



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 685 del 27 DIC. 2024

OGGETTO: approvazione del Piano Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) 2025-2027 dell'ASST Pini-CTO.

DELIBERAZIONE ADOTTATA DAL DIRETTORE GENERALE DOTT.SSA PAOLA LATTUADA

**SU PROPOSTA DEL
DIRETTORE UOC GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE**

accertata la competenza procedurale, sottopone in data 27 DIC. 2024 l'allegata proposta di deliberazione sull'argomento all'oggetto specificato, il cui onere rientra nel budget assegnato.

Il Responsabile del Procedimento
Direttore Socio sanitario
Dott.ssa Rossana Giove

ATTESTAZIONE COPERTURA ECONOMICA

Si attesta la regolarità contabile, la copertura economica e l'imputazione a bilancio degli oneri/introiti derivanti dal presente provvedimento con annotazione:

- il presente provvedimento non comporta oneri diretti a carico del bilancio aziendale.

Il Direttore UOC Bilancio, Programmazione finanziaria e Contabilità
Dott.ssa Emilia Martignoni



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 685 del 27 DIC. 2024

IL DIRETTORE GENERALE

Viste:

- la DGR n. X/4475 del 10/12/2015 di costituzione, a partire dal 1° gennaio 2016, dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO;
- la DGR XII/2158 del 15/04/2024 di nomina della Dott.ssa Paola Lattuada quale Direttore Generale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Gaetano Pini-CTO per il periodo 19/04/2024 - 18/04/2027;
- la deliberazione aziendale n. 198 del 18/04/2024 di presa d'atto della predetta DGR XII/2158/2024 e di insediamento dal 19/04/2024 sino al 18/04/2027 della Dott.ssa Paola Lattuada quale Direttore Generale dell'ASST Gaetano Pini-CTO;

Visti:

- il D.M. n. 70 del 15.04.2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- il D.M. n. 77 del 23.05.2022 "Regolamento recante la definizione di modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del SSN";
- la L.R. n. 33 del 30.12.2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità", così come modificata, dalla L.R. n. 22 del 14.12.2021 che all'art. 7, c. 17 ter stabilisce: *"La ASST, con periodicità triennale, tramite la Direzione Sociosanitaria e i Direttori di Distretto, sentita la Conferenza dei Sindaci che esprime parere obbligatorio, e attuando idonee procedure di consultazione delle associazioni di volontariato, di altri soggetti del terzo settore e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative presenti nel territorio, predispone il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) con specifica e analitica declinazione e dettaglio su base distrettuale. Il PPT 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"*;
- la DGR n. XI/6762 del 25.07.2022 ad oggetto: "Attuazione L.R. 22/2021: Regolamento di funzionamento della Conferenza dei Sindaci, del Collegio dei Sindaci, del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e dell'Assemblea dei Sindaci del Distretto" al titolo I art. 1, co.5, lett. h prevede che la Conferenza dei Sindaci esprime parere obbligatorio sul Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) predisposto dall'ASST;
- la DGR n. XII/2089 del 25.03.2024 "Approvazione delle Linee di indirizzo per i Piani di Sviluppo del Polo Territoriale delle ASST (PPT) ai sensi dell'art. 7 co. 17 della Legge Regionale n. 33 del 30 dicembre 2009 "Testo Unico delle leggi regionali in materia di Sanità", così come modificata dalla Legge Regionale di riforma n. 22 del 14.12.2021, in attuazione della DGR n. XII/1827/2024";
- la DGR n. XII/2167 del 15.04.2024 con cui Regione Lombardia ha approvato le Linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale 2025-2027 (PDZ);

Richiamata la deliberazione del Direttore Generale n. 637 del 13 dicembre 2024 con la quale si è preso atto della D.G.R. n. XII/3555 del 09/12/2024 con la quale è stato approvato l'aggiornamento del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024 dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini -CTO;

Preso atto:

- che il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) 2025-2027 dell'ASST Pini-CTO è stato elaborato a seguito di incontri di progettazione condivisa con gli Ambiti Territoriali, le Assemblee dei Sindaci dei Distretti e attraverso i passaggi negli Organismi Consultivi Distrettuali che vedono la presenza di AFT e rappresentanti degli enti del terzo settore e del volontariato;



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 685 del 27 DIC. 2024

- del parere positivo della Cabina di Regia Integrata delle ASST della Città di Milano, presieduta dal Direttore Sociosanitario della ASST Fatebenefratelli-Sacco;
- delle risultanze della consultazione con le associazioni di volontariato;
- delle risultanze della consultazione con le organizzazioni sindacali aziendali;

Acquisito il parere favorevole espresso all'unanimità in data 03.12.2024 dalla Conferenza dei Sindaci dell'ASST Pini-CTO ai sensi dell'art. 1, co.5, lett. h della DGR XI/6762 del 25.07.2022;

Ritenuto pertanto di approvare il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) 2025- 2027 dell'ASST Pini-CTO ai sensi dell'art. 7, co. 17 della L.R. 33/2009 e s.m.i. allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (all. 1);

Dato atto che dal presente provvedimento non derivano oneri diretti a carico del bilancio aziendale;

Viste:

- l'attestazione di regolarità dell'istruttoria e legittimità del presente provvedimento espressa dal Responsabile della UOC proponente;
- l'attestazione di regolarità contabile e della relativa copertura economica da parte del Responsabile della UOC Bilancio, programmazione finanziaria e contabilità;

Richiamato l'art. 3 comma 6 del D.lgs. n. 502/1992 che prevede testualmente: "in caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del Direttore Generale, le relative funzioni sono svolte dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario su delega del Direttore Generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età";

Visti i pareri del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario, resi per quanto di competenza, ai sensi dell'art. 3 del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;

DELIBERA

per i motivi di cui in premessa che qui si intendono integralmente trascritti:

1. di approvare, così come previsto dall'art. 7, co. 17 ter della L.R. 33/2009 e s.m.i, il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) 2025 – 2027 dell'ASST Pini-CTO, allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (all. 1);
2. di dare mandato al responsabile del procedimento di sovrintendere, secondo modalità e tempi integrati e condivisi, ad ogni necessario adempimento finalizzato alla diffusione e all'attuazione del Piano in argomento;
3. di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri diretti a carico del bilancio aziendale;



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 685 del 27 DIC. 2024

4. di dare atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, così come sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. w) della L.R. n. 23/2015;
5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio on line aziendale, ai sensi dell'articolo 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, così come sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. w) della L.R. n. 23/2015.

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Cesare CANDELA)

IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO
(Dott.ssa Rossana GIOVE)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Marco PATERNOSTER)

IL DIRETTORE GENERALE sostituto
(Dott. Marco PATERNOSTER)

Direzione Socio Sanitaria

Si attesta la regolarità amministrativa e tecnica del presente provvedimento
Responsabile del Procedimento ex l. 241/90: dott.ssa Rossana Giove



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 685 del 27 DIC. 2024

RELATA DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata all'albo pretorio informatico di quest'Azienda sul sito internet istituzionale, così come previsto dall'art. 32, comma 1, L. 69/2009, e dall'art. 8 del D.lgs. 33/2013, dal 27 DIC. 2024 e vi rimarrà per quindici giorni consecutivi.

La deliberazione si compone di n. 5 pagine e n. 1 allegato.

UOC Affari Generali e Legali
Il Funzionario addetto

Stefano Pozzoli

Per copia conforme all'originale per uso amministrativo
Milano, li _____

UOC Affari Generali e Legali
Il Funzionario addetto

PIANO SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE

Proposta di indice per la stesura

Sommario

| | |
|---|----|
| Introduzione e finalità del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale..... | 2 |
| Analisi del contesto | 3 |
| La domanda di salute in ASST..... | 3 |
| Funzioni e personale presente nella rete territoriale di ASST..... | 5 |
| Il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale | 8 |
| Linee programmatiche generali per lo sviluppo del polo territoriale | 8 |
| Aree di intervento | 10 |
| 1. Continuità dell'assistenza nei setting assistenziali | 10 |
| 2. Prevenzione e Promozione della Salute | 19 |
| 3. Lo sviluppo della Telemedicina..... | 21 |
| Monitoraggio del Piano e rendicontazione | 22 |
| Riferimenti Normativi..... | 23 |
| Allegato 1: Tabella di Integrazione PPT-PDZ della Città di Milano | 23 |

Introduzione e finalità del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale

Secondo quanto previsto dall'art. 7 comma 17 ter della L.R. 33/2009, introdotto dalla L.R. 22/2021, il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) *“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”*.

L' ASST Gaetano Pini-CTO è stata costituita in data 1° gennaio 2016 con DGR 4475/2015, per effetto della fusione per incorporazione tra l'ex Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini ed il Presidio Ospedaliero CTO, afferente, sino al 31 dicembre 2015, alla ex Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano, oggi ASST Nord Milano.

L'ASST Gaetano Pini-CTO opera nell'ambito del territorio della Città Metropolitana di Milano ed eroga i servizi sanitari attraverso le sue tre sedi: Presidio Ospedaliero Gaetano Pini, Polo Medicina Fisica e Riabilitazione Fanny Finzi Ottolenghi, Presidio Ospedaliero CTO.

Con la LR n. 22/2021 viene sancito il passaggio evolutivo del sistema sociosanitario lombardo all'approccio “ONE HEALTH”, ovvero alla necessità di assicurare ai cittadini la tutela e la promozione della salute globalmente intesa. Tale approccio basa i propri principi fondanti sulla continuità assistenziale e sull'integrazione multidisciplinare degli interventi nei diversi *setting* di cura, attraverso strumenti operativi omogenei e condivisi tra i diversi attori del sistema.

In coerenza con gli indirizzi sanciti dalla LR 22/2021, la ASST ha definito e caratterizzato i nuovi assetti organizzativi correlati alle branche specialistiche proprie, orientando il cambiamento ad una costante implementazione e innovazione dei modelli di cura, dell'approccio clinico e dei percorsi assistenziali al fine di garantire una presa in carico del paziente continuativa e integrata in tutte le fasi del processo assistenziale sia nella fase acuta sia nella fase riabilitativa che territoriale, anche attraverso la valorizzazione delle competenze professionali del personale e lo sviluppo di un'organizzazione a rete.

A tali indirizzi è fortemente orientata quindi anche la mission aziendale della ASST, cioè garantire la promozione, il mantenimento e il recupero delle condizioni di salute della popolazione, erogando servizi sanitari secondo standard di eccellenza:

- promuovendo con consapevolezza e rigore un sempre più incisivo processo di umanizzazione delle cure, centrando le politiche aziendali sull'individuo;
- garantendo servizi sanitari integrati conformi a standard di appropriatezza e di qualità in ottica di continuità assistenziale, sostenibilità, equità;

- promuovendo lo sviluppo di modelli organizzativi innovativi in grado di assicurare l'integrazione tra le diverse figure professionali, ospedaliere e territoriali, coinvolte nel percorso di cura, anche attraverso l'adesione a specifiche reti;
- valorizzando le specifiche professionalità impegnate nel progetto di crescita aziendale, sviluppando metodi di lavoro innovativi e fortemente integrati con un approccio di tipo multidisciplinare, rafforzando un atteggiamento cooperativo ed il senso di appartenenza aziendale;
- garantendo nella fase post-acuta un tempestivo e appropriato percorso riabilitativo.

Dalla mission, con chiarezza, si evince quindi che lo sviluppo e l'organizzazione delle funzioni territoriali assegnate dalla LR 22/2021 alle Aziende Socio Sanitarie Territoriali hanno una valenza rilevante anche nel caso dell'ASST Pini-CTO che, pur non ricomprendendo al proprio interno i servizi territoriali a gestione diretta (quali ad esempio CdC, OdC, COT), ha implementato strumenti e processi assistenziali nella prospettiva dell'integrazione sanitaria e sociosanitaria e nella continuità di cura e assistenza anche attraverso la definizione di protocolli operativi con le ASST del territorio. Ciò costituisce il razionale alla base della stesura del Piano di sviluppo del Polo Territoriale, che si declina attraverso una pianificazione organica delle progettualità in capo alla Direzione Sociosanitaria finalizzate al miglioramento continuo della completezza e della continuità del percorso di cura dei pazienti. Uno degli obiettivi primari dell'azienda infatti è quello di ricoprire il ruolo di soggetto attuatore di una presa in carico integrata e complessiva del paziente attraverso percorsi clinico-assistenziali che, partendo dall'accesso legato all'episodio acuto (sia urgente che elettivo), garantiscano la continuità del processo medico-riabilitativo fino al collegamento con il territorio.

Analisi del contesto

La domanda di salute in ASST

L'ASST Pini-CTO svolge una funzione essenziale nell'ambito dei servizi sanitari e sociosanitari di Milano con particolare riferimento alla gestione del trauma minore, per il quale soddisfa circa il 40% della domanda, connotandosi come punto di riferimento per la traumatologia ortopedica milanese.

Questo ruolo cruciale ha guidato negli ultimi anni il potenziamento dell'area traumatologica ricercando una maggiore integrazione delle attività aziendali, anche grazie al coinvolgimento nel Dipartimento funzionale interaziendale Rete Trauma ed Emergenze tempo-dipendenti (DRT).

L'area reumatologica rappresenta un elemento distintivo della ASST sia legato alla sua storia, essendo storicamente il luogo dove prende avvio la reumatologia italiana, sia legato all'apporto attuale e futuro che quest'area fornisce in termini di cura e di ricerca.

L'area neurologica è parte integrante e centrale dell'offerta sanitaria. Il *Centro Parkinson e Parkinsonismi* rappresenta un'eccellenza lombarda nel panorama internazionale per lo studio e cura della malattia di Parkinson. Negli anni sono stati accolti al Centro oltre 40.000 pazienti, di cui circa 25.000 pazienti residenti in Lombardia. Le attività svolte sono mirate alla ricerca con studi clinici ed epidemiologici, che hanno portato alla scoperta di nuovi geni responsabili di questa malattia e sperimentate per la prima volta terapie avanzate, come la stimolazione cerebrale profonda adattativa.

Un ulteriore elemento che caratterizza l'ASST è l'attività di riabilitazione. Obiettivo primario dell'azienda è quello di ricoprire il ruolo di soggetto attuatore di una presa in carico integrata e complessiva del paziente attraverso percorsi clinico-assistenziali che, partendo dall'accesso legato all'episodio acuto (sia urgente che elettivo), garantiscano la continuità del processo medico-riabilitativo fino al collegamento forte con il territorio.

La promozione della salute globalmente intesa, la presa in carico dei pazienti complessi, la garanzia della continuità ospedale territorio attraverso la regia a livello aziendale dei percorsi assistenziali sia nella fase post-acuta riabilitativa sia nel loro sviluppo territoriale sono elementi caratterizzanti l'attività aziendale.

L'ASST, con la propria struttura organizzativa, si pone quale soggetto attuatore di una presa in carico integrata e complessiva del paziente attraverso percorsi che, partendo dall'accesso legato all'episodio acuto (sia urgente che elettivo), garantiscono la continuità del processo medico-riabilitativo e l'affidamento al territorio.

Un ruolo cruciale in questa attività di coordinamento e integrazione è svolto dalla Direzione Sociosanitaria che, pur non avendo gerarchicamente assegnate strutture sociosanitarie territoriali, articola la propria organizzazione in coerenza con le indicazioni cogenti relative allo sviluppo delle funzioni territoriali, in particolare quelle dedicate alla promozione della salute globalmente intesa, alla presa in carico dei pazienti complessi, alla garanzia della continuità ospedale territorio.

In quest'ottica la Direzione Sociosanitaria sviluppa, sia all'interno che all'esterno dell'organizzazione, una molteplicità di relazioni che garantiscono il coordinamento e il controllo dell'intero processo, in costante rapporto con la Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie e con le articolazioni della Direzione Sanitaria e rappresenta l'interlocutore verso i soggetti pubblici della rete territoriale e verso i privati profit e non (terzo settore).

Funzioni e personale presente nella rete territoriale di ASST

La Direzione Sociosanitaria presiede la governance dei percorsi integrati di presa in carico dei pazienti sia ospedalieri che territoriali in un'ottica di salute globalmente intesa e di continuità ospedale territorio:

- garantendo la continuità dei percorsi verso la rete territoriale in un'ottica di programmazione delle attività sociosanitarie e sociali;
- collaborando alle attività volte ad assicurare l'appropriatezza, la qualità delle prestazioni erogate, nonché il loro costante miglioramento;
- svolgendo attività di indirizzo, coordinamento, supporto e verifica nei confronti dei responsabili dei servizi preposti all'integrazione multiprofessionale dei percorsi e promuovendo l'integrazione tra i servizi stessi e il territorio;
- fornendo al Direttore Generale pareri obbligatori nelle materie di competenza devolute dall'ordinamento e supportandolo nelle problematiche a valenza sociosanitaria e sociale.

I settori in cui si articolano le funzioni territoriali in capo alla Direzione Sociosanitaria sono i seguenti:

- area dell'integrazione sociosanitaria e sociale nella presa in carico della cronicità e fragilità attraverso team multidisciplinari (infermiere di famiglia e servizio sociale professionale, medico specialista);
- area della prevenzione e promozione della salute e di corretti stili di vita;
- area delle reti clinico assistenziali;
- area della telemedicina;
- area dei rapporti con il volontariato e con gli enti del terzo settore.

Date le linee strategiche, le attività che fanno capo alla Direzione Sociosanitaria sono principalmente:

- sovrintendere i processi di cura e assistenza post acuti e riabilitativi trasversali nelle articolazioni organizzative aziendali;
- assicurare la funzione di raccordo con il territorio, promuovendo e coordinando progettualità innovative nell'ambito della promozione della salute in collaborazione con tutti gli attori del sistema sanitario, sociosanitario e sociale;
- assicurare le funzioni di governo della presa in carico dei pazienti cronici e fragili anche mediante lo sviluppo di strumenti di telemedicina in tutti gli ambiti specialistici propri dell'azienda;
- promuovere e coordinare le attività e gli strumenti di telemedicina, sviluppando reti sussidiarie di supporto ai processi di diagnosi e cura;
- assicurare la funzione di raccordo con gli Enti del Terzo Settore (ETS).

La gestione della continuità del percorso di cura rappresenta l'aspetto più rilevante e in tale prospettiva assume particolare importanza l'attività di promozione attiva dell'integrazione tra le prestazioni erogate in ambito ospedaliero e le prestazioni erogate in sede extraospedaliera.

Alla Direzione Sociosanitaria è quindi affidato il compito di assicurare ai pazienti la continuità assistenziale, secondo diverse modalità operative:

- direttamente, attraverso la presa in carico del paziente e l'erogazione da parte delle proprie strutture erogatrici sia in setting di ricovero sia nel setting ambulatoriale;
- mantenendo la presa in carico, attraverso l'erogazione di prestazioni svolte in collaborazione con gli altri erogatori accreditati, nell'ambito delle relazioni di rete;
- garantendo percorsi protetti di presa in carico da parte di altri erogatori accreditati all'interno del sistema sociosanitario regionale.

Dalla DSS dipendono gerarchicamente le UOS "Gestione Cronicità e Processi Integrati" e "Promozione della salute e offerta vaccinale". La DSS governa poi la funzione "Rapporti con Enti del Terzo Settore".

In dipendenza funzionale dalla UOS "Gestione Cronicità e Processi Integrati" si trova il Servizio Sociale Professionale, il Nucleo Assistenziale di Integrazione Ospedale-Territorio (NAIOT) e le funzioni di "Promozione e governo strumenti di telemedicina" e "Raccordo rete territoriale e reti clinico assistenziali".

La **UOS Gestione Cronicità e Processi Integrati** persegue lo scopo di assicurare e gestire all'interno dell'azienda i processi integrati multiprofessionali di presa in carico dei pazienti cronici e fragili che a vario titolo accedono ai differenti setting assistenziali dell'azienda. In particolare, la UOS garantisce la pianificazione e la gestione dei processi di continuità ospedale territorio nella fase di dimissione dai reparti acuti e riabilitativi con particolare attenzione ai pazienti complessi e fragili. Garantisce inoltre il raccordo operativo con le strutture territoriali (Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedale di comunità, unità d'offerta sociosanitarie) e le Cure Primarie.

All'UOS sono assegnate in particolare le seguenti responsabilità:

- coordinare il Nucleo Assistenziale di Integrazione Ospedale Territorio, composto da 3 assistenti sociali, 2 IFeC, 1 infermiere e 1 amministrativo, per le attività connesse alle dimissioni protette e alla continuità dei percorsi di cura ospedale territorio, garantendo il raccordo operativo con il sistema della rete territoriale delle cure ed in particolare con gli enti erogatori di servizi di riabilitazione, cure intermedie, assistenza domiciliare, cure primarie, servizi residenziali sociosanitari e le nuove unità di offerta introdotte con il DM 77 (COT, CdC e OdC);

- garantire agli assistiti in carico all'azienda le cure appropriate per la gestione delle patologie croniche, promuovendo modelli operativi integrati di presa in carico in raccordo con le strutture aziendali coinvolte, con la rete territoriale sociosanitaria e sociale e le associazioni di volontariato;
- definire e coordinare, in raccordo con le altre funzioni afferenti alla DSS coinvolte, modelli organizzativi basati sulla valutazione multidimensionale della complessità e processi integrati multidisciplinari di presa in carico del paziente complesso e fragile a garanzia della continuità di cura e assistenza tra ospedale e territorio, assicurandone la condivisione con la rete territoriale;
- collaborare con le strutture aziendali preposte alla definizione di percorsi, anche di "fast track", dedicati alle persone fragili e vulnerabili ai servizi di Pronto Soccorso e ambulatoriali dell'azienda in un'ottica di equità, uniformità e facilitazione dell'accesso;
- coordinare la funzione "Promozione e governo strumenti di telemedicina" per lo sviluppo di percorsi specifici per la presa in carico della cronicità e della disabilità nell'ambito della telemedicina;
- coordinare la funzione "Raccordo rete territoriale e reti clinico assistenziali" per lo sviluppo dei progetti di rete negli ambiti di competenza dell'azienda e in attuazione delle disposizioni regionali;
- favorire e promuovere, in stretto raccordo con la funzione "Rapporti con il terzo Settore" la partecipazione del volontariato nello sviluppo e realizzazione dei percorsi integrati sociosanitari;
- promuovere e gestire i percorsi formativi nell'ambito di competenza in collaborazione con le articolazioni organizzative dell'azienda e con enti esterni.

La **UOS Promozione della salute e offerta vaccinale** persegue lo scopo di assicurare e gestire i processi aziendali correlati alla prevenzione e promozione della salute secondo l'approccio "One Health", in particolare garantisce il coordinamento dei processi vaccinali posti in capo all'azienda, raccordandosi con le UO aziendali e gli enti esterni di riferimento. La UOS inoltre promuove e assicura l'attuazione dei progetti rivolti a specifici target di popolazione relativi all'attività fisica e motoria quale strumento di promozione della salute e di corretti stili di vita in stretto raccordo con ATS e le istituzioni presenti sul territorio.

All'UOS sono assegnate, in particolare, le seguenti responsabilità:

- pianificare e realizzare i programmi di promozione della salute e prevenzione di fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche nonché dei fattori di rischio della disabilità e non autosufficienza
- promuovere già dalla fase acuta di malattia l'integrazione dei percorsi di prevenzione dedicati ai pazienti vulnerabili e fragili in collaborazione con le strutture aziendali e territoriali anche mediante lo sviluppo di metodiche di engagement dei pazienti e delle loro famiglie;

- assicurare i LEA attraverso la programmazione, erogazione e governance delle attività integrate multidisciplinari di vaccinazione e promozione della salute;
- gestire i processi correlati all'offerta vaccinale in capo all'azienda per target di popolazione e per categorie a rischio (patologia/status) anche nell'ambito della presa in carico individuale, per il raggiungimento degli obiettivi regionali e nazionali, in coerenza con le disposizioni regionali e di ATS;
- promuovere e coordinare progetti innovativi multisettoriali a sostegno di corretti stili di vita negli ambiti propri dell'azienda quali l'area del movimento e dell'attività fisica e sportiva, agendo in stretto raccordo con le strutture e aziendali proposte e con ATS, con i servizi territoriali e con gli enti del terzo settore;
- coordinare e pianificare le attività connesse con il programma regionale WHP "aziende che promuovono salute", favorendo lo sviluppo di una cultura della prevenzione globalmente intesa nell'ambito aziendale, in stretto raccordo con le strutture aziendali coinvolte;
- collaborare con il referente aziendale ai percorsi formativi, alle attività di ricerca e allo sviluppo di progettualità nell'ambito della medicina di genere;
- favorire e promuovere, in stretto raccordo con la funzione "Rapporti con il terzo Settore" la partecipazione del volontariato nello sviluppo e realizzazione dei percorsi di prevenzione e promozione della salute;
- promuovere e gestire i percorsi formativi nell'ambito di competenza anche in collaborazione con le articolazioni organizzative dell'azienda e con enti esterni.

Il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale

Linee programmatiche generali per lo sviluppo del polo territoriale

La ASST Pini-CTO intende migliorare la continuità di cura e promuovere l'integrazione ospedale territorio attraverso lo sviluppo di alcune progettualità che fanno riferimento a 3 linee programmatiche principali:

1. Sviluppo di percorsi di cura integrati
 - 1.1. Nucleo Assistenziale di Integrazione Ospedale-Territorio
 - 1.1.1. Implementazione Protocollo Dimissioni Protette della Città di Milano
 - 1.2. Presa in carico ospedaliera
 - 1.3. Integrazione percorsi interni
 - 1.4. Costruzione percorsi di rete
 - 1.5. Psicologia Clinica

2. Promozione della salute

2.1. Vaccinazioni

2.2. Sviluppo di eventi formativi per la promozione della salute nell'ambito della partecipazione al Progetto Invecchiamento Attivo della città di Milano

2.3. Laboratorio di Promozione Attività Fisica e Movimento

3. Sviluppo della telemedicina

Di seguito si riporta la tabella in cui gli ambiti progettuali compresi all'interno delle linee programmatiche principali sono stati ricondotti alle aree tematiche di sviluppo del polo territoriale e alle linee di intervento in ambito sociale. Come si evince dalla tabella, alcune progettualità intervengono su più aree tematiche sociosanitarie e linee di intervento sociali. Per evitare ridondanze, nel successivo paragrafo, gli ambiti progettuali riportati nel precedente elenco sono ricondotti all'area tematica prevalente.

| | | Linea di intervento | | | | | |
|--|-----|---------------------|------------------------|-------------------------|----------------|-----------------------|--------------------------|
| | | Area prevenzione | Area materno-infantile | Area minori-adolescenti | Area autonomia | Area fragilità | Area grave emarginazione |
| Area Tematica | | LI1 | LI2 | LI3 | LI4 | LI5 | LI6 |
| Valutazione | AT1 | | | | | 1.1 | |
| Continuità dell'assistenza tra setting di cura | AT2 | | | 1.5 | 1.5 | 1.1 - 1.3 - 1.4 - 1.5 | 1.1 |
| Cure domiciliari | AT3 | | | | | 3 | |
| Percorsi di integrazione con le cure primarie | AT4 | | | 1.5 | | | |
| Prevenzione e promozione della salute | AT5 | 2.1 - 2.2 - 2.3 | | | | 2.2 | |
| Telemedicina | AT6 | | | | 3 | 3 | |
| PIC cronici e fragili | AT7 | | 1.2 | 1.2 | | 1.2-1.3 - 1.5 | 1.2 |

Aree di intervento

1. Continuità dell'assistenza nei setting assistenziali

| | |
|---|--|
| Criticità o razionale del progetto | NUCLEO ASSISTENZIALE DI INTERGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO (1.1) |
| Destinatari specifici dell'intervento (target) | <ul style="list-style-type: none"> • Pazienti ricoverati che necessitano di dimissione protetta • Pazienti in dimissione da PS con bisogni assistenziali e sociali complessi • Pazienti presi in carico ambulatorialmente con bisogni assistenziali e sociali complessi |
| Descrizione del servizio / progetto | <p>Il Nucleo Assistenziale di Integrazione Ospedale Territorio gestisce le dimissioni protette dei pazienti dell'ospedale verso il successivo setting di cura. È coordinato dalla SS Gestione Cronicità e Processi Integrati, in staff alla DSS, ed è composto da 3 assistenti sociali, 2 IFEC, 1 infermiere e 1 amministrativo. Nel corso del 2023 il NAIOT si è dotato di una procedura che consente l'attivazione tempestiva della presa in carico dei casi complessi e la gestione integrata del paziente con le unità operative cliniche, compreso il Pronto Soccorso.</p> <p>Il NAIOT si occupa principalmente di pazienti in ricovero ordinario, ma anche di pazienti seguiti a livello ambulatoriale e in accesso ai PS aziendali con l'obiettivo di supportare le unità cliniche nella valutazione multidimensionale del bisogno del paziente e nella definizione del percorso di cura più appropriato. L'attività del Nucleo è finalizzata a consentire da un lato il miglioramento dell'esperienza di cura del paziente e dall'altro l'efficienza del processo di gestione della dimissione protetta. Il processo di miglioramento continuo dell'attività del NAIOT prevede interventi nei seguenti cinque ambiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il funzionamento dei processi interni • La sincronizzazione del flusso di attività con l'azione di bed management • Lo sviluppo dei rapporti con le COT territoriali • Il monitoraggio delle prestazioni del NAIOT • La formazione degli operatori sanitari. <p>Il primo ambito di attività consiste nella standardizzazione e formalizzazione in procedure delle prassi di gestione dei casi complessi all'interno dell'ospedale a partire dal Pronto Soccorso.</p> <p>Nello sviluppo delle procedure interne sono tenuti in considerazione protocolli regionali e locali tesi ad omogeneizzare le pratiche aziendali.</p> <p>Il secondo è l'integrazione dei processi di bed management e gestione delle dimissioni protette per consentire l'ottimizzazione delle attività di NAIOT in funzione della massimizzazione della produttività della risorsa posto letto.</p> <p>Il terzo è lo sviluppo dei rapporti con le COT territoriali da un lato sulla base delle indicazioni di armonizzazione promosse a livello regionale e delle singole ATS e dall'altro costruendo una base dati condivisa tra tutti gli operatori di NAIOT per la gestione delle comunicazioni con le COT dei diversi territori.</p> <p>Il quarto è la costruzione di un cruscotto di monitoraggio finalizzato a misurare le prestazioni di NAIOT e di quelle delle unità cliniche nel processo di gestione delle dimissioni protette e a identificare i bisogni aziendali nello sviluppo e potenziamento dei rapporti con gli enti erogatori dei servizi territoriali.</p> <p>Infine l'organizzazione di corsi di formazione degli operatori sanitari, direttamente e indirettamente coinvolti nel processo di gestione delle dimissioni protette, per diffondere la cultura della presa in carico complessiva dei bisogni del paziente e dell'importanza di garantire la continuità assistenziale del percorso di cura.</p> |
| Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale) | Tutti gli ambiti territoriali |
| Attori/Enti coinvolti | ASST Pini-CTO |

| | |
|---|--|
| Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico) | SS gestione Cronicità e Processi Integrati NAIOT |
| Progettualità presente anche nel Piano di Zona | No |
| Anno Avvio / Anno Fine | Triennio |
| Indicatore e risultato atteso | <p>Miglioramento dell'esperienza di cura del paziente</p> <p>Identificazione tempestiva dei casi complessi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tempo medio di segnalazione a NAIOT <p>Riduzione del tempo di degenza non appropriata dei pazienti segnalati a NAIOT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tempo medio di degenza dei pazienti inviati in strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie <p>Favorire la dimissione protetta in cure domiciliari</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numero di dimissioni a domicilio con attivazione C-Dom, CP-Dom • Numero di dimissioni a domicilio con richiesta attivazione o ampliamento SAD |

| | |
|---|---|
| Criticità o razionale del progetto | IMPLEMENTAZIONE DEL PROTOCOLLO SULLE DIMISSIONI PROTETTE DELLA CITTA' DI MILANO (1.1.1) |
| Destinatari specifici dell'intervento (target) | <ul style="list-style-type: none"> • Pazienti ricoverati che necessitano di dimissione protetta residenti o domiciliati nel comune di Milano |
| Descrizione del servizio / progetto | <p>ATS Milano ha emesso il protocollo sulle dimissioni protette della città di Milano a cui hanno aderito le ASST Gaetano Pini-CTO, Santi Paolo e Carlo, Fatebenefratelli-Sacco e Niguarda, l'IRCCS Policlinico e il Comune di Milano.</p> <p>Il protocollo è stato stilato congiuntamente con ATS, le 4 ASST, l'IRCCS e il Comune e contiene la descrizione del flusso di attività del processo di dimissione protetta per ciascuna delle principali categorie di setting di dimissione, evidenziando i momenti caratteristici in cui diventa cruciale la collaborazione tra aziende sanitarie e comune, definendo chi fa cosa, con quali strumenti e quali tempistiche. Ciascuna delle aziende sanitarie si è inoltre impegnata a effettuare la raccolta dati finalizzata al monitoraggio del funzionamento e degli esiti del protocollo.</p> |
| Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale) | Tutti i distretti della città di Milano |
| Attori/Enti coinvolti | <p>ATS Milano</p> <p>ASST Pini-CTO</p> <p>ASST Fatebenefratelli-Sacco</p> <p>ASST Santi Paolo e Carlo</p> <p>ASST Niguarda</p> <p>Comune di Milano</p> |
| Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico) | <p>SS Gestione Cronicità e Processi Integrati</p> <p>NAIOT</p> <p>UNITA' CLINICHE</p> <p>COT città di Milano</p> <p>Comune di Milano</p> |
| Progettualità presente anche nel Piano di Zona | Si |
| Anno Avvio / Anno Fine | Triennio |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Indicatore e risultato atteso | <ul style="list-style-type: none"> • N dimissioni protette livello 2 b (dimissione al domicilio con attivazione Servizio Sociale Comunale) e tempo medio degenza • N dimissioni protette livello 3 b (dimissione verso struttura residenziale sociosanitaria con attivazione servizio sociale comunale) e tempo medio degenza • N segnalazioni Protezione Giuridica inviate al Tribunale relative a pazienti in dimissione protetta e tempo medio degenza |
|--------------------------------------|--|

| | |
|---|---|
| Criticità o razionale del progetto | PRESA IN CARICO OSPEDALIERA (1.2) |
| Destinatari specifici dell'intervento (target) | <ul style="list-style-type: none"> • Pazienti in follow up ambulatoriale in dimissione dai reparti ospedalieri • Pazienti in follow up ambulatoriale in fase post-acuta • Pazienti cronici in follow up ambulatoriale |
| Descrizione del servizio / progetto | <p>A seguito della DGR 1827/2024 e della DGR 2755/2024 la ASST Pini-CTO deve garantire la presa in carico dei pazienti in dimissione dai reparti e in follow up ambulatoriale secondo i propri percorsi interni di cura prescrivendo, prenotando e erogando le prestazioni ambulatoriali successive.</p> <p>Nel corso del secondo semestre 2024 si è provveduto all'analisi e sistematizzazione dei percorsi interni attuali, nonché all'identificazione delle agende CUP dedicate esclusivamente alla gestione dei pazienti in carico. Per la fine dell'anno è previsto il rilascio di un documento organizzativo che costituirà la base di partenza per i successivi progetti di miglioramento per consentire di intervenire sulle criticità esistenti e colmare eventuali gap con le richieste della norma regionale.</p> <p>La prima area specifica di intervento per il 2025 sarà la differenziazione della gestione dell'attività di prenotazione dei pazienti in dimissione rispetto a quelli in follow up ambulatoriale, favorendo la strutturazione di un processo omogeneo a livello aziendale.</p> <p>Per quanto riguarda la PIC, la ASST Pini-CTO collaborerà con le cooperative di MMG e con le ASST sede di dipartimento di cure primarie del territorio di ATS Milano al fine di rendere disponibili spazi ambulatoriali per i pazienti presi in carico e con PAI stilato dal proprio MMG. Ciascuna richiesta di convenzionamento sarà valutata e negoziata fino a raggiungere un massimo del 2% degli slot ambulatoriali disponibili.</p> |
| Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale) | Tutti gli ambiti territoriali |
| Attori/Enti coinvolti | ASST Pini-CTO Cooperative MMG |
| Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico) | SS Gestione Cronicità e processi interni Unità Operative Cliniche SC Gestione Operativa SC Accoglienza DMP |
| Progettualità presente anche nel Piano di Zona | No |
| Anno Avvio / Anno Fine | triennio |
| Indicatore e risultato atteso | <p>Aumento delle prestazioni erogate a pazienti presi in carico nei percorsi interni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numero di prestazioni ambulatoriali di controllo con flag percorsi interni in 28 san <p>Miglioramento della soddisfazione dei pazienti nelle modalità di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali</p> |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Riduzione del flusso a CUP per la componente dei pazienti dimessi con follow up ambulatoriale |
|--|---|

| | |
|---|--|
| Criticità o razionale del progetto | INTEGRAZIONE Percorsi Interni – Percorso Integrato Paziente Ortopedico (1.3) |
| Destinatari specifici dell'intervento (target) | <ul style="list-style-type: none"> Pazienti ortopedici con bisogni riabilitativi a seguito dell'intervento chirurgico |
| Descrizione del servizio / progetto | <p>La ASST Pini-CTO è centro di eccellenza per la traumatologia e la chirurgia ortopedica.</p> <p>Un punto di forza della ASST è quella di possedere una filiera integrata con due presidi ospedalieri principalmente dedicati alla cura dell'acuzie e un polo riabilitativo, il Fanny Finzi Ottolenghi, con 120 posti letto di medicina fisica e riabilitazione.</p> <p>La produzione 2023 del FFO non è tornata ai livelli pre-covid e la saturazione dei posti letto suggerisce che le potenzialità connesse all'integrazione verticale della filiera produttiva non vengono adeguatamente sfruttate.</p> <p>Questa osservazione è supportata anche dal fatto che nel 2023 solo il 30% dei pazienti dimessi dai reparti del presidio Pini in un istituto riabilitativo, a seguito di ricovero chirurgico ortopedico, sono stati ricoverati presso il FFO.</p> <p>La Direzione Sanitaria della ASST ha avviato nel corso del secondo semestre 2024 un percorso che prevede l'accesso quotidiano di un fisiatra al presidio Pini per la valutazione dell'eleggibilità alla riabilitazione specialistica del FFO dei pazienti in prima giornata post-operatoria.</p> <p>Contestualmente per evitare ripercussioni negative connesse al fisiologico processo di saturazione dei posti letto del FFO, è stato introdotto un correttivo del flusso che prevede un ritorno quotidiano ai coordinatori infermieristici dei reparti, da parte del fisiatra, per effettuare la segnalazione tempestiva a NAIOT dei pazienti eleggibili per la riabilitazione specialistica ma senza previsione di dimissione in tempi congruenti con il tempo di degenza.</p> <p>Nel corso del 2025 sarà introdotto un monitoraggio sull'andamento delle segnalazioni per l'invio a riabilitazioni esterne e l'ampliamento delle strutture esterne con cui attivare percorsi integrati specifici.</p> |
| Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale) | Tutti gli ambiti territoriali |
| Attori/Enti coinvolti | ASST Pini-CTO |
| Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico) | SS Gestione Cronicità e processi interni NAIOT Fisiatri Fanny Finzi Ottolenghi Coordinatori infermieristici Unità Operative Cliniche |
| Progettualità presente anche nel Piano di Zona | No |
| Anno Avvio / Anno Fine | Triennio |
| Indicatore e risultato atteso | <ul style="list-style-type: none"> Numero pazienti dimessi al polo FFO e tempo medio degenza Numero pazienti dimessi in riabilitazione specialistica e tempo medio degenza |

| | |
|---|---|
| Criticità o razionale del progetto | INTEGRAZIONE PERCORSI INTERNI – PERCORSO PAZIENTE CON FRATTURA DI FEMORE DA FRAGILITA' (1.3) |
| Destinatari specifici dell'intervento (target) | <ul style="list-style-type: none"> Pazienti operati per frattura di femore da fragilità |
| Descrizione del servizio / progetto | <p>La ASST Pini-CTO è sede della SC Osteoporosi e malattie metaboliche dell'osso, centro di riferimento della rete regionale per la prevenzione e cura dell'osteoporosi.</p> <p>Il progetto mira a rendere operativo il fracture liaison service previsto dalla DGR 6327/2022 adibito alla gestione integrata del paziente con frattura di femore da osteoporosi.</p> <p>Il progetto ha come capofila la SC osteoporosi e malattie metaboliche dell'osso e coinvolge tutte le strutture del dipartimento ortopedico che effettuano interventi chirurgici per il trattamento della frattura di femore e il polo riabilitativo Fanny Finzi Ottolenghi.</p> <p>I pazienti con frattura di femore con indicazione alla riabilitazione specialistica in regime di ricovero saranno valutati dai fisiatristi del FFO e, se elegibili, dimessi nella struttura riabilitativa della ASST.</p> <p>Nel corso del ricovero riabilitativo lo specialista della SC Osteoporosi e Malattie Metaboliche dell'Osso effettuerà la valutazione dei pazienti per identificare quelli per cui esiste l'indicazione all'inserimento nel percorso interno di follow up ambulatoriale e trattamento farmacologico necessario alla prevenzione di successive fratture causate da fragilità e stilerà il piano terapeutico per la dispensazione del farmaco.</p> |
| Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale) | Tutti gli ambiti territoriali |
| Attori/Enti coinvolti | ASST Pini-CTO |
| Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico) | <ul style="list-style-type: none"> SS Gestione Cronicità e processi interni Unità Cliniche Ortopediche SC Medicina Fisica e Riabilitazione Specialistica SC Osteoporosi E Malattie Metaboliche Dell'osso |
| Progettualità presente anche nel Piano di Zona | No |
| Anno Avvio / Anno Fine | triennio |
| Indicatore e risultato atteso | <p>Presa in carico integrata del paziente con frattura di femore causata da fragilità e conseguente riduzione di successivi episodi di frattura</p> <ul style="list-style-type: none"> Numero di pazienti con frattura di femore dimessi da Pini e CTO al FFO Numero di pazienti con valutazione per accesso a percorso integrato Numero pazienti con attivazione percorso integrato ambulatoriale |

| | |
|---|---|
| Criticità o razionale del progetto | COSTRUZIONE PERCORSI DI RETE – PERCORSO DI PROSSIMITA' DELLE TERAPIE FILE F (1.4) |
| Destinatari specifici dell'intervento (target) | <ul style="list-style-type: none"> Pazienti in carico alla ASST Pini-CTO in terapia biologica dispensata da farmacia ospedaliera |
| Descrizione del servizio / progetto | <p>La DGR 1827/2024 e il protocollo G1.2024.0003028 del 29/01/2024, pubblicato dalla DGW prevedono che le terapie destinate ad assistiti lombardi, stabili e che non necessitano di continui controlli, possono essere erogate, su richiesta del paziente ed in accordo con il clinico prescrittore, da una struttura sanitaria lombarda di prossimità: ASST competente territorialmente (residenza/domicilio</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>sanitario), che assumono il ruolo di Centro Erogatore, anche se non individuate come presidio di rete per la specifica malattia e anche in assenza di specialista abilitato alla prescrizione.</p> <p>Il progetto ha l'obiettivo di sviluppare e implementare la procedura del percorso di dispensazione in prossimità dei pazienti in terapia con farmaci biologici e con piano terapeutico presso la ASST Pini-CTO.</p> |
| Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale) | Tutti gli ambiti territoriali |
| Attori/Enti coinvolti | ASST Pini-CTO Farmacie ospedaliere |
| Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico) | Farmacia ospedaliera SC Clinica Reumatologica SC Clinica Reumatologica Pediatrica Sc Osteoporosi e Malattie Metaboliche dell'Osso SS Gestione Cronicità e Processi Integrati |
| Progettualità presente anche nel Piano di Zona | No |
| Anno Avvio / Anno Fine | Triennio |
| Indicatore e risultato atteso | Riduzione degli accessi dei pazienti stabili per dispensazione farmaci biologici: <ul style="list-style-type: none"> • Riduzione visite reumatologiche di controllo per aggiornamento piano terapeutico • Aumento televisite reumatologiche di controllo per aggiornamento piano terapeutico |

| | |
|---|---|
| Criticità o razionale del progetto | CONSTRUZIONE PERCORSI DI RETE – EARLY ARTHRITIS CLINIC PEDIATRICA (1.4) |
| Destinatari specifici dell'intervento (target) | <ul style="list-style-type: none"> • Pazienti pediatrici con sospetta artrite idiopatica giovanile |
| Descrizione del servizio / progetto | <p>La SC Clinica Reumatologica Pediatrica della ASST Pini-CTO è uno dei centri di eccellenza sul territorio nazionale per la diagnosi e cura dell'artrite idiopatica giovanile.</p> <p>Il progetto prevede l'avvio di una Early Arthritis Clinic pediatrica che garantisca una risposta tempestiva alle richieste di diagnosi provenienti dai MMG del territorio con un pacchetto di prestazioni ambulatoriali organizzato in uno o due accessi, che permetta una presa in carico precoce e il trattamento del paziente pediatrico con artrite.</p> <p>Il progetto prevede il coinvolgimento dei MMG appartenenti a 5 distretti di 2 ASST di Milano: Nord e Santi Paolo e Carlo, avviato nel 2024.</p> <p>Gli specialisti della ASST Pini-CTO effettueranno due incontri di formazione specifici per l'identificazione dei pazienti da inviare tempestivamente alla EAC, comprensivo di strumenti operativi a supporto della valutazione dei pazienti.</p> <p>La ASST Pini-CTO metterà a disposizione dei PLS slot dedicati ai pazienti e garantiranno il primo accesso diagnostico in massimo due settimane, anche in base alla condizione e gravità riferita.</p> |
| Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale) | ASST Nord Milano ASST Santi Paolo e Carlo |
| Attori/Enti coinvolti | ASST Pini-CTO ASST Nord Milano ASST Santi Paolo e Carlo |

| | |
|---|---|
| Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico) | SS Gestione Cronicità e processi interni SC Clinica Reumatologica Pediatrica SC Accoglienza DMP DAPSS PLS/MMG DSS ASST esterne |
| Progettualità presente anche nel Piano di Zona | No |
| Anno Avvio / Anno Fine | annuale |
| Indicatore e risultato atteso | Aumento della tempestività di presa in carico e trattamento del paziente pediatrico con esordio di artrite idiopatica giovanile <ul style="list-style-type: none"> • Numero pazienti inviati alla EAC da PLS e MMG • Numero di pazienti inviati e presi in carico in percorsi interni della SC Clinica Reumatologica Pediatrica |

| | |
|---|---|
| Criticità o razionale del progetto | COSTRUZIONE PERCORSI DI RETE – CENTRO PER LA FAMIGLIA PARKINSON E PARKINSONISMI (1.4) |
| Destinatari specifici dell'intervento (target) | <ul style="list-style-type: none"> • Pazienti affetti da Parkinson e parkinsonismi e le loro famiglie |
| Descrizione del servizio / progetto | <p>La ASST Pini-CTO è partner di Fondazione Pezzoli nell'implementazione del Centro per la famiglia dei pazienti con parkinson e parkinsonismi. Le famiglie dei pazienti sono protagoniste nella gestione di questa malattia cronica neurodegenerativa. L'analisi del fabbisogno delle famiglie dei pazienti con diagnosi di malattia di Parkinson ha messo in evidenza la necessità di focalizzarsi su:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la funzione delle famiglie nella gestione di questa malattia cronica; • le criticità della famiglia; • le funzioni di informazione e orientamento. <p>Il centro per la famiglia, avviato a luglio del 2024, erogherà anche nel 2025 i seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gruppi psico-educativi, finalizzati ad informare e formare sul tema della promozione del benessere, per aumentare la consapevolezza relativa all'importanza di avere uno stile di vita sano per poter "invecchiare bene"; • sportello "Family care" per fornire informazione e orientamento relativamente ai principali bisogni di presa in carico e cura dei propri congiunti con diagnosi di malattia di Parkinson, al fine di indirizzare le famiglie verso il percorso più appropriato; • spazi di confronto e di condivisione in gruppo tra i diversi caregivers di vissuti ed esperienze, legati agli aspetti di fatica del ruolo di cura, per promuovere la condivisione di vissuti emotivi, informare su tematiche burocratiche come ad esempio l'amministratore di sostegno, rafforzare le competenze di caregivers professionali e assistenti familiari e offrire uno spazio di ascolto e accompagnamento ai familiari di persone con malattia di Parkinson. |
| Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale) | Regionale |
| Attori/Enti coinvolti | Fondazione Pezzoli ASST Pini-CTO |

| | |
|--|--|
| Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico) | SC Centro Parkinson NAIOT |
| Progettualità presente anche nel Piano di Zona | No |
| Anno Avvio / Anno Fine | annuale |
| Indicatore e risultato atteso | <p>Miglioramento della presa in carico del paziente affetto da Parkinson e parkinsonismi con coinvolgimento delle famiglie</p> <ul style="list-style-type: none"> • numero richieste servizi al centro • numero gruppi di orientamento • numero interventi orientamento NAIOT |

| | |
|--|--|
| Criticità o razionale del progetto | COSTRUZIONE PERCORSI DI RETE ⇨ PAZIENTE CON MIELOLESIONE E PAZIENTI CON ALTRA DISABILITA' ACQUISITA (1.4) |
| Destinatari specifici dell'intervento (target) | <ul style="list-style-type: none"> • pazienti mielolesi in dimissione dal reparto di riabilitazione specialistica della SC Riabilitazione Mielolesi del presidio CTO • pazienti con disabilità acquisita in dimissione da altri reparti della ASST |
| Descrizione del servizio / progetto | <p>La SC Riabilitazione Mielolesi si occupa della cura e riabilitazione dei pazienti con mielolesione in regime di ricovero ordinario e ambulatoriale.</p> <p>La SC svolge l'attività di ricovero ordinario nel reparto di riabilitazione specialistica composto da 19 posti letto dedicati.</p> <p>Nel 2023 il reparto ha effettuato 77 dimissioni di pazienti la cui provenienza è stata per il 45% da territori di competenza di ATS Milano, per un altro 45% dalle restanti ATS lombarde e per il restante 5% da fuori regione.</p> <p>La lesione midollare è un evento che cambia la vita, la possibilità di interventi sanitari e sociali adeguati consente di gestire una vita attiva senza costi eccessivi per famiglie e società.</p> <p>La ASST Pini-CTO intende integrare i servizi offerti ai propri pazienti con mielolesione, a partire dai residenti nella città di Milano, attraverso un progetto di integrazione con il sistema dei servizi sociali che faciliti l'aggancio dei pazienti ai Centri per la Vita Indipendente.</p> <p>Così come descritto nella legge regionale 25/2022, i CVI erogano un servizio complementare e integrativo a sostegno delle competenze dei servizi sociali di base, con la funzione di contribuire al progetto di vita della persona per quanto concerne tutti gli aspetti necessari alla vita indipendente.</p> <p>Il coinvolgimento del CVI nel percorso del paziente con mielolesione sin dal ricovero sarà una condizione facilitante per l'accesso ai servizi e sostegni che la persona con disabilità può chiedere al comune di residenza o ad altri enti.</p> <p>La definizione di un protocollo di valutazione multidimensionale e supporto alla costruzione del progetto di vita indipendente presso i CVI in fase di dimissione protetta dal reparto consentirà il miglioramento della risposta al complesso dei bisogni dei pazienti mielolesi attraverso una presa in carico di rete.</p> |
| Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale) | Comunale |
| Attori/Enti coinvolti | ASST Pini-CTO Comune di Milano |
| Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico) | SS Gestione Cronicità e Processi Integrati NAIOT SC Riabilitazione Mielolesi |

| | |
|---|--|
| | SC Cliniche segnalanti pazienti con disabilità acquisita |
| Progettualità presente anche nel Piano di Zona | No |
| Anno Avvio / Anno Fine | Triennale |
| Indicatore e risultato atteso | <p>Integrazione della risposta al bisogno del paziente mieloleso in dimissione dal reparto per gli aspetti a rilevanza sociale finalizzata al mantenimento del maggior grado possibile di autonomia e indipendenza in fase di reinserimento sociale a seguito dell'evento acuto determinante la disabilità.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numero pazienti con mielolesione residenti a Milano con richiesta di consulenza per Progetto di Vita a CVI • Numero pazienti con altra disabilità acquisita residenti a Milano con richiesta di consulenza per Progetto di Vita a CVI |

| | |
|---|---|
| Criticità o razionale del progetto | POTENZIAMENTO DELLE PRESTAZIONI DI VALUTAZIONE E SUPPORTO PSICOLOGICO PER I PAZIENTI IN CARICO ALLA ASST (1.5) |
| Destinatari specifici dell'intervento (target) | <p>Pazienti in carico alla ASST in tutti i setting assistenziali per i quali venga rilevato il bisogno di valutazione e supporto psicologico connesso agli impatti della patologia trattata, ad esempio per gli utenti che ricevono la diagnosi di una malattia a carattere degenerativo, come il Parkinson, o che, a seguito di un trauma, sono costretti ad affrontare un brusco cambiamento delle proprie condizioni di vita per una forte o completa riduzione dell'autonomia, come i pazienti amputati o mielolesi.</p> |
| Descrizione del servizio / progetto | <p>L'attuale dotazione organica di psicologi della ASST Gaetano Pini-CTO consente di erogare le attività di valutazione e supporto psicologico ai pazienti delle unità operative con più alta frequenza di condizioni con impatto fortemente negativo sullo stato e benessere cognitivo e psicologico: Centro Parkinson, Riabilitazione Mielolesi e Riabilitazione Cardiologica.</p> <p>Negli ultimi anni oltre a registrare enormi difficoltà nel soddisfare il bisogno delle unità già supportate, altre unità cliniche hanno espresso la necessità di avere a disposizione un servizio per la valutazione e il supporto psicologico dei propri pazienti in carico e dei caregiver coinvolti nel percorso di cura, come ad esempio la clinica reumatologica, in particolare per i pazienti con patologie rare e invalidanti e per i pazienti pediatrici, il centro di ortopedia oncologica e la terapia del dolore.</p> <p>Il nuovo piano di fabbisogno del personale prevede l'introduzione di 3 nuovi psicologi nell'organico della ASST.</p> <p>Nel corso del prossimo biennio il progetto prevede la costituzione di un'unità di psicologia clinica, coordinata dalla DSS, finalizzata a garantire l'accesso ai servizi di valutazione e supporto psicologico. Il progetto si articola nelle seguenti macro-fasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acquisizione e inserimento delle risorse umane aggiuntive • Costituzione dell'unità di psicologia clinica e dei meccanismi di coordinamento dei professionisti • Costruzione di strumenti omogenei per la valutazione del bisogno a supporto degli operatori sanitari delle unità cliniche e sviluppo delle procedure per l'attivazione del supporto psicologico • Introduzione e messa a regime dei nuovi strumenti e procedure per la presa in carico psicologica dei pazienti • Costruzione delle procedure di aggancio e affidamento ai servizi territoriali dei territori di riferimento • Costruzione dello strumento di monitoraggio delle prestazioni dell'unità di psicologia clinica |

| | |
|--|---|
| Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale) | Tutti gli ambiti territoriali |
| Attori/Enti coinvolti | ASST Pini-CTO |
| Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico) | SS Gestione Cronicità e Processi Integrati Psicologi Referenti medici delle unità cliniche NAIOT |
| Progettualità presente anche nel Piano di Zona | No |
| Anno Avvio / Anno Fine | triennale |
| Indicatore e risultato atteso | Integrazione del percorso di cura dei pazienti della ASST per gli aspetti attinenti all'area del bisogno psicologico. <ul style="list-style-type: none"> Numero pazienti con valutazione psicologica |

2. Prevenzione e Promozione della Salute

| | |
|--|---|
| Criticità o razionale del progetto | VACCINAZIONI - CAMPAGNA VACCINALE ANTIFLU (2.1) |
| Destinatari specifici dell'intervento (target) | Principalmente: <ul style="list-style-type: none"> Operatori sanitari e non sanitari ASST Pini-CTO Pazienti fragili ricoverati nei presidi ASST Pini-CTO |
| Descrizione del servizio / progetto | Il progetto prevede la programmazione e implementazione annuale delle azioni necessarie allo sviluppo della campagna vaccinale annuale secondo le indicazioni di DG Welfare e ATS Milano. |
| Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale) | Aziendale |
| Attori/Enti coinvolti | ASST Pini-CTO |
| Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico) | Farmacia SS Gestione cronicità e processi integrati DMP DAPSS Unità cliniche |
| Progettualità presente anche nel Piano di Zona | No |
| Anno Avvio / Anno Fine | triennale |
| Indicatore e risultato atteso | Aumento della percentuale dei soggetti vaccinati in ASST Pini-CTO tra gli operatori e i pazienti target in dimissione dai reparti |

| | |
|---|---|
| Criticità o razionale del progetto | PARTECIPAZIONE AL PIANO LOCALE INVECCHIAMENTO ATTIVO (2.2) |
| Destinatari specifici dell'intervento (target) | <ul style="list-style-type: none"> Utenti anziani coinvolti nell'ambito del Piano Locale di Invecchiamento Attivo |
| Descrizione del servizio / progetto | <p>ASST Pini-CTO, insieme alle ASST Fatebenefratelli-Sacco, Santi Paolo e Carlo e Niguarda, ha partecipato al partenariato del progetto Age-Mi-Up: spazi e reti cittadine per l'invecchiamento attivo, con capofila Spazio Aperto Servizi. Il progetto presentato ad ATS Milano è stato valutato come idoneo e passato alla fase di co-progettazione del Piano Locale per l'Invecchiamento Attivo. La SC Medicina Fisica e Riabilitazione Specialistica ha messo a disposizione spazi e risorse del Polo FFO per l'erogazione delle seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> Orientamento al territorio per i cittadini in uscita dai servizi sanitari Aggancio ai centri socioculturali per l'invecchiamento attivo, secondo i percorsi concordati, da proporre ai pazienti ad esempio in fase di dimissione dai reparti del Polo Fanny Finzi Ottolenghi, anche con la partecipazione attiva del NAIOT Organizzazione di attività sportive e programmi AFA/EFA Organizzazione di 2 eventi presso FFO Organizzazione di incontri formativi/informativi sull'invecchiamento attivo Organizzazione di 1 evento formativo presso il FFO |
| Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale) | Aziendale |
| Attori/Enti coinvolti | ASST Pini-CTO |
| Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico) | <p>SC Medicina Fisica e Riabilitazione Specialistica</p> <p>NAIOT</p> <p>SS Gestione Cronicità e Processi Integrati</p> |
| Progettualità presente anche nel Piano di Zona | (Sì) |
| Anno Avvio / Anno Fine | Annuale |
| Indicatore e risultato atteso | <ul style="list-style-type: none"> Numero di eventi organizzati presso il polo FFO Numero di soggetti partecipanti agli eventi del FFO |

| | |
|---|--|
| Criticità o razionale del progetto | LABORATORIO DI SCIENZE RIABILITATIVE E DEL MOVIMENTO UMANO (2.3) |
| Destinatari specifici dell'intervento (target) | <ul style="list-style-type: none"> Utenti coinvolti nelle attività progettuali e di ricerca del Laboratorio |
| Descrizione del servizio / progetto | <p>ASST Pini-CTO partecipa alla rete regionale delle strutture del Laboratorio di Promozione dell'Attività Fisica e Movimento.</p> <p>Nel corso del prossimo triennio, il Dipartimento di Riabilitazione della ASST, con la collaborazione di ATS Milano, delle altre ASST di Milano e dell'Università degli Studi di Milano, si propone di sviluppare un hub della ricerca sull'attività fisica e il movimento che affianchi i progetti del Laboratorio e ne consentano lo studio degli esiti, contribuendo non solo alla produzione scientifica nell'area specifica, ma permettano la selezione delle iniziative a maggior valore aggiunto per proporre la diffusione sul territorio comunale e regionale.</p> |

| | |
|--|---|
| | Inoltre si provvederà a sviluppare un progetto pilota per un Polo Tecnico di riferimento per i cittadini e/o per i professionisti del settore (ad esempio walking leader dei gruppi di cammino, gli MMG ecc.) che risponda al bisogno di orientamento allo svolgimento dell'attività motoria in relazione allo stato di salute. |
| Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale) | Comunale/Regionale |
| Attori/Enti coinvolti | ASST Pini-CTO ATS Milano Università degli Studi di Milano ASST Fatebenefratelli-Sacco ASST Santi Paolo e Carlo ASST Niguarda |
| Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico) | SC Medicina Fisica e Riabilitazione Specialistica SC del Dipartimento di Riabilitazione della ASST SS Gestione Cronicità e Processi Integrati |
| Progettualità presente anche nel Piano di Zona | No |
| Anno Avvio / Anno Fine | Triennale |
| Indicatore e risultato atteso | <ul style="list-style-type: none"> Numero iniziative Laboratorio |

3. Lo sviluppo della Telemedicina

| | |
|--|---|
| Criticità o razionale del progetto | SVILUPPO DELLA TELEMEDICINA (3) |
| Destinatari specifici dell'intervento (target) | <ul style="list-style-type: none"> Pazienti in follow up ambulatoriale |
| Descrizione del servizio / progetto | <p>Nel corso del triennio 2025-2027 si provvederà allo sviluppo e implementazione di progettualità specifiche per l'introduzione dei servizi di telemedicina. Le tempistiche di sviluppo delle progettualità sono connesse al rilascio della piattaforma regionale per i servizi di telemedicina.</p> <p>La programmazione aziendale prevede per il primo anno:</p> <ul style="list-style-type: none"> l'avvio delle attività in televisita per la Clinica Reumatologica e il Centro Parkinson lo sviluppo di un progetto di teleriabilitazione per i pazienti dimessi dal reparto di Riabilitazione Cardiologica |
| Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale) | Tutti gli ambiti territoriali |
| Attori/Enti coinvolti | ASST Pini-CTO |
| Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico) | SS Gestione Cronicità e Processi Integrati Unità cliniche DMP DAPSS Gestione Operativa SIA |

| | |
|---|---|
| Progettualità presente anche nel Piano di Zona | No |
| Anno Avvio / Anno Fine | Triennale |
| Indicatore e risultato atteso | Introduzione di televisita e teleriabilitazione <ul style="list-style-type: none"> • numero televisite erogate • numero progetti telemedicina avviati (telemonitoraggio, teleconsulto e teleassistenza) |

Monitoraggio del Piano e rendicontazione

Gli esiti intermedi delle azioni intraprese saranno valutati trimestralmente.

Oltre ai monitoraggi operativi interni, si produrrà una relazione annuale delle progettualità e dei servizi attivati, che sarà inviata ad ATS entro il 28/2 dell'anno successivo a quello a cui si riferisce il monitoraggio.

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);

Allegato 1: Tabella di Integrazione PPT-PDZ della Città di Milano

| LEPS Prioritario | MACRO AREA (Piani di Zona) | OBBIETTIVO DI SISTEMA | AREA TEMATICA (Piano dello Sviluppo del Polo Territoriale) | AS5 | AS3/ RC/CS | AMBITO | INDICATOR |
|--|-------------------------------|--|---|--|--|--|--|
| 1. Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato | 1. persone con disabilità | 1. Attivazione e rafforzamento delle Equipe Multidisciplinari (EMM) 2. Rafforzamento delle competenze per un impiego efficace degli strumenti di lavoro nelle EMM 3. Potenziamnto dei rapporti di cooperazione con tutti gli attori territoriali di interesse in grado di dare continuità e struttura alle collaborazioni, attraverso accordi anche formali | ATT: Valutazione Multidimensionale AT1: Valutazione Multidimensionale AT14: Percorsi di integrazione a livello territoriale con la rete delle cure primarie AT15: Prevenzione e promozione della salute AT16: Prevenzione e promozione della salute | Attivazione del PROTOCOLLO OPERATIVO TRA LE CITTÀ: METROPOLITANA DI MILANO - COMUNE DI MILANO - ASTI FARENSEFARRELLI SACCIO - ASTI SANIT PAOLO E CARLO E ASTI GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NGUARDA PER IL FUNZIONAMENTO DELL'UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (UVM) (Delibera AS5 nr 600 del 18/07/2024) | Attivazione del PROTOCOLLO OPERATIVO TRA LE CITTÀ: METROPOLITANA DI MILANO - COMUNE DI MILANO - ASTI FARENSEFARRELLI SACCIO - ASTI SANIT PAOLO E CARLO E ASTI GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NGUARDA PER IL FUNZIONAMENTO DELL'UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (UVM) (Delibera AS5 nr 600 del 18/07/2024) | Attivazione del PROTOCOLLO OPERATIVO TRA LE CITTÀ: METROPOLITANA DI MILANO - COMUNE DI MILANO - ASTI FARENSEFARRELLI SACCIO - ASTI SANIT PAOLO E CARLO E ASTI GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NGUARDA PER IL FUNZIONAMENTO DELL'UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (UVM) (Delibera AS5 nr 600 del 18/07/2024) | Possono utilizzare gli indicatori previsti nel protocollo. Il protocollo può essere considerato una risposta trasversale alle diverse aree tematiche Evidenza di incontri di formazione e supervisione effettuati |
| | | | | Partecipazione alle attività connesse al sistema di gestione dell'orientamento e della comunicazione in ordine alle dipendenze di cui alla legge regionale 23/2020 (comma 3, articolo 1). Numero unico dipendenze | Partecipazione alle attività connesse al sistema di gestione dell'orientamento e della comunicazione in ordine alle dipendenze di cui alla legge regionale 23/2020 (comma 3, articolo 1). Numero unico dipendenze | Partecipazione alle attività connesse al sistema di gestione dell'orientamento e della comunicazione in ordine alle dipendenze di cui alla legge regionale 23/2020 (comma 3, articolo 1). Numero unico dipendenze | Evidenza n° incontri |
| | | | | Partecipazione alla Rete Alzheimer del Comune di Milano | Partecipazione alla Rete Alzheimer del Comune di Milano | Partecipazione alla Rete Alzheimer del Comune di Milano | Evidenza n° incontri |
| | | | | Partecipazione alla cabina di pilotaggio Salute mentale scaturente dalla coprogettazione, sui seguenti temi: • Abitare il proprio domicilio, la comunità o in situazioni protette (Progetti di housing sociale per pazienti con difficoltà abitative in dimissione dalle comunità psichiatriche); • Partecipazione a iniziative formative, occasioni di inserimento e di costruzione di una cultura del lavoro; • Salute mentale in carcere con la necessità di coordinamento con i servizi di cura interni agli istituti penitenziari e i servizi di accompagnamento sul territorio (scorporati nelle fasi della scarcerazione); • Ingegneria o in grave condizione di fragilità socio-economica e abitativa (senza fissa dimora) in particolare nelle fasi delle dimissioni dai servizi psichiatrici territoriali. | Partecipazione alla cabina di pilotaggio Salute mentale scaturente dalla coprogettazione, sui seguenti temi: • Abitare il proprio domicilio, la comunità o in situazioni protette (Progetti di housing sociale per pazienti con difficoltà abitative in dimissione dalle comunità psichiatriche); • Partecipazione a iniziative formative, occasioni di inserimento e di costruzione di una cultura del lavoro; • Salute mentale in carcere con la necessità di coordinamento con i servizi di cura interni agli istituti penitenziari e i servizi di accompagnamento sul territorio (scorporati nelle fasi della scarcerazione); • Ingegneria o in grave condizione di fragilità socio-economica e abitativa (senza fissa dimora) in particolare nelle fasi delle dimissioni dai servizi psichiatrici territoriali. | Partecipazione alla cabina di pilotaggio Salute mentale scaturente dalla coprogettazione, sui seguenti temi: • Abitare il proprio domicilio, la comunità o in situazioni protette (Progetti di housing sociale per pazienti con difficoltà abitative in dimissione dalle comunità psichiatriche); • Partecipazione a iniziative formative, occasioni di inserimento e di costruzione di una cultura del lavoro; • Salute mentale in carcere con la necessità di coordinamento con i servizi di cura interni agli istituti penitenziari e i servizi di accompagnamento sul territorio (scorporati nelle fasi della scarcerazione); • Ingegneria o in grave condizione di fragilità socio-economica e abitativa (senza fissa dimora) in particolare nelle fasi delle dimissioni dai servizi psichiatrici territoriali. | Evidenza n° incontri |
| | | | | Valutazione dell'attività di attivazione, grave marginale (progetto Acturus) che coinvolge tutti gli attori territoriali di interesse in grado di dare continuità e struttura alle collaborazioni, attraverso accordi anche formali | Partecipazione alla Steering Committee e gruppo di lavoro tecnico. Sperimentazione di procedure per la presa in carico integrata. | Partecipazione alla Steering Committee e gruppo di lavoro tecnico. Sperimentazione di procedure per la presa in carico integrata. | Report dell progetto Acturus. Reportistica dello steering committee e del gruppo di lavoro tecnico. Elaborazione procedura presa in carico integrata persone vulnerabili homeless.2026 sperimentazione |
| 2. Realizzare un percorso di accompagnamento volto a garantire a ogni bambino una valutazione appropriata e di | E. Anziani | | AT15: Prevenzione e promozione della salute | Attivazione gruppo di lavoro della Rete di indirizzo per il contrasto alla violenza di genere finalizzato alla definizione di percorsi integrati per l'accoglienza, protezione e presa in carico individualizzata di donne, vittime di violenza con comorbidità associate. | Attivazione gruppo di lavoro della Rete di indirizzo per il contrasto alla violenza di genere finalizzato alla definizione di percorsi integrati per l'accoglienza, protezione e presa in carico individualizzata di donne, vittime di violenza con comorbidità associate. | Attivazione gruppo di lavoro della Rete di indirizzo per il contrasto alla violenza di genere finalizzato alla definizione di percorsi integrati per l'accoglienza, protezione e presa in carico individualizzata di donne, vittime di violenza con comorbidità associate. | Definizione di procedure interne e protocolli interistituzionali - Avvio di fase gestionale e monitoraggio |
| | | | | Pronto Intervento Sociale : Partecipazione a tavoli di lavoro operativi con l'obiettivo di costituire un protocollo operativo che definisca le modalità di segnalazione di emergenza sociale, la classifica di riferimento, la gestione e la presa in carico degli impegni di ciascun ente coinvolto. Programmare una formazione congiunta sulla tematica | Pronto Intervento Sociale : Partecipazione a tavoli di lavoro operativi con l'obiettivo di costituire un protocollo operativo che definisca le modalità di segnalazione di emergenza sociale, la classifica di riferimento, la gestione e la presa in carico degli impegni di ciascun ente coinvolto. Programmare una formazione congiunta sulla tematica | Pronto Intervento Sociale : Partecipazione a tavoli di lavoro operativi con l'obiettivo di costituire un protocollo operativo che definisca le modalità di segnalazione di emergenza sociale, la classifica di riferimento, la gestione e la presa in carico degli impegni di ciascun ente coinvolto. Programmare una formazione congiunta sulla tematica | Definizione protocollo operativo Le eventi formativi |
| | | | | Elaborazione di un piano locale per l'invecchiamento attivo che coinvolga AS5/1/RC/CS, Ambito, ETS. | Elaborazione di un piano locale per l'invecchiamento attivo che coinvolga AS5/1/RC/CS, Ambito, ETS. | Elaborazione di un piano locale per l'invecchiamento attivo che coinvolga AS5/1/RC/CS, Ambito, ETS. | Evidenza del piano locale e attuazione delle azioni previste secondo il cronoprogramma approvato |
| | | | | Utilizzo del Fondo per l'invecchiamento attivo attraverso percorsi di coprogettazione e coprogettazione | Utilizzo del Fondo per l'invecchiamento attivo attraverso percorsi di coprogettazione e coprogettazione | Utilizzo del Fondo per l'invecchiamento attivo attraverso percorsi di coprogettazione e coprogettazione | Evidenza attività di promozione |
| | | | | Partecipazione alla realizzazione degli interventi previsti dal Piano in collaborazione con AS1 e ETS | Partecipazione alla realizzazione degli interventi previsti dal Piano in collaborazione con AS1 e ETS | Partecipazione alla realizzazione degli interventi previsti dal Piano in collaborazione con AS1 e ETS | INDICATORI Evidenza attuazione delle azioni previste secondo il cronoprogramma approvato |
| G. Politiche giovanili e per i minori | MACRO AREA (Piani di Zona) | OBBIETTIVO DI SISTEMA | AREA TEMATICA (Piano dello Sviluppo del Polo Territoriale) | AS5 | AS3/ RC/CS | IMPEGNO RECIPROCO | INDICATORI |
| 1. Superare la frammentazione e la mancanza di integrazione e cooperazione tra i diversi attori filiali degli interventi, ricomponendo i percorsi di intervento e favorendo la governance complessiva e differenziata, garantendo azioni realizzate in una logica trasversale e integrata. 2. Realizzare un percorso di accompagnamento volto a garantire a ogni bambino una valutazione appropriata e di | | 1. Superare la frammentazione e la mancanza di integrazione e cooperazione tra i diversi attori filiali degli interventi, ricomponendo i percorsi di intervento e favorendo la governance complessiva e differenziata, garantendo azioni realizzate in una logica trasversale e integrata. 2. Realizzare un percorso di accompagnamento volto a garantire a ogni bambino una valutazione appropriata e di | AT15: Prevenzione e promozione della salute | Utilizzo del Fondo per la promozione del benessere e il contrasto al disagio dei giovani (Piano Network Giovani) | Partecipazione alla realizzazione degli interventi previsti dal Piano in collaborazione con Ambito e ETS | Partecipazione alla realizzazione degli interventi previsti dal Piano in collaborazione con AS1 e ETS | Evidenza percorsi e protocolli condivisi in favore di minori e adolescenti in situazione di vulnerabilità per la prevenzione e la presa in carico dei casi di Bulismo e Cyberbulismo |
| | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|-------------------------------|---|---|---|--|
| 12. Prevenzione dell'abbandono familiare | I. Interventi per la famiglia | <p>quattro anni una situazione familiare, con la relativa progettazione di un piano d'azione unitario, partecipato, sostenuto e monitorato, che coinvolga tutti i soggetti coinvolti congiuntamente in équipe multidisciplinare con la famiglia.</p> <p>3. Prevenire situazioni di trascuratezza e trascuratezza reciproca tra i familiari, tramite azioni progettuali di promozione dello genitorialità positiva come di azione tempestiva in caso di rilevazione di esse e quindi di protezione e tutela dei bambini.</p> <p>4. Promuovere il benessere del welfare di comunità e multigenerazionale, facilitando percorsi di prossimità e reciprocità familiare</p> | <p>Partecipazione al lavoro del gruppo di lavoro e Adozione del PROTOCOLLO OPERATIVO TRA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO - COMUNE DI MILANO - ASST FATEBENEFRAELLI SACCO - ASST SANI PAOLO E CARLO E ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NGUARDA E RCSS POLICLINICO DI MILANO - COMUNE DI MILANO - ASST FATEBENEFRAELLI SACCO - ASST SANI PAOLO E CARLO E ASST GRANDE OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO PER LE DIMISSIONI PROTETTE Supervisione e formazione operatori: Comune di Milano Inviaamento tramite Fondi PNRR/ PNRS</p> | <p>Partecipazione al lavoro del gruppo di lavoro e Adozione del PROTOCOLLO OPERATIVO TRA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO - COMUNE DI MILANO - ASST FATEBENEFRAELLI SACCO - ASST SANI PAOLO E CARLO E ASST GRANDE OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO PER LE DIMISSIONI PROTETTE Supervisione e formazione operatori: Comune di Milano Inviaamento tramite Fondi PNRR/ PNRS</p> | <p>Evidenza adozione del protocollo Progetto PIPPI / su base di situazioni seguite a seguito di incontri di formazione e supervisione effettuati</p> |
| | | <p>AT1: Valutazione Multidimensionale</p> <p>AT1: Valutazione Multidimensionale</p> | <p>Collaborazione con Ambiti per implementazione Progetto PIPPI (valutare se sia presente in più ASST, in caso contrario togliere dal generale e lasciare solo per coloro che svolto attività)</p> | <p>Implementazione Progetto PIPPI (valutare se sia presente in più municipi, in caso contrario togliere dal generale e lasciare solo per coloro che svolto attività)</p> | <p>Nr di interventi accompagnati in carico con Progetto PIPPI / su base di situazioni seguite a seguito di incontri di formazione e supervisione effettuati</p> |
| 13. Servizi sociali per le dimissioni protette | MACRO AREA (Piani di Zona) | <p>AREAS TEMATICA (Piano dello Sviluppo del Folo Teritoriale)</p> <p>Obiettivo di sistema</p> <p>1. Promuovere l'assistenza delle persone fragili e con perdita progressiva di autonomia, attraverso la creazione di percorsi di accoglienza e dei iniziative finalizzate a garantire la presa in carico socio-sanitaria.</p> <p>2. Contribuire a ridurre il numero dei ricoveri reattivi presso presidi ospedalieri.</p> <p>3. Aumentare il grado di appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni, assicurando la continuità dell'assistenza.</p> <p>4. Promuovere un modello organizzativo gestionale omogeneo e continuativo nei diversi ambiti territoriali del distretto per la gestione integrata e coordinata degli interventi.</p> <p>5. Sostenere l'autonomia residua e il miglioramento dei livelli di qualità di vita, incrementando la consapevolezza e la responsabilità dei cittadini e dei familiari della persona fragile, garantendo la logica assistenziale.</p> <p>6. Uniformare i criteri di valutazione e accesso ai servizi, attraverso la creazione di percorsi di collaborazione innovativi tra il pubblico e il Terzo settore al fine di potenziare la rete dei servizi.</p> <p>7. Garantire l'inclusione sociale dei soggetti fragili presenti in carico.</p> | <p>ATS</p> <p>Adozione e attuazione del PROTOCOLLO OPERATIVO TRA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO - COMUNE DI MILANO - ASST FATEBENEFRAELLI SACCO - ASST SANI PAOLO E CARLO E ASST GRANDE OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO PER LE DIMISSIONI PROTETTE Supervisione e formazione operatori: Accreditamento ECM formazione e individuazione role.</p> | <p>ASST/IRCCS</p> <p>Adozione e attuazione del PROTOCOLLO OPERATIVO TRA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO - COMUNE DI MILANO - ASST FATEBENEFRAELLI SACCO - ASST SANI PAOLO E CARLO E ASST GRANDE OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO PER LE DIMISSIONI PROTETTE Supervisione e formazione operatori: Messa a disposizione degli spazi per la formazione / supervisione.</p> | <p>INDICATORI</p> <p>Adozione e attuazione del protocollo previsto nel protocollo. Il protocollo può essere considerato una risposta trasversale alle diverse aree tematiche e formazione operatori: Comune di Milano Inviaamento tramite Fondi PNRR/ PNRS.</p> |
| | | <p>D: Domiciliarità</p> <p>E: Anziani</p> <p>Interventi a favore delle persone con disabilità</p> | <p>Percorsi di inserimento in RSA per pazienti con sintomatologia psichiatrica anziani</p> | <p>Percorsi di inserimento in RSA per pazienti con sintomatologia psichiatrica anziani</p> | <p>N inserimenti in RSA/anno.</p> |
| 14. PUA integrati e UVA: incremento operatori sociali | MACRO AREA (Piani di Zona) | <p>AREAS TEMATICA (Piano dello Sviluppo del Folo Teritoriale)</p> <p>Obiettivo di sistema</p> <p>1. Realizzazione insieme ad ASST e ATS di obiettivi in co-programmazione e co-progettazione con gli ES di fine di rafforzare la valutazione multidimensionale e l'efficacia delle équipe integrate.</p> <p>2. Definire protocollo/procedura operativa di diritto per il funzionamento delle équipe integrate tra ambito territoriale sociale e ambito sanitario per la valutazione multidimensionale.</p> <p>3. Assicurare la partecipazione della figura dell'assistente sociale comunale o di Ambito di Intervento Sociale (ACS) di Assteto (PUA) delle Cure di Comunità.</p> <p>Interventi a favore delle persone con disabilità</p> <p>K. Interventi di sistema per il potenziamento dell'ufficio di piano e il rafforzamento della gestione 0355-0354</p> | <p>ATS</p> <p>Proseguimento attuazione del protocollo tra ATS della città metropolitana di Milano - Comune di Milano - ASST Fatebenefraelli Sacco - ASST Ss Paolo e Carlo e ASST GOM Niguarda per attuazione dell'integrazione socio-sanitaria nei differenti settori sociali e nelle strutture territoriali previste dal DM 7/7/2022 e parametrando delle funzioni sociali comunali nel PUA.</p> | <p>ASST/IRCCS</p> <p>Proseguimento attuazione del protocollo tra ATS della città metropolitana di Milano - Comune di Milano - ASST Fatebenefraelli Sacco - ASST Ss Paolo e Carlo e ASST GOM Niguarda per attuazione dell'integrazione socio-sanitaria nei differenti settori sociali e nelle strutture territoriali previste dal DM 7/7/2022 e parametrando delle funzioni sociali comunali nel PUA.</p> | <p>Proseguimento attuazione del protocollo tra ATS della città metropolitana di Milano - Comune di Milano - ASST Fatebenefraelli Sacco - ASST Ss Paolo e Carlo e ASST GOM Niguarda per attuazione dell'integrazione socio-sanitaria nei differenti settori sociali e nelle strutture territoriali previste dal DM 7/7/2022 e parametrando delle funzioni sociali comunali nel PUA.</p> |
| | | <p>E: Anziani</p> <p>Interventi a favore delle persone con disabilità</p> | <p>Elaborazione di un piano locale per l'invecchiamento attivo che coinvolga ASST/IRCCS, Ambito, ETS, ATTIVITA' CHE SI PUO' INSERIRE ANCHE NEL PUA</p> | <p>Elaborazione di un piano locale per l'invecchiamento attivo che coinvolga ASST/IRCCS, Ambito, ETS.</p> | <p>Evidenza del piano locale e attuazione delle azioni previste secondo il cronoprogramma approvato</p> |
| LEPS Prioritario | MACRO AREA (Piani di Zona) | <p>Obiettivo di sistema</p> <p>1. Realizzazione insieme ad ASST e ATS di obiettivi in co-programmazione e co-progettazione con gli ES di fine di rafforzare la valutazione multidimensionale e l'efficacia delle équipe integrate.</p> <p>2. Definire protocollo/procedura operativa di diritto per il funzionamento delle équipe integrate tra ambito territoriale sociale e ambito sanitario per la valutazione multidimensionale.</p> <p>3. Assicurare la partecipazione della figura dell'assistente sociale comunale o di Ambito di Intervento Sociale (ACS) di Assteto (PUA) delle Cure di Comunità.</p> <p>Interventi a favore delle persone con disabilità</p> <p>K. Interventi di sistema per il potenziamento dell'ufficio di piano e il rafforzamento della gestione 0355-0354</p> | <p>ATS</p> <p>Proseguimento attuazione del protocollo tra ATS della città metropolitana di Milano - Comune di Milano - ASST Fatebenefraelli Sacco - ASST Ss Paolo e Carlo e ASST GOM Niguarda per attuazione dell'integrazione socio-sanitaria nei differenti settori sociali e nelle strutture territoriali previste dal DM 7/7/2022 e parametrando delle funzioni sociali comunali nel PUA.</p> | <p>ASST/IRCCS</p> <p>Proseguimento attuazione del protocollo tra ATS della città metropolitana di Milano - Comune di Milano - ASST Fatebenefraelli Sacco - ASST Ss Paolo e Carlo e ASST GOM Niguarda per attuazione dell'integrazione socio-sanitaria nei differenti settori sociali e nelle strutture territoriali previste dal DM 7/7/2022 e parametrando delle funzioni sociali comunali nel PUA.</p> | <p>Proseguimento attuazione del protocollo tra ATS della città metropolitana di Milano - Comune di Milano - ASST Fatebenefraelli Sacco - ASST Ss Paolo e Carlo e ASST GOM Niguarda per attuazione dell'integrazione socio-sanitaria nei differenti settori sociali e nelle strutture territoriali previste dal DM 7/7/2022 e parametrando delle funzioni sociali comunali nel PUA.</p> |
| | | <p>E: Anziani</p> <p>Interventi a favore delle persone con disabilità</p> | <p>Elaborazione di un piano locale per l'invecchiamento attivo che coinvolga ASST/IRCCS, Ambito, ETS, ATTIVITA' CHE SI PUO' INSERIRE ANCHE NEL PUA</p> | <p>Elaborazione di un piano locale per l'invecchiamento attivo che coinvolga ASST/IRCCS, Ambito, ETS.</p> | <p>Evidenza del piano locale e attuazione delle azioni previste secondo il cronoprogramma approvato</p> |
| LEPS Prioritario | MACRO AREA (Piani di Zona) | <p>Obiettivo di sistema</p> <p>1. Realizzazione insieme ad ASST e ATS di obiettivi in co-programmazione e co-progettazione con gli ES di fine di rafforzare la valutazione multidimensionale e l'efficacia delle équipe integrate.</p> <p>2. Definire protocollo/procedura operativa di diritto per il funzionamento delle équipe integrate tra ambito territoriale sociale e ambito sanitario per la valutazione multidimensionale.</p> <p>3. Assicurare la partecipazione della figura dell'assistente sociale comunale o di Ambito di Intervento Sociale (ACS) di Assteto (PUA) delle Cure di Comunità.</p> <p>Interventi a favore delle persone con disabilità</p> <p>K. Interventi di sistema per il potenziamento dell'ufficio di piano e il rafforzamento della gestione 0355-0354</p> | <p>ATS</p> <p>Proseguimento attuazione del protocollo tra ATS della città metropolitana di Milano - Comune di Milano - ASST Fatebenefraelli Sacco - ASST Ss Paolo e Carlo e ASST GOM Niguarda per attuazione dell'integrazione socio-sanitaria nei differenti settori sociali e nelle strutture territoriali previste dal DM 7/7/2022 e parametrando delle funzioni sociali comunali nel PUA.</p> | <p>ASST/IRCCS</p> <p>Proseguimento attuazione del protocollo tra ATS della città metropolitana di Milano - Comune di Milano - ASST Fatebenefraelli Sacco - ASST Ss Paolo e Carlo e ASST GOM Niguarda per attuazione dell'integrazione socio-sanitaria nei differenti settori sociali e nelle strutture territoriali previste dal DM 7/7/2022 e parametrando delle funzioni sociali comunali nel PUA.</p> | <p>Proseguimento attuazione del protocollo tra ATS della città metropolitana di Milano - Comune di Milano - ASST Fatebenefraelli Sacco - ASST Ss Paolo e Carlo e ASST GOM Niguarda per attuazione dell'integrazione socio-sanitaria nei differenti settori sociali e nelle strutture territoriali previste dal DM 7/7/2022 e parametrando delle funzioni sociali comunali nel PUA.</p> |
| | | <p>D: Domiciliarità</p> | <p>Elaborazione di un piano locale per l'invecchiamento attivo che coinvolga ASST/IRCCS, Ambito, ETS, ATTIVITA' CHE SI PUO' INSERIRE ANCHE NEL PUA</p> | <p>Elaborazione di un piano locale per l'invecchiamento attivo che coinvolga ASST/IRCCS, Ambito, ETS.</p> | <p>Evidenza del piano locale e attuazione delle azioni previste secondo il cronoprogramma approvato</p> |

