

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE PPT 2025-2027





Sommario

1. Introduzione e finalità del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale	6
2. Analisi del contesto	7
2.1 La domanda di salute in ASST	7
2.2 L'Offerta Territoriale	27
2.2.1 Breve descrizione dell'Azienda	27
2.2.2. Funzioni e personale presente nella rete territoriale di ASST	33
2.2.3 Servizi e risorse presenti nella rete territoriale di offerta di ASST	34
3. Il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale	35
3.1 Linee programmatiche generali per lo sviluppo del polo territoriale	35
3.2 Area di intervento	40
3.2.1 Valutazione multidimensionale	40
3.2.2 Continuità dell'assistenza nei setting assistenziali	42
3.2.3 Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie	48
3.2.4 Prevenzione e Promozione della Salute	59
3.2.5 Lo sviluppo della Telemedicina	68
3.2.6 La presa in carico dei cronici e fragili	71
4. Monitoraggio del Piano e rendicontazione	76
5. Il processo di sviluppo e approvazione del piano	77
6. Riferimenti Normativi	78

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

LEGENDA

ADE Assistenza Domiciliare Educativa
ADEM Assistenza Domiciliare Educativa Minori
ADI Assistenza Domiciliare Integrata
ADP Assistenza Domiciliare Programmata
AFA Attività Fisica Adattata
AFT Aggregazioni Funzionali Territoriali
AREU Agenzia Regionale Emergenza Urgenza
ASST Azienda Socio Sanitaria Territoriale
ATS Agenzia di Tutela della Salute
BPCO Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva
CdC Case della Comunità
CDI Centri Diurni Integrati
Cdom Cure Domiciliari
CF Consultori Familiari
CMI Centrale Medica Integrata
COT Centrali Operative Territoriali
CPS Centro Psico Sociale
CSS Comunità Socio Sanitaria
CSV Centro di Servizio per il Volontariato
CUP Centro Unico di Prenotazione
CUT Centro Universitario di Telemedicina
DAPSS Direzione delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie
DSMD Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze
ECCM Expanded Chronic Care Model
EEMM Equipe Multidisciplinari
ERP Edilizia Residenziale Pubblica
EVM Equipe Valutazione Multidimensionale
FNA Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza
FSE Fascicolo Sanitario Elettronico
FSE Fondo Sociale Europeo
GdC Gruppi di Cammino

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

IFeC Infermiere di Famiglia e Comunità
IRCCS Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
ISS Istituto Superiore di Sanità
LEA Livelli Essenziali di Assistenza
LEPS Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali
MCNT Malattie Croniche Non Trasmissibili
MMG Medico di Medicina Generale
NOA Nucleo Operativo Alcolologia
NPIA Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza
OCD Organismo Consultivo Territoriale
OdC Ospedali di Comunità
OMS Organizzazione Mondiale della Sanità
OSS Operatore Socio Sanitario
PAI Piano Assistenziale Individualizzato
PDTA Piano Diagnostico-Terapeutico Assistenziale
PdZ Piano di Zona
PIC Presa in Carico
PIC Tasso di Prese In Carico
PLS Pediatra di Libera Scelta
PNP Piano Nazionale della Prevenzione
PNPV Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale
PNRR Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
POAS Piano di Organizzazione Aziendale Strategico
POR Programma Operativo Regionale
PPT Piani di Sviluppo del Polo Territoriale
PRP Piano Regionale della Prevenzione
PRSS Programma Regionale di Sviluppo Sostenibile
PS Pronto Soccorso
PSD Progetto Sorveglianza Domiciliare
PUA Punto Unico di Accesso
RSA Residenze Sanitarie Assistenziali
RSD Residenze Sanitarie per Disabili
SAD Servizio Assistenza Domiciliare
SerD Servizio per le Dipendenze

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

SGDT Sistema di Gestione Digitale del Territorio

TSRM Tecnico Sanitario di Radiologia Medica

UCA Unità di Continuità Assistenziale

UDO Unità di Offerta Sociali

UMWT Unità Milano Welfare Territoriali

UOC Unità Operativa Complessa

UONPIA Unità Operative di NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

URP Ufficio Relazioni con il Pubblico

UVM Unità Valutativa Multidisciplinare

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

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

L'ASST Fatebenefratelli Sacco come previsto dall'art. 7 comma 17 ter della L.R. 33/2009, introdotto dalla L.R. 22/2021, predispone il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (d'ora in poi PPT), con specifica e analitica declinazione su base distrettuale, al fine definire la domanda di salute territoriale e la conseguente programmazione dei servizi erogativi, assicurando l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie distrettuali.

Questo strumento contribuisce a garantire l'integrazione delle prestazioni e delle funzioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie distrettuali, garantendo il potenziamento della funzione territoriale con un raccordo funzionale tra Polo Ospedaliero, Polo Territoriale e la dimensione sociale attraverso il rapporto con i Comuni e i Piani di Zona e gli altri attori territoriali quali, ad esempio, Terzo Settore, Associazioni di Volontariato.

La creazione dei Distretti prevista dalla Legge Regionale n. 22 del 14 dicembre 2021 consente di procedere ad una maggiore integrazione tra i diversi servizi e rafforzare la capacità del sistema di intercettare i nuovi bisogni emergenti del territorio, garantendo una risposta appropriata e dei servizi realmente efficaci.

Al fine di favorire una forte integrazione tra aree e attori territoriali, il rapporto e la collaborazione con gli Enti Locali e con il Territorio sono garantiti attraverso una presenza continuativa e partecipe nei seguenti contesti interistituzionali, preposti alla promozione dei processi di integrazione tra programmazione sociale e programmazione sociosanitaria:

- Organismo Consultivo Distrettuale
- Cabina di Regia integrata di ASST
- Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci della ASST
- Conferenza delle ASST del Comune di Milano
- Cabina di Regia di ATS

Si evidenzia che in ragione della recente istituzione degli Organismi Consultivi Distrettuali (OCD) e la conseguente necessità che si consolidi un rapporto di reciproca conoscenza dialogo e collaborazione, sarà impegno dei Direttori di Distretto con il supporto del Direzione Sociosanitaria, favorire modalità di collaborazione funzionali e centrate sulla costruzione di relazioni, utili allo sviluppo di servizi ai cittadini attraverso una forte promozione del processo partecipativo di tutti i componenti degli OCD.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

2. Analisi del contesto

2.1 La domanda di salute in ASST

ATS Città Metropolitana mette a disposizione una grande ricchezza di dati relativamente alle condizioni di salute delle persone residenti nel territorio di competenza delle ASST. In particolare i dati sono disponibili su Portale Mercurio e Inferenze – Profili di Salute. Si è pertanto scelto di selezionare ed analizzare differenti indicatori relativi alla prevenzione, integrazione socio-sanitaria e integrazione ospedale-territorio provenienti principalmente da **Inferenze-Profilo di Salute** (ATS Milano) con rilevazioni che vanno dal 2015 al 2023. Gli indicatori sono stati scelti per sottolineare trend e tendenze, utilizzando sia visualizzazioni grafiche sia tabelle fornite da ATS.

Inoltre, i dati sono stati confrontati e integrati con quelli estratti dal **Portale Mercurio**, che offre disamine distrettuali aggiornate al 2023 e le schede relative alle attività delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatria di Libera Scelta (PLS). Queste disamine includono la composizione della popolazione, la stratificazione per patologia e disabilità.

L'analisi delle attività per le AFT pediatriche, i cui indicatori differiscono da quelle della medicina generale, si è concentrata in particolare sulle coperture vaccinali e sugli accessi in Pronto Soccorso.

Per quanto riguarda in generale i residenti nei territori di competenza della ASST FBF Sacco segue la composizione demografica e l'impatto delle patologie croniche e della disabilità:

Dati Demografici Generali

Popolazione Totale: 743.202

Bambini sotto i 6 anni: 39.731 (5.3%)

Giovani (7-17 anni): 51.281 (6.9%)

Giovani Adulti (18-44 anni): 256.456 (34.5%)

Adulti (45-64 anni): 229.826 (30.9%)

Anziani (65-75 anni): 77.843 (10.5%)

Anziani oltre i 75 anni: 90.065 (12.1%)

Popolazione Straniera: 21.8% del totale

Cronicità e Patologie

Totale Persone con Patologie Croniche: 230.486

Cardiopatie: 150.357 (65.2%)

Patologie Oncologiche: 50.468 (21.9%)

Patologie Respiratorie: 35.787 (15.5%)

Diabete: 22.842 (9.9%)

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Patologie Gastroenterologiche: 12.917 (5.6%)**Patologie Endocrinologiche:** 22.730 (9.9%)**Patologie Neurologiche:** 10.050 (4.4%)**Patologie Reumatologiche:** 16.048 (7.0%)**Comorbidità****Monopatologici:** 119.554**Con 2-3 Comorbidità:** 80.764**Con più di 3 Comorbidità:** 30.168**Disabilità****Totale Persone con Disabilità:** 70.045**Disabilità Motorie:** 33.552 (47.9%)**Disabilità Psiciche:** 14.487 (20.7%)**Disabilità Sensoriali:** 7.393 (10.6%)**Disabilità Intellettive:** 5.317 (7.6%)**Disabilità Non Specificate:** 22.407 (32.0%)

Le percentuali relative alla presenza di patologia e/o disabilità possono superare il 100% poiché le categorie non sono mutuamente esclusive: ogni persona può infatti rientrare in più di una condizione, ad esempio con patologie croniche sovrapposte o più disabilità contemporaneamente. Le percentuali sono quindi calcolate su totali specifici per ogni gruppo e rappresentano il peso di ciascuna condizione in modo indipendente. Questo permette una visione accurata delle prevalenze senza ridurre la complessità reale, dove più condizioni possono coesistere nello stesso individuo.

Il dettaglio sulla composizione demografica dei residenti sul territorio di ASST nonché la prevalenza delle principali malattie croniche è disponibile per Distretto nei paragrafi successivi.

Relativamente alla **mobilità** nella fruizione delle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini milanesi, in considerazione del fatto che i Distretti costituiscono suddivisioni territoriali di un unico Comune, peraltro modificatesi negli anni e, certamente non vissute dai cittadini come limitanti, data la ricca offerta sanitaria presente in città non apparirebbero oggettivamente evidenziabili fenomeni di mobilità “da attenzionare”. Tuttavia, in particolare per soggetti fragili, la possibilità di ricondurre la gestione della patologia cronica all’interno di strutture di prossimità, che garantiscano, in modo stabile anche un forte raccordo tra la medicina generale e la specialistica è sicuramente uno degli obiettivi su cui lavorare nel prossimo triennio.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

È importante notare che gli indicatori forniti da ATS, come quelli sulle patologie croniche (diabete, ipercolesterolemia, ipertensione, malattie respiratorie), si focalizzano su specifici aspetti del monitoraggio (es. ECG, fundus oculi, spirometria) e sull'aderenza a protocolli standardizzati, piuttosto che su una stima continua della prevalenza o incidenza della patologia in sé. Ad esempio, si rilevano dati sui pazienti diabetici che non eseguono regolarmente il monitoraggio del fondo oculare o sull'aderenza al trattamento farmacologico nei casi di scompenso cardiaco. Questi indicatori riflettono più un'impostazione gestionale che un profilo di prevalenza. La frammentazione degli indicatori e la loro intersezione con obiettivi di qualità e aderenza ai PDTA (Piani Diagnostico-Terapeutici Assistenziali) fanno sì che ogni dato riportato sia condizionato dall'efficacia di monitoraggi e trattamenti specifici, piuttosto che dal semplice conteggio dei casi.

Considerando che ATS fornisce anche in una specifica sintesi di dati a disposizione dei Distretti, "Bisogni 2024", volumi di attività e le ore di prestazione "perse rispetto a un percorso ottimale" è essenziale contestualizzare questo elemento, in quanto non è sempre chiaro se la mancata erogazione sia dovuta a disguidi tra prescrizione e accesso effettivo (ad esempio, pazienti che non si presentano o preferiscono il privato). In quest'ottica vanno valutati i dati riportati nelle specifiche tabelle.

È importante sottolineare che il privato sfugge ai dati tradizionali, quindi il debito di prestazione e ore non equivale necessariamente a un "debito di salute" per i pazienti. Questo debito di sistema rappresenta piuttosto un impegno irrisolto del sistema sanitario regionale verso il bacino assistenziale, che continua a sostenere la sanità pubblica come contribuenti. Il recupero di queste prestazioni è quindi una priorità, non solo clinica, ma di fiducia e reciprocità tra cittadini e servizio sanitario, per garantire accesso e continuità a chi ne ha fatto richiesta. Si è deciso nella grande ricchezza di dati disponibili, di concentrarsi in una prima fase solo su alcuni indicatori su cui si ritiene opportuno agire prioritariamente al fine di avvicinarli ai valori target ideali.

ALLEGATO 1 – GOVERNO CLINICO E PORTALE BISOGNI SALUTE

Indicatori selezionati

Prevenzione: Screening oncologici (mammografia, colon-retto, cervice uterina), coperture vaccinali pediatriche e antinfluenzale per over 65.

Integrazione Ospedale-Territorio: Gestione del diabete (emoglobina glicata, fundus oculi), ricoveri per BPCO e salute mentale (ricoveri ripetuti).

Integrazione Socio-Sanitaria: Assistenza domiciliare integrata (ADI), gestione delle demenze, trattamento socio-sanitario per anziani non autosufficienti e cure palliative.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Metodologia

L'analisi è stata eseguita considerando sia i dati forniti dalle fonti ufficiali (ATS e Mercurio) sia l'integrazione delle diverse AFT pediatriche e adulte per ogni Municipio. In questo modo, è stato possibile valutare la coerenza dei risultati e identificare aree di miglioramento per l'assistenza sanitaria a livello territoriale.

Indicatori Selezionati

Nell'analisi delle AFT sia per la medicina di base sia per la pediatria di libera scelta, sono stati selezionati indicatori chiave per fornire una visione dettagliata e comparabile delle performance sanitarie a livello territoriale. Gli indicatori sono stati suddivisi per le seguenti macro-aree:

Prevenzione:**AFT Adulti (MMG):****Screening Oncologici:**

Mammografia (percentuale di donne tra 50 e 74 anni che non ha effettuato lo screening).

Colon-retto (percentuale di popolazione target che non ha effettuato il test).

Cervice Uterina (percentuale di donne che non ha effettuato lo screening per il carcinoma cervicale).

Copertura Vaccinale Antinfluenzale

Copertura per la popolazione anziana (over 65).

Copertura per i pazienti cronici (malattie respiratorie, cardiache, diabete, ecc.).

AFT Pediatriche (PLS):**Copertura Vaccinale Pediatrica**

Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate (Difterite, Tetano, Pertosse, Polio, Haemophilus influenzae tipo B, Morbillo, Parotite, Rosolia, Epatite B, Meningococco, Pneumococco, ecc.).

Vaccinazioni Specifiche

Prima dose di MPR (Morbillo, Parotite, Rosolia).

Copertura vaccinale complessiva rispetto agli obiettivi ATS.

Integrazione Ospedale-Territorio:**AFT Adulti (MMG):**

- Gestione delle Patologie Croniche
- Diabete: Monitoraggio dell'emoglobina glicata, percentuale di pazienti senza fundus oculi.
- Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO): Tasso di ricoveri ospedalieri.
- Salute Mentale
- Ricoveri psichiatrici ripetuti entro 8-30 giorni dalla dimissione.
- Ricoveri Potenzialmente Inappropriati
- Percentuale di ricoveri considerati non necessari in base ai criteri clinici.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

AFT Pediatriche (PLS):

Accessi in Pronto Soccorso (PS)

Percentuale di accessi per codice Bianco (non urgente) e Verde (poco urgente), con particolare attenzione alla gestione dei casi non gravi.

Integrazione con Neuropsichiatria Infantile (NPI)

Percentuale di bambini che accedono ai servizi NPI per la gestione di disturbi neuropsichiatrici.

Integrazione Socio-Sanitaria**AFT Adulti (MMG):**

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Percentuale di pazienti cronici ultra 65enni che ricevono assistenza domiciliare.

Gestione delle Demenze

Percentuale di residenti con diagnosi di demenza in carico ai Centri Diurni Integrati (CDI) e all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Trattamento Socio-Sanitario per Anziani Non Autosufficienti

Percentuale di anziani in trattamento residenziale o semiresidenziale.

Cure Palliative

Percentuale di pazienti oncologici assistiti dalla rete di cure palliative.

AFT Pediatriche (PLS):

Bilanci di Salute

Percentuale di bambini che effettuano almeno un bilancio di salute annuale.

Uso degli Antibiotici

Percentuale di bambini che ricevono almeno una prescrizione di antibiotici per uso sistemico, con l'obiettivo di monitorare e ridurre l'uso inappropriato.

Al fine di fornire un paragone utile a chi stia leggendo, si è ricercato sul portale Mercurio un corrispondente tra gli indicatori di AFT “a cruscotto” e quanto riportato su Profili di Salute.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Distretto Municipio 1 (Milano Centro)**Profilo Epidemiologico**

Il Municipio 1 è identificato con la zona di Milano Centro, con una popolazione totale di 104.465 abitanti, rappresenta un'area dinamica e storica della città. La distribuzione della popolazione mostra una prevalenza di giovani adulti tra i 18 e i 44 anni (33%, ovvero 34.843 persone), seguita da persone tra i 45 e i 64 anni (31%, ovvero 32.837 persone). Gli anziani sopra i 65 anni rappresentano una significativa porzione della popolazione, con l'11% (11.778 persone) tra i 65 e i 75 anni e il 12% (12.485 persone) sopra i 75 anni. I bambini sotto i 6 anni costituiscono il 5% (5.020 persone) e i giovani tra i 7 e i 17 anni il 7% (7.502 persone).

La popolazione straniera è il 16% del totale. Il 27% della popolazione assistita è affetta da cronicità (28.376 persone).

Le patologie più comuni includono:

Cardiopatie: 17% (17.296 persone)

Patologie oncologiche: 7% (7.651 persone)

Patologie respiratorie: 4% (3.816 persone)

Diabete: 2% (2.078 persone)

Patologie gastroenterologiche: 1% (1.199 persone)

Patologie endocrinologiche: 2% (2.547 persone)

Patologie neurologiche: 1% (1.377 persone)

Patologie reumatologiche: 2% (1.864 persone)

Disabilità

Il 7% della popolazione (7.054 persone) ha una disabilità, con le seguenti suddivisioni:

Disabilità motoria: 3% (3.548 persone)

Disabilità psichica: 1% (1.489 persone)

Disabilità sensoriale: 1% (603 persone)

Disabilità intellettiva: 0,4% (452 persone)

Disabilità non specificata: 2% (2.153 persone)

Comorbidità

Tra gli assistiti con cronicità, la distribuzione delle comorbidità è la seguente:

Monopatologici: 15% (15.577 persone)

2-3 comorbidità: 9% (9.672 persone)

Oltre 3 comorbidità: 3% (3.127 persone)

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Prevenzione

Screening Mammografico

Nel 2016, il 74,6% delle donne del Municipio Milano Centro ha partecipato allo screening mammografico. Tuttavia, la partecipazione è scesa al 24,2% nel 2020 a causa della pandemia di COVID-19, con un leggero recupero al 32,2% nel 2021.

Screening del Colon-Retto

La copertura dello screening del colon-retto è passata dal 27,9% nel 2016 al 2,4% nel 2020, con un recupero parziale al 19,4% nel 2021. Questo calo significativo richiede interventi mirati per aumentare la consapevolezza sull'importanza di questo screening e migliorare l'accessibilità dei test.

Screening della Cervice Uterina

Il tasso di partecipazione allo screening per il carcinoma della cervice uterina è rimasto stabile negli ultimi anni, raggiungendo il 13,7% nel 2021 grazie a campagne di sensibilizzazione più efficaci.

Vaccinazioni Pediatriche

Le coperture vaccinali per malattie come polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse e Haemophilus influenzae B hanno mostrato un picco del 90,6% nel 2018, con un calo al 78,2% nel 2021. Nel 2023, la copertura è risalita all'84,5%.

Vaccinazione Antinfluenzale per Over 65

La copertura vaccinale antinfluenzale per gli over 65 è aumentata dal 32,1% nel 2016 al 45,9% nel 2023, risultato di campagne di sensibilizzazione e una migliore disponibilità dei vaccini.

Integrazione Ospedale-Territorio

Fundus Oculi e Diabete

La percentuale di pazienti diabetici senza fundus oculi è stata relativamente alta ma stabile nel periodo 2015-2023. Nel 2015, era all'88,6% e ha oscillato tra l'85,8% e l'89,9%, con un leggero miglioramento negli ultimi anni, raggiungendo l'88,7% nel 2023. Per quanto riguarda i pazienti diabetici a gestione territoriale, la percentuale senza fundus oculi ha mostrato una tendenza simile, partendo dall'88,0% nel 2015. Ha visto un calo nel 2018 all'84,4%, ma è risalita negli anni successivi, stabilizzandosi all'87,9% nel 2023.

Gestione del Diabete

Il controllo dell'emoglobina glicata, fondamentale per la gestione del diabete, ha mostrato un trend discendente dal 46,4% nel 2015 al 38,4% nel 2023.

Salute Mentale

La percentuale di ricoveri psichiatrici ripetuti è diminuita dal 10,7% nel 2015 al 5,1% nel 2018, per poi risalire all'11% nel 2022.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Integrazione Socio-Sanitaria

Assistenza ai Pazienti con Demenza

La proporzione di residenti con diagnosi di demenza in carico ai CDI è variata dal 1% nel 2018 al 2,6% nel 2022. Per quanto riguarda l'ADI, la proporzione è rimasta più alta, oscillando tra l'8% e il 10,7% nello stesso periodo.

Servizi di Ostetricia e Ginecologia nei Consultori Pubblici

L'utilizzo dei servizi di ostetricia nei consultori pubblici è rimasto costantemente basso, oscillando tra lo 0,2% e lo 0,4%. Per quanto riguarda le prestazioni ginecologiche, la proporzione è stata leggermente superiore, ma comunque bassa.

Assistenza Domiciliare Integrata

Il tasso di prese in carico (PIC) in assistenza domiciliare integrata è aumentato dal 57 per 1.000 abitanti nel 2015 a 87 per 1.000 abitanti nel 2023.

Trattamento Socio-Sanitario per Anziani Non Autosufficienti

La proporzione di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario semiresidenziale è aumentata costantemente dal 4,906 per mille nel 2015 a 9,257 per mille nel 2023. Anche il trattamento residenziale ha visto un aumento simile.

Cure Palliative

La gestione delle cure palliative per i malati oncologici ha mostrato una certa stabilità negli ultimi anni. La percentuale di ricoveri in Hospice con un periodo di degenza inferiore o uguale a 7 giorni è stata relativamente alta, partendo dal 28,9% nel 2020 e oscillando fino al 25,0% nel 2023. Parallelamente, la proporzione di deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative è stata costantemente alta, passando dal 49,8% nel 2020 al 54,1% nel 2022.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Distretto Municipio 2 (Milano Stazione Centrale, Gorla, Turro, Greco, Crescenzago)

Profilo Epidemiologico

Il Municipio 2 di Milano, comprendente le zone di Città Studi, Lambrate e Venezia, ha una popolazione totale di 154.324 abitanti. La distribuzione della popolazione mostra una prevalenza di giovani adulti tra i 18 e i 44 anni (37%, ovvero 56.478 persone), seguita da persone tra i 45 e i 64 anni (31%, ovvero 47.625 persone). Gli anziani sopra i 65 anni rappresentano una significativa porzione della popolazione, con il 10% (15.472 persone) tra i 65 e i 75 anni e l'11% (16.480 persone) sopra i 75 anni. I bambini sotto i 6 anni costituiscono il 5% (8.025 persone) e i giovani tra i 7 e i 17 anni il 7% (10.244 persone). La popolazione straniera è il 29% del totale.

Cronicità e Patologie

Il 31% della popolazione assistita è affetta da cronicità (47.479 persone). Le patologie più comuni includono:

Cardiopatie: 20% (30.382 persone)

Patologie respiratorie: 5% (7.086 persone)

Diabete: 3% (4.841 persone)

Patologie oncologiche: 7% (10.112 persone)

Patologie gastroenterologiche: 2% (2.313 persone)

Patologie endocrinologiche: 3% (4.692 persone)

Patologie neurologiche: 1% (2.103 persone)

Patologie reumatologiche: 2% (3.269 persone)

Disabilità

Il 9% della popolazione (13.560 persone) ha una disabilità, con le seguenti suddivisioni:

Disabilità motoria: 4% (6.483 persone)

Disabilità psichica: 2% (2.668 persone)

Disabilità sensoriale: 1% (1.392 persone)

Disabilità intellettiva: 0,5% (698 persone)

Disabilità non specificata: 3% (4.481 persone).

Comorbidità

Tra gli assistiti con cronicità, la distribuzione delle comorbidità è la seguente:

Monopatologici: 16% (24.702 persone)

2-3 comorbidità: 11% (16.831 persone)

Oltre 3 comorbidità: 4% (5.946 persone)

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Prevenzione

Screening Mammografico

La partecipazione allo screening mammografico ha mostrato un trend di diminuzione dal 2016, quando l'84,8% delle donne ha partecipato, al 26,6% nel 2020. Nel 2021, si è osservato un lieve recupero al 37,9%. La pandemia di COVID-19 ha influenzato negativamente l'accesso ai servizi, ma è cruciale implementare strategie per incentivare le donne a riprendere i controlli regolari.

Screening del Colon-Retto

Lo screening del colon-retto ha visto una significativa diminuzione, passando dal 31% nel 2016 al 3% nel 2020, con un parziale recupero al 22,1% nel 2021. Migliorare l'accesso e la sensibilizzazione su questo screening è fondamentale per la prevenzione del cancro del colon-retto.

Screening della Cervice Uterina

La partecipazione allo screening per il carcinoma della cervice uterina ha mostrato un andamento stabile, con un leggero aumento nel 2021 raggiungendo il 14,1%.

Vaccinazioni Pediatriche

Le coperture vaccinali per malattie come polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse e Haemophilus influenzae B sono rimaste generalmente alte, con un picco del 92% nel 2018 e una copertura del 91,2% nel 2023. Anche le vaccinazioni per morbillo, parotite e rosolia hanno mantenuto una copertura alta, oscillando tra l'82,6% nel 2015 e il 91,4% nel 2023.

Vaccinazione Antinfluenzale per Over 65

La copertura vaccinale antinfluenzale per gli over 65 ha mostrato un trend positivo, passando dal 38,5% nel 2016 al 49,7% nel 2020, con una leggera flessione al 46,3% nel 2023.

Integrazione Ospedale-Territorio

Fundus Oculi e Diabete

La percentuale di pazienti diabetici senza fundus oculi è stata relativamente alta ma ha mostrato un trend di miglioramento nel periodo 2015-2023. Nel 2015, era all'80,7% e ha oscillato tra l'82,1% e l'86,9%, con un aumento significativo nel 2021 al 89,5%. Per quanto riguarda i pazienti diabetici a gestione territoriale, la percentuale senza

fundus oculi ha mostrato una tendenza simile, partendo dal 79,4% nel 2015. Ha visto un aumento costante, raggiungendo l'87,2% nel 2023.

Gestione del Diabete

Il controllo dell'emoglobina glicata ha visto una riduzione della copertura dal 48,2% nel 2015 al 38,8% nel 2023. La percentuale di aderenza al controllo del profilo lipidico annuale è scesa dal 68% nel 2015 al 56,3% nel 2022, con un lieve recupero al 64,1% nel 2023.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Cure Palliative

La gestione delle cure palliative per i malati oncologici ha mostrato una certa stabilità negli ultimi anni. La percentuale di ricoveri in Hospice con un periodo di degenza inferiore o uguale a 7 giorni è stata relativamente stabile, partendo dal 29,9% nel 2020 e oscillando fino al 27,0% nel 2023. Parallelamente, la proporzione di deceduti

per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative è stata costantemente alta, partendo dal 47,6% nel 2020 raggiungendo il 58,5% nel 2022, evidenziando un miglioramento nell'accesso alle cure palliative per i pazienti oncologici.

Salute Mentale

La percentuale di ricoveri psichiatrici ripetuti entro 8-30 giorni dalla dimissione è diminuita dal 12,4% nel 2015 al 9,3% nel 2022, suggerendo un miglioramento nella continuità delle cure.

Integrazione Socio-Sanitaria**Assistenza ai Pazienti con Demenza**

La proporzione di residenti con diagnosi di demenza in carico ai Centri Diurni Integrati (CDI) è rimasta bassa, variando dal 1,9% nel 2018 al 2,1% nel 2022. L'assistenza domiciliare integrata (ADI) ha visto un leggero aumento, dal 9,3% nel 2018 al 10,7% nel 2022.

Servizi di Ostetricia e Ginecologia nei Consultori Pubblici

L'utilizzo dei servizi di ostetricia nei consultori pubblici è rimasto costantemente basso, attorno allo 0,7% nel 2023. Le prestazioni ginecologiche sono state leggermente più utilizzate, ma comunque basse, oscillando tra il 2,9% nel 2015 e il 2,7% nel 2023.

Assistenza Domiciliare Integrata

Il tasso di prese in carico (PIC) in assistenza domiciliare integrata è aumentato dal 75 per 1.000 abitanti nel 2015 al 131 per 1.000 abitanti nel 2023, indicando un miglioramento nell'offerta e nell'accesso ai servizi domiciliari.

Trattamento Socio-Sanitario per Anziani Non Autosufficienti

La proporzione di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario semiresidenziale è aumentata costantemente, passando dal 4,779 per mille nel 2015 al 9,282 per mille nel 2023. Anche il trattamento residenziale ha visto un aumento simile, riflettendo una risposta crescente ai bisogni di questa popolazione.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Distretto Municipio 3 (Milano Città Studi, Lambrate, Venezia)

Profilo Epidemiologico

Il Municipio 3 di Milano, comprendente le zone di Città Studi, Lambrate e Venezia, ha una popolazione totale di 136.780 abitanti. La distribuzione della popolazione mostra una prevalenza di giovani adulti tra i 18 e i 44 anni (35%, ovvero 47.873 persone), seguita da persone tra i 45 e i 64 anni (31%, ovvero 42.402 persone). Gli anziani sopra i 65 anni rappresentano una significativa porzione della popolazione, con il 10% (13.308 persone) tra i 65 e i 75 anni e il 13% (17.662 persone) sopra i 75 anni. I bambini sotto i 6 anni costituiscono il 6% (8.207 persone) e i giovani tra i 7 e i 17 anni il 7% (9.328 persone). La popolazione straniera è il 21% del totale.

Cronicità e Patologie

Il 30% della popolazione assistita è affetta da cronicità (41.034 persone). Le patologie più comuni includono:

Cardiopatie: 21% (28.727 persone)

Patologie respiratorie: 5% (6.839 persone)

Diabete: 3% (4.103 persone)

Patologie oncologiche: 8% (11.001 persone)

Patologie gastroenterologiche: 1% (1.869 persone)

Patologie endocrinologiche: 3% (4.288 persone)

Patologie neurologiche: 2% (2.195 persone)

Patologie reumatologiche: 2% (2.988 persone)

Disabilità

Il 10% della popolazione (13.565 persone) ha una disabilità, con le seguenti suddivisioni:

Disabilità motoria: 5% (6.839 persone)

Disabilità psichica: 2% (2.924 persone)

Disabilità sensoriale: 1% (1.580 persone)

Disabilità intellettiva: 1% (734 persone)

Disabilità non specificata: 3% (4.711 persone)

Comorbidità

Tra gli assistiti con cronicità, la distribuzione delle comorbidità è la seguente:

Monopatologici: 16% (21.885 persone)

2-3 comorbidità: 10% (13.678 persone)

Oltre 3 comorbidità: 4% (5.471 persone)

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Prevenzione

Screening Mammografico

Osservando il trend dal 2016 al 2021 si nota chiaramente un calo nella partecipazione agli screening mammografici. Nel 2016, quasi l'80% delle donne ha partecipato al programma, ma nel 2021 questa percentuale è scesa drasticamente al 35,4%. Il calo più marcato è avvenuto tra il 2019 e il 2020, probabilmente a causa della pandemia di COVID-19, che ha ridotto l'accesso ai servizi.

Screening del Colon-Retto

La partecipazione allo screening del colon-retto ha subito una significativa diminuzione, con un punto particolarmente basso nel 2020, quando solo il 29% delle persone ha partecipato. Nel 2021, c'è stato un recupero, ma i livelli sono ancora lontani da quelli desiderati.

Screening della Cervice Uterina

I tassi di screening per il carcinoma della cervice uterina sono rimasti piuttosto bassi ma stabili negli ultimi anni, con un piccolo incremento nel 2021.

Vaccinazioni Pediatriche

Le coperture vaccinali per malattie come polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse e Haemophilus influenzae B hanno mostrato un trend positivo negli ultimi anni. Nel 2015, la copertura era dell'88,7%, ed è aumentata costantemente fino a raggiungere il 92,4% nel 2020. Successivamente, nel 2021, la copertura è scesa all'89,3%, ma è rimasta stabile nel 2022 all'89,8%. Nel 2023, la copertura vaccinale è risalita al 91,5%, indicando un miglioramento nella somministrazione delle vaccinazioni pediatriche.

Vaccinazione Antinfluenzale per Over 65

Buone notizie arrivano dal fronte delle vaccinazioni antinfluenzali per gli anziani, con la percentuale di persone vaccinate in costante aumento, raggiungendo un picco nel 2020, probabilmente grazie alla maggiore consapevolezza indotta dalla pandemia.

Integrazione Ospedale-Territorio

Fundus Oculi e Diabete

La percentuale di pazienti diabetici senza fundus oculi è stata relativamente alta ma stabile nel periodo 2015-2023. Nel 2015, era all'85,6% e ha oscillato tra l'85,1% e il 90,0%, con un leggero miglioramento negli ultimi anni, raggiungendo l'88,8% nel 2023. Per quanto riguarda i pazienti diabetici a gestione territoriale, la percentuale senza fundus oculi ha mostrato una tendenza simile, partendo dall'84,8% nel 2015. Ha visto un calo nel 2019 all'83,4%, ma è risalita negli anni successivi, stabilizzandosi all'88,5% nel 2023.

Gestione del Diabete

Il controllo dell'emoglobina glicata, fondamentale per la gestione del diabete, ha mostrato un trend discendente dal 46,4% nel 2015 al 38,4% nel 2023. La percentuale di aderenza al controllo del profilo lipidico annuale ha visto un leggero calo dal 68,1% nel 2015 al 64,8% nel 2023.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Salute Mentale

La percentuale di ricoveri psichiatrici ripetuti entro 8-30 giorni dalla dimissione ha mostrato una variabilità nel tempo, con un leggero aumento negli anni recenti, passando dal 10,7% nel 2015 all'11% nel 2022.

Integrazione Socio-Sanitaria**Assistenza ai Pazienti con Demenza**

Dal 2018 al 2022, la proporzione di residenti con diagnosi di demenza in carico ai Centri Diurni Integrati (CDI) è variata dall'1,2% al 2,6%. Per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), la proporzione è stata generalmente più alta, oscillando tra l'8% e il 10,7%.

Servizi di Ostetricia e Ginecologia nei Consultori Pubblici

L'utilizzo dei servizi di ostetricia nei consultori pubblici è rimasto costantemente basso, oscillando tra lo 0,2% e lo 0,4%. Per quanto riguarda le prestazioni ginecologiche, la proporzione è stata leggermente superiore, ma comunque bassa.

Assistenza Domiciliare Integrata

Il tasso di prese in carico (PIC) in assistenza domiciliare integrata è aumentato dal 57 per 1.000 abitanti nel 2015 a 87 per 1.000 abitanti nel 2023.

Trattamento Socio-Sanitario per Anziani Non Autosufficienti

La proporzione di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario semiresidenziale è aumentata costantemente dal 4,906 per mille nel 2015 a 9,257 per mille nel 2023. Anche il trattamento residenziale ha visto un aumento simile.

Cure Palliative

La gestione delle cure palliative per i malati oncologici ha mostrato una certa variabilità negli ultimi anni. La percentuale di ricoveri in Hospice con un periodo di degenza inferiore o uguale a 7 giorni è stata relativamente alta. Nel 2020, era al 16,2% e ha oscillato fino al 32,3% nel 2023. Parallelamente, la proporzione di deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative è stata costantemente alta, partendo dal 45,3% nel 2020 e raggiungendo il 56,8% nel 2022, indicando un miglioramento nell'accesso alle cure palliative per i pazienti oncologici.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Distretto Municipio 4 (Milano Vittoria, Forlanini)**Profilo Epidemiologico**

Il Municipio 4 di Milano, comprendente le zone di Vittoria e Forlanini, ha una popolazione totale di 162.066 abitanti. La distribuzione della popolazione mostra una prevalenza di giovani adulti tra i 18 e i 44 anni (35%, ovvero 55.864 persone), seguita da persone tra i 45 e i 64 anni (31%, ovvero 49.699 persone). Gli anziani sopra i 65 anni rappresentano una significativa porzione della popolazione, con il 10% (16.976 persone) tra i 65 e i 75 anni e il 12% (19.519 persone) sopra i 75 anni. I bambini sotto i 6 anni costituiscono il 5% (8.761 persone) e i giovani tra i 7 e i 17 anni il 7% (11.247 persone).

Cronicità e Patologie

Il 32% della popolazione assistita è affetta da cronicità (52.128 persone). Le patologie più comuni includono:

Cardiopatie: 21% (33.487 persone)

Patologie respiratorie: 5% (8.453 persone)

Diabete: 3% (5.196 persone)

Patologie oncologiche: 7% (11.442 persone)

Patologie gastroenterologiche: 2% (2.570 persone)

Patologie endocrinologiche: 3% (5.150 persone)

Patologie neurologiche: 2% (2.437 persone)

Patologie reumatologiche: 3% (4.004 persone)

Disabilità

Il 10% della popolazione (16.712 persone) ha una disabilità, con le seguenti suddivisioni:

Disabilità motoria: 5% (7.690 persone)

Disabilità psichica: 2% (3.490 persone)

Disabilità sensoriale: 1% (1.641 persone)

Disabilità intellettiva: 1% (1.521 persone)

Disabilità non specificata: 3% (5.334 persone)

Comorbidità

Tra gli assistiti con cronicità, la distribuzione delle comorbidità è la seguente:

Monopatologici: 16% (26.366 persone)

2-3 comorbidità: 11% (18.542 persone)

Oltre 3 comorbidità: 5% (7.220 persone)

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Prevenzione

Screening Mammografico

Nel 2016, il 78,3% delle donne ha partecipato allo screening mammografico, ma la percentuale è scesa drasticamente al 27,5% nel 2020, con un lieve recupero al 37,2% nel 2021. La pandemia di COVID-19 ha influenzato negativamente l'accesso ai servizi, rendendo essenziale l'implementazione di strategie per incentivare le donne a riprendere i controlli regolari.

Screening del Colon-Retto

La copertura dello screening del colon-retto è passata dal 30,8% nel 2016 al 3% nel 2020, con un parziale recupero al 22% nel 2021. Questo calo significativo richiede interventi mirati per aumentare la consapevolezza sull'importanza di questo screening e migliorare l'accessibilità dei test.

Screening della Cervice Uterina

Lo screening per il carcinoma della cervice uterina ha mostrato un andamento stabile con un incremento significativo nel 2021, raggiungendo il 14,5%.

Vaccinazioni Pediatriche

Le coperture vaccinali per malattie come polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse e Haemophilus influenzae B hanno mostrato un picco del 92,5% nel 2018, con un calo all'88% nel 2021. Nel 2023, la copertura è risalita al 91%.

Vaccinazione Antinfluenzale per Over 65

La copertura vaccinale antinfluenzale per gli over 65 ha mostrato un trend positivo, passando dal 36,5% nel 2016 al 45,8% nel 2023.

Integrazione Ospedale-Territorio

Fundus Oculi e Diabete

La percentuale di pazienti diabetici senza fundus oculi è stata relativamente alta, ma ha mostrato un trend di miglioramento costante nel periodo 2015-2023. Nel 2015, era all'83,8% e ha oscillato tra l'85,2% e il 90,0%, con un aumento significativo nel 2021 al 90,3%. Per quanto riguarda i pazienti diabetici a gestione territoriale, la percentuale senza fundus oculi ha seguito una tendenza simile, partendo dall'81,5% nel 2015 e raggiungendo l'89,5% nel 2023, evidenziando un miglioramento nella gestione e monitoraggio della condizione diabetica.

Gestione del Diabete

Il controllo dell'emoglobina glicata ha visto una riduzione della copertura dal 48,2% nel 2015 al 38,8% nel 2023. Anche il controllo del profilo lipidico ha mostrato una tendenza decrescente, dal 68% nel 2015 al 56,3% nel 2022, con un lieve recupero al 64,1% nel 2023.

Salute Mentale

La percentuale di ricoveri psichiatrici ripetuti entro 8-30 giorni dalla dimissione è rimasta relativamente stabile, oscillando tra il 10,3% nel 2021 e il 7,7% nel 2022.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Integrazione Socio-Sanitaria

Assistenza ai Pazienti con Demenza

La proporzione di residenti con diagnosi di demenza in carico ai Centri Diurni Integrati (CDI) è rimasta relativamente costante, variando dal 1,5% nel 2018 al 2,2% nel 2022. Per l'assistenza domiciliare integrata (ADI), la proporzione è stata generalmente più alta, oscillando tra il 9,3% nel 2018 e il 10,7% nel 2022.

Servizi di Ostetricia e Ginecologia nei Consultori Pubblici

L'utilizzo dei servizi di ostetricia nei consultori pubblici è rimasto costantemente basso, attorno allo 0,7% nel 2023. Le prestazioni ginecologiche sono state leggermente più utilizzate, ma comunque basse, oscillando tra il 2,9% nel 2015 e il 2,7% nel 2023.

Assistenza Domiciliare Integrata

Il tasso di prese in carico (PIC) in assistenza domiciliare integrata è aumentato dal 75 per 1.000 abitanti nel 2015 al 131 per 1.000 abitanti nel 2023.

Trattamento Socio-Sanitario per Anziani Non Autosufficienti

La proporzione di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario semiresidenziale è aumentata costantemente dal 4,779 per mille nel 2015 al 9,282 per mille nel 2023. Anche il trattamento residenziale ha visto un aumento simile, riflettendo una risposta crescente ai bisogni di questa popolazione.

Cure Palliative

La gestione delle cure palliative per i malati oncologici ha mostrato una certa variabilità negli ultimi anni. La percentuale di ricoveri in Hospice con un periodo di degenza inferiore o uguale a 7 giorni è aumentata, partendo dal 28,2% nel 2020 e raggiungendo il 35,0% nel 2023. Parallelamente, la proporzione di deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative è migliorata, passando dal 46,5% nel 2020 al 58,4% nel 2022, indicando un miglioramento nella copertura e nella qualità dell'assistenza palliativa per i pazienti oncologici.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Distretto Municipio 8 (Milano Fiera, Gallarate, Quarto Oggiaro)

Profilo Epidemiologico

Il Municipio 8 di Milano, comprendente le zone di Fiera, Gallarate e Quarto Oggiaro, ha una popolazione totale di 185.567 abitanti. La composizione della popolazione è variegata, con una prevalenza di giovani adulti tra i 18 e i 44 anni (33%, ovvero 61.398 persone), seguita da persone tra i 45 e i 64 anni (31%, ovvero 57.263 persone). Gli anziani sopra i 65 anni rappresentano una parte significativa della popolazione, con l'11% (20.309 persone) tra i 65 e i 75 anni e il 13% (23.919 persone) sopra i 75 anni. I bambini sotto i 6 anni costituiscono il 5% (9.718 persone) e i giovani tra i 7 e i 17 anni il 7% (12.960 persone). La popolazione straniera è il 22% del totale.

Cronicità e Patologie

Il 33% della popolazione assistita è portatrice di cronicità (61.469 persone). Le patologie più comuni includono:

Cardiopatie: 22% (40.465 persone)

Patologie respiratorie: 5% (9.593 persone)

Diabete: 4% (6.624 persone)

Patologie oncologiche: 7% (13.262 persone)

Patologie gastroenterologiche: 2% (2.966 persone)

Patologie endocrinologiche: 3% (6.053 persone)

Patologie neurologiche: 2% (2.938 persone)

Patologie reumatologiche: 2% (3.923 persone)

Disabilità

Il 10% della popolazione (19.154 persone) ha una disabilità, con le seguenti suddivisioni:

Disabilità motoria: 5% (8.992 persone)

Disabilità psichica: 2% (3.916 persone)

Disabilità sensoriale: 1% (2.177 persone)

Disabilità intellettiva: 1% (1.912 persone)

Disabilità non specificata: 3% (5.728 persone)

Comorbilità

Tra gli assistiti con cronicità, la distribuzione delle comorbilità è la seguente:

Monopatologici: 17% (31.024 persone)

2-3 comorbilità: 12% (22.041 persone)

Oltre 3 comorbilità: 5% (8.404 persone)

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Prevenzione

Screening Mammografico

Nel 2016, il 78% delle donne ha partecipato allo screening mammografico, ma questa percentuale è diminuita costantemente negli anni successivi, arrivando al 27,9% nel 2020. Questo calo significativo è attribuibile alla pandemia di COVID-19. Nel 2021, si è registrata una ripresa al 39,8%, ma il valore è ancora lontano dai livelli pre-pandemia.

Screening del Colon-Retto

La partecipazione allo screening del colon-retto ha visto un picco del 37,3% nel 2019, seguito da un crollo al 3,1% nel 2020. Nel 2021, la partecipazione è risalita al 23,9%.

Screening della Cervice Uterina

La partecipazione allo screening per il carcinoma della cervice uterina ha mostrato un incremento significativo nel 2021, raggiungendo il 13%.

Vaccinazioni Pediatriche

Le coperture vaccinali per malattie come polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse e Haemophilus influenzae B sono rimaste generalmente alte, con un picco del 92% nel 2019 e una copertura del 90,7% nel 2023.

Vaccinazione Antinfluenzale per Over 65

La copertura vaccinale antinfluenzale per gli over 65 è aumentata dal 41,1% nel 2016 al 51,2% nel 2021, con un lieve calo al 46,9% nel 2023.

Integrazione Ospedale-Territorio

Fundus Oculi e Diabete

La percentuale di pazienti diabetici senza fundus oculi è stata relativamente alta ma stabile nel periodo 2015-2023. Nel 2015, era all'87,3% e ha oscillato tra l'81,7% e l'86,8%, con un leggero miglioramento nel 2020 al 85,0%. Tuttavia, si è verificato un calo negli ultimi anni, raggiungendo l'83,0% nel 2023. Per quanto riguarda i pazienti diabetici a gestione territoriale, la percentuale senza fundus oculi ha mostrato una tendenza simile, partendo dall'85,4% nel 2015. Ha visto un calo nel 2019 all'81,1%, ma è risalita negli anni successivi, stabilizzandosi all'82,4% nel 2023.

Gestione del Diabete

Il controllo dell'emoglobina glicata ha mostrato un trend discendente dal 46,4% nel 2015 al 38,4% nel 2023. La percentuale di aderenza al controllo del profilo lipidico annuale ha visto un leggero calo dal 68,1% nel 2015 al 64,8% nel 2023.

Salute Mentale

La percentuale di ricoveri psichiatrici ripetuti entro 8-30 giorni dalla dimissione ha mostrato una variabilità nel tempo, con un leggero aumento negli anni recenti, passando dal 10,7% nel 2015 all'11% nel 2022.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Integrazione Socio-Sanitaria

Assistenza ai Pazienti con Demenza

La proporzione di residenti con diagnosi di demenza in carico ai Centri Diurni Integrati (CDI) è variata dall'1,2% al 2,6% tra il 2018 e il 2022. Per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), la proporzione è stata generalmente più alta, oscillando tra l'8% e il 10,7%.

Servizi di Ostetricia e Ginecologia nei Consultori Pubblici

L'utilizzo dei servizi di ostetricia nei consultori pubblici è rimasto costantemente basso, oscillando tra lo 0,2% e lo 0,4%. Per quanto riguarda le prestazioni ginecologiche, la proporzione è stata leggermente superiore, ma comunque bassa.

Assistenza Domiciliare Integrata

Il tasso di prese in carico (PIC) in assistenza domiciliare integrata è aumentato dal 57 per 1.000 abitanti nel 2015 a 87 per 1.000 abitanti nel 2023.

Trattamento Socio-Sanitario per Anziani Non Autosufficienti

La proporzione di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario semiresidenziale è aumentata costantemente dal 4,906 per mille nel 2015 a 9,257 per mille nel 2023. Anche il trattamento residenziale ha visto un aumento simile.

Cure Palliative

La gestione delle cure palliative per i malati oncologici ha mostrato una certa stabilità negli ultimi anni. La percentuale di ricoveri in Hospice con un periodo di degenza inferiore o uguale a 7 giorni è stata relativamente alta ma stabile, partendo dal 23,1% nel 2020 e oscillando fino al 22,3% nel 2023. Parallelamente, la proporzione di deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative è stata costantemente alta, partendo dal 55,6% nel 2020, raggiungendo un picco del 61,8% nel 2021 e stabilizzandosi al 54,7% nel 2022.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

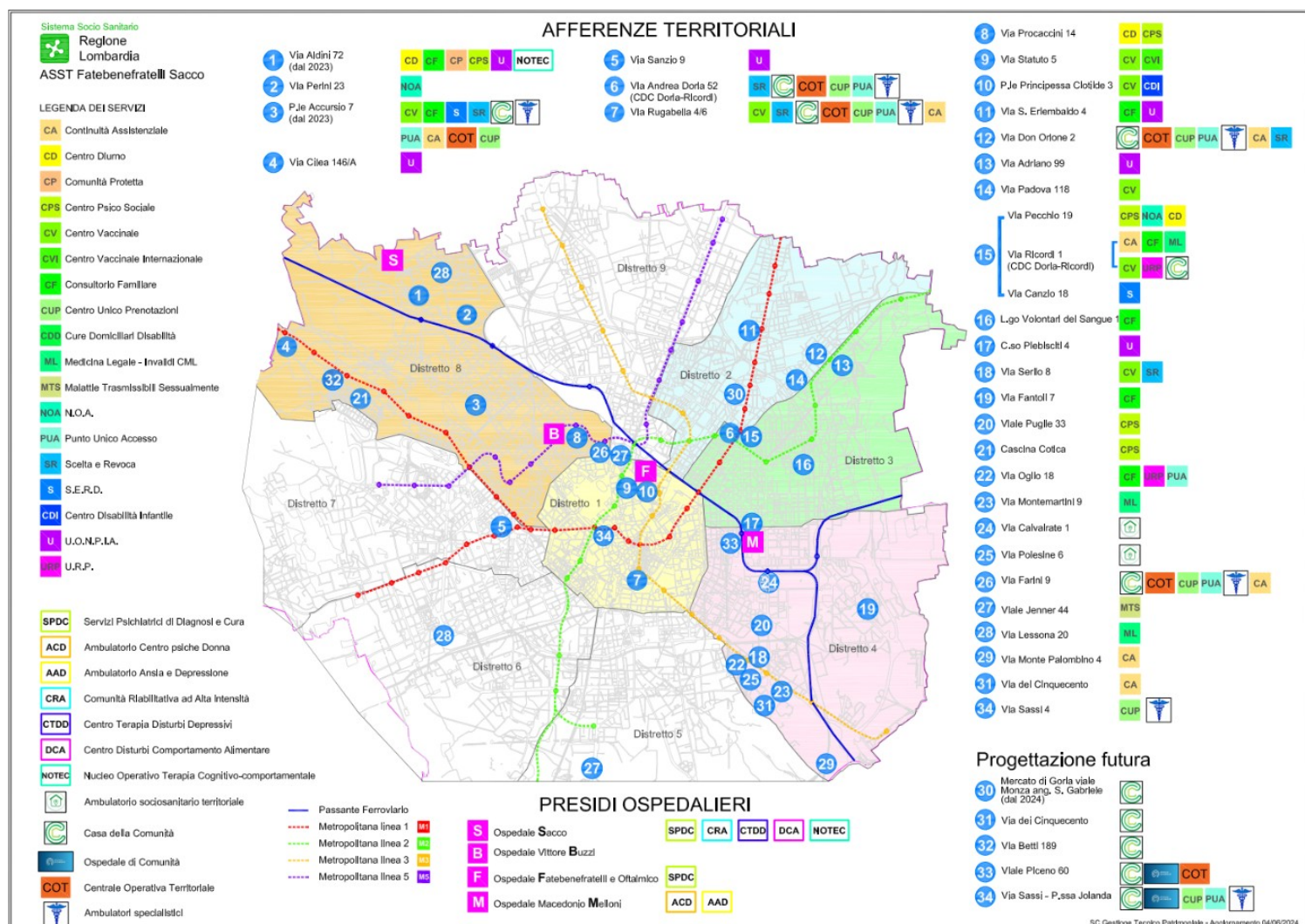
2.2 L'Offerta Territoriale

2.2.1 Breve descrizione dell'Azienda

ASST Fatebenefratelli Sacco è operativa a seguito dell'introduzione della Legge Regionale 23 del 11/08/2015 e dai successivi decreti attuativi dal 01/01/2016.

Si riporta un breve cenno sull'organizzazione della ASST Fatebenefratelli Sacco in funzione delle strutture sanitarie che la compongono.

Di seguito la mappa esemplificativa con il potenziale assetto organizzativo della ASST Fatebenefratelli Sacco, ancora attualmente in fase di aggiornamento.



Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Ospedale Luigi Sacco

L'Ospedale Luigi Sacco, ubicato a Milano in via G. B. Grassi n. 74, è stato individuato quale Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12.04.1994 e costituito in Azienda Ospedaliera dal 01.01.1995, con Decreto del Presidente della Giunta Regionale della Lombardia n. 4074 del 30.06.1994.

È centro di riferimento nazionale per le emergenze infettivologiche in particolare bioterrorismo, SARS e febbri emorragiche con percorso di Pronto Soccorso dedicato.

L'Azienda costituisce sede privilegiata per l'integrazione della tradizionale e primaria funzione di assistenza con le attività di formazione e di ricerca in quanto Polo dell'Università degli Studi di Milano, a seguito della convenzione approvata nel 1974, aggiornata con deliberazione n. 53 del 07.02.1997 e di individuazione da parte della Giunta Regionale con DGR n. VI/46798 del 03.12.1999 e seguenti.

All'Ospedale Sacco hanno sede l'intero corso di laurea in Medicina e Chirurgia, i Corsi di Laurea per le Professioni Sanitarie in Infermieristica, Logopedia, Tecniche Riabilitazione Psichiatrica, oltre alle Scuole di specializzazione di Medicina e Chirurgia in Malattie Infettive e Medicina Tropicale.

Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico

L'Ospedale Fatebenefratelli, è ubicato a Milano in Corso di Porta Nuova n. 23, e Oftalmico, a Milano in via Castelfidardo n. 15, riconosciuto con Decreto Ministeriale quale azienda di rilievo nazionale e di alta specializzazione, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma 1-bis del D.lgs n. 502/1992 e s.m.i., con i suoi più di 400 anni di storia, rappresenta da sempre "l'Ospedale della città di Milano".

La collocazione topografica dell'Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico, centrale rispetto alla metropoli, lo rende struttura primaria per l'assistenza di emergenza, in un bacino di utenza rappresentato dai circa 400.000 residenti e da circa 1 milione di persone che, per motivi di lavoro e turismo, affluiscono ogni giorno nel centro della città.

Presso la casa pediatrica del presidio ospedaliero è attivo il centro di riferimento nazionale per la lotta al bullismo e cyber bullismo.

Ospedale Macedonio Melloni

L'Ospedale Macedonio Melloni nasce nel 1971, e dal 2019 si caratterizza come ospedale di genere, dedicato alla cura della donna in tutte le fasi della vita.

Ospedale dei Bambini Vittore Buzzi

L'Ospedale dei Bambini Vittore Buzzi è dal 1906 uno dei principali riferimenti milanesi e lombardi per l'assistenza pediatrica ed ostetrico-ginecologica.

È un presidio ospedaliero del Sistema Sanitario di Regione Lombardia, convenzionato con l'Università degli Studi di Milano per la Clinica Ostetrico Ginecologica e la Clinica Pediatrica.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

L'Ospedale dei bambini Vittore Buzzi è da più di cento anni un riferimento per le mamme ed i bambini con il suo Dipartimento della Donna, della Mamma e del Neonato e con il Servizio di Psicologia Clinica Perinatale che, fin dal 1975, offre assistenza psicologica ai futuri genitori durante la gravidanza, nel parto e nel post parto, attraverso la presa in carico preventiva degli aspetti emotivi fisiologici e non del percorso alla genitorialità.

ASST FBF SACCO: LE STRUTTURE

4 Presidi ospedalieri

Fatebenefratelli



Macedonio Melloni



Sacco



Buzzi



Polo territoriale

L'organizzazione del Polo Territoriale si è modificata in relazione al nuovo assetto organizzativo previsto dal POAS (DGRL XI/7314 del 14/11/2022 Approvazione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024 dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Fatebenefratelli Sacco, ai sensi e per gli effetti dell'art. 17, c. 4 della legge regionale n. 33 del 30.12.2009 e s.m.i., come modificata con legge regionale n. 22 del 14.12.2021).

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Il Polo territoriale eroga prestazioni specialistiche, prestazioni sanitarie, sociosanitarie e domiciliari, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, cure intermedie e le prestazioni medico-legali.

Il settore aziendale Polo Territoriale, la cui funzione di direzione è attribuita al Direttore Socio Sanitario, è articolato in Distretti e in Dipartimenti, a cui afferiscono i presidi territoriali della ASST che svolgono l'attività di erogazione dei LEA riferibili all'area di attività dell'assistenza distrettuale.

Per quanto riguarda i Dipartimenti sono previsti: un dipartimento gestionale: Dipartimento di salute Mentale e delle Dipendenze, e tre dipartimenti funzionali che sono i seguenti:

Dipartimento di Prevenzione; Dipartimento Cure primarie e Dipartimento Ospedale – territorio area materno infantile. 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 livelli di Coordinamento.

Per quanto riguarda i Distretti, per il Comune di Milano è stata prevista una articolazione in nove Distretti, che coincidono 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, che coprono una gran parte dell'area urbana e in cui risiedono circa 750.000 abitanti.

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. Afferiscono direttamente al distretto le Case di comunità, gli Ospedali di comunità e le COT.

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

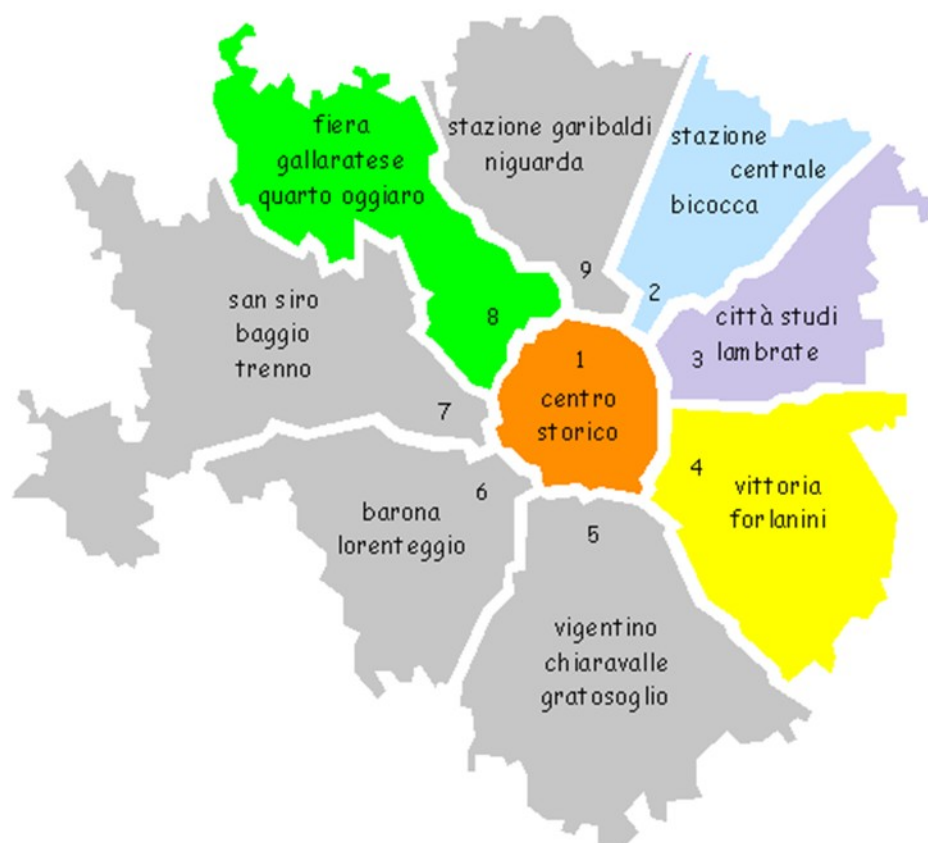
In attuazione della D.G.R. XI/6762/2022, l'ASST partecipa ai nuovi Organismi Territoriali della ASST (cfr. Legge Regionale 22/2021) e, precisamente: la Conferenza dei Sindaci- Cabina di Regia e sono stati costituiti gli organismi di consultazione distrettuali. ai sensi della Deliberazione di Giunta Regionale n. 6760 del 25/07/2022 e n. 7758 del 28/12/2022.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Il Polo territoriale eroga prestazioni specialistiche, prestazioni sanitarie, sociosanitarie e domiciliari, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, cure intermedie e le prestazioni medico-legali.



Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) si inserisce all'interno del programma Next Generation EU (NGEU) concordato dall'Unione Europea in risposta alla crisi pandemica.

Il PNRR si articola in 6 Missioni e 16 Component e soddisfa largamente i parametri fissati dai regolamenti europei sulle quote di progetti "verdi" e digitali. In particolare, all'interno della Mission 6 "Salute", Component 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" rientra l'investimento 1.1 relativo al progetto di realizzazione delle "Case della Comunità e presa in carico della persona" (M6 C1 1.1) che consentirà di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità.

Le CdC sono le sedi fisiche di prossimità, il primo punto di riferimento per i cittadini sul territorio per quanto concerne la salute. Nelle CdC vengono assicurati i servizi amministrativi quali scelta e revoca, prenotazione di esami o visite, segnalazioni o gestione della domanda; viene costruita la logica degli interventi (valutazione, programmazione, prenotazione, affidamento e forniture) e vengono erogate prestazioni specialistiche.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Nelle CdC lavorano in modo integrato diversi professionisti: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, specialisti ospedalieri, infermieri, riabilitatori, ostetriche, assistenti sociali, psicologi.

All'ASST Fatebenefratelli Sacco afferiscono attualmente 5 CdC: Rugabella (Distretto Municipio 1), Don Orione (Distretto Municipio 2), Ricordi - Doria (Distretto Municipio 3), Farini ed Accursio (Distretto Municipio 8).

Le COT svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: territoriali, sanitari, sociosanitari ed ospedalieri. Coordinano i servizi domiciliari e si avvalgono anche di strumenti di telemedicina per garantire la continuità territoriale.

Le case di Comunità presenti all'interno dei distretti sono lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti ed al cui interno opera, seppur in termini ancora non definiti come da decreto 77/2022, un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e ospita anche assistenti sociali.

In particolare, la CdC garantisce l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- Équipe multiprofessionali;
- Presenza medica h12 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario, amministrativo e sociale;
- Punto prelievi;
- Programmi di screening;
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità;
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza;
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Servizio di assistenza domiciliare di base;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato.

All'interno di questo intervento si inserisce anche l'investimento rivolto all'attivazione di "Centrali Operative Territoriali COT" (M6 C1 1.2.2), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza urgenza.

Alla ASST Fatebenefratelli Sacco afferiscono attualmente 7 COT localizzate in ciascuna CdC ad eccezione di quella di via Principessa Jolanda Sassi del Distretto Municipio 1 e di quella situata c/o il P.O. Fatebenefratelli del Distretto Municipio 4.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Un ulteriore investimento mira, inoltre, al rafforzamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità (M6 C1 1.3), ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata, di norma dotata di 20 posti letto.

Sono strutture di ricovero di cure intermedie, a gestione infermieristica, destinate a ricoveri brevi per pazienti che hanno bisogno di interventi sanitari a bassa intensità clinica, di durata massima di 30 giorni. Concorrono all'appropriatezza nelle cure riducendo gli accessi inappropriati ai Pronto Soccorso o ad altri servizi sanitari e consentendo di facilitare il trasferimento dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio. Per l'ASST Fatebenefratelli Sacco è prevista l'attivazione di 2 OdC: Principessa Jolanda Sassi (Distretto Municipio 1), Piceno (Distretto Municipio 4 con 2 moduli da 10 posti letto).

2.2.2. Funzioni e personale presente nella rete territoriali di ASST

Oltre ai 5 Distretti Sociosanitari, afferiscono al Polo Territoriale dell'ASST Fatebenefratelli Sacco il Dipartimento gestionale di Salute Mentale e delle Dipendenze, costituito a sua volta dalle Strutture Complesse (SC) Psichiatria 1, Psichiatria 2, NPIA, Dipendenze; il Dipartimento funzionale interaziendale di Cure Primarie e il Dipartimento funzionale di Prevenzione. Sono in staff alla Direzione Sociosanitaria la SC Direzione delle Funzioni Territoriali (con responsabilità su tutti i processi amministrativi territoriali), la SC Direzione delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie (DAPSS) del Polo Territoriale, la SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive, la SC Assistenza Protesica ed Integrativa, e diverse Strutture Semplici (SS Psicologia Clinica e Tutela Minori, SS Coordinamento delle attività consultoriali ed adozioni, SS Cure Domiciliari, SS Igiene ed Organizzazione Territoriale, con responsabilità organizzativa e gestionale relativa agli aspetti igienico sanitari dei presidi del Polo Territoriale, SS Promozione della Salute, Epidemiologia e Governo della Domanda Territoriale, SS Coordinamento Disabilità) (DGR 7314 del 14/11/2022 e s.m. e i.).

In relazione alle Linee guida regionali di riferimento, i distretti hanno con le altre strutture del territorio rapporti esclusivamente funzionali che mantengono la loro solidità grazie all'attività del Direttore Socio-Sanitario che implementa le relazioni fra le strutture del Polo Territoriale, con il fine di sviluppare progetti di prevenzione, presa in carico e continuità assistenziale di cittadini cronici e fragili, con particolare cura all'integrazione socio-sanitaria.

V. ALLEGATO A - POAS CON DESCRIZIONE FUNZIONI STRUTTURE TERRITORIALI

V. ALLEGATO B - PERSONALE PRESENTE NELLA RETE TERRITORIALE DI ASST

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

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

Poiché l'assistenza territoriale è la porta d'accesso al servizio sanitario, essa dovrebbe rappresentare l'approccio più inclusivo, equo, ed efficiente per tutelare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società. Il SSN persegue questa visione mediante la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, attraverso diversi approcci: il potenziamento delle cure domiciliari, affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza; l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, con lo sviluppo di equipe multi professionali che prendano in carico la persona in modo olistico; logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico; la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e con il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.) (DM 77/2022).

Fulcro di queste attività integrate è il Distretto Socio Sanitario. Il Distretto è l'articolazione organizzativo-funzionale del Polo Territoriale che rappresenta l'ambito di incontro tra domanda di salute dei cittadini e offerta di cure. Costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari territoriali, perseguendo l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione. Assicura l'assistenza primaria, ivi 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 notturna e festiva, infermieri di famiglia e comunità e presidi specialistici ambulatoriali; il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture territoriali e ospedaliere dell'ASST; l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale in raccordo con il Comune.

Al Distretto afferiscono le Case di Comunità (CdC), le Centrali Operative Territoriali (COT) e gli Ospedali di Comunità (OdC).

V. ALLEGATO C - SERVIZI TERRITORIALI SUDDIVISI PER DISTRETTO

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

3. Il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale

3.1 Linee programmatiche generali per lo sviluppo del polo territoriale

Come previsto dalle Linee di Indirizzo per la programmazione sociale territoriale definite dalla DGR XII/2167, il percorso di elaborazione dei Piani di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) deve essere attuato dalle ASST in una logica di piena armonizzazione con il processo di programmazione dei Piani di Zona in capo agli Ambiti Sociali. Pertanto alla programmazione di interventi in risposta alla domanda di salute del distretto con riferimento ai LEA, deve corrispondere in logica di integrazione anche una risposta ai LEPS di ambito sociale, con particolare riferimento ai quattro identificati dalla DGR XII/2167 (i.e. prevenzione dell'allontanamento familiare, Servizi sociali per le dimissioni protette, Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato, PUA integrati e UVM). Nell'allegato 3 "Tabella Integrazione PPT – PDZ", sono presenti le aree tematiche e gli impegni reciproci che ASST, Comune e ATS intendono realizzare nel prossimo triennio. Le azioni previste dal PPT devono quindi essere definite e concordate con le conferenze dei Sindaci, gli Ambiti Sociali Territoriali e con le associazioni del terzo settore presenti sul territorio cui il piano si riferisce, con i quali la ASST si raccorda anche per la co-progettazione dei servizi definiti a partire dal bisogno della popolazione di riferimento. A supporto dell'integrazione prevista tra personale del Comune e delle ASST, è stata prevista una formazione congiunta su specifici temi, come una delle leve principali di Empowerment atta a massimizzare e implementare il Know – How professionale.

Considerato il contesto cittadino, La Direzione Sociosanitaria di concerto con i Distretti ha deciso per il primo anno di avvio del PPT di condividere linee programmatiche comuni; con il rafforzarsi dei rapporti con la comunità e il terzo settore negli anni a venire si auspica la costruzione e progettazione di azioni diversificate anche in relazione alle peculiarità dei singoli quartieri.

In particolare tutti le linee di lavoro trasversali e comuni a tutti i distretti riguardano:

- la presa in carico dei cronici e fragili
- lo sviluppo ulteriore della valutazione multidimensionale
- lo sviluppo delle funzioni della COT
- la prevenzione dell'insorgenza della patologia
- la prevenzione del disagio
- la prevenzione delle malattie croniche
- l'integrazione dei medici dell'assistenza primaria con i servizi territoriali

Ad oggi la relazione strutturata con il terzo settore avviene all'interno degli organismi consultivi distrettuali.

Si evidenzia che in ragione della loro recente istituzione e la conseguente necessità che si consolidi un rapporto di reciproca conoscenza, dialogo e collaborazione, sarà impegno dei Direttori di Distretto con il supporto

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

della Direzione Sociosanitaria, favorire modalità di collaborazione funzionali e centrate sulla costruzione di relazioni, utili allo sviluppo di servizi ai cittadini attraverso una forte promozione del processo partecipativo di tutti i componenti. In modo peculiare ASST Fatebenefratelli Sacco ha coinvolto il CSV Milano oltre che come uditor negli ODC anche come partner attivo e per la sua funzione di aggregazione delle Associazioni del terzo settore e volontariato che non sono formalmente presenti negli organismi consultivi ma che in una logica di scambio e collaborazione saranno coinvolte in una modalità strutturata attraverso processi di co-programmazione territoriale.

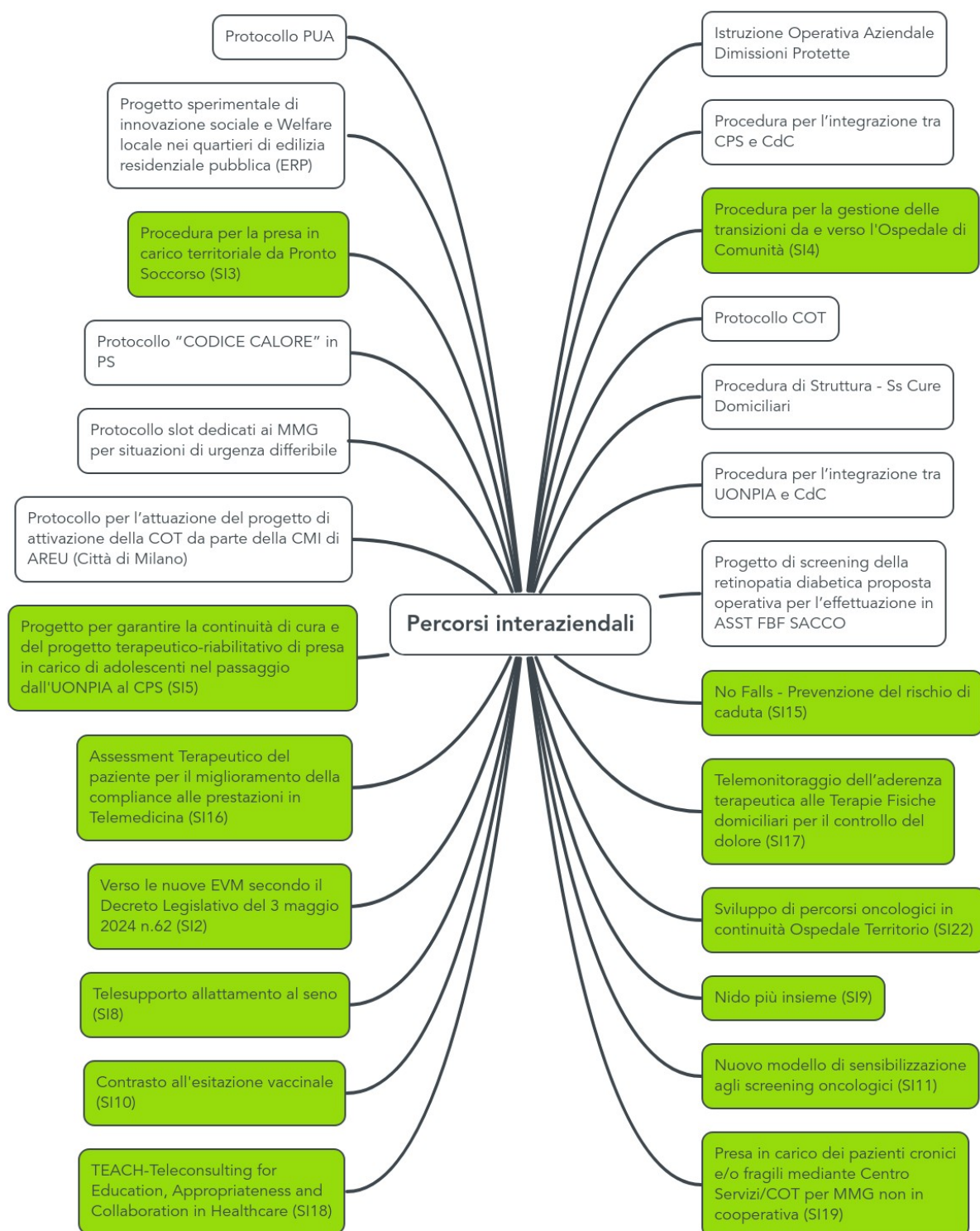
Questa collaborazione è frutto di un interesse reciproco nel partecipare attivamente a questa sperimentazione che mira a costruire una rete di rapporti tra pubblico e Terzo Settore finalizzati ad intervenire concretamente su specifiche aree di bisogno – **Allegato 2 SCHEDE INTERVENTO SI1.**

In un'ottica di semplificazione e facilità di fruizione, si è scelto di elaborare schede intervento solo per le attività di nuovo avvio/implementazione, mentre i protocolli già attivi o in fase di definizione saranno citati e brevemente descritti.

Di seguito inoltre si è ritenuto utile rappresentare graficamente alcune attività di supporto al cittadino già in corso o programmate per il prossimo triennio, suddividendole tra percorsi interaziendali, interistituzionali ed interistituzionali con il coinvolgimento del Terzo Settore.

**PERCORSI INTERAZIENDALI**

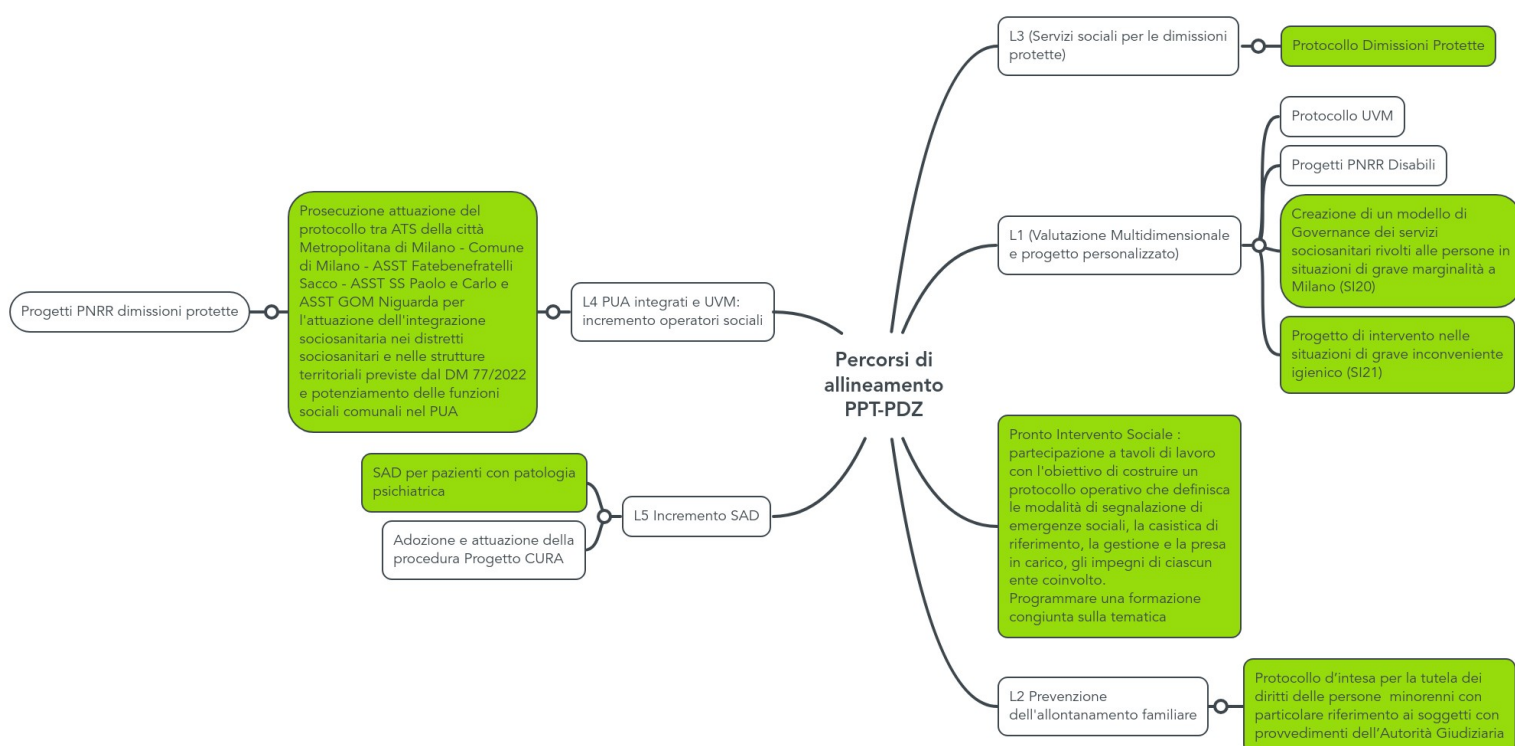
(in bianco le attività già in essere; evidenziate in verde le attività di nuovo avvio nel triennio 2025-2027)



Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

PERCORSI INTERISTITUZIONALI (ASST-ATS-COMUNE) E DI ALLINEAMENTO PPT- PDZ*(in bianco le attività già in essere; evidenziate in verde le attività di nuovo avvio nel triennio 2025-2027)*

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

PERCORSI INTERISTITUZIONALI CON IL COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE

(in bianco le attività già in essere; evidenziate in verde le attività di nuovo avvio nel triennio 2025-2027)





3.2 Area di intervento

3.2.1 Valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale costituisce il fondamento per la costruzione di un progetto Individuale che parte dalla corretta rilevazione dei bisogni e desideri e che non si ferma alla singola Misura. Porta alla definizione di un percorso di presa in carico individuale, dove viene fatta sintesi dei bisogni emersi, vengono definiti gli obiettivi da raggiungere e le tipologie di servizi sanitari, sociosanitari e sociali da attivare. Tale percorso è quindi orientato dalla valutazione multidimensionale che, secondo i principi di appropriatezza, di continuità assistenziale, di proattività della presa in carico e di “personalizzazione” dei progetti, ha una funzione propedeutica all’elaborazione del Progetto Individuale. La valutazione, operata tramite strumenti validati (scale, test, etc.) e diversificati in funzione della specifica problematica e tipologia di bisogno, rappresenta il momento cruciale per l’attivazione dei servizi necessari a rispondervi e per la definizione del Piano/Progetto individualizzato.

Nell’ambito dello sviluppo del Polo territoriale, il processo dinamico ed interdisciplinare attraverso il quale viene identificata la natura e l’entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale di una persona, nonché le risorse disponibili deve trovare applicazione secondo modalità integrate.

Necessario quindi, superare la frammentazione e la mancanza di integrazione e cooperazione tra le diverse componenti titolari degli interventi ricomponendo i percorsi di presa in carico e quindi migliorare la governance complessiva affinché siano garantite azioni realizzate in una logica trasversale e unitaria.

La richiesta di Valutazione, sarà sempre maggiore, da qui la necessità di elaborare un progetto di vita personalizzato e partecipato, con il coinvolgimento delle equipe multidimensionali, rafforzare e mettere al centro le EVM e il loro ruolo di valutazione dei bisogni e potenzialità del destinatario del progetto.

- Facilitare la costituzione delle EVM (équipe Valutazione Multidimensionale) integrate (operatori di ASST e di Ambiti) e loro coinvolgimento effettivo nel processo di valutazione e presa in carico della persona con disabilità (Misura B1 - Misura B2 - PRO.VI - Dopo di Noi)
- Implementare protocolli operativi e accordi di programma con attenzione alla gestione delle Misure Sanitarie, in particolare la Misura B1 in tutte le fasi di attuazione: dalla valutazione al riconoscimento dei sostegni (contributo economico e voucher).
- Potenziamento dei rapporti di cooperazione con gli ambiti territoriali per lo sviluppo dei LEPS (Livelli essenziali delle prestazioni sociali),
- Integrazione e implementazione degli interventi sociali integrativi, con gli ambiti Territoriali, come indicato nel FNA 2023-esercizio 2024 in attuazione della DGR 2033/2024 e s.m.i.
- Rafforzare con gli ambiti territoriali elaborazione di progetti per la vita indipendente di tutte le persone con disabilità che includano tutti le dimensioni di vita della persona, quella sociale, lavorativa e abitativa, percorsi di inclusione sociale attiva e di comunità in linea con quanto previsto dalla L.R. 25/2022.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

- Promuovere Attivazione e rafforzamento delle Equipe Multidisciplinari EEMM attraverso la promozione di un'attività di integrazione delle figure professionali già presenti nella Casa di Comunità attraverso equipe di valutazione composte da personale del PUA e della Fragilità: IfeC, Assistenti Sanitarie, psicologi, Assistenti Sociali della CdC. Ciò consentirebbe una maggiore flessibilità organizzativa e potenzialmente una riduzione dei tempi di risposta all'utenza.
- L'incremento della partecipazione alle UVM delle figure sanitarie specialistiche (ad esempio Neuropsichiatri Infantili delle UONPIA), degli MMG e PLS: attualmente la loro partecipazione alle riunioni è ancora difficilmente organizzabile soprattutto per motivi logistici e contingenti.
- Implementare il Protocollo operativo tra ATS della Città metropolitana di Milano - Comune di Milano - ASST Fatebenefratelli Sacco - ASST Santi Paolo e Carlo e ASST Grande Ospedale metropolitano Niguarda per il funzionamento dell'unità di valutazione multidimensionale (UVM).
- Attivare e condividere la Procedura aziendale UVM che definisce percorsi e strumenti per uniformare le modalità di funzionamento all'interno delle Unità di Valutazione Multidisciplinari e Multidimensionali (UVM) nei Distretti dei Municipi 1,2,3,4 e 8, di competenza della ASST FBF Sacco.

Protocollo operativo tra ATS della Città metropolitana di Milano - comune di Milano - ASST Fatebenefratelli Sacco - ASST Santi Paolo e Carlo e ASST Grande Ospedale metropolitano Niguarda per il funzionamento dell'unità di valutazione multidimensionale (UVM).

Obiettivi:

Condivisione di metodologia rispetto al funzionamento dell'Unità di Valutazione Multidimensionale, d'ora in poi UVM che realizza l'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria per la valutazione e progettazione a supporto delle persone non autosufficienti o con disabilità nell'applicazione delle diverse misure quali B1, B2, Progetti ex L.112/2016, Progetti Vita Indipendente, Progetti ex art. 14 della 328 e ogni altra misura eventualmente prevista.

Modalità di attuazione:

Durante le riunioni settimanali composte da operatori dell'UMWT e operatori sociosanitari dell'ASST

- si rileva il profilo funzionale, integrato dalla valutazione sociale riferita al contesto relazionale e di vita cioè, sia dimensioni a carattere sociale, socioassistenziale, che sociosanitarie della persona con disabilità, anche in relazione al suo nucleo familiare;
- si elabora il Progetto Individuale sulla base degli esiti della valutazione multidimensionale e tiene in considerazione sia le abilità e capacità residue della persona, nonché le sue aspettative/motivazioni, in tutte le dimensioni del vivere quotidiano.
- si effettua il monitoraggio in base alle indicazioni normative o alle specificità dei singoli progetti individuali.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Il Decreto Legislativo del 3 maggio 2024, n. 62 definisce la condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato.

Entro 90 giorni, dalla data in vigore del decreto, 30 settembre, sono state stabilite le misure di formazione dei soggetti coinvolti nella valutazione di base e nel personale dell'UVM.

Dal 1° gennaio 2025 inizierà una sperimentazione di 12 mesi che riguarderà alcune regioni individuate a campione. In base alla nuova normativa, terminata la visita di Valutazione di base, da parte della Commissione INPS, caricato il certificato sul fascicolo sanitario (FSE), gli assistiti potranno richiedere che la Commissione trasmetta il certificato di riconoscimento, per avviare il Progetto di Vita, agli Ambiti territoriali o al PUA.

A livello della nostra ASST, si ritiene che in base alla nostra organizzazione, dai PUA le richieste dovranno essere inviate alle COT dei diversi Municipi territoriali. Saranno pianificate le UVM di cui all'art 24 comma 5 del dlgs 15.09.2017 n.147 dovranno trasmettere all' INPS il numero dei Progetti di Vita elaborati e la tipologia delle prestazioni individuate. Sarà necessario informare e formare operatori del PUA in merito al ricevimento delle richieste di valutazione multidimensionale, prevedendo una Formazione ad hoc degli operatori PUA e COT.

Servirà potenziare le UVM a livello distrettuale secondo i nuovi dettami, per predisposizione del progetto di vita personalizzato e partecipato. Sarà altresì indispensabile promuovere Il Protocollo UVM interno redatto dalla nostra ASST da condividere con tutti gli operatori e le strutture maggiormente coinvolte (Protocollo già attivo). Sarà inoltre opportuno promuovere l'integrazione con il Servizio di Medicina Legale e le articolazioni territoriali Commissioni Invalidi e potenziare la sinergia tra il Coordinamento Disabilità, il CPS, l'UONPIA e la CdC. Al fine di implementare le nuove EVM secondo il Decreto Legislativo 62/2024 si rimanda all'Allegato 2 SCHEDE INTERVENTO S12.

3.2.2 Continuità dell'assistenza nei Setting Assistenziali

Il passaggio da un setting di cura ad un altro, costituisce uno "snodo" fondamentale nell'assistenza al paziente cronico/fragile. La frammentazione dell'assistenza, che può verificarsi durante le transizioni, può avere importanti ripercussioni sulla continuità delle cure, sul quadro clinico, sulla qualità di vita del paziente e sui costi per il sistema sanitario. Gestire le transizioni implica la messa in atto di azioni strutturate per assicurare il coordinamento e garantire percorsi assistenziali con particolare riferimento alla continuità dell'informazione, alla continuità della gestione e alla continuità della relazione.

Le Linee Programmatiche che l'ASST intende implementare, sul tema delle transizioni, fanno riferimento a:

- revisione di procedure già in uso;
- elaborazione di procedure intese come "strutturazione" di buone prassi consolidate tra i diversi setting assistenziali;
- elaborazione di nuove procedure in relazione all'implementazione del Modello di Sviluppo dell'Assistenza Territoriale nell'ambito dell'organizzazione aziendale.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Resta inteso che la “Procedura Madre” che governa le transizioni tra i diversi setting assistenziali è quella relativa al funzionamento delle COT che ASST Fatebenefratelli Sacco ha elaborato nell’anno 2022, in fase di revisione, alla luce del progressivo sviluppo tecnico-strutturale-organizzativo territoriale. Sono state attivate 7 COT su 7 previste, tutte con le medesime funzioni (COT gemelle). Nel Municipio 1 e nel Municipio 8 sono operative 2 COT per singolo distretto. Il modello organizzativo prevede l’apertura di tutte le COT dal lunedì al venerdì, dalle 8.00 alle 16.00. mentre, nei giorni di sabato, domenica e festivi infrasettimanali, è garantita l’apertura di una COT (sede FBF), che assume valenza aziendale, come indicato nella DGR 2588 del 21/06/2024.

Di seguito sono indicate le procedure sulla base delle transizioni indicate dalla DGR 2098/2024.

Transizione tra strutture ospedaliere e domicilio con attivazione delle cure domiciliari, cure intermedie, RSA per anziani o per disabili, RSD/CSS, senza coinvolgimento del Comune.

Istruzione Operativa Dimissioni Protette (in fase di pubblicazione, da revisionare nel triennio 2025-2027 ed implementare con “ammissioni protette”).

Lo scopo della procedura è quello di delineare le attività, le responsabilità e il percorso inerente al “paziente fragile”, che ha superato la fase di acuzie ma non ha ancora esaurito il suo stato di bisogno. Il paziente deve essere supportato nella continuità di cura attraverso la presa in carico da parte della COT che attiva i servizi territoriali disponibili prevedendo anche altre possibili tipologie di transazione di setting di cura, pur rimanendo in un ambito sanitario strutturato, e passando ad un differente livello di intensità assistenziale. La COT, attraverso l’attivazione della rete integrata dei servizi territoriali e dalla valutazione globale del paziente, con il fattivo coinvolgimento dello stesso e dei suoi familiari/caregiver, predispone il percorso di presa in carico per garantire all’utente un adeguato ritorno a domicilio o in altro setting socio assistenziale/ residenziale o socio sanitario.

Nello specifico prevede:

- la Valutazione Multidimensionale dei bisogni del degente;
- la condivisione del progetto socio-assistenziale con i medici ospedalieri, medici di medicina generale, il paziente e i suoi familiari/caregivers;
- il supporto all’individuazione del setting, dei servizi e delle prestazioni di cura più appropriati a rispondere ai bisogni del paziente.

La revisione da attuare nel triennio 2025-2027 prevede anche l’implementazione dei percorsi di “ammissione protetta”, sulla base anche dell’evoluzione del modello territoriale di sviluppo della COT che, a tendere, dovrà essere messa nelle condizioni di programmare i ricoveri negli enti contrattualizzati “per una quota non inferiore al 70% dei posti letto a contratto” (DGR 6760/22 e DGR 7592/22).

Elementi fondamentali ed indispensabili per l’evoluzione e del progetto sono:

- il progressivo sviluppo delle funzionalità del Sistema di Gestione Digitale del Territorio (SGDT)
- centralità del ruolo delle COT che hanno come principale funzione la transitional care dei pazienti dell’area della fragilità e dei non autosufficienti tra i nodi delle cure intermedie, ADI e strutture socio-sanitarie e le reti ospedaliere (protocollo in fase di implementazione);



Istruzione Operativa Piano Caldo: integrazione PS-CdC (IDF ASST CDOM 02 rev.00 del 30/07/2024) (Istruzione da revisionare nel triennio 2025-2027).

Lo scopo della Istruzione Operativa è quello di illustrare le attività, le responsabilità e le modalità di attivazione del Percorso integrato tra Pronto Soccorso (PS) e CdC che attraverso la figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (Ifc) prende in carico l'utente fragile giunto in Pronto Soccorso per problematiche secondarie all'emergenza caldo e residente nei municipi di competenza della ASST FBF-Sacco.

La presa in carico territoriale ha come finalità ultima quella di ridurre le riammissioni ospedaliere e/o accessi in Pronto Soccorso inappropriati. Oltre alla figura dell'Ifc, centrale in questo percorso risulta anche la figura del Bed Manager che attiva l'Ifc, per il tramite della COT, sulla base della valutazione clinica effettuata in Pronto Soccorso e della effettiva possibilità di dimissione al domicilio secondo criteri prestabiliti e tempistiche definite.

La COT ha un ruolo di facilitatore nella transizione dei pazienti da un setting di cura e assistenza all'altro, che potrà essere tanto più efficace quanto più leve avrà modo di governare, sia sul lato della domanda sia sul lato dell'offerta.

La COT favorisce il supporto nell'identificazione del setting più adatto per ciascun caso, attiva il percorso di transizione e monitora l'offerta disponibile (cure intermedie, ADI) prenotando o attivando direttamente il servizio. In caso di dimissione, infatti, il reparto dimettente o la funzione demandata a tale processo, attiva la COT del territorio di residenza dell'assistito, che a sua volta attiverà gli interventi necessari in una logica di prossimità al domicilio (protocollo già attivo).

Transizione tra strutture ospedaliere e strutture residenziali sociosanitarie e/o socioassistenziali con intervento del Comune.

Procedura per la Presa in Carico Territoriale da Pronto Soccorso – Allegato 2 SCHEDE INTERVENTO SI3.

È in corso la definizione di una procedura per regolare le transizioni dalle strutture ospedaliere e le strutture territoriali/domicilio che richiedono l'intervento dei servizi comunali attraverso un "Protocollo Operativo tra ATS della Città Metropolitana di Milano – Comune di Milano – ASST Fatebenefratelli Sacco – ASST Santi Paolo e Carlo - ASST Grande Ospedale Niguarda – ASST Gaetano Pini – Fondazione IRCCS CA' GRANDA Ospedale Maggiore Policlinico, per le Dimissioni Protette". Il documento costituisce parte integrante dell'Accordo di Programma del Comune di Milano e definisce i reciproci rapporti e impegni tra i soggetti istituzionali coinvolti nell'attuazione dei servizi e degli interventi previsti in merito all'integrazione sociosanitaria.

Questo percorso è rivolto ai soggetti disabili, anziani e fragili che richiedono una continuità di cure in strutture residenziali sociosanitarie (es. Cure Intermedie, RSA, RSD, CSS) e/o socioassistenziali (es. Comunità Alloggio per Disabili, Comunità Alloggio Sociale Anziani, Alloggi Protetti per Anziani) in considerazione delle condizioni cliniche oppure in quanto privi di rete familiare/sociale o con rete familiare/sociale non idonea a supportare il rientro a domicilio.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Obiettivi:

favorire la collaborazione interistituzionale ed interdisciplinare alla definizione del complesso processo di dimissione ospedaliera protetta consente alla persona ed alla sua famiglia la presa in carico da parte di un'unica rete di servizi che agiscono in modo integrato in un'ottica di ricomposizione delle risorse.

Modalità di attuazione:

Nel caso in cui il paziente sia residente nel Comune di Milano, si configurano 3 tipologie di percorsi:

Livello 1: Attivazione di dimissione ordinaria

Livello 2: Attivazione del percorso di dimissione protetta al domicilio

Livello 3: Attivazione del percorso di dimissione protetta presso struttura residenziale sociosanitaria o sociale.

Transizione da e verso l'Ospedale di Comunità

Procedura per la gestione della transizione verso Ospedale di Comunità - Allegato 2 SCHEDE INTERVENTO SI4.

Transizione tra strutture ospedaliere e strutture/servizi/progetti per pazienti psichiatrici

Progetto per garantire la continuità di cura e del progetto terapeutico-riabilitativo di presa in carico di adolescenti nel passaggio dall'Uonpia al Cps Allegato 2 SCHEDE INTERVENTO SI5.

Transizione tra strutture ospedaliere e area materno-infantile

Percorso di continuità ospedale-territorio: dimissione protetta delle puerpere.

La procedura descrive il percorso ospedale-territorio previsto per le donne dimesse dagli ospedali aziendali dopo il parto al fine di assicurare continuità al percorso di presa in carico ed intercettare precocemente eventuali problemi della mamma e/o del neonato nel primissimo periodo di rientro al domicilio.

La selezione delle donne alle quali prospettare il percorso di dimissione protetta, avviene tramite un colloquio anamnestico e la consultazione della documentazione clinica durante i giorni di ricovero dopo il parto.

Le puerpere potenzialmente eleggibili che devono avere domicilio in area geografica limitrofa ad una delle sedi consultoriali dell'ASST FBF Sacco, devono essere primipare o pluripare con accertate situazioni di rischio (secondo gli items descritti nella scheda "Bilancio Salute") ed esprimere volontà ad aderire al percorso proposto.

L'arruolamento delle puerpere al percorso avviene dopo il parto e prima della dimissione, tramite un colloquio di presentazione del percorso di continuità assistenziale e la compilazione, da parte del personale ostetrico/infermieristico, della scheda "Bilancio di salute post natale - Visita Domiciliare".

Situazioni di particolare bisogno della puerpera e /o del neonato possono essere evidenziate e segnalate tramite un colloquio preliminare all'invio della scheda tra i professionisti ospedalieri e quelli consultoriali.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Le schede compilate vengono inviate all'email territoriale dedicata al massimo entro 2-3 giorni successivi la dimissione della puerpera e del neonato. La presa in carico della puerpera da parte del consultorio deve avvenire entro 7 giorni dalla dimissione ospedaliera; il percorso di presa in carico si considera attivato già con il primo contatto telefonico alla puerpera da parte del consultorio di riferimento.

Per le puerpere, che hanno partorito nei nostri Presidi Ospedalieri, e sono residenti in municipi non afferenti all'ASST Fatebenefratelli Sacco, qualora ne facciano richiesta, in un'ottica di continuità assistenziale, viene proposta l'opportunità di teleconsulenza da parte del personale consultoriale (protocollo già attivo).

Cure domiciliari

Obiettivi:

Per quanto riguarda le linee programmatiche relative al potenziamento delle Cure Domiciliari, non si può prescindere dall'obiettivo nazionale indicato nel DM 77 e successive DGR "**Missione 6: Salute Componente 1 (M6C1): Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale - Investimento 1.2.1 Assistenza Domiciliare**" che prevede l'incremento della presa in carico al domicilio entro il 2026 di una quota pari al 10 % della popolazione over 65 a livello nazionale (842.000 assistiti over 65); per la ASST FbF Sacco è prevista una presa in carico pari a 16.991 assistiti over 65 .

Modalità di attuazione:

- maggiore coinvolgimento dei medici di famiglia nell'attivare la presa in carico al domicilio dei pazienti fragili over 65 attraverso l'attivazione di ADP, ADEM, PSD, Cdom, assistenza infermieristica territoriale;
- promuovere la Misura RSA Aperta per i pazienti che presentano i requisiti.
- rafforzare attività di telemedicina **come strumento indispensabile sia per aumentare il contatto ed il monitoraggio del paziente che per consentire la collaborazione clinico-organizzativa dei vari professionisti coinvolti, operanti sul territorio anche senza la presenza del paziente stesso.**
- implementare il percorso delle dimissioni protette con il compito di definire, in accordo con il medico di famiglia del paziente e con le COT distrettuali, le modalità organizzative della dimissione, l'attivazione e l'interfaccia con le figure professionali e le strutture del distretto per la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione e organizzazione dei percorsi domiciliari successivi , le modalità di corretta risoluzione delle problematiche burocratiche, prescrittive e certificatorie.
- implementare il progetto AREU che ha lo scopo di stabilire percorsi di connessione tra la Centrale Medica Integrata di AREU, il Team di Risposta Rapida Domiciliare, la rete degli *Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC)* e l'*U.D.O. Cure Domiciliari*, le *COT dell'ASST Fatebenefratelli Sacco*, con la finalità di assicurare continuità assistenziale, proponendo una presa in carico globale del cittadino con fragilità che contatta il sistema di emergenza per problemi acuti non urgenti.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

- PIC over 65 protesica: presa in carico dei pazienti over 65 che usufruiscono di ausili e presidi
- implementare l'attivazione delle Cdom: oltre a promuovere incontri formativi con i MMG/PdF potenziare i rapporti con gli ambiti comunali con ASST, Case di Comunità e Cooperative sociali attraverso l'applicazione e il monitoraggio di 2 protocolli:

a) **il Progetto C.U.R.A (v. Area di Intervento Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie)** che ha lo scopo di evitare il ricorso all'istituzionalizzazione delle persone anziane e comunque di prolungare il più possibile la permanenza al domicilio attraverso il miglioramento della qualità dell'assistenza domiciliare integrando le competenze sociali e assistenziali con supporti tecnologici innovativi per il monitoraggio h.24 dei luoghi domestici e del benessere della persona;

b) **il Progetto dimissioni Protette (v. Area di Intervento Continuità dell'assistenza nei setting assistenziali)** che prevede la collaborazione tra Case di Comunità e gli ambiti comunali è finalizzato al sostegno e alla prevenzione dell'istituzionalizzazione di persone vulnerabili in condizione di fragilità con età dai 65 anni residenti nel Comune di Milano in dimissione protetta dal sistema delle aziende ospedaliere o da strutture riabilitative post dimissioni ospedaliere, come primo intervento domiciliare socio-assistenziale integrato tra componente sanitaria e componente socio-assistenziale.

- attivare protocolli ospedale territorio su specifici bisogni degli assistiti non deambulanti: è fondamentale identificare i bisogni di natura socio sanitaria attraverso l'analisi dei dati epidemiologici nonché i profili di salute della popolazione afferente al Distretto per individuare le branche specialistiche con le quali costruire dei percorsi facilitati per i pazienti allettati (es. visite domiciliari pneumologo, cardiologo, fisiatra) e sviluppare la telemedicina.

Implementazione la PIC al domicilio degli over 65. Allegato 2 SCHEDE INTERVENTO SI6.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

3.2.3 Percorsi di integrazioni a livello territoriale con la rete delle cure primarie

Il nuovo contesto del Polo Territoriale richiede interrelazioni strette e facilitate tra tutti i soggetti della rete dei servizi territoriali, al fine di garantire la continuità dell'assistenza.

All'interno dell'ASST Fatebenefratelli-Sacco sono attivi o in fase di definizione/realizzazione protocolli e procedure di presa in Carico integrata, con particolare attenzione alla persona fragile, e di governo della complessa rete territoriale. Tali documenti definiscono i rapporti tra CdC, COT, Distretti, Dipartimenti Aziendali, Presidi Ospedalieri, ATS, Unità d'offerta pubbliche e private accreditate, AFT, Municipi, Associazioni e tra i diversi professionisti che vi operano (Medici Ospedalieri, Specialisti Ambulatoriali, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Infermieri, IFeC, Assistenti Sociali, Amministrativi, Volontari) nell'ottica di garantire l'integrazione dei percorsi. In particolare si evidenziano i percorsi:

A - Interaziendali

B - Interistituzionali

C - Interistituzionali con il coinvolgimento del Terzo Settore

A - PERCORSI INTERAZIENDALI

I percorsi individuati evidenziano le modalità organizzative funzionali ed operative mediante le quali le diverse figure professionali si interfacciano nei processi della Casa di Comunità e più in generale nella rete territoriale con particolare riferimento alla relazione e collaborazione tra le diverse figure professionali.

I protocolli in essere evidenziano modalità di erogazione dei servizi, di coordinamento delle diverse attività presenti e di integrazione tra i diversi servizi interni ed esterni.

Per facilità di lettura si citano i documenti laddove già presenti in altri paragrafi del PPT mentre si descrivono brevemente i restanti al fine di avere completezza di informazioni.

La Centrale Operativa Territoriale (COT): il percorso per la concreta realizzazione.

Secondo il DM 77/2022, la Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge una funzione di supporto in back office e di raccordo tra i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali attraverso:

- 1- la gestione delle segnalazioni che arrivano dai diversi servizi o professionisti afferenti alle dimissioni ospedaliere, strutture intermedie, strutture residenziali, di riabilitazione o dai medici di medicina generale inerenti ai casi complessi che necessitano di supporto nella transizione tra i vari livelli e setting assistenziali;
- 2- il supporto nell'identificazione del percorso idoneo per ciascun caso attivando il percorso di transizione, monitorando l'offerta disponibile (ospedale, cure intermedie, Assistenza Domiciliare Integrata) e prenotando o attivando direttamente il servizio;
- 3- la garanzia del rispetto dei tempi massimi di permanenza nei setting a tempo definito e facilitando agli erogatori la dimissione per tempo, grazie alla transizione programmata verso altri servizi;
- 4- un'efficiente piattaforma informatica attualmente in implementazione da parte di Regione Lombardia.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Le COT servono la popolazione distrettuale di riferimento anche a prescindere dalla sede di collocazione che in alcuni casi non è stato possibile individuare localmente.

Le COT si avvalgono di diversi supporti informatici, in attesa della completa realizzazione della prevista piattaforma regionale "SGDT", garantendo la corretta transizione tra i diversi setting di cura e governando la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche.

Attualmente le COT sono in grado di gestire i seguenti percorsi, secondo procedure aziendali definite:

- Dimissioni protette;
- Attivazione ADI;
- Programma di Sorveglianza Domiciliare;
- Attivazione da parte della CMI di AREU;
- Gestione prenotazioni ambulatoriali urgenze differibili.

L'obiettivo previsto è raggiungere il pieno funzionamento delle COT garantendo per tutti gli assistiti del Distretto di competenza la funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, attraverso:

- il percorso di dimissione dei pazienti che non sono nelle condizioni di rientrare direttamente al domicilio, gestendo il percorso di transizione ospedale-territorio, qualora questo richieda un ricovero in struttura riabilitativa, delle cure intermedie, l'attivazione di ADI, l'attivazione dell'IFeC della CdC di riferimento, il rinvio al MMG/PLS;
- la prenotazione delle prestazioni dell'attività specialistica ambulatoriale;
- il monitoraggio dei pazienti affetti da patologia cronica;
- il monitoraggio dei pazienti con bisogni di cure palliative in fase precoce;
- il governo della rete di offerta dei servizi, avendo a disposizione posti letto dedicati, supportando la valutazione delle richieste di transizione tra setting di cura provenienti dai nodi della rete, definendo le priorità di accesso in caso di domanda in eccesso.

La COT dovrà operare tali attività sulla base di parametri e criteri condivisi e omogenei, che garantiscano equità di accesso e appropriatezza. Inoltre, dovrà monitorare i percorsi attivati ed implementare azioni correttive in caso di attivazione mancata, tardiva o inefficace tendendo sempre più a gestire in maniera autonoma i pazienti affetti da patologia cronica (protocollo in fase di implementazione).

Protocollo PUA

Il PUA (Punto Unico di Accesso) è il primo riferimento dei cittadini del Distretto per tutti gli aspetti e i bisogni socio-sanitari, è il luogo di accoglienza e porta di accesso alla rete dei servizi e delle risorse territoriali.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Obiettivi:

Promozione dell'integrazione sociosanitaria dei servizi finalizzata a soddisfare i bisogni di salute della persona intesa nella sua globalità. I singoli cittadini o le famiglie residenti o temporaneamente presenti sul territorio del Distretto che esprimono un bisogno sanitario, socio-sanitario, sociale o di competenza amministrativa possono rivolgersi al PUA che ha l'obiettivo di accogliere e rispondere a richieste semplici e orientare e/o inviare a servizi specifici.

Modalità di attuazione:

Definizione gestione e controllo della presa in carico del bisogno socio-sanitario del cittadino: accoglienza, risposta a semplici domande, orientamento ai servizi della rete territoriali, prevenzione, invio ai servizi specialistici per la presa in carico globale con valutazione del bisogno e stesura del piano assistenziale del singolo e/o del nucleo familiare (protocollo già attivo).

Protocollo "CODICE CALORE" in PS**Obiettivi:**

Adeguamento alle indicazioni Regionali rispetto alla Circolare del Ministero della Salute Prat. n. GI.2024.0018018 del 16 maggio 20241 nota piano caldo anno 2024

Si applica in fase di triage ai pazienti che giungono in Pronto Soccorso nel periodo di allerta caldo.

Modalità di attuazione:

L'infermiere di Triage è responsabile della valutazione del paziente, verifica la presenza dei criteri di inclusione e di effettua le procedure inerenti come da indicazione sottostante. Il Coordinatore è responsabile della diffusione della procedura. Il Direttore è responsabile della verifica della applicazione.

Durante il periodo di "allerta caldo" il paziente febbrile sarà valutato in triage nel seguente modo:

Codice 1: alterazione delle funzioni vitali; valutazione immediata nel box urgenza;

Codice 2: paziente immunocompromesso, rallentamento del sensorio, segni neurologici (fotofobia, rigidità nucale); sincope con ipotensione; NEWS 5

Codice 3: età > 75 anni, sincope senza ipotensione

I codici 4 e 5 non verranno mai applicati al paziente con febbre da presunto colpo di calore. Sarà segnato nelle note di triage se sospetta patologia da calore.

Sarà applicata la "presa in carico infermieristica anticipata" secondo le seguenti modalità:

Codice 2 (se attesa prevista > 15 minuti): esecuzione di esami ematochimici, EGA1 ECG; idratazione con Soluzione Fisiologica 500 ml; somministrazione di paracetamolo 1 grammo se febbre > 38°C, in assenza di allergie;

Codice 3: esecuzione di esami ematochimici, EGA, ECG; idratazione con Soluzione Fisiologica 500 ml; somministrazione di paracetamolo 1 grammo se febbre > 38°C, in assenza di allergie.

Il paziente viene trattato secondo segni e sintomi, nella sala visita corrispondente al codice colore. I locali del PS sono provvisti di aria condizionata; sono a disposizione flebo refrigerate per le infusioni in caso di febbre persistente (protocollo già attivo).⁵⁰

**Protocollo slot dedicati ai MMG per situazioni di urgenza differibile****Obiettivi:**

Mettere a disposizione degli MMG slot dedicati presso gli specialisti presenti nelle case di comunità di ASST FBF-Sacco per situazioni cliniche di urgenza differibile individuate dal MMG con lo scopo di ridurre gli accessi inappropriati in PS e limitare il ricorso alle visite specialistiche in solvenza.

Modalità di attuazione:

Quando i MMG intercettano una situazione clinica che necessita di approfondimento di secondo livello, inviano alla COT di competenza territoriale una richiesta di attivazione di slot dedicato.

L'infermiere della COT:

- valuta i criteri di appropriatezza della richiesta basandosi su una raccolta di criteri di arruolamento proposta dagli MMG e concordati con gli specialisti della casa di comunità;
- individua lo slot e comunica al paziente luogo data e ora dell'appuntamento;
- conferma al medico la presa in carico della richiesta;
- il MMG riceve il referto della visita specialista su FSE.

Progetto sperimentale di innovazione sociale e Welfare locale nei quartieri di edilizia residenziale pubblica (ERP) localizzati nella città di Milano, ai sensi della DGR 2717 del 3 Dicembre 2019 (POR FSE 2014-2020, ASSE II, 9.4.2) dell'ASST Fatebenefratelli Sacco e Università degli studi di Milano).

Obiettivi:

Ampliare i servizi offerti al territorio nell'ambito dell'edilizia residenziale pubblica, potenziando l'efficacia e qualificando l'offerta di servizi alla popolazione residente nei quartieri di Milano.

Modalità di attuazione:

Le progettualità si sviluppano su quattro direttrici che sono:

1. prevenzione delle malattie infettive, offrendo attraverso ambulatori di prossimità la vaccinazione antinfluenzale ai soggetti a rischio nelle zone indicate, prevedendo altresì l'attivazione di un sistema di monitoraggio domiciliare per il Covid -19 (Progetto 1-Progetto2- Progetto 3);
2. garantire un'assistenza di prossimità attraverso l'apertura di ambulatori infermieristici in queste zone e inserendo in questo contesto gli infermieri di comunità - (Progetto 2) e l'apertura di ambulatori dei MMG-PdF (Progetto 5);
3. attivazione di un servizio di tele monitoraggio e telemedicina per un target di soggetti fragili che risiedono nei quartieri indicati e che sono a rischio per lo sviluppo di malattie infettive, in particolare infezioni dovute alla presenza di SARS - CoV – 2 (Progetto 3).
4. ricerca e studio delle dinamiche dell'epidemia da Sars-Cov-2 coinvolgendo la popolazione di questi quartieri (Progetto 4). In particolare, le progettualità dei programmi indicati si sviluppano nei quartieri, individuati dai soggetti responsabili, in modo funzionale rispetto ai bisogni sociali emergenti (protocollo già attivo).

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Approfondimenti:

- Sviluppo di percorsi oncologici in continuità Ospedale Territorio (Allegato 2 - Area di Intervento: la presa in carico dei cronici e fragili);
- Progetto di collaborazione pubblico – enti del Terzo Settore per la gestione dei pazienti in cure palliative (Allegato 2 - Area d'intervento: la presa in carico dei cronici e fragili);
- Procedura di struttura SS – Cure Domiciliari (Allegato 2 - Area d'intervento : Cure Domiciliari);
- Procedura di struttura – UVM (Allegato 2 – Area d'intervento: Valutazione Multidimensionale);
- Istruzione operativa aziendale Dimissioni Protette (Allegato 2 – Area d'intervento: Continuità dell'assistenza nei setting assistenziali);
- Progetto di Screening della retinopatia diabetica (Allegato 2 – Area d'intervento: la presa in carico dei cronici e fragili);
- Procedura per l'integrazione tra CPS e CDC (Allegato 2 - Area d'intervento: la presa in carico dei cronici e fragili);
- Creazione di un modello di Governance dei servizi Sociosanitari rivolti alle persone in situazione di grave marginalità a Milano (Allegato 2 - la presa in carico dei cronici e fragili).

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

PERCORSI INTERISTITUZIONALI (ASST-COMUNE-ATS) E INTEGRAZIONE PPT-PDZ

L'integrazione programmatica e funzionale tra sociale e socio-sanitario, concorre a formulare le risposte ai bisogni di salute della popolazione di riferimento, in una logica di ottimizzazione tra LEA, LEPS e risorse informali e del terzo settore.

Le aree principali di attività riguardano:

- valutazione multidimensionale e progetto personalizzato;
- prevenzione dell'allontanamento familiare;
- servizi sociali per le dimissioni protette;
- PUA integrati e UVM;
- incremento SAD.

All'interno di questi percorsi è prevista l'introduzione di strategie, strumenti e modalità operative finalizzate alla realizzazione di percorsi in co-programmazione e co-progettazione con il coinvolgimento del Terzo Settore e dell'associazionismo.

All'allegato 3 TABELLE INTEGRAZIONE PPT-PDZ (foglio1) sono riassunti gli impegni reciproci in merito alle tematiche individuate.

Si aggiunge LEGENDA: allegato 3 TABELLE INTEGRAZIONE PPT-PDZ (foglio2)

Protocollo tra ATS della Città Metropolitana Di Milano - Comune Di Milano – ASST Fatebenefratelli Sacco - ASST Santi Paolo e Carlo e ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda Per l'attuazione dell'integrazione sociosanitaria nei Distretti Sociosanitari e nelle strutture territoriali previste dal D.M. 77/2022 – Anno 2024.

Obiettivi:

Definire il sistema di interazioni tra i professionisti di ASST operanti nelle CdC e i professionisti dei Servizi Sociali di accesso e dei Servizi Sociali Territoriali del Comune di Milano.

Modalità di attuazione:

Presso il PUA della Casa di Comunità o da altri operatori afferenti, viene compilata una scheda che consente una prima valutazione della situazione. Qualora emerga la sussistenza di un bisogno socioassistenziale che non può essere affrontato autonomamente dalla persona interessata o dal suo caregiver, si procederà con le seguenti modalità; se vi è un caregiver collaborante (ovvero in condizione di poter prestare supporto all'utente), è compito dell'operatore della CdC inviare l'utente/caregiver al percorso standard comunale che prevede il contatto con l'unità di primo accesso del Comune di Milano, tramite lo 020202;

Nel caso in cui il caregiver non sia presente o non sia collaborante, il percorso si differenzia in base alla complessità del bisogno:

A) se il bisogno è semplice viene utilizzato un canale di comunicazione diretta in cui l'utente è inviato dall'operatore di CdC alla unità di primo accesso (saltando lo 020202) e usufruendo di un canale di comunicazione via mail riservato tra le due istituzioni a cui viene allegata la scheda di valutazione compilata in CdC; è compito degli operatori del Comune inviare una mail di conferma della ricezione della richiesta.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

B) Nel caso il bisogno rilevato sia complesso, ovvero di carattere sanitario e sociale, il caso viene portato in discussione agli incontri interistituzionali congiunti organizzati con cadenza bimensile, a cui seguirà eventuale presa in carico dei Servizi Sociali Territoriali o eventuale presa in carico congiunta tra ASST e professionisti dei Servizi Sociali del Comune. Gli incontri sono territoriali a livello Municipale confluyendo nello stesso incontro più referenti delle CDC presenti sul municipio. Tali incontri non sono da ritenersi sostitutivi, ma aggiuntivi, a quelli stabiliti per le UVM.

Durante gli incontri interistituzionali bimensili potranno essere presentati anche dai Servizi Sociali territoriali del Comune di Milano casi complessi di cui sopra, intercettati dai Servizi stessi e non direttamente dalle ASST, per una valutazione ed una eventuale presa in carico congiunta sociosanitaria (protocollo già attivo).

Protocollo Operativo Tra Ats Della Città Metropolitana Di Milano - Comune di Milano - Asst Fatebenefratelli Sacco - Asst Santi Paolo e Carlo e Asst Grande Ospedale Metropolitano Niguarda IRCCS Policlinico di Milano per la Tutela dei Minori

Partecipazione al gruppo di lavoro e adozione di un protocollo con un approccio centrato sui livelli di intervento: valutazione, trattamento e cura del minore e della famiglia che non si traduca nella mera esecuzione del mandato del tribunale. Quando dal Tribunale viene prescritto un determinato percorso per il minore, i servizi hanno come mandato quello di portare il proprio punto di vista e scelte di intervento in seguito ad una valutazione, compito insito nella professionalità delle figure coinvolte e definito dalla deontologia.

Il protocollo vorrebbe definire la logica degli interventi in tre fasi: valutazione, trattamento e gestione del percorso di aiuto, dimissioni.

Supervisione e formazione operatori: messa a disposizione degli spazi per la formazione/ supervisione (protocollo in fase di implementazione).

Progetti PNRR Missione 5 Componente 2 ambito sociale Comune di Milano

Il Comune di Milano nell'ambito della Missione 5 Componente 2 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR – infrastrutture sociali, ha ricevuto l'ammissione al finanziamento di 15 progetti, alcuni dei quali prevedono l'attuazione dei LEPS relativi all'integrazione socio-sanitaria.

Obiettivi:

L'obiettivo dei progetti è di evitare il ricorso all'istituzionalizzazione sia delle persone anziane fragili che dei disabili in età lavorativa, prolungando il più possibile la permanenza al domicilio attraverso il miglioramento della qualità dell'assistenza domiciliare integrando le competenze sociali e assistenziali con supporti tecnologici innovativi per il monitoraggio h.24 dei luoghi domestici e del benessere della persona.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Modalità di attuazione:**1- Autonomia degli anziani non autosufficienti – progetto domotica per anziani**

L'iter per l'attivazione degli interventi prevede il coinvolgimento dell'equipe multidisciplinare sociosanitaria nella sede identificata delle Case di Comunità durante gli incontri interistituzionali.

A seguito della prima visita domiciliare presso il beneficiario dell'assistente sociale case manager del Comune e del coordinatore del progetto CURA - domotica per anziani, viene sottoscritto il modulo di adesione al progetto, l'informativa privacy e il progetto personalizzato al fine dell'attivazione dell'intervento domiciliare con installazione dei dispositivi domotici presso l'abitazione del beneficiario.

Contestualmente all'avvio dell'intervento, l'assistente sociale case manager invia comunicazione al MMG per un possibile coinvolgimento nel progetto.

L'Assistente Sociale (Case Manager) del Comune presenta il caso durante gli incontri interistituzionali presso le Case di Comunità/Distretti dove l'Infermiere di Comunità (IFeC), raccolta la segnalazione, effettua una visita domiciliare per una valutazione sociosanitaria integrata della persona.

2 - Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione - dimissioni protette

L'iter per l'attivazione degli interventi prevede:

- valutazione multidimensionale e multiprofessionale dell'Azienda Ospedaliera – ASST di riferimento;
- invio di una relazione socio-sanitaria firmata almeno da un Medico e da un Assistente Sociale dell'Azienda Ospedaliera;
- stesura dell'intero Progetto Individualizzato durante la visita ospedaliera da parte del case manager (Assistente Sociale) del Comune in condivisione con l'interessato e con un referente ospedaliero che lo sottoscrivono;
- firma della dichiarazione di assenza del conflitto di interessi, su modulo ministeriale, da parte del case manager del Comune di Milano e da parte dei referenti ospedalieri che hanno firmato la relazione, con allegata copia del documento di identità.
- il Progetto deve avere carattere di temporaneità (massimo di 3 mesi);
- il Progetto viene successivamente monitorato e rivalutato sulla base dei bisogni della persona all'interno degli incontri interistituzionali presso le Case di Comunità.

3 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità

L'iter per l'attivazione degli interventi prevede:

- stesura del progetto in capo all'equipe PNRR con operatori del Comune di Milano;
- approvazione del progetto in Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) con firma del Progetto Individualizzato da parte del beneficiario, del case manager e dei referenti ASST;
- firma della dichiarazione di assenza del conflitto di interessi da parte dell'operatore del Comune di Milano e da parte dei referenti ASST, su modulo ministeriale con allegata copia del documento di identità (progetti già attivi).

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Protocollo Operativo Dimissioni Protette Accordo di Programma con il Comune di Milano (Allegato 2 – Area d'intervento: Continuità dell'assistenza nei setting assistenziali)

Progetto di intervento nelle situazioni di grave inconveniente igienico (Allegato 2 – Area d'intervento: la presa in carico dei cronici e fragili)

Creazione di un modello di Governance dei servizi Sociosanitari rivolti alle persone in situazione di grave marginalità a Milano (Allegato 2 - la presa in carico dei cronici e fragili).

PERCORSI INTERISTITUZIONALI (COINVOLGIMENTO TERZO SETTORE)

Progetto Adriano SiCura - Distretto 2

La proposta progettuale intende focalizzarsi sul NIL Adriano del Comune di Milano a partire dalla esperienza innovativa dell'Adriano Community Center (ACC) per creare un modello scalabile in altri contesti e coinvolge, oltre alla Cooperativa Sociale Proges in qualità di soggetto capofila, gli enti pubblici e privati attivi sul territorio sul tema della presa in carico di persone anziane con fragilità.

Obiettivi:

- facilitare l'accesso per famiglie e anziani a servizi territoriali di prossimità, flessibili e attivabili con tempestività, in una logica di sistema/filiera integrato con le risorse informali della comunità;
- Ricomporre e ampliare la filiera dell'offerta di servizi dedicati agli anziani con fragilità e ai loro caregiver, strutturando un sistema globale e integrato di presa in carico precoce, che sappia connettere servizi formali informali, primari e secondari, sanitari, socio-sanitari e sociali secondo le prospettive dell'Expanded Chronic Care Model (ECCM) e della transitional care.

Modalità di attuazione:

- Costruire, a partire dalla messa in comune di risorse, figure professionali complementari, procedure condivise e prassi comuni, un progetto customizzato di intervento, che si fondi sulla lettura precoce, puntuale e diacronica del bisogno nella sua globalità ed evoluzione;
- Identificare risposte di supporto concreto nella ricomposizione dei servizi territorialmente attivi, in particolar modo in presenza di fragilità cognitive, motorie e relazionali (es. Demenze);
- Aumentare la capacità delle famiglie e dei caregiver di rispondere in modo adeguato alle fragilità dei propri congiunti e assistiti, attraverso la formazione, l'affiancamento professionale, il supporto psicologico e interventi sollievo;
- Supportare gli anziani soli o privi di rete parentale favorendone l'empowerment secondo una prospettiva abilitante e attivando risorse di supporto utili al miglioramento della qualità di vita, sia in risposta a bisogni conclamati ed espressi (intervento riparativo) che facilitando l'espressione dei bisogni latenti (intervento preventivo).
- Potenziare le capacità di welfare comunitario, ingaggiando la cittadinanza nella costruzione di legami di prossimità (progetto già attivo).

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Progetto Polline**Obiettivi:**

Il progetto intende valorizzare tutte le attività di supporto emotivo, psicologico, educativo e di accoglienza dei minori implementate dagli enti partner, introducendo degli elementi di innovazione e coordinamento sul territorio cittadino. Queste modifiche dell'operatività permetteranno di consolidare ulteriormente l'esperienza sul territorio, rafforzando la rete di Servizi esistenti e rispondendo con maggior prontezza alle necessità emergenziali dei minori target.

Modalità di attuazione:

- Aumentare la capacità di generare impatto sociale nel territorio di competenza, ampliando la portata di conoscenza del progetto;
- Promuovere le attività di interesse collettivo che il progetto mette in atto per intercettare un maggior numero di beneficiari ed enti capaci di integrarsi alla mission del progetto;
- Intercettare nuovi possibili sostenitori e aumentare il network di enti partner interessati a condividere il proprio impegno nel progetto.;
- Partecipare ove possibile a eventi di formazione e capacity building, promossi dal progetto, con l'obiettivo di generare empowerment per operatori e per la Comunità educante di riferimento;
- Partecipare, laddove possibile, a eventi divulgativi e d'indirizzo progettuale. A titolo d'esempio, eventi finali, eventi culturali, ecc (progetto già attivo).

Progetto Slash**Obiettivi:**

- Sperimentare un modello di collaborazione con i servizi per le dipendenze replicabile con altre risorse e in altri territori;
- Offrire percorsi di occupabilità per generare risorse individuali e competenze volte al re-inserimento nel mondo del lavoro;
- Progettare e gestire percorsi individualizzati con obiettivi e strumenti che rispondano alle caratteristiche degli utenti e alle richieste del mercato del lavoro, nella logica dell'abbinamento mirato;
- Sensibilizzare aziende e altre realtà produttive perché si rendano disponibili a percorsi di inserimento a favore degli utenti tossico/alcolodipendenti;
- Realizzare specifici incontri di aggiornamento/formazione agli operatori sociali del privato sociale e del pubblico coinvolti nel progetto, sul tema dell'inserimento lavorativo di persone con problemi di dipendenza.

Modalità di attuazione:

La proposta progettuale presentata si basa sulla necessità di ricomporre la presa in carico delle persone con fragilità all'interno di un progetto di vita complessivo e attivando una collaborazione sinergica con la rete di tutti i soggetti del territorio. I servizi SerD e Noa che segnaleranno le persone avranno un ruolo fondamentale nella fase iniziale del percorso, ma anche in tutte le fasi successive, collaborando con gli operatori dell'équipe di progetto per la riuscita dei percorsi individuali, la loro valutazione in itinere, la gestione di eventuali interventi.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Progetto d'intervento nelle situazione di grave inconveniente igienico (Allegato2 – Area d'intervento: presa in carico dei cronici e fragili).

Creazione di un modello di Governance dei servizi Sociosanitari rivolti alle persone in situazioni di grave marginalità a Milano (Allegato 2 – Area d'intervento: presa in carico dei cronici e fragili).

Ad ulteriore supporto dell'analisi del bisogno, la presa in carico precoce e l'integrazione tra servizi, è stata avviata anche l'offerta dello psicologo delle cure primarie all'interno delle case di comunità.

La L.R. 1/2024 ha istituito il servizio di psicologia delle cure primarie a sostegno dei bisogni assistenziali della popolazione.

Il servizio ha tra le proprie finalità l'offerta di un supporto psicologico tempestivo, diffuso e di prossimità, nonché il sostegno e l'integrazione dell'azione dei medici di medicina generale (MMG), dei pediatri di libera scelta (PLS) e dei professionisti della salute mentale e della prevenzione nell'intercettare e rispondere ai bisogni assistenziali di base di natura psicologica dei cittadini, favorendo lo stato di salute bio-psico-sociale.

Tra le peculiarità del servizio si sottolinea la possibilità di:

- erogare cure psicologiche di prossimità a integrazione dei servizi sanitari e sociosanitari offerti in ambito distrettuale, anche in collaborazione con gli enti del terzo settore presenti sul territorio.
- valutare il bisogno psicologico della persona e della famiglia, al primo accesso, attraverso il punto unico di accesso (PUA) della casa di comunità, la centrale operativa territoriale (COT), oppure su invio di medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), medici specialisti ambulatoriali e servizi sociali.

In ogni casa di comunità è garantita la presenza di uno psicologo a garanzia della risposta tempestiva alla domanda di assistenza psicologica espressa dalle persone e dal territorio. L'attività è in via di consolidamento e di sviluppo anche in considerazione dei bisogni che emergeranno nel prossimo triennio.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

3.2.4 Prevenzione e Promozione della Salute

I programmi di prevenzione e promozione della salute nel territorio della ASST Fatebenefratelli Sacco previsti per il triennio 2025-2027 si basano sulle indicazioni del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025, del conseguente Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025 (DCR 2395/2022), della DGR 1827/2024 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l’anno 2024” di Regione Lombardia in relazione all’area “promozione di corretti stili di vita favorevoli alla salute, prevenzione dei fattori di rischio comportamentali” e del Piano Integrato Locale di Promozione della Salute ATS Milano 2024.

L’obiettivo generale di tali programmi è quello di promuovere e supportare la salute individuale e collettiva accrescendo il livello di health literacy e di empowerment dei singoli e delle comunità locali. A tal fine si rende necessario un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato, nel quale l’attenzione alla centralità della persona e della comunità costituisce un elemento essenziale, nella consapevolezza che la salute è determinata non solo da fattori biologici o comportamenti individuali, ma anche da fattori ambientali, sociali ed economici da sostenere anche per un approccio di equità. Per ottenere risultati apprezzabili in questa prospettiva è indispensabile la definizione e l’attuazione di una strategia locale che veda coinvolti attivamente tutti gli stakeholder del territorio, le comunità locali e tutti gli individui, raggiunti e coinvolti nei luoghi in cui quotidianamente, come indicato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), “vivono, lavorano, amano”. Questo in coerenza con i processi di riorganizzazione del SSR lombardo, con particolare riferimento alla dimensione territoriale (DGR 7592 del 15/12/2022).

La ASST Fbf-Sacco per sostenere i programmi di prevenzione e promozione della salute, con il POAS 2022-2024, ha costituito la SS Promozione della Salute, Epidemiologia, Governo della Domanda Territoriale, afferente alla Direzione Sociosanitaria che si occupa della pianificazione, del coordinamento e della gestione di interventi di promozione della salute all'interno della ASST sulla base di indicazioni regionali e nazionali.

Le **aree tematiche prioritarie** su cui la ASST Fbf-Sacco sta implementando dei progetti riguardano le seguenti linee di intervento:

- 1) Programma WHP – Luoghi di lavoro che promuovono la salute
- 2) Promozione dell’attività fisica e movimento – Gruppi di cammino
- 3) Setting scuola: Formazione operatori per implementazione dei programmi regionali
- 4) Primi 1000 giorni
- 5) Vaccinazioni
- 6) Programmi di screening oncologici organizzati
- 7) Implementazione delle azioni previste dal Piano Locale GAP (gioco d’azzardo patologico) in collaborazione con ATS, ETS e EE.LL, Dipendenze – Alcool giovani
- 8) Piano d’azione territoriale “Network Giovani” per la realizzazione di interventi per contrastare il disagio dei minori
- 9) Contrasto e prevenzione della violenza di genere
- 10) Piano invecchiamento attivo

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

1. Programma WHP - Luoghi di lavoro che promuovono salute

Obiettivi:

L'ASST Fbf-Sacco aderisce da diversi anni al programma WHP, promosso dall'OMS e da Regione Lombardia che coinvolge sia i 4 Presidi Ospedalieri che il territorio.

L'obiettivo del 2024, in linea con le Regole SSR 2024, prevede di implementare il numero delle sedi ASST/Distretti iscritti al programma WHP del 50%.

Il programma aziendale promuove l'adozione di stili di vita favorevoli alla salute implementando buone pratiche al fine di prevenire i fattori di rischio comportamentali delle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT) (scorretta alimentazione, sedentarietà, tabagismo, consumo dannoso di alcool e dipendenza dal gioco d'azzardo).

Modalità di attuazione:

Il gruppo di lavoro aziendale, coordinato dalla U.O. Medicina del Lavoro, pianifica ogni anno delle buone pratiche nelle aree tematiche previste dal programma. Viene concordato come informare e coinvolgere il personale dell'azienda al fine di implementare le buone pratiche e a fine anno viene rendicontata l'attività realizzata sulla piattaforma regionale. La SS Promozione della Salute, Epidemiologia, Governo della Domanda Territoriale ha il compito di coordinare e implementare la programmazione delle attività a livello territoriale.

2. Promozione dell'attività fisica e movimento – Gruppi di cammino

Obiettivi:

In linea con il Programma Predefinito 2 del PRP "Comunità Attive" che mira a promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età per contribuire alla prevenzione ed al contrasto delle MCNT (Macro Obiettivo 1 del PNP), si intende potenziare nel triennio 2025-2027, le seguenti attività:

- **Laboratorio per la promozione dell'attività fisica e del movimento:** in linea con la DGR 1827/2024, la ASST Fatebenefratelli Sacco ha deliberato la costituzione del Laboratorio per la Promozione dell'attività fisica e del movimento con atto del Direttore Generale n. 1433 del 07.11.2024 rivolto alla popolazione al fine di sviluppare un approccio di sistema per la promozione del movimento e dell'attività motoria nelle comunità locali. Il Laboratorio prevede il coinvolgimento di molteplici attori (sanitari, sociosanitari e sociali, stakeholders del terzo settore, istituzioni scolastiche, EELL, rappresentanti delle associazioni sportive, MMG, ecc.) e si propone, inizialmente, di sviluppare una rete di offerta che integri interventi di comunità con programmi strutturati di esercizio fisico, basati su protocolli di Attività Fisica Adattata (AFA).

Modalità di attuazione:

coinvolgimento dei soggetti individuati e costituzione del Laboratorio attraverso una Delibera Aziendale. Mappatura delle attività inerenti al movimento e all'attività fisica in essere nei territori di competenza e organizzazione dell'offerta di AFA per la cittadinanza.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

- Gruppi di cammino

La SS Promozione della Salute, Epidemiologia e Governo della Domanda Territoriale intende sensibilizzare la popolazione di riferimento sull'importanza del movimento, quale stile di vita sano. Questo attraverso la diffusione dei gruppi di cammino, ovvero gruppi di persone che si ritrovano settimanalmente per camminare insieme. Si tratta di una attività semplice, gratuita, accessibile a tutti e facilmente realizzabile, che risponde al principio di equità e prossimità

Modalità di attuazione: si intende costituire una rete di collaborazione tra ASST e realtà del territorio attive sul movimento che preveda anche il coinvolgimento di MMG ed effettuare una mappatura/verifica delle aree in cui implementare i Gruppi di Cammino [Allegato 2 SCHEDE INTERVENTO S17](#).

3. Setting scuola: Formazione operatori per implementazione dei programmi regionali**Obiettivi:**

Gli operatori di vari servizi territoriali (ad oggi SS Promozione della Salute, SS Coordinamento Attività Consultoriali e Adozioni, Case della Comunità) partecipano all'implementazione del modello della Rete delle Scuole che Promuovono Salute Lombardia (SPS-SHE) attraverso la promozione dei programmi preventivi regionali (LIFE SKILLS TRAINING PROGRAM, UNPLUGGED, EDUCAPARI). Tali programmi hanno lo scopo di diffondere metodologie, modelli e azioni evidence-based fondate sul principio di equità e prevedono uno sforzo costante di collaborazione e corresponsabilità tra servizi sociosanitari e scolastici. Nello specifico si lavora al raggiungimento di quattro obiettivi strategici: sviluppare le competenze individuali; qualificare l'ambiente sociale; migliorare l'ambiente strutturale e organizzativo; rafforzare la collaborazione comunitaria.

Modalità di attuazione:

Il personale ASST Fbf-Sacco partecipa alla formazione effettuata da ATS Milano sui tre programmi preventivi regionali, al fine di acquisire le competenze per poter proporre e realizzare nelle scuole del territorio dei corsi di formazione per insegnanti sulle capacità e competenze di vita (life skills).

4. Primi 1000 giorni**Obiettivi:**

I primi 1000 giorni sono una finestra di opportunità di salute importante per il bambino e per la sua futura vita d'adulto ma anche per la famiglia e per la società. Numerosi studi mostrano come agire in questa fase della vita abbia un effetto benefico maggiore rispetto ad agire in fasi di vita più avanzata. I benefici di salute per il bambino e i benefici di salute fisica e psichica per la società nell'accompagnare alla genitorialità sono il primo obiettivo delle attività consultoriali svolte nei 1000 giorni.

Modalità di attuazione:

Nei Consultori Familiari (CF) sono previste varie attività rivolte al bambino e ai suoi genitori, che sono seguiti a partire dalla gravidanza fino ai primi tre anni di vita del bambino.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Vengono brevemente descritte le principali attività:

- **Assistenza alla gravida fisiologica** solo con assistenza ostetrica o alla gravida non fisiologica con la compartecipazione del medico. Nei CF esistono due percorsi assistenziali per la gravidanza che seguono le linee guida nazionali dell'ISS e che permettono alla donna di eseguire il suo percorso interamente nei CF anche per l'esecuzione delle ecografie ostetriche di I livello;
- **Training prenatale.** Ogni CF organizza 8 incontri, come training prenatale, che coinvolgono sia la gravida sia il compagno nel percorso che li avvicina alla genitorialità. Gli incontri sono eseguiti da personale ostetrico e psico sociale e hanno lo scopo di percorrere i cambiamenti fisici ed emotivi che preparano al parto ma soprattutto alla genitorialità. In alcuni CF sono presenti Training dedicati ad etnie precise con l'ausilio della mediazione culturale.
- **Visita domiciliare ostetrica.** Esiste un percorso dedicato alle donne che partoriscono nei nostri punti nascita e alle donne seguite presso i CF che garantisce un contatto rapido con l'ostetrica ed in base alle necessità una visita domiciliare o un contatto in telemedicina. Tale attività è in stretta collaborazione con i punti nascita e con la UOC Pediatria Ospedale Territorio sita presso il Presidio Ospedaliero Macedonio Melloni volta all'integrazione tra ospedale e territorio Allegato 2 SCHEDE INTERVENTO SI8: Telesupporto allattamento al seno.
- **Gruppi di sostegno alla genitorialità.** I gruppi di sostegno alla genitorialità hanno tematiche differenti e modalità di gestione diversi. Alcuni sono open senza nessuna iscrizione in giorni fissi e affrontano temi diversi (alimentazione, sessualità, come portare il tuo bambino...); altri sono dedicati solo ai papà o solo alle mamme, altri richiedono delle iscrizioni come il massaggio infantile per poter garantire che il gruppo si costituisca secondo criteri precisi. Ci sono incontri in collaborazione con il Comune di Milano presso i nostri CF o presso le Biblioteche Comunali "Nati per leggere" ed ora si stanno creando dei gruppi di ascolto musicale "Nati per la musica" in collaborazione con i conservatori. In spazi dedicati i nostri operatori collaborano attivamente con operatori di Save The Children che accolgono bisogni speciali di accompagnamento a servizi esterni territoriali sia pubblici (asili etc..) sia del terzo settore (corso di lingua...);
- **Spazio quarto trimestre.** Ogni CF ha degli spazi dedicati con personale altamente formato per assistere i genitori nelle prime settimane di vita e non solo, e per accompagnarli e sostenerli nella loro scelta di nutrizione del bambino sempre promuovendo e sostenendo l'allattamento ma accompagnando ad un'alimentazione artificiale o complementare sicura.

Progetto Nido Più.

Sono previsti percorsi laboratoriali rivolti ai genitori dei bambini dei servizi dell'infanzia, interventi di mediazione culturale, interventi di supporto psicologico al bisogno, azioni di comunicazione tramite podcast su specifiche tematiche di interesse dei genitori, incontri di coordinamento fra i vari referenti del progetto: ATS, ASST e Comune di Milano e realizzazione di un seminario per condivisione e diffusione di buone prassi Allegato 2 SCHEDE INTERVENTO SI9: Nido più insieme.



5. Vaccinazioni

Obiettivi:

In ottemperanza a quanto previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025, sono prioritari gli interventi mirati al miglioramento dell'offerta vaccinale per determinate popolazioni *target*.

In tal senso, si pone particolare focus sul potenziamento delle Campagne anti-Influenzale e anti-Covid e su azioni specifiche rivolte a soggetti maggiormente vulnerabili per età, patologie, condizioni fisiologiche, sociali, comportamentali o lavorative di aumentato rischio. Lo scopo è investire su una logica sanitaria pro-attiva che garantisca ai cittadini una migliore prossimità logistico-temporale del Servizio Vaccinale e una più efficace integrazione dei percorsi vaccinali nell'assistenza territoriale e ospedaliera.

Modalità di attuazione:

- Attivazione e implementazione dell'offerta vaccinale nelle CdC, come previsto da D.M. 77/22
- Incremento dei punti di offerta di prossimità della vaccinazione antinfluenzale crescenti dal 2024 al 2026 anche in collaborazione con MMG/PLS;
- Programmazione ed effettuazione di interventi mirati al contrasto all'esitazione vaccinale (**ALLEGATO 2 SI 10 – Contrasto all'esitazione vaccinale**)
- Attivazione dell'offerta vaccinale presso le strutture ospedaliere afferenti ad ASST con l'obiettivo di raggiungere i degenti, i pazienti ambulatoriali e gli Operatori Sanitari ospedalieri;
- Promozione di tavoli di incontro con i Direttori di Distretto, interlocutori degli specialisti ambulatoriali e ospedalieri, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta finalizzati a definire e strutturare percorsi vaccinali per i pazienti cronici;
- Promozione di tavoli di confronto con le associazioni del terzo settore focalizzate sull'assistenza alle categorie di popolazione *hard to reach*;
- Pianificazione di campagne di comunicazione utili al miglioramento delle coperture vaccinali;

6. Programmi di screening oncologici organizzati

Obiettivi:

Un programma di screening oncologico è un intervento di sanità pubblica che organizza esami a tappeto su ampie fasce di popolazione *target* per individuare, tra le persone apparentemente sane, quelle a rischio di sviluppare un determinato tumore. Individuare precocemente una condizione di rischio consente di offrire un trattamento precoce, e di ricevere tutte le informazioni necessarie per compiere una scelta informata.

Gli screening oncologici consentono di individuare precocemente i tumori della mammella, del colon retto e del collo dell'utero e si sono dimostrati efficaci nel ridurre:

- la mortalità specifica (il numero di decessi causati da un particolare tumore)

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

- l'incidenza specifica (il numero di nuovi casi di un particolare tumore), nei casi dei tumori del colon-retto e del collo dell'utero.

Modalità di attuazione:

La nostra ASST partecipa attivamente ai programmi di screening promossi da ATS Milano (mammella, colon-retto e collo dell'utero) e da ottobre 2024 ha iniziato una specifica campagna di sensibilizzazione della popolazione per aumentare l'adesione agli stessi -

Allegato 2 SCHEDE INTERVENTO SI11: nuovo modello di sensibilizzazione agli screening oncologici

7. Implementazione delle azioni previste dal Piano Locale GAP (gioco d'azzardo patologico) in collaborazione con ATS, ETS e EE.LL, Dipendenze – Alcool giovani.

Obiettivi:

A tutt'oggi è ancora poco diffusa la conoscenza delle dipendenze **comportamentali**, soprattutto in merito al Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA o GAP) per cui è sempre complesso il riconoscimento precoce e l'invio ad un iter di cura appropriato, sia nella popolazione generale come anche in alcuni settori ospedalieri.

Questa utenza richiede interventi integrati che garantiscano la multidisciplinarietà, fondamentale nell'approccio dei disturbi mentali come in tutte le *addiction*, e che possano rispondere a problematiche cliniche che si caratterizzano per lunga durata di decorso, frequente cronicizzazione, complessità dei trattamenti psicoterapeutici e psicofarmacologici e aspetti di gravi criticità nelle aree sociale e familiare.

Il nuovo Piano Operativo Locale GAP, in coerenza con quanto definito dalla Programmazione regionale, si articola su 4 Macro Obiettivi di ordine generale, di cui 3 relativi all'area della Prevenzione ed uno relativo all'area della Diagnosi Precoce, Cura e Riabilitazione. Tra gli obiettivi del Piano si evidenzia la necessità di supportare la messa a sistema di policy e azioni locali integrate fra ambito sociosanitario e sociale per la prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico che vedano attivamente coinvolti gli Enti Locali e il Terzo settore.

Modalità di attuazione:

Nell'ambito del progetto delle "Attività per il contrasto al Gioco D'Azzardo Patologico" di cui alla DGR XI/585 di R.L. dal 2018 la nostra Azienda mira a consolidare pratiche di prevenzione, modalità di invio, equipe di presa in carico e cura dei pazienti affetti da DGA. In questo senso si prevede che le attività di prevenzione sul DGA verranno implementate attraverso l'apertura di un secondo sportello di Prevenzione GAP presso la CdC Doria-Ricordi, oltre allo sportello già funzionante presso il P.O. Fatebenefratelli. Tramite l'attività degli sportelli si intende impostare una modalità organizzativa condivisa, partecipata e attiva in grado di sensibilizzare operatori e utenza sul tema del Disturbo da Gioco d'Azzardo. Tale attività avrà come scopo quello di effettuare un'osservazione del fenomeno all'interno dei luoghi di salute (ospedali, Case di Comunità...) al fine di intercettare precocemente segnali di problematiche correlate al Gioco d'Azzardo così come alle Dipendenze da alcool e sostanze. Gli operatori verranno infatti formati ad individuare segnali precoci di addiction al fine di poter inviare l'utenza in modo corretto e tempestivo.

Allegato 2 SCHEDE INTERVENTO SI12: implementazione delle azioni previste dal Piano Locale GAP.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Per quanto riguarda le attività di presa in carico e cura, verrà incrementato il panorama dell'offerta di trattamento con introduzione di gruppi terapeutici di secondo livello di tipo multi-familiare, verrà ampliata la rete di contatti con le realtà del territorio e proseguirà la collaborazione con le Unità di Psichiatria del Dipartimento al fine di offrire percorsi terapeutici specifici su pazienti affetti da comorbidità psichiatriche.

Al fine di incrementare l'offerta di trattamento si dovranno infine ottimizzare le diverse fasi del processo di presa in carico (valutazione, trattamento individuale/di gruppo, riabilitazione) dedicando, a questo scopo, parte dei fondi alla formazione degli operatori.

8. Piano d'azione territoriale "Network Giovani" per la realizzazione di interventi per contrastare il disagio dei minori.

Obiettivi:

L'adolescenza è un periodo cruciale in cui si strutturano i comportamenti sociali ed emotivi che costituiscono la base per una condizione di benessere mentale. In questo contesto è essenziale la disponibilità di ambienti protettivi e supportivi in famiglia, a scuola e più in generale nella comunità.

I dati che riguardano la salute mentale dei nostri adolescenti sono allarmanti. Siamo al corrente che nel corso degli ultimi anni, in concomitanza della fase post pandemica, gli adolescenti e i giovani adulti hanno manifestato segni di sofferenza psichica su più fronti.

L'obiettivo del Piano è mettere in rete e creare raccordi e sinergie operative tra le reti esistenti, i Servizi e le iniziative rivolte a preadolescenti, adolescenti e alle loro famiglie, per consentire, attraverso il coinvolgimento della comunità educante, di definire e mettere a sistema percorsi finalizzati ad attuare una presa in carico precoce ed integrata del disagio. Il progetto intende rafforzare la collaborazione e l'integrazione tra i servizi territoriali della ASST: Psicologia clinica e Tutela Minori, UONPIA, SC Dipendenze, SS Coordinamento Attività Consultoriali e Adozioni, SS Promozione Salute, Epidemiologia, Governo della Domanda Territoriale, interessati alla fascia giovanile e potenziare azioni nell'area dell'empowerment personale, della socializzazione e dell'integrazione in modo da promuovere la salute, oltre che facilitare una presa in carico del minore che presenta caratteristiche di disagio e della sua famiglia.

Tale misura prevede di costituire un network multidisciplinare di lavoro, al fine di creare dei gruppi psicoeducativi rivolti ai giovani e alle loro famiglie sulle tematiche relative allo sviluppo adolescenziale.

Modalità di attuazione:

- *Costituzione del tavolo di lavoro fra i diversi attori coinvolti:* Psicologia clinica e Tutela Minori, UONPIA, SC Dipendenze, SS Coordinamento Attività Consultoriali e Adozioni, SS Promozione Salute, Epidemiologia, Governo della Domanda Territoriale. Il Tavolo è dedicato alla organizzazione e progettazione dell'attivazione di gruppi psicoeducativi rivolti ai ragazzi che manifestano disagio.

- *Attivazione di gruppi psicoeducativi rivolti agli adolescenti e ai genitori:* realizzazione dei gruppi e attività di supporto e monitoraggio fra le equipe per la gestione del disagio giovanile.

Allegato 2 SCHEDE INTERVENTO SI13 NETWORK GIOVANI.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

9. Contrasto e prevenzione della violenza di genere

L'ASST FBF Sacco, da anni si occupa, all'interno dei suoi Presidi Ospedalieri e di alcune aree specialistiche territoriali, dei temi legati alla violenza di genere.

In particolare:

- è in uso un'istruzione operativa denominata "Gestione maltrattamento/abuso fisico in donne maggiorenni".

Obiettivi:

Definire le azioni da mettere in atto in caso di riscontro di sospetto maltrattamento/abuso fisico in donne maggiorenni.

Modalità di attuazione:

Sono definite indicazioni sulla modalità di gestione dei casi di maltrattamento/violenza dall'accesso ai Pronto Soccorso, all'accettazione ostetrico ginecologica, alle U.O. di degenza, agli ambulatori, ai servizi interni della ASST Fatebenefratelli Sacco.

- partecipa ai lavori rispetto al "Protocollo interistituzionale e territoriale per il contrasto alla violenza maschile contro le donne" che ha l'obiettivo di realizzare collaborazioni stabili per sviluppare una rete che coinvolga diverse professionalità e creare metodologie di lavoro comuni a supporto delle donne che subiscono violenza partendo dalle attività di prevenzione;
- ha partecipato alla stesura del "Vademecum tra rapporti educativi scolastici, servizi sociali, servizi sanitari, sociosanitari autorità giudiziaria a tutela dei minorenni".

Gli approfondimenti sul tema della violenza di genere hanno però riguardato fino ad oggi i soli presidi ospedalieri, nonostante questi non siano gli unici luoghi dove possono essere intercettate situazioni di violenza sulle donne. Si tratta di una ASST che copre una vasta area urbana di Milano; l'estensione territoriale e le peculiarità dei diversi servizi rendono necessario, anche all'interno della stessa ASST, coordinare attività che rispondano in modo integrato ai bisogni sempre più complessi ed emergenti della comunità.

Si intende quindi rafforzare la collaborazione e l'integrazione tra i servizi ospedalieri e quelli territoriali della ASST, promuovendo la creazione di collaborazioni strutturate tra tutti i soggetti che, a livello distrettuale, operano su uno dei suoi territori. La Direzione socio sanitaria ha individuato nel Servizio Sociale Professionale Aziendale il coordinamento delle attività in quanto, da anni, è uno dei soggetti maggiormente coinvolti nella gestione delle situazioni di violenza, nell'attivazione della rete dei servizi intra ed interaziendali e nella promozione di attività formative sui temi correlati alla violenza di genere. Gli altri servizi aziendali che hanno manifestato il loro interesse a partecipare alla progettazione e alla realizzazione delle attività previste sono: la S.S. Psicologia Clinica e Tutela dei Minori, la S.S. Coordinamento Attività Consultoriali ed Adozioni, SC di NPJA, il Dip. di salute mentale e dipendenze, le Case di Comunità. - **Allegato 2 SCHEDE INTERVENTO SI14:** *Linee guida per la presa in carico di donne vittime di violenza, con o senza figli, con fragilità Sociosanitarie.*

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Nel Distretto 1 in Via Della Commenda 12 è inoltre presente l'SVSeD - Soccorso Violenza Sessuale e Domestica: è un centro antiviolenza pubblico, che si rivolge a tutte le vittime di violenza, di qualunque sesso ed età. Attivo dal 1996 è stato riconosciuto dalla regione Lombardia, come centro di Assistenza regionale per i problemi della violenza alle donne e ai minori. È anche punto di riferimento per i P.O. cittadini rispetto alle donne che riferiscono di avere subito violenza sessuale che vengono trasferite per presa in carico, previo contatto e accordo con gli operatori del servizio.

10. Piano invecchiamento attivo

Obiettivi:

Il Piano per l'invecchiamento Attivo, a partire dalla DGR 2168/2024, ha l'obiettivo di definire un modello di rete stabile che garantisca interventi integrati e innovativi a favore dell'invecchiamento attivo. Lo strumento principale di cui si dota, oltre alla co-progettazione di diversi tavoli che coinvolgono il territorio ATS, consiste nel Piano di Azione Territoriale a regia ATS.

Modalità di attuazione:

L' ASST FBF Sacco intende collaborare al Piano per l'Invecchiamento Attivo partecipando come partner alle azioni previste dal progetto "Age-Mi-Up: spazi e reti cittadine per l'invecchiamento attivo" promosso da Spazio Aperto Servizi con il coinvolgimento del Comune di Milano. Il progetto intende sperimentare modelli e progetti innovativi tesi a promuovere l'autonomia, l'inclusione sociale e l'invecchiamento attivo, nonché il contrasto dell'isolamento e la deprivazione relazionale- affettiva della popolazione anziana (over 65).

In particolare l'ASST FBF Sacco contribuirà nel biennio 2025-2026 alle azioni del "WP1 – PROMOZIONE DEL BENESSERE E DELLO SPORT AD OGNI ETÀ (attività 1.3 e 1.5), mettendo a disposizione il "Laboratorio per la promozione dell'attività fisica e del movimento", già definito nel punto 1. Sarà effettuata una mappatura dei programmi AFA/EFA e simili sul territorio di competenza e promossa l'attivazione di nuovi gruppi di cammino (

Allegato 2 SI7).

Inoltre si prevede di organizzare una serie di incontri formativi/informativi sul tema dell'invecchiamento attivo coinvolgendo le Case di Comunità dell'ASST FBF Sacco. Tali incontri saranno rivolti a tutti i cittadini e tesi ad illustrare le possibili modalità per ritardare alcune patologie che riguardano l'invecchiamento. Gli incontri potranno riguardare: le politiche europee per la promozione dell'invecchiamento attivo; gli aspetti psicologici dell'invecchiamento; nuove forme di residenzialità per anziani in Italia e in Europa; attività specifiche previste dalla rete dei partner coinvolti, ecc.



3.2.5 Lo sviluppo della Telemedicina

La diffusione dei servizi di Telemedicina (*i.e.* Televisita, Teleconsulto, Teleassistenza e Telemonitoraggio) rappresenta uno degli obiettivi strategici del *Programma Regionale di Sviluppo Sostenibile* (PRSS), come indicato dalla Deliberazione n. XII/2089 (Seduta del 25/03/2024) della Giunta di Regione Lombardia. L'ASST Fatebenefratelli Sacco ha implementato numerose progettualità di *Medicina Digitale* durante il periodo pandemico, in particolare con l'attivazione: del portale COD20 per l'erogazione di Televisite e Teleassistenza, dell'infrastruttura di Teleriabilitazione con una postazione di controllo ospedaliera (*i.e.* *Khymeia TeleCockpit* - U.O. *Riabilitazione Specialistica*, P.O. Ospedale "Luigi Sacco") e di sistemi a uso domiciliare dotati di *tablet*, spirometri e sensoristica indossabile (*i.e.* *Khymeia HomeKit* - U.O. *Riabilitazione Specialistica*, P.O. Ospedale "Luigi Sacco" e *Ambulatori Socio Sanitari Territoriali* del Progetto CASA ALER).

Indicatori specifici per ogni Azienda

Definizione del modello organizzativo per l'implementazione dei servizi di Telemedicina

L'esperienza delle attività di Telemedicina e monitoraggio domiciliare dell'ASST Fatebenefratelli Sacco sono state strutturate e consolidate durante il periodo pandemico, in particolare con il Progetto di monitoraggio domiciliare del *Centro Universitario di Telemedicina* (CUT). Gli interventi attivati in occasione dei primi mesi dell'emergenza pandemica, hanno permesso di implementare nel "**Progetto Sperimentale di innovazione sociale e welfare locale nei quartieri di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP) localizzati nella Città di Milano**", ai sensi della DGT 2717 del 3 dicembre 2019 (POR FSE 2014-2020, ASSE II, Azione 9.4.2) dell'ASST Fatebenefratelli Sacco e dell'*Università degli Studi di Milano* un progetto dedicato a **Telemonitoraggio** e **Telemedicina** (Progetto 3). Il Progetto ha previsto la generazione di un flusso informativo tra ospedale e territorio, consentendo la presa in carico di pazienti affetti (o potenzialmente affetti) da criticità, in particolare quelli resi "fragili" dall'età avanzata, dalle comorbidità o dalla limitazione nella mobilità. Il Progetto si è rivolto, in particolare, ai soggetti appartenenti a quartieri a rischio di marginalità e disagio sociale rispondendo, in particolare, ai bisogni di:

- Gestire al domicilio per il paziente e per il suo nucleo familiare un **flusso di informazioni socio-sanitarie** in uscita (*i.e.* monitoraggio) e in entrata (*e.g.* attività educativa, istruzioni, prescrizioni);
- **Collegare le diverse figure sanitarie** a supporto del paziente e del nucleo familiare, rendendo disponibili e condividendo le informazioni rilevanti (compatibilmente con le normative vigenti in materia di tutela dei dati personali);
- Gestire l'**eleggibilità del paziente** rispetto ai *setting* di cura più adeguati, prendendolo in carico al domicilio quando necessario, oppure indirizzandolo verso i servizi ambulatoriali presenti sul territorio.
- Supportare i **processi diagnostici**, di monitoraggio e di terapia con piattaforme di **Medicina Digitale**.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Per quest'ultimo fine è stata attivata la **piattaforma informatica COD-20**, implementata inizialmente per sorvegliare attivamente i pazienti con infezione acuta da SARS-CoV-2 (COVID-19) o sospetti tali nel contesto domiciliare, monitorandone l'andamento clinico, il rispetto della quarantena; rilevandone i bisogni clinici, psicologici e sociali; cooperando con la gestione delle quarantene e dei tamponi ed estendendo la rilevazione ai contatti nel nucleo familiare presente al domicilio. La piattaforma presentava, inoltre, le potenzialità di:

- A) Raccordare la gestione territoriale** del paziente (i.e. Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta) con quella centralizzata/ospedaliera (nelle fasi progettuali preliminari incentrata, in particolare, sulle problematiche di interesse infettivologico).
- B) Erogare servizi clinici, informazioni** (i.e. attività educativa), **raccomandazioni e prescrizioni** al nucleo domiciliare/familiare coinvolto.
- C) Analizzare l'andamento dei parametri vitali** rilevati al domicilio, a supporto dei decisori clinici istituzionali.

All'interno dell'ASST Fatebenefratelli Sacco, la piattaforma COD20, ha quindi visto una progressiva crescita, sia nel numero degli operatori coinvolti, sia nel numero di prestazioni erogate a beneficio di pazienti al domicilio. Nel corso del 2023 la piattaforma informatica COD20 ha accolto fino a **253 operatori sanitari** dell'ASST Fatebenefratelli Sacco, che hanno complessivamente erogato **5052 visite e prestazioni sanitarie** (per un totale di 202490 minuti di attività socio-sanitaria e sanitaria da remoto).

<i>Specialisti</i>	<i>Visite</i>	<i>Minuti</i>
235	5052	202490

Tra il 01/01/2024 e il 07/08/2024 la piattaforma COD20 dell'ASST Fatebenefratelli Sacco ha visto attivi 195 operatori sanitari (i.e. Medici, Infermieri di Famiglia e di Comunità, Psicologi, Assistenti Sociali, Fisioterapisti) con un totale di 3989 prestazioni erogate e 128858 minuti di collegamento in remoto con i pazienti.

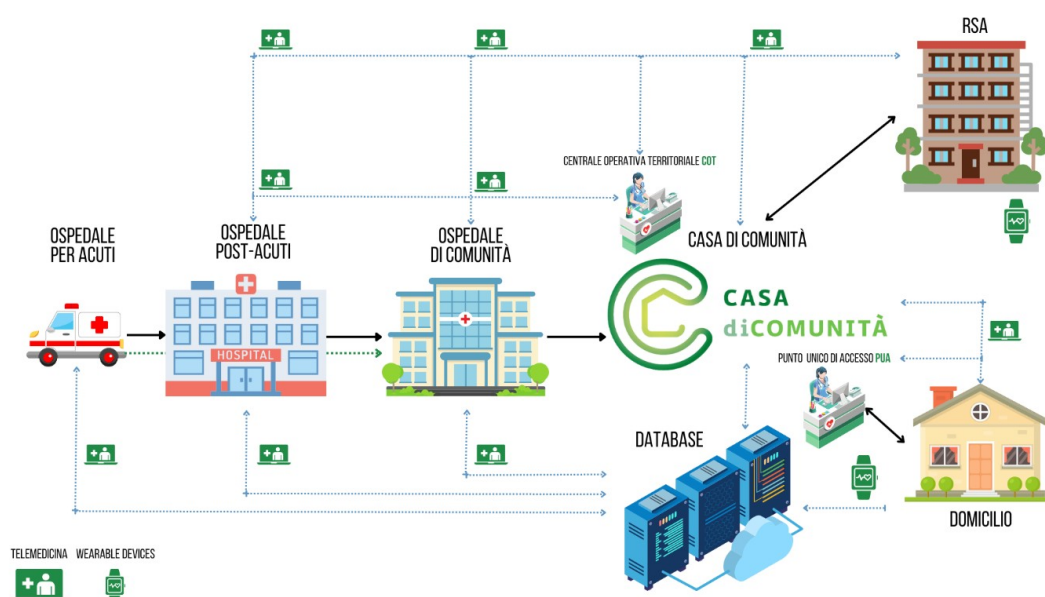
<i>Specialisti</i>	<i>Visite</i>	<i>Minuti</i>
195	3989	128858



Il **Progetto Sperimentale di innovazione sociale e welfare locale nei quartieri di edilizia residenziale pubblica (ERP) localizzati nella Città di Milano (Progetto CASA ALER)** ha permesso di consolidare le modalità operative sulla piattaforma COD20, migliorando l'integrazione tra le strutture ospedaliere e le realtà territoriali aziendali. Nel contesto del medesimo Progetto è stata inoltre consolidata l'attività di **Teleriabilitazione**, già avviata dall'Unità Operativa di Riabilitazione Specialistica dell'Ospedale "Luigi Sacco".

Inoltre nel contesto del Progetto Sperimentale di innovazione sociale e welfare locale nei quartieri di edilizia residenziale pubblica (ERP) localizzati nella Città di Milano (Progetto CASA ALER) è stato anche avviato il **Progetto Radiologia Domiciliare** per l'esecuzione di radiografie del torace al domicilio di pazienti fragili o non trasportabili, su richiesta del Medico di Medicina Generale o del medico specialista. Anche in questo caso l'istruzione operativa, realizzata da un tavolo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare dell'ASST Fatebenefratelli Sacco, prevede il trasferimento di dati (le immagini radiografiche acquisite al domicilio del paziente dai Tecnici Sanitari di Radiologia Medica - TSRM) e la possibilità del medico specialista Radiologo di refertare l'esame a distanza (i.e. **Telerefertazione**), rendendolo disponibile sul **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** del paziente.

Tutte queste attività di Televisita, Teleconsulto, Teleassistenza, Telecooperazione, Teleriabilitazione e Telerefertazione dovranno essere messe a sistema in un network di **Medicina Digitale** che possa favorire il trasferimento di dati clinici, immagini e informazioni sanitarie tra le diverse strutture e i diversi servizi dell'ASST Fatebenefratelli Sacco. Il network della Medicina Digitale è parzialmente rappresentato nelle sue salienti modalità di interazione e contatto nella **Figura 3**, dove vengono evidenziati con frecce nere continue i flussi fisici di pazienti (e.g. dagli ospedali per acuti, verso gli ospedali di comunità, fino al domicilio, passando per il contatto con le Case di Comunità, nello specifico le Centrali Operative Territoriali). Le linee azzurre tratteggiate indicano invece i possibili flussi di dati tra le diverse strutture dell'ASST, ospedaliere e territoriali.



Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Figura 3 - Il network della Medicina Digitale per la continuità di cura tra ospedale e territorio. I sistemi di Medicina Digitale con servizi di Telemedicina (come la Televisita o il Teleconsulto), di Teleassistenza e di Telecooperazione possono favorire la continuità di cura del paziente nel passaggio tra l'ospedale per acuti e il territorio, fino al suo domicilio. In questa infografica sono riportate le numerose possibili connessioni tra le diverse strutture sanitarie presenti sul territorio, sia con collegamento diretto tra operatori sanitari, sia con contatti in modalità remota nei confronti dei pazienti. In corso di implementazione, poi, è l'individuazione di wearable devices (rappresentati nell'immagine con uno smartwatch) per il telemonitoraggio del paziente all'interno del suo domicilio (nella parte destra dell'immagine), con la rilevazione programmata di parametri vitali (come i parametri cardio-vascolari) o di parametri legati alle attività svolte (come il movimento, il cammino o il rischio di caduta), misurati con sensori inerziali, orologi smart o solette sensorizzate (i.e. smart insoles). [Immagine originale: Fatebene@Casa].

Mappatura dei processi attivi e delle relative responsabilità nella gestione dei processi di Telemedicina

Nella programmazione degli interventi per lo sviluppo delle attività di Telemedicina e di Medicina Digitale è necessario fare riferimento alla programmazione nazionale (DM 256/2022; DM 298/2022) e regionale (DGR XII/1475/2023) e alle attività che DG Welfare sta svolgendo per l'attuazione del Piano Strategico Digitale di Regione Lombardia. A questo scopo, in data 05/06/2024, sono iniziati i tavoli di lavoro per la mappatura e la definizione dell'assetto organizzativo territoriale, delle transizioni gestite dalle COT e delle esperienze di Telemedicina attualmente attive all'interno delle strutture dell'ASST Fatebenefratelli Sacco.

Attivazione di almeno un progetto di telemonitoraggio nel 2024

Coerentemente con le indicazioni regionali di Regione Lombardia indicate nella DGR n. XII/2089 (25/03/2024) le ASST sono chiamate ad attivare almeno un progetto di **Telemonitoraggio** entro il 2024.

Nell' **Allegato 2 - SCHEDE INTERVENTO SI15-SI16-SI17-SI18**, si riportano i progetti di telemonitoraggio proposti sui Distretti di competenza territoriale (1, 2, 3, 4, 8) per il prossimo triennio, specificando gli obiettivi e i relativi **target** di pazienti.

3.2.6 La presa in carico dei cronici e fragili

Per quanto riguarda l'attuazione della DGR 2755/2024, in relazione alla presa in carico del paziente cronico - **Allegato 2 SCHEDE INTERVENTO SI19** si attende la scheda aggiornata in relazione all'esito del gruppo di lavoro con ATS e Politecnico.

Progetto Percorso di sorveglianza domiciliare (PSD) per la Medicina Generale

Le DGR N° XII / 430 del 12/06/2023 e N° XII / 717 del 24/07/2023 determinano l'avvio e la gestione in Lombardia di un progetto di sorveglianza domiciliare a favore delle persone over 65 affette da patologie croniche che possano beneficiare di un monitoraggio programmato al fine di prevenire accessi in PS o ricoveri inappropriati e che abbiano difficoltà ad accedere allo studio medico per condizioni cliniche/logistiche (deficit funzionali/barriere). La presa in carico di tali pazienti da parte del MMG potrà realizzarsi attraverso accessi:

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

- effettuati personalmente o tramite proprio personale infermieristico;
- effettuati da parte dell'Infermiere di Comunità (IFEC) del distretto di residenza dell'assistito, sotto la sorveglianza del MMG.

Obiettivi:

Il progetto si pone come obiettivo la presa in carico dei pazienti fragili attraverso l'attivazione dell'assistenza domiciliare. La realizzazione del nuovo modello di sanità territoriale prevede la collaborazione a livello distrettuale tra Case di Comunità di ASST (IFeC) e MMG operanti sul territorio.

Modalità di attuazione:

I MMG che aderiscono al progetto segnalano al Distretto i propri assistiti per i quali viene proposto il PSD, attraverso la compilazione della scheda di presa in carico (*), indicando la modalità prescelta di accessi (diretta o con IFEC - vedi sopra). La sorveglianza, che di norma prevede 1 accesso al mese o al massimo 2 accessi, può essere effettuata anche con l'utilizzo di una strumentazione digitale che permetta di evidenziare eventuali aspetti di criticità. Laddove il MMG scelga gli accessi effettuati dall'IFEC, quest'ultimo compilerà su portale dedicato il diario accessi così da informare il MMG sull'evoluzione clinica del Paziente. Laddove l'IFEC riscontrasse situazioni cliniche particolari del paziente in carico, si rapporta direttamente tramite contatto telefonico con il MMG per ricevere indicazioni sulle procedure da adottare (progetto già attivo). **Allegato 2 - SCHEDE INTERVENTO SI20: creazione di un modello di Governance dei servizi Sociosanitari rivolti alle persone in situazione di grave marginalità a Milano.**

Protocollo ambulatorio dedicato per la cura del Diabete e delle complicanze ad esso correlate**Obiettivi:**

presa in carico del paziente diabetico per la valutazione clinica ed infermieristica al fine di ridurre le complicanze e incrementare l'empowerment del paziente verso la corretta gestione della malattia

Modalità di attuazione:

L'infermiere della casa di comunità in occasione della visita diabetologica presso lo specialista della casa di comunità il paziente viene valutato dall'infermiere

1) per osservazione del piede

2) somministrazione di un questionario finalizzato a rilevare:

le competenze in merito all'utilizzo dei device per l'automonitoraggio e l'adesione alla terapia

3) analisi del fondo dell'occhio tramite l'utilizzo della retinografia che consente di inviare in diretta all'oculista l'esito della valutazione con i provvedimenti conseguenti che si rendono necessari

Lo specialista della casa di comunità redige il referto con le indicazioni terapeutiche destinato al MMG e lo pubblica nel FSE deve essere sempre indicato nel referto sia il recapito dello specialista sia il recapito dell'infermiere dell'ambulatorio dedicato (protocollo in fase di implementazione).



Progetto di screening della retinopatia diabetica

Obiettivi

1. Mettere in atto una campagna di prevenzione secondaria, effettuando uno screening della retinopatia diabetica al fine di ridurre incidenza, prevalenza e complicanze della patologia, anticipando la diagnosi.
2. Migliorare il percorso di presa in carico del paziente diabetico facilitando l'accesso alla prestazione oculistica, con particolare attenzione alle fasce più disagiate della popolazione.
3. Ridurre i tempi d'attesa per la visita oculistica, perfezionando il target di popolazione diabetica su cui effettuarla.
4. Migliorare la qualità di vita del paziente diabetico riducendo i casi di cecità legale (residuo visivo non superiore a 1/20 nell'occhio migliore).
5. Ridurre i costi sul sistema sanitario derivanti dalle complicanze ed in generale i costi sociali della malattia.

Modalità di attuazione:

Il diabetologo nel corso della visita propone al paziente diabetico target l'effettuazione dello screening ed in caso di assenso acquisisce il consenso informato del paziente. L'infermiere accoglie il paziente e predispone quanto necessario per effettuare l'invio dell'immagine tramite utilizzo del retinografo. Il personale infermieristico coinvolto è identificato in unità infermieristiche che seguono il paziente diabetico per l'attività di propria competenza (educazione terapeutica) e che usualmente affiancano il diabetologo nel corso del proprio operato. L'immagine acquisita viene contemporaneamente trasmessa tramite Software dedicato all'oculista che da remoto, in tempo reale, la valuta e trasmette l'esito della valutazione al diabetologo. Contestualmente avviene la pubblicazione dell'esito/referto su FSE. In caso di certa/sospetta alterazione strutturale della retina l'oculista avrà cura di pubblicare su referto anche la data della proposta di visita oculistica di approfondimento (all'interno di agende dedicate e nel rispetto delle tempistiche dettate dai codici di priorità). Inoltre redige l'impegnativa (DEM) per la visita oculistica di avvio ad una terapia specialistica (es: iniezioni intravitreali; interventi di chirurgia vitreoretinica; trattamenti laser).

5 Qualora il paziente preferisca rivolgersi ad un altro centro oculistico diverso da quello proposto, lo stesso comunicherà tramite mail l'eventuale disdetta della visita. I due professionisti (oculista e diabetologo), in caso di necessità, potranno avere un confronto in tempo reale al fine di proporre il migliore approccio terapeutico al paziente. Qualora l'indagine non evidenziasse alcuna alterazione il paziente effettuerà i controlli diabetologici come da programma con una rivalutazione del fondo oculare nei tempi previsti, con analogo metodica o metodica tradizionale.

3.2 SECONDA FASE (DURATA 3 MESI) In una fase successiva il progetto prevede di coinvolgere i medici di medicina generale che lavorano in forma singola o in forma associata. I medici di medicina generale aderenti saranno supportati da un ortottista di ASST Fbf-Sacco, che si renderà disponibile alla valutazione dei pazienti diabetici da loro identificati. In tal caso si prevede che l'ortottista effettui l'esame presso lo studio del medico di medicina generale, avvalendosi dell'utilizzo di un retinografo portatile (protocollo in fase di implementazione).

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Progetto di intervento nelle situazioni di grave inconveniente igienico

Le ASST e il Comune di Milano, attraverso il confronto dei rispettivi servizi sociali professionali, hanno frequentemente rilevato e discusso situazioni di persone con fragilità psico/organiche e socioassistenziali, che vivono in abitazioni dove è presente grave inconveniente igienico e sanitario. È stata quindi condivisa la necessità di sviluppare percorsi di integrazione tra gli Enti/servizi/specialisti coinvolti, finalizzati alla costruzione di un possibile protocollo operativo tra ATS Comune e Servizi Sanitari, per il trattamento del target individuato. Il percorso potrebbe coinvolgere anche Enti del Terzo Settore. **Allegato 2 SCHEDE INTERVENTO SI21**. Inoltre, in previsione dell'istituzione del Pronto Intervento Sociale del Comune di Milano, è prevista la partecipazione a tavoli di lavoro operativi con l'obiettivo di costruire un protocollo operativo che definisca le modalità di segnalazione di emergenza sociali, la casistica di riferimento, la gestione e la presa in carico gli impegni di ciascun ente coinvolto (procedura già attiva).

Procedura per l'integrazione tra CPS e CdC

La letteratura evidenzia come chi soffre di disturbo mentale abbia un'aspettativa di vita inferiore a quella della popolazione generale per diverse ragioni (maggior rischio di patologie croniche, stili di vita meno salutari, minor accesso alle cure, minor compliance farmacologica).

Obiettivi:

Migliorare la qualità della vita e la salute fisica dei pazienti afferenti ai CPS aziendali ottimizzando le opportunità fornite dal recente rafforzamento dei servizi territoriali; semplificare l'accesso ai CPS per individui con sofferenza psichica identificati dai MMG, dai Medici Specialisti, o da altro personale sanitario delle CdC.

Modalità operative:

Invio dei pazienti dal CPS alla CdC.

Gli infermieri del CPS trasmettono alla COT di competenza territoriale le impegnative per visita specialistica; gli infermieri COT provvedono con il CUP della CdC di riferimento ad assegnare un appuntamento che verrà comunicato al CPS segnalante; gli infermieri della COT provvedono ad informare il MMG delle azioni messe in campo per il paziente. Invio dei pazienti dalla CdC al CPS. Il MMG, il Medico Specialista e altro personale sanitario delle CdC possono inviare pazienti al CPS territorialmente competente per una visita psichiatrica o un colloquio psicologico propedeutici all'attivazione del percorso di cura appropriato. Il modulo di richiesta per una visita psichiatrica o un colloquio psicologico, completo di dettagli anagrafici, informazioni mediche e motivazione, sarà inviato via email al CPS competente attraverso la COT. I pazienti possono accedere direttamente al CPS durante gli orari di apertura, presentando un'impegnativa regionale fornita dal MMG o dal Medico Specialista, per un colloquio di accoglienza. La successiva visita o il colloquio rispetteranno i tempi di attesa previsti nei servizi territoriali psichiatrici: tre giorni lavorativi nel caso di visita urgente, quindici giorni lavorativi nel caso di visita o colloquio non urgente. In caso di necessità il personale sanitario delle CdC potrà inviare direttamente il paziente in CPS per un colloquio di accoglienza.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Procedura per l'integrazione tra UONPIA e CdC

Nell'esordio e delle riacutizzazioni delle patologie neuropsichiatriche giocano un ruolo protettivo importante i corretti stili di vita, le buone condizioni di salute complessiva della persona e la capacità di interazione con la comunità di appartenenza, oltre che una presa in carico precoce di eventuali disturbi.

Obiettivi

Promuovere la presa in carico socio-sanitaria-assistenziale presso i servizi attivati nelle Case di Comunità dei pazienti con disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva e delle loro famiglie; presa in carico dei pazienti con disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva intercettati in Casa di Comunità presso i servizi UONPIA.

Modalità Operative

Invio dei pazienti dalla UONPIA alla CdC

I pazienti gestiti dalle UONPIA potranno essere indirizzati alle CdC territorialmente competenti per percorsi di prevenzione, diagnosi e monitoraggio. Una scheda di segnalazione sarà inviata alla COT, dopo una comunicazione telefonica tra gli operatori sanitari coinvolti. La COT avrà il compito di organizzare un percorso diagnostico e terapeutico specializzato per il paziente e di informare il PLS/MMG sul piano di trattamento concordato.

Invio dei pazienti dalla CdC alla UONPIA

Si individuano due metodi distinti per indirizzare i pazienti alla UONPIA:

Per i pazienti che si rivolgono al Punto Unico d'Accesso (PUA): Il ruolo del PUA sarà di fornire informazioni e orientamento sulla UONPIA territorialmente competente e alle specifiche procedure per accedere ai servizi di NPPIA. In questa situazione, il genitore o il tutore legale potrà recarsi direttamente alla UONPIA competente e effettuare un colloquio con il personale sanitario non medico per il triage e l'inserimento del minore nella lista di attesa per la prima visita (procedura già attiva).

ALLEGATO 2 – Scheda intervento 22: Sviluppo di percorsi oncologici in continuità ospedale territorio.**Obiettivi:**

strutturare e applicare percorsi tra ospedale e territorio che consentano l'erogazione di prestazioni a favore dei soggetti affetti da patologie oncologiche al fine di offrire prestazioni agli stessi presso le CdC.

In particolare, i percorsi strutturati consentirebbero a pazienti oncologici residenti in aree interne o con difficoltà a raggiungere l'ospedale, di ricevere trattamenti e controlli previsti in modo protetto e connesso, presso strutture di prossimità o a domicilio.

Modalità di attuazione:

sulla base della discussione attivata all'interno del tavolo di lavoro, sono stati definiti i percorsi attivabili e gestibili in CdC declinando per ognuno di essi la tipologia di soggetti che potrebbero accedere agli stessi e la tipologia di prestazioni erogabili per tipo di soggetti (progetto in fase di implementazione).

Progetto di collaborazione pubblico-Enti del terzo settore per la gestione dei Pazienti in cure palliative**ALLEGATO 2 – scheda intervento SI 23**

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Obiettivi:

Gli Enti del Terzo settore sono stati fondamentali per lo sviluppo delle cure palliative in Italia e oggi rappresentano una risorsa fondamentale in tale ambito per il patrimonio di esperienza che hanno maturato nel corso degli anni accanto ai malati e alle loro famiglie, per la loro posizione privilegiata di prossimità territoriale che permette una chiara lettura dei bisogni delle persone malate, per la capacità di sviluppare sinergie con le risorse presenti nel territorio di riferimento.

La collaborazione con gli Enti del Terzo Settore nella gestione dei Pazienti con bisogni di Cure palliative può consentire di creare percorsi assistenziali innovativi, capaci di rispondere alla complessità dei bisogni non solo clinici ma anche socio-assistenziali dei Pazienti.

Modalità di attuazione:

- 1) Creazione e avvio di un progetto di collaborazione con Enti del terzo Settore, con esperienza nel settore delle Cure palliative per la gestione dell'assistenza infermieristica (sia in Hospice che a domicilio) dei Pazienti in carico all'ASST, mantenendo la responsabilità clinica in carico ai Dirigenti Medici dell'ASST;
- 2) Coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato operanti nel settore;
- 3) Avvio di percorsi di formazione congiunta sulle cure palliative, con coinvolgimento del territorio (MMG, Case della comunità, ADI ecc);
- 4) creazione di un progetto di collaborazione tra l'equipe di cure palliative domiciliari e l'ADI domiciliare per la corretta gestione dei bisogni assistenziali e l'ottimizzazione dell'uso delle risorse (progetto in fase di implementazione).

Protocollo tra ATS della Città Metropolitana Di Milano - Comune Di Milano – ASST Fatebenefratelli Sacco - ASST Santi Paolo e Carlo e ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda Per l'attuazione dell'integrazione sociosanitaria nei Distretti Sociosanitari e nelle strutture territoriali previste dal D.M. 77/2022 – Anno 2024.

4. Monitoraggio del Piano e rendicontazione

Il PPT ha durata triennale, ma gli esiti intermedi delle azioni intraprese devono essere valutati annualmente anche ai fini di un eventuale aggiornamento del PPT stesso.

Rispetto alle Schede intervento il monitoraggio verrà effettuato almeno ogni sei mesi o in tempistiche più brevi se richiesto dallo specifico intervento. Annualmente, entro il 31 Gennaio dell'anno successivo a cui si riferisce il monitoraggio, verrà prodotta una relazione delle progettualità e dei servizi attivati secondo lo schema seguente.

Copia della relazione verrà inoltre inviata ad ATS entro il 28/2 .

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Tabella di rendicontazione degli interventi

	Distretti		
Progetto	(riportare descrizione come da tabelle degli interventi)		
Indicatore e esito atteso	(riportare l'esito atteso come da tabelle degli interventi)		
Esito misurato anno xxx			
Eventuali azioni correttive che si intendono implementare			

5. Il processo di sviluppo e approvazione del piano

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

Tra luglio e settembre, la Direzione Strategica di ATS promuoverà con le ASST momenti di incontro finalizzati alla condivisione delle prime stesure dei PTT; gli incontri saranno utili per identificare possibili sinergie progettuali tra ASST e per la proposta di eventuali azioni aggiuntive.

A seguito del confronto con ATS, la Direzione di ASST aggiorna il piano e avvia le attività di consultazione finale che porteranno alla sottoscrizione entro il 31/12/2024.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

6. Riferimenti Normativi

- Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità Ex l. 17 luglio 2020 n. 77;
- LR 22/2021;
- Legge 234/2021;
- DGR XI/6760/2022;
- DGR XI/6867/2022;
- DGR XII/715/2023;
- DGR XII/718/2023;
- DGR XII/1025/2023;
- DGR XII/1475/2023;
- DGR XII/XII/1827/2024;
- DGR XII/2033/2024;
- DGR XII/2167/2024;
- DGR XII/2089/2024;
- DM 120/2022;
- DM 77/2022;
- DM 256/2022;
- DM 298/2022;
- Legge Delega sulla Disabilità n. 227/2022, L.R. 25/2022;
- Legge Delega sulla Non Autosufficienza n. 33/2023
- PNRR Missione 6 (Componente 1 e Componente 2);
- DGR XII/2755/2024