

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Milano
Città Metropolitana

Il ruolo di ATS nella programmazione della continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio

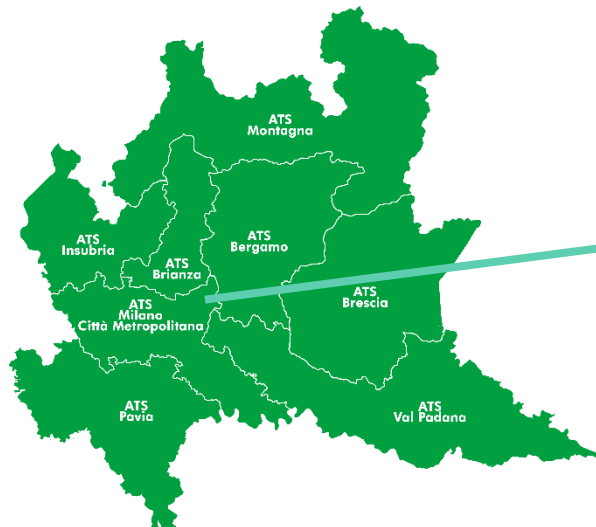
Federica Rolli, Direttore socio sanitario ATS Milano
28 febbraio 2026

Indice

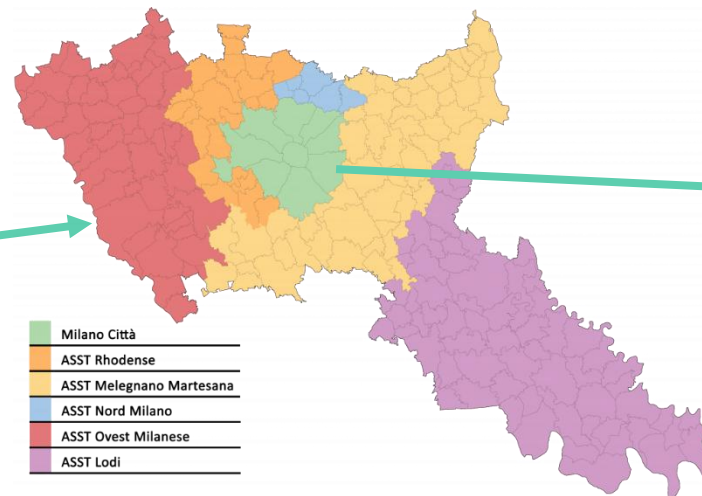
- Contesto
- Modalità di lavoro
- Esempi
 - Programmazione integrata
 - Punto Unico di Accesso
 - Protocollo operativo tra ATS Milano- - COMUNE DI MILANO - ASST FATEBENEFRADELLI SACCO - ASST SANTI PAOLO E CARLO E ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA – ASST GAETANO PINI – FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO per le dimissioni protette
 - DIMISSIONI PROTETTE POST DGR XII/3720/2024 (REGOLE 2025)

ATS di Milano - contesto

REGIONE LOMBARDIA
8 ATS

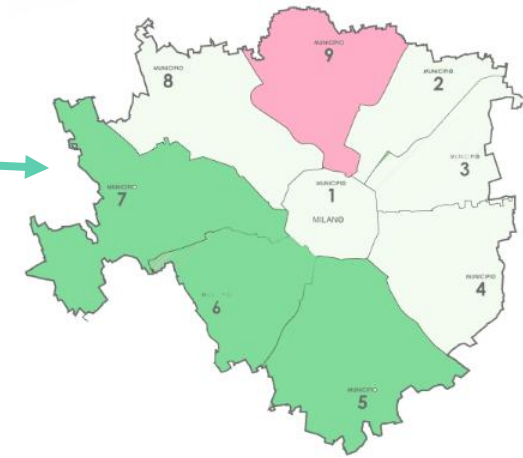


ATS MILANO:
9 ASST
25 Distretti
193 Comuni
3,5 mln di assistiti



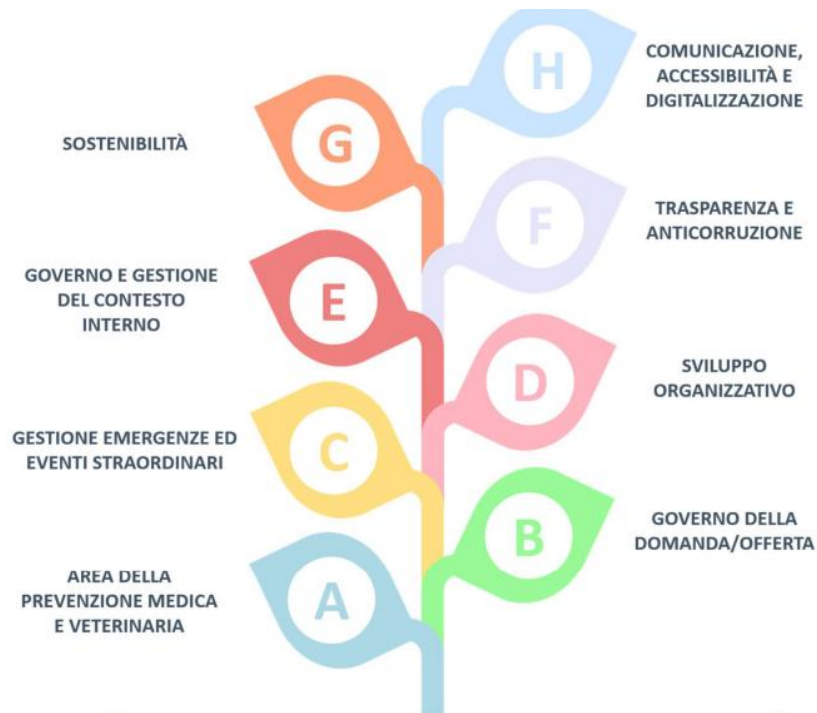
CITTÀ DI MILANO:
4 ASST

(di cui 1 senza territorio afferente)
9 Distretti
1,4 mln di assistiti



- ASST Fatebenefratelli Sacco
- ASST Santi Paolo e Carlo
- ASST GOM Niguarda
- ASST Gaetano Pini (senza territorio)

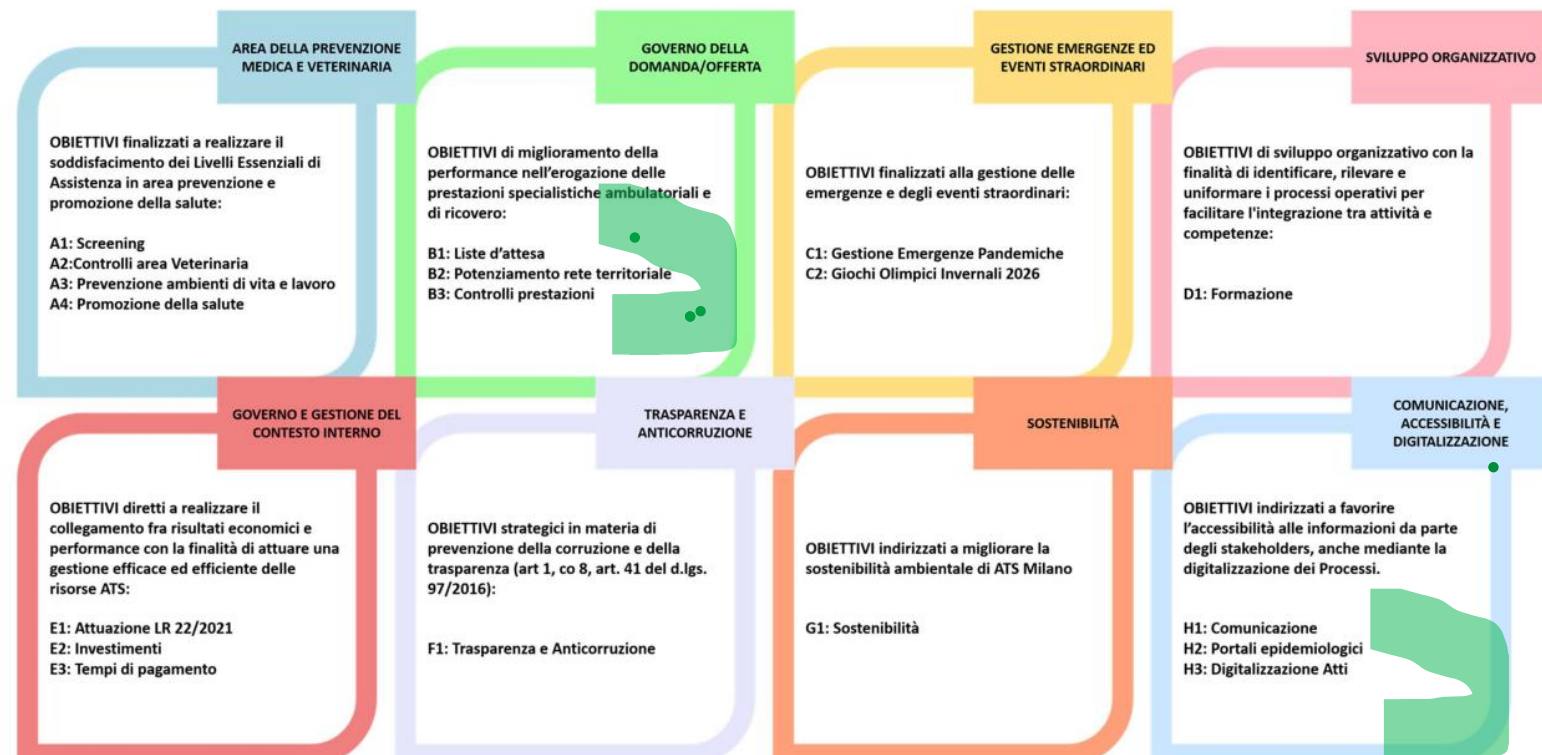
ATS Milano: come opera



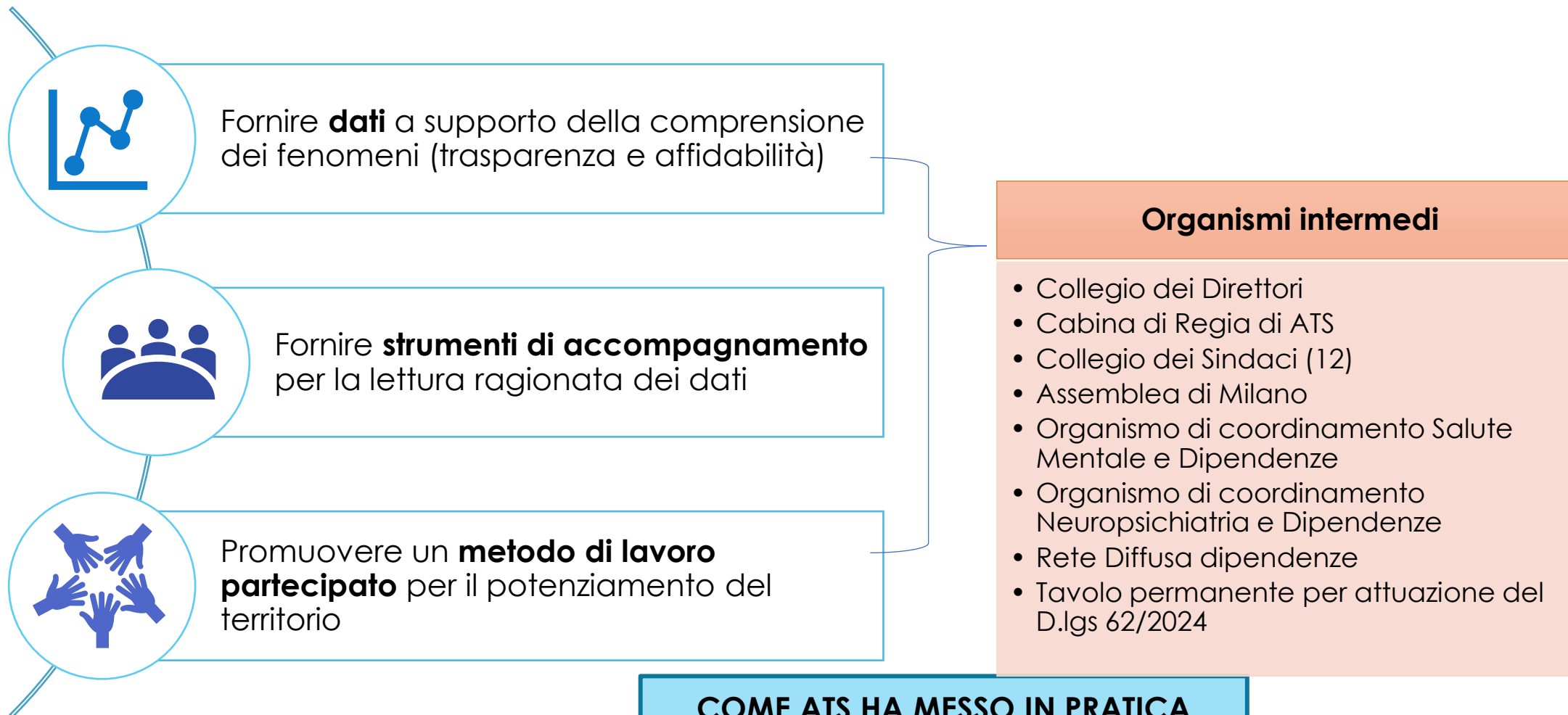
MISSION:

TUTELARE LA SALUTE PER GUADAGNARE SALUTE

ATS come soggetto di riferimento per la tutela della salute



Azioni e percorso in corso



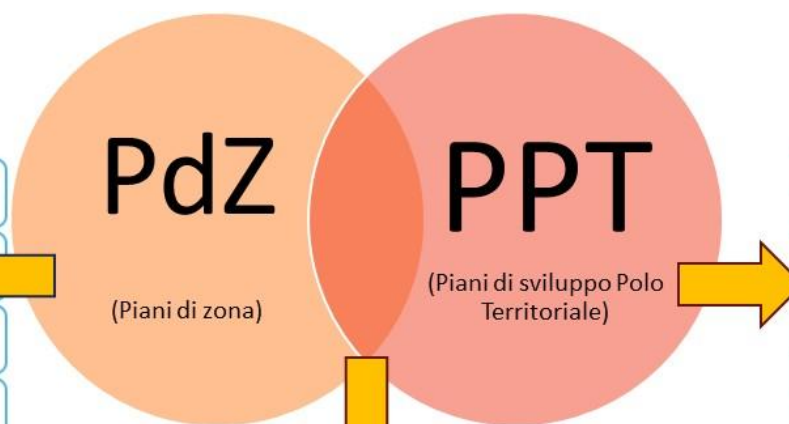
**COME ATS HA MESSO IN PRATICA
QUESTO METODO PARTECIPATO
NELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA?**

Esempio 1: Programmazione integrata



Documento PDZ (DGR 2167/24)

- A) Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva*
- B) Politiche abitative
- D) Domiciliarità
- E) Anziani
- F) Digitalizzazione dei servizi
- G) Politiche giovanili e minori
- H) Interventi connessi alle politiche del lavoro
- I) Interventi per le famiglie
- J) Interventi in favore delle persone con disabilità
- K) Interventi di sistema per il potenziamento dell'Ufficio di Piano e il rafforzamento della gestione associata

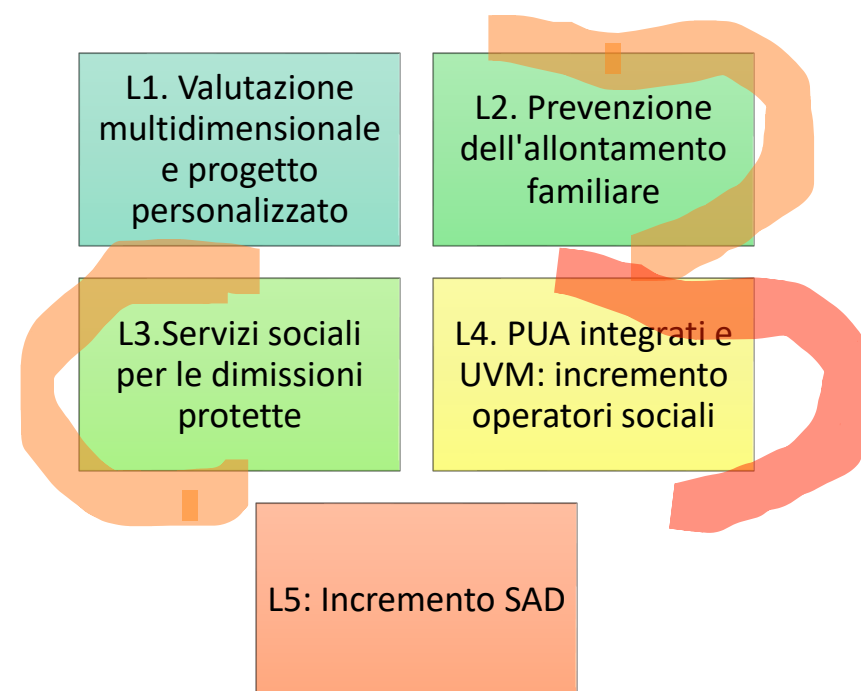


Documento PPT (DGR 2089/24)

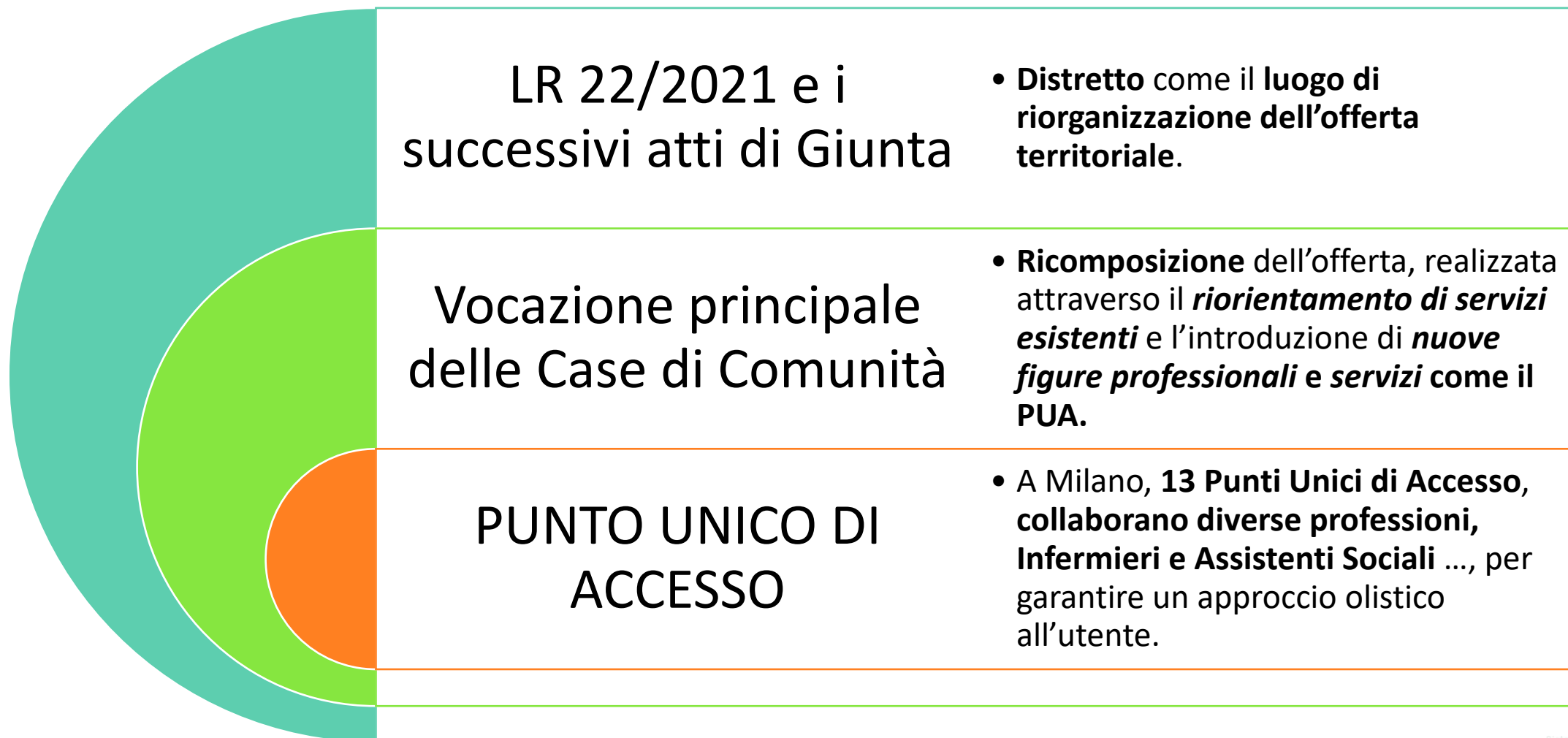
Area Tematica	
Valutazione	AT1
Continuità dell'assistenza tra setting di cura	AT2
Cure domiciliari	AT3
Percorsi di integrazione con le cure primarie	AT4
Prevenzione e promozione della salute	AT5
Telemedicina	AT6
PIC cronici e fragili	AT7
Linea di intervento	
Area prevenzione	LI1
Area materno-infantile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

Esempio 1: Programmazione integrata

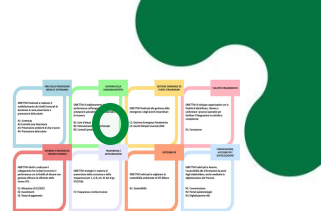
- 2 dicembre 2024 approvazione in Conferenza delle ASST del Comune di Milano dei progetti integrati
 - 5 LEPS
 - tra Comune di Milano, ATS Milano, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, ASST Santi Paolo e Carlo, ASST Fatebenefratelli Sacco, ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico ATS Milano
- 31/12/2024 Recepimento nei PPT delle ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, ASST Santi Paolo e Carlo, ASST Fatebenefratelli Sacco
 - **Progetti integrati relativi ai 5 LEPS**
 - **Previsti 2 percorsi formativi su fondi PNRR del Comune di Milano su L2 e L3**



Esempio 2: Integrazione Sociosanitaria il Punto Unico di Accesso



Esempio 2: Integrazione Sociosanitaria il Punto Unico di Accesso

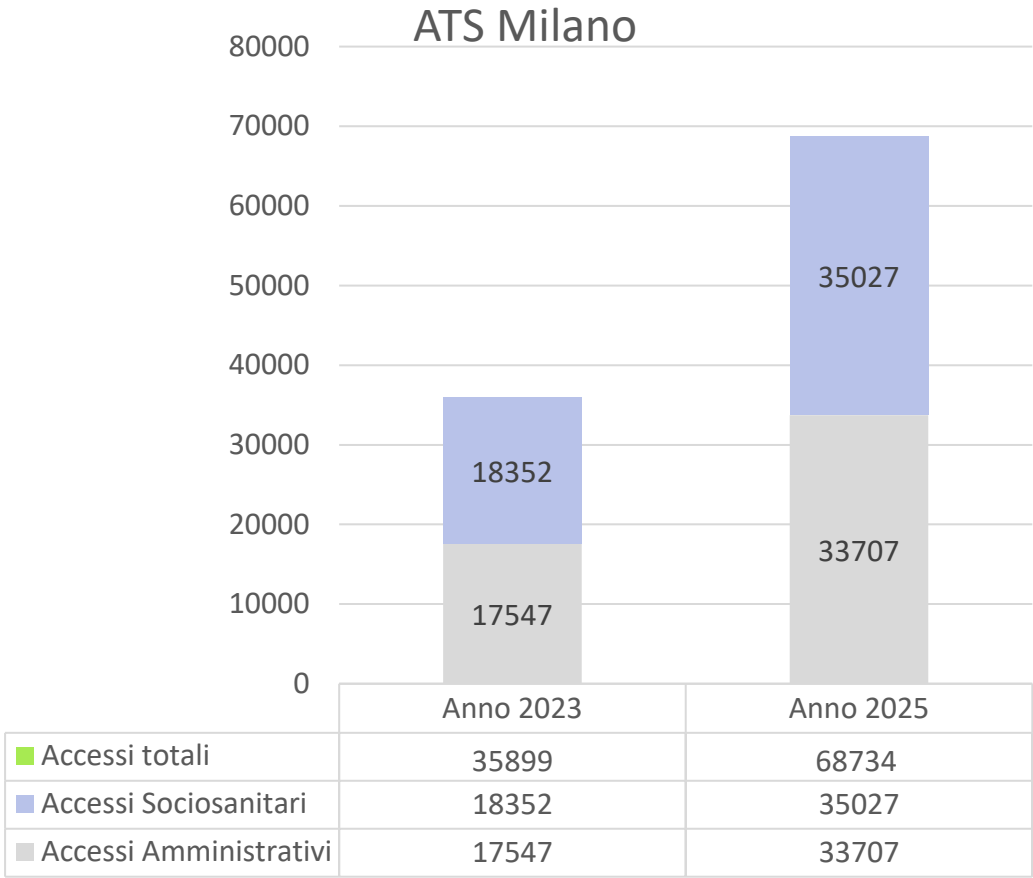


Gli operatori del PUA accolgono gli utenti in **accesso diretto** o ne **ricevono le segnalazioni** via mail o al telefono da parte di altri servizi aziendali/enti esterni;

Intercettato l'utente effettuano:

-  • Accoglienza, informazione e orientamento;
-  • Valutazione del bisogno semplice e complesso, eventualmente completata con accesso domiciliare per valutare le condizioni abitative e i bisogni dell'utente non deambulante;
-  • Identificazione degli obiettivi di cura e definizione del progetto individualizzato;
-  • Raccordo con i servizi della rete territoriale (sanitari, sociosanitari, sociali, terzo settore)

SGDT – accessi registrati dal PUA e dalle COT in ATS Milano



ATS Milano	2023	2025
Sociosanitari	18352	35027 (+91%)
Amministrativi	17547	33707 (+92%)
Totali	35899	68734 (+91%)

■ Accessi Amministrativi ■ Accessi Sociosanitari



Esempio 2: Protocollo per l'attuazione dell'integrazione Sociosanitaria nelle Case di Comunità



Il Protocollo, in una prima fase sperimentale prevedeva:

Creazione e manutenzione di un Repository

che consente a tutti gli operatori profilati di accedere ad informazioni aggiornate in merito ai servizi territoriali delle ASST e del Comune di Milano. Al repository accedono anche operatori di ASST Pini e Policlinico di Milano, per orientare il paziente in dimissione

Modalità semplificate di segnalazione al Comune dei casi con bisogno sociale semplice intercettati dai servizi sanitari

Incontri interistituzionali tra operatori della CdC e operatori dei Servizi Sociali Territoriali del Comune per la valutazione congiunta di **casi complessi** (ogni due settimane)

Monitoraggio delle attività previste dal protocollo a cura di ATS

Elemento di novità: Piano Nazionale della Non Autosufficienza 2022-2024



- Rinnovo del Protocollo per l'anno 2025,
 - rafforzamento dell'integrazione risorse specifiche del Fondo Non Autosufficienza **assunzioni di operatori delle professionalità sociali per il rafforzamento dei PUA.**
- Le risorse assegnate e le corrispondenti unità di personale per il Comune di Milano sono riassunte nella tabella seguente:

	DGR	RISORSE	ANNO	N. UNITA' DI PERSONALE
	1158/2023	40.000,00	FNA 2022 - ESERCIZIO 2023	1
	1669/2023+decreto 6036/2024	520.000,00	FNA 2023 - ESERCIZIO 2024	13
TOTALE		560.000,00		14

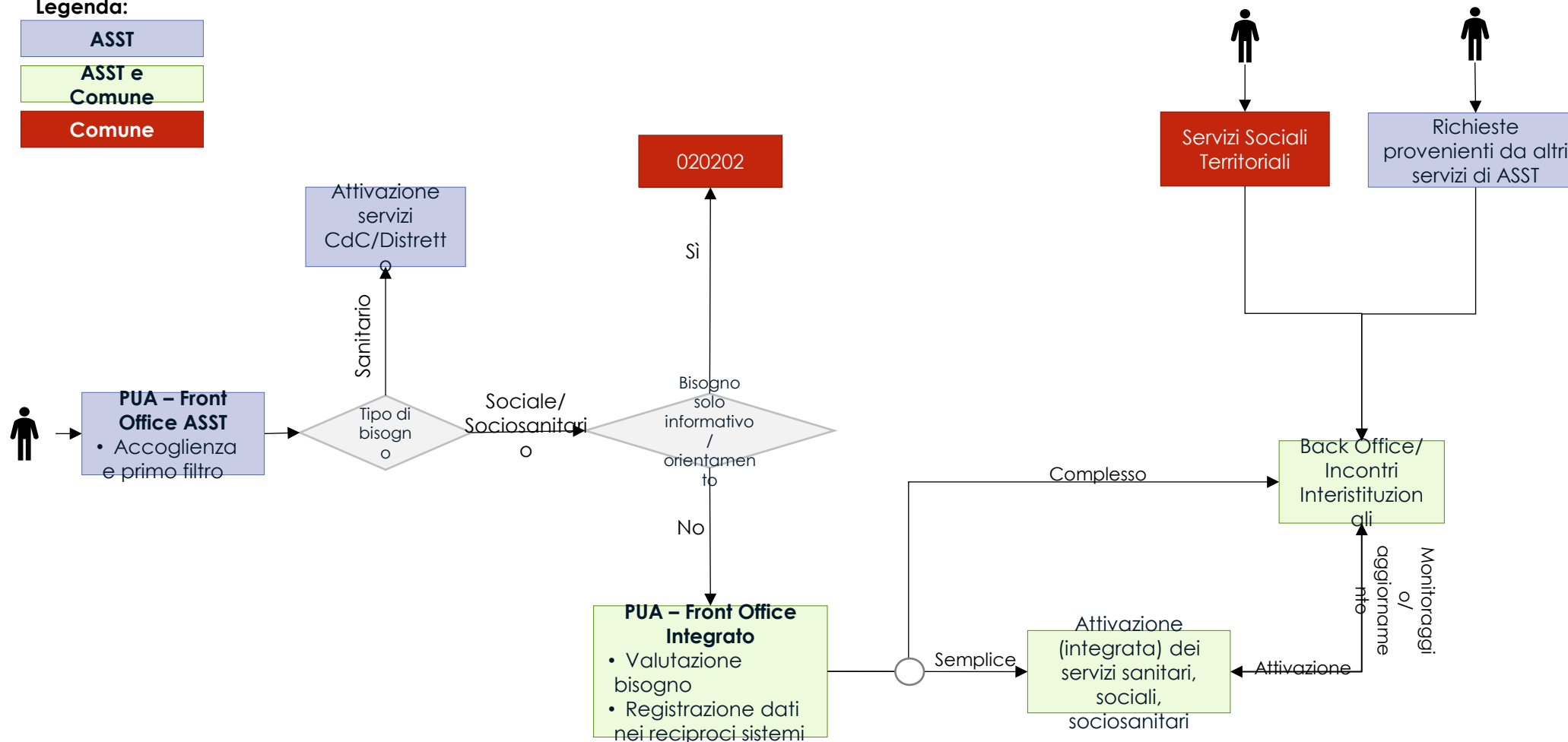
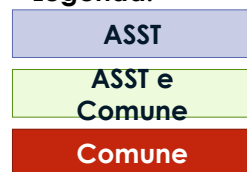
Il nuovo protocollo, valido per il biennio 2025 – 2026, (DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 282 DEL 02/04/2025)

INTRODUCE

Modello di funzionamento del PUA che preveda anche la **presenza fisica degli Assistenti Sociali del Comune di Milano e scheda unica per la valutazione del bisogno sociale**

Esempio 2: Il modello di PUA «integrato» nuovo Protocollo

Legenda:



Esempio 2: Le attività



	COSA	CHI	COME
PUA – Front Office di ASST	- Accoglienza e filtro utenti in accesso diretto - Informazione, Orientamento	Personale di ASST formato per accoglienza, ascolto ed identificazione del bisogno. A seconda del modello organizzativo di ciascuna ASST posso essere presenti: - IFeC - Assistenti Sociali di ASST - Amministrativi - Altro personale sanitario (es. Assistente Sanitario)	- Accesso libero del cittadino (anche telefonico, mail) - Registrazione su SGGT - Compilazione scheda accoglienza e scheda indicatori fragilità sociale - Se necessario, si procede alla valutazione del bisogno (vedi riga successiva)
PUA – Front Office integrato	- Valutazione del bisogno (semplice o complesso) - Segretariato sociosanitario – se viene coinvolto l'AS del Comune di Milano	A seconda del modello organizzativo di ciascuna ASST possono essere presenti: - IFeC - Assistenti Sociali di ASST - Amministrativi - Altro personale sanitario (es. Assistente Sanitario) Se opportuno su segnalazione viene coinvolto: - Assistente Sociale di ASST (se non già presente) - Assistente Sociale Comune di Milano	- Colloquio con l'utente - Valutazione tramite scheda di valutazione congiunta - Compilazione scheda di riepilogo interventi necessari al soddisfacimento dei bisogni - Registrazione su sistema sanitario e su sistema sociale In orario definito (es. mattino 10-12), l'AS del Comune offre una copertura di Pronta Disponibilità al PUA per queste attività.

BACK OFFICE - Valutazione e presa in carico da parte della CdC dei bisogni complessi	- Valutazione di secondo livello - Identificazione obiettivi - Definizione del Progetto individualizzato - Individuazione del Case Manager - Raccordo con i servizi della rete territoriale	- IFeC di CdC - Eventuali altri soggetti (es. Medico specialista, psicologo di CdC...) - AS di CdC - AS Comune di Milano (per i casi con bisogno sociale)	In Back Office ed in raccordo con i servizi e professionisti presenti nelle CdC, tra cui: - Visite domiciliari/ospedaliere congiunte - Colloqui approfonditi in CdC - Confronto e raccordo tra professionisti in CdC - EVM/UVM Questa attività di backoffice non è dedicata solo alla presa in carico di casi provenienti dal PUA ma più in generale dei casi in carico alla CdC/al segretariato sociosanitario del municipio di competenza
INCONTRI INTERISTITUZIONALI a livello di Distretto/Municipio	- Discussione congiunta dei casi complessi a livello di distretto - Raccordo casi già presi in carico da AS comunali - Raccordo post incontro equipe di Municipio del Comune	- AS Comune di Milano - AS di CdC - IFeC di CdC - Eventuali altri soggetti (es. Medico specialista, psicologo di CdC...)	Tramite gli incontri interistituzionali quindicinali nelle modalità previste dal Protocollo per l'Attuazione dell'integrazione sociosanitaria.

Esempio 2: alcuni dati

Dati primo protocollo:

(Settembre 2023 – Aprile 2025)

227

INCONTRI SVOLTI

1.104

CASI DISCUSSI

Di cui

928

PRESA IN CARICO
CONGIUNTA

- FRONT OFFICE INTEGRATO

ASST	N. casi sociali intercettati al PUA con bisogno sociale	di cui rimandati direttamente allo 020202
TOTALE	606	135 (22%)

- BACK OFFICE – INCONTRI INTERISTITUZIONALI

ITEM	TOTALE
n. incontri svolti	55
n. casi discussi	344
n. di casi presi in carico solo dal Comune	24
n. di casi presi in carico solo da ASST	52
n. di casi presi in carico congiuntamente da Comune e ASST	180
di cui n. casi discussi con necessità di attivazione del Dip. Salute Mentale	7

Periodo di riferimento: maggio- settembre 2025



Esempio 3: PROTOCOLLO OPERATIVO TRA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO - COMUNE DI MILANO - ASST FATEBENEFRATELLI SACCO - ASST SANTI PAOLO E CARLO E ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA – ASST GAETANO PINI – FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO PER LE DIMISSIONI PROTETTE

Esempio 3: Da dove si è partiti

ASST

- Velocizzare l'ingresso in strutture socio-assistenziali per i casi segnalati al servizio sociale professionale del Comune di Milano e ridurre l'impatto negativo dei bed blocker
- Analisi puntuale delle situazioni critiche e valutazione di possibili interventi coordinati tra gli Enti
- Definizione delle rispettive competenze in merito al ricorso per la nomina di Amministrazione di Sostegno
- Definizione di una modalità univoca di segnalazione delle situazioni di persone in condizione di grave marginalità

COMUNE

- Uniformare la procedura di segnalazione dei Presidi Ospedalieri dimettenti
- Segnalazione precoce delle situazioni complesse che necessitano di un intervento soprattutto per la dimissione al domicilio
- Semplificare i processi con l'esterno, definendo procedure e flussi dedicati tra le varie aree della Direzione Welfare (Residenzialità, Territorialità, Salute Servizi di Comunità)



Esempio 3: Target

Persone non autosufficienti e/o fragili **residenti/iscritti all'anagrafe del Comune di Milano e le persone in condizione di grave marginalità senza dimora.**

Attivazione di interventi socio-sanitari indirizzati a:

- Soggetti che non richiedono un particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione (livello 1)
 - Dimissioni ordinaria
- Soggetti con problemi legati a situazioni cliniche e/o socio-assistenziali complesse che richiedono una pianificazione della dimissione, senza necessità di inserimento in struttura residenziale (livello 2)
 - Dimissione protetta verso domicilio
- Soggetti che richiedono una continuità di cure in strutture riabilitative sociosanitarie e/o socio-assistenziali in considerazione delle condizioni cliniche e/o in quanto privi di rete familiare/sociale o con rete familiare/sociale non idonea a supportare il rientro a domicilio (livello 3)
 - Dimissione protette vs strutture intermedie e/o sociosanitarie/socioassistenziali



Esempio 3: Report dei dati raccolti settembre-dicembre 2025

Percorso vs domicilio	Totale
Segnalazioni	18
Dimissioni	13

Percorso vs strutture	Totale
Segnalazioni	50
Dimissioni	8

Difficoltà della famiglia ad organizzare il rientro	42%
Ritardo nella attivazione dei servizi sociosanitari	33%
Ritardo nella valutazione	10%
Attesa nomina ADS	8%
Altro	7%

Complessivamente

- 119 segnalazioni
- 34 inserimenti
- Principale motivo del ritardo della dimissione è la mancanza di posto letto e diagnosi del paziente

Sperimentare nuovi progetti con gestori

- DGR 4481/2025 (posti letto di RSA per cittadini con passata storia psichiatrica, Potenziamento di RSA aperta empowerment famiglia ed eventuale presa in carico di pazienti accumulatori)
- DGR 4891/2025 (fondi rivolti alle ASST per potenziare interventi domiciliari anche con ausili di telemedicina/telecontrollo)

Esempio 4: Dimissioni protette attuazione DGR XII/3720/2024 (REGOLE 2025)

Polo territoriale

- Ammissioni e dimissioni protette: ATS uniforma e promuove procedure condivise con ASST per la presa in carico a domicilio (scadenza 31/3/2025).
- Presa in carico tempestiva e prevede percorsi di attivazione dei gestori delle Cure domiciliari da parte dell'ufficio dimissione protette e/o bed manager con piani di intervento provvisori poi revisionabili delle ASST (EVM e COT)
- La possibilità di **attivazione diretta dell'Ente Gestore** indicata dalle Regole 2025 è prevista nella proposta di seguito esposta per velocizzare il processo di attivazione della C-DOM

Tre azioni condotte da ATS:

1. Acquisizione procedure attive

- Identificazione punti comuni (scheda valutazione, tempo di invio segnalazione COT,...)

2. Costituzione gruppo di lavoro

- Organizzazione incontri con ASST, IRCCS pubblici e privati, Gestori C-Dom

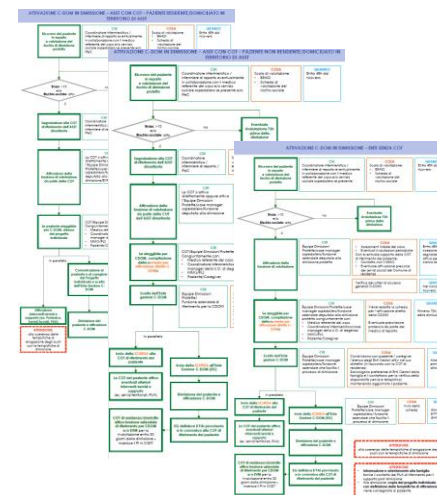
3. Definizione procedura «madre»

- Discussione e validazione punti comuni

Esempio 4: DIMISSIONI PROTETTE POST DGR XII/3720/2024 (REGOLE 2025)

Sono stati definiti congiuntamente tre percorsi di attivazione delle cure domiciliari (C-DOM)

- Per enti con COT
 - Paziente residente/domiciliato in territorio ASST dimettente
 - Paziente residente/domiciliato fuori territorio di ASST dimettente
- Per enti senza COT (ASST Pini-CTO, IRCCS, EEPA)



(Inviare carta brevettata protetta ospedaliere)

SCHEDA PER ATTIVAZIONE DIRETTA CURE DOMICILIARI
(72 h prima della dimissione)

DATI PAZIENTE (Inviare carta brevettata protetta ospedaliere)

Nome: (Eventuali controlli previsti post ricovero)

Cognome: (Indirizzo, eventuali altri recapiti che lo riguardano)

Sesso: Indirizzo di domicilio attuale

Codice Fiscale:

Data di nascita:

Telefono paziente:

Indirizzo di resid:

ASST di riferimento:

INVALIDITÀ CIVILE:

INDEBITAMENTO DI ACCOMP:

U.O. di reparto da:

Contatto U.O. di:

Medico di riferimento:

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ATTIVAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI

☐ È STATA VERIFICATA LA PRESENZA DEI CRITERI DI ACCESSO PER LE CURE DOMICILIARI:

- Strategie sanitarie e socio-sanitarie gestite al domicilio;
- non autosufficienza, parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo;
- impossibilità a deambulare e non trasportabilità, con i comuni mezzi, presso i servizi ambulatoriali territoriali;
- presenza di una rete familiare formale ed informale di supporto;
- caratteristiche abitative che garantiscano la praticabilità dell'assistenza.

Strumenti da utilizzare e allegare:

- Scheda unica di Triage (Valutazione di primo livello)
- SUDC semplificata (Valutazione di primo livello)

Nota Bene: allegare eventuali ulteriori schede di valutazione utilizzate.

PROGETTO INDIVIDUALE PROVVISORIO (prima 30 giorni)

FIGURA PROFESSIONALE*	ATTIVITÀ*	FREQUENZA INTERVENTO
☐ Assistenza Integrativa, Ind.		
☐ Ossigeno Terapico		
☐ Altro, specificare di seguito		
☐ Assistenza Integrativa		
☐ Ossigeno Terapico		
☐ Altro, specificare di seguito		

Eventuali note:

Legenda: *Figure Professionali disponibili: Infermiere, OSS, Terapista della riabilitazione, Psicologo, Medico; **Se prevista Terapia Riabilitativa necessaria allegare PRG; se necessaria somministrazione terapia specificare prescrizione complessiva di eventuale dilazione, somministrazione, velocità di somministrazione, ecc. in lettera di dimissione assicurando la prima somministrazione durante il ricovero.

E' stata sviluppata una **scheda unica di segnalazione**, che sarà utilizzata da tutti gli enti coinvolti per la raccolta e trasmissione delle informazioni utili all'attivazione delle cure domiciliari per il paziente in dimissione da struttura diversa dalla propria ASST di residenza.

Sono state definite **8 COT di riferimento** tra le 35 attive.

Percorsi attivati

Periodo estrazione	N. Dimissioni Totali con attivazione CDOM*
Giu – Sett 24	2525
Giu – Sett 25	1919

Attivatore*	N. Attivazioni per attivatore (Giu – Sett 24)	N. Attivazioni per attivatore (Giu – Sett 25)
→ (2) MMG/PLS	2.242 (89%)	1.546 (81%) ↓
→ (3+4) Ospedale + Ospedale per dimissione protetta	238 (10%)	262 (14%) ↑
→ (1) Servizi Sociali	31 (1%)	110 (6%) ↑
(8) Stessa struttura per apertura amministrativa	9 (~0%)	0 (0%)
(6) Utente/Familiari	0 (0%)	0 (0%)
(9) Altro	5 (~0%)	1 (~0%)

*Considerate le attivazioni CDOM entro 15 giorni dalla data di dimissione.

Tempistiche di attivazione* CDOM

Percorso 1

ASST con COT
Paziente residente/domiciliato
nel territorio di ASST

Percorso 2

ASST con COT
Paziente NON residente/domiciliato
nel territorio di ASST

Percorso 3

Ente senza COT

		Giu – Sett 2024			Giu – Sett 2025		
TIPO PERCORSO		Q1	MEDIANA	Q3	Q1	MEDIANA	Q3
Percorso 1	ASST con COT Paziente residente/domiciliato nel territorio di ASST	2	4	7	1	3	7
Percorso 2	ASST con COT Paziente NON residente/domiciliato nel territorio di ASST	2	4	7	1	3	5
Percorso 3	Ente senza COT	2	4	8	2	4	7

* Delta «data dimissione SDO» e «Data di attivazione del ricovero domiciliare SIAD»

Ringraziamenti

- Dott. Massimo Capanni
- Dott.ssa Marta Corradini
- Dott.ssa Giulia D'Amico
- dott. Flammini Roberto
- Dott.ssa Lucia Garau
- Dott.ssa Dalia Gazzarri – Comune di Milano
- Ing. Maria Picco
- Dott.ssa Ada Raimondi – ASST Fatebenefratelli Sacco
- Dott. Francesco Sarcina
- Ing. Federica Segato –ASST Santi Paolo e Carlo
- Dott.ssa Francesca Visco

- frolli@ats-milano.it