



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 5195

Seduta del 06/09/2021

Presidente

ATTILIO FONTANA

Assessori regionali

LETIZIA MORATTI *Vice Presidente*

STEFANO BOLOGNINI

DAVIDE CARLO CAPARINI

RAFFAELE CATTANEO

RICCARDO DE CORATO

MELANIA DE NICHILLO RIZZOLI

PIETRO FORONI

STEFANO BRUNO GALLI

GUIDO GUIDESI

ALESSANDRA LOCATELLI

LARA MAGONI

ALESSANDRO MATTINZOLI

FABIO ROLFI

FABRIZIO SALA

MASSIMO SERTORI

CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Enrico Gasparini

Su proposta dell'Assessore Letizia Moratti

Oggetto

APPROVAZIONE DELLE LINEE DI PROGETTO PER L'ATTUAZIONE DI CASE E OSPEDALI DI COMUNITA' NELLA CITTA' DI MILANO

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Giovanni Pavesi

Il Dirigente Marco Cozzoli

L'atto si compone di 38 pagine

di cui 33 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTE:

- la l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”;
- la l.r. Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23 “Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”, con particolare riferimento all’Art. 1 bis, aggiunto dall’art. 2, comma 1 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41, rubricato “Carattere sperimentale dell’articolazione in ATS e ASST” ai sensi del quale: *“L’articolazione in ATS e ASST del servizio sanitario e socio sanitario regionale, come disciplinato dal Titolo I della l.r. 33/2009 a seguito delle modifiche introdotte dalla presente legge, avviene in via sperimentale per un periodo di cinque anni, al termine del quale la Regione, in collaborazione con il Ministero della Salute, valuta i risultati della sperimentazione. La Regione, in collaborazione con il Ministero della Salute, effettua una prima verifica al termine del primo triennio di sperimentazione al fine di individuare eventuali interventi correttivi”*;

RICHIAMATO:

- il documento dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) Prot. 2020/0007526 del 16.12.2020, avente ad oggetto “la riforma del sistema Socio sanitario Lombardo (LR 23/2015. Analisi del modello e risultato raggiunti a cinque anni dall’avvio” il decreto legge n. 59/2021 che approva il piano nazionale per gli investimenti complementari al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che, con riferimento al tema della Salute, è focalizzato su due obiettivi: il rafforzamento della rete territoriale e l’ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con il rafforzamento del Fascicolo Sanitario Elettronico e lo sviluppo della telemedicina;

DATO ATTO che è in corso un processo di revisione della richiamata legge regionale n. 33/2009 riguardante alcune aree di miglioramento dell’assetto organizzativo del sistema socio sanitario Lombardo, in coerenza con le indicazioni del Ministero della Salute, di AGENAS e con il PNRR, che ha posto l’accento, tra l’altro, sul potenziamento dell’area territoriale;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

RICHIAMATE:

- la DGR n. XI/4811 del 31 maggio 2021 recante “Determinazioni in ordine alle linee di sviluppo dell’assetto del sistema socio sanitario lombardo delineato dalla legge regionale 11 agosto 2015, n. 23”;
- la DGR n. XI/4885 del 14 giugno 2021 recante “Ulteriori determinazioni in ordine alle linee di sviluppo dell’assetto del sistema socio sanitario lombardo delineato dalla legge regionale 11 agosto 2015, n. 23”;
- DGR n. XI/ 5068 del 22 luglio 2021 recante “Proposta di progetto di legge recante: “Modifiche al titolo i e al titolo vii della legge regionale 30 dicembre 2009, N. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”;

che, in coerenza con le indicazioni di AGENAS e con il PNRR, individuano i temi chiave del futuro impianto normativo, tra i quali è previsto il rafforzamento della rete erogativa di prestazioni sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali quali le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità;

CONSIDERATO che:

- le Case della Comunità diventeranno lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati affetti da patologie croniche. La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opereranno team multidisciplinari di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti e potrà ospitare anche assistenti sociali. La numerosità garantirà la presenza capillare su tutto il territorio regionale. All’interno delle Case della Comunità dovrà realizzarsi l’integrazione tra i servizi sanitari e socio-sanitari con i servizi sociali territoriali, potendo contare sulla presenza degli assistenti sociali e dovrà configurarsi quale punto di riferimento continuativo per la popolazione che, anche attraverso una infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica permetterà di garantire la presa in carico della comunità di riferimento;
- gli Ospedali di Comunità quali strutture di ricovero di cure intermedie si collocano tra il ricovero ospedaliero tipicamente destinato al paziente



Regione Lombardia

LA GIUNTA

acuto e le cure territoriali. Gli Ospedali di Comunità si collocheranno all'interno della rete territoriale e saranno finalizzati a ricoveri brevi destinati a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, di livello intermedio tra la rete territoriale e l'ospedale, di norma dotati di 20 posti letto (max. 40 posti letto) a gestione prevalentemente infermieristica. La realizzazione deriverà prioritariamente dalla ristrutturazione o rifunzionalizzazione di strutture esistenti quali ad esempio strutture ambulatoriali o reparti ospedalieri e, laddove necessario, potranno essere realizzate strutture ex novo;

VISTO il documento recante “*Linee di progetto per l’attuazione di case e ospedali di comunità nella città di Milano*”, allegato 1 parte integrante del presente provvedimento, predisposto dall’Ats della Città Metropolitana di Milano che individua i criteri generali di progettazione per l’attuazione sul territorio della Città Metropolitana del nuovo modello assistenziale proposto;

CONSIDERATO che il citato documento costituisce un punto di partenza per il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi sanitari e territoriali ed extraospedalieri coerenti con gli obiettivi da raggiungere indicati a livello nazionale e regionale;

CONSIDERATO, altresì che gli Ospedali e le Case della comunità dovranno avere caratteristiche e denominazione tali da renderle facilmente ed univocamente identificabili dai cittadini del territorio di riferimento;

RITENUTO pertanto opportuno approvare il documento *Linee di progetto per l’attuazione di case e ospedali di comunità nella città di Milano*” allegato 1 parte integrante del presente provvedimento e demandare all’Ats della Città Metropolitana di Milano l’indizione di un concorso di idee per l’ideazione, la meta-progettazione e la narrazione delle strutture sopra descritte, in grado di ospitare e rendere operativa una squadra di figure professionali multidisciplinari, che dovranno costituire un punto di riferimento continuativo per la popolazione e per l’individuazione della denominazione (naming) di tali strutture che consenta un’immediata e solida riconoscibilità da parte dei cittadini del territorio di riferimento;

Ad unanimità di voti, espressi nelle forme di legge;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

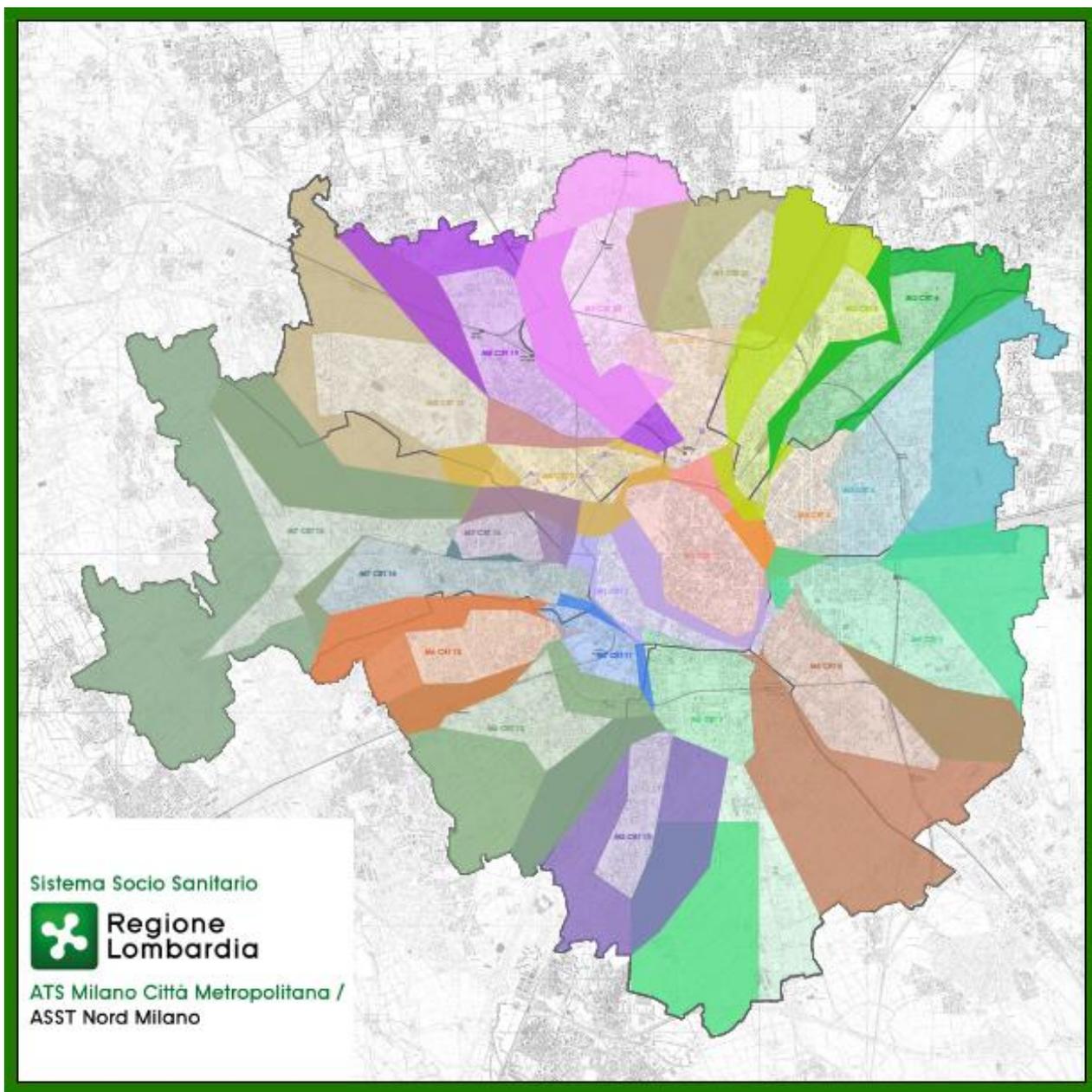
DELIBERA

1. di approvare il documento *Linee di progetto per l'attuazione di case e ospedali di comunità nella città di Milano*, allegato 1 parte integrante del presente provvedimento;
2. di demandare all'Ats della Città Metropolitana di Milano l'indizione di un concorso di idee per l'ideazione, la meta-progettazione e la narrazione delle strutture sopra descritte che dovranno costituire un punto di riferimento continuativo per la popolazione e per l'individuazione della denominazione (naming) di tali strutture che consenta un'immediata e solida riconoscibilità da parte dei cittadini de territorio di riferimento;
3. di assegnare, per l'indizione del concorso di cui al punto 2, all'Ats della Città Metropolitana di Milano l'importo di 200.000,00 euro che trova copertura sulle risorse di cui al capitolo 13.05.203.8374 per l'esercizio finanziario 2021.

IL SEGRETARIO

ENRICO GASPARINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge



LINEE DI PROGETTO PER L'ATTUAZIONE DI CASE E OSPEDALI DI COMUNITA' NELLA CITTA' DI MILANO Versione 1.0



Indice dei contenuti

1.	Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza in ATS Città Metropolitana di Milano.....	3
1.1	Contenuti del PNRR	3
1.2	Criteri di progettazione	3
	Criteri generali	3
	Le funzioni e i servizi.....	5
	Gli interventi e il modello tipologico	8
	Le risorse umane	10
	Collaborazione Pubblico-Privato	11
	Collaborazione ed interconnessione con le reti sociali	12
2.	Il modello territoriale per la città di Milano	13
2.1	Analisi della situazione esistente.....	13
2.2	La proposta	14
2.3	Applicazione del metodo ai Municipi	15
	Municipio 1	16
	Municipio 2	17
	Municipio 3	18
	Municipio 4.....	19
	Municipio 5	20
	Municipio 6	21
	Municipio 7	22
	Municipio 8.....	23
	Municipio 9	24
2.4	Fabbisogni di personale	26
3.	Piano degli investimenti	28
3.1	Costi degli interventi.....	28
3.2	Cronoprogramma	29
	Programmazione degli interventi sulle strutture	29
	Attivazione funzionale delle CdC entro il 2022	30
3.3	Riepilogo degli interventi.....	31
4.	Attuazione del progetto	33

1. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza in ATS Città Metropolitana di Milano

1.1 Contenuti del PNRR

Il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali ed extra ospedalieri rappresenta una delle principali linee di sviluppo tracciate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nella Missione relativa alla Salute. Il primo nucleo di interventi previsto dalla Missione 6 riguarda infatti la costruzione di reti di prossimità e il potenziamento dell'assistenza territoriale e domiciliare; per questi interventi il Piano stanZIA complessivamente 7 miliardi di Euro.

L'investimento si concentra sulla creazione di strutture fisiche che rappresentino il riferimento territoriale per la presa in carico del bisogno di salute dei cittadini. Nello specifico, il PNRR identifica due tipologie di strutture: le Case della Comunità (CDC) e gli Ospedali di Comunità (ODC).

Le CDC si connotano come strutture in cui opera un team multidisciplinare di MMG, PLS, medici specialisti, infermieri di comunità e altri professionisti non solo afferenti al sistema sociosanitario ma anche al sistema sociale. La compresenza di questi professionisti, lo sviluppo di un'adeguata struttura informatica che consenta l'interazione tra questi e le altre unità di offerta del sistema sanitario, sociosanitario e sociale, la possibilità di erogare prestazioni di specialistica di primo livello e servizi a supporto dell'utenza fragile (es. punto unico di accesso, valutazione multidimensionale) rendono la CDC punto di riferimento continuativo e di prossimità per la popolazione, garantendo promozione della salute, prevenzione e presa in carico dei bisogni, come specificato anche dal Tavolo Tecnico Agenas-Regioni nel documento sui "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale".

Gli ODC si configurano invece come strutture sanitarie della rete territoriale dedicate al ricovero breve, destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica. Il PNRR identifica queste strutture di norma dotate di 20-40 posti letto a gestione prevalentemente infermieristica come ambiti che possano facilitare la transizione del paziente dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, ma soprattutto prevenire l'accesso improprio in strutture di secondo livello. Il PNRR prevede infine di affiancare a Case e Ospedali di Comunità le Centrali Operative Territoriali (COT), deputate a svolgere funzioni di coordinamento e di raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting, e a rafforzare l'Assistenza Domiciliare.

Il Piano Nazionale stabilisce la creazione di 216 CDC e l'attivazione di 1.745 posti letto in setting ODC in Regione Lombardia entro il 2026. La DGR XI/4811 del 31/05/2021, in ragione del contesto e dei fondi disponibili, prevede di individuare nel territorio Lombardo almeno una CDC ogni 50.000 abitanti e un ODC per ogni ASST e, a tendere, di completare la rete secondo le indicazioni del PNRR.

1.2 Criteri di progettazione

Criteri generali

Secondo gli standard definiti dalla DGR XI/4811, nel territorio di ATS Città Metropolitana di Milano, in ragione del numero di assistiti e del numero di ASST presenti, sarebbe necessario attivare inizialmente circa 60 CDC e 9 ODC. La scelta progettuale è di considerare che l'ODC – laddove presente - comprenda al suo interno anche le funzioni della CDC.

Dal momento che queste strutture nascono per costituire un punto di riferimento per le cure territoriali degli assistiti di un'area geografica definita, il primo criterio utilizzato per la localizzazione dei punti in cui collocare CDC e ODC in ATS Milano è stato quello di assegnare una CDC ad ogni Centro di Riferimento Territoriale delle Cure Primarie (CRT; DGR XI/3478). I CRT raccolgono infatti medici che operano all'interno di aree territoriali

definite e costituiscono la forma di coordinamento delle cure primarie prodromica all'effettiva attuazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) previste dal DL n. 158/2012 (cd. Legge Balduzzi). L'obiettivo è che la CDC (o l'ODC che comprende la CDC) rappresenti il punto di riferimento per i MMG appartenenti ad un unico CRT o ad altre forme di aggregazione (per esempio, cooperative di MMG). In essa saranno presenti spazi dedicati al coordinatore del CRT per lo svolgimento delle sue funzioni (aggiornamento clinico, audit, diffusione linee guida e protocolli, organizzazione del servizio CA e USCA). I CRT in ATS Milano sono 62, quindi un numero adeguato rispetto allo standard definito dalla DGR XI/4811.

Questa ipotesi progettuale consente di identificare per ogni CDC un bacino di utenza preciso e definito sostanzialmente dagli assistiti dei MMG che appartengono al Centro di Riferimento Territoriale. L'analisi della domanda di prestazioni espressa dalla popolazione assistita cronica mono-patologica (o affetta da patologie gestibili a livello territoriale) e la proiezione dei bisogni della popolazione sana residente nell'area consentirà di definire e dimensionare i servizi da attivare nella CDC e quindi le sue dimensioni.

Parallelamente all'analisi della domanda, viene svolta una mappatura delle sedi territoriali attive nell'area di ogni CRT, dei servizi erogati all'interno di queste e delle condizioni strutturali di ogni edificio ospitante, volta ad individuare eventuali strutture adatte ad essere riconvertite in CDC o ODC. Laddove non esistano nell'ambito territoriale strutture che possano essere utilmente ristrutturare o ampliate si avvia la ricerca di spazi adatti in collaborazione con gli Enti localmente competenti. La disposizione delle CDC tiene conto anche della presenza di punti di erogazione gestiti da Enti privati accreditati e da Enti non sanitari (es. ASP), valutando l'opportunità di attivare specifici accordi o sperimentazioni gestionali di conduzione mista delle attività.

Oltre agli ambiti dei CRT e alle analisi della domanda e delle strutture di offerta attuali, la scelta di collocazione di ODC e CDC considera riflessioni più ampie legate alla necessaria capillarità di tali strutture sul territorio per privilegiare anche i contesti urbani periferici e all'accessibilità delle stesse (es. raggiungibilità con mezzi di trasporto pubblico locale).

Una volta identificati i punti in cui collocare le CDC o gli ODC è necessario far confluire all'interno di questi i diversi servizi territoriali presenti nell'area di riferimento (es. poliambulatori territoriali, sportelli scelta e revoca, servizio protesica, centro vaccinale, ecc.), così che le nuove strutture rappresentino effettivamente il punto unico di accesso alla rete territoriale per la popolazione dell'ambito territoriale di riferimento. In aggiunta, per facilitare il riconoscimento dei punti territoriali da parte dell'utenza e connotare in modo preciso l'offerta territoriale di ATS, gli interventi di riqualificazione degli edifici esistenti e le nuove costruzioni seguiranno uno standard progettuale comune.



Figura 1 - Criteri di progettazione CDC/ODC

Le funzioni e i servizi

Case della Comunità

Il Tavolo Tecnico Agenas-Regioni sui “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale” ha sviluppato delle prime indicazioni in merito ai servizi standard da prevedere in CDC definite “*hub*” (ossia Case di Comunità che hanno una funzione di riferimento territoriale con ampia dotazione di servizi) e “*spoke*” (Case di Comunità di minore dimensione e collegata alle case hub, e con servizi di base), come riportato nella tabella seguente. Si tratta di un documento non ancora definitivo e finalizzato, ma che fornisce un’indicazione di massima rispetto a quali siano le funzioni attese, cui si farà riferimento in questo documento, considerando anche che tali indicazioni sono coerenti con quelle previste da Regione Lombardia in riferimento all’attivazione dei PreSST con la DGR XI/2019 del 31/07/2019.

Tabella 1 - Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità (Fonte: Tavolo Tecnico Agenas-Regioni - documento sui “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale”).

Servizi	Modello Organizzativo	
	CdC <i>hub</i>	CdC <i>spoke</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multidisciplinari (MMG, PLS, SAI, IFeC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare di livello base	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Programmi di screening	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici (finalizzati al monitoraggio della cronicità)	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Servizi Sociali	RACCOMANDATO	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell’adolescenza	RACCOMANDATO	
Attività Consultoriali	FACOLTATIVO	
Vaccinazioni	FACOLTATIVO	

Alla luce di quanto indicato in tabella, le aree funzionali-organizzative di riferimento di una CDC sono:

1. Area delle funzioni amministrative: un'area che raggruppa servizi territoriali amministrativi come gli sportelli di scelta e revoca, erogati anche in modalità "smart" (es. totem assistito, in considerazione della possibilità ormai diffusa di effettuare tali servizi attraverso webapp), distribuzione presidi medici e protesica.
2. Area prelievo e vaccinazioni: un'area multifunzionale che viene utilizzata nelle prime ore della mattina come punto prelievi al fine di evitare l'accesso nei presidi ospedalieri di utenti che necessitano esclusivamente del prelievo venoso e che pesano organizzativamente sulle strutture ospedaliere fornendo, invece, una distribuzione di prossimità al cittadino. La creazione di un'area dedicata la cui attività è prevalentemente dovuta alla prescrizione del MMG garantirebbe anche un governo della appropriatezza prescrittiva indirizzando l'attività degli MMG mediante una attività specifica di monitoraggio/condivisione del responsabile del CRT. Nel resto della giornata l'area può essere utilizzata come punto vaccinale per la popolazione pediatrica e per le vaccinazioni di massa periodiche come quella antinfluenzale, o potenzialmente ricorrenti come i richiami per la vaccinazione COVID. Considerando che questa area deve essere necessariamente isolata (ingressi, areazione e personale) dal resto della casa di comunità potrebbe essere anche utilizzata come punto prelievi per indagini microbiologiche specifiche sulla popolazione.
3. Area delle cure primarie e della continuità assistenziale: un'area di raccordo della medicina di base con la sede fisica dei referenti dei CRT, che comprenda sale riunioni per la formazione dei medici afferenti ai CRT, ambulatori che possano ospitare i MMG per il raccordo con gli specialisti e il consulto su casi specifici. In questa area sono presenti anche i servizi infermieristici di supporto al MMG e la centrale infermieristica di monitoraggio e coordinamento dei percorsi, che di fatto costituisce la proiezione territoriale delle Centrali Operativa Territoriali (COT). È necessario prevedere anche un'area dedicata alla continuità assistenziale, attiva la notte e i giorni festivi. Il punto di continuità assistenziale deve avere accesso alla prenotazione di prestazioni verso le unità di specialisti che operano nell'area degli ambulatori specialistici con un percorso facilitato e slot riservati.
4. Area ambulatori specialistici: un'area dove siano predisposte, con una accettazione polifunzionale strutturata, una serie di servizi ambulatoriali tra i quali:
 - nucleo operativo per le visite cardiologiche (con una elettrofisiologia, ecocardioppler cardiaco e dei TSA, cicloergometro per i test cardiovascolari da sforzo);
 - un nucleo pneumologico (con RX torace, spirometria e ossimetria);
 - un nucleo diabetologico (che preveda anche uno spazio per la formazione permanente di gruppi di pazienti diabetici da parte di MMG, pediatri, nutrizionisti e di altri operatori);
 - un nucleo oncologico per la presa in carico dei pazienti oncologici a basso rischio di evoluzione che necessitino di un follow up periodico e per i tumori della mammella di un invio allo screening mammografico a 5 anni dalla diagnosi;
 - un nucleo ortopedico (che possa lavorare in raccordo con le strutture ospedaliere per le diagnosi differenziali di lombosciatalgia e altri problemi ortopedici minori) in raccordo con i pronto soccorso come Fast Track successivo al triage fornendo un accesso diretto e un raccordo immediato con la medicina territoriale;
 - un nucleo oculistico (per l'esame del *fundus oculi* e per la valutazione dei difetti oculari dei bambini in stretto raccordo con la pediatria di base).

Si valuterà, almeno in alcune strutture, la presenza di un nucleo dedicato all'odontoiatria, con particolare riferimento allo sviluppo di programmi di odontoiatra sociale e pediatrica. Accanto ai nuclei indicati che permetteranno la presa in carico dei pazienti cronici o con patologie prevalenti,

potranno comunque operare le aree specialistiche già oggi presenti all'interno del sistema poliambulatoriale milanese, prevedendo però una maggiore integrazione con le strutture ambulatoriali divisionali dei poli ospedalieri.

5. Area dei programmi di prevenzione e di promozione della salute: un'area dedicata a promuovere e organizzare iniziative di prevenzione e promozione della salute (es. educazione alimentare, gruppi di cammino, sensibilizzazione all'adesione allo screening, ecc.) anche in collaborazione con medicina di base, servizi sociali comunali e associazioni di volontariato.
6. Area servizi sociali del comune: un'area dove siano disponibili tutti i servizi ai minori, agli anziani, ai disabili e il raccordo con il terzo e il quarto settore presente su quel territorio (ospitandone eventualmente una rappresentanza fissa che si integra nei vari periodi dell'anno con attività del territorio sostenute dai comuni: es. emergenza caldo).

Per poter ospitare le funzioni citate, le strutture saranno progettate secondo un approccio modulare, in relazione alle funzioni che si intendono inserire in ogni CdC. Potranno, infatti, configurarsi almeno due tipologie di CdC:

- Casa della Comunità 'base' (o a bassa complessità assistenziale - *spoke*) con erogazione H12 delle seguenti funzioni: accoglienza e orientamento (punto informativo); funzioni amministrative (compreso il CUP), valutazione del bisogno, presenza dei MMG e PLS; assistenza infermieristica, assistenza specialistica a supporto dei percorsi, assistenza ostetrica-consultoriale e assistenza sociale;
- Case della Comunità 'avanzata' (o media/alta complessità assistenziale - *hub*) con cui viene garantito l'accesso H12 alle seguenti funzioni: accoglienza e orientamento (punto informativo); amministrative (Centro Unico di Prenotazione); valutazione del bisogno (punto unico di accesso sociale e sanitario, unità valutazione multidimensionale, sportello sociale); servizi di supporto (punto prelievi, distribuzione ausili protesici, distribuzione farmaci); prevenzione collettiva e sanità pubblica (es. vaccinazioni, raccordo con funzioni di screening); ambulatorio infermieristico per la gestione integrata della cronicità e ambulatorio prestazionale; assistenza a favore della donna, dell'infanzia, delle giovani generazioni, e delle famiglie (consultorio familiare); assistenza specialistica; diagnostica strumentale ecografica e radiologica; attivazione assistenza domiciliare e rete cure palliative. Inoltre, i professionisti della CdC organizzano e/o partecipano ad attività di promozione della salute individuale e collettiva. Pertanto, maggiore sarà l'attivazione e la presenza di programmi e percorsi assistenziali integrati, équipe multiprofessionali e interdisciplinari e maggiore sarà il livello di complessità assistenziale. Nella CdC a media/alta complessità assistenziale può essere presente l'ospedale di comunità. Non ultimo, nelle CdC possono essere presenti ambienti dedicati per l'associazionismo. Per quanto riguarda il servizio di continuità assistenziale (ore notturne e giorni pre-festivi e festivi) si prevede che in ogni ambito distrettuale o inter-distrettuale, sulla base della densità della popolazione, almeno 1 CdC a media/alta complessità garantisca la risposta H 24, ovvero abbia al suo interno il servizio di continuità assistenziale.

Per rispondere alle differenti esigenze territoriali e, al tempo stesso, per garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, si prevede la costituzione di una rete di assistenza territoriale formata secondo il modello *hub* e *spoke* a cui poter associare la progettazione di tipologie di strutture fisiche differenti sulla base del principio della modularità. Le diverse tipologie di CdC, a bassa e a media/alta complessità, possono quindi configurarsi nei singoli ambiti distrettuali come una rete integrata; in base alle necessità dell'utenza individuata, alcune potranno inoltre essere dedicate ad una specifica utenza (es. mamma/bambino, grande anziano) o attività/patologia (es. Alzheimer e altre patologie degenerative).

Centrale operativa territoriale

Il PNRR prevede l'attivazione di una Centrale Operativa Territoriale in ogni Distretto, deputata a svolgere funzioni di coordinamento e di raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting, e a rafforzare l'Assistenza Domiciliare.

Nello specifico della città di Milano, data la peculiarità del contesto urbano metropolitano, pur in attesa di conoscere gli standard che verranno definiti a livello nazionale e regionale, si ritiene che preveda una centrale unica che gestisce la piattaforma informatica e coordina le attività. Al fine di coniugare la necessaria unitarietà dei servizi all'interno del Comune e la prossimità di accesso ai servizi per i cittadini, la Centrale avrà una propria articolazione operativa locale all'interno di ogni CdC.

Ospedali di Comunità

È presente in ATS Città Metropolitana una consistente offerta residenziale riabilitativa e di cure intermedie, che opera prevalentemente nel percorso successivo a un ricovero ospedaliero in reparto per acuti. Non si registra invece nel territorio un'offerta adeguata di posti letto per degenze di sorveglianza, destinata a pazienti cronici, in cura in ambito territoriale, che non necessitano di ricoveri per acuti ma che al tempo stesso non possono essere seguiti esclusivamente al domicilio. Il modello di servizio previsto per gli ospedali di comunità può colmare questa esigenza.

Come già specificato nei paragrafi precedenti, l'Ospedale di Comunità contiene i medesimi servizi di base di una CDC (almeno per quanto attiene le aree della medicina di base, della continuità assistenziale e della specialistica ambulatoriale), cui si viene ad aggiungere un numero limitato (20-40) di posti letto a bassa intensità che devono lavorare in stretto raccordo da un lato con la medicina territoriale, dall'altro con gli erogatori pubblici e privati accreditati di prestazioni di ricovero per acuti. Per il buon funzionamento del modello è di fondamentale importanza definire i percorsi dal territorio verso l'ODC, al fine di garantire che il ricovero abbia una elevata componente sanitaria ed evitare che vengano accolti problemi sostanzialmente sociali. D'altro canto il trasferimento dagli ospedali per acuti deve essere governato per mantenere le caratteristiche di un'area a bassa intensità evitando il rischio di ricoverare in ODC pazienti non stabili o potenzialmente evolutivi che trovano una collocazione più appropriata nei posti letto per subacuti allocati all'interno dei poli ospedalieri.

Gli ospedali di comunità devono quindi essere collegati ad una centrale operativa distrettuale che valuti l'appropriatezza dell'ingresso sia dal territorio sia dall'ospedale per acuti, la saturazione complessiva dell'area e il mix di ricoveri all'interno dei vari ospedali, raccordandosi con la medicina di base al fine di risolvere o reindirizzare le situazioni critiche o che evolvano nel corso del ricovero verso gli ospedali per acuti.

Gli interventi e il modello tipologico

L'ATS Città Metropolitana, e in particolare il contesto urbano della città di Milano, presenta una offerta di servizi che consente di sperimentare diversi approcci e modelli. Nello specifico, i criteri progettuali descritti nelle sezioni precedenti consentono – nell'interlocuzione con le Aziende coinvolte - di valutare l'implementazione di 3 diverse tipologie di intervento:

- costruzione ex novo. Laddove nell'area di interesse non esistano strutture adeguate, si procede alla costruzione di un nuovo edificio finalizzato ad ospitare le funzioni definite per CDC o ODC. È stato prospettato a tale riguardo un primo possibile modello tipologico (il cd. "cubo della salute") uniforme per tutte le nuove realizzazioni, che sarà oggetto di confronto e approfondimento anche attraverso collaborazioni con il sistema universitario milanese. Il "cubo", che si ritiene particolarmente

confacente perché consente di ottimizzare gli spazi interni e di progettare la struttura in termini modulari a seconda delle funzioni da inserire, costituisce un modello facilmente replicabile e di facile realizzazione. Il cubo risulta peraltro rappresentativo, nel suo profilo essenziale riproposto per tutte le CDC di nuova edificazione, di un'immagine unitaria, emblematica dei servizi ospitati e utile ad un immediato riconoscimento delle strutture nel contesto cittadino. Il modello tipologico del "cubo" è ricorrente nell'architettura contemporanea, utilizzato anche nella progettazione di opere riferite all'ambito sanitario, come il Centro della Salute *Porreres in Mallorca* (Spagna), positivamente recensito dalla critica architettonica come opera contraddistinta da semplicità costruttiva e pur dotata di qualità progettuale e di un'efficace organizzazione dello spazio interno. Inoltre tale struttura consente di progettare in termini modulari a seconda delle funzioni da inserire e di incrementare la riconoscibilità esterna delle strutture;

- ristrutturazione di edifici esistenti. Laddove sussistano edifici ben posizionati e adeguati allo scopo, si procede alla riprogettazione dei loro spazi interni e all'eventuale ampliamento delle strutture. Inoltre, qualora non si frappongano vincoli di tutela posti dalla legislazione vigente, la ristrutturazione può riguardare anche la facciata esterna dei fabbricati, per renderla riconoscibile e omogenea rispetto alle costruzioni *ex novo* e così consolidare, in capo alle case e agli ospedali di comunità, un'immagine unitaria funzionale ad una loro immediata individuazione da parte dell'utenza;
- riqualificazione dell'edificio e riorganizzazione delle funzioni in un edificio esistente. Nelle situazioni in cui esistono strutture ben posizionate, con dimensioni adatte e condizioni strutturali e manutentive adeguate, viene progettato un intervento di riqualificazione e riorganizzazione dei loro spazi interni per adeguarli all'insediamento delle funzioni necessarie. Analogamente al caso precedente, si procede alla rivisitazione delle facciate esterne, per renderle omogenee rispetto alle costruzioni *ex novo*.

Una rappresentazione esemplificativa di un possibile *layout* di una Casa di comunità 'hub' o avanzata è presentato nell'Atlante allegato (Sezione: "il modello tipologico"), che è stata progettata sulla base dei criteri di seguito indicati.

- Area delle funzioni amministrative e del front office viene collocata all'ingresso della struttura, al piano terra, ed è stata progettata tenendo in considerazione una profonda revisione dell'esperienza degli utenti rispetto alle attività di sportello odierno, seguendo gli stessi modelli già sperimentati per esempio nel settore bancario. La progressiva digitalizzazione e semplificazione delle procedure infatti, permetterà ai cittadini di poter fruire della maggior parte dei servizi (scelta e revoca del medico, prenotazione, gestione dell'esenzione e dell'iscrizione al SSR) in forma telematica senza doversi recare in presenza nella struttura. Si prevedono inoltre 'isole' funzionali nelle quali i cittadini possono richiedere informazioni, consulenze, esporre problemi particolari secondo la logica dello 'sportello unico' o attraverso totem informativi.
- L'area del prelievo, sempre posizionata a piano terra, è stata dimensionata identificando i residenti che hanno effettuato almeno una volta esami ematochimici di routine (emocromo con formula, transaminasi, colesterolo e trigliceridi, glucosio, creatinina) tra 2019-2021 (per ricostruire un anno tipo).
- Per l'area sociale e della prevenzione, collocata al primo piano, sono previsti spazi per le funzioni di analisi multidimensionale del bisogno e per funzioni sociali erogate dai Comuni. Sono inoltre previsti spazi per gli operatori incaricati di condurre progetti territoriali di promozione di stili di vita salutari (gruppi di cammino ecc.) e potranno trovare collocazione (non esclusiva) anche le associazioni di

pazienti o di volontariato impegnate nel supporto alle attività di promozione della salute o di 'disease management'.

- Per l'area delle cure primarie si prevedono circa 6 studi medici 'permanenti' o a rotazione, dotati delle tecnologie diagnostiche necessarie per diagnosi differenziali fast track, che potranno garantire una presenza medica continuativa per 12 ore per 5-6 giorni alla settimana. Sono inoltre previsti spazi per l'attività di coordinamento dei CRT e un'area dedicata agli infermieri di famiglia e comunità, che eroga servizi infermieristici di supporto al MMG e la centrale infermieristica di monitoraggio e coordinamento dei percorsi, collegata alle piattaforme tecnologiche delle Centrali Operative Territoriali e in grado di offrire servizi collegati alla presa in carico dei pazienti (sorveglianza, monitoraggio, dimissione protette ecc.). Il punto di continuità assistenziale (posto al piano terra) deve avere accesso alla prenotazione di prestazioni verso le unità di specialisti che operano nell'area degli ambulatori specialistici con un percorso facilitato e slot riservati.
- Per dimensionare correttamente l'area specialistica (terzo ed eventualmente quarto piano) sono stati identificati tutti i pazienti cronici mono patologici afferenti al raggruppamento della cardiologia, diabetologia, pneumologia e oncologia. Per dimensionare la domanda di prestazioni ortopediche sono stati considerati, invece, i soggetti che hanno ricevuto una diagnosi di lombosciatalgia in pronto soccorso nel periodo 2019-2021, includendo solo i codici bianchi e verdi auto presentati ed escludendo tutti i casi gestiti dal sistema di emergenza urgenza. Al fine di valutare l'offerta di prestazioni specialistiche sono stati applicati i set di riferimento dei PDTA territoriali (che rappresentano la definizione da parte della medicina territoriale delle prestazioni necessarie al monitoraggio / presa in carico del paziente con una specifica diagnosi). Per ciascuno dei raggruppamenti identificati sono state quindi stimate le prestazioni necessarie da erogare in un anno. Sono stati calcolati i relativi minutaggi e il numero di ambulatori necessari in un anno lavorativo tipo. Nelle strutture poliambulatoriali preesistenti, accanto a questi nuclei che verranno dimensionati opportunamente, potranno mantenersi anche spazi per le aree specialistiche già esistenti. Tali aree potranno essere estese nelle CDC, che ospiteranno anche servizi consultoriali o di consulenza e raccordo verso servizi di neuropsichiatria infantile.

Le risorse umane

Case di comunità

Il Tavolo Tecnico Agenas-Regioni sui "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale" ha indicato alcuni standard per la dotazione di personale sanitario e sociosanitario nelle CDC hub e spoke, prevedendo la presenza di infermieri di famiglia quale figura chiave dell'integrazione sociosanitaria e della presa in carico dei bisogni degli assistiti. Rispetto a quanto previsto nel documento di Agenas, specificamente in relazione ai servizi citati nel documento, è possibile identificare un nucleo di funzioni già erogate nei punti territoriali (funzioni amministrative, prelievi e vaccinazioni, cure primarie, continuità assistenziale, prevenzione e promozione della salute, ambulatori specialistici): in questi casi la CDC aggrega funzioni già esistenti sia sul territorio che in ospedale (ambulatori specialistici) e la sua attivazione non dovrebbe quindi richiedere dotazioni aggiuntive straordinarie di personale. Per il dimensionamento del personale da dedicare a queste funzioni sarà necessario mantenere una logica di corretta determinazione dei fabbisogni in funzione della corretta quantificazione dell'offerta erogativa. Ai professionisti citati potranno aggiungersi i professionisti operanti all'interno dei poli ospedalieri, per garantire l'integrazione tra le cure territoriali e l'attività svolta all'interno di strutture di secondo livello. È necessario invece prevedere il reclutamento di nuovo personale oggi non presente per l'erogazione di alcuni dei servizi dell'area delle Cure Primarie, ovvero:

- attività di supporto al coordinatore CRT;
- ambulatori infermieristici a supporto dei MMG;
- attività di sorveglianza / monitoraggio dei percorsi (pazienti cronici, gravidanza, ecc);
- attività di promozione della salute.

Dal momento che non sono ancora stati definiti standard per la dotazione di Infermieri di Famiglia e Comunità in base alla popolazione assistita, si prevede di destinare, come dotazione iniziale, esclusivamente ai fini dell'avvio delle attività, 8 IFeC Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC) Full Time Equivalent (FTE) in ogni CDC "hub", in coerenza con lo standard del DL n.34 del 19 maggio 2020, recepito da Regione Lombardia con la DGR XI/3377 (8 IFeC ogni 50.000 abitanti). Anche in questo caso la dotazione potrà essere costituita anche dal personale infermieristico previsto dalla DGR XI/5068 del 22/07/2021 per le COT (che troveranno nelle CDC la propria proiezione territoriale); dal personale già arruolato o da arruolare in applicazione del DL n.34/2020 e dalla riqualificazione di personale dei poli ospedalieri.

Ospedali di comunità

L'ODC rappresenta un nuovo setting che come tale richiede la definizione di uno standard condiviso anche in termini di requisiti di accreditamento. Dal momento che lo standard – che potrebbe forse ricalcare i requisiti definiti per le degenze di sorveglianza in fase pandemica - è in fase di elaborazione e si fa riferimento alle dotazioni previste negli allegati della DGR XI/5068 del 22/07/2021.

Collaborazione Pubblico-Privato

Le risorse che il PNRR mette a disposizione per ristrutturazione, nuova edificazione e dotazioni strumentali e tecnologiche di CDC e ODC configurano interventi rivolti quindi alle aziende sanitarie pubbliche, unici possibili destinatari dei fondi.

Il presente documento, d'altra parte, individua una proposta di allocazione delle risorse di investimento, sia del PNRR che di Regione Lombardia, all'interno di un quadro programmatico più generale, che ha come obiettivo il potenziamento dei servizi assistenziali territoriali per consentire l'effettiva applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, attraverso un modello di erogazione dei servizi omogeneo.

All'interno di un modello di SSR sussidiario, va quindi approfondita la possibilità di realizzare strutture che svolgano le medesime funzioni previste dalle CDC/ODC, ma gestite da erogatori privati accreditati e di attivare forme di collaborazione fra soggetti pubblici e privati nella conduzione di tali strutture.

Si tratta evidentemente di un tema che richiederà specifici indirizzi regionali, considerato che ad oggi

- sono presenti requisiti di accreditamento per alcuni dei servizi offerti dalle CDC (specialistica ambulatoriale, punti prelievo, attività consultoriali), ma non per l'insieme complessivo delle attività che vi si svolgeranno (area delle cure primarie, area sociale e della prevenzione);
- per alcune attività previste (area dei servizi al cittadino, sorveglianza e monitoraggio ecc.) non sono state ancora definite delle tariffe ovvero delle possibili forme di remunerazione a funzione;
- alcune funzioni sono di natura eminentemente pubblica (servizi di scelta e revoca, valutazione multidimensionale del bisogno) e altre sono gestite da soggetti istituzionali esterni al SSR (Comuni per area sociale) e vanno quindi ancora definite.

É possibile d'altra parte prospettare fin d'ora diverse forme di collaborazione:

- sperimentazioni gestionali, ai sensi dell'art 19 delle LR 23/2015, attraverso le quali è possibile affidare attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, attraverso la riqualificazione dei servizi, l'ammodernamento delle strutture e l'utilizzo di nuovi modelli organizzativi. Le sperimentazioni gestionali sono autorizzate dalla Giunta regionale, hanno di norma durata massima quinquennale e possono essere prorogate una sola volta per uguale periodo. Al termine della sperimentazione, sulla base degli esiti

positivi della stessa, la Giunta regionale può autorizzare la stabilizzazione del modello gestionale, procedendo alla definitiva autorizzazione, all'accreditamento e alla contrattualizzazione del soggetto gestore o, in caso contrario, ne dichiara la cessazione;

- progetti Partenariato Pubblico Privato (PPP) ai sensi del Dlgs 50/2016, nel quale un soggetto privato assume un'iniziativa per la realizzazione e gestione di opere e servizi di interesse pubblico.

In questi casi gli investimenti, il rischio imprenditoriale e la gestione delle strutture sono affidati al gestore privato, che nel caso delle CDC dovrà mettere a disposizione delle istituzioni pubbliche spazi per le attività che non possono essere direttamente erogate dal proponente.

È infine possibile prospettare, specularmente, forme di collaborazione pubblico privato attraverso le quali all'interno di una struttura a conduzione pubblica, parte dei servizi amministrativi e sanitari possono essere affidati, tramite procedure ad evidenza pubblica, a soggetti privati pur mantenendo l'ente pubblico la responsabilità di gestione.

Non si esclude quindi che già nella fase attuativa del progetto di sviluppo delle CDC possano essere messe in atto tali forme di collaborazione, anche per ridurre il carico di investimento pubblico e renderlo compatibile con le risorse che il PNRR può mettere a disposizione.

Va infine osservato che lo sviluppo previsto dal PNRR non esaurisce la possibilità di ulteriore potenziamento delle CDC e degli ODC che prevedono, a regime, standard di popolazione di 15-25.000 abitanti per le CDC e di 50.000 abitanti per gli ODC: è quindi possibile quindi che il settore privato possa contribuire alla realizzazione del disegno di potenziamento dell'assistenza territoriale anche oltre le indicazioni di questo progetto.

Collaborazione ed interconnessione con le reti sociali

Le Casa della Comunità si pongono come obiettivo il superamento della logica esclusiva di 'erogatori di prestazioni sanitaria', aspirando a *divenire "il luogo dove valorizzare le diverse risorse dei territori, far emergere e dare voce a quella ricchezza socialmente rilevante che è fatta di valori, storie, esperienze, risorse la cui scoperta e il cui intreccio sistemico ci permettono di guardare la realtà con occhi nuovi e immaginare che un altro modo di concepire il welfare sia possibile. [...] Non si pensa tanto ad un luogo fisico onnicomprensivo, ma a qualcosa che sappia interconnettere esperienze, che costruisca opportunità di scambio, tra soggetti istituzionali e non, apra orizzonti nuovi e diversi da quelli che le singole parti possono mettere in campo"*¹*

Le CDC si innestano all'interno di territori nei quali si è nel tempo sviluppata una fitta rete di strutture ed esperienze che offrono servizi di sostegno alle fasce più deboli ed emarginate. Andranno quindi sviluppate, oltre la presenza di spazi per l'associazionismo, forme di collaborazione e di coprogettazione di interventi con tali realtà, che potranno quindi costituire una rete sociale integrativa e complementare e non competitiva rispetto alla mission della CDC.

¹ Tratto da documento ' Casa della Comunità' – redatto dall'associazione 'Prima la Comunità' in collaborazione con ERGAS-SDA Università Bocconi di Milano - Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa - Ricercatori della Università di Torino - Prospettive ricerca socioeconomica SAS

2. Il modello territoriale per la città di Milano

La città di Milano rappresenta un *unicum* (riconosciuto anche dalla LR 23/2015 che prevede in questo territorio lo sviluppo di modelli organizzativi innovativi) in tutto il territorio regionale da diversi punti di vista, anche per quanto riguarda i bisogni di salute e la relativa organizzazione sanitaria: conformazione urbanistica e sociale propria di una metropoli; coesistenza di persone ad alta alfabetizzazione tecnologica e a grande capacità di connessione sociale e digitale, con cittadini in situazione di marginalità e senza alcuna capacità informatica di base; offerta sanitaria molto sviluppata con erogatori pubblici e privati di eccellenza e caratterizzata da grande attrattività, regionale e nazionale; presenza sullo stesso Comune di più ASST che svolgono le proprie funzioni territoriali e di un'ulteriore ASST a cui è affidata la gestione dei poliambulatori specialistici; una modalità di lavoro di MMG/PLS differente rispetto ad altri territori della provincia e della Regione.

2.1 Analisi della situazione esistente

Il processo di evoluzione del sistema sociosanitario lombardo che ha portato alla nascita di ATS e ASST dall'inizio del 2016 ha previsto per il territorio del Comune di Milano un avvio posticipato rispetto al resto della Regione, necessario per individuare l'assetto più appropriato per garantire i servizi territoriali. Il "Progetto Milano", sviluppato dal Collegio dei Direttori di ATS e approvato da Regione nelle Regole di Sistema 2017 (DGR X/5954 del 5 dicembre 2016) si è basato sui seguenti assi portanti:

- governo unitario e integrato del sistema sulla città di Milano, realizzato dall'Advisory Board dei Direttori Sociosanitari delle ASST e dei Direttori Sanitari degli IRCCS di diritto pubblico sotto il coordinamento del Direttore Sociosanitario di ATS;
- unitarietà funzionale dei processi su tutto il territorio indipendentemente dalla zona di competenza delle ASST, raggiunta affidando a un'unica ASST il coordinamento per l'intera città di ciascuna funzione;
- integrazione ospedale-territorio, assicurata da ogni ASST sul territorio di propria competenza.

Alla prova dei fatti l'organizzazione prevista dal Progetto Milano ha fatto emergere in maniera chiara la complessità legata ai numerosi attori coinvolti, legati da dipendenze funzionali sulle attività ma gerarchicamente indipendenti, e al baricentro inevitabilmente spostato sull'attività ospedaliera, ancor più marcatamente in una città come Milano. La pluralità delle strutture esistenti sul territorio evidenzia infatti una frammentazione dell'offerta sia in termini di elevato numero di presidi territoriali pubblici che di eterogenea distribuzione delle stesse sul territorio. Le sedi territoriali fisiche appaiono inoltre, spesso, vetuste, poco accessibili e riconoscibili: oltre all'utilizzo diffuso di strutture in locazione da parte di privati, è emerso un tema di coordinamento e condivisione degli spazi quando due o più aziende ne condividono la gestione e l'utilizzo.

Ciò ha portato Regione Lombardia a decidere di affidare ad ATS Città Metropolitana di Milano e ASST Nord Milano il compito di realizzare un approfondimento su come migliorare l'offerta territoriale nel capoluogo (DGR XI/2672 del 16/12/2019). I due enti, in sinergia con le altre ASST dell'area metropolitana (ASST Santi Paolo e Carlo, ASST GOM Niguarda e ASST Fatebenefratelli-Sacco) e con il supporto di CERGAS/Bocconi, hanno prodotto uno studio di fattibilità legato all'attuazione del sistema urbano dei PreSST nel rispetto delle indicazioni della DGR XI/2019 del 31.7.2019 e del piano di investimenti necessario per realizzarlo al fine di garantire un livello di servizi territoriali riconoscibile, uniforme, integrato e diffuso. A fronte di un quadro delle principali esperienze nazionali e internazionali che ha contraddistinto la diffusione delle strutture

intermedie nei vari sistemi sanitari, si è giunti a declinare, prima ancora dell'avvento del PNRR, un progetto sulla città di Milano secondo i criteri progettuali citati nei capitoli precedenti.

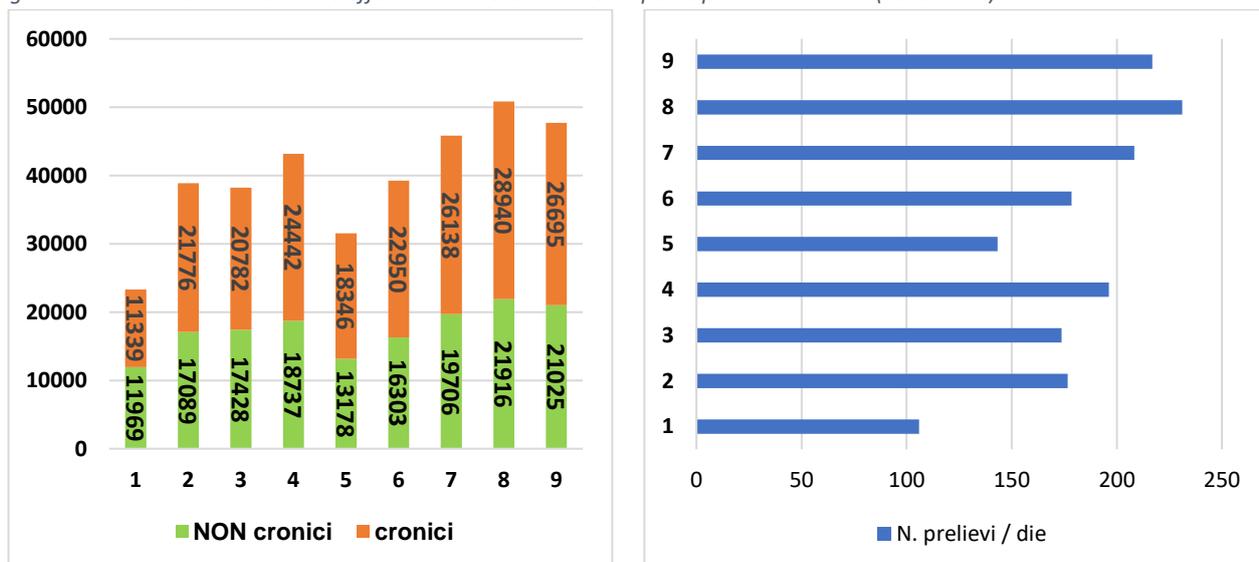
2.2 La proposta

La progettazione delle Case di Comunità nell'ambito dei Municipi della città di Milano è stata coordinata tra la fine di giugno e la prima metà del mese di luglio da ATS Milano Città Metropolitana che ha effettuato una prima ricognizione dei punti territoriali volta ad indentificare strutture adatte alla conversione in CDC/ODC e aree prioritarie di intervento; a seguire, nell'ambito del Collegio dei Direttori ha condiviso gli obiettivi e il metodo della progettualità. Successivamente sono stati organizzati incontri con ciascuna ASST del territorio di Milano per valutare a livello di singolo Municipio le proposte di collocazione di CDC e ODC, tenendo presente gli eventuali sviluppi organizzativi già in corso di approvazione o attuazione portati avanti dalle singole aziende.

L'applicazione del modello tipologico, unitamente all'analisi della domanda ha portato a poter dimensionare la quasi totalità delle CDC milanesi proposte classificandole come hub, anche in considerazione di una popolazione media servita di oltre 60.000 abitanti

Nello specifico, per l'area **prelievo e vaccinazioni** è stato calcolato (vedi Figura 2) il numero di soggetti appartenenti alla coorte di residenti che hanno fatto un accesso almeno una volta a tutte queste prestazioni tra 2019-2021 (per ricostruire un anno tipo).

Figura 2 - Analisi assistite che hanno effettuato almeno un accesso per le prestazioni citate (2019-2021)



Per dimensionare le necessità erogative dell'area **ambulatori specialistici**, sono stati identificati i set di cronici mono patologici afferenti alle 5 aree specialistiche (cardiologia, diabetologia, pneumologia, ortopedia e oncologia). Sulla base della BDA aggiornata al 2021 con tutte le informazioni più aggiornate possibili e identificando i traccianti di patologia sulla popolazione che risiede in ciascuno dei nove Municipi di Milano attribuendo il Municipio di competenza non sulla base della posizione dell'ambulatorio del medico di medicina generale ma sulla base della residenza presente nell'anagrafe del Comune di Milano. I soggetti che hanno fatto almeno un accesso per lombosciatalgia sono stati identificati nelle diagnosi di dimissione di pronto soccorso relative al periodo 2019-2021, includendo i solo codici bianchi e verdi ed escludendo tutto ciò che è stato trasportato dal 118 (quindi includendo i soli auto presentati). La tabella seguente riporta la distribuzione per ciascun Municipio del numero di soggetti che potrebbero afferire alle CDC nei vari setting

assistenziali (di cui la categoria “ortopedia” è rappresentata da soggetti prevalentemente non patologici e può ricomprendere i setting precedenti mentre diabete, ipertensione, BPCO e oncologia sono mutuamente esclusivi).

Tabella 2 - Distribuzione per Municipio dei soggetti che potrebbero afferire alle CDC

Municipio	Diabetologia	Cardiologia	Pneumologia	Oncologia	Ortopedia
1	661	6040	778	1928	602
2	1613	12411	1597	2020	1855
3	1134	11387	1388	2354	1297
4	1482	12902	1828	2332	1634
5	1200	10144	1384	1714	1436
6	1281	13032	1744	2295	1620
7	1589	14361	2025	2462	1603
8	1707	16073	2058	2732	1981
9	1778	12658	2071	2446	2603
Totale	12445	109008	14873	20283	14631

Il dimensionamento effettivo della CDC terrà conto dell’offerta già esistente sul territorio delle prestazioni richieste erogata da soggetti privati accreditati e relativa allo stesso set di pazienti.

In questo modello, le CDC potranno costituire il primo livello ambulatoriale per la gestione delle prestazioni rivolte alla presa in carico di pazienti cronici mono patologici e, in misura minore, del primo livello diagnostico per i pazienti non già patologici, mentre gli ambulatori divisionali ospedalieri di ASST e IRCCS manterranno le attività di II livello e quelle rivolte alla presa in carico di pazienti cronici complessi. Parte dei medici specialisti che oggi operano in Ospedale potranno quindi effettuare attività specialistica anche turnando nelle CDC, che rappresentano per l’area della specialistica l’articolazione territoriale del polo ospedaliero ed il punto di integrazione e raccordo fra cure primarie, assistenza territoriale e livello ospedaliero.

Operando con questo metodo nella definizione di dettaglio del progetto, entro la fine del 2021, potranno essere correttamente dimensionati i servizi specialistici da inserire nelle diverse CDC.

2.3 Applicazione del metodo ai Municipi

L’applicazione dei criteri e dei metodi sopra indicati ha consentito di tracciare un programma di massima per ogni Municipio milanese (ed illustrato nell’Atlante allegato nella sezione: “Tavole dei Municipi”), che viene presentato nei paragrafi seguenti, prospettando interventi a breve, medio, lungo termine, parte dei quali finanziabili con risorse provenienti dal PNRR. Si tratta evidentemente di una base progettuale per condurre in modo sistematico e organizzato, da settembre e fino alla fine dell’anno, momenti di ascolto, condivisione e raccolta di contributi da parte di tutti i soggetti interessati allo sviluppo dell’assistenza territoriale, a partire dai professionisti che verranno chiamati ad operare nelle CDC. Un rapporto più sistematico e strutturato riguarderà i Municipi e l’amministrazione comunale e della città metropolitana: sulla base dei criteri sopra indicati insieme alle amministrazioni locali verranno individuate le aree in cui edificare le nuove CDC.

Si terranno inoltre momenti di confronto con i coordinatori dei CRT, le rappresentanze delle cure primarie nel comitato aziendale, gli ordini professionali, le OO.SS, il mondo associativo e le onlus, gli altri enti locali interessati dal progetto e potranno essere previsti anche eventi aperti alla cittadinanza.

In funzione degli esiti di questo confronto potranno essere individuati in modo definitivo, entro dicembre 2021, le sedi oggetto di intervento.

Municipio 1

Il Municipio 1 è quello con il minor numero di abitanti (98.594 residenti), ma data la sua posizione centrale si caratterizza per un elevato numero di strutture sanitarie e socio-sanitarie (ospedaliere ed extra-ospedaliere) pubbliche e private accreditate. Sono infatti presenti in questo Municipio l'IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, il presidio mono specialistico ortopedico 'Gaetano Pini', il presidio ospedaliero 'Fatebenefratelli', la casa di cura San Giuseppe (gruppo Multimedica), Capitanio e San Michele (Istituto Auxologico Italiano). È rilevante anche la presenza di strutture ambulatoriali, sia interne ai presidi ospedalieri che territoriali. Un'offerta così consistente determina quindi un ruolo più specifico per le CDC previste dal progetto, che potranno concentrarsi esclusivamente su precisi target di popolazione, riservando maggiori spazi alle funzioni non presenti nei poli ospedalieri. La percentuale di anziani supera il 22% e i pazienti con una patologia cronica rappresentano il 13% della popolazione totale residente, mentre quelli con più di una patologia cronica sono circa il 10,5%.

Tabella 3 - Analisi della domanda (Municipio 1)

Municipio 1	N. Accessi	N. di sedute ambulatoriali di 4 ore in un anno	N. ambulatori su 220 gg
Visite			
diabetologica	661	83	0,4
cardiologica controllo	6040	755	3,4
pneumologica controllo	778	65	0,3
oncologica	1928	362	1,6
Ecocardiografia Colordoppler	6701	558	2,5
Ecocolor Doppler TSA	6701	558	2,5
Esame del fundus oculi	1087	91	0,4
Test cardiovascolare da sforzo	1087	91	0,4
Spirometrie	2334	97	0,4

Nel Municipio 1 si prevede di attivare due punti:

- **CDC "Rugabella" (CRT1):** l'attuale poliambulatorio territoriale di via Rugabella, ad oggi di proprietà dell'ASST Nord Milano, è di grandi dimensioni (5030 mq), si sviluppa in 5 piani (incluso piano -1) ed è di recente ristrutturazione (entro settembre 2021 è previsto il completamento di lavori di ristrutturazione degli ultimi due piani). In fase progettuale sono stati previsti ambulatori specialistici che sarà possibile - previa variante al progetto - riconvertire ad ambulatori per MMG, meno complesse dal punto di vista impiantistico. Inoltre, in linea con la progettualità di una CDC, nel corso dell'anno 2020, sono stati trasferiti presso la sede di via Rugabella il Servizio "scelta e revoca" e i Servizi "Fragilità", "Polifunzionale" e "Incontinenza". Pertanto, la struttura di via Rugabella è già adeguata ad accogliere i servizi sanitari/funzioni proprie della Casa di Comunità, ospitando i servizi presenti in altri punti di erogazione territoriale del Municipio.
- **CdC-ODC "Principessa Iolanda-Sassi" (CRT2):** si tratta dell'accorpamento di due strutture esistenti adiacenti nell'ambito del CRT attualmente occupati rispettivamente dell'ASP Pio Albergo Trivulzio (PAT) e dell'ASST Nord Milano. Nell'ipotesi progettuale l'attuale poliambulatorio con interventi di ristrutturazione dedicati, è destinato a trasformarsi in una CDC. Nei piani di evoluzione del PAT è prevista inoltre una riqualificazione dell'RSA che potrebbe essere oggetto di integrazione per realizzare sia un hospice, sia un reparto di ospedale di comunità.

Municipio 2

Il Municipio 2 si estende a nord-est della città intorno a viale Monza (Stazione Centrale, Loreto, Turro, Crescenzago, Quartiere Adriano, Gorla, Precotto, Villa S. Giovanni, Ponte Seveso, Quartiere Maggiolina, Mirabello, Villaggio dei Giornalisti, Greco) e si caratterizza per una popolazione di poco più di 160.000 abitanti (11,5% rispetto alla popolazione complessiva del Comune di Milano) con quasi il 30% di popolazione straniera residente e un'alta percentuale di giovani e persone in età lavorativa rispetto agli altri Municipi. I pazienti con una patologia cronica rappresentano il 13,8% della popolazione totale residente, mentre quelli con più di una patologia cronica sono circa il 12,7%. La presenza di strutture sanitarie è limitata: non sono presenti poli ospedalieri, ad eccezione del presidio riabilitativo di via Isocrate (ASST Pini-CTO) e di Ville Turro del Gruppo San Donato. Sono in corso di attuazione trasformazioni urbane significative e importanti progetti e opportunità di riqualificazione urbana, quali il distretto temporaneo del design di Ventura Centrale presso i Magazzini Raccordati della stazione ferroviaria di Milano Centrale lungo l'asse Loreto - NoLo.

Tabella 4 - Analisi della domanda (Municipio 2)

Municipio 2	N. Accessi	N. di sedute ambulatoriali di 4 ore in un anno	N. ambulatori su 220 gg
Visite			
diabetologica	1613	202	0,9
cardiologica controllo	12411	1551	7,1
pneumologica controllo	1597	133	0,6
oncologica	2020	379	1,7
Ecocardiografia Colordoppler	14024	1169	5,3
Ecocolor Doppler TSA	14024	1169	5,3
Esame del fundus oculi	2167	181	0,8
Test cardiovascolare da sforzo	2167	181	0,8
Spirometrie	4791	200	0,9

In questo contesto socio-economico e demografico, si prevede:

- **CdC "Gorla" (CRT3):** considerato il progetto di riqualificazione dei quartieri del Municipio 2, si propone una struttura di nuova costruzione da realizzare sullo spazio dell'ex Mercato Comunale di Gorla. La struttura è stata individuata dal Municipio 2 e già dalla fine dell'anno 2020 è stata avviata una interlocuzione con il comune di Milano finalizzata alla riqualificazione della struttura per finalità sanitarie e sociali. Per questi motivi, tale CdC potrebbe costituire un primo intervento sperimentale di "Cubo della Salute" della Città di Milano.
- **CdC "Don Orione" (CRT4):** si tratta di una struttura già esistente (3270 mq e di 5 piani) nella quale sono previsti lavori di ristrutturazione al fine di adeguare la sede alle caratteristiche proprie di una Casa di Comunità. Trattandosi di una struttura non lontana dalla sede di "Gorla", si è ipotizzato in questo caso di poter caratterizzare ogni CDC con una propria vocazione tematica (materno-infantile, geriatrica, ecc.).

Si ritiene, inoltre, di considerare nelle future progettualità anche l'integrazione delle nuove CDC con i servizi offerti dalla 'Casa della Carità' per i cittadini homeless e per coloro che vivono in condizioni di marginalità sociale. La 'Casa della Carità', pur mantenendo una conduzione autonoma e con caratteristiche peculiari, potrà essere inserita nella rete di offerta milanese per costituire un riferimento tematico per l'area della marginalità per un territorio più vasto (area est Milano) rispetto al municipio in cui è inserita.

Municipio 3

Il Municipio 3 (143.636 abitanti residenti) si estende verso est dal centro cittadino e comprende i diversi quartieri (Cimiano, Rottole-Quartiere Feltre, Buenos Aires-Porta Venezia-Porta Monforte, Città Studi, Lambrate-Ortica, Loreto e Parco Forlanini-Cavriano). I pazienti con una patologia cronica rappresentano quasi il 14,5% della popolazione totale residente, mentre quelli con più di una patologia cronica sono circa il 13,5%; la percentuale di popolazione anziana residente supera la media della città. Nel territorio del Municipio 3 sono ubicati attualmente i due IRCCS monospécialistici pubblici della Città di Milano (IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta e IRCCS Istituto Nazionale Tumori) per i quali è da tempo prospettato il trasferimento nell'area di Sesto San Giovanni per la realizzazione della Città della Salute. È presente inoltre la casa di cura 'Istituto Clinico Città Studi'. Al confine fra il municipio 3 ed il Comune di Segrate è situato l'IRCCS privato San Raffaele, che rappresenta uno dei principali poli ospedalieri milanesi. L'offerta sanitaria del Municipio è quindi consistente, ma in fase di evoluzione.

Tabella 5 - Analisi della domanda (Municipio 3)

Municipio 3	N. accessi	N. di sedute ambulatoriali di 4 ore in un anno	N. ambulatori su 220 gg
Visite			
diabetologica	1134	142	0,6
cardiologica controllo	11387	1423	6,5
pneumologica controllo	1388	116	0,5
oncologica	2354	441	2,0
Ecocardiografia Colordoppler	12521	1043	4,7
Ecocolor Doppler TSA	12521	1043	4,7
Esame del fundus oculi	2199	183	0,8
Test cardiovascolare da sforzo	2199	183	0,8
Spirometrie	4164	174	0,8

A fronte di questo quadro generale, si prevede un intervento in due tempi. Fino al completo trasferimento dei poli ospedalieri 'Istituto dei Tumori' e 'Neurologico Besta' nel nuovo complesso di città della Salute, l'attività sanitaria territoriale dovrà concentrarsi nelle attuali strutture **"Doria-Ricordi-Canzio" (CRT 5)**, che potranno, vista la loro prossimità e con adeguati interventi di sola riqualificazione, costituire una CDC articolata su più edifici (Doria, Ricordi, Canzio e Pecchio) collegati a rete ma con vocazioni e specializzazioni differenti. Si segnala, inoltre, che presso il Poliambulatorio di Doria è già stato avviato nell'anno 2020 una collaborazione con gruppi di MMG.

Una volta invece completato il trasferimento dei due IRCCS pubblici, si potrà riqualificare parte delle strutture esistenti per creare una Casa di Comunità con all'interno l'Ospedale di Comunità, redistribuendo l'offerta complessiva su due poli **(CDC-ODC "Città Studi"; CRT 6)**. L'ampiezza degli spazi disponibili potrebbe permettere di configurare un polo territoriale nel quale possano convergere anche strutture diurne dedicate alla salute mentale, alle dipendenze e spazi per l'associazionismo, il volontariato e il terzo settore.

Municipio 4

Il Municipio 4 (poco più di 160.000 abitanti residenti) si estende a sud-est dal centro cittadino e comprende i quartieri di Corsica, XXII Marzo, Umbria-Molise-Calvairate, Ortomercato, Taliedo-Morsenchio-Forlanini, Monluè-Ponte Lambro, Triulzo Superiore, Rogoredo-Santa Giulia, Lodi-Corvetto e Porta Romana. I pazienti con una patologia cronica rappresentano quasi il 14,1% della popolazione totale residente. Nel Municipio è presente il presidio a vocazione materno infantile 'Macedonio Melloni' dell'ASST FBF Sacco, e l'IRCCS Cardiologia 'Monzino'; si trova nel limitrofo comune di San Donato Milanese si trova l'IRCCS Policlinico San Donato.

Tabella 6 - Analisi della domanda (Municipio 4)

Municipio 4	N. accessi	N. di sedute ambulatoriali di 4 ore in un anno	N. ambulatori su 220 gg
Visite			
diabetologica	1482	185	0,8
cardiologica controllo	12902	1613	7,3
pneumologica controllo	1828	152	0,7
oncologica	2332	437	2,0
Ecocardiografia Colordoppler	14384	1199	5,4
Ecocolor Doppler TSA	14384	1199	5,4
Esame del fundus oculi	2256	188	0,9
Test cardiovascolare da sforzo	2256	188	0,9
Spirometrie	5484	229	1,0

Considerata l'estensione territoriale del municipio 4, caratterizzate anche da quartieri di nuova istituzione (Santa Giulia) si prevede l'attivazione di tre punti:

- **CdC-OdC "M. Melloni" (CRT 7):** tenuto conto di padiglioni disponibili e attualmente non utilizzati all'interno del presidio ospedaliero "M. Melloni" e la collocazione strategica di quest'ultimo rispetto al passante ferroviario, si propone di attivare una Casa di Comunità con all'interno un Ospedale di Comunità con previsione di una ristrutturazione completa.
- **CdC "Ungheria" (CRT 7):** si tratta di un edificio di 4375 mq da ristrutturare; l'edificio è posizionato in area adeguata per servire la zona periferica del Municipio e consentirebbe l'attivazione di un terzo punto di accesso, necessario dato il numero di abitanti di questo Municipio. Il progetto di ristrutturazione dell'edificio verrà completato dal Comune di Milano, che ha già condiviso l'opportunità di mantenere servizi comunali nel solo piano terra della palazzina, riservando gli altri piani alle attività sanitarie e socio-sanitarie tipiche delle CDC, in parte già esistenti e che in parte verranno trasferite dalla struttura poliambulatoriale di via Fantoli.
- **CdC "Rogoredo-Santa Giulia" (CRT 8):** in considerazione dello sviluppo demografico nell'area sud-est di Milano e delle richieste del territorio locale (Municipio 4 e Associazioni del territorio) si rende opportuno ampliare l'offerta socio-sanitaria in contesti periferici in cui si rileva una carenza importante di strutture sanitarie e socio-sanitarie di offerta pubbliche e private accreditate. Pertanto si prevede la realizzazione di una Casa di Comunità di nuova costruzione nell'area di Rogoredo-Santa Giulia, che ricomprenderà le attività svolte negli attuali ambulatori di via monte Palombino.

Resta da approfondire anche la possibile integrazione delle CDC previste all'interno di questo municipio con la 'Casa della Salute' di piazza Cinquecento, situata all'interno di una RSA del Comune di Milano nella quale operano già oggi alcuni MMG: la struttura potrebbe costituire un ulteriore presidio con funzioni di CDC o operare in rete con la CDC prevista per il quartiere Rogoredo- Santa Giulia, in modo comunque da poter essere a pieno titolo parte dell'offerta sanitaria del municipio.

Municipio 5

Il Municipio 5 (circa 125.000 abitanti residenti) si estende verso sud dal centro cittadino. È un'area mista, composta da quartieri di differente estrazione sociale e cultura, comprendendo zone storicamente centrali (ad esempio, Porta Vigentina, Porta Ludovica e Porta Ticinese) e nuove aree periferiche lungo la via Ripamonti (ad esempio, area Fondazione Prada, Morivione). I pazienti con una patologia cronica rappresentano quasi il 15% della popolazione totale residente, mentre quelli con più di una patologia cronica sono il 14,4%. Non sono presenti presidi ospedalieri generalisti, anche se all'estremità sud del municipio opera l'IRCCS Istituto Europeo di Oncologia.

Si tratta certamente del Municipio milanese con la minore offerta sanitaria: non sono presenti in questa area poliambulatori né pubblici, né privati accreditati, mentre è più strutturata l'offerta di servizi di salute mentale, gestiti dall'IRCCS Policlinico di Milano. Le CDC, di nuova edificazione, dovranno quindi essere dimensionate con particolare riferimento all'attività ambulatoriale, che richiede complessivamente, per le sole attività rivolte ai pazienti monopatologici con patologie prevalenti, oltre 20 studi operativi per almeno 8 ore/die.

Tabella 7 - Analisi della domanda (Municipio 5)

Municipio 5	N. Accessi	N. di sedute ambulatoriali di 4 ore in un anno	N. ambulatori su 220 gg
Visite			
diabetologica	1200	150	0,7
cardiologica controllo	10144	1268	5,8
pneumologica controllo	1384	115	0,5
oncologica	1714	321	1,5
Ecocardiografia Colordoppler	11344	945	4,3
Ecocolordoppler TSA	11344	945	4,3
Esame del fundus oculi	1723	144	0,7
Test cardiovascolare da sforzo	1723	144	0,7
Spirometrie	4152	173	0,8

Nel contesto di sviluppo urbano del Municipio 5 non sono attualmente presenti strutture sanitarie e socio-sanitarie adeguate alle caratteristiche proprie di una Casa di Comunità. Pertanto, sono state identificate due aree territoriali (in corrispondenza degli ambiti dei CRT 9 e CRT 10) su cui prevedere le CdC/ODC:

- **CdC –ODC “Missaglia”** (CRT 10): si prevede di costruire CDC con all'interno un Ospedale di Comunità nell'area indicata nella tavola seguente;
- **CdC “Ripamonti”** (CRT 9): adiacente all'area “Scalo Porta Romana”, oggetto di riqualificazione urbana nei prossimi anni in vista delle Olimpiadi 2026.

Municipio 6

L'attuale Municipio 6 (circa 150.000 abitanti residenti) si estende verso sud-ovest dal centro cittadino (dalla Darsena di Porta Ticinese fino ai confini tra la città e il comune di Corsico). Comprende l'area dei quartieri Porta Genova, Giambellino, Lorenteggio e Barona, ed è attraversata dal Naviglio Grande. Questo municipio si distingue per una più alta età media dei residenti rispetto agli altri municipi e una maggiore incidenza di pazienti con patologie croniche: i pazienti con una patologia cronica rappresentano quasi il 15,2% della popolazione totale residente, mentre quelli con più di una patologia cronica sono circa il 15,3%. All'interno del Municipio è presente il presidio Ospedaliero San Paolo dell'ASST Santi Paolo e Carlo, ma si riscontra una carenza significativa di strutture sanitarie e socio-sanitarie territoriali in relazione agli abitanti residenti, che fanno riferimento essenzialmente al poliambulatorio di via Gola.

Tabella 8 - Analisi della domanda (Municipio 6)

Municipio 6	N. Accessi	N. di sedute ambulatoriali di 4 ore in un anno	N. ambulatori su 220 gg
Visite			
diabetologica	1281	160	0,7
cardiologica controllo	13032	1629	7,4
pneumologica controllo	1744	145	0,7
oncologica	2295	430	2,0
Ecocardiografia Colordoppler	14313	1193	5,4
Ecocolor Doppler TSA	14313	1193	5,4
Esame del fundus oculi	2302	192	0,9
Test cardiovascolare da sforzo	2302	192	0,9
Spirometrie	5232	218	1,0

Anche questo Municipio, come nel caso del Municipio 3, è interessato da futuri progetti di revisione dell'offerta Ospedaliera: in particolare è emersa la volontà di avviare un progetto di sviluppo che prevede la concentrazione dell'alta specialità nel polo ospedaliero San Carlo e la conversione dell'Ospedale San Paolo in un polo di degenza a bassa intensità e cure intermedie. Questo progetto consentirebbe l'attivazione di un ODC presso l'attuale polo S. Paolo (**CDC 12 "Barona"**), intervento importante all'interno di un Municipio povero di offerta territoriale. Come nel caso del municipio 3, si tratta di un intervento che può essere fin d'ora programmato per un disegno omogeneo della rete di CDC, ma che non potrà essere realizzato e finanziato nell'ambito del PNRR e della prima fase di realizzazione del progetto e che pertanto, per il momento, non è ricompreso nel quadro economico finanziario

Per tali motivi, nel Municipio 6 si prevede concentrare gli interventi prioritari su due CDC:

- **CdC "Gola" (CRT 11)**: si tratta di una struttura socio-sanitaria territoriale esistente (poliambulatorio) di dimensioni medio-grandi (superiore a 5000 mq) che necessita di riqualificare gli spazi e i servizi sanitari/funzioni proprie di una Casa di Comunità.
- **CdC "Redaelli" (CRT 13)**: da una prima interlocuzione con l'ASP Golgi Redaelli è emersa la possibilità di utilizzare uno spazio interno alla struttura riabilitativa di via D'Alviano, con accesso indipendente da Via Caterina da Forlì. Si tratta di un edificio adibito ad uso sanitario, che ha ospitato nuclei Alzheimer fino ai primi anni 2000. Inutilizzato da circa 15 anni, richiede un intervento di ristrutturazione totale, ma si trova all'interno di un contesto adatto per la creazione di una CDC, che, vista la presenza nello stesso complesso di strutture residenziali di cure intermedie, riabilitazioni ed RSA, potrebbe connotarsi come CDC maggiormente orientata alla popolazione anziana.

Municipio 7

Il Municipio 7, che è il terzo municipio per popolazione residente (quasi 175.000 abitanti residenti), si estende verso ovest dal centro cittadino e comprende quartieri di differente estrazione sociale e cultura non omogeneamente collegati al centro metropolitano. I pazienti con una patologia cronica rappresentano quasi il 14,7% della popolazione totale residente, mentre quelli con più di una patologia cronica sono circa il 15,1%. L'offerta sanitaria esistente è ricca, ma concentrata nei quartieri più vicini al centro e meglio serviti: il principale presidio è l'Ospedale San Carlo, ma sono presenti nel municipio anche la casa di cura San Giovanni, l'istituto Santa Maria Nascente, l'Istituto San Luca e San Siro, la casa di cura del Policlinico. Il complesso del Pio Albergo Trivulzio rappresenta poi un importante centro sanitario e sociosanitario geriatrico ed è presente anche l'Ospedale Militare di Baggio. Sul fronte dell'assistenza ambulatoriale è presente la sede principale del Centro Diagnostico Italiano in via Saint Bon.

Tabella 9 - Analisi della domanda (Municipio 7)

Municipio 7	N. Accessi	N. di sedute ambulatoriali di 4 ore in un anno	N. ambulatori su 220 gg
Visite			
diabetologica	1589	199	0,9
cardiologica controllo	14361	1795	8,2
pneumologica controllo	2025	169	0,8
oncologica	2462	462	2,1
Ecocardiografia Colordoppler	15950	1329	6,0
Ecocolor Doppler TSA	15950	1329	6,0
Esame del fundus oculi	2434	203	0,9
Test cardiovascolare da sforzo	2434	203	0,9
Spirometrie	6075	253	1,2

In questo contesto, si prevede di mantenere due strutture esistenti, individuando nell'area prossima all'attuale poliambulatorio Masaniello una nuova CDC:

- **CdC "Stromboli" (CRT 14):** è un poliambulatorio territoriale esistente (di proprietà dell'ASST Nord Milano) di medio-grandi dimensioni (4400 mq e 6 piani) che necessita di lavori di riqualificazione per adeguare spazi e servizi sanitari/funzioni proprie di una Casa di Comunità
- **CdC-ODC "Baggio/Masaniello" (CRT 15):** in considerazione del contesto socio-economico e demografico dell'area più ovest del municipio, delle richieste del territorio locale (Municipio7) e dell'attuale configurazione delle strutture di offerta socio-sanitarie, si rende opportuno razionalizzare l'offerta socio-sanitaria rendendola più ampia, concentrata e più funzionale alla presa in carico del paziente. Pertanto, si prevede la realizzazione di una Casa di Comunità di nuova costruzione nell'area più periferica e meno servita dai trasporti pubblici del quartiere di Baggio, nella quale possano confluire anche le attività del poliambulatorio di via Masaniello, struttura oggi in locazione passiva.
- **CdC "Monreale" (CRT 16):** si prevede di riqualificare l'attuale struttura di via Monreale che al momento ospita servizi territoriali di ASST FBF Sacco (945 mq), che verrebbe a configurarsi come 'spoke' della CDC 'Stromboli'.

La presenza nel municipio 7 del Pio Albergo Trivulzio, offre inoltre la possibilità da approfondire di poter collegare le CDC esistenti verso servizi che potrebbero essere erogati direttamente dal PAT per la presa in carico di pazienti geriatrici, anche caratterizzati da una complessità superiore rispetto a quella che le CDC si candidano ad affrontare. Come per il municipio 3, infine, le CDC del municipio 7 potranno poi integrarsi e stabilire collaborazioni con la struttura di Opera San Francesco che costituisce di fatto un modello di CDC del privato sociale e offre assistenza a migranti e persone caratterizzate da forte disagio psico-sociale.

Municipio 8

Il Municipio 8 si estende verso nord-ovest dal centro cittadino ed è il primo municipio per popolazione residente con quasi 190.000 residenti. I pazienti con una patologia cronica rappresentano quasi il 15% della popolazione totale residente, mentre quelli con più di una patologia cronica sono il 14,5%. Come il Municipio 7, l'offerta ospedaliera è significativa e meglio ripartita fra aree più centrali e periferiche. Il principale polo ospedaliero generalista è infatti l'ospedale universitario 'Luigi Sacco' che si trova al confine estremo del municipio insieme alla casa di cura 'Villa Esperia', mentre in posizione più centrale si trovano il presidio materno infantile 'Buzzi' e la casa di cura Sant'Ambrogio. È presente nel municipio un importante polo riabilitativo geriatrico (Fondazione don Gnocchi- Palazzolo).

Tabella 10 - Analisi della domanda (Municipio 8)

Municipio 8	N. Accessi	N. di sedute ambulatoriali di 4 ore in un anno	N. ambulatori su 220 gg
Visite			
Diabetologica	1707	213	1,0
cardiologica controllo	16073	2009	9,1
pneumologica controllo	2058	172	0,8
Oncologica	2732	512	2,3
Ecocardiografia Colordoppler	17780	1482	6,7
Ecocolordoppler TSA	17780	1482	6,7
Esame del fundus oculi	2810	234	1,1
Test cardiovascolare da sforzo	2810	234	1,1
Spirometrie	6174	257	1,2

Questo municipio (insieme al Municipio 9) si distingue per un'esperienza già maturata di collaborazione attiva con le cooperative dei MMG all'interno delle sedi dei poliambulatori territoriali. Pertanto, per due CRT si prevedono tre strutture socio-sanitarie uniformemente distribuite sul territorio:

- **CdC "Farini" (CRT 18):** il poliambulatorio territoriale di via Farini, ad oggi di proprietà dell'ASST Nord Milano e ATS Milano, è di grandi dimensioni (7560 mq) e si sviluppa in 5 piani (incluso piano -1). Nella struttura sono già presenti studi di una Cooperativa di MMG con cui è in atto un progetto di collaborazione e di integrazione con gli specialisti ambulatoriali presenti nel poliambulatorio nell'ottica della realizzazione del PreSST. Per adeguare spazi e servizi a quanto previsto per la realizzazione di una Casa di Comunità, l'attuale poliambulatorio necessita di alcuni lavori per la riorganizzazione interna degli spazi.
- **CdC-ODC "Accursio" (CRT 19):** si tratta di una struttura già esistente in cui coesistono diversi servizi territoriali al momento afferenti a diversi enti sanitari e data la posizione baricentrica rispetto al municipio, si propone la realizzazione di una Casa di Comunità con all'interno un Ospedale di Comunità prevedendo significativi lavori di riqualificazione per la riorganizzazione interna degli spazi.
- **CdC "Gallaratese" (CRT 18):** per servire anche la zona più periferica del Municipio, si prevede di collocare una CDC nel quartiere Gallaratese, nei pressi dell'attuale ambulatorio di via Quarenghi.

Municipio 9

Il municipio 9, che è il secondo municipio per popolazione residente (186.614 abitanti), si estende verso nord dal centro cittadino. I pazienti con una patologia cronica rappresentano quasi il 14,5% della popolazione totale residente, mentre quelli con più di una patologia cronica sono il 13,6%. L'offerta ospedaliera del Municipio vede la presenza delle strutture della ASST GOM Niguarda (comprensivo dell'area di via Ippocrate, dedicata ai servizi di salute mentale). Il presidio mono specialistico Galeazzi sarà invece oggetto di trasferimento nel 2022, mentre il centro Traumatologico ortopedico manterrà la propria offerta prevalentemente ortopedica. Più centrale infine, la presenza della casa di Cura San Pio X (gruppo Humanitas).

Tabella 11 - Analisi della domanda (Municipio 9)

Municipio 9	N. Accessi	N. di sedute ambulatoriali di 4 ore in un anno	N. ambulatori su 220 gg
Visite			
diabetologica	1778	222	1,0
cardiologica controllo	12658	1582	7,2
pneumologica controllo	2071	173	0,8
oncologica	2446	459	2,1
Ecocardiografia Colordoppler	14436	1203	5,5
Ecocolor Doppler TSA	14436	1203	5,5
Esame del fundus oculi	2549	212	1,0
Test cardiovascolare da sforzo	2549	212	1,0
Spirometrie	6213	259	1,2

Il municipio è caratterizzato da un'elevata concentrazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie, alcune anche di proprietà di ATS Città Metropolitana. Dall'interlocuzione con la Direzione di ASST Niguarda è emersa l'opportunità di intervenire sul territorio attivando quattro punti:

- **CdC-ODC "Jenner" (CRT 20):** la sede di via Jenner è solo parzialmente utilizzata; questo intervento consentirebbe di riqualificare una zona degradata e convertirla a CDC con ODC.
- **CdC "Villa Marelli" (CRT 21):** la sede ospita già al momento alcuni servizi territoriali e sarebbe riconvertita in CDC attraverso un intervento di ristrutturazione già programmato dall'ASST GOM Niguarda.
- **CdC-ODC "Ippocrate" (CRT 22):** la configurazione del centro territoriale di via Ippocrate lo rende ideale sia per l'attivazione di una CDC che di un eventuale ulteriore ODC, che potrebbe configurarsi per una utenza leggermente diversa da quella dell'altro ODC in attivazione nello stesso Municipio. La realizzazione di una ODC all'interno del polo 'ex Polo Pini', fa parte di un più articolato progetto di ristrutturazione e riqualificazione di alcuni padiglioni dell'ex ospedale psichiatrico. Si verrebbe quindi a creare una struttura che potrebbe essere connotata dal tema della salute mentale, sia per la popolazione adulta che per gli adolescenti. Vista, la vastità degli spazi la riqualificazione potrebbe rafforzare l'integrazione fra la presenza già attuale di associazioni e organizzazioni
- **CdC "Bicocca":** il Municipio 9 è il più densamente popolato della città di Milano; per questa ragione si prevede l'attivazione di un quarto punto di accesso nella zona nord-est del municipio.

Anche le CDC del municipio 9 potranno poi integrarsi e stabilire collaborazioni con realtà del privato sociale e dell'accoglienza come ad esempio la Fondazione Progetto ARCA che ha una significativa presenza in questo Municipio.

Nella tabella seguente, presente anche nell'Atlante allegato al documento (Sezione: "Sintesi degli interventi"), è riportato uno schema di sintesi delle proposte per ciascun Municipio della città di Milano.

Tabella 12 - Sintesi delle proposte di intervento

Municipio	Coordinamento Rete Territoriale (MMG)	Nome Casa di Comunità o Ospedale di Comunità	Indirizzo sede		Titolo di godimento	Tipologia di intervento
1	CRT1	CdC "Rugabella"	Via Rugabella, 4		proprietà (ASST Nord Milano)	riqualificazione
	CRT2	CdC-OdC "Principessa Iolanda Sassi"	Via Sassi, 4		proprietà (ATS Milano - ASST Nord Milano)	ristrutturazione
2	CRT3	CdC "Gorla"	Mercato di Gorla - V.le Monza ang. Via Monte S. Gabriele		diritto di Superficie (proprietà: Comune di Milano)	nuova costruzione
	CRT4	CdC "Don Orione"	Via Don Orione, 2		proprietà (ASST Nord Milano)	riqualificazione
3	CRT5	CdC "Doria-Ricordi-Canzio"	Via Doria, 52 - Via Ricordi, 1/Pecchio, 19/Canzio, 18		proprietà (ASST Nord Milano - Asst FBF Sacco)	riqualificazione
	CRT6	CdC-OdC "Città Studi"	Istituto Nazionale dei Tumori - via Venezian, 1		proprietà (Fondazione IRCSS)	ristrutturazione
4	CRT7	CdC "Ungheria"	Viale Ungheria, 29		diritto di superficie (proprietà: Comune di Milano)	riqualificazione
	CRT7	CdC-OdC "M. Melloni"	Ospedale Macedonio Melloni		proprietà (ASST FBF Sacco)	ristrutturazione
	CRT8	CdC "Rogoredo-Santa Giulia"	Da definire		proprietà / diritto di superficie	nuova costruzione
5	CRT9	CdC "Ripamonti"	Da definire		proprietà / diritto di superficie	nuova costruzione
	CRT10	CdC-OdC "Missaglia"	Da definire		proprietà / diritto di superficie	nuova costruzione
6	CRT11	CdC "Gola"	Via Gola, 22		proprietà (ASST Nord Milano)	riqualificazione
	CRT12	CdC-OdC "Barona"	Da definire		proprietà / diritto di superficie	nuova costruzione
	CRT13	CdC "Redaelli"	Da definire		proprietà / diritto di superficie	ristrutturazione
7	CRT14	CdC "Stromboli"	Via Stromboli, 19		proprietà (ASST Nord Milano)	riqualificazione
	CRT15	CdC-OdC "Baggio/Masaniello"	Da definire		proprietà / diritto di superficie	nuova costruzione
	CRT16	CdC "Monreale"	Via Monreale, 13		proprietà (ASST SS. Paolo e Carlo)	riqualificazione
8	CRT17	CdC "Farini"	Via Farini, 9		proprietà (ATS Milano - ASST Nord) diritto di superficie (Comune di Milano)	riqualificazione
	CRT18	CdC "Gallaratese"	Da definire		proprietà / diritto di superficie	nuova costruzione
	CRT19	CdC-OdC "Accursio"	P.le Accursio, 7		proprietà (ASST FBF-Sacco)	riqualificazione
9	CRT20	CdC-OdC "Jenner"	V.le Jenner, 44		proprietà (ATS Milano)	nuova costruzione con ristrutturazione
	CRT20	CdC "Villa Marelli"	Villa Marelli - V.le Zara, 81		proprietà (ASST G.O.M. Niguarda)	ristrutturazione
	CRT21	CdC "Bicocca"	Da definire		proprietà / diritto di superficie	nuova costruzione
	CRT22	CdC-OdC "Ippocrate"	Via Ippocrate, 45		proprietà (ASST G.O.M. Niguarda)	ristrutturazione

L'offerta dei poliambulatori pubblici sulla città di Milano ad oggi è prevalentemente legata alle strutture gestite dalla ASST Nord: si tratta di 19 punti di erogazione, alcuni dei quali in grado di garantire un'offerta limitata di prestazioni. Con il nuovo progetto la rete di offerta si arricchirà di 5 sedi ulteriori, raggiungendo il numero di 24 punti territoriali. La dislocazione geografica delle nuove CDC avrà una corrispondenza con gli attuali Poliambulatori, come si evince dalla Tabella 13.

Tabella 13 - Tabella di riconduzione Poliambulatori ASST Nord Milano

SEDE Poliambulatorio ASST Nord Milano	CDC/ODC
VIA DORIA 52 - MILANO	CDC "Doria-Ricordi-Canzio"
VIA DON ORIONE 1 - MILANO	CDC "Don Orione"
VIA RUGABELLA 4/6 - MILANO	CDC "Rugabella"
VIA GOLA 22 - MILANO	CDC "Gola"
VIA STROMBOLI 16 - MILANO	CDC "Stromboli"
VIA SASSI 4 - MILANO	CDC-ODC "Principessa Jolanda-Sassi"
VIA FARINI 9 - MILANO	CDC "Farini"
P.LE ACCURSIO, 7 - MILANO	CDC "Accursio"
VIA IPPOCRATE, 45 - MILANO	confluisce in CDC-ODC "Ippocrate"
P.TTA CAPUANA 3	confluisce in CDC-ODC "Ippocrate"
VIA LIVIGNO 2A - MILANO	confluisce in CDC-ODC "Jenner"
VIA BARONI, 48 - MILANO	confluisce in CDC-ODC "Missaglia"
VIA FANTOLI, 7 - MILANO	confluisce in CDC "Ungheria"
VIA MASANIELLO, 23 - MILANO	confluisce in CDC-ODC "Baggio-Masaniello"
VIA CLERICETTI - MILANO	confluisce in CDC "Città Studi"
VIA M.TE PALOMBINO - MILANO	confluisce in CDC "Rogoredo-Santa Giulia"
VIA DON BOSCO 17 - MILANO	confluisce in CDC "Rogoredo-Santa Giulia"
VIA QUARENGHI, 21 - MILANO	confluisce in CDC "Gallaratese"

A queste CDC si aggiungono altre sedi che arricchiranno l'offerta territoriale:

- CDC "Gorla"
- CDC-ODC "Ripamonti"
- CDC "Barona"
- CDC "Redaelli"
- CDC "Monreale"
- CDC "Villa Marelli"
- CDC "Bicocca".

2.4 Fabbisogni di personale

Come anticipato nel capitolo dedicato ai criteri di progettazione, dal momento che l'apertura delle CDC sarà legata alla riorganizzazione dei servizi territoriali oggi esistenti, in esse presteranno servizio quei professionisti che già oggi operano nelle sedi della rete territoriale svolgendo le funzioni che saranno ospitate nelle CDC. Si tratta di personale amministrativo, assistenti sociali, infermieri, ostetriche e medici specialisti. A questi operatori potranno poi aggiungersi in quota parte i medici specialisti dei poli ospedalieri che saranno chiamati a garantire le attività ambulatoriali delle diverse branche presenti nelle CDC.

Per le attività di supporto alla rete di cure primarie e di monitoraggio dei percorsi, sarà necessario selezionare personale formato con un profilo da Infermiere di Famiglia e Comunità; in fase di avvio della progettualità e nelle more del consolidamento della nuova rete territoriale per raggiungere gli standard che saranno definiti da Regione Lombardia, si ipotizza la necessità di 8 IFeC FTE per ciascuna CDC (192 FTE complessivi).

La riorganizzazione della rete dei poliambulatori esistenti consentirà inoltre di valorizzare maggiormente e a livello di intero sistema di offerta il contributo degli specialisti ambulatoriali interni (i.e. SAI, ex SUMAI) che oggi prestano servizio nei soli poliambulatori territoriali.

In particolare, nel rispetto del modello di governance che sarà definito per la gestione delle attività territoriali della Città di Milano, è auspicabile l'attivazione di relazioni di dipendenza funzionale dei medici specialisti, che consentano agli specialisti degli ambulatori territoriali di operare anche negli ambulatori ospedalieri e che gli specialisti ospedalieri offrano la loro attività anche all'interno delle CDC, per poter garantire un raccordo tra l'attività territoriale e un adeguato filtro all'accesso di prestazioni specialistiche di secondo livello.

Il modello descritto per la rete territoriale - integrazione fra specialisti ospedalieri e CDC da un lato, e creazione di strutture funzionali e attrattive dove svolgere attività ambulatoriale dall'altro - porterà i professionisti dei poli ospedalieri a svolgere la propria attività nelle CDC creando le condizioni per un confronto professionale fra i medici e arricchendo l'offerta pubblica per la popolazione.

Con la nuova configurazione, come gli specialisti ospedalieri potranno prestare servizio anche presso le CDC, anche gli specialisti SAI potranno svolgere la propria attività all'interno dei poli ospedalieri in modo da evitare rischi di carenze di offerta specialistica negli ospedali per le situazioni che non possono essere affrontate in modo appropriato in una CDC e al contempo incrementare il continuum ospedale-territorio.

In questo senso, anche per una migliore organizzazione delle risorse e per favorire la programmazione dell'offerta specialistica sull'intera rete pubblica (ospedaliera e territoriale), è opportuno valutare l'afferenza di tutti i medici specialisti, compresi i medici SAI, ad ASST dotate di un polo ospedaliero secondo un criterio di prossimità territoriale.

3. Piano degli investimenti

Attualmente il piano degli investimenti può solo procedere ad una quantificazione sommaria, e tuttavia attendibile, dei costi connessi alle predette realizzazioni e determinare così, in linea di massima, il fabbisogno finanziario complessivamente occorrente per dar corso all'iniziativa. Una simile quantificazione è imposta, peraltro, dall'attuale livello di progettazione delle case e degli ospedali di comunità che è pervenuta unicamente all'elaborazione del modello tipologico delle strutture, ma non si è ancora addentrata in specifiche progettuali utili a valorizzare con precisione gli oneri dell'iniziativa.

3.1 Costi degli interventi

Il piano finanziario compie le proprie valutazioni sulla base di una stima parametrica delle voci di spesa, a partire da quelle relative alle opere edilizie che sono state determinate sulla base di dati consolidati di esperienza, ipotizzando il costo di costruzione *ex novo* pari a 2.000 euro al metro quadro, il costo di ristrutturazione e di riadattamento dell'esistente pari a 1.500 euro al metro quadro. Infine, per la sola riqualificazione interna e riorganizzazione delle funzioni negli edifici che hanno già le caratteristiche strutturali per essere riconvertite in CdC/OdC si stima un costo pari a 500 euro al metro quadro.

Una stima parametrica è stata compiuta anche per le cd. somme a disposizione, destinate a coprire voci di spesa prioritariamente riferite alla progettazione, alla direzione e al collaudo dei lavori, alla bonifica dei siti, all'allacciamento delle costruzioni ai pubblici servizi, all'acquisto degli arredi, agli accantonamenti volti a fronteggiare eventuali imprevisti nella gestione dei cantieri. Per la determinazione delle somme a disposizione si è assunto che esse rappresentino, nella loro globalità, il 50 per cento del costo complessivo delle opere edilizie.

Nel piano finanziario non vengono esplicitati costi di acquisizione delle aree ed immobili da destinare alle case e agli ospedali di comunità. Tali costi possono essere sostenuti attingendo, come di norma, alle somme a disposizione. Essi, peraltro, dovrebbero risultare contenuti. L'ipotesi di localizzazione delle case e degli ospedali di comunità descritta nel capitolo 2 contempla infatti, in via prevalente, immobili afferenti al patrimonio degli enti sanitari, per i quali non sussistono oneri di acquisizione. Contempla poi, in via complementare, immobili di proprietà comunale per i quali si confida di ottenere la disponibilità attraverso le forme del comodato d'uso, della concessione amministrativa, del diritto di superficie, in considerazione dell'interesse pubblico dell'iniziativa e della sua finalizzazione a beneficio della cittadinanza milanese. Il piano prevede, infine, localizzazioni ancora indefinite, demandate cioè ad un successivo livello di sviluppo dell'iniziativa, per le quali si ritiene verosimile il ricorso ad immobili di proprietà pubblica e, tra questi, ad aree di urbanizzazione acquisite dal Comune a seguito dell'attuazione di piani urbanistici o delle regole perequative del piano comunale di governo del territorio.

Il piano degli investimenti viene declinato nella tabella riepilogativa dedicata agli interventi suddivisi per Municipio, presente nell'Atlante allegato (Sezione "costi investimenti"). Come si evince dall'indicato prospetto economico, il piano finanzia la creazione di 24 fra CdC e OdC all'interno della città di Milano, sviluppati per una superficie complessiva di circa 93.335 mq. Delle anzidette strutture, 9 verranno allestite mediante interventi di nuova costruzione, 11 mediante interventi di ristrutturazione di stabili esistenti, perlopiù afferenti ad enti sanitari. Per le strutture di "Rugabella", "Farini", "Monreale", sarà sufficiente operare una riqualificazione, mentre per la struttura "Ungheria" del Municipio 4 le opere di ristrutturazione saranno realizzate dal Comune di Milano.

Il fabbisogno finanziario complessivo del piano di investimenti ammonta a euro 130.012.500,00 ed è così imputabile:

- 86.675.000,00 euro ai costi delle opere edilizie, e segnatamente 49.538.000,00 euro ai costi di costruzione *ex novo* di fabbricati, 17.001.000,00 euro ai costi di ristrutturazione degli edifici esistenti, euro 20.136.000,00 ai costi di riqualificazione dei servizi;
- 43.337.500,00 euro agli oneri di progettazione, direzione e collaudo dei lavori, alle spese di bonifica dei siti, ai costi di allacciamento delle costruzioni ai pubblici servizi, all'acquisto degli arredi, agli accantonamenti volti a fronteggiare eventuali imprevisti nella gestione dei cantieri e, in via complementare, ai costi di acquisizione degli immobili e di trasferimento dei servizi.

I costi dei singoli interventi sono ordinati per riga nel quadro riepilogativo allegato. Essi si dimostrano sostanzialmente omogenei, con l'eccezione di alcuni interventi, in ragione della loro peculiarità. Ad esempio, l'intervento di recupero dell'ex ospedale Agostino Bassi di viale Jenner n. 44, che sottende la ristrutturazione delle storiche palazzine di degenza del complesso ex ospedaliero (in evidenti condizioni di degrado) per l'allestimento di un ospedale di comunità, la costruzione in adiacenza di un nuovo fabbricato da destinare a casa di comunità e la sistemazione di una vasta area pertinenziale, da anni in preda all'incuria e all'abbandono. Non può sfuggire che un simile intervento riveste un'indubitabile valenza urbanistica; può fungere, infatti, da volano per la complessiva riqualificazione di un ambito urbano dismesso e la sua riconversione a polo di servizi alla persona, da riservare all'insediamento di strutture sanitarie e assistenziali ma anche di associazioni ed altri soggetti operanti nel cd. Terzo Settore, da selezionare sulla base di bandi pubblici. È opportuno ricordare che detti importi, in questa fase, non possono che essere considerati come puramente indicativi.

3.2 Cronoprogramma

Programmazione degli interventi sulle strutture

È possibile fin d'ora operare una stima di massima degli investimenti necessari per la realizzazione del Piano che è stato delineato, pur considerando che, come detto, una determinazione più accurata potrà essere compiuta dopo l'attività di ascolto e di confronto all'interno dei Municipi e una volta completata l'analisi di fabbisogni rispetto all'offerta erogativa pubblica o privata accreditata già presente.

Rispetto agli interventi di ristrutturazione completa previsti in alcuni poli, l'analisi di dettaglio permetterà di valutare la costo-efficacia della riqualificazione delle strutture, che potrebbe anche richiedere un temporaneo trasferimento delle attività, piuttosto che l'edificazione/acquisto di nuove strutture, con superficie più ridotte ed ergonomiche (anche in considerazione dei futuri costi di gestione). Nell'Atlante allegato (Sezione "cronoprogramma") è riportata una stima dei tempi di sviluppo per le diverse tipologie di intervento.

Si è inoltre operato una classificazione degli interventi per priorità, identificando le aree che potrebbero essere oggetto di una prima fase di interventi finanziabili anche con le risorse del PNRR ed interventi che richiederebbero tempi più lunghi e di conseguenza una programmazione finanziaria legata ai fondi regionali/nazionali dedicati all'edilizia sanitaria.

Rientrano nel primo gruppo gli interventi di nuova edificazione della CDC "Gorla" (Municipio 2), "M. Melloni" (Municipio 4), "Redaelli" (Municipio 6), "Jenner" (Municipio 9), e "Ippocrate" (Municipio 9).

Sono poi associabili ai fondi del PNRR anche gli interventi di nuova edificazione da realizzare nei Municipi nei quali il fabbisogno di strutture è più rilevante:

- Municipio 4: CDC “Rogoredo-Santa Giulia”
- Municipio 5: 2 case della comunità “Missaglia” e “Ripamonti” per i CRT 10 e 11
- Municipio 7: CDC “Baggio/Masaniello”
- Municipio 8: CDC “Gallaratese”
- Municipio 9: CDC “Bicocca”.

Tali interventi sono però condizionati dall’individuazione di aree edificabili da parte dei Municipi e del Comune di Milano, da completarsi entro il prossimo autunno per essere posti all’interno delle progettualità PNRR.

In una fase intermedia potranno essere affrontate le attività di ristrutturazione dei poliambulatori esistenti, che vedono per priorità l’intervento di costituzione di un polo multi-presidio nel Municipio 3 (CDC “Doria-Ricordi-Canzio”) e gli interventi di ristrutturazione (o nuova edificazione dove ritenuto più opportuno) nelle sedi di “Don Orione” (Municipio 2), “Gola” (Municipio 6), “Stromboli” e “Monreale” (Municipio 7), “Accursio” e “Farini” (Municipio 8), “Villa Marelli” (Municipio 9). Va fatto presente al riguardo che le strutture di nuova edificazione potrebbero costituire ‘polmoni’ per ospitare le attività dei presidi interessati all’esecuzione dei lavori. In una seconda fase a medio-lungo termine, successiva ai futuri trasferimenti di Istituto Tumori, Besta e RSA Principessa Jolanda, e alla riqualificazione del presidio San Paolo, potranno essere infine programmati gli interventi per gli ODC “Città Studi” (Municipio 3); “Principessa Jolanda-Sassi” (Municipio 1) e “Barona” (Municipio 6).

Attivazione funzionale delle CdC entro il 2022

Indipendentemente dalle tempistiche legate all’avvio dei lavori nelle sedi già identificate e all’attività preparatoria per l’individuazione di aree adeguate per le sedi da edificare, sarà possibile rendere operative dal punto di vista funzionale 10 punti erogativi che offrono le funzioni delle CdC entro il 2022.

Le strutture citate nell’elenco seguente presentano infatti già volumi e collocazioni adatte ad avviare la sperimentazione del nuovo modello funzionale. Alcune delle sedi citate richiederanno comunque lavori di riqualificazione e interventi che le renderanno omogenee dal punto di vista strutturale alle costruzioni ex novo e che saranno svolti compatibilmente con la necessità di mantenere attiva la sede; in altri casi invece le attività confluiranno in una CdC/OdC di nuova costruzione una volta ultimati i lavori in quest’ultima. Si tratta di:

- CdC “Rugabella”, collocata nell’attuale Poliambulatorio di Via Rugabella;
- CdC “Don Orione”, collocata nell’attuale Poliambulatorio di Via Don Orione;
- Poliambulatorio di via Doria, che confluirà nella CdC “Doria-Ricordi-Canzio”;
- CdC “Gola”, collocata nell’attuale Poliambulatorio di Via Gola;
- CdC “Stromboli”, collocata nell’attuale Poliambulatorio di via Stromboli;
- Poliambulatorio di via Masaniello, che confluirà nella CdC-OdC “Baggio/Masaniello”;
- CdC “Farini”, collocata nell’attuale Poliambulatorio di Via Farini;
- Poliambulatorio di Via Livigno, che confluirà nella CdC-OdC “Jenner”;
- CdC “Villa Marelli”, collocata nell’omonimo presidio territoriale dell’ASST GOM Niguarda;
- CdC “Ippocrate”, collocata negli spazi dell’ex-Paolo Pini di via Ippocrate.

3.3 Riepilogo degli interventi

In Tabella 14 viene riportato in sintesi il complesso di interventi previsto, suddiviso fra nuove edificazioni e ristrutturazioni e le corrispondenti stime complessive delle risorse necessarie, dei tempi di esecuzione e delle fonti di finanziamento che potrebbero essere attivate. Le risorse del PNRR previste a livello nazionale sono certamente insufficienti per la realizzazione del progetto, ma possono costituire un cofinanziamento per le opere che si prevede di poter completare entro il 2026. La programmazione economica si dovrà concentrare in 5 anni (2022-2027), fatta eccezione per gli interventi di riconversione di presidi ospedalieri destinati al trasferimento (Besta/INT) o a un ridimensionamento delle attività (San Paolo).

In questo quadro programmatico, è previsto l'avvio di una manifestazione di interesse per la realizzazione di 2 delle 24 strutture mediante sperimentazioni gestionali (art.19 della LR 23/2015) o progetti di Partenariato Pubblico-Privato (PPP; Dlgs 50/2016). Qualora tale possibilità venga raccolta da soggetti privati, sarà possibile rimodulare il quadro economico complessivo.

Va segnalato, infine, che si renderà disponibile, al termine del progetto, parte del patrimonio immobiliare che oggi è destinato ad attività territoriale che potrà essere valorizzato e/o alienato, migliorando il quadro economico complessivo.

Tabella 14 - Sintesi tipologie di intervento

RIEPILOGO INTERVENTI					
TIPOLOGIA	N	DENOMINAZIONE	IMPORTO QE (€)	TEMPI REALIZZAZIONE (mesi)	FORME DI FINANZIAMENTO IPOTIZZABILI
Nuove edificazioni in aree già individuate	2	CdC "Gorla"	28.479.000	45 mesi	PNRR, fondi regionali
		CdC-OdC "Jenner"			
Nuove edificazioni in aree da definire	6	CdC "Rogoredo-S.Giulia"	56.628.000	45 mesi	PNRR, fondi regionali, sperimentazioni gestionali/PPP
		CdC "Ripamonti"			
		CdC-OdC "Missaglia"			
		CdC-OdC "Baggio/Masaniello"			
		CdC "Gallaratese"			
		CdC "Bicocca"			
Ristrutturazioni	9	CdC "Villa Marelli"	34.754.250	39 mesi	Fondi regionali, sperimentazioni gestionali/PPP
		CdC-OdC "Ippocrate"			
		CdC "Redaelli"			
		CdC "Don Orione"			
		CdC "Doria-Ricordi-Canzio"			
		CdC-OdC "M. Melloni"			
		CdC "Gola"			
		CdC "Stromboli"			
		CdC-OdC "Accursio"			
Riqualificazione dei servizi	4	CdC "Rugabella"	10.151.250	24 mesi	PNRR, fondi regionali; sperimentazioni gestionali/PPP
		CdC "Ungheria"			
		CdC "Monreale"			
		CdC "Farini"			
Riqualificazione di presidi ancora attivi per altre funzioni	3	CdC-OdC "Princ. Jolanda-Sassi"	-	-	da definire
		CdC-OdC "Barona"			
		CdC-OdC "Città Studi"			
Totale	24		130.012.500		

4. Attuazione del progetto

Il progetto di evoluzione e potenziamento previsto per l'assistenza territoriale nella città di Milano prevede una rete di strutture riconoscibili e caratterizzate da layout e modelli organizzativi e gestionali omogenei, caratterizzati dalla semplificazione dei percorsi, digitalizzazione, attivazione di servizi innovativi dedicati alle cure primarie, telesorveglianza e dalla presenza di funzioni dedicate ai servizi di presa in carico e di pazienti cronici.

Accanto quindi alla classica erogazione di prestazioni ambulatoriali, consultoriali ecc., l'obiettivo di questi presidi sarà garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone, che richiede una gestione unitaria a connotata da un pervasivo utilizzo di sistemi informativi.

Ai fini dell'attuazione, si propone di mantenere in capo ad ATS Città Metropolitana, in collaborazione con ASST Milano Nord, il percorso di consolidamento del progetto e la sua condivisione con i principali portatori di interesse.

Il progetto che porterà alla realizzazione della nuova offerta territoriale a Milano potrà svilupparsi solo con il coinvolgimento e la collaborazione di tutti gli attori coinvolti, innanzitutto delle 4 ASST (ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, ASST Santi Paolo e Carlo, ASST FBF Sacco e ASST Nord Milano) e di ATS Milano. ATS Milano procederà ad un approfondimento epidemiologico su domanda e offerta dei singoli territori al fine di perfezionare l'analisi dei bisogni di ogni territorio e sarà il referente per la parte di progettazione degli interventi.

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, ASST Santi Paolo e Carlo e ASST FBF Sacco, per i territori e le strutture di propria competenza, saranno impegnate nella riqualificazione dei servizi territoriali esistenti e contribuiranno alla definizione di dettaglio di funzioni/servizi/specialità per ogni struttura.

Il Collegio dei Direttori della Città di Milano svolgerà la funzione di board del progetto, in modo da mantenere un allineamento di tutte le aziende sull'andamento delle attività.

Ad ATS potranno essere assegnate risorse, nella misura di circa 200.000 Euro, per poter operare convenzioni con il sistema universitario milanese legate agli aspetti di definizione del layout e ad un progetto di comunicazione che supporti gli eventi di confronto con cittadini e stakeholder e la definizione delle strategie e degli elementi che permettono di rendere le strutture facilmente riconoscibili e caratterizzate da una specifica identità.