelle che vivono nelle zone più disagiate e carenti di servizi

Agisce trasversalmente ed in accordo con le articolazioni dei Dipartimenti attraverso la programmazione, erogazione e governance di attività integrate di promozione della salute e prevenzione di fattori di rischio comportamentali quali tabagismo, dipendenze, sedentarietà, scorretta alimentazione e comportamenti sessuali a rischio. Assicura funzioni di indirizzo e raccordo con ATS, altri soggetti sanitari territoriali e Settori non sanitari (Scuola, Impresa, Università, Associazioni, ecc.), in relazione ad interventi di prevenzione e promozione della salute nelle comunità locali (con particolare riferimento ai contesti caratterizzati da specifiche caratteristiche di fragilità/vulnerabilità/rischio). Garantisce a livello territoriale la gestione e lo sviluppo di sistemi di sorveglianza su determinanti di salute e comportamenti e di strumenti e percorsi interdisciplinari per l'orientamento della programmazione intersetoriale in termini di appropriatezza (effectiveness, sostenibilità, equità). Attiva e coordina, nell'ambito della programmazione territoriale prevista nel Piano Integrato Locale, i protocolli intersetoriali ed i programmi preventivi regionali previsti dal Piano Regionale di Prevenzione. Cura la programmazione e sviluppo di percorsi formativi integrati e mette in atto progettualità di stampo sperimentale ed innovativo nell'ambito della promozione della salute e della prevenzione dei comportamenti a rischio, in stretta connessione con le indicazioni ed i programmi regionali. Mette a disposizione delle strutture Aziendali le proprie competenze in materia di comunicazione.

Sia in relazione a queste specifiche attività, che in generale a supporto della Direzione Socio sanitaria la struttura sviluppa modalità per rilevare quantitativamente i bisogni; monitorare i consumi in essere e valutare le priorità, anche avvalendosi di collaborazioni con il Servizio Epidemiologico di ATS.

#### **S.S. Coordinamento disabilità**

La Struttura Semplice Disabilità svolge un ruolo trasversale a tutta l'azienda in relazione ad attività di programmazione, gestione e coordinamento degli interventi rispetto alle aree della disabilità, della non autosufficienza e della cronicità in ogni ambiente di vita.

Fornisce linee guida relativamente alla valutazione multidimensionale, presa in cura dei soggetti fragili e cronici, stesura dei piani di intervento e loro monitoraggio al fine di garantire l'assistenza sanitaria e socio sanitaria, facilitando i percorsi del cittadino e attivando tutte le risorse disponibili sul territorio.

Obiettivo della S.S è promuovere la capacità dei nostri servizi di fornire risposte globali e unitarie finalizzate al benessere della persona fragile e alla sua famiglia, fornendo le indicazioni per la realizzazione di progetti individualizzati che favoriscono anche, dove appropriato, l'inclusione della persona con disabilità nel proprio contesto di vita, compreso l'ambito scolastico.

Opera in stretta sinergia con il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, per tutti gli aspetti e le progettualità di competenza, nonché con la Direzione Sanitaria al fine di disegnare percorsi facilitati e personalizzati di accesso alle cure ospedaliere per il soggetto affetto da disabilità.

La S.S. opera in stretta correlazione con le équipe di valutazione multidimensionale anche al fine di definire modalità di stesura dei piani individuali di intervento, strumenti per l'attivazione del singolo, delle famiglie e della comunità al fine di sostenere il carico assistenziale monitoraggio delle progettualità individuate. Agisce inoltre in stretta connessione con la Centrale delle Dimissioni Protette, con il Centro servizi cronicità, con le strutture territoriali deputate alla gestione della disabilità, fragilità e cronicità e con le COT di prossima costituzione.

Tra gli obiettivi principali, la struttura deve favorire l'accessibilità alle reti dei servizi, che sono in grado di offrire una pluralità di risposte domiciliari, ambulatoriali, residenziali di sostegno anche economico alle famiglie; promuovere la semplificazione delle procedure nell'ambito dei processi di valutazione, operare in stretta sinergia con le altre strutture aziendali in caso di dimissioni difficili anche ai fini di attivare percorsi nuovi di collocazione adeguata delle persone.

## Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze

Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) è un complesso organizzato e coordinato di strutture, servizi e prestazioni sia ospedaliere che territoriali integrate con attività assistenziali, riabilitative, educative e culturali.

Il DSMD è la struttura aziendale di organizzazione, gestione e produzione delle prestazioni finalizzate alla promozione della salute mentale, alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico e del disturbo mentale e delle disabilità psicofisiche delle persone e della prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti con abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti e alcol per l'intero arco della vita.

I compiti istituzionali del DSMD sono, ai sensi della normativa nazionale e regionale vigente:

1. Promozione della salute mentale come aspetto della salute generale in ogni fascia di età
2. Tutela dei diritti di effettiva cittadinanza delle persone con disagio psichico, disturbo mentale e disabilità psicofisica, favorendo il superamento di ogni forma di pregiudizio e la crescita di una cultura che elimini lo stigma
3. Garanzia di libero accesso ai servizi del Dipartimento di Salute Mentale
4. Erogazione dei servizi essenziali e delle prestazioni appropriate, assicurando l'unitarietà e la continuità degli interventi con un uso razionale delle risorse, centrandoli sui bisogni delle persone
5. Implementazione della multidisciplinarietà e dell'interdisciplinarietà ad ogni livello della rete dei servizi dipartimentali, attuando un'effettiva integrazione con gli altri servizi sanitari e sociali aziendali ed extra-aziendali, per favorire una risposta tempestiva, globale e definita nel tempo
6. Valorizzazione della partecipazione delle Associazioni dei familiari e degli utenti, del volontariato e del privato sociale ed imprenditoriale come risorsa essenziale e complementare dei servizi.

### Obiettivi del Dipartimento di Salute Mentale

Il DSM individua i seguenti obiettivi generali rivolti alla propria utenza nelle diverse fasce di età:

1. prevenzione nelle sue varie articolazioni
2. intervento precoce volto ad una tempestiva attuazione dell'intervento terapeutico e alla riduzione della cronicità
3. cura e riabilitazione dei disturbi psichici, garantendo la continuità terapeutica e l'integrazione delle prestazioni dei servizi sanitari
4. tutela dei diritti di cittadinanza della persona in carico ai servizi dipartimentali, in collegamento con i Servizi Sociali, le Autonomie locali ed il Volontariato

Il DSM garantisce, attraverso il mantenimento di un adeguato livello organizzativo e di aggiornamento scientifico dei suoi operatori:

1. il rafforzamento dei fattori che salvaguardano la salute psichica
2. il superamento di ogni forma di stigmatizzazione e di emarginazione delle persone con disturbi psichici e/o con disabilità e dei loro familiari
3. il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza attraverso:

Il Dipartimento assicura la promozione della salute e la vigilanza degli aspetti organizzativi dei diversi cicli della produzione ospedaliere e territoriale psichiatrica, garantendo l'integrazione operativa tra i differenti punti di erogazione attraverso la realizzazione e l'adozione di strumenti operativi (protocolli, procedure, linee guida).

La peculiarità e specificità dell'attività svolta nell'ambito delle strutture psichiatriche dell'Azienda, sia all'interno dei Presidi Ospedalieri che in ambito territoriale rende necessaria la presenza di una sola unità di coordinamento gestionale e funzionale per le varie entità che, a vario titolo, si occupano di Salute Mentale.

In relazione allo sviluppo del Progetto Milano ed a seguito dell'afferenza di strutture territoriali per la Dipendenza (SERT, NOA) è stata prevista l'istituzione di una S.C. dedicata, oltre alla gestione delle strutture, anche al coordinamento del rapporto tra risorse ospedaliere ed interlocutori territoriali.

Il Dipartimento potrà:

- Realizzare processi di integrazione, mediazione e collegamento tra le unità operative territoriali ed ospedaliere al fine di garantire la realizzazione di un "setting assistenziale" coerente con i bisogni dell'utenza ed armonizzato con le risorse disponibili, finalizzato alla massimizzazione del beneficio per i pazienti.

- Struttura re percorsi misti ospedale-territorio anche grazie all'attivazione di pacchetti MAC ambulatoriali che assorbano l'attività di Day Hospital e contribuiscono alla prevenzione delle acuzie
- Assicurare le condizioni per il corretto svolgimento delle attività assistenziali secondo i livelli di complessità individuati nel rispetto delle normative vigenti. Favorire e supportare l'utilizzo di linee guida predisposte da società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica.
- Stabilire delle relazioni di collaborazione con Associazioni di Volontariato, pubbliche, private, del terzo settore e Agenzie del privato sociale.
- Promuovere attività di inclusione sociale di pazienti e familiari in collaborazione con Imprese Sociali e Associazioni di Volontariato.

L'obiettivo di ottimizzazione dell'offerta a parità di risorse è stato esplicitato in un progetto che prevede:  
Un presidio delle urgenze mediante la presenza nei DEA e la gestione di una delle due strutture di ricovero e cura in acuzie.

Un maggiore coordinamento territoriale con una revisione della rete di offerta ed il dimensionamento dei posti nelle strutture in base all'intensità delle cure.

L'integrazione all'interno di adeguati percorsi di cura e riabilitazione mirati per patologie correlate e trattate da servizi specializzati.

Il coordinamento dei punti di eccellenza già attivi all'interno dell'ospedale (centri specializzati costruiti in coordinamento con strutture aziendali o mediante rapporti interaziendali).

#### **Emergenza e Degenza in acuzie**

Secondo le indicazioni Regionali e Nazionali sarebbe necessario 1 posto letto in SPDC ogni 10.000 abitanti e quindi, per un bacino d'utenza di oltre 450.000 abitanti (tale è il numero di residenti nelle 2 unità operative complesse psichiatriche gestite dal dipartimento), sarebbero indicati almeno 45 posti letto.

Il Dipartimento, che dispone in realtà di soli 33 posti letto accreditati, è riuscito nel tempo a mantenerne l'utilizzo entro la soglia dei 30 (17 posti letto per degenza al FBF + 1 DH e 13 posti letto +4 MAC all'Ospedale Sacco), escludendo eventuali 2 posti letto per adolescenti (16-18 anni). Si ritiene che tale risorsa possa essere sufficiente a patto di proseguire nelle azioni di rafforzamento della prevenzione territoriale.

La degenza rappresenta comunque uno snodo importante nell'inquadramento e nell'indirizzo di pazienti che si prevede verranno assistiti nell'ambito dei servizi territoriali. Sul territorio il Dipartimento dispone di centri ambulatoriali specialistici e strutture residenziali e semiresidenziali attraverso le quali si avvia il complesso percorso terapeutico e riabilitativo che un paziente psichiatrico può compiere. In esso, al contempo, si realizza la necessità di una maggiore integrazione delle risorse da utilizzare nella gestione delle criticità che la patologia comporta per il paziente e la famiglia.

Le prestazioni in regime di ricovero prevedono:

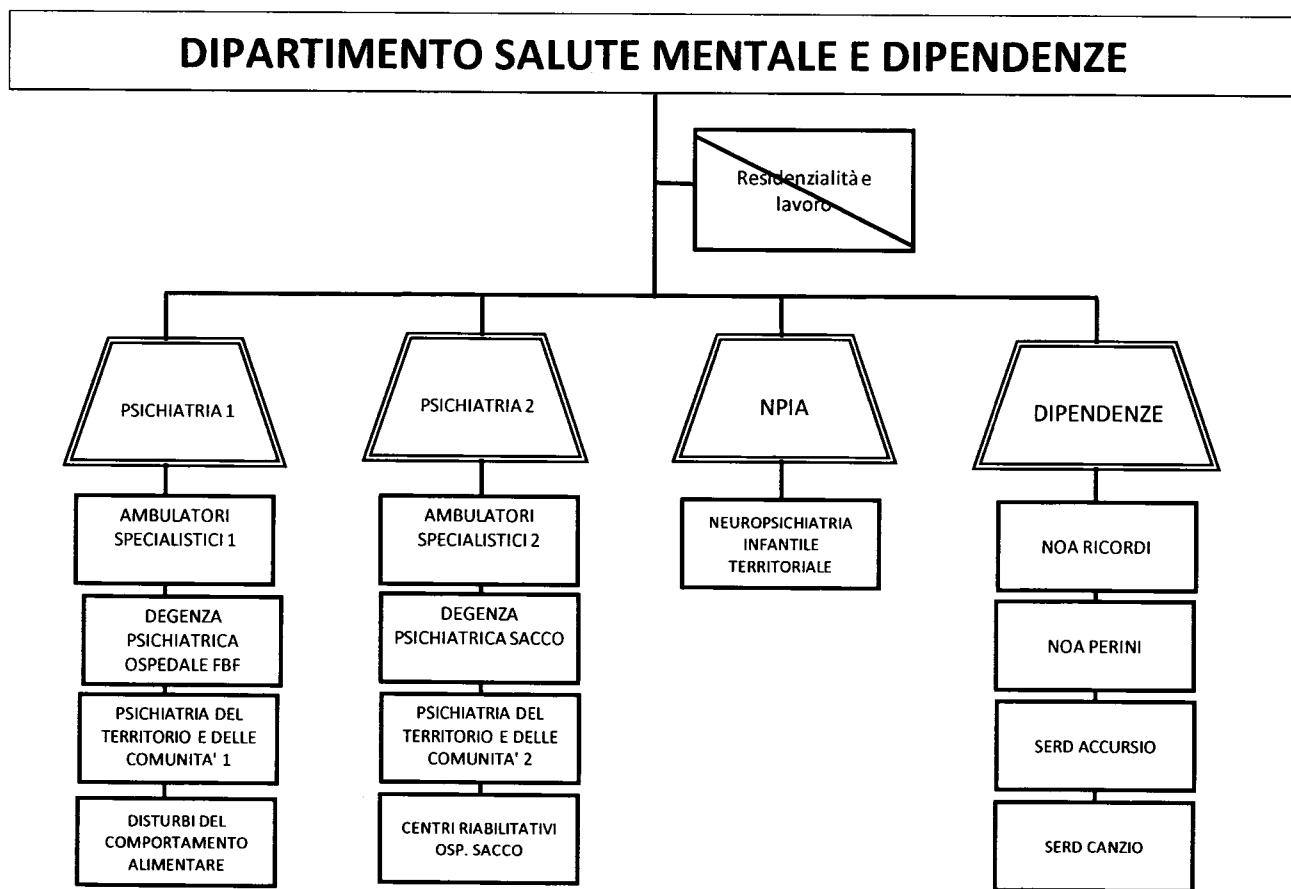
- Accoglienza del paziente
- Visita psichiatrica individuale
- Valutazione clinica standardizzata
- Indicazione terapia psicofarmacologica
- Programmi assistenziali personalizzati
- Visita con psichiatra ed infermieri dei servizi territoriali per garantire la continuità terapeutica
- Colloquio con i familiari

#### **Dimissione con programma di cura in ambito territoriale o ambulatoriale**

Nel Dipartimento ha sede la Scuola di Specializzazione in Psichiatria, del Corso di laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica e il DSMD è inoltre sede di formazione per gli studenti del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia del Polo Vialba e per i medici specializzandi della Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università degli Studi di Milano (che si distribuisce sui tre poli milanesi Sacco, San Paolo e Policlinico). Il Dipartimento infine è anche sede di formazione per psicologi in tirocinio post-lauream di alcune Scuole di Specializzazione in Psicoterapia convenzionate.

## La struttura del Dipartimento

Nel Dipartimento sono presenti 4 strutture complesse, 1 struttura semplice dipartimentale e 13 strutture semplici.



## S.C. Psichiatria 1

LA SC Psichiatria 1 ha a disposizione la struttura di degenza psichiatrica dell’Ospedale Fatebenefratelli e le attività territoriali già gestite dall’ex A.O. Fatebenefratelli-Oftalmico, raccoglie e coordina le attività aziendali relative ai disturbi depressivi e di ansia, gestisce alcune strutture di carattere semiresidenziale finalizzate ad interventi riabilitativi precoci ed intensivi per gravi patologie psichiatriche.

Svolge attività specialistiche di 2° livello nell’area riabilitativa, dei disturbi affettivi comuni e dei disturbi alimentari, e interventi psicologico-clinici e psicoterapici individuali, di gruppo e familiari.

All’interno della struttura complessa operano le seguenti 4 strutture semplici:

### S.S. Degenza Psichiatrica Fatebenefratelli

Effettua interventi diagnostico-terapeutici complessi in regime di ricovero ospedaliero volontario (TSV -Trattamento Sanitario Volontario) o in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) rivolti a pazienti con disturbi psichiatrici in fase acuta o di riacutizzazione, prevalentemente affetti da disturbi dello spettro psicotico, da gravi disturbi di personalità e da disturbi affettivi oppure a pazienti con reazioni acute ad eventi di vita stressanti, la cui gestione in ambito ambulatoriale o domiciliare è impossibile o presenta eccessivi aspetti di problematicità o rischio .

Sono anche previsti, in casi eccezionali, ricoveri cosiddetti “di sollievo” per situazioni di cronicità psicopatologica, e ricoveri finalizzati all’inserimento in altre strutture sia di tipo riabilitativo psichiatrico che di lungo degenza per psicosi croniche o involutive.

In casi particolari vengono effettuati ricoveri di pazienti affetti da disturbi da dipendenza da sostanze, sempre in accordo con i Servizi per le Tossicodipendenza (SerT) o con i Nuclei Operativi per l’Alcolismo (NOA).

La struttura fornisce supporto clinico di consulenza a pazienti ambulatoriali di diverse UO con disturbi depressivi o ansiosi in comorbilità medica.

È presente una Guardia Attiva di 24/24 ore per 365 giorni /anno

Coordina le attività di pronta disponibilità per turni TSO per la Città di Milano.

All'interno dell'Ospedale Fatebenefratelli sono numerose le specifiche collaborazioni struttura te:

- con la S.C. di Ostetricia e Ginecologia M. Melloni tramite Centro Psiche Donna per il monitoraggio e il ricovero di puerpera con severi disturbi psicotici o depressivi nel periodo perinatale
- con La SC Sicurezza e Prevenzione sul lavoro
- con le SS.CC. di Cardiologia ed UTIC
- con la S.S.D di Endocrinologia e Diabetologia
- con le SS.CC. di Pediatria (adolescenti in PS pediatrico e ricovero-TS)

#### **S.S. Psichiatria del Territorio e delle Comunità 1**

È una struttura che agisce su base territoriale e raggruppa strutture ambulatoriali e riabilitative che accolgono il paziente sia dopo una fase di valutazione diretta che dopo un eventuale ricovero, per dare risposta a specifici bisogni di cura, riabilitazione e assistenza. L'attività può essere svolta da un unico professionista (trattamento semplice o presa in cura) o da un gruppo integrato di più professionisti (trattamento complesso o presa in carico).

#### **Trattamento ambulatoriale semplice**

Trattamento ambulatoriale sul paziente, con visite specialistiche programmate effettuate sia in sede che a domicilio, prevalentemente per pazienti affetti da disturbi non complicati dell'umore, psicotici, d'ansia, di personalità, del comportamento alimentare. Il trattamento è effettuato da un unico professionista, prevalentemente psichiatra; possono essere previsti anche percorsi di cura prevalentemente psicoterapici, affidati allo psicologo dirigente su delega dello psichiatra inviante, che resta in ogni caso il titolare della gestione del paziente.

Le prestazioni che possono concorrere a questa fase comprendono: visita ambulatoriale, visita domiciliare, colloquio clinico, prescrizione farmaci, indicazione al ricovero, certificazioni, relazioni mediche, psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo e psicoterapia familiare.

#### **Trattamento ambulatoriale complesso**

L'attività comprende interventi intensivi terapeutici, riabilitativi e assistenziali per pazienti affetti da patologie psichiatriche complesse, prevalentemente psicosi dello spettro schizofrenico o affettivo, o gravi disturbi di personalità. Il trattamento è effettuato da un gruppo integrato di professionisti (équipe). Le prestazioni che possono concorrere a questa fase comprendono: visita ambulatoriale, visita domiciliare, colloquio clinico, ASO, indicazione di ricovero volontario o coatto (TSO), certificazioni / relazioni mediche, test psicodiagnostici, prescrizione di farmaci, distribuzione e somministrazione diretta di farmaci, colloquio con i familiari, psicoterapia individuale, psicoterapia familiare, psicoterapia di gruppo, interventi riabilitativi, interventi assistenziali, interventi di inserimento sociale o lavorativo ed organizzazione di gruppi di auto-aiuto.

La SS Psichiatria del Territorio e delle Comunità 1, oltre ad instaurare una collaborazione con i medici di MMG per i pazienti in cura, gestisce sul territorio strutture di offerta ambulatoriale e semiresidenziale:

Zona 3

CPS 3 via Ricordi

Centro Diurno via Ricordi

Zona 4

CPS 4 viale Puglie

Zona 8

CPS 6 via Procaccini

Centro Diurno Laboratorio e Riabilitazione

Ambulatorio Disagio Psicologico: l'ambulatorio per il Disagio Psicologico di via Procaccini offre la possibilità di interventi di tipo psicodiagnostico con test proiettivi e quantitativi. Offre, inoltre, la possibilità di interventi psicoterapici familiari e individuali con libero accesso da parte degli utenti.

La struttura ha inoltre individuato al proprio interno un nucleo definito dedicato ai pazienti autori di reato e alla collaborazione con le strutture residenziali specifiche (REMS)

La struttura partecipa al Progetto Innovativo Regionale TR32 – Esordio Giovani Bipolari-ADHD-Asperger (Cps 3 via Ricordi) con l'attivazione di due ambulatori specifici, altamente specialistici:

1) Ambulatorio per la diagnosi e il trattamento dell'ADHD nell'adulto

L'ambulatorio effettua valutazioni diagnostiche e impostazione e verifica di trattamenti farmacologici in soggetti con ADHD che abbiano raggiunto la maggiore età. E' un centro di secondo livello che collabora con i servizi invianti di primo livello. E' un servizio sovrazonale rivolto a soggetti con sospetto o diagnosi accertata di ADHD tra i 18 e i 35 anni ed effettua i propri interventi all'interno del progetto innovativo regionale TR 32.

2) Ambulatorio per le comorbilità psichiche associate agli autismi ad alto funzionamento nell'adulto

L'ambulatorio effettua una valutazione specialistica di secondo livello per soggetti adulti con diagnosi accertata di forme di autismo ad alto funzionamento (compresa la sindrome di Asperger) e copresenza di comorbilità psichiche. Offre una valutazione e la successiva proposta di intervento farmacologico e il suo eventuale controllo nel tempo. E' un centro di secondo livello che collabora con i servizi invianti di primo livello.

La UOS comprende i programmi di **Residenzialità Leggera affidati a Fondazione Aiutiamoli** (14 posti letto)

**S.S. Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)**

La diagnosi ed il trattamento dei Disturbi della Condotta Alimentare si svolgono in un contesto specialistico altamente specializzato e diversificato dalla gestione clinica routinaria sia per la complessità della presa in carico di questi pazienti (che spesso con grande difficoltà si affidano a percorsi di cura continuativi), sia per le sfide tecniche che comporta un tipo di intervento che prevede competenze altamente specialistiche di tipo psichiatrico, internistico, nutrizionale e psicologico. In tale servizio si sviluppa la possibilità di integrare diverse conoscenze al fine di elaborare risposte efficaci per questa tipologia di utenti. Tali interventi consentono la possibilità di una presa in carico globale che riguarda sia il paziente che la propria famiglia.

Tramite interventi di tipo ambulatoriale intensivo, integrato e altamente specialistico, forniti da una equipa multidisciplinare, il paziente viene caratterizzato sia da un punto di vista psicopatologico che internistico con l'elaborazione di interventi di cura mirati e prolungati volti non solo al recupero del peso utile a garantire un'esistenza sicura, ma anche indirizzati ad assumere comportamenti salutari sia nell'ambito alimentare che nelle condotte evasive. Per le condizioni più gravi il centro potrà avvalersi di transitorie collaborazioni con strutture dello stesso DSMD come il CRA per periodi destinati alla ri-acquisizione di stili di vita più salutari o come gli SPDC per interventi in particolari situazioni di acuzie.

**S.S. Ambulatori specialistici 1**

L'attività della S.S. Ambulatori Specialistici 1 è organizzata in un Centro Sovrazonale presso il Presidio Ospedaliero Fatebenefratelli dedicato alla prevenzione, alla diagnosi ed al trattamento dei Disturbi Depressivi e d'Ansia nelle diverse fasi della vita e in un Centro Sovrazonale presso il Presidio Ospedaliero M. Melloni dedicato alla prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle patologie psichiche connesse al ciclo vitale della donna (in particolare gravidanza, puerperio, climaterio) attraverso interventi interdisciplinari, sia di carattere educazionale presso Enti e Agenzie dedicate alla gravidanza e alla famiglia, sia specificamente di trattamento dei disturbi depressivi in gravidanza e nel post- partum in regime di ricovero, day-hospital e ambulatoriale.

1) Centro Disturbi dell'Umore e Ansia (ex Centro Litio, presso PO FBF)

I disturbi psichici trattati - numerosi e complessi - comprendono sia le patologie più gravi e potenzialmente invalidanti sia le patologie medio lievi - impropriamente definite "minori", per le quali si sono costituiti specifici servizi dedicati. Ansia e Depressione costituiscono le più diffuse patologie psichiatriche in termini di prevalenza e sono fonte di un elevatissimo grado di disabilità sia sociale che lavorativa. Spesso colpiscono persone giovani e con un funzionamento premorboso sufficiente o buono. Nelle forme più rilevanti in termini clinici il contesto della Medicina Generale non sembra fornire le risposte necessarie in termini di competenza psicofarmacologica e relazionale. I CPS sono spesso percepiti da questi pazienti come luoghi non adatti alle loro esigenze; a questo si aggiunge che a volte nei servizi territoriali (CPS) prevale la tendenza a dedicare la massima parte delle risorse disponibili ai pazienti più gravi che necessitano di specifici interventi multidisciplinari che configurano una condizione di presa in carico. Per questi motivi in tutte le ricerche epidemiologiche condotte su base regionale e nazionale si osserva una ridotta capacità dei Centri di Salute Mentale di intercettare in misura efficace e duratura questo tipo di patologie. La possibilità di offrire un centro

specialistico dedicato fornisce la possibilità di rispondere in modo più adeguato a tali bisogni di cura nel contesto del Servizio Sanitario Regionale, col proposito di ottenere la remissione e il pieno recupero funzionale in soggetti giovani, in età lavorativa, spesso madri e padri di minori, ovvero in una popolazione che rischierebbe di non avere risposte adeguate ed efficienti in contesti di "usual care".

L'esperienza maturata nel corso degli anni dall'ambulatorio ha permesso di consolidare esperienze cliniche e di ricerca di rilievo.

## 2) Centro Psiche donna (presso Melloni)

L'attività di intervento psichiatrico e psicoterapico all'interno del P.O. M. Melloni ha permesso di attivare percorsi specialistici di prevenzione delle patologie connesse ai cicli di vita della donna. In particolare, l'attenzione alle patologie affettive del peri-partum costituisce una possibilità di intercettare precocemente la patologia psichica in soggetti fragili, consentendo di svolgere interventi di prevenzione primaria e secondaria (sia sulla madre che sul bambino), costituendo inoltre un valido presidio per il trattamento specialistico delle condizioni di Depressione Maggiore o Psicosi insorte durante o dopo la gravidanza. Nello stesso servizio si interviene sulle specifiche problematiche dei disturbi psichici che si manifestano nella menopausa e che presentano criticità di diagnosi e gestione clinica tali da necessitare quella specifica formazione che si è progressivamente consolidata.

## S.C. Psichiatria 2

LA SC Psichiatria 2 ha a disposizione la struttura di degenza del Sacco e le attività territoriali delle U.O.P. 56 e 64 della zona 8 di Milano già gestite dall'ex A.O. Sacco; raccoglie e coordina le attività aziendali relative ai disturbi depressivi, d'ansia, dello spettro ossessivo-compulsivo ed ai disturbi del comportamento alimentare; gestisce alcune strutture territoriali di tipo residenziale e semiresidenziale finalizzate ad interventi riabilitativi precoci ed intensivi per le più gravi patologie psichiatriche.

Svolge attività specialistiche di 2° livello in area riabilitativa, area disturbi affettivi comuni, disturbi alimentari, interventi psicologico -clinici e psicoterapici individuali, di gruppo e familiari.

All'interno della struttura complessa operano le seguenti 4 strutture semplici:

### S.S. Degenza Psichiatrica Ospedale Sacco

Effettua interventi diagnostico-terapeutici complessi in regime di ricovero ospedaliero volontario (TSV -Trattamento Sanitario Volontario) o in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) rivolti a pazienti con disturbi psichiatrici in fase acuta o di riacutizzazione, prevalentemente affetti da disturbi dello spettro psicotico, da gravi disturbi di personalità e da disturbi affettivi oppure a pazienti con reazioni acute ad eventi di vita stressanti, la cui gestione in ambito ambulatoriale o domiciliare è impossibile o presenta eccessivi aspetti di problematicità o rischio .

Sono anche previsti, in casi eccezionali, ricoveri cosiddetti "di sollievo" per situazioni di cronicità psicopatologica, e ricoveri preliminari all'inserimento in altre strutture sia di tipo riabilitativo psichiatrico che di lungo degenza per psicosi croniche o involutive.

In casi particolari vengono effettuati ricoveri di pazienti affetti da disturbi da dipendenza da sostanze, sempre in accordo con i Servizi per le Dipendenze (SerD) o con i Nuclei Operativi per l'Alcolismo (NOA).

La struttura offre un servizio di Macro Attività Complessa (MAC) di quattro posti per valutazione diagnostica e terapia per pazienti affetti da patologie psichiatriche in forma subacuta o per pazienti dimessi dal reparto di degenza che necessitano di un monitoraggio continuo.

La struttura fornisce consulenze specialistiche nei reparti ospedalieri (psichiatria di liaison).

Nella struttura è presente una Guardia attiva 8-20 poi sostituita da un servizio di Pronta Disponibilità.

La struttura collabora con il Dipartimento delle Malattie Infettive per la diagnosi e il trattamento dei disturbi psichici HIV correlati.

### S.S. Psichiatria del Territorio e delle Comunità 2

E' una struttura che agisce su base territoriale e raggruppa strutture ambulatoriali e riabilitative che accolgono il paziente sia dopo una fase di valutazione diretta che dopo un eventuale ricovero, per dare risposta a specifici bisogni di cura, riabilitazione e assistenza. L'attività può essere svolta da un unico professionista (trattamento semplice, consulenza e presa in cura) o da un gruppo integrato di più professionisti (trattamento complesso o presa in carico).

#### Trattamento ambulatoriale semplice

Trattamento ambulatoriale sul paziente, con visite specialistiche programmate effettuate sia in sede che a domicilio, prevalentemente per pazienti affetti da disturbi non complicati dell'umore, psicotici, d'ansia, di personalità, dell'alimentazione. Il trattamento è effettuato da un unico professionista, prevalentemente psichiatra; possono essere previsti anche percorsi di cura prevalentemente psicoterapici, affidati allo psicologo dirigente su delega dello psichiatra inviante, che resta in ogni caso il titolare della gestione del paziente.

Le prestazioni che possono concorrere a questa fase comprendono: visita ambulatoriale, visita domiciliare, colloquio clinico, prescrizione farmaci, indicazione al ricovero, certificazioni, relazioni mediche, psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo e psicoterapia familiare.

#### Trattamento ambulatoriale complesso

L'attività comprende interventi intensivi terapeutici, riabilitativi e assistenziali per pazienti affetti da patologie psichiatriche complesse, prevalentemente psicosi dello spettro schizofrenico o affettivo, o gravi disturbi di personalità. Il trattamento è effettuato da un gruppo integrato di professionisti (équipe).

Le prestazioni che possono concorrere a questa fase comprendono: visita ambulatoriale, visita domiciliare, colloquio clinico, ASO, indicazione di ricovero volontario o coatto (TSO), certificazioni / relazioni mediche, test psicodiagnostici, prescrizione di farmaci, distribuzione e somministrazione diretta di farmaci, colloquio con i familiari, psicoterapia individuale, psicoterapia familiare, psicoterapia di gruppo, interventi riabilitativi, interventi assistenziali, interventi di inserimento sociale o lavorativo ed organizzazione di gruppi di auto-aiuto.

L'UOS Psichiatria del Territorio e delle Comunità 2, oltre ad instaurare una maggiore collaborazione con i medici di

MMG per i pazienti in cura, gestisce sul territorio strutture di offerta ambulatoriale e semiresidenziale:

#### Zona 8

CPS 19 via Natta

CPS 20 via Aldini

#### Centro Diurno via Aldini

L'UOS ha inoltre individuato al proprio interno un nucleo definito dedicato ai pazienti autori di reato e alla collaborazione con le strutture residenziali specifiche (REMS)

L' UOS partecipa al Progetto Innovativo Regionale TR 32:

Progetto Scintille (giovani dai 14 ai 24 anni con discontrollo emotivo e dell'impulsività in collaborazione con NPI)

L'UOS comprende:

Progetto accoglienza persone straniere (CPS Aldini e Natta)

NOTEc (Nucleo operativo terapia cognitivo-comportamentale – nucleo funzionale Cps 20): per il trattamento dei Disturbi di Panico e dei disturbi d'Ansia

I programmi di Residenzialità Leggera affidati a Fondazione Aiutiamoli (4 posti letto)

#### **S.S. Centri riabilitativi Sacco**

La struttura semplice – che opera sia su base dipartimentale che extra dipartimentale - comprende la **Comunità Riabilitativa ad Alta Intensità e il Centro Diurno Sacco**. Sono strutture di carattere riabilitativo che accolgono pazienti in carico presso i servizi territoriali (CPS) o provenienti dal ricovero ospedaliero per un programma terapeutico in post-acuzie.

CRA Comunità Riabilitativa ad Alta Intensità (interna al Sacco padiglione 60) ha 16 posti letto accreditati per l'intervento post-acute e la riabilitazione precoce. Tale servizio fornisce alle degenze ospedaliere psichiatriche dell'Azienda la possibilità di interventi riabilitativi ad elevata intensità rivolti a pazienti nella fase immediatamente successiva ad un ricovero acuto o per la presa in carico precoce di pazienti all'esordio, ai quali rivolgere interventi indirizzati al recupero precoce del funzionamento individuale. Svolge un'attività di elevata specializzazione legata alla prevenzione secondaria, che necessita di competenze peculiari da sviluppare nel contesto di un'organizzazione più ampia del Dipartimento. Particolare attenzione è posta ad interventi di provata efficacia secondo criteri "evidenced based" quali interventi psicoeducativi per i familiari, interventi di Social Skills Training, interventi cognitivi sui sintomi psicotici persistenti ed interventi di cognitive remediation.

CD Centro Diurno (interno al Sacco padiglione 60 e adiacente al CRA): accoglie pazienti in carico ai CPS, spesso provenienti dal trattamento terapeutico/riabilitativo svolto in CRA, permettendo quindi la prosecuzione, il consolidamento ed il mantenimento delle competenze socio-relazionali ri-acquisite nel percorso residenziale.

### **S.S. Ambulatori specialistici 2**

L'attività della S.S. Ambulatori Specialistici 2 è organizzata in Centri Sovrazonali.

Questa UOS comprende diversi Centri Specialistici e Ambulatori presenti nel Presidio Ospedaliero Luigi Sacco: Il Centro per il Trattamento dei Disturbi Depressivi (CTDD), l'Ambulatorio di Prevenzione Perinatale, l'Ambulatorio DOC, l'Ambulatorio di Neurostimolazione, l'Ambulatorio Internet Addiction, e gli ambulatori dedicati alla prevenzione, alla diagnosi ed al trattamento di specifiche patologie psichiatriche.

#### **1) Centro per il Trattamento dei Disturbi Depressivi CTDD (Ospedale Sacco)**

Il centro per il Trattamento dei Disturbi Depressivi – CTDD-, fondato nell'anno 2000, offre prestazioni ambulatoriali sovrazonali articolate in un'offerta di spazi di cura dedicati alla cura dei Disturbi dell'Umore (Disturbi Depressivi e Bipolari). Sono erogate prime visite specialistiche finalizzate alla diagnosi e alla impostazione di terapia, valutazioni testali certificate, visite di controllo nell'ambito di una presa in cura senza limite temporale.

Il centro si avvale della collaborazione con il Servizio di Psicoterapia della S.C. Psichiatria 2 per valutazioni psicologiche e neuropsicologiche, colloqui psicologici, psicoterapia individuale e di gruppo.

Il Centro offre inoltre un servizio di Macro Attività Ambulatoriale Complessa (MAC10) per il trattamento delle acuzie e delle forme depressive / ansiose resistenti ai trattamenti.

L'esperienza maturata nel corso degli anni dall'ambulatorio ha permesso di consolidare esperienze cliniche e di ricerca di rilievo nazionale.

#### **2) Ambulatorio Prevenzione e Cura della Psicopatologia Perinatale (Ospedale Sacco)**

L'attività di intervento psichiatrico e psicoterapico presso la Ginecologia del P.O. Sacco ha permesso di attivare percorsi specialistici di prevenzione delle patologie connesse ai cicli di vita della donna. In particolare, l'attenzione alle patologie affettive peri-partum costituisce una possibilità di intercettare precocemente la patologia psichica in soggetti fragili, consentendo di svolgere interventi di prevenzione primaria e secondaria (sia sulla madre che sul bambino) e costituendo quindi un valido presidio per il trattamento specialistico delle condizioni di Depressione Maggiore o Psicosi insorta durante o dopo la gravidanza.

Si offre alla donna che soffre di disturbi psichici un servizio di consulenza pre-concepimento e alla donna affetta di disturbi psichici in gravidanza la possibilità di un monitoraggio materno fetale delle terapie psicofarmacologiche in atto in collaborazione con il Dipartimento Materno Infantile.

#### **3) Ambulatorio Disturbi d'Ansia (Disturbo di Panico e Disturbo Post Traumatico) offre una presa in cura integrata dei disturbi con terapie farmacologiche e psicoterapie.**

#### **4) Ambulatorio Disturbo Ossessivo Compulsivo per inquadramento diagnostico e gestione clinica dei disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo in collegamento con l'International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders.**

#### **5) Ambulatorio di Neuromodulazione per screening e trattamento di disturbi affettivi attraverso stimolazione magnetica transcranica (TMS) e consulenza per il trattamento di forme farmacoresistenti con altri interventi di Neurostimolazione non invasivi (tDCS) e ad impianto (VNS e DBS)**

#### **6) Ambulatorio Dipendenza da Internet: effettua colloqui di valutazione psicologica /psichiatrica, con successiva eventuale presa in cura con terapia cognitivo-comportamentale di pazienti con disturbi correlabili alla dipendenza digitale. Gli effetti prodotti da un utilizzo abnorme di Internet sono, infatti, oggetto di attenzione e studio soprattutto su soggetti giovani. Un ambulatorio con specifiche competenze in tale area permette all'ASST di poter fornire risposte competenti e adeguate ad una problematica che rappresenta un settore di notevole rilevanza per la salute pubblica sia perché tocca in modo specifico la fascia dell'adolescenza, sia perché la diffusione che osserviamo per l'utilizzo dei social network assume dimensioni sempre più rilevanti.**

#### **7) Centro Antifumo, nato dalla collaborazione tra le S.C. di Psichiatria 2 e Pneumologia, offre protocolli di disassuefazione dal fumo che comprendono: una valutazione pneumologica e un assessment psichiatrico per escludere la presenza di comorbilità psichiatriche che controindichino l'impostazione di trattamenti farmacologici. Viene inoltre offerta una terapia di gruppo ad orientamento cognitivo-comportamentale per la disassuefazione, supervisionata dal Responsabile del Servizio di Psicoterapia del CTDD.**

Sono, inoltre, attivi ambulatori di psichiatria di consultazione in collaborazione con altre specialità ospedaliere:  
Ambulatorio GeCO (con Gastroenterologia) per pazienti con IBS e IBD;  
Ambulatorio PelviCO che è parte di un servizio multidisciplinare attivo in ASST per la diagnosi ed il trattamento delle patologie del pavimento pelvico, in collaborazione con S.C. Chirurgia Presidio Sacco.  
Ambulatorio Disfagie psicogene in collaborazione con la ORL.

Consulenza ambulatoriale con Medicina del lavoro per valutazione del rischio psicopatologico (dubbio/noto) per la definizione dell'idoneità alle mansioni.

### **S.C. Neuropsichiatria Infantile**

La Struttura Complessa di Neuropsichiatria Infantile, all'interno del DSMD, è il risultato dell'aggregazione di due strutture, una complessa e una semplice dipartimentale, che operavano in diverse sedi nel territorio di riferimento delle aziende Ospedaliere Sacco e FBF.

La missione della Struttura di Neuropsichiatria Infantile Aziendale (UONPIA) è offrire una risposta al bisogno di salute, benessere e autonomia del bambino, dell'adolescente e della sua famiglia, utilizzando percorsi condivisi con servizi sanitari di base, di 2° e di 3° livello, con strutture scolastico/educative, con i servizi sociali e con il Tribunale Ordinario e Minorile.

Si occupa di tutte le patologie neuropsichiatriche da 0 a 18 anni sia con un approccio diagnostico, sia con un approccio di intervento che spazia dalla psicoterapia, alla terapia farmacologica, al trattamento riabilitativo.

Le prestazioni sono rivolte principalmente ai minori ma coinvolgono anche i genitori, gli educatori/insegnanti e, dove necessario, i mediatori culturali per pazienti stranieri.

Effettua valutazioni e prese in carico di carattere multidisciplinare ed approccio multi-professionale (interventi coordinati di tipo neuropsichiatrico, psicologico, psicomotorio, logopedico e fisioterapico).

L'integrazione delle competenze professionali garantisce l'offerta di una varietà di prestazioni unica nel suo genere, in grado di soddisfare le diverse esigenze dell'utenza, sia ambito diagnostico-terapeutico sia in quello riabilitativo.

L'UONPIA si coordina strettamente con i servizi di Pediatria dell'ASST che comprendono le Pediatrie del Buzzi, del Fatebenefratelli e Macedonio Melloni oltre alla Neurologia pediatrica dell'Ospedale Buzzi e al CREI dell'ospedale FBF. Nella presa in carico, è spesso coinvolta un'équipe multidisciplinare e multiprofessionale (Otorinolaringoiatra, Oculista, Cardiologo; Nutrizionista, etc.).

Gli NPI, che appartengono alle varie sedi dell'azienda, a turno, svolgono un indispensabile ruolo di consulenti presso il Pronto soccorso pediatrico del presidio ospedaliero Fatebenefratelli per la valutazione/gestione delle urgenze psichiatriche soprattutto adolescenziali.

Centrale è la collaborazione con la Psichiatria con cui sono condivisi casi gravi, di età adolescenziale, che non trovano spazio nelle strutture di ricovero NPI e che necessitano di ricovero presso le strutture di psichiatria del DSMD.

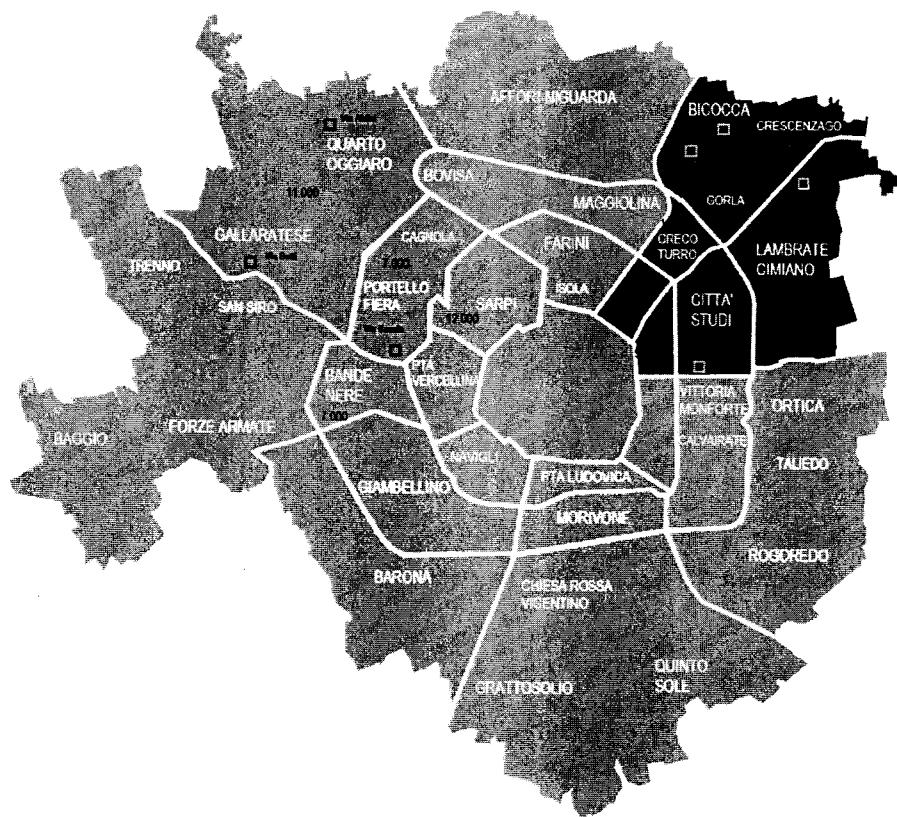
Inoltre è di fondamentale importanza il rapporto di collaborazione per la gestione della transizione delle patologie psichiatriche che superano la maggiore età e che passano dalla UONPIA alla psichiatria degli adulti. A questo scopo esistono già delle strutture intermedie di sovrapposizione, come il progetto Scintille, che si occupa della gestione comune della patologia psichiatrica adolescenziale, e come il progetto S.M.A.R.T. che si occupa delle patologie affettive in età adolescenziale e nei giovani adulti.

### **S.S. di Neuropsichiatria Infantile Territoriale**

La UONPIA del DSMD opera in sei diverse sedi coprendo la domanda espressa dalla popolazione in tre degli 8 Municipi della città di Milano:

1. Via Sant'Erlembardo,
2. Via Pusiano,
3. Corso Plebisciti,
4. Via Aldini,
5. Via Cilea
6. Via Raffaello Sanzio.

Tutte le sedi svolgono un'attività similare occupandosi di tutte le patologie NPI 0-18 anni su diversi bacini d'utenza zonali.



All'interno delle sedi sopraelencate esistono due centri a carattere sovrazonale: un ambulatorio presso l'ospedale Sacco per i Disturbi del comportamento alimentare dell'infanzia legato alla sede di via Cilea, e uno per il trattamento dell'A.D.H.D. presso il servizio di via Plebisciti.

Il centro per le Disabilità Complesse, con sede presso PO Fatebenefratelli rappresenta la settima sede e la sede sovrazonale dell'azienda: si occupa principalmente della diagnostica dell'autismo ed è sede del Nucleo funzionale autismo come da progetto regionale. Lo stesso centro ci occupa della valutazione e del follow up dei bambini prematuri e a rischio, in collaborazione con la Macedonio Melloni, ed è responsabile delle prescrizioni protesiche di tutta l'azienda.

Tutte le sedi partecipano alle commissioni di invalidità divise per il municipio di appartenenza e partecipano a tutti i progetti e ai tavoli di lavoro regionale.

## S.C. Dipendenze

La Struttura Complessa Dipendenze garantisce gli interventi previsti dai livelli essenziali di assistenza (LEA) vigenti nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di Dipendenza, siano essi causati da uso di sostanze, alcool o di tipo comportamentale (Disturbo da Gioco d'Azzardo).

I pazienti segnalati o auto-presentati vengono presi in carico con un approccio multidisciplinare che prevede lo svolgimento di programmi terapeutici individuali che includono prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche, psicoterapeutiche e riabilitative. La complessità emergente delle situazioni multiproblematiche determinate dal precoce inizio d'uso ha ormai reso necessario porre particolare attenzione alle condizioni di acuzie degli adolescenti ed alle doppie diagnosi di dipendenze da sostanze/comportamenti additivi e di patologia mentale.

La gestione clinica dei pazienti avviene prevalentemente a livello ambulatoriale ma, quando necessario, è prevista e strutturata la collaborazione di strutture del terzo settore accreditato (Comunità terapeutiche, Centri Diurni, Pronte Accoglienze) che appartengono ad una più vasta rete che comprende il Privato Sociale, gli Enti locali, le strutture psichiatriche del territorio, le strutture specialistiche ospedaliere, i Medici di Medicina Generale, l'UEPE.

La Struttura Complessa Dipendenze vanta una consolidata tradizione nel trattamento delle Dipendenze da Cocaina e da Gioco d'Azzardo che la vede all'avanguardia nel panorama cittadino sia per la specificità degli interventi mirati, sia per l'impegno in ambito scientifico.

La Struttura Complessa è articolata in quattro strutture semplici che assolvono alle funzioni assegnate rispetto alle principali tipologie di utenza (dipendenza da sostanze ed alcoldipendenza) e su ambiti territoriali distinti:

- S.S. Ser.D. Accursio, con sede in piazzale Accursio 7 (Municipio 8).
- S.S. Ser.D. Canzio, con sede in via Canzio 18 (Municipio 3).
- S.S. NOA Perini, con sede in via Perini 23 (Municipio 8).
- S.S. NOA Ricordi, con sede in via Ricordi 1 (Municipio 3).

Sulle strutture semplici la Direzione della Struttura Complessa esercita funzioni di coordinamento e monitoraggio delle attività.

### S.S. Ser.D. Accursio

La Struttura Semplice Servizio Dipendenze di Piazzale Accursio garantisce l'erogazione ambulatoriale delle prestazioni sanitarie comprese nei LEA, finalizzate all'assistenza delle persone con disturbo da uso di sostanze o con dipendenze comportamentali e alle loro famiglie, così come previsto e definito dal DPR 309/90 e dalla normativa nazionale e regionale di settore.

Il servizio è aperto all'utenza del territorio e garantisce la presa in carico di soggetti affetti da problematiche connesse ai Disturbo da uso di sostanze psicotrope e Dipendenze comportamentali.

L'erogazione delle prestazioni prevede la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un Programma Individualizzato, con definizione di un Piano Assistenziale Integrato.

Le prestazioni erogate sono gratuite, viene sempre garantita la riservatezza e l'anonimato.

All'interno del programma individualizzato vengono previsti gli interventi multidisciplinari definiti dal piano assistenziale integrato, appropriati per il trattamento e la cura del disturbo da uso di sostanze, il mantenimento dei risultati nel tempo e la prevenzione/recupero precoce delle recidive.

Il Ser.D. provvede inoltre alla stesura delle certificazioni ai fini della DGR 5509/2007 per l'accesso alle Unità d'Offerta accreditate, ai sensi della Dgr 12621/2003.

Ser.D. Accursio collabora con i servizi per le dipendenze ubicati nelle carceri del territorio di Milano, della Lombardia e nazionale per la definizione dei progetti per l'applicazione delle misure alternative alla detenzione. È sede dei progetti volti all'accertamento delle condizioni di dipendenza e all'esecuzione dei programmi alternativi alle sanzioni comminate dalle prefetture (art. 75 e art. 121).

Il Ser.D. inoltre svolge lavoro di rete, specie per l'utenza inviata dal Tribunale dei Minori, dal Tribunale Ordinario, dai Servizi Sociali e dall'UEPE.

### S.S. Ser.D. Canzio

La Struttura Semplice Ser.D. di Via Canzio garantisce l'erogazione ambulatoriale delle prestazioni sanitarie comprese nei LEA, finalizzate all'assistenza delle persone con disturbo da uso di sostanze o con dipendenze comportamentali e alle loro famiglie, così come previsto e definito dal DPR 309/90 e dalla normativa nazionale e regionale di settore.

Il servizio è aperto all'utenza del territorio e garantisce la presa in carico di soggetti affetti da problematiche connesse ai Disturbi da Uso di Sostanze psicotrope e Dipendenze comportamentali.

Per alcune specialistiche (trattamento DBT e neuropsicologiche) il Servizio accoglie utenti provenienti da tutto l'ambito territoriale cittadino ed extra-urbano. Su alcune attività di valutazione e riabilitazione neuropsicologica il Servizio collabora con l'Università Cattolica di Milano ed è sede di stage riconosciuto per il Master Universitario di II livello in Neuropsicologia dell'Università Cattolica di Milano.

Le attività diagnostiche e terapeutiche svolte presso Ser.D. Canzio per rispondere all'utenza in carico vengono diversificate a seconda della specificità del quadro clinico e si articolano nei seguenti interventi ambulatoriali:

- Triage e valutazione multidisciplinare per la diagnosi dei Disturbi Correlati a sostanze o da Addiction Comportamentale;
- Trattamenti medici (incluso patologie correlate infettive) e psicologici incluso il sostegno alla famiglia;
- Trattamenti per la comorbidità Psichiatrica (interventi sulla Doppia Diagnosi) e Trattamento specialistico DBT (Dialectical Behavior Therapy) per pazienti con diagnosi di Disturbo di Personalità Borderline e Disturbo correlato a sostanze;
- Interventi basati sulla Mindfulness di prevenzione delle ricadute (MBRP - Mindfulness Based Relapse Prevention);
- Interventi sociali di orientamento, consulenza, sostegno e interventi educativi e progetti di inserimenti socio-lavorativi;
- Interventi di riabilitazione cognitiva (Cognitive Remediation);

A seconda del caso il servizio può programmare inserimenti in Ospedali e Comunità Residenziali (ricoveri per disintossicazione, inserimenti in Pronta accoglienza, Centri diurni, Comunità Terapeutiche, ecc.).

#### **S.S. NOA Perini**

Il Servizio NOA Perini garantisce l'erogazione ambulatoriale delle prestazioni sanitarie comprese nei LEA, finalizzate all'assistenza alle persone con Disturbo da uso di alcol e alle loro famiglie, così come previsto e definito dalla Legge 125/2001 e dalla normativa nazionale e regionale di settore.

L'erogazione delle prestazioni prevede la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma individualizzato per il paziente ed i suoi familiari. All'interno del programma di assistenza individualizzato vengono previsti gli interventi multidisciplinari indicati ed appropriati per il raggiungimento dell'astinenza dall'alcol, il suo mantenimento nel tempo e la prevenzione/recupero precoce delle recidive.

Nei propri compiti il NOA Perini prevede la collaborazione con i Gruppi di Auto-Aiuto del territorio, l'Associazionismo ed il Privato Accreditato e svolge un significativo lavoro di rete, specie per l'utenza inviata dal Tribunale dei minori, dal Tribunale Ordinario, dai Servizi Sociali e dall'U.E.P.E.

NOA Perini, in passato anche sede del Coordinamento territoriale dei N.O.A. del Dipartimento Dipendenze dell'ASL di Milano, nel corso degli anni, ha:

- sperimentato innovativi protocolli di lavoro per l'accompagnamento dei pazienti e delle loro famiglie, attraverso percorsi di gruppo di 12/24 mesi, dal momento dell'accoglienza alla dimissione dal trattamento;
- realizzato ricerche sul "percorso di trattamento breve" (6/8 mesi) attraverso specifiche valutazioni testistiche supervisionate dall'Università Milano Bicocca;
- approfondito le problematiche del trattamento specifico dei bevitori anziani;
- pubblicato articoli e libri di carattere scientifico sul tema delle dipendenze da alcool

Le attività svolte di NOA Perini sono in sintesi: diagnosi multidimensionale del bisogno, counselling, psicoterapia, interventi sociali, trattamenti di disassuefazione e trattamenti psicologici di supporto. Il servizio fornisce le certificazioni e relazioni cliniche a valenza legale. Al NOA vengono programmati periodici gruppi motivazionali (GAM) e Gruppi Informativi Alcologici (GIA) e sono previsti interventi sociali mirati tra cui gli inserimenti sociali e lavorativi. In casi specifici vengono attivati inserimenti in comunità di recupero fornendo il necessario accompagnamento.

#### **S.S. NOA Ricordi**

Il Servizio NOA Ricordi garantisce l'erogazione ambulatoriale delle prestazioni sanitarie comprese nei LEA, finalizzate all'assistenza alle persone con Disturbo da uso di alcol e alle loro famiglie, così come previsto e definito dalla Legge 125/2001 e dalla normativa nazionale e regionale di settore.

L'erogazione delle prestazioni prevede la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma individualizzato (PI) per il paziente ed i suoi familiari. All'interno del programma di assistenza individualizzato (PAI) vengono previsti gli interventi multidisciplinari indicati ed appropriati per il raggiungimento della astinenza dall'alcol, il suo mantenimento nel tempo e la prevenzione/recupero precoce delle recidive.

Nelle sue attività il NOA collabora con i Gruppi di Auto-Aiuto del territorio, l'Associazionismo ed il Privato Accreditato. Inoltre, per rispondere più efficacemente ai bisogni e/o al mandato istituzionale sulla casistica dei genitori di minori con problematiche algologiche, ha avviato un'attività sperimentale a supporto della genitorialità (Gruppo Genitorialità) presso l'Unità di Pediatria del P.O. Fatebenefratelli.

Il NOA svolge un significativo lavoro di rete, in particolare per l'utenza inviata dal Tribunale dei minori, dal Tribunale Ordinario, dai Servizi Sociali e dall'UEPE, dalle CML.

Negli ultimi anni il NOA si è dotato di una molteplicità di strumenti multidisciplinari per la diagnosi e cura dei propri utenti, tra cui anche il trattamento di disassuefazione algologica con Acudetox e il protocollo MBRP di Mindfulness per la prevenzione delle recidive.

Le attività svolte di NOA Ricordi sono in sintesi: diagnosi multidimensionale del bisogno, counselling, psicoterapia, interventi sociali, trattamenti di disassuefazione e trattamenti psicologici di supporto. Il servizio fornisce le certificazioni e relazioni cliniche a valenza legale. Al NOA vengono programmati periodici gruppi motivazionali (GAM) e Gruppi Informativi Alcologici (GIA) e sono previsti interventi sociali mirati tra cui gli inserimenti sociali e lavorativi. In casi specifici vengono attivati inserimenti in comunità di recupero fornendo il necessario accompagnamento.

## **U.O.S.D. Residenzialità e Lavoro**

La struttura si articola con interventi specialistici sugli assi dell'Abitare e del Lavoro, con servizi residenziali e servizi e progetti dedicati all'inclusione lavorativa di pazienti in cura presso i servizi territoriali del DSMD, che stanno compiendo un percorso di carattere terapeutico-riabilitativo allo scopo di raggiungere e mantenere il miglior livello di autonomia e benessere possibile.

La struttura comprende:

- 1) Comunità protetta ad Alta Assistenza via Aldini (CPA 10 posti letto) per pazienti affetti da patologia psichiatrica severa, spesso con lunga storia di malattia, che necessitano di un elevato livello di assistenza e di sostegno nell'autonomia quotidiana per un recupero ed un mantenimento delle capacità residue.
- 2) Programmi di Residenzialità Leggera (10 posti in collaborazione con Fondazione Amicizia): per pazienti provenienti da strutture residenziali o in fase di emancipazione, che presentano severe patologie psichiatriche e che necessitano di un sostegno nel mantenimento dell'autonomia nella quotidianità.
- 3) Housing Sociale di via Senigallia (10 posti dedicati a giovani tra 18 e 35 anni, in collaborazione con Comune di Milano e GOM Niguarda) per giovani pazienti in fase di autonomizzazione con progetti specifici centrati sugli assi del Lavoro/Formazione e dell'Abitare.
- 4) Supported Housing (Progetto Continuativo del Comune di Milano): interventi riabilitativi individuali e risocializzanti, domiciliari e territoriali, di accompagnamento di pazienti gravi dalle strutture residenziali al domicilio e per il mantenimento delle capacità residue, per evitare l'istituzionalizzazione e la deriva sociale.
- 5) Polo Lavoro: percorsi di inclusione lavorativa in collaborazione con servizi territoriali:
  - Servizio ALA (via Stromboli) dedicato a percorsi di inclusione lavorativa con azioni di valutazione, accompagnamento, inserimento e mantenimento lavorativo con personale altamente specializzato.
  - Progetto Innovativo Regionale TR 106 (via Procaccini): progetto interdipartimentale di messa in campo di modelli operativi per l'inserimento lavorativo di pazienti in carico ai Poli Lavoro dei DSMD di Milano e dell'ASST Nord Milano
  - Futuro Al Lavoro - FAL (Progetto Continuativo del Comune di Milano): dedicato in modo specifico all'inclusione lavorativa e formazione di giovani in carico ai servizi territoriali – CPS e UONPIA – dai 16 ai 27.

## **I Dipartimenti funzionali dell'area territoriale**

### **Il Dipartimento Funzionale di Prevenzione**

La L.R. 22/2021 introduce la realizzazione del Dipartimento Funzionale di Prevenzione che viene inserita nel polo territoriale delle ASST.

Il Dipartimento Funzionale di Prevenzione opera in coordinamento con il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) della ATS.

Il Dipartimento Funzionale di Prevenzione, nell'ambito delle sue funzioni di raccordo con la ATS, persegue il raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi definiti nell'ambito della programmazione ATS/DIPS (ad esempio. Vaccinazioni, Screening, Promozione della salute, Prevenzione rivolta agli individui ecc.).

L'organizzazione del Dipartimento Funzionale di Prevenzione nelle ASST prevede le seguenti tipologie di offerta e relative strutture.

Il Dipartimento Funzionale di Prevenzione individua e coordina le risorse della ASST necessarie per lo sviluppo delle attività di prevenzione sul territorio assegnato.

La progettazione del Dipartimento è quindi trasversale rispetto alla gestione ordinaria dei Distretti che sono coinvolti in diverse progettualità di prevenzione.

Ovviamente queste progettualità non possono prescindere dagli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione dove è evidente la necessità di un approccio integrato tra Ospedale e Territorio.

In particolare, nel Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 viene riproposto come strumento di policy *I'Evidence Based Prevention* e viene quindi adottata una logica integrata nell'organizzazione dei servizi ma anche un approccio specifico nella scelta dei programmi e di intervento (considerando la natura ed i problemi specifici del territorio).

Si è utilizzata quindi una struttura a matrice, nella quale le diverse azioni o programmi agiscono su più obiettivi contemporaneamente. Il nuovo PRP dà continuità al precedente attuando un approccio trasversale e multidisciplinare che va oltre il contributo del solo Servizio Sanitario Regionale, coinvolgendo un ampio schieramento di risorse e competenze, per sviluppare capacità di dialogo e valorizzare l'apporto di Soggetti istituzionali e Attori sociali che, pur avendo altre missioni o interessi, sono in grado di fornire un contributo su obiettivi di prevenzione e promozione della salute concreti e misurabili in termini di "guadagno di salute".

Rispetto ai 10 Macro Obiettivi Centrali (MOC) del PNP 2014-2019 la nuova programmazione regionale (PNP 2020-2025) si è concentrata su 6 macro-obiettivi

- MO 01 Malattie croniche non trasmissibili,
- MO 02 Dipendenze da sostanze e comportamenti,
- MO 03 Incidenti domestici e stradali,
- MO 04 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali,
- MO 05 Ambiente, Clima e Salute,
- MO 06 Malattie infettive prioritarie

Date le caratteristiche dell'area urbana milanese e le caratteristiche dell'ASST FBF Sacco ha individuato degli obiettivi prioritari rispetto ai quali le competenze presenti in azienda avrebbero potuto fornire un contributo importante.

La struttura del Dipartimento va quindi letta in relazione agli obiettivi ed ai progetti di prevenzione che l'Azienda intende portare a termine e

- Diagnosi precoce e prevenzione Oncologica (MO 01)
- Diagnosi precoce e *prevenzione* dei disturbi neuropsichici (MO 01)
- Diabetologia e prevenzione del piede diabetico (MO 01)
- Prevenzione disabilità correlate all'invecchiamento e malattie (MO 01)
- Prevenzione abuso sostanze e comportamenti (MO 02)
- Prevenzione malattie infettive (MO 06)

Le competenze presenti nei Dipartimenti Aziendali vanno quindi ad incrociarsi con gli obiettivi generali della regione e si traducono in obiettivi specifici che sono oggetto della programmazione interna al Dipartimento Funzionale.

Dipartimenti ASST FBF Sacco	Eta' evolutiva	Macro Obiettivi Centrali (MOC)	Macro Obiettivi Centrali (MOC) PNP 2014-2019	Macro Obiettivi Centrali (MOC) PNP 2020-2025	Macroobiettivo PNP 2020-2025	Diagnosica per immagini	Oncologico	Medicina e riabilitazione	Neuroscienze	Pediatra	Mamma Donna e Bambino	Eta' evolutiva
ridurre le situazioni di rischio (dipendenze, tabagismo, Disturbi da Gioco d'Azzardo)	4	02	x	x								
incrementare le opportunità di salute (alimentazione, attività fisica, invecchiamento attivo)	1	01	x				x					
promozione allattamento seno (modello WHO – UNICEF)	3		x				x					
screening audiologico e oftalmologico nei punti nascita ospedalieri	2	01					x					
SNE – Screening Neonatale Esteso	2	01					x					
rete assistenza extraospedaliera ai malati di AIDS e sindromi HIV correlate	9		x				x					
supporto sociosanitario a soggetti a rischio per patologie infettive legate alla povertà/emarginazione sociale (es. tubercolosi)	6		x				x					
mantenimento del trend in aumento dell'estensione degli inviti e del tasso di adesione per gli screening mammografico e colon-rettale (fascia di età prevista dal LEA 50-69 anni);	1		x				x					
ampliamento delle fasce di età nell'offerta di screening mammografico (45-74 anni) e del colon retto (50-74 anni);	1		x				x					
Mantenimento/miglioramento delle coperture vaccinali previste nel PNPV/PRPV; percorso di Audit per il controllo della qualità del percorso vaccinale	6	06	x				x					

Avendo obiettivi di ampia portata e risorse limitate il Dipartimento Funzionale di Prevenzione (coordinato dalla Direzione sociosanitaria dell'Azienda) attinge da diversi Dipartimenti Aziendali:

- dal Dipartimento Diagnostica per immagini per l'effettuazione degli screening (MO01)
  - dal Dipartimento Medicina di Laboratorio per l'effettuazione degli screening (MO01)
  - dal Dipartimento Area Medica e Riabilitazione per l'effettuazione degli screening e per la lotta alle malattie croniche (MO01)
  - dal Dipartimento Salute mentale e Dipendenze per la prevenzione delle situazioni di rischio (MO02)
  - dal Dipartimento Malattie Infettive per la lotta alle malattie infettive (MO 06).

Da questo incrocio deriva la selezione delle unità operative che partecipano al Dipartimento di prevenzione e gli obiettivi che sono attribuiti sui due livelli aziendali.

## Livello ospedaliero

Screening oncologici per la prevenzione del tumore al seno (UUOOC Radiologia)

Screening oncologici per la prevenzione del tumore al polmone

#### **Screening oncologici per la prevenzione del tumore al colon retto (UHUOCC Endoscopia)**

#### Screening per la prevenzione di HCV (UUOOC Microbiologia e Virologia)

Screening neonatale Esteso (S.C. Ostetricia e Ginecologia, S.C. Screening Neonatale)

### Screening auditivo (S.C. Foniatria)

#### Screening visivo (S.C. Oculistica)

#### **Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza sorveglianza e contrasto dell'antibiotico resistenza**

#### **Presa incarico patologie lavoro correlate (S.C. Medicina del Lavoro)**

Sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza - ICA IST

## livello territoriale

Screening oncologici per la prevenzione del tumore alla cervice uterina (Consultori)

Vaccinazioni (centri vaccinali S.C. Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie infettive).

Profilassi delle malattie infettive compreso ambulatorio viaggiatore

Profilassi delle malattie infettive compreso ambulatorio via Sorgenzianza delle infezioni sessualmente trasmesse (MTS).

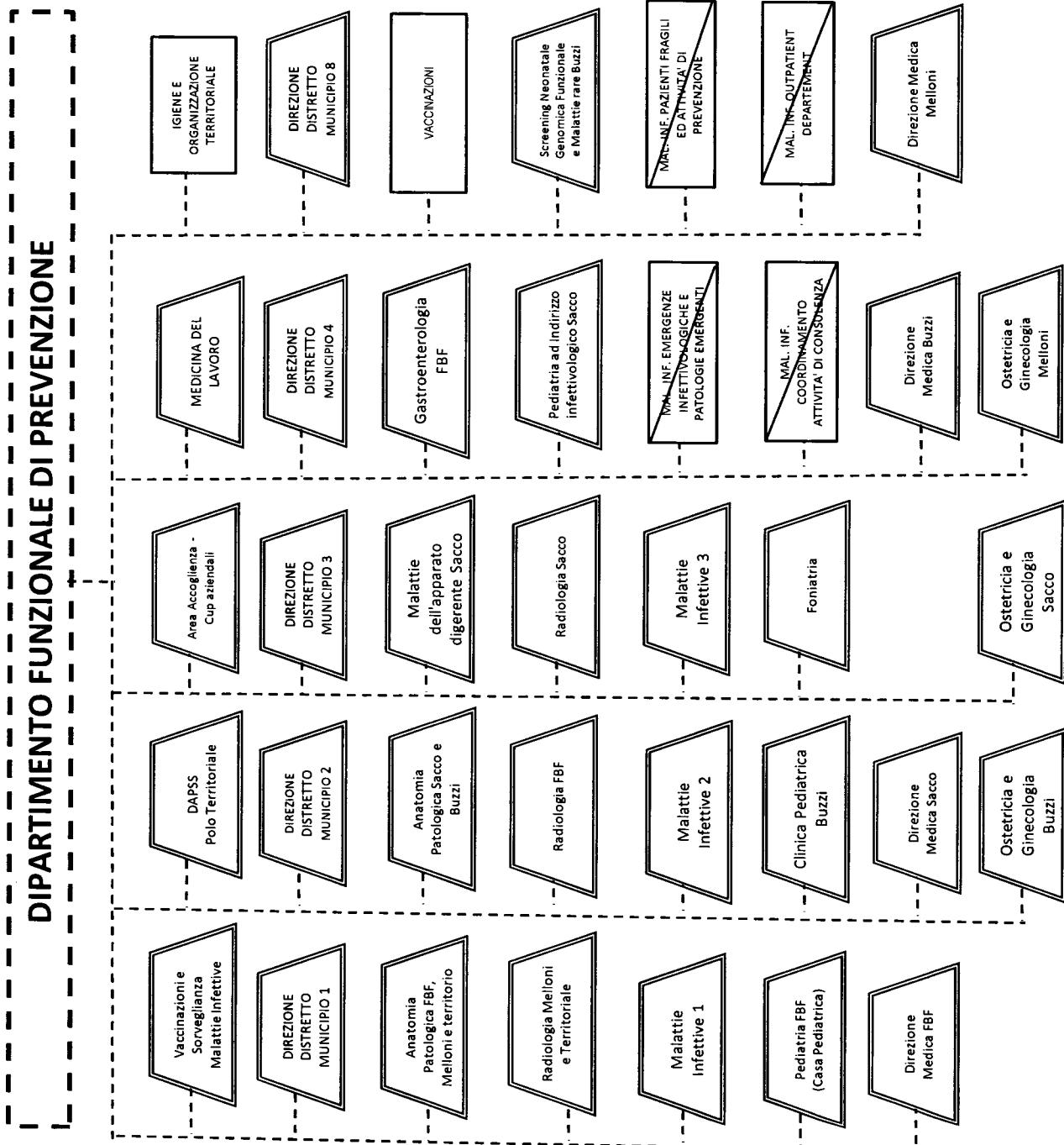
Surveglianza delle infezioni sessualmente trasmesse (MTS)  
Counseling motivazionale / stili di vita (counseling nutrizionale, tabacco, attività fisica) UOS Promozione della Salute

## Salute

## Sorveglianza sostanze d'abuso (protocollo) Valutazione Neuropsichiatrica Infantile

## Valutazione Neuropsichiatrica Infantile

## DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI PREVENZIONE



### Il programma di Screening oncologici

Gli screening oncologici in Regione Lombardia (DGR 3003/2015, DDG 3711/2017) sono:

Mammella	Mammografia bilaterale	50 - 74	Biennale
	Mammografia bilaterale	45 - 49	Annuale
Colon retto	Ricerca del sangue occulto fecale	50 - 74	Biennale
Cervice uterina	Pap test	25 - 33	Triennale
	HPV-DNA test	34 - 64	Quinquennale

Nei primi anni duemila hanno cominciato a strutturarsi sul territorio lombardo i primi programmi organizzati, in accordo con le linee di indirizzo regionale emanate nello stesso periodo (DDG 26954/2000, DDG 32012/2001 e DDG 25854/2004), aggiornate con raccomandazioni sulla qualità nel 2007 (DDG 7248/2007) e sull'organizzazione dei Centri Screening nel 2018 (DDG 13960/2017).

Nel 2015 si è dato inizio all'implementazione del HPV-DNA test su tutto il territorio lombardo per la fascia di età 30 – 64 anni (DGR 3003/2015); nel 2017 le fasce di età per lo screening mammografico e colorettale sono state ampliate con l'inclusione dei soggetti in fascia di età compresa tra 70 e 74 anni (per entrambi) e 45 – 49 anni (per il solo mammografico, previsto a partire dal 2019) (DDG 3711/2017). Per le donne con ciclo vaccinale anti-HPV completato entro il compimento del quindicesimo anno di età il primo test di screening è offerto a 30 anni con ricerca dell'HPV.

### Il programma di Screening Neonatale Esteso

Il primo screening sulla fenilketonuria, utilizzando gocce di sangue prelevato dal tallone di un neonato fu ideato dal microbiologo americano Robert Guthrie alla fine degli anni '60.

**Con Decreto del Ministero della Salute del 13 ottobre 2016, sono state identificate le 49 malattie** da sottoporre obbligatoriamente allo screening. Questa norma, oltre alla lista delle patologie, definisce anche le modalità di raccolta e invio dei campioni, l'informativa e il consenso, e tutta l'organizzazione del sistema screening, dalla presa in carico alle iniziative di comunicazione, con l'obiettivo di renderlo il più uniforme possibile su tutto il territorio nazionale.

I laboratori di riferimento per lo screening neonatale sono censiti periodicamente dal Rilevamento SIMMESN (Società Italiana per lo studio delle Malattie Metaboliche Ereditarie e lo Screening Neonatale).

Lo screening neonatale è un semplice test non invasivo che permette di identificare precocemente numerose malattie, anche gravissime, entro i primi giorni di vita dei neonati.

Lo screening neonatale è di fatto un programma di medicina preventiva: un'indagine a tappeto eseguita su tutta la popolazione di bambini che non hanno segni o sintomi di malattia, per ricercare determinate patologie che potrebbero ostacolare il loro normale sviluppo. Questo test, oltre ad essere obbligatorio, è un diritto per tutti i nuovi nati e viene eseguito presso il centro nascita prima che il bambino lasci l'ospedale: in Italia, per legge, fra le 48 e le 72 ore di vita.

Con lo screening neonatale esteso in Italia oggi si ricerca la possibile presenza di 49 diverse malattie. Tra queste la fibrosi cistica, l'ipotiroidismo congenito, la fenilketonuria (obbligatorie già dal 1992) ed altri difetti congeniti del metabolismo intermedio.

Le patologie identificate oggi fanno parte di un gruppo di oltre 600 disturbi causati da un deficit specifico di una delle vie metaboliche. Queste condizioni costituiscono circa il 10% delle malattie rare, e possono causare seri problemi di salute a partire dall'età neonatale o infantile e sono in certi casi potenzialmente letali. La diagnosi e il trattamento precoce possono invece prevenire la comparsa di disabilità fisiche e intellettive, nonché evitare la morte.

### Il programma di Screening audiologico

La sordità neonatale rappresenta il difetto sensitivo ereditario più frequente nei neonati con un'incidenza stimata nei paesi occidentali fra 0,5 e 1,5 casi ogni mille nati. Se non diagnosticata e trattata precocemente, può determinare gravi deficit fortemente invalidanti in grado di influire negativamente sui processi di sviluppo neurosensoriale, di apprendimento e di inserimento sociale del bambino.

Lo screening uditivo neonatale viene effettuato nei primi giorni di vita del bambino mediante un'indagine di breve durata e non invasiva, che non necessita della collaborazione del bambino e che si può eseguire durante il sonno spontaneo, inviando al bambino stimoli acustici di diversa intensità.

Il vantaggio di un programma di screening uditivo neonatale consiste nella possibilità di effettuare una diagnosi precoce di sordità congenita considerato che, in assenza dello screening, ci si accorgerebbe di tale condizione tardi, ossia quando il bambino manifesta un ritardo nell'acquisizione del linguaggio verbale. Al contrario, una diagnosi precoce permette l'avvio di una riabilitazione tempestiva del deficit uditivo mediante apparecchi acustici o impianto cocleare in caso di sordità profonde.

Nel bambino, l'individuazione precoce di un deficit uditivo è **fondamentale per poter mettere in atto velocemente i trattamenti più opportuni e impedire che la sordità provochi un ritardo o un mancato apprendimento del linguaggio**. A tal fine, nelle diverse realtà regionali sono stati avviati programmi di screening uditivo neonatale universale che prevedono l'**esecuzione di test uditivi nei primi giorni di vita**, prima della dimissione del neonato dal punto nascita.

La necessità di uno screening universale è giustificata dall'elevata incidenza di ipoacusia congenita (riduzione dell'udito fino alla sordità), che riguarda 1-2 neonati ogni 1000 nuovi nati, e che in 1 caso su 4 è tanto grave da pregiudicare il normale sviluppo del linguaggio.

Indipendentemente dalla causa (mutazione genetica, infezione virale, sofferenza perinatale, prematurità, etc.), la sordità neurosensoriale consiste in un cattivo funzionamento della coclea, la porzione dell'orecchio interno deputata a convertire le onde sonore in impulsi elettrici, che viaggiano poi verso il cervello per essere decodificati. Di conseguenza, il neonato con una coclea non funzionante non è in grado di udire stimoli sonori di alcun tipo, anche se inviati a elevate intensità.

Grazie agli avanzamenti della medicina e della tecnologia, oggi è possibile restituire ai piccoli pazienti con sordità un udito molto vicino a quello normale, evitando l'insorgenza di disturbi del linguaggio e, nei casi di sordità profonda, di quella condizione che era nota in passato come sordomutismo.

La buona riuscita del trattamento presuppone la precocità della diagnosi e della terapia, che deve essere iniziata in epoca pre-linguale, cioè entro il periodo in cui si realizza l'apprendimento del linguaggio: idealmente prima dei 2 anni d'età

Il centro dispone oltre alle attrezzature per lo screening con TEOAE nel punto nascita e di attrezzature per eseguire AABR, di strumentazione per ABR clinico con ricerca di soglia, studio clinico DPOAE e TEOAE e per l'esecuzione di esame audiometrico infantile, di personale con adeguata esperienza nella diagnosi precoce e trattamento protesico-riabilitativo in età infantile, di strutture idonee ad eseguire accertamenti diagnostici eziologici (genetici, consulenze, studio per immagini, ecc.).

#### *Il programma di Screening visivo neonatale*

Le **malattie oculari congenite** rappresentano gravi affezioni neonatali ad alto impatto sociale, poiché influiscono in maniera determinante sullo sviluppo della capacità di relazione del bambino.

La **cataratta congenita** ancora oggi rappresenta una delle principali cause di cecità curabile nell'infanzia, con un'incidenza compresa tra **1 e 6 casi su 10.000 nati vivi**.

Lo **screening visivo neonatale** previsto dai nuovi Lea per tutti i nuovi nati è rappresentato dal **test del riflesso rosso**. Si tratta di un esame molto semplice che permette di valutare la presenza o meno del riflesso rosso del fondo oculare: è lo stesso effetto che osserviamo spesso nelle fotografie effettuate con il flash. La mancanza del riflesso rosso o la differenza fra i due occhi in termini di omogeneità sono indicativi di possibili patologie e permettono di indirizzare subito il bambino allo specialista oculista per una diagnosi e una presa in carico tempestiva.

In merito a tali screening, il Ministero della Salute/Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) ha finanziato l'Azione Centrale – Progetto esecutivo "Sordità infantile e patologie oculari congenite: analisi dell'efficacia ed efficienza dei protocolli di screening uditivo e visivo neonatale", coordinata dal Centro Nazionale Malattie Rare dell'ISS, in collaborazione con l'Istituto Nazionale per l'analisi delle Politiche Pubbliche – INAPP. Il progetto è in corso di realizzazione.

## **Il Dipartimento Funzionale delle Cure Primarie**

Nel Dipartimento delle Cure Primarie si sviluppano le strategie per la gestione dei bisogni territoriali nei cinque Municipi in cui opera l'ASST FBF Sacco.

Il Dipartimento coordina funzionalmente quindi le attività dei servizi che operano a livello territoriale, avvalendosi delle Strutture complesse e semplici della Direzione Socio-Sanitaria a partire dalla medicina di famiglia medicina di

base per estendersi alla prevenzione, medicina legale, assistenza protesica e integrativa, consultori e cure domiciliari; inoltre, si interfaccia con il Polo ospedaliero per le attività di maggiore riferimento.

È il Dipartimento che provvede a definire i contenuti ed i modelli di integrazione sociosanitaria che verranno sviluppati nei Distretti, in cui risulteranno strategicamente integrate tradizionali strutture di offerta di prestazioni sanitarie (vaccinazioni, diagnosi, valutazioni, certificazioni, consulenze, prestazioni integrative) e modelli più avanzati di presa in carico (organizzazione dei percorsi di fragili, anziani e disabili, supporto alle famiglie, educazione sanitaria). In questa evoluzione è fondamentale che vi sia una sinergia costante tra le azioni del **Polo territoriale** e del **Polo ospedaliero** tese allo sviluppo di una comune progettualità sul tema dell'integrazione ospedale/territorio, come previsto dalla recente riforma del Welfare lombardo.

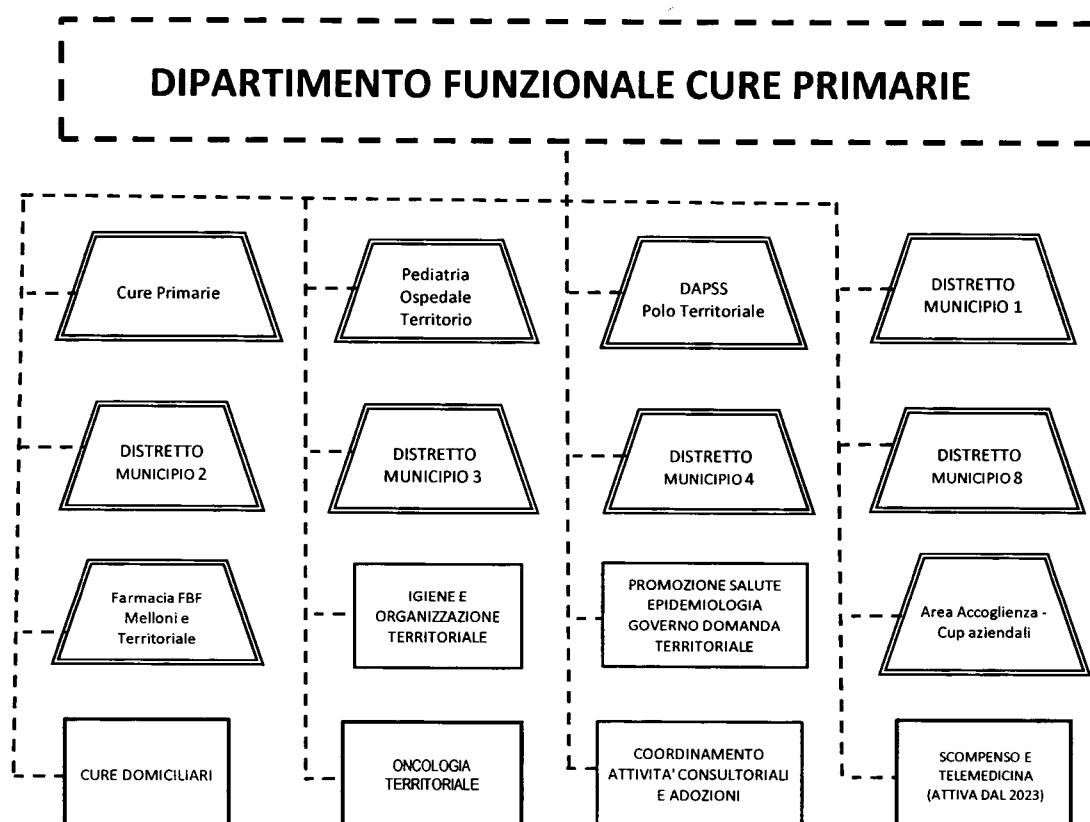
Nel Dipartimento ha sede il coordinamento delle risorse e degli interventi con altri soggetti territoriali in una logica di collocamento dei servizi del SSN in posizione sussidiaria ed integrativa rispetto alla disponibilità di altre risorse territoriali.

Nell'ambito distrettuale, poi, si realizza l'integrazione e coordinamento di tutti gli interventi di competenza in applicazione degli indirizzi tecnici dipartimentali, dei servizi centrali e della direzione strategica garantendone i relativi flussi informativi.

Il Dipartimento è quindi il punto di collegamento tra gli ospedali, da cui provengono i pazienti e quindi le informazioni necessarie all'inquadramento di gran parte degli specifici bisogni (assistenza, terapie, patologie, grado di autonomia, grado di fragilità) la medicina convenzionata che sarà sempre più coinvolta nella gestione dei pazienti cronici e fragili.

È in questo Dipartimento che si avvierà la progressiva inversione del concetto di assistenza territoriale che verrebbe orientata in misura maggiore ai bisogni, adeguatamente analizzati, dei singoli individui (piano caldo, anziani soli, gestione poli-patologie, cronicità prevenibile e recupero abilità) che a dei generici obiettivi di salvaguardia e tutela della salute a livello territoriale.

Partecipano alle attività del Dipartimento 10 strutture complesse e 6 strutture semplici.



## Il Dipartimento Ospedale territorio area materno-infantile

Nell'attuale realtà dell'A.S.S.T. FBF-Sacco esistono competenze consolidate e unanimemente riconosciute nell'area Materno-Infantile che consentono fin da oggi di porre in atto un progetto che vada esattamente nella direzione voluta dal legislatore con la recente riforma del Welfare regionale. In questo ambito una corretta organizzazione ospedale-territorio produrrebbe, già nel medio periodo (uno-due anni), un miglioramento sostanziale del servizio offerto con grandi benefici per tutto il sistema.

Per orientare gli sforzi alla realizzazione di un nuovo modello operativo, derivante anche da una più stretta collaborazione tra Ospedale e Medicina del Territorio, che consenta di gestire i bisogni della donna in età riproduttiva, sia in fase pre-concezionale che in gravidanza e poi successivamente nel nucleo familiare comprendere i neo genitori e la loro prole. Questo modello utilizzerà le competenze esistenti per creare una rete composta da tutte le strutture, i servizi e le risorse professionali che svolgono attività significativa di prevenzione e assistenza nell'area Materno-Infantile di competenza di questa Azienda e che ne concorrono a vario titolo alla realizzazione. In particolare, sono coinvolti tutti gli ambiti specialistici che, intervenendo con diverse specificità a vari livelli assistenziali, offrono assistenza ai neonati, ai bambini, alle mamme e alle donne in età riproduttiva ed alle famiglie.

Sono quindi già presenti esperienze che nel progetto strategico dell'ASST Fatebenefratelli-Sacco possono già costituire la base per la realizzazione di una parte del modello organizzativo descritto nelle linee guida regionali nel capitolo della Rete di continuità clinico assistenziale (RIMI e RIMMI) con l'obiettivo di progettare e sperimentare una modalità organizzativa finalizzata alla forte integrazione di tutte le risorse presenti di Milano coinvolte nell'assistenza materno infantile

La gestione della rete è assegnata alla Direzione Sociosanitaria che dispone di uno staff direttivo e di uno specifico budget annuale che comprende risorse economiche struttura le tecnologiche e professionali adeguate e funzionali al raggiungimento degli obiettivi.

Il modello organizzativo messo a punto non prevede quindi risorse aggiuntive per la creazione di nuovi servizi ma prevede piuttosto un progressivo orientamento dell'offerta del territorio e di quella ospedaliera nell'ottica di una presa in carico integrata.

Nel progettare questo modello la Direzione Sociosanitaria, che partecipa insieme all'ATS ed alle altre Aziende Socio Sanitarie Territoriali di Milano ad un progetto comune, oltre alla costituenda rete del progetto RIMMI, si avvale anche delle risorse interne che per l'area materno-infantile sono coordinate all'interno di un nuovo Dipartimento funzionale.

Dove gli indirizzi di queste iniziative risultano indicati dalla Direzione Sociosanitaria, le valutazioni sulle risorse necessarie e l'individuazione delle stesse, la progettazione dei servizi e lo sviluppo sinergico con le ordinarie attività del Polo Ospedaliero è compito del Dipartimento funzionale.

Il Dipartimento supporta la Direzione Strategica nella pianificazione delle iniziative, definisce obiettivi concordati con la Direzione Sociosanitaria e la Direzione Sanitaria Aziendale, dispone di risorse funzionalmente assegnate in relazione agli obiettivi e quindi sviluppa progetti operativi conseguenti.

Il supporto del Dipartimento funzionale per l'area Materno-Infantile risulta quindi fondamentale nel:

1. monitorare la dimensione della richiesta di prestazioni erogate nell'ambito materno-infantile sul territorio e le modalità con cui gli utenti di questa rete entrano in contatto con le strutture ospedaliere (valutazione qualitativa e quantitativa).
2. progettare i livelli di cura ed i servizi, suddividendo i livelli tra territorio ed ospedale, in grado di assicurare una presa in carico dei pazienti che sia efficace (valutazione degli esiti) ed efficiente (con minor consumo delle risorse già oggi impegnate dal sistema)
3. progettare gli strumenti di valutazione degli esiti ed utilizzarli continuamente per migliorarli
4. progettare gli strumenti di misurazione dell'efficienza dei singoli servizi coinvolti che non devono mai pesare negativamente nella gestione dell'Azienda e dei Dipartimenti coinvolti.

Partecipano al Dipartimento 14 strutture complesse e 2 strutture semplici.



#### Gli obiettivi del Dipartimento

Il primo obiettivo progettuale prevede nuove modalità di scambio (di informazioni, di interventi, di risorse) tra livello ospedaliero e livello territoriale. Il rapporto struttura to con la rete dei tavoli ASL e con la costituenda rete RIMMI deve favorire l'accesso di pazienti sia al primo che al secondo livello, struttura ndo un filtro adeguato per la gestione della fisiologia a livello territoriale, ma facilitando l'invio al secondo livello in ospedale mantenendo la continuità assistenziale.

Il secondo obiettivo progettuale prevede che l'uscita dei pazienti fragili dall'ospedale sia accompagnata dalla verifica dell'esistenza di un ambiente protetto ed in caso contrario la definizione delle modalità di attivazione dei servizi necessari. Solo in presenza di questo ambiente è possibile trasferire anche il set delle informazioni cliniche necessarie per la gestione degli aspetti strettamente sanitari (programmazione del follow-up, gestione delle terapie, verifica degli esiti).

Il terzo obiettivo prevede la revisione dei percorsi interni di follow-up per i pazienti cronici. Questo obiettivo coinvolge direttamente le strutture ospedaliere che dovranno riprogettare sia le modalità di accesso (semplificandole) sia le modalità di raccolta, scambio, condivisione ed analisi delle informazioni necessarie per la gestione del percorso.

Compito del Dipartimento è programmare la costituzione di ambulatori di continuità assistenziale che siano gestionalmente dipendenti dai rispettivi dipartimenti ma funzionalmente afferenti al Dipartimento.

Gli ambulatori devono essere dimensionati rispetto al numero di pazienti presi in carico, agire in base a protocolli ed essere economicamente sostenibili.

L'obiettivo complessivo del progetto è fare si che i Servizi Aziendali coinvolti (che sono presenti in diversi dipartimenti dell'Azienda) diventino dei nodi di una rete del sistema e che ognuno di questi servizi:

- si attivi in modo proattivo alla presa in carico
- sia in grado di scambiare informazioni standardizzate per ognuno dei pazienti presi in carico con tutti gli altri servizi della rete (intra- o extra-aziendali) e con il Centro Servizi

- sia in grado da un lato di promuovere la prevenzione e dall'altro di individuare le situazioni a maggior rischio mediante percorsi assistenziali uniformi indipendentemente dal punto di erogazione (e che nel farlo persegua il criterio della maggiore efficacia ed efficienza del sistema).

A questi nodi, in funzione della complessità e dell'impegno di risorse, è previsto che venga riconosciuto formalmente un ruolo ed una posizione (posizione organizzativa/ coordinamento) che lo caratterizzi all'interno dell'organizzazione aziendale.

#### *Organizzazione Ambulatori per l'Obesità Materna e il Diabete gestazionale, per l'Obesità e il Diabete del Bambino*

La Prevenzione delle patologie metaboliche in gravidanza è un settore della medicina materno-infantile in cui un progetto di cooperazione tra diverse realtà come quelle di Ospedale e Territorio può portare a un significativo incremento della qualità dell'offerta, una notevolissima riduzione di percorsi inappropriati, con una profonda e significativa crescita culturale sia degli operatori sia dei pazienti

Le principali manifestazioni cliniche associate ad obesità e diabete in gravidanza hanno interesse polispecialistico:

a. Il controllo dei principali fattori di rischio di obesità e diabete gestazionale:

Circa il 10% delle donne iniziano la gravidanza in condizioni di obesità e un ulteriore 15% è sovrappeso; in queste condizioni il rischio di diabete gestazionale (circa 2-4% in pazienti normopeso) aumenta di circa 5-6 volte portando ad un aumento sostanziale di ricoveri durante la gravidanza ed aumentando significativamente il rischio di macrosomia, complicazioni al parto, taglio cesareo e ricovero del neonato in patologia neonatale

b. L'obesità ed il rischio di diabete del bambino dipendono in gran parte dall'eccesso di crescita durante la gravidanza e dalla macrosomia, e successivamente dal tipo di allattamento e di alimentazione: le conseguenze sono di interesse pediatrico specialistico, con ripercussioni che portano al coinvolgimento di pediatri con specializzazione in malattie metaboliche, vascolari, oculistiche fino a disturbi del comportamento alimentare

Coinvolgerebbe gli esistenti ambulatori ostetrici del Sacco, Buzzi e Melloni, dove sono già attivi ambulatori di gravidanze a rischio (in particolare al Sacco è già attivo l'ambulatorio per obesità e diabete in gravidanza) con condivisione di protocolli comuni, e la partecipazione dei servizi di dietologia, volti in particolare anche al follow-up dei pazienti pediatrici presso gli ambulatori pediatrici del Buzzi e del Fatebenefratelli.

#### *Organizzazione Ambulatori per le Gravidanze con Patologie Psichiatriche*

Circa il 15% delle donne inizia la gravidanza con una diagnosi psichiatrica, in particolare la depressione è la patologia maggiormente rappresentata. Inoltre, la depressione post partum si presenta in una percentuale tra il 5 e il 10% delle donne che hanno partorito, coinvolgendo tutto il nucleo familiare.

Per questo tipo di patologia è necessario un approccio polispecialistico multidisciplinare, attraverso la creazione di protocolli condivisi tra diverse figure: ginecologi specialisti in medicina materno-fetale, pediatri, psichiatri, psicologi, assistenti sociali e farmacologi clinici (per il corretto utilizzo con dosaggio sia nelle gestanti che nei neonati/bambini dei farmaci psichiatrici). L'ASST FBF-Sacco possiede al suo interno competenze uniche multidisciplinari: specialisti di medicina materno-fetale (per la consulenza e la diagnosi ecografica di secondo livello), psichiatri con competenze nel campo materno-infantile, farmacologi clinici (corretto utilizzo e dosaggi dei farmaci psichiatrici), neonatologi (per l'assistenza immediata del rischio di depressione respiratoria al momento del parto), pediatri con competenze specifiche in questo settore, psichiatri e neuropsichiatri infantili (per la gestione della patologia psichiatrica e le scelte terapeutiche), assistenti sociali e psicologi (anche per il rapporto con il nucleo familiare).

Esistono già ambulatori multidisciplinari per la gestione di queste patologie presso il Sacco (per la gestione delle gravidanze con patologie psichiatriche ed è presente anche la Farmacologia Clinica) ed il Fatebenefratelli (per la gestione della depressione post-partum). Necessiterebbe la creazione di una rete per la corretta gestione di queste pazienti fin dalla fase pre-concezionale, che richiede una approfondita valutazione clinica con una consulenza volta ad un preciso inquadramento e impostazione della terapia con il minore impatto sullo sviluppo morfologico embrionale fin dalle prime settimane, e a un'adeguata organizzazione del follow up. Ciò è possibile con le risorse del territorio coordinate con le risorse dei presidi ospedalieri, soltanto in presenza di un coordinato intervento polispecialistico (ostetrico-ginecologo, psicologo, ostetrica, pediatra, psichiatra e neuropsichiatra, farmacologo clinico, assistente sociale).

#### *Organizzazione della continuità assistenziale per favorire l'allattamento al seno e la genitorialità*

E' stato riconosciuto ampiamente da OMS e Unicef l'importanza dell'allattamento al seno per i benefici sulla salute sia del nascituro che della madre. L'allattamento al seno ha benefici anche per la società perché riduce l'insorgenza di patologie con un impatto economico notevole, come malattie metaboliche (diabete, obesità già in età infantile), ipertensione e patologie coronarie (in età adulta), malattie neurocomportamentali (già in età infantile).

L'allattamento al seno riduce anche il rischio di malattie cardiovascolari e tumorali nella vita futura della madre. Inoltre, l'allattamento al seno rappresenta un indubbio valore in termini di costituzione del bonding e della costruzione della nuova famiglia.

Esistono già percorsi previsti dai tavoli ASL per favorire l'allattamento al seno, in particolare secondo la BFHI (Baby Friendly Health Initiative), per il progetto "Ospedale Amico del Bambino". Tutti i tre presidi con punti nascita della ASST partecipano a questo progetto ed hanno sviluppato percorsi che comprendono le attività ambulatoriali e nei reparti materno-infantili (Ostetricia e Ginecologia, Sala Parto, Neonatologia, TIN, Pediatria). Inoltre, questo percorso si allarga a tutti i 4 presidi in quanto per qualunque puerpera che allatta e che necessita di ricovero per qualunque patologia deve essere previsto la possibilità di proseguire l'allattamento durante il ricovero (quindi la disponibilità dei reparti di Ostetricia a ricoverarla anche per patologie non attinenti, in collaborazione con gli altri reparti). L'Ospedale Sacco ha già raggiunto la Fase 2 di questo percorso, e dispone di spazi dedicati anche per la gestione delle patologie dell'allattamento gestiti da ostetrici e pediatri in collaborazione con chirurghi (per la terapia chirurgica degli ascessi mammari), radiologi (per la diagnosi differenziale delle patologie della mammella durante l'allattamento), microbiologi (per la identificazione dei germi in caso di mastite, una delle patologie che possono determinare anche grave morbilità materna). Si prevede con questo progetto di uniformare l'offerta tra i diversi presidi e di distribuire le risorse in modo razionale, efficiente ed efficace con il territorio.

#### *Organizzazione spazi multiculturale*

L'attuale organizzazione dei 3 punti nascita dell'ASST FBF-Sacco prevede la presenza di ambulatori multiculturale per la gestione clinica delle donne gravide e dei loro bambini, in pazienti che provengono da culture diverse. È ampiamente riconosciuto che la gravidanza in una donna di recente immigrazione presenta rischi aumentati per la salute materna e del bambino, con un aumento non solo della morbilità ma anche della mortalità materna (vedi programma sorveglianza mortalità materna ISS Lombardia). In questo contesto, ogni ambulatorio multiculturale deve prevedere la presenza non solo di specialisti ostetrico- ginecologi o pediatri, ma anche quella di una mediatrice culturale. Inoltre, la presenza di mediatori culturali è spesso necessaria anche nei reparti di ricovero; è necessaria anche la creazione di una nuova cultura degli operatori sanitari nel riconoscere le difficoltà e le patologie di queste pazienti. Il riconoscimento di questo problema porterà a una riduzione dei possibili eventi avversi che sono più frequenti in situazioni non riconosciute per tempo. Inoltre, pazienti provenienti da aree diverse del mondo possono essere portatori di malattie infettive diverse da quelle più frequenti nell'attuale contesto (vedi di recente il virus Zika, nel passato recente il rischio Ebola e l'influenza aviaria); da qui la collaborazione anche con gli infettivologi presenti nel presidio del Sacco.

Sarebbe da prevedere la creazione nel medio periodo di una rete tra presidi ospedalieri dell'ASST e del territorio che razionalizzino questa offerta e creino protocolli condivisi e formazione per gli operatori. La collaborazione tra i diversi punti della rete consentirebbe di unificare le risorse e porterà in questo tipo di pazienti a un più efficace approccio diagnostico e terapeutico, con sicuro risparmio in termini di risorse impiegate.

## La partecipazione a Dipartimenti Interaziendali

Lo scopo dei Dipartimenti interaziendali è creare un coordinamento ed una condivisione nell'ambito di materie nelle quali diverse aziende dell'area metropolitana hanno delle risorse e competenze che possono essere messe a disposizione del sistema per sviluppare interventi appropriati ed efficienti.

In questo ambito si inquadra i Dipartimenti interaziendali che sono già in essere o vengono proposti dalle ASST nel momento della definizione dei nuovi POAS.

Relativamente al Dipartimento delle cure palliative, istituito nel 2013 dall'ASL di Milano, l'interesse alla partecipazione dell'ASST FBF-Sacco rappresenta un punto di continuità con la storia dei servizi di cure palliative dell'Azienda che hanno portato alla costituzione di una rete di servizi già avviata (Hospice, Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative ODCP). Si conferma quindi in tale Dipartimento sia riconosciuto il ruolo storico di coordinamento svolto dalle componenti dell'azienda FBF-Sacco anche come riconoscimento dei risultati raggiunti in questi anni di sperimentazione.

Si conferma la partecipazione dell'azienda al **Dipartimento Interaziendale DMTE** con capofila l'ASST GOM Niguarda come previsto dalla Normativa vigente.

Si valuterà inoltre, sulla base degli obiettivi ad oggi raggiunti e dell'attività svolta, l'eventuale partecipazione ad altri Dipartimenti Funzionali

## Il Dipartimento interaziendale di Medicina Legale

La legge di evoluzione del sistema sociosanitario lombardo ha attribuito alle ASST il compito di garantire le funzioni e le prestazioni medico-legali (art. 7 comma 12 L.R. 33/2009 come innovata dalla L.R. 23/ 2015). La successiva DGR n. X/5513 del 2.8.2016, contenente le determinazioni in ordine alle linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici (POAS) delle ATS ed ASST, ha ribadito la necessità di dare concretizzazione, in sede di definizione degli assetti organizzativi, alla natura "trasversale" delle competenze medico legali, attraverso l'assegnazione alle strutture di Medicina Legale nell'ambito delle ASST dei compiti di supporto delle esigenze non soltanto della rete territoriale, ma anche del polo ospedaliero aziendale.

La struttura zione dell'attività medico-legale in forma di dipartimenti interaziendali viene individuata dalle linee guida regionali come lo strumento specifico idoneo a consentire lo svolgimento, in maniera coordinata, di tutte le prestazioni più sopra richiamate al fine di razionalizzare, in termini di efficienza, efficacia ed economicità, i rapporti tra le strutture.

Le indicazioni regionali sottolineano, altresì, la necessità che l'articolazione organizzativa sia costruita in modo flessibile ed il più possibile pertinente alle specifiche realtà locali, al fine di mantenere:

- l'omogeneità delle prestazioni e delle relative modalità di erogazione, in particolare delle procedure diagnostiche e valutative e dei protocolli operativi;
- la condivisione delle banche dati e dei programmi informatici, anche relativamente agli accertamenti collegiali con riferimento al territorio della ex ASL di competenza.

Nel contesto del cosiddetto "Progetto Milano", che regolamenta il passaggio di competenze da ATS alle ASST nel contesto dell'attuazione della LR n. 23/2015 nell'area urbana di Milano, è stato stabilito **l'affidamento del governo funzionale dell'area della medicina legale alla ASST Santi Paolo e Carlo e pertanto il Direttore del Dipartimento funzionale interaziendale di medicina legale è riferito a tale ASST.**

A tale Dipartimento, in coerenza con le indicazioni regionali più sopra richiamate, afferiscono funzionalmente tutte le articolazioni organizzative di medicina legale costituite presso le ASST istituite nel territorio della ex-ASL Milano (oltre alla ASST Santi Paolo e Carlo, le ASST: Fatebenefratelli-Sacco, Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Nord Milano).

Con la creazione del Dipartimento si garantisce:

- la sinergia dei percorsi accertativo-valutativi a livello interaziendale;
- l'implementazione di un sistema di raccolta e organizzazione delle prestazioni (accertamenti medico legali in forma monocratica o collegiale, medicina necroscopica, istruttoria medico legale delle richieste di indennizzo ai sensi della legge 210/92, contentioso da attività sanitaria), nella prospettiva della "cartella medicolegale", intesa quale

strumento gestionale informatico unitario finalizzato ad ottimizzare i percorsi dell'utente e garantire la completezza dei dati a disposizione del SSR;

- l'allestimento di protocolli frutto dell'attività di verifica e confronto sistematico a livello interaziendale, grazie allo sviluppo di appositi sistemi di indicatori, per garantire monitoraggio e benchmarking delle attività.

All'interno del Dipartimento interaziendale è garantita l'integrazione operativa del personale medico specialistico afferente giuridicamente alle diverse ASST ricomprese nell'organizzazione dipartimentale, al fine di razionalizzare l'uso delle risorse umane, consentire l'erogazione delle attività collegiali a valenza centralizzata, favorire l'approccio comune alle tematiche e la condivisione delle esperienze di tutti i professionisti coinvolti

Sia la SC Medicina Legale in staff alla Direzione Sanitaria di Azienda che le 2 Strutture Semplici da essa gerarchicamente dipendenti saranno parte attiva del Dipartimento Funzionale Interaziendale di Medicina Legale e ne attueranno operativamente le linee di indirizzo tecnico-scientifico. anche attraverso l'integrazione operativa del personale medico specialistico.

## Il Dipartimento interaziendale per le Dipendenze

Considerato il modello organizzativo attuato dai Servizi per le dipendenze dell'ex ASL Città di Milano negli ultimi anni, si rende necessario continuare a garantire a tutti i pazienti residenti nelle ASST milanesi e Nord Milano, affetti da problematiche di dipendenza, la libertà di scegliere il servizio di diagnosi e cura cui rivolgersi, nell'ambito di un efficiente utilizzo di unità di offerta altamente specializzate.

A tal fine, oltre alla direzione funzionale dei Servizi per le dipendenze, attribuita alla ASST Santi Paolo e Carlo, si rende necessario assicurare un coordinamento funzionale di tutti i servizi territoriali per garantire metodologie di lavoro, protocolli e procedure omogenee, e per assicurare la circolazione delle informazioni relative ai pazienti che utilizzano diversi servizi, nonché modalità efficienti per la organizzazione di servizi ed attività sovrazonali (es. distribuzione di farmaci stupefacenti, etc.). Tale coordinamento viene affidato ad un Dipartimento interaziendale per le dipendenze che svolge il suo ruolo funzionale nei confronti dei servizi dipendenze della ASST Santi Paolo e Carlo, Fatebenefratelli Sacco e Nord Milano favorisce la cooperazione dei servizi con la ASST GOM e con l'IRCCS Policlinico, che, non essendo dotati di Sert, hanno la necessità di garantire la presa in carico di minori e adulti affetti da dipendenza, in collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale e gli altri Servizi Ospedalieri.

Il Dipartimento deve altresì promuovere la qualificazione professionale, la formazione e l'aggiornamento degli operatori, in modo dinamico per garantire la capacità di risposta ai nuovi bisogni di diagnosi e cura, anche favorendo le attività di studio e ricerca anche in stretta collaborazione con il servizio di epidemiologia di ATS.

Il Dipartimento assicura un coordinamento con il servizio di Promozione della salute di ATS Città Metropolitana, al fine di garantire un approccio omogeneo alle attività di prevenzione primaria e secondaria.

Il Direttore di Dipartimento ne è responsabile e coordina, sul piano funzionale, per quanto riguarda i temi di competenza, i Responsabili delle Unità Organizzative Complesse e Semplici afferenti o partecipanti, che sono gestionalmente inserite nei rispettivi Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze.

È responsabile del raggiungimento degli obiettivi del Dipartimento, ne promuove le attività, anche coordinando le attività della rete delle strutture di riferimento, di concerto con i relativi responsabili perseguitando i seguenti obiettivi:

1. favorire la massima integrazione possibile tra le diverse strutture organizzative dedicate;
2. assicurare la differenziazione organizzata dell'offerta cittadina;
3. promuovere i collegamenti tra i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, il Settore di Emergenza Urgenza, i Reparti di ricovero, nonché il rapporto con i Medici di Medicina generale e, più in generale con le diverse Unità di Offerta territoriali ed ospedaliere del Sistema Socio-Sanitario;
4. implementare l'uniforme applicazione di procedure comuni validate e di protocolli per l'individuazione precoce della patologia e delle condizioni di rischio, ai fini di proporre agli interessati interventi appropriati;
5. promuovere l'interazione orizzontale con altre Strutture del Sistema Sanitario, Sociosanitario, del Comune di Milano, nonché con il Sistema accreditato privato di settore, con il Privato Sociale ed il Volontariato, conformemente alle indicazioni Regionali e della ATS di riferimento;
6. mettere in atto le azioni necessarie per l'abbattimento dello stigma connesso all'abuso di sostanze ed alle dipendenze patologiche, che è una delle primarie cause del ritardo degli interventi terapeutico-riabilitativi;

7. promuovere il coordinamento o esercitare la direzione di specifici progetti o attività, anche di tipo clinico, secondo convenzioni o protocolli definiti e formalmente concordati;
8. promuovere, validare e, nel caso, supervisionare progetti di studio e ricerca di settore;
9. collaborare e supportare la Direzione della ASST Santi Paolo e Carlo, responsabile della funzione di governance della attività, anche in relazione a predisposizione di report di attività etc.

La direzione del Dipartimento interaziendale afferisce direttamente al Direttore Socio-Sanitario dell'ASST Santi Paolo e Carlo.

## Il Dipartimento interaziendale di Cure palliative

Regione Lombardia ha visto negli ultimi 20 anni lo sviluppo di un sistema di erogazione di Cure Palliative che non ha paragoni in altre regioni.

Oggi la forte integrazione dei servizi può consentire il superamento della frammentarietà di un sistema ancora centrato sulla rete d'offerta; occorre pertanto un'azione di governo dei processi erogativi che garantisca il coordinamento della presa in carico e del percorso di cura. È necessario costruire sinergie e connessioni organizzative tra i vari livelli di erogazione, tra ospedale e territorio, tra sanitario, sociosanitario e sociale, tra settore pubblico, privato e Organizzazioni non profit, in un'ottica di empowerment del malato, della famiglia e della comunità locale.

Il coordinamento della Rete delle Cure Palliative si struttura su due livelli, locale e regionale, le cui funzioni sono già in parte delineate nelle DGR n° 4610 del 2012 e 5918 del 2016.

**La Rete locale di cure palliative (RLCP)** rappresenta a livello locale, una modalità organizzativa per la presa in carico, la cura del malto ed il supporto alla famiglia, coerente con l'art. 9 della Legge Regionale 23/2015.

Nella RLCP confluisce l'insieme funzionale dei nodi erogativi e degli enti di volontariato coinvolti nel percorso assistenziale di cure palliative, andando a costituire il Dipartimento Funzionale Interaziendale delle Cure Palliative.

La costituzione di un Dipartimento Interaziendale rappresenta lo strumento organizzativo e di coordinamento della rete in grado di "assicurare l'integrazione e il raccordo tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte, sia ospedaliere sia territoriali" e "di integrare le modalità di risposta ai bisogni delle persone in condizione di cronicità e fragilità, per garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali".

Data la ricchezza di strutture e di servizi che offrono cure palliative nella Città di Milano si conferma il Dipartimento Interaziendale di Cure Palliative (DICP) per:

- Favorire processi di integrazione tra le strutture per garantire l'accoglienza, la valutazione del bisogno e l'avvio di un percorso di cure palliative, assicurando la necessaria continuità delle cure, la tempestività della risposta e la flessibilità nell'individuazione del *setting* assistenziale appropriato.
- Attivare PDTA condivisi per garantire la continuità delle cure palliative favorendo l'integrazione fra l'assistenza in ospedale, l'assistenza in Hospice (sociosanitario e sanitario) e l'assistenza domiciliare di base e specialistica.
- Favorire l'integrazione nella rete delle strutture sociosanitarie e del MMG
- Coordinare la "Rete Hospice" già in essere per la gestione della lista di attesa per il ricovero in hospice
- Promuovere sistemi di valutazione e miglioramento della qualità delle cure palliative erogate.
- Definire e monitorare un sistema di indicatori quali-quantitativi della rete di CP, ivi inclusi gli standard della rete di CP di cui al Decreto 22 febbraio 2007, n. 43 in coerenza a quanto definito a livello regionale.
- Promuovere ed attuare i programmi di formazione condivisi, definiti a livello regionale, rivolti a tutte le figure professionali operanti nella Rete.

Tenuto conto che dei risultati raggiunti si conferma la proposta di coordinamento del **Dipartimento Interaziendale funzionale di cure palliative** verrà attribuito all'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Fatebenefratelli Sacco.

## Il Dipartimento Interaziendale Medicina Trasfusionale ed Ematologia

Come previsto dalla normativa l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Fatebenefratelli Sacco partecipa al DMTE che fa capo alla ASST Grande Ospedale Metropolitano – Niguarda.