

Schede Intervento

Sommario:

<i>SI 1 – Terzo Settore</i>	<i>3</i>
<i>SI 2 – Verso le nuove EVM secondo il Decreto Legislativo del 3 maggio 2024, n. 62</i>	<i>5</i>
<i>SI 3 – Procedura per la Presa in Carico Territoriale da Pronto Soccorso</i>	<i>6</i>
<i>SI 4 – Procedura per la gestione delle transizioni da e verso l'Ospedale di Comunità</i>	<i>8</i>
<i>SI 5 – Progetto per garantire la continuità di cura e del progetto terapeutico-riabilitativo di presa in carico di adolescenti nel passaggio dall'Uonpia al Cps</i>	<i>10</i>
<i>SI 6 – Implementare la PIC al domicilio degli over 65</i>	<i>12</i>
<i>SI 7 – Gruppi di cammino</i>	<i>13</i>
<i>SI 8 – Telesupporto allattamento al seno</i>	<i>15</i>
<i>SI 9 – Nido più insieme</i>	<i>17</i>
<i>SI 10 – Contrasto all'esitazione vaccinale</i>	<i>19</i>
<i>SI 11 – Nuovo modello di sensibilizzazione agli screening oncologici</i>	<i>21</i>
<i>SI 12 – Implementazione delle azioni previste dal Piano Locale GAP (gioco d'azzardo patologico) in collaborazione con ATS, ETS e EE.LL, Dipendenze – Alcool giovani</i>	<i>23</i>
<i>SI 13 – "Network giovani"</i>	<i>24</i>
<i>SI 14 – Linee guida per la presa in carico di donne vittime di violenza, con o senza figli, con fragilità socio-sanitarie</i>	<i>25</i>
<i>SI 15 – No Falls – Prevenzione del rischio di caduta</i>	<i>26</i>
<i>SI 16 – Assessment Terapeutico del paziente per il miglioramento della compliance alle prestazioni in Telemedicina</i>	<i>29</i>
<i>SI 17 – Telemonitoraggio dell'aderenza terapeutica alle Terapie Fisiche domiciliari per il controllo del dolore</i>	<i>31</i>
<i>SI 18 – TEACH – Teleconsulting for Education, Appropriateness and Collaboration in Healthcare.</i>	<i>33</i>
<i>SI 19 – Presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili mediante Centro Servizi/COT per MMG non in cooperativa</i>	<i>36</i>
<i>SI 20 – Creazione di un modello di governance dei servizi sociosanitari rivolti alle persone in situazioni di grave marginalità a Milano</i>	<i>39</i>
<i>SI 21 – Progetto di intervento nelle situazioni di grave inconveniente igienico</i>	<i>42</i>
<i>SI 22 – Sviluppo di percorsi oncologici in continuità Ospedale Territorio</i>	<i>43</i>
<i>SI 23 – Progetto di collaborazione pubblico - Enti del terzo settore per la gestione dei Pazienti in cure palliative</i>	<i>44</i>

Tabella decodifica area tematica e linea di intervento (utile per la compilazione della matrice):

Area Tematica	
Valutazione	AT1
Continuità dell'assistenza tra setting di cura	AT2
Cure domiciliari	AT3
Percorsi di integrazione con le cure primarie	AT4
Prevenzione e promozione della salute	AT5
Telemedicina	AT6
PIC cronici e fragili	AT7
Linea di intervento	
Area prevenzione	LI1
Area materno-infantile	LI2
Area minori-adolescenti	LI3
Area autonomia	LI4
Area fragilità	LI5
Area grave emarginazione	LI6

SI 1 – Terzo Settore

Criticità o razionale del progetto	Si rileva la necessità di progettare e facilitare l'attivazione di processi, luoghi e strumenti di concreta e puntuale collaborazione tra ASST, Terzo Settore e volontariato allo scopo di implementare esperienze virtuose di co-design di attività e servizi socio-sanitari che prevedano la sinergia tra tutti gli attori coinvolti in termini di lettura del bisogno e di progettazione e implementazione delle risposte più adeguate.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3						
	AT4					X	
	AT5						
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Comune di Milano e suoi servizi ASST Fatebenefratelli-Sacco e suoi servizi Terzo settore, volontariato e cittadinanza attiva Cittadini e cittadine						
Descrizione del servizio / progetto	La proposta si articola in 3 azioni specifiche, ma connesse: Azione 1: Mappatura e analisi congiunta dei bisogni e delle risorse L'azione intende facilitare un percorso di progettazione partecipata di un'infrastruttura vivente e interattiva di mappatura, lettura e analisi dei bisogni socio-sanitari territoriali e delle risposte più adeguate a rispondervi, siano esse immediatamente disponibili o da implementare. Il sistema dovrà essere progettato secondo metriche precise e condivise tra gli attori degli OCD in termini di rilevazione del bisogno, utilizzo, funzionamento e aggiornamento. Azione 2: Costituzione di Tavoli di rappresentanza di TS e volontariato L'azione intende strutturare un percorso di sollecitazione del tessuto associativo dei 5 distretti che definisca luoghi, modalità e tempi per garantire una raccolta e sintesi costante e aggiornata dell'esperienza e del punto di vista dei diversi attori locali al fine di contribuire efficacemente alla lettura dei bisogni e delle risorse del territorio di ciascun Distretto e di garantirne la rappresentatività all'interno degli OCD, legittimando la voce e il ruolo delle organizzazioni partecipanti a questi ultimi. Azione 3: Sperimentare le Case della Comunità L'azione mira a progettare e sperimentare percorsi innovativi di convivenza e connessione all'interno delle Case di Comunità tra servizi e progettualità proprie dell'ambito socio-sanitario pubblico e servizi e progettualità del Terzo Settore e del volontariato, attivando sinergie e scambi tra i due ambiti e relativi servizi, al fine di incrementare la capacità ricettiva delle Case e di rafforzarne la dimensione comunitaria e partecipativa in termini sostanziali.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distretti 1-2-3-4-8						
Attori/Enti coinvolti	Membri degli OCD ed eventuali altri componenti individuati dai Direttori di Distretto						
Anno Avvio / Anno Fine (2025/2027)	2025/2027						
Indicatore e risultato atteso	OUTCOME GENERALE: Attivazione, consolidamento e standardizzazione di strumenti e processi di collaborazione e co-design tra ASST, TS e volontariato. OUTPUT SPECIFICI 2025-2026 Azione 1: Progettazione e Attivazione dell'infrastruttura di mappatura e analisi dei bisogni e delle risorse e definizione di linee guida per l'utilizzo						

	Azione 2: 1 tavolo di consultazione, raccolta, sintesi e proposta tra attori associativi locali parallelo al lavoro degli OCD per ogni distretto 2027 Azione 3: 1 sperimentazione in almeno 2 distretti
--	--

SI 2 – Verso le nuove EVM secondo il Decreto Legislativo del 3 maggio 2024, n. 62

Criticità o razionale del progetto	Attivazione delle Equipe Multidisciplinari EEMM, con il rafforzamento delle competenze per un impiego efficace degli strumenti di lavoro nelle EEMM, attraverso la promozione di un'attività di integrazione delle figure professionali personale del PUA e della Fragilità: IfeC, Assistenti Sanitarie, psicologo Assistenti Sociali della CdC. Applicazione e diffusione del protocollo/procedura UVM tra ATS Milano, Comune di Milano e le ASST Attivare e condividere la Procedura aziendale UVM, diffusione operatori e Servizi coinvolti. La situazione attuale: la presenza dell' AS Sociale del Comune è istituzionalmente prevista unicamente nelle UVM per la valutazione delle Misure Regionali; B1, B2, Provi, Legge 112. Progetti PNRR. Le As Sociali del Comune partecipano a incontri Interistituzionali insieme alle As Sociali della ASST per discutere i casi complessi.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1					X	
	AT2						
	AT3						
	AT4						
	AT5						
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Persone con disabilità, popolazione fragile, fruitori Misure B1, B2.						
Descrizione del servizio / progetto	Incremento numero EVM attivate con tipologie professionali As Sociali del Comune presenti nella organizzazione ed erogazione dei servizi. Definizione e diffusione del protocollo/ UVM tra ATS, Comune di Milano e ASST/ Condivisione Procedura Aziendale UVM						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distretti Polo Territoriale						
Attori/Enti coinvolti	Ambiti Comunali, assistenti sociali ASST, Assistenti sanitari, infermieri, Ifec, operatori COT, Psicologo, Medici Distretto, MMG, e PLS, CPS, UONPIA.						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Personale presente in organico, assistenti sociali ASST, Assistenti sanitari, infermieri, Ifec, operatori COT, Medici distretto.						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Si						
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027						
Indicatore e risultato atteso	2025: N. di valutazioni con la partecipazione dell'As. Sociale comunale sul numero complessivo di valutazioni effettuate nell'anno 2025 >50% 2026: N. di valutazioni con la partecipazione dell'As. Sociale comunale sul numero complessivo di valutazioni effettuate nell'anno 2025 >75% 2027: N. di valutazioni con la partecipazione dell'As. Sociale comunale sul numero complessivo di valutazioni effettuate nell'anno 2025 =100%						

SI 3 – Procedura per la Presa in Carico Territoriale da Pronto Soccorso

Criticità o razionale del progetto	Il Progetto ha lo scopo di garantire la presa in carico da parte dell'IFeC, a domicilio, dei pazienti che si rivolgono ai servizi di Pronto Soccorso al fine di ridurre i tempi di permanenza in Pronto Soccorso e/o i ricoveri impropri. Si tratta di pazienti dimissibili clinicamente ma che presentano difficoltà di rientro al domicilio (es. pazienti che manifestano bisogni di educazione sanitaria/terapeutica) o pazienti che presentano accessi plurimi impropri al Pronto Soccorso, con problematiche clinico-assistenziali gestibili a livello territoriale/domiciliare.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2				X	X	
	AT3						
	AT4						
	AT5						
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Pazienti con bassa complessità clinica e medio-alta complessità assistenziale.						
Descrizione del servizio / progetto	Il progetto dovrà definire il modello organizzativo funzionale e operativo per la creazione del percorso integrato tra servizi di Pronto Soccorso e IFeC con particolare riferimento alle condizioni/criticità che rendono necessaria l'attivazione del percorso, agli interventi che l'IFeC dovrà attivare al domicilio, allo strumento di segnalazione dei casi ed alle modalità di intervento/comunicazione tra IFeC/COT e operatori del PS. Nel rispetto delle norme vigenti la presa in carico, da parte dell'IFeC, avverrà sulla base del criterio della residenza del territorio di riferimento. Il percorso di attivazione degli interventi previsti alla dimissione, attraverso l'attivazione dell'IFeC, consentirà per i pazienti con bisogno complesso anche la possibilità di attivare una valutazione multidisciplinare. In questo caso la COT ha il compito di interfacciarsi con i servizi necessari sulla base della disponibilità di offerta presente sul territorio e di monitorare l'effettivo attuarsi del processo. Nel modello a tendere la COT acquisirà capacità di valutazione dell'appropriatezza delle richieste e potrà rivalutare gli interventi sulla base di parametri di appropriatezza clinica e organizzativa.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Il progetto ha una valenza di natura aziendale.						
Attori/Enti coinvolti	Presidi Ospedalieri aziendali, Strutture socio-sanitarie dell'Area Territoriale, MMG.						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Personale medico ed infermieristico di Pronto Soccorso IFeC Bed Manager COT Il personale è già presente in organico						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No						
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027						
Indicatore e risultato atteso	1) Anno 2025: Definizione dell'Istruzione operativa Sperimentazione della procedura su almeno 50 pazienti Numero di rientri in Pronto Soccorso dei pazienti in osservazione entro 30 giorni dalla dimissione 2) Anno 2026/2027: Aggiornamento dell'Istruzione Operativa						

	Numero di Pazienti presi in carico /Numero di pazienti segnalati alla dimissione da PS=90%
--	--

SI 4 – Procedura per la gestione delle transizioni da e verso l'Ospedale di Comunità

Criticità o razionale del progetto	L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. Il Piano Organizzativo Regionale (POR) prevede per la ASST FBF Sacco l'istituzione di 2 OdC, allo stato attuale non attivi. Il progetto prevede la definizione, nell'ambito aziendale, dei percorsi di transizione "ospedale per acuti – ospedale di comunità", a sostegno delle dimissioni ospedaliere (flusso step down) e del percorso "Ospedale di Comunità – Ospedale per acuti" per la prevenzione dei ricoveri potenzialmente inappropriati (flusso step up). Le sue finalità possono quindi essere di: 1) stabilizzazione del paziente ospedaliero dimesso (lungodegenza); 2) recupero funzionale e insegnamento di procedure di autocura complesse; 3) inizio di ricovero socio-sanitario per non autosufficienti, in attesa di trovare una collocazione stabile.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2				X	X	
	AT3						
	AT4						
	AT5						
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine, provenienti dal domicilio (su indicazione del MMG o UCA), dal Pronto Soccorso o da presidi ospedalieri per acuti (dimissione), quando per il paziente non sia possibile tornare immediatamente al domicilio.						
Descrizione del servizio / progetto	Il progetto dovrà definire il modello organizzativo funzionale e operativo della OdC con particolare riferimento alle modalità di gestione dei pazienti, alle modalità di integrazione tra i servizi interni ed esterni, ai criteri clinici di accesso ed esclusione dei pazienti, alle modalità di invio dalle strutture per acuti al territorio, o viceversa, ai tempi massimi di durata del ricovero, alle funzioni e i compiti dei diversi operatori, alle modalità di erogazione dell'assistenza con particolare riferimento all'approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, basato sulla collaborazione e l'integrazione delle diverse competenze, nel rispetto delle norme nazionali e regionali.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Il progetto ha valenza aziendale.						
Attori/Enti coinvolti	Presidi Ospedalieri, COT, Strutture socio-sanitarie dell'area territoriale, MMG.						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Personale medico (da reclutare) 1 medico (per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7) Personale del comparto (da reclutare e non previsto nel PTFP 2023 – 2025) 10infermieri (di cui 1 con funzione di Coordinatore) 7 Operatori Socio-Sanitari, 1 Operatori della Riabilitazione Fabbisogno di personale calcolato per singolo modulo di 20 posti letto per ODC, secondo gli standard definiti per l'accreditamento odc dgr 1435 27/11/2023						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No						
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027						

Indicatore e risultato atteso	N. pazienti ricoverati in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC/ Numero ricoverati (< 5%). N. pazienti ricoverati in reparti per acuti a 30 giorni dalla dimissione da OdC per patologie / Numero dimessi da OdC(< 10%) Degenza media in OdC (max 30 gg) % pazienti provenienti dal domicilio % pazienti provenienti da Ospedale (reparto/PS) % pazienti segnalati da MMG Numero di PAI prodotti/ numero pazienti ricoverati (100%)
--------------------------------------	---

SI 5 – Progetto per garantire la continuità di cura e del progetto terapeutico-riabilitativo di presa in carico di adolescenti nel passaggio dall'Uonpia al Cps

Criticità o razionale del progetto	Continuità dell'assistenza nei diversi setting assistenziali e di cura dei servizi afferenti al DSMD						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2			X		X	
	AT3						
	AT4						
	AT5			X		X	
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Utenti afferenti ai servizi NPI e PSICHIATRIA						
Descrizione del servizio / progetto	La neuropsichiatria dell'Adolescenza e la Psichiatria, pur con le loro specifiche competenze, cliniche e operative, presentano aree di continuità e collegamento, talvolta sottovalutate, anche a causa del rigido confine prestabilito dall'età di competenza. Il continuo affinamento diagnostico, l'evoluzione clinica ed i bisogni terapeutici e di supporto della psichiatria dell'adolescenza pongono sempre più in rilievo aree di collegamento e sovrapposizione con le patologie dell'età adulta. D'altra parte la Psichiatria si occupa sempre più di sindromi e patologie adolescenziali, che si presentano al di là dei 18 anni previsti per l'età adulta. Queste considerazioni si aggiungono all'irrinunciabile bisogno di una continuità di cura e di progetto terapeutico di presa in carico. Una intesa di collaborazione tra Psichiatria e NPI per l'area adolescenziale deve, pur nel rispetto delle reciproche competenze, giungere ad un progetto di operatività che possa superare il rigido confine dell'età dei pazienti adolescenti, incontrando i loro bisogni e le loro richieste di cura, in una ottica di prevenzione. Aree di collaborazione 1) Presa in carico diretta dei Cps di pazienti di età inferiore ai 18 anni non in carico all'Uonpia L'assunzione in carico diretta di adolescenti di età superiore ai 17 anni che si rivolgono per la prima volta all'Uonpia dovrà riguardare le seguenti severe patologie psichiatriche: - Psicosi gravi con prevedibile possibilità di cronicità - Gravi disturbi del Comportamento, anche associati a RM, ma con prevalente sintomatologia psichiatrica - Gravi Disturbi dell'Umore (Disturbi Bipolari e Depressione Maggiore) - Gravi Disturbi di Personalità - Gravi Sindromi Ossessivo-Compulsive In tali situazioni, dopo la richiesta ed il primo colloquio da parte dell'Uonpia, l'opportunità di presa in carico da parte dei Cps, sarà valutata da una équipe composta da operatori Cps e Uonpia, con incontri periodici. In caso di urgenza, dettati principalmente dalla necessità di immediato intervento farmacoterapico o di ricovero, saranno i membri di una équipe predisposta concordarne l'operatività. 2) Passaggio in carico per pazienti già in cura all'Uonpia - In presenza di una delle patologie sopra elencate, si porrà l'opportunità del passaggio ai Cps di pazienti già in carico all'Uonpia prossimi al compimento della maggiore età. - Tale passaggio in carico, nel rispetto delle leggi vigenti, dovrà essere anticipato presentando il paziente alla équipe del Cps di riferimento, almeno sei mesi prima del compimento della maggiore età, previa accettazione da parte del paziente e dei genitori o tutori. - Dopo aver presentato il paziente, si terranno uno o più colloqui congiunti						

	Medico Uonpia che ha in carico il paziente/medico Cps che lo prederà in carico con il paziente/famigliari
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Aziendale
Attori/Enti coinvolti	Tutte le professioni afferenti ai servizi territoriali del DSMD: Salute Mentale, UONPIA
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Nessuna risorsa aggiuntiva Personale presente nell'ASST
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	2025/2027
Indicatore e risultato atteso	2025 redazione scheda di presentazione e transizione pazienti dalle Uonpia ai Cps – diffusione a tutti i servizi territoriali 2026 applicazione protocollo almeno al 70% giovani pazienti inviati dalle Uonpia ai Cps 2027 applicazione 100% giovani pazienti inviati da Uonpia ai Cps

SI 6 – Implementare la PIC al domicilio degli over 65

Criticità o razionale del progetto	In linea con obiettivo nazionale indicato nel DM 77 “Missione 6: Salute Componente 1 (M6C1): Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale - Investimento 1.2.1 Assistenza Domiciliare” implementare la PIC al domicilio degli over 65. Attualmente non è ancora possibile dare una stima precisa delle Pic, in quanto non abbiamo gli strumenti appropriati a disposizione per una analisi puntuale e precisa del numero di assistiti over 65 presi in carico. Possiamo elencare un numero approssimativo di presa in carico: ADI cure domiciliari 4500; Rsa Aperta dato dell’anno 2023 numero 723; Pic over 65 numero 990; Progetto Sorveglianza domiciliare PSD numero 550; ADP dato anno 2023 numero 1100; Dato riferito ad ADI, PIC e PSD, corrisponde a 6040 assistiti.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3					X	
	AT4						
	AT5						
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell’intervento (target)	Popolazione fragile, allettata						
Descrizione del servizio / progetto	Implementare la PIC domiciliare attraverso coinvolgimento Medici di famiglia, IFeC, specialisti, terzo settore, ambiti comunali.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distretti polo territoriale						
Attori/Enti coinvolti	Medici di famiglia, specialisti ambulatoriali e ospedalieri, operatori CUP, IFeC, infermieri, assistenti sanitari, operatori COT, ambiti comunali, terzo settore, medici del Distretto						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Personale presente in organico; IFeC, infermieri, assistenti sanitari, specialisti, amministrativi, medici del Distretto						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No						
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027						
Indicatore e risultato atteso	Presa in carico domiciliare di un numero incrementale di persone, definito per ogni territorio dalla DGR delle regole anno 2023 (fino alla percentuale del 10% degli anziani nell’anno 2026). A seguito del coinvolgimento degli attori sopra indicati riportiamo gli indicatori attesi di RL Anno 2024 Target PIC SIAD intermedio netto pari a 10.402; Anno 2025 Target PIC SIAD intermedio netto pari a 11.204; Anno 2026 Target PIC SIAD intermedio lordo pari a 16.591; Per il raggiungimento del Target PIC SIAD Intermedio Lordo over 65 per l’anno 2026 pari a 16.591 si attende che nel 2025 il target PIC Intermedio netto sia ≥40% rispetto al dato ASST Anno 2024;						

Criticità o razionale del progetto	È ampiamente riconosciuto in letteratura come l'attività fisica rappresenti uno degli strumenti più importanti per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e sia altresì in grado di sostenere e rafforzare il benessere psico-fisico e di migliorare la qualità della vita, in entrambi i sessi e a tutte le età, con ricadute positive anche per l'ambiente. Tutta la letteratura è concorde nel sostenere che i programmi di promozione della salute ottengono un maggiore successo se sono integrati nella vita quotidiana delle comunità, se sono basati sulle tradizioni locali e condotti da membri della comunità stessa. Tra i vari tipi di attività fisica il cammino riveste una particolare importanza in quanto: se praticato con regolarità produce numerosi benefici psico-fisici, rappresenta un'attività socializzante, è facile da praticare quotidianamente anche all'interno delle normali abitudini di vita, ha un basso impatto organizzativo e bassissimi costi di realizzazione e può facilmente diventare una pratica sostanzialmente autogestita. La scelta di promuovere l'attività fisica attraverso i Gruppi di Cammino (GdC) è motivata da diverse considerazioni: si tratta infatti di un esercizio fisico semplice, gratuito, accessibile a tutti, facilmente organizzabile, praticabile anche in contesti non particolarmente attrezzati e realizzabile con modeste risorse economiche. Inoltre la natura socializzante di tale iniziativa potenzia l'aspetto motivazionale facilitando l'adesione e il mantenimento nel tempo della pratica di attività motoria. Nel territorio di competenza della ASST Fbf Sacco al momento esistono in totale 11 Gruppi di Cammino: i Municipio 1 e 3 ne contano uno ciascuno, i Municipi 2, 4, 8 ne hanno 3 ciascuno. Vista la popolosità di questi Municipi emerge la necessità di implementare la diffusione e la conoscenza dei Gruppi di Cammino.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3						
	AT4						
	AT5	X					
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Il target dei gruppi di cammino presenti sul territorio è costituito prevalentemente dalla popolazione adulta ed in particolare sopra i 65 anni di età. ma, sono aperti a anche agli under 65. Questo progetto si rivolge alla popolazione adulta residente nei Municipi 1, 2, 3, 4 e 8 di Milano. Si vuole inoltre promuovere un ampliamento del target realizzando dei gruppi di cammino rivolti sia alle mamme con bambini piccoli e sia ai docenti e alunni delle scuole primarie.						
Descrizione del servizio / progetto	I Gruppi di Cammino sono formati da persone che si ritrovano regolarmente, almeno una/due volte la settimana, per camminare insieme lungo un percorso urbano, guidati da figure non professionali denominate Walking Leader (WL), costituiti da membri di associazioni o cittadini comuni volontari. Questi gruppi sono utili per: prevenire/ridurre le patologie cronico degenerative, causate dalla sedentarietà e da scorretti stili di vita; promuovere il cammino di gruppo e sensibilizzare la comunità sull'importanza del movimento per favorire i corretti stili di vita, la conoscenza del territorio, la socializzazione e il benessere in generale. Il presente progetto intende implementare la diffusione e la conoscenza dei Gruppi di Cammino nei territori di competenza della ASST Fatebenefratelli Sacco. Nello specifico si intende: 1. Costituire una rete di collaborazione tra ASST e altri portatori d'interesse (Municipi, associazioni, enti del Terzo Settore) 2. Coinvolgere i Medici di Medicina Generale attraverso gli 11 referenti delle AFT presenti sul territorio di competenza. 3. Mappare i territori interessati al fine di individuare nuove aree dove implementare i Gruppi di Cammino.						

	4. Costituire nuovi Gruppi di Cammino e formare i rispetti Walking Leader (WL) 5. Diffondere l'offerta dei Gruppi di Cammino attraverso canali formali e informali (siti internet, depliant, ecc). 6. Promuovere l'autonomia dei Gruppi di Cammino. Riteniamo importante, attraverso questo progetto, proporre un ampliamento del target della popolazione che partecipa ai gruppi di cammino nel seguente modo: • proposta di un gruppo di cammino con mamme e bambini piccoli in passeggino o carrozzina • proposta di gruppi di cammino con gli alunni delle classi della scuola primaria • proposta di gruppi di cammino con i pazienti dei CPS
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distretti 1, 2, 3, 4, 8
Attori/Enti coinvolti	ASST Fbf Sacco (SS Promozione della Salute, Distretti, operatori socio sanitari attivi nel territorio con particolare riferimento agli Infermieri di Comunità delle Case di Comunità), MMG, ATS Città Metropolitana di Milano, Municipi 1, 2, 3, 4 e 8, Associazioni di Volontariato e enti del Terzo Settore.
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Personale operante presso la ASST Fbf Sacco (SS Promozione della Salute, CdC)
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	Anno avvio 2025 – Anno Fine 2027 con aggiornamenti annuali
Indicatore e risultato atteso	Nel primo anno 2025: Indicatore: N.1 incontri/riunioni per Distretto (OCD) con i portatori di interesse individuati. Risultato atteso 5/5=100% Indicatore: coinvolgimento personale dei referenti MMG delle AFT presenti sul territorio di competenza (11 MMG attraverso le riunioni di Distretto). Risultato atteso: 11/11 = 100% Indicatore: attivazione di nuovi GdC nel territorio di competenza. Risultato atteso: almeno 2 gruppi nuovi attivati Indicatore: ampliamento degli iscritti ai GdC già presenti nel territorio dei Municipi 1 e 4 (pochi partecipanti). Risultato atteso: incremento del numero di iscritti ai GdC dei Municipi 1 (>17 soggetti) e 4 (>29 soggetti suddivisi in tre gruppi) Indicatore: realizzazione di materiale informativo specifico da distribuire ai MMG, PUA, EELL, CVS, Terzo Settore e a tutti i portatori di interesse Risultato atteso: evidenza del materiale prodotto Nel secondo e terzo anno 2026 e 2027: Indicatore: attivazione di nuovi GdC nel territorio dei Municipi 1, 2, 3, 4 e 8 Risultato atteso: almeno 2 nuovi GdC attivati Indicatore: diffusione di materiale informativo specifico presso le sedi PUA e presso gli ambulatori MMG Risultato atteso: evidenza invio del materiale informativo e presenza del materiale nelle sedi PUA (6/6=100%) e nel 30% degli ambulatori dei MMG

SI 8 – Telesupporto allattamento al seno

Criticità o razionale del progetto	L'utilizzo della telemedicina è incrementato in modo significativo durante la pandemia da Sars Cov 2 anche se non è completamente integrata nei sistemi socio sanitari. Il PNRR ha rifocalizzato la centralità del potenziamento dell'assistenza territoriale e nella missione 6 ha dedicato una specificazione tra gli altri punti alla telemedicina per l'assistenza territoriale. In merito all'assistenza territoriale il modello organizzativo proposto con la DGR XI/6760/2022, recepimento del DM 77, prevede che la componente ospedaliera partecipi attivamente alla componente territoriale. Il tema della programmazione territoriale della Regione si è concentrato sulle aree della fragilità tra le quali l'area materno-infantile. Nel disegno del POAS 22-2024 all'interno del Dipartimento di Medicina dell'Infanzia, dell'età evolutiva e della medicina di genere è stata inserita una nuova UOC denominata Pediatria Ospedale Territorio, pensata per progetti integrati e innovativi di area materno-infantile. Il Position Statement della Commissione Allattamento E BLUD della Società Italiana di Neonatologia documenta che il supporto da remoto aumenta del 25% rispetto all'assistenza standard i tassi di allattamento esclusivo a tre mesi dal parto. L'allattamento esclusivo al seno ha un notevole impatto sui determinanti della salute modificabili. Il progetto di telemedicina, nello specifico di teleassistenza e teleconsulto neonatologico/ostetrico per i neonati dimessi dai punti nascita aziendali si inserisce nel percorso dei consultori di home visiting ostetrico (già attivo). L'assistenza standard (Usual Care) attualmente prevede dopo la dimissione dal punto nascita aziendale un controllo infermieristico a 48/72 ore ed una visita neonatologica intorno alla 10 giornata di vita. Il progetto prevede l'erogazione di telesupporti da remoto in aggiunta all'assistenza standard e Di concerto con l'assistenza ostetrica dove necessario fino all'avvio dell'allattamento. In aggiunta sono previste attività di teleconsulto tra professionisti dell'area ostetrica e professionisti dell'area neonatologica. PROGRAMMA D'INTENTI: ampliamento dell'offerta sia in termini numerici che di estensione territoriale.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3						
	AT4						
	AT5	X	X				
	AT6	X	X				
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Neonati nati presso i punti nascita della nostra ASST e/o neonati presi in carico dalle strutture territoriali aziendali, individuati attraverso uno specifico triage sia nel punto nascita sia nelle strutture territoriali						
Descrizione del servizio / progetto	TP 1: Scheda di arruolamento MACROFASE 1 Ost Triage ostetrico MACROFASE 1 Neo Dimissione con appuntamento TP 1: Lettera di dimissione TP 2: Scheda di arruolamento MACROFASE 2 Ost Preso in carico territoriale MACROFASE 2 Neo Controllo inf a 48/72 ore TP 2: Referto infermieristico TP 3: Foglio di prenotazione MACROFASE 3 Ost Primo contatto (entro 7 gg dalla dim) MACROFASE 3 Neo Visita neon a 10 giorni TP 3: Referto ambulatoriale TP 4: Referto TP 5: Foglio di prenotazione MACROFASE 4 Ost Visita (domiciliare o TLM) TP 4: Impegnativa TP 6: Referto MACROFASE 5 Ost Affiliazione stabile al consultorio di riferimento MACROFASE 5 Neo Invio sul Territorio TP 5: Referto ambulatoriale Nati presso ASST Patient Flow						

	Neonati afferenti ai consultori ASST Patient Flow TP 1: telefonata o mail TP 2: Foglio prenotazione TP 3: Prenotazione su piattaforma TP 4: Agenda visibile TP 5: Referto su FSE MACROFASE 1 Attivazione Telesupporto MACROFASE 2 Prenotazione Telesupporto MACROFASE 3 Comunicazione genitore MACROFASE 4 Comunicazione Medico MACROFASE 5 Telesupporto MACROFASE 6d Neo Teleconsulto con ostetriche MACROFASE 6c Neo Assistenza standard MACROFASE 6b Neo Invio in Ospedale MACROFASE 6a Neo Follow up in TLM TP 6: Referto MACROFASE 6a Neo Follow up in TLM MACROFASE 6b Neo Invio in Ospedale MACROFASE 6c Neo Assistenza standard TP 6: Referto
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Il progetto ha valenza aziendale (ospedale – territorio)
Attori/Enti coinvolti	Presidio Ospedaliero Macedonio Melloni - UOC Pediatria Ospedale Territorio SS Coordinamento attività Consultoriali e Adozioni COT
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	3 dirigenti medici già presenti in organico (12 ore settimanali) Piattaforma COD20
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	Anno di inizio: 2024 (progetto pilota), 2025 (progetto definitivo) Anno di fine: 2027
Indicatore e risultato atteso	Indicatori di processo: n° pazienti valutati in TLM / n° pazienti arruolati per controllo in TLM (valore atteso > 90%) Indicatori di processo: n° teleconsulto effettuati/ n° teleconsulti richiesti (valore atteso > 90%) Indicatori di esito : n° customer satisfaction positive rilevate / n° di pazienti valutati in TLM > 80%

Criticità o razionale del progetto	L'ASST Fatebenefratelli Sacco, con la Struttura Coordinamento Attività Consultoriali, è partner attivo nel progetto “NIDOPIU’ INSIEME”: INDIVIDUAZIONE DI BUONE PRASSI E INTERVENTI PER LA PROMOZIONE DEL BENESSERE E LA TUTELA DELLA PRIMA INFANZIA (0-6 ANNI)” promosso dal Comune di Milano e finanziato da ATS Città Metropolitana di Milano. Tale progetto, che conferma la collaborazione tra ASST FBFB Sacco e Comune di Milano sul tema della promozione della salute dei bambini (vedi progetto “Un Nido per Amico”), prevede azioni ponte fra famiglie, servizi all’infanzia e servizi sanitari territoriali, in un processo virtuoso che ha le seguenti finalità generali: 1. promuovere il benessere di adulti e bambini (0/6 anni), anche rileggendo e riorientando le diverse azioni messe in campo quotidianamente da operatori, famiglie e bambini nei termini di gesti consapevoli, capaci di creare le condizioni per lo stare bene di adulti e bambini e quindi prevenire situazioni di disagio; 2. promuovere un sistema di corresponsabilità inter istituzionale per la presa in carico efficace di situazioni di emergenza, con la promozione di attività rivolte a personale educativo e famiglie. Altri partner del progetto sono: ASST Niguarda e ASST Santi Paolo e Carlo						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3						
	AT4						
	AT5		X	X			
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell’intervento (target)	Il target di riferimento sono genitori e caregivers di bambini da 0 a 6 anni frequentanti i Servizi all’Infanzia che saranno interessati dal progetto (circa 15).						
Descrizione del servizio / progetto	Sono previste in particolare azioni di: 1.prevenzione e promozione di una genitorialità responsabile 2. presa in carico di situazioni e famiglie caratterizzate da criticità. Nello specifico per il punto 1 si intendono organizzare percorsi laboratoriali rivolti ai genitori di bambine e bambini dei servizi all’infanzia. In ciascuno dei servizi individuati verrà proposto: 1 incontro in plenaria di 2 ore e 3 percorsi laboratoriali (2 incontri di 2 ore ciascuno), rivolti a 15/20 genitori (per ogni percorso). Tale attività sarà svolta da esperti e personale delle ASST su tutto il territorio del Comune di Milano, con particolare attenzione alle zone caratterizzate da una maggiore fragilità. In parte si andranno ad implementare azioni nel territorio al fine di intercettare la popolazione che non afferisce ai servizi, in parte si andranno a sostenere e integrare le attività già in essere presso i Consultori Familiari delle ASST quali (attività di sostegno alla genitorialità, corsi massaggio infantile, gruppi mamma-bambino, incontri di lettura). Il progetto prevede anche l’attivazione dle servizio di Mediazione Linguistico-Culturale. Per il punto 2 è prevista la presa in carico delle situazioni critiche intercettate attraverso sportelli psicologici sul territorio con l’eventuale successivo invio presso i servizi dedicati della ASST. Sono previste anche azioni comunicative per la diffusione del progetto. Nello specifico si pensa alla realizzazione di podcast rivolti ai genitori di bambine e bambini di nido e scuola dell’infanzia, su temi quali: sonno e ritmi dei bambini; utilizzo del digitale nella fascia 0/6; arriva un fratellino/una sorellina.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Il progetto avrà rilevanza cittadina in quanto verrà implementato in nidi e scuole dell’infanzia dei 9 Municipi cittadini						
Attori/Enti coinvolti	Comune di Milano, ASST FBF Sacco (SS Coordinamento Attività Consultoriali e Adozioni, SS Promozione Salute, Epidemiologia, Governo della Domanda Territoriale), ASST Santi Paolo e Carlo, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda						

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Si prevede l'assunzione di una figura specifica per il coordinamento e la realizzazione del progetto più il supporto del personale dei 7 Consultori Familiari della ASST FBF Sacco e della SS Promozione Salute, Epidemiologia, Governo della Domanda Territoriale già presenti in organico
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027 (replicabile in base ai fondi ATS)
Indicatore e risultato atteso	Annualmente: Attivazione di almeno un percorso laboratoriale in almeno due Municipi Attivazione di almeno 10 ore di Mediazione culturale Realizzazione di almeno tre incontri del Coordinamento interdisciplinare

SI 10 – Contrasto all'esitazione vaccinale

Criticità o razionale del progetto	Il Progetto mira a incrementare il livello delle coperture vaccinali nelle categorie target come da circolare regionale Protocollo G1.2024.0028030 con oggetto“Campagna Vaccinale Antinfluenzale 2024/2025”. L’obiettivo è quello di affrontare il tema della esitazione vaccinale nella popolazione, in particolare nei confronti del vaccino anti-influenzale, approcciandosi ad essa utilizzando il framework “Behavioural and social drivers of vaccination” dell’OMS. Tale framework aiuta i professionisti sanitari a capire meglio cosa motiva l’accettazione dell’offerta vaccinale e fornisce una guida per la realizzazione di interventi evidence-based. A partire dall’analisi delle barriere che favoriscono la non aderenza alla vaccinazione, si propone la messa in campo di specifiche iniziative di comunicazione sulla prevenzione dell’influenza e la formulazione di nuove linee di erogazione vaccinale, integrate tra di loro e con i setting assistenziali al fine di cogliere ogni opportunità per la vaccinazione della popolazione a rischio. Il valore sanitario, sociale ed etico della vaccinazione è riconosciuto a livello scientifico e, come sottolineato dall’Agenda dell’OMS sull’immunizzazione 2030, aumentare l’alfabetizzazione sanitaria è fondamentale per ridurre le disuguaglianze in merito alle patologie prevenibili e raggiungere più elevati livelli di salute globale. Ambito esemplare è rappresentato dalla vaccinazione antinfluenzale, per la quale, a fronte delle numerose evidenze a sostegno dei benefici sulla popolazione, i livelli di copertura vaccinale non ottimali si discostano dagli obiettivi previsti secondo le linee di indirizzo nazionali e regionali. Risulta cruciale offrire più efficaci occasioni di accedere a informazioni sanitarie comprensibili e strutturare un’offerta basata sui principi dei Tailoring Immunization Programs (TIP).						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3						
	AT4						
	AT5	X	X	X		X	X
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell’intervento (target)	Categorie target di popolazione come da circolare regionale Protocollo G1.2024.0028030 con oggetto“Campagna Vaccinale Antinfluenzale 2024/2025”.						
Descrizione del servizio / progetto	Il ciclo di lavoro prevederà la raccolta e l’analisi delle informazioni circa le norme sociali, i sentimenti, le motivazioni e le barriere pratiche delle popolazioni target nei confronti della vaccinazione anti-influenzale. Queste informazioni costituiranno la base di dati utili per strutturare degli interventi tailor-made, come per esempio la campagna comunicativa. La campagna di comunicazione è una strategia importante per contrastare l’esitazione ma anche il veicolo principale per informare la popolazione sulle modalità di offerta vaccinale. Gli esiti della campagna comunicativa e degli altri interventi saranno monitorati con degli indicatori, anche a lungo termine, con il fine di identificare quali sono gli interventi utili e sostenibili Il progetto definirà un messaggio condiviso con le diverse parti interessate da declinare nelle strategie di comunicazione, considerando gli obiettivi e i target della campagna vaccinale, al fine di promuovere la cultura della vaccinazione contro il virus influenzale. A tal fine, si prevede: • Creazione di un gruppo di lavoro • Analisi dei principali fattori di esitanza vaccinale (ad es. preoccupazioni sulla sicurezza, sfiducia nelle istituzioni, influenze sociali) • Utilizzo di toolkit e linee guida per elaborare slogan, messaggi chiave, materiali informativi • Istituzione di un tavolo tecnico multidisciplinare e trasversale (specialisti territoriali e ospedalieri, consultori, associazioni dei pazienti e del terzo settore) per la realizzazione di percorsi integrati e coordinati						

	• Coinvolgimento attivo della comunità: ad esempio tramite eventi locali, utilizzo dei social media, partnership con associazioni per aumentare la credibilità e la diffusione dei messaggi • Pianificazione di campagne vaccinali • Monitoraggio continuo degli esiti
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Il progetto ha una valenza di natura aziendale.
Attori/Enti coinvolti	Dipartimento Funzionale di Prevenzione, Area Territoriale, Presidi Ospedalieri aziendali, Stakeholders (associazioni, enti, ecc.)
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Operatori sanitari afferenti alla SC Vaccinazioni e Sorveglianza delle Malattie Infettive. Il personale è già presente in organico
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	Risultati attesi dalla creazione del gruppo di lavoro e dalla promozione di tavoli di incontro con le parti interessate: • anno 2025: almeno 1 campagna di comunicazione mirata alla popolazione target • anno 2026: almeno 1 campagna di comunicazione mirata alla popolazione target • anno 2027: almeno 1 campagna di comunicazione mirata alla popolazione target Evidenza di offerta attiva alla vaccinazione: • anno 2025: pianificazione e realizzazione di almeno 1 campagna di vaccinazione aggiuntiva rispetto all'offerta standard • anno 2026: pianificazione e realizzazione di almeno 1 campagna di vaccinazione aggiuntiva rispetto all'offerta standard • anno 2027: pianificazione e realizzazione di almeno 1 campagna di vaccinazione aggiuntiva rispetto all'offerta standard Monitoraggio degli effetti sulle coperture vaccinali: • anno 2025: miglioramento percentuale della copertura vaccinale rispetto all'anno precedente per coorte di offerta individuata come target (ad es. nella stagione 2023-2024 la copertura vaccinale antinfluenzale della popolazione over 65 di ASST Fatebenefratelli Sacco è stata del 48,7%) • anno 2026: miglioramento percentuale della copertura vaccinale rispetto all'anno precedente per coorte di offerta individuata come target • anno 2027: miglioramento percentuale della copertura vaccinale rispetto all'anno precedente per coorte di offerta individuata come target

SI 11 – Nuovo modello di sensibilizzazione agli screening oncologici

Criticità o razionale del progetto	In Italia si contano circa 3,7 milioni di malati oncologici e, tra le donne, il tumore più frequentemente diagnosticato è proprio quello alla mammella (30%), che rappresenta la prima causa di morte femminile per cancro. Secondo i dati AIOM, le nuove diagnosi di carcinoma mammario stimate per il 2023 sono 55.900, con circa 15.000 decessi attesi. Negli ultimi decenni si è registrato un costante aumento di frequenza di diagnosi, accompagnata, però, da una riduzione della mortalità. Ciò è stato possibile anche grazie alla sempre più ampia diffusione della diagnosi precoce, che ha permesso di aumentare il numero di tumori identificati ai primi stadi di sviluppo della malattia, quando il trattamento chirurgico può essere più spesso conservativo e la terapia adottata più efficace, permettendo di ottenere sopravvivenze a 5 anni molto elevate. Lo screening per la diagnosi precoce del tumore mammario si rivolge alle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni e si esegue con una mammografia ogni 2 anni. In alcune Regioni si sta sperimentando l'efficacia dell'esame in una fascia d'età più ampia, quella compresa tra i 45 ed i 74 anni. In Lombardia lo screening mammografico viene offerto annualmente alle donne di età compresa tra i 45-49 anni e ogni 2 anni per la fascia di età tra i 50 e i 74 anni. I programmi di screening rappresentano un determinante di salute per le donne ma una non ottimale consapevolezza delle donne sull'importanza dello screening, problemi organizzativi (peggiorati durante la pandemia COVID) hanno fatto sì che in Regione Lombardia l'adesione allo screening nell'anno 2021 (pur tra le più alte d'Italia) sia stata solo del 52,4% per la popolazione target (fascia di età 50-74 anni). È necessario che il territorio si faccia carico di momenti strutturati di sensibilizzazione delle donne sull'importanza del tema della prevenzione e del rischio eredo-familiare di tumore (Il 10% dei tumori al seno è ereditario e potrebbe essere evitato con una maggiore conoscenza della popolazione su questo tema).						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2	X					
	AT3						
	AT4	X					
	AT5	X					
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Tutte le Pazienti che possono partecipare agli screening oncologici per il tumore della mammella e i soggetti a rischio di tumore eredo-familiare.						
Descrizione del servizio / progetto	Il progetto prevede a) l'apertura di un ambulatorio della Breast Unit Aziendale nella Casa di comunità di Rugabella avente la finalità di - sensibilizzare la popolazione sulla prevenzione (che non vede solo il tema dell'adesione agli screening, ma anche gli stili di vita e la valutazione del rischio eredo familiare), importante per un welfare di comunità. - mettere in rete con la Breast Unit aziendale le strutture che operano sul territorio a garanzia della qualità dei percorsi attivati per le pazienti e attivando un nuovo modello di collaborazione ospedale-territorio b) open day periodici con visite senologiche gratuite finalizzate all'attività di promozione della salute per quanto riguarda i fattori di rischio per la patologia oncologica (anche con approcci per setting, tipo operatori sanitari, scuole, aziende ecc), la promozione dell'adesione agli screening, l'individuazione e la presa in carico di						

	soggetti sani ad alto rischio ereditario). Il percorso di formazione/informazione del cittadino che verrà avviato è teso a capillarizzare l'informazione e a superare il limitato livello di empowerment della popolazione. Il percorso di formazione verrà avviato insieme allo strumento degli open day perché di alto richiamo per la popolazione per la gratuità delle prestazioni e per le modalità personalizzata di reclutamento. Open day che, se non organizzati in maniera propedeutica per la formazione dell'utenza e per una corretta adesione agli screening rischiano di essere fuorvianti per la popolazione, con la visita clinica che rischia di essere ritenuta sufficiente per la diagnosi. Fondamentale inoltre che il progetto preveda che ogni percorso clinico /formativo sia organizzato da o in stretta collaborazione con il Personale della Breast Unit aziendale, in modo da rispettare i requisiti professionali e normativi previsti a livello regionale per le BREAST Unit, a tutela del Paziente stesso.
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Al momento si prevede di concentrarsi sul Comune di Milano in quanto territorio più complesso e con la massima concentrazione della popolazione di interesse.
Attori/Enti coinvolti	ASST Fatebenefratelli Sacco Case di Comunità
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Operatori in organico
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	Inizio ottobre 2024/fine 2026
Indicatore e risultato atteso	Numero di donne afferenti all'ambulatorio attivato presso la Casa di Comunità di Rugabella (presa in carico di almeno 100 pazienti in 3 anni) Numero di open day con momenti informativi/formativi tematici, organizzati per la popolazione (almeno 3 per ogni anno) Numero di partecipanti ad ogni open day (almeno 50 partecipanti per ogni open day)

SI 12 – Implementazione delle azioni previste dal Piano Locale GAP (gioco d'azzardo patologico) in collaborazione con ATS, ETS e EE.LL, Dipendenze – Alcool giovani

Criticità o rationale del progetto	A tutt'oggi è ancora poco diffusa, nella popolazione generale così come nei professionisti della salute, la conoscenza delle dipendenze comportamentali, soprattutto il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA o GAP). La scarsa conoscenza della patologia rende complesso il riconoscimento precoce e l'invio ad un iter di cura appropriato nella popolazione generale e soprattutto nei giovani e giovanissimi. È infatti frequente che l'utenza affetta da una forma di dipendenza patologica si presenti molto tardivamente ai Servizi di cura. L'intervento tardivo obbliga ad interventi complessi che si caratterizzano per lunga durata di decorso, frequente cronicizzazione, complessità dei trattamenti psicoterapeutici e psicofarmacologici e aspetti di gravi criticità nelle aree sociali e familiari.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1			X		X	
	AT2						
	AT3						
	AT4						
	AT5					X	
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Pazienti e professionisti che transitano presso il P.O. Fatebenefratelli e presso la CdC di via Andrea Doria.						
Descrizione del servizio / progetto	Posizionamento di n°2 desk informativi ("sportelli") negli ingressi delle sedi del FBF e nella CdC di via Doria, in una posizione in grado di intercettare la maggior parte dell'utenza e dei professionisti che ci lavorano. Tale attività avrà come scopo la diffusione di informazioni mediante brevi counseling, consegna di brochure, volantini e test rapidi per sensibilizzare la popolazione sui problemi di addiction (comportamentali e da sostanze); L'obiettivo degli sportelli sarà inoltre quello di effettuare un'osservazione del fenomeno all'interno dei luoghi di salute per 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 per poter proporre tempestivamente un invio ai Servizi di cura (SerD e NOA del territorio).						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Aziendale (P.O. FBF) e Distrettuale (CdC Doria-Ricordi)						
Attori/Enti coinvolti	SC Dipendenze FBF Sacco. Locali del PO FBF e CdC Doria						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Personale SC Dipendenze in organico + Consulenti su Bando GAP di R.L.						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No						
Anno Avvio / Anno Fine	2025 (Replicabile su fondi dedicati da R.L.)						
Indicatore e risultato atteso	- Numero utenza intercettata nei 2 sportelli ≥ 150 utenti/anno - Partecipazione a giornate informative rivolte alla popolazione generale/studenti ≥ 1/anno - Presenza report attività sportello n° ≥ 3/anno - Pubblicazione su Intranet Aziendale di attività sportello n° ≥ 1 all'anno						

SI 13 – “Network giovani”

Criticità o razionale del progetto	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. Appare pertanto di notevole importanza pianificare dei programmi di promozione della salute						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3						
	AT4						
	AT5	X		X		X	
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Minori che presentano caratteristiche di disagio						
Descrizione del servizio / progetto	Il progetto intende rafforzare la collaborazione e l'integrazione tra i servizi territoriali della ASST 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 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.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distretti 1-2-3-4-8						
Attori/Enti coinvolti	Psicologia clinica e Tutela Minori, UONPIA, SC Dipendenze, SS Coordinamento Attività Consultoriali e Adozioni, SS Promozione Salute, Epidemiologia, Governo della Domanda Territoriale, referente/i Servizio Sociale Comune di Milano, Case di Comunità						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Il personale è già presente in organico						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No						
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027						
Indicatore e risultato atteso	Nel 2025: Costituzione del tavolo di lavoro tra i diversi attori coinvolti, con almeno due incontri per ogni anno. Coinvolgimento delle AFT pediatriche. In almeno due dei cinque Distretti avvio di gruppi psicoeducativi rivolti agli adolescenti trasversali ai Servizi coinvolti. Ricomposizione delle risorse e dei servizi esistenti e condivisione con tutti i soggetti del Tavolo di lavoro. Realizzazione presso le Case di Comunità di almeno due incontri aperti alla cittadinanza sul tema della genitorialità di figli adolescenti. 2026-2027 implementare le attività proposte in tutti i 5 Distretti, coinvolgimento del Terzo Settore.						

SI 14 – Linee guida per la presa in carico di donne vittime di violenza, con o senza figli, con fragilità socio-sanitarie

Criticità o razionale del progetto	Presa in carico di donne vittime di violenza con associate fragilità socio-sanitarie. Obiettivo generale dell'intervento consiste nel formare il personale della ASST (sia nei Presidi Ospedalieri che in tutti i servizi territoriali) affinché possa intervenire precocemente nell'identificazione di situazioni che vedono coinvolte donne che hanno subito violenza con o senza figli, attraverso il coinvolgimento dei servizi specialistici territoriali per poter prendere in carico in modo integrato anche le situazioni con particolari bisogni e fragilità. Obiettivi specifici: la capacitazione del personale, la costruzione di una matrice di lavoro condivisa in sinergia con la Rete antiviolenza del territorio e l'efficientamento del servizio della ASST nel raccordo con servizi specialistici per situazioni specifiche (es. donne con disabilità, minori, ecc.). A livello di risultati e output si prevedono: potenziamento delle competenze del personale su intercettazione, prevenzione e intervento in casi di violenza di genere; capacità di riconoscere precocemente segnali di violenza; incremento delle denunce d'ufficio e dei sostegni a favore delle vittime; attivazione di interventi sanitari e amministrativi per donne e bambini in casa rifugio. Produrre un vademecum di Linee guida per l'intervento multidisciplinare e un aggiornamento della procedura interna all'ASST.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3						
	AT4						
	AT5						
	AT6						
	AT7					X	
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Donne vittime di violenza, con o senza figli, con fragilità socio-sanitarie						
Descrizione del servizio / progetto	Collaborazione con la rete antiviolenza del Comune di Milano per la realizzazione di Linee guida comuni che favoriscano una presa in carico integrata						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Il progetto ha una valenza sui distretti dell'ASST Fatebenefratelli Sacco						
Attori/Enti coinvolti	Rete Antiviolenza Comune di Milano, Presidi Ospedalieri dell'ASST Fatebenefratelli Sacco, servizi specialistici dell'ASST Fatebenefratelli Sacco						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Personale medico ed infermieristico di Pronto Soccorso Servizio sociale professionale Aziendale Personale presente nei servizi specialistici (SerD/NOA, CPS, UONPIA, Consultori Familiari): medici, infermieri psicologi, assistenti sociali, educatori Il personale è già presente in organico						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI						
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027						
Indicatore e risultato atteso	2025: revisione dell'Istruzione Operativa aziendale che attualmente interessa solo i Presidi Ospedalieri, includendo anche i servizi territoriali 2026/2027: incremento del numero di donne intercettate e gestite in collaborazione con i servizi specialistici di ASST e la Rete Antiviolenza.						

SI 15 – No Falls – Prevenzione del rischio di caduta

Criticità o razionale del progetto	Le cadute accidentali rappresentano un evento sentinella, di particolare gravità e potenzialmente evitabile, che può comportare la morte o gravi conseguenze cliniche per il paziente. Il 64% delle cadute degli anziani avviene all'interno del domicilio. Solo il 18% degli over 65 dichiara di essere stato educato alla prevenzione del rischio di caduta. Per questo motivo uno screening precoce del rischio di caduta del paziente, avvalendosi di dispositivi di telemonitoraggio (i.e. wearable devices) può consentire di importare azioni educazionali e/o riabilitative mirate.												
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6						
	AT1	X											
	AT2												
	AT3												
	AT4												
	AT5												
	AT6					X							
	AT7												
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Persone anziane e/o con comorbidità che potrebbero incrementare il rischio di cadute accidentali all'interno del contesto domestico.												
Descrizione del servizio / progetto	Il Progetto prevede l'attivazione di servizi di telemonitoraggio per lo screening precoce del rischio di caduta al domicilio del paziente, ricorrendo a dispositivi elettronici indossabili (i.e. wearable devices), come smartwatch, anelli smart, smart insoles (i.e. solette sensorizzate) per rilevare il numero di passi, la qualità del cammino, eventuali cadute accidentali o una progressiva riduzione della mobilità. All'interno del Progetto è anche prevista la strutturazione di una piattaforma digitale dedicata all'attività educativa dei pazienti, dei familiari e dei caregiver con indicazioni comportamentali per ridurre il rischio di caduta, con esercizi suggeriti o Attività Fisica Adattata (A.F.A.) utili per la riduzione del rischio di caduta, con indicazioni inerenti alla gestione del domicilio, alla scelta dell'abbigliamento (e.g. calzature) e alla gestione dell'evento caduta. La Medicina Digitale, quindi, rappresenta un elemento centrale sia per le attività di screening precoce del rischio, sia per l'attività educativa e formativa per il paziente, i familiari, i caregiver e gli operatori sanitari. Cronoprogramma <table><tr><td>I semestre 2025</td><td> - Definizione della scheda di rilevazione del rischio di caduta, delle scale di misura e dei questionari da somministrare. - Individuazione delle tecnologie indossabili (e.g. smartwatch, smart insoles) per il monitoraggio del rischio di caduta. - Individuazione della piattaforma digitale (i.e. piattaforma regionale/portale a uso interno) per la raccolta e la lettura dei dati. - Attivazione di programmi formativi ECM per i professionisti sanitari del territorio sul tema del rischio di caduta. </td></tr><tr><td>II semestre 2025</td><td> - Acquisizione strumentazione tecnica e implementazione del servizio. - Arruolamento di pazienti afferenti all'UDO Cure Domiciliari per il progetto pilota e la verifica della funzionalità della piattaforma. - Erogazione dei programmi formativi ECM in favore dei professionisti sanitari dell'ASST Fatebenefratelli Sacco sul rischio di caduta. </td></tr><tr><td>2026</td><td> - Integrazione dell'offerta nella pratica clinica quotidiana con screening e monitoraggio del rischio di caduta di tutti i pazienti presi in carico </td></tr></table>							I semestre 2025	- Definizione della scheda di rilevazione del rischio di caduta, delle scale di misura e dei questionari da somministrare. - Individuazione delle tecnologie indossabili (e.g. smartwatch, smart insoles) per il monitoraggio del rischio di caduta. - Individuazione della piattaforma digitale (i.e. piattaforma regionale/portale a uso interno) per la raccolta e la lettura dei dati. - Attivazione di programmi formativi ECM per i professionisti sanitari del territorio sul tema del rischio di caduta.	II semestre 2025	- Acquisizione strumentazione tecnica e implementazione del servizio. - Arruolamento di pazienti afferenti all'UDO Cure Domiciliari per il progetto pilota e la verifica della funzionalità della piattaforma. - Erogazione dei programmi formativi ECM in favore dei professionisti sanitari dell'ASST Fatebenefratelli Sacco sul rischio di caduta.	2026	Integrazione dell'offerta nella pratica clinica quotidiana con screening e monitoraggio del rischio di caduta di tutti i pazienti presi in carico
	I semestre 2025	- Definizione della scheda di rilevazione del rischio di caduta, delle scale di misura e dei questionari da somministrare. - Individuazione delle tecnologie indossabili (e.g. smartwatch, smart insoles) per il monitoraggio del rischio di caduta. - Individuazione della piattaforma digitale (i.e. piattaforma regionale/portale a uso interno) per la raccolta e la lettura dei dati. - Attivazione di programmi formativi ECM per i professionisti sanitari del territorio sul tema del rischio di caduta.											
	II semestre 2025	- Acquisizione strumentazione tecnica e implementazione del servizio. - Arruolamento di pazienti afferenti all'UDO Cure Domiciliari per il progetto pilota e la verifica della funzionalità della piattaforma. - Erogazione dei programmi formativi ECM in favore dei professionisti sanitari dell'ASST Fatebenefratelli Sacco sul rischio di caduta.											
	2026	Integrazione dell'offerta nella pratica clinica quotidiana con screening e monitoraggio del rischio di caduta di tutti i pazienti presi in carico											

		per fisioterapia domiciliari dell'UDO Cure Domiciliari dell'ASST Fatebenefratelli Sacco.
	2027	9. Attività di divulgazione verso l'utenza e la cittadinanza in merito al servizio, per la sensibilizzazione sul tema della prevenzione del rischio di caduta attraverso incontri in presenza sul territorio, attraverso la realizzazione di una piattaforma digitale dedicata (con esercizi, indicazioni comportamentali, consigli di gestione del domicilio e del paziente per la prevenzione delle cadute). 10. Prosecuzione dell'attività di screening e Telemonitoraggio in attività istituzionale dell'UDO Cure Domiciliari dell'ASST Fatebenefratelli Sacco. 11. Produzione e divulgazione dei report di analisi del primo anno di Telemonitoraggio (2026). 12. Realizzazione di paper scientifici e strumenti divulgativi sui risultati della ricerca, al fine di incrementare la conoscenza e la sensibilità sulla tematica.
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distretto 1, Distretto 2, Distretto 3, Distretto 4, Distretto 8	
Attori/Enti coinvolti	SS Promozione della Salute, Epidemiologia, Governo della domanda territoriale Case di Comunità (PUA, COT), Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFeC) Cure Domiciliari (e.g. in caso di accertata necessità di attivazione di percorsi riabilitativi fisioterapici) Ingegneria Clinica ASST Fatebenefratelli Sacco (per l'acquisizione dei device necessari alle attività di Telemonitoraggio) Servizi Informativi Aziendali ASST Fatebenefratelli Sacco (per l'implementazione della piattaforma digitale di Telemonitoraggio)	
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFeC) (già presenti in organico) Fisioterapisti territoriali (già presenti in organico)	
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No	
Anno Avvio / Anno Fine	2024 / 2027	
Indicatore e risultato atteso	Indicatore	Numero di pazienti sottoposti a screening/numero complessivo di pazienti preso in carico presso l'UDO Cure Domiciliari dell'ASST Fatebenefratelli Sacco per percorsi fisioterapici
	Risultato atteso	Screening iniziale del rischio di caduta per un numero maggiore dell'80% dei pazienti deambulanti presi in carico per percorsi fisioterapici dallo staff dell'UDO Cure Domiciliari dell'ASST Fatebenefratelli Sacco
	Indicatore	Numero di pazienti presi in carico e monitorati con servizi di Telemonitoraggio/Numero di pazienti in carico con servizi di Telemonitoraggio nel semestre precedente
	Risultato atteso	>1
	Indicatore	Numero di pazienti che hanno ricevuto attività divulgativa e informativa/Numero di pazienti in carico presso l'UDO Cure Domiciliari dell'ASST Fatebenefratelli Sacco
	Risultato atteso	>80%
	Indicatore	Numero di pazienti monitorati nel semestre/Numero kit di sensori per Telemonitoraggio
	Risultato atteso	Numero progressivamente incrementale alle valutazioni semestrali
	Indicatore	Numero di cadute nel periodo di osservazione segnalate dal personale dell'UDO Cure Domiciliari/Numero di cadute segnalate nel semestre precedente

	Risultato atteso	Riduzione progressiva del numero di cadute registrate dallo staff dell'UDO Cure Domiciliari nel triennio 2025-2027
--	------------------	--

SI 16 – Assessment Terapeutico del paziente per il miglioramento della compliance alle prestazioni in Telemedicina

Criticità o razionale del progetto	L'Assessment Terapeutico (AT, Finn, 1996) è un modello di intervento breve e semistrutturato, che utilizza la valutazione psicologica come strumento terapeutico. Basato sull'uso collaborativo di test psicologici, l'AT mira a raccogliere informazioni cliniche sui pazienti, innescando un processo di cambiamento positivo. Mentre la valutazione psicologica tradizionale si concentra sull'uso standardizzato dei test, l'AT mira a coinvolgere il paziente in un processo collaborativo di co-costruzione dei significati emergenti dai risultati della valutazione stessa. Nonostante si componga di vari step, la maggioranza degli studi sull'AT sottolinea come il processo di cambiamento sia innescato dall'uso collaborativo dei test psicologici, che prevede una loro restituzione al paziente basata sui principi di collaborazione, rispetto, compassione, apertura e umiltà. L'engagement del paziente all'aderenza terapeutica e la partecipazione proattiva ai servizi di telemonitoraggio, telemedicina e teleassistenza rappresenta un elemento cardine della possibile efficacia dei servizi di Medicina Digitale. L'ipotesi è quindi che l'Assessment Terapeutico possa rappresentare un approccio utile ai fini dell'adesione e dell'aderenza del paziente alla terapia farmacologica (in particolare per il controllo del dolore) e a queste modalità di presa in carico a distanza.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1					X	
	AT2						
	AT3						
	AT4						
	AT5						
	AT6					X	
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Pazienti over-65 e/o con patologie croniche (i.e. ipertensione arteriosa, diabete mellito, broncopneumopatia cronica ostruttiva) e con dolore acuto o cronico.						
Descrizione del servizio / progetto	I pazienti coinvolti nel Progetto saranno sottoposti a un Assessment Terapeutico breve così strutturato: 1. Colloquio e formulazione delle domande di Assessment. 2. Somministrazione standardizzata di test psicologici (MMPI-2RF) e scale di valutazione per il dolore. 3. Restituzione collaborativa dei risultati. La valutazione e la restituzione riguarderanno l'aderenza terapeutica alle terapie farmacologiche (in particolare per il controllo del dolore) in corso per le patologie croniche e ai servizi di telemonitoraggio, teleconsulto e teleassistenza.						
	Cronoprogramma						
	I semestre 2025	1. Formulazione del protocollo di studio, in collaborazione con lo staff dell'Università Cattolica del Sacro Cuore.					
	II semestre 2025	2. Predisposizione della documentazione per la sottomissione a Comitato Etico di competenza territoriale (Lombardia 1) della progettualità, ai fini della formalizzazione della collaborazione con l'Università Cattolica del Sacro Cuore.					
	3. Inizio delle attività di valutazione dei pazienti con colloqui in presenza e in modalità remota (i.e. Teleassistenza), somministrazione standardizzata di test psicologici e scale di valutazione del dolore per un gruppo di pazienti pilota afferenti al servizio di UDO Cure Domiciliari dell'ASST Fatebenefratelli Sacco.						
	4. Monitoraggio dei pazienti sottoposti a screening						

		circa la familiarità e il ricorso a strumenti di Medicina Digitale nel percorso di cura delle patologie croniche documentate. 5. Analisi dei primi risultati di studio con produzione dei paper scientifici, materiale divulgativo e partecipazione ad attività congressuali per la presentazione del Progetto.
	2027	6. Implementazione del servizio Psicologico in modalità in presenza (al domicilio, presso le Case di Comunità di competenza territoriale o in modalità remota) per tutti i pazienti in carico al servizio. 7. Attivazione di iniziative di divulgazione per i professionisti sanitari e per la cittadinanza in merito all'alfabetizzazione digitale, all'utilizzo delle nuove tecnologie nei percorsi di cura delle patologie croniche e alla familiarizzazione con la Medicina Digitale.
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distretto 1, Distretto 2, Distretto 3, Distretto 4, Distretto 8	
Attori/Enti coinvolti	Università Cattolica del Sacro Cuore UDO C-DOM ASST Fatebenefratelli Sacco	
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Dottoranda in Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore (risorsa esterna) Psicologa ASST Fatebenefratelli Sacco (UDO C-DOM) (già presente in organico) Psicologa di Comunità (Casa di Comunità) (già presente in organico)	
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No	
Anno Avvio / Anno Fine	2025 / 2027	
Indicatore e risultato atteso	Indicatore	Numero dei pazienti presi in carico/Numero totale dei pazienti valutati presso l'UDO Cure Domiciliari
	Risultato atteso	Valore superiore al 50% dei pazienti in carico
	Indicatore	Numero di percorsi di Medicina Digitale attivati/Numero di percorsi attivi nel precedente semestre
	Risultato atteso	>1
	Indicatore	Numero di prestazioni in telemedicina eseguite dopo l'intervento/Prestazioni eseguite prima dell'intervento
	Risultato atteso	>1

SI 17 – Telemonitoraggio dell'aderenza terapeutica alle Terapie Fisiche domiciliari per il controllo del dolore

Criticità o razionale del progetto	Il controllo del dolore nel paziente over-65 con comorbidità impedisce, in molti casi, il ricorso alle terapie farmacologiche abituali, come la terapia anti-infiammatoria o analgesica, per le possibili interazioni farmacologiche con la politerapia farmacologica già in corso. Le terapie fisiche domiciliari, quindi, rappresentano un'opportunità terapeutica rilevante (compatibilmente con le indicazioni e le controindicazioni d'uso delle stesse), per la gestione della sintomatologia dolorosa del paziente. La riorganizzazione delle prestazioni riabilitative ambulatoriali ha però significativamente ridotto le possibilità per i pazienti di accedere a servizi di terapie fisiche ambulatoriali. Sono però attualmente disponibili dispositivi medicali per l'erogazione di terapie fisiche al domicilio (e.g. magnetoterapia, ultrasonoterapia, elettrostimolazione), che, per la peculiare semplicità d'uso, possono essere gestiti in autonomia da parte del paziente. Alcuni di questi dispositivi sono peraltro dotati di sistemi di telemonitoraggio che consentono al clinico prescrittore di documentare l'effettiva erogazione della terapia, i tempi di applicazione e i parametri di stimolazione, fornendo dati rilevanti sull'aderenza terapeutica del paziente al trattamento analgesico proposto.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3					X	
	AT4						
	AT5						
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Pazienti over-65 e/o con patologie croniche e/o in politerapia farmacologica con sintomatologia dolorosa di pertinenza muscolo-scheletrica e con l'indicazione medica all'esecuzione di terapie fisiche domiciliari.						
Descrizione del servizio / progetto	Pazienti con sintomatologia dolorosa non controllata, con indicazione medica all'esecuzione di terapie fisiche domiciliari, ricevono in comodato d'uso gratuito un dispositivo medicale per l'erogazione di terapie fisiche al domicilio. L'aderenza terapeutica viene documentata dalla connettività del dispositivo, in grado di trasmettere al clinico prescrittore e/o allo staff progettuale i dati di utilizzo, i tempi di stimolazione e i parametri di applicazione, documentando l'aderenza terapeutica del paziente.						
	Cronoprogramma						
	I semestre 2025	1. Valutazione di soluzioni tecniche, dispositivi e piattaforma tecnologica. 2. Acquisizione dei dispositivi medici. 3. Acquisizione della piattaforma e implementazione dei dispositivi. 4. Definizione dei protocolli di trattamento, delle modalità di consegna e dei parametri monitorati.					
	II semestre 2025	5. Attivazione del servizio di fornitura al domicilio dei dispositivi ai pazienti e dei protocolli di telemonitoraggio. 6. Produzione di materiale documentale per raccolta di dati clinici a fini di ricerca scientifica per Comitato Etico di competenza territoriale (Lombardia 1).					
	2026	7. Studio pilota.					
	2027	8. Implementazione del servizio in attività istituzionale. 9. Analisi dei dati prodotti dallo studio pilota. 10. Produzione di report scientifici, paper, materiale divulgativo in merito allo studio pilota. 11. Attività congressuale e attività divulgativa sulle tematiche delle terapie fisiche domiciliari, sul					

		telemonitoraggio e sull'efficacia delle stesse.
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distretto 1, Distretto 2, Distretto 3, Distretto 4, Distretto 8	
Attori/Enti coinvolti	ASST Fatebenefratelli Sacco Case di Comunità Cure Domiciliari (UDO C-DOM)	
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Fisioterapisti territoriali/domiciliari (già presenti in organico)	
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No	
Anno Avvio / Anno Fine	2025 - 2027	
Indicatore e risultato atteso	Indicatore	Numero di pazienti trattati/Numero di pazienti con dolore candidabili alle terapie fisiche domiciliari in carico all'UDO Cure Domiciliari
	Risultato atteso	Percentuale di trattamento superiore all'80%
	Indicatore	Dolore stimato alla somministrazione delle scale di valutazione del dolore al termine del trattamento/Dolore stimato alla somministrazione delle scale di valutazione del dolore all'inizio del trattamento
	Risultato atteso	Riduzione prevista del 30% del dolore percepito o di almeno 3 punti alla <i>Numerical Rating Scale</i> (NRS)
	Indicatore	Pazienti monitorati da remoto con Telemonitoraggio/Pazienti in trattamento al domicilio con terapie fisiche domiciliari
	Risultato atteso	Percentuale di trattamento superiore all'80%

SI 18 – TEACH – Teleconsulting for Education, Appropriateness and Collaboration in Healthcare.

Criticità o razionale del progetto	Il Corso di Formazione specifica in Medicina Generale e Cure primarie (Formazione specialistica obbligatoria non universitaria) è gestito in Regione Lombardia dall'Accademia di Formazione per il Servizio Sociosanitario Lombardo di <i>Polis-Lombardia</i> (AFSSL). Il Corso, che segue la normativa nazionale, prevede un percorso teorico e pratico, della durata di 36 mesi, pari a un monte ore complessivo di 4.800 ore, di cui 3.200 di attività pratiche e 1.600 di attività teoriche. Con la delibera n. 7757/2022 il corso è erogato dai Poli formativi che hanno sede presso le ASST di Regione Lombardia. Il Polo formativo organizza l'offerta formativa territoriale per lo svolgimento delle attività teoriche e delle attività pratiche, individuando le strutture sanitarie e sociosanitarie territoriali. Nel contesto del tirocinio pratico territoriale di Medicina Generale, i medici in formazione possono essere assegnatari di incarichi temporanei o ambiti carenti, prendendo in carico assistiti in numero progressivamente crescente nel corso del triennio formativo. In questo contesto i Medici di Medicina Generale (MMG) corsisti, pur essendo ancora in formazione, sono già chiamati a svolgere regolarmente l'attività clinica, sempre con il supporto di un tutor (tutor di tirocinio professionalizzante), di un Referente MMG del Polo formativo e di un Referente ospedaliero per le attività di tirocinio presso le strutture sanitarie e socio-sanitarie dell'ASST. In molti casi, però, il corsista presenta ancora necessità di un supporto clinico per aspetti di natura specialistica e/o richiede di entrare in contatto con il <i>network</i> di specialisti del territorio su cui opera, per rassicurazioni circa le modalità e l'appropriatezza di invio dei pazienti alle valutazioni specialistiche presso le strutture territoriali (<i>i.e.</i> Case di Comunità di competenza territoriale), o presso le strutture ospedaliere (<i>e.g.</i> ambulatori specialistici di secondo livello). In questo contesto si rende utile la predisposizione di una piattaforma per l'erogazione di servizi di Teleconsulto rivolto al Medico di Medicina Generale, dedicando degli spazi predefiniti al Medico di Medicina Generale in formazione che svolge la sua attività clinica sui Distretti della Città di Milano. Questo tipo di progettualità contribuirà a implementare l'attività educativa in favore dei medici in formazione, incrementando l'appropriatezza di invio ai servizi specialistici territoriali e ospedalieri (con un auspicabile impatto sulle liste d'attesa degli ambulatori interessati) e favorendo la collaborazione tra i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Medici specialisti, nello spirito di massimizzare la continuità delle cure offerte al paziente tra l'ospedale e il territorio. Per questi motivi al Progetto è stato attribuito il titolo di: TEACH Teleconsulting for Education, Appropriateness and Collaboration in Healthcare (Teleconsulto per Educazione, Appropriatezza e Collaborazione in Sanità). L'acronimo TEACH (<i>insegnare</i>) richiama il fatto che il Progetto ha l'obiettivo primario di educare il Medico di Medicina Generale in formazione in merito ai temi dell'appropriatezza di invio e della gestione di problematiche di interesse specialistico all'interno del suo ambulatorio territoriale, favorendo e stimolando la collaborazione con i medici specialisti presenti sul territorio.																																																														
	<table><tr><td></td><td>LI1</td><td>LI2</td><td>LI3</td><td>LI4</td><td>LI5</td><td>LI6</td></tr><tr><td>AT1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AT2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AT3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AT4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AT5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AT6</td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AT7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6	AT1							AT2							AT3							AT4							AT5							AT6	X						AT7						
		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6																																																								
	AT1																																																														
	AT2																																																														
AT3																																																															
AT4																																																															
AT5																																																															
AT6	X																																																														
AT7																																																															
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)																																																															

Destinatari specifici dell'intervento (target)	- Medici di Medicina Generale del Corso di Formazione specifica in Medicina Generale con ambulatori e attività clinica sul territorio della Città di Milano. - Medici specialisti delle strutture ospedaliere e socio-sanitarie territoriali della Città di Milano.								
Descrizione del servizio / progetto	Sulla piattaforma per il Teleconsulto il medico in formazione potrà prenotare il proprio Teleconsulto, richiedendo uno spazio con criterio di priorità (<i>i.e.</i> la prima consulenza di branca disponibile, a prescindere dalla competenza territoriale) oppure uno spazio dedicato dagli specialisti attivi sul territorio su cui insiste l'ambulatorio del Medico di Medicina Generale (<i>e.g.</i> per concordare modalità di presa in carico del paziente cronico, appuntamenti clinici e strumentali di <i>follow-up</i>, percorsi di monitoraggio territoriali, definizione dei <i>setting</i> di cura). Su una piattaforma adeguata all'erogazione di servizi di Telemedicina, rispettosa delle attuali indicazioni vigenti in merito alla gestione e trattamento dei dati sensibili, il medico in formazione potrà confrontarsi con il medico specialista (Teleconsulto sincrono), redigendo una breve relazione condivisa (che non si configura, quindi, come referto specialistico), che documenterà l'avvenuto teleconsulto. La piattaforma di Telemedicina consentirà il tracciamento e la rendicontazione delle attività richieste ed effettivamente erogate. Compatibilmente con la piattaforma che sarà individuata per l'erogazione del servizio, sarà possibile anche attivare un servizio di Teleconsulto asincrono, attraverso cui il medico in formazione potrà trasmettere allo specialista di banca, la necessaria documentazione clinica, immagini fotografiche opportunamente anonimizzate (<i>e.g.</i> lesioni cutanee) o esami strumentali per ricevere un parere o una <i>second opinion</i>. Tutte queste attività, sempre tramite la piattaforma individuata, potranno essere opportunamente tracciate e rendicontate. Cronoprogramma <table border="1"> <tr> <td data-bbox="633 994 874 1476">I semestre 2025</td><td data-bbox="874 994 1423 1476"> - Individuazione della piattaforma (<i>e.g.</i> Doctolib COD20 BTS Telerehab). - Definizione del protocollo di attivazione del servizio interaziendale di Teleconsulto. - Sottoscrizione della convenzione tra le ASST coinvolte e la piattaforma. - Coinvolgimento dei medici specialisti territoriali e/o ospedalieri con definizioni delle disponibilità e degli slot. - Attività informativa ed <i>engagement</i> dei Medici in formazione del Corso di Formazione specifica in Medicina Generale. - Proposta di eventi formativi ECM condivisi sulla Medicina Digitale, sull'alfabetizzazione digitale, sull'appropriatezza di invio e sui percorsi diagnostici e terapeutici con l'integrazione di strumenti digitali. </td></tr> <tr> <td data-bbox="633 1476 874 1789">II semestre 2025</td><td data-bbox="874 1476 1423 1789"> - Programmazione delle disponibilità delle prime specialità già individuate come disponibili (Medicina Fisica e Riabilitativa/Fisiatria; Chirurgia Vascolare/Ambulatorio del Piede Diabetico; Diabetologia; Oncologia/Cure Palliative). - Attivazione del servizio di Teleconsulto (Studio pilota) per i Medici in formazione del Corso di Formazione specifica in Medicina Generale della Città di Milano titolari di un ambito carente sui Distretti di competenza territoriale cittadini. </td></tr> <tr> <td data-bbox="633 1789 874 2036">2026</td><td data-bbox="874 1789 1423 2036"> - Monitoraggio delle attività. - Rendicontazione delle attività svolte. - Implementazione di ulteriori specialità e di ulteriori slot a disposizione dei Medici di Medicina Generale per il Teleconsulto. - Conclusione del Progetto pilota e attivazione del servizio in modalità istituzionale (dopo i necessari correttivi). </td></tr> <tr> <td data-bbox="633 2036 874 2096">2027</td><td data-bbox="874 2036 1423 2096"> - Implementazione del servizio e coinvolgimento di un numero crescente di Medici di Medicina </td></tr> </table>	I semestre 2025	- Individuazione della piattaforma (<i>e.g.</i> Doctolib COD20 BTS Telerehab). - Definizione del protocollo di attivazione del servizio interaziendale di Teleconsulto. - Sottoscrizione della convenzione tra le ASST coinvolte e la piattaforma. - Coinvolgimento dei medici specialisti territoriali e/o ospedalieri con definizioni delle disponibilità e degli slot. - Attività informativa ed <i>engagement</i> dei Medici in formazione del Corso di Formazione specifica in Medicina Generale. - Proposta di eventi formativi ECM condivisi sulla Medicina Digitale, sull'alfabetizzazione digitale, sull'appropriatezza di invio e sui percorsi diagnostici e terapeutici con l'integrazione di strumenti digitali.	II semestre 2025	- Programmazione delle disponibilità delle prime specialità già individuate come disponibili (Medicina Fisica e Riabilitativa/Fisiatria; Chirurgia Vascolare/Ambulatorio del Piede Diabetico; Diabetologia; Oncologia/Cure Palliative). - Attivazione del servizio di Teleconsulto (Studio pilota) per i Medici in formazione del Corso di Formazione specifica in Medicina Generale della Città di Milano titolari di un ambito carente sui Distretti di competenza territoriale cittadini.	2026	- Monitoraggio delle attività. - Rendicontazione delle attività svolte. - Implementazione di ulteriori specialità e di ulteriori slot a disposizione dei Medici di Medicina Generale per il Teleconsulto. - Conclusione del Progetto pilota e attivazione del servizio in modalità istituzionale (dopo i necessari correttivi).	2027	Implementazione del servizio e coinvolgimento di un numero crescente di Medici di Medicina
I semestre 2025	- Individuazione della piattaforma (<i>e.g.</i> Doctolib COD20 BTS Telerehab). - Definizione del protocollo di attivazione del servizio interaziendale di Teleconsulto. - Sottoscrizione della convenzione tra le ASST coinvolte e la piattaforma. - Coinvolgimento dei medici specialisti territoriali e/o ospedalieri con definizioni delle disponibilità e degli slot. - Attività informativa ed <i>engagement</i> dei Medici in formazione del Corso di Formazione specifica in Medicina Generale. - Proposta di eventi formativi ECM condivisi sulla Medicina Digitale, sull'alfabetizzazione digitale, sull'appropriatezza di invio e sui percorsi diagnostici e terapeutici con l'integrazione di strumenti digitali.								
II semestre 2025	- Programmazione delle disponibilità delle prime specialità già individuate come disponibili (Medicina Fisica e Riabilitativa/Fisiatria; Chirurgia Vascolare/Ambulatorio del Piede Diabetico; Diabetologia; Oncologia/Cure Palliative). - Attivazione del servizio di Teleconsulto (Studio pilota) per i Medici in formazione del Corso di Formazione specifica in Medicina Generale della Città di Milano titolari di un ambito carente sui Distretti di competenza territoriale cittadini.								
2026	- Monitoraggio delle attività. - Rendicontazione delle attività svolte. - Implementazione di ulteriori specialità e di ulteriori slot a disposizione dei Medici di Medicina Generale per il Teleconsulto. - Conclusione del Progetto pilota e attivazione del servizio in modalità istituzionale (dopo i necessari correttivi).								
2027	Implementazione del servizio e coinvolgimento di un numero crescente di Medici di Medicina								

		Generale in Formazione. 14. Attività di divulgazione, alfabetizzazione digitale ed <i>engagement</i>. 15. Produzione di report scientifici, pubblicazioni ed eventi formativi ECM per la divulgazione del Progetto e la formazione sugli <i>outcome</i> clinici e organizzativi.
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Città di Milano	
Attori/Enti coinvolti	- ASST Fatebenefratelli Sacco - Altre ASST aderenti al progetto - Medici di Medicina Generale del Corso di Formazione specifica in Medicina Generale con ambiti sulla Città di Milano	
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	- Medici specialisti delle Case di Comunità e/o degli ambulatori specialistici/di secondo livello ospedalieri. Già presenti in organico - Personale amministrativo Già presente in organico - Servizi Informativi ospedalieri Già presente in organico	
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No	
Anno Avvio / Anno Fine	2024 / 2027	
Indicatore e risultato atteso	Indicatore	Numero di Medici in formazione aderenti al Progetto/Numero di Medici in formazione in attività sui Distretti di Competenza della Città di Milano
	Risultato atteso	Coinvolgimento di un numero di Medici superiore al 50%
	Indicatore	Numero di prestazioni di Teleconsulto erogate nel semestre in valutazione/Numero di prestazioni di Teleconsulto erogate nel semestre precedente
	Risultato atteso	>1
	Indicatore	Minuti di Teleconsulto erogati nel semestre in valutazione/Minuti di Teleconsulto erogati nel semestre precedente a quello in studio
	Risultato atteso	>1
	Indicatore	Numero di richieste di Teleconsulto in modalità asincrona/Numero di Medici in Formazione aderenti al servizio
	Risultato atteso	>0.8 (80%)
	Indicatore	Numero complessivo delle prestazioni in Teleconsulto erogate nel mese in studio
	Risultato atteso	Valore progressivamente incrementale nel triennio di studio del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale

SI 19 – Presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili mediante Centro Servizi/COT per MMG non in cooperativa

Criticità o razionale del progetto	Razionale: I MMG del territorio dell'ASST Fatebenefratelli Sacco sono 422 di cui 92 aderiscono ad una Cooperativa. Tra quelli aderenti a Cooperative, 46 sono attualmente operativi nella stesura dei PAI. I MMG non aderenti a Cooperative attualmente non redigono PAI. Il progetto nasce in attuazione della DGR 2755/2024 e prevede l'organizzazione di un Centro Servizi presso la COT, che si occuperà di gestire le prestazioni previste dai PAI dei medici in forma singola. Criticità: - Piattaforma SGDT non ancora operativa e difficoltà di accesso: La piattaforma SGDT, strumento identificato da Dg Welfare per la redazione dei PAI per i medici che operano in modalità singola e non fanno parte di cooperative o gruppi integrati, non è ancora pienamente operativa. Le ASST che stanno sperimentando l'applicativo per la redazione dei PAI segnalano che al momento l'impostazione e l'aggiornamento regolare dei PAI è ancora piuttosto difficoltoso. - Carente integrazione con gli specialisti territoriali e ospedalieri: Attualmente, esiste una frammentazione tra le attività dei MMG e degli specialisti, rendendo difficoltoso il coordinamento dei percorsi assistenziali e l'adesione alle linee guida cliniche specifiche per ciascuna patologia cronica. - Relazione tra Distretti e MMG non ancora consolidata: La relazione tra I Direttore di Distretto e i MMG afferenti richiede che venga fatto ancora del lavoro a livello locale volto a facilitare un'organizzazione integrata dei percorsi assistenziali e una presa in carico efficace dei pazienti. - Possibile carenza di personale: La disponibilità di personale presso le COT e presso le case di Comunità potrebbe non essere in grado di assorbire da subito un elevato carico di lavoro. Questo invita ad un avvio graduale. - Difficoltà sul territorio di Milano: Nel caso dei MMG che operano sulla Città di Milano emerge la difficoltà di gestire le prenotazioni delle visite in ambiti territoriali che potrebbero non combaciare con le "consuetudini" di cura dei cittadini con il rischio di una bassa aderenza da parte dei pazienti. Inoltre per patologie a bassi volumi varrebbe la pena di identificare alcuni slot per la città di Milano e non nelle singole ASST.							
	Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
		AT1						
		AT2						
		AT3						
AT4		X				X		
AT5								
AT6								
AT7	X				X			
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Pazienti cronici afferenti ai MMG non in cooperativa che necessitano di presa in carico tramite PAI e successive prestazioni finalizzate alla cura, prevenzione delle complicanze e aderenza alla terapia.							
Descrizione del servizio / progetto	Il progetto, descritto nel cronoprogramma che segue, prevede: Tavolo di coordinamento tra le ASST milanesi. Al fine di coordinare l'approccio sulla città di Milano, l'ATS attiverà un tavolo di confronto con le ASST sull'organizzazione della fase pilota e sul monitoraggio Tavoli di lavoro con MMG, Specialisti e operatori della COT/CS sulla redazione dei PAI Verrà avviato un programma di formazione per i coordinatori delle AFT al fine di attivare un confronto sul contenuto dei PAI per le principali patologie croniche. La formazione includerà la collaborazione con specialisti di riferimento per le aree cliniche più rilevanti (diabetologia, cardiologia, pneumologia, nefrologia e neurologia) e con ATS che potrà fornire dati utili per la gestione dei tavoli (es. elaborazioni su consumi e percorsi tipo). Questo percorso formativo mira a rendere il PAI sempre più rispondente alle linee guida di ciascuna branca specialistica e ad evitare accessi e prescrizioni non adeguati. Formazione sull'utilizzo di SDGT e sul ruolo del CS/COT Il progetto prevede che, quando sarà							

	attivato il sistema informativo, verrà erogata una formazione aziendale rivolta a MMG e operatori delle COT in due step (prima ad un gruppo di medici sperimentatori, poi a tutti). Fase pilota sperimentale: si prevede di attivare una/due AFT in fase iniziale al fine di capire al meglio il funzionamento di SDGT e consolidare i processi organizzativi. Per poi proseguire la fase pilota in diversi distretti su alcune patologie selezionate per le quali siano disponibili gli slot di visite specialistiche necessarie. In questa fase inoltre verrà fatta un lavoro di stima degli slot necessari per la PIC dei MMG in forma singola. Workshop periodici tra MMG, Specialisti, operatori CS/COT e direzioni dei distretti Al fine di monitorare il processo di presa in carico e individuare eventuali aggiustamenti e condividere linee guida, verranno organizzati dei workshop periodici tra MMG, Specialisti, operatori CS/COT e direzioni dei distretti. Il programma prevede 1 workshop nel 2025 al termine della fase di sperimentazione, 3 workshop nel 2026 e 2 workshop nel 2027. I workshop hanno anche l'obiettivo di consolidare il rapporto tra Direttore di Distretto, MMG e Specialisti della ASST. Ai workshop potranno partecipare anche referenti di ATS, che hanno la possibilità di mettere a disposizione dati a supporto del monitoraggio. Supervisione e valutazione continua del PAI La COT, in collaborazione con i MMG e gli specialisti, effettuerà una valutazione periodica dell'efficacia dei PAI in corso. Questo processo permetterà di apportare eventuali modifiche al piano di cura, assicurando un costante adeguamento del PAI alle condizioni cliniche del paziente e alle linee guida aggiornate. Ferma restando la necessità di rivedere le fasi e la relativa tempistica in caso di diversa indicazione da parte di DG Welfare, il cronoprogramma e gli obiettivi principali del progetto: Gennaio-marzo 2025: - Avvio dei tavoli di lavoro con gli Specialisti, MMG e operatori CS/COT i tavoli di lavoro verranno organizzati a livello di ASST/distretto. - Analisi delle banche dati aziendali per stimare il numero di pazienti cronici in carico agli MMG in forma singola, in collaborazione con ATS. - Dimensionamento del Centro Servizi/COT nella sua fase iniziale e scelta del modello organizzativo. - Valutazione e stima degli slot delle agende interne che è necessario dedicare alla cronicità e prenotabili dalla COT; - Avvio del tavolo milanese di confronto e progettazione del processo Tra gennaio e marzo (quando SGDT disponibile) - sperimentazione con un coordinatore di AFT delle effettive potenzialità e utilizzo di SGDT per la stesura del PAI e visibilità dello stesso alla COT. Aprile-giugno 2025 - Formazione sull'uso di SGDT per i MMG di 1 AFT sperimentale - Avvio del servizio di accompagnamento da parte di CS/COT sui PAI di patologie selezionate - Primo pilota all'uso di SGDT e definizione dell'effettivo percorso di presa in carico tenuto conto dell'effettivo utilizzo di SGDT. - Prosecuzione dei tavoli di lavoro con gli Specialisti, MMG e operatori CS/COT Luglio-Settembre 2025: - Inizio della redazione dei PAI da parte dei MMG di almeno una AFT per distretto e attività di supporto di CS/COT. Valutazione della correttezza e fattibilità del percorso con eventuali aggiustamenti. - Prosecuzione dei tavoli e primo Workshops di presentazione dei dati della sperimentazione Ottobre-dicembre 2025: - estensione della redazione dei PAI a tutte le AFT di tutti i distretti - consolidamento della struttura di supporto CS/COT. Gennaio-dicembre 2026: Prosecuzione della sperimentazione e del monitoraggio dell'intero processo. Gennaio-dicembre 2027: Consolidamento e messa a regime.
Ambito territoriale di realizzazione	Trasversale a tutti i Distretti della ASST
Attori/Enti coinvolti	Medici Specialisti, MMG, IFeC, personale amministrativo, Direttori di Distretto
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	5 amministrativi per CS/COT non presenti in organico; 1 coordinatore COT e 5 Infermieri COT non presenti in organico
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No

Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	1) partecipazione di MMG/Specialisti ai tavoli di lavoro e livello di condivisione 1.1 partecipazione media: N° presenti in media ad ogni incontro/N° MMG e Specialisti invitati 1.2 esito dei tavoli: N° PAI tipo identificati a giugno 25 e a dicembre 25 2) qualità della sperimentazione su 1 AFT 2.1 N° PAI redatti dai MMG su SDGT al giugno 25 2.2 N° di PAI gestiti dal CS/COT senza difficoltà al giugno 25 2.3 Customer/valutazione del processo da parte di MMG e operatori CS/COT 3) estensione del percorso ad almeno 1 AFT per distretto 3.1 N° MMG coinvolti nella formazione su SGDT + PAI tipo/ N° MMG che afferiscono alla AFT coinvolte 3.2 N° MMG attivi su SGDT a settembre 25 /N° MMG che afferiscono alle AFT coinvolte 3.3 N° di PAI gestiti senza difficoltà al settembre 25 3.4 Customer/valutazione del processo da parte di MMG e operatori CS/COT 4) estensione su tutti i distretti 4.1 N° partecipanti al Workshops di condivisione/N° di invitati 4.2 % MMG coinvolti nella formazione su SGDT + PAI tipo/ N° MMG invitati 4.3 % MMG attivi su SGDT a dicembre 25 /N° MMG che afferiscono alla ASST 4.4 N° di PAI su SGDT/ n° pazienti cronici in carico a MMG 4.5 Customer/valutazione del processo da parte di MMG e operatori CS/COT 5. Rispetto dei tempi di progetto

SI 20 – Creazione di un modello di governance dei servizi sociosanitari rivolti alle persone in situazioni di grave marginalità a Milano

Criticità o razionale del progetto	Il “Progetto Arcturus – struttura di prossimità per la grave marginalità a Milano”, assegnato con delibera 697 del 11/08/2022 di ATS Milano a un gruppo di Enti del Terzo Settore (ETS) di cui Fondazione Casa della Carità Angelo Abriani è capofila, vede la partecipazione di altri nove enti partner (Fondazione Caritas Ambrosiana, Cooperativa Farsi Prossimo, Associazione San Fedele, Fondazione Progetto Arca, Opera San Francesco, Medici Volontari Italiani, Consorzio SIR, Croce Rossa Italiana Comitato di Milano, Corpo Italiano di Soccorso Ordine di Malta) e la collaborazione di ricercatori dell’Università di Torino e del Cergas – SDA Bocconi. La sperimentazione ha come oggetto il potenziamento dei servizi sociosanitari e di welfare rivolti alle persone in situazioni di grave marginalità sociosanitaria, attraverso la realizzazione di interventi di presa in carico e follow up disegnati, gestiti ed erogati in maniera condivisa ed integrata dagli enti pubblici e privati partner della sperimentazione. Nello specifico, il target di utenza del progetto è costituito da soggetti non aventi diritto, soggetti con fragilità sociosanitaria e soggetti già in carico a MMG/PLS che necessitano di accompagnamento verso i servizi del SSN. Tra questi, i target prioritari sono individuati nelle popolazioni con problemi di salute mentale e dipendenze, minori, migranti e persone in condizioni socioeconomiche precarie. Il progetto ha ottenuto dal Ministero della Salute una proroga della conclusione dello stesso entro il mese di dicembre 2024, anche alla luce del fatto che le due condizioni individuate nel protocollo di ricerca quali necessarie e indispensabili per l’avvio della sperimentazione sono maturate solo alla fine della stessa, in particolare: • la possibilità di erogare presso gli ambulatori di cure primarie degli ETS i codici STP (Straniero Temporaneamente Presente), necessari per la fruizione di cure urgenti ed essenziali ancorché continuative da parte dei cittadini extracomunitari irregolarmente presenti sul territorio; • la possibilità di fornire prescrizioni farmaceutiche e ambulatoriali da parte dei medici volontari degli ETS che operano negli ambulatori di cure primarie. A questo proposito, la deliberazione n. 236 del 21/03/2024 stipula una convenzione tra ATS Milano e Fondazione Casa della Carità per il rilascio del codice STP e la fornitura del ricettario del SSN, nell’ambito del progetto Arcturus. La proroga della scadenza del progetto permette quindi di realizzare a pieno la sperimentazione, testando un modello alternativo a quello attuale che genera inappropriatezza e inefficienza, in cui gli utenti in condizione di grave marginalità sono spesso portati ad accedere in maniera impropria ai PS, in quanto luogo di immediato rilascio del codice STP e di eventuali prescrizioni farmaceutiche o indicazioni terapeutiche, senza però riuscire il più delle volte a proseguire il proprio percorso di cura, non riuscendo ad accedere al sistema di cure e assistenza. La sperimentazione in oggetto si propone di rappresentare un modello alternativo a quello attuale, in cui gli utenti in condizioni di grave marginalità socio-sanitaria sono presi in carico in percorsi integrati gestiti ed erogati dagli enti partner della sperimentazione, beneficiando anche di una maggiore aderenza garantita dall’accompagnamento personalizzato fornito dagli ETS. Lo svolgimento della sperimentazione con pieni strumenti a disposizione permette quindi di testare sul campo tali benefici e produrre delle evidenze potenzialmente generalizzabili, portando alla possibile identificazione di una good practice replicabile a livello nazionale per gli stessi target di utenza.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						X
	AT2						X
	AT3						
	AT4						

	AT5						x								
	AT6														
	AT7														
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Cittadini fragili senza dimora e/o con STP														
Descrizione del servizio / progetto	Il momento appare quindi opportuno per la creazione di un modello di governance dei servizi sociosanitari rivolti alle persone in situazioni di grave marginalità a Milano, che veda il coinvolgimento e la partecipazione di ATS Milano, delle ASST, dei Comuni e degli Enti del Terzo Settore che si occupano di questo target di popolazione nel territorio in questione (non solo quelli aderenti al progetto Arcturus, ma anche altri come Naga, Emergency, Fratelli di San Francesco, ecc.). In particolare, si prevede un modello di governance strutturato su due livelli che adottano diverse prospettive e ruoli: • Tavolo di indirizzo: punto di vista strategico sull'impostazione della governance; supporto al dialogo con interlocutori istituzionali e/o non coinvolti direttamente nel modello di governance • Tavolo operativo: punto di vista operativo sul funzionamento della governance; supporto alla comunicazione tra gli attori coinvolti direttamente nel modello di governance L'obiettivo ultimo del modello di governance è rendere strutturale un sistema di cure primarie dedicato alla popolazione in condizione di grave marginalità a Milano, attraverso: • La stabilizzazione degli strumenti di erogazione di STP e di ricettario in capo agli ETS attivi sul territorio, in ottica permanente e non legata a singole sperimentazioni; • La creazione di un sistema informativo condiviso tra enti pubblici e privati che si occupano della popolazione in oggetto e l'identificazione di un codice identificativo univoco degli utenti in carico, che consenta l'implementazione di una valutazione integrata dei servizi erogati; • La stabilizzazione di un metodo di finanziamento a favore degli ETS che erogano servizi di cure primarie alla popolazione in condizione di grave marginalità. Obiettivo del tavolo operativo è quello di creare dei percorsi integrati e dei sistemi di invio tra ETS e Sistema Sanitario Regionale per gli utenti in condizione di grave marginalità, dove, a fronte di una riduzione degli accessi impropri ai PS, le ASST potrebbero dedicare un correlato buffer di slot di specialistica ambulatoriale per gli utenti presi in carico dai servizi di cure primarie degli ETS.														
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Al momento si prevede di concentrarsi sul Comune di Milano in quanto territorio più complesso e con la massima concentrazione della popolazione di interesse, nonché sede della sperimentazione Arcturus.														
Attori/Enti coinvolti	Di seguito si individuano i partecipanti ai due tavoli. Tra essi, la Direzione Socio Sanitaria di ATS Milano è identificata come anello di collegamento che faciliti la comunicazione tra i due tavoli. <table><tr><th>Tavolo di indirizzo</th><th>Tavolo operativo</th></tr><tr><td>Direzione Generale, Direzione Sanitaria e Direzione Socio Sanitaria di ATS Milano</td><td>Direzione Sanitaria e Direzione Socio Sanitaria di ATS Milano</td></tr><tr><td>Direzione Generale e/o Direzione Sanitaria e/o Direzione Socio Sanitaria di ASST Fatebenefratelli Sacco, ASST Niguarda, ASST Santi Paolo e Carlo, ASST Gaetano Pini, Policlinico di Milano</td><td>Direzione Gestione Operativa, Direzione Cure Primarie, Direzione di Pronto Soccorso per ASST Fatebenefratelli Sacco, ASST Niguarda, ASST Santi Paolo e Carlo, ASST Gaetano Pini, Policlinico di Milano</td></tr><tr><td>Direzione Area Diritti e Inclusione</td><td>P. O. dell'Unità Diritti e Grave</td></tr></table>							Tavolo di indirizzo	Tavolo operativo	Direzione Generale, Direzione Sanitaria e Direzione Socio Sanitaria di ATS Milano	Direzione Sanitaria e Direzione Socio Sanitaria di ATS Milano	Direzione Generale e/o Direzione Sanitaria e/o Direzione Socio Sanitaria di ASST Fatebenefratelli Sacco, ASST Niguarda, ASST Santi Paolo e Carlo, ASST Gaetano Pini, Policlinico di Milano	Direzione Gestione Operativa, Direzione Cure Primarie, Direzione di Pronto Soccorso per ASST Fatebenefratelli Sacco, ASST Niguarda, ASST Santi Paolo e Carlo, ASST Gaetano Pini, Policlinico di Milano	Direzione Area Diritti e Inclusione	P. O. dell'Unità Diritti e Grave
Tavolo di indirizzo	Tavolo operativo														
Direzione Generale, Direzione Sanitaria e Direzione Socio Sanitaria di ATS Milano	Direzione Sanitaria e Direzione Socio Sanitaria di ATS Milano														
Direzione Generale e/o Direzione Sanitaria e/o Direzione Socio Sanitaria di ASST Fatebenefratelli Sacco, ASST Niguarda, ASST Santi Paolo e Carlo, ASST Gaetano Pini, Policlinico di Milano	Direzione Gestione Operativa, Direzione Cure Primarie, Direzione di Pronto Soccorso per ASST Fatebenefratelli Sacco, ASST Niguarda, ASST Santi Paolo e Carlo, ASST Gaetano Pini, Policlinico di Milano														
Direzione Area Diritti e Inclusione	P. O. dell'Unità Diritti e Grave														

	del Comune di Milano e Presidente del Collegio dei Sindaci di ATS Milano	Emarginazione del Comune di Milano
	Referente del GrIS Lombardia ¹ e Presidenti e/o Direttori Generali degli ETS	
	Responsabili degli ambulatori degli ETS	
		AREU
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Operatori in organico	
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Si (è stato previsto il coinvolgimento del Comune di Milano che ha aderito)	
Anno Avvio / Anno Fine	Autunno 2024 (per richiesta nominativi per comporre il Tavolo di indirizzo e Inizio 2025 per il Tavolo operativo)-Fine attività 2027	
Indicatore e risultato atteso	• Evidenza Istituzione Tavolo di indirizzo (31/12/2024), almeno 2 riunioni annuali • Evidenza Istituzione Tavolo Operativo (entro febbraio 2025) ○ Evidenza della creazione di percorsi integrati e di sistemi di invio tra ETS e Sistema Sanitario Regionale per gli utenti in condizione di grave marginalità a partire dalle patologie più comuni (a partire da giugno 2025 creazione di un primo percorso) ○ Evidenza creazione di slot dedicati per prestazioni specialistiche a partire dalle patologie più comuni (a partire da giugno 2025 creazione di slot correlati al primo percorso realizzato) ○ Riduzione accessi impropri in PS	

¹ Il GrIS Lombardia è un gruppo ad adesione spontanea, che comprende circa 20 associazioni e organizzazioni no-profit, oltre a numerosi volontari e professionisti sanitari impegnati a fornire servizi sanitari e supporto ai migranti indipendentemente dal loro status giuridico.

SI 21 – Progetto di intervento nelle situazioni di grave inconveniente igienico

Criticità o razionale del progetto	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.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3						
	AT4						
	AT5						
	AT6						
	AT7					x	
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Adulti e anziani tendenzialmente soli, che vivono in situazioni ambientali gravemente compromesse da un punto di vista igienico-sanitario.						
Descrizione del servizio / progetto	Costituzione di un gruppo di lavoro che veda coinvolti tutti i servizi che per competenza sono coinvolti: ATS, Ufficio Igiene dell'abitato del Comune di Milano, Servizio Sociale Territoriale, Servizio Sociale ASST, MMG, CPS, altri specialisti, ETS. Analisi del processo di segnalazione dell'inconveniente igienico e definizione di tempi di intervento congrui. Definizione di un iter di presa in carico e gestione della fragilità che veda coinvolte le figure che a vario titolo possono essere coinvolte o di supporto. Iter relativo al monitoraggio delle situazioni nel tempo e verifica rispetto alla recidiva. Coinvolgimento degli Enti del Terzo Settore competenti per materia.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Comune di Milano						
Attori/Enti coinvolti	ATS, ASST, Comune di Milano (Unità Milano Welfare Territoriale), ETS						
Anno Avvio / Anno Fine (2025/2027)	2025-2027						
Indicatore e risultato atteso	- tempo medio di intervento risolutivo inferiore a 3 mesi - n.di situazioni di recidiva/numero di persone prese in carico inferiore al 50%						

SI 22 – Sviluppo di percorsi oncologici in continuità Ospedale Territorio

Criticità o razionale del progetto	L'innovazione in ambito oncologico ha portato a prolungare in modo significativo la sopravvivenza delle persone con cancro. Appare molto importante poter curare i pazienti oncologici in un setting di prossimità al proprio domicilio, per ragioni legate sia al paziente stesso e che alla sua famiglia. L'affidamento del paziente alla CdC per l'erogazione di alcune prestazioni si rende necessario in un contesto di presa in carico, dove l'ospedale e il territorio collaborano strettamente per garantire i migliori servizi in un contesto di prossimità. Al contempo le strutture ospedaliere possono avere maggiore spazio per poter accogliere nuovi pazienti in prima diagnosi.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2					X	
	AT3						
	AT4						
	AT5						
	AT6						
	AT7					X	
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Pazienti oncologici identificati da chirurghi e oncologi, che per residenza geografica, neoplasia e tipologia di prestazione possono ricevere le cure nella CdC						
Descrizione del servizio / progetto	L'obiettivo della progettualità è di strutturare e applicare percorsi tra ospedale e territorio che consentano l'erogazione di prestazioni a favore di pazienti oncologici, attualmente effettuate in ospedale, presso le CdC. In particolare, i percorsi strutturati consentirebbero a pazienti oncologici di ricevere trattamenti (medicazioni, gestioni dei sistemi di accesso venoso, cateteri, medicazioni, ecc...) presso strutture di prossimità, in contesti territoriali protetti e strettamente connessi con l'Ospedale di riferimento.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Municipio 8						
Attori/Enti coinvolti	IfeC, Oncologo, Chirurghi (senologi, chirurghi addominali, urologi), Coordinatore infermieristico, Casemanager, Farmacista, Amministrativo, Addetto al trasporto dei farmaci, Volontari						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Personale già presente all'interno dell'ASST						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No						
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027						
Indicatore e risultato atteso	Anno 2025-2026: avvio di progetto pilota di assistenza sul territorio Indicatori: - numero di pazienti oncologici eleggibili nel distretto di riferimento: almeno 50 - numero di pazienti che aderiscono al progetto di assistenza territoriale/numero di pazienti oncologici eleggibili: almeno 80% - numero di riammissioni o ri-accessi ospedalieri (non programmati): dall'inizio del progetto pilota inferiore al 20% Anno 2027: strutturazione dei percorsi di continuità ospedale territorio a favore di pazienti oncologici selezionati 1						

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

Criticità o razionale del progetto	In Italia, ogni anno, più di 500.000 persone affette da malattie inguaribili necessitano di assistenza nel fine vita. Questo bisogno non riguarda solo pazienti oncologici, ma anche chi soffre di patologie croniche e degenerative e pazienti con quadri clinici molto diversi: cardiopatie, pneumopatie, neuropatie, nefropatie. L'obiettivo delle cure palliative è la tutela della qualità della vita del malato e della famiglia. Perseguire tale obbiettivo significa dare centralità al soggetto malato e renderlo capace di orientare la risposta ai suoi molteplici bisogni nella costruzione del proprio percorso di cura. La Lombardia si caratterizza per una Rete assistenziale di cure palliative tra le più complesse e maggiormente sviluppate a livello nazionale, sia sul versante dell'Assistenza residenziale sia su quello dell'Assistenza domiciliare. La nostra ASST nei suoi presidi ha 3 strutture residenziali di Hospice per un totale di 33 posti letto e una equipe di assistenza domiciliare, che segue pazienti su tutto il territorio cittadino. Nell' ASST Fatebenefratelli Sacco ogni anno vengono seguiti in Hospice oltre 500 pazienti per più di 10.000 giornate di assistenza e a domicilio oltre 200 pazienti per un più di 12.000 giornate di assistenza (numeri che sono destinati ad aumentare in rapporto all'incremento del bisogno di cure palliative legato all'invecchiamento della popolazione ed alla cronicizzazione di molte patologie grazie al progresso scientifico). Per poter gestire al meglio questo bisogno servono però risorse capaci e competenti che non sono facili da trovare, senza il supporto degli Enti del Terzo settore. Gli Enti del Terzo settore sono stati fondamentali anche 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 con bisogni di cure palliative 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 clinico ma anche socio-assistenziali dei Pazienti.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2					x	
	AT3					x	
	AT4						
	AT5						
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Tutti i Pazienti con bisogni di cure palliative che afferiscono alla ASST						
Descrizione del servizio / progetto	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) Stesura di un progetto di collaborazione tra l'equipe di cure palliative domiciliari, l'UDO ADI aziendale e le COT territoriali per la appropriata presa in carico dei pazienti, l'adeguata gestione dei bisogni assistenziali e l'ottimizzazione dell'uso delle risorse.
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distretti di Milano
Attori/Enti coinvolti	ASST, Enti del terzo settore e Associazioni di Volontariato operanti nelle cure palliative
Anno Avvio / Anno Fine (2025/2027)	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	- Evidenza del progetto di collaborazione con Enti del Terzo settore per la gestione infermieristica ed assistenziale dei Pazienti in carico all'ASST con bisogni di cure palliative. - Numero di eventi formativi rivolti a personale sanitario e/o assistenziale con coinvolgimento del territorio (almeno 1 all'anno). - Avvio di un tavolo di lavoro tra CP domiciliari, COT e UDO ADI aziendale ed evidenza di un progetto di collaborazione – anno 2026. - Numero di pazienti assistiti e numero di giornate di assistenza in Hospice e a domicilio (mantenimento dell'attività attuale).