



AZIENDA SPECIALE DEI COMUNI DEL RHODENSE
PER I SERVIZI ALLA PERSONA

SISDA

sistema integrato servizi domiciliari anziani

11 FEBBRAIO 2025



Il problema ...

Il problema è rappresentato dalla frammentazione dell'offerta dei servizi domiciliari che vengono erogati da diverse agenzie Comuni, Asst, Sercop, terzo settore

le famiglie sono **disorientate** e lasciate a se stesse nel ricomporre i servizi di cui hanno bisogno rivolgendosi ai diversi enti erogatori, con una evidente complessità di accesso.

Il problema ...

Non esiste un luogo di definizione del progetto multidimensionale unitario costruito intorno a tutti i bisogni della persona da quelli di carattere socio sanitario ai bisogni comunitari di benessere tipo il contrasto della solitudine



accesso complesso



mancanza di un progetto multidimensionale unitario intorno alla persona



Il principio ...

l'unitarietà della persona al di là della frammentazione dei bisogni

il progetto si propone di **ricomporre l'offerta dei servizi** intorno alla persona non autosufficiente al domicilio attraverso

la costruzione di un progetto multidimensionale e unitario e la contestuale attivazione degli interventi

Piano di zona rhodense 2021- 23

Titolo obiettivo	Rete di servizi domiciliari intorno all'anziano
Descrizione obiettivo	Costruire un sistema di aiuto intorno agli anziani al domicilio che tenga conto in modo integrato e connesso dei diversi bisogni della persona, pur facenti riferimento a servizi differenti della rete socio assistenziale; ciò significa ricomporre in uno schema di progetto unitario intorno alla persona una rete di servizi in grado di rispondere a diversi bisogni in termini di assistenza domiciliare, solitudine, piccole manutenzioni al domicilio, trasporti, digital gap, etc. L'obiettivo non consiste nella definizione di nuovi servizi ma di definire un'organica connessione dei servizi esistenti sul territorio in un progetto unitario a favore della persona, attraverso un ripensamento partecipato (co-progettazione) del servizio di assistenza domiciliare rhodense
Target	Anziani parzialmente autosufficienti e/o non autosufficienti, assistite al domicilio da caregiver familiari e/o alternativamente da assistenti personali assunti al domicilio
Risorse economiche preventivate	Budget destinato per l'assistenza domiciliare rhodense dai comuni con risorse proprie (circa 450.000 euro/anno al netto delle fonti di finanziamento nazionali e/o regionali) Quota annua Fondo Caregiver (circa 50.000 euro/anno) Voucher Anziani (48.000/anno per 10 voucher annui) Risorse PNRR (quota investimenti e quota gestione attività)
Risorse di personale dedicate	Coordinatore e operatori dell'Area Anziani SercopSSB dei comuni del Rhodense Coordinatore servizio SAD Operatori degli enti partner co-progettanti
L'obiettivo è trasversale ed integrato con altre aree di policy?	SI
Presenta aspetti di integrazione socio-sanitaria?	SI – integrazione con aspetti connessi alla nuova riforma socio-sanitaria regionale (case di comunità) , UOC Fragilità ASST Rhodense
E' in continuità con la programmazione precedente(2018-2020)?	SI
L'intervento è co-progettato con altri attori della rete?	SI Enti del terzo settore specializzati in ass.za domiciliare Associazioni del territorio per anziani Enti gestori di strutture della rete socio-sanitaria e socio-ass.le per anziani e non autosufficienti di carattere diurno e residenziale Medici di medicina generale
Questo intervento a quale/i bisogno/i risponde?	Ricostruzione della rete dei soggetti coinvolti nell'erogazione di interventi sulla domiciliarità (area socio-assistenziale) Progettazione e Valutazione integrata per i casi complessi attraverso l'individuazione di un case manager dedicato Definizione di linee operative maggiormente orientate alla prevenzione e alla cura e meno in ottica interventista attraverso

SERCOP
Azienda Speciale dei
Comuni del Rhodense

ASST Rhodense

Enti coinvolti
SISDA



Terzo Settore

Amministrazioni
comunali
Ambito Rhodense

Obiettivi generali

- favorire il mantenimento al domicilio dell'anziano non autosufficiente ritardando il più possibile il ricovero in strutture residenziali (che hanno lunghe liste di attesa);
- semplificare i percorsi di accesso alle prestazioni
- presa in carico multidimensionale e integrata, attraverso la costituzione di un luogo stabile trasversale alla dimensione sociale e sanitaria
- Potenziamento Dei servizi alla domiciliarità

Obiettivi specifici

- creare risposte unitarie per il cittadino per superare l'attuale separatezza tra gli strumenti disponibili; attualmente esistono diverse forme prestazionali di risposta ai bisogni di domiciliarità della comunità erogate dal Sistema di Welfare pubblico attraverso due strumenti: il SAD dei Comuni, e l'ADI del sistema regionale;
- costruire un sistema integrato di servizi intorno ai bisogni dell'anziano che guarda alla persona con un approccio unitario, ricomponendo interventi di carattere socio-assistenziale e prestazioni socio sanitarie promuovendo la definizione di un "progetto assistenziale individualizzato" con servizi appropriati in ragione dei bisogni socio assistenziali e socio-sanitari di ciascuno attraverso la valutazione e progettazione da parte di una equipe multidisciplinare e interistituzionale.

Gli obiettivi declinati si sono concretizzati nella costituzione di una équipe multidimensionale di valutazione e presa in carico degli anziani non autosufficienti composta da personale Sercop (finanziato con PNRR) e di ASST in modo da realizzare una presa in carico integrata delle persone anziane definendo un progetto unitario che prende in considerazione tutti i bisogni espressi dalle famiglie sia di natura socio assistenziale (tipico il SAD) che di natura sociosanitaria;

Il nuovo sistema di fatto modifica le modalità accesso e presa in carico degli anziani richiedenti servizi domiciliari, ricomponendo un sistema di interventi complesso intorno ai bisogni dell'anziano.



I pilastri del sistema

- La definizione di un accordo/convenzione tra Sercop e Asst
- la costituzione dell'equipe multidimensionale (EDA), composta da:
 - AS case manager – Sercop
 - infermiere di comunità - Asst rhodense
 - AS comunale
 - educatore terzo settore parner
 - medico geriatra
- La sede in casa di comunità
- La riorganizzazione degli accessi
- La collaborazione con il terzo settore
- le risorse PNRR

COPROGETTAZIONE

COPROGETTAZIONE INTERVENTI
SOCIO-ASSISTENZIALI

CONVENZIONE SERCOP-ASST

COSTITUZIONE
EQUIPE DOMICILIARE ANZIANI (EDA) →
personale integrato
SEDE CASA COMUNITA' RHO

I 4 pilastri del SISDA

RIORGANIZZAZIONE ACCESSI

INVIO DA COMUNI /
INVIO DA SERVIZI SERCOP /
INVIO DA SERVIZI ASST

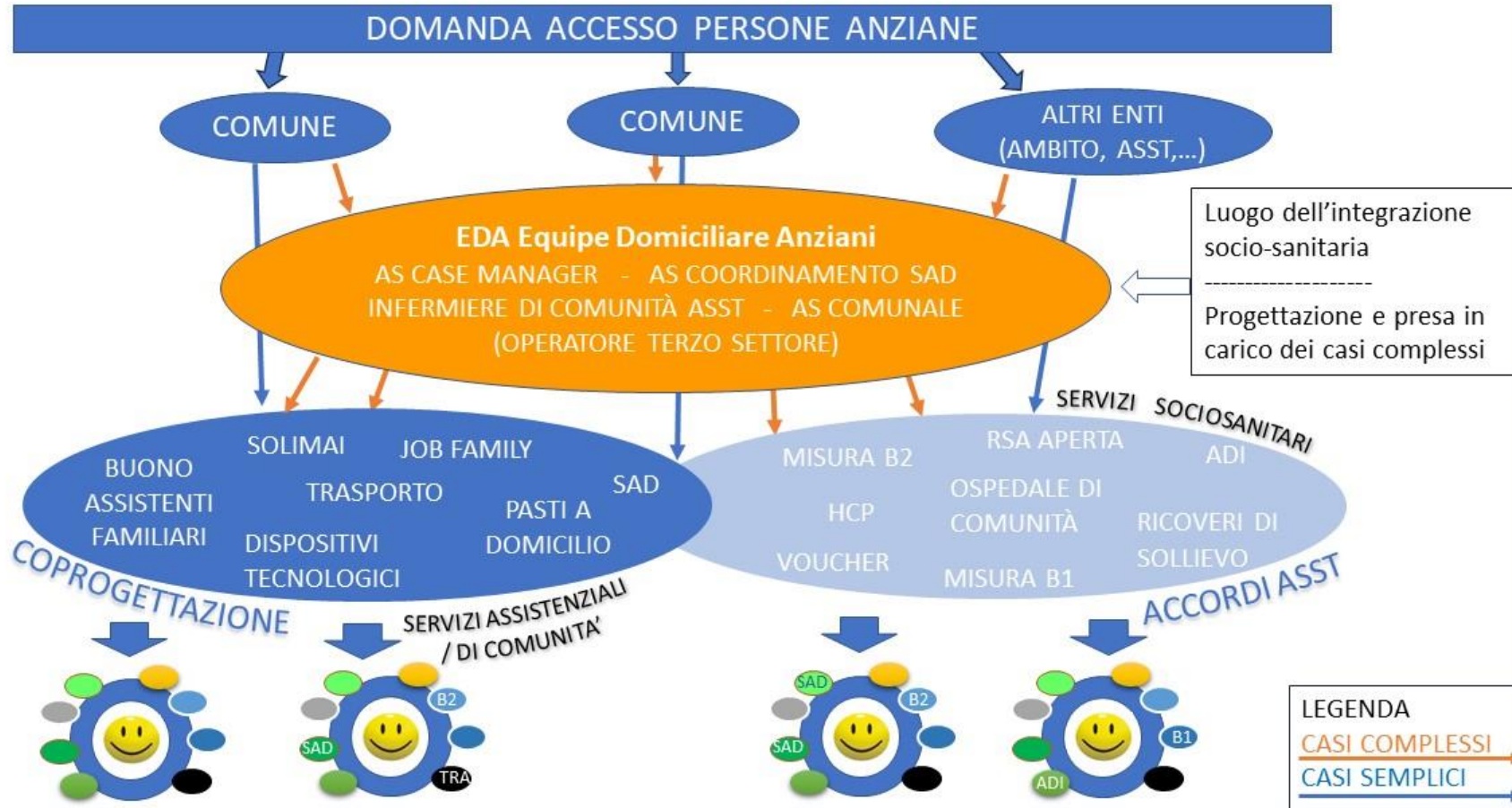


FONDI PNRR

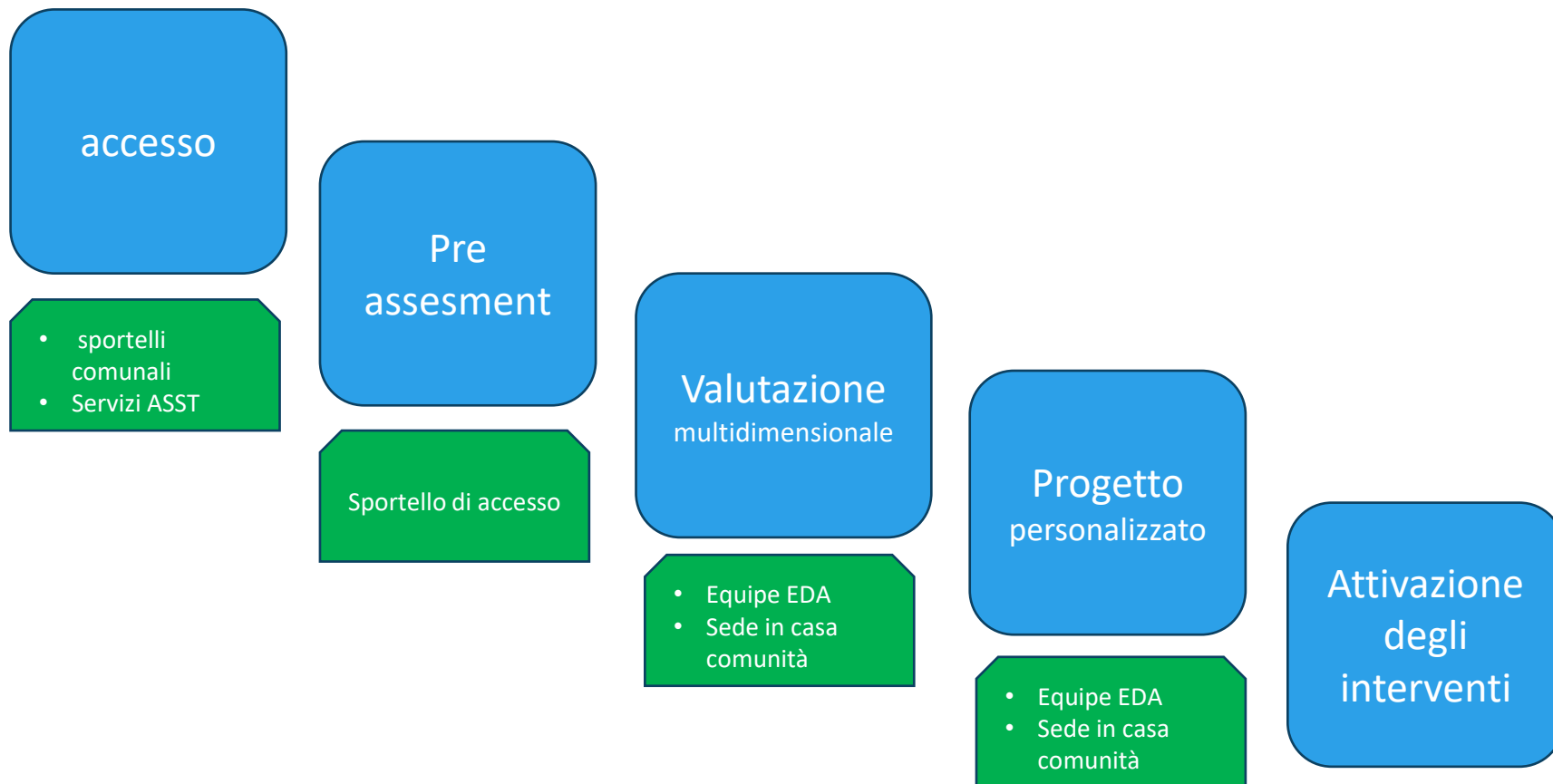
SERVIZI INNOVATIVI
EQUIPE DOMICILIARE ANZIANI (EDA)

Schema funzionale SISDA

Sistema Integrato Servizi Domiciliari Anziani



Le fasi del processo



ASSISTENTE SOCIALE COMUNALE

- Titolare e riferimento del cittadino
- Invia i casi a EDA
- Partecipa alla valutazione multidimensionale (VMD) a domicilio;
- Partecipa con EDA alla formulazione del Progetto Individualizzato.

CASE MANAGER

- Gestisce e coordina EDA;
- Pianifica ed effettua la prima visita domiciliare per avviare una VMD e valutare il Progetto di Intervento da attuare;
- Convoca l'Equipe;
- Attiva gli interventi previsti;
- Monitora gli interventi attivati.

Componenti Equipe EDA



INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITA' (IFeC)

- Parte integrante di EDA, partecipa alla VMD
- A domicilio effettua le valutazioni sanitarie e socio sanitarie necessarie in base a segnalazioni di utente, caregiver e MMG;
- In VMD svolge attività di educazione sanitaria;
- Collabora nella stesura del Progetto Ind.;
- Mantiene i contatti con MMG e caregiver.

ENTE COPROGETTANTE

- E' parte integrante di EDA;
- Collabora nella valutazione della situazione inviata e alla stesura del Progetto Individualizzato;
- Eroga i servizi concordati e previsti dal Progetto;
- Monitora gli interventi e aggiorna il Case Manager.

Equipe Domiciliare Anziani EDA

Il valore aggiunto per l'utente

- **costruire un percorso integrato di servizi intorno ai bisogni dell'anziano.**
- **creare risposte unitarie per il cittadino** superando la separatezza tra gli strumenti disponibili
- **semplificare i percorsi di accesso** alle prestazioni e realizzare una presa in carico multidisciplinare e integrata
- possibilità di avere **un unico referente** per tutti i servizi attivati presso il proprio domicilio
- **essere presi in carico da un'equipe** che conosce i servizi, voucher e bonus cui accedere, sia sociali che sanitari e gli iter da seguire, supportandoli
- la possibilità di confrontarsi direttamente presso il proprio domicilio con una professionalità sanitaria, tramite la quale indagare su aspetti più prettamente sanitari e generalmente "tralasciati" in una valutazione sociale
- la possibilità di attivare interventi ed avere suggerimenti in materia di prevenzione e promozione della salute, educazione sanitaria, corretti stili di vita, aderenza alla terapia

FLUSSO INVIO CASI SEMPLICI

Fase dell'intervento	Descrizione fase	AS Comunale	Sercop/BUSSOLA	ASST	Coord. SAD Sercop	AS PNRR anziani	Referente terzo settore / servizio richiesto	Documentazione
DOMANDA DI INTERVENTI DOMICILIARI DA PARTE DEL CITTADINO	L'utente e/o la sua famiglia presentano la richiesta di attivazione di servizi e informazioni agli enti preposti	segretariato sociale/ accoglienza e informazioni	accoglienza e informazioni	accoglienza e informazioni				
COLLOQUIO	valutazione del bisogno	colloqui con anziano e famiglia e/o VD al domicilio dell'anziano per una valutazione della situazione	colloqui con anziano e famiglia e/o VD al domicilio dell'anziano per una valutazione della situazione	colloqui con anziano e famiglia e/o VD al domicilio dell'anziano per una valutazione della situazione				
PREASSESSMENT	il servizio a cui si rivolge l'utenza, definisce se il caso in questione sia semplice o complesso	compilazione della SCHEDA INVIO finalizzata per la definizione del caso semplice o complesso	compilazione della SCHEDA INVIO finalizzata per la definizione del caso semplice o complesso	compilazione della SCHEDA INVIO finalizzata per la definizione del caso semplice o complesso				compilazione SCHEDA INVIO
CASO SEMPLICE	il servizio a cui accede l'utente definisce che sia necessario SOLO l'attivazione di servizi di base (SAD - pasti a domicilio)	Invia la SCHEDA INVIO (nel quale sono indicate le prestazioni da effettuare e il n. di accessi previsti) per SAD e/o pasti	invio dell'utente presso il Servizio Sociale di base del Comune di residenza	invio dell'utente presso il Servizio Sociale di base del Comune di residenza				
	Il servizio inviante formalizza la richiesta di attivazione SAD a Sercop				Riceve la richiesta dall'assistente sociale del Comune e avvia servizi richiesti			Mail per Invio modulo di attivazione all'indirizzo mail coordinamentosad@sercop.it e in copia Coop. SAD
NB: è l'AC tramite la propria AS definisce il carico ass.le per il proprio cittadino. Sercop fornisce valutazioni tecniche in merito al caso ed eventualmente propone i volumi di servizio necessari.								

FLUSSO INVIO CASI COMPLESSI

	Fase dell'intervento	Descrizione fase	AS Comunale	Sercop/BUSSOLA	ASST	Coord. SAD Sercop	AS PNRR anziani	Referente terzo settore / servizio richiesto	Documentazione
CASO COMPLESSO	CASO COMPLESSO	il servizio a cui accede l'utente definisce che siano necessari servizi socio assistenziali e socio sanitari, che richiedono l'invio e l'intervento dell'équipe multidisciplinare (EDA)	invio SCHEDA INVIO ad EDA con informazioni nucleo, servizi già attivi e proposta progettuale di servizi Compilazione VALUTAZIONE FRAGILITA'	invio SCHEDA INVIO ad EDA con informazioni nucleo, servizi già attivi e proposta progettuale di servizi Compilazione VALUTAZIONE FRAGILITA'	invio SCHEDA INVIO ad EDA con informazioni nucleo, servizi già attivi e proposta progettuale di servizi Compilazione VALUTAZIONE FRAGILITA'				inoltro SCHEDA INVIO ad EDA eda@sercop.it
	INOLTRO DELLA RICHIESTA PER L'ATTIVAZIONE	i servizi inviati trasmettono SCHEDA INVIO	contatta il case manager di EDA per il passaggio del caso	contatta il case manager di EDA per il passaggio del caso	contatta il case manager di EDA per il passaggio del caso		riceve la SCHEDA INVIO dalla cartella sociale da parte di uno degli enti inviati (Comune, ASST, Sercop)		inoltro SCHEDA INVIO ad EDA eda@sercop.it
	INVIO AD EDA	l'équipe riceve la SCHEDA INVIO, prende in carico la situazione e procede con la valutazione multidisciplinare			interviene l'infermiere di ASST destinato all'équipe. Partecipa alla VD, insieme all'AS referente PNRR, per conoscere la situazione		l'AS referente PNRR anziani diventa CASE MANAGER del caso. Contatta l'utente e la famiglia e fissa VD per conoscere la situazione e procedere ad una seconda valutazione con infermiere		compilazione diario
	CONVOCAZIONE EQUIPE EDA	l'AS referente PNRR anziani convoca i componenti dell'équipe per la progettazione dei servizi necessari per il supporto dell'anziano al domicilio	l'AS del comune di residenza dell'utente viene invitata a partecipare all'équipe per la formulazione del progetto		interviene l'infermiere di ASST destinato all'équipe	viene coinvolto e partecipa all'équipe per la definizione degli interventi necessari al domicilio	convoca i soggetti coinvolti	viene convocato e coinvolto ad intervenire nell'équipe per l'attivazione degli interventi di competenze, utili all'utente e definiti nel progetto	compilazione diario
	PRESA IN CARICO DI EDA	EDA prende in carico il caso, per tutta la durata del progetto	l'AS comunale rimane parte attiva del processo				rimane CASE MANAGER per i servizi domiciliari e comunica all'AS del Comune di residenza ogni cambiamento, peggioramento o necessità non legata agli interventi domiciliari		aggiornamento diario

I casi in carico a EDA - esempi

CASO	SITUAZIONE SEGNALATA	BISOGNI RILEVATI A DOMICILIO	INTERVENTI ATTIVATI
Uomo, 66 anni	<ul style="list-style-type: none"> - Vive con la moglie, molto affaticata e con relativi problemi di salute. Figlia molto presente. - Invalido al 100%, art. 3 c. 3 della L.104 ed Accompagnamento - Allettato e completamente dipendente nelle ADL <p>INTERVENTI e SERVIZI GIA' ATTIVI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ADI per cambio catetere 	<ul style="list-style-type: none"> - Adeguamento del domicilio a livello strutturale - Necessità di ausili adeguati al domicilio - Supporto socio assistenziale a domicilio - Supporto al caregiver - FKT 	<p>Inserimento in Ospedale di Comunità per adeguamento domicilio.</p> <p>Si pensava all'attivazione di SAD e RSA aperta una volta dimesso dall'OdC ma successivo accompagnamento in Hospice per peggioramento condizioni sanitarie.</p>
Uomo, 74 anni	<ul style="list-style-type: none"> - Anziano che vive con la moglie ed il figlio, fuori casa tutto il giorno per lavoro - Allettato - Invalidità al 100% per Parkinson ed esiti di ictus, demenza vascolare, Art. 3 c. 3 della L.104 ed Accompagnamento <p>INTERVENTI e SERVIZI GIA' ATTIVI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SAD comunale con 3 ore di ig. personale 	<ul style="list-style-type: none"> - Alle dimissioni ospedaliere non erano più sufficienti le 3 ore di SAD comunale già attive - Difficoltà della moglie a sopperire al bisogno assistenziale del marito e impossibilità dei figli ad essere presenti per esigenze lavorative - Ausili presenti al domicilio non idonei dopo l'ultimo ricovero 	<p>Si mantengono attive le 3 ore di SAD comunale per igiene personale.</p> <p>Si attiva FONDO CAREGIVER, che ha permesso di erogare SAD privato per compensare la carenza assistenziale.</p> <p>Questo ha permesso di avere una copertura completa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>1 accesso da 1 ora tutte le mattine dal lunedì al sabato</u> • <u>1 accesso da 1 ora al pomeriggio da lunedì a venerdì.</u> <p>Presi contatti con Ufficio Protesi per sostituzione letto ospedaliero a manovella con letto ospedaliero elettrico e MAD idoneo alle nuove condizioni di salute post dimissioni ospedaliere.</p>

I casi in carico a EDA - esempi

CASO	BISOGNI ESPRESSI	BISOGNI RILEVATI	INTERVENTI ATTIVATI
Donna, 86 anni	<ul style="list-style-type: none"> - Vive con il marito di 90 anni, con cui ha un rapporto conflittuale - Invalida al 100% con accompagnamento, deambula con ausili - Figlio e nuora presenti, ma non sempre di supporto per questioni lavorative <p>INTERVENTI e SERVIZI GIA' ATTIVI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasti al domicilio - Beneficiaria di MISURA B2 	<ul style="list-style-type: none"> - Il figlio è impossibilitato a supportare la coppia per problemi di salute. Si occupa dell'assistenza la sorella 75enne di lei con problemi di salute. - Non più presente l'assistente familiare - Isolamento sociale - Bisogno di attività sociali e socializzanti individuali - Guidare e sostenere la signora nelle procedure di rilevazione parametri vitali e nella auto somministrazione della terapia 	<p>Si attivano interventi di socializzazione con rapporto 1:1 con volontari di SOLI MAI, sia per la moglie che per il marito in momenti differenti, per permettere alla coppia di avere spazi individuali.</p> <p>Si attiva VOUCHER SOCIALE MISURA B2 FNA, che ha permesso di ridurre l'elevato carico assistenziale ai familiari, tramite l'erogazione settimanale di: igiene ambientale, accompagnamento spesa, igiene personale, socializzazione per accompagnare la signora alla COLAZIONE DEI NONNI</p> <p>Si attiva Sorveglianza Domiciliare con CDOM per interventi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interventi educativi per la signora e anche in supporto al caregiver per rilevazione glicemia e somministrazione insulina • Verifica dell'aderenza alla terapia
Donna, 86 anni	<ul style="list-style-type: none"> - Vive sola. Figlio presente, ma vive lontano - Non in possesso di invalidità - Iniziali difficoltà nelle ADL <p>INTERVENTI e SERVIZI GIA' ATTIVI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SAD 1 ora a settimana per accompagnamento spesa - Volontario SOLI MAI 	<ul style="list-style-type: none"> - Necessità di supporto per l'igiene personale - Necessità di tempo maggiore per la spesa - Necessità di stimolazione motoria per il mantenimento delle autonomie - Sostenere la signora nel mantenere un buono stato di salute - Isolamento sociale 	<p>Si attiva il servizio di TRANSITIONAL CARE con Sacra Famiglia per interventi settimanali di: igiene personale e stimolazione motoria</p> <p>Si aumento del servizio SAD per 1,5 ore per permettere alla signora di accedere all'Emporio Solidale.</p> <p>Si attiva Sorveglianza Domiciliare con CDOM per interventi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio parametri vitali • Verifica dell'aderenza alla terapia <p>Si attiva dispositivo tecnologico per interventi educativi da remoto.</p>

I casi in carico a EDA - esempi

CASO	BISOGNI ESPRESI	BISOGNI RILEVATI	INTERVENTI ATTIVATI
Uomo, 70 anni	<ul style="list-style-type: none"> - Vive solo e con scarsa rete parentale - Presenza di ADS - Iniziale diagnosi di principio di Parkinson, da indagare - Non in possesso di invalidità <p>INTERVENTI e SERVIZI GIA' ATTIVI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasti a domicilio - <u>SAD privato</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficoltà nell'assunzione della terapia in autonomia - Iniziali difficoltà motorie - Difficoltà nella deglutizione - Guidare il signore alla corrette modalità di assunzione della terapia 	<p>In accordo con l'ADS si concorda inserimento presso i minialloggi protetti, con l'attivazione settimanale di SAD per igiene personale.</p> <p>Inserimento dieta speciale per il pasto a domicilio.</p> <p>Si attiva dispositivo tecnologico per interventi di stimolazione motoria da remoto.</p> <p>Si attiva Sorveglianza Domiciliare con CDOM per interventi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verifica dell'aderenza alla terapia • Educazione sanitaria per alimentazione corretta • Monitoraggio parametri vitali
Uomo, 82 anni	<ul style="list-style-type: none"> - Vive con la moglie e buona rete familiare - Invalido al 100% con gravità per esiti di ictus - Ossigenoterapia notturna - Ex dipendente pubblico <p>INTERVENTI e SERVIZI GIA' ATTIVI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>ADI</u> per FKT - <u>PATTO DI CURA</u> con <u>Ambulatorio Infermieristico</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Affaticamento del caregiver, sia per il carico assistenziale che per l'interfacciarsi con i vari servizi territoriali - Necessità di supporto nell'igiene personale - Necessità di stimolazione cognitiva per il mantenimento delle capacità residue post ictus - Ausili presenti al domicilio non idonei 	<p>Si attiva SAD settimanale per ig. personale e, successivamente, si supporta la famiglia nella partecipazione al bando HOME CARE PREMIUM che gli permetterà di scegliere tra diverse tipologie di intervento (ASA/OSS, Educatori, Psicologi, FKT, Logopedia..), per poter incrementare l'assistenza per il marito.</p> <p>Si contatta Ufficio Protesi per reperimento ausili corretti ed attrezzature per bagno per disabili.</p> <p>Si contatta Ufficio Ossigenoterapia per adeguamento bombola di ossigeno</p> <p>Si prospetta attivazione di Sorveglianza Domiciliare con CDOM una volta concluso il percorso di FKT con ADI.</p>

I casi in carico a EDA - esempi

CASO	BISOGNI ESPRESI	BISOGNI RILEVATI	INTERVENTI ATTIVATI
<p>Donna, 77 anni</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Viveva con il compagno a Milano che però non era più in grado di occuparsi delle nuove condizioni di salute della signora, presenti due sorelle compatibilmente con le attività lavorative - M. di Alzheimer - Invalida al 100% con accompagnamento <p>INTERVENTI e SERVIZI GIA' ATTIVI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nessuno 	<ul style="list-style-type: none"> - Affaticamento delle sorelle per il carico assistenziale e la nuova organizzazione familiare - Difficoltà nell'assunzione della terapia e nella deglutizione - Difficoltà motorie - Guidare la famiglia al corretto utilizzo dei presidi - Ricerca assistente familiare 	<p>Si attiva RSA aperta per FKT</p> <p>Si contatta JOB FAMILY per avviare ricerca di assistente familiare e una volta individuata si danno indicazioni e si supporta la famiglia per inoltrare la richiesta di BONUS ASSISTENTI FAMILIARI.</p> <p>Si attiva Sorveglianza Domiciliare con CDOM per interventi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verifica dell'aderenza alla terapia, le corrette modalità di somministrazione e la rimodulazione degli orari di somministrazione terapia per garantire una maggiore compliance dell'assunzione • Educazione sanitaria per garantire una corretta alimentazione • Educazione per corretto utilizzo dei presidi (letto, MAD, sollevatore, deambulatore)

Casi in carico Equipe Domiciliare Anziani EDA

maggio 2023 - dicembre 2024

Comuni	2023		2024			al 10/02/2025		
	<i>Casi segnalati ad EDA</i>	<i>Casi EDA chiusi</i>	<i>Casi segnalati ad EDA</i>	<i>casi EDA Attivi</i>	<i>Casi EDA chiusi</i>	<i>Casi segnalati ad EDA</i>	<i>casi EDA Attivi</i>	<i>Casi EDA chiusi</i>
ARESE	2	0	18	12	6	1	11	1
CORNAREDO	15	5	19	14	5	0	13	0
LAINATE	29	5	73	49	24	2	53	1
PERO	2	0	12	8	4	2	10	0
POGLIANO M.SE	1	1	1	1	0	5	6	0
PREGNANA M.SE	0	0	0	0	0	0	0	0
RHO	5	0	40	32	8	1	32	1
SETTIMO M.SE	4	2	9	8	1	2	10	0
VANZAGO	4	0	7	5	2	0	5	0
totale	62	13	179	129	50	13	140	3
tot. Utenti inviati	254							



Verso il futuro ... da EDA al PUA



SISDA

Sistema Integrato Servizi Domiciliari Anziani

