



**CONFERENZA DEI SINDACI  
ASST RHODENSE  
VERBALE DELLA SEDUTA DEL 12/05/2025  
Prt.N.: 0050442/25 del 27/06/2025**

	COMUNE	NOME SINDACO	%	PRESENTE/ASSENTE
1.	ARESE	NUVOLI LUCA	4,04	Assente
2.	ASSAGO	MUSELLA GRAZIANO	1,92	Assente
3.	BARANZATE	ELIA LUCA MARIO	2,45	Presente Sindaco
4.	BOLLATE	VASSALLO FRANCESCO	7,46	Presente Sindaco
5.	BUCCINASCO	PRUITI RINO CARMELO VINCENZO	5,57	Presente attraverso delega formale all'Assessore Martina Villa
6.	CESANO BOSCONI	POZZA MARCO	4,85	Presente attraverso delega formale all'Assessore Maria Pulice
7.	CESATE	VUMBACA ROBERTO	2,93	Assente
8.	CORNAREDO	D'URBANO CORRADO	4,25	Presente attraverso delega formale all'Assessore Rosalba Locati
9.	CORSICO	VENTURA STEFANO MARTINO	7,07	Presente attraverso delega formale al Vice Sindaco Chiara Silvestrini
10.	CUSAGO	REINA GIANMARCO	0,91	Assente
11.	GARBAGNATE MILANESE	BARLETTA DANIELE DAVIDE	5,53	Presente attraverso delega formale al Vice Sindaco Simona Maria Travagliati
12.	LAINATE	LANDONIO ALBERTO	5,40	Assente
13.	NOVATE MILANESE	PALLADINO GIAN MARIA	4,12	Presente attraverso delega formale al Sindaco Luca Mario Elia
14.	PADERNO DUGNANO	VARISCO ANNA	9,71	Presente attraverso delega formale al Sindaco Luca Mario Elia
15.	PERO	ABBATE ANTONINO	2,37	Presente attraverso delega formale all'Assessore Germana Rossi
16.	POGLIANO MILANESE	LAVANGA CARMINE	1,73	Assente
17.	PREGNANA MILANESE	BOSANI ANGELO	1,51	Assente
18.	RHO	ORLANDI ANDREA	10,43	Presente attraverso delega formale all'Assessore Nicola Violante
19.	SENAGO	BERETTA MAGDA	4,39	Assente
20.	SETTIMO MILANESE	RUBAGOTTI FABIO	4,14	Presente attraverso delega formale al Vice Sindaco Sara Santagostino Pretina
21.	SOLARO	MORETTI NILDE	2,87	Presente attraverso delega formale al Sindaco Luca Mario Elia
22.	TREZZANO SUL NAVIGLIO	MORANDI GIUSEPPE LUIGI	4,43	Assente
23.	VANZAGO	MUSANTE LORENZO	1,92	Presente attraverso delega formale all'Assessore M'Buyi Wa Kalombo
		<b>TOTALE PRESENTI</b>	<b>72,74%</b>	

In data 12 maggio 2025, alle ore 10.00, in presenza presso la Sala Capacchione A del P.O. di Rho, si è tenuta, giusta convocazione Prt. N. 0033819/25 del 28/04/2025, la seduta della Conferenza dei Sindaci di ASST Rhodense.

Ai sensi del Regolamento Regionale approvato con D.G.R. nr. XI/6762 del 25/07/2022 ad oggetto: “Attuazione L.R. 22/2021: regolamento di funzionamento della Conferenza dei Sindaci, del Collegio dei Sindaci, del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e dell’Assemblea dei Sindaci di Distretto” (di seguito il Regolamento), la Conferenza è stata convocata e presieduta dal Presidente, Luca Mario Elia, Sindaco di Baranzate (di seguito Presidente).

Ai sensi dell’art. 2, c17 della sopra richiamata D.G.R., la seduta è validamente riunita in quanto è presente un numero di componenti secondo le quote a ciascuno assegnate, tali da rappresentare il 72,74% della popolazione dei Comuni facenti parte della Conferenza (agli atti, presso la S.C. Direzione Funzioni Polo Territoriale – Ufficio Rapporti con Enti e Istituzioni, sono disponibili le deleghe dei Sindaci assenti).

Il Presidente prende la parola, saluta e ringrazia i presenti e introduce i punti all'Ordine del Giorno:

#### Ordine del Giorno:

1. illustrazione protocollo dimissioni protette;
2. percorso presa in carico paziente cronico (PIC) MMG;
3. aggiornamento stato di attuazione progetti Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT);
4. varie ed eventuali.

Il Dott. Pier Paolo Balzamo, responsabile della S.C. Direzione Funzioni Polo Territoriale – Ufficio Rapporti con Enti e Istituzioni di ASST Rhodense, svolge le funzioni di segretario verbalizzante.

#### Punto 1)

Prende la parola la Dr.ssa Engaddi, Direttore del Distretto Corsichese di ASST Rhodense, per la trattazione del primo punto all’Ordine del Giorno.

La dimissione protetta è una strategia assistenziale pensata per pazienti fragili, non autosufficienti o con bisogni sanitari e sociali complessi, che necessitano di un supporto continuativo al momento del ritorno a casa o in altre strutture sanitarie. L’obiettivo di questo percorso è garantire una transizione sicura ed efficace, riducendo il rischio di ricoveri ripetuti e migliorando la qualità della vita del paziente attraverso una pianificazione adeguata e coordinata tra ospedale, territorio e famiglia.

Il protocollo per le dimissioni protette è stato oggetto di revisione da parte di ASST Rhodense, in accordo con la procedura unificata per l’attivazione delle cure domiciliari post-dimissioni promossa da ATS Milano. La DGR XII/3720 del 30 dicembre 2024 stabilisce che le ATS, entro il primo trimestre del 2025, uniformino le procedure di dimissioni protette in collaborazione con le ASST, gli enti ospedalieri privati, i Punti Unici di Accesso (PUA) e i gestori delle cure domiciliari. Questo processo deve essere preceduto da una valutazione approfondita dei bisogni socio-sanitari e sociali del paziente per favorire un’immediata presa in carico domiciliare.

Uno degli aspetti più innovativi della DGR riguarda la tempestività dell’attivazione delle cure domiciliari, con un focus sull’abbattimento dei tempi di valutazione. In particolare, si prevede che il medico ospedaliero, attraverso l’ufficio dimissioni protette e/o il bed manager, possa avviare la presa in carico domiciliare in parallelo con l’attivazione dell’Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM) e della COT (Centrale Operativa Territoriale). Questo permetterà di evitare ritardi, specialmente nei casi in cui il paziente provenga da un ospedale situato in un territorio di competenza diverso rispetto a quello di residenza.

Per accelerare i tempi e fornire un supporto immediato, si propone l’attivazione di un Piano di Assistenza Individuale (PAI) valido per un periodo di 30 giorni. Questo piano verrà attivato dal medico e dovrà essere coerente con la valutazione effettuata in ospedale. Il PAI sarà poi comunicato al gestore delle cure domiciliari

e alla EVM, che procederà con la validazione o l'eventuale aggiornamento dopo un'ulteriore valutazione multidimensionale. Questo approccio consente di mantenere la continuità delle cure durante il periodo di transizione e di ottimizzare l'uso delle risorse disponibili.

Il territorio è caratterizzato da una forte mobilità sanitaria, con oltre il 75% dei ricoveri effettuati in favore di pazienti non residenti nel territorio di competenza dell'ASST dimettente. Per questo motivo, è di fondamentale importanza stabilire procedure snelle che permettano di velocizzare l'attivazione delle cure domiciliari anche per i pazienti provenienti da altre aree. La gestione della mobilità sanitaria richiede una forte integrazione tra i vari enti e un sistema che consenta lo scambio di informazioni in modo rapido ed efficiente, rispettando la privacy e la sicurezza dei dati.

A tal proposito, il sistema SGGT (Sistema di Gestione Documentale Territoriale) gioca un ruolo cruciale nell'efficacia della procedura di dimissioni protette. È necessario che il sistema SGGT supporti tutti gli enti coinvolti nel processo, sia quelli dotati di COT che quelli privi e che consenta l'invio e lo scambio di informazioni in modo sicuro e condiviso. Questo strumento deve permettere l'inserimento di documentazione e segnalazioni per pazienti non residenti nel territorio di competenza dell'ente dimettente, garantendo così una gestione fluida e continua delle informazioni tra ospedali, cure domiciliari e PUA.

Il Nucleo Dimissioni Protette (NDP) si occupa di promuovere un'efficace integrazione tra ospedale e territorio, con l'obiettivo di garantire una presa in carico adeguata per i pazienti vulnerabili, che necessitano di assistenza continua anche dopo la dimissione ospedaliera. A seguito dell'introduzione della Legge Regionale 22/2021, che ha riorganizzato il sistema sanitario, il NDP ha il compito di ricostruire la filiera erogativa tra ospedale e territorio, rispondendo così ai bisogni di persone a rischio di fragilità sanitaria, sociosanitaria o socioassistenziale. Questo approccio prevede l'ottimizzazione del flusso dei pazienti, sia dal Pronto Soccorso che dai reparti di degenza, garantendo che l'assistenza venga erogata in modo tempestivo e appropriato. Un altro aspetto cruciale è l'individuazione precoce, già in fase di ricovero, dei pazienti a rischio di dimissione difficile, come quelli con patologie complesse o condizioni di vulnerabilità sociale. Una gestione adeguata dei diversi bisogni del paziente durante le fasi di ammissione e dimissione è essenziale per migliorare l'efficacia del processo, riducendo i tempi e ottimizzando le risorse. Infine, è fondamentale coinvolgere precocemente il paziente e il caregiver, fornendo loro le informazioni necessarie per un corretto utilizzo dei servizi territoriali, al fine di garantire una continuità assistenziale che possa ridurre il rischio di ricoveri ripetuti e migliorare la qualità della vita post-dimissione. In sintesi, il NDP mira a garantire che il paziente riceva una cura integrata e continua tra ospedale e territorio, ottimizzando il processo di dimissione e il supporto successivo.

Il Nucleo Dimissioni Protette (NDP) è costituito da un team multidisciplinare che coordina l'intero percorso di dimissione protetta e assicura la continuità delle cure. E' composto dalle seguenti figure professionali:

- ✓ **Case Manager Ospedaliero (CM)** – che svolge un ruolo cruciale nel coordinamento del percorso di cura del paziente durante il ricovero e le dimissioni. Il CM è il punto di riferimento per il paziente e la famiglia, assicurandosi che tutte le fasi del processo siano seguite correttamente. Si occupa di pianificare e monitorare il piano di assistenza, avendo cura di ottimizzare le risorse a disposizione per garantire una presa in carico adeguata e tempestiva.
- ✓ **Assistente Sociale Ospedaliero (AS)** - che ha il compito di analizzare le condizioni socio-assistenziali del paziente, valutando le risorse familiari e sociali e identificando eventuali difficoltà che potrebbero ostacolare la dimissione sicura. In particolare, l'assistente sociale promuove l'integrazione dei servizi territoriali e si occupa di orientare il paziente e la famiglia verso le risorse adeguate, come l'assistenza domiciliare, le RSA o altre forme di supporto.
- ✓ **Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)** – è una figura professionale che svolge un ruolo centrale nel mantenere il paziente al centro del percorso assistenziale, sia durante che dopo la dimissione. L'Infermiere di Famiglia ha il compito di monitorare il paziente a domicilio, garantendo la continuità

delle cure e fornendo supporto nelle attività quotidiane. L'infermiere agisce anche come intermediario tra l'ospedale e il territorio, favorendo il raccordo con i servizi locali.

- ✓ **Bed Manager (BM)** – che si occupa dell'organizzazione dei letti e delle risorse ospedaliere, ottimizzando i flussi di pazienti, sia in entrata che in uscita. Il BM è fondamentale per l'efficienza dei processi di dimissione, monitorando i tempi di ricovero e assicurandosi che il paziente venga dimesso solo quando è pronto per essere trasferito in un ambiente appropriato. In questo modo, il Bed Manager contribuisce a prevenire il rischio di dimissioni difficili o inadeguate.

La Dr.ssa Engaddi, con l'ausilio di slide allegate (All.1), entra nel dettaglio illustrando ai presenti le procedure in base alle seguenti casistiche:

- ✓ ASST con COT – PAZIENTE RESIDENTE/DOMICILIATO nel territorio di ASST;
- ✓ ASST con COT – PAZIENTE NON RESIDENTE/DOMICILIATO nel territorio di ASST;
- ✓ ENTI SENZA COT.

e spiega il funzionamento della scheda per l'attivazione diretta C-DOM.

Specifica, inoltre, che la COT HUB di Bollate è stata individuata da ASST Rhodense quale punto di riferimento per la gestione dell'attivazione delle dimissioni protette.

Segue confronto tra i presenti.

## Punto 2)

Per la trattazione del punto due all'Ordine del Giorno, il Presidente, cede la parola la Dr.ssa Coppetti, Direttore del Distretto Rhodense.

Prima della DGR 3720/2024, la gestione della presa in carico dei pazienti cronici attraverso la piattaforma SGDT (Sistema Gestione Dati Territoriali) era limitata a medici che facevano parte di cooperative di medici. Solo i MMG/PLS aderenti a cooperative o strutture organizzate avevano accesso a strumenti e moduli dedicati alla presa in carico dei pazienti cronici.

La DGR 3720/2024 ha apportato importanti modifiche nella gestione della presa in carico del paziente cronico in Regione Lombardia, riorganizzando la modalità di gestione e definendo chiaramente i ruoli e le responsabilità dei professionisti coinvolti. A partire dal 10 marzo 2025, anche i MMG e i PLS non aderenti a cooperative hanno avuto accesso al modulo dedicato sulla piattaforma SGDT. Ciò estende la possibilità di monitorare e gestire i pazienti cronici a un numero maggiore di medici, migliorando la copertura territoriale e la qualità dell'assistenza, viene promosso un approccio più integrato e centralizzato, con un percorso assistenziale condiviso tra il medico di base, specialisti, ospedali e altri professionisti sanitari. L'uso della piattaforma SGDT rende più semplice il coordinamento e la condivisione dei dati sanitari in tempo reale.

Il Percorso di Presa in Carico del Paziente Cronico (PIC) punta a migliorare la gestione complessiva dei pazienti cronici, che richiedono una continua sorveglianza, trattamenti personalizzati e un monitoraggio costante. Questi pazienti, infatti, necessitano di un'assistenza continua e coordinata e il PIC mira ad eliminare la frammentazione delle cure, assicurando che le diverse fasi del trattamento siano gestite in modo integrato.

Un altro obiettivo fondamentale del PIC è facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie necessarie per i pazienti cronici. Spesso, infatti, i pazienti con malattie croniche hanno bisogno di un ampio ventaglio di prestazioni, dalla consulenza specialistica a test diagnostici, terapie farmacologiche o interventi riabilitativi.

La centralità del MMG/PLS, che è il principale interlocutore per i pazienti sul territorio, permette di seguire in modo continuativo e attento l'evoluzione della patologia. Il medico di famiglia, che si occupa della redazione del PAI (Piano di Assistenza Individuale), diventa il punto di riferimento per il paziente, coordinando il piano terapeutico e garantendo la continuità delle cure, evitando così l'interruzione dei trattamenti o la gestione non coordinata tra specialisti e strutture sanitarie.

Il percorso si propone di rimuovere le barriere che limitano l'accesso a queste prestazioni, migliorando la gestione del tempo, le modalità di richiesta delle cure.

Infine, il PIC si integra strettamente con la Centrale Operativa Territoriale (COT), una struttura fondamentale per coordinare l'intervento sul territorio, soprattutto in caso di emergenze o complicazioni nella gestione dei pazienti cronici. La COT svolge un ruolo essenziale nel monitoraggio dei pazienti, nel garantire il flusso di informazioni tra le strutture sanitarie e nel coordinare gli interventi urgenti. L'integrazione tra il MMG/PLS e la COT consente di gestire in tempo reale la situazione sanitaria dei pazienti, intervenendo prontamente in caso di peggioramenti della loro condizione. Inoltre, questa collaborazione contribuisce a ridurre i ricoveri ospedalieri evitabili, promuovendo un intervento tempestivo sul territorio e aumentando l'efficacia del sistema sanitario.

Nel contesto del PIC, il sistema SGDT rappresenta lo strumento digitale principale attraverso cui i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) possono gestire i propri pazienti affetti da patologie croniche.

Il MMG firma digitalmente e pubblica il Piano di Assistenza Individuale (PAI) sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del paziente. Con questo passaggio, le prestazioni previste dal PAI vengono programmate con il supporto della Centrale Operativa Territoriale (COT) di Bollate, che si occupa della gestione delle prenotazioni attraverso il sistema regionale GP++, integrato con la piattaforma SGDT. Questo consente di visualizzare le agende disponibili, prenotare le prestazioni in modo coordinato e garantire al paziente un accesso tempestivo e ordinato ai servizi sanitari necessari.

Attualmente sono emerse alcune criticità nel funzionamento del sistema SGDT. Ci siamo prontamente attivati per effettuare le segnalazioni necessarie a Regione, al fine di favorire una rapida risoluzione delle problematiche riscontrate.

Il Dott. Gaffuri, Direttore Sociosanitario di ASST Rhodense, sottolinea ai presenti che l'attività di presa in carico è già attiva per i medici aderenti alle cooperative, i quali si avvalgono del proprio centro servizi per interfacciarsi con le agende di ASST Rhodense. La novità rilevante riguarda il fatto che, anche i medici non appartenenti a cooperative, per poter proseguire con la presa in carico e la redazione del PAI, potranno contare sul centro servizi messo a disposizione direttamente da ASST Rhodense, ovvero la Centrale Operativa Territoriale (COT).

Segue confronto tra i presenti.

### **Punto 3)**

Il Presidente, lascia la parola alla Dr.ssa Fontanella, medico in Staff alla Direzione Sociosanitaria, per la trattazione del punto tre all'Ordine del Giorno.

La Dottoressa rappresenta le aree tematiche in cui si inseriscono i progetti del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT).

La Valutazione Multidimensionale (VMD) è strumento strutturato utilizzato dai servizi sociali e sanitari per valutare in modo completo una persona e garantire la continuità dell'assistenza, non solo all'interno dei diversi setting di cura del sistema sanitario e sociosanitario, ma anche nel raccordo con il territorio e i servizi di assistenza domiciliare, assicurando un progetto di intervento personalizzato e coerente con i bisogni della persona.

In tutte queste aree si inseriscono anche i percorsi di integrazione territoriale, in sinergia con la rete delle cure primarie, con particolare attenzione alla prevenzione e promozione della salute. Sebbene i tempi di realizzazione siano più dilatati, sono in fase di sviluppo anche i servizi di telemedicina, così come il potenziamento della presa in carico dei pazienti fragili e cronici.

La Dottoressa, con il supporto di slide (All.1), ha illustrato l'evoluzione dei tavoli di lavoro, evidenziando un'intensificazione degli incontri, in particolare riguardo all'area tematica 1 "Valutazione Multidimensionale (VMD)".

Quest'ultima si conferma essere il fondamento per la definizione dei percorsi di presa in carico trasversale e per l'elaborazione di strategie sinergiche mirate alla tutela e al benessere del cittadino.

In particolare, si sta rafforzando nei PUA (Punti Unici di Accesso) il raccordo operativo tra distretto e ambito. Si sta lavorando alla definizione di un modello specifico di PUA per ciascuno dei tre distretti, che richiede una condivisione degli aspetti organizzativi e operativi e l'adozione di un linguaggio comune e di strumenti di valutazione condivisi, scelti congiuntamente tra i diversi attori coinvolti.

Anche nell'area minori con il programma P.I.P.P.I. sono ripartiti i tavoli di lavoro per la definizione dei progetti di intervento a sostegno dei bambini con disagio psichico e delle loro famiglie.

Per quanto riguarda l'area tematica 2 "continuità dell'assistenza nei diversi setting", il lavoro svolto è stato particolarmente intenso, con un focus sulla procedura delle dimissioni ospedaliere. È stato fondamentale lo stretto raccordo con ATS per l'aggiornamento del protocollo, poiché la fase all'interno dell'ASST rappresenta un passaggio propedeutico di integrazione con il territorio.

Questo percorso si raccorda con tutto ciò che riguarda l'aggiornamento delle cure domiciliari (area tematica 3), un elemento cruciale per garantire un percorso di cura personalizzato e continuo per i pazienti, specialmente per quelli anziani o con patologie croniche. I servizi delle Cure Domiciliari (C-Dom), prevedono diverse vie di attivazione, tra le quali anche quella per pazienti in dimissione dal Pronto Soccorso. Questa procedura assicura che i pazienti che necessitano di continuità assistenziale al termine del ricovero siano prontamente supportati a casa, evitando così il rischio di complicanze o di degenza prolungata in ospedale.

Un aspetto fondamentale del modello è la ricomposizione dei servizi per il sostegno alla domiciliarità della persona anziana. In questo ambito, si lavora per integrare i diversi servizi sanitari, sociali e assistenziali in un percorso che risponda alle necessità specifiche degli anziani, garantendo loro un supporto costante e una qualità di vita migliore. Il sostegno alla domiciliarità non riguarda solo l'aspetto medico, ma anche il supporto sociale e psicologico, essenziale per il benessere complessivo dell'individuo. L'obiettivo è quello di rendere possibile, per quanto più a lungo possibile, il mantenimento dell'autosufficienza dell'anziano all'interno del proprio ambiente familiare, riducendo la necessità di ospedalizzazioni o di inserimento in strutture residenziali. Per quanto riguarda la quarta area tematica, ovvero l'integrazione con la rete delle Cure Primarie, la Dr.ssa Fontanella segnala che è stato avviato un progetto che prevede la possibilità per i Medici di Medicina Generale (MMG) di diventare il primo riferimento anche per i pazienti che, fino ad ora, hanno avuto come principale punto di riferimento un servizio specialistico oncologico dell'ASST.

Per quanto riguarda l'area tematica 5 "prevenzione e promozione della salute", ASST Rhodense ha da tempo attivato tanti percorsi di prevenzione al fine di garantire e promuovere la tutela della salute dei singoli cittadini e delle comunità locali attraverso le attività calendarizzate di screening e vaccinazioni ma anche attraverso incontri che si sono realizzati sul territorio.

La prevenzione non ha età e rappresenta un tassello fondamentale per la salute; dopo i 65 anni consiste soprattutto nell'adottare uno stile di vita corretto, quindi fare un regolare movimento e regolare attività fisica compatibilmente con le proprie condizioni fisiche.

Il nuovo piano locale GAP prevede Tra gli obiettivi di supportare la messa a sistema di policy e azioni locali integrate fra ambito sociosanitario e sociale per la prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico che vedano attivamente coinvolti gli Enti Locali e il Terzo settore.

In ASST Rhodense si prevede lo sviluppo della telemedicina (area tematica 6) in ogni ambito clinico e lungo l'intero percorso di prevenzione e cura che potrà estrinsecarsi nelle forme di tele-assistenza, televisita, teleconsulto, telemonitoraggio, telerefertazione, in una logica di integrazione con il sistema di prenotazione regionale e il fascicolo sanitario elettronico. In queste linee progettuali è stato avviato, in condivisione con i Medici delle cure primarie, il percorso per la definizione del modello di teleconsulto, ed è stata conclusa la pianificazione del percorso per il teleconsulto nelle Cure Palliative.

L'ultima area tematica riguarda la presa in carico dei pazienti cronici e dei pazienti fragili: tema centrale nelle progettualità del prossimo triennio di ASST Rhodense e dei relativi distretti. È stato avviato un percorso finalizzato ad accompagnare progressivamente i Pazienti Cronici attualmente in carico alla nostra ASST verso il proprio MMG, a partire dai MMG aderenti ad una Cooperativa, assicurando in ogni caso la continuità del percorso per i pazienti già presi in carico.

Parallelamente è stata estesa l'attività di raccordo delle COT con gli MMG anche al percorso di attivazione di interventi in favore di pazienti cronici, in attuazione di quanto previsto nel PAI della presa in carico, elaborato dal MMG. Attualmente la COT nella nostra ASST attiva le funzioni di erogazione dei servizi indicati dal MMG, quali ad esempio il Progetto di Sorveglianza Domiciliare, e funge da raccordo tra MMG e i diversi professionisti coinvolti nell'erogazione di tali servizi e nei diversi setting assistenziali.

Anche in questo ambito gli MMG sia in forma singola sia in Cooperativa si interfaceranno prioritariamente con i Direttori di Distretto per le attività inerenti alle AFT cui aderiscono.

#### **Punto 4)**

Il Presidente cede la parola alla Dr.ssa Coppetti per l'aggiornamento dei dati, estratti alla data del 9 c.m., relativi ai cittadini orfani di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS):

- **Distretto Garbagnatese**                      **6.218 cittadini orfani**  
I dati evidenziano che l'ambito di Bollate, Novate Milanese e Baranzate risulta quello maggiormente in sofferenza con 5.888 cittadini orfani.
  
- **Distretto Rhodense**                      **2.306 cittadini orfani**  
I dati si riferiscono all'ambito di Cornaredo, Pregnana Milanese, Vanzago, Pogliano Milanese e Settimo Milanese, in particolare i Comuni di Settimo e Pogliano hanno la situazione di maggior criticità.
  
- **Distretto Corsichese**                      **1.388 cittadini orfani**

Il prossimo 26 maggio verranno assegnati i posti disponibili per i Medici di Medicina Generale (MMG) e PLS che hanno fatto richiesta di accesso alla Medicina Generale tramite la graduatoria regionale. I posti disponibili sono 84, ma solo 12 medici hanno manifestato interesse.

La Dr.ssa Coppetti informa i presenti che l'ASST Rhodense è stata la prima a organizzare, nell'Ambulatorio Medico Temporaneo (AMT), l'accesso su appuntamento, prenotabile tramite il sistema di prenotazione regionale. Inoltre, ha attivato la ricetta online dei farmaci continuativi per i pazienti cronici, garantendo così continuità assistenziale e semplificazione del servizio.

Il Dott. Gaffuri informa che il monitoraggio dei tempi di prenotazione degli appuntamenti viene effettuato su base settimanale e che, attualmente, l'attesa varia da 1 a 3 giorni al massimo.

La Dr.ssa Coppetti informa i presenti dell'esistenza di un coordinamento dei Comitati per la Salute dell'ASST Rhodense, costituito da cittadini appartenenti a diversi gruppi territoriali — tra cui il Comitato Cittadino per la Salute e il Benessere di Novate, il Comitato Salute e Sanità Pubblica di Cerchiate e Pero, il Comitato per la Salute di Cornaredo e San Pietro, l'Osservatorio Salute e Sanità del Rhodense e Sportello salute Rho — che si sono fatti promotori dell'iniziativa e ci hanno chiesto di illustrare, comune per comune, la situazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) e PLS.

Il 23 maggio p.v. è previsto un incontro per fornire loro gli aggiornamenti riguardanti i dati richiesti e rappresentati nelle slide allegate (All.1).

Segue confronto tra i presenti.

Il Presidente, Luca Mario Elia, ringrazia tutti i presenti e dichiara regolarmente conclusa la Conferenza alle ore 12.15.



Allegati:

- All. 1 Slide Conferenza dei Sindaci di ASST Rhodense\_12.05.2025

**Il Presidente della Conferenza  
Sindaco di Baranzate  
Luca Mario Elia\***

**Il Funzionario Verbalizzante  
Responsabile S.C. Direzione Funzioni Polo Territoriale  
Ufficio Rapporti con Enti e Istituzioni  
Pier Paolo Balzamo\***

\*Verbale firmato digitalmente.