

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Rhodense



Piano di Sviluppo del Polo Territoriale
2025-2027

INDICE

1. Introduzione e finalità del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale della ASST Rhodense.....	3
2. Analisi del contesto.....	5
2.1 La domanda di salute in ASST Rhodense	7
2.1.1 Distretto Rhodense	17
2.1.2 Distretto di Garbagnatese	24
2.1.3 Distretto Corsichese	31
2.2 Servizi e risorse presenti nella rete territoriale di offerta di ASST Rhodense.....	39
2.2.1 Le peculiarità distrettuali	53
2.3 Funzioni e personale presente nella rete territoriale di ASST	64
3 Il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale	66
3.1 Linee programmatiche generali per lo sviluppo del polo territoriale	66
3.2 Aree d'intervento	77
3.2.1 Valutazione multidimensionale (AT1).....	78
3.2.2 Continuità dell'assistenza nei setting assistenziali (AT2).....	82
3.2.3 Cure domiciliari (AT3)	87
3.2.4 Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie (AT4)	92
3.2.5 Prevenzione e promozione della salute (AT5)	95
3.2.6 Lo sviluppo della telemedicina (AT6)	110
3.2.7 La Presa in carico dei cronici e fragili (AT7)	114
4 Monitoraggio del piano e rendicontazione	125
5 Il Processo di sviluppo e approvazione del piano	125
6 Riferimenti normativi.....	126

1. Introduzione e finalità del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale della ASST Rhodense

Regione Lombardia con DGR XII/2089 del 25.03.2024 ha approvato le Linee di indirizzo per i Piani di Sviluppo del Polo Territoriale delle ASST (PPT) ai sensi dell'art. 7 co. 17 della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 «Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità», così come modificata dalla legge regionale di riforma del 14 dicembre 2021, n. 22, in attuazione della DGR. XII/1827/2024.

Il Polo territoriale rappresenta il luogo in cui il SSN, nelle sue articolazioni funzionali ed erogative che vede al centro il Distretto, si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali (Ambiti) proponendo un approccio intersettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e delle molteplici aree di competenza, con una *vision* orizzontale e trasversale ai bisogni, tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito, integrando inoltre il sistema ospedaliero caratterizzato da intensività assistenziale. Questo assetto consente, tra le altre cose, di massimizzare l'integrazione dell'intero sistema dei Servizi a vantaggio di una presa in carico integrata e intersettoriale dei bisogni in ottica preventiva, sia sul versante individuale, sia su quello collettivo.

Regione Lombardia con DGR XII/2167 del 15.04.2024 ha approvato le Linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2025-2027 (PDZ).

Alla luce dei predetti indirizzi ASST e Ambiti hanno un'occasione preziosa per allineare l'orizzonte temporale dei rispettivi atti di programmazione ma soprattutto di armonizzarne e integrarne i contenuti nella prospettiva di perseguire in modo integrato e sinergico gli obiettivi comuni nelle aree di interconnessione.

Nella delibera relativa al PPT vengono richiamate le aree di integrazione sociosanitaria, su cui Regione traccia il perimetro di riferimento di quello spazio di intersezione tra socio sanitario e sociale, tra PPT e PDZ, in cui cercare convergenze e l'assunzione di obiettivi comuni:

- area prevenzione (dipendenze con e senza uso di sostanze, piano caldo, piano antiinfluenzale, piano del disagio giovanile, intercettazione precoce del disturbo con focus su target dipendenze, psichiatria, NPIA, ecc.);
- area materno infantile (primi mille giorni di vita, collaborazione tra Centri per la famiglia e Consultori familiari);
- area minori-adolescenti (integrazione NPIA, servizi sociali dei comuni, strutture sociali educative);
- area autonomia (progetto vita indipendente, psichiatria e sperimentazioni, progetti di budget di salute, ecc.);

- area fragilità (reinserimento territoriale anche in raccordo con i SerT per le problematiche specifiche, borse lavoro, dimissioni protette, integrazione assistenza domiciliare SAD-CDom);
- area grave emarginazione (povertà, immigrazione);
- area psicologia.

All'interno di questo perimetro, piuttosto ampio, Regione Lombardia precisa alcuni obiettivi prioritari (la valutazione in ottica multidimensionale e integrata, la continuità assistenziale, le cure domiciliari, le cure primarie e la prevenzione e promozione della salute) per il prossimo triennio e, come per le linee di indirizzo sui PDZ, tenta la definizione di indicatori su cui i territori verranno misurati.

Un punto di partenza fondamentale sia per il PPT che per il PDZ che come detto devono svilupparsi in modo armonioso e coordinato è quello dell'analisi dei bisogni e della condivisione dei dati. La disponibilità di dati ed evidenze, sia in ambito socio sanitario che sociale strettamente inteso, è essenziale per poggiare la programmazione su una lettura approfondita e puntuale del contesto locale, specie su alcune aree che nella programmazione 2025-2027 diventano centrali poiché connesse ai livelli essenziali da garantire, come le dimissioni protette, la gestione della domiciliarità e la valutazione integrata.

Su questo ultimo punto in particolare si apre uno spazio importante di collaborazione, su aree di interesse e di bisogno da approfondire e su cui definire obiettivi integrati per il prossimo triennio.

La condivisione dei dati tra ASST e Ambiti Sociali è il presupposto per arrivare a costruire un quadro epidemiologico comune e condiviso grazie all'integrazione dei rispettivi flussi di informazioni. Solo una ricomposizione dei dati e la possibilità di una loro lettura e interpretazione condivisa può supportare al meglio il processo programmatico e decisionale a livello territoriale.

Questo PPT vuole essere un documento snello e dal taglio concreto ma ricco di informazioni utili per comprendere a fondo gli aspetti che caratterizzano il territorio di appartenenza e orientare le scelte nell'arco temporale di validità che consente di sviluppare azioni e progettualità che possano migliorare su diversi fronti le modalità e gli strumenti con cui il sistema socio sanitario e sociale territoriale si prendono cura dei propri cittadini. Per fare questo occorre uno sforzo di ricomposizione della segmentazione erogativa.

Rendere i servizi integrati e complementari significa favorire la programmazione e l'attuazione di processi e procedure di erogazione dei servizi in grado di riconnettere gli interventi specifici e ricomporre l'offerta con il progetto e il corso di vita della persona, per ridurre il rischio di frammentazione dell'offerta e delle risorse.

Al fine di semplificare e garantire la fluidità dei servizi è necessaria un'azione di ricomposizione che richiede un'alleanza tra le Aziende Socio Sanitarie Territoriali, le Agenzie per la Tutela della Salute, le Autonomie Locali (Comuni, Uffici di Piano, ecc.) e il sistema di Cure primarie (MMG, CA e PLS).

La progettazione e la funzionalità condivise dei nuovi Punti Unici di Accesso (PUA), la definizione di piattaforme di supporto per i diversi soggetti coinvolti come le Centrali Operative Territoriali (COT), poste

all'interno dei Distretti Sanitari, sono gli strumenti utili a supportare le attività congiunte e favorire l'integrazione d'intenti dei principali attori del sistema sociosanitario e assistenziale del territorio, anche attraverso l'introduzione di logiche e strumenti volti a riconoscere e valorizzare le reti di comunità.

Tutte le competenze, opportunamente coordinate, siano di orientamento, sostegno e risoluzione alle problematiche della cittadinanza portatrice di difficoltà sociosanitaria o socio-assistenziale, nel rispetto dell'ascolto della domanda e dell'appropriatezza di offerta, risultano essere fondamentali ma vanno opportunamente interconnesse.

Per fare questo è necessario, quindi, disegnare una risposta a un problema complesso attraverso un intervento multidisciplinare. Per sostenere la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità è necessario favorire una nuova metodologia di lavoro basata sulla comunicazione e sulla messa in comune delle informazioni relative agli utenti che consenta ai diversi professionisti coinvolti e responsabili del percorso, di comunicare fra loro in tempo reale e di collaborare al fine di umanizzare l'assistenza e le cure, tenendo conto del benessere della persona e della sua famiglia.

2. Analisi del contesto

Prima di analizzare gli elementi salienti che caratterizzano l'epidemiologia della popolazione del Rhodense giova contestualizzare il tutto nel quadro che ci restituiscono in dati regionali in quanto l'evoluzione che si registra nel territorio che afferisce alla ASST Rhodense risulta in linea con il contesto lombardo.

Tra il 2015 e il 2019, nonostante il saldo naturale negativo (più decessi che nati), la popolazione lombarda trainata dalla storica attrattività migratoria, ha continuato a crescere superando i 10 milioni di abitanti. Con la pandemia la tendenza si è invertita: da una parte il saldo naturale è divenuto ancor più negativo, dall'altra gli spostamenti si sono ridotti così da comprimere il saldo migratorio che non è stato più in grado di compensare il bilancio negativo tra decessi e nascite. La conseguenza è stato un calo di circa 85 mila abitanti dal 2019 al 2022, con una leggera ripresa nel 2023.

Non si prevede che la numerosità della popolazione lombarda, oggi costituita da poco meno di 10 milioni di cittadini, si modifichi sostanzialmente nei prossimi 5 anni.

La struttura per età della popolazione lombarda è quella tipica di una popolazione anziana. Al primo gennaio 2022, la classe d'età più numerosa tra gli italiani è quella dei 50-54enni e tra le donne delle 55-59enni. Anche gli stranieri, pur essendo mediamente più giovani, tendono a concentrarsi in età più adulte. Le età più rappresentate sono quelle dei 40-44-enni tra gli uomini e delle 35-39-enni tra le donne.

Nel breve periodo è tuttavia previsto che il progressivo processo di invecchiamento della popolazione lombarda continui la sua azione con un aumento sostanziale del numero e della percentuale di cittadini che per età anagrafica sono convenzionalmente considerati inattivi (65 anni o più), o particolarmente fragili (85 anni o più).

La crescita dell'età media della popolazione sarà rapida nel primo decennio (passando da 45,0 anni del 2020 a 46,8 anni del 2030), proseguirà in modo deciso fin oltre il 2050 (arrivando ad un'età media di circa 49 anni), per poi assestarsi nel lungo periodo. Nello specifico si prevede:

- l'aumento degli ultrasessantacinquenni (che passerebbe dal 22,9% del 2020 al 31,5% nel 2070), e ancor più dei cosiddetti grandi anziani (85 anni o più) che dal 3,6% del 2020 crescerebbe fino a quasi l'8% nel lungo periodo;
- l'andamento instabile della fascia più giovane della popolazione (0-14 anni) che passerebbe dal 13,4% nel 2020 all'11,3% nel 2030, per poi ricrescere leggermente;
- la decisa e costante contrazione della popolazione in età attiva (15-64 anni), che passerebbe dal 63,7% della popolazione residente nel 2020 al 55,3% nel 2050.

Con ciò si prevede che il carico di cittadini convenzionalmente non autonomi per ragioni demografiche (i giovanissimi e gli anziani) ogni 100 in età attiva aumenti dal 57% nel 2020 all'81% nel 2050, per poi assestarsi intorno al 77,5% nel lungo periodo.

Le tabelle che seguono riportano il dato della popolazione residente in ciascun Comune afferente ai tre distretti in cui è suddiviso il territorio di ASST Rhodense.

Distretto Rhodense	Comune	Abitanti al 01.01.2024
	RHO	50.847
	POGLIANO MILANESE	8.372
	ARESE	19.562
	CORNAREDO	20.672
	LAINATE	26.336
	PERO	11.774
	PREGNANA MILANESE	7.304
	SETTIMO MILANESE	19.935
	VANZAGO	9.372
	Totale comuni 9	174.174

Distretto Garbagnatese	Comune	Abitanti al 01.01.2024
	PADERNO DUGNANO	47.403
	SENAGO	21.517
	BOLLATE	36.320
	BARANZATE	11.849
	CESATE	14.309
	GARBAGNATE M.SE	27.019
	NOVATE MILANESE	20.086
	SOLARO	14.064
	Totale comuni 8	192.567

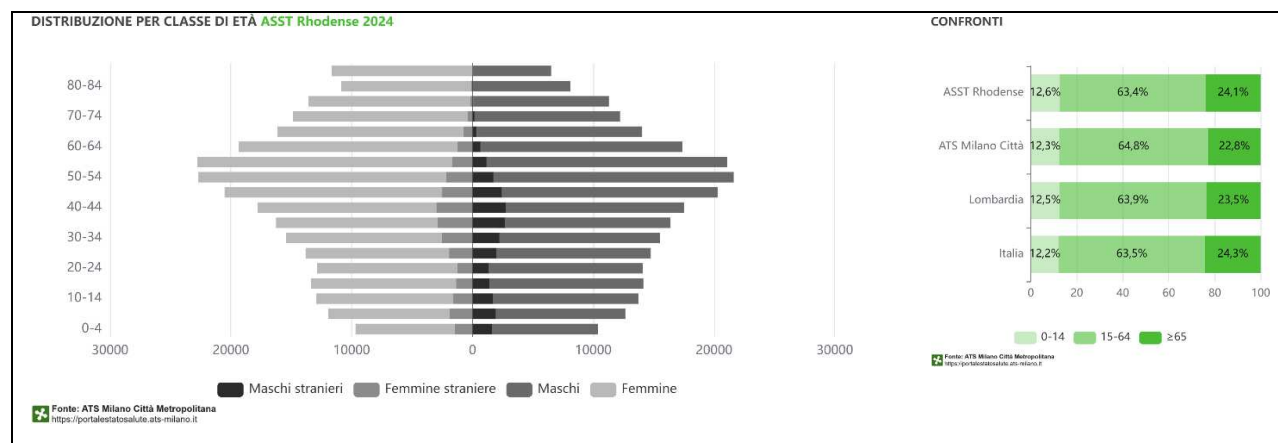
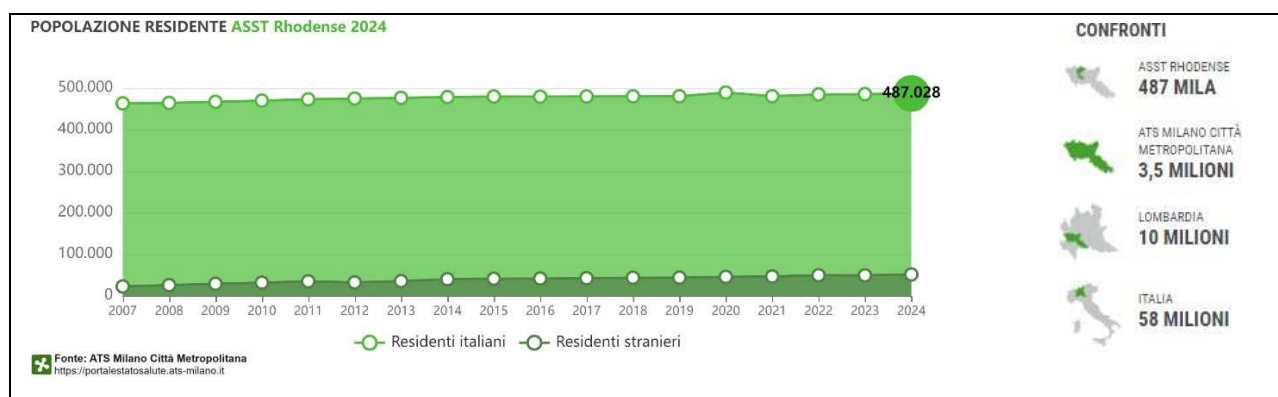
Distretto Corsichese	Comune	Abitanti al 01.01.2024
	BUCCINASCO	26.664
	CESANO BOSCONI	23.395
	ASSAGO	9.238
	CORSICO	34.650
	CUSAGO	4.705
	TREZZANO S/N	21.635
	Totale comuni 6	120.287

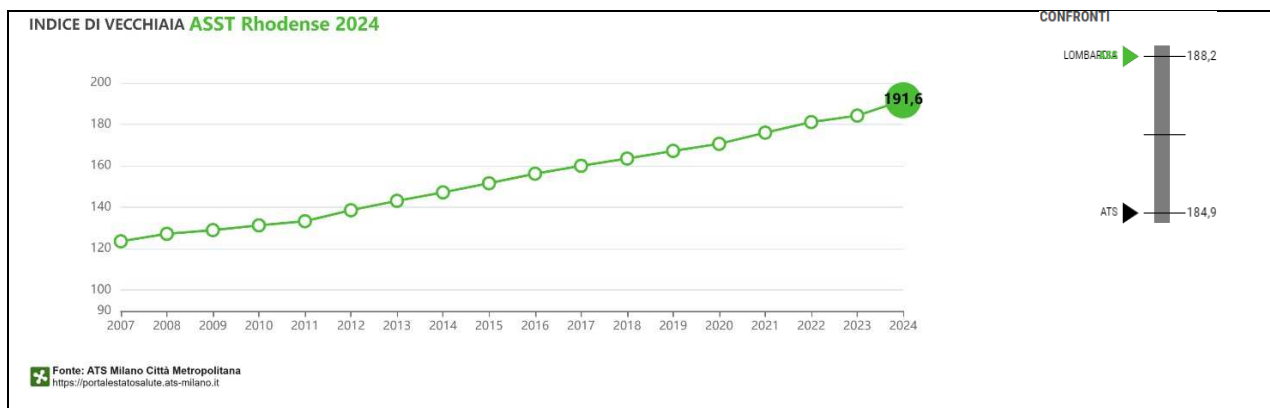
2.1. La domanda di salute in ASST Rhodense

I dati di contesto ed il quadro di conoscenza che vengono presentati permettono di mostrare specifiche socio-demografiche e assistenziali territoriali in grado di contribuire ad orientare le linee di sviluppo del Polo Territoriale.

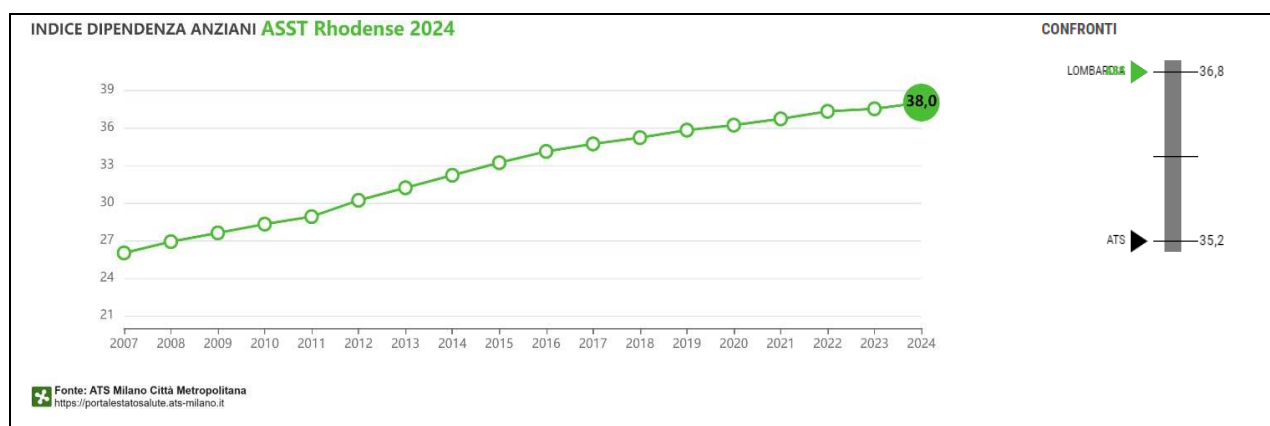
Gli indici demografici offrono una lettura sintetica delle principali caratteristiche della struttura di una popolazione (età media, percentuale di giovani) e permettono di evidenziare il rapporto tra le diverse componenti della stessa (giovani, anziani, popolazione in età attiva).

Dall'analisi degli indicatori demografici è possibile comprendere l'andamento e le prospettive della popolazione di un territorio.

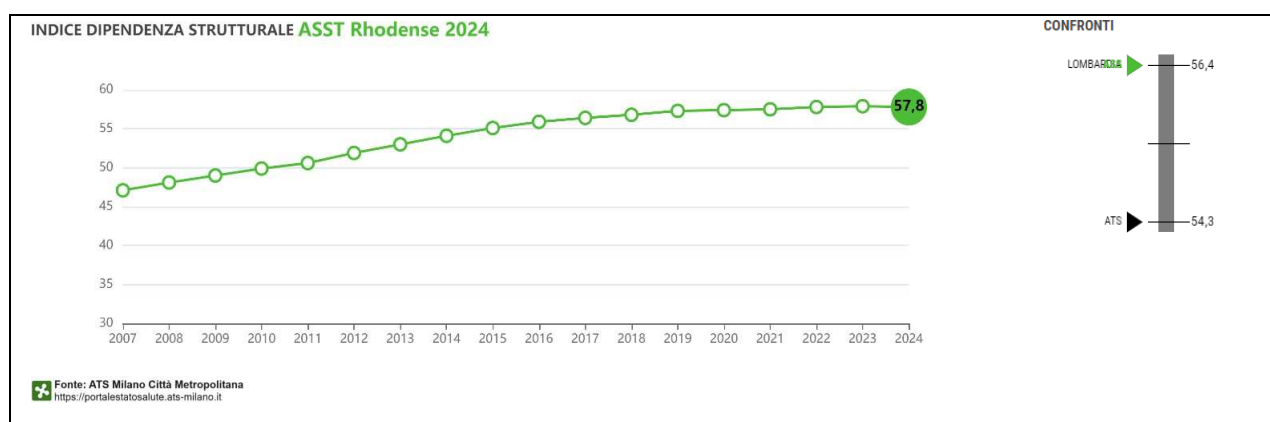




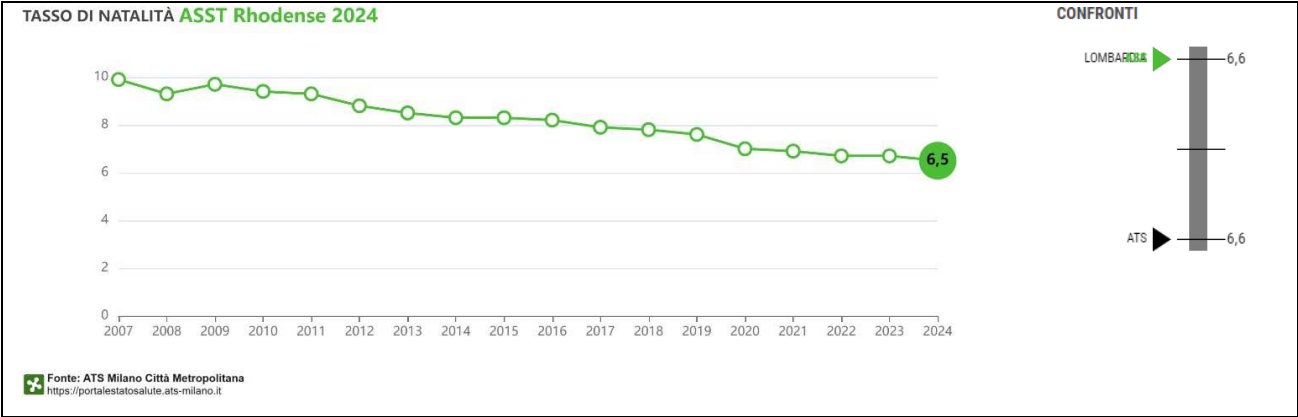
Indice di vecchiaia. Rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultra sessantacinquenni e il numero dei bambini fino ai 14 anni. Per esempio se in un'area l'indice di vecchiaia è pari a 153 significa che in quel luogo risiedono 153 anziani ogni 100 bambini.



Indice di dipendenza anziani. Esprime il carico della popolazione anziana sulla popolazione in età lavorativa. È il rapporto tra il numero delle persone con più di 65 anni e la popolazione attiva (15-64 anni). **Per esempio** se in un'area l'indice di dipendenza anziani è pari a 34 significa che in quel luogo risiedono 34 anziani ogni 100 persone in età lavorativa.

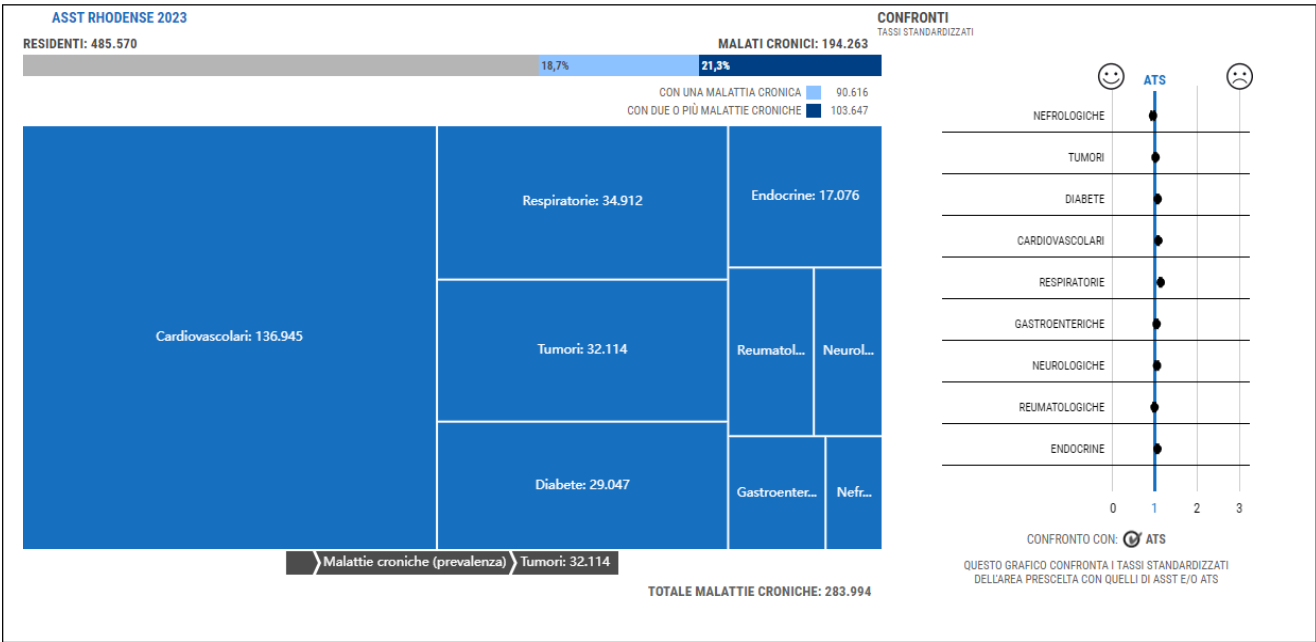


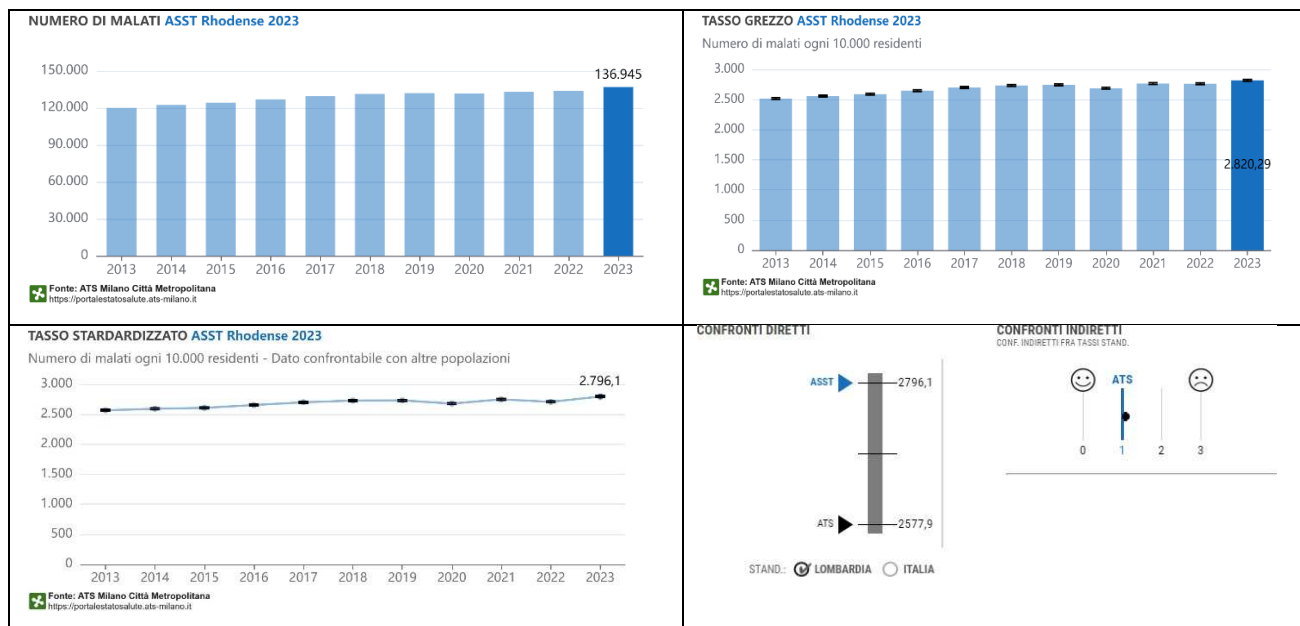
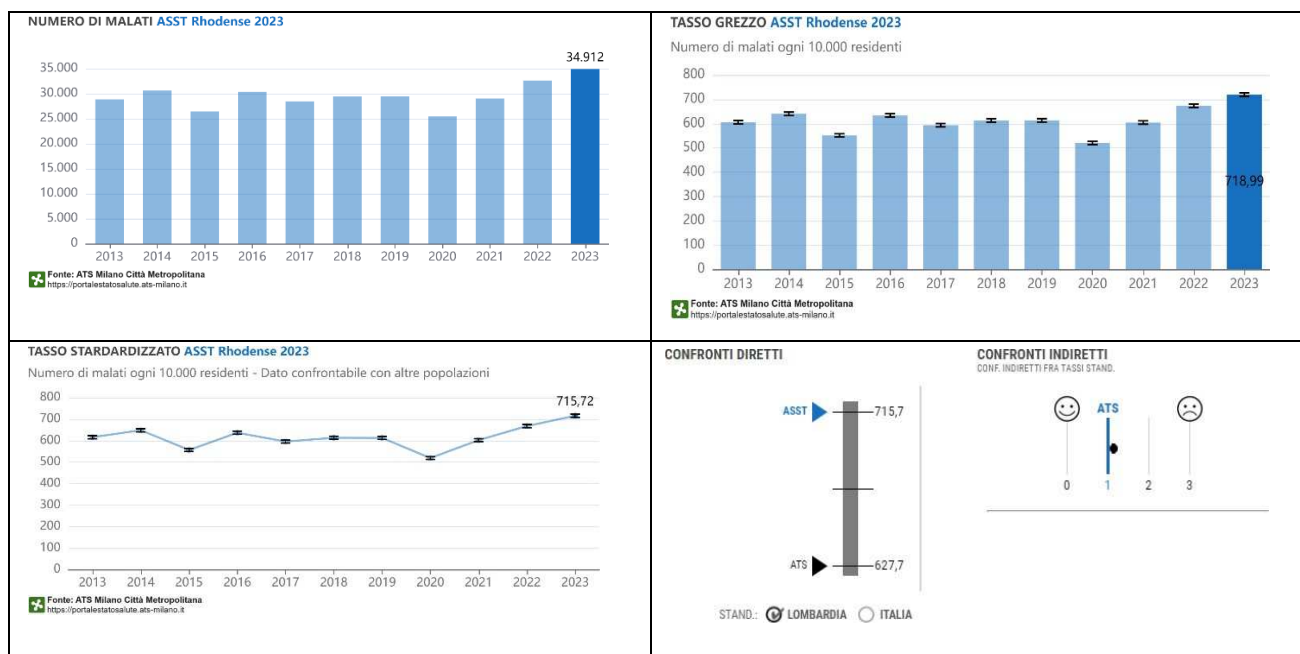
Indice di dipendenza strutturale. Esprime il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni). **Esempio:** se in un'area l'indice di dipendenza strutturale è pari a 56 significa che in quel luogo ogni 100 persone in età lavorativa ci sono 56 persone a carico (bambini e anziani).



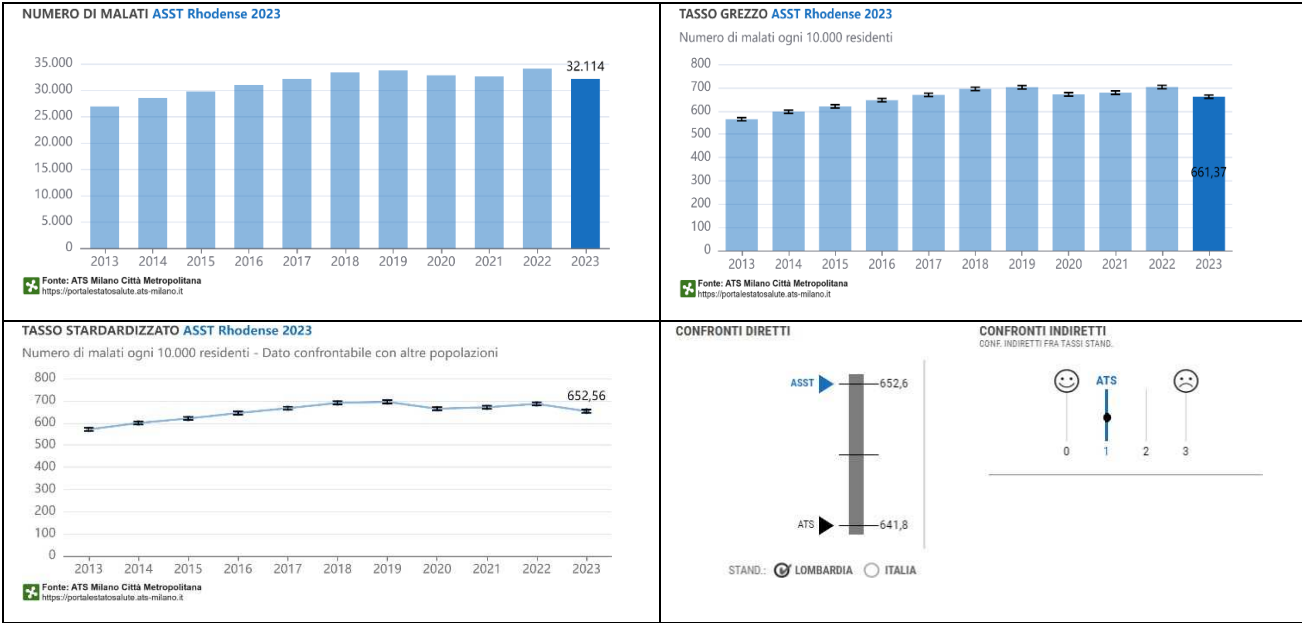
Tasso di natalità. Rappresenta il numero medio di nascite in un anno ogni mille residenti. **Per esempio** un tasso di natalità pari a 8 indica che in un dato anno sono nati 8 bambini ogni 1.000 residenti.

Le patologie prevalenti nel territorio della ASST Rhodense

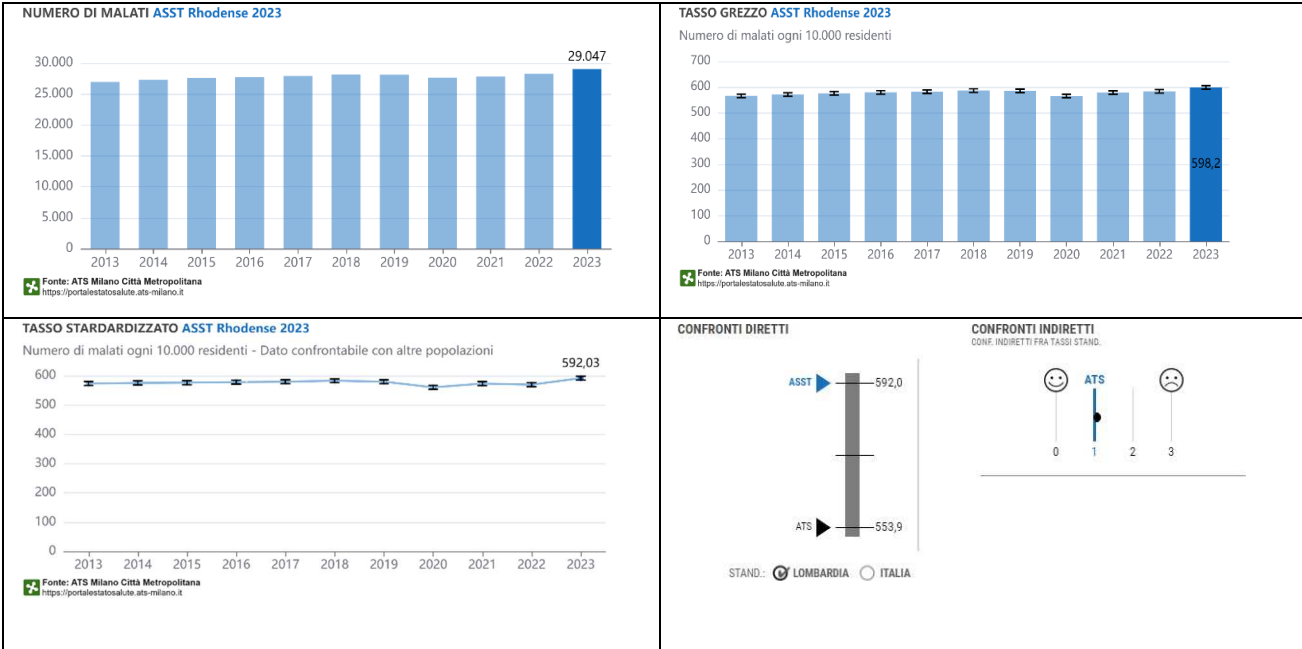


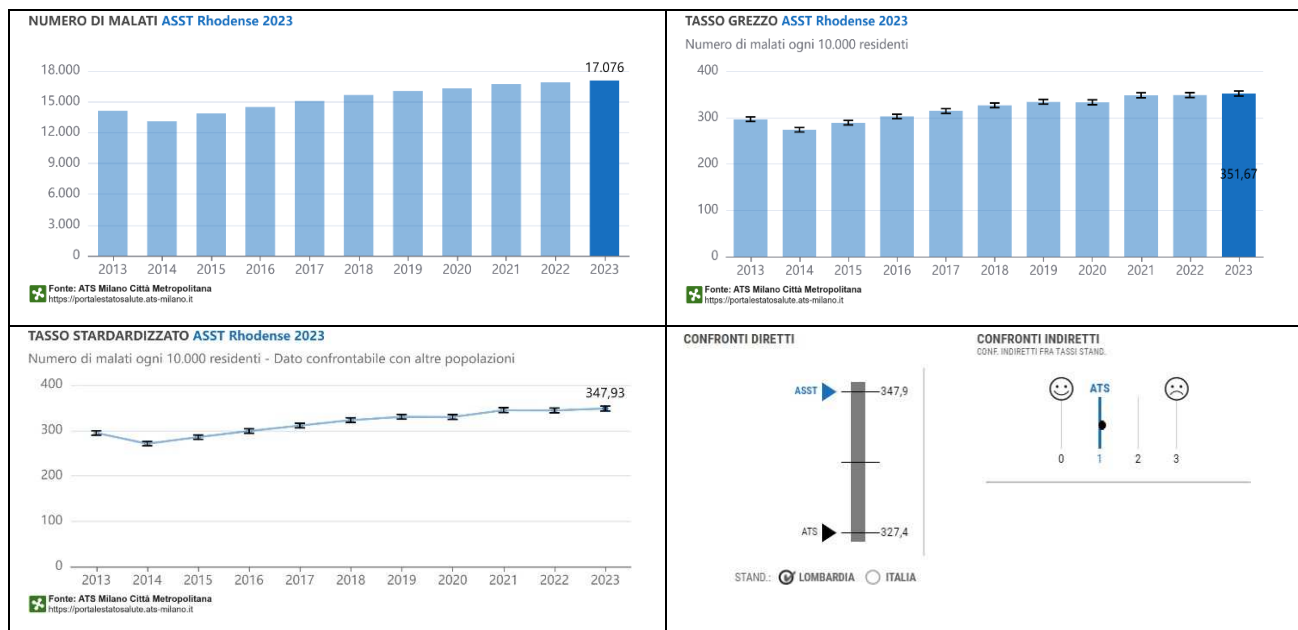
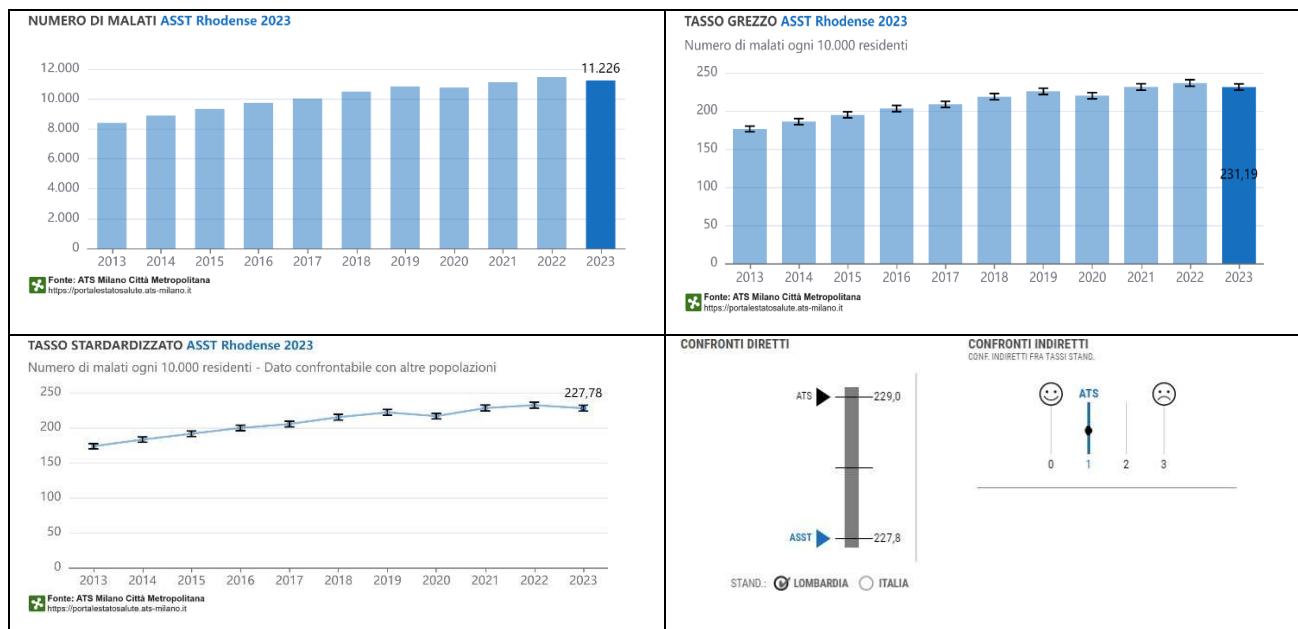
Malattie CardiovascolariMalattie respiratorie

Tumori

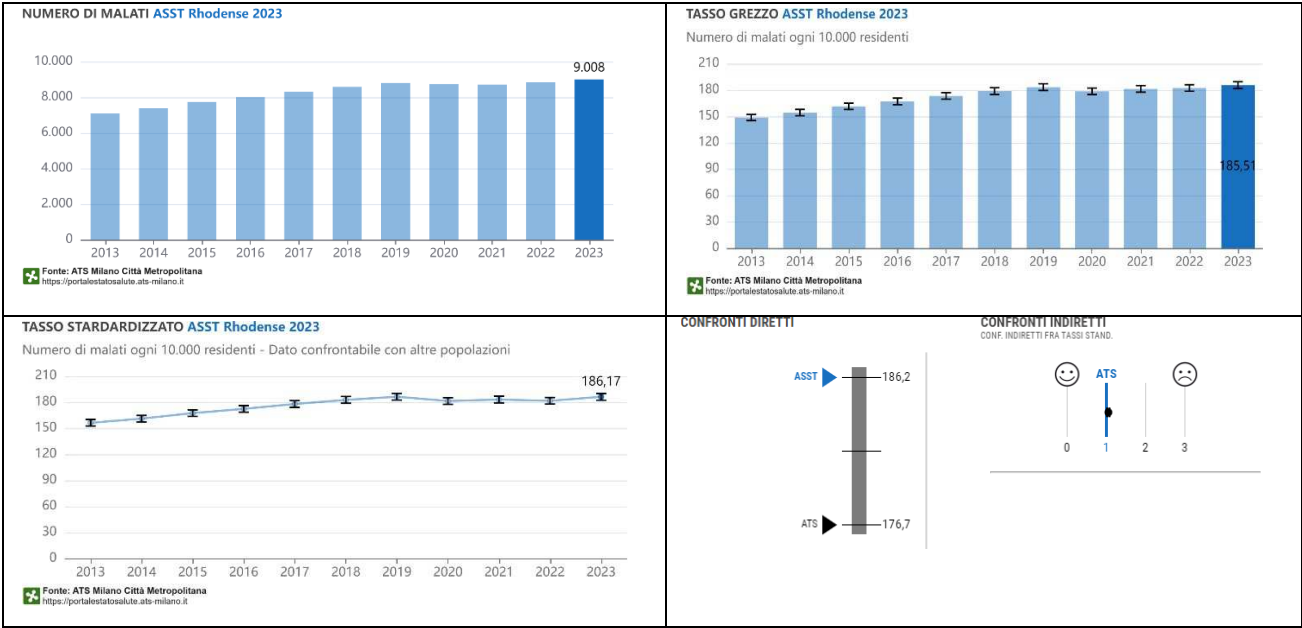


Diabete

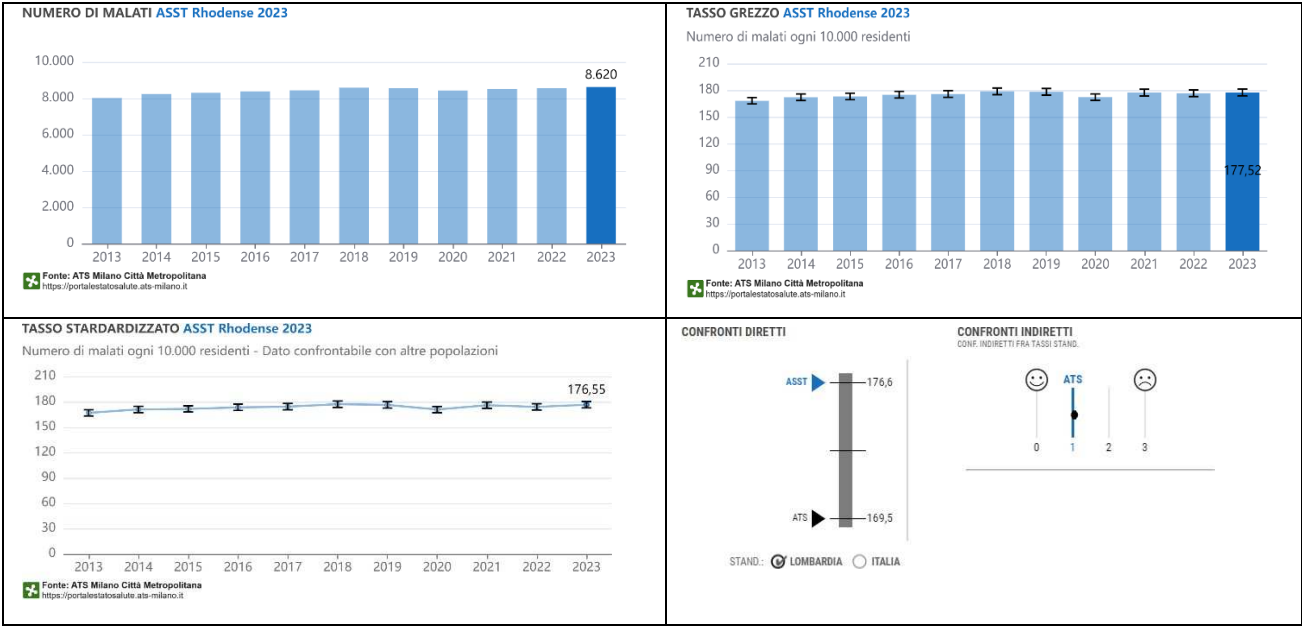


Malattie EndocrineMalattie Reumatologiche

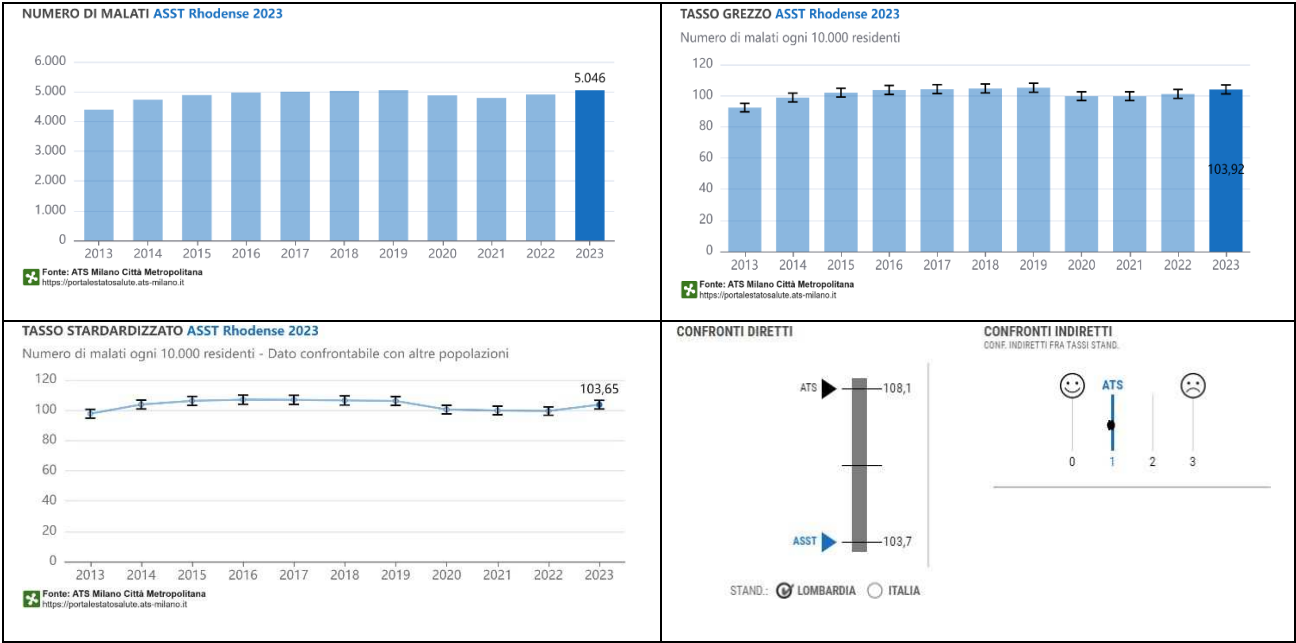
Malattie Neurologiche



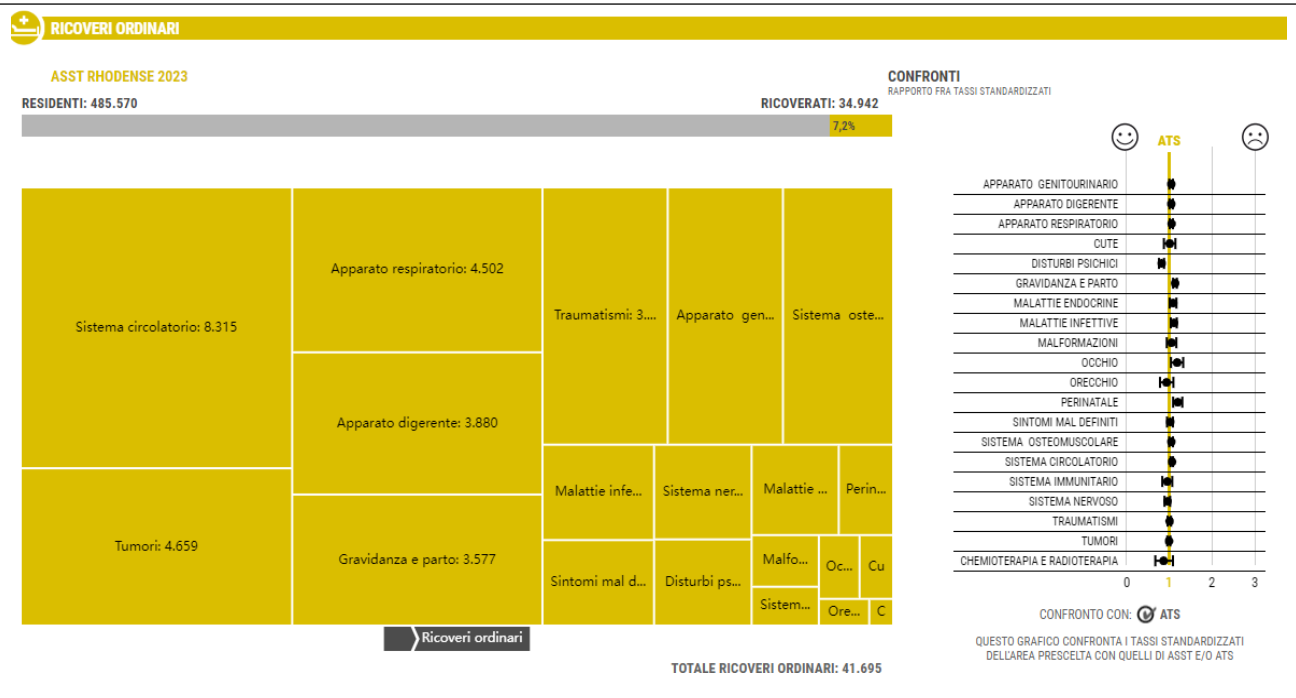
Malattie Gastroenteriche



Malattie Nefrologiche



Cause di ricovero



Luoghi di ricovero

PRESIDI OSPEDALIERI PRESSO I QUALI SONO STATI RICOVERATI 2023:

Codice	Nome Ospedale	Ricoveri	%	% Cumul.	
03006600	Ospedale g.salvini-garbagnate mil.se (GARBAGNATE MILANESE)	7.560	13,2	13,2	
03007300	Ospedale di circolo - rho (RHO)	5.228	9,13	22,32	
03091600	Ospedale l. sacco - milano (MILANO)	3.997	6,98	29,3	
03091300	Ospedale ca' granda-niguarda - milano (MILANO)	3.760	6,56	35,86	
03091500	Ospedale s. carlo borromeo - milano (MILANO)	3.293	5,75	41,61	
03094300	Ist. clin. humanitas - rozzano (ROZZANO)	3.168	5,53	47,14	
03091400	Ospedale s. paolo - milano (MILANO)	3.135	5,47	52,61	
03092500	Fondaz.irccs ca' granda - ospedale maggiore policlinico (MILANO)	2.343	4,09	56,7	
03094601	Istituto ortopedico galeazzi spa - milano (MILANO)	2.341	4,09	60,79	
03011600	Clinica san carlo - paderno dugnano (PADERNO DUGNANO)	2.007	3,5	64,29	
03005600	Presidio osped. v. buzzi - milano (MILANO)	1.713	2,99	67,28	
03093500	Irccs s. raffaele - milano (MILANO)	1.287	2,25	69,52	
03092200	Fond.irccs "istitut.naz.le tumori"milano (MILANO)	978	1,71	71,23	
03036700	Ospedale s. giuseppe - milano (MILANO)	895	1,56	72,79	
03012100	Casa di cura s. pio x - milano (MILANO)	823	1,44	74,23	
03028101	Ospedale civile di legnano (LEGNANO)	794	1,39	75,62	
03094100	Istituto europeo di oncologia-milano (MILANO)	650	1,13	76,75	
03012500	Casa di cura ambrosiana spa-cesano b. (CESANO BOSCONI)	647	1,13	77,88	
03028300	Ospedale g.casati-passirana rho (RHO)	607	1,06	78,94	
03094602	Ist.clinico s.siro spa-milano (MILANO)	551	0,96	79,9	
03091100	Istituto ortopedico gaetano pini - milano (MILANO)	529	0,92	80,82	
03092600	Fondazione irccs san gerardo dei tintori di monza (MONZA)	505	0,88	81,71	
03007401	Ospedale civile g. fornaroli - magenta (MAGENTA)	500	0,87	82,58	

Altro dato interessante per inquadrare le dinamiche territoriali in tema di bisogni di salute ci viene restituito dal numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale e da quali presidi vengono erogate le percentuali più significative nell'ambito della ASST Rhodense.

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Comuni: ASST Rhodense; / Raggruppamento: Tutti i raggruppamenti di prestazioni / Prestazione: Tutte le prestazioni / Anno di ricerca: 2021; 2022; 2023;

QUANTITÀ TOTALI EROGATE PER CLASSE DI ETÀ E GENERE 2021, 2022, 2023:

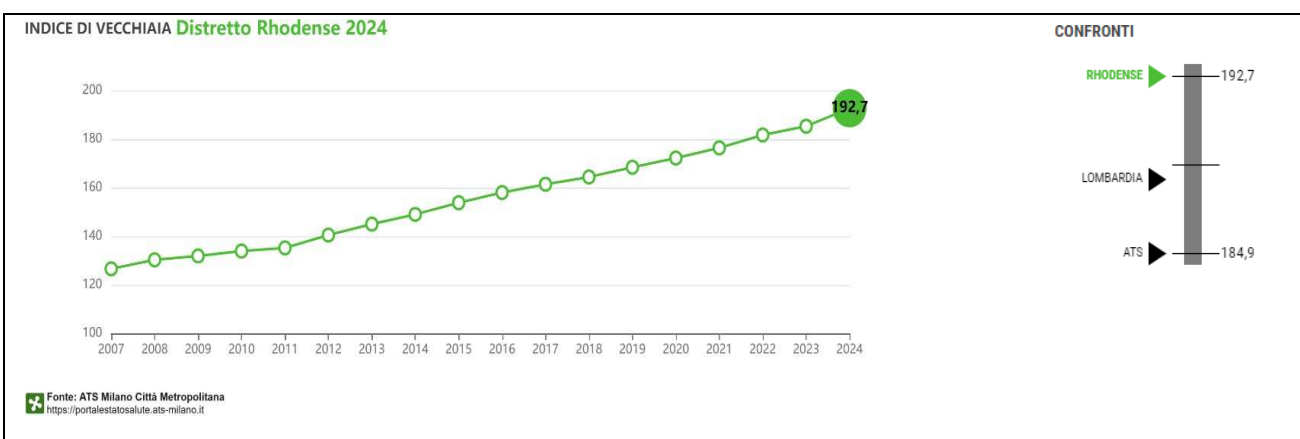
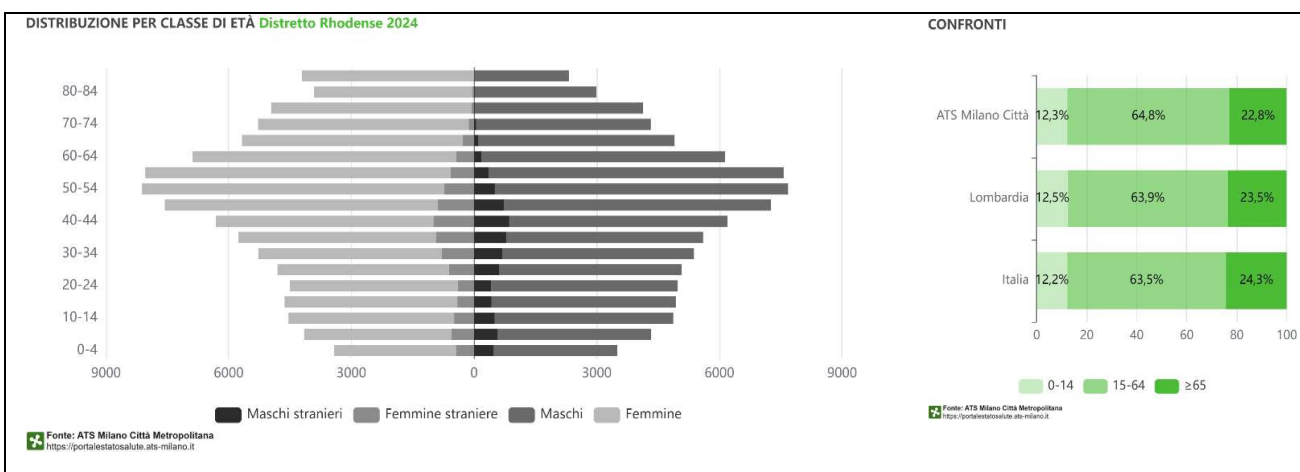
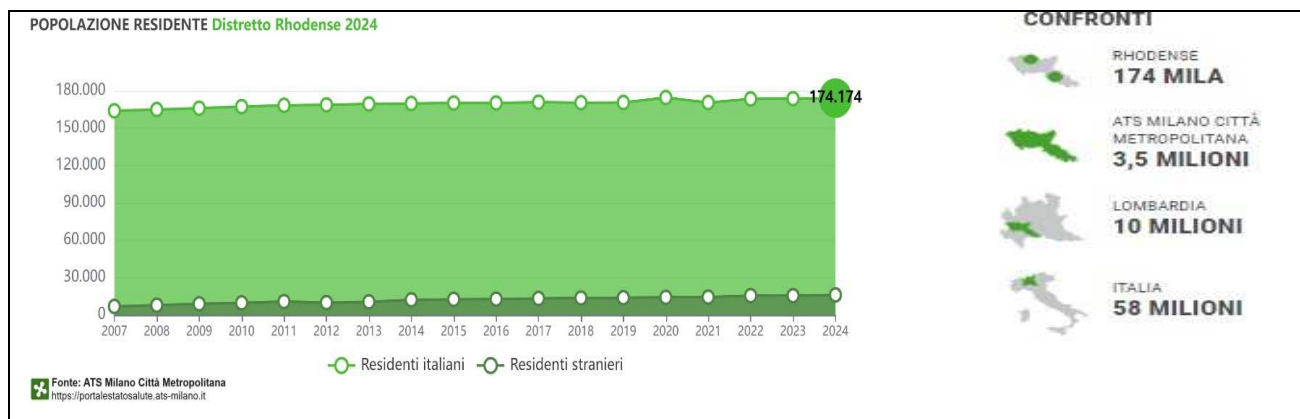
Classe Età	Uomini	Donne	Totale
0-4	127.397	98.287	225.684
5-9	209.852	175.959	385.811
10-14	290.973	268.119	559.092
15-19	269.125	333.891	603.016
20-24	216.553	363.712	580.265
25-29	207.802	474.093	681.895
30-34	246.125	662.446	908.571
35-39	273.764	668.349	942.113
40-44	350.852	631.623	982.475
45-49	511.155	840.651	1.351.806
50-54	687.157	1.089.889	1.777.046
55-59	859.208	1.225.129	2.084.337
60-64	935.997	1.188.172	2.124.169
65-69	1.005.403	1.243.389	2.248.792
70-74	1.143.768	1.380.888	2.524.656
75-79	1.139.431	1.289.575	2.429.006
80-84	913.113	1.076.314	1.989.427
85+	646.009	970.727	1.616.736
Totale	10.033.684	13.981.213	24.014.897

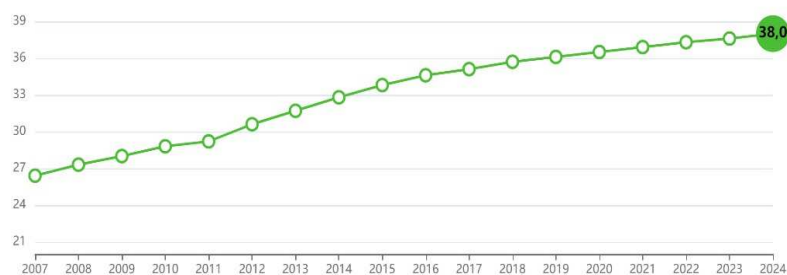
PRESIDI PRESSO I QUALI SONO STATE EROGATE 2021, 2022, 2023:

Codice	Nome	Prestaz. n.	%	% Cumul.
974000201	Poliamb.ospedale garbagnate (GARBAGNATE MILANESE)	2.247.669	9,36	9,36
974000701	Poliamb.ospedale rho (RHO)	2.014.430	8,39	17,75
308018001	Centro diagnostico italiano saint bon (MILANO)	1.912.633	7,96	25,71
309000401	Casa di cura san carlo spa (PADERNO DUGNANO)	1.873.251	7,8	33,51
302038301	Synlab italia (CASTENEDOLO)	1.325.225	5,52	39,03
308936201	Centro auxologico it.s.michele (MILANO)	1.245.329	5,19	44,22
321019512	Service lab fleming research (MILANO)	1.046.740	4,36	48,58
314008301	Casa di cura mater domini (CASTELLANZA)	931.580	3,88	52,45
966000501	A.o. l.sacco - polo univ. (MILANO)	923.283	3,84	56,3
311002701	Bianalisi - lissone (CARATE BRIANZA)	806.119	3,36	59,66
309003401	Polidiagnostico montesanto (CORNAREDO)	682.472	2,84	62,5
967000801	Poliamb. osp.niguarda (MILANO)	517.631	2,16	64,65
925000101	Fondazione irccs "ca' granda" omp: presidio omp (MILANO)	514.909	2,14	66,8
970000301	Poliambulatorio osp. san paolo (MILANO)	459.836	1,91	68,71
972000301	Poliambulatorio (o.s.c.b.) (MILANO)	457.640	1,91	70,62
310943101	Ist. clinico humanitas (ROZZANO)	457.260	1,9	72,52
309010202	Casa di cura ambrosiana s.p.a (CESANO BOSCONI)	370.151	1,54	74,06
974000901	Ambulatori p.o. passirana (RHO)	279.933	1,17	75,23
314017301	Centro diagnost. s.nicola lab. (TRADATE)	252.364	1,05	76,28
308001402	Cedam lab (BRESCO)	250.676	1,04	77,32
974000301	Poliamb.ospedale bollate (BOLLATE)	245.265	1,02	78,34
308935101	Istituto ricovero s.raffaale (MILANO)	230.832	0,96	79,31
922000101	Istituto nazionale tumori (MILANO)	226.375	0,94	80,25
308946101	Irccs istituto ortopedico galeazzi spa (MILANO)	196.177	0,82	81,07

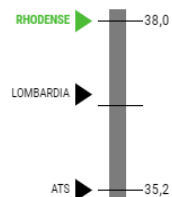
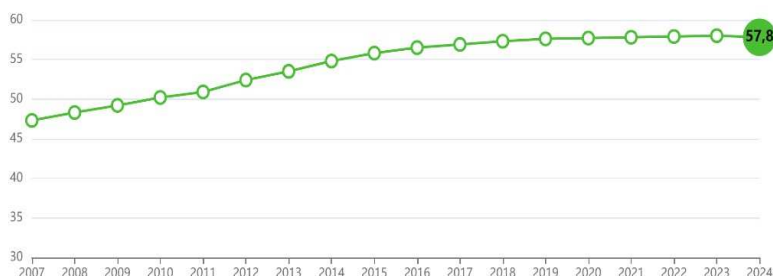
Per indicare e indirizzare la programmazione e progettazione delle risposte in un ambito di integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale è necessaria non solo una dettagliata analisi della domanda di salute e dei bisogni anche sociali del territorio con specifica attenzione ai determinanti sociali e al gradiente in termini di diseguaglianze incidenti localmente ma anche un focus analitico e di dettaglio per distretto.

2.1.1. Distretto Rhodense

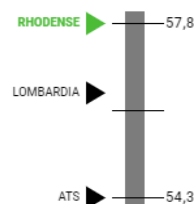
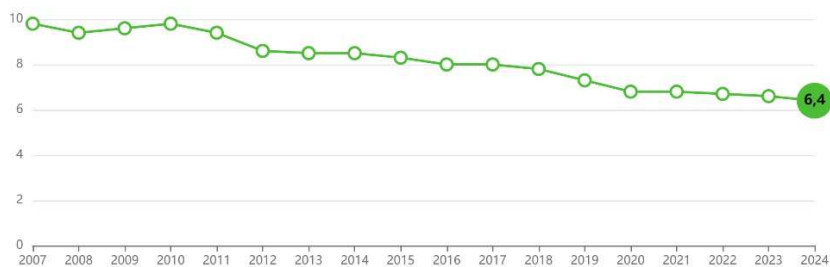


INDICE DIPENDENZA ANZIANI Distretto Rhodense 2024


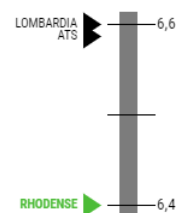
Fonte: ATS Milano Città Metropolitana
<https://portalestatosalute.ats-milano.it>

CONFRONTI

INDICE DIPENDENZA STRUTTURALE Distretto Rhodense 2024


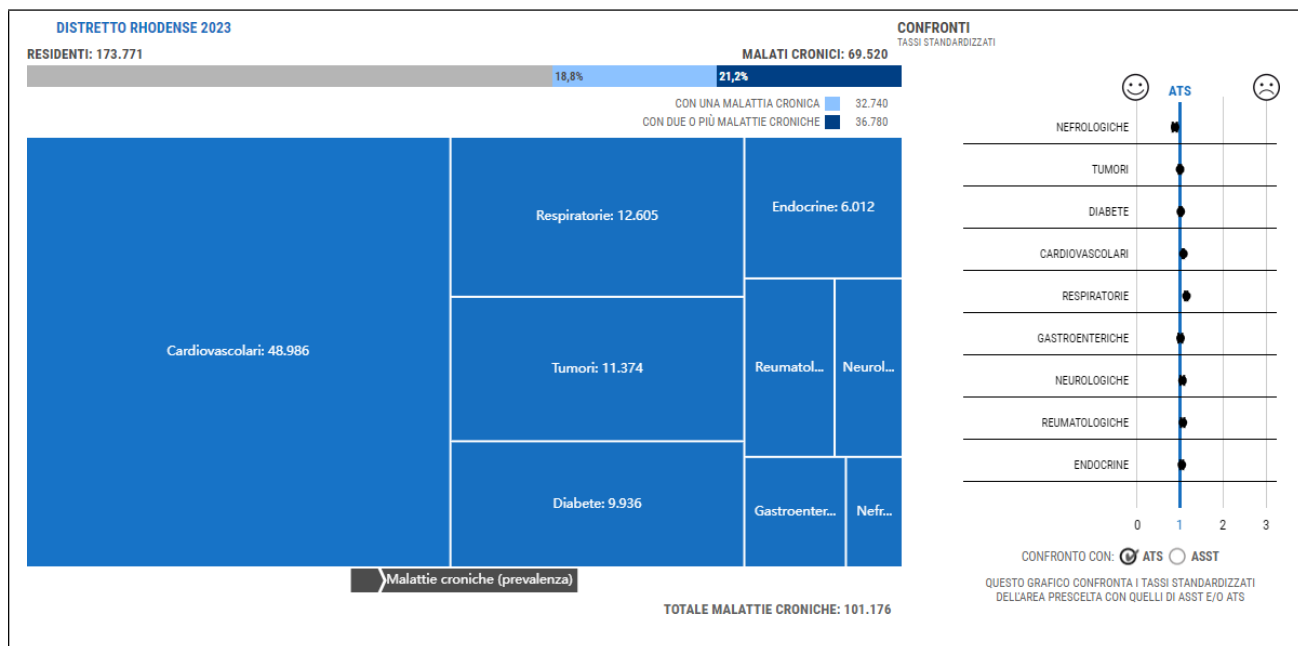
Fonte: ATS Milano Città Metropolitana
<https://portalestatosalute.ats-milano.it>

CONFRONTI

TASSO DI NATALITÀ Distretto Rhodense 2024


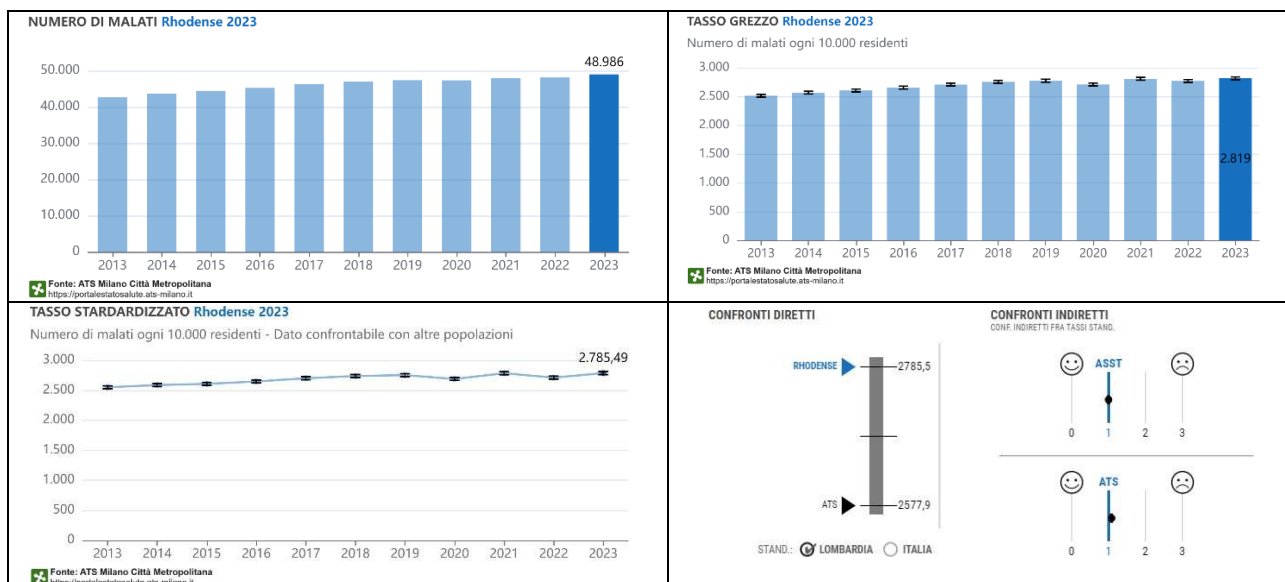
Fonte: ATS Milano Città Metropolitana
<https://portalestatosalute.ats-milano.it>

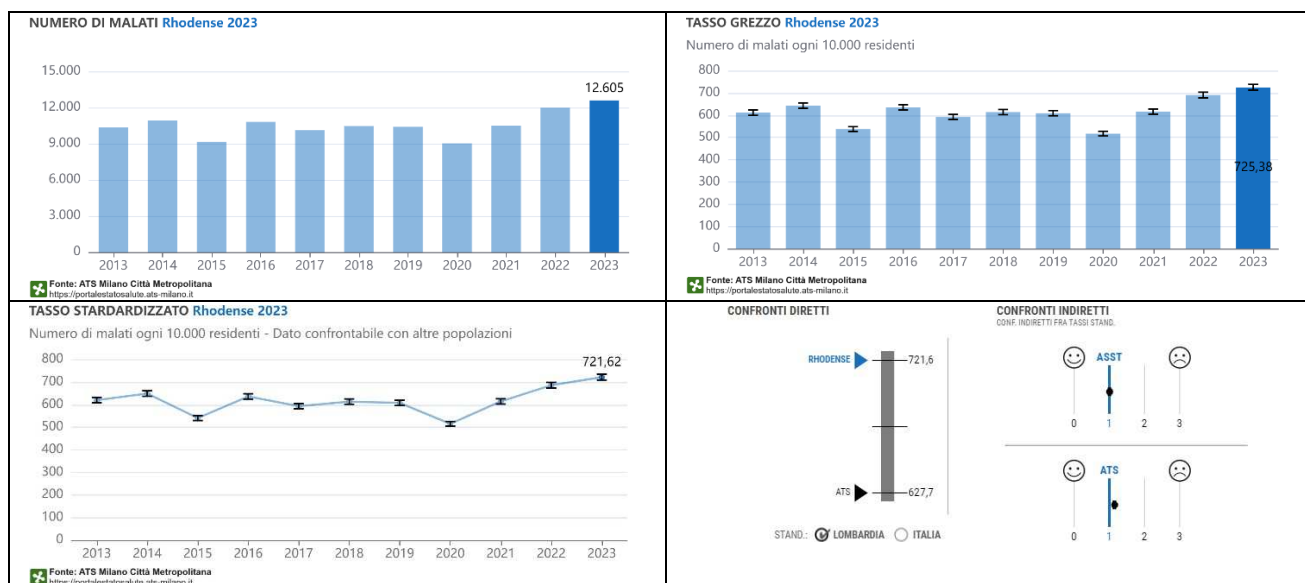
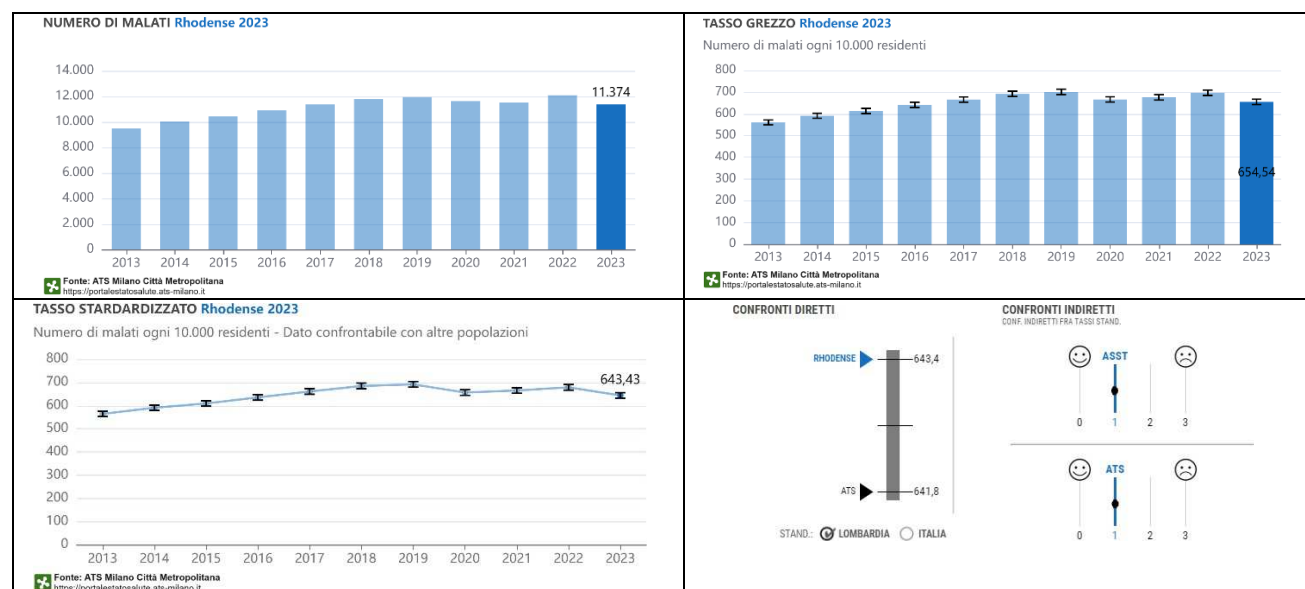
CONFRONTI


Le patologie prevalenti

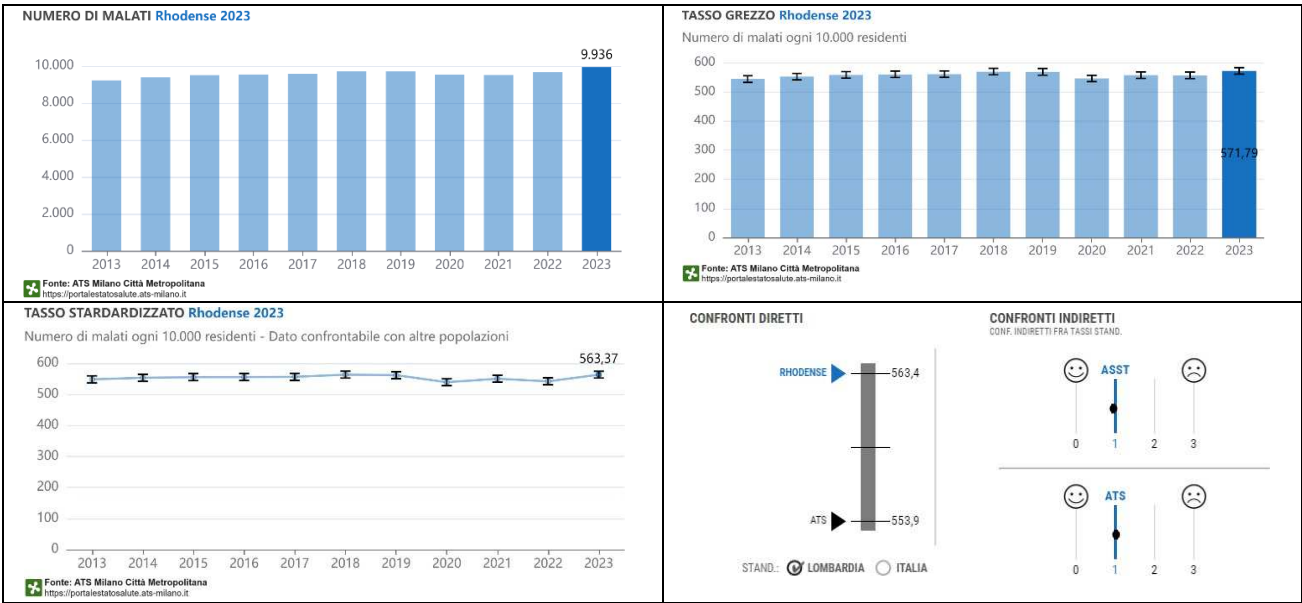


Malattie cardiovascolari

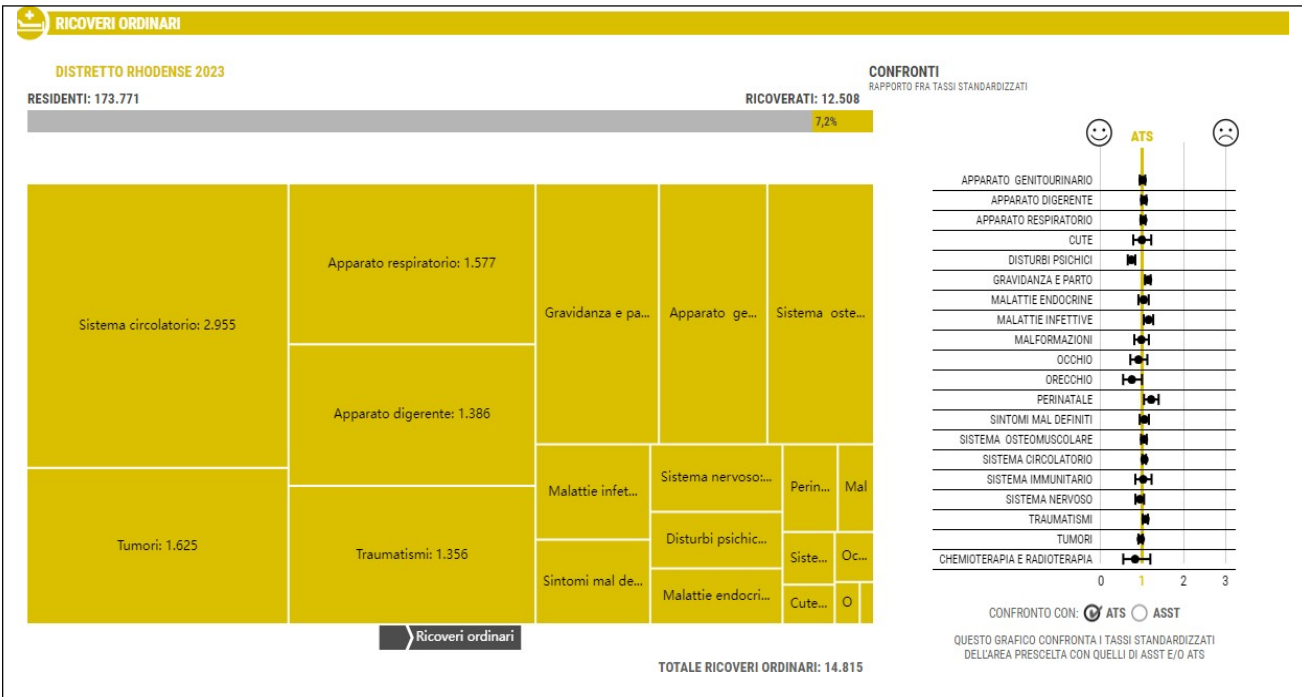


Malattie respiratorieTumori

Diabete



Cause di ricovero



Luoghi di ricovero

PRESIDI OSPEDALIERI PRESSO I QUALI SONO STATI RICOVERATI 2023:

Codice	Nome Ospedale	Ricoveri	%	% Cumul.	
03007300	Ospedale di circolo - rho (RHO)	4.354	21,13	21,13	
03006600	Ospedale g.salvini-garbagnate mil.se (GARBAGNATE MILANESE)	2.761	13,4	34,53	
03091600	Ospedale l. sacco - milano (MILANO)	1.187	5,76	40,29	
03094601	Istituto ortopedico galeazzi spa - milano (MILANO)	1.096	5,32	45,61	
03091500	Ospedale s. carlo borromeo - milano (MILANO)	860	4,17	49,78	
03091300	Ospedale ca' granda-niguarda - milano (MILANO)	836	4,06	53,84	
03005600	Presidio osped. v. buzzi - milano (MILANO)	746	3,62	57,46	
03094300	Ist. clin. humanitas - rozzano (ROZZANO)	711	3,45	60,91	
03092500	Fondaz.irccs ca' granda - ospedale maggiore policlinico (MILANO)	691	3,35	64,26	
03028101	Ospedale civile di legnano (LEGNANO)	562	2,73	66,99	
03093500	Irccs s. raffaele - milano (MILANO)	450	2,18	69,17	
03092200	Fond.irccs "istitut.naz.le tumori" milano (MILANO)	430	2,09	71,26	
03028300	Ospedale g.casati-passirana rho (RHO)	359	1,74	73	
03007401	Ospedale civile g. fornaro - magenta (MAGENTA)	343	1,66	74,67	
03091400	Ospedale s. paolo - milano (MILANO)	329	1,6	76,26	
03012100	Casa di cura s. pio x - milano (MILANO)	306	1,49	77,75	
03094100	Istituto europeo di oncologia-milano (MILANO)	245	1,19	78,94	
03001700	Casa di cura mater domini - castellanza (CASTELLANZA)	232	1,13	80,06	
03036700	Ospedale s. giuseppe - milano (MILANO)	232	1,13	81,19	
03094602	Ist.clinico s.siro spa-milano (MILANO)	216	1,05	82,24	
03093603	Irccs ospedale capitano (MILANO)	184	0,89	83,13	

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Comuni: Distretto Rhodense; / Raggruppamento: Tutti i raggruppamenti di prestazioni / Prestazione: Tutte le prestazioni / Anno di ricerca: 2021; 2022; 2023;

Anno	Prestazioni	
2021	2.772.284	
2022	2.776.645	
2023	2.882.830	

QUANTITÀ TOTALI EROGATE PER CLASSE DI ETÀ E GENERE 2021, 2022, 2023:

Classe Età	Uomini	Donne	Totale	
0-4	45.585	38.376	83.961	
5-9	71.885	61.783	133.668	
10-14	104.868	96.043	200.911	
15-19	97.338	123.694	221.032	
20-24	77.417	127.119	204.536	
25-29	71.800	156.206	228.006	
30-34	86.024	232.414	318.438	
35-39	94.737	246.831	341.568	
40-44	125.813	231.435	357.248	
45-49	188.975	302.834	491.809	
50-54	241.103	388.182	629.285	
55-59	303.300	430.587	733.887	
60-64	327.018	414.309	741.327	
65-69	346.834	411.556	758.390	
70-74	398.902	468.915	867.817	
75-79	420.578	457.372	877.950	
80-84	317.846	370.716	688.562	
85+	218.680	334.684	553.364	
Totale	3.538.703	4.893.056	8.431.759	

PRESIDI PRESSO I QUALI SONO STATE EROGATE 2021, 2022, 2023:

Codice	Nome	Prestaz. n.	%	% Cumul.	
974000701	Poliamb.ospedale rho (RHO)	1.858.922	22,05	22,05	
302038301	Synlab italia (CASTENEDOLO)	1.056.260	12,53	34,57	
308018001	Centro diagnostico italiano saint bon (MILANO)	623.147	7,39	41,96	
314008301	Casa di cura mater domini (CASTELLANZA)	526.494	6,24	48,21	
309003401	Polidiagnostico montesanto (CORNAREDO)	517.839	6,14	54,35	
974000201	Poliamb.ospedale garbagnate (GARBAGNATE MILANESE)	416.058	4,93	59,28	
966000501	A.o. I.sacco - polo univ. (MILANO)	276.268	3,28	62,56	
314017301	Centro diagnost. s.nicola lab. (TRADATE)	220.600	2,62	65,18	
974000901	Ambulatori p.o. passirana (RHO)	204.345	2,42	67,6	
311002701	Bianalisi - lissone (CARATE BRIANZA)	195.546	2,32	69,92	
925000101	Fondazione irccs "ca' granda" omp: presidio omp (MILANO)	157.611	1,87	71,79	
972000301	Poliambulatorio (o.s.c.b.) (MILANO)	154.788	1,84	73,62	
321019512	Service lab fleming research (MILANO)	140.661	1,67	75,29	
967000801	Poliamb. osp.niguarda (MILANO)	108.381	1,29	76,58	
308936201	Centro auxologico it.s.michele (MILANO)	92.707	1,1	77,68	
310943101	Ist. clinico humanitas (ROZZANO)	85.307	1,01	78,69	
922000101	Istituto nazionale tumori (MILANO)	85.111	1,01	79,7	
973000301	Ospedale civile (LEGNANO)	76.492	0,91	80,61	
308946101	Irccs istituto ortopedico galeazzi spa (MILANO)	74.144	0,88	81,49	
308935101	Istituto ricovero s.raffaele (MILANO)	64.594	0,77	82,25	
970000301	Poliambulatorio osp. san paolo (MILANO)	59.106	0,7	82,95	
974002013	Polo terr. 5 - rho -uonpia (RHO)	58.513	0,69	83,65	
309019901	Casfel srl studio rad. citta'diparabiago (PARABIAGO)	58.174	0,69	84,34	
309024401	C.s.r. srl - poliambulatorio special. (RHO)	55.794	0,66	85	

Nel Distretto Rhodense risiede una popolazione di 173.771 abitanti all'interno dei 9 comuni. La popolazione negli ultimi 10 anni ha visto un costante seppur non elevato incremento (interrotto solo da un lieve decremento nel 2021).

La popolazione anziana è in costante aumento, il tasso di natalità va via via decrescendo: la conseguenza porta ad un indice di vecchiaia che è superiore a quella della media regionale e di ATS.

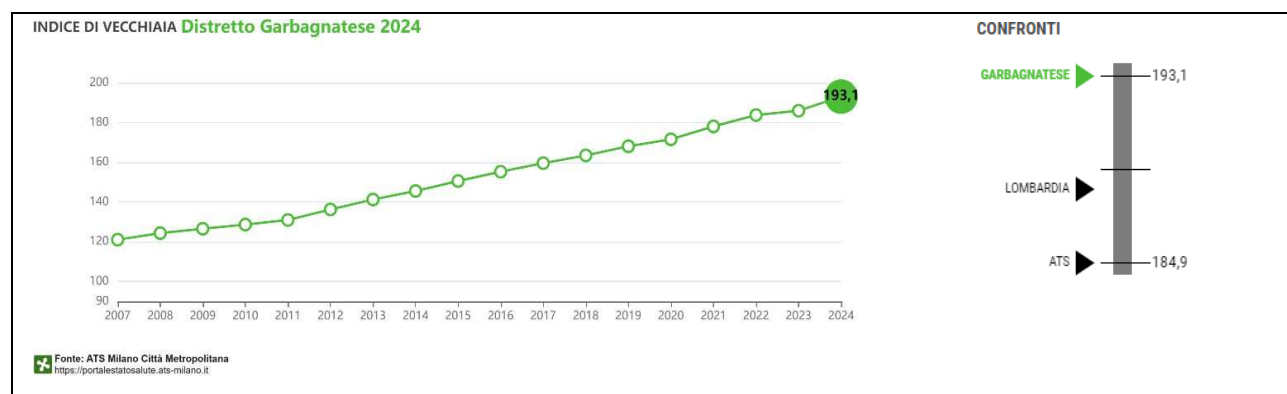
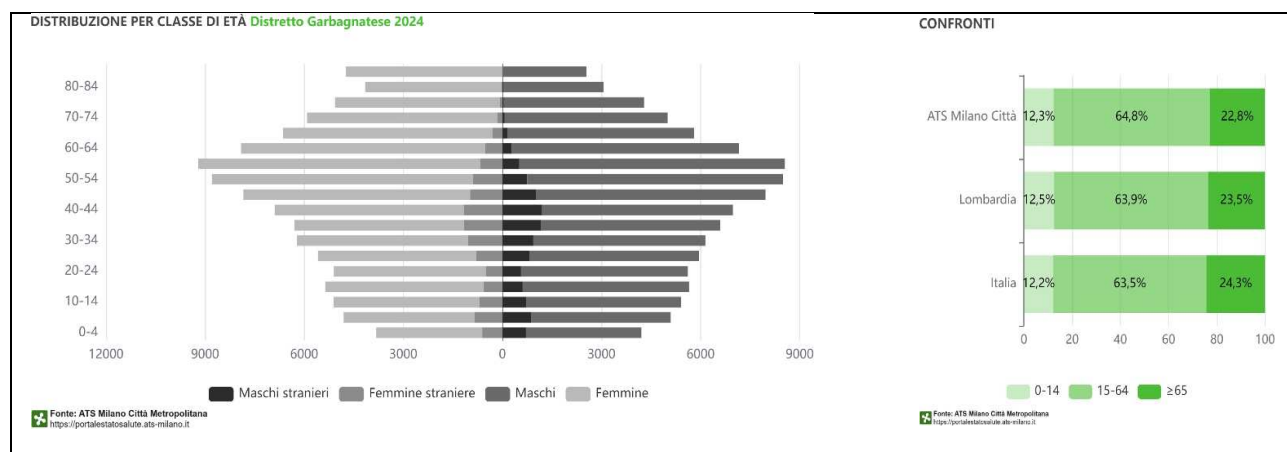
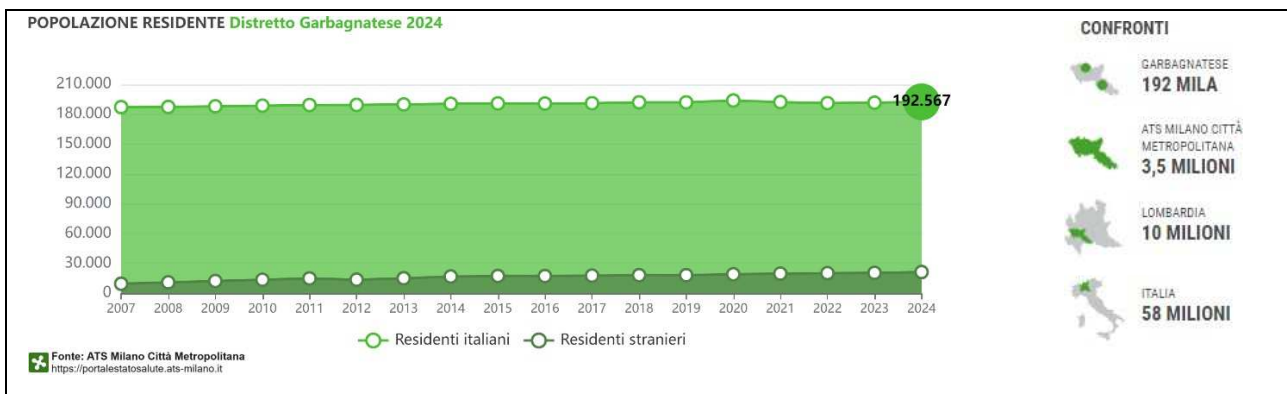
L'indice di dipendenza anziani è in costante aumento, con un indice di dipendenza strutturale pressoché stabile dal 2020.

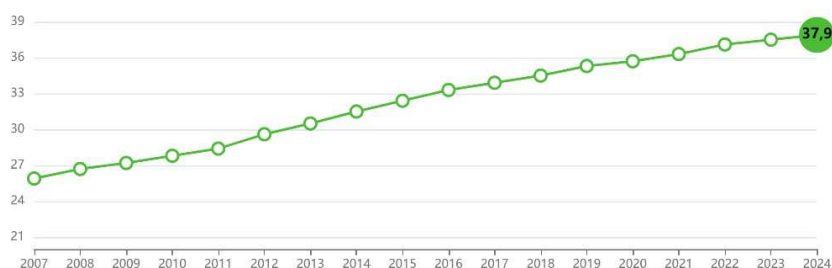
I malati cronici, 69.520, rappresentano il 40 % della popolazione totale e di questi il 21% soffre di due o più patologie croniche.

Tra le patologie croniche le malattie principali, cardiovascolari, respiratorie, patologie tumorali e diabete mellito, il tasso delle malattie nefrologiche è inferiore alla media ATS.

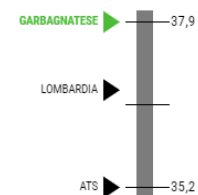
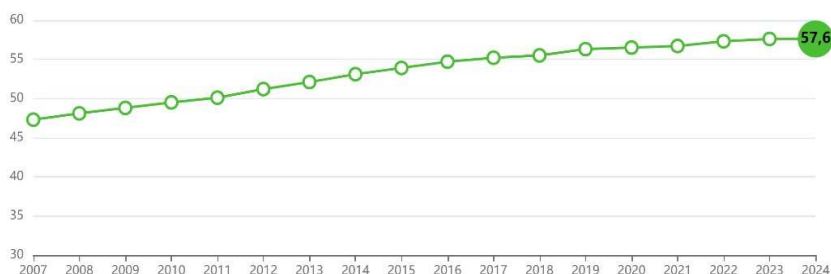
Il 36,27% delle persone residenti nel distretto rhodense vengono ricoverate nei presidi ospedalieri dell'azienda e il 29,40 % fruiscono delle prestazioni ambulatoriali rese negli ambulatori /poliambulatori della stessa azienda.

2.1.2. Distretto di Garbagnatese

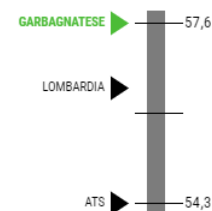
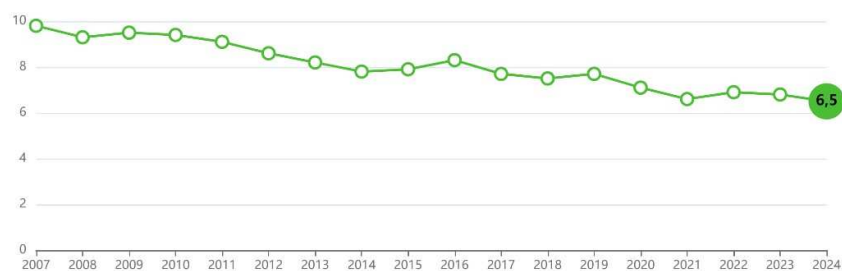


INDICE DIPENDENZA ANZIANI Distretto Garbagnatese 2024


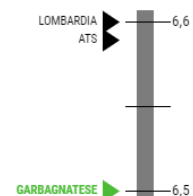
Fonte: ATS Milano Città Metropolitana
<https://portalestatosalute.ats-milano.it>

CONFRONTI

INDICE DIPENDENZA STRUTTURALE Distretto Garbagnatese 2024


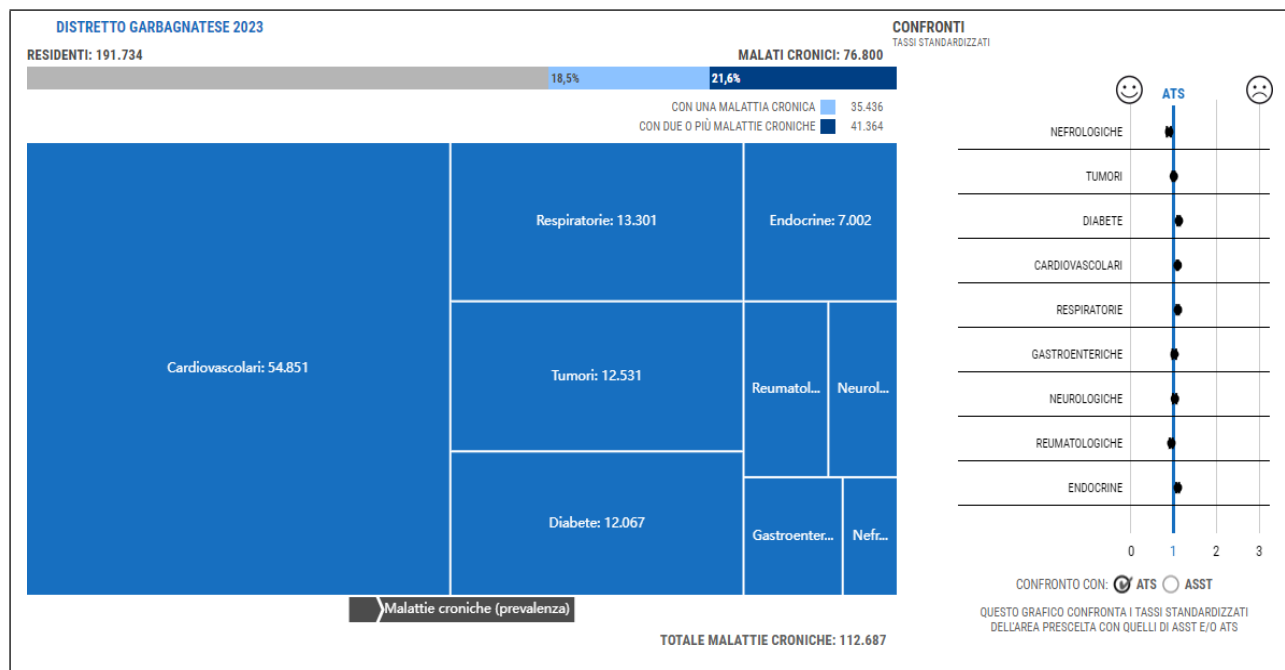
Fonte: ATS Milano Città Metropolitana
<https://portalestatosalute.ats-milano.it>

CONFRONTI

TASSO DI NATALITÀ Distretto Garbagnatese 2024


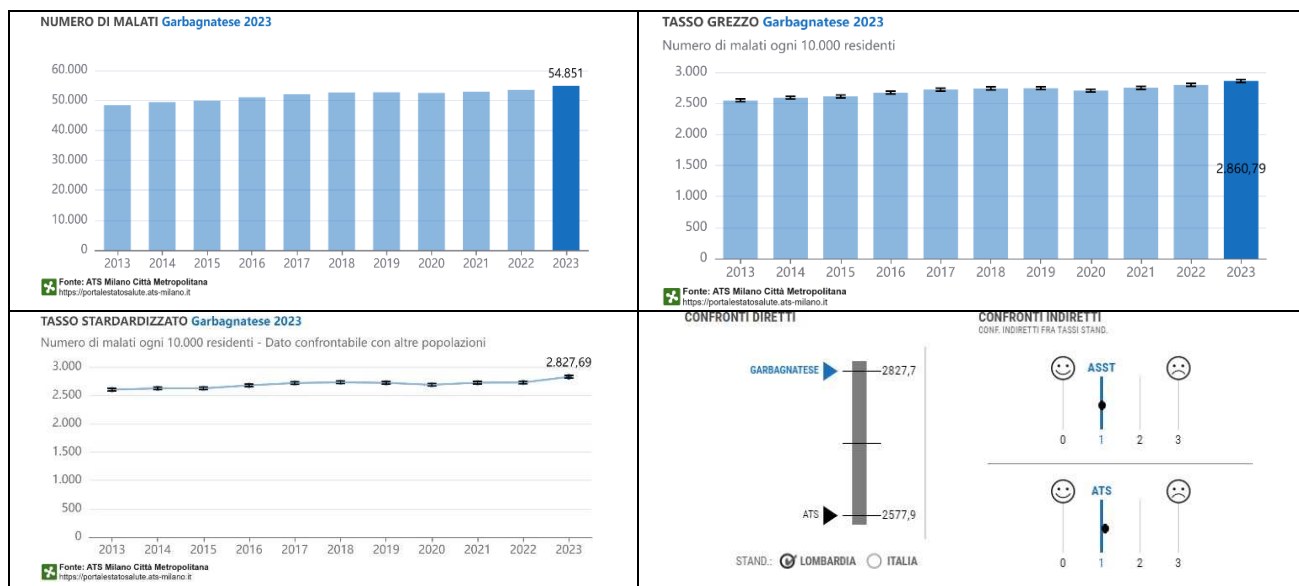
Fonte: ATS Milano Città Metropolitana
<https://portalestatosalute.ats-milano.it>

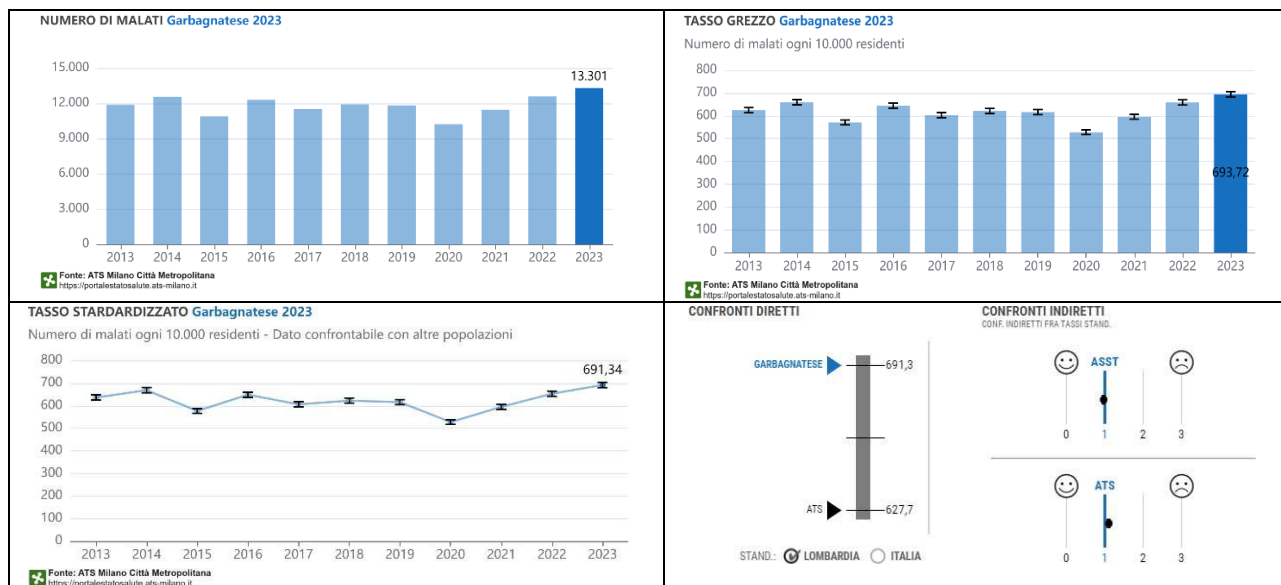
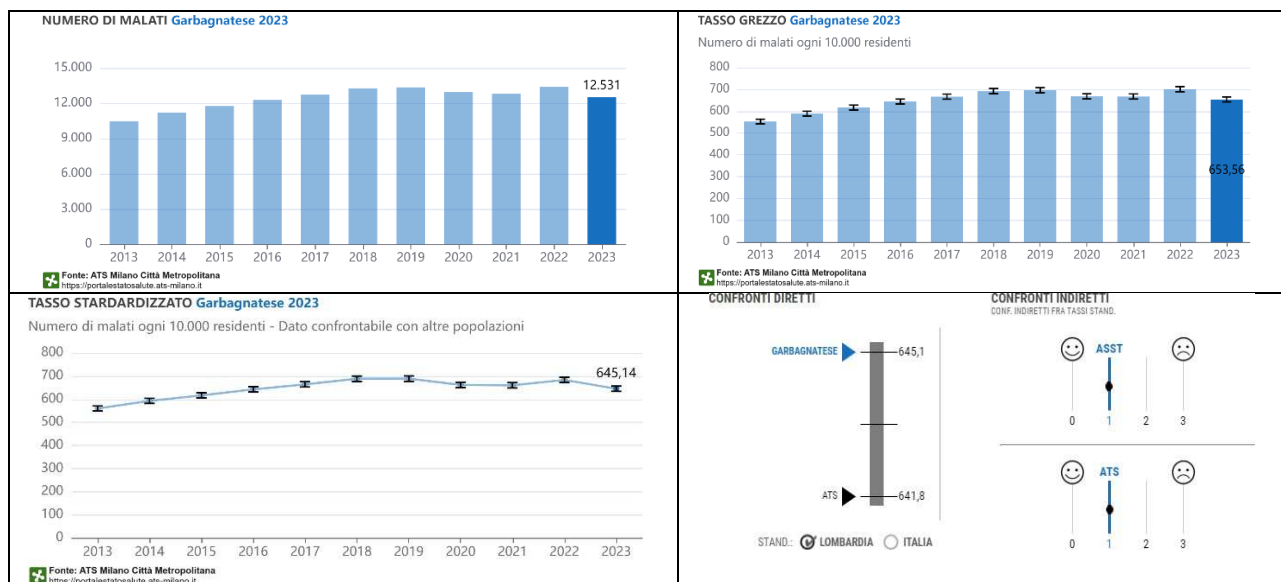
CONFRONTI


Le patologie prevalenti

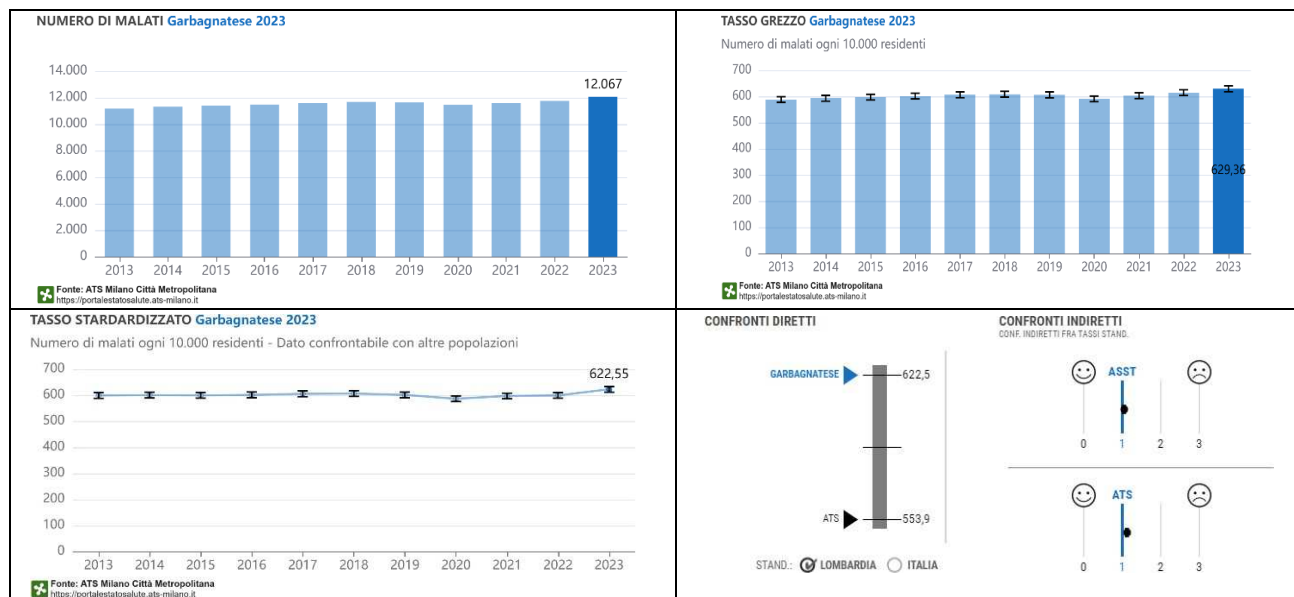


Malattie cardiovascolari

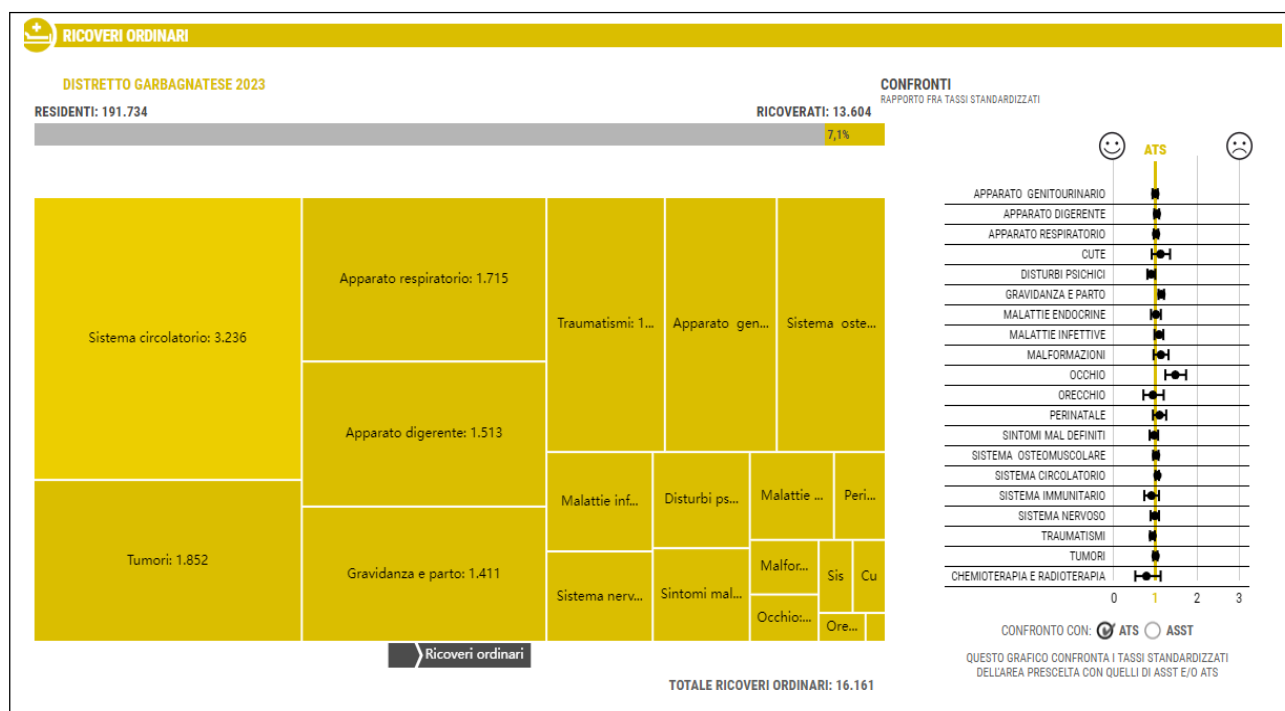


Malattie respiratorieTumori

Diabete



Cause di ricovero



Luoghi di ricovero

PRESIDI OSPEDALIERI PRESSO I QUALI SONO STATI RICOVERATI 2023:					
Codice	Nome Ospedale	Ricoveri	%	% Cumul.	
03006600	Ospedale g.salvini-garbagnate mil.se (GARBAGNATE MILANESE)	4.747	21,37	21,37	
03091600	Ospedale l. sacco - milano (MILANO)	2.601	11,71	33,08	
03091300	Ospedale ca' granda-niguarda - milano (MILANO)	2.515	11,32	44,4	
03011600	Clinica san carlo - paderno dugnano (PADERNO DUGNANO)	1.891	8,51	52,91	
03094601	Istituto ortopedico galeazzi spa - milano (MILANO)	942	4,24	57,16	
03007300	Ospedale di circolo - rho (RHO)	818	3,68	60,84	
03092500	Fondaz.irccs ca' granda - ospedale maggiore policlinico (MILANO)	652	2,94	63,77	
03005600	Presidio osped. v. buzzi - milano (MILANO)	609	2,74	66,52	
03093500	Irccs s. raffaele - milano (MILANO)	510	2,3	68,81	
03094300	Ist. clin. humanitas - rozzano (ROZZANO)	436	1,96	70,77	
03012100	Casa di cura s. pio x - milano (MILANO)	352	1,58	72,36	
03092600	Fondazione irccs san gerardo dei tintori di monza (MONZA)	349	1,57	73,93	
03092200	Fond.irccs "istitut.naz.le tumori" milano (MILANO)	319	1,44	75,37	
03028300	Ospedale g.casati-passirana rho (RHO)	242	1,09	76,46	
03091000	Ospedale fatebenefratelli e oftalmico - milano (MILANO)	216	0,97	77,43	
03005800	Ospedale bassini - cinisello balsamo (CINISELLO BALSAMO)	211	0,95	78,38	
03010700	Istituti clinici zucchi spa-monza (MONZA)	203	0,91	79,29	
03036700	Ospedale s. giuseppe - milano (MILANO)	202	0,91	80,2	
03094800	Irccs multimedica - milano (SESTO SAN GIOVANNI)	195	0,88	81,08	
03028101	Ospedale civile di legnano (LEGNANO)	178	0,8	81,88	
03000800	Osp. generale provinciale - saronno (SARONNO)	169	0,76	82,64	
03006800	Presidio ospedaliero di desio (DESIO)	166	0,75	83,39	
03091500	Ospedale s. carlo borromeo - milano (MILANO)	157	0,71	84,09	

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
Comuni: Distretto Garbagnatese; / Raggruppamento: Tutti i raggruppamenti di prestazioni / Prestazione: Tutte le prestazioni / Anno di ricerca: 2021; 2022; 2023;				
2021	3.194.451			
2022	3.188.180			
2023	3.289.862			
QUANTITÀ TOTALI EROGATE PER CLASSE DI ETÀ E GENERE 2021, 2022, 2023:				
Classe Età	Uomini	Donne	Totale	
0-4	50.235	33.913	84.148	
5-9	90.540	73.829	164.369	
10-14	116.166	104.808	220.974	
15-19	106.268	131.779	238.047	
20-24	86.776	149.363	236.139	
25-29	85.953	199.654	285.607	
30-34	98.180	267.225	365.405	
35-39	108.203	257.918	366.121	
40-44	136.957	246.444	383.401	
45-49	191.003	330.398	521.401	
50-54	265.717	430.512	696.229	
55-59	351.332	495.337	846.669	
60-64	395.581	492.699	888.280	
65-69	426.192	527.088	953.280	
70-74	469.277	556.789	1.026.066	
75-79	434.575	487.869	922.444	
80-84	360.288	433.773	794.061	
85+	263.502	416.350	679.852	
Totale	4.036.745	5.635.748	9.672.493	

PRESIDI PRESSO I QUALI SONO STATE EROGATE 2021, 2022, 2023:

Codice	Nome	Prestaz. n.	%	% Cumul.	
309000401	Casa di cura san carlo spa (PADERNO DUGNANO)	1.853.914	19,17	19,17	
974000201	Poliamb.ospedale garbagnate (GARBAGNATE MILANESE)	1.710.117	17,68	36,85	
308936201	Centro auxologico it.s.michele (MILANO)	1.088.875	11,26	48,1	
966000501	A.o. l.sacco - polo univ. (MILANO)	584.843	6,05	54,15	
314008301	Casa di cura mater domini (CASTELLANZA)	401.174	4,15	58,3	
967000801	Poliamb. osp.niguarda (MILANO)	331.263	3,42	61,72	
302038301	Synlab italia (CASTENEDOLO)	237.327	2,45	64,18	
308001402	Cedam lab (BRESCO)	233.150	2,41	66,59	
974000301	Poliamb.ospedale bollate (BOLLATE)	194.671	2,01	68,6	
311040401	Ambulatori casa di cura villa bianca (LIMBIATE)	183.471	1,9	70,5	
925000101	Fondazione irccs "ca' granda" omp: presidio omp (MILANO)	153.613	1,59	72,09	
974000701	Poliamb.ospedale rho (RHO)	146.611	1,52	73,6	
309003401	Polidiagnostico montesanto (CORNAREDO)	129.476	1,34	74,94	
310002290	Lam centro biomedico srl (CASSANO D'ADDA)	122.227	1,26	76,2	
308946101	Irccs istituto ortopedico galeazzi spa (MILANO)	98.759	1,02	77,22	
311002701	Bianalisi - lissone (CARATE BRIANZA)	96.292	1	78,22	
309012801	Nuova dimensione sport srl (SENAGO)	91.553	0,95	79,17	
308935101	Istituto ricovero s.raffaele (MILANO)	91.514	0,95	80,11	
922000101	Istituto nazionale tumori (MILANO)	86.191	0,89	81	
974000901	Ambulatori p.o. passirana (RHO)	74.331	0,77	81,77	
953000501	Poliamb. divis.-p.o.saronno (SARONNO)	72.072	0,75	82,52	
308009601	Ricerca diagnostica -cusano (CUSANO MILANINO)	65.745	0,68	83,2	
308018001	Centro diagnostico italiano saint bon (MILANO)	63.435	0,66	83,85	
309030701	Centro radiologico garbagnate 158 (GARBAGNATE MILANESE)	56.212	0,58	84,43	

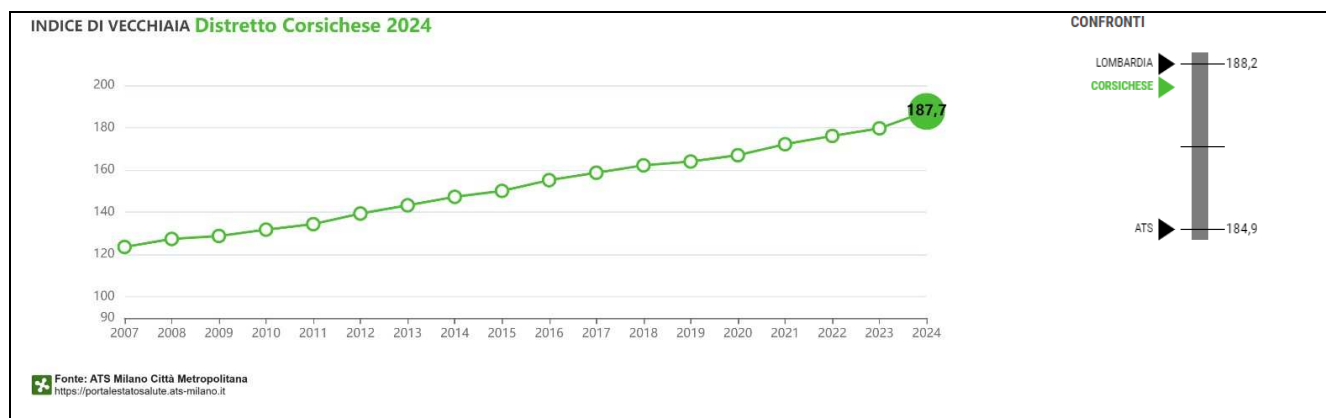
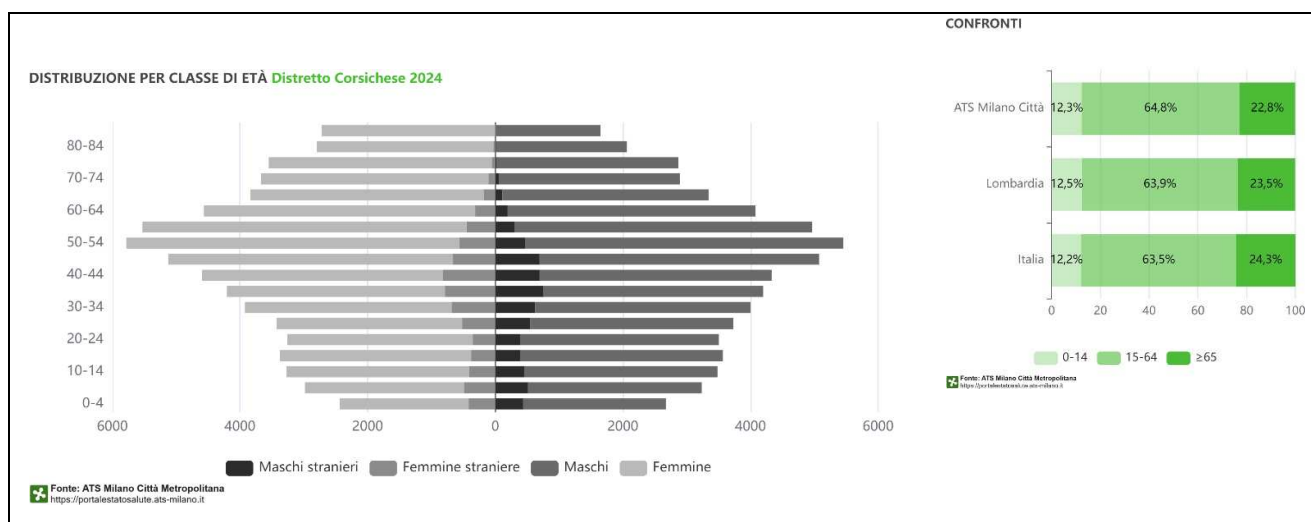
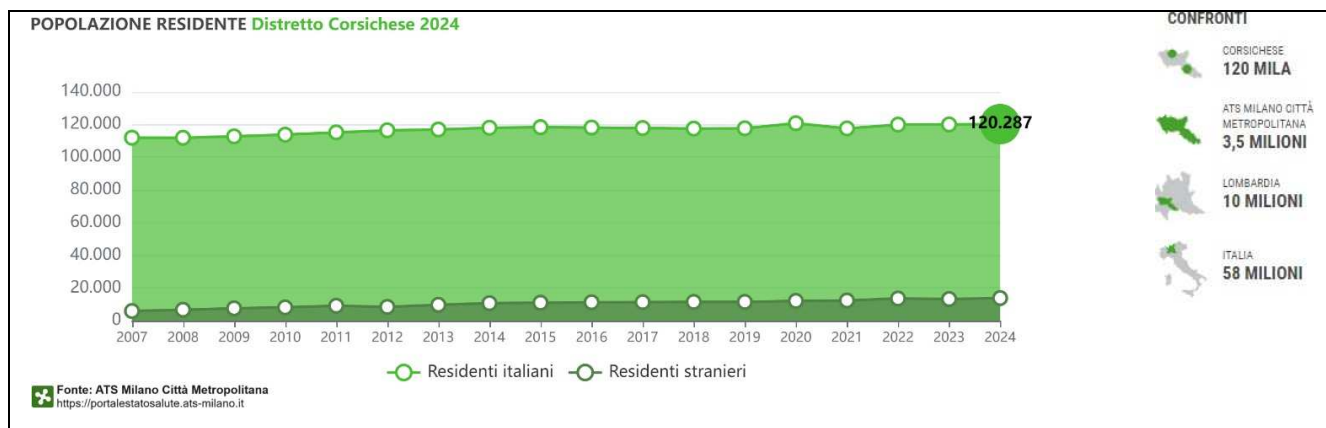
La popolazione anziana è in costante aumento, il tasso di natalità va via via decrescendo: la conseguenza porta ad un indice di vecchiaia che è superiore a quella della media regionale e di ATS.

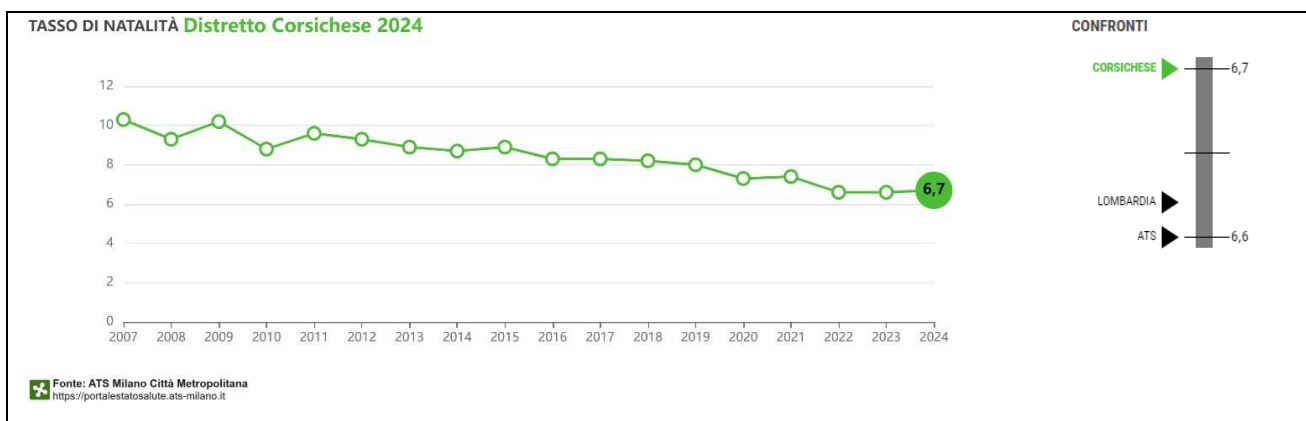
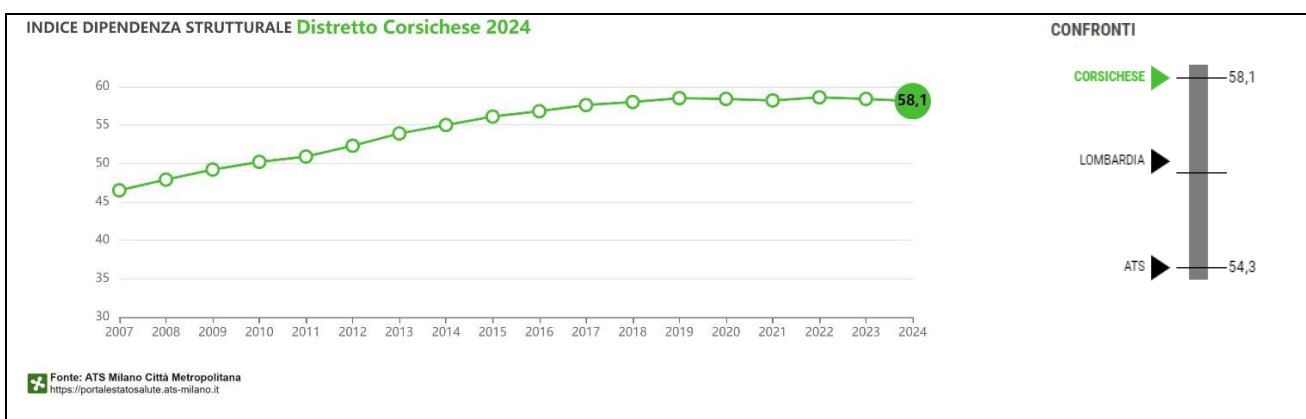
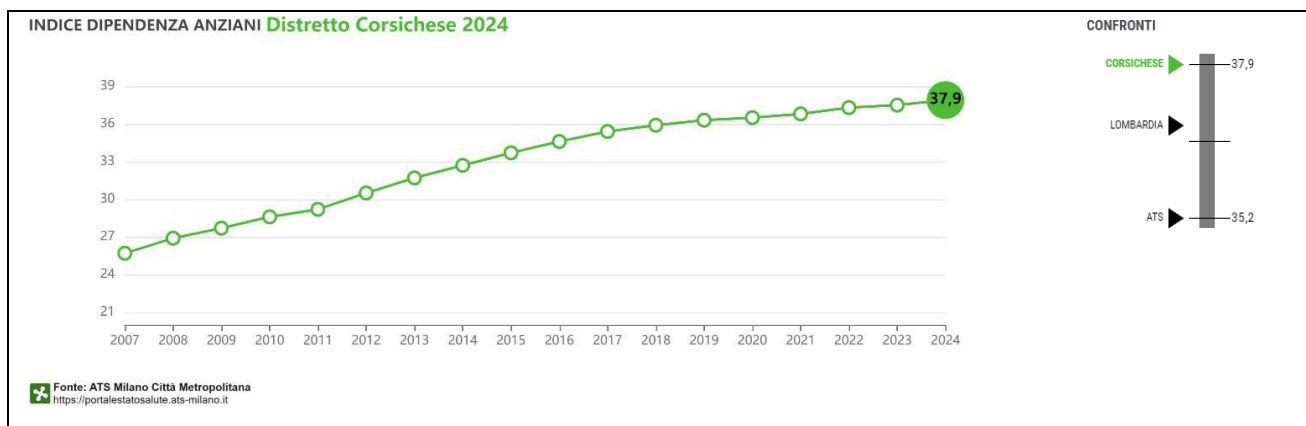
L'indice di dipendenza anziani e di dipendenza strutturale nel Distretto Garbagnatese è superiore rispetto a quello regionale e di ATS.

Tra le patologie croniche le malattie principali sono quelle cardiovascolari, respiratorie, patologie tumorali e diabete mellito.

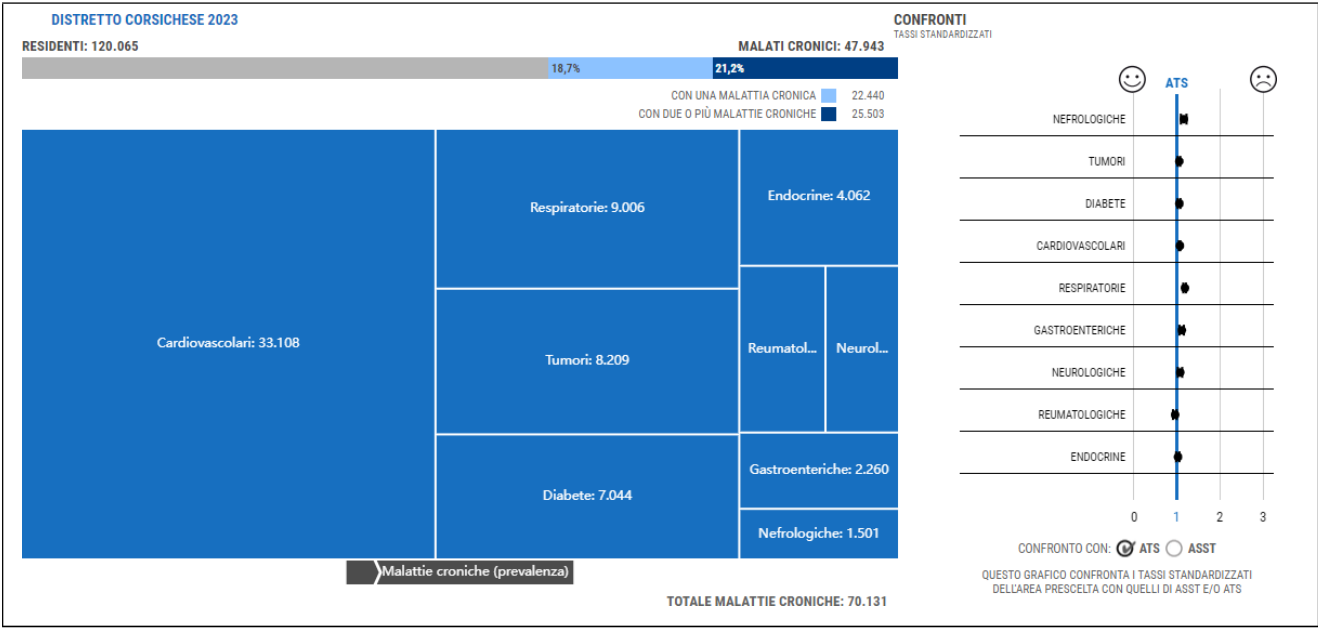
I dati epidemiologici evidenziano che la classe di età che maggiormente usufruisce di prestazioni specialistiche è quella dai 65 ai 79 anni.

2.1.3. Distretto Corsichese

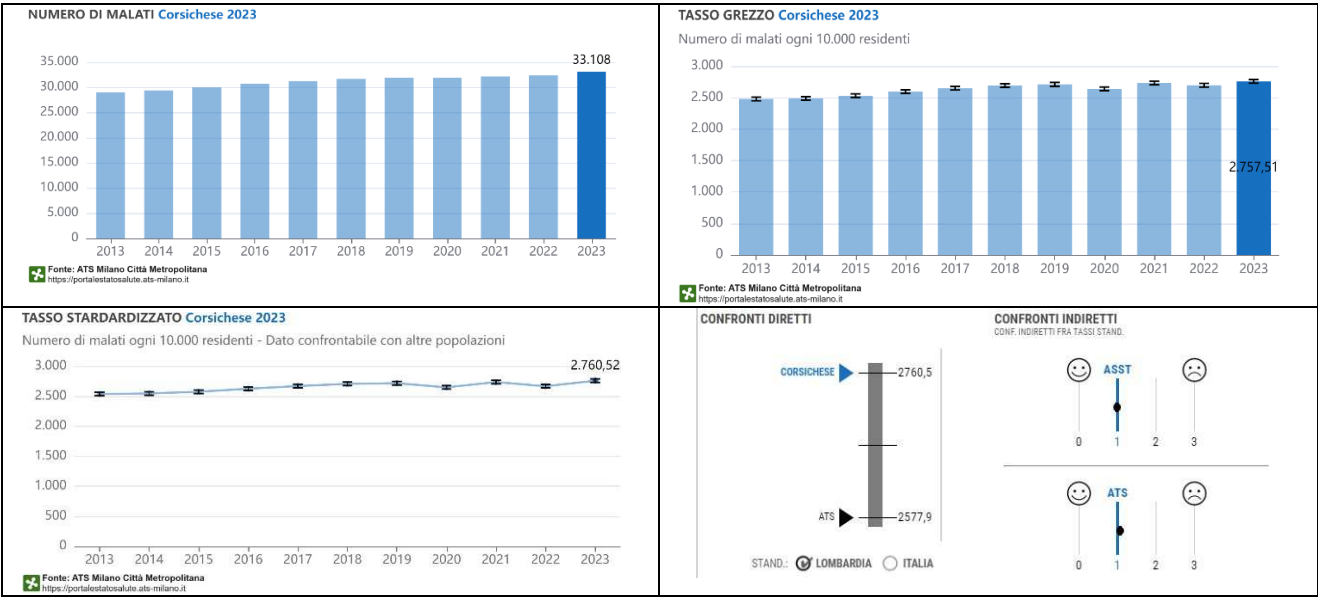


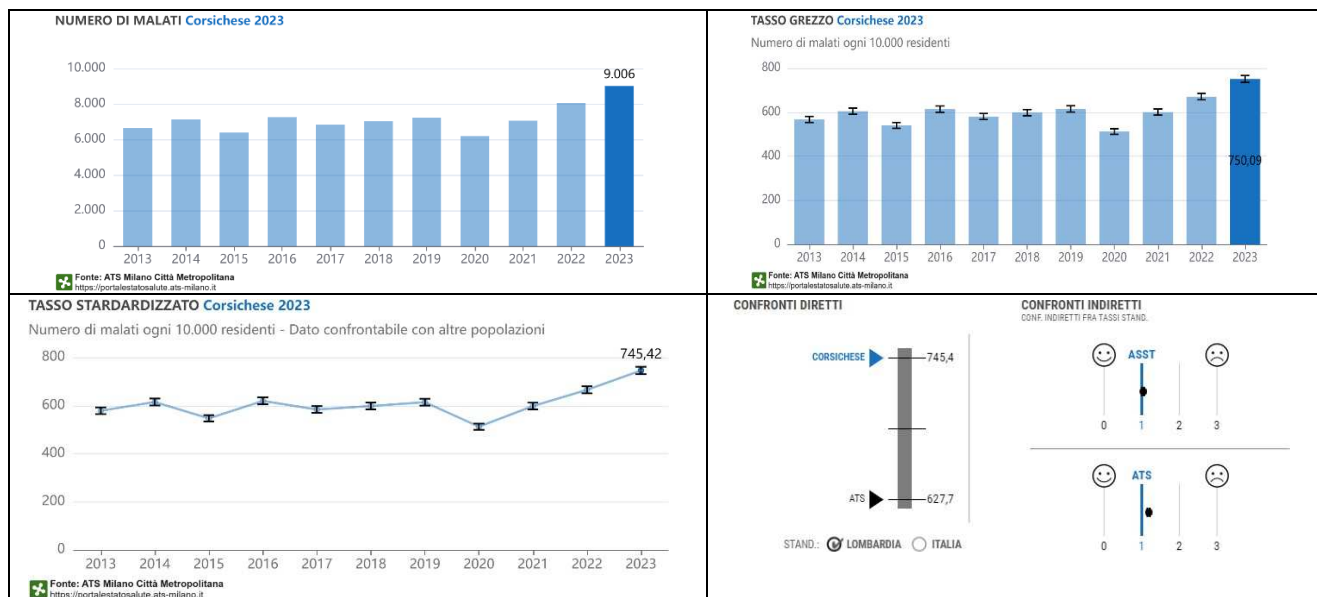
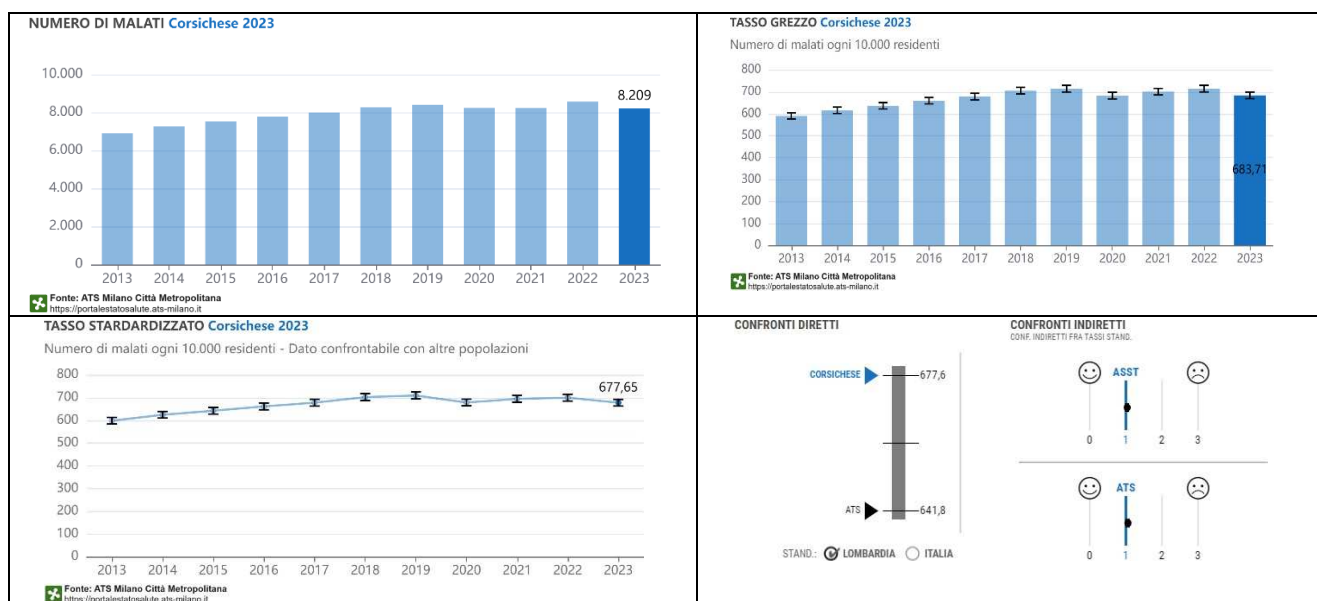


Le patologie prevalenti

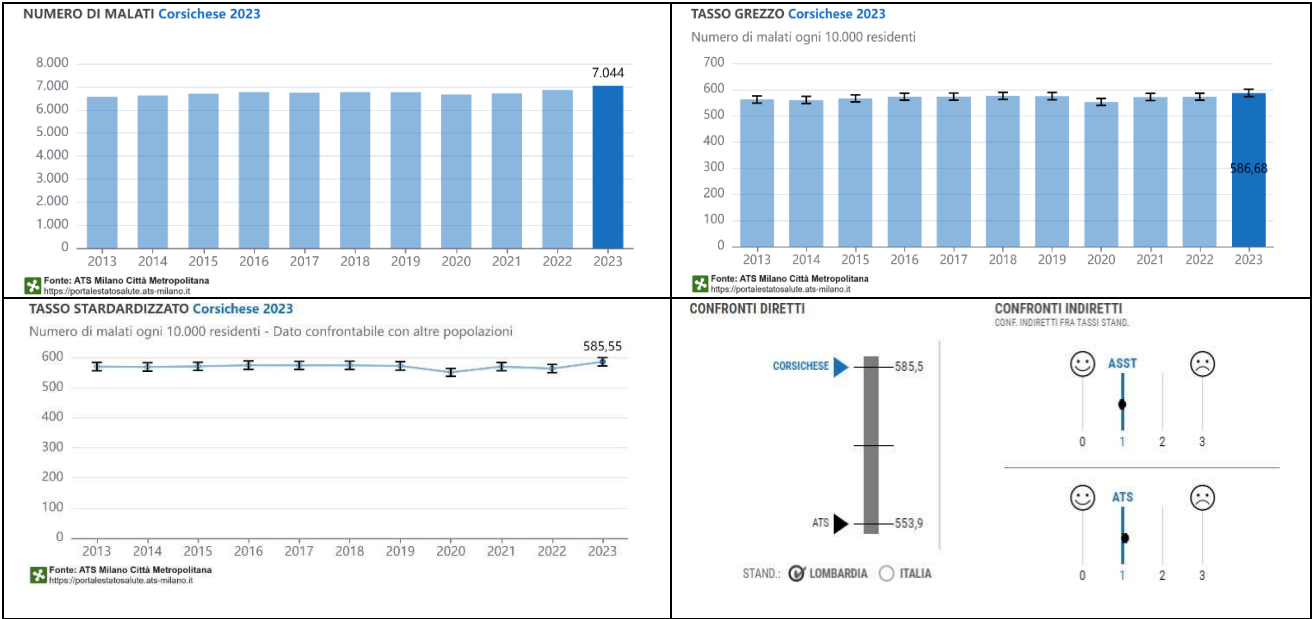


Malattie cardiovascolari

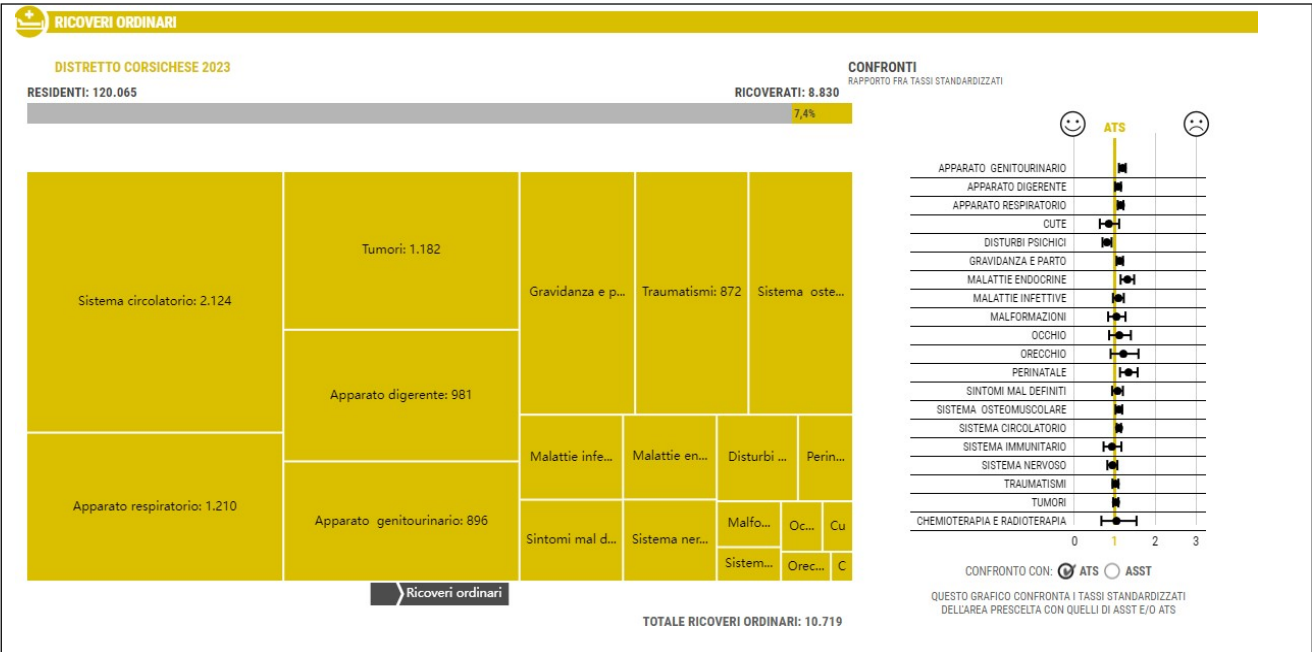


Malattie respiratorieTumori

Diabete



Cause di ricovero



Luoghi di ricovero

PRESIDI OSPEDALIERI PRESSO I QUALI SONO STATI RICOVERATI 2023:

Codice	Nome Ospedale	Ricoveri	%	% Cumul.	
03091400	Ospedale s. paolo - milano (MILANO)	2.650	18,31	18,31	
03091500	Ospedale s. carlo borromeo - milano (MILANO)	2.276	15,73	34,04	
03094300	Ist. clin. humanitas - rozzano (ROZZANO)	2.021	13,96	48	
03092500	Fondaz.irccs ca' granda - ospedale maggiore policlinico (MILANO)	1.000	6,91	54,91	
03012500	Casa di cura ambrosiana spa-cesano b. (CESANO BOSCONI)	477	3,3	58,2	
03036700	Ospedale s. giuseppe - milano (MILANO)	461	3,19	61,39	
03091300	Ospedale ca' granda-niguarda - milano (MILANO)	409	2,83	64,22	
03005600	Presidio osped. v. buzzi - milano (MILANO)	358	2,47	66,69	
03093500	Irccs s. raffaele - milano (MILANO)	327	2,26	68,95	
03094601	Istituto ortopedico galeazzi spa - milano (MILANO)	303	2,09	71,04	
03094602	Ist.clinico s.siro spa-milano (MILANO)	264	1,82	72,87	
03094100	Istituto europeo di oncologia-milano (MILANO)	264	1,82	74,69	
03091100	Istituto ortopedico gaetano pini - milano (MILANO)	249	1,72	76,41	
03092200	Fond.irccs "Istit.naz.le tumori" milano (MILANO)	229	1,58	77,99	
03093601	Ist.auxologico italiano-i.s. s.luca-milano (MILANO)	225	1,55	79,55	
03091600	Ospedale l. sacco - milano (MILANO)	209	1,44	80,99	
03012100	Casa di cura s. pio x - milano (MILANO)	165	1,14	82,13	
03007401	Ospedale civile g. fornarioli - magenta (MAGENTA)	135	0,93	83,07	
03091000	Ospedale fatebenefratelli e oftalmico - milano (MILANO)	131	0,91	83,97	
03093400	Centro cardiologico "fond. monzino" - milano (MILANO)	122	0,84	84,81	
03094700	I.r.c.c.s. policlinico san donato (SAN DONATO MILANESE)	119	0,82	85,64	
03093603	Irccs ospedale capitano (MILANO)	106	0,73	86,37	
03092400	Policlinico s. matteo - pavia (PAVIA)	99	0,68	87,05	

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Comuni: Distretto Corsichese; / **Raggruppamento:** Tutti i raggruppamenti di prestazioni / **Prestazione:** Tutte le prestazioni / **Anno di ricerca:** 2021; 2022; 2023;

2020	1.537.293	
2021	1.948.088	
2022	1.939.073	
2023	2.023.484	

QUANTITÀ TOTALI EROGATE PER CLASSE DI ETÀ E GENERE 2021, 2022, 2023:

Classe Età	Uomini	Donne	Totale	
0-4	31.577	25.998	57.575	
5-9	47.427	40.347	87.774	
10-14	69.939	67.268	137.207	
15-19	65.519	78.418	143.937	
20-24	52.360	87.230	139.590	
25-29	50.049	118.233	168.282	
30-34	61.921	162.807	224.728	
35-39	70.824	163.600	234.424	
40-44	88.082	153.744	241.826	
45-49	131.177	207.419	338.596	
50-54	180.337	271.195	451.532	
55-59	204.576	299.205	503.781	
60-64	213.398	281.164	494.562	
65-69	232.377	304.745	537.122	
70-74	275.589	355.184	630.773	
75-79	284.278	344.334	628.612	
80-84	234.979	271.825	506.804	
85+	163.827	219.693	383.520	
Totale	2.458.236	3.452.409	5.910.645	

PRESIDI PRESSO I QUALI SONO STATE EROGATE 2021, 2022, 2023:					
Codice	Nome	Prestaz. n.	%	% Cumul.	
308018001	Centro diagnostico italiano saint bon (MILANO)	1.226.051	20,74	20,74	
321019512	Service lab fleming research (MILANO)	883.994	14,96	35,7	
311002701	Bianalisi - lissone (CARATE BRIANZA)	514.281	8,7	44,4	
970000301	Poliambulatorio osp. san paolo (MILANO)	365.805	6,19	50,59	
309010202	Casa di cura ambrosiana s.p.a (CESANO BOSCONI)	335.120	5,67	56,26	
310943101	Ist. clinico humanitas (ROZZANO)	316.611	5,36	61,62	
972000301	Poliambulatorio (o.s.c.b.) (MILANO)	282.571	4,78	66,4	
925000101	Fondazione irccs "ca' granda" omp: presidio omp (MILANO)	203.685	3,45	69,84	
974000201	Poliamb.ospedale garbagnate (GARBAGNATE MILANESE)	121.494	2,06	71,9	
967000801	Poliamb. osp.niguarda (MILANO)	77.987	1,32	73,22	
309021301	Cragif srl (TREZZANO SUL NAVIGLIO)	75.680	1,28	74,5	
308935101	Istituto ricovero s.raffaale (MILANO)	74.724	1,26	75,76	
309017801	Medica snc (TREZZANO SUL NAVIGLIO)	68.413	1,16	76,92	
308936201	Centro auxologico it.s.michele (MILANO)	63.747	1,08	78	
966000501	A.o. l.sacco - polo univ. (MILANO)	62.172	1,05	79,05	
308046001	Ospedale s.giuseppe (MILANO)	59.282	1	80,05	
309009901	Centro radiologico galilei srl (CORSICO)	57.737	0,98	81,03	
922000101	Istituto nazionale tumori (MILANO)	55.073	0,93	81,96	
308941101	Istituto europeo di oncologia (MILANO)	50.356	0,85	82,81	
946000440	Amb istituto clinico san siro (MILANO)	43.708	0,74	83,55	
309013101	Nuova decathlon srl c.m.sport. (CORSICO)	41.425	0,7	84,25	
309003401	Polidiagnostico montesanto (CORNAREDO)	35.157	0,59	84,85	
308936101	Centro auxologico-osp. s.luca (MILANO)	32.986	0,56	85,41	

Negli ultimi tre anni la popolazione totale è cresciuta del 2%. Densità abitativa stazionaria.

L'indice di vecchiaia ed il tasso di mortalità sono i più bassi di ASST rhodense, la fascia di popolazione più rappresentata è quella compresa tra i 50-54 anni tra i cittadini di nazionalità italiana e quella compresa tra i 35-40 anni tra i cittadini stranieri

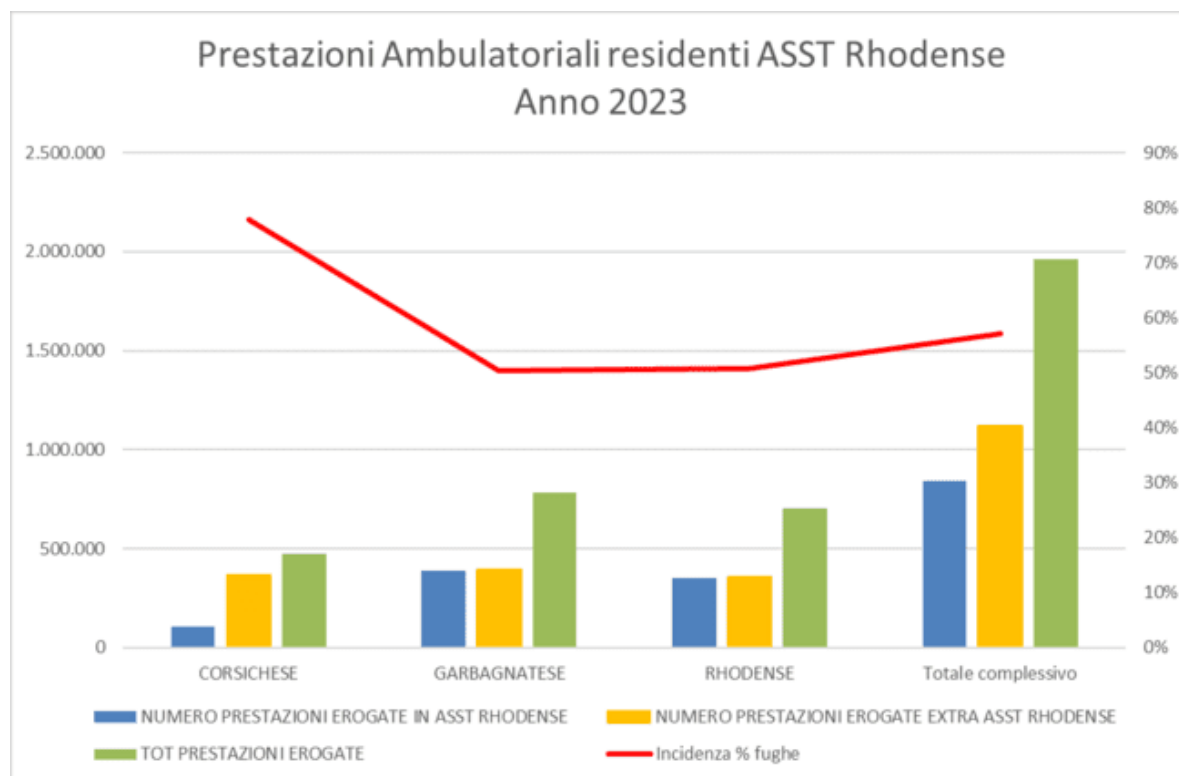
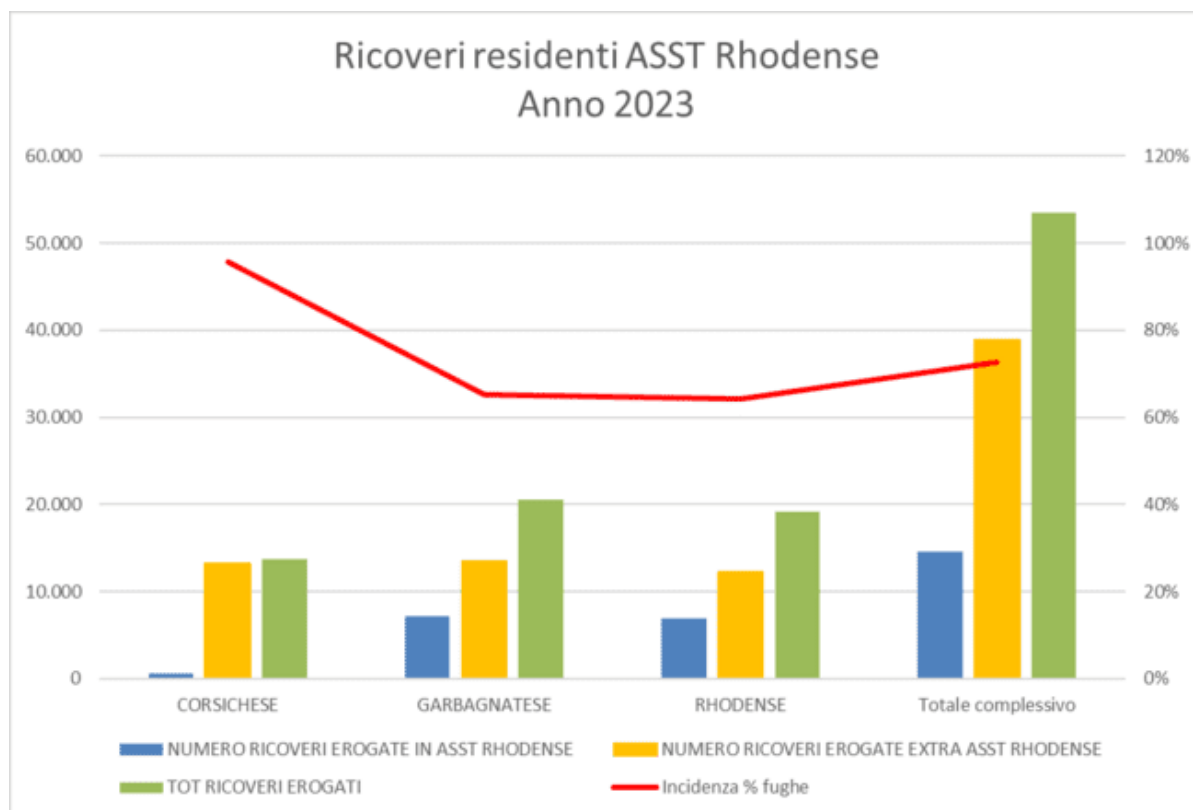
Il 40% della popolazione è affetto da almeno una patologia cronica; la patologia più frequente è rappresentata dalle malattie cardiovascolari (circa 33000 pz/anno), seguite da pneumopatie, patologia tumorale e diabete mellito.

Il tasso di patologia respiratoria appare lievemente discostato dai valori della popolazione di ATS ma sovrapponibile agli altri due distretti, con un incremento nella popolazione del corsichese verosimilmente indicativo di patologia COVID-relata (Long Covid) essendo evidente un incremento di circa il 50% della prevalenza di malattia dal 2020 al 2023, equivalente ad una popolazione di malati cronici passata da a 6000/anno a 9000/anno.

In linea con il dato di ASST e con andamento stabile negli ultimi 5 anni, compreso il periodo COVID 2020-2021 il tasso grezzo di malati oncologici si attesta tra 650 e i 700 malati/10000 abitanti equivalenti a circa 8000 cittadini/anno.

In linea con il dato di ASST la popolazione >50 consuma il 50% del totale delle risorse ambulatoriali, in linea con l'andamento progressivo delle patologie croniche; come atteso, nell'età adulta il consumo ambulatoriale cresce in modo rapidamente progressivo all'aumentare dell'età.

Nei grafici seguenti si evidenzia la mobilità dell'utenza del distretto Corsichese sia per quanto attiene ai ricoveri ospedalieri sia per la specialistica ambulatoriale.

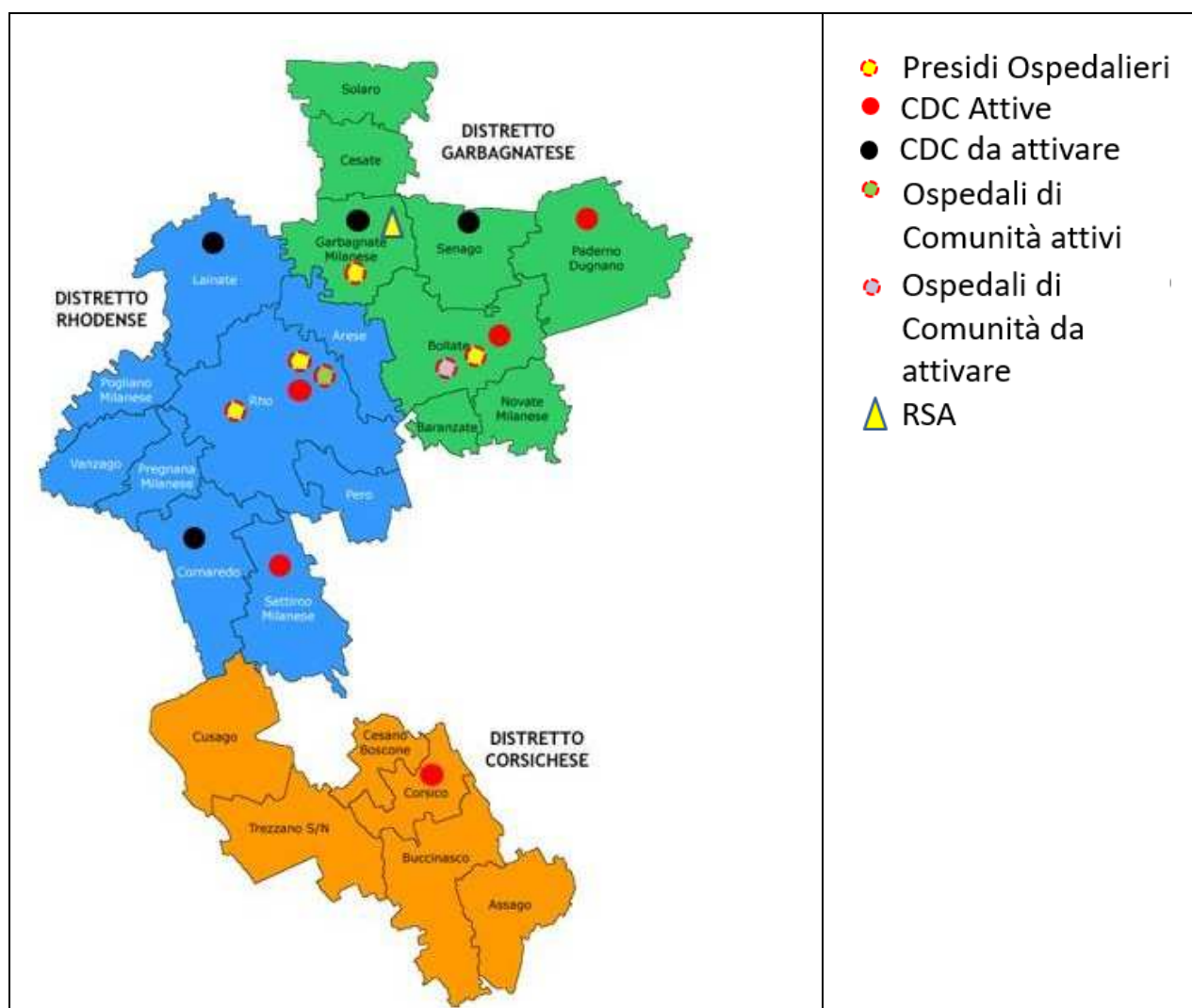


2.2. Servizi e risorse presenti nella rete territoriale di offerta di ASST Rhodense

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Rhodense, costituita con DGR n. X/4477 del 10/12/2015, ha sede legale in Garbagnate Milanese, Viale Forlanini n. 95.

L'Azienda si articola nei distretti sociosanitari di Garbagnate Milanese, Rho e Corsico, con un bacino complessivo di popolazione residente di 485.570 abitanti in progressivo incremento nel corso dell'ultimo decennio. (rilevazione portale stato di salute 2023).

Nella tabella seguente si riportano in sintesi quantità e tipologia delle strutture aziendali distribuite sul territorio di competenza costituito da 23 comuni che fanno parte dei tre distretti.



Qui di seguito in dettaglio gli assetti e i volumi di attività che connotano i presidi di ASST Rhodense.

Presidio Ospedaliero di Garbagnate



ASSETTO ACCREDITATO	
POSTI LETTO ORDINARI	454
D.H.	20
BASSA COMPLESSITA' CHIRURGICA	22
ALTA COMPLESSITA' MEDICA	26
DIALISI	16
ATTIVITA'	
TIPOLOGIA	VALORIZZAZIONE
ATTIVITA' AMBULATORIALE	CIRCA 19 MILIONI DI EURO
ATTIVITA' DI RICOVERO	CIRCA 41 MILIONI DI EURO
ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO	CIRCA 56.000 ACCESSI

Presidio Ospedaliero di Rho



ASSETTO ACCREDITATO	
POSTI LETTO ORDINARI	282
D.H.	13
BASSA COMPLESSITA' CHIRURGICA	9
ALTA COMPLESSITA' MEDICA	13
ATTIVITA'	
TIPOLOGIA	VALORIZZAZIONE
ATTIVITA' AMBULATORIALE	CIRCA 11 MILIONI DI EURO
ATTIVITA' DI RICOVERO	CIRCA 28 MILIONI DI EURO
ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO	CIRCA 41.000 ACCESSI

Presidio Ospedaliero di Passirana



ASSETTO ACCREDITATO	
POSTI LETTO ORDINARI	66
D.H.	1
SUBACUTI	30
ALTA COMPLESSITA' MEDICA	6
DIALISI	9
ATTIVITA'	
TIPOLOGIA	VALORIZZAZIONE
ATTIVITA' AMBULATORIALE	CIRCA 2 MILIONI DI EURO
ATTIVITA' DI RICOVERO	CIRCA 3 MILIONI DI EURO

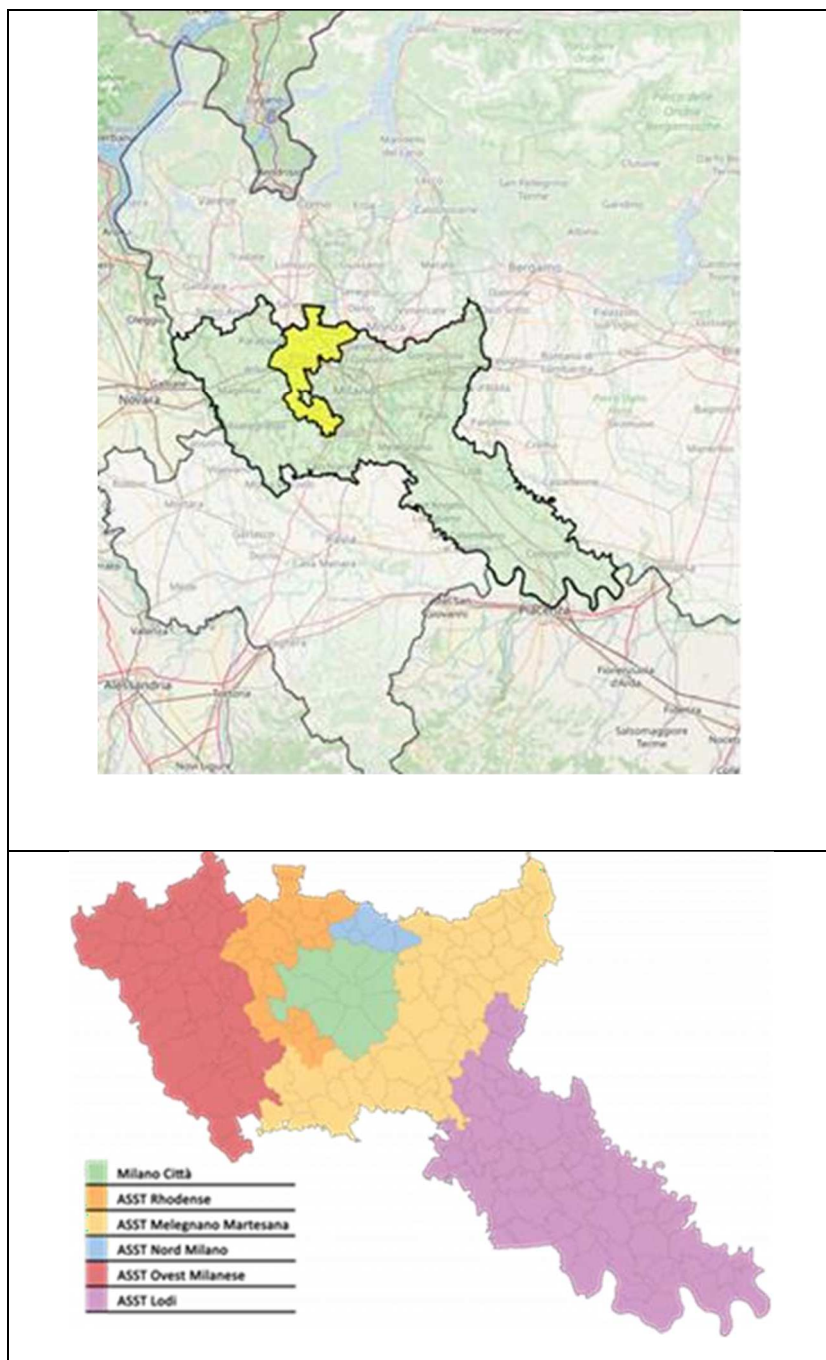
RSA S. Pertini Garbagnate Mil.se



Accreditamento	225 posti residenziali
Di cui accreditati Alzheimer:	20
Ospiti in struttura	151
Posti altra tipologia:	La struttura oltre alla tipologia di anziani normalmente accolta in RSA è disponibile ad accogliere, fra i posti accreditati, anche: 20 persone con Malattia di Alzheimer; 20 persone con disturbi psichiatrici residuali; 5 posti di ricovero di sollievo/temporanei.

Qualifica	31/10/2024
AMMINISTRATIVI	436
ASSISTENTI RELIGIOSI	2
ASSISTENTI SOCIALI	43
AUSILIARI	5
INFERMIERI	1387
RUOLO TECNICO - ALTRO PERSONALE	286
RUOLO TECNICO - OTA/OSS	568
TECNICI DELLA RIABILITAZIONE	201
TECNICI DI VIGILANZA E ISPEZIONE	12
TECNICI SANITARI	161
Totale comparto	3101
DIRIGENTI MEDICI	480
Totale dirigenti medici	480
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	16
DIRIGENTI SANITARI	70
DIRIGENTI T/P	5
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	5
Totale dirigenti non medici	96

La ASST Rhodense afferisce all'Agenzia di Tutela della Salute di Milano Città Metropolitana.

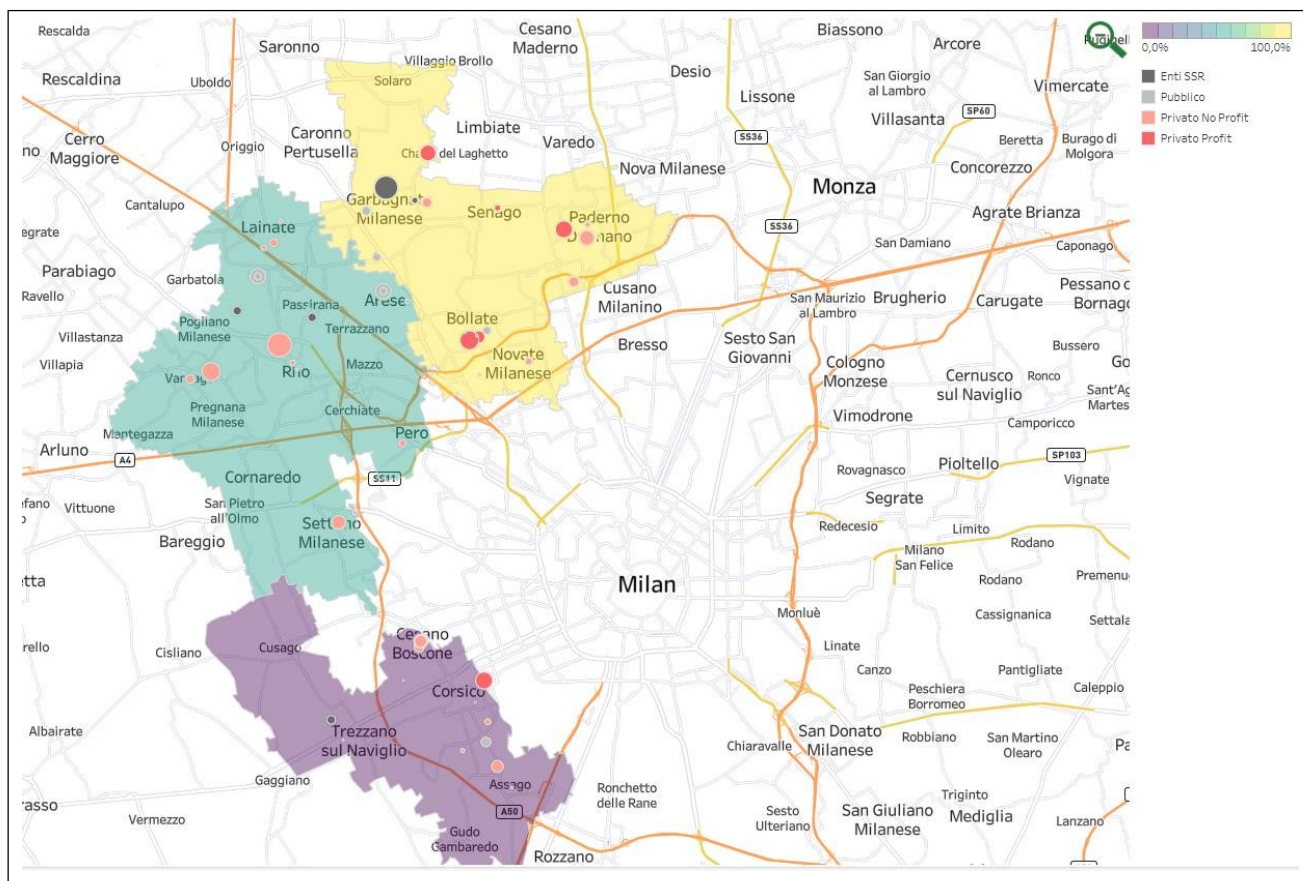


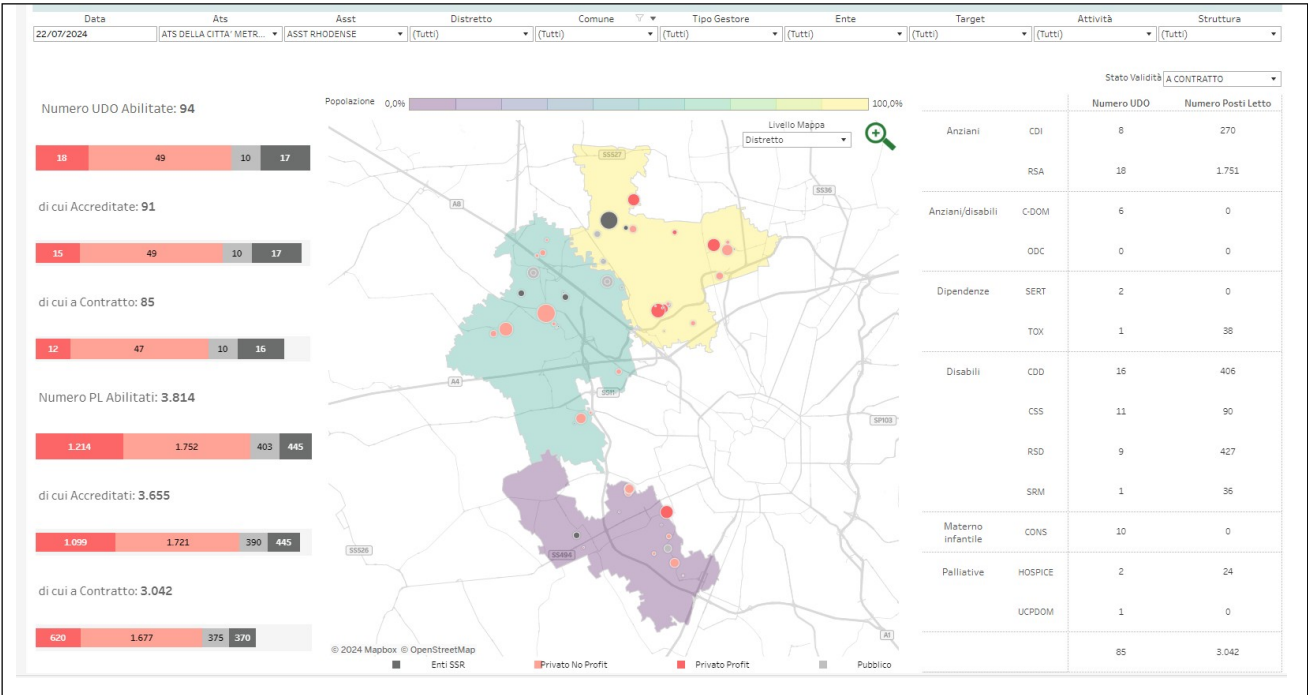
Il sistema dell'offerta nel territorio della ASST Rhodense è particolarmente composito e diversificato:

- Interventi e prestazioni erogate dai Comuni e dall'Ambito territoriale, ossia interventi economici, interventi domiciliari, interventi territoriali, interventi di supporto alla frequenza in strutture residenziali;
- Unità di offerta sociali e socio-sanitarie (strutture residenziali, semiresidenziali, diurne) sia di carattere tradizionale che di carattere sperimentale assicurate dalle realtà territoriali;

- Azioni progettuali inter-ambiti di rete.

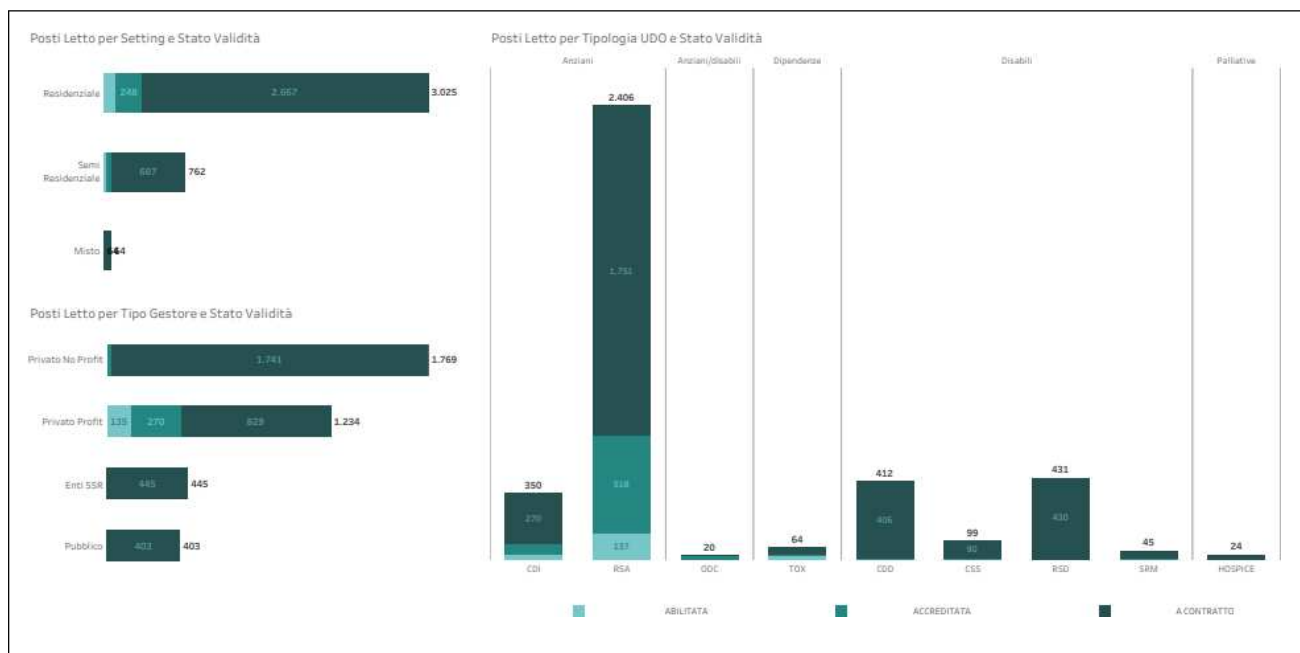
Nelle tabelle grafici seguenti si propone una fotografia delle principali unità d'offerta territoriali con il dettaglio del target di popolazione rispetto al quale è orientata la produzione di servizi. Anche qui l'analiticità distrettuale consente valutazioni più mirate non solo rispetto a eventuali scoperture e carenze ma soprattutto per creare quale lavoro di rete anche tra i gestori dei diversi servizi che rappresenta un valore aggiunto e permette di ottimizzare percorsi e progettualità.





Qui di seguito una matrice che riporta in dettaglio le diverse tipologie di unità d’offerta socio sanitarie presenti nel territorio della ASST Rhodense nelle varie aree target, attività e assetti accreditati.

Target	Attività	n° UdO abilitate	n° UdO accreditate	n° UdO a contratto	PL abilitati	PL accreditati	PL a contratto
Anziani	CDI	11	10	8	350	325	270
	RSA	21	20	18	2406	2269	1751
Anziani/disabili	CDom	7	7	6	0	0	0
	OdC	1	1	0	20	20	0
Dipendenze	SERT	2	2	2	0	0	0
	TOX	1	1	1	64	38	38
Disabili	CDD	16	16	16	412	406	406
	CSS	12	12	11	99	98	90
	RSD	9	9	9	431	431	430
	SRM	1	1	1	45	45	36
Materno/infantile	Cons	10	10	10	0	0	0
Cure palliative	Hospice	2	2	2	24	24	24
	UCPDom	1	1	1	0	0	0
		94	92	85	3.851	3.656	3.045



Di seguito vengono descritte le unità d’offerta a gestione diretta.

I 7 Consultori famigliari e Centro Adozioni: luoghi multidisciplinari che integrano servizi sanitari e sociali.

I consultori sono luoghi multidisciplinari, che integrano servizi sanitari e sociali. Tale integrazione, necessaria per le problematiche trattate, pone tuttavia alcune questioni.

La prima è relativa al peso che la dimensione sociale e quella sanitaria acquisiscono nei consultori, e il delicato equilibrio che si crea tra i relativi servizi. I consultori nascono con l’obiettivo di promuovere la salute sessuale, riproduttiva e relazionale del singolo, della coppia e della famiglia attraverso interventi socio-sanitari. Chiaramente questi obiettivi sono connessi a dinamiche culturali, sociali e familiari. La consapevolezza di questa multidimensionalità ha negli anni allargato lo spettro di azione dei consultori, tanto più alla luce dei cambiamenti culturali e demografici, dei flussi migratori e della complessità delle condizioni di vulnerabilità che inevitabilmente si riflette anche su questi servizi. Tuttavia l’ampliamento dei servizi non deve snaturarli, rendendoli delle “succursali del servizio sociale”, e cioè dei luoghi dedicati alla gestione di problematiche e pratiche amministrative afferenti alla sfera dei servizi sociali.

Secondo i dati dell’Istituto Superiore di Sanità in Regione Lombardia le disponibilità della figura del ginecologo e dell’ostetrica sono fra le più basse a livello nazionale e inferiori alla media nazionale. La disponibilità della figura dello psicologo (31,2 ore) è invece la più elevata in Italia, quasi doppia rispetto alla media nazionale e quella dell’assistente sociale è superiore rispetto al valore medio nazionale. Questi dati, si legge nel rapporto, vanno letti “alla luce delle funzioni specifiche svolte da questa figura in Lombardia anche nell’erogazione di misure di sostegno economico alle situazioni di fragilità, che non ha l’eguale nel panorama nazionale”. A partire dal 2011 (DGR IX/937) infatti Regione Lombardia ha identificato i consultori

quali nodi fondamentali della rete dei servizi rivolti alla famiglia, avviando un processo di revisione e ampliamento delle loro funzioni affinché diventassero “veri centri per la famiglia in grado di assicurare la presa in carico globale di tutte le problematiche che attengono le famiglie in senso lato”. Le Deliberazioni della Giunta Regionale (DGR) n. 937, inoltre, ha anche avviato una fase sperimentale di ridefinizione della mission dei consultori, in esito della quale, tra le altre cose, sono state messe a sistema le funzioni di supporto psico-socioeducative. Gli stessi Centri per la famiglia, sperimentati a partire dal 2020 sempre da Regione Lombardia, vengono spesso presentati come ampliamento dei consultori.

Allargare troppo i servizi offerti dai consultori, e soprattutto, sbilanciarli eccessivamente verso il sociale e la fragilità, rischia però di snaturare questi servizi, facendo perdere la loro funzione originaria.

Altra questione legata alla multidimensionalità dei servizi consultoriali è, infine, relativa a come essi si integrano con gli altri servizi offerti sul territorio. I servizi erogati dai consultori sono erogati – o almeno dovrebbero esserlo – in rete con gli altri servizi sanitari (es. ospedale, punti nascita, pediatri e medici di medicina generale, Centri per la salute mentale, Centri Procreazione Medicalmente Assistita) e socio-assistenziali del territorio (servizi sociali, autorità giudiziaria, centri antiviolenza, associazioni di cittadini e di volontariato) e con la scuola. Secondo l'indagine dell'ISS le Regioni con alto indice di integrazione sanitaria tendono ad avere anche un elevato indice di integrazione sociale e sono tendenzialmente le Regioni del Centro-nord. La quasi totalità delle Regioni ha istituito i Comitati Percorso Nascita, che rappresentano il luogo privilegiato nel quale costruire e strutturare percorsi di integrazione tra ospedale e servizi consultoriali. Meno diffusa è la presenza di attività integrate formalizzate con gli altri servizi sociosanitari e con la comunità (terzo settore e scuola). In particolare, solo il 65% delle ASL/Distretti ha stipulato accordi formali con la scuola, un numero che andrebbe potenziato vista l'area in cui operano.

Per il futuro occorre aggiornare questi enti mettendoli nelle condizioni di supportare realmente le donne, le madri, i bambini, gli adolescenti e le famiglie. Il consultorio, infatti, è un servizio pubblico, in larghissima parte gratuito e con un approccio olistico a salute e benessere.

Distretto Rhodense	Distretto Garbagnatese	Distretto Corsichese
Consultorio Familiare di Rho, Via Martiri di Belfiore, 12	Consultorio Familiare di Bollate, Via Piave, 20	Consultorio Familiare di Cesano Boscone, Via Amerigo Vespucci, 7
Consultorio Familiare di Settimo Milanese, Via Libertà, 33	Consultorio Familiare di Garbagnate Milanese, Via Matteotti, 66 (temporaneamente trasferito presso il Consultorio di Bollate)	Consultorio Familiare di Corsico, Via Armando Diaz, 49(temporaneamente trasferito presso il Consultorio di Cesano Boscone)
	Consultorio Familiare di Paderno Dugnano, Viale della Repubblica, 13	
	Centro Adozioni “Il Cerchio”, c/o POT Bollate, Via Piave n. 20	

I 17 punti prelievo gestiti da ASST

I centri prelievi territoriali sono un servizio di prossimità a disposizione di tutti i cittadini, attivi ad accesso libero nei giorni feriali dal lunedì al sabato, nei quali vengono effettuati prelievo ematico e raccolta dei campioni/*materiali* biologici che vengono quindi inviati ai laboratori per l'esecuzione degli esami.

Distretto Rhodense	Distretto Garbagnatese	Distretto Corsichese
Centro Prelievi Territoriale di Arese, Via Col di Lana, 10	Centro Prelievi Territoriale di Bollate, c/o presidio di Bollate, Via Piave, 20	Centro Prelievi Territoriale di Corsico, Via Dei Lavoratori, 42
Centro Prelievi Territoriale di Cornaredo, Piazzetta Europa, 15	Centro Prelievi Territoriale di Bollate (fraz. Cassina Nuova), Via Madonna, 10	
Centro Prelievi Territoriale di Cornaredo (fraz. San Pietro all'Olmo), Piazzetta dell'Olmo, 1	Centro Prelievi Territoriale di Cesate, Via Donizetti, 326	
Centro Prelievi Territoriale di Lainate, Piazza Matteotti, 2	Centro Prelievi Territoriale di Garbagnate Milanese Ospedale, Viale Forlanini, 95	
Centro Prelievi Territoriale di Passirana di Rho, Via Settembrini, 1	Centro Prelievi Territoriale di Garbagnate Milanese Centro, Via Milano, 144	
Centro Prelievi Territoriale di Pero, Via Greppi, 12	Centro Prelievi Territoriale di Paderno Dugnano, Viale della Repubblica, 13	
Centro Prelievi Territoriale di Pero (fraz. Cerchiate), Via Risorgimento angolo Via Matteotti		
Centro Prelievi Territoriale di Rho, Via Legnano, 22		
Centro Prelievi Territoriale di Settimo Milanese, Via Libertà, 33		
Centro Prelievi Territoriale di Vanzago, Via della Corte Bruciata, 23		

I servizi semiresidenziali e residenziali per disabili e anziani

I servizi residenziali e il servizio semiresidenziale rispondono alle esigenze delle persone anziane non autosufficienti, ma anche delle famiglie e, più in generale, dell'intera comunità, qualora vi sia la necessità di accoglienza in una struttura protetta specializzata.

I servizi residenziali prevedono l'accoglienza diurna e notturna, per periodi limitati (ospitalità temporanea) oppure a tempo indeterminato (ospitalità a tempo indeterminato).

Il servizio semiresidenziale, invece, prevede l'accoglienza nelle strutture solo di giorno (ospitalità diurna).

Il Centro Diurno Integrato (CDI) è un servizio semiresidenziale (aperto cioè solo nelle ore diurne) rivolto a persone anziane parzialmente autosufficienti o ad alto rischio di perdita dell'autonomia, che hanno bisogni sanitari, assistenziali o sociali difficilmente gestibili al domicilio, ma ancora tali da non richiedere il ricovero a tempo pieno in Residenza Sanitaria Assistenziale.

I servizi erogati rispondono in maniera globale ai bisogni degli utenti siano essi di natura sanitaria, assistenziale, psicologica o sociale. Il servizio ha come finalità il benessere dell'utente, ma nello stesso tempo permette alla famiglia di continuare a svolgere un ruolo attivo nell'assistenza alleggerendo il carico assistenziale e fornendo una consulenza specialistica.

Al CDI possono accedere persone di età superiore ai 65 anni, non autosufficienti e/o affette da decadimento cognitivo che mantengano la capacità di movimento e che risultino in grado di essere trasportati e riaccompagnati quotidianamente al domicilio, anche mediante l'impiego di ausili.

Il Centro Diurno Disabili (CDD) è una struttura per disabili gravi di età superiore ai 18 anni fino a 65 anni di età, la cui fragilità è definita dall'appartenenza alle 5 classi della Scheda Individuale Disabile (SIDI), inserita all'interno del fascicolo socio assistenziale e sanitario (FASAS) di ciascun utente. Può accogliere soggetti minori con gravi compromissioni funzionali nell'ambito cognitivo e nell'area delle autonomie, che abbiano esaurito ogni possibilità di percorso scolastico e/o riabilitativo, con il concorso della famiglia e del servizio di neuropsichiatria infantile.

La Residenza Sanitaria Assistenziale R.S.A. "Sandro Pertini" è una struttura residenziale per anziani gestita, con decorrenza 1 gennaio 2016, dall'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense, in esito alla Legge Regionale dell'11 agosto 2015 n. 23 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge Regionale 30 dicembre 2009 n. 3 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)", e fornisce servizi assistenziali secondo le modalità previste dal Piano Regionale.

Distretto Rhodense	Distretto Garbagnatese	Distretto Corsichese
CDD di Lainate (fraz. Barbaiana), Via San Bernardo, 5 (30 posti)	CDI "S. Pertini" di Garbagnate Mil.se, Via Per Cesate, 62 (40 posti)	CDD di Trezzano sul Naviglio, Via Tintoretto, 1(30 posti)
CDD di Passirana di Rho, Via Settembrini, 1 (30 posti)	RSA "S. Pertini" di Garbagnate Mil.se, Via Per Cesate, 62 (240 PL)	
	CDI di Bollate, Via Piave, 20 (30 posti)	

I servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze.

La presenza, all'interno del DSMD, di strutture territoriali (Centro Psico Sociale), ospedaliere (Psichiatria Ospedaliera e Territoriale), Residenziali riabilitative e assistenziali a diverse intensità (Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza, Comunità Riabilitativa Media Assistenza, Comunità Protetta ad Alta Assistenza,

Comunità Protetta Media Assistenza, Residenzialità Leggera) e semiresidenziali (Centri Diurni) consente di seguire la persona con disturbi mentali in modo continuo, organico e integrato, rispondendo ai diversi bisogni che possono configurarsi. I Servizi Territoriali per le Dipendenze offrono interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione per le persone con problemi legati all'utilizzo di sostanze d'abuso illegali, alcol, fumo, farmaci, ma anche affette da dipendenze comportamentali, in particolare il gioco d'azzardo patologico. L'integrazione operativa fra i servizi psichiatrici e delle dipendenze garantisce una presa in carico più efficace degli utenti. L'Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA) interagisce funzionalmente con il Dip. della Donna e Materno-Infantile, al fine di condividere strategie di presa in carico degli adolescenti con problemi psichici e/o di dipendenza, garantire una corretta gestione della fase acuta, assicurare una continuità nel passaggio dalla UONPIA alla Psichiatria degli adulti, progettare piani di intervento di prevenzione e di diagnosi precoce dei disturbi mentali.

Il DSMD coinvolge attivamente le famiglie, le Associazioni, il Volontariato, il Terzo ed il Quarto Settore al fine di realizzare piani di intervento sempre più aderenti ai bisogni degli utenti in sinergia con il territorio.

I servizi afferenti il dipartimento sono diversificati e distribuiti su tutto il territorio della AST e da tempo si integrano con i servizi sociali comunali e di ambito e collaborano attivamente su diversi fronti con gli Istituti scolastici, enti del terzo settore che affrontano le medesime tematiche e naturalmente con tutti gli altri servizi aziendali. Anche in quest'area il PPT conferma l'orientamento a potenziare e sviluppare in modo trasversale su tutto il territorio queste sinergie.



I 3 servizi territoriali per le dipendenze

Distretto Rhodense	Distretto Garbagnatese	Distretto Corsichese
SERT di Rho – Passirana di Rho, Via Giuseppe Casati, 45	NOA, c/o POT Bollate, Via Piave n. 20	SERT di Corsico, Viale Italia, 50/B

Servizi residenziali e ambulatoriali per adulti

Nell'ambito di quest'area di fragilità nel territorio Rhodense sono importanti i numeri della residenzialità psichiatrica con la peculiarità di quella dedicata agli autori di reato.

Servizi residenziali e ambulatoriali per adulti		
Distretto Rhodense	Distretto Garbagnatese	Distretto Corsichese
	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) (pl 15)	
Centro Psico Sociale (CPS) Passirana	Centro Psico Sociale (CPS) Bollate	
Centro Psico Sociale (CPS) Settimo Milanese	Centro Psico Sociale (CPS) Cassina Nuova di Bollate	
	Centro Diurno (CD) Garbagnate	
Centro Diurno (CD) Rho	Centro Diurno (CD) "ARCOBALENO" Bollate	
Comunità Elevata Intensità Riabilitativa (CRA) Rho (pl 18)	Comunità Elevata Intensità Riabilitativa (CRA) Bollate (pl 18)	
	Comunità Media Intensità Riabilitativa (CPM) Bollate, Senago, Garbagnate (pl 28)	
Nucleo Forense		
Comunità Media Intensità Riabilitativa (CPM) Rho (pl 10)	Comunità Elevata Intensità Riabilitativa (CRA) Garbagnate (pl 14)	
	Comunità Protetta ad Alta Assistenza (CPA) Paderno (pl 20)	

Nel territorio di Limbiate sono in corso di realizzazione i lavori di riqualificazione di due immobili da destinare a REMS per ospitare pazienti psichiatrici autori di reato. Durante il triennio di durata del PPT si ipotizza il termine delle opere e la messa in funzione delle due nuove residenze per un totale di 40 PL suddivisi in 20 per femmine e 20 per maschi.

Servizi residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali per minori

Quello della neuropsichiatria infantile rappresenta il terreno sul quale investire sempre in modo più convinto e importante in termini di reciproca collaborazione con l'ambito sociale. Si tratta di un settore nevralgico per le famiglie che si rivolgono a questa tipologia di servizi dove la ricomposizione delle risposte

ai bisogni molteplici che i minori in carico portano con sé è l'unica modalità attraverso la quale riuscire ad articolare una risposta organica ed efficace. Anche qui la collaborazione con le istituzioni scolastiche e i Comuni risulta strategica per la buona riuscita di ogni progettualità.

Servizi residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali per minori					
Polo Territoriale Rho	Polo Territoriale Bollate	Polo Territoriale Paderno Dugnano	Polo Territoriale Limbiate	Polo Ospedaliero Garbagnate	Polo Ospedaliero Rho
Ambulatorio	Ambulatorio	Ambulatorio	Ambulatorio	Ambulatorio	Ambulatorio
Centro Semiresidenziale "Alice" Rho			Centro Semiresidenziale "Itaca" Limbiate		
Centro Terapeutico Residenziale "Marco Polo" Rho					

Le Cure Domiciliari

Considerato il contesto territoriale inerente le Cure Domiciliari, declinate in C-Dom, Cure Palliative domiciliari e RSA Aperta, la popolazione residente over 65 anni del territorio della ASST Rhodense è pari a 108.866, con la seguente suddivisione nei tre ambiti distrettuali:

- Rhodense - 38.325
- Garbagnatese - 43.097
- Corsichese – 27.444

Si considerano ambiti/territori oggetto di maggior implementazione/rafforzamento del numero di prese in carico di utenti over 65 anni quelli che si discostano di oltre il 15% in negativo rispetto al valore della media territoriale di ATS di prese in carico sui diversi specifici setting nell'anno 2023, quale rapporto proporzionale sul totale popolazione over 65 anni di ATS (766.698), ovvero secondo il seguente calcolo "popolazione over 65 presa in carico 2023 per specifico setting/popolazione over 65 – 15%".

Per le C-DOM viene preso a riferimento l'ambito di dettaglio del Distretto, mentre per la RSA Aperta e le Cure Palliative domiciliari l'ambito territoriale dell'intera ASST, con la precisazione che, per quest'ultima, per la Città di Milano, si intende l'intero territorio comunale, ovvero l'insieme delle diverse ASST.

Le Cure domiciliari individuano la "casa" quale primo luogo di cura e vedono forme diversificate di interventi assicurati:

- dai MMG attraverso l'Assistenza domiciliare Programmata (ADP) o tramite il Progetto di Sorveglianza Domiciliare (PSD)
- dall'ADI (CDom) – enti accreditati e ASST
- dalla RSA Aperta – enti accreditati
- dalle Cure Palliative domiciliari (UCPDom) – enti accreditati e ASST

- dall'assistenza domiciliare di carattere sociale (SAD) – Comuni e loro forme associative e enti strumentali

Le Cure Domiciliari, nelle forme previste nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, sono un servizio a valenza distrettuale e finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e da un piano personalizzato di assistenza. In ASST Rhodense è stato avviato il percorso di rafforzamento delle cure domiciliari tramite la definizione di un'unica responsabilità dell'ADI valutativa ed erogativa, nonché del raccordo con gli enti accreditati, finalizzata a garantire una maggiore uniformità dei percorsi di presa in carico precoce, coordinata ed integrata, in particolare degli utenti fragili, compresi gli utenti cronici.

Le C-DOM hanno rilievo strategico in quanto servizio finalizzato allo sviluppo delle attività di presa in carico domiciliare del soggetto anziano e fragile, in ottemperanza agli obiettivi del PNRR e della programmazione regionale (DGR 6387/2022). Al fine di poter dare attuazione a quanto disposto dalla normativa nazionale e regionale e contribuire al raggiungimento dell'obiettivo target definito dal PNRR (presa in carico a livello nazionale di almeno il 10% della popolazione over 65 in setting domiciliare entro il 2025), sono in corso di implementazione le attività del servizio aziendale di Cure Domiciliari nell'ambito territoriale di competenza di ASST al fine di estendere la platea di over 65 attualmente assistiti rispetto a quelli già eleggibili. Parallelamente viene favorito il raccordo con gli altri enti gestori che erogano il servizio nei distretti del territorio di ASST Rhodense, di seguito elencati.

ENTE GESTORE	Distretto Rhodense	Distretto Garbagnatese	Distretto Corsichese
ASST Rhodense	SI	SI	SI
Adomi Cure Domiciliari	SI	SI	SI
Assistenza a Casa Vittuone	SI	SI	SI
Assistenza Domiciliare Paxme s.r.l.	SI	SI	NO
ABC Unisalus s.r.l.	SI	SI	SI
Adi Sanitas s.r.l.	SI	NO	SI
Ale.Mar. Cooperativa Sociale Onlus	SI	SI	SI
Anziani 93 Cooperativa Sociale	SI	NO	NO
AQuA s.r.l.	SI	SI	SI
Azzurra Società Cooperativa Sociale Onlus	SI	SI	NO
Centro Medico Sanitario Ro.Pa.Ri s.r.l. La Viscontea	SI	NO	SI
Clinica Polispecialistica San Carlo s.r.l.	SI	SI	NO
Consorzio Domicare Società Cooperativa Sociale	SI	SI	NO
A Casa Tua s.r.l.	SI	SI	SI
Cooperativa Sociale Nuova Sair Onlus	SI	SI	NO
Cooperativa Sociale Rieducazione Motoria Onlus	SI	SI	NO

Domus Servizi Sanitari Cooperativa Sociale	SI	NO	NO
Finisterre s.r.l.	SI	SI	SI
Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus	SI	SI	NO
Fondazione Giuseppe Restelli Onlus	SI	NO	NO
Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus	SI	NO	SI
Fondazione Maddalena Grassi	NO	NO	SI
Geode Società Cooperativa Sociale Onlus	SI	NO	NO
KCS Caregiver Cooperativa Sociale	SI	SI	NO
La Casa del Sole s.r.l.	SI	SI	SI
L'Ape Gaia Società Cooperativa Sociale Onlus	SI	NO	NO
Life Cure s.r.l.	SI	SI	SI
Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus	SI	SI	SI
Medicasa Italia s.p.a.	SI	SI	SI
Mosaico Home Care s.r.l.	SI	SI	SI
Nuovi Orizzonti Società Cooperativa Sociale	SI	SI	SI
Punto Service Cooperativa Sociale a r.l.	SI	SI	SI
Sociosfera Onlus Società Cooperativa Sociale	NO	SI	NO
Finisterre s.r.l.	SI	SI	NO
Vivisol s.r.l.	SI	SI	SI

Le Cure Palliative Domiciliari di ASST Rhodense

Il Dipartimento Interaziendale di Cure Palliative e Terapia del Dolore costituisce la modalità organizzativa deputata ad armonizzare lo sviluppo delle Reti di Cure Palliative e di Terapia del Dolore con le disposizioni attuative della legge regionale n. 22/2021, promuovendo forme di governo dei processi di presa in carico e di cura in grado di migliorare e semplificare l'accessibilità ai servizi, valorizzare le risorse familiari e del territorio, incrementare la qualità delle cure e la sostenibilità generale del sistema.

Per quanto riguarda le specificità delle Unità d'Offerta afferenti al Dipartimento, merita segnalare la Delibera Regionale n.2563 del 31 ottobre 2014, che ha individuato il Presidio Ospedaliero di Garbagnate Milanese quale Centro di secondo livello per la terapia del dolore (Hub), con funzione di coordinamento sulla rete locale di terapia del dolore.

Partecipano al DIPFI, oltre all'ASST Rhodense con la S.C. Cure Palliative e Hospice e la S.S.D. Terapia del Dolore e Chirurgia Antalgica, l'ASST Ovest Milanese con la S.C. Cure Palliative - Hospice, gli Hospice, i centri di terapia del dolore, le cure palliative domiciliari extra aziendali e le associazioni di volontariato.

La Struttura Complessa di Cure Palliative dell'ASST Rhodense opera nel territorio di competenza di Garbagnate, Rho e Bollate, gestendo e coordinando le attività nei diversi setting di cura (Ambulatorio, setting residenziale quale è l'Hospice e domicilio) con l'obiettivo di garantire la continuità delle Cure

Palliative dall'Ospedale al domicilio e all'Hospice e promuovere la globalità dell'intervento terapeutico centrato sulla qualità della vita residua della persona, anche attraverso l'importante integrazione con la rete dei servizi sanitari e sociali.

La collaborazione con la Medicina territoriale è assicurata da un servizio di Consulenze Domiciliari erogate entro la 72 ore lavorative, su richiesta specifica del Medico di Medicina Generale

I setting di Cura in cui si sviluppa l'attività dell'UOCP sono l'Hospice, l'Ambulatorio di Cure Palliative, e Il domicilio (UCPDOM) che si sviluppa nel territorio di competenza dei Comuni di Garbagnate, Rho e Bollate, è destinato a malati oncologici e non oncologici con supporto familiare/caregiver adeguati (spesso si tratta di malati in condizioni generali scadute ma ancora in terapia attiva e nei quali si sviluppano in parallelo i due percorsi, quello della terapia attiva e quello della gestione dei sintomi).

Il servizio di Cure Palliative Domiciliari prevede l'assistenza continuativa nelle ventiquattro ore di tutti i malati in carico nei setting residenziale e domiciliare, con reperibilità medica e infermieristica. Al domicilio vengono forniti farmaci (compresi farmaci oppioidi) e presidi di prima necessità. L'attività erogata è multidisciplinare: gli interventi sono integrati, programmati e verificati nelle riunioni di équipe e l'offerta sanitaria non è separata da quella psico-sociale. I malati seguiti al domicilio vengono gestiti in micro-équipe, garantendo continuità nell'assistenza e una presa in carico globale del malato e del suo nucleo familiare.

È inoltre possibile che, in seguito a stabilizzazione del quadro clinico, dopo adeguato periodo di valutazione si possa decidere di variare il setting di cura (dall'Hospice al domicilio, dal domicilio all'Ambulatorio...) o addirittura di dimettere il malato, che viene però tenuto agganciato con contatti telefonici o attività di consulenza: ciò garantisce continuità di cura e soprattutto permette di riprendere rapidamente in carico il malato in caso di successivo peggioramento.

2.2.1. Le peculiarità distrettuali

Il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'ASST sul territorio definita dall'art. 7 bis della L.R. 33/2009, così come modificata dalla L.R. 22/2021.

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

La L.R. 33/2009 stabilisce che la programmazione, la gestione e l'organizzazione del servizio sanitario devono conformarsi, tra gli altri, al principio della promozione e sperimentazione di forme di partecipazione e valorizzazione del volontariato, che non devono essere considerate sostitutive di servizi. In ottica di sussidiarietà devono essere favoriti momenti di aggregazione ed ascolto delle associazioni di volontariato.

La capacità di costruire rapporti di fiducia con gli altri stakeholders sanitari e con i pazienti è essenziale per guardare con successo all'erogazione di nuovi servizi in ottica di rete.

Al Distretto sono ricondotte le seguenti funzioni:

- contribuire alla programmazione per la realizzazione della rete d'offerta territoriale con particolare riferimento ai servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza. Il Distretto, con la Direzione Sociosanitaria e la Direzione Generale dell'ASST, provvede alla programmazione dei livelli di servizio da garantire, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizio.
- erogare servizi sociosanitari territoriali in forma diretta o indiretta.
- assicurare l'accesso ai servizi, il monitoraggio continuo della qualità degli stessi.
- verificare le criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra servizi stessi e l'utenza.
- In particolare, l'organizzazione del distretto, così come indicato dalla normativa vigente deve garantire:
- l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e presidi specialistici ambulatoriali;
- il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria, in accordo con i comuni.

Le interrelazioni funzionali sono con il Dipartimento funzionale di Prevenzione, il Dipartimento funzionale di Cure Primarie, Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, nonché con il Dipartimento della Donna e Area Materno Infantile.

Le principali strutture erogative del Distretto sono le nuove articolazioni della Sanità Territoriale citate nella normativa richiamata in apertura, vale a dire:

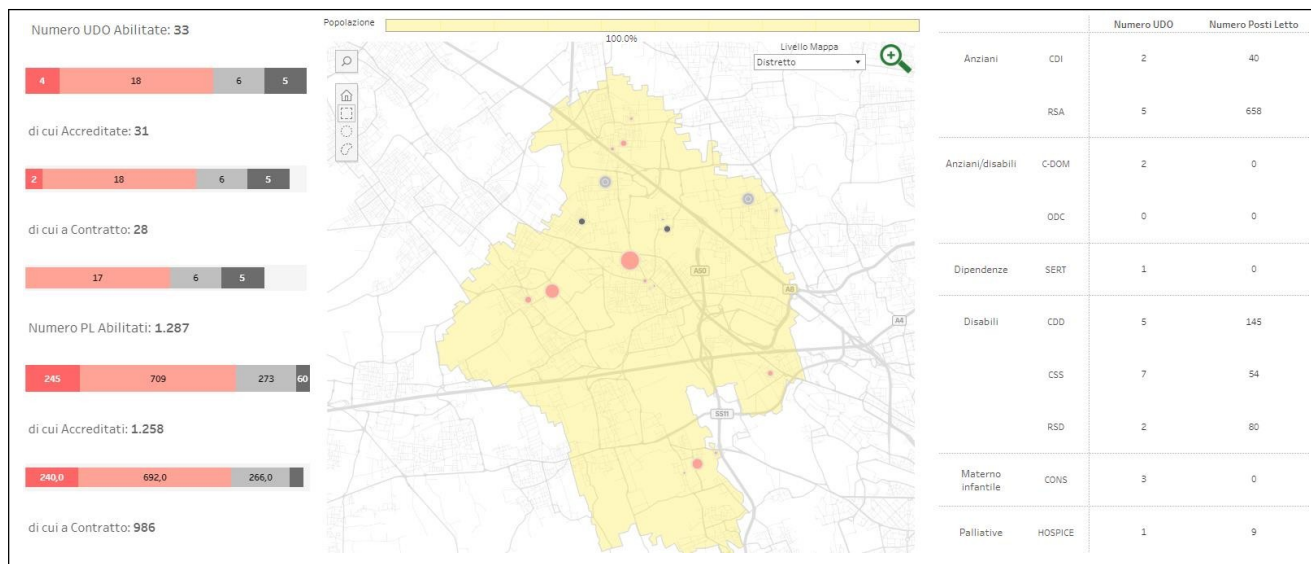
- la Centrale Operativa Territoriale (COT) come punto fisico e digitale che facilita l'accesso dei cittadini alla rete dei servizi e alle Unità d'Offerta Sociosanitaria e Sociali;
- l'Ospedale di Comunità (OdC) come struttura di ricovero di cure intermedie, caratterizzata da ricoveri brevi rivolti a pazienti che necessitano interventi sanitari a bassa intensità clinica, che si colloca tra il ricovero ospedaliero - tipicamente destinato al paziente acuto - e le cure territoriali;
- la Casa della Comunità (CdC) come struttura fisica in cui opera il team multidisciplinari di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di famiglia e comunità, altri professionisti e assistenti sociali; è di fatto lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare, per gli utenti affetti da patologie croniche è il luogo in cui si realizzerà l'integrazione tra i servizi sanitari e sociosanitari con i servizi sociali territoriali.

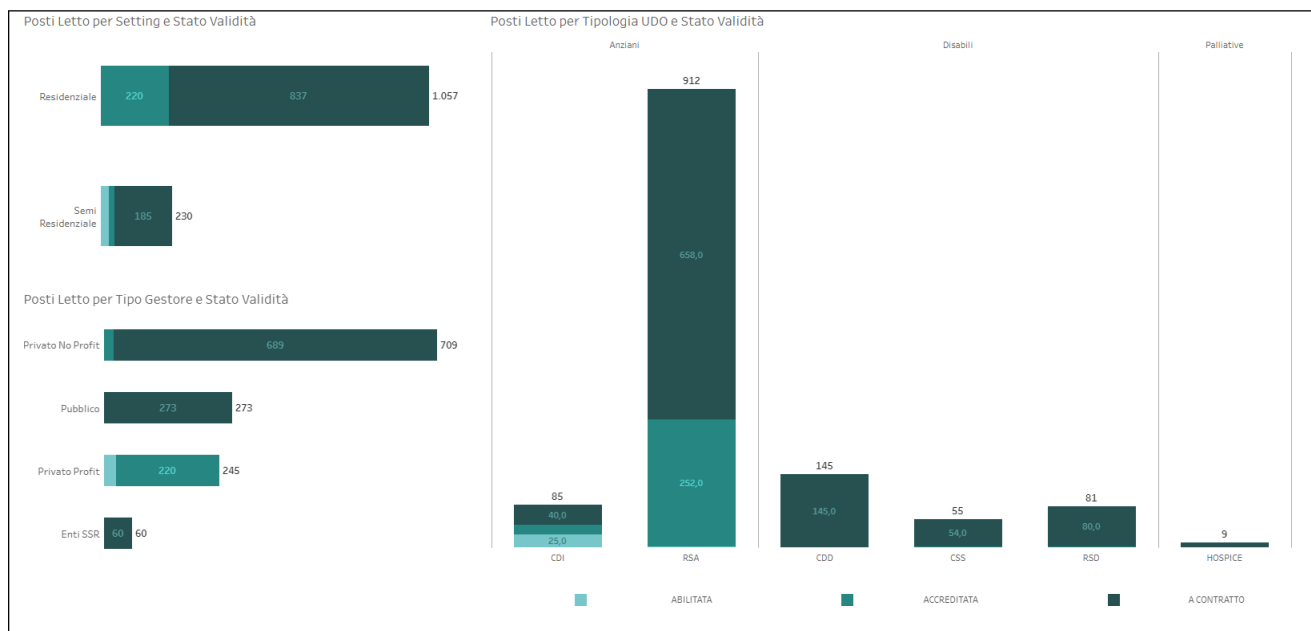
La distrettualizzazione dell'ASST Rhodense è avvenuta disegnando tre realtà (Garbagnatese, Rhodense, Corsichese) storicamente riconosciute e omogenee al loro interno, ma con sensibilità, tradizioni e esperienze molto differenziate.

Il **distretto Rhodense** è suddiviso in tre ambiti che raccolgono i 9 Comuni che insistono su questo territorio ove operano al momento di redazione del PPT 80 medici di medicina generale e 20 pediatri di libera scelta.

Distretto	Ambito	Comuni	MMG	PLS
Rhodense	Arese-Lainate	Arese	10	2
		Lainate	11	4
		Totale ambito	21	6
	Rho-Pero	Rho	26	7
		Pero	3	1
		Totale ambito	29	8
	Cornaredo-Pogliano Milanese-Pregnana Milanese-Settimo Vanzago	Cornaredo	12	1
		Pogliano Milanese	5	0
		Pregnana Milanese	4	1
		Settimo Milanese	11	3
		Vanzago	4	0
	Totale ambito		36	6
	Totale distretto		86	19

Qui di seguito una mappa e una matrice che riportano in dettaglio le diverse tipologie di unità d'offerta socio sanitarie presenti nel territorio del distretto Rhodense nelle varie aree target, attività e assetti accreditati.





Nello specifico l'ospedale di comunità di Passirana è una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve, rivolta a pazienti che hanno bisogno di interventi sanitari a bassa intensità clinica. L'ODC di Passirana è una struttura con 15 posti letto. La gestione è prevalentemente infermieristica.

L' Ospedale di Comunità svolge una funzione Intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, favorendo la tempestività delle dimissioni dai reparti di degenza per acuti all'interno di un percorso protetto.

Il numero di pazienti accolti dal 22 marzo 2022 al 23 agosto 2024 è stato in totale di 531 pazienti ricoverati. Nel corso del 2024 (1 gennaio 2024 al 23 agosto 2024) sono stati accolti 139 pazienti.

I pazienti provengono prevalentemente dai reparti Ospedalieri della nostra Azienda, mentre ancora in scarsa percentuale i pazienti sono inviati dai MMG e dai reparti di Pronto Soccorso dei nostri Presidi Ospedalieri di Rho e di Garbagnate Milanese.

La maggior parte dei cittadini ricoverati risulta residente nell'ASST Rhodense ed in particolare nei comuni di Garbagnate e Rho.

Nel distretto Rhodense l'ente capofila del Piano di Zona.



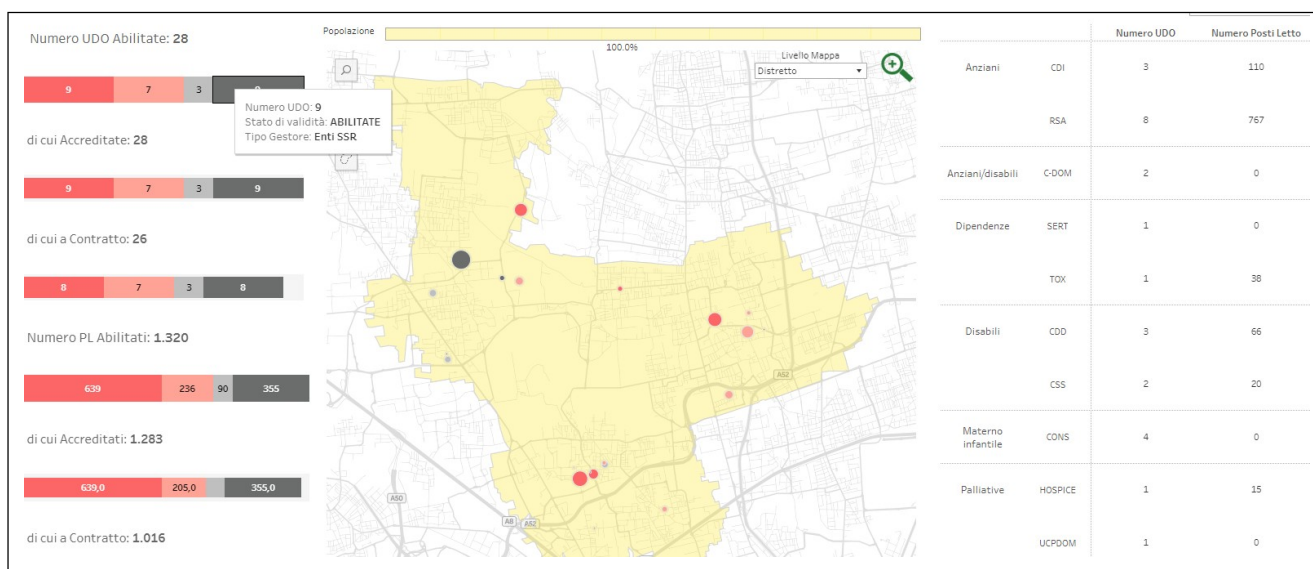
ed ente strumentale dei comuni dell'Ambito è Sercop Azienda Speciale Consortile.

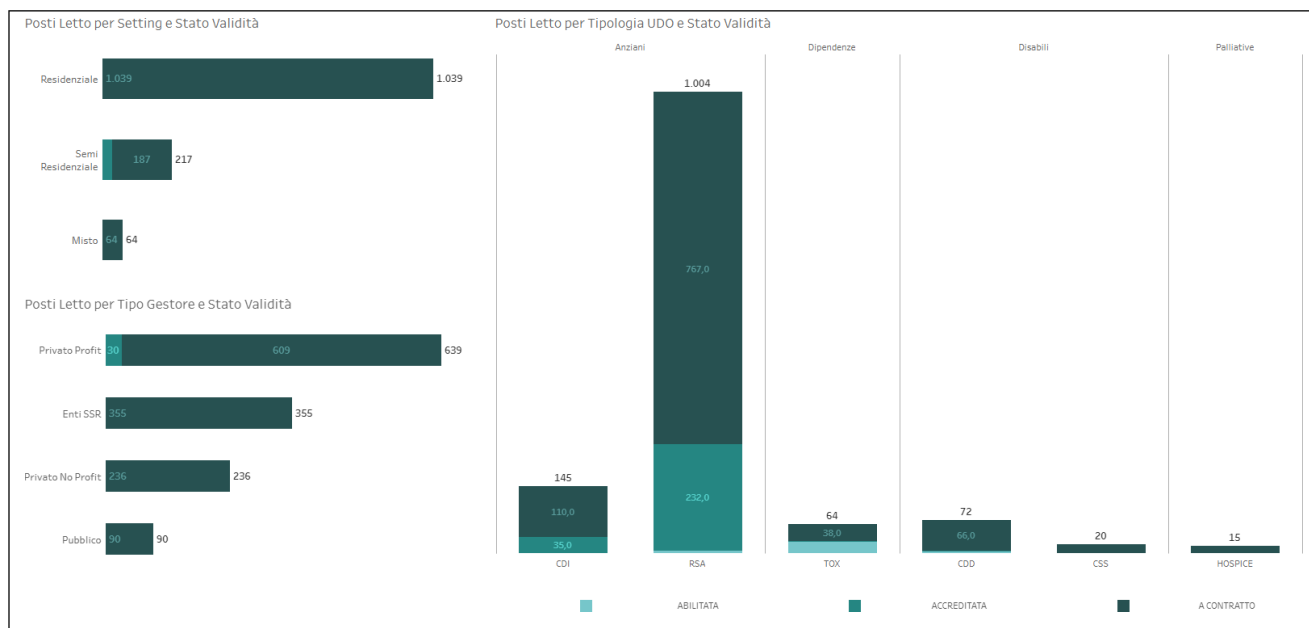


Il **distretto Garbagnatese** è suddiviso in tre ambiti che raccolgono gli 8 Comuni che insistono su questo territorio ove operano al momento di redazione del PPT 90 medici di medicina generale e 20 pediatri di libera scelta.

Distretto	Ambito	Comuni	MMG	PLS
Garbagnatese	Bollate-Novate-Baranzate	Bollate	22	5
		Novate	4	1
		Baranzate	4	0
		Totale ambito	30	6
	Garbagnate-Cesate-Solaro	Garbagnate	17	3
		Cesate	5	1
		Solaro	5	2
		Totale ambito	27	6
	Paderno-Senago	Paderno	20	6
		Senago	13	2
	Totale ambito		33	8
	Totale distretto		90	20

Qui di seguito una mappa e una matrice che riportano in dettaglio le diverse tipologie di unità d'offerta socio sanitarie presenti nel territorio del distretto **Garbagnatese** nelle varie aree target, attività e assetti accreditati.





Nel distretto Garbagnatese l'ente capofila del Piano di Zona.



ed ente strumentale dei comuni dell'Ambito è l'Azienda Consortile Comuni Insieme per lo Sviluppo Sociale.



Una particolarità del distretto Garbagnatese che lo contraddistingue per lo svolgimento di un'azione trasversale a favore dell'intero territorio di ASST è la seguente.

La SC Distretto Garbagnatese ha la responsabilità di proporre, strutturare, monitorare e rendere disponibili tutti i servizi pertinenti ed erogabili per le persone affette da disabilità fisica, psichica, intellettiva e/o sensoriale e con caratteristiche di fragilità. La funzione si compone di plurime aree di azione, complementari e coordinate, per la presa in carico globale del soggetto disabile e/o fragile:

- il coordinamento dei percorsi della Disabilità Intellettiva dell'età adulta ha lo scopo di orientare e consolidare l'approccio in favore della persona affetta prevalentemente da disabilità intellettiva, favorendo la presa in carico globale e integrata dei suoi bisogni in alleanza con la famiglia;
- il coordinamento dei percorsi della Disabilità e Fragilità si fa carico dei pazienti disabili e/o fragili, non autosufficienti, con bisogni socio-assistenziali complessi e prevede l'organizzazione e la gestione di percorsi socio sanitari orientati sia all'interno dei presidi ospedalieri sia nella rete territoriale; In collaborazione con tutti i Distretti ed i Dipartimenti dell'ASST, attraverso la gestione coordinata delle attività sanitarie e sociosanitarie nelle diverse fasi e nei diversi setting di cura, la funzione assicura la

continuità assistenziale del paziente. In particolare, il settore disabilità fonda la propria azione sul modello bio psico sociale, con lo sviluppo di azioni basate sulle evidenze scientifiche ed inserite, nel rispetto dei LEA, in un contesto di concreta integrazione tra i diversi livelli istituzionali, la rete dei servizi, il Terzo Settore, al fine di definire percorsi consolidati e diffusi omogeneamente sul territorio della ASST, in un'ottica di qualificazione dell'offerta che sostenga la flessibilità e la personalizzazione dei Progetti di vita delle persone con disabilità. Avvalendosi dello strumento di valutazione multidisciplinare e multidimensionale, vengono inquadrati i bisogni clinici semplici e complessi e assistenziali del paziente, con attenzione sia alla persona disabile che alla famiglia. Si coordinano i percorsi di accoglienza, analisi del bisogno, orientamento e accompagnamento nell'accesso alla rete dei servizi socio sanitari e socio assistenziali, definendo progetti d'intervento volti a garantire percorsi riabilitativi e rieducativi utili a favorire un reale inserimento in contesti di vita sociale e di sostegno familiare. Nello specifico il servizio:

- eroga visite e prestazioni ambulatoriali per monitorare lo stato di salute dei pazienti fragili presi in carico;
- coordina l'ambulatorio di Disabilità Intellettiva Adulta favorendo la sua integrazione con le altre attività di competenza;
- propone progetti d'intervento volti a garantire percorsi riabilitativi e rieducativi utili a favorire un reale inserimento in contesti di vita sociale e di sostegno familiare e scolastico;
- attiva l'iter amministrativo, favorisce e partecipa alla Rete territoriale dei servizi interagendo con MMG, PDL, UDO, Servizi sociali, Strutture residenziali al fine di orientare ed accompagnare il paziente ed il caregiver nel percorso di ammissione e dimissione protetta dai servizi ospedalieri e dalle UDO sociosanitarie e territoriali, favorendo l'integrazione sociosanitaria;
- partecipa attivamente al percorso di "dimissione protetta" (protocollo condiviso) del paziente fragile attraverso un confronto continuo con le strutture (Strutture per acuti, di cure intermedie, UdO del territorio) e con gli operatori coinvolti (case manager ospedalieri e territoriali, Assistenti sociali ospedalieri e territoriali, MMG, caregiver);
- nell'ambito delle disabilità psichiche, la funzione si coordina con il DSMD (Dipartimento salute mentale e dipendenze) garantendo il supporto in ambito clinico e riabilitativo nei setting di cura di tipo residenziale e socio-assistenziale.

Nello specifico dipendono dalla SC Distretto Garbagnatese i seguenti servizi, supportati da personale sanitario e amministrativo appositamente formato:

- D.A.M.A. Progetto Disabled Advanced Medical Assistance: ha l'obiettivo di rispondere ai bisogni sanitari della persona con disabilità complessa, attraverso percorsi diagnostico/terapeutici privilegiati, rapidi, snelli e facilmente fruibili; è la regia che permette di adattare la risposta medica

alle esigenze peculiari delle persone disabili. Il Servizio promuove e adatta percorsi per la gestione dei pazienti con disabilità intellettiva e motoria all'interno dei presidi ospedalieri dell'ASST Rhodense ed extra aziendali. Ha sede nella Casa di Comunità di Bollate, è garantito da un'équipe sanitaria multidisciplinare, composta da medici, infermieri, operatori socio-sanitari e personale amministrativo. Secondo i criteri dell'appropriatezza e del rispetto della dignità della persona, genera una rete tra servizi di offerta, MMG, famiglie dei pazienti, associazioni del territorio.

- SERVIZIO DISABILITA' INTELLETTIVA ADULTI per la presa in cura delle persone con disabilità intellettiva: fornisce risposte appropriate alle necessità di cure nelle varie forme di DSA in età adulta e alla relativa continuità. L'obiettivo è quello di garantire consulenza educativa, riabilitativa e risocializzante, accompagnando l'utente e la sua famiglia nell'avvicinamento agli altri servizi della rete in particolare al compimento del 18° anno. Inoltre, mediante la consulenza ai servizi che, a vario titolo, si occupano della persona disabile e della sua famiglia, raccordandosi in rete, partecipa alle varie progettualità, in particolare ai progetti "Dopo di Noi" e "Progetto di Vita";
- N. 3 Centri Diurni per persone disabili (CDD) - Unità di Offerta semiresidenziale, deputata all'accoglienza di persone disabili con età superiore ai 18 anni e, di norma, fino ai 65 anni.
- N. 2 Centri Diurni per Anziani (CDI di Garbagnate e di Bollate) - Unità di Offerta semiresidenziale, deputate all'accoglienza di persone anziane non autosufficienti.
- Fragilità (componente di valutazione e controllo): il Servizio Fragilità costituisce la modalità organizzativa mediante la quale si intende realizzare il mandato regionale volto allo sviluppo della capacità di programmare un percorso di cura e di proattività verso i pazienti fragili.
- Presa in carico paziente cronico (PIC): si definisce "cronico" un paziente che si trova nella condizione di dover convivere nel tempo con una o più patologie, insorte da almeno due anni. I pazienti cronici rispondenti al requisito sono stati classificati in tre macro livelli, di complessità clinica decrescente:
 - Livello 1: pazienti affetti da 4 o più patologie coesistenti
 - Livello 2: pazienti affetti da 2 o 3 patologie
 - Livello 3: pazienti affetti da una sola patologia.

L'ASST Rhodense fa parte dell'elenco degli Enti Gestori con cui sottoscrivere il "Patto di Cura" di validità annuale secondo la DGR n.6164 del 2017 che prevede un modello di presa in carico per i cittadini affetti da patologie croniche in cui un medico gestore organizza tutti i servizi sanitari e sociosanitari per rispondere ai bisogni del singolo paziente, programmando visite, esami ed altre necessità di cura, affiancandolo nell'attuazione dell'intero piano terapeutico (PAI). Ha sede nella Casa di Comunità di Bollate.

Infine la funzione coordina i percorsi assistenziali di cura e di proattività verso la malattia cronica per una platea di utenti con livelli di stratificazione del rischio medio-alti (da IV a VI), in una visione inclusiva ed in un'ottica organizzativa unitaria, utilizzando strumenti che favoriscono l'integrazione dei servizi e il coordinamento della presa in carico al fine di garantire un percorso clinico-terapeutico capace di risposte efficienti ed efficaci. La funzione si contraddistingue per:

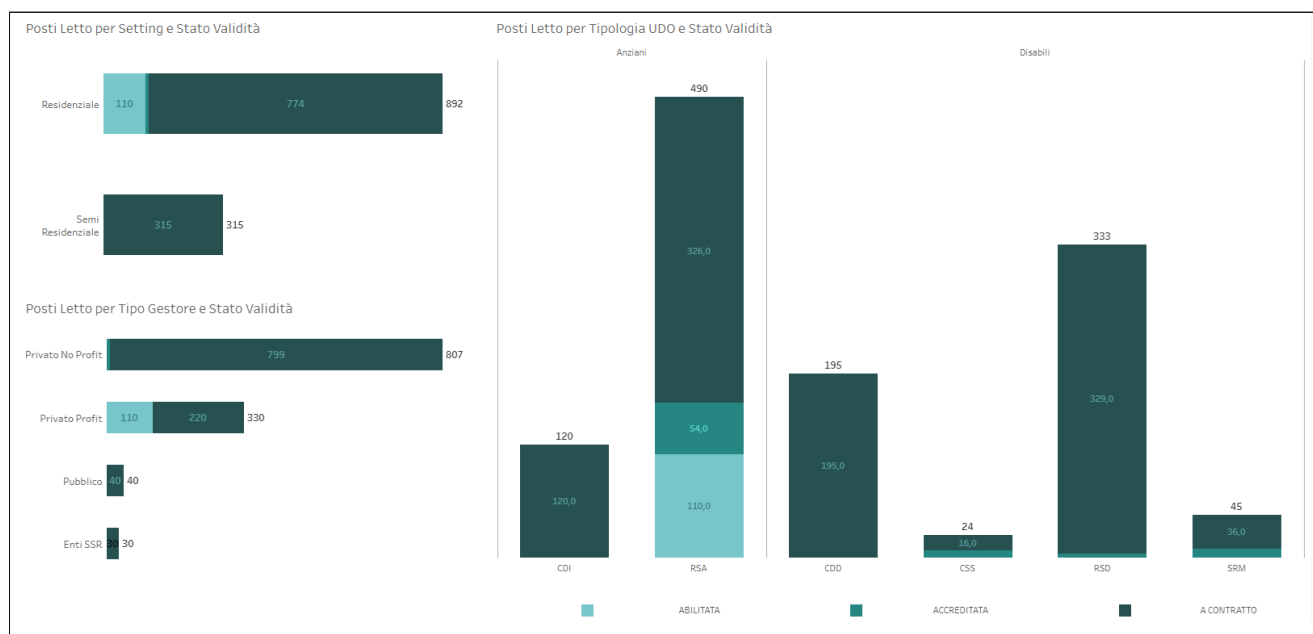
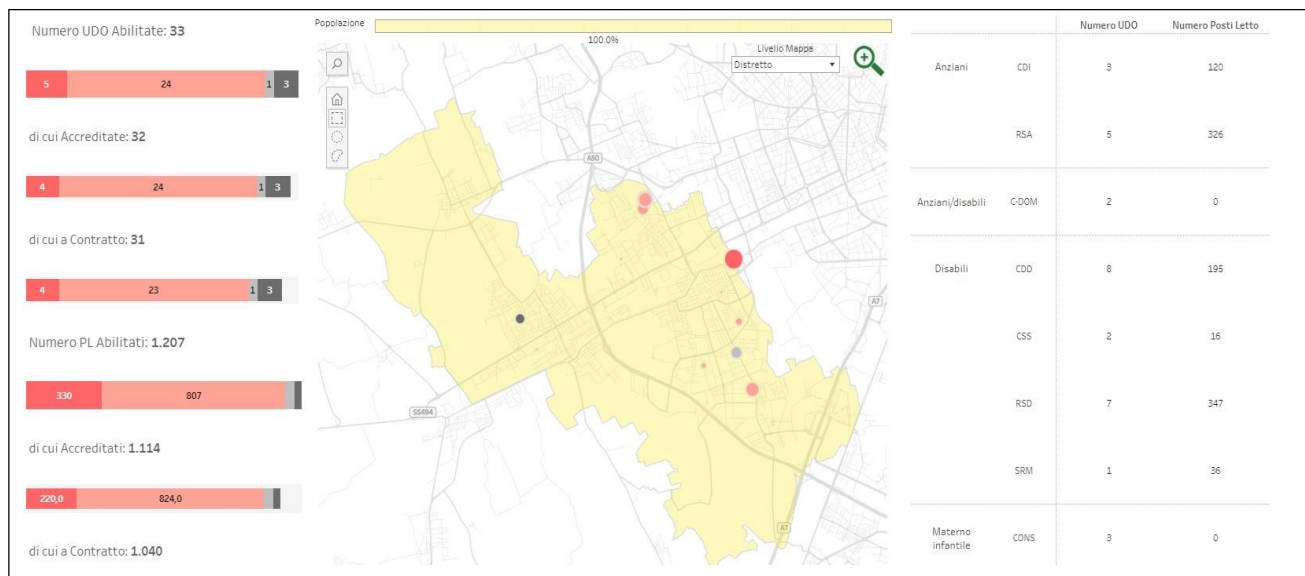
- approccio attraverso la presa in carico dal momento della dimissione dai reparti per acuti o dal Pronto Soccorso;
- approccio assistenziale graduato per intensità, inteso a mitigare il decorso della cronicità, a prevenire la perdita di autonomia o a garantire al paziente terminale cure di fine vita; - ampio spettro di servizi volti a facilitare il passaggio del paziente dall'ospedale al domicilio o alla residenza più appropriata;
- spettro di diversi servizi di tipo "intermedio" che integrano quelli propri dell'area ospedaliera e delle Cure Primarie. Di norma, forniscono assistenza a persone con bisogni complessi (con progetto di salute "complesso").

La funzione si coordina strettamente con i Distretti, attraverso le COT, mettendo a disposizione i livelli di servizio previsti per le classi di rischio più elevate.

Il **distretto Corsichese** è suddiviso in due ambiti che raccolgono gli 6 Comuni che insistono su questo territorio ove operano al momento di redazione del PPT 65 medici di medicina generale e 14 pediatri di libera scelta.

Distretto	Ambito	Comuni	MMG	PLS
Corsichese	Corsico-Cesano Boscone	Corsico	15	3
		Cesano Boscone	15	4
		Totale ambito	30	7
	Assago-Buccinasco-Cusago-Trezzano	Assago	8	1
		Buccinasco	14	3
		Cusago	2	0
		Trezzano	12	3
		Totale ambito	36	7
		Totale distretto	66	14

Qui di seguito una mappa e una matrice che riportano in dettaglio le diverse tipologie di unità d'offerta socio sanitarie presenti nel territorio del distretto Corsichese nelle varie aree target, attività e assetti accreditati.



Nel distretto Corsichese l'ente capofila del Piano di Zona è il Comune di Cesano Boscone.



**AMBITO TERRITORIALE SOCIALE
DEL CORSICHESE**

Ufficio di Piano
www.ambitocorsichese.it

A differenza degli altri due ambiti afferenti l'ASST Rhodense i comuni del Corsichese non sono organizzati in azienda per la gestione dei servizi sociali di competenza.

Il Distretto Corsichese, con i suoi 120.000 abitanti, rappresenta il meno popoloso dei 3 distretti dell'ASST Rhodense – situata nell'ambito territoriale di ATS Milano Città Metropolitana.

Nel Distretto Rhodense sono infatti collocati i P.O. Rho e di Passirana di Rho e nel Distretto Garbagnatese sono presenti il P.O. di Garbagnate e di Bollate; i cittadini residenti nel distretto corsichese, in assenza di un presidio ospedaliero aziendale, si rivolgono più frequentemente ai servizi sanitari localizzati all'esterno del territorio di ASST Rhodense ma più prossimi e facilmente raggiungibili, come ad esempio ASST dei Santi Paolo e Carlo e IC Humanitas, per citare i due ospedali presso i quali più frequentemente i cittadini del corsichese migrano per bisogno di salute e che coprono da soli circa il 50% dei ricoveri.

Infatti ben 4 (Assago, Buccinasco, Cesano Boscone e Corsico) dei 6 comuni che costituiscono il distretto sono situati nella prima cintura extraurbana occidentale del comune di Milano e risultano quindi ben collegati con la città attraverso mezzi urbani e MM; le infrastrutture verso i P.O. di ASST Rhodense, situati oltre il confine NORD del distretto, rendono meno raggiungibili e fruibili i servizi sanitari Aziendali.

Il 96% dei ricoveri e il 78% delle prestazioni ambulatoriali complessive sono erogate al di fuori della ASST Rhodense. Nell'area materno infantile il Policlinico di Milano segue a ruota H San Paolo per numero di ricoveri e tale dato è riportabile alla elevata specializzazione della clinica ostetrico ginecologica Mangiagalli che rimane punto di riferimento del territorio per la patologia della gravidanza.

Le strutture ospedaliere di ASST Rhodense non vengono praticamente raggiunte dall'utenza corsichese e ciò rende complesso e anche necessario realizzare i percorsi integrati ospedale-territorio come, ad esempio, il progetto di "visita domiciliare ostetrica" in avvio che riveste una particolare importanza anche per l'assenza di un protocollo relativo ai contesti dei primi 1000 giorni di vita nell'attuale PDZ 2021-2023.

L'area della Salute Mentale rappresenta il principale target per l'integrazione sociosanitaria "trasversale" alle aree della prevenzione, materno infantile, dei minori-adolescenti, dell'autonomia, della fragilità, della grave emarginazione e dell'area psicologica. In tale ambito afferiscono presso l'ASST Santi Paolo e Carlo le UdO del territorio e ospedaliere. Infatti, ad eccezione del SER.T aziendale con sede a Corsico, il CPS di Corsico e l'UONPIA di Buccinasco sono articolazioni distrettuali del DSM dei Santi Paolo e Carlo, e il DAMA del presidio San Paolo è riferimento della popolazione neuropsichiatrica infantile. Il rapporto tra ASST Santi e ASST Rhodense in tale contesto andrà ottimizzato creando nuovi percorsi di integrazione ospedale-territorio anche in considerazione della presenza, in ambito sociale, di soli protocolli relativi alla presa in carico integrata di famiglie e minori in condizioni di vulnerabilità complessa, protocolli peraltro disomogenei nei 3 ambiti.

Mancano attualmente protocolli di attuazione di VMD per giovani con disabilità intellettiva in condizioni complesse in passaggio alla maggiore età e, in un ambito di tale delicata sovrapposizione del sociale con la

salute fisica e mentale, non è possibile prescindere da una fattiva collaborazione con l'ambito sanitario ancora da strutturare.

Nell'area della disabilità e della disabilità intellettiva emerge la presenza della storica Istituzione locale Fondazione Sacra Famiglia per la presa in carico di persone fragili e con disabilità (psichiatrica, neuropsichiatrica e dell'anziano) che offre servizi di carattere sanitario/ospedaliero, sociosanitario residenziale e semiresidenziale e domiciliare-rappresentando l'Ente gestore "prediletto" dai pazienti delle Cure Domiciliari. Le relazioni con questa storica istituzione dovranno essere indirizzate verso una reciproca collaborazione che preveda la sensibilizzazione di entrambe le parti alla condivisione di un percorso di integrazione ospedale-territorio che indirizzi anche Fondazione verso le UdO territoriali di ASST, in particolare l'Ospedale di Comunità di Passirana.

Lo stato dell'arte nell'area della Prevenzione mostra ampi margini di lavoro, dalla promozione di stili di vita attivi con gruppi di cammino in procinto di essere riattivati, anche allo scopo di produrre socializzazione negli anziani e ridurre quindi il rischio di povertà relazionale potenzialmente condizionante lo sviluppo di patologia cognitiva.

Progetti di monitoraggio della popolazione da parte degli infermieri di ASST, già in essere con l'adesione dei MMG al progetto di sorveglianza domiciliare (PSD), andranno implementati utilizzando la figura dell'IFeC delle CdC per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione in sinergia con le cure primarie.

Una particolarità del distretto Corsichese che lo contraddistingue per lo svolgimento di un'azione trasversale a favore dell'intero territorio di ASST è la seguente.

La SC Distretto Corsichese ha la responsabilità della funzione complessiva di tutte le funzioni (valutativa ed erogativa) volte ad assicurare su tutto il territorio afferente l'ASST Rhodense le Cure Domiciliari (C-DOM) nelle forme previste nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. Le Cure Domiciliari si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi di diverso livello di intensità e complessità assistenziale, nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato.

2.3 Funzioni e personale presente nella rete territoriale di ASST

Il Polo Territoriale di ASST Rhodense, articolato in distretti e in dipartimenti a cui afferiscono i presidi territoriali, svolge l'attività di erogazione dei LEA riferibili all'area di attività dell'assistenza distrettuale. Al Polo Territoriale è attribuito il coordinamento dell'attività erogativa delle prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, di diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, nonché le cure intermedie per il tramite dell'organizzazione distrettuale. Eroga, inoltre, le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari in base a livelli di intensità di cura in una logica di sistema e

di integrazione delle funzioni e delle risorse, con modalità di presa in carico, in particolare per persone in condizione di cronicità e di fragilità sulla base della valutazione dei fabbisogni e in una logica integrata con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali.

Le attività di prevenzione sanitaria sono svolte dal Dipartimento funzionale di Prevenzione, in coerenza con gli indirizzi di programmazione del Dipartimento di Igiene e Prevenzione sanitaria delle ATS, e con il PRP che assicura la funzione di governance e l'identificazione dei soggetti erogatori delle prestazioni.

Il Distretto, nelle sue diverse articolazioni, è chiamato a garantire una risposta assistenziale integrata nel contesto della rete d'offerta, sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare un'efficace presa in carico della popolazione di riferimento.

Per quanto riguarda il **Rhodense** la tabella che segue riporta le nuove strutture previste dal PNRR che a regime troveranno collocazione in questo territorio.

Casa di Comunità	Ospedale di Comunità	Centrale Operativa Territoriale
(CdC) Passirana di Rho, via	(OdC) Passirana di Rho, via	COT di Passirana di Rho, via
(CdC) Cornaredo Via Vanzago, 58		COT di Arese, Via Col di Lana, 10
(CdC) Settimo Milanese, via Libertà		
(CdC) Lainate, Via Circonvallazione		

Nei servizi distribuiti nel Distretto Rhodense alla data di redazione del PPT lavorano 260 unità.

Raggruppamento profilo professionali	Numero operatori
Dirigenti medici e sanitari	38
Personale tecnico non sanitario e amministrativo	25
Operatori sanitari (infermieri, terapisti riabilitazione, OSS, Ostetriche ecc.).	197
Totale	260

Per quanto riguarda il **Garbagnatese** la tabella che segue riporta le nuove strutture che a regime troveranno collocazione in questo territorio.

Casa di Comunità	Ospedale di Comunità	Centrale Operativa Territoriale
(CdC) Bollate, via Piave, 20	(OdC) Bollate, via Piave, 20	COT Garbagnate, via per Cesate, 62
(CdC) Paderno Dugnano, viale della		COT di Bollate via Piave, 20
(CdC) Senago, Via Leonardo Da Vinci, 59		
(CdC) di Garbagnate, Via per Cesate, 62		

Nei servizi distribuiti nel Distretto Garbagnatese alla data di redazione del PPT lavorano 508 unità.

Raggruppamento profilo professionali	Numero operatori
Dirigenti medici e sanitari	78
Personale tecnico non sanitario e amministrativo	65
Operatori sanitari (infermieri, terapisti riabilitazione, OSS, Ostetriche ecc.).	365
Totale	508

Per quanto riguarda il **Corsichese** la tabella che segue riporta le nuove strutture che a regime troveranno collocazione in questo territorio.

Casa di Comunità	Ospedale di Comunità	Centrale Operativa Territoriale
(CdC) Corsico, via dei Lavoratori, 42	//	COT di Corsico, via Marzabotto, 12

Nei servizi distribuiti nel Distretto Corsichese alla data di redazione del PPT lavorano 41 unità.

Raggruppamento profilo professionali	Numero operatori
Dirigenti medici e sanitari	11
Personale tecnico non sanitario e amministrativo	10
Operatori sanitari (infermieri, terapisti riabilitazione, OSS, Ostetriche ecc.).	20
Totale	41

3 Il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale

Il presente PPT prevede un modello gestionale e organizzativo del polo territoriale della ASST Rhodense su base distrettuale, da sviluppare nell'arco di tre anni, che tenda ad armonizzare i bisogni di salute del proprio territorio con il difficile reperimento di risorse professionali, sia in ambito sanitario che sociale, e che garantisca la presa in carico del cittadino secondo un percorso di continuità tra ospedale e territorio, in particolare per il soggetto fragile e/o cronico, secondo i principi del One Health.

La stratificazione del bisogno è la chiave per coniugare la standardizzazione dei servizi con le caratteristiche dei territori; deve stare alla base di tutte le decisioni in tema di realizzazione di Case di Comunità o Ospedali di comunità o di cure domiciliari che, pur tenendo conto delle esperienze precedenti delle singole realtà, devono partire dall'analisi dei bisogni dei cittadini.

3.1 Linee programmatiche generali per lo sviluppo del polo territoriale

L'armonizzazione dei Piani di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) con la programmazione dei Piani di Zona può realizzarsi anche attraverso percorsi congiunti di co-programmazione e co-progettazione con gli ETS, così come indicato anche dal Piano Sociosanitario regionale 2023-2027 e come già evidenziato nella DGR n. 1473/2023. Il raccordo con il PPT è un impegno prioritario volto ad assicurare una migliore

programmazione e realizzazione dei LEPS, il potenziamento del lavoro congiunto tra i servizi territoriali e il rafforzamento della presa in carico integrata e il consolidamento e/o lo sviluppo di progettualità a carattere sovra zonale, al fine di sviluppare percorsi di integrazione in aree di policy che richiedono un impegno programmatico e interventi congiunti tra Ambiti e ASST.

Diverse sono quindi le aree strategiche in cui i territori devono lavorare ad una maggiore sistematizzazione della cooperazione e del coordinamento al fine di garantire livelli ottimali di integrazione sociosanitaria. Si rileva come diversi siano i terreni sfidanti per consolidare l'integrazione, anche in stretto raccordo con la realizzazione dei LEPS. In primo luogo, quello della presa in carico, con Punti Unici di Accesso (PUA) e valutazione multidimensionale dei bisogni ad opera di équipe multidisciplinari che rappresentano il prerequisito perché i servizi territoriali funzionino come una filiera integrata.

In secondo luogo, la residenzialità e la domiciliarità, dove è necessario perseguire il pieno coordinamento degli interventi SAD e Cure Domiciliari e la costruzione di piani individuali integrati.

In terzo luogo, tutti i settori connessi agli interventi e ai servizi per i minori e le famiglie in condizioni di disagio, gli interventi per giovani e minori a rischio, oltre ai percorsi di sostegno alla genitorialità dove l'intervento di diverse competenze professionali devono concorrere alla corretta valutazione della genitorialità per garantire la realizzazione dei progetti personalizzati di intervento e, auspicabilmente, operare per implementare l'effettiva capacità di prevenzione e di contrasto ai fenomeni di violenza familiare, di abuso e di maltrattamento.

Negli indirizzi regionali sono stati condivisi gli elementi di interesse comune che, attraverso un'azione di collaborazione, dovranno trovare una declinazione all'interno dei Piani di Zona e nei PPT 2025-2027. Che deve indicare quali strategie seguire volte all'individuazione, al sostegno e alla valorizzazione delle risorse formali, informali e del terzo settore, sia gli strumenti e le strategie di co-progettazione per un welfare di prossimità (ad es.: definizione di strumenti condivisi tra tutti gli attori per una lettura integrata del bisogno in ottica anche preventiva, attivazione di équipe allargate, protocolli, procedure ed eventuali accordi di programma che formalizzino in modo stabile gli obiettivi comuni da raggiungere, ecc.). Tale azione deve essere considerata e valorizzata nell'ambito della programmazione e progettazione della risposta in termini di LEA alla domanda di salute del distretto, in una logica anche di integrazione con i LEPS di ambito sociale, quali ad esempio, "Prevenzione dell'allontanamento familiare", "Servizi sociali per le dimissioni protette"

I Distretti e gli Ambiti devono essere un punto di riferimento per gli enti del terzo settore.

E' necessario avere come obiettivi comuni propedeutici ad ogni tipo di azione e intervento:

- Ricomposizione della conoscenza
- Facilitazione networking
- Facilitazione relazioni altri sistemi istituzionali
- Coordinamento delle iniziative.

È ormai noto come interventi coordinati di informazione e accompagnamento alle famiglie e prese in carico integrate tra servizi diversi possano influenzare in modo decisivo il buon esito dei percorsi di cura, a tutti i livelli della rete e per tutte le tipologie di bisogno. L'attuale riqualificazione della rete dei PUA (necessariamente integrati con figure sociali dell'Ambito) e il coordinamento con le COT potranno realizzarsi nel tempo e l'integrazione potrà essere raggiunta se il grado di maturità istituzionale e sociale dei territori e la necessaria formazione di tutti gli operatori appartenenti alla rete dei PUA saranno garantiti.

Il punto di accesso unitario infatti non può garantire di per sé l'attuazione di una piena integrazione, soprattutto all'interno di un sistema di welfare così frammentato quale è il nostro. Esso però può rappresentare un primo passo significativo, può facilitare percorsi di accesso ad oggi complessi e critici per i cittadini e, unitamente ad accordi istituzionali e protocolli d'intesa tra gli attori della rete, potrà permettere di sperimentare forme di collaborazione e sinergia seppur parziali volte a sostenere, nel tempo, il raggiungimento di un sistema integrato di welfare territoriale.

Nel nuovo contesto normativo come detto il Distretto assume un ruolo centrale, funzionale a garantire una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, e rappresenta la sede di rilevazione dei bisogni del territorio di riferimento, in raccordo con la Conferenza dei Sindaci e il Consiglio di Rappresentanza, a livello di Direzione Strategica, e l'Assemblea dei Sindaci di Distretto, espressione dei rispettivi territori di competenza a livello di Ambito Sociale.

Il Distretto deve rappresentare un cambiamento di paradigma importante nella costruzione dell'offerta territoriale, assumendo un ruolo strategico di gestione e di coordinamento organizzativo e funzionale della rete dei servizi territoriali. Rappresenta altresì il punto organizzativo dedicato alla continuità assistenziale e all'integrazione dei servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, sociosanitari ed è chiamato a produrre un coordinamento virtuoso con le politiche sociali in capo agli Ambiti e ai Comuni. In quest'ottica di innovazione il Distretto è anche lo spazio di governance all'interno del quale operano nuove strutture territoriali come le Case di Comunità, luoghi di integrazione e coordinamento tra i diversi servizi territoriali, chiamate a presidiare l'effettiva innovazione della filiera erogativa del welfare territoriale, nonché strutture che possano rappresentare lo spazio naturale per l'innovazione.

Il Distretto rappresenta il cardine dell'organizzazione territoriale e assume un ruolo strategico di gestione e coordinamento organizzativo e funzionale della rete dei servizi territoriali; ha compiti di produzione (effettua direttamente servizi), di committenza (governa gli attori convenzionati-accreditati) e di garanzia dei servizi (è il responsabile a livello locale).

Nel corso dei tre anni di attuazione del PPT è fondamentale avere una configurazione distrettuale evoluta in cui possano trovare a regime corretta collocazione e potenzialità di sviluppo tutte le seguenti funzioni:

- Uffici amministrativi
- Cure domiciliari

- Punto infermieristico
- Centro vaccinale
- MMG/CA/PLS
- Cure domiciliari e presa in carico
- Punto prelievi
- CUP
- Casa della comunità
- Attività specialistica
- sportello sociale (Ufficio di piano, 328/00)
- Ospedale di comunità
- COT
- Infanzia, Adolescenza, Famiglia e Consultori
- Cure palliative
- Disabilità e Non Autosufficienza
- RSA
- Gestione percorsi integrati (accesso e uscita da ospedale ma anche da strutture intermedie).

Infine centrale nella prospettiva di sviluppo del PPT nella sua declinazione distrettuale risulta altresì il tema della prevenzione nei diversi setting. Le attività di prevenzione devono poter crescere in un contesto distrettuale dove il Direttore di Distretto diventa il primo promotore e gestore dell'offerta di prevenzione e garantisce una capacità di lettura epidemiologica del contesto territoriale aiutando i diversi erogatori a migliorare l'appropriatezza, l'impatto, l'efficacia e la sostenibilità della propria offerta.

Le principali linee di intervento in quest'area saranno:

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

Il Distretto dovrà sempre maggiormente configurarsi come una struttura a supporto della trasversalità dei percorsi avvalendosi di dispositivi organizzativi adeguati.

Con l'approvazione della Legge Regionale 14 dicembre 2021 - n. 22 "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)", in coerenza con le indicazioni del Ministero della Salute, di AGE.NA.S. e con il PNRR, ha preso avvio un profondo processo di riforma dell'assetto organizzativo del Sistema Sanitario Regionale, con particolare attenzione alla revisione e al rafforzamento della medicina territoriale.

Per dare attuazione alla Legge, L'Azienda sta affrontando un grande sforzo di tipo progettuale e programmatico. In primo piano l'impegno per la realizzazione dei nuovi servizi/unità d'offerta (OdC, CdC, COT) della sanità territoriale, che si accompagna a quello per la costruzione di nuovi modelli di erogazione e di governo efficiente della fase di transizione.

Il potenziamento della rete erogativa di prestazioni sul territorio prevede anche la creazione di nuove strutture e presidi territoriali.

Secondo quanto previsto dalle linee di sviluppo nazionali e regionali, il Distretto assume un ruolo chiave in quanto si configura come sede fisica di valutazione del bisogno locale, della programmazione territoriale e dell'integrazione dei professionisti.

Presso i Distretti trovano collocazione le seguenti strutture erogative territoriali:

1. Centrale Operativa Territoriale (COT): punto fisico e digitale che facilita l'accesso alla rete dei servizi e alle Unità d'Offerta Socio-sanitarie e Sociali.
2. Ospedale di Comunità (OdC): struttura di ricovero di cure intermedie che si colloca tra il ricovero ospedaliero - tipicamente destinato al paziente acuto - e le cure territoriali, caratterizzata da ricoveri brevi rivolti a pazienti che necessitano interventi sanitari a bassa intensità clinica.
3. Casa della Comunità (CdC): struttura fisica in cui operano team multidisciplinari di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti e assistenti sociali. Diventa di fatto lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare per gli utenti affetti da patologie croniche, e il luogo in cui si realizza l'integrazione tra i servizi sanitari e socio-sanitari aziendali con i servizi sociali e socio-assistenziali degli Enti Locali.

La Casa di Comunità (CdC) deve rappresentare il modello organizzativo e di servizio che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento e l'attivazione di logiche e processi di sanità di iniziativa". La CdC è un modello di servizio, non di erogazione; ha una popolazione di riferimento, cioè un proprio territorio ed una propria comunità; è orientata alla prossimità dei servizi; non attende il manifestarsi dei problemi ma è proattiva.

In coerenza con le funzioni innovative che ci si aspetta dalla realizzazione delle Case della Comunità qui di seguito alcune proposte che ASST Rhodense considera strategiche:

- Definizione chiara del bacino di utenza della Case della Comunità.
- Integrazione con il Distretto per poter effettuare regolarmente analisi dei bisogni di salute dei territori e delle comunità.
- Integrazione del personale amministrativo con gli operatori sanitari.
- Definizione formale dei margini di autonomia degli infermieri di famiglia e comunità in una prospettiva di lavoro su MICROAREE territoriali.
- Inserimento strutturale della figura dello psicologo di comunità nell'équipe di cure primarie.
- Possibilità per i giovani medici di medicina generale di avviare la loro professione all'interno delle Case della Comunità.
- Riorganizzazione degli ambulatori specialistici con una visione territoriale in integrazione con i medici di medicina generale.
- Accesso diretto ai servizi principali delle Case della Comunità.
- Integrazione dei consultori con le Case della Comunità per una maggiore attenzione e presa in carico dei problemi dell'infanzia e della salute di genere.
- Organizzare una formazione specifica per i sindaci sui rapporti con la Case della Comunità.
- Ridefinizione e valorizzazione del rapporto delle Case della Comunità con i comuni, i territori, le comunità locali e il terzo settore.
- Inserimento della formazione del lavoro in équipe nei percorsi di formazione continua degli operatori delle Case della Comunità.

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra le strutture e i professionisti in essa coinvolti.

Gli standard organizzativi, di personale, tecnologici e strutturali sono descritti nel Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

La COT svolge un ruolo di facilitatore nella transizione dei pazienti tra i diversi setting assistenziali (attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere, rete dell'emergenza-urgenza) al fine di garantire la continuità, l'accessibilità e l'integrazione delle cure.

Svolge la propria attività prevalentemente a livello distrettuale.

Gli standard di personale della COT prevedono la presenza del coordinatore infermieristico, di infermieri e di personale di supporto. È un servizio operativo 7 giorni su 7.

La COT può essere attivata a titolo esemplificativo ma non esaustivo da:

- personale distrettuale e ospedaliero
- medici di medicina generale (MMG) / pediatri di libera scelta (PLS)
- medici di continuità assistenziale
- medici specialisti ambulatoriali
- personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali.

Svolge una funzione di supporto in back office con un target costituito da casi complessi dell'area della fragilità e da pazienti affetti da patologie croniche.

Fornisce un supporto sia nel flusso step down, dall'ospedale verso le strutture territoriali/domicilio, che nel flusso step up, dal territorio verso le strutture intermedie e l'ospedale.

Fornisce un supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale (MMG - PLS - medici specialisti – infermieri di famiglia e comunità - IFeC) rispetto alle attività e ai servizi distrettuali.

Si occupa della raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso sistemi di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità (PIC) e dei pazienti in assistenza domiciliare e gestisce la piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health) utilizzata operativamente dalle Case di comunità e dagli altri servizi afferenti al Distretto.

Nel polo territoriale dell'ASST Rhodense sono presenti tre distretti: Distretto Garbagnatese, Distretto Rhodense e Distretto Corsichese.

Le COT attive sono cinque e sono distribuite come segue:

- per il Distretto Garbagnatese la COT di Bollate e la COT di Garbagnate Milanese
- per il Distretto Rhodense la COT di Passirana e la COT di Arese
- per il Distretto Corsichese la COT di Corsico.

Per ogni distretto sono state identificate delle COT hub (Bollate, Passirana, Corsico) e delle COT spoke (Garbagnate, Arese).

Per le COT di ciascun distretto è stato identificato un coordinatore infermieristico responsabile del funzionamento del servizio e della gestione del personale.

E' inoltre prevista, per ciascuna COT, la presenza di 3 infermieri e di 1 unità di personale di supporto. Il personale che opera presso le COT è impegnato anche nell'attività dei punti unici di accesso (PUA) e dell'ambulatorio infermieristico al fine di favorire una sinergia tra i servizi.

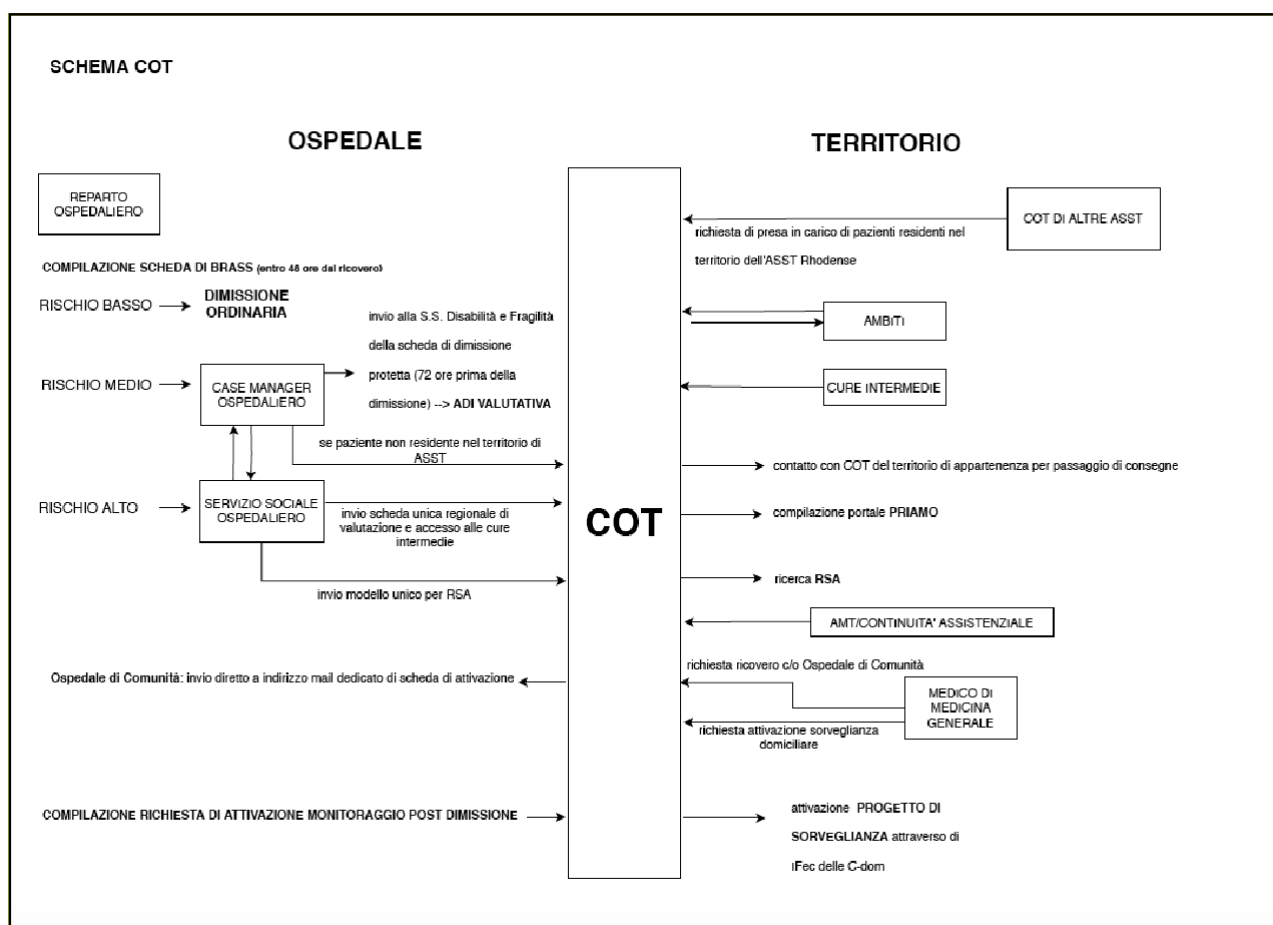
Attualmente il servizio è attivo dalle 8.30 alle 16.00, dal lunedì al sabato a Bollate e Passirana, dal lunedì al venerdì a Corsico, Arese e Garbagnate.

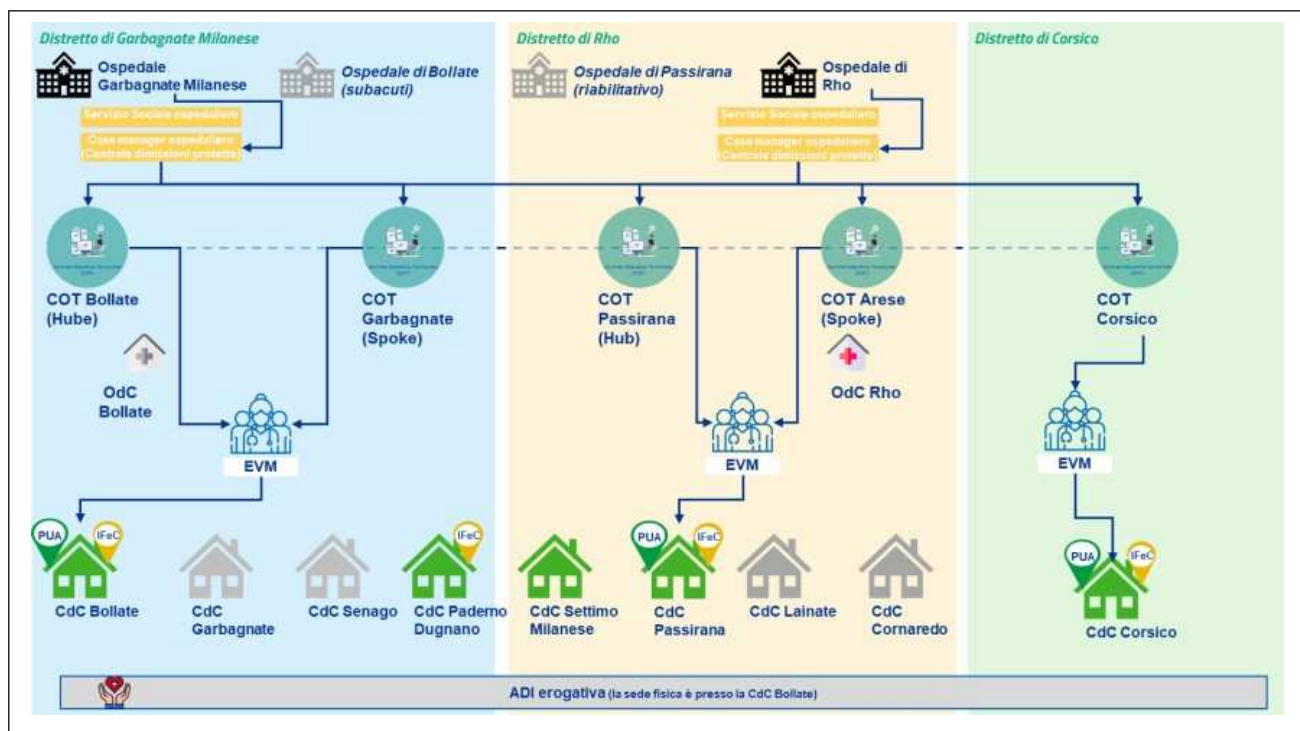
La domenica e i festivi il servizio è garantito dalla COT Hub di Bollate.

Ciascuna COT ha un indirizzo email e un numero di telefono dedicati.

Nei festivi è attivo un servizio di deviazione di chiamata e di inoltro automatico delle mail verso la COT Hub di Bollate. Oppure contattare direttamente i seguenti numeri di telefono 02/99430 5543 – 5395, invariati indirizzi mail per singola COT).

L'obiettivo delle COT è di assicurare la continuità, l'accessibilità e l'integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Pertanto, al fine di coordinare la presa in carico della persona e fungere da raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, le COT gestiscono i percorsi descritti nel seguente schema.





Gli Ospedali di Comunità (OdC) sono strutture sanitarie di ricovero di cure intermedie, destinate a ricoveri brevi per pazienti che hanno bisogno di interventi sanitari a bassa intensità clinica.

Gli ospedali di comunità contribuiscono a fornire cure più appropriate riducendo, ad esempio, gli accessi impropri al pronto soccorso o ad altri servizi sanitari.

L'ospedale di comunità consente anche di facilitare il trasferimento dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti

1. pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
2. pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
3. pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
4. pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto e educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di percorsi, PDTA o protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio. Nelle tabelle seguenti gli indicatori di processo e di esito utilizzati per il monitoraggio delle attività presso l'ospedale di comunità di Passirana di Rho.

	Indicatori di Processo
Tasso ricovero per fasce d'età	Numero di pazienti ricoverati nella fascia under 65
	Numero di pazienti ricoverati nella fascia 65-74 anni
	Numero di pazienti ricoverati ultra 75enne
Invio in PS/U.O. per acuti	Numero di accessi in PS/rientro in reparto per acuti
	Tasso di ricovero in ospedale per acuti durante la degenza in OdC
Durata degenza	Degenza media in in OdC
	Degenza oltre le 6 settimane, N. di outlier
Provenienza pazienti	N. totale pazienti degenti
	N. pazienti inviati da MMG
	N. pazienti inviati da strutture territoriali residenziali
	N. pazienti inviati dalle degenze ospedaliere aziendali
	N. pazienti inviati dalle degenze ospedaliere di altre ASST
	N. pazienti inviati da PS aziendali
	N. pazienti inviati da PS di altre ASST
Liste d'attesa	Giornate di attesa media

Indicatori di Esito
Numero re-ingressi in degenza di comunità per qualsiasi diagnosi a 30 giorni 65-74 anni
Tasso di re-ricovero in degenza di comunità per qualsiasi diagnosi a 30 giorni 65-74 anni
Numero re-ingressi in degenza di comunità per qualsiasi diagnosi a 30 giorni ultra 75enni
Tasso di re-ricovero in degenza di comunità per qualsiasi diagnosi a 30 giorni ultra 75enni
N. dimissioni al domicilio
N. attivazioni monitoraggio post-dimissione
N. chiamate del medico durante la fascia in PD
N. delle cadute in OdC
N. delle lesioni cutanee comparse in OdC
N. di pazienti e caregiver che acquisiscono conoscenze e le capacità di self care
N. di eventi critici, in cui cioè il riconoscimento e la tempestività di azione hanno ridotto il rischio di morte
N. pazienti deceduti in OdC
Tasso di mortalità in OdC
N. pazienti deceduti in OdC entro le 72 ore dall'ingresso
Tasso di mortalità entro le 72 ore dall'ingresso in OdC

Gli OdC, nella loro veste di strutture sanitarie territoriali di ricovero che afferiscono alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale distrettuale, devono costituire un modello alternativo all'ospedale. La loro vocazione, infatti, è più centrata sull'assistenza e sull'umanizzazione delle cure, che vede il paziente come persona inserita nel suo contesto di vita. L'intervento, quindi, deve assumere una portata più completa e tenere conto di tutte le dimensioni esistenziali del paziente, comprese quella sociale e le relazioni del territorio. Fondamentale è l'integrazione degli OdC con gli altri servizi sanitari e sociosanitari del territorio: cure domiciliari, servizi di assistenza specialistica ambulatoriale, servi sociali dei Comuni, valorizzando e garantendo il raccordo con le Centrali Operative Territoriali. Questo comporta che non sia possibile pensare a un unico modello: necessariamente l'OdC sarà diverso se ubicato in una città urbana, dove già esistono servizi che rispondono ai bisogni, o in una zona rurale che presenta carenze. L'OdC potrà, pur nella sua vocazione di interventi a bassa soglia, avere una configurazione diversa. Anche per questo è chiamato Ospedale "di Comunità", a richiamare una struttura di prossimità integrata nella comunità locale, aperta alle associazioni di volontariato, dove il cittadino possa trovare risposte qualificate e capaci di costruire rapporti di fiducia e reciprocità che integrino risposte sanitarie, sociosanitarie e sociali. L'approccio gestionale fondante degli OdC è quindi multidisciplinare, multiprofessionale e interprofessionale, in modo che tutte le competenze e le risorse della comunità possano interagire insieme nella risposta al cittadino. Il flusso dei pazienti che deve prevalere è quello che va dal territorio all' OdC e non – come sta avvenendo adesso – dall'Ospedale all'OdC.

Oltre alla sfida organizzativa, l'OdC richiede quindi un cambio di paradigma culturale: per questo tutti siamo chiamati a confrontarci, a sperimentare modelli d'intervento e verificare la loro efficacia. L'avvio della programmazione territoriale (PTT e PdZ 2025-2027) e l'anno di transizione 2024, come definito dalla Regione, possono rappresentare l'occasione per avere tempo per pensare in modo integrato alla collocazione di questa unità di offerta nella rete dei servizi.

L' Ospedale di Comunità svolge una funzione Intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero.

L'ODC di Passirana è una struttura con 15 posti letto; dal 22 marzo 2023 al 23 agosto 2024: tot 531 pazienti ricoverati - 22 marzo 2023 al 31 dicembre 2023: 159 pazienti – 1 gennaio 2024 al 23 agosto 2024: 139 pazienti. Come da obiettivo è previsto il raddoppio del numero di PL dell'ODC di Passirana e che venga realizzato l'ulteriore ODC di Bollate.

I pazienti provengono prevalentemente dai reparti Ospedalieri della nostra Azienda, mentre ancora in scarsa percentuale i pazienti sono inviati dai MMG e dai reparti di Pronto Soccorso dei nostri Presidi Ospedalieri di Rho e di Garbagnate Milanese.

La maggior parte dei cittadini ricoverati risulta residente nell'ASST Rhodense ed in particolare nei comuni di Garbagnate e Rho.

La capacità programmatoria risulta inevitabilmente condizionata dal fatto che la distrettualizzazione dell'ASST Rhodense sia avvenuta disegnando tre realtà (Garbagnatese, Rhodense, Corsichese) storicamente riconosciute e omogenee al loro interno, ma con sensibilità, tradizioni e esperienze molto differenziate, e all'ASST è richiesto, nel sistema di governance interistituzionale territoriale, di svolgere un ruolo di tendenziale omogeneizzazione. Le capacità operative dei diversi territori, a partire da queste specificità, si differenziano per alcuni aspetti e, in alcuni ambiti di servizio in maniera anche consistente, facendo emergere in ciascuna area, sia interessanti "best practice", sia settori che necessitano di azioni migliorative.

3.2 Aree d'intervento

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

3.2.1. Valutazione multidimensionale (AT1)

Centrale in tema di valutazione è il modello attraverso il quale vengono assicurate le valutazioni, in particolare nella transizione dei setting assistenziali (da Ospedale a Territorio) per il tramite della Centrale Operativa Territoriale (COT) e a garanzia della continuità assistenziale, avvalendosi nella prospettiva in corso di implementazione anche della valutazione del bisogno psicologico della persona e del care-giver per il tramite del Servizio di Psicologia delle cure primarie.

Un punto, questo, di piena coerenza con gli indirizzi ricevuti per i PDZ e fondamentale per l'attuazione anche del LEPS.

Nella nostra organizzazione il Punto Unico di Accesso (PUA) costituisce un servizio che facilita l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari per i cittadini, in particolare per quelli non autosufficienti. Individuando il PUA quale luogo di valutazione e presa in carico integrata di cittadini non autosufficienti, per offrire un'assistenza completa e coordinata, si è avviato un percorso di integrazione dei servizi sociali e socio-sanitari, che permette di ricomporre gli interventi intorno alla persona fragile. Tale obiettivo intervenendo sul sistema di integrazione socio sanitaria dei servizi si propone un orizzonte temporale che va oltre la triennalità del presente documento, a partire da accordi e collaborazioni già sperimentate con gli Ambiti nelle Valutazioni Multidimensionali in equipe, per estenderne progressivamente il modello organizzativo sistematizzandolo anche nei PUA.

Titolo progetto	Criticità o razionale del progetto	Ambito territoriale di realizzazione Garbagnatese	Ambito territoriale di realizzazione Rhodense	Ambito territoriale di realizzazione Corsichese	Contribuisce al raggiungimento obiettivi del Dir. Gen. (DGR XII/2851/2024)
Equipe Valutazione Multidimensionale per persone anziane non autosufficienti	Costruzione di progetti domiciliari individualizzati per la valutazione ed attivazione dei servizi per persone anziane non autosufficienti. Pianificazione di un programma di Formazione per l'utilizzo di strumenti di valutazione appropriati e validati per le diverse aree di bisogno oggetto di valutazione in soggetti anziani o fragili, rivolto agli operatori coinvolti nell'equipe di valutazione.	x	x		

VMD per persone adulte con disabilità intellettiva	Accordo di collaborazione tra ASST e A.S. Consortile Comuni Insieme per la redazione del progetto individuale e del progetto di vita con la precoce costituzione di un'equipe stabile di riferimento che includa la persona con disabilità e la sua famiglia	x			
VMD per minori con disabilità intellettiva: Rete programma P.I.P.P.I.	L'attuazione delle azioni del programma P.I.P.P.I. 10 a livello avanzato rinforza sul territorio la consapevolezza dell'importanza imprescindibile della presa in carico precoce e leggere delle situazioni di bambini e famiglie vulnerabili	x	x	x	

AT1 - Equipe di valutazione multidimensionale per l'integrazione sociosanitaria dedicata ai percorsi per persone anziane non autosufficienti.

La costruzione di un sistema di presa in carico che integri l'attivazione dei servizi di assistenza domiciliare con quelli di sostegno ai bisogni relazionali e contrasto alla vulnerabilità sociale per le presone anziane residenti al domicilio che non rientrano nelle ordinarie reti di assistenza sarà una priorità progettuale nel prossimo triennio, a partire dai Distretti Rhodense e Garbagnatese, dove esistono progettualità già attive, per poi estenderla nel corso del triennio anche al Corsichese.

Criticità o razionale del progetto	Equipe Valutazione Multidimensionale per la costruzione di Progetti Domiciliari Individualizzati per persone anziane non autosufficienti						
		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)	AT1					x	
	AT2						
	AT3						
	AT4					x	
	AT5						
	AT6						
	AT7						

Destinatari specifici dell'intervento (target)	Personae anziane non autosufficienti residenti al domicilio non supportati da sufficienti reti familiari e che non rientrano nelle ordinarie reti di assistenza sociale, o non autosufficienti
Descrizione del servizio / progetto	Costruzione di progetti domiciliari individualizzati tramite quanto definito nell'Accordo di collaborazione tra ASST e Ambiti per la valutazione ed attivazione dei servizi per persone anziane non autosufficienti. Pianificazione di un programma di Formazione per l'utilizzo di strumenti di valutazione appropriati e validati per le diverse aree di bisogno oggetto di valutazione in soggetti anziani o fragili rivolto agli operatori coinvolti nell'equipe di valutazione.
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distretto Garbagnatese, Distretto Rhodense
Attori/Enti coinvolti	ASST Rhodense, A.S. Consortile Comuni Insieme, A.S.P. Sercop, MMG, ETS
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	Direttore Distretto o suo delegato, IFeC
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Si
Anno Avvio / Anno Fine	2025/2027
Indicatore e risultato atteso	n° valutazioni in equipe VMD/n° complessivo di valutazioni > 75% n° Progetti Domiciliari Individualizzati/n° totale accessi al PUA > 10% realizzazione percorso di formazione entro giugno 2025

AT1 – valutazione multidimensionale per persone adulte con disabilità intellettiva

All'interno del cambiamento nella rete dei servizi per la disabilità in relazione al tema dell'autodeterminazione delle persone con disabilità si vuole rinforzare l'integrazione con i servizi della rete, anche attraverso la sottoscrizione di accordi formali che definiscano le modalità di integrazione, già sottoscritto per il distretto Garbagnatese, in corso di revisione per il Corsichese e di sottoscrizione per il Rhodense.

Criticità o razionale del progetto	Equipe Valutazione Multidimensionale per persone con disabilità intellettiva						
		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)	AT1				x		
	AT2						
	AT3						
	AT4						
	AT5						
	AT6						
	AT7						

Destinatari specifici dell'intervento (target)	Persone adulte con disabilità intellettiva
Descrizione del servizio / progetto	Redazione del progetto individuale e del progetto di vita con la precoce costituzione di un'equipe stabile di riferimento che includa la persona con disabilità e la sua famiglia.
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distretto Garbagnatese
Attori/Enti coinvolti	ASST Rhodense, Ambiti
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	Direttore Distretto, un medico psichiatra referente del servizio, un educatore, un assistente sociale del Servizio Disabilità Adulti. DAMA
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Sì
Anno Avvio / Anno Fine	2023/dicembre 2027
Indicatore e risultato atteso	n° Presa in carico entro 45 giorni dal giorno di richiesta > 85 %

AT1 – valutazione multidimensionale per minori con disagio psichico: programma P.I.P.P.I.

L'attuazione delle azioni del programma P.I.P.P.I. a livello avanzato, con il coinvolgimento qualificato dei servizi socioassistenziali e sociosanitari per minori di ASST Rhodense, costituisce una strategia di presa in carico efficace delle situazioni di bambini e famiglie vulnerabili attraverso un intervento precoce. Viene pertanto considerato nodale rinforzare la collaborazione con gli Ambiti territoriali anche finalizzata a favorire lo sviluppo di connessioni con il territorio, con le realtà del terzo settore, e con gli istituti scolastici.

Criticità o razionale del progetto	Aggiornamento del protocollo per la presa in carico precoce di bambini e famiglie vulnerabili attraverso l'Equipe Valutazione Multidimensionale per minori con disagio psichico						
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)	Minori con disagio psichico appartenenti a nuclei familiari fragili						

Descrizione del servizio / progetto	definizione di un progetto di intervento a sostegno e tutela dei bambini con disagio psichico e delle famiglie, in attuazione delle azioni del programma P.I.P.P.I. 10
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Territorio di ASST Rhodense
Attori/Enti coinvolti	ASST Rhodense, A.S. Consortile Comuni Insieme, A.S. SERCOP, Ambito Sociale territoriale del Corsichese.
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	Operatore del Consultorio, un referente UONPIA
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Sì
Anno Avvio / Anno Fine	2021/prosegue evolvendosi in un progetto integrato
Indicatore e risultato atteso	- realizzazione incontri per aggiornamento del protocollo - partecipazione di operatori dei Comuni, di ATS e degli ETS al percorso di formazione - presenza di nuclei segnalati da ASST per presa in carico PIPPI

3.2.2 Continuità dell'assistenza nei setting assistenziali (AT2)

L'attuazione delle azioni finalizzate a garantire la continuità dell'assistenza nel passaggio tra i vari setting di cura rientra trasversalmente in numerose progettualità inserite nelle diverse aree del PPT. Nello specifico vengono di seguito presentati i progetti focalizzati sulle dimissioni dai setting per acuti e per l'inclusione sociale. E' stato avviato il percorso di revisione del protocollo che permette di definire la pianificazione delle dimissioni dai reparti ospedalieri integrando l'esito della valutazione multidimensionale effettuata dall'equipe di reparto con l'attivazione dei percorsi effettuata dalla COT, che nella nostra organizzazione svolge una funzione di supporto in back office al coordinamento della presa in carico del Paziente fragile, nonché di raccordo tra i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali.

Titolo progetto	Criticità o razionale del progetto	Ambito territoriale di realizzazione Garbagnatese	Ambito territoriale di realizzazione Rhodense	Ambito territoriale di realizzazione Corsichese	Contribuisce al raggiungimento obiettivi del Dir. Gen. (DGR XII/2851/2024)

Procedura dimissioni ospedaliere	Pianificazione della Dimissione dalle UDO ospedaliere verso domicilio con attivazione C-Dom, Cure intermedie, OdC, RSA o RSD/CSS, CDI/CDD.	x	x	x	
Monitoraggio post dimissione ospedaliera	Pianificazione della Dimissione dalle UDO ospedaliere verso domicilio con Monitoraggio domiciliare post dimissione	x	x	x	
Protocollo interistituzionale per l'inclusione sociale	Definizione di un modello omogeneo per tutto il territorio che nei casi complessi definisca, in seguito all'analisi preliminare, l'attivazione delle equipe multidisciplinari o dei servizi specialistici territoriali e dei conseguenti relativi percorsi	x	x	x	

AT2 - Procedura per la pianificazione della dimissione ospedaliera

E' stato avviato il percorso di revisione del protocollo che permette di definire la pianificazione delle dimissioni dai reparti ospedalieri integrando l'esito della valutazione multidimensionale effettuata dall'equipe di reparto con l'attivazione dei percorsi effettuata dalla COT, che nella nostra organizzazione svolge una funzione di supporto in back office al coordinamento della presa in carico del Paziente fragile, nonché di raccordo tra i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, con il coinvolgimento dei MMG nell'integrazione tra i vari percorsi e con l'inserimento dei diversi servizi delle cure domiciliari.

Criticità o rationale del progetto	Pianificazione della Dimissione dalle UDO ospedaliere con attivazione C-Dom, Cure intermedie, OdC, RSA o RSD/CSS, CDI/CDD.						
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 ricoverati in reparti ospedalieri, a rischio di dimissione difficile.
Descrizione del servizio / progetto	Dimissione da un reparto di degenza ospedaliera di un Paziente che ha problemi sanitari o sociosanitari per i quali è necessario effettuare una valutazione multidisciplinare e organizzarne la dimissione protetta definendo gli interventi terapeutico-assistenziali finalizzati a garantire la continuità delle cure
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Territorio di ASST Rhodense
Attori/Enti coinvolti	ASST Rhodense, Assistente Sociale del Comune di residenza
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	Coordinatore del Reparto, Medico del Reparto, Case-manager ospedaliero, operatori COT, equipe territoriale della SS Disabilità e Fragilità
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Sì
Anno Avvio / Anno Fine	in corso di revisione/2027
Indicatore e risultato atteso	Aggiornamento della procedura entro primo semestre 2025 applicazione della procedura ai Pazienti in dimissione > 90%

AT2 - Monitoraggio post dimissione ospedaliera

Ad integrazione dell'attuale procedura per la pianificazione delle dimissioni ospedaliere, viene rivisto il progetto con l'estensione al monitoraggio domiciliare per i pazienti rientrati al domicilio da un ricovero ospedaliero.

Criticità o razionale del progetto	Pianificazione della Dimissione dalle UDO ospedaliere verso domicilio con Monitoraggio post dimissione						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2					x	
	AT3						
	AT4						
	AT5						
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Pazienti dimessi al domicilio dopo periodo di ricovero in reparti ospedalieri in condizione di vulnerabilità e instabilità clinica con compromissione dell'autonomia funzionale						

Descrizione del servizio / progetto	Finalizzata ad assicurare un'appropriata presa in carico domiciliare a garanzia della continuità delle cure e dell'assistenza Coinvolgimento attivo del Paziente e del familiare/caregiver, con formazione ed addestramento per la promozione dell'autocura,
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Territorio di ASST Rhodense
Attori/Enti coinvolti	ASST Rhodense, caregiver, MMG
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	Medici dei reparti di degenza, personale COT, IFeC
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Si
Anno Avvio / Anno Fine	Progetto preesistente in corso di revisione/2027
Indicatore e risultato atteso	N° Pazienti presi in carico/n° dimissioni Pz cronici > 5% N° casi condivisi con MMG/ n° tot > 75% N° caregiver formati/ n° tot caregiver richiedenti > 75%

AT2 - Protocollo interistituzionale per l'inclusione sociale

Molti dei casi seguiti dai servizi sociali in relazione a una condizione di marginalità sociale o svantaggio socio-economico, in particolare percettori di Assegno di Inclusione, sono caratterizzati da problematiche di disagio psichico o di natura psichiatrica. Gli Ambito Sociale Territoriale hanno sottoscritto un protocollo operativo con ASST Rhodense per le prese in carico ai fini del Reddito di Cittadinanza (oggi Assegno di Inclusione) che coinvolgono i servizi specialistici; tale è stato anche parzialmente sperimentato in virtù di un progetto premiale finanziato dalla DGR 4563 del 19 aprile 2021.

Nell'ambito territoriale del corsichese il protocollo risulta di difficile attuazione per i cittadini di AdI per i quali è necessaria una presa in carico congiunta con il CPS, in quanto il CPS di Corsico afferisce alla ASST Santi Paolo e Carlo. In occasione della revisione del protocollo, verrà quindi avviata l'istituzione di due tavoli di lavoro partecipati dall'ASST Rhodense, dall'ASST Santi Paolo e Carlo e dall'Ambito Territoriale Sociale del Corsichese. Il progetto richiederà la costituzione di un gruppo di lavoro dedicato alle prese in carico di beneficiari di Assegno di Inclusione e misure analoghe di contrasto alla povertà per le quali risulta necessaria l'attivazione e il coinvolgimento dei servizi specialistici e mira alla definizione di un protocollo di collaborazione a partire dal protocollo già in essere tra l'ASST Rhodense e gli Ambiti di Garbagnate e Rho.

Criticità o razionale del progetto	Definizione di un modello omogeneo per tutto il territorio che nei casi complessi definisca, in seguito all'analisi preliminare, l'attivazione delle equipe multidisciplinari o dei servizi specialistici territoriali e dei conseguenti relativi percorsi.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						x
	AT3						
	AT4			x		x	x
	AT5						
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Cittadini beneficiari di Reddito di cittadinanza che siano già in carico ai servizi socio-sanitari o che presentino problemi di salute						
Descrizione del servizio / progetto	Per i beneficiari di Reddito di cittadinanza che siano già in carico ai servizi socio-sanitari o che presentino problemi di salute viene costruito un Modello omogeneo di presa in carico integrata per tutto il territorio di ASST rhodense.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Territorio di ASST Rhodense						
Attori/Enti coinvolti	Ambiti, CPS/UONPIA, consultori						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	Personale Consultori, CPS, UONPIA						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Sì						
Anno Avvio / Anno Fine	2025/2027						
Indicatore e risultato atteso	Entro 2026: Revisione del protocollo avvio del GdL per la revisione del protocollo (primo semestre 2025) Sottoscrizione del protocollo di presa in carico sociale e sociosanitaria per i beneficiari di Assegno di Inclusione (o di misure analoghe a contrasto della povertà) residenti nei sei comuni del distretto del Corsichese anche da parte dei servizi specialistici dell'ASST Santi Paolo e Carlo. Semplificazione del coinvolgimento degli operatori del CPS per le prese in carico da parte dei servizi specialistici di beneficiari di misure socio-assistenziale di contrasto alla povertà.						

3.2.3 Cure domiciliari (AT3)

Titolo progetto	Criticità o razionale del progetto	Ambito territoriale di realizzazione Garbagnatese	Ambito territoriale di realizzazione Rhodense	Ambito territoriale di realizzazione Corsichese	Contribuisce al raggiungimento obiettivi del Dir. Gen. (DGR XII/2851/2024)
Progetto di Organizzazione Cure Domiciliari: percorso di cura	Garantire alle persone in condizioni di fragilità prestazioni sociosanitarie integrate al domicilio	x	x	x	
Procedura di attivazione delle C-Dom per Pazienti in dimissione dal Pronto Soccorso	dimissione rapida e protetta da PS di pazienti in condizioni di stabilità clinica che necessitano di monitoraggio e prestazioni erogabili in regime di Cure domiciliari	x	x	x	
Ricomposizione dei servizi nel sostegno alla domiciliarità della persona anziana	attuare interventi multiprofessionali anche con il coinvolgimento di figure di prossimità, in rete con tutti i servizi socio sanitari e gli attori sociali del territorio per l'utenza portatrice di bisogni sanitari e sociali inscindibilmente legati tra loro		x		
Sostegno alla domiciliarità della persona anziana	Sviluppo di aree di innovazione all'interno del sistema di interventi di assistenza al domicilio, a partire dall'integrazione tra servizi socioassistenziali e sociosanitari sarà finalizzato a favorire la permanenza al domicilio della persona anziana non autosufficiente.	x			

Ai fini dell'attuazione della DGR XII/430 del 12/06/2023 recante "PNRR piano nazionale di ripresa e resilienza – missione 6 salute componente 1 - investimento 1.2: casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – assistenza domiciliare", la declinazione programmatica delle risorse di PNRR sulle diverse azioni ha tenuto conto, entro il nuovo quadro regolatorio espresso dal DM 77/2022 e dal relativo sistema di classificazione del bisogno di salute previsto al paragrafo 3) del DM, dell'esigenza di coniugare l'avvio e l'implementazione della presa in carico in cure domiciliari degli over 65 anni nella logica della prevenzione proattiva nell'ambito della cronicità legata al livello 3) della classificazione del bisogno del DM con il rafforzamento del numero, della durata e dell'intensità delle C-DOM, compresa quella erogata in regime di RSA Aperta, legata ai livelli 4) e 5) della classificazione del bisogno nonché di quella del livello VI) relativa alle cure palliative domiciliari, CP-DOM.

AT3 – Progetto di Organizzazione Cure Domiciliari: percorso di cura

All'interno della progettualità del prossimo triennio risulta essenziale sviluppare i servizi delle cure domiciliari nell'ambito del più generale processo di potenziamento della sanità territoriale. Nello specifico è stato avviato il Gruppo di Lavoro per l'organizzazione del progetto di dimissione precoce dai reparti ospedalieri e da PS attraverso revisione della procedura di Dimissioni protette e la ridefinizione di ruoli e funzioni del case-manager di dimissione ospedaliera; viene inoltre effettuata costante sensibilizzazione dei MMG alla segnalazione e presa in carico del paziente domiciliare anche attraverso gli incontri programmati dalle Direzioni di Distretto con le rispettive AFT; verrà infine attivato un monitoraggio da parte dell'équipe EVM di ASST dell'attività domiciliare e delle criticità emergenti attraverso periodiche riunioni.

Criticità o rationale del progetto	Garantire alle persone in condizioni di fragilità prestazioni socio-sanitarie integrate al domicilio.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3				x	x	
	AT4						
	AT5						
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Persone residenti nel territorio di ASST Rhodense in situazione di fragilità						
Descrizione del servizio / progetto	Valutazione multidimensionale e attivazione del servizio C-Dom in raccordo con COT e MMG/PLS						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Territorio di ASST Rhodense						
Attori/Enti coinvolti	ASST Rhodense, enti erogatori cure Domiciliari, MMG, PLS						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	Medici, infermieri, personale amministrativo						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No						
Anno Avvio / Anno Fine	Luglio 2024/2027						
Indicatore e risultato atteso	n° MMG che prescrivono C-Dom nel 2025 > del n° 2024 attivazione Ente Gestore entro 72h in > 90% richieste n° accessi in PS di pz ADI < a quello del 2024						

AT3 - Procedura di attivazione delle C-Dom per Pazienti in dimissione dal Pronto Soccorso

E' in corso di definizione il progetto dimissione rapida e protetta dai PS della ASST Rhodense di pazienti in condizioni di stabilità clinica che necessitano di monitoraggio infermieristico e prestazioni infermieristico-assistenziali e riabilitative erogabili in regime di Cure domiciliari.

Criticità o razionale del progetto	Dimissione <i>rapida e protetta</i> da PS/OBI di pazienti in condizioni di stabilità clinica che necessitano di monitoraggio infermieristico e prestazioni infermieristico-assistenziali e riabilitative erogabili in regime di Cure domiciliari						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3					x	
	AT4					x	
	AT5						
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Tutti pazienti residenti nel territorio di ASST Rhodense afferenti a PS aziendali per: -posizionamento CV in RAU -insufficienza renale acuta pre-renale (anche su IRC) -presenza LDD già presenti all'ingresso -fratture non determinanti ricovero ospedaliero né riabilitativo						
Descrizione del servizio / progetto	attivazione da parte del medico PS, in collaborazione con il Bed Manager, di Case Manager (CM) che opererà con funzioni di EVM, facendo firmare il modulo di consenso compilando con pz/caregiver scheda di triage, apertura pratica anagrafica SGDT e contestuale fornitura elenco gestori. Il medico di PS compilerà la richiesta di attivazione ADI. E' previsto il coinvolgimento della figura dell'assistente sociale						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distretti di ASST Rhodense						
Attori/Enti coinvolti	ASST Rhodense, enti gestori Cure Domiciliari						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	Personale medico e infermieristico di PS, operatori COT, Bed Manager, Case Manager						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No						
Anno Avvio / Anno Fine	2025/2027						
Indicatore e risultato atteso	N° casi attivati/n° casi segnalati > 75%						

AT3 - Ricomposizione dei servizi nel Sostegno alla domiciliarità della persona anziana

Attraverso il sistema articolato di servizi a sostegno del caregiver e il contrasto dell'isolamento delle persone anziane, in una visione di unitarietà della persona, si vuole favorire il mantenimento al domicilio della persona anziana non autosufficiente mediante la costruzione di un'infrastruttura che definisca una progettazione personalizzata con riferimento a tutta la rete dei servizi domiciliari.

Criticità o rationale del progetto	Ricomposizione dei servizi nel Sostegno alla domiciliarità della persona anziana						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3				x	x	
	AT4						
	AT5						
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Persone anziane residenti al domicilio parzialmente autosufficienti assistite da caregiver						
Descrizione del servizio / progetto	Costruzione di un sistema di aiuto intorno agli anziani al domicilio che integri servizi differenti della rete socioassistenziale						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distretto Rhodense						
Attori/Enti coinvolti	ASST Rhodense, A.S. SERCOP, ETS, MMG						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	IFeC						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Si per Distretto Rhodense						
Anno Avvio / Anno Fine	2023/2027						
Indicatore e risultato atteso	n° incrementale (10% per anno) di persone prese in carico n. valutazioni integrate ASST/Ambito n. Progetti assistenziali stipulati/n° totale segnalazioni n° incrementale (10% per anno) di persone prese in carico						

AT3 - Sostegno alla domiciliarità della persona anziana

Lo sviluppo di aree di innovazione all'interno del sistema di interventi di assistenza al domicilio, a partire dall'integrazione tra servizi socioassistenziali e sociosanitari sarà finalizzato a favorire la permanenza al domicilio della persona anziana non autosufficiente.

Criticità o rationale del progetto	Favorire il mantenimento al domicilio dell'anziano non autosufficiente						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3				x	x	
	AT4						
	AT5						
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Persone anziane residenti al domicilio parzialmente autosufficienti assistite da care-giver, residenti nel garbagnatese						
Descrizione del servizio / progetto	Coordinamento dell'orientamento e attivazione delle misure di assistenza nei PUA, inserendo anche interventi a sostegno del caregiver						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distretto Garbagnatese						
Attori/Enti coinvolti	Ambiti, ASST, ETS, MMG						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	IFeC						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Si						
Anno Avvio / Anno Fine	2024/2027						
Indicatore e risultato atteso	n. valutazioni integrate ASST/Ambito n. Progetti assistenziali stipulati/n° totale segnalazioni n° incrementale (10% per anno) di persone prese in carico n° caregiver supportati/n° utenti presi in carico > 75%						

3.2.4 Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie (AT4)

Titolo progetto	Criticità o razionale del progetto	Ambito territoriale di realizzazione Garbagnatese	Ambito territoriale di realizzazione Rhodense	Ambito territoriale di realizzazione Corsichese	Contribuisce al raggiungimento obiettivi del Dir. Gen. (DGR XII/2851/2024)
Progetto Sorveglianza Domiciliare	Gestione proattiva delle persone anziane con malattie croniche non in carico ai servizi domiciliari attraverso Sorveglianza Domiciliare	x	x	x	
Progetto di integrazione tra MMG, Specialisti e Ambiti	Sviluppare reti che integrino e coordinino le attività sanitarie e socio-assistenziali, in particolare all'interno delle CDC, in supporto ai pazienti fragili o cronici per superare la frammentazione del sistema di risposta ai bisogni sanitari e socioassistenziali dei cittadini	x	x	x	

Nella nostra organizzazione il Punto Unico di Accesso (PUA) costituisce un servizio che facilita l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari per i cittadini. Individuando il PUA quale luogo di valutazione e presa in carico integrata di cittadini non autosufficienti, per offrire un'assistenza completa e coordinata, si è avviato un percorso di integrazione dei servizi sociali e socio-sanitari, che permette di ricomporre gli interventi intorno alla persona fragile. Tale obiettivo intervenendo sul sistema di integrazione socio sanitaria dei servizi si propone un orizzonte temporale che va oltre la triennalità del presente documento, a partire da accordi e collaborazioni già sperimentate con gli Ambiti nelle Valutazioni Multidimensionali in equipe, per estenderne progressivamente il modello organizzativo sistematizzandolo anche nei PUA.

Rispetto all'ambito delle cure primarie, ci si propone inoltre di promuovere e favorire occasioni di confronto e gruppi di lavoro dei MMG/PLS, non necessariamente nella configurazione di gruppi mono-professionali ma soprattutto favorendo gruppi multi-specialistici (MMG e specialisti ambulatoriali); nel corso del 2025 verrà definito tale percorso di integrazione, descrivendone il modello organizzativo ed eventuali risultati attesi.

AT4 - Progetto Sorveglianza Domiciliare

Nell'ambito dell'implementazione dei percorsi di sanità d'iniziativa, specifico percorso di collaborazione tre Case di Comunità – IfeC e MMG, operanti anche attraverso il loro personale di studio; lo scopo è la gestione pro-attiva delle persone anziane con malattie croniche non in carico ai servizi domiciliari che, a causa delle loro condizioni cliniche/logistiche, hanno difficoltà a raggiungere l'ambulatorio, attraverso attività di educazione sanitaria che partano dalla specifica situazione dell'utente, e che possono essere rivolte anche al caregiver.

Criticità o razionale del progetto	Gestione proattiva delle persone anziane con malattie croniche non in carico ai servizi domiciliari attraverso Sorveglianza Domiciliare						
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)	Persone anziane < 65aa con patologia cronica stabilizzata non in carico ai servizi domiciliari, a bassa complessità assistenziale, con difficoltà a raggiungere l'ambulatorio						
Descrizione del servizio / progetto	Percorso attivabile da MMG o da IfeC per assistiti del territorio di ASST Rhodense, con patologia cronica stabilizzata, in difficoltà a raggiungere l'ambulatorio, senza necessità di ADI, per garantire sorveglianza domiciliare a cadenza mensile, con valutazione dei dati sociali, educazione sanitaria e aderenza alla terapia, parametri vitali						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Territorio di ASST Rhodense						
Attori/Enti coinvolti	IfeC MMG, personale di studio MMG.						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (presenti in organico)	IfeC						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	no						
Anno Avvio / Anno Fine	2023/prosegue						
Indicatore e risultato atteso	n° utenti arruolati/n° utenti segnalati > 75% n° monitoraggi da remoto/ n° utenti arruolati > 75% n° MMG contattati che aderiscono/n° MMG AFT >75%						

AT4 - Progetto di integrazione tra MMG, Specialisti e Ambiti

L'integrazione tra cure primarie, cure specialistici e ambiti territoriali verrà strutturata a partire dalle esperienze già attive in sperimentazioni e collaborazioni con gli Ambiti, in contesti che vedono già interventi integrati. Il progetto di seguito rappresentato ha l'obiettivo di sistematizzare tali collaborazioni.

Criticità o razionale del progetto	Frammentazione del sistema di risposta ai bisogni sanitari e socioassistenziali dei cittadini.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3						
	AT4				x	x	
	AT5						
	AT6						
	AT7	x				x	
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Cittadini del territorio di ASST.						
Descrizione del servizio / progetto	Sviluppare reti che integrino e coordinino le attività sanitarie e socio-assistenziali, in particolare all'interno delle Case di Comunità, in supporto ai pazienti fragili o cronici attraverso una ricomposizione dei bisogni e degli interventi.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distretti di ASST Rhodense						
Attori/Enti coinvolti	ASST, MMG, personale PUA						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (presenti in organico)	IFeC, MMG, Specialisti, personale COT, personale PUA						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	no						
Anno Avvio / Anno Fine	2025/2027						
Indicatore e risultato atteso	Costituzione del GdL e avvio degli incontri entro secondo semestre 2025 Definizione, sottoscrizione e sperimentazione del protocollo: entro 2026 Implementazione: entro 2027						

3.2.5 Prevenzione e promozione della salute (AT5)

Nell'ambito della programmazione dell'area della Prevenzione e della Promozione della salute la ASST Rhodense ha da tempo attivato percorsi di Prevenzione primaria, secondaria e terziaria al fine di garantire e promuovere la tutela della salute, adottando approcci e strategie di promozione della salute, con l'obiettivo di assicurare la prevenzione delle malattie croniche degenerative, delle patologie tumorali e di garantire i LEA mediante attività integrate di prevenzione dei fattori di rischio comportamentali, quali tabagismo, dipendenze, sedentarietà, scorretta alimentazione, comportamenti sessuali a rischio, con l'obiettivo di accrescere il livello di health literacy e di empowerment dei singoli cittadini e delle comunità locali del territorio afferente alla ASST Rhodense.

Promuovere la cultura della salute e dei corretti stili di vita è un progetto sfidante che mira a far prendere coscienza all'individuo delle proprie scelte, aiutandolo a far sì che salute e il benessere diventino veri e propri stili di vita. La salute è uno stile di vita che deve essere promosso sin dall'età più precoce e perseguito e potenziato durante tutto il percorso dell'esistenza. Le attuali conoscenze scientifiche hanno dimostrato che l'incidenza di molte patologie è legata all'adozione di stili di vita sani. Il principio ispiratore che guida l'azione per la promozione dei corretti stili di vita, prevede che l'Educazione alla Salute, sia intesa come strumento fondamentale di Prevenzione Primaria della patologia cronica degenerativa rivolta a diversi agli individui di tutte le età. Infatti, la prevenzione non ha età e rappresenta un tassello fondamentale per la salute, sia quando si è giovani sia con l'avanzare del tempo. In particolare, dopo i 65 anni, mantenere uno stile di vita sano – in primo luogo facendo attività fisica, seguendo una corretta alimentazione e smettendo di fumare – è un fattore fondamentale per contribuire al proprio benessere e vivere la Terza Età nel migliore dei modi, sfruttando tutte le possibilità che questa fase della vita sa regalare. Oltre ai comportamenti citati, la prevenzione comprende anche il monitoraggio delle proprie condizioni fisiche con esami periodici che permettono di scoprire e di trattare tempestivamente eventuali problematiche, incluse patologie legate alla vista, all'udito e alla masticazione, disturbi che, se non curati, possono portare ulteriori complicazioni nell'anziano. La prevenzione è imprescindibile sia per chi sta bene sia per chi presenta malattie e fragilità. Nel primo caso l'obiettivo sarà soprattutto evitare lo sviluppo di disturbi; per alcune problematiche, infatti, esistono mezzi preventivi efficaci. Nei confronti di chi presenta delle patologie croniche, invece, l'obiettivo sarà soprattutto quello di evitare l'aggravarsi della condizione e l'insorgere di possibili complicanze. Tematiche di rilevante importanza, sottolineate anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che ha proclamato il periodo 2020-2030 come il "Decennio dell'invecchiamento in buona salute", ritenendo prioritario, a fronte di una popolazione mondiale che sta invecchiando sempre di più, mettere in campo azioni che migliorino la vita delle persone anziane, delle loro famiglie e delle comunità in cui vivono. La prevenzione dopo i 65 anni consiste soprattutto nell'adottare

uno stile di vita corretto, quindi fare un regolare movimento (compatibilmente con le proprie condizioni fisiche), seguire una sana alimentazione, smettere di fumare e limitare il consumo di alcol. Tra le buone pratiche da seguire, inoltre, rientrano gli esami e le visite periodiche, le vaccinazioni, gli interventi per evitare le cadute e il contrasto dell'isolamento sociale a cui, in età avanzata, spesso si tende ad andare incontro e che, secondo i dati di Passi d'Argento, riguarda 2 over 65enni su 10. Gli stili di vita scorretti costituiscono un fattore di rischio di mortalità. Per questa ragione è fondamentale contrastarli attraverso interventi preventivi e correttivi. Infatti in una moderna concezione di salute la sua promozione e la prevenzione devono essere principalmente incentrate sui fattori di rischio comportamentali modificabili attraverso corretti stili di vita.

Le attività di prevenzione devono poter crescere in un contesto distrettuale dove il Direttore di Distretto diventa il primo promotore e gestore dell'offerta di prevenzione e garantisce una capacità di lettura epidemiologica del contesto territoriale aiutando i diversi erogatori delle singole offerte di prevenzione a migliorare l'appropriatezza, l'impatto, l'efficacia e la sostenibilità della propria offerta.

La progettualità derivante dalle Regole regionali previste dalla DGR XII /1827 del 31/01/2024 e da successive indicazioni concertate con ATS Milano sull'implementazione delle sedi dei luoghi di lavoro del Polo Territoriale dell'ASST Rhodense ha previsto che alla data del 31 luglio 2024 sono state iscritte le sedi distrettuali di Garbagnate, Rho, Corsico e la RSA Pertini. Allo scopo i Responsabili Aziendali WHP, hanno proposto alla Direzione Strategica il nuovo assetto che prevedeva la creazione di un GDL Interdistrettuale in capo alla DSS e l'iscrizione nel portale WHP dei distretti afferenti alla ASST Rhodense (Garbagnate, Rho, Corsico) e la RSA Pertini. E' stato pertanto convocato formalmente il GDL Interdistrettuale per i prossimi passaggi legati all'inserimento della documentazione inerente la Pianificazione delle attività della singola sede coinvolta. Si riconferma, per l'annualità 2025, il mantenimento del GdM Cabina di regia WHP con la finalità di governare le attività specifiche, concertandole tra ospedale e territorio. A partire dall'anno 2025 si lavorerà sulle aree tematiche WHP che emergeranno come da potenziare con le azioni di miglioramento per singola sede in modo da allineare le attività tra ospedale e territorio.

Titolo progetto	Criticità o razionale del progetto	Ambito territoriale di realizzazione Garbagnatese	Ambito territoriale di realizzazione Rhodense	Ambito territoriale di realizzazione Corsichese	Contribuisce al raggiungimento obiettivi del Dir. Gen. (DGR XII/2851/2024)
La Promozione dell'attività fisica nell'anziano	Definizione di un modello di rete che garantisca interventi integrati e innovativi a favore dell'invecchiamento attivo	x	x	x	sì

WHP: Aziende che promuovono la salute	promuovere i cambiamenti organizzativi nei luoghi di lavoro al fine di renderli ambienti favorevoli al benessere del lavoratore ed alla adozione consapevole di stili di vita salutari per la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche e degenerative	x	x	x	sì
Progetto Movimento è salute	potenziare la competenza dei partecipanti sulla fondatezza della filosofia del WHP e finalizzare le attività di movimento al benessere personale	x	x	x	sì
Piano Locale GAP	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	x	x	x	sì
programma EDUCAPARI	Ad integrazione del Modello della Scuola che promuove salute vien proposto il programma di peer education EDUCAPARI	x	x	x	
Promozione dell'attività fisica e movimento (Laboratorio Attività Fisica e movimento di ASST, Gruppi di Cammino, Pedibus)	Costituzione di laboratori locali permanenti per la promozione di attività fisica e movimento permette la promozione di un lavoro intersettoriale per concretizzare i programmi e le linee di attività previste in tema di movimento ed attività fisica (pedibus, gruppi di cammino, AFA/EFA ecc.)	x	x	x	sì
Vaccinazioni	I vaccini difendono da malattie infettive pericolose per la salute. Raggiungere prioritariamente la	x	x	x	sì

	copertura antinfluenzale e covid nel target > 60 anni, nei soggetti cronici, negli operatori sanitari e offrire le altre vaccinazioni per i soggetti a rischio. Pianificare l'offerta vaccinale HPV nella coorte dei/delle dodicenni/e attraverso una condivisione con le AFT PLS				
Programmi di screening oncologici organizzati	Favorire l'informazione e la sensibilizzazione della popolazione target specifica di ogni programma di screening oncologico al fine di aumentare l'adesione agli stessi	x	x	x	sì
Sensibilizzazione alla presa in carico di vittime adulte della violenza di genere	Istituzione di un tavolo di lavoro partecipato dall'ASST Rhodense, dall'Ambito Territoriale Sociale del Corsichese e del CAV HARA, centro antiviolenza di riferimento dell'ASST e dell'ambito territoriale di pertinenza per favorire l'accesso ai percorsi dedicati alle vittime di violenza di genere	x	x	x	
primi 1000 giorni	I primi 1000 giorni di vita rappresentano un importante determinante per la prevenzione e lo sviluppo del bambino. L'investimento sul periodo che intercorre tra il concepimento e i primi due anni di vita del bambino al fine di ridurre la povertà educativa, di rinforzare le competenze genitoriali e favorire l'uscita dall'isolamento dei minori e delle famiglie, costituisce la base della salute	x	x	x	

	psicofisica producendo benefiche ricadute in termini di salute nell'arco della sua vita.				
--	--	--	--	--	--

AT5 - Invecchiamento Attivo: La Promozione dell'attività fisica nell'anziano

Criticità o razionale del progetto	Il Piano per l'invecchiamento Attivo, a partire dalla DGR 2168/2024, ha l'obiettivo di definire un modello di rete stabile che garantisca interventi integrati e innovativi a favore dell'invecchiamento attivo, basati su progetti che promuovano l'autonomia, l'invecchiamento attivo e le relazioni sociali della popolazione anziana Punto centrale del piano, trasversale a tutte le aree sopraindicate, è la caratterizzazione trans-generazionale, che è volta alla creazione di un vero e proprio "patto intergenerazionale", che permetta lo scambio di conoscenze tra i cittadini, creando di fatto da un lato delle figure di mentoring per le nuove generazioni, e dall'altro un supporto per colmare il <i>digital divide</i>.						
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)	Cittadinanza con particolare riferimento a soggetti anziani residenti al proprio domicilio e loro familiari						
Descrizione del servizio / progetto	Per sostenere e promuovere l'abitudine ad uno stile di vita attivo e sano, il dipartimento di prevenzione della ASST Rhodense ha attivato alcuni momenti di confronto con la popolazione e la cittadinanza mettendo in campo i propri Professionisti sanitari al servizio della salute: medici, infermieri di famiglia e di comunità (professionisti sanitari che svolgono il loro ruolo in maniera attiva e proattiva per favorire la promozione e il mantenimento della salute della persona attraverso interventi di prevenzione), dietisti (professionisti sanitari competenti per tutte le attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione e della nutrizione, compresi gli aspetti educativi e di prevenzione), fisioterapisti (professionisti sanitari competenti per tutte le attività finalizzate al trattamento e alla prevenzione delle patologie legate agli aspetti muscolo-scheletrici e neurologici della persona). Gli incontri si sono svolti all'interno delle strutture ospedaliere della ASST Rhodense e in futuro si prevede di svolgerli sia nelle RSA sia nei comuni e negli enti locali al fine di favorire la massima partecipazione e la prossimità.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Comuni del territorio di ASST Rhodense						

Attori/Enti coinvolti	ASST Rhodense, ATS, Ambiti Territoriali Sociali
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	Direttore Dipartimento Prevenzione, responsabile Area Riabilitazione o suo delegato, Dirigente Comparto Area Territoriale
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Sì
Anno Avvio / Anno Fine	2024/2027
Indicatore e risultato atteso	n° partecipanti stratificati per sesso e genere > 10% n° anno precedente Elaborazione dati customer satisfaction

AT5 – WHP: Aziende che promuovono la salute

Criticità o razionale del progetto	L'adesione di ASST RHODENDE al programma regionale "Aziende che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia", ha lo scopo prioritario di promuovere i cambiamenti organizzativi nei luoghi di lavoro al fine di renderli ambienti favorevoli al benessere del lavoratore ed alla adozione consapevole di stili di vita salutari per la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche e degenerative.						
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)	Tutti i dipendenti e utenti di ASST Rhodense						
Descrizione del servizio / progetto	Pertanto L'ASST Rhodense si impegna: - ad offrire ai propri lavoratori opportunità per migliorare la propria salute, riducendo i fattori di rischio generali e in particolare quelli maggiormente implicati nella genesi delle malattie croniche e neoplastiche; - a mettere in atto azioni efficaci e sostenibili finalizzate a migliorare le abitudini alimentari, sostenere uno stile di vita attivo e contrastare forme di dipendenza patologica da sostanze e da comportamenti (tabacco, alcool), in associazione ad interventi raccomandati per il benessere aziendale, la conciliazione casa - lavoro e lo sviluppo sostenibile. Pratiche trasversali a tutte le altre aree: - o Aggiornamento del sito intranet e internet aziendale WHP; - o Co-progettazione e diffusione, in collaborazione con l'ufficio comunicazione, di locandine/poster appositi, ecc. sulle tematiche del WHP tramite i canali di comunicazione aziendale. Obiettivo precipuo sarà quello di diffondere le pratiche positive messe in campo mediante						

	informazione diretta alle aziende afferenti al territorio.
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Territorio di ASST Rhodense
Attori/Enti coinvolti	ASST Rhodense, Uffici di Piano
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	Direttore Dipartimento Prevenzione, Ufficio Comunicazione
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Sì
Anno Avvio / Anno Fine	2024/2027
Indicatore e risultato atteso	N° persone partecipanti agli incontri >anno precedente N° aziende aderente/n° aziende contattate > 75%

AT5 – Progetto Movimento è salute

Criticità o razionale del progetto	Il Progetto Movimento è salute, trae spunto dall'Articolo 33 della Costituzione Italiana che recita: "La Repubblica riconosce il valore educativo, sociale e di promozione del benessere psicofisico dell'attività sportiva in tutte le sue forme". Con questo incipit, dunque, l'obiettivo del progetto è di potenziare la competenza dei partecipanti da un lato, sulla fondatezza della filosofia del WHP, dall'altro finalizzare le attività di movimento al benessere personale e all'efficienza organizzativa.						
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)	Tutti i dipendenti di ASST Rhodense						
Descrizione del servizio / progetto	Il progetto "Movimento è Salute", attraverso la visione di video esplicativi consente ai partecipanti di affrontare una serie di scenari che riguardano situazioni tipiche della vita quotidiana in diversi contesti: • Ufficio e lavoro agile: gli scenari propongono situazioni comuni in un ambiente di lavoro "sedentario" anche mentre si lavora da casa o da un luogo diverso dall'ufficio. • Lavoro in mobilità: gli scenari analizzano casi che possono presentarsi durante il lavoro. • Ospedale: gli scenari illustrano situazioni tipiche di un ambiente ospedaliero. Il programma video prevede che i partecipanti, in ogni ambientazione						

	sopra descritta, sperimentino gli scenari proposti e li replichino nel setting di lavoro. Il progetto si avvale, come momento propedeutico, della visione di materiali e documenti utili ad introdurre i concetti relativi al benessere aziendale legato al percorso WHP. Il progetto si avvarrà di un questionario preliminare e di uno di apprendimento - scheda tecnica da compilare al termine del percorso, nella fase di "consolidamento" delle conoscenze.
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Territorio di ASST Rhodense
Attori/Enti coinvolti	Ambito Territoriale Sociale del Corsichese, del Garbagnatese, del Rhodense e i presidi ospedalieri di ASST Rhodense
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	Cabina di Regia WHP
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	Luglio 2024/aprile 2025
Indicatore e risultato atteso	Partecipazione al corso completo e redazione di un verbale definitivo da presentarsi al NVP Partecipazione dei dipendenti all'iniziativa. Conoscenza del progetto WHP. Replica corretta delle posture proposte al fine di aumentare il benessere personale e dell'organizzazione.

AT5 - Piano Locale GAP

Criticità o razionale del progetto	Il nuovo Piano Operativo Locale GAP, in coerenza con quanto definito dalla Programmazione regionale, si articola su 4 Macro Obiettivi di ordine generale, di cui 3 relativi all'area della Prevenzione ed uno relativo all'area della Diagnosi Precoce, Cura e Riabilitazione. Ognuno dei quattro macro obiettivi si articola poi in sotto-obiettivi specifici che permettono d'indirizzare l'azione a target e ambiti definiti in modo da ottimizzare le strategie applicate, le risorse utilizzate e la misurazione dei risultati raggiunti. Tra gli obiettivi del Piano si evidenzia la necessità di supportare la messa a sistema di policy e azioni locali integrate fra ambito sociosanitario e sociale per la prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico che vedano attivamente coinvolti gli Enti Locali e il Terzo settore.						
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)	Popolazione generale						

Descrizione del servizio / progetto	Attività di prevenzione e cura, anche in collaborazione con EELL
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distretto Corsichese (1 ambulatorio GAP presso il SERT di Corsico) Distretto Garbagnatese (1 ambulatorio GAP presso il SERT di Rho e NOA di Bollate)
Attori/Enti coinvolti	ASST Rhodense, EELL, ETS
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	Personale in organico: psichiatri, psicologi, assistenti sociali Personale consulente: psicologi, assistenti sociali
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Sì
Anno Avvio / Anno Fine	2016/2027
Indicatore e risultato atteso	N° prese in carico/ n° accessi > 75%

AT5 – programma EDUCAPARI

Criticità o razionale del progetto	Accanto all'impegno per l'incremento dell'adesione delle Scuole alla Rete SPS Lombardia e all'implementazione del Modello della Scuola che promuove salute, in linea con le indicazioni regionali, vengono promossi i programmi preventivi regionali In particolare, trovano piena applicazione i programmi ai programmi di peer education EDUCAPARI						
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)	Alunni degli istituti scolastici del territorio						
Descrizione del servizio / progetto	Proseguono gli interventi tramite il programma EDUCAPARI nelle scuole del distretto rhodense, e disponibilità a rispondere a richieste di altri istituti scolastici anche degli altri distretti. Interventi seminariali nelle scuole.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Territorio di ASST Rhodense						
Attori/Enti coinvolti	ASST Rhodense, EELL						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	medici, psicologi, educatori, assistenti sociali						

Progettualità presente anche nel Piano di Zona	sì
Anno Avvio / Anno Fine	2016/2027
Indicatore e risultato atteso	per Educazione tra pari (Sec II° grado): incremento ed aggiornamento del modello di collaborazione del personale di consultori familiari, DSMD e CdC nell'erogazione di programmi preventivi nel setting scolastico.

AT5 - Promozione dell'attività fisica e movimento (Laboratorio Attività Fisica e movimento di ASST, Gruppi di Cammino, Pedibus)

Criticità o razionale del progetto	L'attività fisica, fattore protettivo per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, ha assunto rilevanza tra i decisori pubblici, divenendo una tematica trasversale nelle politiche di promozione della salute. La costituzione di laboratori locali permanenti per la promozione di attività fisica e movimento all'interno di ogni ASST, in linea con quanto concordato all'interno del laboratorio locale movimento di ATS Milano come indicato dalle Regole SSR, permette la promozione di un lavoro intersettoriale e partecipato tra gli attori del territorio, fondamentale per mettere a sistema i programmi e le linee di attività previste in tema di movimento ed attività fisica (pedibus, gruppi di cammino, AFA/EFA ecc.), oltre che rinforzare le reti territoriali già esistenti e sviluppare interventi secondo i criteri di appropriatezza, impatto e sostenibilità.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3						
	AT4						
	AT5	x		x		x	
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Popolazione, ETS, Enti Locali, Scuole, istituzioni sanitarie						
Descrizione del servizio / progetto	Il Laboratorio a matrice variabile è costituito da un gruppo operativo gruppo di lavoro allargato capace di rappresentare i diversi distretti afferenti. Tale gruppo, in particolare, in accordo con la cabina di regia di ATS, ha il compito di declinare nei differenti territori/distretti azioni e programmi per la promozione del movimento sostenibili e capaci di rispondere ai bisogni specifici della popolazione (per setting e target specifici).						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Territorio di ASST Rhodense						
Attori/Enti coinvolti	ASST Rhodense, Referente ATS per il laboratorio di Movimento, Ufficio di Piano Garbagnate						

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	Responsabile Area Riabilitazione, Dirigente Comparto Area Ospedaliera e Dirigente comparto Area Territoriale, Direttore Distretto Rhodense, referenti AFT di Garbagnate, Cesate, Bollate, Solaro, Novate e Baranzate.
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Si
Anno Avvio / Anno Fine	2024/2027
Indicatore e risultato atteso	Numero dei soggetti coinvolti. Numero di palestre che hanno risposto descrivendo la loro attività/ n° palestre contattate Partecipazione rappresentanti ASST a laboratorio permanente ATS Milano; Costituzione laboratorio locale permanente ASST; Censimento georeferenziato dell'offerta di attività fisica adattata (AFA) rivolta alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie per Programma Gruppi di Cammino a livello territoriale (Distretti, CdC, Dip. Funz.li prevenzione) - Attivazione Gruppi di Cammino a livello territoriale (Distretti, CdC, Dip. Funz.li prevenzione) per Azioni di promozione attività fisica/movimento sul territorio - Programmazione e offerta – in sinergia con i Distretti - in almeno il 20% dei Comuni del territorio di programmi di promozione dell'attività fisica (rivolti a Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o di interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo

AT5 – Vaccinazioni

Criticità o razionale del progetto	I vaccini difendono da malattie infettive pericolose per la salute: influenza, Covid, pneumococco, zoster, HPV. Il progetto vede come priorità la copertura antinfluenzale e covid nel target > 60 anni, nei soggetti cronici, negli operatori sanitari e l'offerta sistematica e destagionalizzata delle altre vaccinazioni per i soggetti a rischio (pneumococco e zoster). Inoltre riveste priorità la copertura vaccinale HPV nella coorte dei/delle dodicenni/e attraverso un'attenta pianificazione dell'offerta, condivisa con le AFT PLS per potenziare le azioni di promozione del target						
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)	Tutta la popolazione del territorio, con particolare riferimento ai target individuati da RL, residenti al domicilio o in RSA						

Descrizione del servizio / progetto	attività di formazione e informazione rivolte alla popolazione e strutturate con diverse modalità: incontri serali nei principali comuni afferenti alla ASST Rhodense, informazione mediante cartellonistica e volantini, diffusione dei volantini negli studi dei MMG, sito aziendale; sensibilizzazione con i MMG, PLS e medici di RSA. In corso di elaborazione il progetto di proposta di somministrazione della vaccinazione per i Pazienti fragili da parte dello Specialista lo che segue ambulatorialmente (secondo semestre 2025)
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Territorio di ASST Rhodense
Attori/Enti coinvolti	ASST Rhodense, EELL; in corso di strutturazione il coinvolgimento delle Farmacie.
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	Direttore Dipartimento Prevenzione, Direttori di Distretto, MMG, AFT PLS
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Sì
Anno Avvio / Anno Fine	2024/2027
Indicatore e risultato atteso	Incremento dell'aderenza alle campagne vaccinali regionali secondo i target regionali

AT5 - Programmi di screening oncologici organizzati

Criticità o razionale del progetto	Un programma di screening oncologico è un intervento di sanità pubblica che organizza esami a tappeto su ampie fasce di popolazione target per individuare, tra le persone apparentemente sane, quelle a rischio di sviluppare un determinato tumore. Individuare precocemente una condizione di rischio consente di offrire un trattamento precoce, e di ricevere tutte le informazioni necessarie per compiere una scelta informata. Gli screening oncologici consentono di individuare precocemente i tumori della mammella, del colon retto e del collo dell'utero e si sono dimostrati efficaci nel ridurre: - la mortalità specifica (il numero di decessi causati da un particolare tumore) - l'incidenza specifica (il numero di nuovi casi di un particolare tumore), nei casi dei tumori del colon-retto e del collo dell'utero. Screening oncologico ATS Milano (ats-milano.it) È importante favorire l'informazione e la sensibilizzazione della popolazione target specifica di ogni programma di screening oncologico al fine di aumentare l'adesione agli stessi						
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)	Tutta la popolazione del territorio, con particolare riferimento ai target individuati da RL
Descrizione del servizio / progetto	Saranno riproposte attività di formazione e informazione rivolte alla popolazione e strutturate con diverse modalità: incontri serali nei principali comuni afferenti alla ASST Rhodense, informazione mediante cartellonistica e volantini, diffusione dei volantini negli studi dei MMG, sito aziendale.
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Tutti gli ambiti territoriali di ASST Rhodense
Attori/Enti coinvolti	ASST Rhodense, EELL; in corso di strutturazione il coinvolgimento delle Farmacie.
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	Direttore Dipartimento Prevenzione, Direttori di Distretto, MMG
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Sì
Anno Avvio / Anno Fine	2024/2027
Indicatore e risultato atteso	Incremento dell'aderenza ai programmi di screening regionali secondo i target regionali

AT5 - Rete di collaborazione con i servizi di salute mentale per persone con fragilità psichica vittime di violenza di genere

Criticità o razionale del progetto	La presa in carico delle vittime adulte di violenza di genere afferenti alle strutture di ASST Rhodense, in particolare, nella fase di acuzie o di emergenza presso i 2 PS di Garbagnate e Rho, non sempre contempla un accesso preferenziale ai Servizi di Salute Mentale qualora si palesino le necessità di cura.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1	x					
	AT2						
	AT3						
	AT4						
	AT5	x					
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Persone adulte vittime di violenza di genere che necessitano di presa in carico psichiatrica.						
Descrizione del servizio / progetto	Il progetto consiste nell'inserimento di uno specialista Psichiatra e/o Psichiatra Forense nel tavolo di lavoro aziendale di contrasto alla violenza di genere già in essere. Il gruppo di lavoro è dedicato alla presa in carico di vittime adulte di violenza di genere per le quali risulta necessaria l'attivazione e il coinvolgimento dei servizi specialistici psichiatrici e mira alla definizione di un percorso accessibile e tempestivo da avviarsi già nella fase di						

	presa in carico della vittima in PS.
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Territorio dell'ASST Rhodense
Attori/Enti coinvolti	Personale dei 2 PS di ASST Rhodense, Servizi di Psichiatria e Psichiatria Forense di ASST Rhodense
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	Componenti del Tavolo aziendale per il contrasto e la violenza di genere
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	Gennaio 2025 / Dicembre 2026
Indicatore e risultato atteso	Definizione, sottoscrizione e sperimentazione del protocollo di collaborazione tra PS e Servizi di Salute Mentale di ASST Rhodense Semplificazione del coinvolgimento degli operatori dei due PS aziendali per la presa in carico delle vittime adulte di violenza di genere

AT5 - Sensibilizzazione alla presa in carico di vittime adulte della violenza di genere

Criticità o razionale del progetto	Il territorio Distretto di Corsico è scarsamente rappresentato nelle rendicontazioni annuali che ASST Rhodense redige, relative ai flussi di presa in carico delle vittime adulte di violenza di genere presso i 2 PS aziendali e presso il CAV HARA, centro antiviolenza di riferimento dell'ambito territoriale. Questa condizione è verosimilmente legata agli accessi che le stesse hanno verso i punti di presa in carico afferenti al territorio milanese, essendo, storicamente agganciati a quell'ambito.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1	x					
	AT2						
	AT3						
	AT4						
	AT5	x					
	AT6						
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Persone adulte vittime di violenza di genere						
Descrizione del servizio / progetto	Istituzione di un tavolo di lavoro partecipato dall'ASST Rhodense, dall'Ambito Territoriale Sociale del Corsichese e del CAV HARA, centro antiviolenza di riferimento dell'ASST e dell'ambito territoriale di pertinenza. Il gruppo di lavoro è dedicato alla presa in carico di vittime adulte di violenza di genere e mira alla definizione di un protocollo di collaborazione a partire dal documento già in essere tra l'ASST Rhodense e gli Ambiti di Garbagnate e Rho, con i quali la collaborazione proseguirà.						

Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Territorio dell'ASST Rhodense
Attori/Enti coinvolti	Ambito Territoriale Sociale del Corsichese, , Azienda Consortile SERCOP, A.S. Comuni Insieme, ASST Rhodense, CAV HARA
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	Tavolo aziendale per il contrasto e la violenza di genere
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	2025/2027
Indicatore e risultato atteso	Definizione, sottoscrizione e sperimentazione del protocollo di collaborazione tra ASST Rhodense, CAV HARA e Ambito Territoriale Sociale del Corsichese (secondo semestre 2025). Semplificazione del coinvolgimento degli operatori del CAV HARA per la presa in carico delle vittime adulte di violenza di genere Aumento degli accessi nelle strutture di ASST Rhodense e, conseguentemente del CAV HARA, delle vittime adulte di violenza di genere che insistono sul territorio del Corsichese

AT5 - Primi 1000 giorni

Criticità o razionale del progetto	I primi 1000 giorni di vita rappresentano un importante determinante per la prevenzione e lo sviluppo del bambino. L'investimento sul periodo che intercorre tra il concepimento e i primi due anni di vita del bambino al fine di ridurre la povertà educativa, di rinforzare le competenze genitoriali e favorire l'uscita dall'isolamento dei minori e delle famiglie, costituisce la base della salute psicofisica producendo benefiche ricadute in termini di salute nell'arco della sua vita.						
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)	Famiglie nel periodo preconcezionale e nei primi 1000 giorni di vita del bambino						
Descrizione del servizio / progetto	informare e promuovere stili di vita favorevoli alla salute e al benessere dei bambini e dei loro genitori nei primi 1000 giorni di vita, supportare le famiglie promuovendo la possibilità di accedere ad esperienze educativamente significative, flessibili, e di sperimentare spazi di relazione						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Territorio di ASST Rhodense						

Attori/Enti coinvolti	ASST Rhodense, Azienda Consortile SERCOP, A.S. Comuni Insieme, ETS
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	Medici, psicologi e ostetriche dei consultori. PLS.
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Si
Anno Avvio / Anno Fine	2025/2027
Indicatore e risultato atteso	n° famiglie partecipanti agli incontri > 10 n° iniziative realizzate > 2

3.2.6 Lo sviluppo della telemedicina (AT6)

L'esigenza di modificare il concetto tradizionale di erogazione delle cure in sanità spostandosi da una logica centrata sull'ospedale verso una logica centrata sul paziente, implica il potenziamento della medicina domiciliare e di prossimità, grazie soprattutto alle possibilità offerte dalle nuove tecnologie (telemedicina, etc.). La telemedicina si configura come una innovazione tecnologica capace di fornire cure efficaci, incrementare l'equità di accesso ai servizi sanitari, e ridurre allo stesso tempo le risorse necessarie per la fornitura del servizio.

La telemedicina è dunque un modo innovativo per l'ASST di fornire cura e assistenza ai pazienti garantendo un accesso facilitato ai servizi specialistici di secondo e terzo livello e alla riabilitazione, anche territoriale. I servizi di telemedicina possono inserirsi nei diversi aspetti della relazione medico-paziente: prevenzione, diagnosi, cura, e monitoraggio costante della malattia.

Nell'arco del triennio di attuazione del PPT dovrà organizzare servizi atti a garantire anche a distanza la relazione col medico attraverso la televisita (visita tra medico e paziente, con sistemi di videoconferenza), il teleconsulto (tra due medici che lavorano su un caso) e il telemonitoraggio (il controllo in tempo reale, da remoto, dei parametri del paziente).

Titolo progetto	Criticità o razionale del progetto	Ambito territoriale di realizzazione Garbagnatese	Ambito territoriale di realizzazione Rhodense	Ambito territoriale di realizzazione Corsichese	Contribuisce al raggiungimento obiettivi del Dir. Gen. (DGR XII/2851/2024)
Telemedicina e telemonitoraggio per i Pazienti Cronici	Fornire risposte ai bisogni dei pazienti e delle loro famiglie quando ne hanno bisogno nel setting più idoneo.	x	x	x	

Teleconsulto in cure palliative simultanee	Precoce identificazione dei bisogni clinici e socioassistenziali dei pazienti e delle loro famiglie per orientare le risposte ai bisogni del paziente con patologie croniche avanzate integrando i diversi servizi della rete d'offerta di cure palliative simultanee	x	x	x	
--	---	---	---	---	--

In aderenza a quanto previsto dal PNRR nell'ottica del potenziamento dei servizi domiciliari come obiettivo fondamentale del miglioramento dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, in ASST Rhodense si prevede lo sviluppo della telemedicina 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. .

l'investimento 1.2 della Componente 1 – Missione 6 del PNRR “Casa come primo luogo di cura e telemedicina”, relativo alla componente 1 della Missione 6, è ripartito a sua volta nei subinvestimenti 1.2.1 Casa come primo luogo di cura (ADI) e 1.2.2 (Implementazione delle centrali operative territoriali (COT) e 1.2.3 “Telemedicina per un miglior supporto ai pazienti cronici”;

Con nota di ottobre 2020 la Direzione aziendale dell'ASST Rhodense ha iniziato a disegnare la possibilità di offerta delle attività di telemedicina, configurando le utenze e le relative agende.

Negli anni successivi sono state effettuate singole esperienze da alcuni servizi, avviando sperimentazioni nell'attività di Telemonitoraggio per i servizi di Elettrofisiologia di Rho e Pneumologia di Passirana.

Alla luce delle suddette pregresse esperienze è in corso di definizione la progettualità per il prossimo triennio sia per i pazienti cronici che per i terminali.

AT6 – Telemedicina e Telemonitoraggio per i pazienti cronici

L'ASST Rhodense sta organizzando un servizio di telemedicina dedicato alla gestione dei pazienti affetti da patologie croniche. Nello specifico, il target dei pazienti individuati è il seguente:

- **Televisita:** Diabete e ipotiroidismo in gravidanza, scompenso cardiaco;
- **Teleconsulto:** pazienti con ipertensione e già attivi su indicazione del MMG per i pazienti della Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare, Urologia, Otorinolaringoiatria, Cardiologia e Ginecologia.
- **Telemonitoraggio:** pazienti affetti da OSA in terapia con CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) in MAC.

Criticità o razionale del progetto	Fornire risposte ai bisogni dei pazienti e delle loro famiglie quando ne hanno bisogno nel setting più idoneo. Tra i vantaggi attesi vi è la riduzione degli accessi in ospedale e una diminuzione dei costi anche a livello sociale (i.e. diminuzione giornate perse dai caregiver per accompagnare pazienti in presenza, diminuzione spese di viaggio sostenute, etc.)						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3						
	AT4						
	AT5						
	AT6					x	
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	- Ambito cardiologico: pazienti affetti da scompenso cardiaco - Ambito di medicina interna: pazienti affetti da diabete (gestazionale e di tipo 1 e 2), ipertiroidismo, ipotiroidismo in gravidanza, osteoporosi, ipertensione arteriosa. - Ambito pneumologico: pazienti affetti da OSA e adattati alla CPAP in MAC - Attivato anche teleconsulto per pazienti di Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare, Urologia, Otorinolaringoiatria, Cardiologia e Ginecologia						
Descrizione del servizio / progetto	Attivazione dei servizi di televisita, telemonitoraggio e teleconsulto per l'erogazione di prestazioni che, tradizionalmente svolte in presenza, vengono rese disponibili attraverso soluzioni digitali innovative, migliorando l'accessibilità e la continuità delle cure per i pazienti cronici.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Territorio di ASST Rhodense						
Attori/Enti coinvolti	ASST Rhodense						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	Medici, psicologi, infermieri, MMG/PLS, operatori CUP, operatori COT						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No						
Anno Avvio / Anno Fine	2025/2027						
Indicatore e risultato atteso	2025: Realizzazione dei servizi con relative istruzioni operative 2026: Saturazione delle agende a disposizione (80%)						

AT6 - Teleconsulto Cure Palliative

A partire da una precedente breve esperienza sperimentale di supporto in videochiamata ai familiari di persone in carico al servizio di Cure Palliative Domiciliari, è stato avviato un Gruppo di Lavoro per progetto di teleconsulto in Cure Palliative Simultanee per i MMG del territorio. Nello specifico è in corso la pianificazione del progetto di informazione e formazione per MMG sulle Cure Palliative Simultanee (secondo semestre 2025), della realizzazione degli incontri e di un convegno per MMG (primo semestre 2026), e dell'avvio del servizio di Teleconsulenza (secondo semestre 2026).

Criticità o razionale del progetto	Precoce identificazione dei bisogni clinici e socioassistenziali dei pazienti e delle loro famiglie per orientare le risposte ai bisogni del paziente con patologie croniche avanzate integrando i diversi servizi della rete d'offerta di cure palliative simultanee						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2						
	AT3						
	AT4						
	AT5						
	AT6					x	
	AT7						
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Tutti i pazienti con patologie croniche avanzate in carico ai MMG del territorio di ASST Rhodense						
Descrizione del servizio / progetto	Valutazione multidimensionale del paziente con patologia cronica avanzata e della sua famiglia attraverso il teleconsulto con MMG per garantire una personalizzata programmazione dell'accesso ai nodi della RLCP						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Tutti i territori di ASST rhodense						
Attori/Enti coinvolti	Ambito Territoriale Sociale del Corsichese, del Garbagnatese, del Rhodense e i presidi ospedalieri di ASST Rhodense, ETS						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	Medici, psicologi, infermieri, operatori COT, MMG						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No						
Anno Avvio / Anno Fine	2025/2027						
Indicatore e risultato atteso	2025: Redazione piano formativo per MMG 2026: Realizzazione del percorso di formazione per MMG 2026: Avvio del servizio di teleconsulto in Cure Palliative Simultanee						

3.2.7 La Presa in carico dei cronici e fragili (AT7)

Poiché il SSR deve occuparsi in via prioritaria di soddisfare i bisogni dei cittadini più fragili, una premessa che definisca il concetto di fragilità è doverosa. Il quadro concettuale di riferimento è quello definito dal Decreto Legge (DL) 23 maggio 2022, n° 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN) che, tra l'altro, definisce le linee di indirizzo per la "Stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori come strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico".

Il modello, utilizzando informazioni relative ai bisogni clinici, assistenziali e sociali della persona, offre gli elementi per identificare i bisogni di ogni cittadino e tradurli in un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). Partendo da queste basi concettuali, è stato sviluppato e validato un modello multidimensionale per l'identificazione e la stratificazione delle fragilità.

Un cittadino è tanto più fragile:

- quanto maggiore è la sua complessità clinica;
Un cittadino è tanto più fragile quanto più è clinicamente complesso. Circa 3 milioni e 127 mila cittadini non istituzionalizzati hanno almeno una condizione cronica, e di questi circa 59 mila presenta un quadro clinico particolarmente severo associato a un rischio di morte a 5 anni 68 volte superiore a quello di un individuo non affetto da cronicità.
- quanto minore è l'aderenza alle raccomandazioni basate sulle evidenze per la cura delle malattie di cui soffre e per le campagne di prevenzione secondaria dei tumori;
Un cittadino è tanto più fragile quanto meno aderisce alle raccomandazioni per il monitoraggio, la cura e la prevenzione delle malattie. Più della metà dei pazienti affetti da diabete, dislipidemia e/o ipertensione, non aderisce alle raccomandazioni. Fino al 2019, il 42% dei cittadini non aderiva allo screening per il tumore della mammella, ancor più (57%) a quello per il tumore del colon-retto. L'aderenza si è ulteriormente ridotta durante la pandemia. (dato PSSR Lombardia)
- quanto più ridotta è l'autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane;
Un cittadino è tanto più fragile quanto più è limitato nello svolgimento delle attività quotidiane e nelle funzioni cognitive. Circa 672 mila cittadini usufruiscono di dipendenza soprattutto nella deambulazione, abbigliamento e uso dei servizi igienici), 84 mila hanno ricevuto assistenza in RSA (quasi un terzo dei quali per severa riduzione dell'autosufficienza), più di 10 mila hanno frequentato centri diurni per anziani e persone con disabilità (quasi sempre per fragilità severa). Nel complesso quasi 672 mila cittadini usufruiscono di prestazioni, supporti ed ausili per la disabilità pari a una prevalenza del 6.7% della popolazione lombarda. di servizi, prestazioni, e ausili che ne supportano la ridotta autonomia con una prevalenza del 6.8%. (dato PSSR Lombardia)
- quanto più elevato è il rischio di essere istituzionalizzato in RSA (se ha età ≥ 65 anni);

Un cittadino anziano è tanto più fragile quanto maggiore è il rischio di istituzionalizzazione che lo caratterizza. Circa 1 milione e 162 mila cittadini hanno almeno un fattore di rischio di istituzionalizzazione, di cui circa 47 mila presenta un quadro molto complesso che ne aumenta il rischio di 19 volte. Vulnerabilità sociale. È definita dalla residenza in un'area (sezione di censimento) caratterizzata da basso livello di scolarizzazione ed elevati tasso di disoccupazione, indice di vecchiaia e proporzione di nuclei familiari monocomponenti. In media, la vulnerabilità sociale riguarda il 38% delle famiglie monocomponenti, e il 32%, 4% e 12% dei cittadini rispettivamente disoccupati, con basso livello di istruzione, e con età avanzata. (dato PSSR Lombardia)

- se vive in un contesto sociale disagiato

Infanzia e adolescenza rappresentano un'area di ulteriore fragilità, ancor più in seguito alla pandemia, che ha esacerbato le vulnerabilità esistenti. La dispersione scolastica esplicita (15%) e implicita (2,5%) in Lombardia è più bassa della media nazionale ma comunque rilevante, soprattutto nella popolazione migrante.²³ Essa rappresenta sia un fattore di rischio sia un fattore di aggravamento nel disagio minorile, nei disturbi del neurosviluppo e nei disturbi psichiatrici dei minorenni, che tutti appaiono in rilevante aumento. Inoltre, si evidenzia il quadro di povertà educativa e di esclusione sociale in cui versano molti minori a cui si aggiunge la contrazione del reddito delle famiglie che espone a ulteriori condizioni di instabilità. (dato PSSR Lombardia)

Il PSSR precisa che ognuno di questi indicatori varia tra distretti e non può essere omologato all'intera Regione. Infatti la vulnerabilità sociale è pensata come mediatore tra azioni (preventive, curative, riabilitative) ed esiti (ovvero l'efficacia delle azioni è tanto minore quanto maggiore è la vulnerabilità sociale del territorio in cui le azioni vengono erogate²²) e questa componente della fragilità dovrebbe guidare l'intensità e le modalità di intervento relative alle altre componenti della fragilità. Un cittadino anziano è più fragile se vive in un contesto sociale disagiato. I fattori che amplificano il disagio sono l'età avanzata (12%), il basso livello di istruzione (4%), la disoccupazione (32%), e la composizione del nucleo familiare (38%).

In questo contesto come indicato anche dalla recente DGR 2966 del 5.08.2024 si dovrà agire in modo da realizzare modelli innovativi, attuali e sperimentali di presa in carico di cittadini fragili secondo la logica della *transitional care* in grado di definire una filiera di interventi caratterizzati da prossimità, flessibilità, integrazione tra i livelli di risposta e sinergia tra i setting con particolare riferimento alla programmazione dei Piani di Zona. Questi modelli dovranno prevedere il coinvolgimento della comunità con particolare attenzione alla valorizzazione delle reti informali e del terzo settore. Tema sensibile è quello dell'invecchiamento attivo nel quadro di un patto di scambio tra anziani e giovani (patto transgenerazionale).

La presa in carico deve essere intesa come un'assunzione di responsabilità proattiva da parte del sistema sanitario nei confronti del paziente cronico al fine di garantire la continuità assistenziale attraverso il coordinamento e l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare.

Infine la funzione coordina i percorsi assistenziali di cura e di proattività verso la malattia cronica per una platea di utenti con livelli di stratificazione del rischio medio-alti (da IV a VI), in una visione inclusiva ed in un'ottica organizzativa unitaria, utilizzando strumenti che favoriscono l'integrazione dei servizi e il coordinamento della presa in carico al fine di garantire un percorso clinico-terapeutico capace di risposte efficienti ed efficaci. La funzione si contraddistingue per:

- approccio attraverso la presa in carico dal momento della dimissione dai reparti per acuti o dal Pronto Soccorso;
- approccio assistenziale graduato per intensità, inteso a mitigare il decorso della cronicità, a prevenire la perdita di autonomia o a garantire al paziente terminale cure di fine vita; - ampio spettro di servizi volti a facilitare il passaggio del paziente dall'ospedale al domicilio o alla residenza più appropriata;
- spettro di diversi servizi di tipo "intermedio" che integrano quelli propri dell'area ospedaliera e delle Cure Primarie. Di norma, forniscono assistenza a persone con bisogni complessi (con progetto di salute "complesso").

La funzione si coordina strettamente con i Distretti, attraverso le COT, mettendo a disposizione i livelli di servizio previsti per le classi di rischio più elevate.

Titolo progetto	Criticità o razionale del progetto	Ambito territoriale di realizzazione Garbagnatese	Ambito territoriale di realizzazione Rhodense	Ambito territoriale di realizzazione Corsichese	Contribuisce al raggiungimento obiettivi del Dir. Gen. (DGR XII/2851/2024)
Presa in Carico dei Pazienti Cronici da parte dei MMG	individuare le modalità organizzative più idonee per l'effettuazione della presa in carico da parte dei MMG non aderenti ad una Cooperativa che dovranno avvalersi della COT	x	x	x	sì

percorso di prenotazione delle prestazioni per la presa in carico (PIC) interna.	Individuare le modalità organizzative più idonee per delineare, in via sperimentale, il percorso di presa in carico (PIC) interna dei pazienti dell'ASST Rhodense al fine di garantire la continuità del percorso di cure. L'obiettivo è prenotare direttamente in ASST le visite e gli approfondimenti prescritti dagli specialisti ospedalieri	x	x	x	
Accompagnamento integrato del soggetto con disabilità intellettiva verso la maggiore età	Redazione del progetto individuale e del progetto di vita con la persona con disabilità e la sua famiglia integrato tra i servizi del territorio e i servizi di ASST per persone con disabilità intellettiva in procinto di passare alla maggiore età in condizioni di complessità e maggiormente esposti ai fattori di rischio di marginalità in equipe di valutazione multidimensionale.	x	x		
Progetto DAMA	Attraverso un approccio sociosanitario plasmato sul benessere delle persone con disabilità si realizzano incontri che progressivamente accompagnano il paziente con disabilità intellettiva all'esecuzione dell'indagine diagnostica	x	x		
Rete di collaborazione con i servizi di salute mentale per persone con fragilità psichica vittime di violenza di genere	Favorire accesso preferenziale ai Servizi di Salute Mentale qualora si palesino le necessità di cura nel percorso di presa in carico delle vittime adulte di violenza di genere in particolare, nella fase di acuzie o di emergenza presso i 2 PS di Garbagnate e Rho	x	x	x	

Progetto valutazioni neuropsicologiche corsichese	Necessità di definizione congiunta tra Ambito Territoriale Sociale (con la collaborazione del Servizio Tutela Minori), Consultorio e SerD dell'ASST Rhodense, CPS e NPI dell'ASST Santi Paolo e Carlo, di un protocollo di collaborazione per il percorso di valutazione neuropsicodiagnostica di Minori			x	
---	--	--	--	---	--

Lo sviluppo della presa in carico del bisogno della persona in condizioni di fragilità nella logica della prossimità, continuità di cura ed integrazione attraverso la ricomposizione dei servizi attivabili in ambito sanitario, sociosanitario e sociale è un tema centrale nelle progettualità del prossimo triennio di ASST Rhodense e dei relativi Distretti, anche alla luce del fatto che la dinamica demografica ed epidemiologica vede costantemente in crescita il numero di soggetti in condizione di cronicità e/o fragilità.

In coerenza con la revisione del modello di presa in carico della cronicità, sono in corso di definizione i progetti finalizzati a sviluppare una rete di integrazione fra la componente sanitaria, sociosanitaria e sociale mediante la costruzione di relazioni formali ed informali con soggetti esterni all'Azienda per attuare la presa in carico delle persone in condizioni di cronicità con eventuale fragilità associata.

AT7 – presa in carico dei Pazienti cronici da parte dei MMG

In attuazione alla DGR XII/2755, è in corso la strutturazione di un progetto di PIC da parte di MMG singoli tramite COT.

È stato innanzitutto avviato il 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 verrà avviato un percorso di analisi del modello organizzativo delle COT, con estensione dell'attività di raccordo 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 deputate all'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.

Nel corso del 2025 pertanto, ferma restando la necessità di rivedere le fasi e la relativa tempistica in caso di diversa indicazione da parte di DG Welfare, verrà portata a termine l'analisi delle banche dati aziendali per stimare il numero di pazienti cronici in carico agli MMG in forma singola, in collaborazione con ATS, la scelta del modello organizzativo della COT, la valutazione degli slot delle agende interne da dedicare alla cronicità e prenotabili dalla COT.

Criticità o razionale del progetto	Individuare le modalità organizzative più idonee per l'effettuazione della presa in carico da parte dei MMG non aderenti ad una Cooperativa che dovranno avvalersi della COT						
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)	Pazienti cronici afferenti a MMG non in cooperativa che necessitano di presa in carico tramite PAI.						
Descrizione del servizio / progetto	Avvio del programma di formazione con i coordinatori delle AFT sul PAI, sul ruolo della COT e sull'utilizzo di SGDT (primo semestre 2025). Ai MMG non aderenti a Cooperative verrà offerta la possibilità di avvalersi del supporto organizzativo della COT delle ASST di riferimento per la PIC di pazienti cronici e/o fragili. Verranno pertanto garantire agende dedicate alla presa in carico dei pazienti cronici per consentire la prenotazione delle prestazioni programmate nel PAI.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	territorio di ASST Rhodense						
Attori/Enti coinvolti	ASST Rhodense						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	Operatori COT, CUP, Direttore SC Cure Primarie						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No						
Anno Avvio / Anno Fine	2025/2027						
Indicatore e risultato atteso	2025: - Definizione modello attività COT quale centro servizi - Realizzazione incontri di presentazione della nuova organizzazione alle AFT - completamento incontri di formazione per MMG - definizione slot ambulatoriali dedicati per attuazione PAI Dicembre 2025: n° MMG che abbiano emesso PAI/n° MMG che afferiscono alle AFT coinvolte Dicembre 2025: % MMG che escono dalla PIC						

AT7 - percorso di prenotazione delle prestazioni per la presa in carico (PIC) interna.

Al fine di migliorare l'accesso alle cure ed erogare un'assistenza sanitaria continuativa ai pazienti che effettuano prestazioni all'interno della ASST, si è predisposto un percorso interno di presa in carico (PIC) per la prenotazione delle prestazioni prescritte dagli specialisti interni all'ASST.

Criticità o razionale del progetto	Individuare le modalità organizzative più idonee per delineare, in via sperimentale, il percorso di presa in carico (PIC) interna dei pazienti dell'ASST Rhodense al fine di garantire la continuità del percorso di cure. L'obiettivo è prenotare direttamente in ASST le visite e gli approfondimenti prescritti dagli specialisti ospedalieri						
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)	Pazienti cronici afferenti agli specialisti ospedalieri dell'ASST Rhodense al fine di garantire la continuità del percorso di cure.						
Descrizione del servizio / progetto	Prenotare direttamente in ASST le visite e gli approfondimenti prescritti dagli specialisti ospedalieri. Si è predisposto un percorso interno di presa in carico (PIC) per la prenotazione delle prestazioni prescritte dagli specialisti interni all'ASST. Nelle agende ambulatoriali sia di visite sia di prestazioni strumentali sono stati previsti slot dedicati e ad uso esclusivo per il personale di front office dedicato alla PIC verifica dall'apposito elenco che il medico prescrittore sia interno all'ASST e prenota la prestazione nell'apposita agenda PIC. Al momento della prenotazione deve sempre essere tenuto conto della classe di priorità prescritta						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Territorio di ASST Rhodense						
Attori/Enti coinvolti	ASST Rhodense						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	Operatori CUP, medici specialisti ospedalieri						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No						
Anno Avvio / Anno Fine	2025/2027						
Indicatore e risultato atteso	Prenotazione ed erogazione di prestazioni (visite, esami strumentali ecc.) di approfondimento o di controllo dagli specialisti interni nei tempi previsti dalla prescrizione						

AT7 – accompagnamento integrato del soggetto con disabilità intellettiva verso la maggiore età

Il servizio per la presa in cura delle persone con disabilità intellettiva fornisce risposte appropriate alle necessità di cure nelle varie forme di disabilità intellettiva in età adulta e alla relativa continuità. L'obiettivo è quello di garantire consulenza educativa, riabilitativa e risocializzante, accompagnando l'utente e la sua famiglia nell'avvicinamento agli altri servizi della rete in particolare al compimento del 18° anno. Inoltre, mediante la consulenza ai servizi che, a vario titolo, si occupano della persona disabile e della sua famiglia, raccordandosi in rete, partecipa alle varie progettualità con l'Ambiti Comunali, in particolare ai progetti "Dopo di Noi", "Passaggio alla maggiore età".

Criticità o razionale del progetto	Accompagnare in modo integrato il passaggio verso la maggiore età delle persone con disabilità intellettiva						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1						
	AT2			x	x		x
	AT3						
	AT4						
	AT5						
	AT6						
	AT7			x	x		x
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Persone con disabilità intellettiva in procinto di passare alla maggiore età in condizioni di complessità e maggiormente esposti ai fattori di rischio di marginalità.						
Descrizione del servizio / progetto	Tavolo di lavoro per l'identificazione dei fattori di rischio, costituzione di un'equipe di valutazione multidimensionale per la redazione del progetto individuale e del progetto di vita con la persona con disabilità e la sua famiglia integrato tra i servizi del territorio e i servizi di ASST						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Distretto Rhodense, Distretto Garbagnatese						
Attori/Enti coinvolti	ASST Rhodense, ASP SERCOP, A.S. Consortile Comuni Insieme, PLS, MMG, UONPIA						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	Direttore Distretto, uno psichiatra del servizio, un educatore e un assistente sociale del Servizio Disabilità Adulti, DAMA.						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Sì						
Anno Avvio / Anno Fine	2025/2027						
Indicatore e risultato atteso	n° prese in carico entro 45 giorni dalla richiesta > 75%						

AT7 - Progetto DAMA

Il DAMA è la regia che permette di adattare la risposta sanitaria alle esigenze peculiari delle persone disabili attraverso un nuovo approccio sociosanitario plasmato sul benessere delle persone con disabilità. Per il prossimo triennio si vuole ulteriormente incrementare il numero di utenti presi in carico per ridurre la lista d'attesa ed estendere il numero dei percorsi interni con UdO e servizi dell'ASST Rhodense e di altri enti, ed avviare nuove collaborazioni con ETS; contemporaneamente verrà disegnato il programma di incontri di informazione, aggiornamento e condivisione con gli MMG attraverso le AFT. Viene inoltre consolidato il dialogo con gli MMG attraverso l'aggiornamento periodico su ciascun utente in carico al DAMA con i rispettivi MMG/PLS/UdO.

Criticità o rationale del progetto	Attraverso un approccio sociosanitario plasmato sul benessere delle persone con disabilità si realizzano incontri che progressivamente accompagnano il paziente con disabilità intellettiva all'esecuzione dell'indagine diagnostica						
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 con disabilità intellettiva e motoria a genesi organica multi fattoriale.						
Descrizione del servizio / progetto	Il progetto promuove ed adatta percorsi per la gestione dei pazienti con disabilità intellettiva e motoria all'interno dei presidi ospedalieri di Garbagnate Milanese, Rho, nel POT e nei poliambulatori aziendali e al fine di generare una rete.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Territorio ASST Rhodense e altre ASST						
Attori/Enti coinvolti	ASST Rhodense, UdO, ETS, altre ASST e altri enti privati accreditati.						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico ma da incrementare)	Medici, Educatori, Infermieri, Ass. Sociale, Operatore amministrativo						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No						
Anno Avvio / Anno Fine	2025/2027						
Indicatore e risultato atteso	n° condivisioni con MMG/ n° di accessi > 75% n° nuovi percorsi interni avviati > 1 per anno Incremento 10% nuove prese in carico						

AT7 - Rete di collaborazione con i servizi di salute mentale per persone con fragilità psichica vittime di violenza di genere

Criticità o razionale del progetto	La presa in carico delle vittime adulte di violenza di genere afferenti alle strutture di ASST Rhodense, in particolare, nella fase di acuzie o di emergenza presso i 2 PS di Garbagnate e Rho, non sempre contempla un accesso preferenziale ai Servizi di Salute Mentale qualora si palesino le necessità di cura.						
Matrice linee di intervento / aree tematiche (DGR XII/2089)		LI1	LI2	LI3	LI4	LI5	LI6
	AT1	x					
	AT2						
	AT3						
	AT4						
	AT5	x					
	AT6						
	AT7	x					
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Persone adulte vittime di violenza di genere che necessitano di presa in carico psichiatrica.						
Descrizione del servizio / progetto	Il progetto consiste nell'inserimento di uno specialista Psichiatra e/o Psichiatra Forense nel tavolo di lavoro aziendale di contrasto alla violenza di genere già in essere. Il gruppo di lavoro è dedicato alla presa in carico di vittime adulte di violenza di genere per le quali risulta necessaria l'attivazione e il coinvolgimento dei servizi specialistici psichiatrici e mira alla definizione di un percorso accessibile e tempestivo da avviarsi già nella fase di presa in carico della vittima in PS.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Territorio ASST Rhodense						
Attori/Enti coinvolti	ASST Rhodense						
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	Componenti del Tavolo aziendale per il contrasto e la violenza di genere. Medici di PS di ASST Rhodense. Servizi di Psichiatria e Psichiatria Forense di ASST Rhodense						
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No						
Anno Avvio / Anno Fine	2025/2027						
Indicatore e risultato atteso	Definizione, sottoscrizione e sperimentazione del protocollo di collaborazione tra PS e Servizi di Salute Mentale di ASST Rhodense Semplificazione del coinvolgimento degli operatori dei due PS aziendali per la presa in carico delle vittime adulte di violenza di genere.						

AT7 - Progetto Valutazioni Neuropsicodiagnostiche Corsichese

Alcuni servizi per la salute mentale nel territorio Distretto di Corsico per i quali è necessaria una forte integrazione con i servizi sociali, ovvero il CPS e la Neuropsichiatria infantile, afferiscono all'ASST Santi Paolo e Carlo; poiché i Comuni dell'Ambito Corsichese riscontrano notevoli difficoltà nel percorso di gestione delle richieste di valutazione neuropsicodiagnostica contenute in decreti del Tribunale dei Minori: in caso di richieste inappropriate da parte del Tribunale dei Minori (in quanto sufficiente valutazione psicologica comunque richiesta espressamente al servizio di neuropsichiatria infantile), la presenza di un'unità di neuropsichiatria infantile sita a Buccinasco, verso cui tali richieste vengono naturalmente indirizzate in prima istanza, afferente all'ASST Santi Paolo e Carlo, rende farraginoso e complicato il processo di comunicazione da parte del Comune competente con il Tribunale dei Minori e la collaborazione per tali casistiche con il Consultorio di Corsico (afferente alla ASST Rhodense)

Criticità o razionale del progetto	Necessità di definizione congiunta tra Ambito Territoriale Sociale (con la collaborazione del Servizio Tutela Minori), Consultorio e SerD dell'ASST Rhodense, CPS e NPI dell'ASST Santi Paolo e Carlo, di un protocollo di collaborazione per il percorso di valutazione neuropsicodiagnostica di Minori						
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)	Minori con richiesta di valutazione neuropsicodiagnostica residenti nel corsichese						
Descrizione del servizio / progetto	Istituzione di un tavolo di lavoro partecipati dall'ASST Rhodense, dall'ASST Santi Paolo e Carlo e dall'Ambito Territoriale Sociale del Corsichese dedicato alla gestione delle richieste di valutazione neuropsicodiagnostica da parte del Tribunale dei Minori relative a minori residenti nel territorio e sottoposti a tutela e mira alla definizione di un protocollo operativo a partire dalla bozza di protocollo a suo tempo promossa dall'Ufficio di piano del Corsichese e dal Consultorio di Corsico.						
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	I sei comuni del Distretto di Corsico e dell'Ambito Territoriale Sociale del Corsichese: Assago, Buccinasco, Cesano Boscone, Corsico, Cusago, Trezzano sul Naviglio.						
Attori/Enti coinvolti	Ambito Territoriale Sociale del Corsichese, ASST Rhodense, ASST Santi Paolo e Carlo						

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (già presenti in organico)	Psicologo e neuropsicologo del Consultorio
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Sì
Anno Avvio / Anno Fine	2025/2027
Indicatore e risultato atteso	entro 2025: Definizione, sottoscrizione e sperimentazione di un protocollo di collaborazione tra ASST Santi Paolo e Carlo, ASST Rhodense e Ambito Territoriale Sociale del Corsichese per la gestione delle valutazioni neuropsicodiagnostiche richieste dal Tribunale dei Minori per minori sottoposti a tutela. Riduzione dei tempi e semplificazione delle modalità di risposta alle istanze del Tribunale dei Minori relative alle valutazioni neuropsicodiagnostiche di minori sotto tutela dei servizi sociali.

4 Monitoraggio del piano e rendicontazione

Il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale ha durata triennale, ma il monitoraggio e la verifica intermedia circa lo stato di avanzamento dei progetti e il raggiungimento dei risultati hanno una cadenza annuale e l'attività di valutazione verrà recepita in apposita relazione strutturata secondo lo schema di rendicontazione seguente. La relazione verrà trasmessa entro il 28/2 dell'anno successivo a quello a cui si riferisce il monitoraggio ad ATS.

Tabella di rendicontazione degli interventi.

	Distretto Rhodense/Garbagnatese/Corsichese		
Progetto			
Indicatore e esito atteso			
Esito misurato anno xxxx			
Eventuali azioni correttive che si intendono implementare			

5 Il Processo di sviluppo e approvazione del piano

Il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale di ASST Rhodense 2025-2027 viene adottato ai sensi dell'art. 7 c. 17 della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 «Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità», così come modificata dalla legge regionale di riforma del 14 dicembre 2021, n. 22 e in attuazione della d.g.r. XII/1827/2024. Le tappe che hanno portato all'elaborazione e all'approvazione del PPT della ASST Rhodense, a seguito di incontri di progettazione condivisa con gli Ambiti Territoriali, e aggiornamento sul percorso in atto in occasione delle Assemblee Distrettuali, sono state i passaggi negli Organismi Consultivi

Distrettuali che vedono la presenza di AFT e rappresentanti degli enti del terzo settore e del volontariato (in data 28.10.2024 per il Distretto Garbagnatese, in data 30.10.2024 per il Distretto Rhodense, in data 6.11.2024 per il Distretto Corsichese).

Infine il passaggio in Conferenza dei Sindaci che in data 3.12.2024 ha espresso il parere obbligatorio ai sensi dell'art. 1, comma 5, let. h della DGR XI/6762 del 25.07.2022 sul presente Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) che definisce la domanda di salute territoriale, la programmazione e progettazione dei servizi erogativi, assicurando l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie distrettuali.

6 Riferimenti normativi

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