

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Brianza

Piano di Sviluppo del Polo Territoriale della Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Brianza

2025-2027



WWW.ASST-BRIANZA.IT

Prefazione

Scegliere di rendere conto della propria azione e delle proprie progettualità, prima con il Documento strategico e patto territoriale, redatto dalla nuova Direzione, oggi attraverso il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) di ASST Brianza 2025-2027, significa innanzitutto modificare alcune importanti componenti del proprio modo d'essere e di operare, a partire dal modo di interpretare la propria responsabilità e le relazioni che intercorrono tra i diversi attori del sistema. Significa rileggere in modo nuovo la struttura, i processi e la cultura aziendale per impostare su nuove basi di trasparenza e di condivisione le relazioni con i portatori di interesse. Una scelta di trasparenza che chiama in causa ciascun operatore dell'Azienda.

L'anno 2024 per la nuova Direzione Strategica rappresenta un passaggio fondamentale nei rapporti con gli altri portatori di interesse. Questa nuova fase conduce ad una collaborazione tanto forte quanto partecipata affinché, il ruolo assunto da Enti Locali, Aziende private accreditate, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Famiglia, Terzo Settore, Organizzazioni Sindacali non sia più quello di semplici portatori d'interesse ma di veri e propri attori attivi e propositivi che, ponendo al centro il cittadino con i suoi bisogni di ben-essere, operano, assieme alla ASST, per il miglioramento dei servizi e della rete d'offerta territoriale con le nuove Case di Comunità, Ospedali di comunità, Centrali operative territoriali della ASST che dovranno essere percepite come un corpo unico territorio/ospedale.

L'aprirsi al confronto con tutti gli attori del sistema, anche attraverso questo documento di programmazione, vuole essere una riflessione e uno stimolo per chi lavora in ASST ed è anche la nostra interpretazione dei principi di sussidiarietà e di solidarietà, su cui si fondano le riforme realizzate in questi anni in Lombardia.

Questo lavoro, redatto dagli operatori ASST con il supporto della Direzione Sociosanitaria e con la regia di ATS Brianza, è finalizzato a tracciare un cammino per il futuro territoriale. In questo senso trovo doveroso ringraziare sia i nostri partner (ATS, Comuni, Terzo Settore, MMG, PLS, Sindacati...), sia gli operatori della ASST, cui sono riconoscente per l'impegno quotidiano, la dedizione al lavoro, il senso di appartenenza e di responsabilità, la disponibilità verso il soddisfacimento dei bisogni dei cittadini.

Il Direttore Generale della ASST della Brianza
Carlo Alberto Paolo Tersalvi

Sommario

Prefazione.....	1
Sommario	2
Indice delle schede intervento	3
Introduzione	5
Descrizione dell'Azienda	6
L'applicazione del DM 77/ 2022: il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale	18
La Rete Territoriale di ASST Brianza: strutture, funzioni	27
Analisi del contesto	33
La domanda di salute sul territorio di ASST Brianza.....	36
La rete territoriale di offerta socio-sanitaria in ASST Brianza	57
Le criticità rilevate	65
Il Piano di sviluppo del Polo Territoriale	67
Linee programmatiche generali per lo sviluppo del Polo Territoriale.....	67
Risorse e investimenti per lo sviluppo del Polo Territoriale	70
La partecipazione della Comunità e del Terzo Settore	79
Le aree di intervento	87
L'integrazione socio-sanitaria e sociale.....	87
La valutazione multidimensionale.....	90
La continuità dell'assistenza (<i>setting</i> assistenziali)	93
Lo sviluppo delle cure domiciliari.....	95
La presa in carico dei cronici e dei fragili	103
Lo sviluppo della telemedicina	110
Lo sviluppo dell'area materno-infantile	119
Lo sviluppo dell'area della salute mentale.....	135
I percorsi di integrazione a livello territoriale e la rete delle cure primarie	174
La prevenzione e la promozione della salute.....	182
Progetti specifici trasversali di ASST Brianza.....	189
Interventi formativi	192
Area della comunicazione	195
Il monitoraggio e la verifica degli interventi	196
Cronoprogramma: il processo di implementazione del PPT.....	197
Riferimenti normativi	198

Indice delle schede intervento

Scheda intervento 1 Posti letto in cure intermedie e continuità dell'assistenza	64
Scheda intervento 2 - Potenziamento dell'offerta di posti letto in strutture residenziali esemi-residenziali	64
Scheda intervento 3 - Sportello della solidarietà	83
Scheda intervento 4 - Tutor della salute	84
Scheda intervento 5 - La prevenzione nella comunità	84
Scheda intervento 6 - SOLIDArete.....	85
Scheda intervento 7 - Delegati sociali: una risorsa nella prevenzione della salute nelle comunità azienda	87
Scheda intervento 8 - Accertamento sanitario e sociosanitario per l'accesso alla misura assegno di inclusione	88
Scheda intervento 9 - Pronto intervento sociale	89
Scheda intervento 10 - Presa in carico integrata di pazienti senza dimora	90
Scheda intervento 11 - Revisione procedura integrata valutazione multidimensionale	91
Scheda intervento 12 - Potenziamento integrazione sociosanitaria-sociale	92
Scheda intervento 13 - Potenziamento equipe VMD in relazione all'incremento del bisogno psicologico	92
Scheda intervento 14 - Protocollo dimissione protetta/presa in carico COT.....	94
Scheda intervento 15 - Intercettazione precoce situazioni di fragilità	95
Scheda intervento 16 - Gestione al domicilio del fine vita	98
Scheda intervento 17 - Favorire l'accesso in OdC per utenti già in carico a C-DOM.....	99
Scheda intervento 18- Attivazione Operatori SocioSanitari (OSS) nelle cure domiciliari	100
Scheda intervento 19 - Valutazione qualità dei servizi C-DOM, CP-DOM, IFeC	101
Scheda intervento 20 - Sviluppo cure domiciliari e presa in carico ultra 65	101
Scheda intervento 21 - Progetto regionale sviluppo di percorsi oncologici ospedale-territorio	106
Scheda intervento 22 - Presa in carico congiunta con i MMG dei pazienti con carcinoma mammario e carcinoma del colon- retto in follow up.....	107
Scheda intervento 23 - Integrazione ospedale-territorio in ematologia	108
Scheda intervento 24 - Integrazione ospedale-territorio per la chirurgia ambulatoriale minore	109
Scheda intervento 25 - Progetto di dimissione accompagnata dopo un ricovero ospedaliero per sindrome coronarica acuta o scompenso cardio-circolatorio acuto (Progetto DIMACC)	110
Scheda intervento 26 - Sviluppo telemedicina.....	112
Scheda intervento 27 - Trattamento tele-riabilitativo DSA.....	113
Scheda intervento 28 - Trattamento tele-riabilitativo specialistico.....	113
Scheda intervento 29 - Presa in carico in telemedicina del paziente cardiopatico.....	114
Scheda intervento 30 - Presa in carico in telemedicina del paziente respiratorio cronico.....	115
Scheda intervento 31 - Presa in carico in telemedicina del paziente affetto da ictus ischemico	116
Scheda intervento 32 - Presa in carico in telemedicina del paziente con diabete mellito	116
Scheda intervento 33 – Sviluppo del modello regionale di presa in carico del paziente cronico	117
Scheda intervento 34 - Abbattimento liste d'attesa pazienti cronici con la telemedicina	118
Scheda intervento 35 - Progetto di assistenza alla gravidanza a basso rischio (BRO) -	125
Scheda intervento 36 - 1000 Days: The Wecare Generation - Asst Brianza	125
Scheda intervento 37 - Neo genitori all'aperto - ASST Brianza	126
Scheda intervento 38 - Supporto alla genitorialità - IRCCS San Gerardo	127
Scheda intervento 39 - Nonni e nipoti: Programma sviluppo abilità nonni.....	128
Scheda intervento 40 - # Up- percorsi per crescere alla grande - ASST Brianza e IRCCS San Gerardo	128
Scheda intervento 41 – Supporto psicologico progetto giovani 14-25 - ASST Brianza	130
Scheda intervento 42 - Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione (P.I.P.P.I.)	130
Scheda intervento 43 - Progetto Generare Relazioni non violente - IRCCS San Gerardo	131
Scheda intervento 44 - Insieme alle donne vittima di violenze e ai loro figli-un progetto sperimentale	132
Scheda intervento 45 - Non da soli nell'esperienza del lutto - IRCCS San Gerardo	133
Scheda intervento 46 – Progetto centri diurni (CD) adolescenti	136
Scheda intervento 47 - Implementazione CD Lissone e Besana con gruppi per minori con disturbo dello spettro autistico (ASD)	137
Scheda intervento 48 – Realizzazione e Accreditamento CD Distretto di Desio.....	138
Scheda intervento 49 - Revisione percorsi per la certificazione dell'alunno disabile	139
Scheda intervento 50 - Ambulatorio ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) minori.....	141

Scheda intervento 51 - Percorsi di arteterapia	141
Scheda intervento 52 - Costituzione nucleo funzionale DSA	142
Scheda intervento 53- Ambulatorio ADHD adulto	144
Scheda intervento 54 - D.N.A.: Ambulatorio integrato e potenziamento pediatrie	146
Scheda intervento 55 - Implementazione Tavoli salute mentale - Ambiti.....	147
Scheda intervento 56 - Tavoli di salute mentale: Ambito e Distretto di Monza	153
Scheda intervento 57 - Punti di ascolto nelle CDC	156
Scheda intervento 58 - Progetto telemedicina applicata al trattamento delle dipendenze patologiche	157
Scheda intervento 59 - Ambulatorio disabilità – Autismo a basso funzionamento (ADABF).....	160
Scheda intervento 60 - Implementazione servizio DAMA	161
Scheda intervento 61 - Riqualificazione Reparto Montessori Corberi	163
Scheda intervento 62 - Consolidamento ETIM	164
Scheda intervento 63 - Ambulatorio di psicoterapia dipartimentale integrato e trasversale	166
Scheda intervento 64 - Ambulatorio di psicopatologia digitale (APD)	167
Scheda intervento 65 - Programmi rivolti agli uomini autori o potenziali autori di violenza	168
Scheda intervento 66 – Sviluppo del servizio di psicologia delle cure primarie e di comunità	170
Scheda intervento 67 - Progetto individuazione precoce fragilità linguistiche	171
Scheda intervento 68 - Educarci al rispetto nelle relazioni: intervento di prevenzione della violenza di genere	172
Scheda intervento 69 - Iniziative di sensibilizzazione sui temi della salute e del benessere psicofisico	173
Scheda intervento 70 - Prevenzione delle complicanze del piede diabetico	177
Scheda intervento 71 - Gestione integrata della vulnologia in ambito territoriale e presso lo studio del MMG	178
Scheda intervento 72 - Centrale Unica e Gestione Urgenza Territoriale	180
Scheda intervento 73 - Team Rapido di Risposta Domiciliare (TRRD) - Gestione urgenza territoriale.....	181
Scheda intervento 74 - Campagna immunizzazione VRS (Integrazione territorio e PLS)	185
Scheda intervento 75 - Promozione della salute: sviluppo laboratorio attività fisica e movimento	189
Scheda intervento 76 - Realizzazione e attivazione definitiva CDC-ODC-COT previsti da PNRR.....	190
Scheda intervento 77 - Progetto sviluppo sportelli multifunzione area amministrativa	190
Scheda intervento 78 - Progetto task-shifting area amministrativa-sanitaria	191
Scheda intervento 79 - Progetto task-shifting area Socio sanitaria	191
Scheda intervento 80 - Formazione ASST piani formativi aziendali 2025-2026-2027	193
Scheda intervento 81 - Formazione congiunta Ambiti e CDC	194

Introduzione

La ASST Brianza, secondo quanto indicato nella Legge Regionale 33/2009 art. 7 comma 17 ter, predispone il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT).

Il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) “definisce la domanda di salute territoriale, la programmazione e progettazione dei servizi erogativi, assicurando l’integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie distrettuali” con specifica e analitica declinazione su base distrettuale al fine definire la domanda di salute territoriale e la conseguente programmazione dei servizi erogativi.

Questo strumento contribuisce a garantire l’integrazione delle prestazioni e delle funzioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie distrettuali, garantisce il potenziamento della funzione territoriale con un raccordo funzionale tra Polo Ospedaliero e Polo Territoriale e la dimensione sociale attraverso il rapporto con i Comuni e i Piani di Zona e gli altri attori territoriali quali, ad esempio, Terzo Settore, Associazioni di Volontariato e Sindacati. La programmazione ha un orizzonte triennale.

Regione Lombardia con la D.g.r. 25 marzo 2024 n. XII/2089 ha approvato “le linee di indirizzo per i piani di sviluppo del polo territoriale delle ASST (PPT)”.

Lo sviluppo del Piano è curato dalla Direzione Sociosanitaria di ASST, di concerto con i Direttori di Distretto e con gli altri Direttori Strategici di ASST, con la regia di ATS, per assicurare pieno allineamento degli obiettivi aziendali con gli obiettivi di sviluppo del Polo Territoriale.

Come previsto dalle Linee di Indirizzo per la programmazione sociale territoriale definite dalla DGR XII/2167 “*Approvazione delle Linee di Indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2025-2027*”, il percorso di elaborazione dei Piani di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) dovrà essere attuato dalle ASST in una logica di piena armonizzazione con il processo di programmazione dei Piani di Zona in capo agli Ambiti Territoriali Sociali. Pertanto alla programmazione di interventi in risposta alla domanda di salute del distretto con riferimento ai LEA deve corrispondere, in logica di integrazione sociosanitaria, anche una risposta ai LEPS di ambito sociale, con particolare riferimento a quelli identificati come prioritari (Allegato D DGR XII/2167): valutazione multidimensionale e progetto personalizzato; prevenzione dell’allontanamento familiare; servizi sociali per le dimissioni protette; Punti Unici di Accesso (PUA) integrati e UVM :incremento operatori sociali; incremento SAD.

Dal punto di vista degli attori coinvolti nel processo di programmazione dei PPT di ASST, la norma richiama:

- la Conferenza dei Sindaci di ASST Brianza che esprime parere obbligatorio;
- le Associazioni di Volontariato, gli altri soggetti del Terzo Settore presenti nel territorio;
- le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative presenti nel territorio.

La norma prevede quindi che il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale di ASST deve costituire l’oggetto di uno specifico parere obbligatorio da parte della conferenza dei Sindaci. Rispetto al Terzo settore chiede che vengano garantite idonee procedure di consultazione e che, analoghe procedure di consultazione, vengano attuate con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative presenti nel territorio. Rispetto al Terzo Settore, tuttavia, tale norma va letta nel più generale sistema della L.R. 33/2009 come riformata con L.R. 22/2021. Il Terzo Settore impegnato sul territorio dei distretti di ASST costituisce già una risposta – sussidiaria e frutto della solidarietà organizzata a livello locale dalla comunità – alla domanda di salute in senso ampio del distretto. Tale risposta deve essere quindi essere considerata e valorizzata nell’ambito della programmazione e progettazione della risposta in termini di LEA alla domanda di salute del distretto, in una logica anche di integrazione con i LEPS di ambito sociale. Tale principio è chiaramente espresso nel Piano sociosanitario integrato lombardo 2023-2027, approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 395 del 25 giugno 2024.

A riprova del carattere innovativo e dell’obiettivo di fondo di favorire una forte integrazione tra aree e attori territoriali, il rapporto e la collaborazione con gli Enti Locali e con il Territorio sono stati garantiti dall’ASST Brianza attraverso una presenza continuativa e partecipe nei seguenti contesti interistituzionali, preposti alla promozione dei processi di integrazione tra programmazione sociale e programmazione sociosanitaria:

- Cabina di Regia integrata ASST Brianza;
- Conferenza dei Sindaci;
- Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci;
- Assemblea dei Sindaci di Distretto;

- Organismi consultivi distrettuali;
- Organismi consultivi distrettuali;
- Cabina di Regia di ATS;
- Collegio dei Direttori di ATS;
- Confronto con le organizzazioni sindacali e il Terzo settore;
- Delegazione trattante di ATS e Comitato Aziendale di ASST per la medicina generale e pediatri di libera scelta.

Per quanto concerne la ASST Brianza, occorre sottolineare che nel definire la sua organizzazione ha tenuto in debita considerazione gli ambiti di cogenza dettati dal DM 70 del 15.04.2015 *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”* e dal DM 77 del 23.05.2022 *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”*.

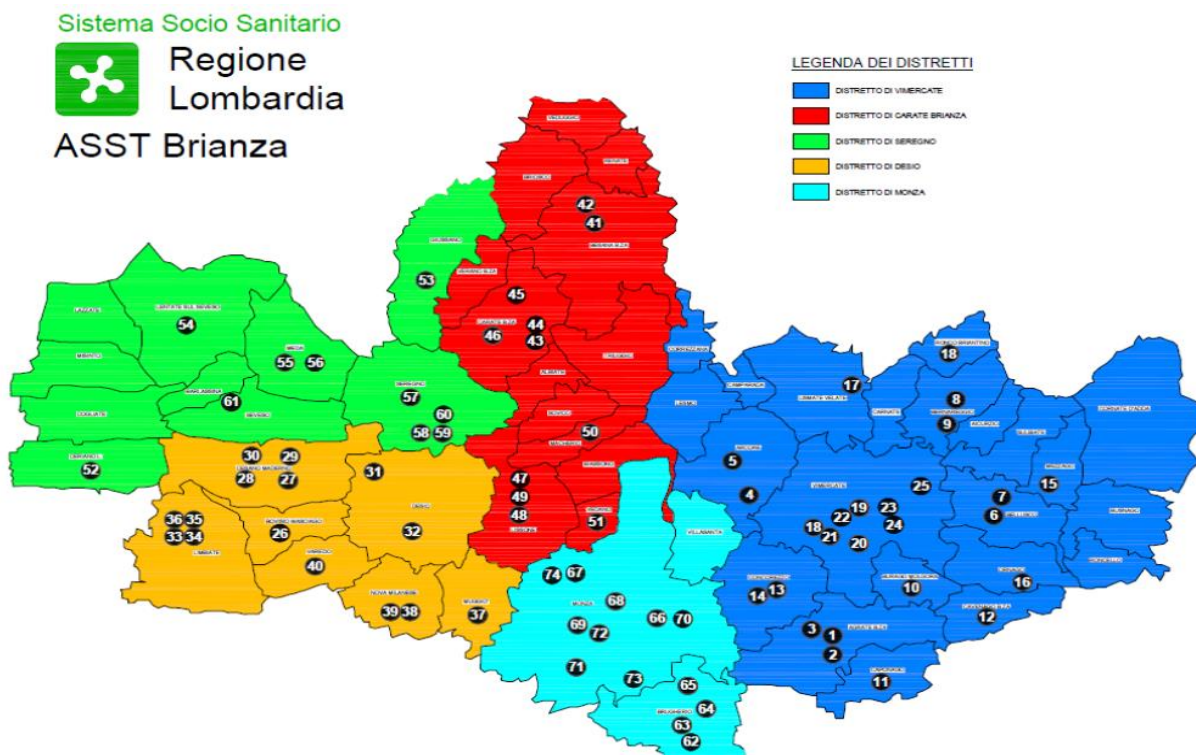
Di recente, a seguito dell’insediamento della nuova Direzione strategica, con deliberazione aziendale n. 769 del 1 agosto 2024 è stata formulata la nuova proposta di POAS 2022-2024, che tiene conto dei diversi cambiamenti intervenuti negli ultimi periodi. Si è in attesa di recepimento da parte di Regione Lombardia del nuovo POAS.

Descrizione dell’Azienda

L’Azienda Socio Sanitaria Territoriale della–Brianza è parte del Sistema Socio-Sanitario Regionale, nell’ambito del quale esercita le proprie funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e presa in carico, con la finalità primaria di contribuire al miglioramento dello stato di salute della popolazione.

L’ASST eroga i servizi sanitari e sociosanitari attraverso un’articolata rete di presidi ospedalieri, strutture ambulatoriali, residenziali, semiresidenziali e distrettuali, destinati a rispondere in prima istanza ai fabbisogni della popolazione del territorio della provincia di Monza e Brianza, afferente agli ambiti territoriali di Carate Brianza, Desio, Monza, Seregno e Vimercate.

L’attuale articolazione territoriale dell’ASST della Brianza deriva dalla riorganizzazione del Sistema Socio-Sanitario Lombardo conseguente all’approvazione delle Leggi Regionali n. 23/2015, n. 23/2019 e n. 22/2021. La cartina sottostante illustra le aree distrettuali e le diverse sedi territoriali in cui vengono erogate prestazioni da parte della ASST della Brianza. Ad oggi le sedi territoriali sono 74 comprensive delle nuove Case di Comunità da attivare.



L'ASST della Brianza come le altre ASST lombarde si articola in due settori aziendali, rispettivamente: definiti:

- Polo Ospedaliero: articolato in Presidi Ospedalieri e Dipartimenti, afferenti alla Direzione Sanitaria;
- Polo Territoriale: articolato in Distretti e Dipartimenti afferente alla Direzione Sociosanitaria.

IL POLO OSPEDALIERO

Il Polo Ospedaliero ha quattro presidi ospedalieri: Vimercate, Desio, Carate Brianza, Seregno. Tre di questi erogano prevalentemente prestazioni in acuzie, in elezione e specialistiche a livelli crescenti di complessità mentre uno a valenza riabilitativa (Seregno).

In questa parte verrà sviluppato prevalentemente la parte relativa al Polo Territoriale. Per i dettagli dei diversi dipartimenti, sia del polo ospedaliero che territoriale e per i dipartimenti interaziendali, si rinvia a quanto indicato nel POAS¹ della ASST della Brianza.

La ASST della Brianza eroga i propri servizi sanitari e socio sanitari attraverso le seguenti strutture:

STRUTTURE OSPEDALIERE E RESIDENZIALI

- Presidi Ospedalieri per acuti: Nuovo Ospedale di Vimercate, Ospedale Civile Vittorio Emanuele III di Carate Brianza, Presidio Ospedaliero Pio XI di Desio;
- Presidio Ospedaliero di riabilitazione: Ospedale Trabattoni Ronzoni di Seregno;
- Presidio Ospedaliero territoriale e Hospice: Ospedale Carlo Borella di Giussano;
- Presidio Residenziale "Corberi" di Limbiate;
- Residenza Sanitaria per Disabili Beato Papa Giovanni XXIII di Limbiate;
- Strutture Residenziali della Psichiatria: Comunità Riabilitative ad alta Assistenza (CRA) di Cesano Maderno e di Besana Brianza; Comunità Protette ad Alta Assistenza (CPA) di Meda e di Besana Brianza; Comunità Protette a Media Assistenza (CPM) di Limbiate, "Il Roseto" e "Il Glicine"; Posti tecnici di Residenzialità Leggera (oggi Programmi Domiciliari Integrati) a Desio in via Molino Arese 31, a Seregno in via Wagner 167, a Limbiate in viale Lombardia 45 e in via Trieste 161;
- Centro Residenziale U.O.N.P.I.A. (Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) per Adolescenti di Besana in Brianza.

STRUTTURE A CICLO DIURNO

- Centro Diurno per Disabili di Usmate Velate;
- n. 5 Centri Diurni per pazienti con disturbi psichiatrici (C.D. La Casa di Bernareggio, C.D. di Besana in Brianza, C.D. di Carate Brianza, C.D. di Seregno, C.D. di Cesano Maderno);
- Centro Diurno U.O.N.P.I.A. di Lissone e Centro Diurno U.O.N.P.I.A. per adolescenti di Besana in Brianza.

STRUTTURE AMBULATORIALI E TERRITORIALI

- n. 11 Case di Comunità: Vimercate, Brugherio, Monza, Nova Milanese, Limbiate, Cesano Maderno, Giussano, Lentate sul Seveso, Lissone, Macherio, Besana Brianza si prevede l'apertura di un totale di 17 Case di Comunità;
- n. 12 Poliambulatori territoriali (Arcore, Besana Brianza, Carate Brianza, Lentate sul Seveso, Lissone, Macherio, Seveso, Usmate, Cesano Maderno, Limbiate, Muggiò, Nova Milanese);
- n. 15 Consultori Familiari (Arcore, Carate Brianza, Concorezzo, Lentate sul Seveso, Lissone, Meda, Seregno, Seveso, Vimercate, Desio, Limbiate, Cesano Maderno, Nova Milanese, Bovisio e Muggiò);
- n. 4 C.A.L. (Centri ad assistenza limitata per Dialisi ad Agrate Brianza, Carate Brianza, Seregno, Cesano Maderno);
- n. 4 C.P.S. (Centri Psico-Sociali di Besana in Brianza, Seregno, Vimercate, Cesano Maderno)
- n. 2 Ambulatori psichiatrici (Carate Brianza, Usmate);

¹ Pubblicato sul sito istituzionale link:

<https://www.asstbrianza.it/web/index.php/attigenerali/mostra/187.html>

- 11 Ambulatori U.O.N.P.I.A. (Besana in Brianza, Giussano, Lentate sul Seveso, di Lissone, Seregno, Seveso, Usmate, Bovisio Masciago, Cesano Maderno, Desio e Varedo);
- n. 3 NOA (Nuclei Operativi di Alcologia di Seregno, Vimercate, Monza);
- n. 3 SERT (Servizio per le Tossicodipendenze) Limbiate, Carate Brianza, Monza;
- SERD (Servizio per le Dipendenze) presso la casa circondariale di Monza.

IL POLO TERRITORIALE

Nella rete territoriale trovano collocazione i punti di accesso all'utenza per le attività di orientamento, accoglienza della domanda, per la gestione dei bisogni semplici e per l'attivazione di percorsi di presa in carico per bisogni complessi di natura sanitaria e/o sociosanitaria, nell'ottica di facilitare risposte sempre più integrate e personalizzate ai bisogni delle persone.

Al polo territoriale attualmente afferiscono:

- Dipartimento Gestionale Salute Mentale e Dipendenze (DSMD);
- Dipartimento Funzionale Prevenzione;
- Dipartimento Funzionale Cure Primarie.

Le strutture in staff alla direzione socio sanitaria sono le seguenti:

- S.C. Gestione Amministrativa delle convenzioni con i medici di assistenza primaria (MAP) e pediatri di libera scelta (PLS);
- S.C. Cure Primarie;
- S.C. Distretto Carate Brianza;
- S.C. Distretto Desio;
- S.C. Distretto Monza;
- S.C. Distretto Seregno;
- S.C. Distretto Vimercate;
- S.C. Gestione Processi e Servizi Territoriali;
- S.C. Cure Palliative-Hospice;
- S.C. Vaccinazioni e Sorveglianza malattie infettive;
- S.S. Coordinamento e Integrazione Territoriale.

I DISTRETTI

Il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'ASST sul territorio definita dall'art. 7 bis della L.R. 33/2009, così come modificata dalla L.R. 22/2021. Il Distretto rappresenta una consistente innovazione, nonché implementazione, dell'offerta territoriale assumendo un ruolo strategico di gestione e di coordinamento organizzativo e funzionale della rete dei servizi territoriali. Rappresenta altresì il punto organizzativo dedicato alla continuità assistenziale e all'integrazione dei servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e sociosanitari.

Al Distretto afferiscono le Centrali Operative Territoriali, le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità presenti sul territorio di propria competenza. Afferisce al distretto tutto il personale che opera nelle Case di Comunità e che non è assegnato ad altri servizi.

I Distretti della ASST Brianza sono 5 di seguito elencati con i comuni di afferenza:

S.C. Distretto Carate Brianza, S.C. Distretto Desio, S.C. Distretto Monza, S.C. Distretto Seregno, S.C. Distretto Vimercate

Per una completa descrizione della struttura e funzioni dei distretti si rimanda al paragrafo successivo *“L'applicazione del DM 77/2022: il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale”*.

DATI DI PRODUZIONE SANITARIA

Le tabelle che seguono indicano i dati di produzione dei principali settori della ASST della Brianza, per accessi di pronto soccorso, ricoveri, subacuti, specialistica ambulatoriale e diagnostica.

Per un maggior approfondimento dei consumi si rimanda al paragrafo *“La domanda di salute sul territorio di ASST Brianza.”*

A.1 ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO

Gli accessi di PS delle tre strutture dell'ASST registrano nel 2023 un trend in linea con l'andamento complessivo regionale nel confronto sia con il 2022 che con il 2019, con valori in crescita rispetto all'anno

precedente ma non ancora ai livelli pre pandemici, con un ulteriore parziale recupero nel 2024 (dato aggiornato a luglio):

Struttura di PS	2023	var 23/22	var%	var 23/19	var%	2023-lug	2024-lug	var 24/23	var%
Presidio Ospedaliero di Vimercate	69.770	2.776	4%	-5.315	-7%	41.490	43.567	2.077	5%
Presidio Ospedaliero di Desio	62.232	2.579	4%	-5.396	-8%	36.875	37.597	722	2%
Presidio Ospedaliero di Carate	32.069	1.703	6%	-8.153	-20%	18.871	20.439	1.568	8%
Totale ASST BRIANZA	164.071	7.058	4%	-18.864	-10%	97.236	101.603	4.367	4%
Totale Regione Lombardia	3.615.351	135.332	4%	-343.912	-9%				

Nonostante l'incremento di attività, la percentuale di accessi che esitano in ricovero denota appropriatezza, tenuto anche conto delle differenti vocazioni dei tre presidi ospedalieri (Carate 6%, Desio 9%, Vimercate 10%) e gli indicatori di performance sui percorsi e sui tempi dei processi hanno ricevuto una valutazione positiva (indicatori Network Regioni da Portale DWH Regione Lombardia, aggiornamento al 31/08/2024):

Descrizione Indicatore	Valore	Fascia (Rif. Regione)
Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 30 minuti	87,4	1
Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti	63,7	2
Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	6,5	3
Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 visitati entro 1 ora	64,9	3
Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 visitati entro 120 minuti	77,0	3
Percentuale di dimessi con permanenza in Pronto Soccorso	91,4	3
Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 visitati entro 240 minuti	91,8	3
Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	73,7	2

A.2 RICOVERI PER ACUTI E DI RIABILITAZIONE

L'attività di ricovero per acuti viene erogata nei tre presidi ospedalieri di Carate Brianza, Desio e Vimercate, mentre i ricoveri di riabilitazione sono erogati nel presidio di Seregno e, dal 2023, anche a Vimercate.

I dati di produzione mostrano nel 2023 un recupero rispetto al 2022 ma un gap ancora importante rispetto al 2019, mentre nel 2024 (aggiornato ad agosto) si registra un rallentamento della crescita:

dimissioni (SDO)	2023	var 23/22	var%	var 23/19	var%	2023-ago	2024-ago	var 24/23	var%
Presidio Ospedaliero di Vimercate	14.706	275	2%	-1.079	-7%	9.653	9.563	-90	-1%
Presidio Ospedaliero di Desio	12.716	983	8%	-1.156	-8%	8.441	8.259	-182	-2%
Presidio Ospedaliero di Carate	5.581	-29	-1%	-2.367	-30%	3.667	3.791	124	3%
Presidio Ospedaliero di Seregno	974	198	26%	-103	-10%	622	710	88	14%
Totale ASST BRIANZA	33.977	1.427	4%	-4.705	-12%	22.383	22.323	-60	0%
valore tariffa DRG	2023	var 23/22	var%	var 23/19	var%	2023-ago	2024-ago	var 24/23	var%
Presidio Ospedaliero di Vimercate	49.737.250	-145.303	0%	-1.806.536	-4%	32.827.265	32.754.426	-72.839	0%
Presidio Ospedaliero di Desio	42.190.696	2.064.013	5%	-1.328.356	-3%	27.899.771	28.638.118	738.347	3%
Presidio Ospedaliero di Carate	14.565.755	529.839	4%	-3.601.578	-20%	9.588.090	9.485.937	-102.153	-1%
Presidio Ospedaliero di Seregno	7.090.328	953.689	16%	-209.708	-3%	4.598.857	5.050.243	451.386	10%
Totale ASST BRIANZA	113.584.029	3.402.238	3%	-6.946.178	-6%	74.913.983	75.928.724	1.014.741	1%

Due terzi del *gap* tra 2023 e 2019 è dovuto alla riduzione di casistica dell'area materno infantile che diminuisce di circa 2.500 ricoveri e di oltre 4 milioni di euro, valori che rappresentano, rispettivamente, il 54% e il 58% della riduzione complessiva aziendale.

L'incremento conseguito nel 2023 rispetto al 2022 riguarda sia la casistica medica (dimessi +4%, tariffa +6% pari a 2.9 milioni di euro) che la casistica chirurgica, in particolare, dell'area elettiva (dimessi +5%, tariffa +6% pari a 1.7 milioni), importante segnale della **ripresa post pandemia Covid-19**, mentre diminuisce l'urgenza chirurgica (+3% dimessi, tariffa -4% pari a 1.2 milioni).

Il trend 2024 (aggiornato ad agosto 2023) mostra un moderato incremento rispetto al 2023: a fronte del mantenimento del numero di dimessi (-60, pari a -0.3%), il valore tariffato aumenta (+1 milione, pari a +1%), dovuto alla variazione di case-mix. L'incremento riguarda, infatti, la casistica chirurgica in urgenza, in ripresa rispetto al 2023, con una crescita sia in termini di dimessi (+125 pari a +5%) che di valorizzato

(+1.4 milioni pari al +8%). Tale risultato è correlato ai limiti delle risorse in termini di posti letto e di sedute operatorie, anche correlati all'elevato turn-over del personale. Sono tuttavia in fase di attuazione alcuni interventi organizzativi mirati a razionalizzare le risorse presenti in Azienda, al fine di incrementare la capacità di offerta sia per l'area chirurgica che per l'area medica.

I ricoveri per riabilitazione aumentano significativamente nel 2023 rispetto al 2022 (dimessi +34%, tariffa +25% pari a 1.5 milioni di euro), crescita registrata sia nel Polo riabilitativo di Seregno che nel reparto di Vimercate, aperto nel 2023. Nel 2024 continua il trend di crescita, con un incremento sia dei dimessi (+14%) che del valorizzato (+10% pari a 500 mila euro).

A.3 RICOVERI PER CURE SUBACUTE E RICOVERI IN OSPEDALE DI COMUNITÀ

L'attività di ricovero per Subacuti veniva erogata, fino al 2020/2021, nei presidi ospedalieri di Desio, Giussano e Vimercate, permanendo negli ultimi anni l'attività nella sola sede di Giussano, a seguito della chiusura dei letti negli altri presidi correlata a carenze di organico.

I dati di produzione mostrano nel 2023 un recupero rispetto al 2022 ma un *gap* ancora importante rispetto al 2019:

dimissioni (SDO)	2023	var 23/22	var%	var 23/19	var%	2023-ago	2024-ago	var 24/23	var%
Presidio Ospedaliero di Vimercate	0	0	#DIV/0!	-142	-100%	0	0	0	#DIV/0!
Presidio Ospedaliero di Desio	0	-41	-100%	-151	-100%	0	0	0	#DIV/0!
Presidio Ospedaliero di Giussano	243	68	39%	35	17%	137	170	33	24%
Totale ASST BRIANZA	243	27	13%	-258	-51%	137	170	33	24%
valore tariffa DRG	2023	var 23/22	var%	var 23/19	var%	2023-ago	2024-ago	var 24/23	var%
Presidio Ospedaliero di Vimercate	0	0	#DIV/0!	-499.730	-100%	0	0	0	#DIV/0!
Presidio Ospedaliero di Desio	0	-112.530	-100%	-451.130	-100%	0	0	0	#DIV/0!
Presidio Ospedaliero di Giussano	1.188.540	272.160	30%	114.100	11%	758.280	839.860	81.580	11%
Totale ASST BRIANZA	1.188.540	159.630	16%	-836.760	-41%	758.280	839.860	81.580	11%

Nella rendicontazione delle attività per cure subacute del presidio di Giussano rientra anche l'attività dell'Ospedale di Comunità, con 8 letti aperti dal mese di giugno 2023. In dodici mesi, l'Ospedale di Comunità ha ricoverato 108 pazienti, per un totale di 2.226 giornate (media degenza: 20.6 giorni).

A.4 SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA

L'attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica viene erogata in una molteplicità di strutture: nei quattro presidi ospedalieri di Carate Brianza, Desio, Vimercate e Seregno e nelle strutture del territorio. Come per i ricoveri, anche per la specialistica ambulatoriale i dati mostrano una ripresa nel 2023 rispetto al 2022, anche se ancora non sono raggiunti i livelli del periodo pre-pandemico, mantenendo un *gap* ancora importante rispetto al 2019.

La specialistica ha infatti registrato, nel 2023, un incremento rispetto al 2022 per volumi e per valore tariffato. Il trend del 2024 (aggiornato ad agosto) evidenzia una moderata crescita rispetto al 2023, maggiore per le quantità che per il valore:

Tipo prestazione	2022	2023	var 23/22	var%	var 23/19	var%	2023-ago	2024-ago	var 24/23	var%
Primi accessi	1.847.726	2.140.431	292.705	16%	20.735	2%	1.396.189	1.532.780	136.591	10%
Controlli	1.027.991	1.116.610	88.619	9%	21.509	2%	728.025	771.315	43.290	6%
Pronto soccorso	1.185.465	1.199.523	14.058	1%	-13.942	-2%	783.958	821.346	37.388	5%
Screening	28.881	38.243	9.362	32%	10.657	52%	18.679	23.483	4.804	26%
Tamponi COVID	214.243	26.969	-187.274	-87%	26.969	#DIV/0!	19.812	4.564	-15.248	-77%
Altre prestazioni	3.547	2.890	-657	-19%	-347	-19%	1.034	950	-84	-8%
Totale ASST BRIANZA	4.307.853	4.524.666	216.813	5%	50.192	2%	2.947.697	3.154.438	206.741	7%
TOTALE netto COVID	4.093.610	4.497.697	404.087	10%	23.223	1%	2.927.885	3.149.874	221.989	8%
Valore tariffa	2022	2023	var 23/22	var%	var 23/19	var%	2023-ago	2024-ago	var 24/23	var%
Primi accessi	28.033.760	34.387.343	6.353.582	23%	989.835	6%	22.808.691	22.417.758	-390.934	-2%
Controlli	24.007.191	21.952.840	-2.054.351	-9%	-3.484.984	-15%	14.279.596	15.172.153	892.556	6%
Pronto soccorso	16.638.507	16.757.765	119.258	1%	-57.772	-1%	11.024.554	11.301.948	277.394	3%
Screening	1.255.208	1.357.028	101.820	8%	92.700	10%	816.017	781.522	-34.494	-4%
Tamponi COVID	4.550.352	438.431	-4.111.920	-90%	438.431	#DIV/0!	345.523	74.790	-270.733	-78%
Altre prestazioni	37.079	30.347	-6.732	-18%	1.314	8%	13.246	13.024	-222	-2%
Totale ASST BRIANZA	74.522.096	74.923.753	401.657	1%	-2.242.816	-4%	49.287.627	49.761.194	473.567	1%
TOTALE netto COVID	69.971.745	74.485.322	4.513.577	6%	-2.681.247	-5%	48.942.105	49.686.404	744.300	2%

Il gap di produzione tra il 2023 e il 2019 è dovuto per la metà circa alla riduzione dell'attività ambulatoriale del Presidio di Carate (-1,2 milioni) e per l'altra metà ad una riduzione di attività in dialisi (-600 mila) e di ortopedia (-600) a livello aziendale.

L'analisi degli scostamenti tra il 2023 e il 2022 deve essere effettuata sterilizzando la quota di prestazioni diagnostiche correlate al COVID: al netto dei tamponi, l'incremento conseguito nel 2023 rispetto al 2022 è del 10% per quantità e del 6% per valore.

L'incremento di primi accessi e controlli (rispettivamente +16% e +9%) riguarda tutte le prestazioni (qui sotto rappresentate per aggregazioni FA-RE):

Data Erogazione	2022		2023		var%	
FA-RE livello 1	Numero Prestazioni	Valore Lordo	Numero Prestazioni	Valore Lordo	Numero	Valore
TOTALE	2.875.717	52.040.951	3.257.041	56.340.182	13%	8%
0 - Altre prestazioni	3.086	97.685	4.165	252.485	35%	158%
D - Diagnostica	290.335	14.524.412	327.175	15.385.664	13%	6%
L - Laboratorio	2.037.023	11.245.249	2.328.882	12.641.666	14%	12%
R - Riabilitazione	115.250	1.690.111	121.319	2.043.193	5%	21%
T - Terapia	174.968	19.587.644	182.879	20.361.934	5%	4%
V - Visite	255.055	4.895.851	292.621	5.655.240	15%	16%

Il trend 2024 (aggiornato ad agosto 2023) mostra un moderato incremento rispetto al 2023, maggiore per quantità e inferiore per valore (prestazioni +7%, valore +1% pari a 500 mila euro), per effetto dell'aumento di prestazioni a minor tariffa (laboratorio e visite) e della riduzione di prestazioni complesse (diagnostica per immagini, endoscopia e terapie, tra cui spiccano gli interventi per cataratta). Tale risultato è dovuto ad una carenza in organico di specialisti (in particolare in oculistica, endoscopia e radiologia) a fronte della quale sono state avviate, e sono prossime alla conclusione, le relative procedure di assunzione.

Per quanto riguarda i primi accessi e i controlli, aumentano le prestazioni di laboratorio, le visite e la riabilitazione ma diminuiscono le prestazioni di diagnostica (radiologia ed endoscopia) e le prestazioni di terapia (oculistica):

Data Erogazione. per mese -	2023		2024		var%	
FA-RE livello 1	Numero Prestazioni	Valore Lordo	Numero Prestazioni	Valore Lordo	Numero	Valore
TOTALE	2.124.214	37.088.288	2.304.095	37.589.911	8%	1%
0 - Altre prestazioni	2.755	187.889	3.512	250.440	27%	33%
D - Diagnostica	213.527	10.169.404	214.106	10.099.544	0%	-1%
L - Laboratorio	1.516.614	8.247.251	1.700.062	9.293.219	12%	13%
R - Riabilitazione	82.089	1.328.876	72.492	1.358.868	-12%	2%
T - Terapia	120.110	13.495.636	119.072	12.811.654	-1%	-5%
V - Visite	189.119	3.659.232	194.851	3.776.186	3%	3%

L'incremento di prestazioni ambulatoriali nel 2024 è maggiore nelle strutture del Polo Territoriale, sia per l'effetto dell'affermimento, dal 1° aprile 2023, del Distretto di Monza, sia per il potenziamento dell'attività territoriale con l'aggiunta di specialisti convenzionati e ospedalieri, mentre l'incremento delle prestazioni dell'area di Salute Mentale è correlato agli ambulatori di odontoiatria speciale di Carate e Limbiate.

Data Erogazione. per mese - Anno		2023		2024		var%	
(All)	Presidio	Numero Prestazioni	Valore Lordo	Numero Prestazioni	Valore Lordo	Numero	Valore
TOTALE ASST		2.944.721	49.245.538	3.187.109	50.140.409	8%	2%
	Presidi ospedalieri	2.800.327	43.006.219	3.024.037	43.242.704	8%	1%
	Riabilitazione Seregno	65.439	2.072.854	64.293	2.172.321	-2%	5%
	CAL - Dialisi	21.789	3.010.237	22.178	3.232.833	2%	7%
	Salute mentale	8.950	169.041	12.328	218.779	38%	29%
	Ambulatori territoriali	48.216	987.186	64.273	1.273.772	33%	29%

A.5 ASSISTENZA TERRITORIALE

L'assistenza territoriale dell'ASST Brianza si articola sulle seguenti aree di attività, per ciascuna delle quali verrà proposta una sintesi in termini di: punti fisici di erogazione delle prestazioni, dati di attività anno 2023, analisi gestionale dei trend:

- Assistenza Sanitaria Primaria;
- ADI e misure per la fragilità;
- Cure palliative;
- Attività distrettuali;
- Consultori familiari;
- Psichiatria e neuropsichiatria infantile;
- Dipendenze;
- Disabilità.

A queste attività, si aggiungono le innovazioni introdotte con il DM 77 e con la LR 22/2021, che si concretizzano nello sviluppo dei seguenti servizi volti a migliorare i percorsi assistenziali e la gestione del paziente sul territorio, che vedono il coinvolgimento di nuove figure professionali quali l'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC):

- Case di Comunità (con un target a regime di 17-18 CdC);
- Ospedali di Comunità (con un target a regime di 3 OdC);
- Centrali Operative Territoriali (target a regime di 8 COT).

ASSISTENZA SANITARIA PRIMARIA

Secondo quanto dichiarato nella Missione 6 del PNRR e ribadito nelle Regole 2024 (di cui alla DGR 1827/2024), il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di Libera Scelta (PLS) sono porta di accesso e primo contatto delle persone, della famiglia e della comunità con il Servizio Sanitario e il MMG/PLS, nel contesto in cui opera, in forza del rapporto di fiducia con il proprio assistito, promuove la medicina di prossimità, assicura le prestazioni di primo livello e si prende cura della cronicità e delle cure domiciliari in favore dei suoi assistiti. Il MMG/PLS si integra funzionalmente con altri attori del sistema socio-sanitario regionale presenti nelle articolazioni organizzative coordinate dal Distretto (ASST) in cui si collocano le Case della Comunità (CdC), gli Ospedali di Comunità (OdC), le Centrali Operative Territoriali (COT), e che costituiscono il Polo Territoriale delle ASST. La complessità dell'offerta delle Cure Primarie e della Medicina Generale in particolare, che si compone di attività domiciliare e ambulatoriale, è arricchita dalla Presa in Carico, oggi assicurata anche per il tramite delle società cooperative, e costituisce un tassello centrale del programma delle attività territoriali. Si riconosce che l'integrazione del Sistema delle Cure Primarie con gli altri "soggetti" presenti nel Distretto potrà trovare, quando messo a punto e quando sarà a regime, un meccanismo facilitante per la sua realizzazione mediante:

- Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT);
- L'armonizzazione dell'assetto organizzativo attuale della Medicina Generale (supporto all'attività di Studio e Forme Associate) in logica di AFT, dando così attuazione al Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 e al profilo del Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria.

Il numero di MMG attivi sul territorio di ASST Brianza è pari a n. 463 con un tasso di saturazione medio pari a circa 104%. La disponibilità espressa dai MMG del territorio ad elevare il proprio massimale non è sufficiente a garantire l'iscrizione di tutti gli assistibili nelle liste dei MMG (tasso popolazione assistita/popolazione domiciliata pari al 97%).

Per tale ragione sono strutturati in ASST Brianza specifici Ambulatori Medici Temporanei (AMT) in cui operano Medici di Assistenza Primaria su base oraria in grado di garantire in modo strutturato e ordinato l'Assistenza Sanitaria Primaria agli assistiti che non possono temporaneamente trovare capienza presso MMG. La collocazione degli AMT e il loro profilo organizzativo sono rinvenibili sulla *Home Page* di ASST Brianza².

Il numero di PLS attivi sul territorio di ASST Brianza è pari a n. 113 con un tasso di saturazione medio pari a circa 88%. La pediatria di famiglia "non soffre" di carenza specialistica sul territorio.

² <https://www.asst-brianza.it/web/index.php/schede/scheda/57>

La Continuità Assistenziale è garantita da oltre 200 medici in graduatoria, prevalentemente medici in formazione post laurea iscritti alle scuole di specializzazione della vicina Università degli Studi Milano Bicocca.

In ASST Brianza è stato dato avvio al nuovo assetto della Continuità Assistenziale per la gestione dell'*Urgenza Territoriale*. In Regione Lombardia con DGR XII/2588 del 21 giugno 2024 ad oggetto: Determinazioni in ordine al modello di funzionamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) – è stato dato avvio ad una riorganizzazione del modello di Continuità Assistenziale in attuazione del Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77: “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” e in coerenza con il vigente *Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell’art. 8 del D.LGS. N. 502 DEL 1992* puntando in via prioritaria sui seguenti fondamenti:

- Definizione dei criteri e delle modalità di attivazione del **numero europeo armonizzato** a valenza sociale **116117** da parte della popolazione generale a favore di un accesso programmato alle sedi ambulatoriali da parte dell’utenza;
- Introduzione di un **triage professionale medico supportato da percorsi formativi dedicati**, tra gli altri, dall’impiego di **flow-chart decisionali costruite sul consenso clinico**;
- **Razionalizzazione** della presenza medica in orario notturno avanzato (**24.00 - 8.00**);
- **Soddisfacimento del requisito di presenza medica h 24 nelle Case di Comunità HUB**, in coerenza con le recenti norme in materia di cure primarie e con la necessità di offrire **adeguata risposta alla domanda di cura urgente dei cittadini, che spesso viene inappropriatamente convogliata verso i servizi di emergenza** (chiamata al 112/118 o autopresentazione in pronto soccorso).

Il nuovo profilo organizzativo della Continuità Assistenziale è rinvenibile sulla *Home Page* di ASST Brianza³. ASST Brianza ha dato avvio anche alla Continuità Assistenziale Pediatrica (CAP), attività che si colloca all’interno del macro obiettivo nazionale e regionale di contenimento degli accessi impropri al Pronto Soccorso Ospedaliero estendendosi anche alla promozione dell’impiego della televisita e del teleconsulto. E’ stata istituita una **Centrale Pediatrica** a valle del Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117 presso la **CdC di Vimercate** nella giornata di **sabato**, attiva **dalle ore 09:00 alle ore 14:00**. La Centrale Pediatrica deve gestire telefonicamente, anche per il tramite della televisita, i pazienti in età 0-14 anni che il NEA 116117 orienta sulla medesima.

Nel caso in cui alla gestione telefonica debba conseguire una visita ambulatoriale, la Centrale Pediatrica provvede alla prenotazione della visita presso la sede ambulatoriale più prossima al domicilio del paziente nelle sedi e secondo l’articolazione oraria indicate in tabella.

FASCIA ORARIA	ATTIVITA’	SEDE
09:00 – 14:00	Centrale telefonica Pediatrica	CdC Vimercate
10:00-18:00	Ambulatorio	CdC Vimercate
15:00-18:00	Ambulatorio	CdC Macherio
15:00-18:00	Ambulatorio	CdC Giussano

A supporto dell’attività effettuata dai Pediatri di Libera Scelta, ASST Brianza affianca personale amministrativo e infermieristico (Infermieri di Famiglia e Comunità delle Case di Comunità).

L’accesso alla Continuità Assistenziale Pediatrica (e pertanto alle sedi ambulatoriali) è possibile solo su attivazione dal NEA 116117 da parte delle famiglie interessate.

Nel caso di persone in autopresentazione, l’indicazione da fornire è quella di contattare il NEA 116117 in caso di urgenza differibile, o il 112 in caso di emergenza/urgenza non differibile.

Il NEA 116117, sulla base della fascia oraria di contatto, orienterà le famiglie verso la Centrale Pediatrica.

ADI E MISURE PER LA FRAGILITA’

L’accesso alle Cure Domiciliari è veicolato dalla valutazione multidimensionale del bisogno, attività in carico a questa ASST.

Nella tabella sottostante vengono illustrati i volumi di attività dell'anno 2023, confrontati con l'anno precedente, che evidenziano un progressivo incremento delle prese in carico (+26,29% rispetto al 2022):

	VOLUMI 2022	VOLUMI 2023	VOLUMI 2023-2022	VOLUMI 2023-2022 %
SEREGNO	1.134	1.420	286	25,22%
DESIO	1.144	1.424	280	24,48%
CARATE	1.024	1.224	200	19,53%
VIMERCATE	1.092	1.411	319	29,21%
MONZA	1.312	1.604	292	22,26%
TOTALE ASST	5.706	7.083	1.377	24,13%

L'accesso alle misure regionali per la fragilità (FNA, Dopo di Noi, etc) è garantito e sostenuto dalla valutazione multidimensionale del bisogno, attività in carico a questa ASST.

Nel 2023 la Struttura di Fragilità e percorsi ospedale-territorio si è ampliata con l'annessione della Struttura di Valutazione Multidimensionale e ADI per il Distretto di Monza. In relazione all'estensione e al numero di abitanti, si è convenuto di suddividere il territorio in due aree, OVEST (comprensiva dei Distretti di Seregno e Desio) ed EST (comprensiva dei Distretti di Carate, Monza e Vimercate).

Nella tabella sottostante sono dettagliati i volumi di attività divisi per Area (Ovest - Est) e per tipologia relativamente all'anno in corso rapportato all'anno precedente. Nell'anno 2023 sulla scia del modello della riorganizzazione territoriale, sono stati introdotti i volumi relativi a progetti PNRR ed EVM casi complessi. Si evidenzia un aumento complessivo delle misure per la fragilità del 24,13%.

OVEST (DISTRETTI DI DESIO E SEREGNO)

	VOLUMI 2022	VOLUMI 2023	VOLUMI 2023-2022	VOLUMI 2023-2022 %
B1	405	518	113	27,90%
B2	2	1	-1	-50,00%
DDN	58	40	-18	-31,03%
RESIDENZIALITA' ASSISTITA	2	3	1	50,00%
RESIDENZIALITA' RELIGIOSI	3	3	0	0,00%
TOTALE OVEST	470	599	129	27,45%

EST (DISTRETTI DI CARATE, VIMERCATE E SEREGNO)

	VOLUMI 2022	VOLUMI 2023	VOLUMI 2023-2022	VOLUMI 2023-2022 %
B1	448	515	67	14,96%
B2	169	189	20	11,83%
DDN	54	56	2	3,70%
RESIDENZIALITA' ASSISTITA	30	44	14	46,67%
RESIDENZIALITA' RELIGIOSI	23	26	3	13,04%
TOTALE EST	724	869	145	20,03%

TOTALE ASST	1.194	1.468	274	22,95%
--------------------	--------------	--------------	------------	---------------

CURE PALLIATIVE

L' ASST della Brianza ha un'offerta che include l'Hospice (presso il P.O. di Giussano, dotato di 19 posti letto), l'attività di cure palliative domiciliari e l'attività ambulatoriale.

CURE PALLIATIVE	N° RICOVERI 2022	N° RICOVERI 2023	VARIAZIONE 2023 -2022	VARIAZIONE % 2023 -2022
Ricoveri	464	516	52	11,21%
CURE PALLIATIVE	N° PAZIENTI 2022	N° PAZIENTI 2023	VARIAZIONE 2023 -2022	VARIAZIONE % 2023 -2022
Adi	372	625	253	68,01%

Dall'analisi dei dati relativi al confronto gennaio – dicembre 2023 rispetto al medesimo periodo del 2022 si evidenzia un incremento del 11,2% nel numero di ricoveri e un aumento del 68,01% di pazienti per quanto riguarda l'attività domiciliare.

ATTIVITA' DISTRETTUALI

Si elencano le principali prestazioni erogate nei distretti dell'ASST Brianza.

PRESTAZIONI DI PROTESICA MAGGIORE, MINORE E INTEGRATIVA

La spesa complessiva per l'utenza elencata nelle tabelle successive è pari a circa 30 milioni di euro.

Tipologia	Utenti in carico 2022	Utenti in carico 2023
UTENTI ASSISTENZA PROTESICA (esclusa VMD e Cannule tracheali)	17591	17.919
UTENTI DIABETICI: MICROINFUSORI, MATERIALE DI CONSUMO PER MICROINFUSORI, SISTEMI MONITORAGGIO CONTINUO GLICEMIA	3635	4.510
UTENTI VMD e CANNULE TRACHEALI	5420	6.154
Totale	26.646	28.583

VACCINAZIONI

Prestazioni–Centri Vaccinali Brugherio, Carate Brianza, Cesano Maderno, Desio, Limbiate, Lissone, Monza, Muggiò, Seregno, Seveso, e Usmate Velate	Anno 2022	Anno 2023	2023-2022 %
N. vaccini somministrati	128.756	156.634	21,65%

Dal confronto dei dati di attività relativi agli anni 2022 e 2023 si evidenzia un netto aumento, pari al 21,65%, delle vaccinazioni erogate; tale aumento è imputabile in gran parte all'afferenza, dal 1 aprile 2023, dei due centri vaccinali di Monza e Brugherio e all'aumento di richieste di vaccinazioni rivolte all'adulto e ai viaggiatori internazionali, in naturale ripresa dopo la fine dell'emergenza Covid.

COMMISSIONE PER L'ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ CIVILE

Attività di Medicina Legale		Volumi		MONZA	
		2022	2023	2023-2022	2023
Attività Commissioni Invalidi Civili (disabilità, handicap, minori)	N° sedute	800	794	-6	231
	N° convocati	12.836	13.544	708	4.178
	N° accertamenti domiciliari	63	101	38	124
	Giorni di attesa da acquisizione domanda a prima convocazione	26,45gg	29,49gg		25gg
Attività Commissione Unica Provinciale per i ciechi civili	N° sedute	15	18	3	13
	N° convocati	141	173	32	123
Attività Commissione Unica Provinciale per sordità	N° sedute	5	2	-3	4
	N° convocati	35	5	-30	17

I volumi indicati nelle prime due colonne e la relativa variazione si riferiscono agli ambiti distrettuali di Desio, Giussano e Usmate. Sostanzialmente per l'ambito di competenza distrettuale dei tre comuni, rispetto all'anno precedente (2022) ad un aumento delle istanze esaminate (+5,51% per gli invalidi civili; + 22,7% per i ciechi civili) è corrisposto una diminuzione delle sedute effettuate con contenimento dei relativi costi.

Nell'ultima colonna viene descritta l'attività dell'ambito distrettuale di Monza, riferita al periodo 01/04/2023- 31/12/2023.

CONSULTORI FAMILIARI

Nella tabella sottostante vengono comparate le prestazioni Consultoriali erogate nel periodo gennaio-dicembre dell'anno 2023 con il medesimo periodo dell'anno 2022:

I dati delle attività confermano anche per questa annualità un aumento del 48% del totale delle prestazioni rispetto al 2022 collegato allo screening per il tumore della cervice uterina.

Anno	Quantità prestazioni
2021	31.898
2022	36.298
2023	67.330* <i>comprende screening cervice</i>

PSICHIATRIA E NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

PSICHIATRIA

L'attività di psichiatria è erogata in una molteplicità di strutture (due reparti SPDC, strutture residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali), distribuite nei diversi ambiti territoriali.

I volumi hanno registrato nel 2023 una ripresa rispetto al 2022 ma non hanno raggiunto ancora i livelli prepandemici, sia nelle attività di presa in carico (psichiatria territoriale), sia nelle attività ambulatoriali e di ricovero, a causa della mancanza di psichiatri (-13 FTE). L'integrazione, ancora non completa, dell'organico, ha consentito un parziale recupero nel 2024 nei tre livelli di attività:

PSICHIATRIA TERRITORIALE:

prestazioni	2023	var 23/22	var%	var 23/19	var%	2023-giu	2024-giu	var 24/23	var%
ambulatori psichiatrici	5.778	-552	-9%	651	13%	3.356	2.835	-521	-16%
strutture	82.757	8.974	12%	-4.994	-8%	42.728	45.768	3.040	7%
Totale ASST BRIANZA	88.535	8.422	11%	-4.343	-6%	46.084	48.603	2.519	5%
valore tariffa	2023	var 23/22	var%	var 23/19	var%	2023-ago	2024-ago	var 24/23	var%
ambulatori psichiatrici	373.463	-39.754	-10%	105.141	39%	222.883	176.309	-46.574	-21%
strutture	7.771.071	815.286	12%	-537.234	-9%	3.947.607	4.191.662	244.054	6%
Totale ASST BRIANZA	8.144.534	775.533	11%	-432.093	-7%	4.170.491	4.367.971	197.480	5%

SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA PSICHIATRIA:

Tipo prestazione	2023	var 23/22	var%	var 23/19	var%	2023-ago	2024-ago	var 24/23	var%
Primi accessi	11.085	377	4%	-2.345	-17%	6.577	9.542	2.965	45%
Controlli	448	-101	-18%	-1.338	-75%	274	302	28	10%
Pronto soccorso	3.023	355	13%	1.846	157%	2.135	2.393	258	12%
Totale ASST BRIANZA	14.556	631	5%	-1.837	-11%	8.986	12.237	3.251	36%
Valore tariffa	2023	var 23/22	var%	var 23/19	var%	2023-ago	2024-ago	var 24/23	var%
Primi accessi	175.347	4.695	3%	-53.530	-23%	105.175	144.712	39.536	38%
Controlli	7.270	-2.044	-22%	-26.377	-78%	4.364	5.082	718	16%
Pronto soccorso	85.005	9.979	13%	51.902	157%	60.041	67.269	7.228	12%
Totale ASST BRIANZA	267.622	12.630	5%	-28.006	-9%	169.581	217.063	47.482	28%

RICOVERI SPDC:

dimissioni (SDO)	2023	var 23/22	var%	var 23/19	var%	2023-ago	2024-ago	var 24/23	var%
1 - ricovero programmato	39	14	56%	23	144%	25	28	3	12%
2 - ricovero urgente	630	64	11%	-208	-25%	425	431	6	1%
3 - T.S.O.	6	0	0%	5	500%	3	4	1	33%
4 - ricovero programmato con preos	0	0		-1	-100%	0	0	0	
- Day Hospital	0	-14	-100%	-108	-100%	0	0	0	
Totale ASST BRIANZA	675	64	10%	-289	-30%	453	463	10	2%
valore tariffa DRG	2023	var 23/22	var%	var 23/19	var%	2023-ago	2024-ago	var 24/23	var%
1 - ricovero programmato	135.280	47.732	55%	84.305	165%	92.907	101.537	8.630	9%
2 - ricovero urgente	2.171.350	247.275	13%	-434.153	-17%	1.508.369	1.466.509	-41.860	-3%
3 - T.S.O.	20.525	-252	-1%	16.622	426%	13.438	15.229	1.791	13%
4 - ricovero programmato con preos	0	0		-3.903	-100%	0	0	0	
- Day Hospital	0	-8.927	-100%	-117.819	-100%	0	0	0	
Totale ASST BRIANZA	2.327.155	285.828	14%	-454.948	-16%	1.614.714	1.583.275	-31.439	-2%

L'incremento più significativo si registra nelle prestazioni di specialistica ambulatoriale: si tratta del potenziamento dell'attività di odontoiatria speciale, attivata sia nella struttura di Limbiate che nel presidio territoriale di Carate.

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

L'attività di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza è erogata in una molteplicità di strutture (tredici tra residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali), distribuite nei diversi ambiti territoriali.

Al contrario delle altre tipologie di prestazioni, l'attività di Neuropsichiatria ha registrato una crescita importante nel 2023 sia rispetto all'anno precedente che rispetto al 2019, a fronte della crescente richiesta, in particolare riguardante la psicopatologia dell'adolescente, rappresentata soprattutto da disturbi della sfera emotiva e del comportamento (ansia, crisi di panico, ideazione suicidaria, disturbi del comportamento alimentare):

prestazioni	2023	var 23/22	var%	var 23/19	var%	2023-ago	2024-ago	var 24/23	var%
primi accessi	27.305	-30.239	-53%	3.723	22%	23.097	7.506	-15.591	-68%
controlli	47.346	43.570	1154%	7.753	28%	25.349	42.596	17.247	68%
programmi innovativi	17.318	-469	-3%	-2.169	-13%	11.773	12.069	296	3%
Totale ASST BRIANZA	91.969	12.862	16%	9.307	15%	60.219	62.171	1.952	3%
valore tariffa	2023	var 23/22	var%	var 23/19	var%	2023-ago	2024-ago	var 24/23	var%
primi accessi	962.366	-1.333.076	-58%	-264.472	-27%	825.769	263.918	-561.851	-68%
controlli	2.418.991	1.963.237	431%	833.848	72%	1.442.792	2.061.014	618.222	43%
programmi innovativi	673.675	28.486	4%	-13.367	-2%	470.415	473.396	2.981	1%
Totale ASST BRIANZA	4.055.032	658.647	19%	556.009	21%	2.738.976	2.798.328	59.352	2%

La crescita ha riguardato tutte le tipologie di prestazioni (colloqui, riabilitazione, residenzialità, ecc.) e tutte le strutture del territorio.

PROGETTI REGIONALI NPJA

Nella seguente tabella si illustrano i risultati raggiunti nel 2023 dai Progetti regionali NPJA, confrontati con il 2022 e i relativi scostamenti, precisando che i medesimi progetti sono stati confermati anche nel 2024:

PROGETTO	QUANTITA' PRESTAZIONI			VALORIZZATO		
	2022	2023	DELTA %	2022	2023	DELTA %
DSA	4.458	3.582	-19,65%	€ 138.790,00	€ 134.371,00	-3,18%
ADHD	560	597	6,61%	€ 21.215,00	€ 22.372,00	5,45%
AUTISMO	1.415	1.161	-17,95%	€ 53.301,00	€ 44.189,00	-17,10%
ADOLESCENZA	3.571	3.293	-7,78%	€ 153.092,00	€ 145.122,00	-5,21%
MIGRANTI	5.103	5.308	4,02%	€ 176.611,00	€ 197.213,00	11,67%
ABBATTIMENTO LISTE	1.707	3.464	102,93%	€ 68.754,00	€ 132.321,00	92,46%
TOTALE PROGETTI	16.814	17.405	3,51%	€ 611.763,00	€ 675.588,00	10,43%

DIPENDENZE

Nelle tabelle sottostanti, vengono illustrati i dati relativi alle diverse strutture che afferiscono alla S.S.D. Dipendenze, suddivise nelle due aree.

Area Sud	2023	2023
	N° Utenti	Valorizzazione totale
SERT MONZA	552	842.822
NOA MONZA	863	539.128
SERD CARCERE	765	772.483
Area Nord	N° Utenti	Valorizzazione totale
SERT CARATE	788	659.603
SERT LIMBIATE	558	619.590
NOA SEREGNO	622	542.530
NOA VIMERCATE	486	374.549
TOTALE	4634	4.350.705
	<i>Fonte applicativo GEDI</i>	<i>Valorizzazione prestazioni + quota forfettaria per paziente in carico</i>

Nel corso del 2023, si sono complessivamente mantenuti i livelli di produttività ottenuti nel passato con un lieve incremento per quanto concerne il numero di prestazioni e di utenti in carico. È stata posta particolare attenzione ai soggetti giovani ed ai loro familiari, con un incremento significativo di prese in carico su questa tipologia di utenza.

L'applicazione del DM 77/ 2022: il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale

Il DM 77/2022 ha messo in risalto la centralità dell'assistenza territoriale. La sua declinazione è avvenuta con una riforma complessiva del sistema di assistenza territoriale attraverso tre linee d'intervento: le Case della Comunità (CdC) e la presa in carico delle persone; la casa come primo luogo di cura e la telemedicina; il rafforzamento delle strutture sanitarie intermedie (Ospedali di Comunità – OdC). La CdC diviene qui centrale non solo come "luogo fisico" ma anche come "modello organizzativo di prossimità", che impegna la nostra ASST della Brianza a riorganizzare la rete di servizi e strutture fisiche preesistenti.

La DGR 6760/22 declina funzionalità, modelli organizzativi e di servizio necessari per lo sviluppo di CdC, OdC, e COT in Lombardia.

Di seguito si riportano sinteticamente i principali elementi del modello organizzativo delle CdC- ODC- COT e PUA adottato nella ASST della Brianza.

MODELLO ORGANIZZATIVO DELLE CASE DELLA COMUNITÀ (CDC)

Le CdC che saranno presenti nella ASST della Brianza, come indicato in precedenza, saranno 17 alcune di esse sono già attive.

Definizione	La CdC rappresenta il modello organizzativo e di servizi che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. La CdC dipende gerarchicamente dal Distretto e costituisce una piattaforma erogativa per tutti i dipartimenti e le UO della ASST.
Chi accede?	Tutte le fasce della popolazione: ▪ cittadini sani (prevenzione e promozione della salute); ▪ assistiti con bisogni occasionali ed episodici; ▪ pazienti affetti da patologie croniche, afferenti all'area della fragilità e non autosufficienza e i loro caregiver.
Cardini logici nei processi del modello di servizio	I criteri logici nei processi del modello delle CdC sono: ▪ l'accesso multicanale ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali disponibili; ▪ l'erogazione delle prestazioni clinico – diagnostiche di 1° livello (previste dai PDTA delle patologie croniche prevalenti);

	▪ il reclutamento proattivo dei pazienti con patologie croniche; ▪ la prevenzione e la promozione della salute (in coordinamento con il Dipartimento Funzionale di Prevenzione e con ATS); ▪ l'erogazione dei servizi presso la CdC da parte di tutte le UO o dipartimenti della ASST sia del polo territoriale che del polo ospedaliero.
--	---

Le **funzioni** delle CdC HUB, secondo quanto previsto dalla DGR 6760/2022 sono ricondotte alle seguenti 5 **macroaree**:

- area di accesso e dei servizi amministrativi;
- area dell'assistenza primaria;
- area della specialistica ambulatoriale e della diagnostica di base;
- area della prevenzione e promozione della salute
- area dell'integrazione con i servizi sociali e con la Comunità.

All'interno delle CDC HUB della ASST della-Brianza troverà allocazione anche l'**area della prevenzione** (screening, profilassi vaccinale e sorveglianza malattie infettive) e **promozione della salute** con il coordinamento del Dipartimento Funzionale di Prevenzione.

Di seguito sinteticamente si descrivono le diverse aree funzionali.

Area dell'accesso/accoglienza e dei servizi amministrativi	
Fine	Garantire l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria e sociosanitaria proprio della CdC.
Servizi previsti	Sportelli CUP polifunzionali- Sportelli Scelta e Revoca– Sportelli accoglienza polifunzionali che forniscono all'utenza informazioni e orientamento sui servizi e interventi del sistema sanitario, sociosanitario e sociale (materiale informativo e invio al servizio specifico, raccolta documentazione, attività di prenotazione, accettazione e pagamento delle prestazioni, attività di scelta e revoca ed attività di supporto alle richieste sanitarie e sociosanitarie dei cittadini). A questa sezione afferisce in parte il PUA che svolge anche una funzione di accesso ed accoglienza, ma per una maggiore coerenza concettuale con il modello che si sta descrivendo verrà inserito all'interno dell'area dell'integrazione con i servizi sociali e con la comunità.

Area dell'assistenza sanitaria primaria	
Fine	Assicurazione dell'assistenza primaria
Chi assicura l'assistenza sanitaria primaria	MMG e PLS Risulta in premessa importante concentrare l'attenzione sulle Forme Associative della Medicina Generale e della Pediatria di Famiglia denominate, a seguito degli AAIRR 2022 e 2023, Forme Associate Avanzate (FAA). In particolare, si fa riferimento all'importanza organizzativa delle medesime che le rende capaci di sperimentare per prime linee di attività innovative, rendendole ossatura fondamentale per le stesse AFT. Inoltre, si riconosce nel modello di offerta integrata di servizi socio-sanitari la funzione degli Ambulatori Socio-Sanitari Territoriali di cui all'art. 10, comma 11 quater della l.r. 33/2009 come modificata dalla l.r. n. 22/2021, identificabili anche con gli studi di MMG in FAA ad una o due sedi e/o forme miste (secondo l'attuale assetto organizzativo delle Cure Primarie presente in AIR 2023). La distribuzione capillare sul territorio delle FAA contribuisce, in una logica di prossimità, a strutturare le sedi spoke e a collegarle alla Casa di Comunità (HUB), così come previsto dall'Art. 9 comma 1 dell'ACN vigente. I MMG/PLS sono il "primo soggetto responsabile" dell'assistenza sanitaria primaria, sono "il Prescrittore" e contribuiscono all'attuazione delle linee di attività di Governo Clinico, di Presa in Carico anche mediante la gestione dei processi fisici o digitali distrettuali definiti in sede di Accordi Collettivi Nazionali, Regionali e Aziendali. I MMG/PLS afferenti alle CdC HUB sono distinti in: ▪ Medici con studio primario in CdC: costoro esercitano la propria attività convenzionale in un ambulatorio della CdC; ▪ Medici di Assistenza Primaria (ruolo unico) che:

		○ svolgono parte della propria attività su base oraria all'interno della CDC per linee di attività specifiche (ad esempio vaccinazioni, medicazioni complesse) ○ operano all'interno degli Ambulatori Medici Temporanei (AMT) ○ operano all'interno delle sedi di Continuità Assistenziale ○ svolgono parte della propria attività su base oraria componendo i Team Rapidi di Risposta Domiciliare (TRRD) Ogni AFT deve avere un collegamento puntuale con la CdC HUB di riferimento territoriale. Le attività svolte all'interno delle CdC HUB sono rivolte a tutti gli assistiti della AFT. Le CdC SPOKE sono collegate funzionalmente alle CdC HUB in logica complementare.
	AMBULATORI MEDICI TEMPORANEI (AMT)	L'AMT si configura come un servizio di Continuità Assistenziale Diurna «evoluto» con assegnazione di specifica equipe di medici. La natura temporanea degli AMT garantisce agli assistiti una continuità di servizio nell'eventuale periodo che intercorre tra la cessazione del MMG e l'assegnazione del successivo. In ragione, tuttavia, di una previsione di carenza di MMG di lungo corso, si ritiene che gli AMT debbano divenire punti stabili sul territorio di ASST Brianza con previsione di un AMT in tutte le Case di Comunità al fine di permanere quali nodi della rete di Assistenza Sanitaria Primaria noti e ben identificabili dalla popolazione generale, al fine di garantire una "stabilità" in un contesto molto volubile. Gli AMT, pertanto, sono destinati a divenire in ASST Brianza Ambulatori Medici TERRITORIALI, assumendo la dignità degli Ambulatori Socio Sanitari Territoriali di cui alla Legge Regionale 22 del 14 dicembre 2021. Oggi, il Medico in AMT (Medico di Assistenza Primaria ad attività oraria) svolge all'interno della cornice legale dell'Accordo Collettivo Nazionale le seguenti attività: 1. visita ambulatoriale e domiciliare 2. certificazioni per infortunio o per malattia del lavoratore 3. prescrizioni farmaceutiche e per accertamenti 4. sviluppo e diffusione della cultura sanitaria 5. constatazione di decesso 6. attivazione ADI 7. rinnovo di presidi diabetici o di altra natura 8. certificazioni a pagamento e implementazione gratuita del diario clinico. Segue una descrizione sintetica dei processi utili all'avvio e al funzionamento degli AMT. INDIVIDUAZIONE DEI MEDICI. Questa fase è gestita dal Dipartimento di Cure Primarie. I Medici di Assistenza Primaria che svolgono attività su base oraria che operano negli AMT sono individuati tra coloro che sono nella graduatoria aziendale di Continuità Assistenziale o che hanno manifestato la propria disponibilità per lo svolgimento di tale attività scrivendo al Dipartimento Cure Primarie e ai quali viene conferito specifico incarico a seguito di colloquio valutativo effettuato dal personale medico e amministrativo del Dipartimento. Possono operare negli AMT anche i Medici di Assistenza Primaria a ciclo di scelta (MMG), svolgendo parte della propria attività su base oraria, in coerenza con il profilo del Ruolo Unico previsto dal vigente Accordo Collettivo Nazionale. Tale attività può essere espletata dal Medico presso le sedi ambulatoriali individuate dalla ASST (di norma la Casa di Comunità) o presso il proprio studio. ASPETTI ORGANIZZATIVI DI GESTIONE ATTIVITA' Gli AMT operano nei giorni feriali con la predisposizione degli orari di attività dei medici secondo un plafond orario settimanale per AMT determinato secondo il seguente criterio regionale rapportato al numero di assistiti in carico al medico cessato: ● < 500 assistiti: 10 ore; ● Tra 501 e 1.000 assistiti: 15 ore;

		● Tra 1.001 e 1.500 assistiti: 20 ore; ● Oltre i 1.500 si calcola in base ai criteri soprariportati. L'accesso agli ambulatori, oggi, avviene solo su appuntamento attraverso call center dedicato (numero 039.6657199) di ASST Brianza quale funzione della COT specialistica Cure Primarie - attivo dalle ore 8:30 alle ore 16:00 dal lunedì al venerdì per la prenotazione delle visite e l'accesso programmato agli ambulatori. Lo sviluppo dell'attività prevede che il numero sopra indicato venga sostituito dal 116117 al fine di collegare anche la funzione degli AMT al Numero unico Europeo Armonizzato 116117 prevedendo, così, la possibilità di estendere anche alle fasce orarie diurne il funzionamento della Centrale UNICA, quale ulteriore strumento di "filtro" per un orientamento degli assistiti sempre più appropriato. Il servizio in COT è arricchito dall'affiancamento al personale amministrativo del personale infermieristico (precisamente l'Infermiere di Famiglia e Comunità), al fine di assicurare una risposta più efficiente ai bisogni di carattere sanitario, in stretto raccordo con i Medici che operano negli AMT. Gli assistiti bisognosi di interlocuzione telefonica con il medico vengono direttamente contattati dall'équipe medica che opera negli AMT di afferenza e di cui tiene traccia la COT. La programmazione degli orari di apertura degli AMT è mensile e visualizzabile sulla home page di ASST Brianza Per richieste di ricette per farmaci legati a patologie croniche (ricette ripetibili) è necessario inviare una mail di richiesta agli indirizzi indicati per ogni AMT sulla home page di ASST Brianza. Il Dipartimento di Cure Primarie cura l'aggiornamento del sito di ASST Brianza affinché tutti i Soggetti interessati possano acquisire le informazioni corrette. Il Direttore di Distretto verifica che le altre funzioni di ASST interessate, in particolare i coordinatori territoriali di S/R e i coordinatori della CdC, consultino gli aggiornamenti sulla home page di ASST Brianza. Per ogni AMT devono essere messi a disposizione l'elenco degli assistiti in carico al medico cessato e l'elenco degli assistiti con il dettaglio delle esenzioni in essere (patologie e status). Viene individuato dal Dipartimento Cure Primarie un medico coordinatore/referente dell'AMT con il compito di coordinarsi con il Direttore di Distretto e con il coordinatore della CdC per la gestione operativa (richieste forniture, gestione sede, consegne, etc). Si prevede un irrobustimento dell'attività medica negli AMT mediante: ● dotazione diagnostica di primo livello più avanzata (ECO-FAST, POCT, ECG); ● effettuazione di PAI per la Presa in Carico dei pazienti cronici e/o fragili da parte dei Medici che operano negli AMT; ● sviluppo ed effettuazione delle attività previste in TUTTI i setting di presa in carico programmata al domicilio degli assistiti. Gli AMT, inoltre, potranno garantire assistenza sanitaria primaria a determinate categorie di popolazione, come i "senza dimora", da cui l'importanza di interazione con gli Enti Locali e il Terzo Settore a livello distrettuale.
	Continuità assistenziale (CA) e Continuità Assistenziale Pediatrica (CAP)	In ogni CdC sarà presente un ambulatorio di Continuità Assistenziale che assicura una accessibilità dalle 20.00 alle 24.00 (da lun. – ven.) e dalle 8.00 alle 24.00 nei giorni festivi e prefestivi- A tale ambulatorio si accede attraverso la Centrale UNICA (collocata all'interno del Presidio Ospedaliero di Carate Brianza – Poliambulatorio) tramite il Numero Europeo Armonizzato 116117 (primo filtro telefonico a carattere laico). La centrale è attiva dal lunedì al venerdì dalle 20:00 alle 8:00 e nei giorni sabato e festivi h24. Il nuovo profilo organizzativo della Continuità Assistenziale è rinvenibile sulla <i>Home Page</i> di ASST Brianza. E' stato dato avvio anche alla Continuità Assistenziale Pediatrica (CAP) secondo quanto definito in "Assistenza Sanitaria Primaria"

		Si prevede un irrobustimento dell'attività medica nelle sedi di Continuità Assistenziale e Continuità Assistenziale Pediatrica mediante: dotazione diagnostica di primo livello più avanzata (ECO-FAST, POCT, ECG).
	Unità di continuità assistenziale (UCA) TRRD	L'UCA/Team Rapido di Risposta Domiciliare (TRRD) è composta di norma da 1 medico e 1 infermiere con sede operativa in una delle CdC o UDO Cure Domiciliari e l'articolazione dell'attività potrebbe prevedere il coinvolgimento di altre figure sanitarie (a titolo di esempio ostetrica) che programmano gli accessi al domicilio in modalità coordinata e non necessariamente congiunta. L'UCA/TRRD è l'équipe mobile che interviene in presenza di condizioni cliniche di particolare complessità. Può essere attivata dalle COT su richiesta dei MMG/PLS, dal medico dimettente, dal palliativista, dall'IFeC, dalla Centrale UNICA, dalla Centrale Medica Integrata (CMI) di AREU e dai Pronto Soccorso Ospedalieri SEMPRE per il tramite della COT che garantisce l'appropriato percorso di transizione del setting di cura. – Questa attività sarà attivata nel corso del 2025.
	Infermieri di famiglia e comunità (IFeC)	IFeC assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità attraverso: - Valutazione del bisogno e accompagnamento alla presa in carico (pazienti segnalati dal MMG/PLS, dalla COT e dal 116117 ecc.); - Collaborazione e coordinamento con operatori ADI delle strutture interne ed esterne; - Erogazione di prestazioni infermieristiche a livello ambulatoriale o domiciliare; - Collaborazione con i MMG/PLS (reclutamento e gestione dei pazienti cronici per la definizione e implementazione dei progetti salute); - Monitoraggio dei pazienti in carico (e i propri caregiver); - Collaborazione e coordinamento con il personale di studio del MMG e con gli operatori sociali secondo specifici protocolli distrettuali; - Collaborazione e raccordo con l'équipe di cure palliative. - Attività di accoglienza all'interno del PUA - Attività di case management nelle CDC o COT Il coinvolgimento attivo, anche di tipo programmatico, nell'attuazione del "Protocollo Farmaci nelle scuole" per garantire la formazione del personale scolastico nella somministrazione farmaci e gestione device nelle scuole a beneficio degli alunni con patologie croniche/disabilità.
	Cure domiciliari	Le cure domiciliari trovano nella CdC il proprio luogo di sviluppo e accesso per un maggiore approfondimento si rimanda al paragrafo sviluppo cure domiciliari.

Area della specialistica ambulatoriale e della diagnostica di base		
Fine	L'offerta ambulatoriale e diagnostica sarà orientata a superare l'offerta prestazionale a favore di un approccio integrato.	Gli spazi della CdC saranno attrezzati e utilizzati in modo poli-funzionale per massimizzare il tasso di utilizzo.
Chi eroga le prestazioni	Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) Specialisti delle UU.OO del Polo Ospedaliero delle ASST territorialmente competenti. Specialisti liberi professionisti	Specialisti ambulatoriali coinvolti nelle CdC afferiscono gerarchicamente al polo territoriale e funzionalmente all'UOC specialistica della ASST. L'attività specialistica dovrà comprendere tutte le principali discipline coinvolte nella gestione della cronicità (Diabetologo, Cardiologo, Pneumologo ecc). Le agende della specialistica e diagnostica per la prenotazione devono essere integrate con le agende del polo ospedaliero. Una parte potranno essere saranno dedicate agli assistiti dei MMG/PLS appartenenti alle AFT afferenti alla CdC. Sarà previsto un punto prelievo in ogni CdC e ambulatori infermieristici specialistici dedicati. All'interno della specialistica delle case di comunità viene annoverato il servizio di psicologia delle cure primarie e della comunità.

	All'interno delle case di comunità troveranno uno spazio di prossimità anche altri servizi specialistici afferenti a diversi dipartimenti (es: salute mentale, materno infantile, vaccinazioni..).
--	--

Area dell'integrazione con i servizi sociali e con la comunità		
Fine	La CdC promuove un modello d'intervento e di gestione multidisciplinare, garantendo la progettazione e il coordinamento integrato di interventi di carattere sociale e integrazione sociosanitaria.	
Chi eroga le prestazioni	IFeC, personale amministrativo ed eventuale Assistenti sociali per i casi che necessitano di un intervento sociale	L'approccio integrato è applicato sin dall'inizio attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA) definito come uno dei luoghi dell'integrazione sociosanitaria, professionale e gestionale. Il PUA è rivolto prioritariamente alle persone con disagio e dell'area della fragilità (sanitaria /sociale). Accesso al PUA: spontaneo dell'assistito / familiari o su indicazioni del MMG, IFeC, UCA, servizi sanitari o sociali, ETS. Orari: lunedì – sabato, per almeno 6 h/g. Funzione PUA: 1. luogo di accoglienza del cittadino (fisico ma dovrà evolvere anche verso logiche multicanale); 2. luogo di prima analisi del bisogno che si può configurare come: ▪ bisogno semplice: accompagnamento al servizio necessario; ▪ bisogno complesso: ulteriore fase con VMD che può coinvolgere altri operatori (si da notizia al MMG e si attiva IFeC di riferimento). La VMD comporta la definizione di un PAI (a valle della definizione degli interventi necessari può essere attivata la COT che si interfaccia con i servizi necessari) Ambiti sociali percorsi e protocolli, anche utilizzando strumenti e progettualità già individuati dagli Accordi di Programma per l'attuazione dei Piani di Zona Triennali. Il PUA potrà a livello territoriale svilupparsi funzionalmente cioè disseminare punti ascolto e raccolta di domanda nell'ambito del territorio distrettuale con forti integrazioni con gli ambiti sociali. L'integrazione con i servizi dell'ambito sociale si articola su tre livelli: 1° livello: i professionisti della CdC identificano i servizi sanitari e sociali necessari per rispondere ai bisogni dell'utente. Si attiveranno strutturate collaborazioni ASST – Ambiti territoriali per la partecipazione delle AS di ambito alle attività del PUA e alla VMD; 2° livello: prevede "partnership" interprofessionali strutturate; 3° livello: integrazione organizzativa tra ASST e Ambiti sociali finalizzata ad assicurare una risposta completa ai bisogni, anche attraverso integrazione informativa digitalizzata. Si dovranno attivare percorsi e protocolli tra ASST e Ambiti come pure è indicato prevedere co-abitazione fisica dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali nella CdC. Le COT e il servizio dimissioni protette sono l'area privilegiata di maggior integrazione con i servizi sociali. Sarebbe opportuno prevedere, ove possibile, una co-abitazione fisica dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali nella CdC, privilegiando nella coabitazione i servizi utili a determinare unificazione dei processi informativi, di accesso, valutazione, erogazione e monitoraggio. La CdC costituisce il luogo dove valorizzare e potenziare la rete della community care che si può esplicare a diversi livelli: ▪ programmazione; ▪ erogazione da parte della comunità di servizi di supporto e monitoraggio dell'attività svolta; ▪ erogazione di servizi a gruppi di persone costruiti valorizzando le reti sociali esistenti e non a domanda individuale; ▪ estensione e costruzione di nuove reti sociali.

IL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLE COT

CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)

Secondo le indicazioni Ministeriali in merito a modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN, la Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge una funzione di supporto in back office al coordinamento della presa in carico di cronici e fragili e di raccordo tra i professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali.

Nella ASST della Brianza ogni Distretto attiva una Centrale operativa territoriale (COT) di tipo generalista a cui afferisce il servizio dimissioni protette dei presidi ospedalieri. Le COT svolgono la funzione di osservatorio, di analisi, di organizzazione delle informazioni e di coordinamento tra servizi sanitari ospedalieri e territoriali. Sono parte integrante della S.C. Distretto.

La COT è un punto di accesso territoriale, fisico e digitale, di facilitazione e governo dell'orientamento e utilizzo della rete di offerta sociosanitaria.

Le Centrali Operative Territoriali svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedalieri e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

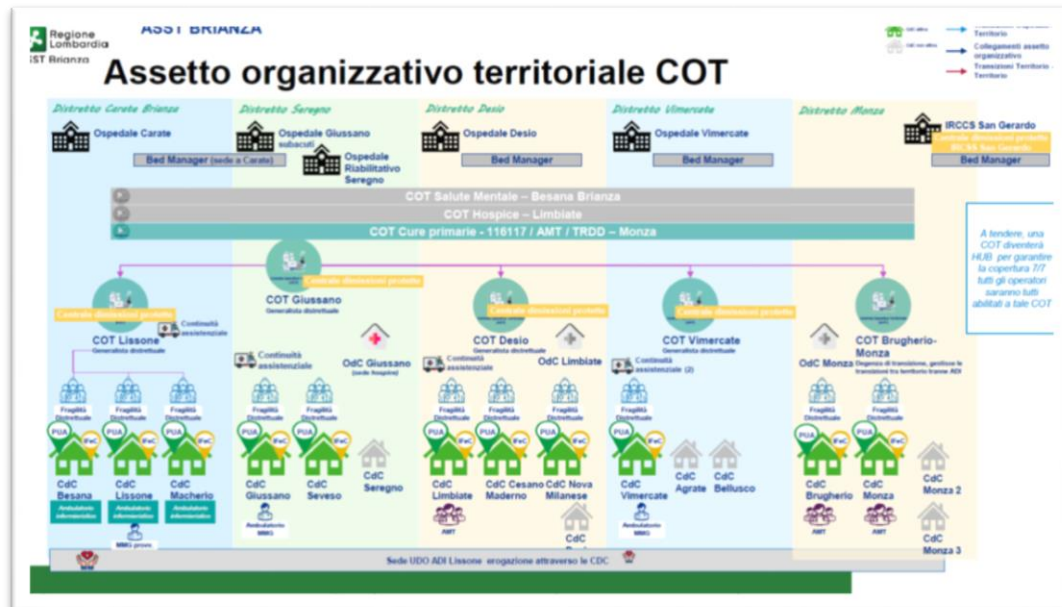
La COT ha la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e socio-assistenziali; si avvale anche di strumenti di telemedicina e tele monitoraggio, per garantire la continuità assistenziale, riducendo il ricorso inappropriato al ricovero. Il responsabile della COT funzionalmente afferisce al Direttore di Distretto.

Oltre alle 5 COT generaliste verranno implementate 3 COT specialistiche dedicate a settori specifici (COT Cure primarie e UNICA - COT Salute mentale e carcere e COT residenzialità - Hospice-RSA)

Una delle COT generaliste avrà una funzione HUB verso le altre COT e sarà l'interfaccia verso le strutture esterne all'azienda (strutture extra regione, strutture regionali, ecc). Quest'ultima Cot sarà aperta 7 giorni su 7.

La COT si colloca a livello distrettuale e progressivamente svolgerà le seguenti funzioni di:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi *setting* assistenziali (transizione tra i diversi *setting*: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- gestione della presa in carico delle persone con malattie croniche e dei relativi PAI;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, strumenti *die-health*, ecc.), utilizzata operativamente dalle Case di Comunità e dagli altri servizi afferenti al distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno



IL MODELLO ORGANIZZATIVO OSPEDALE DI COMUNITÀ

Gli ospedali di Comunità (OdC) sono strutture multiservizio deputate all'erogazione di prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie a media e bassa intensità definite dall'art. 7 comma 15 della LR 33/2009.

Gli ospedali di comunità sono strutture sanitarie di ricovero di cure intermedie, destinate a ricoveri brevi per pazienti che hanno bisogno di interventi sanitari a bassa intensità clinica, di durata massima di 30 giorni. È struttura rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare).

Può agire in funzione di *step down* ossia di sostegno alle dimissioni ospedaliere o di *step up*, ossia di prevenzione di ricoveri ospedalieri potenzialmente inappropriati. Le sue finalità possono quindi essere di:

- 1) stabilizzazione del paziente ospedaliero dimesso (lungodegenza);
- 2) recupero funzionale e insegnamento di procedure di autocura complesse;
- 3) inizio di ricovero socio-sanitario per non autosufficienti, in attesa di trovare una collocazione stabile.

L'accesso dei pazienti avviene su segnalazione del reparto di dimissione, del PS per prevenire ricoveri inappropriati o su segnalazione del medico curante o dell'UCA, in tutti i casi mediata dalla COT.

La partecipazione della medicina generale all'attività degli OdC si può configurare, allo stato attuale della normativa, come una attività clinica che si esercita in continuità con l'assistenza assicurata dal medico a livello domiciliare al singolo paziente. In relazione all'evoluzione dell'ACN e dell'AIR potranno essere introdotte forme diverse di partecipazione dei MMG.

All'interno della ASST della Brianza è attivo un Ospedale di Comunità presso il Presidio di Giussano; entro il 2026 saranno attivati gli ospedali di comunità di Limbiate e Monza per un totale di 100 posti letto.

Si segnala altresì che è in fase di istruttoria l'accreditamento di n. 40 posti letto di Ospedale di Comunità nel Comune di Limbiate, gestiti da ente privato accreditato, individuato con specifica manifestazione di interesse da ATS Brianza.

La responsabilità Clinica è in capo a S.C. gestione Processi territoriali e Cure intermedie che si avvale per tale incombenza della SS Cure intermedie territoriali e ODC. La responsabilità assistenziale fa capo da una figura individuata anche tra le professioni sanitarie della articolazione territoriale aziendale di riferimento e svolge anche una funzione di collegamento gestionale con i responsabili sanitari, clinici ed assistenziali, e la direzione aziendale.

IL MODELLO ORGANIZZATIVO DISTRETTUALE

L'organizzazione dell'ASST Brianza prevede 5 Distretti: Carate Brianza, Desio, Monza, Seregno e Vimercate. I Distretti sono collegati funzionalmente con i Dipartimenti della Direzione Sociosanitaria e con

la DAPSS Polo territoriale, oltre che con i Dipartimenti del Polo ospedaliero che partecipano con i propri specialisti alle attività delle Case e degli Ospedali di Comunità.

Ferma la centralità del Distretto, tutti i Dipartimenti in capo alla Direzione Sociosanitaria hanno relazioni funzionali con essa in applicazione di un modello “a matrice”.

Sulla base delle indicazioni nazionali e regionali e dei raccordi funzionali ora descritti, ai Direttori di Distretto competono le seguenti funzioni.

PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIO SANITARIA:

- analisi dei dati della domanda e dell’offerta sanitaria e sociosanitaria (incluso privato) sul territorio di competenza, raccordandosi con ATS;
- rilevazione dei bisogni attraverso raccordo con l’Ambito, Assemblee dei sindaci, con le Associazioni e il Terzo Settore;
- programmazione dello sviluppo della rete dei servizi (inclusa rete accreditata) sul proprio territorio, da condividere a livello di ATS;
- analisi e declinazione degli obiettivi regionali e aziendali territoriali sul proprio territorio, definizione del piano di raggiungimento con i Direttori dei Dipartimenti e i Responsabili dei servizi competenti;
- condivisione con la Direzione Aziendale e con i Direttori di Dipartimento e/o con i Responsabili dei Servizi territoriali delle linee di funzionamento dei servizi (modelli di erogazione, livelli di servizio, modalità di accesso).

EROGAZIONE DEI SERVIZI:

- gestione, monitoraggio delle CdC/ OdC /servizi territoriali secondo le linee di indirizzo definite a livello aziendale;
- segnalazione di eventuali criticità nelle modalità di erogazione / accessibilità ai servizi / raggiungimento dei livelli di qualità attesi e concertazione delle soluzioni con i responsabili dei servizi.

GESTIONE DELLE STRUTTURE TERRITORIALI:

- definizione delle regole di funzionamento (apertura e chiusura della struttura), concordando con i Responsabili dei servizi eventuali rimodulazioni (es. sospensioni / riduzioni estive, etc);
- rilevazione dei fabbisogni di acquisti / investimenti dai Responsabili dei servizi / delle CDC e OdC/coordinatori delle strutture territoriali;
- formulazione di una proposta di piano acquisti / investimenti, da condividere con i Direttori di Dipartimento / Struttura complessa responsabili dei servizi territoriali.

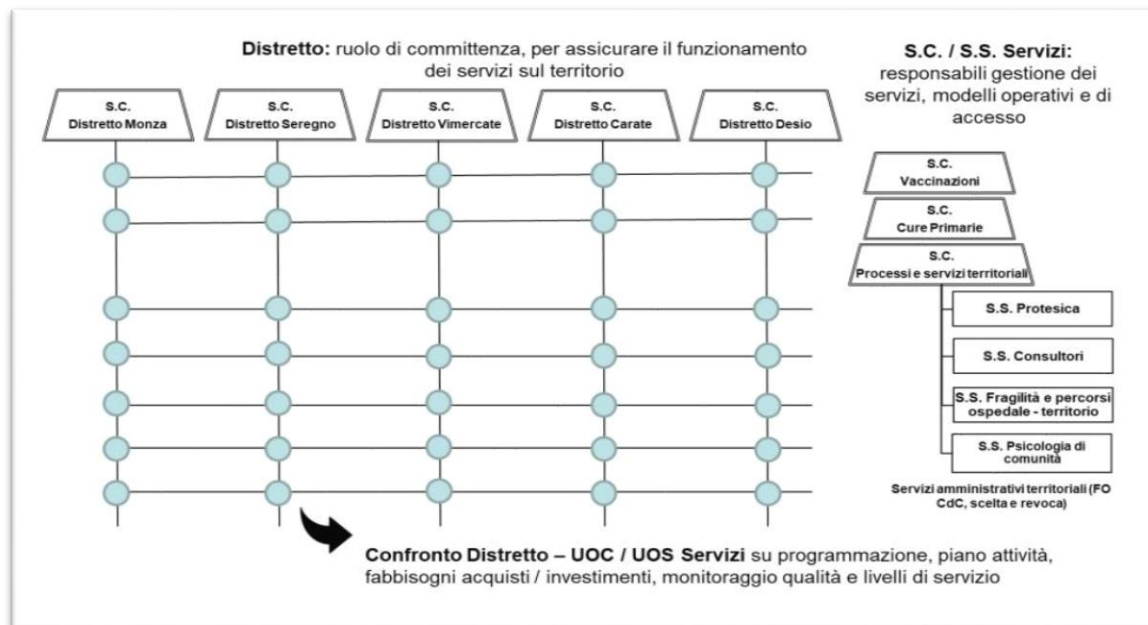
Al fine di assicurare le funzioni sopra descritte, in particolare quelle relative all’erogazione dei servizi sul proprio territorio di competenza e la gestione delle strutture territoriali, i servizi che operano sul territorio si integrano funzionalmente con i Distretti, secondo un modello a matrice.

Al fine di assicurare la *governance* del modello, vengono previsti diversi livelli di confronto.

LIVELLO DI GOVERNANCE	COMPOSIZIONE	FUNZIONI
Comitato di Direzione sociosanitaria	Direttori di Distretto, Direttori di Dipartimento, DAPSS Aziendale, Direttore Dipartimento Salute Mentale, Direttore Dipartimento Cure Primarie, Direttore Dipartimento Funzionale di prevenzione, Responsabile Area Accoglienza e CUP, Responsabile SS DPSS polo territoriale. Il comitato è integrato dai quadri intermedi in ragione delle tematiche da trattare	Programmazione sanitaria e sociosanitaria del territorio Linee di indirizzo governo servizi Sintesi esito azioni programmate
Tavolo di Distretto	Direttore di Distretto, Responsabili CdC e OdC, Responsabili dei servizi interessati alle diverse tematiche, SS DAPSS Polo Territoriale e RAD interessati	Piano delle attività, in esecuzione della programmazione effettuata di interesse dei distretti Monitoraggio erogazione servizi e pianificazione correttivi

Gestione della Casa di Comunità	Direttore di Distretto, Responsabili CdC/OdC, Coordinatore infermieristico, Referente amministrativo, Responsabili dei servizi presenti all'interno delle CDC	Gestione ordinaria della struttura Rilevazione fabbisogni / criticità
---------------------------------	---	--

In questo modello al Distretto compete un ruolo di committenza, per assicurare il funzionamento dei servizi sul territorio mentre le diverse UOC / UOS afferenti ai Dipartimenti sono responsabili nella gestione dei servizi e nella definizione di modelli operativi e di accesso.



In questo modello il Direttore di Distretto risponde al Direttore Socio Sanitario e alla Direzione Strategica ASST del risultato, garantisce l'accesso alle cure a tutti i cittadini, declina operativamente le modalità di raggiungimento degli obiettivi aziendali e regionali. Tale azione programmatoria viene effettuata congiuntamente con i responsabili dei servizi territoriali e la loro struttura di coordinamento, oltre che con la direzione aziendale.

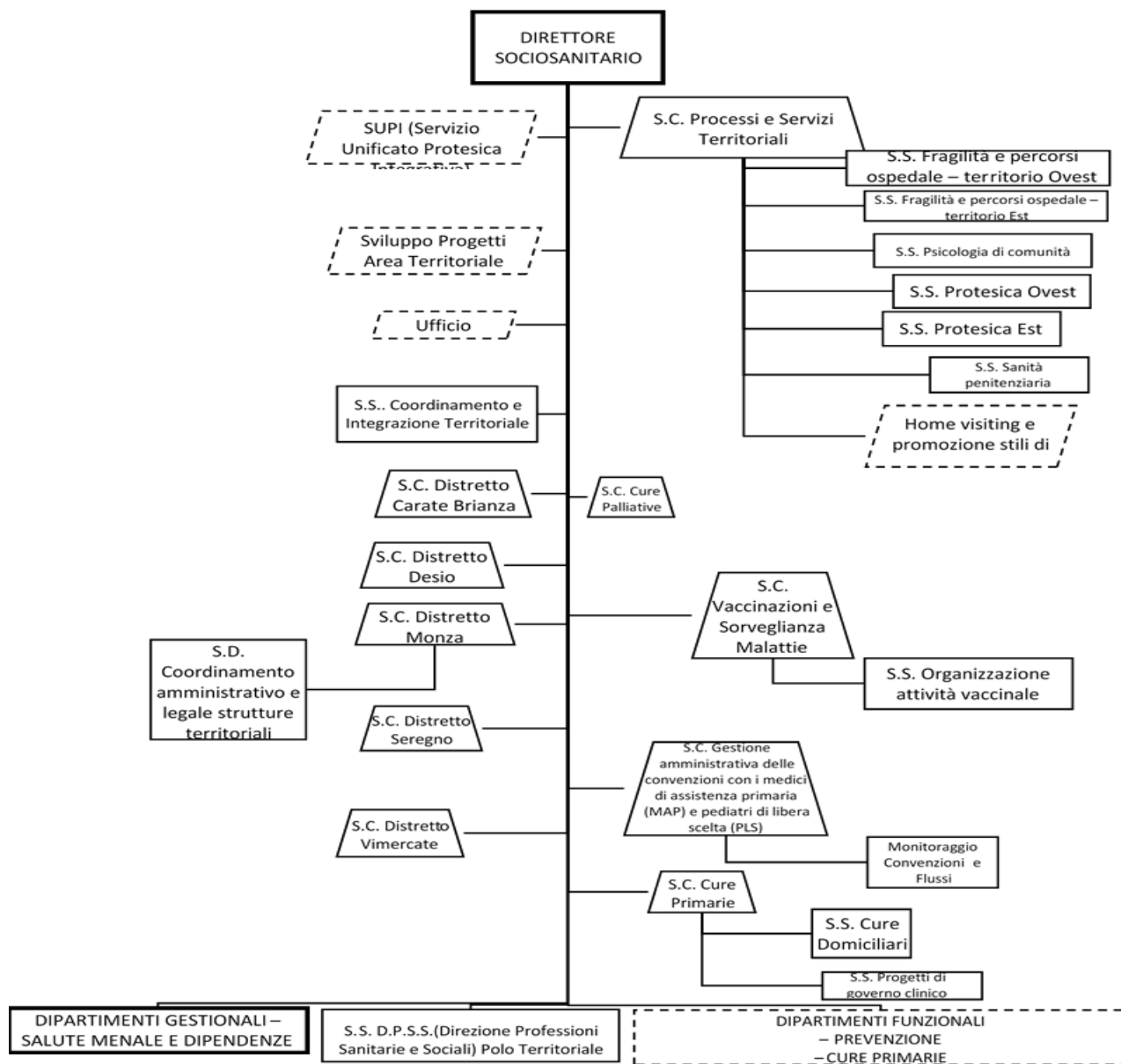
In questo modello a matrice, il Distretto è il contesto dell'integrazione e dell'interfaccia con i cittadini, nonché con gli altri stakeholders.

La Rete Territoriale di ASST Brianza: strutture, funzioni

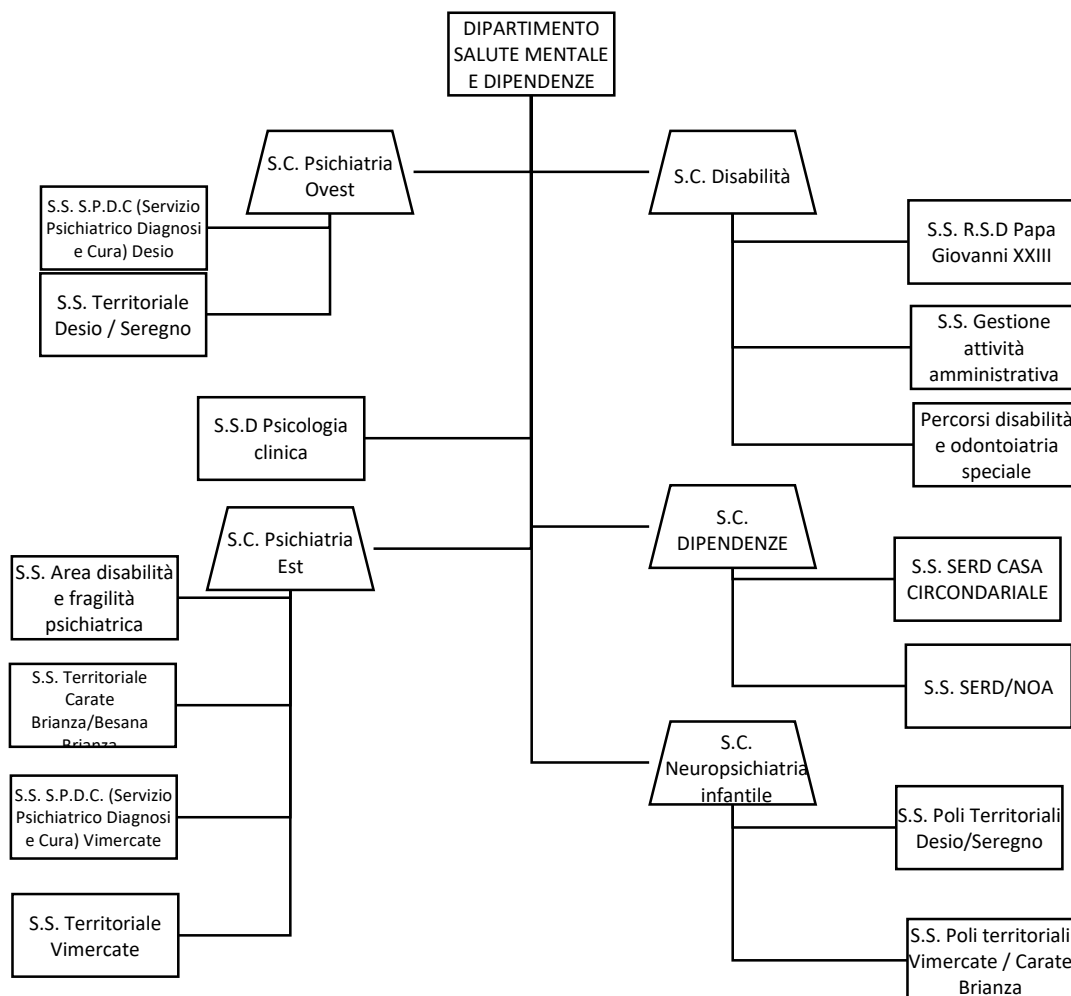
Il Polo territoriale è articolato in Distretti e Dipartimenti a cui afferiscono i presidi territoriali che erogano i LEA (livelli essenziali di assistenza) riferibili all'area di attività dell'assistenza distrettuale, in piena integrazione e continuità con il Polo ospedaliero.

Nel Polo territoriale trovano collocazione i punti di accesso all'utenza per le attività di orientamento, accoglienza della domanda, per la gestione dei bisogni semplici e per l'attivazione di percorsi di presa in carico per bisogni complessi di natura sanitaria e/o, nell'ottica di facilitare risposte sempre più integrate e personalizzate ai bisogni delle persone.

Di seguito si riporta l'organigramma attuale delle strutture afferenti al polo territori



ale:



I DISTRETTI

L'organizzazione dell'ASST Brianza prevede 5 Distretti: Carate Brianza, Desio, Monza, Seregno e Vimercate. I Distretti sono collegati funzionalmente con i Dipartimenti della Direzione Sociosanitaria e con il DPSS (Direzione professioni sociosanitarie) del Polo territoriale, oltre che con i Dipartimenti del Polo ospedaliero che partecipano con i propri specialisti alle attività delle Case e degli Ospedali di Comunità.

DISTRETTI	Carate	Desio	Seregno	Vimercate	Monza
Abitanti al 2023	154.125	193.031	169.521	185.293	171.636
Comuni afferenti	Carate Brianza, Biassono, Lissone, Veduggio con Colzano, Briosco, Renate, Besana Brianza, Verano Brianza, Triuggio, Albiate, Sovico, Macherio.	Desio, Cesano Maderno, Limbiate, Bovisio Masciago, Varedo, Nova Milanese, Muggiò.	Seregno, Lazzate, Lentate sul Seveso, Meda, Giussano, Misinto, Cogliate, Barlassina, Seveso, Ceriano Laghetto.	Vimercate, Correzzana, Lesmo, Comparada, Usmate Velate, Carnate, Ronco Briantino, Bernareggio, Aicurzio, Sulbiate, Mezzago, Cornate d'Adda, Arcore, Bellusco, Busnago, Concorezzo, Burago Molgora, Ornago, Roncello, Agrate Brianza, Cavenago, Caponago	Brugherio, Monza, Villasanta

Per quanto riguarda le funzioni e il modello organizzativo si rimanda alla sezione precedente (L'applicazione del DM 77/ 2022: il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale).

CASE DI COMUNITÀ, COT E OSPEDALI DI COMUNITÀ

Le Case di comunità (CDC), Ospedali di Comunità (ODC) e Centrali operative territoriali presenti nella ASST della Brianza saranno le seguenti:

COMUNE	INDIRIZZO		DENOMINAZIONE (ATTIVITÀ)	STATO
AGRATE	Via	Lecco snc	Casa di Comunità	Da attivare
BELLUSCO	Corte	dei Frati	Casa di Comunità	Da attivare
VIMERCATE	Via	Brambilla, 11	Casa di Comunità	Attiva
			Centrale Operativa Territoriale	Attiva
CESANO M.	Via	San Carlo, 2	Casa di Comunità	Attiva
DESIO	Via	Foscolo, 24	Casa di Comunità	Da attivare
NOVA MILANESE	Via	Giussani, 11	Casa di Comunità	Attiva
BESANA B.ZA	Via	Viarana, 37	Casa di Comunità	Attiva
			Centrale Operativa Territoriale	Attiva
LIMBIATE	Via	Monte Grappa, 19	Casa di Comunità	Attiva
			Ospedale di comunità	Da attivare
			Centrale Operativa Territoriale	Attiva
LISSONE	Via	Bernasconi, 14	Casa di Comunità	Attiva
			Centrale Operativa Territoriale	Attiva
MACHERIO	Via	Italia, 13	Casa di Comunità	Attiva
SEREGNO	Via	Verdi, 2	Casa di Comunità	Da attivare
LENTATE SUL SEVESO	Via	Garibaldi, 37	Casa di Comunità	Attiva
GIUSSANO	Via	Milano, 65	Casa di Comunità	Attiva
			Ospedale di comunità	Attivo
			Centrale Operativa Territoriale	Attiva
BRUGHERIO	Via	Via Lombardia attiva, sarà spostata in via Kennedy dopo la realizzazione	Casa di Comunità	Attiva
	Via	Lombardia	Centrale Operativa Territoriale	Attiva
MONZA	Via	Luca della Robbia	Casa di Comunità	Da attivare
MONZA	Via	Borgazzi	Casa di Comunità	Da attivare
MONZA	Via	Solferino	Casa di Comunità	Attiva
			Ospedale di Comunità	Da attivare
			Centrale Operativa Territoriale	Attiva

Per quanto riguarda le funzioni e il modello organizzativo delle CDC-COT-ODC si rimanda al paragrafo precedente (L'applicazione del DM 77/ 2022: il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale) che descrive il modello organizzativo e le funzioni di queste strutture).

Il Polo territoriale si articola nei seguenti Dipartimenti/Strutture le cui attività sono integrate nei Distretti in modo funzionale: il Direttore di Distretto si interfaccia con i Responsabili dei servizi di seguito illustrati per coordinare i processi di presa in carico sociosanitaria:

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze prevede: 2 strutture complesse Psichiatria (Est -Distretti di Vimercate e Carate e Ovest-Distretti di Seregno e Desio); 1 struttura complessa di Neuropsichiatria infantile; 1 struttura complessa Dipendenze, 1 struttura complessa Disabilità e 1 struttura semplice dipartimentale di Psicologia clinica da cui dipendono gerarchicamente tutti gli Psicologi del Dipartimento. Il Dipartimento comprende le strutture di ricovero, residenziali e ambulatoriali rivolte a malati psichiatrici, i servizi per l'area della neuropsichiatria infantile e le unità d'offerta per le dipendenze e la fragilità/disabilità psichiatrica ed è privilegiato il funzionamento per processi trasversali.

S.C. CURE PALLIATIVE

Si articola in 4 setting di cura: residenziale (Hospice con 20 posti letto) domiciliare (Ucp-Dom), ambulatoriale e Day hospital. L'ambito di azione dell'équipe comprende le patologie ad andamento

cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Vengono perciò principalmente trattate le patologie neoplastiche, le patologie neurologiche degenerative in fase avanzata, le patologie cardiache, polmonari, epatiche e nefrologiche, le gravi fragilità di fine vita. Alla Struttura fa capo altresì la Rete Locale Cure Palliative di Vimercate e Monza, prevista dalle DD.GG.RR. X/5918/2016 e X/6991/2017, di cui svolge il ruolo di coordinatore. Attraverso il coordinamento della Rete Locale, la S.C. contribuisce ad assicurare un accesso equo ed omogeneo alle cure palliative ai cittadini del territorio di riferimento della Rete.

S.C. GESTIONE AMMINISTRATIVA DELLE CONVENZIONI CON I MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA (MAP) E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA (PLS)

La S.C. Gestione amministrativa delle convenzioni con i medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta governa tutte le attività riferite alla gestione amministrativa delle convenzioni per la Medicina Generale (medici a ciclo di scelta e a rapporto orario), e la Pediatria di Libera Scelta dall'inserimento del medico convenzionato alla sua cessazione dal servizio. Si colloca nel Dipartimento funzionale delle Cure primarie.

S.C. CURE PRIMARIE

Le Cure Primarie, oggetto di trasferimento dalla ATS alla ASST in attuazione della l.r. n. 22/2021, rappresentano la porta di accesso, il primo contatto delle persone, della famiglia e della comunità con il Servizio Sanitario Regionale. La S.C. Cure Primarie assicura lo sviluppo delle reti di cure primarie e l'integrazione con il sistema sociosanitario e lo sviluppo delle progettualità innovative.

Collabora con i Distretti per l'obiettivo della presa in carico della persona, in particolare cronica e fragile, della continuità di cura e dell'integrazione sanitaria e sociale; monitora la gestione sanitaria dell'attività svolta dai professionisti delle cure primarie (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Famiglia, Medici di Continuità Assistenziale) e delle progettualità conseguenti (ad esempio progetti di governo clinico, prestazioni variabili, etc...); la verifica e il controllo dei consumi sanitari del sistema delle cure primarie; l'informazione/educazione sanitaria agli assistiti; il supporto all'attuazione delle campagne vaccinali, con particolare riguardo alle categorie di soggetti fragili. Si colloca nel Dipartimento funzionale delle Cure primarie.

S.C. PROCESSI E SERVIZI TERRITORIALI

Assicura l'erogazione dei servizi territoriali ai cittadini dell'ASST Brianza attraverso la gestione, il coordinamento e l'integrazione delle attività erogate dalle proprie articolazioni organizzative.

Alla S.C. Processi e Servizi Territoriali afferiscono gerarchicamente e funzionalmente le seguenti S.S.:

S.S. Sanità Penitenziaria; S.S. Psicologia di comunità; S.S. Protesica est; S.S. Protesica ovest; S.S. Fragilità e percorsi ospedale territorio est; S.S. Fragilità e percorsi ospedale territorio ovest.

S.S. COORDINAMENTO AMMINISTRATIVO E LEGALE DELLE STRUTTURE TERRITORIALI

Rappresenta la struttura amministrativa competente per il governo di tutte le attività amministrative connesse ed integrate alle articolazioni aziendali territoriali decentrate.

S.S. COORDINAMENTO E INTEGRAZIONE TERRITORIALE

La Struttura promuove, in stretto raccordo con il Direttore Sociosanitario ed i Direttori di Distretto, l'integrazione tra l'area sociosanitaria e l'area socioassistenziale, valorizzando anche il ruolo delle Associazioni del Terzo Settore e delle Organizzazioni di Volontariato, in particolare nell'ambito delle Case della Comunità. Garantisce la propria partecipazione nei contesti inter-istituzionali preposti all'attivazione ed allo sviluppo di tali processi di integrazione, quali la Cabina di Regia di ASST, le Assemblee dei Sindaci di Distretto ed altri specifici Tavoli, programmatori e/o progettuali, finalizzati a favorire la continuità dei percorsi di cura e la presa in carico globale dei soggetti fragili e portatori di bisogni complessi.

S.C. VACCINAZIONI E SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE

La struttura complessa vaccinazioni e sorveglianza malattie infettive lavora in stretto raccordo con la struttura Medicina Preventiva nelle Comunità di ATS Brianza, con il compito di:

- favorire l'integrazione dell'offerta vaccinale dei soggetti a rischio attraverso la costruzione di percorsi specifici con i MMG/PLS, specialisti ospedalieri per assicurare l'erogazione tempestiva delle vaccinazioni raccomandate, in particolare nei soggetti che presentano un aumentato rischio di complicanze in seguito ad infezioni prevenibili (es. pazienti trapiantati, splenectomizzati, ecc);
- favorire l'integrazione dell'offerta vaccinale universale con le componenti del territorio, con i punti nascita e l'emergenza urgenza (catch up);
- attivare la profilassi per le malattie infettive in coordinamento con l'attività di sorveglianza della ATS.

Si colloca nel Dipartimento funzionale di Prevenzione.

Di seguito invece gli **organismi strutturati** di cui si avvale o a cui partecipa il Direttore di Distretto e che coinvolgono l'ATS Brianza, i Comuni, l'Ambito sociale, le associazioni di Volontariato e Terzo Settore e le Aggregazioni Funzionali territoriali della Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta (AFT):

- *L'Assemblea dei Sindaci di Distretto*. È composta dai sindaci del distretto o loro delegati e contribuisce a formulare proposte e pareri in ordine alle linee di indirizzo e di programmazione distrettuale, anche per il tramite del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci. L'assemblea verifica l'applicazione della programmazione territoriale del distretto posti in capo all' ASST, esprime il proprio parere obbligatorio rispetto alle linee di indirizzo.
- *La Cabina di Regia di ASST della Brianza*. Si tratta di un organismo sovradistrettuale previsto dalla DGR n. 7758 del 28/12/2022 *"Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023"*. Essa ha il compito di promuovere e facilitare l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali, con competenze di tipo consultivo/conoscitivo/informativo, di co-programmazione e di valutazione con particolare riguardo alla programmazione della rete d'offerta territoriale e alle modalità di accesso ed erogazione delle prestazioni, in particolare per pazienti cronico/fragili. E' stata costituita con deliberazione n. 890 del 31.10.2023.
- *La Cabina di Regia Integrata di ATS Brianza*, organismo istituzionale di ATS, con funzioni di tipo consultivo/conoscitivo/informativo, di coprogrammazione e di valutazione, attivata all'interno del Dipartimento della Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie con quelle Sociali (PIPSS) dell'ATS. Svolge una funzione attuativa e consultiva delle attività del Dipartimento PIPSS ed è lo strumento attraverso il quale il Dipartimento stesso favorisce l'attuazione delle linee guida per la programmazione sociale territoriale, promuove strumenti di monitoraggio che riguardano gli interventi e la spesa sociale e sanitaria, garantisce la continuità, l'unitarietà degli interventi e dei percorsi di presa in carico delle famiglie e dei loro componenti con fragilità, con particolare attenzione alle persone con disabilità, promuovendo l'utilizzo da parte dei comuni e delle ASST del progetto di vita quale strumento per creare percorsi personalizzati e integrati nella logica del budget di salute.
- *L'Organismo Consultivo Distrettuale*. Si tratta di un organismo previsto dalla DGR XI/6760 del 22 luglio 2022 e dalla DGR. XI/7758 del 28 dicembre 2022 recante come titolo *"Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023"*. Tale organismo ha la funzione di elaborare proposte, fornire pareri e costituire un luogo di confronto tra la Direzione di Distretto, i referenti delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della Medicina Generale e Pediatria di Famiglia, gli Uffici di Piano, i rappresentanti delle associazioni ed Enti del Terzo Settore, altri referenti dell'ASST. E' stato costituito con deliberazione n. 986 del 30.11.2023.

Analisi del contesto

La provincia di Monza e della Brianza si estende per 405,5 kmq, con apprezzabili differenze tra i cinque distretti territoriali che la compongono, con la più ampia estensione del territorio vimercate e la minore del distretto di Monza. È amministrativamente suddivisa in 55 comuni, di cui 13 nel distretto di Carate, 7 nel distretto di Desio, 3 nel distretto di Monza, 10 nel distretto di Seregno e 22 nel distretto di Vimercate.

La provincia MB coincide con il territorio di competenza sanitaria e sociosanitaria di ASST Brianza.

Al 1/01/2023 la popolazione era costituita da 873.606 abitanti (+ 3.494 vs 2022) così suddivisa nei 5 distretti: Carate Bza 154.125 (18% del totale), Desio 193.031 (22% del totale), Monza 171.636 (20% del totale), Seregno 169.521 (19% del totale), Vimercate 185.293 (21%). In media i maschi rappresentano il 49% degli abitanti (Monza il 48%).

L'incremento della popolazione è stato determinato non da incremento delle nascite (stabili vs 2022) quanto dal saldo positivo immigrazione/emigrazione nella provincia.

La densità abitativa/kmq mostra differenze così rappresentate: Carate B.za 2.027, Desio 3.236, Monza 3.557, Seregno 2.112, Vimercate 1.311.

I cittadini residenti stranieri sono mediamente pari al 9,1% della popolazione totale, dal 7,4% nel distretto di Seregno al 11% nel distretto di Monza (% stranieri Italia 9%, Lombardia 12%).

La suddivisione per fasce d'età evidenzia una crescita della popolazione maggiormente a carico delle fasce di età > 65aa, e riduzione delle fasce < 25 aa, come ormai da tempo osservato in tutto il Paese (- 563 abitanti fascia 0-24 aa, + 2.266 abitanti >65 aa 2023 vs 2022)

La seguente tabella⁴ rappresenta una serie di indicatori demografici, contestualizzati alla nostra Provincia e all'intera Lombardia, in confronto con il quadro nazionale, riferiti alle ultime annualità.

Emergono alcuni dati che caratterizzano la Provincia quali un tasso di mortalità inferiore in confronto al territorio lombardo ma soprattutto all'Italia, un maggiore tasso di crescita totale, una speranza di vita alla nascita e dopo i 65 aa superiore, un indice di vecchiaia inferiore sia al contesto lombardo che italiano.

ISTAT - INDICATORI DEMOGRAFICI						
Tempo	2022			2023		
Indicatore	MB	LOMB	Italia	MB	LOMB	Italia
Tasso di natalità (per mille abitanti)	6,9	6,8	6,7	6,6	6,6	6,4
Tasso di mortalità (per mille abitanti)	10,5	11,2	12,1	9,7	10,3	11,2
Crescita naturale (per mille abitanti)	-3,7	-4,5	-5,5	-3,1	-3,8	-4,8
Tasso di nuzialità (per mille abitanti)	2,6	2,8	3,2	2,5	2,8	3,1

⁴https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,POP,1.0/POP_POPULATION/DCIS_INDDEMOG1/I T1,22_293_DF_DCIS_INDDEMOG1_1,1.0

ISTAT - INDICATORI DEMOGRAFICI						
Tempo	2022			2023		
Indicatore	MB	LOMB	Italia	MB	LOMB	Italia
Saldo migratorio interno (per mille abitanti)	3,8	2,1	0	3,9	2	0
Saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti)	3,3	5,2	4,4	3,9	6,2	4,6
Saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti)						
Saldo migratorio totale (per mille abitanti)	7,1	7,3	4,4	7,8	8,2	4,6
Tasso di crescita totale (per mille abitanti)	3,7	3,4	-0,6	4,7	4,4	-0,1
Numero medio di figli per donna	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2
Età media della madre al parto	33	32,7	32,4	32,9	32,7	32,5
Speranza di vita alla nascita - maschi	82,2	81,1	80,6	82,7	81,9	81,1
Speranza di vita a 65 anni - maschi	19,4	19	18,9	20,4	19,9	19,5
Speranza di vita alla nascita - femmine	85,5	85,3	84,2	86,6	85,9	85,2
Speranza di vita a 65 anni - femmine	22,5	22,3	21,9	23,4	22,9	22,4

ISTAT - INDICATORI DEMOGRAFICI						
Tempo	2022			2023		
Indicatore	MB	LOMB	Italia	MB	LOMB	Italia
Speranza di vita alla nascita - totale	83,4	83,2	82,6	84,6	83,9	83,1
Speranza di vita a 65 anni - totale	21,2	20,8	20,4	21,9	21,4	20,9

Tempo	2022			2023			2024		
Indicatore	MB	LOMB	Italia	MB	LOMB	Italia	MB	LOMB	Italia
Popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio	13,4	13,1	12,7	13,1	12,8	12,4	12,8	12,5	12,2
Popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	63,6	63,7	63,5	63,7	63,9	63,5	63,7	63,9	63,5
Popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio	23	23,2	23,8	23,2	23,3	24	23,5	23,5	24,3
Indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio ⁵	57,2	56,9	57,5	57,1	56,6	57,4	56,9	56,4	57,5
Indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio ⁶	36,2	36,4	37,5	36,5	36,5	37,8	36,9	36,8	38,3
Indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio ⁷	172,5	177,1	187,6	177,6	182	193,1	184,5	188,2	199,8
Età media della popolazione - al 1° gennaio	45,8	45	46,2	46	46	46,4	46,2	46,2	46,6

Tempo	2022					
Indicatore sintetico	Tasso di mortalità (per mille abitanti)	Speranza di vita alla nascita	Speranza di vita a 65 anni	Speranza di vita a 85 anni	Età media al decesso	Probabilità di morte a 0 anni (per mille)
Monza e della Brianza	10,5	83,8	21,2	6,5	82,2	2,2
Lombardia	11,3	83,2	20,8	6,4	82	2,3
Italia	12,1	82,6	20,4	6,3	81,9	2,3

Focalizzando l'attenzione al tema natalità dati ISTAT riferiti al 2022 evidenziano un numero di *"Nati Vivi"* nella provincia pari a 6.011, in calo vs 2011 del 26,8% (dato lombardo -28,3%).

Pur evidenziando migliori indicatori vs Lombardia/Italia la riduzione della natalità rappresenta un elemento negativo importante nel nostro territorio.

5 Indice di dipendenza strutturale: rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

6 Indice di dipendenza anziani: rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100

7 Indice di vecchiaia: rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100.

203.075 cittadini hanno più di 65 anni, di questi 31.500 hanno più di 85 anni. Mediamente in tutta la Provincia la popolazione > 65 aa è pari al 23% della popolazione totale, il Distretto di Monza è il più vecchio: la quota dei > 65 aa è infatti pari al 24.8%.

La tabella successiva riassume per Distretto alcuni indicatori importanti per l'impatto assistenziale e sociosanitario.

Tempo 2023	Distretto Carate Brianza	Distretto Desio	Distretto Monza	Distretto Seregno	Distretto Vimercate	ASST/Provincia Monza
Indice di vecchiaia	178,9%	167,6%	196,4%	176,1%	171,8%	177,6%
Indice di dipendenza strutturale	56,3%	55,9%	59,6%	57,0%	56,7%	57,1%

La domanda di salute sul territorio di ASST Brianza

Il capitolo illustra la domanda di salute dei cittadini residenti nel territorio provinciale attraverso il loro accesso ai servizi territoriali, ospedalieri e residenziali. I dati provengono dalle elaborazioni svolte dalla Struttura Complessa di Epidemiologia di ATS Brianza⁸.

CRONICITÀ

L'analisi della domanda di salute del nostro territorio parte dall'analisi dei pazienti affetti da patologia cronica. L'elaborazione delle informazioni inerenti la stratificazione della popolazione per cronicità sulla base dei dati forniti da Regione Lombardia è stata svolta presso la Struttura Complessa di Epidemiologia di ATS Brianza.

Le prime 20 condizioni patologiche, in ordine di frequenza, includono circa il 90% della popolazione cronica identificata e sono rappresentate da vasculopatia arteriosa e/o cerebrale, diabete mellito, cardiopatia/scompenso cardiaco, insufficienza renale cronica, neoplasia attiva, Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia familiare, cirrosi epatica, ipotiroidismo.

Il livello di gravità e numero di patologie concomitanti vengono identificati come da prospetto seguente:

LIVELLO	PATOLOGIE
livello 1 (rosso)	soggetti ad elevata fragilità clinica in cui sono presenti oltre la patologia principale almeno tre comorbidità (quattro o più patologie complessive) ovvero una fragilità clinica più lieve associata ad una condizione di particolare fragilità
livello 2 (giallo)	soggetti con cronicità polipatologica in cui è presente la patologia principale e una o due comorbidità (due o tre patologie complessive) o in cui è presente una condizione di fragilità sociosanitaria non aggravata da un quadro polipatologico
livello 3 (verde)	soggetti con cronicità in fase iniziale, affetti da una sola patologia o condizione di rischio

Mentre nella categoria rossa emergono con maggior frequenza i soggetti con prima patologia di tipo vasculopatico arterioso, neoplastico attivo, e altre importanti condizioni cliniche, la tipologia prevalente di condizioni croniche in fascia verde è rappresentata da singole malattie (o condizioni ad aumentato rischio) di relativamente minore gravità.

L'elaborazione delle informazioni inerenti la stratificazione della popolazione per cronicità, relativamente all'annualità 2023, consente di identificare tra i residenti nel territorio della ASST Brianza **287.483 soggetti classificabili come malati cronici (pari al 33% della popolazione totale), di essi circa 160.000 è over 65 aa.**

La tabella seguente illustra per la Provincia di Monza e Brianza/territorio ASST Brianza il numero totale dei soggetti con patologie croniche e la distribuzione per livelli.

⁸ I dati sono pubblicati sul sito <https://ats.brianza.it> Demografia 2024; Le Cronicità – BDA 2023; Accessi alle Strutture di NPIA anni 2022-2023; Analisi delle attività dei Consultori Familiari; La Mortalità in ATS Brianza; ATS Brianza - Contesto Ospedaliero e Ambulatoriale nel 2023; Anagrafe della Fragilità – report agg.to al 01/01/2024).

numero di cronicità concomitanti	residenti in provincia di Monza e Brianza							
	Livello 1		Livello 2		Livello 3		totale	
	n.	età media	n.	età media	n.	età media	n.	età media
1					179.054	60	179.054	60
2			75.678	69			75.678	69
3			24.083	72			24.083	72
4	6.632	73					6.632	73
5	1.629	73					1.629	73
6	314	74					314	74
7	75	74					75	74
8	16	72					16	72
9	2	81					2	81
totale	8.668	74,5	99.761	70,5	179.054	60	287.483	72
% sul totale dei cronici	3%		35%		62%		100%	

Le patologie cardiovascolari complessivamente intese rappresentano la prima causa di cronicità in tutti i pazienti cronici e nei pazienti over 65 aa, seguite dalla patologia neoplastica, diabete mellito e patologie della tiroide.

La tabella sottostante evidenzia il numero assoluto e il tasso grezzo dei residenti con patologia cronica e dei singoli livelli di cronicità per distretto. I distretti di Desio e di Vimercate si discostano dalla media per la maggiore prevalenza di pazienti cronici.

INDICATORI			Distrett o Carate Brianza	Distrett o Desio	Distrett o Monza	Distrett o Seregno	Distretto Vimercat e	ASST/Provinci a Monza
CRONICIT A' 2023	Totale	N. (Tasso/1.00 0)	51.676 (335,3)	62.200 (322,2)	56.370 (328,4)	55.751 (328,9)	61.763 (333,3)	287.760 (329,4)
	I livello	N. (Tasso/1.00 0)	6.630 (43)	8.221 (42,6)	7.419 (43,2)	7.050 (41,6)	8.020 (43,3)	37.340 (42,7)
	II livello	N. (Tasso/1.00 0)	18.544 (120,3)	22.666 (117,4)	20.167 (117,5)	19.771 (116,6)	21.813 (117,7)	102.961 (117,9)
	III livello	N. (Tasso/1.00 0)	26.502 (172)	31.313 (162,2)	28.784 (167,7)	28.930 (170,7)	31.930 (172,3)	147.459 (168,8)
	Ipertension e	N. (Tasso/1.00 0)	26.990 (175,1)	32.603 (168,9)	29.488 (171,8)	29.292 (172,8)	31.790 (171,6)	150.163 (171,9)
	Diabete mellito tipo2	N. (Tasso/1.00 0)	7.008 (45,5)	9.094 (47,1)	7.461 (43,5)	7.418 (43,8)	8.153 (44)	39.134 (44,8)

CURE DOMICILIARI

Nel 2023 sono stati presi in carico al domicilio **18.083** cittadini > 65 aa, pari in media nei 5 distretti al 8.76% (target, secondo popolazione di riferimento, erano 13.892 assistiti). Il dato al settembre 2024 vede la presa in carico di circa **16.000** pazienti. Si tratta di attivazioni ADP/PSD da parte dei MMG, cure domiciliari da erogatori accreditati (compresa ASST Brianza), cure palliative domiciliari e attivazione di RSA Aperta. Tali tipologie di attivazione rivolte a utenti >65 aa sono annoverate per il raggiungimento del target PNRR missione 6 c1 1.2.1 "Casa come luogo di cura (ADI)" rappresentato dal progressivo incremento nel triennio

2023-2026 delle prese in carico, fino al 10% degli utenti >65 aa nel 2026. Oltre a ciò l'attuazione di queste attività dovrà essere misurata tramite indicatori specifici quali il *Numero di accessi al PS di pazienti in ADI, inferiori o uguali al 2024 (per l'anno 2025)* e anni successivi. Allo scopo di rappresentare la base dati ATS Brianza ha prodotto una prima reportistica elaborando il tasso degli accessi in Pronto Soccorso dei pazienti > 65 aa in carico al domicilio per C-DOM, Cure Palliative, RSA aperta, nelle annualità dal 2019 al 2023. Si evidenzia nel 2023 un tasso medio per ASST Brianza pari a 133,32 sostanzialmente invariato rispetto al 2022 ed al 2019 (valori inferiori si evidenziano nel 2020 e 2021, correlati tuttavia alle restrizioni di accesso al PS ospedaliero in corso di pandemia). E' un dato grezzo e preliminare, necessita di approfondimento attraverso la stratificazione per complessità assistenziale dei pazienti, e/o per quadro clinico (ad esempio considerare i pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico, o demenza), nonché il confronto con gli accessi in PS della popolazione generale. Si riporta nella tabella successiva il dato fornito da ATS Brianza.

Tasso di accessi in PS delle persone presenti all'interno dei flussi ADI, CP domiciliari, RSA Aperta e SAD*/SAD-H* sul totale delle persone in carico per Distretto e ASST															
	2019			2020			2021			2022			2023		
	Accessi PS	Persone in carico	%	Accessi PS	Persone in carico	%	Accessi PS	Persone in carico	%	Accessi PS	Persone in carico	%	Accessi PS	Persone in carico	%
Carate Brianza	2192	1553	141,1	1744	1663	104,9	1866	1585	117,7	2214	1730	128	2192	1712	128
Monza	2824	1957	144,3	2404	2172	110,7	2363	2058	114,8	2759	2172	127	3069	2330	131,7
Desio	2894	2031	142,5	2402	2037	117,9	2280	1792	127,2	2423	1744	138,9	2822	1958	144,1
Seregno	2393	2032	117,8	2024	2021	100,1	1817	1729	105,1	2218	1845	120,2	2414	1869	129,2
Vimercate	2470	1865	132,4	1870	1655	113	2116	1712	123,6	2510	1928	130,2	2553	1919	133
ASST Brianza	12.773	9.438	135,3	10.444	9.548	109,4	10.442	8.876	117,6	12.124	9.419	128,7	13.050	9.788	133,3

A completamento dei dati di presa in cura domiciliare, si sottolinea che nel 2023 sono stati presi in cura al domicilio **ulteriori 1.908 pazienti under 65 aa**.

Occorre tuttavia sottolineare che purtroppo il sistema informativo messo a disposizione da Regione per il monitoraggio⁹ dell'andamento delle prese in carico ad oggi non è ancora a regime, questa è una grande criticità che speriamo si risolva in tempi brevi.

ESENZIONI ANNO 2023

La tabella, elaborazione a partire da documento ATS Brianza *"Indicatori Sintesi Brianza 2023"*, riporta la numerosità dei cittadini beneficiari di esenzioni per patologia/reddito/invalidità, con focus sui cittadini residenti ≥ 64 aa. Tali cittadini sono ricompresi tra i pazienti fragili dell'*Anagrafe della Fragilità* di ATS Brianza, di cui si approfondirà in successivi paragrafi.

		Carate Brianza	Desio	Monza	Seregno	Vimercate	ASST Brianza
Patologia	N. (%)	48.679 (31,6%)	59.722 (30,9%)	52.156 (30,4%)	53.322 (31,5%)	58.709 (31,7%)	272.588 (31,2%)
	N. Residenti ≥ 64 aa (%)	25.415 (71,4%)	31.330 (72,3%)	29.179 (68,7%)	28.451 (72,5%)	31.029 (73,2%)	145.404 (71,6%)
Reddito	N. (%)	60.766 (39,4%)	76.268 (39,5%)	62.835 (36,6%)	67.619 (39,9%)	72.004 (38,9%)	339.492 (38,9%)
	N. Residenti ≥ 64 aa (%)	27.551 (77,4%)	34.312 (79,2%)	29.486 (69,4%)	30.835 (78,6%)	32.128 (75,8%)	154.312 (76%)
Invalidità	N. (%)	7.289 (4,7%)	8.813 (4,6%)	9.302 (5,4%)	8.079 (4,8%)	7.980 (4,3%)	41.463 (4,7%)
	N. Residenti ≥ 64 aa (%)	4.372 (12,3%)	5.344 (12,3%)	6.088 (14,3%)	4.983 (12,7%)	4.978 (11,7%)	25.765 (12,7%)

VACCINAZIONI

Al 31 agosto 2024 il tasso di copertura per le vaccinazioni obbligatorie dell'infanzia relative alle coorti vaccinali 2022 e 2017, cioè i bambini che hanno completato il primo ciclo di vaccinazioni obbligatorie (24 mesi di vita) ed i rispettivi richiami (5-6 anni), è nella nostra ASST pari rispettivamente al 97,4% e 96%, superiore al target definito del 95%. Si registra un trend in aumento rispetto all'anno 2023, in cui comunque già il target del 95% era stato raggiunto per le coorti 2021 e 2016.

Importante è la vaccinazione anti-HPV (anti-Papillomavirus) che è raccomandata e offerta gratuitamente a ragazze e ragazzi a partire dagli 11 di età (a partire dalla coorte 1997 per le femmine e, dal 1 ottobre 2024, a partire dalla coorte 1998 per i maschi). Tale vaccinazione, seppur caratterizzata da vaccini sicuri ed efficaci e che forniscono protezione contro il 90% delle forme tumorali associate all'HPV, mostra nel

9 Tableau <https://digitalinformationhub.ariaspa.it/#/views/CureDomiciliariPNRR>.

nostro territorio un tasso di copertura per ciclo completo pari al 88,4% (comunque di 5 punti percentuali superiore alla media di Regione Lombardia) a fronte di un obiettivo target $\geq 95\%$.

Le problematiche cliniche connesse alle infezioni da HPV sono molto importanti (carcinoma cervice uterina, pene, canale anale, condilomatosi recidivanti, ecc), pertanto la possibilità di prevenzione con vaccino andranno potenziate anche attraverso implementazione delle informazioni/comunicazioni già in essere con PLS/ Istituti Scolastici ecc.

Ogni anno la campagna antinfluenzale impegna numerose risorse umane ed economiche, in particolar modo MMG e PLS, Case di Comunità, oltre all'attività dei centri vaccinali, Direzioni Mediche/Servizi di Sorveglianza Sanitaria lavoratori dei Presidi Ospedalieri per la vaccinazione degli operatori sanitari, organizzazione di open day nei fine settimana, farmacie dei servizi, con specifici target di popolazione rappresentati da cittadini over 65 aa, pazienti cronici/fragili/immunocompromessi, minori e donne in gravidanza.

Malgrado la difficoltà, in tutta Italia, nel raggiungere gli obiettivi di copertura Ministeriali, durante la Campagna Antinfluenzale 2023-2024 ASST Brianza ha ottenuto risultati ben al di sopra della media regionale:

Tasso di copertura	ASST Brianza	Regione Lombardia
popolazione generale	20%	18%
over 65 anni	55,47%	50,6%
bambini 2-6 anni	23,6%	19,9%

I pazienti cronici, immunocompromessi e/o >65 aa sono inoltre destinatari di ulteriori proposte vaccinali, quali la Vaccinazione Herpes Zoster e anti-Pneumococcica, somministrabili dal MMG/PLS in ogni periodo dell'anno, e la vaccinazione anti-COVID anch'essa somministrata dal MMG/PLS e nelle Case di Comunità.

PRESTAZIONI DI PROTESICA

Accedono alle forniture di protesica [cosiddette "minore": presidi per assorbimento, per pazienti diabetici, ecc e "maggiore": carrozzine, materassi antidecubito, letti ortopedici, deambulatori, sollevatori ecc] gli utenti con invalidità civile, o in attesa di visita presso commissione invalidi, e prescrizione medica del MMG/PLS o del medico specialista.

La numerosità assoluta è già stata rappresentata nel capitolo "Dati di produzione sanitaria/Attività distrettuali", qui interessa sottolineare che l'analisi per singolo distretto non mostra differenze sostanziali nella tipologia di utenti/presidi, tranne la maggiore occorrenza nel distretto di Desio dei pazienti in ossigenoterapia. Il trend è in crescita anche verso il solo 2023, rappresentando pertanto un ulteriore elemento della prevalenza nel territorio di patologie croniche e complessità assistenziale, nonché l'impatto economico complessivo. Dal punto di vista dell'utenza si sono acuite le criticità relative alla tempistica di fornitura dei presidi di protesica maggiore, che ASST fronteggia attraverso stretto monitoraggio del fornitore ed adesione al contratto.

CONSULTORI

La seguente tabella riporta gli utenti, in numero assoluto e percentuale, che hanno avuto accesso ai consultori familiari pubblici e privati accreditati insistenti sul territorio delle province di Monza e Brianza, rendicontati attraverso il flusso informativo ATS Brianza¹⁰, comprensivi di utenti non residenti, e degli utenti residenti che si sono rivolti alle strutture del territorio lecchese. Sono complessivamente 23.228. A questi vanno sommate le utenti che nell'anno 2023 hanno avuto accesso ai soli consultori pubblici per l'adesione al programma di screening HPV, rendicontate su flusso informativo dedicato, pari a 3.613 utenti presso i CF di ASST Brianza e 3.718 presso i CF Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza.

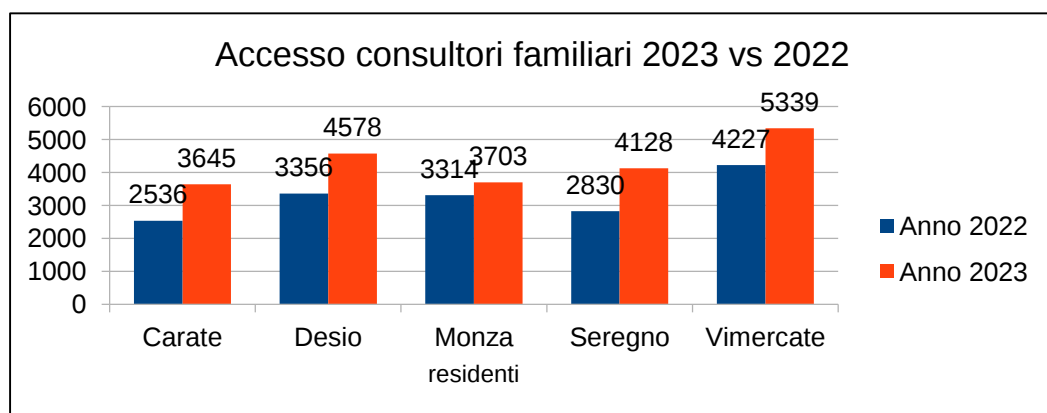
¹⁰ Anagrafe della fragilità ATS Brianza report aggiornato al 01/01/2024

CONSULTORI FAMILIARI UTENZA ANNO 2023													
Distretto residenza utenti	maschi						femmine						tot
	< 20	20-39	40-59	> 60	M TOT	M %	< 20	20-39	40-59	> 60	F TOT	F %	
Carate	29	58	77	13	177	4.9	156	1.658	1.382	272	3.468	95.1	3.645
Desio	48	65	120	17	250	5.5	221	2.088	1.455	564	4.328	94.5	4.578
Monza	31	100	149	37	317	8.6	192	1.840	1.168	186	3.386	91.4	3.703
Seregno	35	58	110	17	220	5.3	156	1.687	1.409	656	3.908	94.7	4.128
Vimercate	77	126	233	46	482	9.0	281	2.047	1.785	744	4.857	91.0	5.339
da asst lecco													283
extra ats													1.552
	220	407	689	130	1.446	6,7	1.006	9.320	7.199	2.422	19.947	93,3	23.228

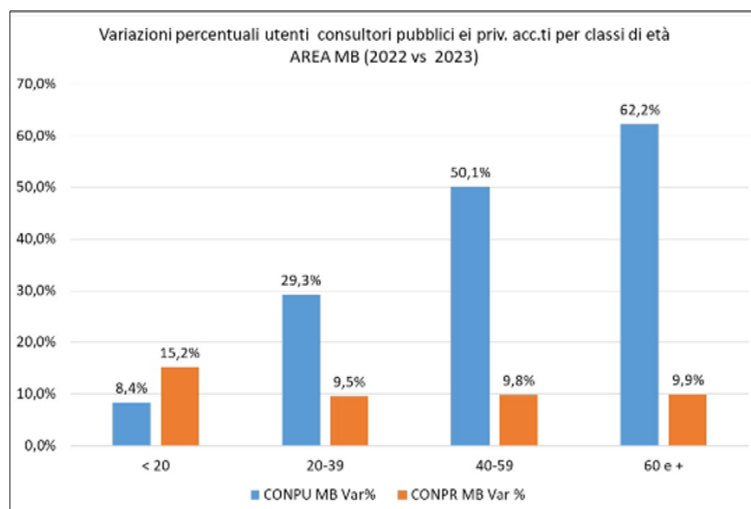
Il 93% è rappresentato da donne, nell'83% con cittadinanza italiana ed il restante 17% di nazionalità differenti; queste ultime si rivolgono in maggioranza alle strutture consultoriali pubbliche. Come rappresentato dalla tabella seguente, la classe di età maggiormente rappresentata è quella tra 20-39 aa per le strutture pubbliche, 40-59 aa per le strutture private. Gli utenti <20 aa rappresentano in media il 7%. Essi maggiormente si rivolgono ai CF privati accreditati.

Utenti consultorio per fascia di età e UdO di Accesso anno 2023					
Ambito Distrettuale	Denominazione UdO	Utenza Fascia di età (valori percentuali)			
		< 20	20-39	40-59	> 60
Carate	CF di LISSONE	4,9%	48,9%	38,7%	7,6%
Desio	CF C.A.F di DESIO (Priv)	5,8%	34,5%	47,8%	11,8%
	CF di DESIO	4,0%	50,7%	32,2%	13,1%
	CF di LIMBIATE	5,1%	55,1%	30,9%	8,9%
Monza	CF C.O.F di MONZA (Priv)	16,3%	34,9%	40,0%	8,7%
	CF di MONZA	4,7%	58,7%	32,3%	4,3%
Seregno	CF di SEREGNO	2,9%	43,5%	35,4%	18,2%
	CF LA FAMIGLIA di SEREGNO (Priv)	9,6%	39,1%	43,8%	7,4%
Vimercate	Ass. PRO FAM CEAF di VIMERCATE (Priv)	11,8%	28,9%	45,8%	13,5%
	CF di VIMERCATE	3,3%	48,4%	32,4%	15,9%

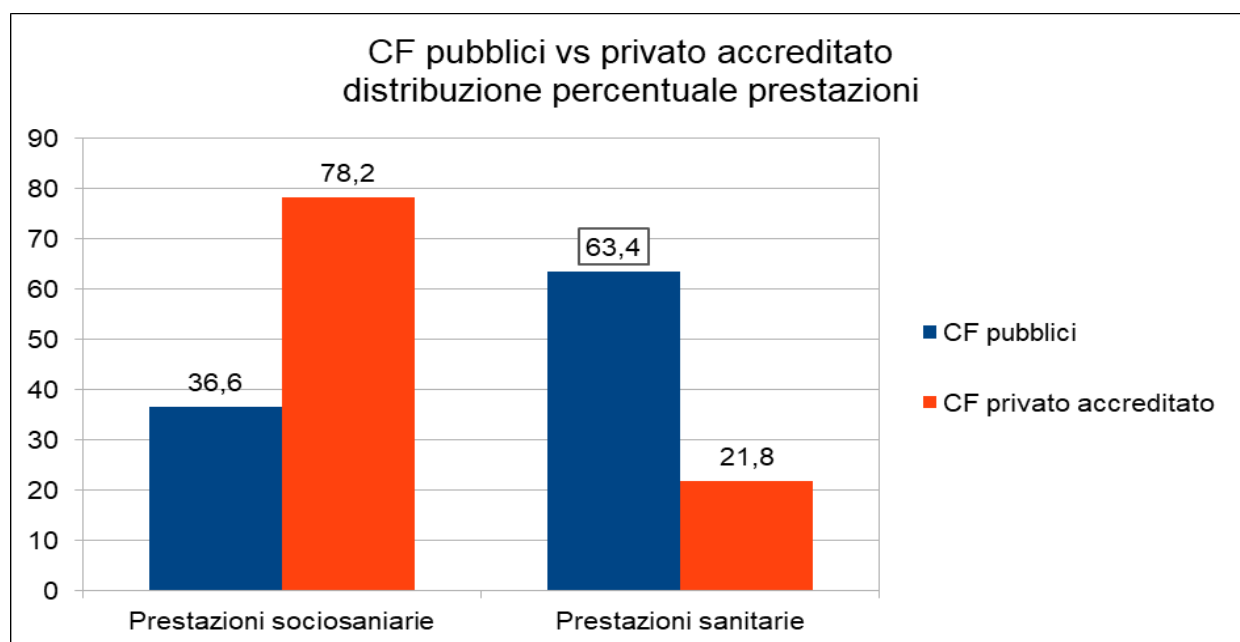
L'accesso ai consultori è cresciuto nel 2023 a confronto dell'anno precedente, come da grafico sottoriportato.



L'incremento si è verificato soprattutto per i consultori pubblici. Il grafico successivo evidenzia gli incrementi percentuali rapportati alle fasce di età dell'utenza. Oltre al maggiore incremento percentuale riguardante l'utenza di età > 40 anni, si sottolinea la maggiore attrattività delle strutture private accreditate per l'utenza giovane.



In termini di mobilità i residenti prediligono la struttura del proprio distretto di appartenenza. 248 utenti, soprattutto residenti nei Distretti di Carate e di Vimercate, si sono rivolti alle strutture del lecchese. Per quanto attiene le prestazioni, dal grafico successivo si evidenzia che nelle strutture pubbliche il 78% del totale prestazioni effettuate sono *prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale* (quali: bilancio di salute ostetrico, pap test, prima visita ostetrica o ginecologica, training prenatale, ecc), ed il 36% *prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria* (quali: colloquio di accoglienza/orientamento, valutazione psicodiagnostica, mediazione familiare, visita al domicilio, interventi di psicoterapia, incontro di gruppo con utenti, ecc). All'opposto nelle strutture private accreditate prevalgono le prestazioni sociosanitarie, per quanto ad esempio nel 2023 nessun colloquio di mediazione familiare e rare relazioni complesse per affido, adozione, IVG.



La tabella sotto riportata è stata costruita mettendo a confronto i dati del periodo gennaio-settembre 2023 con lo stesso periodo del 2024. Sono state inserite nuove voci per descrivere con maggior dettaglio le attività legate al Servizio quali il training prenatale, la visione esami, le certificazioni per i benefici di legge connesse allo stato di gravidanza e gli incontri di gruppo con utenti.

Nella tabella risultano presenti anche le prestazioni collegate al progetto regionale per lo screening Hpv che ha mostrato, come si evince dai dati, un fortissimo aumento grazie all'alta adesione delle donne del nostro territorio.

Il numero delle prestazioni effettuate in totale risultano, pertanto, in aumento nonostante la chiusura nel corso di quest'anno di diverse Sedi Consultoriali per lavori di ristrutturazioni quali: il Consultorio di Meda, quello di Lentate sul Seveso e dal 1 Ottobre 2024 vi è stata la ricollocazione anche del Consultorio Familiare di Desio. Gli operatori delle sedi sopracitate sono confluiti in altri Consultori potenziando l'offerta all'utenza e ampliando l'orario di apertura. Queste chiusure, tuttavia, portano inevitabilmente una difficoltà logistica per l'utenza più fragile che fatica a raggiungere le Sedi Consultoriali ubicate nei comuni limitrofi.

Consultori Familiari Asst-Brianza		
Prestazioni Consultoriali	Gen- Sett 2023	Gen-Sette 2024
Visita Colloquio	n.d.	300
Accoglienza	2457	2482
Consultazione	2767	2865
Coll. Valutazione psicodiagnostica	129	126
Sostegno	3009	2833
Mediazione familiare	57	37
Relazioni compl.: adozione nazionale e	30	34
Relazioni compl.: tutela dei minorenni	9	21
Relazioni compl.: interr. volont. gravidanza	2	2
Incontro di gruppo: adozione	32	6
Incontro di gruppo: sostegno alla genitorialità	1384	839
Incontri di gruppi con utenti	n.d.	2623
Assistenza al domicilio	67	75
Interventi di psicoterapia singolo – coppia	821	873
Attività con altri enti e servizi: in sede	148	195
Attività con altri enti e servizi: fuori sede	28	23
Inserzione di dispositivo contraccettivo	232	278
Visita ginecologica	3153	3619
Visita controllo ginecologica	2354	2236
Visita ostetrica	624	595
Visita ostetrica di controllo	786	794
Bilancio salute ostetrico prima visita	1447	1515
Bilancio salute ostetrico visita di controllo	2566	2838
Esame citologico cervico vaginale	2885	2249
Prelievo citologico	5635	1902
Inserzione di altro pressorio vaginale	14	24
Rimozione di dispositivo contraccettivo	144	134
Ecografia(di competenza consultoriale)	260	299
Certificazione medico legale per benefici di	nd	296

Visione esami consultori	nd	673
Training prenatale	nd	158
Hpv Screening del cervico carcinoma	3214	15458
Totale	34254	46402

Non è stato possibile reperire i dati dei consultori privati perché sono dati nella disponibilità della ATS e non disponibili nei report ricevuti.

PSICHIATRIA

Nel 2023 3.983 cittadini sono stati in carico, in maniera significativa (≥ 10 accessi), a strutture psichiatriche del territorio (ASST Brianza e IRCCS San Gerardo dei Tintori). Le donne rappresentano il 52% dell'utenza, per prevalenza nelle fasce giovanili e più anziane. È questo un aspetto interessante, possibilmente prevenibile con individuazione precoce e/o aggancio precoce attraverso la psicologia delle cure primarie anche all'interno delle CDC.

presa in carico psichiatria territoriale											
	17-18		19-34		40-64		>65		tot m	tot f	totali
	m	f	m	f	m	f	m	f			
Carate		7	120	113	198	180	67	88	385	388	773
Desio	1	7	93	85	196	187	55	79	345	358	703
Monza	3	5	144	151	286	340	91	112	524	608	1.132
Seregno	1	6	102	113	168	196	65	98	336	413	749
Vimercate	1	3	89	86	175	167	36	69	301	325	626
	6	28	548	548	1.023	1.070	314	446	1.891	2.092	3.983

Le principali condizioni cliniche che determinano una presa in carico significativa da parte delle strutture della Psichiatria territoriale riguardano la Schizofrenia, i Disturbi di personalità e del comportamento nell'adulto, le Sindromi affettive e le Sindromi fobiche legate a stress e somatoformi. Dai dati provenienti dall'*Anagrafe della fragilità ATS Brianza* si evince che circa il 36% degli utenti è in possesso di certificazione di invalidità civile, il 12% è in contatto con i servizi provinciali di collocamento delle fasce deboli, il 7% è anche in carico alle amministrazioni comunali. **1.208** cittadini sono stati ricoverati in SPDC, il 16% in strutture non del territorio. All'opposto 173 cittadini residenti nel lecchese o in altre province/ATS (il 12% del totali ricoveri in ASST/IRCCS San Gerardo) sono stati ricoverati in strutture del nostro territorio (nel 54% dei casi in IRCCS San Gerardo).

NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA (NPIA)

Nel 2023 **10.806** cittadini tra 0 e 19 anni hanno avuto accesso a strutture di NPIA (del territorio e non). Le prese in carico hanno riguardato in maggior misura i minori frequentanti la scuola primaria e secondaria di primo grado, con una netta prevalenza del genere maschile. Il 34% dei pazienti ha certificazione di alunno disabile.

Gli accessi sono complessivamente sovrapponibili all'anno precedente, ma con differenze tra i diversi territori distrettuali. Si è tuttavia assistito ad una riduzione del ricorso alle strutture di NPIA dei residenti di Monza, ed un sensibile incremento delle numerosità degli accessi dei minori residenti nel distretto di Vimercate.

Variazioni percentuali (2023 vs 2022) persone che hanno avuto accesso alle strutture NPIA del territorio				
residenza utenti	2022	2023	Δ 2023/2022	% Δ 2023/2022
carate	1.855	1.931	76	4,1
desio	1.876	1.835	-41	-2,2
monza	2.005	1.833	-172	-8,6

seregno	1.509	1.451	-58	-3,8
vimercate	1.517	1.667	150	9,9
tot area mb	10.784	10.740	-44	-0,4

La seguente tabella evidenzia, per residenza dei cittadini e ubicazione delle strutture, le più frequenti (colore) percentuali di accesso: **dove sono stati presi in carico i cittadini del territorio provinciale**. Al di fuori del territorio provinciale si sono presi in considerazione gli accessi alle strutture IRCCS Medea/La Nostra Famiglia di Bosisio Parini Lecco, e ATS MI come afferenza di IRCCS Policlinico Milano e soprattutto di ASST Rhodense [che, nei propri ambulatori e Centro Diurno collocati presso il presidio Corberi, accoglie i minori residenti a Limbiate e Solaro (distretto di Desio), Lazzate, Cogliate, Misinto e Ceriano Laghetto (distretto di Seregno)].

% accessi per ubicazione delle strutture npia							
residenza utenti	carate	desio	monza	seregno	vimercate	irccs medea	ats mi
carate	61.7	2.8	17.4			4.7	6
desio	1.4	49.9	11.9			2.4	29.7
monza			83.4			2.3	10.1
seregno	3.2	4.4	12.3	46.2		5.6	21.9
vimercate	1.2		12.7		70.3	2.3	9.5

Le strutture NPIA del territorio accolgono anche utenti residenti in altre province. In particolare nel 2023 hanno avuto accesso circa 1.000 utenti residenti nel territorio lecchese e in altre province/ATS lombarde, questi ultimi rappresentati in maggior parte da residenti in ATS Milano. La maggior parte degli accessi si è verificato per le strutture NPIA di IRCCS San Gerardo di Monza (783 accessi), seguite da NPIA Vimercate (170 accessi). E' possibile verosimilmente distinguere due gruppi di utenza: da un lato coloro che giungono al territorio provinciale MB per accedere a prestazioni altamente specialistiche (IRCCS San Gerardo), dall'altro coloro che non riescono a trovare risposta in strutture NPIA del loro territorio.

I seguenti capitoli indagano i temi della **specialistica ambulatoriale, dei ricoveri e degli accessi in PS** (visti nell'analisi dei dati di attività sanitaria dell'azienda) in un'ottica territoriale: dove i cittadini/pazienti del singolo distretto si curano, quanto in sedi territoriali o ospedaliere, all'interno e all'esterno del distretto/territorio. I dati sono comprensivi dell'attività verso i cittadini della Provincia svolta da Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza.

Specialistica Ambulatoriale

Le prestazioni erogate attraverso la specialistica ambulatoriale costituiscono un altro dato importante per comprendere lo stato di salute della popolazione e le aree di maggior bisogno, rispetto alle esigenze assistenziali.

La tabella seguente illustra la numerosità delle prestazioni specialistiche (escluse prestazioni di laboratorio) erogate nell'anno 2023, in riferimento alla residenza dell'utente e dell'ubicazione della struttura erogatrice.

Si evidenzia come in particolare i cittadini dei distretti di Desio e Seregno si siano rivolti prevalentemente a strutture extra ATS o lecchesi, mentre i cittadini del distretto di Monza si sono rivolti in gran parte a strutture ubicate nel distretto.

prestazioni specialistiche ambulatoriali 2023 (escluso laboratorio)									
Residenza	ubicazione del presidio								
	carate	desio	monza	seregno	vimercate	lecco	extra ats	Tot prestazioni	Extra + lecco
carate	254.691	46.338	278.210	35.770	25.778	33.316	107.119	781.222	140.435
	32,60	5,93	35,61	4,58	3,30	4,26	13,71		17,98
desio	50.121	370.572	176.882	56.408	8.946	6.402	403.643	1.072.974	410.045
	4,67	34,54	16,49	5,26	0,83	0,60	37,62		38,22
monza	33.730	12.869	624.760	5.315	48.554	6.468	196.246	927.942	202.714
	3,63	1,39	67,33	0,57	5,23	0,70	21,15		21,85
seregno	107.139	164.940	106.701	153.942	8.290	11.524	269.460	821.996	280.984
	13,03	20,07	12,98	18,73	1,01	1,40	32,78		34,18
vimercate	28.756	9.457	200.721	5.394	455.282	52.861	189.647	942.118	242.508
	3,05	1,00	21,31	0,57	48,33	5,61	20,13		25,74

Le tabelle che seguono illustrano ulteriormente il consumo di prestazioni e la produzione in ambito territoriale o ospedaliero. Si evince che nel 2023 in media il 31% delle prestazioni ambulatoriali dei cittadini residenti è stato consumato nella specialistica territoriale, per il 60,56% al di fuori del distretto di residenza, e per il 51% presso erogatori privati accreditati. L'11,42% di tutte le prestazioni ambulatoriali è stato effettuato in solvenza (out of pocket), l'88,58% attraverso il SSN. Nel corso del primo semestre 2024 in media il 33% delle prestazioni ambulatoriali dei cittadini residenti è stato consumato nella specialistica territoriale e per il 61% al di fuori del distretto di residenza; per il 51% presso erogatori privati accreditati. L'11,27% di tutte le prestazioni ambulatoriali è stato effettuato in solvenza (out of pocket), l'88,73% attraverso il SSN¹¹.

Prestazioni territoriali/ospedaliere per distretto assistito (consumo) %				
	2023		Primo semestre 2024	
	Territoriali	Ospedaliere	Territoriali	Ospedaliere
Carate B.Za	33,89	66,11	35,89	64,11
Desio	32,50	67,50	34,48	65,52
Monza	27,91	72,09	30,71	69,29
Seregno	35,02	64,98	36,21	63,79
Vimercate	26,42	73,58	28,01	71,99

Prestazioni territoriali/ospedaliere per distretto struttura (produzione) %				
	2023		Primo semestre 2024	
	Territoriali	Ospedaliere	Territoriali	Ospedaliere
Carate B.Za	65,65	34,35	70,39	29,61
Desio	40,18	59,82	41,30	58,70
Monza	20,91	79,09	23,18	76,82
Seregno	64,10	35,90	64,73	35,27
Vimercate	26,40	73,60	28,23	71,77

L'area di maggior prevalenza è costituita dalle malattie cardiovascolari e, subito dopo, da quelle che richiedono trattamenti riabilitativi, ossia patologie degenerative osteoarticolari o disabilità prevalentemente motorie o neuromotorie.

¹¹ fonte: <https://digitalinformationhub.ariaspa.it>

I dati sembrano evidenziare come dove c'è un forte presidio ospedaliero questo canalizza la scelta del paziente.

Tuttavia poiché usufruiscono di prestazioni specialistiche soprattutto i pazienti cronici/comorbili > 65aa (che consumano l'80% delle risorse del SSR), il potenziamento della sanità territoriale da realizzarsi nelle CdC, anche per quanto attiene la specialistica ambulatoriale, soprattutto nell'ottica della assistenza in team multispecialistici in raccordo con i MMG per cura e monitoraggio del paziente cronico, rappresenta l'obiettivo verso cui è orientata ASST Brianza. Parallelamente al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, e del supporto degli IFeC nelle azioni proattive di prevenzione ed educazione sanitaria. L'esito del percorso potrebbe essere una riduzione delle prestazioni a fronte di aumento della presa in carico, anche temporanea o circolare, per interventi preventivi e monitoraggio periodico da parte del personale infermieristico, ed aumentate competenze del paziente stesso nella gestione della propria salute.

RICOVERI 2023

Complessivamente nell'anno 2023 per i cittadini residenti in provincia MB sono state erogate n. 100.070 prestazioni di ricovero, di cui n. 41.621 fuori territorio (n. 38.703 in altre ATS lombarde). Si sono in particolare rivolti all'esterno i cittadini di Desio e Seregno. Il 50% dei ricoveri per i cittadini di Desio ed il 47% dei ricoveri dei cittadini di Seregno sono stati erogati in altre ATS lombarde.

Per quanto attiene le prestazioni di ricovero erogate nei presidi ospedalieri insistenti sul territorio della provincia di Monza e Brianza (comprendendo pertanto i ricoveri presso Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori), esse sono state complessivamente n. 85.855, di cui n. 61.367 (71,5%) a favore di cittadini residenti e n. 24.488 (28,5%) a favore di cittadini non residenti (sottolineando che per il 68% tali ricoveri sono stati erogati in IRCCS San Gerardo).

Ricoveri 2023									
residenza	ubicazione del presidio								
	carate	desio	monza	seregno	vimercate	lecco	extra ats	tot ricoveri	extra +lc
carate	2.069	1.344	7.019	215	724	796	4.865	17.032	5.661
	12,15	7,89	41,21	1,26	4,25	4,67	28,56	100	33,24
desio	508	5.041	4.791	213	326	263	11.232	22.374	11.495
	2,27	22,53	21,41	0,95	1,46	1,18	50,20	100	51,38
monza	286	304	11.188	61	1.149	282	7.078	20.348	7.360
	1,41	1,49	54,98	0,30	5,65	1,39	34,78	100	36,17
seregno	1.356	3.906	3.618	340	341	361	8.893	18.815	9.254
	7,21	20,76	19,23	1,81	1,81	1,92	47,27		49,18
vimercate	589	215	4.370	142	7.483	1.216	6.635	20.650	7.851
	2,85	1,04	21,16	0,69	36,24	5,89	32,13	100	38,02

PRONTO SOCCORSO

La tabella seguente, elaborazione a partire da documento ATS Brianza "Indicatori Sintesi Brianza 2023", riassume gli accessi ai PS del territorio secondo gli indicatori: accessi codici rossi, verdi, gialli, bianchi, numero abbandoni, n. re-invio a domicilio, n. ricoveri.

Accessi in Pronto Soccorso anno 2023						
INDICATORI	Distretto Carate Brianza	Distretto Desio	Distretto Monza	Distretto Seregno	Distretto Vimercate	ASST/Provincia Monza
Totale N accessi (Tasso/1.000)	46.559 (302,1)	68.333 (354)	55.500 (323,4)	52.662 (310,7)	60.365 (325,8)	283.419 (324,4)
Codici Bianchi% - N accessi (Tasso/1.000)	10,3% - 4.792 (31,1)	8,9% - 6.051 (31,3)	13,5% - 7.486 (43,6)	7,7% - 4.078 (24,1)	11% - 6.628 (35,8)	10,2% - 29.035 (33,2)
Codici Verdi % - N accessi (Tasso/1.000)	72,9% - 33.961 (220,3)	74,8% - 51.132 (264,9)	69,8% - 38.753 (225,8)	75,8% - 39.942 (235,6)	73,4% - 44.335 (239,3)	73,4% - 208.123 (238,2)
Codici Gialli % - N accessi (Tasso/1.000)	15,5% - 7.238 (47)	14,9% - 10.202 (52,9)	15,5% - 8.620 (50,2)	14,8% - 7.768 (45,8)	14,4% - 8.706 (47)	15% - 42.534 (48,7)
Codici Rossi % - N accessi (Tasso/1.000)	1,2% - 562 (3,6)	1,4% - 944 (4,9)	1,1% - 621 (3,6)	1,7% - 870 (5,1)	1,1% - 676 (3,6)	1,3% - 3.673 (4,2)
Abbandono N (Tasso/1.000)	2.659 (17,3)	4.118 (21,3)	2.939 (17,1)	3.294 (19,4)	3.893 (21)	16.903 (19,3)
Rientro al domicilio N (Tasso/1.000)	40.318 (261,6)	57.544 (298,1)	48.553 (282,9)	43.616 (257,3)	49.635 (267,9)	239.666 (274,3)
Ricovero in reparto N (Tasso/1.000)	2.659 (17,3)	5.576 (28,9)	2.918 (17)	4.615 (27,2)	5.935 (32)	21.703 (24,8)

Tra le azioni messe in atto ai fini di ridurre l'accesso improprio al PS (codici bianchi e verdi) sono state già descritte le due progettualità che ASST Brianza ha avviato con AREU per rispondere a necessità cliniche non urgenti: la Centrale Unica Pediatrica, con sede presso CdC Vimercate ed il Progetto UNIC.A., centrale operativa per la continuità assistenziale sul territorio. Entrambe le Centrali sono attivate attraverso l'accesso degli utenti al NEA 116117.

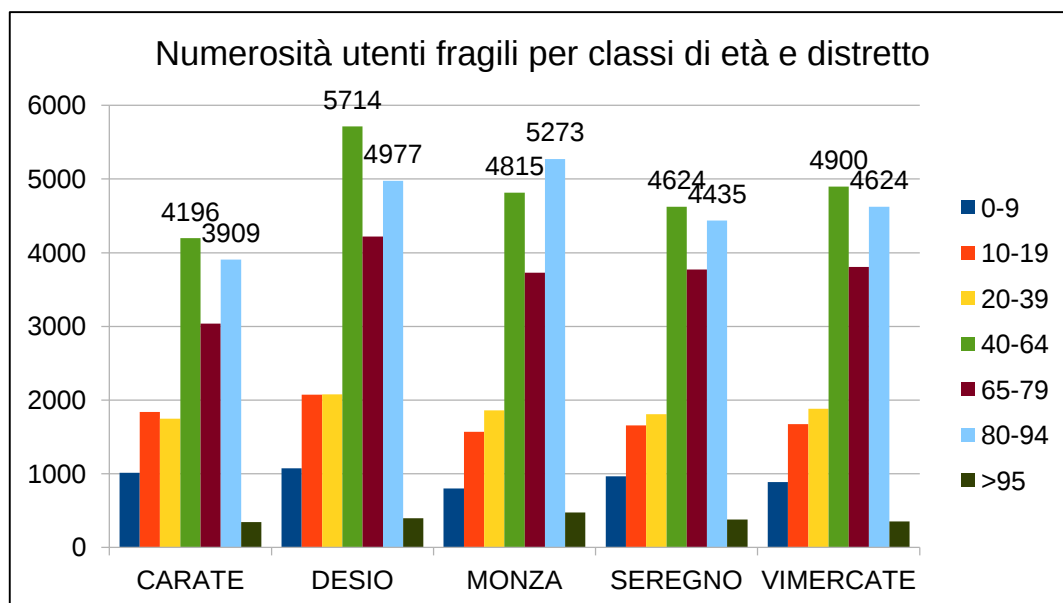
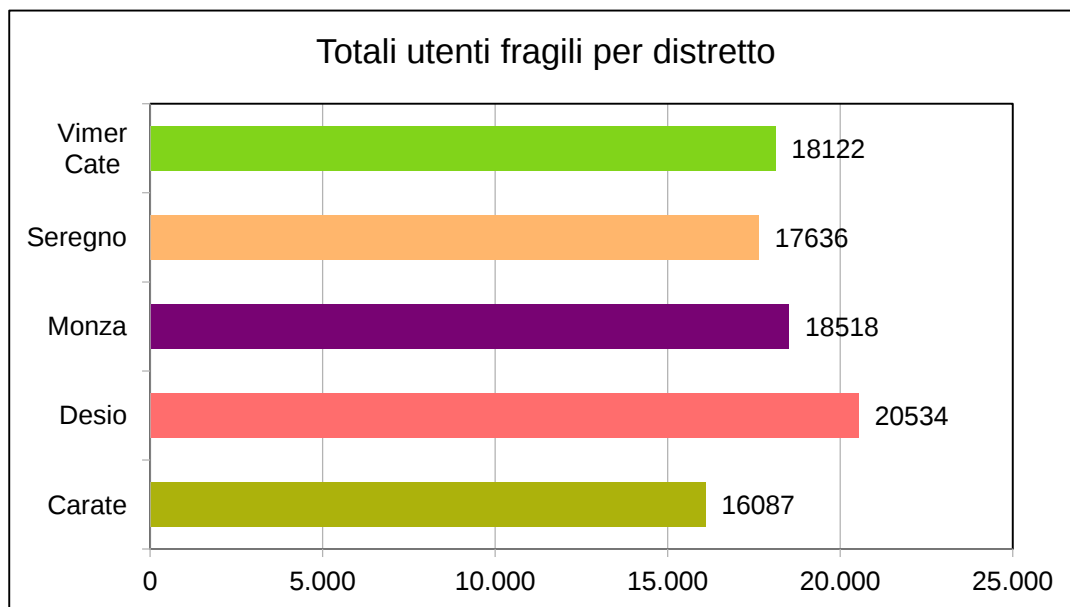
I progetti sono stati recentemente avviati e verranno monitorati per verificarne l'efficacia.

La Fragilità

L' *Anagrafe della Fragilità* costituisce l'esito di un progetto attivo dal 2005 sul territorio di ATS Brianza. Essa rappresenta una banca dati che, incrociando 26 fonti informative differenti, permette uno sguardo sul fenomeno della disabilità, incrociando dati di carattere sanitario, sociale e sociosanitario, ed in particolare fornisce un quadro dell'attivazione dei servizi intorno alla persona fragile. Viene pertanto rilevato il "funzionamento" della singola persona attraverso il contatto che essa stabilisce con i servizi. L'aggiornamento messo a disposizione da ATS Brianza è al 1/01/2024.

La seguente tabella ed i grafici rappresentano la numerosità dei cittadini della provincia di Monza e Brianza che rientrano nei criteri dell'anagrafe fragilità. Sono complessivamente **90.940**, pari al 10.5% della popolazione totale, progressivamente incrementati nel corso degli anni (era il 10.1% della popolazione totale nel 2021). Si sono sottolineate in particolare le fasce d'età maggiormente interessate: i minori/giovani adulti rappresentano il 15% del totale delle persone con disabilità, mentre i cittadini >65 aa il 48%, ed i cittadini >80 aa il 27%.

Popolazione anagrafe fragilità																							
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95 e +	N/D	Totale	
CARATE	267	747	1.084	755	433	424	415	477	473	665	849	1.136	1.073	967	917	1.152	1.469	1.526	914	344	7	16.094	
DESIO	257	818	1.137	938	538	484	520	536	592	917	1.189	1.508	1.508	1.375	1.295	1.548	1.898	1.964	1.115	397	9	20.543	
MONZA	211	588	835	732	514	388	488	472	558	739	1.024	1.246	1.248	1.117	1.148	1.465	1.966	1.960	1.347	472	10	18.528	
SEREGNO	222	743	927	730	473	434	445	455	502	728	986	1.209	1.199	1.166	1.212	1.393	1.669	1.689	1.077	377	13	17.649	
VIMERCATE	194	692	947	727	414	444	516	507	591	829	1.019	1.241	1.220	1.096	1.232	1.479	1.798	1.745	1.081	350	4	18.126	
	13.551													43.720									
	pari al 15%													pari al 48%									
																	25.158						
																	pari al 27.6%						
Area mb	1.151	3.588	4.930	3.882	2.372	2.174	2.384	2.447	2.716	3.878	5.067	6.340	6.248	5.721	5.804	7.037	8.800	8.884	5.534	1.940	43	90.940	



Il 64.4% degli utenti fragili è certificato invalido civile. Tale percentuale aumenta al 80% considerando gli utenti >65 aa. Per quanto attiene le cause di riconoscimento di IC in questa popolazione, le più frequenti condizioni cliniche sono rappresentate dalle *Menomazioni delle funzioni motorie e della struttura somatica*, ed al terzo posto si collocano le *Menomazioni delle funzioni intellettive/psichiche*.

Si ritiene di fare uno specifico affondo sul tema dell'**accertamento di disabilità ai fini scolastici**.

Sino a tutto l'anno 2023 l'accertamento della condizione di disabilità per alunni di ogni ordine e grado (ex DPCM 185/06, ex l. 104) è stato in capo ai collegi di accertamento delle ASST/IRCCS. Nel 2023 1.735 sono stati gli accessi ai collegi di accertamento, per oltre il 60% nuovi accertamenti e circa il 30% per rinnovo accertamento. Nella quasi totalità con riconoscimento di disabilità ai fini scolastici, in gravità e non, ma con variabilità nei diversi distretti, per cui nel distretto di Monza il 68% e nel distretto di Carate il 55% degli utenti è stato riconosciuto portatore di disabilità in gravità, a differenza dei restanti distretti dove la distribuzione percentuale vede circa il 70% riconosciuti come portatori di disabilità ed il 30% portatori di disabilità in gravità.

L'accesso ai collegi di accertamento è stato in progressivo aumento negli anni. Dopo il netto calo nel 2020, negli anni successivi vi è stato un aumento del 7%/anno. Parte degli accessi ai collegi di accertamento ha riguardato alunni con *Bisogni Educativi Speciali* (ex DM 2012 del MIUR e circolari successive), alunni che non hanno una condizione di salute da giustificare il ricorso alla certificazione ex L. 104, ma che si trovano, anche temporaneamente, in una situazione di svantaggio tale da pregiudicare il successo formativo. I BES, pur comprendendo i Disturbi specifici dell'apprendimento codificati da specifiche normative, possono essere determinati da fattori socio-economici, linguistici e culturali, rappresentando pertanto una difficoltà pedagogica più che medico-sanitaria, e compito della scuola definire percorsi specifici di apprendimento. Negli anni la percentuale di certificazioni potenzialmente ascrivibile all'area dei BES, a rigore non certificabile ex l. 104, dopo un iniziale incremento fino al 27% delle certificazioni complessive (anno 2010) si è progressivamente ridotta con differenze nei singoli distretti: nel 2023 3.8% Carate, 17.1% Desio, 3.1 % Monza, 16.9% Seregno, 6.4% Vimercate.

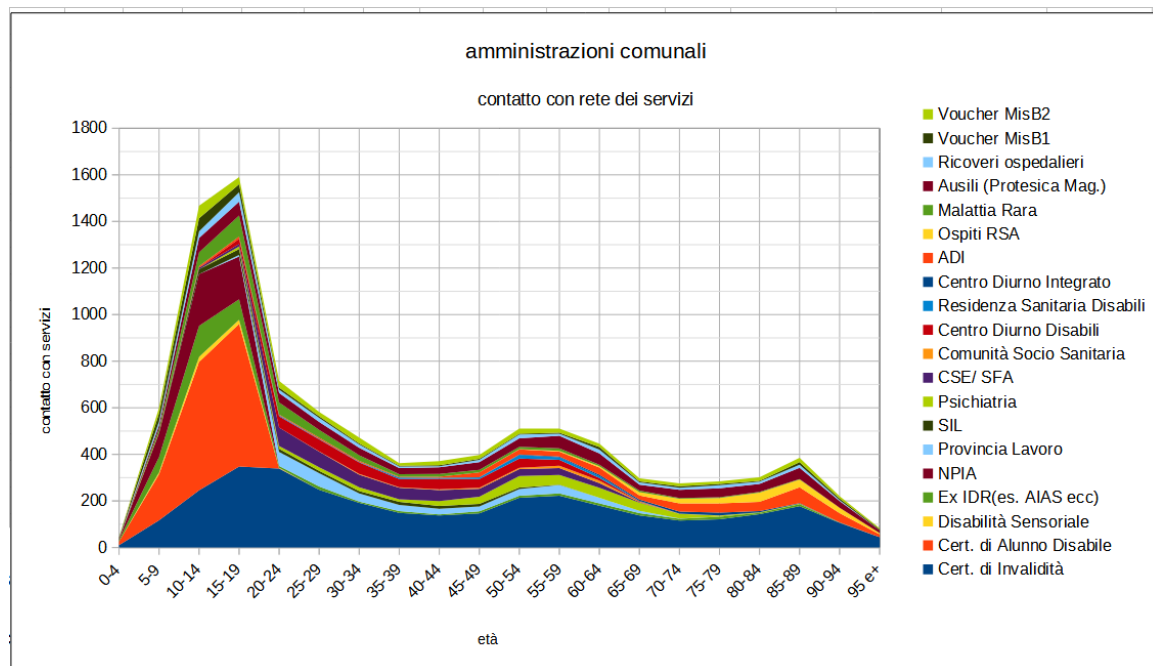
Altra fattispecie "inappropriata" sono gli alunni con problematiche esclusivamente sociali, inviati ai collegi di accertamento dai comuni di residenza, al fine di supportare con certificazione medico-legale la destinazione di risorse specifiche.

Le criticità evidenziate, disomogenei esiti delle valutazioni di certificazione disabilità a fini scolastici tra gli ex collegi di accertamento, invii "inappropriati" di alunni, evidenziano la necessità di definire omogeneamente criteri di accesso e valutazione, opportunità da cogliere stante che si è appena avviata la nuova procedura certificatoria in carico a INPS su cui è impegnata la struttura di medicina legale aziendale con specifiche commissioni dedicate (Vedi Scheda Intervento "*Revisione percorsi per la certificazione dell'alunno disabile*").

Allo scopo di evidenziare le aree di integrazione sociosanitaria e sociale si riportano i dati relativi alle **prese in carico delle amministrazioni comunali**. Il 7.3% dei cittadini fragili sono infatti in carico alle amministrazioni comunali. Di questi il 38% sono di età compresa tra i 0 e i 19 anni: molti alunni sono in possesso della Certificazione di alunno disabile e/o sono in carico alle UONPIA e/o agli IDR. Le persone in età compresa tra i 20 e i 64 anni rappresentano il 43% del totale in carico alle amministrazioni comunali: esse sono persone fragili con problematiche legate alla salute mentale (prese in carico servizi di psichiatria) e all'occupazione (presa in carico servizi per la fasce deboli delle province di MB), e persone che accedono ai servizi per la disabilità (CDD, CSE/SFA, CSS ed RSD).

Fragili in carico alle amministrazioni comunali																					
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95 e +	Totale
CARATE	11	97	195	225	104	55	36	27	34	40	45	46	38	32	32	25	32	55	25	8	1.162
DESIO	5	51	168	259	147	72	50	38	39	55	61	63	47	37	18	12	22	24	21	4	1.193
MONZA	11	35	161	203	167	74	46	50	58	58	71	78	71	53	40	35	37	52	25	10	1.335
SEREGNO	11	144	241	249	160	112	60	36	40	41	61	75	58	59	45	41	49	54	41	18	1.595
VIMERCATE	9	80	201	198	115	65	57	44	43	57	74	69	55	46	39	59	62	62	42	13	1.390
	2.554				2.892								1.229								
	pari al 38%				pari al 43%								pari al 18.4%								
																	656				
																	pari al 9.8%				
totali	47	407	966	1.134	693	378	249	195	214	251	312	331	269	227	174	172	202	247	154	53	6.675

Il grafico seguente, adattato alla realtà provinciale Monza e Brianza, rappresenta l'interazione tra presa in carico delle amministrazioni comunali e gli altri servizi dell'area sociosanitaria e/o condizioni cliniche. Trasversale a tutta l'utenza in carico sono le Certificazioni di Invalidità Civile (51% delle persone in carico). Questo gruppo di persone risulta in carico solo alle Amministrazioni Comunali.



ANZIANI E DISABILI: LA DOMANDA DI RESIDENZIALITÀ

Per quanto l'intero sistema sociosanitario è attualmente orientato ad una maggiore presa in carico al domicilio del paziente cronico/fragile/non autosufficiente, diverse condizioni sociali e familiari, anche connesse alla modifica sociologica della famiglia, rendono ineluttabile la scelta della residenzialità. Pertanto il tema della disponibilità di posti letto in strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali è di particolare rilevanza, poiché nel nostro territorio assistiamo ad un crescente bisogno a fronte di limitazione dei posti letto disponibili, con necessità dei cittadini di rivolgersi lontano dalla propria residenza, anche fuori regione, per trovare una soluzione adeguata. Specificamente per le strutture residenziali per anziani si aggiunge la problematica economica: nel territorio la retta giornaliera a carico dell'utente/famiglia/Comune per Posto Letto in RSA è in media di € 82,64 (min € 67,00 - max € 152,25), € 88,54 per PL in nucleo Alzheimer (min € 62,30 - max € 152,25).

Per l'elaborazione del presente capitolo è stato preso in considerazione anche il documento "Il Bisogno della popolazione adulta fragile e anziana nella rete sociosanitaria Residenziale e Semiresidenziale di ATS Brianza" pubblicato nel 2023.

RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI - RSA

Le RSA in Lombardia possono essere pubbliche o private, accreditate e non. Nelle RSA, sia pubbliche che private che sono accreditate e che hanno un contratto con ATS, una parte dei costi viene sostenuta dal Fondo Sanitario Regionale, l'altra (quota assistenziale) dalle persone ospiti o dai Comuni di residenza. Nelle RSA che non hanno un contratto con ATS, i costi sono totalmente a carico delle persone ospiti o dei Comuni di residenza. Le rette a carico della persona ospite sono pubblicate sui siti Internet delle ATS o delle RSA così come la Carta dei Servizi di ogni struttura. La domanda di accesso alle RSA è unica per tutto il territorio lombardo e viene presentata dall'utente/familiare a una o più RSA scelte. Se non è subito disponibile il posto letto, l'utente viene posto in liste d'attesa, che risultano pertanto "occupate" da utenti che presentano domanda in più strutture. A settembre 2024 le persone in lista di attesa ordinaria variavano da un minimo di 2 per la struttura *Machiavelli 2* di Bernareggio ad un massimo di 607 per la *Casa Famiglia San Giuseppe* di Vimercate, e, per i nuclei Alzheimer, da un minimo di 4 per *RSA Limbiate* ad un massimo di 132 per la *Casa Famiglia San Giuseppe* di Vimercate.

Si aggiunge quale rilievo qualitativo che le persone/famiglie presentano domanda di ingresso quando le condizioni cliniche complessive del paziente sono molto deteriorate e/o la famiglia non è più in grado di accudimento, ponendosi quindi in una condizione di "urgenza".

Come successivamente dettagliato, nel territorio provinciale sono presenti **45** strutture, per complessivi 4.215 posti letto. 357 i posti letto accreditati e a contratto per pazienti Alzheimer.

Nel 2023 sono stati inseriti n. 4.836 utenti (75% donne). La maggior parte degli utenti aveva età compresa tra 85 e 94 aa (54% degli ospiti); una piccola quota pari a circa l'1.5% (ma in continuo incremento negli

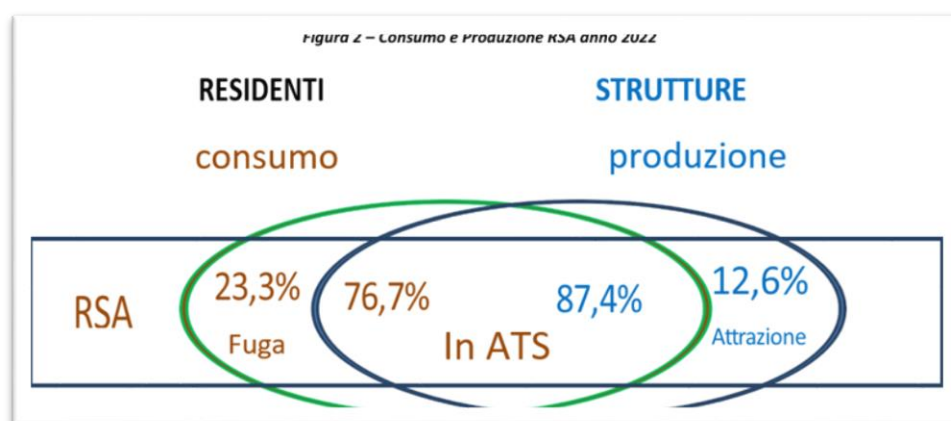
anni) aveva età < 65aa, dato questo importante perché riduce la disponibilità di posti letto nel tempo per l'utenza tipica.

Il sistema SOSIA, acronimo di Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza, è stato progettato dalla Regione Lombardia ed inferisce più che alla condizione di disabilità alla più complessiva fragilità dell'ospite. Il sistema determina la classificazione degli ospiti delle RSA accreditate in otto classi clinico-funzionali (a loro volta collegate al sistema tariffario, che prevede rimborsi dal Fondo Sanitario Regionale). Gli items presi in considerazione sono relativi a mobilità, cognitività, comorbidità.

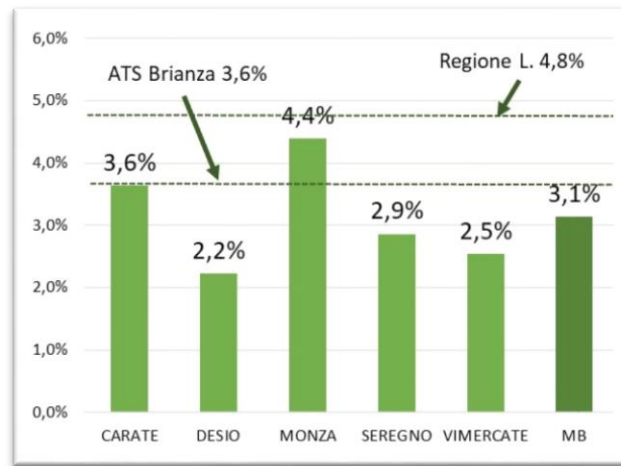
Classe	Mobilità	Cognitività	Comorbidità
1	Grave	Grave	Grave
2	Grave	Grave	Moderata
3	Grave	Moderata	Grave
4	Grave	Moderata	Moderata
5	Moderata	Grave	Grave
6	Moderata	Grave	Moderata
7	Moderata	Moderata	Grave
8	Moderata	Moderata	Moderata

L'utenza tipica inserita nelle strutture del nostro territorio rappresentava nel 2023 circa l'86% degli ospiti ricoverati. La fragilità degli ospiti si è distribuita principalmente tra la classe 3 (41%), la classe 1 (27%) e la classe 7 (16%), caratterizzate da una condizione di gravità nella categoria inerente lo stato di salute e la presenza di patologie ("Comorbidità"). Pertanto gli utenti inseriti in RSA sono oggi maggiormente compromessi dal punto di vista clinico, con maggiore o minore associazione a compromissioni gravi e/o moderate sul piano della mobilità o cognitività. Ciò rende il carico assistenziale particolarmente gravoso da affrontare. Per quanto attiene la caratterizzazione clinica degli ospiti delle RSA, le malattie del sistema circolatorio rappresentano il principale bisogno sanitario, seguite dalle patologie del gruppo "Disturbi psichici e comportamentali", in particolare le demenze, e dalle malattie del sistema osteomuscolare.

La maggior parte dei cittadini del nostro territorio trova disponibilità di inserimento in strutture del distretto di residenza o in aree limitrofe. Tuttavia dati ATS indicano una percentuale di "fuga" verso altri territori pari a circa il **24%**, la più alta in Regione Lombardia. (fonte: ATS Brianza, SC Epidemiologia, *Analisi-del-bisogno_2023*)



Al 2022 il sistema di offerta residenziale per anziani di Regione Lombardia era pari a 4,8 posti letto ogni 100 anziani di età > 75 anni. La seguente figura illustra pertanto l'indice di offerta residenziale nel territorio della provincia di Monza e Brianza confrontato con il dato complessivo di ATS Brianza ed il dato regionale.



Come evidente il nostro territorio evidenzia una situazione di sofferenza: oltre a mostrare complessivamente un valore inferiore (3,1%) al dato regionale e di ATS, i distretti di Desio, Seregno e Vimercate, mostrano valori inferiori al 3%, mentre il distretto di Monza (4.4%) supera la media ATS avvicinandosi al dato regionale. Il 18 % degli ospiti proviene dal territorio di Lecco, ed il 12% da altre province/ATS (>Città di Milano). Come il 25% degli ospiti inseriti nel lecchese risiede in Monza e Brianza. A fronte della situazione, della necessità ineludibile per alcuni pazienti/famiglie dell'inserimento residenziale, ed anche di prospettive di occupazione dei posti letto per lungo tempo, la prospettiva strategica può essere rappresentata dal supporto alla famiglia, in particolare dell'anziano con disturbi cognitivi, con alternative domiciliari e semiresidenziali, o di residenzialità anche per prese in carico temporanee, favorendo il ritorno al domicilio, attraverso processi di ammissione/dimissione orientati e protetti dai servizi territoriali (cure domiciliari, centri diurni integrati, centri diurni per disabili), con il supporto di specifiche progettualità del Terzo Settore, che sgravino la famiglia stessa, in attesa dell'inserimento definitivo in RSA. Questo permetterebbe anche di evitare il ricorso a ripetuti accessi a PS ospedalieri, con rischio di degenze prolungate in attesa di posto letto residenziale, spesso lontano dalla residenza, e peggioramento clinico per infezioni intercorrenti.

La costante attenzione all'evoluzione del bisogno clinico e assistenziale delle persone fragili, fermo restando la valutazione multidimensionale degli utenti/pazienti, è assicurata dall'approccio "transitional care". Esso comporta l'accompagnamento nel tempo e nei passaggi da un setting ad un altro, alternando assistenza domiciliare, offerta territoriale diurna e ricoveri brevi. Le Centrali Operative Territoriali, nel loro progressivo sviluppo, come da *Modello di funzionamento COT* regionale, giocano il ruolo fondamentale di garantire la transizione verso il domicilio ed i servizi sociosanitari di prossimità, monitorando il processo.

D'altro canto si assiste anche al fenomeno della dimissione di utenti dalle strutture residenziali a causa del carico economico che le famiglie non riescono più a sopportare.

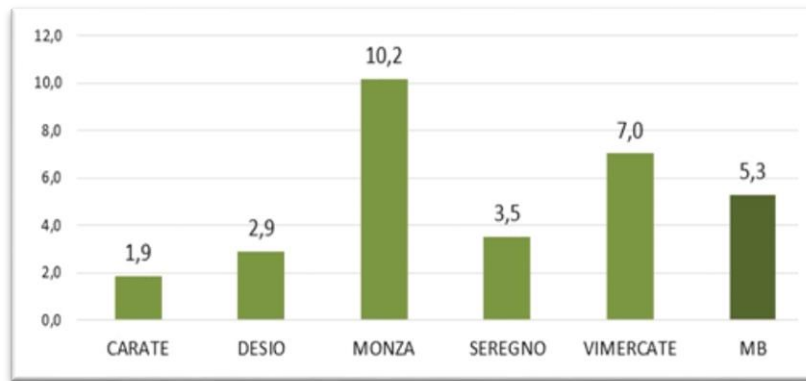
Anche in questo contesto, ai fini di garantire la continuità terapeutico-assistenziale a questi pazienti, strategici sono percorsi di dimissione protetta al domicilio messi in atto dalle RSA.

CENTRI DIURNI INTEGRATI (CDI)

Sono strutture rivolte alla popolazione con età >65 aa, parzialmente o totalmente non autosufficiente, a supporto, nelle ore diurne, delle famiglie che mantengono tali anziani al proprio domicilio. Erogano prestazioni socio sanitarie integrate (infermieristiche, riabilitative e di socializzazione). La frequenza comporta il pagamento di una retta da parte dell'utente, che ogni CDI gestisce in modo autonomo. Sono complessivamente **25** le strutture a contratto sul nostro territorio, e sono presenti in tutti i distretti, per un totale di 558 posti letto a contratto, (693 accreditati, 703 solo autorizzati).

L'attuale sistema di offerta dei CDI in Regione Lombardia è pari a 5,2 posti a contratto ogni 1000 anziani di età ≥ 75 anni. Complessivamente l'indice di offerta di CDI del nostro territorio è pari a 5,3 %, con differenze nei singoli distretti, come evidenziato nel grafico successivo.

CDI indice di offerta per Distretto



Oltre il 90% dei residenti del territorio trovano disponibilità nelle strutture del proprio distretto o comunque limitrofe. Dato molto interessante stante che i CDI rappresentano, per la loro prossimità al domicilio del paziente, un importante supporto alle famiglie ed una alternativa al ricovero definitivo in strutture residenziali. La maggiore mobilità è osservata nei territori con un indice di offerta più basso. Complessivamente la percentuale di “fuga” verso altri territori è pari all’8%. L’attrattività, benché contenuta, riguarda ATS Città Metropolitana e ATS Insubria: la prima si rivolge in maggior misura ai Distretti di Monza e Seregno, la seconda è diretta in modo esclusivo verso il distretto di Seregno.

Dall’analisi dei flussi riferiti al 2023, si tratta di utenti con età media di 82 aa, nella maggior parte dei casi parzialmente dipendenti nelle attività della vita quotidiana, con quadri clinici correlati prevalentemente a deterioramento cognitivo (compresa la demenza di Alzheimer), ed a malattie cardiovascolari. I dati relativi alla motivazione di ingresso nella struttura evidenziano quale causa prevalente una perdita di autonomia (50% degli ospiti), seguita da insufficienza del supporto familiare e dalla solitudine.

ATS ha inoltre analizzato, in un arco temporale dal 2015 al 2022, le percentuali di frequenza, evidenziando che per circa il 33% dei casi la frequenza del CDI si limiti ad un anno, per un ulteriore 33% 2 aa, il 14 % frequenta per 3 aa, ad indicare come questa risorsa rappresenti più una risorsa temporanea che una presa in carico dell’utente. Inoltre l’uscita dal CDI non coincide necessariamente con l’ingresso in una struttura residenziale o col decesso. Infatti l’analisi degli accessi nelle RSA territoriali ha permesso di osservare come solo il 25% delle persone che frequenta il CDI per uno o due anni viene poi ospitato all’interno di una RSA lo stesso anno in cui esce dalla struttura. Circa il 27% degli ospiti sembra aver dismesso la frequenza al CDI e non aver optato, se non in minima parte, per altre UdO sociosanitarie o richiesta di accesso alle misure regionali.

Nello sviluppo progressivo della operatività delle Centrali Operative Territoriali, come da *Modello di funzionamento COT* regionale, esse potranno rappresentare lo snodo della continuità assistenziale, fermo restando il raccordo di integrazione a rete tra servizi territoriali.

Accanto a RSA e CDI, la rete dei servizi territoriali per gli anziani comprende anche **Alloggi Protetti** (si rivolgono a persone anziane autosufficienti in condizione di fragilità non in grado di vivere in autonomia senza un’articolata protezione sociale e/o sanitaria, comportano il pagamento di una retta di frequenza), **Centri Diurni anziani** (Centri di aggregazione per anziani autosufficienti, dove è possibile incontrarsi per socializzare e svolgere attività ricreative: tornei di carte, gite, incontri culturali, serate danzanti, ecc., in giornate e orari predefiniti, diversi realtà nei comuni del distretto, accesso libero senza retta di frequenza). Le **strutture per persone disabili** sono destinate a persone con disabilità che non hanno più la possibilità di rimanere in famiglia e che necessitano di un sostegno rispetto alla cura di sé, alla gestione della vita quotidiana, alla realizzazione di esperienze di vita in autonomia, allo sviluppo delle abilità sociali e alla riabilitazione.

Diverse le tipologie di residenze esistenti cui ci si può rivolgere in base ai propri bisogni e alle specifiche necessità:

Le **Residenze Sanitario Assistenziali per persone con disabilità (RSD)** sono strutture residenziali che accolgono persone, di norma di età compresa tra i 18 e i 65 anni, con grave disabilità, che necessitano di prestazioni a elevato grado di integrazione sanitaria di natura medica, infermieristica, educativa, riabilitativa e tutelare. I minori possono essere accolti in via eccezionale e a determinate condizioni.

Sono 5 le strutture a contratto nel territorio, per complessivi 261 posti letto a contratto (di cui 32 per pazienti in Stato Vegetativo); nessuna nel distretto di Carate. L’indice di offerta (posti a contratto/popolazione disabile 18- <65 aa) è pari al 1.1%, a fronte di un indice regionale del 1,6%. Si

evidenzia una certa mobilità sul territorio, stante che i residenti nei Distretti privi di strutture sono ospitati nelle strutture dei territori più vicini. Così, i residenti del Distretto di Carate si rivolgono in egual misura alle strutture che insistono sui territori di Monza e Seregno, come anche verso il territorio di Bellano dove sono collocate tre strutture per un totale di 113 posti letto. Il ridotto numero di strutture presenti sul territorio condiziona un dato di “fuga” elevato pari al **46%** (anno 2022) verso in particolare i territori di ATS Milano, ATS Insubria e ATS Bergamo.

% mobilità e attrattività RSD per Distretto anno 2022					
	ubicazione struttura				
residenza ospiti	DESIO	MONZA	SEREGNO	VIMERCATE	ASST LECCO > Bellano
CARATE	15.4%	30.8%	30.8%	7.7%	15.4%
DESIO	68.9%	12.2%	10%	6.7%	2.2%
MONZA	7.7%	46.2%	19.2%	3.8%	23.1%
SEREGNO	7.9%	13.2%	76.3%		2.6%
VIMERCATE	4.8%	28.6%	19%	23.8%	19%
asst lecco	7.9%	5.6%	11.1%	7.9%	
extra ats	9.2%	16.8%	9.9%	22.9%	

L'età media degli ospiti delle RSD si attesta intorno ai 54 anni. Importante sottolineare invece la presenza all'interno delle strutture di ospiti con età > 65 anni. Tale gruppo di persone, circa il 20% degli ospiti complessivamente accolti nelle RSD, costituiscono una presenza “inappropriata”. Tuttavia il dato è di rilievo poiché da un lato impatta sul medio/lungo periodo sulla rete dei servizi, poiché il prolungarsi della permanenza presso una struttura limita la possibilità che tale struttura possa accogliere nuovi ospiti, potenzialmente interferendo con la possibilità di sviluppare progettualità attinenti ai bisogni dell'utenza tipica, dall'altro mette in luce la difficoltà al cambio di un contesto relazionale costruito negli anni positivo per l'utente.

La fragilità degli ospiti delle RSD nel 2022 si concentra per il 56% in Classe SIDi 1. Anche per questa UdO le condizioni cliniche ospiti sono maggiormente rappresentate da “Disturbi Psicici e comportamentali” e si caratterizzano per lo più dal ritardo mentale, dai Disturbi Psicotici e dai Disturbi dello Sviluppo psicologico (per lo più Autismo). Frequenti sono anche le malattie del sistema nervoso.

Le **Comunità Socio Sanitarie (CSS)** sono strutture residenziali che accolgono persone con grave disabilità. Si tratta di piccole comunità, che ospitano al massimo 10 utenti, diventano dimora abituale della persona offrendo al contempo interventi di tipo assistenziale, educativo, ricreativo e terapeutico personalizzati. Sono complessivamente **6** le strutture CSS a contratto in provincia MB, per un totale di 60 posti letto. Il distretto di Monza non presenta strutture.

Per questa tipologia di struttura l'attuale sistema di offerta (posti a contratto/popolazione disabile 18-<65 aa per 1000) è pari a 2.6 ‰, a fronte di un indice di offerta di Regione Lombardia pari a 5,8 ‰. Anche in questo caso i dati di “fuga” sono molto importanti pari al **40.5%** e interessano in particolare i territori di ATS Milano, ATS Insubria.

L'analisi dei dati evidenzia un progressivo “invecchiamento” degli ospiti delle CSS che nel 2022 avevano mediamente 52,5 anni. L'accesso a tali UdO avviene per buona parte in età superiore ai 41 anni. La permanenza in struttura è in media di 7 aa. Le condizioni cliniche maggiormente rappresentate dagli ospiti delle CSS riguardano i disturbi psichici e comportamentali (in prevalenza Ritardo Mentale) e, in minor misura, le Malattie del Sistema Nervoso.

Le **Comunità Alloggio per disabili** offrono soluzioni residenziali fino a 10 posti letto per l'accoglienza di persone disabili di norma con età compresa tra i 18 e i 64 anni, che presentano livelli di fragilità non ricompresi tra quelli riconducibili al sistema sociosanitario. L'ingresso in queste strutture può essere promosso attraverso il Servizio Sociale del Comune di residenza della persona con disabilità, oppure direttamente su interesse della famiglia.

Le strutture di tipo **semiresidenziale** accolgono le persone con disabilità durante il giorno con modalità specifiche a seconda della tipologia di centro:

Centro Diurno per persone con disabilità (CDD)

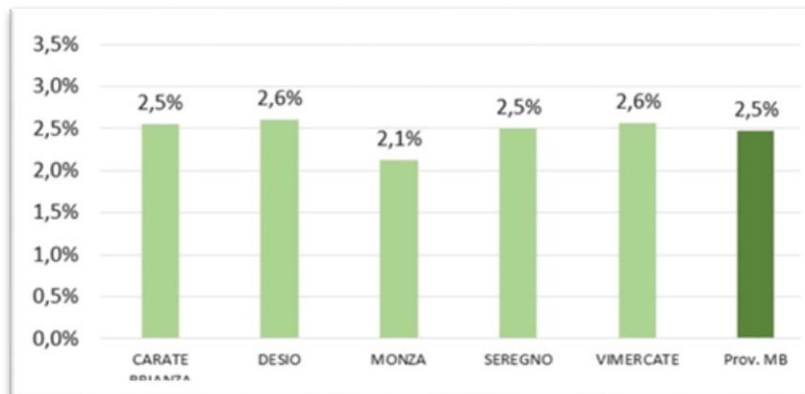
È una struttura diurna funzionante che accoglie disabili gravi in età compresa tra i 18 e i 64 anni (i minori possono essere accolti in queste strutture solo eccezionalmente e a determinate condizioni). Nel centro vengono erogate prestazioni socio-sanitarie, educative, riabilitative e socio riabilitative.

Sono **23** le strutture a contratto nel territorio di Monza e Brianza, presenti in tutti i distretti, per un totale di 560 posti.

Oltre il 90% degli ospiti è residente nel territorio ove è ubicata la singola struttura. Circa il 4% dei cittadini si rivolge a strutture al di fuori del territorio provinciale.

L'attuale sistema di offerta dei CDD in Regione Lombardia è pari a 2,5 posti a contratto ogni 100 abitanti disabili di età compresa tra i 18 e i 64 anni. Complessivamente l'indice di offerta di CDD del nostro territorio è pari a 2,5% (2,1% nel distretto di Monza), come evidenziato nel grafico successivo.

Indice di offerta CDD anno 2022



L'età media degli ospiti dei CDD al 31/12/2022 si attesta a 38,6 anni. Tuttavia nelle diverse strutture si evidenziano differenze, legate alla mission di base. Infatti accanto a strutture con età media di poco superiore ai 20 anni nel distretto di Monza (dove il progetto di accoglienza di un CDD del Distretto di Monza si struttura su una fascia di età compresa tra i 15 e i 25 anni), vi sono strutture che ospitano persone con età media superiore ai 45 anni come nel distretto di Seregno (dove un CDD ha come ospiti principali persone con compromissione della propria autonomia in seguito ad incidenti stradali o lesioni cerebrali) o di Vimercate. Per quanto attiene le condizioni cliniche delle persone ospiti dei CDD, i "Disturbi Psicici e comportamentali" caratterizzano la condizione clinica prevalente e si caratterizzano per lo più dal ritardo mentale e dai Disturbi dello sviluppo psicologico (per lo più autismo). Altrettanto rappresentate sono anche le malattie del sistema nervoso.

L'inserimento di **minori**, pur potendo avvenire solo eccezionalmente, costituisce in realtà un dato abbastanza frequente e critico. Nell'analisi svolta da ATS Brianza nel periodo 2015-2022 si evidenzia come i primi ingressi hanno riguardato minori per il 30%. Il dato è correlato all'aumento di minori con gravi disabilità, per i quali non si prevedono progettualità quali inserimento nel mondo del lavoro o prosecuzione dell'inclusione scolastica, ed è particolarmente importante perché, costituendo il CCD la struttura di riferimento per le persone con disabilità grave e gravissima con una rete familiare di supporto, prelude ad un lungo periodo di permanenza in vista di un successivo inserimento presso una CSS, una RSD o una RSA. La complessità sanitaria, sociale e assistenziale di questi utenti è tuttavia difficilmente collocabile altrimenti nell'attuale sistema. Altro elemento critico per il sistema è rappresentato dall'analisi dei motivi che determinano le **dimissioni**. Le persone disabili lasciano i servizi semiresidenziali anticipatamente per motivi legati alla sopraggiunta impossibilità del nucleo familiare di sostenere il carico assistenziale (un disabile ultracinquantenne ha genitori ultrasessantenni) e necessità di trasferimenti in residenzialità. Ne consegue che, a causa della carenza di residenzialità idonee o accessibili, il disabile viene trasferito fuori territorio con conseguente sradicamento e perdita di tutto il patrimonio relazionale costruito nel proprio contesto di residenza. Altro motivo è il peggioramento del quadro clinico con riduzione delle autonomie e incremento di bisogni sanitari/assistenziali ai quali i centri diurni non possono rispondere, e/o il peggioramento del quadro psichico con aumento rilevante di comportamenti problematici non gestibili in contesto di comunità, se non con intervento in rapporto 1:1 molto oneroso per le strutture. Complessivamente in un'ottica di sistema l'anticipo dell'ingresso nelle strutture, unitamente ad un posticipo del momento dell'uscita, potrebbe condurre nel tempo ad una progressiva difficoltà gestionale del sistema.

Sono strutture sociali non sostenute dal sistema socio-sanitario il **Centro Socio Educativo (CSE)**, **servizio educativo diurno** destinato alle persone con **disabilità di grado medio-grave** che non necessitano di

assistenza sanitaria, ed i **Servizi di Formazione all'Autonomia (SFA) delle persone disabili** che erogano servizi socio-educativi con lo scopo di sviluppare nelle persone disabili al di sotto dei 65 anni di età le abilità utili a creare consapevolezza, autostima e autodeterminazione da utilizzare nel proprio contesto familiare, sociale e lavorativo.

Nel nostro territorio sono presenti **26 CSE** (in tutti i Distretti), per l'accoglienza di 573 utenti e **14 SFA** (in tutti i distretti) per l'accoglienza di 417 utenti.

In conclusione per rispondere alla domanda di salute dei cittadini residenti nel territorio provinciale si vogliono sottolineare i seguenti elementi.

Il potenziamento della presa in cura al domicilio rappresenta l'obiettivo primario della nuova organizzazione territoriale, centrata sulle Case di Comunità attive e da attivare, sul ruolo delle Centrali Operative Territoriali quale luogo di coordinamento e attivazione del miglior setting assistenziale per il singolo paziente, sulla importante attivazione dei Medici di Cure Primarie (pur nell'attuale quadro storico di carenza di MMG specie in alcuni distretti), che ha mostrato già nel 2023 e primo semestre 2024 un miglioramento della numerosità dei pazienti in carico.

La continuità della cura e dell'assistenza, fondata sulla costante attenzione all'evoluzione del bisogno clinico e assistenziale delle persone fragili, fermo restando la valutazione multidimensionale degli utenti/pazienti, è assicurata dall'approccio "transitional care", l'accompagnamento nel tempo e nei passaggi da un setting ad un altro, alternando assistenza domiciliare, offerta territoriale diurna e ricoveri brevi, in integrazione sia con le amministrazioni comunali che con gli Enti del Terzo settore. Le Centrali Operative Territoriali, nel loro progressivo sviluppo, come da *Modello di funzionamento COT* regionale, giocano il ruolo fondamentale di garantire la transizione verso il domicilio ed i servizi sociosanitari di prossimità, monitorando il processo.

Continuità dell'assistenza che si esplica anche nell'implementazione e aggiornamento della PIC (Presa In Carico del malato cronico) e nella recente attivazione in ASST Brianza del nuovo modello della Centrale UNIC.A. e della Centrale Unica Pediatrica a valle del NEA 116117, finalizzato alla presa in carico dell'urgenza territoriale differibile, che verrà completato con l'attivazione del Team di Risposta Rapida Domiciliare (TRRD - composta da medico e IFeC) che interviene in presenza di condizioni cliniche di particolare complessità, finalizzati al contenimento degli accessi impropri ai Pronto Soccorso ospedalieri, ma anche all'implementazione dell'assistenza domiciliare, in particolare per i pazienti più fragili, e alla promozione dell'impiego della televisita e del teleconsulto. Ruolo centrale è svolto dalla COT specialistica delle Cure Primarie, con il raccordo tra essa e i Medici della Continuità Assistenziale e in prospettiva anche dall'avvio dell'attivazione della Centrale UNIC.A. nelle fasce orarie diurne.

Posto che i dati degli accessi a visite specialistiche sembrano evidenziare come dove c'è un forte presidio ospedaliero questo canalizza la scelta del paziente, l'implementazione della dotazione di medici specialisti nelle CdC rappresenta un altro elemento importante per migliorare la presa in cura territoriale del paziente cronico specie se comorbile, anziano e/o in condizioni di fragilità, con sgravio degli ospedali votati a cure specialistiche di secondo livello. Al netto delle difficoltà nel reperimento di medici specialisti di alcune branche quali la cardiologia e l'oculistica, il modello si fonda sull'assistenza del paziente cronico in team multispecialistici in raccordo con i MMG per cura e monitoraggio, parallelamente al supporto degli IFeC nelle azioni proattive di prevenzione ed educazione sanitaria, in un'ottica non solo clinica ma di prossimità. L'esito del percorso potrebbe essere una riduzione delle prestazioni a fronte di aumento della presa in carico, anche temporanea o circolare, per interventi preventivi e monitoraggio periodico da parte del personale infermieristico, ed aumentate competenze del paziente stesso nella gestione della propria salute. Ciò richiede ripensamento anche della strutturazione della tempistica dell'attività specialistica, verifica dell'appropriatezza prescrittiva, oltre all'ormai ineludibile cambio culturale degli operatori sanitari e della popolazione.

Come si è visto oltre 90.000 cittadini versano in condizioni di fragilità sanitaria e/o sociale, attivano spesso la rete dei servizi sociosanitari, sociali o della Provincia, ma più spesso non sono presi in cura territorialmente al domicilio o in residenzialità/semiresidenzialità, gravando l'assistenza in toto sul care giver. Di fronte a questo "sommerso" le azioni precedentemente elencate sono volte a favorirne l'emersione, e devono essere implementate, attraverso processi di ammissione/dimissione orientati e protetti dai servizi territoriali (cure domiciliari, centri diurni integrati, centri diurni per disabili), in integrazione con le amministrazioni comunali e di specifiche progettualità del Terzo Settore.

In relazione in particolare alla situazione di cittadini e famiglie (ad esempio dell'anziano con disturbi cognitivi) per cui risulta ineludibile l'inserimento residenziale (è il caso citato delle dimissioni di pazienti

da da CDI o CDD per indisponibilità economica, ridotte possibilità di accudimento al domicilio, o rientro al domicilio di pazienti già inseriti in RSA), alternative di assistenza domiciliare e/o semiresidenziale, o di residenzialità anche per prese in carico temporanee, possono supportare la famiglia stessa in attesa dell'inserimento definitivo in RSA. Questo permetterebbe anche di evitare il ricorso a ripetuti accessi a PS ospedalieri, con rischio di degenze prolungate in attesa di posto letto residenziale, spesso lontano dalla residenza, e peggioramento clinico per infezioni intercorrenti.

Infine, le lunghe liste di attesa per inserimento in RSA, l'importante onere economico per le famiglie, necessitano di scelte strategiche regionali/di ATS da indirizzare in particolare a contenere il rischio di saturazione del sistema per inserimenti inappropriati (sia relativamente all'età degli ospiti che alla loro condizione clinica), allentando la rigidità del sistema nei termini di non circolarità dei percorsi assistenziali calibrati sul singolo paziente e sulla condizione clinica contingente.

La rete territoriale di offerta socio-sanitaria in ASST Brianza

IL CONTESTO TERRITORIALE

Il contesto territoriale delle Unità d'Offerta (UdO) Sociosanitarie si sviluppa in diverse tipologie caratterizzate dal *setting* di erogazione delle prestazioni/servizi (residenziale, semi-residenziale, ambulatoriale, domiciliare) e rispettivamente dalla tipologia di utenza fragile ospitata, come di seguito dettagliato¹².

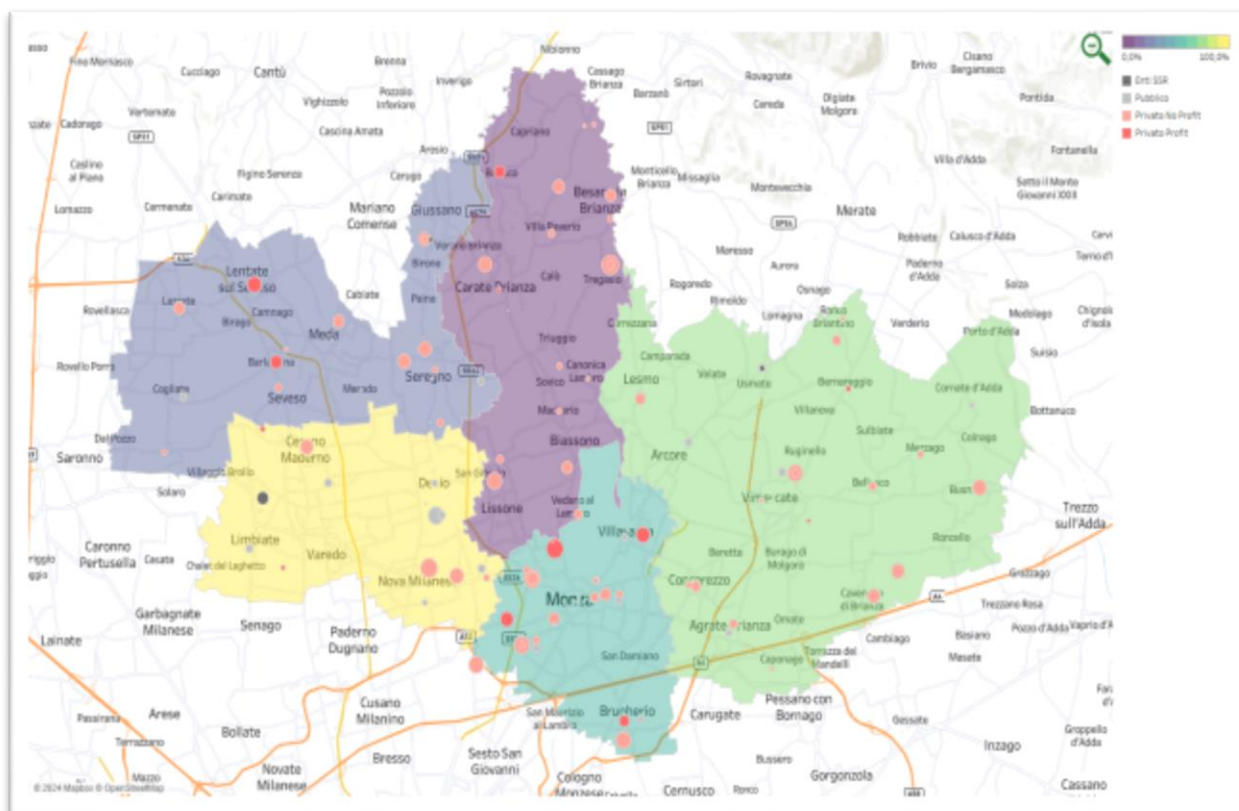


Tabella 1 - Offerta UdO Sociosanitarie per setting e utenza

	RESIDENZIALI	SEMI - RESIDENZIALI	AMBULATORIALI	DOMICILIARI
--	--------------	------------------------	---------------	-------------

12 I dati, forniti da ATS Brianza, riportati nelle tabelle sono stati estrapolati da AFAM al 01.01.2024 Fonte dei dati Anagrafe della fragilità 2024, Analisi del bisogno 2023 – ATS Brianza <https://www.ats-brianza.it/it/65-master-category/azienda/1125-uoc epidemiologia.html?highlight=WyJlcGlkZW1pb2xvZ2lhc10=> Report Demografici: https://www.ats-brianza.it/images/pdf/epidemiologia/2023/id_04800_demografia-2023-ats-brianza_2023-def_rev.pdf

ANZIANI	- RSA (Residenza Sanitario Assistenziale) - Residenzialità Assistita (Misura) - Residenzialità Assistita per Religiosi (Misura) - Sperimentazione: Villaggio Alzheimer	CDI (Centro Diurno Integrato)		RSA aperta (Misura)
DISABILI	- RSD (Residenza Sanitario Assistenziale per Persone con Disabilità) - CSS (Comunità Socio Sanitaria)	CDD (Centro Diurno Disabili)		
RIA	- SRM (Servizio Riabilitativo Minori) - INT (Cure Intermedie)/Post Acuti	RIA-CDC (Ciclo Diurno Continuo)	RIA ambulatoriali	RIA Domiciliari
TOX	- DIP COM (Comunità Tossicodipendenze) - DIP BIA (Bassa Intensità Dipendenze)		DIP AMB: SERT/NOA e SMI (Servizio Multidisciplinare Integrato)	
PALLIATIVE	HOSPICE	UO CP (DH)	UO CP (MAC-amb)	UCP-DOM
ALTRO	OSPEDALI DI COMUNITA'		CF (Consultori Familiari)	C-DOM (Ex ADI)

Le suddette tipologie di Unità d'Offerta, distribuite in base al Distretto inteso ai sensi della L.R. n. 22/2021, presenti al 01/01/2024, sono dettagliate in tabella n. 2. Per ogni Unità d'Offerta è stata rappresentata anche la numerosità per tipologiposti/posti letto solo autorizzati, accreditati o contrattualizzati.

Tabella 2 - Rete UdO sociosanitarie al 01/01/2024

TIPOLOGIA UDO	CARATE BRIANZA	DESIO	MONZA	SEREGNO	VIMERCATE	Totale ASST
RSA						
N. UDO	8	8	11	8	10	45
Posti Letto Autorizzati	761	904	1093	671	806	4235
Posti Letto Accreditati	664	904	1093	587	741	3989
Posti Letto a Contratto	664	496	999	571	543	3273
POST ACUTI						
N. UDO			2			2
Posti Letto a Contratto			40			40
CURE INTERMEDIE	0	0	0	0	0	0
RSD						
N. UDO		2	1	1	1	5
Posti Letto Autorizzati		84	60	65	52	261
Posti Letto Accreditati		84	60	65	52	261
Posti Letto a Contratto		84	60	65	52	261
CDD						
N. UDO	4	5	4	4	6	23
Posti Letto Autorizzati	90	135	95	113	127	560
Posti Letto Accreditati	90	135	95	113	127	560
Posti Letto a Contratto	90	135	95	113	127	560
CSS						
N. UDO	2	1		1	2	6
Posti Letto Autorizzati	20	10		10	20	60
Posti Letto Accreditati	20	10		10	20	60
Posti Letto a Contratto	20	10		10	20	60
CDI						
N. UDO	2	4	8	4	7	25
Posti Letto Autorizzati	54	122	240	102	185	703
Posti Letto Accreditati	54	122	240	102	175	693
Posti Letto a Contratto	34	64	240	70	150	558
CF PRIVATI						

Piano di Sviluppo del Polo Territoriale ASST Brianza 2025-2027

N. UDO		1	1	1	1	4
CF PUBBLICI						
N. UDO (sedi principali)	1	2	1	1	1	6
DIP-AMB (SERT-NOA)						
N. UDO	1	1	4	1	1	8
DIP-AMB (SMI)						
N. UDO				1		1
DIP-BIA						
N. UDO					1	1
Posti Letto Autorizzati					5	5
Posti Letto Accreditati					5	5
Posti Letto a Contratto					5	5
DIP-COM						
N. UDO	3	2				5
Posti Letto Autorizzati	58	29				87
Posti Letto Accreditati	58	29				87
Posti Letto a Contratto	58	29				87
RIA AMB DOM CDC						
N. UDO	1		1	1	1	4
Posti Letto Autorizzati	0		15			15
Posti Letto Accreditati	0		15			15
Posti Letto a Contratto	0		15			15
SRM						
N. UDO				1		1
Posti Letto Autorizzati				36		36
Posti Letto Accreditati				36		36
Posti Letto a Contratto				36		36
C-DOM						
N. UDO	2		9	6	4	21
HOSPICE						
N. UDO	1		2	1		4
Posti Letto Autorizzati	13		31	19		63
Posti Letto Accreditati	13		31	19		63
Posti Letto a Contratto	13		31	19		63
UCPDOM						
N. UDO	1		1	1		3
UOCP						
N. UDO	1			1		2
Posti Letto Autorizzati				1		1
Posti Letto Accreditati				1		1
Posti Letto a Contratto				1		1
RSA Aperta						
N. UDO			4	2	2	8
Misura Residenzialità Assistita Religiosi						
N. UDO			2	1	1	4
Posti Letto Autorizzati			17	3	6	26
Posti Letto Accreditati						
Posti Letto a Contratto			17	3	6	26
Misura Residenzialità Assistita						
N. UDO			2		1	3
Posti Letto Autorizzati						
Posti Letto Accreditati						
Posti Letto a Contratto			57		17	74
VILLAGGIO ALZHEIMER						
N. UDO			1			1
Posti Letto Autorizzati			64			64
Posti Letto Accreditati			0			0

Posti Letto a Contratto			64			64
N. UDO totale	27	26	54	36	39	182

Dalla Tabella sopra esposta si nota una “criticità” correlata all’attuale assenza di unità di offerta/posti letto per le “Cure Intermedie”, particolarmente necessarie per dare completezza e risposta ai bisogni degli assistiti nella fase di passaggio, ad esempio, dalla dimissione dopo un ricovero ospedaliero e prima della loro ricollocazione al domicilio.

E’ pertanto da ritenere opportuno nel corso del prossimo triennio programmare e sviluppare un’azione congiunta e condivisa con ATS Brianza al fine di individuare sul territorio potenziali erogatori di unità di offerta che possano colmare questa assenza consentendo una più adeguata e completa gestione dei settings assistenziali per la popolazione soprattutto più fragile.

Di seguito si dettaglia la dotazione di posti letto in Nucleo Alzheimer e dedicati agli Stati Vegetativi di cui dispongono le RSA e RSD del territorio di ATS Brianza:

Tabella 3 - Posti letto in Nucleo Alzheimer e SV

TIPOLOGIA UdO	N. UdO	PL ALZHEIMER	PL Stati Vegetativi
RSA	71	561	10
CARATE BRIANZA	8	55	0
DESIO	8	105	0
MONZA	11	75	0
SEREGNO	8	57	0
VIMERCATE	10	65	0
RSD	10	0	60
DESIO	2	0	0
MONZA	1	0	60
SEREGNO	1	0	0
VIMERCATE	1	0	0

Di seguito viene presentata invece la distribuzione delle diverse tipologie di UdO per ogni area di utenza fragile interessata, con il dettaglio della dotazione per ogni distretto, così da illustrare le risorse rivolte alla popolazione in termini di offerta.

Tabella 4 - Disponibilità di UdO per area di fragilità

	TIPOLOGIA UdO	TOTALE					
		CARATE BRIANZA	DESIO	SEREGNO	VIMERCATE	MONZA	Totale ASST
AREA ANZIANI	CDI	2	4	4	7	8	25
	RSA	8	8	8	10	11	45
	Res. Assistita Religiosi	1		1	1	2	5
	Residenzialità Assistita				1	2	3
	Villaggio Alzheimer					1	1
AREA DIPENDENZE	DIP-AMB	1	1	2	1	4	9
	DIP-BIA				1		1
	DIP-COM	3	2				5
AREA DISABILI	CDD	4	5	4	6	4	23
	CSS	2	1	1	2		6
	RSD		2	1	1	1	5
CURE PALLIATIVE	HOSPICE	1		1		2	4
	UOCP	4		3	2		9
RIABILITAZIONE	CURE INTERMEDIE						
	POST ACUTI					2	2
	SRM			1			1
	TOTALE:	26	23	26	32	37	

	TOTALE ASST:	144	
--	--------------	-----	--

Come già evidenziato in precedenza all'interno del capitolo relativo all'*Analisi del Contesto*, è da rilevare che il nostro territorio MB evidenzia una situazione di sofferenza relativamente al dato di offerta dei posti letto in RSA. A fronte del dato medio regionale (al 2022) pari a 4,8 posti letto ogni 100 anziani di età > 75 anni, il territorio di questa ASST ha un valore medio complessivamente inferiore e pari al 3,1%.

Di seguito l'offerta di servizi domiciliari, con la specifica dei territori su cui risultano accreditati per l'erogazione enti gestori di Cure Domiciliari, Cure palliative domiciliari, riabilitazione domiciliare e RSA collocate sullo stesso territorio, contrattualizzate per la misura RSA Aperta.

In riferimento ai servizi di riabilitazione, sono state evidenziate le collocazioni delle sedi secondarie di cui alcune unità d'offerta dispongono proprio per aggiungere maggiore capillarità di servizi a disposizione della popolazione.

Tabella 5 - Offerta domiciliare

TIPOLOGIA UdO	TOTALE				
	CARATE BRIANZA	DESIO	SEREGNO	VIMERCATE	MONZA
C-DOM	21	19	19	21	19
C-DOM con sede fuori dal territorio dell'ATS Brianza	1	5	5	5	2
RSA Aperta			2	2	4
UCPDOM	2	2	2	2	1
UCPDOM con sede fuori dal territorio dell'ATS Brianza	3	3	3	3	2
RIA AMB DOM sede principale	1		1	1	1
RIA AMB DOM sedi secondarie			2	1	
RIA AMB DOM – CDC					1
TOTALE:	27	29	31	33	28
TOTALE PER ASST:	148				

Infine si presenta anche la disponibilità territoriale delle sedi consultoriali, pubbliche e private.

Tabella 6 - Sedi dei consultori

TIPOLOGIA UdO	TOTALE					
	CARATE BRIANZA	DESIO	SEREGNO	VIMERCATE	MONZA	Totale ASST
CF PRIVATI		1	1	1	1	4
CF PUBBLICI sedi principali	1	2	1	1	1	6
CF PUBBLICI sedi secondarie	1	4	3	2	3	13
TOTALE:	2	7	5	4	5	
TOTALE PER ASST:	23					

FARMACIE TERRITORIALI

Il territorio dei distretti include le Farmacie Territoriali che, come da indicazioni del Dlgs 153/2009, andrebbero intese come Farmacie di Comunità, ossia un presidio sociosanitario del territorio, che in diversi casi funge da front-office del Servizio Sanitario Nazionale.

L'accordo del 28 luglio 2022, stilato tra le regioni, il Governo e i rappresentanti di Federfarma e Assofarm, costituisce uno dei presupposti fondamentali della Delibera di Giunta Regionale n° XII/848 dell'8 agosto 2023, dedicata alla Farmacia dei Servizi, e di successive DGR, con le quali viene prevista la possibilità per le farmacie di offrire esami di prima e seconda istanza (ad esempio rilevazione della glicemia, esame delle urine, colesterolo, trigliceridi, nonché saturimetria con metodi non invasivi, capacità polmonare automisurata, Holter pressori e cardiaci, misurazione pressione arteriosa ecc).

Si ricorda che nelle sedi delle farmacie possono essere eseguiti test diagnostici per la rilevazione del Sars-Cov-2, la somministrazione di vaccini antinfluenzali e anti Covid-19, nonché test diagnostici con prelievo di materiale nasale, salivare, orofaringeo.

A tale scopo, ATS Brianza ha strutturato un documento di "Mappatura" che riporta in modo analitico le tipologie di servizi che le Farmacie Territoriali erogano a favore dei cittadini (al 30.09.2024), pubblicato sul proprio sito e a cui si rimanda per ogni utile consultazione¹³.

La distribuzione delle farmacie Territoriali all'interno dei 5 Distretti dell'ASST Brianza è pressoché omogenea. Nelle tabelle sottostanti sono riportate, rispetto alle n. 231 farmacie complessive della provincia di Monza Brianza, le farmacie presenti in ciascun distretto:

Distretto	Abitanti	Farmacie presenti	Media abitanti per farmacia
Carate	153.058	35	4373
Desio	192.946	54	3573
Monza	171.369	49	3497
Seregno	169.011	44	3841
Vimercate	182.475	49	3723

Tabella 7. – Riabilitazione ASST Brianza

RIABILITAZIONE - ASST BRIANZA												
DISTRETTO	ENTE	PRESIDIO	UO	DESCRITTIVO UO	MACROATTIVITA'	PL IN ASSETTO (a contratto)		PL ATTIVI (a contratto)		PL che rispettano i requisiti IAC (ALTA INTENSITA' DI CURA) DGR n. X/2980/24	PL NEUROLOGIA DGR 1477	
						DEGENZA	DH	DEGENZA	DH			
VIMERCATE	ASST BRIANZA	S. ANNA	16	Neurologia	Riparto di degenza di riabilitazione specialistica - neurologica 1	26	0	26	0	0		
				Cardiologia	Riparto di degenza di riabilitazione specialistica cardiologica 1	26	0	26	0	0		
				Geriatrica	Riparto di degenza di riabilitazione specialistica geriatrica 1	26	0	26	0	0		
			16		Riparto di degenza di riabilitazione specialistica	30	0	30	0	0		
		Riparto di degenza di riabilitazione specialistica		30	0	0	0	0	0			
	ISTITUTO CLINICO JUCCHI	CARATE	16		Riparto di degenza di riabilitazione specialistica	30	0	30	0	0	NO	
					Riparto di degenza di riabilitazione specialistica	2	0	2	0	0		
			16		Riparto di degenza di riabilitazione specialistica	26	0	26	0	0		
					Riparto di degenza di riabilitazione specialistica	30	0	30	0	0		0
	MONZA	MONZA	16		Riparto di degenza di riabilitazione specialistica	30	0	30	0	0		
					Riparto di degenza di riabilitazione specialistica	2	0	2	0	0		
			16		Riparto di degenza di riabilitazione specialistica	0	0	0	0	0		
					Riparto di degenza di riabilitazione specialistica	30	0	30	0	30		0
	MONZA	CANTO NOBILIO L. 503786	16		Riparto di degenza di riabilitazione specialistica 1	0	0	0	0	0		
					Riparto di degenza di riabilitazione specialistica 2	30	0	30	0	30		0
			16		Riparto di degenza di riabilitazione specialistica 1	30	0	30	0	30		0
				Riparto di degenza di riabilitazione specialistica 2	30	0	30	0	30	0		
MONZA	VILLA RICCA L. 503786	16		Riparto di degenza di riabilitazione specialistica 1	30	0	30	0	30			
				Riparto di degenza di riabilitazione specialistica 1	26	0	26	0	26		0	
		16		Riparto di degenza di riabilitazione specialistica 1	30	0	30	0	30		0	
				Riparto di degenza di riabilitazione specialistica 1	26	0	26	0	26		0	
MONZA	POLEVERO	POLEVERO	16	Neurologia	Riparto di degenza di riabilitazione specialistica - neurologica 1	26	0	26	0	0		
					Riparto di degenza di riabilitazione specialistica - neurologica 2	0	0	0	0	0		0
	16	Cardiologia	Riparto di degenza di riabilitazione specialistica - cardiologica 1	26	0	26	0	26	0	0		
			Riparto di degenza di riabilitazione specialistica - cardiologica 2	0	0	0	0	0	0			
			Riparto di degenza di riabilitazione specialistica - cardiologica 3	26	0	26	0	26	0			
REC. POLICLINICO S. ANNA	REC. POLICLINICO S. ANNA	16		Riparto di degenza di riabilitazione specialistica - neurologica	26	0	26	0	26			
				Riparto di degenza di riabilitazione specialistica - cardiologica	2	0	2	0	2		0	
ASST BRIANZA				TOTALE		480	9	445	5	177	20	
					TOTALE ASST BRIANZA	480						
					Al 31/12/2023 la popolazione	873.606						
					rapporto PL / popolazione *1000	0,5	< 0,7					

13 Il link di collegamento è IL seguente <https://www.ats-brianza.it/it/servizio-farmaceutico/148-master-category/servizi-ai-cittadini/3506-farmacia-dei-servizi.html>.

Tabella 8 – Anagrafica UdO Socioassistenziali ASST Brianza aggiornata al 31.08.2024 (per Distretto)

Tipologia struttura	CARATE	DESIO	MONZA	SEREGNO	VIMERCATE	Totale complessivo
CRDM	464	1136	695	1068	2599	5962
Asilo Nido	976	1134	1377	900	1122	5509
CSE	180	96	187	60	65	588
SFA	84	105	60	140	28	417
CAG		45	345			390
CED		35	150		18	203
CE	4	20	109	30		163
APA	45		59	33	17	154
NF	15	20	25	45	20	125
MN	18	29	10	10	30	97
CAD	21		29		10	60
CDA	20				15	35
CASA	12		6	9		27
CE Gen Fig			12	12		24
Alloggio per l'Autonomia	4	12		3		19
CPI		16				16
CE DIURNA				12		12
AA Tipo Educ	3		5	3		11
CF			6			6
Totale complessivo	1846	2648	3075	2325	3924	13818

Legenda

AMBITO SOCIALE	
AA	Alloggio per l'Autonomia
AN	Asilo Nido
APA	Alloggio Protetto per Anziani
CAD	Comunità Alloggio Disabili
CAG	Centro di Aggregazione Giovanile
CASA	Comunità Alloggio Sociale Anziani
CDA	Centro Diurno Anziani
CE	Comunità Educativa
CED	Centro Educativo Diurno
CEPI	Comunità Educativa Pronto Intervento
CF	Comunità Familiare
CPI	Centro Prima Infanzia
CRR	Comunità di Risocializzazione e Reinserimento
CSE	Centro Socio Educativo
MN	Micro Nido
NF	Nido Famiglia
SFA	Servizio Formazione all'Autonomia
CRDM	CENTRO RICREATIVO DIURNO MINORI
AA Educ	Alloggio per l'Autonomia di tipo Educativo
AA Gen Fig	Alloggi per l'Autonomia Genitore Figli
CE Gen Fig	Comunità Educativa Genitore Figli
CE Diurna	Comunità Educativa Diurna

Scheda intervento 1 Posti letto in cure intermedie e continuità dell'assistenza

Criticità o razionale del progetto	Assenza/carenza di risorse in grado di assicurare sul territorio settings di Cure Intermedie, nel percorso di dimissione dall'ospedale del paziente e prima del rientro al domicilio Migliorare la continuità dell'assistenza nel passaggio tra i vari setting di cura.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Unità di Offerta Sociosanitarie / Enti erogatori accreditati
Descrizione del servizio / progetto	Promuovere un'analisi e uno studio di fattibilità insieme ad ATS, IRCCS ed Enti erogatori accreditati al fine di avviare nel corso del triennio l'apertura di una rete di offerta che assicuri posti letto in strutture dedicate alle Cure Intermedie, quale setting fondamentale nel percorso di dimissione del paziente dall'ospedale in vista del rientro al domicilio Al riguardo è necessario procedere alla revisione/elaborazione di specifici protocolli quali strumenti per assicurare un fluido passaggio assistenziale tra le strutture ospedaliere e i seguenti ambiti assistenziali: ▪ in Cure Intermedie, ▪ in Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani o per disabili RSD/CSS, ▪ in CDI/CDD ▪ in strutture/servizi/progetti per pazienti psichiatrici.
Ambito territoriale di realizzazione	Tutte le aree distrettuali
Attori/Enti coinvolti	ASST, ATS, IRCCS, Erogatori sociosanitari accreditati
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Direzione strategica, Distretti,
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	Avvio 2025 – fine 2027
	Report monitoraggio posti letto rispetto agli standard regionali entro dicembre 2025 Numero protocolli e/o procedure definiti per assicurare la Transitional Care nei serizi indicati pari al 90% Aumento apertura di posti letto da destinare alle Cure Intermedie nel territorio dell'ASST Brianza – parametro di riferimento posti letto attivi al 31/12/2023

Scheda intervento 2 - Potenziamento dell'offerta di posti letto in strutture residenziali esemi-residenziali

Criticità o razionale del progetto	Come evidenziato all'interno del capitolo dedicato all' <i>Analisi del Contesto</i> , il territorio della provincia di MB evidenzia una situazione di sofferenza relativamente al dato di offerta dei posti letto in RSA. A fronte del dato medio regionale (al 2022) pari a 4,8 posti letto ogni 100 anziani di età > 75 anni, il territorio di questa ASST ha un valore medio complessivamente inferiore e pari al 3,1%. Potenziare i posti letto e le unità di offerta del nostro territorio, quindi, può consentire la costruzione di una risposta agli anziani non autosufficienti e alle loro famiglie che si trovano in difficoltà a sostenerne a domicilio l'assistenza continua, soprattutto quando si è in presenza di patologie neurodegenerative (Alzheimer – disturbi cognitivi). Unitamente ad ATS, IRCCS ed Enti erogatori accreditati si propone di avviare un'analisi sulle possibilità di incrementare posti letto di RSA (per ricoveri di lunga e/o breve degenza) e incentivare lo sviluppo di Centri Diurni per malati di Alzheimer (CDA) per dare soluzioni di supporto e sollievo alle famiglie in difficoltà nella gestione assistenziale al proprio domicilio.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Unità di Offerta Sociosanitarie/Enti erogatori accreditati
Descrizione del servizio / progetto	Avviare un'analisi insieme ad ATS e agli Enti erogatori accreditati al fine di potenziare nel corso del triennio l'offerta di posti letto nelle RSA e, a livello semi-

	residenziale, di Centri Diurni (CDA) improntati in modo mirato ad accogliere pazienti con disturbi cognitivi (Alzheimer), trovando soluzioni flessibili per offrire supporto alle famiglie in difficoltà nella gestione “domiciliare” del proprio familiare. Con riferimento inoltre all’incremento dell’offerta di posti letto nelle RSA, si dovrà tenere conto della previsione anche di nuclei destinati a pazienti malati di Alzheimer, sia per ipotesi di lungo-degenza che per soluzioni anche temporanee (es: ricoveri di sollievo).
Ambito territoriale di realizzazione	Tutte le aree distrettuali
Attori/Enti coinvolti	ASST, ATS, IRCCS, Erogatori sociosanitari accreditati
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Direzione strategica, Distretti
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	Avvio 2025 – fine 2027
Indicatore e risultato atteso	Aumento di posti letto nelle RSA del territorio dell’ASST Brianza; Avvio di nuovi Centri Diurni specifici per soggetti con patologie di Alzheimer; Previsione, all’interno dell’incremento di posti letto nelle RSA, di soluzioni/Nuclei dedicati a soggetti con patologie neurodegenerative, sia in termini di lungo-degenza che p.l. connotati da temporaneità (es: ricoveri di sollievo) Incremento nel triennio del valore medio di p.l. rispetto all’attuale (3,1%) ogni 100 anziani di età > 75 anni.

Le criticità rilevate

Oltre alle rilevazioni contenute nei paragrafi precedenti riguardanti il profilo di salute del territorio di Monza Brianza e gli assetti organizzativi di ASST Brianza, si ritiene utile inserire una sinossi delle criticità segnalate soprattutto nelle aree di integrazione sociosanitaria-sociale, sia nell’ambito della Cabina di Regia di ASST Brianza, sia da osservazioni dei Direttori responsabili dei Servizi territoriali. Tali elementi troveranno una rispondenza nel capitolo relativo alle linee programmatiche generali per lo sviluppo del polo territoriale.

Le seguenti criticità si possono ritenere “trasversali” a tutti i Servizi Territoriali:

- 1) la conoscenza limitata da parte della popolazione delle Strutture Territoriali e in particolare dei servizi offerti nel contesto delle Case di Comunità;
- 2) la difficoltà di reperire informazioni chiare per l’accesso ai diversi Servizi: tale difficoltà è più marcata per i servizi non collocati all’interno delle CdC (implementazione progetti Tutor della Salute e Delegati Sociali);
- 3) le interazioni/comunicazioni tra ospedale/servizi territoriali/MMG-PLS non sempre adeguate, determinano percorsi di cura frammentati e comportano un aggravio per l’utente e la sua famiglia nella gestione della propria problematica;
- 4) la mancanza di supporti adeguati per i caregiver, che necessitano di spazi di ascolto, supporto e consulenza nelle situazioni di maggiore fragilità (implementazione scuola caregiver in raccordo con ATS Brianza).

A questi aspetti problematici, si aggiunge per alcune strutture territoriali la collocazione in strutture vetuste e/o con accessibilità difficoltosa (es. problemi di disponibilità di parcheggio per l’utenza).

Anche i tempi di attesa eccessivamente lunghi per le visite specialistiche ambulatoriali e per le vaccinazioni adulti e viaggiatori internazionali rappresentano una criticità.

Altri aspetti problematici sono invece riconducibili alle seguenti macro-aree più specifiche:

- Salute mentale
- Fragilità
- Assistenza sanitaria di base

Per un approfondimento sulle criticità individuate in queste aree - considerate dal punto di vista dell’utente, dell’azienda e del servizio - e sulle relative progettualità che si intendono sviluppare, si rimanda ai paragrafi specifici.

AREA SALUTE MENTALE

Negli ultimi anni si osservano un costante incremento e significative trasformazioni della domanda di salute mentale. Nonostante l'aumento negli anni della produzione di prestazioni, si segnala tuttavia una carenza di figure specialistiche (psichiatri e neuropsichiatri) e una mancanza di stabilizzazione di tali figure, che non consentono di far fronte in modo adeguato ai bisogni emergenti (in senso quantitativo e qualitativo) e di attuare prese in carico stabili e continuative.

Anche le strutture residenziali richiedono una revisione /ampliamento dell'offerta e l'individuazione di risposte innovative rispetto alle nuove tipologie di domanda di salute mentale.

L'area della salute mentale di ASST Brianza è fortemente interconnessa con i Servizi forniti dai Comuni / Ambiti e con le realtà del Terzo Settore / Volontariato e numerose sono le progettualità ad elevata integrazione sociosanitaria-sociale in essere e regolamentate da Protocolli operativi; risulta necessario prevedere nella prossima triennalità la ridefinizione / revisione di tali accordi.

Una questione "aperta" riguarda, infine, il costante incremento della richiesta di attività certificatoria ai servizi di ASST Brianza, che incide significativamente sull'attività dei professionisti della salute mentale.

AREA FRAGILITÀ

In quest'area un particolare rilievo lo assumono i percorsi di dimissione/ammissione protetta: a questo riguardo è in atto la revisione delle Linee di Indirizzo "Percorso Dimissione / Ammissione Protetta", con la governance di ATS Brianza, a cui si farà riferimento nella prossima triennalità per la stesura di nuovi accordi / protocolli operativi. In particolare dovranno essere individuate soluzioni migliorative per le cure intermedie o altre degenze di transizione.

Un'attenzione specifica dovrà inoltre essere riservata ad alcuni casi particolari di dimissione difficile (i cosiddetti *bed blockers*).

Per le persone senza dimora che accedono alle strutture ospedaliere andrà definito un percorso di dimissione in raccordo con gli Ambiti e i Comuni al fine di veder riconosciuta la residenza anagrafica, decisiva per includere le persone senza dimora nei percorsi di dimissione laddove siano presenti problematiche sociosanitarie che ne limitano l'autonomia e laddove l'iscrizione anagrafica diviene condizione per attivare percorsi di dimissione protetta e per garantire loro la fruizione dei servizi socio-assistenziali.

Si segnala un aumento della durata della degenza che si protrae oltre la stabilizzazione clinica per le persone che si trovano nell'impossibilità, parziale o temporanea, di provvedere al proprio percorso di cura soprattutto laddove non vi siano familiari o vi siano gravi disfunzioni relazionali nella cura. In queste situazioni l'ASST predispone il ricorso per la nomina di Amministratore di Sostegno (ADS) in urgenza sanitaria a tutela del percorso di dimissione. Al fine di diminuire la degenza inappropriata, è in corso la definizione di un protocollo ASST Brianza in accordo con IRCCS San Gerardo e con gli Ambiti-Enti Locali allo scopo di definire funzioni, ruoli e tempistiche degli attori coinvolti. I Comuni segnalano altresì una difficoltà nella gestione delle nomine di ADS per i quali sia stato nominato il sindaco e laddove non sia possibile la delega delle funzioni a servizi di protezione giuridica.

Al fine di garantire l'integrazione sociosanitaria si darà evidenza attraverso l'EVM dei progetti a sostegno dei percorsi di cura complessi. Risulta necessario prevedere la ridefinizione del protocollo attualmente in essere. Un aspetto sui cui si pone una criticità è quello relativo alla valutazione multidimensionale unificata per le persone anziane aventi i requisiti di cui al Decreto legislativo n. 29, 15 marzo 2024 e per individuare il budget di cura e assistenza in sede di PUA.

Si rileva la necessità di attuare il Pronto Intervento Sociale come occasione di collaborazione tra le istituzioni e per garantire una risposta tempestiva alle persone che versano in una situazione di particolare gravità ed emergenza per problematiche a rilevanza sociale anche durante gli orari e giorni di chiusura dei servizi territoriali, 24h/24 e 365 all'anno.

Negli ultimi anni si è lavorato sull'intercettare precocemente le situazioni di fragilità a garanzia della continuità di cura e nell'ambito dell'integrazione tra LEA e LEPS: sono in corso progetti per intercettare precocemente le situazioni di fragilità, definendo il ruolo della COT nella presa in carico delle transizioni in sinergia con tutti i servizi coinvolti. Risulta necessario prevedere nella prossima triennalità la definizione di tali accordi, favorendo laddove possibile la gestione associata.

Per quanto attiene la collaborazione con gli Ambiti, in merito al potenziamento del PUA, sono in corso collaborazioni che vedono la presenza dell'Assistente Sociale di Ambito in Casa di Comunità per migliorare

l'accesso e favorire le dimissioni verso il domicilio ed il raccordo con gli Enti Locali, come declinato nelle schede progetto con la rilevazione di indicatori e con l'obiettivo di incrementare il numero di dimissioni protette gestite in integrazione ASST-Ambito (numero che negli anni scorsi era inferiore al 12%).

AREA ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

La carenza di MMG / PLS comporta, oltre ad un disagio per gli utenti, per i quali sono state tuttavia individuate ed attuate soluzioni alternative (AMT, Centrale Unica), per gli operatori dei Servizi sociali e sociosanitari la mancanza di un referente clinico per le situazioni di particolare fragilità afferenti agli AMT rappresenta una criticità significativa.

Appare necessario definire precise modalità di raccordo tra Distretto e Cure Primarie riguardo ai servizi erogati, anche attraverso semplici procedure omogenee per tutti i Distretti.

Fondamentale la ricomposizione del quadro dell'offerta territoriale di servizi e progetti, inclusi quelli che vedono il coinvolgimento di Enti Locali, Terzo Settore e Volontariato, rafforzando le connessioni tra i diversi erogatori e promuovendo azioni di co-programmazione e co-progettazione. Utile l'individuazione di referenti rappresentativi degli ETS per ciascun Ambito Distrettuale.

ALTRE OSSERVAZIONI

In Cabina di Regia di ASST Brianza è stata sottolineata la necessità di riservare nella programmazione del prossimo triennio una particolare attenzione all'applicazione ed all'eventuale revisione, se necessaria, dei Protocolli, Procedure e Programmi ad elevata integrazione sociosanitaria-sociale, quali il Protocollo ETIM ed il Programma P.I.P.P.I.

Il Piano di sviluppo del Polo Territoriale

Linee programmatiche generali per lo sviluppo del Polo Territoriale

Questo paragrafo del documento ha lo scopo di esplicitare le principali direttrici di sviluppo del Polo territoriale della ASST della Brianza, partendo da: documento Strategico e Patto Territoriale della ASST della Brianza¹⁴, analisi del contesto e dei bisogni, criticità rilevate in sede di cabina di regia, indirizzi regionali indicati nella DGR 2089/24 e indirizzi dettati da Regione Lombardia nel Piano Socio Sanitario Regionale.

In questa prospettiva, la programmazione dettata dalla Direzione Strategica della ASST offre, al territorio e al suo personale, il sistema valoriale che orienta le scelte e le priorità da cui derivano le stesse.

Il Piano di sviluppo del Polo territoriale è strutturato in due parti principali: la prima delinea il sistema valoriale di riferimento e le direttrici che definiscono l'orientamento strategico dell'azienda e la seconda, articolata nelle diverse aree di intervento, descrive gli aspetti tecnici sviluppati seguendo le indicazioni della DGR 2089/24.

Tanto premesso, gli "elementi di valore" che ispirano le scelte della programmazione strategica della ASST della Brianza, indicati nel Documento strategico e patto territoriale, sono:

- Essere un partner del territorio (alimentando una proficua collaborazione con istituzioni, enti locali, università, terzo settore, mondo produttivo, benefattori);
- Consolidare un'identità in comune con il territorio extra-aziendale (sposando i principi del fare e dell'innovazione);
- Generare convergenze per fare sistema (valorizzando le individualità in un disegno unitario);
- "Mantenere in salute" prima di curare e assistere (attivando un cambiamento di paradigma centrato, per esempio, in un passaggio da medicina reattiva a proattiva e di iniziativa);
- Gestire con managerialità e amministrare con diligenza (favorendo una crescente cultura del "servizio" secondo i principi di lean management, con approccio *data driven*).

Definito il sistema valoriale, i principali indirizzi del piano strategico che si integrano con gli indirizzi successivi che provengono dai diversi portatori di interesse (Ambiti- Comuni- ATS- ETS-Sindacati etc) sono:

14 Allegato 1 - documento strategico e patto territoriale della ASST della Brianza

- Riorganizzazione delle attività e delimitazione delle aree di responsabilità sul territorio e gestione dell'urgenza differibile focalizzando l'attenzione su UNICA, 116117, COT, Guardia pediatrica, potenziamento dei Distretti, riorganizzazione delle attività domiciliari e IFeC, gestione della transizione tra i diversi *setting* assistenziali;
- Favorire l'integrazione con gli attori territoriali e ospedalieri (Terzo settore, MMG\PLS e specialisti, Farmacie territoriali);
- Favorire l'efficientamento operativo e le decisioni tramite digitalizzazione delle procedure e semplificazione dei processi;
- Innovare i processi assistenziali tramite: approccio basato sui dati (*data-driven*), revisione delle funzioni (*task-shifting*), collaborazione con le Università e altre agenzie formative, coinvolgimento di pazienti e le associazioni di volontariato nell'innovazione dei processi;
- Porre l'attenzione sui professionisti della salute;
- Piano PNRR- Investire sul polo territoriale in infrastrutture e dotazioni tecnologiche (tramite riqualificazione delle sedi territoriali, sviluppo di CdC - OdC - COT e fornitura di apparecchiature a media e bassa tecnologia¹⁵).

In questi mesi in Cabina di Regia di ASST Brianza e ATS unitamente al Terzo settore e assemblee dei sindaci, si è aperto un confronto al fine di individuare, nelle aree programmatiche che richiedono un'integrazione sociosanitaria-sociale, aspetti specifici o prassi in essere che richiedono azioni migliorative.

Da quanto emerso si sono definite le azioni autonome di ASST che si svilupperanno nel PPT e nei documenti di piano approvati dagli ambiti sociali.

Di seguito si riportano le linee di indirizzo e di sviluppo per area al fine di rafforzare l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali:

AREA FRAGILITÀ, CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA E VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

- Definire protocolli operativi per le dimissioni protette promuovendo soluzioni migliorative verso cure intermedie o altre degenze di transizione, riservando specifica attenzione alle dimissioni di utenti senza fissa dimora e persone psichiatriche. Un'attenzione specifica dovrà inoltre essere riservata ad alcuni casi particolari di dimissione difficile (i cosiddetti *bed blockers*).
- Definire accordi tra pronto intervento sociale e COT/PS/Ospedali per favorire l'integrazione e l'efficacia degli interventi ed evitare rischi di ospedalizzazione;
- Sviluppare integrazione sociosanitaria nelle CdC: PUA/EVM/servizi domiciliari;
- Favorire la partecipazione degli assistenti sociali dei Comuni all'interno di PUA e CdC;
- Effettuare valutazioni con strumenti validati per definire Piani/Progetti individualizzati (L. 33/2023, D. lgs. n. 29/2024 art. 27 vmd unificata, L. 227/2022). Cercare di utilizzare la medesima valutazione per l'accesso ai diversi servizi onde evitare continue valutazioni che utilizzano le medesime scale.
- Delineare le modalità attraverso cui si assicureranno le valutazioni, in particolare nella transizione tra i *setting* assistenziali (a cura delle COT), avvalendosi anche della valutazione del bisogno psicologico della persona e del caregiver da parte del Servizio di Psicologia delle cure Primarie;
- Implementare continuità dell'assistenza nel passaggio tra i vari *setting* di cura;
- Revisionare/elaborare specifici protocolli per assicurare un fluido passaggio assistenziale tra le strutture ospedaliere e i seguenti ambiti assistenziali: cure domiciliari, cure intermedie, ospedali di comunità, RSA, RSD/CSS, CD/CDD, strutture-progetti per pazienti psichiatrici.

AREA CURE DOMICILIARI E PERCORSI DI INTEGRAZIONE A LIVELLO TERRITORIALE CON LA RETE DELLE CURE PRIMARIE

- Considerare «casa» come primo luogo di cura con interventi diversificati: MMG attraverso ADP o tramite progetto sorveglianza domiciliare, CDom, RSA Aperta, UCPDom, SAD;
- Promuovere l'integrazione professionale tra i diversi *setting* delle cure domiciliari;
- Coinvolgere il volontariato;
- Promuovere l'integrazione tra IFeC, MMG, personale di studio MMG attraverso la formazione sul campo;

¹⁵ vedi <https://www.asst-brianza.it/web/index.php/pnrr/>

- Promuovere l'integrazione tra servizi che coinvolgono Specialisti, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali, Associazionismo;
- Introdurre ambulatori diurni di continuità assistenziale all'interno delle CdC (AMT) con medici stanziali per alleviare i problemi collegati anche al mondo del sociale che non hanno un referente medico certo per le situazioni di fragilità;
- Favorire l'implementazione del Servizio di Psicologia delle Cure Primarie
- Sviluppare progetti di prevenzione e promozione della salute in collaborazione con le farmacie territoriali
- Sviluppare progettualità nell'ambito della presa in carico dei cronici in collaborazione con le farmacie territoriali (Farmacia dei servizi)
-

PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE E CO-PROGETTAZIONE ETS

- Sviluppare e curare le informazioni per l'accesso ai servizi della salute e prevenzione tramite l'utilizzo dei nuovi sistemi social per raggiungere gli utenti (Popolazione hard to reach);
- Promuovere Vaccinazioni e Campagne Vaccinali Antiinfluenzale e migliorare le coperture vaccinali;
- Attuare strategie di prevenzione delle patologie da VRS;
- Distrettualizzazione della prevenzione: Promuovere azioni distrettuali di prevenzione e promozione della salute e implementazione di programmi preventivi regionali;
- Favorire la presa in carico infettivologica territoriale;
- Sviluppare un sistema strutturato di attivazione del Piano Caldo in collaborazione con ATS che individui i soggetti fragili superando il problema della privacy;
- Aggiornare il Piano Pandemico di ASST con maggior coinvolgimento del territorio ed ETS;
- Ricomporre il quadro dell'offerta territoriale di servizi e progetti includendo ETS e rafforzare le connessioni tra diversi erogatori di servizi (es. Consultori);
- Evitare di disperdere le risorse degli ETS con miniprogetti e attuare un maggior coordinamento che canalizzi le risorse verso i medesimi obiettivi;
- Promuovere azioni di co-programmazione e co-progettazione con ETS (enti terzo settore);
- Individuare interlocutori istituzionali rappresentativi degli ETS per la ASST/ATS e per ciascun ambito distrettuale;
- Sviluppare forme di collaborazioni con le Organizzazioni Sindacali più rappresentative del territorio;
- Istituire un registro aziendale online snello e funzionale nel quale vengono inserite tutte le associazioni/ETS che hanno collaborato o collaborano nei progetti in cui è coinvolta ASST.

AREA TELEMEDICINA E PRESA IN CARICO DEI CRONICI

- Definizione di un modello organizzativo per l'implementazione dei servizi di telemedicina territoriale e nomina di un referente;
- Mappatura dei processi attivi e relative responsabilità nella gestione dei processi di telemedicina;
- Attivazione progetti di telemonitoraggio;
- Diffusione dei servizi di Telemedicina (Televisita, Teleconsulto, Teleassistenza, Telemonitoraggio, Teleriabilitazione) in attesa della Piattaforma Unica e Centralizzata Regionale
- Gestione incrementale dei pazienti cronici tramite servizi di telemedicina;
- Assunzione di responsabilità proattiva a garanzia della continuità assistenziale;
- Riduzione degli accessi impropri al PS e tasso di ospedalizzazione dei pazienti cronici e fragili;
- Sviluppo della presa in carico dei pz cronici attraverso SGGT;
- Organizzazione idonea per la presa in carico dei MMG non aderenti alla cooperativa tramite Centro servizi ASST.
- Valutazione dell'opportunità di fornire supporto amministrativo/organizzativo privilegiando il ruolo delle COT nella presa in carico dei cronici;
- Definizione dei percorsi post-dimissione del paziente complesso e prenotazione delle prestazioni prescritte per il percorso di cura.

AREA MATERNO INFANTILE E CONSULTORIALE

- Intervenire precocemente nei confronti del disagio emotivo di preadolescenti e adolescenti e sostenere la funzione educativa di genitori e adulti creando un raccordo tra servizi in riferimento alle varie progettualità dedicate agli adolescenti e giovani
- Favorire lo sviluppo dei consultori affinché siano riconosciuti come nodo delle Reti antiviolenza presenti sul territorio in grado di accogliere il bisogno delle donne e dei loro figli, orientare la donna e costruire con lei un programma di presa in carico personalizzato.
- Garantire l'adeguato sviluppo del percorso Bro e della gestione autonoma dell'ostetrica nel percorso nascita fisiologico, nonché lo sviluppo di sistemi di supporto e monitoraggio domiciliari;
- Sviluppare le attività di promozione della salute e della fertilità nelle scuole secondarie di II grado;
- Sviluppare l'accesso ai programmi di consultazione specialistica ginecologica presso i consultori;
- Sviluppare e riorganizzare l'area consultoriale anche in ragione dell'attività di screening e dell'apertura delle CdC;
- Collaborare con i centri per la famiglia focalizzandosi sui primi mille giorni di vita;
- Nell'applicazione del modello ETIM, riservare una particolare attenzione anche alla presa in carico post-valutazione;
- Valorizzare e sviluppare il programma P.I.P.P.I.

AREA SALUTE MENTALE

- Prevedere la ridefinizione e/o revisione degli accordi/protocolli sulle progettualità ad elevata integrazione sociosanitaria e sociale in quanto l'area della salute mentale di ASST Brianza e Fondazione IRCCS San Gerardo è fortemente interconnessa con i Servizi forniti dai Comuni/Ambiti e con le realtà del Terzo Settore/Volontariato;
- Sviluppare azioni finalizzate ad attenuare la carenza di figure specialistiche di Neuropsichiatri/Psichiatri (tramite *task shifting*, nuove assunzioni, coinvolgimento del Terzo settore);
- Ridurre progetti temporanei e sviluppare servizi strutturati;
- Rivedere alcune soluzioni in merito alla difficoltà di accesso alle strutture residenziali (es: utilizzo Comunità educative in mancanza di Comunità Terapeutiche);
- Rivalutare le certificazioni a favore di minori con richiesta di sostegno educativo a scuola: valutare se possibile implementare tipi di intervento diversi, quali attività laboratoriali/di gruppo
- Definire/rinnovare protocolli operativi riguardanti interventi e attività erogate a favore di pazienti psichiatrici (es tirocini lavorativi);
- Sviluppare in ambito ospedaliero la gestione dell'emergenza psichiatrica dedicando degli spazi nel Pronto Soccorso;
- Implementare le Equipe Forensi Psichiatriche e potenziare le attività di salute mentale nelle carceri;
- Sviluppare protocolli per la *transitional care* coinvolgendo personale dell'équipe di psichiatria, dipendenze, disabilità e NPIA;
- Attuare i progetti innovativi con un'ottica di network trasversali di cura, secondo il modello del Piano Operativo Autismo;
- Basare le liste d'attesa della NPIA su criteri di priorità (triage) trasparenti e condivisi mediante un sistema informativo unico regionale;
- Approfondire la "questione aperta" riguardante il costante incremento della richiesta di attività certificatoria ai servizi di ASST Brianza, che incide significativamente sull'attività dei professionisti della salute mentale.

E' evidente che tali linee di indirizzo non sono esaustive e le stesse devono integrarsi con i diversi progetti che saranno sviluppati nel tempo dalle diverse istituzioni per il raggiungimento dei loro obiettivi o in ragione delle necessità emergenti. Questo documento vuole essere un inizio di una programmazione territoriale a medio termine.

Risorse e investimenti per lo sviluppo del Polo Territoriale

Il miglioramento della salute territoriale richiede un approccio integrato che consideri non solo gli aspetti clinici, ma anche le determinanti sociali, ambientali ed economiche della salute. Per attuare un efficace

piano di sviluppo, è fondamentale mobilitare risorse adeguate, sia finanziarie che umane. Ciò implica investimenti in infrastrutture sanitarie, formazione del personale, tecnologie informative e sistemi di prevenzione, nonché la promozione del coinvolgimento della comunità. Di seguito sono descritti i principali investimenti sia in termini di risorse umane sia per ciò che riguarda le risorse materiali che l'ASST della Brianza, metterà in campo nel prossimo triennio per lo sviluppo dell'assistenza territoriale.

RISORSE UMANE POLO TERRITORIALE

Di seguito si riportano le tabelle con le risorse umane approvate con DGR 2804 del 22/07/2024 per le diverse aree Polo Ospedaliero e Polo Territoriale¹⁶. Si evidenzia comunque che, nel triennio 2024-2026, la dotazione di personale da destinare al Polo Territoriale prevede un progressivo incremento correlato all'adeguamento e agli standard inclusi dalla nuova offerta di servizi prevista da PNRR e dalla attuazione della LR 22/2021. Alla data del 31.12.2024 è attesa, per il Polo Territoriale, una consistenza complessiva di 1.258 unità di personale dipendente, in relazione allo sviluppo del Polo Territoriale previsto (in aumento rispetto al 2023). Per il 2025 è previsto un incremento con una dotazione di personale dipendente pari a 1.631 unità. Di seguito si riportano le tabelle allegate alla DGR indicata in precedenza:

DO 2024															
DO 2024	OSPEDALE					TERRITORIO									TOTALE COMPLESSIVO AMT
	TOTALE OSPEDALE	... di cui				Direttri, CDC, COT e ODC	ADI	Area prevenzione	Dipartimento salute mentale	Curetti	Cure primarie	Altri servizi territoriali	TOTALE TERRITORIO		
Raggruppamento profili															
DIRIGENZA MEDICA	561	36	60	201	118	12	8	13	60	2	2	15	112	673	
DIRIGENZA VETERINARIA													0	0	
DIRIGENZA SANITARIA	29					10	1	0	31	1	0	10	53	82	
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	4											1	1	5	
DIRIGENZA PROFESSIONALE	8												0	8	
DIRIGENZA TECNICA	3												0	3	
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	9					3					2	1	6	15	
TOTALE DIRIGENZA	614	36	60	201	118	25	9	13	91	3	4	27	172	786	
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	1.263	139	197			49	14	54	138	7		117	379	1.642	
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)						125							125	125	
OSTETRICA	107		14									21	21	128	
PERSONALE TECNICO SANITARIO	193												0	193	
ASSISTENTI SANITARI	2							13			1	2	16	18	
TECNICO DELLA PREVENZIONE	3												0	3	
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	68					4			107	1		29	141	209	
ASSISTENTI SOCIALI	2					26			27	3		11	67	89	
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	192							1	2			44	47	239	
OTA	17	2	1						2				2	19	
OSI	441	89	36			10	3	1	25			99	138	579	
AUTELIANI	6								1			2	3	9	
ASSISTENTE RELIGIOSO	2												0	2	
PERSONALE AMMINISTRATIVO	299					37		2	6		11	115	191	490	
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	1												0	1	
RICERCATORI O COLLABORATORI DI RICERCA SANITARIA	0												0	0	
TOTALE COMPARTO	2.596	239	248			271	17	71	308	11	12	446	1.138	3.726	
TOTALE COMPLESSIVO	3.210	246	308	201	118	296	26	84	399	14	16	467	1.362	4.512	

¹⁶ Piano triennale dei fabbisogni del personale Delibera Asst N. 787 del 14/08/2024.

La DGR regionale con i dati di dettaglio è reperibile alla seguente pagina: <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/Giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/DettaglioDelibere/delibera-2804-legislatura-12>

FABBISOGNO 2025		OSPEDALE					TERRITORIO										TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	... di cui COSTI relativi a Distretti, CDC, COT e CDC
		TOTALE OSPEDALE	... di cui				Distretti, CDC, COT e CDC	ADI	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	cancer	Cure primarie	Altri servizi territoriali	TOTALE TERRITORIO					
			pronto soccorso	tempo intensivo, Blocco operatorio e A&EU	area medica	area chirurgica													
Raggruppamenti profili																			
Tecnici di base e tecnico	DIRIGENZA MEDICA	8,1	3,1		0,8	0,3	0,0			2,3	3,3		1,3	7,6	16,0				
	DIRIGENZA VETERINARIA													0,0	0,0				
	DIRIGENZA SANITARIA	5,5	0,6				1,1	0,4		23,6			0,4	25,1	27,0				
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE													0,0	0,0				
	DIRIGENZA PROFESSIONALE													0,0	0,0				
	DIRIGENZA TECNICA													0,0	0,0				
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA													0,0	0,0				
	TOTALE DIRIGENZA	13,6	3,7	0,8	0,8	0,3	1,1	0,4	0,0	25,9	3,3	0,0	1,7	30,4	43,1		2.324.290	95.800	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (incluse IFeC)									5,3				5,3	5,3				
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)													0,0	0,0				
	OSTETRICA													0,0	0,0				
	PERSONALE TECNICO SANITARIO													0,0	0,0				
	ASSISTENTI SANITARI													0,0	0,0				
	TECNICO DELLA PREVENZIONE													0,0	0,0				
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE									12,4				12,4	12,4				
	ASSISTENTI SOCIALI													0,0	0,0				
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	0,3												0,0	0,0				
	OTA													0,0	0,0				
	OSI													0,0	0,0				
	AUTELIANI													0,0	0,0				
	ASSISTENTE RELIGIOSO													0,0	0,0				
	PERSONALE AMMINISTRATIVO													0,0	0,0				
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE													0,0	0,0				
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA													0,0	0,0				
	TOTALE COMPARTO	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,7	0,0	0,0	0,0	12,7	13,2		588.000	
	TOTALE COMPLESSIVO	13,9	3,7	0,8	0,8	0,3	1,1	0,4	0,0	38,6	3,3	0,0	1,7	44,2	56,3		2.912.290	95.800	
Tecnici di base e tecnico	DIRIGENZA MEDICA	5,0	4,0		1,0									0,0	5,0				
	DIRIGENZA VETERINARIA													0,0	0,0				
	DIRIGENZA SANITARIA													0,0	0,0				
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE													0,0	0,0				
	DIRIGENZA PROFESSIONALE													0,0	0,0				
	DIRIGENZA TECNICA													0,0	0,0				
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA													0,0	0,0				
	TOTALE DIRIGENZA	5,0	4,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0		28.000		
	PERSONALE INFERMIERISTICO (incluse IFeC)													0,0	0,0				
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)													0,0	0,0				
	OSTETRICA													0,0	0,0				
	PERSONALE TECNICO SANITARIO													0,0	0,0				
	ASSISTENTI SANITARI													0,0	0,0				
	TECNICO DELLA PREVENZIONE													0,0	0,0				
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE													0,0	0,0				
	ASSISTENTI SOCIALI													0,0	0,0				
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO													0,0	0,0				
	OTA													0,0	0,0				
	OSI													0,0	0,0				
	AUTELIANI													0,0	0,0				
	ASSISTENTE RELIGIOSO													0,0	0,0				
	PERSONALE AMMINISTRATIVO													0,0	0,0				
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE													0,0	0,0				
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA													0,0	0,0				
	TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		28.000		
	TOTALE COMPLESSIVO	5,0	4,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0		56.000		

DO 2025

DO 2025	OSPEDALE					TERRITORIO								TOTALE COMPLESSIVO AMT
	TOTALE OSPEDALE	... di cui				Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	Aree prevenzione	Dipartimento salute mentale	Carceri	Cure primarie	Altri servizi territoriali	TOTALE TERRITORIO	
		di cui pronto soccorso	tempo intensivo, Blocco operatorio e A&EU	area medica	area chirurgica									
Raggruppamento profili														
DIRIGENZA MEDICA	590	36	60	201	113	23	23	16	64	2	2	15	145	735
DIRIGENZA VETERINARIA													0	0
DIRIGENZA SANITARIA	29					14	1	0	35	1	0	10	61	90
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	3											1	1	4
DIRIGENZA PROFESSIONALE	9												0	9
DIRIGENZA TECNICA	3												0	3
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	9					3					2	1	6	15
TOTALE DIRIGENZA	643	36	60	201	113	40	24	16	99	3	4	27	213	856
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	1.276	139	197			34	26	64	140	17		141	442	1.718
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)						214							214	214
OSTETRICA	106		14									25	25	131
PERSONALE TECNICO SANITARIO	195											1	1	196
ASSISTENTI SANITARI	2							13			1	2	16	18
TECNICO DELLA PREVENZIONE	3												0	3
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	72					4	12		114	0		30	160	232
ASSISTENTI SOCIALI	3					26	2		34	0		11	73	76
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	104							1	2			42	45	229
OTA	25	2	1						2			9	11	36
OSI	430	69	36			37	10	13	31			91	182	612
AUXILIARI	6								1			2	3	9
ASSISTENTE RELIGIOSO	2												0	2
PERSONALE AMMINISTRATIVO	311					90	2	1	9	1	13	130	246	557
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0												0	0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0												0	0
TOTALE COMPARTO	2.615	220	248	0	0	425	52	92	333	18	14	464	1.418	4.033
TOTALE COMPLESSIVO	3.258	246	308	201	113	465	76	108	432	21	18	511	1.631	4.889

PTE e COSTI 2025																	
FABBISOGNO 2025		TOTALE OSPEDALE	di cui				TERRITORIO								TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	di cui COSTI relativi a Dares, CDC, COT e CDC
			pronto soccorso	tempo intensivo, Blocco operatorio e AMU	area medica	area chirurgica	Dares, CDC, COT e CDC	ACI	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	cancer	Com primario	Altre attività territoriali	TOTALE TERRITORIO			
DIPARTIMENTO 1	URGENZA MEDICA	544,0	29,8	53,1	106	113	8,5	9,8	9,5	92,0	2,0	2,5	15,5	143,8	647,8		
	URGENZA VETERINARIA	0,0	0,0	0,0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	URGENZA SANITARIA	26,0	0,0	0,0	0	0	5,8	1,0	0,0	33,6	1,0	0,0	10,0	51,4	77,4		
	URGENZA solo IN PRESSIONI SANITARI	2,3	0,0	0,0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3		
	URGENZA PROFESSIONALE	6,8	0,0	0,0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,8		
	URGENZA TECNICA	5,0	0,0	0,0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0		
	URGENZA AMMINISTRATIVA	8,0	0,0	0,0	0	0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	1,0	4,5	12,5		
	TOTALE URGENZA	596,9	39,8	113,1	106,1	113,1	15,3	10,8	9,5	116,6	3,0	5,0	26,5	118,3	740,3	75.484,810	134.146,810
	PERSONALE INFERMERISTICO (incl. Inc)	1.180,5	177,0	164,7	0	0	27,2	28,1	44,0	193,3	5,7	0,0	117,7	340,0	1.550,0		
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (Inc)	0,0	0,0	0,0	0	0	130,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	130,7	130,7		
	OSTETRICA	95,8	0,0	0,0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	21,0	21,0	121,4		
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	184,4	0,0	0,0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	185,4		
	ASSISTENTI SANITARI	1,3	0,0	0,0	0	0	0,0	0,0	17,5	0,0	0,0	1,5	0,0	14,5	15,8		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,8	0,0	0,0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	45,0	0,0	0,0	0	0	1,8	4,7	0,0	102,7	0,0	0,0	28,7	117,2	201,7		
	ASSISTENTI SOCIALI	2,3	0,0	0,0	0	0	22,0	2,5	0,0	29,0	0,0	0,0	10,1	44,6	66,7		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	185,0	0,0	0,0	0	0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	41,0	42,0	227,0		
	ATA	264,0	2,0	1,0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,7	8,4	32,8	284,2		
	ORI	401,0	55,0	56,0	0	0	8,5	2,0	4,0	29,0	0,0	0,0	96,3	139,8	541,3		
	AUSILIARI	5,7	0,0	0,0	0	0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,8	1,8	8,5		
ASSISTENTE RELIGIOSO	1,0	0,0	0,0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0			
PERSONALE AMMINISTRATIVO	284,0	0,0	0,0	0	0	45,0	8,5	2,0	7,0	0,0	14,3	118,9	186,3	470,4			
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0	0,0	0,0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
REGISTRATORE o COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0	0,0	0,0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
TOTALE COMPARTO	2.423,8	194,9	185,7	0,0	0,0	287,7	37,8	62,0	180,2	5,7	15,5	486,6	1.113,9	3.539,6	145.135,526	11.251,526	
TOTALE COMPLESSIVO	3.020,7	224,7	240,7	106,1	113,1	243,0	48,6	71,5	270,5	8,7	16,5	493,4	1.297,7	4.383,3	145.135,526	11.251,526	
DIPARTIMENTO 2	URGENZA MEDICA	0,0				1,0							0,0	0,0	0,0		
	URGENZA VETERINARIA	0,0												0,0	0,0		
	URGENZA SANITARIA	0,0												0,0	0,0		
	URGENZA solo IN PRESSIONI SANITARI	0,0												0,0	0,0		
	URGENZA PROFESSIONALE	0,0												0,0	0,0		
	URGENZA TECNICA	0,0												0,0	0,0		
	URGENZA AMMINISTRATIVA	0,0												0,0	0,0		
	TOTALE URGENZA	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	120,000	
	PERSONALE INFERMERISTICO (incl. Inc)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (Inc)	0,0												0,0	0,0		
	OSTETRICA	0,0												0,0	0,0		
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0												0,0	0,0		
	ASSISTENTI SANITARI	0,0												0,0	0,0		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0												0,0	0,0		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0												0,0	0,0		
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0												0,0	0,0		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	0,0												0,0	0,0		
	ATA	0,0												0,0	0,0		
	ORI	0,0												0,0	0,0		
	AUSILIARI	0,0												0,0	0,0		
ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0												0,0	0,0			
PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0												0,0	0,0			
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0												0,0	0,0			
REGISTRATORE o COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0												0,0	0,0			
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	120,000	
TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	120,000	

FABBISOGNO 2025		OSPEDALE				TERRITORIO								TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	di cui COSTI relativi a Dipartimenti CDC, COT e CD
		TOTALE OSPEDALE	pronto soccorso	tempo intensivo, Blocco operatorio e AMU	area medica	area chirurgica	Dipartimenti, CDC, COT e CD	ASL	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	cancer	Care primarie	Altre attività territoriali			
Comparto Reggiamapomati profilo																
Comparto di servizio A.C.T. (Comparto Specialistico di servizio a M.E.T.)	URGENZA MEDICA	6,5			8,5		1,8			2,8			5,4	10,0	10,5	
	URGENZA VETERINARIA													0,0	0,0	
	URGENZA SANITARIA									6,4			5,0	10,3	10,3	
	URGENZA solo PRESSIONI SANITARIE													0,0	0,0	
	URGENZA PROFESSIONALE													0,0	0,0	
	URGENZA TECNICA													0,0	0,0	
	URGENZA AMMINISTRATIVA													0,0	0,0	
	TOTALE URGENZA	6,5	0,0	0,0	8,5	0,0	1,8	0,0	0,0	9,2	0,0	0,0	9,3	20,3	20,3	2.960,007
	PERSONALE INFERMERISTICO (incl. Inc)													0,0	0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (Inc)													0,0	0,0	
	OSTETRICA													0,0	0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO													0,0	0,0	
	ASSISTENTI SANITARI													0,0	0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE													0,0	0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE													0,0	0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI													0,0	0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO													0,0	0,0	
	ATA													0,0	0,0	
	ORI													0,0	0,0	
AUSILIARI													0,0	0,0		
ASSISTENTE RELIGIOSO													0,0	0,0		
PERSONALE AMMINISTRATIVO													0,0	0,0		
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE													0,0	0,0		
REGISTRATORE o COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA													0,0	0,0		
TOTALE COMPARTO	6,5	0,0	0,0	8,5	0,0	1,8	0,0	0,0	9,2	0,0	0,0	9,3	20,3	20,3	2.960,007	
Comparto di servizio A.C.T. (Comparto Specialistico di servizio a M.E.T.)	URGENZA MEDICA													0,0	0,0	
	URGENZA VETERINARIA													0,0	0,0	
	URGENZA SANITARIA													0,0	0,0	
	URGENZA solo PRESSIONI SANITARIE													0,0	0,0	
	URGENZA PROFESSIONALE													0,0	0,0	
	URGENZA TECNICA													0,0	0,0	
	URGENZA AMMINISTRATIVA													0,0	0,0	
	TOTALE URGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE INFERMERISTICO (incl. Inc)	4,0	2,0							1,8				1,8	6,8	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (Inc)													0,0	0,0	
	OSTETRICA	8,0											0,1	8,1	8,1	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,2												0,2	0,2	
	ASSISTENTI SANITARI													0,0	0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE													0,0	0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE												5,0	5,0	5,0	
	ASSISTENTI SOCIALI													0,0	0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	4,2											0,0	0,0	4,2	
	ATA													0,0	0,0	
	ORI	15,0	1,0							1,0			0,8	16,8	16,8	
AUSILIARI													0,0	0,0		
ASSISTENTE RELIGIOSO													0,0	0,0		
PERSONALE AMMINISTRATIVO	9,4					9,3		0,0				1,0	10,7	10,7		
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE													0,0	0,0		
REGISTRATORE o COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA													0,0	0,0		
TOTALE COMPARTO	47,7	3,0	0,0	0,0	0,0	9,3	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	11,7	24,8	67,1	2.956,006	
TOTALE COMPLESSIVO	47,7	3,0	0,0	0,0	0,0	9,3	0,0	0,0	12,0	0,0	0,0	11,7	24,8	67,1	2.956,006	

FABBRIANO 205	OSPEDALE					TERRITORIO								TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	... di cui COSTI vitalizi e Cure, CDC, COT e CDC	
	TOTALE OSPEDALE	... di cui				Dipartimento CDC, COT e CDC	ADI	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	cancer	Cure primarie	Altre attività territoriali	TOTALE TERRITORIO				
		pronto soccorso	tempo atteso, Riesco operante e ASSTU	area medica	area chirurgica												
Capogruppo	Raggruppamento profilo																
Risorsa di lavoro a tempo pieno	DIREZIONE MEDICA	8,1	3,1		0,6	0,3				2,3	1,3		1,3	7,9	16,0		
	DIREZIONE VETERINARIA													0,0	0,0		
	DIREZIONE SANITARIA	3,5	0,6				1,1	0,4		20,0			0,4	25,5	27,0		
	DIREZIONE delle PROFESSIONI SANITARIE													0,0	0,0		
	DIREZIONE PROFESSIONALE													0,0	0,0		
	DIREZIONE TECNICA													0,0	0,0		
	DIREZIONE AMMINISTRATIVA													0,0	0,0		
	TOTALE EMERGENZA	11,6	3,7	0,6	0,6	0,3	1,9	0,4	0,0	20,0	1,3	0,0	1,7	31,4	43,1	2.134,290	15.000
	PERSONALE INFERMIERISTICO (medico) (Rn)									0,1				0,1	0,1		
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (Rn)													0,0	0,0		
	OSTETRICA													0,0	0,0		
	PERSONALE TECNICO SANITARIO													0,0	0,0		
	ASSISTENTI SANITARI													0,0	0,0		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE													0,0	0,0		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE									12,4				12,4	12,4		
	ASSISTENTI SOCIALI													0,0	0,0		
	PERSONALE RICICLO TECNICO NON SANITARIO	0,5												0,0	0,0		
	UTA													0,0	0,0		
	TRI													0,0	0,0		
	ALTRI													0,0	0,0		
	ASSISTENTE RELAZIONI													0,0	0,0		
	PERSONALE AMMINISTRATIVO													0,0	0,0		
	PERSONALE COMUNICAZIONE/INFORMAZIONE													0,0	0,0		
	RICERCATORE/COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA													0,0	0,0		
	TOTALE COMPARTO	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,7	0,0	0,0	0,0	12,7	13,2	500,000	
	TOTALE COMPLESSIVO	12,1	3,7	0,6	0,6	0,3	1,9	0,4	0,0	32,6	1,3	0,0	1,7	44,1	56,3	2.134,290	15.000
Risorsa di lavoro a tempo parziale	DIREZIONE MEDICA	5,0	4,0		1,0									0,0	0,0		
	DIREZIONE VETERINARIA													0,0	0,0		
	DIREZIONE SANITARIA													0,0	0,0		
	DIREZIONE delle PROFESSIONI SANITARIE													0,0	0,0		
	DIREZIONE PROFESSIONALE													0,0	0,0		
	DIREZIONE TECNICA													0,0	0,0		
	DIREZIONE AMMINISTRATIVA													0,0	0,0		
	TOTALE EMERGENZA	5,0	4,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,000	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (medico) (Rn)													0,0	0,0		
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (Rn)													0,0	0,0		
	OSTETRICA													0,0	0,0		
	PERSONALE TECNICO SANITARIO													0,0	0,0		
	ASSISTENTI SANITARI													0,0	0,0		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE													0,0	0,0		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE													0,0	0,0		
	ASSISTENTI SOCIALI													0,0	0,0		
	PERSONALE RICICLO TECNICO NON SANITARIO													0,0	0,0		
	UTA													0,0	0,0		
	TRI													0,0	0,0		
	ALTRI													0,0	0,0		
	ASSISTENTE RELAZIONI													0,0	0,0		
	PERSONALE AMMINISTRATIVO													0,0	0,0		
	PERSONALE COMUNICAZIONE/INFORMAZIONE													0,0	0,0		
	RICERCATORE/COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA													0,0	0,0		
	TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,000	
	TOTALE COMPLESSIVO	5,0	4,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,000	0

INVESTIMENTI STRUTTURALI POLO TERRITORIALE

In questo paragrafo sono riportati i dati relativi ad una parte delle risorse necessarie per implementare dal punto di vista strutturale e tecnologico il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale. Questi dati si riferiscono ai finanziamenti per le infrastrutture territoriali, finanziate dal PNRR, distinti da quelli stanziati dai Piani Nazionali e Regionali per il Polo Ospedaliero e per le grandi apparecchiature, le apparecchiature a media e bassa tecnologia e l'investimento aziendale complessivo per i Sistemi Informativi. Nella prima tabella vengono riportati gli investimenti complessivi sia per l'area del Polo Ospedaliero sia per l'area del Polo Territoriale mentre nella seconda tabella vengono riportati alcuni valori di dettaglio relativi al Polo Territoriale (CDC-OCD-COT ecc).

In termini generali preme sottolineare che rapportando l'impegno economico complessivo con la popolazione servita dalla Azienda, pari a 877.680 persone, l'investimento pro-capite è pari a 111,94 euro, dei quali 38,67 euro pro capite finanziati tramite PNRR e PNC e i restanti 73,27 euro da altre fonti (regionali e aziendali). È significativo, dunque, notare che l'investimento pro-capite della ASST Brianza è di molto maggiore rispetto alla spesa media pro-capite a livello nazionale che si aggira attorno ai 34 euro esclusi gli investimenti PNRR (dati 2018)17.

Tabella 1 - Investimenti (iva inclusa) ASST Brianza suddivisi per ambiti

Ambito	di Polo territoriale	4.717.215,33 €
Vimercate	Polo ospedaliero	754.574,00€
	Grandi apparecchiature	1.138.248,39 €

17 Media della spesa consolidata in conto capitale netta per regione (https://www.agenziacoesione.gov.it/wp-content/uploads/2020/09/CPT_Informa_Sanitax.pdf).

	TOTALE	6.610.037,72 €
Ambito di Besana, Carate Brianza, Giussano	Polo territoriale	6.972.832,34 €
	Polo ospedaliero	10.260.000,00 €
	Grandi apparecchiature	509.411,90 €
	TOTALE	17.742.244,24 €
Ambito di Desio, Limbiate	Polo territoriale	13.102.556,50 €
	Polo ospedaliero	30.480.970,34 €
	Grandi apparecchiature	3.692.688,74 €
	TOTALE	47.276.215,58 €
Ambito Monza	Polo territoriale	5.361.200,00 €
	TOTALE	5.361.200,00 €
Ambito di Seregno, Lissone	Polo territoriale	3.490.332,38 €
	Polo ospedaliero	4.717.215,33 €
	Grandi apparecchiature	141.624,68 €
	TOTALE	10.931.917,06 €
Apparecchiature a bassa-media tecnologia		2.918.300,00 €
Sistemi informativi		7.419.187,56 €
TOTALE INVESTIMENTI		98.250.102,16 €

Di seguito si riporta la tabella con gli investimenti specifici per il polo territoriale aggiornata a novembre 2024.

COMUNE	INDIRIZZO		DENOMINAZIONE (ATTIVITA')	INTERVENTO	IMPORTO FINANZIAMENTO	DATA INIZIO LAVORI
AGRATE	Via	Lecco snc	Casa di Comunità	realizzazione nuovo fabbricato ad uso Casa di comunità	1.685.000,00 €	Entro fine novembre 2024
BELLUSCO	Corte	dei Frati	Casa di Comunità	ristrutturazione edificio per realizzazione CdC	1.404.828,30 €	avvio lavori in data 29 ottobre 2024
USMATE V.	Via	Roma, 85	Centro Polivalente	Adeguamento Palazzina B; nuovo ascensore palazzina B e ampliamento parcheggi del PO di Usmate	1.300.000,00 €	aprile 2024
				Intervento di potenziamento degli impianti aeraulici a supporto della terapia semintensiva di tipo B ubicata presso il P.O. di Vimercate	135.000,00 €	31.05.2024

VIMERCATE	Via	Brambilla, 11	Casa di Comunità	Realizzazione CdC di Vimercate	185.848,53 €	target raggiunto - concluso
			COT	Realizzazione COT di Vimercate	17.495,00 €	target raggiunto - concluso
CESANO M.	Via	San Carlo, 2	Casa di Comunità	ristrutturazione e edificio per realizzazione CdC	2.177.040,33 €	08.07.2024
DESIO	Via	Foscolo, 24	Casa di Comunità	ristrutturazione e edificio per realizzazione CdC	2.081.328,30 €	26.08.2024
LIMBIATE	Via	Monte Grappa, 19	Casa di Comunità	ristrutturazione e edificio per realizzazione CdC	1.158.379,03 €	Entro fine dicembre 2024
			Ospedale di Comunità	ristrutturazione e edificio per realizzazione OdC	5.202.392,10 €	Entro fine dicembre 2024
			COT	ristrutturazione e edificio per realizzazione COT	57.206,00 €	target raggiunto - concluso
LIMBIATE	Via	Monte Grappa, 19	RSD ed. Montessori	lavori di ristrutturazione e generici	1.000.000,00 €	30 gennaio 2024
LIMBIATE	Via	Monte Grappa, 19	ed. 30 posti letto	inserimento consultorio	48.282,99 €	15 gennaio 2024
BESANA B.ZA	Via	Viarana, 38	ex Ospedale	Adeguamento alla normativa di prevenzione incendi Monoblocco; Ristrutturazione e monoblocco piano 1 laboratori per attività di recupero dei pazienti dei servizi psichiatrici e piano 3 UO di Neuropsichiatria Infantile	1.400.000,00 €	verbale consegna lavori 22/07/2024
BESANA B.ZA	Via	Viarana, 38	COT	ristrutturazione e edificio per realizzazione COT	26.663,00 €	target raggiunto - concluso
			Casa di Comunità	ristrutturazione e edificio per	2.224.436,87 €	verbale consegna

				realizzazione CdC		lavori 22/07/2024
GIUSSANO	Via	Milano, 65	Casa di Comunità	Lavori di adeguamento alla normativa di sicurezza, prevenzione incendi e accreditamento del monoblocco ospedaliero	3.000.000,00 €	verbale consegna lavori 21/10/2024 (consegna parziale)
GIUSSANO	Via	Milano, 65	Casa di Comunità	ristrutturazione e edificio per realizzazione CdC	1.121.971,00 €	verbale consegna lavori 21/10/2024 (consegna parziale)
GIUSSANO	Via	Milano, 65	Casa di Comunità	ristrutturazione e edificio per realizzazione CdC	1.451.627,41 €	verbale consegna lavori 21/10/2024 (consegna parziale)
			Ospedale di Comunità	ristrutturazione e edificio per realizzazione OdC	2.106.651,11 €	verbale consegna lavori 21/10/2024
			COT	ristrutturazione e edificio per realizzazione COT	24.846,00 €	target raggiunto - concluso
LISSONE	Via	Bernasconi, 14	Casa di Comunità	ristrutturazione e edificio per realizzazione CdC	2.048.488,83 €	lavori avviati in data 17.06.2024
			COT	ristrutturazione e edificio per realizzazione COT	99.594,00 €	target raggiunto - concluso
SEREGNO	Via	Verdi, 2	Casa di Comunità	ristrutturazione e edificio per realizzazione CdC	3.108.908,00 €	avvio lavori 20.06.2024
LENTATE SUL SEVESO	Via	Garibaldi, 37	Casa di Comunità	ristrutturazione e edificio per realizzazione CdC	1.515.215,00 €	avvio 01.07.2024

MACHERIO	Via	Italia, 13	Casa di Comunità	ristrutturazione e edificio per realizzazione CdC	209.159,00 €	avvio 01.07.2024
NOVA MILANESE	Via	Giussani, 11	Casa di Comunità	ristrutturazione e edificio per realizzazione CdC	518.602,00 €	verbale consegna lavori 21/10/2024
BRUGHERIO	Via	Kennedy	Casa di Comunità	ristrutturazione e edificio per realizzazione CdC	1.331.059,00 €	Entro la fine di dicembre 2024
			COT	ristrutturazione e edificio per realizzazione COT	Compresa nella riqualificazione CDC	Entro la fine di dicembre 2024
	Via	Lombardia	COT	realizzazione COT aggiuntiva	80.375,45 €	target raggiunto - concluso
MONZA	Via	Luigi della Robbia	Casa di Comunità	ristrutturazione e edificio per realizzazione CdC	1.480.600,00 €	Entro la fine di dicembre 2024
MONZA	Via	Borgazzi	Casa di Comunità	realizzazione nuovo fabbricato ad uso Casa di comunità	2.400.000,00 €	Entro la fine di dicembre 2024
TOTALE					44.100.997,25 €	

Per quanto riguarda la Cdc Via Solferino, OdC Monza/ COT, oggi in capo a IRCCS San Gerardo, è prevista l'approvazione del progetto esecutivo entro il 14/11/24 con inizio lavori entro la fine del 2024 e fine lavori a febbraio 2026.

La partecipazione della Comunità e del Terzo Settore

VOLONTARIATO E SANITÀ

Il **Terzo Settore** si colloca tra il mercato e lo Stato, comprendendo attività che non rientrano né nell'impresa tradizionale né nelle amministrazioni pubbliche. Questo settore e l'assistenza sanitaria sono sempre stati interconnessi, supportandosi su vari livelli di assistenza in modo complementare, prima ancora che la legislazione ne formalizzasse la relazione. Negli ultimi due decenni, il Terzo Settore in Italia ha visto una crescita significativa, rispondendo ai bisogni lasciati scoperti dalla riduzione del welfare state, causata da costi elevati, carenza di professionisti e aumento dell'offerta privata.

Il Terzo Settore ha quindi colmato il gap economico e sociale, intervenendo dove il pubblico non arriva e il privato non investe, specialmente nel contesto del "welfare territoriale" e della "salute comunitaria". Questo nuovo sistema vede una collaborazione tra amministrazioni pubbliche, imprese private e Terzo

Settore, creando un ecosistema socio-economico inclusivo. La collaborazione con il Terzo Settore è cruciale per la realizzazione del modello di sviluppo dell'assistenza territoriale previsto dal D.M. 77, riconoscendo il volontariato e il mondo no-profit come risorse indispensabili per soddisfare i bisogni di salute della comunità.

LE COLLABORAZIONI DELL'ASST DELLA BRIANZA CON IL NOT FOR PROFIT: DALLE NORME AI FATTI.

L'attività di volontariato nell'Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile di Vimercate" prima e nell'ASST della Brianza oggi, si è evoluta in base alle normative di settore che si sono succedute, deputate, fino all'emanazione del D.Lgs. 117/2017, alla normazione dell'attività di volontariato nelle Aziende sanitarie. Sulla scorta di quanto previsto dalla legge 11 agosto 1991, n. 266 "Legge quadro sul volontariato", della legge regionale n. 22/1993 sul volontariato (e specificatamente l'articolo 8 relativo alle convenzioni) e dalla legge regionale 14 febbraio 2008, n. 1 "Testo unico delle leggi regionali in materia di volontariato, cooperazione sociale, associazionismo e società di mutuo soccorso", sono stati mantenuti rapporti costanti di collaborazione, con riferimento all'ultimo ventennio, attraverso la stipula di Convenzioni, con tutte le storiche associazioni del territorio vimercatese¹⁸.

Le associazioni che tipicamente hanno popolato il polo ospedaliero negli ultimi 20 anni sono tutte quelle associazioni del territorio la cui attività si connotano per i tratti tipicamente solidaristici dell'attività svolta, principalmente resa nei reparti di degenza: esempi di associazioni storiche presenti sono ABIO (Associazione per il bambino in Ospedale) AVO (Associazioni Volontari Ospedalieri), AVOLVI (Associazione Volontariato Vimercatese ONLUS) ARCA (Associazione Rete Locale di Cure Palliative di Monza e Vimercate).

Con l'entrata in vigore della L.R. 23/2015, di modifica ed evoluzione del sistema socio sanitario lombardo, è stata istituita l'ASST della Brianza questo ha comportato un imponente riassetto territoriale ed ha determinato l'ampliamento, nel giro di pochi anni, della platea di Associazioni di volontariato che rendevano le loro attività per la ASST Brianza, diversificandole per forma giuridica.

Non è più infatti solo l'attività solidaristica ad entrare in contatto con il mondo ASST, ma l'attività d'impresa sociale, con tutte le opportunità che una collaborazione così mirata ha potuto portare.

E' infatti solo di un anno precedente il Programma Operativo Regionale del Fondo Sociale Europeo (POR-FSE) 2014 -2020, approvato con decisione CE del 17 dicembre 2014C (2014) finale e relative modifiche, un fondo europeo che cofinanzia iniziative rivolte alle persone e alle organizzazioni con l'obiettivo di migliorare le opportunità occupazionali, promuovere lo sviluppo dell'istruzione e della formazione e sostenere i soggetti più vulnerabili per assicurare inclusione e pari opportunità.

La programmazione 2014-2020 presentava diverse novità rispetto alla precedente, secondo i principi di semplificazione e di tutela delle fasce più deboli¹⁹: l'Associazionismo territoriale brianzolo accoglie l'opportunità di sviluppare progetti in linea con il bisogno del territorio e con gli obiettivi specifici del POR FSE sviluppando progetti innovativi, di prossimità, che, per stessa previsione normativa, richiedevano la presenza nel partenariato di un soggetto pubblico: nascono così le prime cooperazioni con le Cooperative sociali del territorio per collaborare alla risposta della domanda sociale che necessitava anche di interventi socioassistenziali e sanitari.

Numerosissimi i progetti che vedono ancora oggi ASST della Brianza essere partner di diverse cooperative sociali del territorio per lo sviluppo e la realizzazione congiunta di progetti volti alla prevenzione e limitazione dei rischi nei luoghi di aggregazione e di divertimento giovanile e di contrasto al disagio di giovani e adulti a rischio di marginalità, attraverso interventi di aggancio, riduzione del danno e inclusione sociale, per la presa in carico precoce dei soggetti a rischio di dipendenza, per l'inclusione sociale nel mondo del lavoro e tanti altri ambiti, dove ASST della Brianza, ATS della Brianza i Comuni e le cooperative sociali del territorio cooperano, con l'obiettivo di rendere servizi aggiuntivi alla popolazione di riferimento, con un aggancio territoriale, di comunità, innovativo e orizzontale.

Un cambio di paradigma dove il soggetto emarginato, disagiato o dipendente, che non riconosce il proprio bisogno e non si rivolge ai consueti canali di aiuto, quali i Servizi sociali o il Medico di Medicina generale,

¹⁸ Si veda, per approfondimento, l'Archivio storico delle deliberazioni dell'ASST della Brianza.

¹⁹ Ministero del Lavoro e politiche sociali. <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/europa-e-fondi-europei/focus-on/fondo-sociale-europeo-2014-2020/pagine/default>

viene comunque intercettato dai volontari nei luoghi dove lui stesso abita: all'uscita della discoteca, in strada, nelle mense per i poveri e, in tanti casi, inserito nel progetto pensato, dove tutto il sistema di aiuto territoriale e di presa in carico coopera: il Comune, la cooperativa sociale, il servizio sanitario.

In quegli stessi anni, precisamente nel 2017, entra in vigore il D. Lgs. 117 "Codice Terzo Settore" (CTS) che, a partire dalla Legge delega 6 giugno 2016 n. 106 sistematizza le diverse normative di settore che, fino al richiamato decreto, si presentavano frammentate, quantomeno nella definizione delle modalità con la quale istituzionalizzare e legittimare la collaborazione pubblico/terzo settore nell'area dei servizi sanitari. L'Azienda coglie con grande *favour* la sistematizzazione operata dal D. Lgs. 117 e le opportunità che le procedure di co-programmazione e co-progettazione portano, con particolare riferimento alle aree di collaborazione già sviluppate da questa ASST in applicazione degli artt. da 55 a 57, che individuano le modalità di integrazione fra gli Enti del Terzo Settore (ETS) e pubblica amministrazione, che danno *"un'applicazione all'art. 118 Cost. che valorizza e agevola la possibile convergenza su "attività di interesse generale" fra la pubblica amministrazione ed i soggetti espressione del terzo settore. Secondo la Corte costituzionale, si tratta di una delle più significative attuazioni del principio di sussidiarietà orizzontale valorizzato dall'art. 118, quarto comma, Cost., un originale canale di "amministrazione condivisa" alternativo a quello del profitto e del mercato, scandito per la prima volta in termini generali come una vera e propria procedimentalizzazione dell'azione sussidiaria"*²⁰.

Nell'intento di valorizzare il lavoro di collaborazione fino a quel momento instaurato con il terzo settore, e dare una svolta per favorire la partecipazione di tutto il terzo settore del territorio nelle attività dell'ASST della Brianza e sviluppare ulteriormente le reti e le sinergie esistenti con gli operatori sociali, l'ASST istituisce, con deliberazione n. 1198 del 30/10/2019 il "Registro Aziendale delle Associazioni di Volontariato", al quale le Associazioni di Volontariato e le Associazioni di promozione sociale (per brevità anche ODV/ASP), hanno manifestato la volontà di iscriversi, per svolgere attività di volontariato all'interno della ASST della Brianza, tramite stipula di convenzioni.

La procedura instaurata ha ricalcato le previsioni di cui all'art. 56 del D. Lgs. 117/17, rubricato "Convenzioni", che prevede una limitazione soggettiva di partecipazione verso le ODV ed APS, in ragione della peculiarità che i soggetti così qualificati presentano nella riforma del Terzo settore, trattandosi di enti che si avvalgono prevalentemente dell'attività dei propri associati-volontari e che svolgono solo attività o servizi sociali di interesse generale, in restrizione quindi rispetto a quanto previsto dall'art. 5 CTS per gli ETS in genere.

In adesione alla manifestazione di interesse di costituzione del registro aziendale, indetta con deliberazione n. 858 del 31/7/2019, sono state iscritte nel 2019 n. 13 associazioni. Secondo le previsioni del bando di manifestazione di interesse, pubblicato nei modi e termini previsti dalla normativa vigente, l'iscrizione all'albo è sempre aperta alle nuove associazioni che volessero far richiesta di iscrizione.

Alla data di scrittura del presente paragrafo, settembre 2024, risultano iscritte al registro aziendale n. 34²¹ Associazioni.

Alla presentazione della domanda di iscrizione all'albo, correlata dalla statuto costitutivo, da una relazione sull'attività tipica, Curriculum dell'associazione e da un Progetto/relazione sulle attività che si intendono svolgere consegue l'iscrizione. L'iscrizione all'albo è quindi un'istruttoria che, in analogia a quanto previsto per l'accreditamento degli ETS previsto dall'art. 55, terzo comma CTS, è finalizzata ad accreditare le associazioni di volontariato che presentano i requisiti generali e specifici per svolgere la propria attività tipica solidaristica, tramite la successiva sottoscrizione della convenzione.

L'iscrizione all'albo è *conditio* per accedere al convenzionamento con ASST Brianza: una sorta di procedura preautorizzatoria *"ovverosia a quella peculiare forma di abilitazione – da parte dell'amministrazione competente – mediante la quale un soggetto, persona fisica o giuridica, al ricorrere dei presupposti normativamente previsti, può svolgere una data attività o servizio."*²²

A seguito dell'entrata in vigore del DM del 23 maggio 2022, n.77 concernente il "Regolamento recante la definizione dei modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN", in cui è prevista e ribadita in più punti la necessità di sviluppare nel nuovo modello organizzativo dell'assistenza

20 Decreto n. 72/2021 del Ministro del lavoro e delle Politiche Sociali: "Linee guida sul rapporto tra le pubbliche amministrazioni ed enti del terzo settore negli artt. 55-57 del D. Lgs. N. 117/2017 (Codice Terzo settore)

21 https://www.asst-brianza.it/web/uploads/associazioni/Registro_Aziendale_AdV_ElencoAggiornato_Maggio2024.pdf

22 Decreto n. 72/2021 del Ministro del lavoro e delle Politiche Sociali: "Linee guida sul rapporto tra le pubbliche amministrazioni ed enti del terzo settore negli artt. 55-57 del D. Lgs. N. 117/2017 (Codice Terzo settore), pag. 15.

sociosanitaria territoriale per la partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-/produzione, ricordando - all'allegato 1 art 2 – che: *“Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), uno dei primi al Mondo per qualità e sicurezza, istituito con la legge n. 833 del 1978, si basa, su tre principi fondamentali: universalità, uguaglianza ed equità. Il perseguimento di questi principi richiede un rafforzamento della sua capacità di operare come un sistema vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone”, “attraverso la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.).”*²³ e vista altresì la DGR della Lombardia n. XI/6760 del 25.07.2022, nella quale, all'interno delle disposizioni previste per il modello organizzativo delle Case di Comunità da implementare nel territorio regionale lombardo, si stabilisce l'importanza e la necessità di sviluppare la “collaborazione con la comunità locale”, valorizzando e potenziando “la rete della community care stabilendo collegamenti con le Associazioni di Volontariato, è stato siglato nell'ottobre 2023, giusta deliberazione ASST Brianza n. 344 del 10/05/2023, l'“Accordo programmatico, ai sensi del D.M 77 del 2022, per il coinvolgimento degli Enti del Terzo settore nelle Case della Comunità” tra L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Brianza e Il Centro di Servizio per il Volontariato di Monza Lecco (CSV), e il Forum del terzo settore provinciale di Monza e Brianza.

Con la sottoscrizione dell'Accordo Quadro l'ASST Brianza, il CSV Monza, Lecco e Sondrio, e il Forum del Terzo Settore si sono impegnate a collaborare nello svolgimento di attività integrative, di supporto e di sussidiarietà dell'attività pubblica, attraverso l'istituzione di un Tavolo di concertazione, per la definizione dei criteri di coinvolgimento attivo del Terzo settore, dei cittadini, degli Uffici di piano e dei Comuni all'interno delle Case di Comunità.

La finalità del Tavolo di concertazione è creare sinergie innovative ed efficaci in grado di dare piena attuazione a quanto previsto dal D.M. 23.5.2022 n. 77 in tema di “Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato”, nel duplice intento di valorizzare e sostenere ulteriormente il ruolo del Terzo Settore e le molteplici espressioni del volontariato, nonché di migliorare l'offerta delle Case di Comunità, muovendosi in logica orizzontale, al fine di realizzare concretamente, sul piano organizzativo e gestionale, il lavoro d'equipe, interdisciplinare ed intersettoriale, in una alleanza tra comunità e professionisti;

Il tavolo di Concertazione stesso promuoverà nel corso del triennio una azione di mappatura, da definire nei tempi e nei modi nel corso del primo anno, degli Enti di Terzo Settore che ne individuino specializzazioni e disponibilità ad operare ad integrazione di quelli già oggi operativi tramite convenzione o accreditamento; al contempo il tavolo favorirà il lavoro emerso durante la pianificazione dei Piani Di Zona 2025-2027 favorendo la promozione di una attività permanente di osservazione, raccolta e divulgazione che coinvolga anche gli enti di Terzo Settore.

Nell'attuale esperienza di ASST Brianza, le Case di Comunità del territorio, che offrono servizi sanitari e socio-sanitari di prossimità alla popolazione, stanno rappresentando il luogo fisico in cui questa collaborazione sta prendendo forma, attraverso lo sviluppo di azioni progettuali congiunte, un primo “laboratorio d'azione” in cui il confronto si sta concretizzando per integrare le diverse funzioni socio-assistenziali, attraverso il coinvolgimento attivo delle associazioni di volontariato e più in generale del Terzo Settore.

La Casa di Comunità rappresenta una grande opportunità per andare verso l'approccio del “prendersi cura” e per la riorganizzazione dell'intero sistema territoriale, poiché rappresentano il luogo ideale del cambio di paradigma ancora troppo incentrato sulla sola cura, potendo divenire luoghi per educare ad interpretare i servizi anche come luoghi di costruzione di legame e di significati, per poter rigenerare relazioni e tessere reti, ed andare oltre un rinnovato rapporto tra cittadino ed “operatore specializzato”, nonché ad utilizzare i servizi non come dispensatori di prestazioni, ma anche per costruire partnership ed alleanze e per agire forme di governance innovative dei servizi stessi.

Partendo quindi dal tavolo di Concertazione partecipato dai soggetti maggiormente rappresentativi della realtà associazionistica del territorio, la volontà è quella di sviluppare tre progetti, sintetizzati nelle schede che seguono, di durata triennale, che prevedono lo svolgimento di procedure di co-programmazione e co-progettazione.

La aree progettuali sviluppate ineriscono a:

- L'erogazione di servizi da parte del Terzo Settore: Progetto “Sportello della solidarietà”

²³ DM del 23 maggio 2022, n.77, all. 1, art. 2

- L'empowerment del cittadino: Progetto "Tutor della salute"
- La prevenzione della salute: Progetto "La prevenzione nella comunità"

Inoltre, ASST Brianza intende effettuare una ricognizione documentale finalizzata ad istituire un registro online nel quale saranno inserite tutte le associazioni/ETS che hanno collaborato o collaborano nei progetti in cui è coinvolta l'Azienda, con le relative attività svolte.

Titolo del progetto:

- SOLIDArete: la rete di collaborazioni degli Enti del Terzo Settore con ASST Brianza

Scheda intervento 3 - Sportello della solidarietà

Criticità o rationale del progetto	Creazione di uno sportello all'interno delle Case di Comunità, o sul territorio, dove il cittadino o l'MMG (previa raccolta consenso), e i diversi stakeholder possano rivolgersi indicando gli interventi di solidarietà che potrebbero essere attivati nei confronti dell'utenza target, previamente raccolti attraverso una scheda di rilevazione del bisogno di solidarietà o per espressa richiesta del cittadino, attraverso il lavoro integrato tra assistente sociale comunale, infermiere di comunità, mondo associativo, medici ospedalieri e del territorio e i vari attori della comunità. Il rationale del progetto è quello di intercettare il bisogno ed erogare servizi di volontariato attraverso la programmazione delle attività da parte di un unico interlocutore del mondo del volontariato che, formato sulle attività dei diversi ETS accreditati, in collaborazione con l'assistente sociale della CdC e nel caso anche con il servizio infermieristico, organizza gli interventi con gli enti ETS che, per finalità statutarie, possono essere coinvolti nell'intervento. Il risultato sarà la consegna di un planning (scheda) al cittadino, di attività solidali programmate su base settimanale o mensile in base alle necessità. L'operatore solidale svolgerà il ruolo di punto unico di accesso ai servizi offerti dal volontariato del territorio, in sede di accesso alla CdC, e in ambito comunale, creando una rete virtuosa di aiuto solidale e di "prescrizione sociale" complementare al servizio di cura istituzionalmente offerto e gestita attraverso la programmazione diretta dei servizi utili che saranno erogati da parte degli enti terzo settore accreditati.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Terzo settore della Provincia di Monza e Brianza- MMG- Utenza CdC- Comuni
Descrizione del servizio/ progetto	Procedura di co-programmazione ex. Art. 57 : Rilevazione del bisogno di solidarietà da parte di ASST Brianza attraverso confronto con MMG/specialisti/terzo settore/Uffici di Piano. Indizione procedura per la co-programmazione delle attività solidali che possono essere offerte al cittadino in difficoltà, rivolto al Terzo settore, attraverso il confronto dei servizi offerti dalle associazioni di volontariato. Declinazione della scheda di rilevazione del bisogno solidale sulla base dei servizi disponibili. Pubblicazione di manifestazione di interesse per diventare operatori dello sportello solidale: raccolta delle adesioni per formare volontari, in grado di programmare e attivare interventi di prossimità. La formazione sarà erogata dal CSV della provincia di Monza e Brianza. Successiva indizione di Procedura di co-progettazione: la co-progettazione sarà declinata nella forma di accreditamento locale, nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento. Avvio del procedimento e pubblicazione dell'avviso di manifestazione di interesse per accreditare gli ETS che, sulla base della co-programmazione, vorranno rendersi disponibili ad essere contattati per erogare i servizi di solidarietà programmati dall'operatore solidale. Istituzione dell'Albo degli ETS accreditati per rendere servizi di prossimità a disposizione dell'operatore solidale. I soggetti persona fisica o giuridica accreditata, al ricorrere dei presupposti normativamente previsti, potrà svolgere una data attività o servizio a richiesta e secondo la programmazione dell'operatore di solidarietà.

Ambito territoriale di realizzazione	Aziendale
Attori/Enti coinvolti	ETS Monza e Brianza- CSV-MMG- ASST Brianza (Grant Office) e collaborazioni istituzionali
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Grant Office e collaborazioni istituzionali- già /presente per le procedure ex art. 57
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio/Anno Fine	2025/2027
Indicatore e risultato atteso	Attivazione di almeno due sportelli in due CDC entro il 31/12/2025 N. schede di prossimità attivate ad 1 anno e a 2 anni dall'apertura dello sportello.

Scheda intervento 4 - Tutor della salute

Criticità o razionale del progetto	Il Tutor della Salute è un volontario, adeguatamente formato e organizzato in un sistema di rete per accompagnare, informare e aiutare a tutelare la salute delle persone, soprattutto con problemi di marginalità sociale, attraverso la propria presenza capillare sul territorio da inserirsi anche nelle Case della Comunità.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Tutti i cittadini soprattutto coloro che hanno difficoltà di accesso ai servizi sanitari sociosanitari e sociali presenti sul territorio.
Descrizione del servizio/progetto	Sulla scorta dell'esperienza positivamente sviluppata dal CSV Monza Lecco e Sondrio in collaborazione con l'ODV "Le comunità della Salute" è volontà dell'ASST della Brianza mutuare la figura del Tutor della Salute dedicandogli appositi spazi nelle sedi territoriali di competenza di ASST della Brianza, nei luoghi dove le informazioni di tipo sanitario, socio-sanitario e sociale, sono più difficoltose da diffondere con i consueti canali. In considerazione dell'Accordo quadro sottoscritto con deliberazione n. 344 del 12/5/2023, sopra descritto, con la quale è stato istituito un Tavolo di concertazione, per la definizione dei criteri di coinvolgimento attivo del Terzo settore, dei cittadini, degli Uffici di piano e dei Comuni all'interno delle Case di Comunità, creando sinergie innovative ed efficaci in grado di dare piena attuazione a quanto previsto dal D.M. 23.5.2022 n. 77 in tema di "Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato", sarà attivata una procedura di co-programmazione con il CSV Monza Lecco e Sondrio, ATS Brianza e gli uffici di Piano per definire il fabbisogno territoriale dei Tutor della salute e la relativa formazione necessaria. Verrà proposto l'Accreditamento di crediti ECM universitari per coloro che svolgeranno il Corso di Tutor della salute.
Ambito territoriale di realizzazione	Aziendale
Attori/Enti coinvolti	CSV- Le comunità della salute/ATS della Brianza/ASST Brianza/Uffici di Piano
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Grant Office e collaborazioni istituzionali/Direttori di Distretto
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	N. di tutor della salute che erogano servizi sul territorio di competenza di ASST della Brianza ad 1 anno dall'avvenuta formazione e a due anni Numero Tutor della salute presenti nelle CDC al 31/12/2026

Scheda intervento 5 - La prevenzione nella comunità

Criticità o razionale del progetto	Il progetto mira a sviluppare un progetto sulla prevenzione della salute, customizzato in base al bisogno preventivo. La finalità è l'empowerment dei cittadini sulla prevenzione e sulla tutela della propria salute, attraverso la costruzione di un profilo di salute locale
------------------------------------	--

	elaborato sulla base dell'analisi dei dati resi disponibili e delle risorse del territorio.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Comunità da 0-99
Descrizione del servizio / progetto	Partendo dal PNP e PRP nonché dal PIL di ATS della Brianza, attraverso le associazioni del terzo settore verranno riproposte localmente delle azioni di sensibilizzazione alla prevenzione e alla tutela della salute, che saranno sviluppati in base alle priorità di richiesta di salute del territorio. Verrà fatta una procedura di co-programmazione partecipata da ASST, Terzo Settore, Comuni e ATS dove sulla base del rilevamento dei bisogni che scaturiscono dai dati a disposizione dei diversi attori presenti, scelte le priorità rispetto al bisogno di intervento, si programmano delle azioni preventive mirate, con particolare attenzione al tema dell'equità. Il presente progetto rientra nella co-progettazione per la realizzazione di un Piano di Azione Territoriale degli interventi che favoriscano l'invecchiamento attivo, come da Avviso Pubblico approvato da ATS Brianza a novembre 2024 (DGR n. 2168_15.4.2024 "Definizione delle modalità per la realizzazione di interventi per favorire e promuovere l'invecchiamento attivo".
Ambito territoriale di realizzazione	Aziendale
Attori/Enti coinvolti	ATS/Terzo settore/Uffici di Piano/ASST Brianza/Comuni
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Isorisorse
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	2025/2027
Indicatore e risultato atteso	Sulla base della rilevazione del bisogno di prevenzione, che sarà stabilito in base agli esiti dei dati che saranno analizzati verranno stabiliti degli indicatori di risultato in merito al minor accesso al pronto soccorso Numero azioni di sensibilizzazione alla prevenzione e alla tutela della salute, che saranno sviluppati in base alle priorità di richiesta di salute del territorio.

Scheda intervento 6 - SOLIDArete

Criticità o razionale del progetto	Mappatura di tutti gli enti del terzo settore che collaborano, o hanno collaborato in passato con ASST della Brianza e relativa attività svolta. Le attività del Terzo Settore sono per propria natura varie e variegate, pertanto anche gli uffici amministrativi coinvolti nella finalizzazione formale del rapporto (Convenzioni, contratti, lettere di incarico, progetti, partenariati) sono diversi. Ne consegue quindi una frammentazione documentale che è utile ricomporre. La volontà è quella di mappare tutte le collaborazioni esistenti ed in essere, al fine di avere un quadro completo a livello di tutte le strutture dell'ASST della Brianza, delle collaborazioni con il Terzo Settore.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	ASST Brianza, Stakeholder
Descrizione del servizio / progetto	Creazione di un registro on-line, snello e funzionale, da consultare sia dagli addetti ai lavori sia ai diversi stakeholder, per conoscere le attività rese dal terzo settore ad ASST della Brianza o svolte in collaborazione.
Ambito territoriale di realizzazione	ASST Brianza
Attori/Enti coinvolti	Strutture ASST della Brianza che hanno rapporti formalizzati e non con il Terzo settore.
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Uffici amministrativi

Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	2025/2027
Indicatore e risultato atteso	Pubblicazione del registro SOLIDARETE sul sito ASST

evidenza rispetto al ruolo di coinvolgimento e partecipazione delle Associazioni di Volontariato nei progetti integrati, da citare è il “Progetto regionale Sviluppo di Percorsi Oncologici ospedale-territorio” (scheda intervento n. 21) per la condivisione del quale il gruppo di lavoro regionale ha coinvolto fin dalla fase di progettazione le Associazioni di Volontariato iscritte nei registri aziendali delle ASST del progetto pilota (tra cui anche quelle di ASST Brianza), azione questa fondamentale per acquisire il consenso e la partecipazione anche delle associazioni dei pazienti o dei diversi professionisti nell’area dell’oncologia nelle diverse fasi di sviluppo del progetto.**In**

IL RUOLO DELLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI NELLA SALUTE TERRITORIALE

Le disuguaglianze sociali, la povertà, lo stato di disoccupazione, i bassi livelli di scolarità, l’appartenenza a minoranze etniche costituiscono fattori di rischio che agiscono come importanti determinanti di malattia e non possono restare estranei allo sguardo sanitario. La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità evidenzia l’importanza dei determinanti sociali della salute.

Il mondo del lavoro, rappresentato dalle organizzazioni sindacali confederali territoriali, costituisce un elemento importante nella salute dei cittadini e trova quindi posto nella programmazione territoriale in tema sociale e sanitario.

I sindacati, nella loro configurazione confederale, sono attori della rete territoriale, partecipano ai Piani di Zona degli Ambiti Sociali Territoriali e portano i bisogni sociali e di salute di migliaia di lavoratrici e lavoratori, pensionate e pensionati nel confronto con le istituzioni locali.

Il ruolo del sindacato confederale si concretizza nel contributo di lettura dei bisogni di un’ampia fascia di popolazione, nell’individuazione degli interventi con le istituzioni territoriali e nel monitoraggio di obiettivi e risultati in termini di accesso al diritto alla salute dei cittadini del territorio. Il sindacato partecipa inoltre attivamente ai tavoli di concertazione e di rappresentanza e nelle fasi di co-programmazione, intesa nel suo significato più generale.

Le OOS sono, inoltre, dotate di servizi specifici di orientamento, informazione e tutela dei cittadini rispetto alla rete dei servizi socio-sanitari (Sportelli Sociali e i Punti Salute, Patronati). A titolo esemplificativo, nell’esperienza di questi ultimi anni, gli Sportelli Sociali Sindacali hanno svolto un’azione informativa e orientativa sulle misure e gli interventi per la non autosufficienza, sulle materie di pertinenza degli sportelli di Scelta e Revoca di ASST (es. esenzione ticket, scelta MMG e assistenza ai cittadini extracomunitari per iscrizione e rinnovo tessera sanitaria), sulle liste di attesa in merito al diritto alla salute.

Da sempre le organizzazioni sindacali sostengono il sistema sanitario pubblico e universale, contribuendo con le loro analisi a promuovere interventi maggiormente efficaci e aderenti al profilo di salute pubblica territoriale.

Il mondo del lavoro si confronta con chi si occupa di sanità territoriale, rappresenta bisogni, collabora su interventi di prevenzione e promozione della salute e partecipa al monitoraggio del Piano Integrato Locale per la Promozione della Salute di ATS Brianza. Si evidenzia a questo proposito il percorso formativo rispetto ai temi della prevenzione delle dipendenze e della conoscenza dei servizi socio-sanitari territoriali avviato dalle Organizzazioni Sindacali in collaborazione con ATS Brianza e rivolto ai lavoratori delle aziende del territorio. Alcuni operatori degli sportelli hanno inoltre partecipato al corso di Tutor della Salute e ad altri momenti formativi inerenti alla promozione della salute organizzati da ATS in raccordo con ASST Brianza (dipendenze, piano Gap, rete conciliazione famiglia lavoro).

ASST Brianza, all’interno delle attività di programmazione sociale e sanitaria, riconosce pertanto il ruolo che le organizzazioni sindacali svolgono nell’orientamento del cittadino e nell’offerta di servizi connessi alla condizione di fragilità o cronicità o al benessere della persona.

Scheda intervento 7 - Delegati sociali: una risorsa nella prevenzione della salute nelle comunità azienda

Criticità o razionale del progetto	Creazione di una rete di sicurezza sociale diffusa sul territorio in grado di accompagnare chi è più fragile e di attivare lavoratrici e lavoratori che hanno risorse da condividere. Rete composta da delegati aziendali formati sui temi sociali e sanitari, in grado di orientare i lavoratori e le lavoratrici ai servizi del territorio in un'ottica di prevenzione e promozione della salute.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	I lavoratori e le lavoratrici delle aziende del territorio dell'ASST Brianza, con particolare attenzione a coloro che stanno vivendo momenti di disagio sociale e si sono allontanati dai servizi sociali e sanitari del territorio.
Descrizione del servizio / progetto	Il luogo di lavoro, come la famiglia e gli altri mondi vitali, sono gli spazi di costruzione dell'identità sociale e del tessuto relazionale di uomini e donne: luoghi della convivenza quotidiana, di relazioni e di conflitti. Lì si manifestano forme di espressione di disagio e di difficoltà dalle origini più diverse: problemi connessi all'ambiente di lavoro, problemi familiari, forme di fragilità derivanti da una condizione di disabilità, situazioni di dipendenza da sostanze o patologie e forme di sofferenza psichica. L'individuazione e il riconoscimento precoce di tali condizioni di vulnerabilità permettono un intervento tempestivo, che a volte può anche non richiedere un aiuto professionale specifico ma solamente un sostegno e un appoggio da parte dei soggetti con cui la persona è in relazione. Altre volte, invece, è necessario un intervento specialistico (assistenziale e/o sanitario) da parte delle strutture territoriali, sociali e sanitarie. È in quest'ottica che si colloca la figura del Delegato/Antenna Sociale, con competenze relazionali e tecniche specifiche, in grado di porsi innanzitutto in ascolto dei bisogni che emergono dalle persone e di facilitare i processi di espressione e gestione del disagio. È una figura di ascolto, mediazione e - se necessario - di accompagnamento delle persone in situazioni di vulnerabilità, verso i competenti servizi territoriali. Il corso di formazione dedicato a questa figura si sviluppa in n.7 giornate di formazione sui temi della salute e dei suoi determinanti sociali. Per ogni tema affrontato i delegati sociali vengono portati in visita ai servizi socio sanitari competenti e hanno modo di conoscere e dialogare con gli operatori di ASST. Particolare interesse verrà dedicato alle nuove strutture di salute di prossimità come le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità.
Ambito territoriale di realizzazione	Aziendale
Attori/Enti coinvolti	Organizzazioni Sindacali, referenti ASST Brianza, ATS Brianza
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Isorisorse ASST - Risorse delle organizzazioni sindacali
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	N. di delegati sociali che orientano lavoratrici e lavoratori ai servizi sul territorio di competenza di ASST della Brianza ad 1 anno dall'avvenuta formazione e a due anni. Numero di delegati sociali formati presenti nelle aziende brianzole.

Le aree di intervento**L'integrazione socio-sanitaria e sociale**

Le macroaree di intervento prioritario per la programmazione sociale del prossimo triennio (ex DGR 2167/2024, Approvazione delle linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio

2025-2027), peraltro in continuità con la precedente programmazione, sono state individuate nelle seguenti:

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

Esse implicano un profondo lavoro di programmazione, coordinamento, e integrazione tra l'ambito sociosanitario e sociale, nonché trasversalità tra le aree, con il coinvolgimento dei soggetti del Terzo Settore.

In relazione in specifico alla macroarea *Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva*, si individuano le 3 seguenti progettualità di integrazione sociosanitaria e sociale tra Ambiti sociali/ASST Brianza-Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza/ETS, finalizzate alla armonizzazione di LEA e LEPS, con particolare riferimento ai LEPS *Reddito di cittadinanza ora Assegno di Inclusione (ADI), Pronto intervento sociale, Servizi per la residenza fittizia*.

Scheda intervento 8 - Accertamento sanitario e sociosanitario per l'accesso alla misura assegno di inclusione

Criticità o rationale del progetto	Necessità di definire e condividere, tra ASST e Ambiti Territoriali Sociali, le modalità di accesso alla misura ADI - Assegno Di Inclusione
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Persone in condizione di svantaggio inseriti in programmi di cura e assistenza presso i servizi sociosanitari di ASST Brianza ed i servizi di Salute Mentale di IRCCS San Gerardo.
Descrizione del servizio / progetto	Definire i criteri per la condizione di svantaggio e l'inserimento in programmi di cura e assistenza certificata da ASST e IRCCS San Gerardo. Nello specifico: 1. percorso finalizzato all'accertamento di elementi sulla base dei quali certificare/attestare lo stato di svantaggio, 2. elementi fondanti la presa in carico sociale e sociosanitaria e l'inserimento in programmi di cura e assistenza. Con attenzione alle differenze per le persone con disturbi mentali e con problematiche connesse alle dipendenze patologiche.
Ambito territoriale di realizzazione	Tutti
Attori/Enti coinvolti	Tutti gli Ambiti Territoriali Sociali ASST: Direttori Distretto, DSMD IRCCS DSM
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Direttori Distretto, Dirigenti medici dei servizi salute mentale ASST Brianza e IRCCS, già in organico
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	2025 - 2027
Indicatore e risultato atteso	Primo semestre 2025: Protocollo condiviso Ambiti Sociali/ASST Brianza/IRCCS San Gerardo, che definisca criteri per rilascio della certificazione specialistica e eventuale interruzione della presa in carico ai fini della concessione/revoca ADI Anni successivi (anche in relazione a normative nazionali) 1. monitoraggio all'interno della cabina di regia ASST delle criticità e necessità di revisione 2. monitoraggio numerosità e tempistica del processo

	Risultato atteso: favorire accesso appropriato alla misura dei soggetti richiedenti/in possesso dei requisiti
--	--

Scheda intervento 9 - Pronto intervento sociale

Criticità o razionale del progetto	Garantire un servizio di Pronto Intervento Sociale a tutti i soggetti che versino in situazioni di emergenza e urgenza sociale.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Minori, minori stranieri non accompagnati, disabili, anziani, adulti senza dimora e/o senza rete familiare e sociale e famiglie, donne con o senza figli vittime di violenza, situazioni di maltrattamenti in famiglia. Il servizio di norma svolge la propria funzione rispetto ad una pluralità di target (minori, vittime di violenza, vittime di tratta, persone non autosufficienti, adulti in difficoltà, ecc.).
Descrizione del servizio / progetto	Obiettivo del presente progetto è garantire un servizio attivabile da parte di soggetti istituzionali (amministrazioni comunali, servizi sociali, forze dell'ordine, pronto soccorso) per la risposta tempestiva alle persone che versano in una situazione di particolare gravità ed emergenza sociale, anche durante gli orari e giorni di chiusura dei servizi territoriali, 24h/24 e 365 all'anno. Fasi progettuali previste: 1. definire, con gli ambiti territoriali sociali, specifica procedura operativa per la gestione delle segnalazioni da soggetti istituzionali per persone che versano in una situazione di particolare gravità ed emergenza e individuare i criteri di valutazione del bisogno per l'attivazione di interventi indifferibili ed urgenti 2. individuare il servizio di Pronto intervento sociale per l'accoglimento delle segnalazioni e la presa in carico 3. mappare le strutture di accoglienza/servizi competenti del territorio e le relative modalità di invio da parte del servizio sopra citato 4. Aggiornare il "Documento Organizzativo COT ASST Brianza" sulla base di quanto definito nella procedura operativa di cui sopra
Ambito territoriale di realizzazione	Tutti
Attori/Enti coinvolti	Ambiti Territoriali Sociali, Forze dell'Ordine, Polizia Locale, Pronto Soccorso ospedalieri di IRCCS San Gerardo e ASST Brianza, Tribunale Ordinario, Tribunale dei Minori, Distretti, COT
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Si rimanda a quanto sarà definito nella procedura operativa oggetto della progettualità Direttori Distretti Centrali Operative Territoriali
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	2025 – 2027
Indicatore e risultato atteso	Indicatori: entro 2025: ▪ definire, con gli ambiti territoriali sociali, specifica procedura operativa per la gestione delle segnalazioni ▪ aggiornamento "Documento Organizzativo COT ASST Brianza" ▪ invio Documento COT a: Ambiti Sociali Territoriali, ATS Brianza, Prefettura/FFOO da 2026: 1. n. soggetti target segnalati a COT/totale soggetti segnalati a Servizio di Pronto intervento sociale 2. n. soggetti target presi in carico da pronto intervento sociale/totale soggetti target con accesso in PS 3. n. ricoveri e relativa degenza media resisi necessari in attesa di inserimento in strutture di protezione a seguito di segnalazione da TO-TM rilevati semestralmente dopo attivazione di Servizio di Protezione sociale 4. monitoraggio annuale della numerosità di soggetti rientranti nella definizione del target presi in carico congiuntamente ASST-IRCCS e servizi sociali comunali Risultato atteso: ▪ Immediata protezione della persona in stato di bisogno.

	▪ Diminuzione dei ricoveri in attesa di inserimento in strutture di protezione a seguito di segnalazione a TO-TM (esempio: violenza assistita, limitazione responsabilità genitoriale alla nascita, grave marginalità..)
--	--

Scheda intervento 10 - Presa in carico integrata di pazienti senza dimora

Criticità o razionale del progetto	Rendere pienamente fruibile alle persone senza dimora presenti sul territorio del Comune il diritto all'iscrizione anagrafica, da cui normativamente discende la possibilità di fruire di servizi essenziali connessi e ulteriori diritti fondamentali costituzionalmente garantiti quali, ad esempio, l'accesso ai servizi socio-assistenziali e sanitari.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Servizio di supporto ed accompagnamento all'iscrizione anagrafica per le persone senza dimora in condizioni di parziale o totale non autosufficienza a titolarità delle amministrazioni comunali, gestito con il coinvolgimento delle ASST in caso di frequenti accessi in PS e dimissioni che necessitano supporto nelle scelte di cura.
Ambito territoriale di realizzazione	Tutti
Attori/Enti coinvolti	Ambiti territoriali Sociali Comuni ASST IRCCS San Gerardo dei Tintori Monza ETS
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Direttori Distretto Operatori Sociali già in organico
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	2025 – 2027
Indicatore e risultato atteso	Indicatori 2025 1. elaborazione Protocollo Condiviso ASST/Ambiti Sociali in cui si definiscano le modalità di collaborazione tra le parti, le tempistiche di accompagnamento, di presa in carico e di iscrizione anagrafica 2. condivisione in sede istituzionali 2026-2027 Monitoraggio protocollo: 1. n. degenze inappropriate utenti ricoverati rientranti nella definizione del target rilevate semestralmente vs ante protocollo 2. n. gg degenza media utenti ricoverati rientranti nella definizione del target vs ante protocollo (bed blockers) rilevate semestralmente 3. n. utenti rientranti nella definizione del target iscritti in anagrafe post protocollo, monitoraggio annuale 4. n. utenti già rientranti nella definizione del target presi in carico congiuntamente cdc/servizi sociali comunali, monitoraggio annuale Risultato atteso: ▪ riduzione degenze inappropriate di pazienti totalmente o parzialmente non autosufficienti connesse a assenza della iscrizione anagrafica ▪ incremento pazienti rientranti nel target presi in carico congiuntamente ASST/comuni

La valutazione multidimensionale

Il nuovo modello di sanità territoriale in Lombardia, basato sulla LR 23/2015 e la LR 22/2021, si allinea con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e normative recenti come il DM 77/2022 e i D.Lgs 29/2024 e

62/2024. Questo modello punta a prendersi cura dei bisogni delle persone in modo continuo e personalizzato, privilegiando la vicinanza e l'integrazione delle cure, soprattutto a domicilio. Si enfatizza la centralità della persona e delle sue scelte, richiedendo un sistema che rilevi dinamicamente i bisogni delle persone, garantendo continuità assistenziale e coerenza tra bisogni, aspettative e desideri. In particolare, per le persone fragili o con disabilità, il focus si sposta dalla semplice cura alla "presa in carico" globale, attraverso progetti individuali elaborati tramite valutazioni multidimensionali, contribuendo così alla qualità della vita e alla realizzazione di progetti di Vita. L'accesso alla Valutazione Multidimensionale (VMD) nel territorio avviene principalmente tramite i Punti Unici di Accesso (PUA) delle Case di Comunità (CdC), le strutture territoriali della SS Fragilità e Percorsi Ospedale-Territorio della ASST Brianza e gli Sportelli Comunali. I PUA, ubicati nelle CdC, sono luoghi di integrazione sociosanitaria gestiti da Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC) e Assistenti Sociali. La SS Fragilità, un servizio trasversale ai Distretti, garantisce informazione, valutazione e presa in carico per settori specifici, collaborando con i Servizi Sociali su vari progetti (Dopo di Noi, Progetti PNRR, PI legge 328/00) e seguendo il paziente in continuità tra ospedale e territorio. La decodifica del bisogno in ogni punto della rete avviene tramite raccolta di informazioni sociosanitarie e scale validate (ad es. Scheda Unica di Triage, InterRai/Home care, ICF, ADL/IADL). Lo sviluppo del Polo territoriale prevede l'integrazione della valutazione psicologica del paziente e/o caregiver tramite il Servizio di Psicologia delle Cure Primarie e la partecipazione degli assistenti sociali degli Ambiti nei PUA delle CdC, sostenuta da finanziamenti specifici. Inoltre, i percorsi degli Ambiti per la coprogettazione dei Centri per la Vita Indipendente permetteranno il coinvolgimento delle realtà del terzo settore nelle Equipe di VMD. Fermo restando il ruolo della valutazione multidimensionale per l'avvio del percorso di presa in carico, rimane tuttora critica l'identificazione del percorso della persona all'interno dell'intricata rete dei servizi. La possibilità di garantire il coordinamento e la continuità delle cure dovrebbe trovare il suo paradigma nel modello della *transitional care* ove il monitoraggio dell'evoluzione del bisogno rappresenta il cardine principale. La funzione di *transitional care* fa perno sull'utilizzo sistematico di logiche e strumenti digitali in dimensioni tra di loro complementari. La combinazione tra centrali operative, Equipe di VMD, numero telefonico unico per la EU 116117 e servizi sociali territoriali rappresenta attualmente il meccanismo di accesso, selezione e *transitional care* del SSN a partire dai servizi domiciliari e territoriali per cui è necessario che questi elementi vengano concettualizzati, progettati e gestiti unitariamente, organizzando e valorizzando le loro sistematiche interdipendenze. Se le équipes di VMD valutano il singolo paziente nel quadro olistico dei suoi bisogni, la ricomposizione di tutti gli interventi avverrà nella COT quale unica unità di monitoraggio che definisce le risposte assistenziali utili e ricomprese sistema dei servizi disponibili. Analogamente gli strumenti di valutazione in uso, funzionali a graduare il fabbisogno assistenziale in relazione ai livelli crescenti della compromissione delle autonomie e a supporto dell'eleggibilità a misure e altri provvedimenti, dovrebbero essere condivisi e consultabili da tutti gli operatori, indipendentemente dal Servizio di afferenza, a garanzia di una lettura comune in attuazione della legge delega sulla non autosufficienza. Infine sarebbe necessario dare reale significato alla funzione di case management, che diventa fondamentale per assicurare l'unicità del progetto a tutela di una presa in carico della persona che escluda il susseguirsi di richieste immotivate di valutazione e stesure di plurimi progetti.

Fermo restando che la diffusione e l'implementazione della piattaforma digitale del territorio vengano estese in modo da sostenere le funzioni di circolazione delle informazioni e monitoraggio dei percorsi, di seguito si elencano gli interventi che saranno perseguiti nel prossimo triennio:

- 1) revisione della procedura operativa integrata sulla VMD ASST/Ambiti alla luce della nuova riorganizzazione territoriale e delle recenti modifiche legislative, in coerenza con le LG o LI approvate in sede ATS Brianza (linee guida che verranno poste a revisione con il nostro coinvolgimento);
- 2) formalizzazione e declinazione delle azioni di integrazione/collaborazione tra professionisti del settore sociale e sanitario in relazione al ruolo della figura dell'assistente sociale dei Comuni all'interno del Punto Unico di Accesso delle Case di Comunità;
- 3) definizione di un'istruzione operativa per la valutazione psicologica da parte degli psicologi delle Cure Primarie, come potenziamento dell'équipe, al fine di effettuare un corretto triage per la lettura del bisogno psicoemotivo analizzando difficoltà e risorse dell'utente.

Scheda intervento 11 - Revisione procedura integrata valutazione multidimensionale

Criticità o razionale del progetto	Revisione procedura integrata in essere per riorganizzazione interna e adeguamento a D.Lgs 29/2024 e D.Lgs. 62/2024. Definizione: 1) ruolo della COT/ Equipe VMD in relazione al monitoraggio dei percorsi di cura e alla modifica del bisogno 2) nuove modalità di integrazione Ambiti Territoriali / Comuni
Destinatari Specifici dell'intervento (target)	Operatori PUA CdC, COT, SS Fragilità di ASST Brianza Ambiti/Comuni
Descrizione progetto	Revisione procedura VMD ASST/Ambiti
Ambito territoriale di realizzazione	Distrettuale/Ambiti
Enti coinvolti	ASST e Ambiti
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Operatori ASST Referenti Ambiti Territoriali Sociali
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2026
Indicatore e risultato atteso	Pubblicazione della procedura dopo approvazione in cabina di regia Applicazione procedura entro il 31/12/2025 – Numero pz valutati con la nuova procedure al 31/12/2025

Scheda intervento 12 - Potenziamento integrazione sociosanitaria-sociale

Criticità o razionale del progetto	Favorire l'integrazione sociosanitaria-sociale in relazione all'introduzione della figura dell'assistente sociale degli Ambiti all'interno del Punto Unico di Accesso delle Case di Comunità
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Operatori PUA CdC/AS Comuni/Ambiti
Descrizione del progetto	Stesura di una procedura utile alla definizione del ruolo e delle forme di collaborazione degli Assistenti sociali degli Ambiti rispetto agli operatori dei PUA delle Case di Comunità
Ambito territoriale di realizzazione	Distrettuali/Ambiti
Enti coinvolti	ASST/Ambiti
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Operatori ASST Referenti Ambiti Territoriali Sociali
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	2025/2027
Indicatore e risultato atteso	Stesura della procedura e pubblicazione entro la fine del 2025. Indicatore: n° di valutazioni che vedono la partecipazione dell'assistente sociale di ambito/ n totale delle valutazioni di natura sociale richieste al PUA pari ad almeno 10 valutazioni per ambito nell'anno 2025 con percentuale incrementale negli anni successivi (+ 20% nel 2026 e + 30% nel 2027)

Scheda intervento 13 - Potenziamento equipe VMD in relazione all'incremento del bisogno psicologico

Criticità o razionale del progetto	Potenziamento delle Equipe VMD in relazione all'incremento del bisogno psicologico evidenziato negli adolescenti con difficoltà psicoemotive attraverso la figura dello Psicologo delle Cure Primarie
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Operatori PUA CdC, SS Fragilità, COT, Psicologi delle cure primarie, Operatori Ambito (psicologo di Ambito)
Descrizione del progetto	Elaborazione di un'istruzione operativa che permetta di definire attraverso la declinazione di una "scala triage" di tipo psicologico i destinatari dell'intervento per cui attivare EVM con la figura dello Psicologo delle Cure Primarie

Ambito territoriale di realizzazione	Ambito iniziale di avvio Distretto e Ambito Territoriale Sociale di Seregno
Attori/Enti coinvolti	ASST/Ambiti
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Acquisizione n. 1 Psicologo Cure Primarie per ogni distretto
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	Da secondo semestre 2025-2027
Indicatore e risultato atteso	Pubblicazione e applicazione dell'istruzione operativa entro il 2025. Indicatore: n valutazioni effettuate/ n. valutazioni richieste secondo i criteri delineati pari almeno al 20% nel primo anno con % incrementale negli anni successivi (30% nel 2026- 40% nel 2027)

La continuità dell'assistenza (*setting* assistenziali)

Al fine di evitare difficoltà ed interruzioni dei processi di cura ed assistenza nei confronti di utenti fragili o non autosufficienti è fondamentale l'individuazione precoce e condivisa della tipologia di servizio da attivare alle dimissioni, al domicilio e nei passaggi tra i diversi *setting* assistenziali. Uno dei cardini per sostenere il passaggio dal curare al prendersi cura è rappresentato dall'approccio *transitional care* che partendo dalla valutazione multidimensionale per l'inizio del percorso di presa in carico, prosegue con l'accompagnamento nel tempo e nei passaggi da un *setting* all'altro, alternando assistenza domiciliare, offerta territoriale diurna e ricoveri brevi (PSSR)

Il modello attuale fa perno sulla componente residenziale, con poca attenzione ad interventi di prevenzione e di continuità assistenziale. Pur rimanendo ad oggi indispensabile il ruolo delle RSA per ricoveri protratti, in futuro si prevede di aumentarne l'utilizzo anche per l'attivazione di una presa in carico temporanea e di un ritorno protetto al domicilio. Con la filiera dei servizi territoriali (Assistenza Domiciliare Integrata, RSA aperta, Centri Diurni integrati, Ospedali di Comunità, Cure Intermedie) si costruisce il mosaico della *transitional care* a sostegno di una popolazione anziana tendenzialmente crescente. Nell'ottica del potenziamento della risposta al domicilio fisico, la rete di offerta sociosanitaria dovrà anche puntare al potenziamento della misura RSA aperta introducendo ulteriori strumenti, quali l'intervento da remoto a supporto delle persone con disturbi cognitivi e dei loro caregiver.

A sostegno di una *transitional care* non solo sociosanitaria ma anche sociale, concorreranno il progressivo utilizzo della sanità digitale e l'avvio della telemedicina. Entrambe consentiranno la condivisione delle informazioni e l'integrazione degli interventi dell'equipe distrettuali, degli enti gestori, delle filiere sociosanitarie e della medicina generale, il monitoraggio della fragilità e il potenziamento delle cure domiciliari sia in un'ottica di prevenzione che di facilitazione degli interventi multiprofessionali.

In questo nuovo contesto appare di fondamentale importanza il ruolo delle Centrali Operative Territoriali (COT) con funzione specifica di supportare in back office il coordinamento della presa in carico degli assistiti fragili identificando il *setting* più adatto per ciascun caso e di raccordo tra i professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali.

Obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Essa ha un ruolo strategico di connessione, è un "punto di accesso" finalizzato a progettare, coordinare e gestire la continuità nella transizione tra i diversi livelli e *setting* assistenziali: a partire dalle segnalazioni e dalle richieste che arrivano dal territorio o dall'ospedale, assicura l'attivazione del percorso più idoneo a quel tipo di utente, considerando le sue condizioni cliniche, il contesto familiare e sociale ed il tipo di risorse disponibili localmente.

Nel modello organizzativo adottato da ASST Brianza la COT prevede una ridefinizione dell'attività delle équipe Dimissioni Protette e Difficili, integrandosi con le configurazioni di transizione attualmente presenti in azienda (es. Progetto DAMA, bed management, modelli di case management...) e nelle

strutture con cui collabora quali IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza, Enti di ricovero e cura privati accreditati.

Nello specifico, l'assetto organizzativo adottato prevede una gestione integrata Delle funzioni delle COT, con competenze differenziate:

- COT definite "distrettuali", che si ripartiscono la gestione dell'attività su base territoriale, ciascuna delle quali funge da punto di riferimento per uno o più Presidi Ospedalieri;
- COT definite "specialistiche", che raccolgono e classificano il problema/bisogno espresso, attivando le risorse più appropriate verso specifiche realtà (nella fase di avvio anche queste COT gestiscono l'attività su base territoriale per i Comuni di afferenza).
- Una delle COT "distrettuali", denominata "Hub" sarà progressivamente collegata al servizio NEA 116 117 e al Team di Risposta Rapida Domiciliare (TRRD).
- La COT coordina transizioni di cura ogniqualvolta sia necessario garantire la presa in carico dell'utente con un percorso di continuità assistenziale per bisogni sanitari, sociali e sociosanitari all'interno/presso del proprio territorio o dall'ospedale al territorio o viceversa.

Le funzioni implementate comprendono:

- Gestione del percorso di dimissione dagli ospedali dell'ASST Brianza, Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori ed Enti di ricovero e cura Privati accreditati verso le strutture che assicurano degenze di transizione in previsione del rientro al domicilio;
- Gestione del percorso di ammissione verso gli Ospedali di Comunità già attivi/che verranno attivati, e la struttura di Cure Sub Acute di Giussano;
- Attivazione di Sorveglianza Domiciliare e accesso alla Casa della Comunità;
- Supporto ai professionisti della rete assistenziale in merito all'offerta e all'attivazione dei servizi territoriali.

Data la nuova riorganizzazione territoriale con nuovi interlocutori nel percorso delle Dimissioni Ammissioni Protette (DAP), al fine di garantire un passaggio fluido tra tutti i setting assistenziali e la continuità di cure, dovrà essere prioritaria la stesura di un documento descrittivo del processo operativo di tale percorso che vede la COT al centro. La definizione delle procedure di ASST Brianza sarà coerente con le Linee di Indirizzo approvate in sede di ATS Brianza.

Una particolare attenzione verrà riservata alla definizione di percorsi condivisi con Ospedale/Ambiti/ ETS per le dimissioni di pazienti complessi (senza fissa dimora, psichiatrici...) che ad oggi rimangono di difficile collocazione nelle degenze di transizione. Sarebbe auspicabile che nel prossimo triennio si potessero definire degli accordi tra COT e pronto intervento sociale (art.22 comma 4 L.328/2000). A tal proposito si veda la scheda progetto dedicata.

Tra i nuovi interlocutori identificati, la figura del *bed-manager* che ha un ruolo fondamentale nelle transizioni tra Ospedale-Ospedale, diventa anche responsabile della comunicazione tra le COT, i servizi sociali e i servizi territoriali nelle transizioni da dimissione protetta.

Scheda intervento 14 - Protocollo dimissione protetta/presa in carico COT

Criticità o razionale del progetto	Uno degli aspetti più critici, connessi con l'erogazione di un'assistenza sicura e di alta qualità, è rappresentato dal coordinamento e integrazione tra differenti strutture, tra varie unità operative e tra i diversi professionisti anche di una stessa organizzazione. In considerazione della complessità, multidisciplinarietà e multidimensionalità che contraddistingue la dimissione di un paziente fragile, si ritiene necessario definire un processo in grado di agevolare l'integrazione tra servizi e professionisti coinvolti, facilitando il percorso di continuità assistenziale della persona e della sua famiglia. Migliorare la continuità assistenziale definendo il ruolo delle COT nella presa in carico e nelle transizioni del percorso di cura. Definire i percorsi di continuità con gli Ambiti Territoriali ed i Comuni nel rispetto dei LEA LEPS.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	COT, Bed-manager, SS Fragilità, CdC, Ambiti e Enti locali
Descrizione del servizio / progetto	Definizione di protocollo dimissioni ammissioni protette aziendale/presa in carico COT

Ambito territoriale di realizzazione	Tutti i Distretti
Attori/Enti coinvolti	ASST Ambiti Territoriali Sociali/comuni IRCCS San Gerardo dei Tintori ATS Brianza Strutture di ricovero private accreditate
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Operatori ASST già in ruolo Operatori Ambiti / Comuni Operatori IRCCS Operatori ATS
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2026
Indicatore e risultato atteso	Indicatori: 1. Approvazione in cabina di regia ASST 2. Numero di progetti individualizzati attivati per assicurare continuità assistenziale/n. valutazioni effettuate per ammissione-dimissione protetta >= 80%: monitoraggio semestrale Risultato atteso: Migliorare la continuità assistenziale nelle presa in carico e nelle transizioni del percorso di cura

Scheda intervento 15 - Intercettazione precoce situazioni di fragilità

Criticità o razionale del progetto	Intercettazione precoce di situazioni di fragilità e garanzia di presa in carico sociosanitaria.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Pazienti fragili ricoverati in strutture ospedaliere ASST Brianza, IRCCS, Enti ricovero e cura privati accreditati, residenti nel territorio di ASST Brianza che devono rientrare al domicilio con percorso DP
Descrizione del servizio / progetto	Segnalazione precoce al servizio sociale comunale di residenza dei pz con bisogno sociosanitario da parte delle DP.
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Tutti i distretti
Attori/Enti coinvolti	ASST/AMBITI/Enti locali/
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Operatori ASST Referenti Ambiti Territoriali Sociali
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	2025- 2027
Indicatore e risultato atteso	n° segnalazione agli ambiti/n° tot dimissioni protette =10% progressivo incremento del num. delle dimissioni protette gestite in integrazione tra Asst e Ambito (1-2% annuo).

Lo sviluppo delle cure domiciliari

Le Cure domiciliari sono la forma di assistenza che il SSN garantisce alle persone non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, attraverso interventi erogati al domicilio, definiti da un piano di assistenza individuale.

Consistono in un insieme organizzato di trattamenti infermieristici, medici e riabilitativi, necessari per stabilizzare e limitare la progressione della patologia, migliorando, per quanto possibile, la qualità di vita dell'assistito.

Sono attualmente previsti più servizi deputati alla erogazione al domicilio di interventi a differente complessità assistenziale:

Assistenza domiciliare programmata (ADP) che consiste in visite mediche programmate effettuate dal Medico di medicina generale (MMG) e il Progetto di sorveglianza domiciliare (PSD) erogato dagli Infermieri di studio e/o dagli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC). Quest'ultimo è un percorso di collaborazione tra Case della Comunità/IFeC e MMG, operanti anche attraverso il loro personale di studio; il fine è la gestione pro-attiva delle persone anziane (>65 anni) con malattie croniche stabilizzate, a bassa intensità assistenziale, senza necessità di assistenza domiciliare integrata, ma di monitoraggio costante dei parametri vitali e dell'aderenza terapeutica, nonché di supporto ai *caregiver* (per problematiche legate ad alimentazione, igiene e cura della persona in ottica preventiva) che, a causa delle loro condizioni cliniche/logistiche, hanno difficoltà a raggiungere l'ambulatorio. Sono previsti massimo 2 accessi al mese.

Assistenza domiciliare di livello base e Assistenza domiciliare integrata (ADI) erogata dal servizio di Cure domiciliari (C-DOM). Consiste nell'insieme di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, integrati ai servizi socio-sanitari, a diversa complessità assistenziale, erogati al domicilio dell'utente in condizioni di intrasportabilità anche temporanea. Non sono previsti limiti di età, né di reddito. E' necessaria la presenza di un care-giver e condizioni abitative idonee. L'attivazione del servizio avviene attraverso l'invio di impegnativa SSN da parte del MMG e/o dello specialista ospedaliero dimettente. Se il paziente è ricoverato presso gli ospedali di ASST l'equipe della COT effettua la valutazione del bisogno prima di inviare la segnalazione ai PUA delle CdC di competenza territoriale dove avviene la stesura del progetto con l'orientamento per l'assegnazione dell'erogatore (su libera scelta del familiare o care giver). Se il paziente è ricoverato presso Ospedali extra ASST l'invio è da effettuarsi presso la COT distrettuale.

RSA Aperta: è una Misura che comprende set di prestazioni sanitarie e sociosanitarie utili a sostenere la permanenza al domicilio della persona affetta da demenza certificata o di anziani con più di 75 anni in possesso di invalidità civile 100%, con l'obiettivo di rinviare nel tempo la necessità di un ricovero in una struttura residenziale. I servizi sono erogati da RSA accreditate che hanno sottoscritto uno specifico contratto con ATS, su richiesta dell'utente o *care-giver* direttamente alla struttura e previa valutazione dei requisiti e stesura del progetto individuale da parte della EVM. E' incompatibile con altre forme di residenzialità o semiresidenzialità e con le cure domiciliari integrate, mentre è compatibile con le CPDOM e le cure domiciliari di base (prestazionali)

Cure Palliative Domiciliari (CP-DOM): consistono nella presa in carico del malato e della sua famiglia direttamente a casa. Sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, sociale e psicologico, da assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base è caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione, da una prognosi infausta e non è più responsiva a trattamenti specifici. Sono erogate dalle Unità di Cure Palliative Domiciliari e si differenziano in livello base e specialistico in base alla complessità degli interventi e la frequenza degli accessi.

Assistenza domiciliare di carattere sociale (SAD) è un servizio rivolto ad anziani con limitata autonomia, che vivono da soli o con famiglie che non sono in grado di assicurare un buon livello di assistenza per la cura e l'igiene della persona e della casa e per il mantenimento delle condizioni di autonomia. La finalità del servizio è quella di favorire la permanenza dell'anziano nel suo ambiente abitativo e sociale e di accrescere la sua capacità di autodeterminazione, attraverso sia attività socializzanti, limitando il rischio di emarginazione sociale, sia l'erogazione di prestazioni assistenziali. E' un servizio erogato dal Comune di residenza, che può richiedere una compartecipazione economica in rapporto alle proprie condizioni economiche, reddituali e patrimoniali (I.S.E.E.).

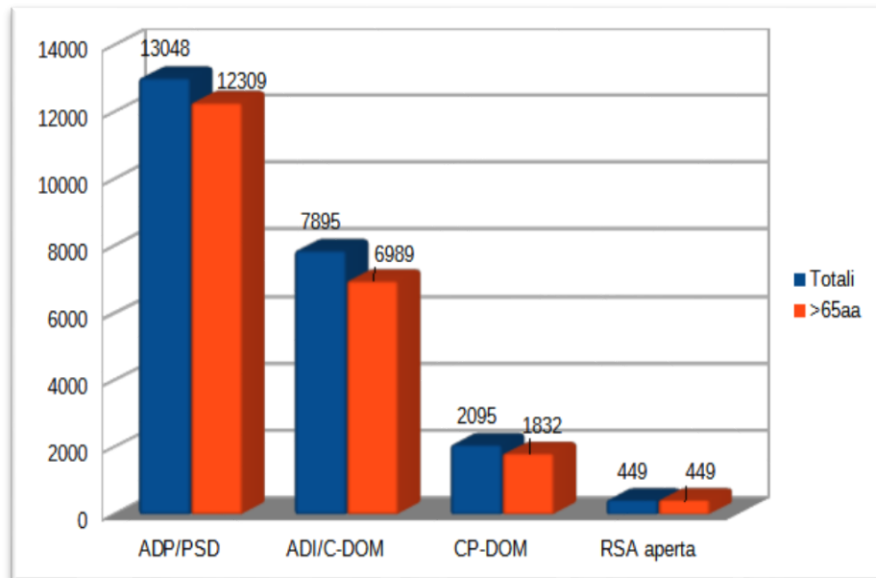
ASST-Brianza, attraverso le diverse tipologie di servizi di assistenza domiciliare, aveva in carico, a fine 2023, (dati di ATS al 31/12/2023) 23.487 utenti, di cui 21.579 >65 anni. Il contributo delle attivazioni

ADP/PSD è stato di 13.048 utenti (12309 over 65enni), quello dell'ADI di 7.895 utenti (6.989 >65anni); la presa in carico da parte delle CP-DOM è stata, di 2.095 utenti (1.832 >65anni). *Grafico 1.*

Le C-DOM, accreditate il 15/01/2024 (DGR n° XII/1737) si inseriscono nell'elenco degli erogatori insieme agli erogatori esterni privati accreditati (EEPA).

In ASST-Brianza l'obiettivo PNRR di prendere in carico il 10% della popolazione con più di 65 anni entro il 2026 è stato in linea con gli obiettivi per l'anno 2023 – si sta procedendo al monitoraggio per il 2024 .

Grafico 1 – Utenti in carico ad ASST-Brianza il 31/12/2023



La decentralizzazione dell'attività valutativa e in parte erogativa presso le Case di Comunità, in previsione 13 sui 5 distretti dell'Azienda, favorirà, con la prossimità del servizio, un accesso più agibile dell'utenza e la gestione diretta dei bisogni degli utenti afferenti. Verrà anche in tal modo implementata la presa in carico diretta da parte delle C-DOM aziendali in particolare per le problematiche complesse che implicano la cooperazione di più servizi (Servizi sociali, SAD) integrati da progetti condivisi e in futuro anche tramite l'utilizzo di un applicativo comune (Sistema di Gestione Digitale del Territorio, SGDT).

Il percorso di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili prevede l'intercettazione precoce dei bisogni, con una risposta ai bisogni sanitari e di fragilità e l'orientamento del paziente e della sua famiglia verso servizi appropriati che includono interventi di tipo sanitario, ma anche assistenziale e sociale. E' di primaria importanza la **cooperazione e il raccordo tra i servizi territoriali**, non solo di pertinenza di ASST-Brianza, ma anche facenti capo ai Comuni, Terzo settore e Associazioni.

Definizione di ruoli e compiti specifici nel contesto della coprogettazione sullo stesso target di bisogni da parte di attori locali inseriti in una rete sempre più ramificata e in confini di competenza sempre più vasti: ad esempio coordinamento e integrazione tra SAD comunale e attività di Operatori Sociosanitari (OSS) nelle C-DOM garantendo l'intervento precoce dell'OSS, associato ad attivazione C-DOM per un intervento specifico, in attesa dell'espletamento delle pratiche di avvio del servizio comunale.

E' importante avviare un percorso di definizione di una piattaforma informatica per la gestione della presa in carico a domicilio da parte della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) e l'accesso al Sistema di Gestione Digitale del Territorio (SGDT) per garantire la continuità della cura e lo scambio di informazioni cliniche-assistenziali nel rispetto della privacy secondo normativa vigente.

La stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socio-assistenziali prevede la classificazione secondo 4 livelli di complessità crescente cui corrispondono azioni di presa in carico con pianificazione di interventi e setting adeguati (approccio transitional care).

Sono inoltre da considerare la difformità nella individuazione delle **azioni e dei setting corrispondenti allo strato di rischio** con difficoltà nello stabilire la priorità di intervento per il singolo, la inadeguata

valutazione o la scelta non prioritariamente condivisa aumenta il rischio di inappropriately (es. accessi in PS per persone in stadio terminale; attivazione percorso C-DOM in presenza di dolore o altro sintomo non controllato), o preclude azioni volte al miglioramento della qualità di vita (la casa è il primo luogo di cura, ma non sempre le condizioni abitative sono compatibili con una qualità di vita accettabile).

E' da considerare inoltre che la mortalità intraospedaliera sul territorio di ASST-Brianza è del 47%, con decessi in Reparti (PS/OBI) in cui la logistica e l'attività intrinseca al servizio non consente la presenza costante e continuativa da parte dei familiari e in cui a volte la dignità della persona non è preservata.

La condivisione con l'utente e i suoi familiari (secondo la stratificazione della popolazione in funzione del numero di condizioni croniche presenti), con definizione di interventi e opportunità assume particolare importanza in riferimento al fine vita, in presenza di patologie croniche end-stage non neoplastiche, per una adeguata definizione e condivisione con l'utente e la famiglia degli interventi e del setting assistenziale (diritto alla pianificazione condivisa delle cure - legge 22 dicembre 2017, n° 219).

Preliminare e propedeutico è il cambio di pensiero in tema di Cure Palliative anche tra i gli operatori sanitari. Nel piano formativo aziendale saranno previste campagne di sensibilizzazione rivolte non solo alla popolazione ma anche agli operatori sulla terminalità per una scelta più consapevole del setting nelle fasi finali di malattia. Sarà prevista anche una formazione specifica dei MMG sulla gestione autonoma della palliazione finalizzata alla identificazione precoce dei malati con bisogni di cure palliative, e alla gestione del fine vita rendendo sostenibile l'offerta di un approccio palliativo a tutti i malati che si avvicinano alla fase finale della vita. Anche la progettazione di Hospice intraospedalieri, già in essere in ASST Brianza, rientra nel complessivo ripensamento della gestione del fine vita, per consentire un rapido passaggio da reparto di degenza nel momento in cui la prognosi lo richieda.

Nella definizione degli obiettivi e nella valutazione delle cure erogate non si può prescindere dalla considerazione del **punto di vista degli utenti**, fondamentale per **migliorare** efficacia ed efficienza dei servizi. Auspicabile anche rilevazione della percezione della qualità del servizio da parte degli operatori, su cui si lavorerà nel triennio.

Scheda intervento 16 - Gestione al domicilio del fine vita

Criticità o rationale del progetto	Individuazione del setting più idoneo per la gestione delle fasi terminali di malattia, stante una mortalità intraospedaliera elevata (47% in ASST-Brianza). Autorizzare la consulenza palliativa preliminare in videochiamata (teleconsulenza, televisita assistita) per facilitare il passaggio tra l'assistenza domiciliare e le cure palliative.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Persone in fase terminale (VI livello della stratificazione) in carico alle Cure Domiciliari o ricoverati in ospedale
Descrizione del servizio / progetto	Redazione di istruzione operativa e applicazione della stessa per il passaggio da Cure domiciliari/ricovero ospedaliero a Cure Palliative (domiciliari/Hospice) con individuazione di scala validata per criteri di inclusione
Ambito territoriale di realizzazione	Tutti i Distretti
Attori/Enti coinvolti	Cure Domiciliari, Cure Palliative, Medico di Cure Primarie, Dipartimento area medica
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Isorisorse Personale già presente in organico
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	2025/2027
Indicatore e risultato atteso	Numero utenti con servizio attivo C-DOM o ricoverati in ospedale presi in carico in CP-DOM/Numero utenti in carico alle C-DOM o ricoverati in ospedale con indicazione a CP ≥ 30%

Scheda intervento 17 - Favorire l'accesso in OdC per utenti già in carico a C-DOM

Criticità o razionale del progetto	Difficoltà di gestione domiciliare in situazione di criticità clinica e assistenziale. Necessità di evitare accessi impropri in PS/ospedalizzazione
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Utenti in carico alle Cure domiciliari con gestione domiciliare non ottimale per situazione clinica e/o assistenziale complessa
Descrizione del servizio / progetto	Definire priorità di accesso a OdC dei pazienti target. Redazione di istruzione operativa e applicazione della stessa per priorità di ricovero in Ospedale di Comunità.
Ambito territoriale di realizzazione	Tutti i Distretti Preliminare coordinamento con l'Ospedale di Comunità di Giussano, al momento già attivo
Attori/Enti coinvolti	ASST Brianza: Cure domiciliari, Ospedale di Comunità, Medico di Cure Primarie
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Isorisorse Personale già presente in organico
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	Indicatori Primo semestre 2025: - definizione di criteri e requisiti per accesso a OdC: definire istruzione operativa dal secondo semestre 2025: - applicazione istruzione operativa - con monitoraggio annuale n. utenti dimessi da OdC a domicilio/n. utenti in carico a C-DOM inviati in OdC $\geq 50\%$

Scheda intervento 18- Attivazione Operatori SocioSanitari (OSS) nelle cure domiciliari

Criticità o razionale del progetto	La presenza sul Territorio di diverse tipologie di servizi e di erogatori aumenta il rischio di frammentazione dell'assistenza e allungamento dei tempi di intervento. Favorire la rapida presa in carico e garantire continuità assistenziale nella transizione tra servizi differenti
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Utenti con attivazione C-DOM e bisogni socio assistenziali
Descrizione del servizio / progetto	Attivazione di OSS per igiene/educazione a mobilitazione, associato a percorso base/integrato per prestazioni di tipo infermieristico e di assistenza tutelare professionale (ai sensi dell'art 22 comma 4 del DPCM 12 gennaio 2017 e di quanto previsto dall'art. 3 septies del D.lgs 502/92 e smi e del DPCM 14 febbraio 2001) in attesa dell'espletamento delle pratiche per avvio SAD in relazione agli esiti della VMD integrata. Il SAD è presente in tutti i Comuni sebbene per molti Regolamenti, condizionato dalle condizioni economiche del beneficiario (ISEE inferiore a soglia definita) e/o cliniche (priorità non autosufficienza o altro). Inoltre in molti Comuni è prevista una contribuzione da parte del fruitore in base alle condizioni economiche. Il SAD per le dimissioni protette, dopo i primi 30 gg a carico della sanità, per un periodo definito e con riferimento alle specifiche quote previste dal FNPS è attivato senza riferimento a condizioni economiche e per l'Ambito di Carate Brianza integrato da specifiche risorse del PNRR Attivazione percorsi per addivenire all'effettiva integrazione delle prestazioni C-DOM con quelle dei servizi SAD di Ambito e/o Comunali (procedure, accreditamenti condivisi, buone prassi...)
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Tutti i Distretti
Attori/Enti coinvolti	Operatori C-DOM Servizi sociali del Distretto di riferimento
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Isorisorse Personale già presente in organico
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	Numero di attivazioni OSS/numero attivazioni C-DOM $\geq 4\%$

Scheda intervento 19 - Valutazione qualità dei servizi C-DOM, CP-DOM, IFeC

Criticità o razionale del progetto	Migliorare efficacia ed efficienza dei servizi in base alla percezione dell'utilità degli stessi e della capacità di risposta ai bisogni Valutazione da parte dell'utente dei servizi ospedalieri/territoriali (Metodologia PREMs del MeS Sant'Anna di Pisa)
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Utenti dei servizi domiciliari (C-DOM, CP-DOM, IFeC)
Descrizione del servizio / progetto	Definizione e applicazione di una scala di valutazione adattabile a tutte le tipologie di servizi domiciliari con feedback per i diversi attori implicati nell'assistenza in modo da ottimizzare e/o mettere in atto misure correttive nel caso si rilevino criticità nella modalità di erogazione
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Tutti i Distretti
Attori/Enti coinvolti	ASST Brianza: Cure domiciliari, Cure Palliative domiciliari, Infermieri di Famiglia e Comunità, Medici di Medicina Generale, Servizi informativi aziendali
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Isorisorse Personale già presente in organico
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	Indicatori 2025 Realizzazione della scala di valutazione Programmazione di survey customer 2026 Compilazione da parte degli utenti e feedback agli operatori Numero di questionari compilati/Numero questionari consegnati agli utenti: Valore incrementale di questionari con valutazione positiva 2027 Attuazione azioni correttive in base ad esito customer

Scheda intervento 20 - Sviluppo cure domiciliari e presa in carico ultra 65

Criticità o razionale del progetto	Il servizio C-Dom è rivolto a pazienti che hanno bisogni complessi e richiedono interventi di più figure professionali che operano in modo integrato al domicilio del paziente. E' necessario aumentare la presa in carico dei pz domiciliari
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Le C-Dom si rivolgono a persone residenti in Regione Lombardia, di qualunque età e reddito che necessitano di cure domiciliari. Per accedere al servizio devono essere presenti le seguenti condizioni: ▪ bisogni sanitari e sociosanitari gestibili al domicilio; ▪ non autosufficienza, parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo; ▪ impossibilità a deambulare e non trasportabilità, con i comuni mezzi, presso i servizi ambulatoriali territoriali; ▪ presenza di una rete familiare formale e/o informale di supporto; ▪ caratteristiche abitative che garantiscano la praticabilità dell'assistenza.
Descrizione del servizio / progetto	Il servizio C-Dom è rivolto a pazienti che hanno bisogni complessi e richiedono interventi di più figure professionali che operano in modo integrato. Sulla base della valutazione multidimensionale, queste tipologie di assistenza integrata sono classificate in livelli

	crescenti di intensità assistenziale (Livello I, II, IIIA, IIIB, IIIC, alta intensità). Viene garantito inoltre supporto alla persona e al caregiver attraverso colloqui, visite domiciliari e gruppi auto aiuto. L'assistenza viene fornita 7 giorni su 7 settimanali (è programmata dalle ore 8 alle ore 20 e fornita in funzione del piano di assistenza individuale). Il servizio viene erogato da Enti erogatori presenti su tutto il territorio accreditati da Regione Lombardia e a contratto con ATS, liberamente scelti da ogni persona/famiglia. Dal 1° ottobre 2023 le Cure Domiciliari vengono erogate anche da ASST. Per l'attivazione delle C-Dom è necessario presentare all'ASST territorialmente competente la richiesta di attivazione prescritta dal MMG/PLS. Può essere attivata anche in seguito ad una dimissione protetta ospedaliera. Si procederà alla decentralizzazione dell'attività valutativa e in parte erogativa presso le Case di Comunità, in previsione 13 sui 5 distretti dell'Azienda, favorirà, con la prossimità del servizio, un accesso più agibile dell'utenza e la gestione diretta dei bisogni degli utenti afferenti. Verrà anche in tal modo implementata la presa in carico diretta da parte delle cure domiciliari aziendali in particolare per le problematiche complesse che implicano la cooperazione di più servizi (Servizi sociali, SAD, CPS) integrati da progetti condivisi e in futuro anche tramite l'utilizzo di un applicativo comune (Sistema di Gestione Digitale del Territorio, SGDT).
Ambito territoriale di realizzazione	Tutti i distretti
Attori/Enti coinvolti	Distretti, Case di Comunità, ADI, Cure Primarie, ATS, Presidi ospedalieri
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	PUA/COT, UVM, Personale CDOM
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	Indicatori • Presa in carico in ADI di un numero incrementale di persone, definito per ogni territorio dalla DGR delle regole anno 2023, fino alla percentuale del 10% degli anziani nell'anno 2026 • N. accessi al PS di pazienti in ADI, inferiori o uguali al 2024 (per l'anno 2025) (in coordinamento con ATS Brianza)

La presa in carico dei cronici e dei fragili

Lo sviluppo delle Cure Primarie trova nella definizione del concetto di *fragilità* di cui al PSSR 2024-2028 un punto chiave di lavoro.

Le 5 componenti della fragilità individuate all'interno del PSSR guidano per il prossimo triennio il lavoro di sviluppo delle Cure Primarie. Un cittadino è tanto più fragile:

1. quanto maggiore è la sua complessità clinica;
2. quanto minore è l'aderenza alle raccomandazioni basate sulle evidenze per la cura delle malattie di cui soffre e per le campagne di prevenzione secondaria dei tumori;
3. quanto più ridotta è l'autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane;
4. quanto più elevato è il rischio di essere istituzionalizzato in RSA (se ha età ≥ 65 anni);
5. se vive in un contesto sociale disagiato. Queste cinque componenti della fragilità sono qui di seguito descritte, insieme alla loro dimensione in Lombardia.

Tutte le azioni contenute nel PPT devono trovare applicazione, pertanto, all'interno delle seguenti dimensioni di *fragilità*:

6. complessità clinica
7. mancata aderenza alle raccomandazioni
8. ridotta autonomia
9. propensione all'istituzionalizzazione
10. vulnerabilità sociale

Un cittadino è tanto più fragile quanto più è clinicamente complesso. Un cittadino è tanto più fragile quanto meno aderisce alle raccomandazioni per il monitoraggio, la cura e la prevenzione delle malattie. Un cittadino è tanto più fragile quanto più è limitato nello svolgimento delle attività quotidiane e nelle funzioni cognitive. Un cittadino anziano è tanto più fragile quanto maggiore è il rischio di istituzionalizzazione che lo caratterizza. Un cittadino anziano è più fragile se vive in un contesto sociale disagiato. I fattori che amplificano il disagio sono l'età avanzata (12%), il basso livello di istruzione (4%), la disoccupazione (32%), e la composizione del nucleo familiare (38%).

Poiché la vulnerabilità sociale è pensata come mediatore tra azioni (preventive, curative, riabilitative) ed esiti (ovvero l'efficacia delle azioni è tanto minore quanto maggiore è la vulnerabilità sociale del territorio in cui le azioni vengono erogate) questa componente della fragilità dovrebbe guidare l'intensità e le modalità di intervento relative alle altre componenti della fragilità.

Altre fragilità con interessamento in particolare della Pediatria di Libera Scelta riguardano l'infanzia e l'adolescenza, ancor più in seguito alla pandemia, che ha esacerbato le vulnerabilità esistenti. La dispersione scolastica rappresenta sia un fattore di rischio sia un fattore di aggravamento nel disagio minorile, nei disturbi del neurosviluppo e nei disturbi psichiatrici dei minorenni, che tutti appaiono in rilevante aumento. Con specifico riferimento alla sempre più dilagante dipendenza tecnologica dei minori, acuita in fase pandemica, è necessario potenziare il trattamento di tale patologia. Inoltre, si evidenzia il quadro di povertà educativa e di esclusione sociale in cui versano molti minori a cui si aggiunge la contrazione del reddito delle famiglie che espone a ulteriori condizioni di instabilità.

Il PSSR si ispira alle linee di indirizzo strategico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e della Unione europea. Tali azioni includono quelle che riguardano la promozione della salute e la prevenzione delle malattie, il miglioramento dell'accesso all'assistenza sanitaria di qualità e il rafforzamento dei sistemi sanitari.

Il Sistema delle Cure Primarie nel suo complesso, pertanto, è chiamato a mitigare la transizione dei cittadini lombardi da un livello di complessità clinica a quello superiore con interventi mirati di:

11. Prevenzione primaria (a titolo esemplificativo la partecipazione attiva alle attività vaccinali di ASST)
12. Prevenzione secondaria (a titolo esemplificativo la partecipazione attiva alle attività di screening di ASST per le principali patologie neoplastiche)
13. Miglioramento dell'appropriatezza degli accessi ai Pronto Soccorso.

Si ritiene prioritario, in ragione di quanto sopra, riordinare l'attività di cura al domicilio effettuata direttamente dal MMG nei *setting*:

- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)
- Percorso di Sorveglianza Domiciliare (PSD)
- Assistenza Domiciliare Integrata effettuata dal MMG (ADI)

Nel presente PPT si declina tale tentativo con il seguente programma di QUALIFICAZIONE ED EVOLUZIONE DELL'ATTIVITÀ DI ASSISTENZA DOMICILIARE RESA DALL'EQUIPE DEL MMG

In osservanza al vigente ACN, in linea con l'evoluzione già attuata in Regione Lombardia con DGR 717/2023 e il PSSR che introduce la fragilità (valutazione complessiva dello stato di salute della persona nel suo contesto) oltre che la cronicità (valutazione dello stato di salute in relazione alla situazione clinica), si condivide quanto segue:

14. Ciascuno dei 3 setting di cura al domicilio prevede attività diverse, che vanno mantenute, in quanto i 3 diversi setting rafforzano la specificità professionale e l'equipe di studio (medico in ADP, infermiere in PSD, medico+infermiere in ADI).
15. Ciascuno dei 3 setting di cura al domicilio deve evolvere e ulteriormente qualificarsi per il tramite di:
 - a. TELEMEDICINA
 - b. EROGAZIONE DI PRESTAZIONI, oltre l'ambito Prestazioni di Particolare Impegno Professionale (PIIP) esistente.

In quest'ottica deve essere superata l'autorizzazione degli accessi intesa come valutazione ex ante dell'individuazione del target da parte del MMG, in quanto ciò richiederebbe una valutazione puntuale del caso clinico da parte di un medico e perché di fatto già non si percorre più *riconoscendo al medico l'autonomia nella responsabilità dell'individuazione della tipologia di accesso per quel paziente*.

La valutazione dell'attività del Medico da parte di ASST **non deve più avvenire su singola pratica, ma sull'adesione complessiva del medico ai percorsi ADP/ADI/PSD delineati**, evidenziando l'eventuale scostamento (soprattutto in difetto) rispetto all'atteso, ossia rispetto al carico degli assistiti/assistiti over 65/parametri ISTAT/etc., riconoscendo, in questo, il **ruolo del Dipartimento Cure Primarie e del Direttore di Distretto**.

A livello distrettuale, si potranno porre obiettivi specifici nel corso del triennio, con indicatori misurabili nel tempo (**sviluppo di progettualità**).

Segue la "riorganizzazione" dei 3 setting di cura al domicilio in modalità sintetica.

ADP

Attività esclusiva del medico

Paziente non trasportabile ma in **situazione di stabilità clinica**

MOTIVAZIONE DELL'ATTIVITÀ:

- Impossibilità permanente a deambulare
- Impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni
- Impossibilità per gravi patologie:
 - Insufficienza cardiaca in stato avanzato
 - Insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale
 - Arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato
 - Gravi arteriopatie degli arti inferiori con grave limitazione
 - Cerebropatici e cerebrolesi con forme gravi
 - Paraplegici e tetraplegici
 - Altro (campo libero da specificare)
- Condizione di fragilità sociale del paziente
- Paziente in attesa di ricovero;
- Paziente psichiatrico in attesa di presa in carico;
- Prevenzione complicanze ondate di calore;

PRESTAZIONI: ADP non è l'ambito di erogazione di prestazioni oltre PIIP

- Possibilità di ADP+PSD, se frequenza mensile, quindi il paziente è visto ogni 15 gg

EVOLUZIONE => teleassistenza

=> teleconsulto con specialista

=> percorsi per patologia: progetto Demenze Alzheimer/Diabetologia

PSD

Attività esclusiva dell'Infermiere di Studio/IFeC

Paziente non trasportabile/trasportabile ma in **situazione di stabilità clinica**

Frequenza: 2 accessi/mese

EVOLUZIONE => telemonitoraggio

ADI

Lo stesso ACN prevede l'attività di ASSISTENZA E INTEGRATA, **pertanto l'infermiere può alternarsi al medico nel piano di cura dei pazienti**, che, ai sensi dello stesso ACN hanno profilo diverso da ADP.

Condizione del paziente **instabile**.

MOTIVAZIONE DELL'ATTIVITÀ:

16. Dimissione ospedaliera;
17. Paziente in ADI – CDOM;
18. Presa in carico per lo sviluppo di percorsi educazionali.
19. Richiesta attivazione ADI-CDOM

FREQUENZA: settimanale

EVOLUZIONE => altre prestazioni:

- Catetere
- Prelievo a domicilio
- Medicazione complessa (progetto vulnologia)
- Prevenzione Piede Diabetico=> telemonitoraggio

Integrazione con gli specialisti ospedalieri su percorsi assistenziali specifici per pazienti cronico/fragili

Oltre al riordino e alla riqualificazione dell'attività domiciliare svolta dal MMG è necessario sviluppare l'integrazione su percorsi assistenziali specifici con gli specialisti ospedalieri per garantire continuità nell'assistenza e favorire l'accesso appropriato al MMG o allo specialista ospedaliero in base all'intensità di cura, coinvolgendo anche Il Distretto e la Casa di Comunità per assicurare la prossimità.

Di seguito sono illustrate specifiche progettualità che coinvolgono in forte sinergia e integrazione MMG – Specialisti ospedalieri e Distretti (questi ultimi individuati come bacino di popolazione o individuazione di Casa di Comunità ove iniziare la sperimentazione o il progetto pilota) con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza della presa in carico in ospedale e nel territorio e offrire al paziente la garanzia di una continuità assistenziale nel suo percorso di cura anche in strutture/servizi territoriali competenti e integrate con l'ospedale:

Progetto regionale "Sviluppo di percorsi oncologici ospedale-territorio"

Il progetto pilota promosso dalla Commissione Tecnica Modello Organizzativo Rete Oncologica di Regione Lombardia, e condiviso con la ROL, Rete Oncologica Lombarda, vede il coinvolgimento iniziale delle ASST Brianza, Pavia, Lodi, Lecco, Fatebenefratelli Sacco, IRCCS San Matteo di Pavia e di Fondazione The Bridge. L'obiettivo della progettualità è quello di strutturare e applicare percorsi tra ospedale e territorio che consentano l'erogazione di prestazioni a favore dei soggetti affetti da patologie oncologiche al fine di offrire prestazioni agli stessi presso le CdC. I percorsi strutturati consentirebbero a pazienti oncologici residenti in aree interne o con difficoltà a raggiungere l'ospedale, di ricevere trattamenti e controlli previsti, in modo protetto e connesso, presso strutture di prossimità (CdC) o a domicilio.

Nel progetto pilota sono stati individuati i soggetti target e analizzate le prestazioni tipicamente erogate presso le strutture ospedaliere che potrebbero essere reindirizzate a strutture territoriali, considerando il livello di complessità della prestazione, i rischi connessi e la dotazione tecnologica necessaria per l'erogazione delle stesse. E' stato analizzato il percorso di cura e assistenza considerando la fase di somministrazione **ed erogazione** delle terapie, le attività assistenziali in capo alla componente infermieristica, le attività di monitoraggio e follow-up e **l'attività correlata alla nutrizione**. Inoltre sono stati individuati criteri di appropriatezza nella gestione del follow-up del paziente da parte dell'MMG o dello specialista oncologo in base al periodo di stabilità clinica della malattia, in condivisione e continuità dell'assistenza.

Scheda intervento 21 - Progetto regionale sviluppo di percorsi oncologici ospedale-territorio

Criticità o razionale del progetto	Strutturare e applicare percorsi tra specialisti ospedalieri e MMG a favore dei soggetti affetti da patologie oncologiche che consentano l'appropriatezza delle cure nel follow-up MMG/ Oncologo e l'erogazione di prestazioni presso le CdC.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	20. pazienti oncologiche affette da tumore alla mammella in trattamento con terapie biologiche per os (inibitori delle cicline come Abemaciclib, Ribociclib) adiuvanti e/o per malattia metastatica stabili in trattamento da 6 mesi senza effetti collaterali o con effetti collaterali gestibili o con tumore alla mammella sottoposto a intervento chirurgico con necessità di medicazioni post chirurgiche; 21. soggetti affetti da tumore alla prostata metastatico in trattamento con terapie ormonali per os (Abiraterone, Apalutamide, Enzalutamide) stabili in trattamento da 6 mesi senza effetti collaterali o con effetti collaterali gestibili o soggetti con tumore alla prostata sottoposti a intervento chirurgico con drenaggi; 22. soggetti affetti da tumore al colon e soggetti con colostomie o urostomie.
Descrizione del servizio / progetto	Il progetto prevede 3 parti: ▪ condivisione del follow-up tra MMG e Oncologo ospedaliero in pazienti oncologiche operate per carcinoma mammario o neoplasia al colon, dopo 6 mesi dall'intervento e in condizioni di stabilità clinica; ▪ dispensazione del farmaco in CdC da parte dell'IfEC a pazienti operati e/o recidivati per neoplasia mammaria e pazienti con tumore della prostata metastatico, dopo 6 mesi di terapia orale e se in stabilità clinica della malattia, su loro adesione volontaria e sempre sotto il controllo dell'oncologo ospedaliero; somministrazione mensile sottocutanea di denosumab (bifosfonato) per la prevenzione degli eventi ossei nei pazienti con tumore della prostata con metastasi ossee, con le medesime modalità sopra descritte. ▪ gestione in CdC nell'ambulatorio IfEC di colostomie, urostomie, ileostomie e medicazioni per pazienti fragili con difficoltà a raggiungere la sede ospedaliera di riferimento
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	avvio progetto pilota in CdC Giussano (Distretto Seregno) con possibile estensione successiva ad altre CdC; avvio in tutte le CdC della gestione del paziente nell'ambulatorio Ifec per la gestione delle medicazioni complesse (punto 3)
Attori/Enti coinvolti	SC Oncologia, DAPSS e DPSS Polo Territoriale, Distretti, Dipartimento Cure primarie, Ifec CdC
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Risorse già presenti in organico
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	NO
Anno Avvio / Anno Fine	2025 - 2026
Indicatore e risultato atteso	▪ numero pazienti aderenti al progetto pilota / numero di soggetti eleggibili, ▪ numero pazienti che ritornano in visita dallo specialista in una visita non programmata / numero di pazienti aderenti al progetto pilota.

Scheda intervento 22 - Presa in carico congiunta con i MMG dei pazienti con carcinoma mammario e carcinoma del colon- retto in follow up

Criticità o razionale del progetto	L'incidenza e la prevalenza delle persone operate per carcinomi del colon-retto e della mammella è in progressivo aumento, grazie alla diagnosi precoce ed ai trattamenti adiuvanti. Le recidive si verificano in prevalenza nei primi anni dalla diagnosi e l'entità del rischio di recidiva è correlato ad estensione ed aggressività biologica della malattia iniziale. L'attuale programma di gestione del Follow-up, effettuato esclusivamente dal medico specialista, può ripercuotersi negativamente sia sul malato, che continua a sentirsi ospedalizzato, sia sull'efficienza delle prestazioni specialistiche, che vedono assorbire ingenti risorse per la gestione di tali pazienti, sia sulla gestione complessiva del paziente da parte del MMG, non adeguatamente coinvolto. Il progetto nasce dall'esigenza di strutturare e applicare percorsi condivisi tra ospedale e territorio per l'erogazione di prestazioni a favore dei soggetti affetti da patologie oncologiche croniche nell'ottica di ricevere controlli presso strutture di prossimità e inoltre dall'esigenza di consolidare la rete oncologica all'interno dei percorsi di cronicità promuovendo il coinvolgimento dei MMG nell'assistenza al paziente oncologico in fase di terapia adiuvante e follow-up. Il progetto sfrutta le potenzialità presenti in ASST e nel territorio per garantire al meglio l'assistenza al paziente oncologico, seguendo i dettami di Regione Lombardia.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Pazienti affetti da carcinoma del colon-retto e della mammella in follow-up dopo trattamento primario (chirurgia +/- Radioterapia +/- terapia farmacologica) MMG del distretto di Vimercate in prima istanza e successiva estensione a tutta l'ASST Brianza Medici specialisti oncologi dell'ASST Brianza in prima istanza dell'Ospedale di Vimercate
Descrizione del servizio / progetto	Coinvolgimento attivo dei professionisti (MMG e Specialisti oncologi) potenzialmente coinvolti Definizione e condivisione di linee guida e strumenti di comunicazione tra i professionisti coinvolti per la gestione del Follow-up dei pazienti con carcinoma mammario e del colon-retto nel rispetto di ruoli e funzioni di ciascuno Gestione condivisa del percorso dell'assistito mediante l'utilizzo della rete informatica Pianificazione della metodologia condivisa: controlli effettuati ogni 6 mesi alternativamente da medico oncologo e MMG con esami programmati secondo PDTA aziendali.
Ambito territoriale di realizzazione	Distretto di Vimercate con Presidio ospedaliero di Vimercate che presenta una condizione organizzativa ed informatica favorevole per avviare un'iniziativa di innovazione in termini di percorso clinico: - Disponibilità di una cartella clinica elettronica dedicata ai pazienti oncologici (Tabula Clinica Oncologica) elemento abilitante per lo scambio di dati e immagini con i MMG - Rapporti di collaborazione già attivi con i MMG per il paziente oncologico, per il quale sono presenti in ASST Brianza PDTA specifici di patologia (carcinoma mammario e colon-retto)
Attori/Enti coinvolti	Dipartimento Oncologico ASST, Dipartimento Cure primarie, Distretto di Vimercate, MMG aderenti
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Risorse già presenti in organico
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	NO
Anno Avvio / Anno Fine	Entro 31.12.2024 Presentazione del progetto ai professionisti potenzialmente coinvolti e raccolta delle adesioni Attivazione gruppo di lavoro Oncologi- MMG

	28.02.2025 Stesura del progetto e condivisione con il gruppo di lavoro di linee guida (secondo PDTA) e strumenti di comunicazione (informatici) tra i professionisti per la gestione del FU dei pazienti affetti da carcinoma mammario e carcinoma del colon-retto operati radicalmente, nel rispetto di ruoli e funzioni di ciascuno Dal 03.2025 Applicazione del progetto
Indicatore e risultato atteso	1 Coinvolgimento MMG nel progetto: N° di MMG coinvolti/n° MMG del territorio interessato
	2 Coinvolgimento dei pazienti in FU: N° di pazienti coinvolti/n° dei pazienti affetti dalle patologie in Follow-up seguiti in Oncologia
	3 Customer Satisfaction

Scheda intervento 23 - Integrazione ospedale-territorio in ematologia

Criticità o razionale del progetto	Lievi anomalie di esami ematologici possono creare allerta nel timore di gravi emopatie nascoste sotto sfumate alterazioni di laboratorio. Il che fortunatamente succede solo in una piccola percentuale di casi. Tuttavia questo fatto genera la maggior parte di prime visite ambulatoriali specialistiche ematologiche provenienti dal territorio, spesso generando nel cittadino gravi timori. Lo specialista prescrive gli accertamenti necessari riaffidando il cittadino al MMG in circa la metà dei casi, in media dopo ulteriori 1-2 visite. Uno screening ematologico di approfondimento effettuato 'in prossimità' potrebbe portare alle conclusioni diagnostiche semplicemente attraverso un confronto tra professionisti. L'accesso in ospedale, quando necessario, sarebbe organizzato dopo l'inquadramento di base, riducendo gli accessi e agevolando così quelle situazioni in cui età, fragilità o particolari condizioni sociali rendono complicati gli spostamenti.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Cittadini a cui venga richiesta una valutazione Ematologica/Oncoematologica
Descrizione del servizio / progetto	Collaborazione tra specialista di CDC e specialista ospedaliero per quesiti ematologici e sviluppo di rete con MMG secondo i seguenti punti: 1. Implementare la diagnostica ematologica di prossimità incentrata su CDC 2. affinare i quesiti per lo specialista ospedaliero con l'invio di pazienti già 'inquadrati' 3. valutazione dei casi accertati e seguiti in CDC 4. coinvolgimento specialisti CDC e MMG nella valutazione del setting più appropriato per la gestione del paziente quale integrazione con la rete assistenziale territoriale per i pazienti anziani, fragili, complessi. 5. sviluppo valutazione a distanza per pazienti cronici non/poco mobilizzabili.
Ambito territoriale di realizzazione	AZIENDALE (ASST BRIANZA)
Attori/Enti coinvolti	SS EMATOLOGIA (Vimercate - Desio)– Spec internista CDC (Lissone, Cesano Maderno, Vimercate) - MMG
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Risorse già presenti in organico
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	NO
Anno Avvio / Anno Fine	Novembre 2024_Dicembre 2025 (punti 1,2,3 del progetto) Novembre 2024_Dicembre 2026 (punti 4 e 5 del progetto)
Indicatore e risultato atteso	Richieste con quesito ematologico in CDC: conclusione del percorso in CDC in almeno il 40% dei casi. Richieste di prima visita ematologica in ospedale; confronto rispetto ai dati storici: aumento dal 7 al 15% dei casi già inquadrati.

	Almeno 2 incontri con MMG nel 2025 e 2026 per valutazione andamento del progetto, discussione casi complessi e modalità di valutazione a distanza
--	---

Scheda intervento 24 - Integrazione ospedale-territorio per la chirurgia ambulatoriale minore

Criticità o razionale del progetto	L'attività chirurgica eseguita oggi in ospedale consta anche di interventi ambulatoriali necessari a seguito di un'operazione chirurgica o di piccoli interventi ambulatoriali. Si tratta spesso di interventi non complessi che possono essere eseguiti direttamente da personale infermieristico con l'intervento del medico solo in caso di rivalutazione. L'ambulatorio infermieristico della Casa di Comunità può garantire l'esecuzione di queste prestazioni prioritariamente per quei pazienti cronico/fragili che, su invio dei medici chirurghi ospedalieri, possono accedere all'ambulatorio infermieristico della Casa di Comunità di prossimità.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Pazienti che accedono ai reparti/ambulatori chirurgici o PS degli ospedali della ASST Brianza per i quali sono necessarie prestazioni infermieristiche a seguito dell'intervento chirurgico
Descrizione del servizio / progetto	Invio da parte dei medici chirurghi ospedalieri all'ambulatorio infermieristico della Casa di comunità mediante prenotazione da CUP ospedaliero su agende dedicate dell'ambulatorio infermieristico CdC per le seguenti prestazioni: 1. Rimozione punti 2. Medicazione avanzata semplice o complessa per incisioni di tumefazione suppurata o infezioni da ferita 3. Sostituzione di catetere vescicale 4. Infusioni liquidi o farmaci specifici da valutare con l'ambulatorio IfeC della CdC di riferimento per complessità della prestazione, logistica e approvvigionamento Possibilità di prenotare da CdC Giussano su agenda chirurgia ambulatoriale di Desio e Carate la rivalutazione del paziente da parte del chirurgo ospedaliero se necessario
Ambito territoriale di realizzazione	Distrettuale, area ovest (Seregno, Carate, Desio)
Attori/Enti coinvolti	Dipartimento Chirurgico Ovest, presidi ospedalieri di Desio e Carate, CdC Giussano (Distretto Seregno)
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Risorse già presenti in organico
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	NO
Anno Avvio / Anno Fine	2025 -2027
Indicatore e risultato atteso	Numero pazienti presi in carico dall'ambulatorio Ifec della CdC Giussano/numero totale dei pazienti presi in carico dagli ambulatori chirurgici dei presidi di Carate e Desio Numero pazienti presi in carico dall'ambulatorio IfeC della CdC/Giussano con necessità di rivalutazione chirurgo ospedaliero/numero totale dei pazienti presi in carico in CdC Giussano

Scheda intervento 25 - Progetto di dimissione accompagnata dopo un ricovero ospedaliero per sindrome coronarica acuta o scompenso cardio-circolatorio acuto (Progetto DIMACC)

Criticità o razionale del progetto	La sindrome coronarica acuta (SCA) e lo scompenso cardiocircolatorio acuto (SCC) rappresentano le principali cause dei ricoveri ospedalieri per patologie cardio-vascolari e il primo anno dopo il ricovero è il periodo più critico per insorgenza di complicanze e frequente necessità di riospedalizzazione. La cardiopatia ischemica e l'insufficienza cardiaca rappresentano patologie croniche che richiedono, dopo le fasi acute, una gestione complessa e di lungo periodo basata sul controllo dei fattori di rischio della patologia, sulla correzione degli stili di vita, sull'aderenza ai trattamenti farmacologici consigliati e sull'attenzione alla comparsa di 'campanelli di allarme' di riacutizzazione della patologia. Mentre si è ridotta negli ultimi anni la mortalità ospedaliera nella fase acuta di queste malattie, l'andamento della mortalità dopo la dimissione rimane stabile o addirittura aumenta. Questo fatto è espressione di un inadeguato follow-up e scarso coinvolgimento dei pazienti che comporta una scarsa aderenza alla terapia raccomandata e scarsa attenzione ai segni/sintomi di instabilizzazione della malattia. Il progetto si pone l'obiettivo della creazione di percorsi strutturati, in ambulatori infermieristici dedicati a cui accedono i pazienti dimessi dalla Cardiologia ospedaliera per l'avvio del follow-up nel primo anno post ricovero. Gli ambulatori dedicati sono attivati anche sul territorio, nelle Case di Comunità, con la collaborazione degli Infermieri di famiglia e Comunità in integrazione con il cardiologo ospedaliero.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Pazienti dimessi dopo un ricovero per SCA o SCC dalla Cardiologia/UTIC del presidio ospedaliero di Desio che aderiscono al progetto
Descrizione del servizio / progetto	Organizzazione di un follow-up strutturato della durata di un anno dopo la dimissione in ambulatorio cardiologico territoriale (CdC Gussano per pazienti ad alto rischio e CdC Cesano Maderno per pazienti a moderato-basso rischio) con l'esecuzione di visite ed esami diagnostici previsti e presa in carico da parte degli Infermieri di famiglia, in collaborazione con gli infermieri ospedalieri, per counseling ed educazione del paziente nella corretta gestione della malattia.
Ambito territoriale di realizzazione	Distrettuale area ovest (Desio, Carate, Seregno)
Attori/Enti coinvolti	SC Cardiologia Desio, Distretti Seregno e Desio
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Per l'implementazione di ulteriori ambulatori cardiologici territoriali necessario il reclutamento di cardiologi e personale infermieristico
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	NO
Anno Avvio / Anno Fine	2024 - 2027
Indicatore e risultato atteso	Numero pazienti presi in carico in DIMACC/numero totale di pazienti dimessi da Cardiologia/UTIC Desio Numero accessi al PS e ricoveri ospedalieri pazienti presi in carico DIMACC/numero accessi PS e ricoveri ospedalieri per tutti i pazienti con SCA e SCC dimessi dalla Cardiologia/UTIC Desio

Lo sviluppo della telemedicina

La diffusione dei servizi di telemedicina è uno degli obiettivi strategici del PRSS e rappresenta uno dei principali ambiti di applicazione della sanità in rete.

Nell'ambito della Missione 6 Salute (M6C1-1.2.3), prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in particolare per l'investimento "Casa come primo luogo di cura e telemedicina", Regione Lombardia ha previsto importanti investimenti per l'innovazione digitale e ha identificato diversi ambiti strategici attraverso cui definire modalità innovative per offrire servizi sanitari strategici.

Con Deliberazione Giunta Regionale n° XII/1475 del 4 Dicembre 2023²⁴ è stato approvato il Modello Organizzativo di Telemedicina di Regione Lombardia (RL) per la prima applicazione e progressiva diffusione dei servizi minimi di telemedicina previsti nel PNRR ossia televisita, teleconsulto medico, teleassistenza e telemonitoraggio.

La telemedicina si prefigge i seguenti obiettivi:

- accrescere l'equità nell'accesso ai servizi socio-sanitari nei territori remoti
- ridistribuire le risorse umane e tecnologiche consentendo di coprire la carenza di competenze professionali
- offrire, grazie alla disponibilità di servizi di teleconsulto, un supporto ai servizi mobili d'urgenza o per le zone remote
- incrementare la qualità, l'efficacia e l'efficienza dei servizi sociosanitari;
- promuovere l'assistenza domiciliare e l'applicazione di protocolli di monitoraggio da remoto;
- promuovere l'utilizzo di tecnologie innovative nella medicina;
- ridurre i costi sociali migliorando la sostenibilità del Sistema Sanitario Regionale (SSR).

Nell'ambito del PNRR Regione Lombardia si è prefissata l'obiettivo entro la fine del 2026 della gestione di circa 200000 pazienti con il supporto di servizi di Telemedicina (in particolare telemonitoraggio) mediante l'adozione da parte di tutte le ASST e IRCCS pubbliche del Sistema di Gestione Digitale del Territorio (SGDT), integrato alla nuova Infrastruttura Regionale di Telemedicina (DGR XI/5872 del 24 Gennaio 2022). Come previsto dalle Linee di indirizzo Nazionali per l'applicazione della Telemedicina, le discipline principali destinatarie di percorsi specifici saranno le patologie cardiologiche, respiratorie, oncologiche, neurologiche e il diabete mellito.

L'applicazione della telemedicina risulterà strategica per realizzare modalità organizzative innovative di presa in carico della persona cronica e fragile, riuscendo a garantire continuità nell'accesso alla rete dei servizi e appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, attraverso l'integrazione e il raccordo tra le diverse competenze professionali coinvolte sia in ambito ospedaliero che territoriale. In ragione dell'andamento demografico con progressivo invecchiamento della popolazione, della "povertà" dei nuclei familiari con conseguente carenza di *care-giver* e della necessità di ottimizzare l'uso delle risorse del SSN diverrà mandatoria l'implementazione di progetti di cura che favoriscano la prossimità delle cure e la permanenza al domicilio. In questo modo elementi di domotica, telemedicina e monitoraggio a distanza permetteranno di aumentare l'efficacia dell'intervento che risulterà propedeutica al raggiungimento della massima autonomia e indipendenza della persona nel proprio *setting*.

Ritenendo RL fondamentale il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e dei Medici Specialisti nella realizzazione dei percorsi di telemedicina e quello della Casa di Comunità come luogo fisico della presa in carico del paziente attraverso una valutazione multidisciplinare, è stata ideata un'applicazione in grado di gestire tutto il percorso del paziente (Sistema Gestionale Digitale del Territorio – SGDT) che potesse essere integrata con la Infrastruttura Regionale di Telemedicina, non escludendo inizialmente la prosecuzione dei progetti avviati con gli applicativi già in uso.

La diffusione dei servizi di telemedicina avverrà in due fasi: la prima fase riguarderà la mappatura sia dell'organizzazione aziendale per la gestione dei servizi di telemedicina, sia dei processi già attivi o da attivare che delle relative responsabilità; nella seconda fase si procederà all'implementazione delle regole e degli standard di processo e sistema. Sarà fondamentale individuare degli ambiti formativi adeguati dove possano coesistere in modo equilibrato professionisti di discipline diverse (sanitari, manager, ingegneri, informatici).

Nell'ambito della nostra azienda è stata strutturata una *survey* per la mappatura dei processi di telemedicina ed è stato nominato un referente. Non essendo ancora disponibile l'infrastruttura regionale di telemedicina, è in corso una rilevazione dei volumi dei servizi secondo una procedura transitoria definita a livello nazionale da AGENAS che prevede:

24 Piano nazionale di ripresa e resilienza (pnrr) - missione 6, componente 1, sub-investimento 1.2.3.2. "servizi di telemedicina"- modello organizzativo di diffusione dei servizi di telemedicina <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/Giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/DettaglioDelibere/delibera-1475-legislatura-12>

1. Televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio di livello 1;
2. Telemonitoraggio di livello 2 (monitoraggio gestito da piattaforme dedicate, es: PM, ICD, pazienti diabetici con sistemi di monitoraggio glucosio...).

Nell'ambito delle attività di livello 1 si segnalano due percorsi, uno inerente la Cardiologia e uno inerente la Diabetologia.

Presso l'ambulatorio di Cardiologia del Presidio di Giussano l'attività di telemedicina si è strutturata nel 2019 e si è consolidata durante la pandemia Covid. Complessivamente sono oltre 600 i pazienti coinvolti con circa 500 prestazioni all'anno (oltre 3000 prestazioni ad oggi) comprendenti:

- televisite (gestione in remoto di pazienti fragili con verifica esami, rilievo parametri ed ottimizzazione terapia)
- ECG registrati a domicilio con sistema Kardia e trasmessi in tempo reale al centro di raccolta con garanzia di lettura entro 24 ore e di convocazione, in caso di necessità, entro 24 ore (festivi inclusi).
- telemonitoraggio dei valori pressori (rilievo dei valori pressori a domicilio e trasmissione dati in tempo reale).
- monitoraggio multiparametrico (ECG, Saturimetria, Temperatura corporea, polisonnografia) tramite sistema Checkme-Pro.

Per quanto attiene la Diabetologia sono attualmente in carico 55 pazienti con modalità di televisita da parte dello specialista e con supporto dell'IFeC per la valutazione domiciliare.

Per il triennio 2025-2027 si prevede un'implementazione di entrambe le progettualità specie per l'attività di telemonitoraggio con presa in carico in particolare per il Servizio di Diabetologia dei pazienti ≥ 80 anni portatori di *device*, quali sensori per la rilevazione della glicemia.

Si prevede inoltre di aprire una interlocuzione su questa tematica con IRCCS.

A seguire alcune proposte da realizzare a partire dal 2025, per cui sono stati già coinvolti gli specialisti delle altre branche:

Scheda intervento 26 - Sviluppo telemedicina

Razionale del progetto	La telemedicina mira a migliorare l'assistenza delle persone affette da patologie croniche, con particolare attenzione verso gli over 65. Questo obiettivo primario si collega ad altri tre obiettivi complementari: aumentare il numero dei pazienti assistiti nelle proprie abitazioni; realizzare un nuovo modello organizzativo, con la creazione delle Centrali operative territoriali, al fine di assicurare la continuità, l'accessibilità e l'integrazione della cura sanitaria; promuovere la digitalizzazione del processo di cura.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Pazienti con patologie croniche
Descrizione del progetto	La diffusione dei servizi di Telemedicina avverrà in due fasi: nella prima fase ci sarà la mappatura sia dell'organizzazione aziendale per la gestione dei servizi di telemedicina, sia dei processi di telemedicina già attivi o da attivare nelle singole Strutture per poter configurare il sistema nel modo più confacente alle singole esigenze; nella seconda fase saranno implementate le regole e gli standard di processo e di sistema per l'utilizzo ottimale dei servizi minimi di telemedicina. L'ASST della Brianza intende sviluppare e potenziare l'attività di telemedicina sia ospedaliera che territoriale attraverso tutte le modalità individuate dal Ministero della Salute (tele-monitoraggio, tele-visita, tele-consulto, tele-refertazione, tele-assistenza). Si prevede la progressiva implementazione di un numero sempre maggiore di prestazioni strumentali erogabili in tele-refertazione presso le CdC (Medicina di prossimità), lo sviluppo di PDTA per la presa in carico di patologie specifiche attraverso il telemonitoraggio, l'ampliamento delle Specialità che erogano tele-visite e l'implementazione del tele-consulto per MMG/PLS in modalità sincrona.
Ambito territoriale di realizzazione	Tutti i Distretti dell'ASST

Attori coinvolti	ASST, Cure Primarie.
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Medici Specialisti, IFeC, altre professionalità sanitarie per l'erogazione delle prestazioni in tele-assistenza.
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	- Definizione del modello organizzativo per l'implementazione dei servizi di telemedicina e nomina di un referente entro il 2024 – formalizzazione procedura; - Mappatura dei processi attivi e delle relative responsabilità nella gestione dei processi di Telemedicina entro il 2024; - Attivazione di almeno un progetto di telemonitoraggio nel 2025; - Attivazione completa dei servizi di Telemedicina in modalità integrata a SGGT dal 2026; - Gestione incrementale fino al raggiungimento di almeno il 10% dei pazienti cronici nel 2027 tramite servizi di Telemedicina

Scheda intervento 27 - Trattamento tele-riabilitativo DSA

Razionale del progetto	Miglioramento dell' <i>outcome</i> dei pazienti con DSA attraverso il trattamento precoce e il potenziamento della frequenza degli interventi con la teleriabilitazione integrata con la piattaforma RiDinet
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Bambini con diagnosi di DSA (Disturbi Specifici dell'Apprendimento) e BES (Bisogni Educativi Speciali) in carico alla SC NPIA
Descrizione del progetto	Per agevolare una cura tempestiva del bambino si incrementeranno i trattamenti teleriabilitativi, già pilotati con una prima applicazione nel progetto G020 "Presenza in carico precoce e approccio metacognitivo nei Disturbi specifici di linguaggio e di apprendimento: modelli di intervento innovativi nelle ASST di ATS Brianza. Attraverso questo tipo di intervento integrato ambulatoriale e domiciliare supervisionato dal clinico, si avrà la possibilità di garantire una frequenza maggiore dell'intervento e di costruire da parte dello specialista un trattamento ad hoc per quel paziente e per quel tipo di disturbo
Ambito territoriale di realizzazione	4 distretti di ASST Brianza (Carate, Desio, Seregno e Vimercate)
Attori coinvolti	Clinici (Neuropsichiatri Infantili, Psicologi, Logopedisti), pazienti e famiglia
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Logopedisti già presenti in organico afferenti alla SC NPI
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	Gennaio - Dicembre 2025
Indicatore e risultato atteso	Riduzione 10% delle liste d'attesa riabilitative per pazienti con DSA o BES valutati nel progetto G020

Scheda intervento 28 - Trattamento tele-riabilitativo specialistico

Razionale del progetto	Permettere la verifica dello stato clinico, della capacità funzionale residua, della partecipazione e aderenza al programma riabilitativo di pazienti provenienti da un percorso di riabilitazione in regime degenziale il cui potenziale di recupero beneficerebbe di una presa in carico teleriabilitativa.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Pz. ricoverati presso la nostra Neurologia, Ortopedia e Riabilitazione Specialistica che necessitano di proseguire il programma riabilitativo impostato in reparto e il cui quadro clinico e psicomotorio sia compatibile

	con un approccio teleriabilitativo effettuabile mediante una presa in carico in regime di MAC08
Descrizione del progetto	Presa in carico a seguito di acuzie neurologiche o post-chirurgiche che esitino in deficit funzionali passibili di recupero mediante: 1- intervento precoce, intensivo (fase acuta); 2- intervento di addestramento, educativo (fase sub-acuta); 3- intervento in homing (fase di stabilizzazione). Alla dimissione dal reparto segue una presa in carico in regime MAC al fine di monitorare l'andamento riabilitativo e valutare eventuali modifiche del programma in atto.
Ambito territoriale di realizzazione	Aziendale/Distrettuale
Attori/Enti coinvolti	Fisiatri, Tecnici della Riabilitazione, Caregivers
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	3 Tecnici della Riabilitazione (non in organico) 1 medico fisiatra (non in organico)
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	NO
Anno Avvio / Anno Fine	2025 - 2027
Indicatore e risultato atteso	▪ riduzione tempi di attesa per presa in carico ambulatoriale ▪ riduzione tempi di degenza in Riabilitazione ▪ maggior efficacia terapeutica con utilizzo di tecnologie innovative ▪ miglior compliance del pz per l'ottimizzazione dei tempi e per la maggior responsabilità riguardo il proprio percorso di cura. Tali indicatori saranno in parte registrati dal software del sistema homing in parte misurati da scale validate (RCS – B.I. - ADL) e dalla raccolta di questionari di gradimento (customer satisfaction)

Scheda intervento 29 - Presa in carico in telemedicina del paziente cardiopatico

Razionale del progetto	Gestione clinica integrata del malato cardiopatico: screening e prevenzione dell'ictus ischemico, monitoraggio post ablazione /cardioversione, aritmie parossistiche, FA e SCC dei pazienti afferenti alle case di comunità (CdC)
Destinatari specifici dell'intervento target)	Sono considerati eleggibili i pazienti affetti da: scompenso cardiaco cronico, aritmie parossistiche, fibrillazione atriale, post ablazione o cardioversione che diventano fragili nel tempo per co-patologie e presentano difficoltà nell'accedere all'ambulatorio ospedaliero
Descrizione del progetto	Identificazione del paziente secondo i criteri Condivisione con il MAP del percorso Avvio della presa in carico tramite: ▪ "visita di inizio percorso" con il cardiologo, durante la quale vengono raccolti i dati clinici del paziente; ▪ colloquio con l'infermiere per la stesura del profilo paziente e la raccolta dei dati infermieristici, volto a definire il piano operativo; ▪ colloquio con l'infermiere volto a fornire tutte le informazioni necessarie, identificare e coinvolgere il caregiver; ▪ uno o più colloqui con l'infermiere, volti a fornire tutte le informazioni necessarie, identificare e coinvolgere il caregiver. Il percorso ha una durata di 3 mesi (rinnovabile secondo esigenza clinica) e prevede l'invio settimanale di un ECG registrato dal paziente salvo situazioni di sintomaticità per le quali lo stesso procede ad una registrazione previa mail di avvertimento al centro di riferimento. Punto di forza della sperimentazione è la continuità

	di gestione clinica e psicologica dei pazienti. L'infermiere diventa, per 3 mesi il principale referente dei pazienti arruolati. A fine percorso il paziente viene sottoposto a visita ambulatoriale o televisita conclusiva.
Risorse Umane	Minimo 3 infermieri + 1 OSS
Risorse Tecnologiche	oltre a quelle presenti, necessari altri dispositivi (8 Check me completi di bracciale pressorio)
Ambito territoriale di realizzazione	A partenza Distrettuale con possibilità di espansione
Attori coinvolti	Specialisti cardiologi afferenti ambulatorio di cardiologia, MAP, infermieri dedicati all'ambulatorio
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Già presenti
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	NO
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	Incremento del 25% delle prestazioni nel 2025 (125 prestazioni) e 50% nel 2026 (250 prestazioni)

Scheda intervento 30 - Presa in carico in telemedicina del paziente respiratorio cronico

Razionale del progetto	Presa in carico integrata del paziente respiratorio cronico fragile e difficilmente trasportabile attraverso televisita effettuata da parte dello specialista pneumologo delle case di comunità (CdC) con il supporto degli infermieri di comunità (IFeC)
Destinatari specifici dell'intervento (target)	pazienti già noti agli ambulatori di pneumologia dei vari presidi ospedalieri ASST Brianza che diventano fragili nel tempo per co-patologie e presentano difficoltà nell'accedere all'ambulatorio ospedaliero pazienti in OTLT e/o NIV domiciliare, fragili non deambulanti o difficilmente trasportabili in ambulatorio che abbiano già effettuato una prima visita presso un ambulatorio della ASST Brianza
Descrizione del progetto	Identificazione del paziente secondo i criteri Condivisione del percorso con il MAP Avvio presa in carico da parte del l'IFeC per monitoraggio dei parametri con eventuale controllo EGA, promozione aderenza al programma terapeutico e diagnostico, educazione all'utilizzo dei device, incentivazione della ginnastica respiratoria. Televisita da parte dello specialista pneumologo con stesura del progetto di cura e assistenza: ▪ conferma o rivalutazione della terapia in corso (anche tramite redazione di eventuali piani terapeutici) ▪ conferma o variazione dei flussi di ossigeno oppure delle ore di utilizzo ▪ stesura delle impegnative per i farmaci eventuali e i successivi controlli ▪ organizzazione di eventuale teleconsulto con MMG ▪ formazione degli operatori delle CdC coinvolti nel primo semestre 2025
Ambito territoriale di realizzazione	Distrettuale
Attori/Enti coinvolti	Specialisti pneumologi, IFeC, MAP
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Già presenti
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	NO

Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	n 20 pazienti per distretto nel 2025 con percentuali in incremento negli anni successivi (+ 20% nel 2026 , + 30% nel 2027)

Scheda intervento 31 - Presa in carico in telemedicina del paziente affetto da ictus ischemico

Razionale del progetto	Presa in carico integrata del paziente affetto da Ictus ischemico dopo la dimissione dal Reparto con il supporto degli infermieri di comunità (IFeC)
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Pazienti dimessi dagli ospedali dell' ASST Brianza dopo ricovero per ictus acuto con: ▪ programma riabilitativo da effettuarsi in struttura residenziale, ambulatoriale o % il domicilio ▪ M Rankin Scale alla dimissione da 2 a 4
Descrizione del progetto	Identificazione del paziente in regime di degenza secondo i criteri Condivisione del percorso con il MAP Avvio presa in carico da parte dell'IFeC: somministrazione scale (TRIAGE, MRS e Caregiver Strain Index Modificata) monitoraggio dei parametri, promozione aderenza terapeutica e adesione al programma diagnostico terapeutico. Prevenzione dello stress psicofisico del care giver. Televisita effettuata dallo Specialista neurologo a distanza di tre mesi dalla dimissione con possibilità di: ▪ conferma o revisione della terapia in corso ▪ stesura delle impegnative per i successivi controlli ▪ organizzazione di eventuale teleconsulto con MAP Formazione operatori delle CdC coinvolti in gennaio 2025
Ambito territoriale di realizzazione	Distrettuale
Attori/Enti coinvolti	Neurologi, IFeC, MAP
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Già presenti
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	NO
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	% pazienti presi in carico con incremento negli anni successivi: 20% nel 2025, 25% nel 2026 e 30% nel 2027

Scheda intervento 32 - Presa in carico in telemedicina del paziente con diabete mellito

Razionale del progetto	Sviluppo del modello di FU specialistico nel paziente diabetico tipo 2 utilizzatore di sensore per il monitoraggio glicemico con l'implementazione di attività di TLM (teleconsulto, telemonitoraggio, teleassistenza, televisita) tra infermiere di Famiglia e Comunità e team diabetologico.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Pazienti già in carico al nostro Servizio di età pari o superiore a 80 anni, con difficoltà ad accedere all'ambulatorio per problematiche di natura sanitaria o socio-sanitaria o con criteri di fragilità per cui necessario stretto monitoraggio clinico-assistenziale
Descrizione del progetto	Paziente utilizzatore di sensore, selezionato secondo i criteri Contatto con il MAP per la condivisione del percorso. Avvio delle attività di telemedicina Visita domiciliare da parte dell'IFeC per:

	▪ promozione aderenza terapeutica e sani stili di vita ▪ adesione al programma diagnostico terapeutico ▪ rinforzo sul corretto utilizzo del device e delle terapie ad alto rischio ▪ tutoraggio su paziente/care giver per passaggio dati su piattaforma dedicata ▪ prevenzione-riconoscimento-gestione complicanze (per es. ipoglicemia, lesione piede, lipodistrofie, scompensi glicemici, retinopatia, arteriopatia, neuropatia,..) Programmazione TLM IFeC/ team diabetologico/paziente o care giver Pianificazione e realizzazione del percorso formativo tra team diabetologico, oculisti e tutti gli IFeC che si occuperanno del progetto diabete.
Ambito territoriale di realizzazione	Distrettuale
Attori/Enti coinvolti	Team diabetologico, IFeC
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Team già presente MA necessari spazi fisici e strumentazione dedicata per garantire la continuità del servizio di tutti gli operatori: Retinografo portatile con interfaccia con cartella diabetologica, Cardioline, biotesiometro portatile, ECD arterioso portatile
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	NO
Anno Avvio / Anno Fine	seconda metà 2025-2027
Indicatore e risultato atteso	N° pazienti presi in carico nel primo anno / n° pazienti eleggibili Target: almeno il 30% (con possibile valore incrementale negli anni successivi)

Scheda intervento 33 – Sviluppo del modello regionale di presa in carico del paziente cronico

Razionale del progetto	La Riforma dell'assistenza territoriale definisce un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale che mira a una sanità più vicina alle persone. Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Paziente cronico e/o fragile mono o pluripatologico
Descrizione del servizio / progetto	Il provvedimento proposto, in attuazione della DGR n. XII/1827/24 (Regole 2024), fornisce indicazioni per una revisione del modello di presa in carico dei pazienti cronici e fragili, finalizzata a dare nuovo impulso al percorso di presa in carico e semplificare alcuni aspetti operativi mediante l'eliminazione della redazione del patto di cura e l'eliminazione del processo di validazione dei PAI da parte delle ATS. Nello specifico vengono approvati: ▪ un nuovo facsimile di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le ATS e gli MMG/PLS

	in forma aggregata, che tiene conto della revisione e semplificazione del modello - vengono aggiornati i set di riferimento sia per la specialistica ambulatoriale sia per la farmaceutica, sulla base dei consumi 2023 - vengono introdotti per gli MMG/PLS specifici indicatori di esito atti a monitorare l'efficacia del processo di presa in carico - viene prevista una quota incentivante per il MMG/PLS pari a € 8,00 (oneri inclusi) a paziente preso in carico nel caso seguenti condizioni: raggiungimento a livello di singolo MMG/PLS della presa in carico di almeno il 15% dei propri assistiti cronici totali secondo le percentuali di complessità sopra indicate. Per il raggiungimento dell'obiettivo verranno considerati i nuovi PAI redatti da gennaio 2024 (esclusi i rinnovi), raggiungimento o superamento da parte del MMG/PLS per i propri pazienti presi in carico del valore soglia con riferimento a tutti gli indicatori di esito - vengono aggiornati a decorrere dall'annualità 2024 gli indicatori correlati all'erogazione del saldo alle Cooperative e alle ASST per l'attività dei Centri Servizi
Ambito territoriale di realizzazione	Tutti i Distretti
Attori/Enti coinvolti	Dipartimento Cure Primarie, ATS Brianza, Enti erogatori Pubblici e Privati accreditati, Centro Servizi Cooperative COT Cure Primarie
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	COT Cure Primarie
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	NO
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	Ampliamento dell'offerta sul territorio, effetti positivi rispetto al contenimento delle liste di attesa, alla riduzione degli accessi impropri in PS e del tasso di ospedalizzazione dei pazienti cronici e/o fragili

Scheda intervento 34 - Abbattimento liste d'attesa pazienti cronici con la telemedicina

Criticità o razionale del progetto	Ridurre le liste d'attesa per l'espletamento delle prestazioni di cui ai Piani Assistenziali Individuali (PAI) dei pazienti cronici presi in carico dal MMG/PLS
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Tutti i pazienti cronici individuati dal MMG/PLS ed entrati nei programmi di Presa in Carico
Descrizione del servizio / progetto	Lo sviluppo del programma regionale di presa in carico del paziente cronico in ASST Brianza deve prevedere l'accostamento della dimensione della cronicità alla dimensione della fragilità (come indicato nella sezione "integrazione Cure Primarie e altri soggetti della rete"). L'utilizzo della telemedicina da parte del MMG/PLS deve trovare particolare applicazione nei seguenti ambiti: - Attività di studio del medico TELECONSULTO - Attività di sorveglianza domiciliare programmata (quale programma che arricchisce la PIC) TELEMONTITORAGGIO - Attività erogativa di prestazioni TELEREFERTAZIONE Il TELECONSULTO, applicabile alle visite successive alla prima, riduce gli spostamenti degli assistiti, accorcia i tempi di attesa e soprattutto corrobora l'integrazione tra MMG/PLS e altri specialisti Ambulatoriali/ospedalieri. Tale scenario deve trovare spazio nell'attività di studio del MMG/PLS con adeguata

	possibilità rendicontativa anche ai fini di un riconoscimento amministrativo/economico. Il TELEMONTORAGGIO concorre all'aumento della platea di assistiti eleggibili nei programmi di Sorveglianza Domiciliare effettuata dall'infermiere di studio del medico/IFeC grazie alla possibilità di monitorare stabilmente determinati parametri vitali connessi alla condizione clinica (di stabilità) a monte dell'attivazione della sorveglianza domiciliare. La TELEREFERTAZIONE tende a includere il MMG/PLS nel novero degli erogatori delle più frequenti prestazioni attese di cui ai PAI. Da questo punto di vista sono di interesse prioritario i seguenti accertamenti diagnostici: ECG, Holter cardiaco, Holter pressorio, Spirometria.
Ambito territoriale di realizzazione	Tutti i Distretti di ASST Brianza con prioritaria individuazione delle sedi di effettuazione degli accertamenti nelle CdC
Attori/Enti coinvolti	Dipartimento Cure Primarie, Medici di Assistenza Primaria su base oraria, Pediatri di Libera Scelta, IFeC, Università degli Studi Milano Bicocca, AREU, Direttori di Distretto, Croci
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Risorse umane per la realizzazione del progetto già disponibili in ASST + tutti i Medici con rapporto di Convenzione con ASST Brianza
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	NO
Anno Avvio / Anno Fine	2025/2027
Indicatore e risultato atteso	Aumento della quota di assistiti in PIC con effettuazione degli accertamenti previsti dai PAI 2026 vs 2025 e 2027 vs 2026

Anche nell'ambito delle Cure Primarie è in corso la realizzazione di percorsi dedicati al confronto MAP/PLS e specialisti in modalità di teleconsulto (es: ematologia) e verranno sviluppati progetti di tele monitoraggio nell'ambito del PSD e ADI MMG (piede diabetico).

Lo sviluppo dell'area materno-infantile

PREMESSA

ASST Brianza e IRCCS garantiscono il funzionamento dei consultori familiari nell'ambito della programmazione dell'ATS Brianza per cui il presente documento contiene la descrizione delle caratteristiche del servizio consultoriale, della sua mission, l'analisi dei nuovi bisogni, le progettualità in essere e quelle in fase di sviluppo che riguardano entrambe le Aziende. Le progettualità presentate, pertanto, vengono condivise all'interno dei tavoli di programmazione di ATS Brianza. La contestualizzazione delle progettualità riferite ad ogni azienda viene presentata descrivendo le parti comuni e le specificità, qualora presenti, di ogni singola Azienda.

I Servizi Consultoriali costituiscono un importante presidio socio-sanitario di riferimento per la popolazione. Sono servizi socio-sanitari di base, multiprofessionali, ad accesso libero rivolti alla famiglia, alla coppia ed al singolo. Offrono interventi di sostegno e consulenza in ambito ostetrico-ginecologico, psicologico e sociale.

Il Consultorio svolge attività programmate ed eroga prestazioni con modalità multidisciplinare attraverso una propria équipe, in uno spazio strutturato ben identificabile da parte dell'utenza, avvalendosi delle seguenti figure professionali: ginecologo, psicologo, assistente sociale, mediatore familiare, ostetrica, infermiere, assistente sanitaria e educatore.

Si avvale delle competenze dei mediatori / mediatrici linguistico culturali per fornire adeguata assistenza alle persone straniere.

LE SEDI

Sul nostro territorio sono presenti n. 19 consultori pubblici (n.15 afferenti a ASST Brianza e n.4 a Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza) che garantiscono l'adeguata vicinanza alla popolazione e sono suddivisi per Distretti.

Sul territorio provinciale sono presenti anche n.4 consultori familiari del privato accreditato, Fondazione Edith Stein presso il Distretto di Seregno e il Distretto di Desio, Centro Orientamento Famiglia (COF) per il Distretto di Monza e Fondazione Centro per la Famiglia per il Distretto di Vimercate.

SERVIZI OFFERTI DAL CONSULTORIO FAMILIARE

Gli interventi erogati dai Consultori Familiari pubblici possono essere raggruppati nelle seguenti macroattività:

- a. Promozione e salute della donna e della coppia
- b. Percorso Nascita
- c. Procreazione responsabile – Percorso Interruzione Volontaria della Gravidanza (IVG)
- d. Adozione nazionale ed internazionale
- e. Attività di promozione e sostegno alla coppia, ai genitori ed alla famiglia nelle fasi di transizione evolutive
- f. Promozione della salute rivolta agli adolescenti
- g. Prevenzione, contrasto alla violenza di genere e azioni di sostegno alle donne vittime di maltrattamento e/o violenza
- h. Mediazione Familiare - attività di prevenzione nella fase di riorganizzazione delle relazioni familiari a seguito della cessazione del rapporto di coppia
- i. Gestione di Misure regionali relative a contributi economici a sostegno della maternità e della genitorialità

I Servizi Consultoriali sviluppano quindi le attività lungo un continuum che va dalla prevenzione precoce al trattamento ed assistenza alle persone, coppie e famiglie nelle diverse fasi del ciclo di vita.

Nella presentazione/descrizione dei punti di forza, delle criticità e delle azioni di miglioramento, inclusi i progetti in essere e le progettualità future, si procederà con la descrizione dei contenuti per aree di intervento.

1. AREA DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE IN GRAVIDANZA E NEI PRIMI 1000 GIORNI DI VITA

In merito a questa area, i dati epidemiologici nazionali e territoriali evidenziano un decremento significativo della natalità, un aumento delle nascite attraverso percorsi di procreazione medicalmente assistita, fecondazione omologa e eterologa. In generale nei servizi consultoriali si assiste ad una sempre maggior richiesta di sostegno nella fase del dopo nascita da parte delle neo-mamme, delle coppie di neo-genitori di figli nati secondo modalità naturali e/o nati attraverso percorsi di procreazione medicalmente assistita, di famiglie monoparentali e omogenitoriali.

Le progettualità in essere, che tengono conto dell'importanza strategica dei primi 1000 giorni di vita di un essere umano per lo sviluppo e la salute, che verranno di seguito presentate, si caratterizzano per un alto livello di integrazione interaziendale in particolare tra il Dipartimento Materno Infantile e il Dipartimento di Salute Mentale e alto livello di integrazione con Uffici di Piano /Piani di zona.

PERCORSO NASCITA

Le attività in essere nell'area della Promozione della salute in gravidanza, nei primi 1000 giorni di vita, prevedono la presa in carico della gravidanza nell'ambito degli ambulatori della gravidanza fisiologica seguita dall'ostetrica, integrata con tutti gli interventi di sostegno psico-socio-sanitario. In quest'ultimo ambito, rientrano attività quali: visita/visite domiciliari in puerperio - consulenze individuali e/o di gruppo su tematiche quali l'allattamento e i bisogni e le cure del neonato; gruppi di sostegno e accompagnamento durante tutto il primo anno di vita del bambino, rivolti a mamme e/o a coppie. In generale.

In merito a questa area si segnala inoltre la partecipazione attiva del Servizio Consultoriale nell'ambito del Dipartimento Funzionale Interaziendale per la Ricerca e la Cura (di seguito DIRC) che vede il coinvolgimento di ASST Brianza, ASST Lecco e IRCCS San Gerardo dei Tintori con l'obiettivo di costruire e

coordinare le reti specialistiche in modo integrato, ponendosi quale strumento organizzativo e gestionale sotto il profilo tecnico, scientifico, di ricerca e formativo. Le azioni che verranno realizzate saranno definite nei prossimi incontri del comitato di coordinamento. Si prevede la partecipazione di ATS per i contributi di competenza.

SCREENING E TRATTAMENTO DEPRESSIONE PERINATALE ASST BRIANZA E IRCCS (DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE E DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE)

Il CF si pone come il luogo di riferimento in cui realizzare la promozione della salute mentale perinatale, la prevenzione e il riconoscimento dei disturbi mentali perinatali. Il progetto ha definito un percorso dedicato, realizzato in stretta collaborazione tra il Dipartimento Materno Infantile e il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze. Prevede la somministrazione del questionario *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* a tutte le donne in gravidanza, nella fase della degenza parto e nel puerperio. Rispetto alle seguenti attività si specifica che nell' ASST Brianza l'EPDS viene anche somministrato nelle sedi vaccinali.

MATERNITÀ E PATERNITÀ FRAGILE ASST BRIANZA E IRCCS (DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE E DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE)

Per quanto riguarda le attività in essere, il progetto "maternità e paternità fragile" prevede una valutazione multidisciplinare del rischio di maternità e paternità fragile attraverso la rilevazione dei fattori di rischio e di stress e dei fattori protettivi secondo la scheda predisposta e relativa al modello Di Blasio/Aquistapace (2004). La presa in carico viene effettuata attraverso la predisposizione ed utilizzo di apposite "schede di comunicazione". Le progettualità inerenti l'area della fragilità nella fase perinatale verranno condivise all'interno del Comitato Percorso Nascita con *governance* ATS Brianza e all'interno del DIRC -Dipartimento Funzionale Interaziendale per la Ricerca e la Cura.

CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO - ASST BRIANZA E IRCCS

Per le mamme che partoriscono nel nostro territorio, è previsto un raccordo tra servizi consultoriali e il Punti Nascita, che consiste nella trasmissione di un elenco delle mamme che hanno partorito nell'arco della settimana alle operatrici dei consultori familiari, le quali contattano le neo-mamme, offrendo loro l'opportunità di una prima visita domiciliare entro le 72 ore dalla dimissione dall'ospedale.

Nel tempo sono stati svolti anche interventi di raccordo con i poli ospedalieri per uniformare le modalità di accesso, come la prenotazione delle visite ostetriche con modalità online dal sito aziendale (ASST Brianza), ed eventi formativi per creare un linguaggio comune e prassi operative condivise con chi lavora nell'ambito della perinatalità in ambito ospedaliero e territoriale.

Inoltre, in attuazione a quanto stabilito dalla DGR n. XII/1141 del 2023 "Linee di intervento per lo sviluppo ed efficientamento del percorso nascita in Lombardia", i consultori familiari stanno rafforzando le sinergie dell'attività ostetrica ospedaliera e consultoriale tramite l'ambulatorio dell'allattamento e il consolidamento dei percorsi di gravidanza a basso rischio ostetrico (Progetto di Assistenza alla Gravidanza a basso rischio DGR n. 2889 del 23/12/14 e deliberazione n.268 del 2018). A tal proposito si prenda visione della Scheda Intervento "Progetto di assistenza alla gravidanza a basso rischio ostetrico - BRO".

INTEGRAZIONE CONSULTORI E CENTRI FAMIGLIE - ASST BRIANZA E IRCCS

Con DGR XI/5955 del 14.02.2022 Regione Lombardia ha approvato le Linee Guida per la sperimentazione dei Centri per la famiglia in tutto il territorio regionale, che sono stati così avviati in tutte le ATS. Il loro scopo è quello sia di promuovere il ruolo sociale, educativo e il protagonismo della famiglia, sia di realizzare interventi a sostegno della genitorialità. In questa cornice si collocano il progetto ASST Brianza "Nonni e nipoti: un'immensa ricchezza familiare e sociale" e il progetto IRCCS "Supporto alla genitorialità"; entrambi i progetti intendono promuovere ed accrescere le abilità e le competenze dei nonni, riconoscendo e rafforzando il loro ruolo all'interno del sistema familiare. Tali progettualità sono state sviluppate in collaborazione con enti del terzo settore.

Vedi Scheda Intervento IRCCS "Centri Famiglia: supporto alla genitorialità" e Scheda Intervento ASST Brianza "Nonni e nipoti: un'immensa ricchezza familiare e sociale".

Nell'ambito della progettualità per i Centri per la Famiglia è stata da poco avviata la Piattaforma "Welfare Monza Brianza" con una mappatura dei servizi di welfare familiare, che fornisce alle famiglie la possibilità di orientarsi rispetto alle opportunità e alle risorse esistenti sul territorio.

Tali contenuti verranno condivisi all'interno del tavolo di *governance* "Centri per la famiglia e consultori" di ATS Brianza.

NATI PER LEGGERE E PRIMI 1000 GIORNI - ASST BRIANZA E IRCCS

Gli interventi rispetto a questa tematica vengono condivisi e programmati, seguendo le linee guida nazionali e regionali, all'interno dei tavoli di lavoro coordinati da ATS, SC Promozione della Salute. Il progetto ha come focus il benessere psicofisico del bambino e della diade madre-bambino nei primi 1000 giorni di vita attraverso la promozione della lettura in famiglia sin dalla nascita, sostenendo così lo sviluppo di "competenze per la salute" nei genitori. Il programma "Nati per Leggere", presente su tutto il territorio nazionale, propone gratuitamente alle famiglie, con bambini fino a 6 anni di età, attività di lettura che costituiscono un'esperienza importante per lo sviluppo cognitivo ed emotivo dei bambini e per il potenziamento delle capacità dei genitori di crescere con i loro figli.

Nello specifico i Consultori propongono incontri tematici con il personale delle biblioteche in occasione dei corsi di accompagnamento alla nascita, nell'ambito del progetto "*Neogenitori all'aperto*" e al termine del corso massaggio infantile. Ogni anno il personale del CF collabora all'organizzazione della settimana nazionale "*Nati per Leggere (NPL)*" all'interno della quale vengono realizzati incontri dedicati su tutto il territorio, in collaborazione con i poli ospedalieri

"NEOGENITORI ALL'APERTO" - ASST BRIANZA

Continua la progettualità "*Neogenitori all'aperto*". I consultori organizzano attività di cammino presso i parchi cittadini con la presenza di operatori che facilitano lo scambio e la condivisione di esperienze relative alla neogenitorialità, all'interno della dimensione di gruppo, in collaborazione con le amministrazioni comunali, ATS e il progetto nazionale "*Nati per leggere*". Vedi Scheda Intervento "*Neogenitori all'aperto ASST Brianza*".

"NONNI UNA RISORSA IMPORTANTE" - ASST BRIANZA E IRCCS

Nel giugno 2024 il progetto "*Nonni una risorsa importante*", per promuovere ed accrescere le abilità e le competenze dei nonni, riconoscendo e rafforzando il loro ruolo all'interno del sistema familiare, è stato finanziato da Regione Lombardia. Tale progettualità è stata sviluppata con i differenti enti del terzo settore, presenti nei quattro distretti. Nell'ambito della progettualità per i Centri per la Famiglia è stata da poco avviata la Piattaforma "*Welfare Monza Brianza*" con una mappatura dei servizi di welfare familiare che fornisce alle famiglie la possibilità di orientarsi rispetto alle opportunità e alle risorse esistenti sul territorio (scheda intervento allegata "*Centri per la Famiglia: Nonni e Nipoti*" per ASST Brianza e Scheda IRCCS "Supporto alla genitorialità").

"1000 DAYS WE CARE GENERATION PROGRAM" - ASST BRIANZA

Nell'anno in corso è stato implementato il progetto "*1000 days – The Wecare generation program*", progetto in collaborazione con la neuropsichiatria infantile per il sostegno delle mamme e delle famiglie. L'obiettivo del progetto è quello di adottare azioni di comprovata efficacia per minimizzare i fattori di rischio e rafforzare i fattori di protezione nei primi mille giorni di vita del bambino (Vedi scheda Intervento "*1000 days: wecare generation program*"). Questo progetto sperimentale verrà presentato e discusso all'interno del Comitato Percorso Nascita di ATS Brianza al fine di valutare la possibilità della sua estensione e relativa sostenibilità in tutto il territorio di ATS Brianza .

2. AREA ADOLESCENZA

PROMOZIONE DELLA SALUTE RIVOLTA AGLI ADOLESCENTI

Lo spazio adolescenti è rivolto a ragazzi dai 14 ai 21 anni che stanno vivendo un momento di difficoltà legato al loro percorso evolutivo. Si possono rivolgere allo spazio adolescenti per una consultazione o un supporto anche genitori o insegnanti. Si rileva una bassa percentuale di adolescenti che accedono al consultorio per aspetti fisiologici legati alla contraccezione. Numerosi giovani adulti (21-24 anni), invece, si rivolgono in consultorio per avere uno spazio di riflessione e/o di riattivazione delle proprie risorse, nell'ambito della costruzione identitaria, per problematiche relative alla sfera interpersonale/affettiva, per una storia personale o familiare traumatica.

In questa fascia d'età prevalgono le richieste di consultazione psicologica da parte della popolazione femminile.

Negli ultimi 2/3 anni si osserva un maggior coinvolgimento dei genitori degli adolescenti nell'accesso ai consultori, i genitori riconoscono il disagio dei propri figli, sono più attenti e si attivano affinché i ragazzi possano affrontarlo all'interno di uno spazio individuale.

Il consultorio risponde alle richieste degli adolescenti prevalentemente con una presa in carico psicologica individuale, ma sono anche state fatte esperienze di gruppo (sulla gestione dell'ansia e sui rapporti connotati da dipendenza affettiva).

ATTIVITÀ/PROGETTI IN ESSERE

Nel dicembre 2023 è stata data attuazione alla DGR XI/7503 attraverso il **“Progetto Up: crescere alla grande”**, rivolta ad adolescenti e preadolescenti, che prevede l'inserimento di ragazzi dagli 11 ai 25 anni in percorsi psicoeducativi, per aiutarli ad affrontare e superare la propria condizione di disagio.

L'accesso al percorso avviene mediante segnalazione all'ATS Brianza da parte dei servizi ASST, IRCCS, Comuni singoli o associati, Uffici di Piano, Enti del Terzo Settore, Istituti Scolastici, Enti gestori accreditati UdO sociosanitarie e sociali, Enti riconosciuti dalle confessioni religiose.

Progetto ETA “Equipe Trasversale Adolescenti” Dipartimento Salute Mentale e Servizio Consultoriale - IRCCS

Il Progetto consiste in un lavoro di rete che viene svolto da un'equipe trasversale multiprofessionale denominata ETA, composta da operatori (psicologi, medici e assistenti sociali) di diversi Servizi IRCCS e ASST Brianza (Consultori, SerD, Psicologia Clinica) e da operatori dei Servizi Sociali del Comune di Monza, che ha come obiettivo la valutazione integrata delle richieste di presa in carico psicologica di adolescenti, pervenute nei vari servizi, allo scopo di definire il percorso psicoterapeutico più adeguato.

Progetto Sguardi – IRCCS

Il progetto Sguardi fa parte di una ampia progettualità promossa da ATS Brianza con DGR 7499/22 sul contrasto al disagio minorile. Il Piano di Azione territoriale BAG di ATS si estende su tutto il territorio di ATS e la Fondazione IRCCS è partner nell'ambito di Monza per il progetto “Sguardi”. La Fondazione IRCCS contribuisce alla rilevazione dei bisogni, facilita l'attivazione dei servizi consultoriali per le aree di prevenzione e presa in carico sociosanitaria di competenza. Partecipa al Tavolo Permanente di Ambito territoriale per l'analisi dei bisogni dei ragazzi, di ricomposizione delle risorse territoriali e di individuazione di nuove strategie utili al contrasto del disagio giovanile ed alla programmazione delle politiche sociali.

Progetto “Presi bene” - IRCCS

Il progetto “Presi Bene”, il cui capofila è il Terzo Settore (Consorzio Monza e Brianza), prevede la costituzione di un'equipe multidisciplinare costituita dai servizi sociali, socio-sanitari e scuole con l'obiettivo di realizzare degli interventi di natura esperienziale rivolti ai minori 12-17 anni e ai ragazzi 18-21 anni attraverso l'attivazione di “Laboratori del fare”.

3. AREA DEGLI ADULTI, SINGOLI, COPPIE E FAMIGLIE

In questi ultimi anni si assiste nei nostri servizi all'aumento di richieste di aiuto da parte di singoli, coppie o famiglie caratterizzate da nuove configurazioni, monoparentali, ricomposte, pluriethniche, omogenitoriali o con figli nati grazie alla procreazione medicalmente assistita, omologa o eterologa.

Inoltre assistiamo ad una presenza sempre maggiore di donne alle prese con la loro prima gravidanza, donne sole, donne profughe, richiedenti asilo, vittime di violenza, di coppie con severi malesseri relazionali, con esperienze di forte sofferenza a seguito di separazioni altamente conflittuali, di ragazzi e ragazze con diverse manifestazioni di disagio.

Per riuscire a rispondere in modo efficace alle complessità dell'utenza è necessario continuare a potenziare e consolidare soluzioni integrate con il Terzo Settore e i diversi soggetti della rete, anche con il sostegno di progettualità come quelle di seguito elencate.

Progetto P.I.P.P.I. Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione ASST Brianza–IRCCS

Il Programma è gestito dagli Ambiti Territoriali Sociali in tutte le sue fasi e azioni ed è rivolto a nuclei familiari nei quali sono presenti minori in condizione di trascuratezza. L'obiettivo è quello di prevenire eventuali condizioni di maltrattamento che possono esitare nell'allontanamento dei minori dalla famiglia. E' prevista la partecipazione degli operatori dei consultori familiari ai tavoli istituzionali come referenti dell'ASST Brianza e dell'IRCCS San Gerardo per tutti gli Ambiti che hanno titolarità dei casi oggetto di intervento - Vedi Scheda intervento "Programma P.I.P.P.I."

ETIM- DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE - ASST – IRCCS

Nei cinque distretti è prevista la partecipazione degli operatori dei consultori all'Equipe Territoriale Integrata Minori (ETIM), equipe specialistica multidisciplinare che si occupa della valutazione dei minori che vivono all'interno di nuclei familiari multiproblematici, sottoposti a provvedimenti di tutela da parte dell'autorità giudiziaria.

VIOLENZA DI GENERE E VIOLENZA ASSISTITA ASST-IRCCS

I Consultori Familiari si collocano all'interno della rete territoriale di contrasto alla violenza di genere (Rete Artemide) e si configurano come punti di accesso, presa in carico e attivazione della rete, seguendo le linee guida del piano quadriennale di Regione Lombardia in merito alla violenza di genere. Entrambe le aziende, ASST Brianza e IRCCS San Gerardo, stanno partecipando attivamente alle diverse attività della rete sia dal punto di vista di costruzione dei percorsi, che di realizzazione degli stessi; nello specifico si occupano di formazione, elaborazione di procedure condivise e potenziamento dell'equipe di rete per favorire prese in carico adeguate e personalizzate.

Grazie al finanziamento in riferimento alla D.G.R n.2345/2024, ricevuto da entrambe le aziende sanitarie, sarà possibile la realizzazione delle azioni presentate nel nuovo bando regionale da poco finanziato da Regione Lombardia - Vedi Scheda Intervento ASST Brianza "Ospedale e territorio insieme alle donne vittime di violenza e ai loro figli: progetto sperimentale" e Scheda Intervento IRCCS "Generare relazioni non violente".

In stretta connessione con il tema della violenza di genere, si sta sviluppando in esecuzione alla DGR 778/23, Regione Lombardia il Progetto "Costruzione di programmi rivolti agli uomini autori o potenziali autori di violenza". ASST Brianza, in partenariato con ASST di Lecco, IRCCS San Gerardo e ASP Consorzio Desio Brianza Codebri (di seguito Codebri), ha assunto la titolarità del progetto dal titolo "DA UOMO A UOMO" attraverso la UOSD Psicologia Clinica afferente al DSMD con l'obiettivo di realizzare programmi rivolti agli uomini autori o potenziali autori di violenza.

I Consultori Familiari dell'ASST Brianza e dell'IRCCS San Gerardo partner del progetto, collaboreranno alla messa in atto delle azioni progettuali di pertinenza e parteciperanno, attraverso i referenti aziendali della violenza di genere al tavolo di coordinamento CUAV (Centro Uomini Autori di Violenza) con *governance* ATS Brianza (la scheda intervento è reperibile nella sezione Psicologia Clinica ASST Brianza).

ALTRE PROGETTUALITA'

GRUPPI DI SOSTEGNO NELLA FASE DEL LUTTO - ASST BRIANZA-IRCCS

Dal 2021 in IRCCS e dall'inizio del 2024 in ASST Brianza sono attivi gruppi di sostegno psicologico rivolto a persone che hanno vissuto lutti recenti e/o complessi, che sentono il bisogno di essere aiutate ad affrontare un momento così doloroso.

Obiettivo del gruppo è reinserire l'esperienza del lutto nel corso dell'esistenza di ogni partecipante dandole un nuovo significato, di crescita evolutiva, coerente e condiviso con gli altri membri del gruppo.

PROMOZIONE DELLA SALUTE ASST BRIANZA - IRCCS

La collaborazione con ATS Brianza, con il terzo settore e con la scuola per progetti di promozione alla salute, rivolti agli studenti delle primarie e secondarie di primo grado (*Life Skill training, Peer education, Like, Unplugged* e incontri informativi presso le sedi consultoriali), è ormai consolidata con il contributo di 17 operatori dei consultori familiari.

Di seguito sono illustrati i progetti, citati nei paragrafi precedenti, suddivisi in base alla competenza, esclusiva dell'IRCCS San Gerardo, dell'ASST Brianza e integrata fra le due aziende sanitarie. Si specifica che quelli di competenza esclusiva dell'IRCCS San Gerardo vengono realizzati esclusivamente sul territorio del distretto di Monza, quelli dell'ASST Brianza vengono realizzati nei quattro distretti Carate, Desio, Seregno e Vimercate.

Scheda intervento 35 - Progetto di assistenza alla gravidanza a basso rischio (BRO) -

Criticità o razionale del progetto	Alle donne con un decorso della gravidanza fisiologica viene proposto un modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte dell'ostetrica o di un <i>team</i> di ostetriche che si occupano della pianificazione, organizzazione ed erogazione dell'assistenza alla gravidanza, dalla visita iniziale fino al periodo postnatale con consulenza dello staff medico solo se necessario, così come raccomandato dalle Linee Guida della Gravidanza Fisiologica (ISS SNLG 2011)
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Donne gravide senza malattie precedenti o storie di gravidanze complesse.
Descrizione del servizio / progetto	Dal punto di vista clinico assistenziale il percorso nascita BRO documentato nell'Agenda della Gravidanza, consiste in una serie di incontri, controlli e colloqui (bilanci di salute ostetrici), sia durante la gravidanza sia durante il puerperio, utili ad ascoltare le richieste della donna e a confermare lo stato di salute suo e quello del bambino. Il percorso viene affiancato da interventi di promozione del benessere emotivo in gravidanza e dai percorsi di accompagnamento alla nascita.
Ambito territoriale di realizzazione	Tutti i Distretti
Attori/Enti coinvolti	ASST Brianza e IRCCS San Gerardo Consultorio Familiare Poli Ospedalieri Sistemi Informativi Aziendali
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Risorse già presenti in organico
Progettualità presente anche nel Piano di Zona Sì/No	No
Anno Avvio / Anno Fine	2017 (avvio) – Prosecuzione come progettualità ASST Brianza - IRCCS
Indicatore e risultato atteso	n. di donne coinvolte n. questionario di soddisfazione n. incontri ai tavoli di coordinamento ospedale territorio

Scheda intervento 36 - 1000 Days: The Wecare Generation - Asst Brianza

Criticità o razionale del progetto	Le Esperienze Avverse Infantili (ACE) sono strettamente correlate allo sviluppo di patologie fisiche e psichiche nei primi anni di vita e nell'età adulta. Tra queste patologie si annoverano disturbi del sonno, problemi comportamentali, malattie croniche come asma, dermatiti, infezioni e malattie psichiche come ADHD e depressione. Il progetto mira a identificare precocemente le famiglie vulnerabili e a intervenire con un approccio multidisciplinare e interventi di <i>Home Visiting</i> .
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Donne in gravidanza e famiglie con bambini fino ai 3 anni di età che hanno vissuto esperienze traumatiche o situazioni di particolare

	fragilità, identificate al booking nei consultori e nei punti nascita del territorio.
Descrizione del servizio/progetto	Il progetto prevede uno <i>screening</i> precoce delle famiglie vulnerabili, con interventi integrati di supporto psicologico e ostetrico. A partire dalla gravidanza e fino ai 3 anni di vita del bambino, il progetto fornirà assistenza tramite un programma di <i>home visiting</i> calibrato in base alla plasticità neuronale. Le madri riceveranno trattamenti psicologici, tra cui la tecnica EMDR, per affrontare esperienze traumatiche. Le sedute psicologiche e le visite domiciliari verranno programmate secondo un calendario specifico per accompagnare il delicato sviluppo neuropsicologico del bambino fino ai 3 anni di età.
Ambito territoriale di realizzazione	Territorio dei distretti di Carate Brianza, Desio, Seregno e Vimercate dell'ASST Brianza, con possibilità di ampliamento a ulteriori aree in base all'evoluzione del progetto.
Attori/Enti coinvolti	Consultori Familiari, Neuropsichiatria Infantile (NPI), Dipartimento Materno-Infantile, Psicologia clinica
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Personale ASST , Associazione EMDR
Progettualità presente anche nel piano di Zona	Il progetto è allineato con il Piano di Zona per la promozione della salute perinatale e infantile, con un focus sulla prevenzione degli ACE.
Anno Avvio / Anno Fine	Implementato nel 2024 – prosecuzione come progetto aziendale ASST Brianza
Indicatore e risultato atteso	Aumento della copertura dello screening e del supporto psicologico e ostetrico alle famiglie. Riduzione delle patologie associate agli ACE, incluse meno complicanze al parto e una riduzione dei parti prematuri, come evidenziato dalla letteratura scientifica. Miglioramento del benessere psicosociale delle famiglie. Risparmio a lungo termine per il sistema sanitario, con meno accessi al pediatra di base e meno visite al pronto soccorso.

Scheda intervento 37 - Neo genitori all'aperto - ASST Brianza

Criticità o rationale del progetto	I Consultori di ASST Brianza, con l'avvento della pandemia, nell'ottica di una promozione della salute intesa come benessere psico-fisico e sociale, consapevoli del bisogno di sostegno alla neo genitorialità, hanno avviato già nel 2022 il Progetto "Neo-genitori all'aperto" che prevede l'attivazione di una serie di incontri strutturati in luogo aperto (parchi Comunali). Nello specifico la progettualità "Neo Genitori all'aperto", dopo la conclusione della fase sperimentale a settembre 2024 è diventata progettualità dei CF.
Destinatari specifici dell'intervento	Neo genitori – fascia 0-3 anni
Descrizione del servizio / progetto	Il progetto ha l'obiettivo di promuovere lo sviluppo/potenziamento delle risorse personali e familiari utili ad affrontare la particolare e delicata fase di transizione del diventare genitori. Il progetto, pertanto, ha lo scopo di favorire mediante la dimensione del gruppo di pari la socializzazione e il reciproco sostegno nel corso di questa peculiare esperienze di vita, condividendone le problematiche quotidiane, e il rispecchiamento reciproco, la valorizzazione di risorse e competenze socio-educative tra i membri del gruppo con l'intrecciarsi di scambi e conoscenze tra pari.

	Questo progetto grazie alla collaborazione delle Amministrazioni Comunali, che mettono a disposizione i parchi cittadini per svolgere l'attività all'aperto, promuove l'attivazione e la ripresa psico-fisica dei partecipanti nelle aree verdi del territorio.
Ambito territoriale di realizzazione	Progetto attuato nei distretti di Carate Brianza, Desio, Seregno e Vimercate
Attori/Enti coinvolti	ASST Brianza, ATS Brianza, Comuni
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Il progetto è gestito dall'equipe multidisciplinare già presente in organico dei Consultori ASST Brianza: Psicologa, Educatrice, Ostetrica, Assistente Sociale, Infermiera e Assistente Sanitaria.
Progettualità presente anche nel piano di zona	No
Anno Avvio / Anno fine	Anno 2022: Avvio Da settembre 2024 Prosecuzione come progettualità dei Consultori.
Indicatore e risultato atteso	Coinvolgimento di almeno 1 Comune per ogni Distretto Realizzazione di almeno 1 gruppo di 10 genitori per ogni Distretto Partecipazione attiva e continuativa dei componenti Questionario di Customer di gradimento.

Scheda intervento 38 - Supporto alla genitorialità - IRCCS San Gerardo

Criticità o rationale del progetto	Supporto alla genitorialità e neogenitorialità. Il Consultorio Familiare dell'Ambito di Monza è partner del COF (Centro Orientamento Famiglia) nella realizzazione del progetto Centro per la famiglia Edo Parma. Il Consultorio Familiare è uno degli spoke.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Mamme, padri, coppie, nonni e nonne. Si prevede di raggiungere nell'annualità Settembre 2024 Luglio 2025 almeno 100 persone
Descrizione del servizio / progetto	Il progetto consiste nell'ampliamento e rafforzamento di tutte le attività in essere contenute nel "percorso nascita" con le finalità di sostenere la genitorialità con particolare attenzione anche alla funzione dei nonni, parti attive nella transizione familiare. Saranno attivati gruppi di sostegno rivolti alle mamme, ai papà, alle coppie e ai nonni in ambito consultoriale (come da progetto validato da ATS Brianza)
Ambito territoriale di realizzazione	Distretto di Monza
Attori/Enti coinvolti	Consultori COF (Centro Orientamento Uffici di Piano Famiglia) ATS linee guida D.G.R. 5955/22
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Sono state attribuite risorse ai COF che hanno partecipato alla manifestazione di interesse ATS Brianza
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI - Ambito Monza
Anno Avvio / Anno Fine	Settembre 2024 Luglio 2025
Indicatore e risultato atteso	Customer utenti, N° di utenti presi in carico /numero utenti che presentano richiesta di presa in carico Valutazione dell'equipe multidimensionale e trasversale ai servizi sul progetto.

Scheda intervento 39 - Nonni e nipoti: Programma sviluppo abilità nonni

Criticità o rationale del progetto	La promozione del ruolo sociale, educativo e del protagonismo della famiglia e della realizzazione di interventi a sostegno della genitorialità e del benessere di tutta la famiglia sono elementi cardine per l'individuazione di un nuovo modello di offerta innovativo. Regione Lombardia indica la necessità di accrescere queste opportunità tramite i Centri per La Famiglia (DGR 7758). Secondo il Piano Socio sanitario Regionale 2024-2028 i Consultori costituiscono anche un nodo della filiera degli interventi attuati dai Centri per la Famiglia (48 in Regione Lombardia) che promuovono il ruolo sociale, educativo e il protagonismo della famiglia; la loro integrazione con i Consultori risulta strategica in quanto permette di offrire alle famiglie risposte sia sociali che sociosanitarie.
Destinatari Specifici dell'intervento (target)	L'iniziativa è rivolta - ai nonni di bambini tra 0 e un anno con interventi di gruppo - ai nonni e neo genitori con bambini tra zero e un anno con bisogni riferiti alle relazioni familiari è dedicato lo sportello di consulenza
Descrizione del progetto	Il progetto che coinvolge i distretti di Carate Brianza, Desio, Seregno e Vimercate dell'ASST Brianza, vuole promuovere ed implementare le abilità dei nonni e aiutarli nel riconoscere e rafforzare il loro ruolo di attiva partecipazione all'interno del sistema familiare. Inoltre vuole condividere con i nonni i saperi recenti sullo sviluppo neuro-mentale del neonato, sui bisogni da tutti i punti di vista, fisico, psichico e sociale. I nonni verranno avvicinati e reclutati dai servizi che da anni si occupano del percorso nascita: Consultori, Biblioteche, Terzo Settore al fine di stimolare la curiosità verso la neo genitorialità e la conoscenza dei Servizi del territorio. Si realizzeranno pertanto incontri di gruppo e un'attività di sportello.
Ambito Territoriale di realizzazione	Progetto attuato nei distretti di Carate Brianza, Desio, Seregno e Vimercate dell'ASST Brianza
Attori ed Enti coinvolti	ATS Brianza, ASST Brianza, Azienda Speciale Consortile Consorzio Desio Brianza (Oikos - Ambito Desio) Il Mondo di Emma Società Cooperativa Sociale ONLUS (Ambito Carate) La Grande Casa Scs ONLUS (Ambito Carate) Ufficio di Piano di Seregno (Ambito Seregno), Fondazione Centro per la Famiglia Cardinal Carlo Martini ONLUS (Reticol@ 2.0 – Ambito Vimercate)
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Sono in corso di attribuzione n.2 risorse di personale (psicologi) mediante Finanziamento regionale Centri per la famiglia (70% costo del progetto) Risorse ASST: Il Personale delle equipe dei Consultori: Psicologa, Educatrice, Ostetrica, Assistente Sociale, Infermiera e Assistente sanitaria. Cofinanziamento del valore del 30% da parte dell'ASST Brianza.
Progettualità presente anche nel Piano di zona	SI
Anno Avvio / Anno fine	Avvio 01/07/2024 Conclusione 30/06/2025
Indicatore e risultato atteso	-apertura degli sportelli dedicati nei 4 Distretti per consulenze ai famigliari - attivazione gruppi nonni nei 4 Distretti; - questionario di gradimento

Scheda intervento 40 - # Up- percorsi per crescere alla grande - ASST Brianza e IRCCS San Gerardo

Criticità o rationale del progetto	Il disagio giovanile espresso con abbandono scolastico, difficoltà psicologiche ed evolutive, isolamento sociale, comportamenti a rischio, antisociali e delinquenza, necessità di interventi coordinati e complessi. I Servizi propri quali la UONPIA
------------------------------------	---

	faticano a proporre una presa in carico altamente efficace per mancanza di risorse e spesso si limitano alla sola diagnosi. Si rileva inoltre come la Psicologia di Comunità potrebbe creare maggiori sinergie con la UONPIA per non arrivare ad una duplicazione delle diagnosi, ma ad un'integrazione dei percorsi diagnostici e trattamentali a favore dell'utenza, Anche i rappresentanti degli Ambiti sottolineano come auspicabile la promozione e il raccordo tra le varie progettualità dedicate agli adolescenti. Regione Lombardia esprime l'attenzione a questa fascia attraverso "Percorsi personalizzati in favore di preadolescenti, adolescenti e giovani in condizioni di disagio e delle loro famiglie. #Up – percorsi per crescere alla grande". DGR XI/7503 del 15.12.2022 e DGR XII/22 del 23/03/2023. Come da Piano Socio-Sanitario 2024-2028 "il Consultorio collabora con gli altri servizi dell'ASST, con i Servizi sociali dei Comuni e con gli Enti del Terzo Settore per promuovere la presa in carico e per intervenire precocemente nei confronti del disagio emotivo di preadolescenti e adolescenti e il sostegno alla funzione educativa di genitori e adulti"
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Preadolescenti, adolescenti e giovani, tra gli 11 e i 25 anni residenti o domiciliati nei Comuni afferenti ad ASST Brianza e, se minorenni, le loro famiglie che manifestano una o più condizioni di disagio quali: ▪ disagio psicologico ed evolutivo; ▪ isolamento sociale; ▪ abbandono scolastico; ▪ comportamenti a rischio, antisociali e delinquenza.
Descrizione del servizio/progetto	Realizzazione di percorsi educativi personalizzati e flessibili per l'accompagnamento di preadolescenti, adolescenti e giovani in condizioni di disagio e delle loro famiglie nella fase di passaggio dall'infanzia all'età adulta, accrescendo le opportunità di inclusione sociale e di benessere dei ragazzi e del nucleo familiare. Ciascun percorso prevede l'erogazione da parte dei professionisti di una serie di prestazioni definite sulla base delle esigenze del destinatario e degli obiettivi individuati. Gli operatori competenti per ASST Brianza intervengono nella fase di valutazione multidisciplinare e definizione del Progetto individualizzato, nonché per l'accompagnamento del destinatario e il monitoraggio per tutta la durata del percorso, attraverso la figura del Case Manager individuato dall'ASST stessa.
Ambito territoriale di realizzazione	Progetto attuato nei distretti dell'ASST Brianza, in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale dell'IRCCS San Gerardo per quanto riguarda il distretto di Monza.
Attori/Enti coinvolti	ASST Brianza/ ATS Brianza ed Enti Erogatori. Nel distretto di Monza i Servizi referenti per l'attuazione di tale DGR sono quelli afferenti al Dipartimento di Salute Mentale IRCCS, in collaborazione con i servizi consultoriali
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Assistenti Sociali e Psicologi già presenti in organico. Psicologi consulenti Se necessario possono essere coinvolti nella fase di valutazione multidimensionale medici specialisti, educatori professionali, infermieri professionali, psicoterapeuti. Si precisa che per ogni ambito Distrettuale è stato individuato un Referente.
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio/Anno Fine	Dicembre 2023/2027
Indicatore e risultato atteso	n° utenti raggiunti che dichiarano un miglioramento nell'accessibilità, qualità e/o efficacia dei servizi

Scheda intervento 41 – Supporto psicologico progetto giovani 14-25 - ASST Brianza

Criticità o razionale del progetto	Negli ultimi anni si è evidenziato un significativo incremento dei disturbi psichici e di nuove forme di malessere, in età giovanile e adolescenziale e se non precocemente individuati possono evolvere verso gravi forme psicopatologiche. Da queste considerazioni è nata la necessità di proporre un servizio rivolto alla fascia d'età 14 -25 anni, costituito da un'equipe trasversale tra servizi.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Ai giovani nella fascia di età dai 14 ai 25 anni che manifestano sia forme di malessere lievi che a rischio di sviluppare gravi disturbi psicopatologici. Criteri di esclusione: Disabilità intellettiva (QI<85),* DNA, Autori di reato, Disturbi dello spettro autistico Disturbi legati esclusivamente alle dipendenze. * Per i soggetti con funzionamento intellettivo limite (QI compreso tra 75 e 85) si prevede la possibilità di una presa in carico educativa
Descrizione del servizio / progetto	Creare percorsi specifici ed individualizzati al di fuori dall'ambiente psichiatrico ed integrati nel contesto di vita del giovane (scuola, lavoro, casa e tempo libero). Sensibilizzare il territorio per prevenire il disagio giovanile e il peggioramento del malessere. Favorire l'integrazione con la rete sociale e la ripresa nei contesti di vita significativi (scuola, lavoro, rete amicale ecc..). Incrementare la qualità di cura, attraverso una presa in carico multidimensionale che contempli interventi psicologici, medici, riabilitativi, educativi e sociali
Ambito territoriale di realizzazione	Progetto attuato nei distretti di Carate Brianza, Desio, Seregno e Vimercate
Attori/Enti coinvolti	CPS, NPI, psicologia di comunità, psicologia clinica, consultori, SerD, Coop. Aeris, Offerta Sociale Polo Giovani, Progetto Strade Possibili
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Psicologi Consultorio, CPS, NPI, SerD, Personale amministrativo CPS
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027

Scheda intervento 42 - Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione (P.I.P.P.I.)

Criticità o razionale del progetto	Programma P.I.P.P.I. (Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione) Persegue la finalità di innovare le pratiche di intervento nei confronti delle famiglie cosiddette negligenti al fine di ridurre il rischio di maltrattamento e il conseguente allontanamento dei bambini dal nucleo familiare, articolando in modo coerente fra loro i diversi ambiti di azione coinvolti intorno ai bisogni dei bambini che vivono in tali famiglie, tenendo in ampia considerazione la prospettiva dei genitori e dei bambini stessi nel costruire l'analisi e la risposta a questi bisogni. L'obiettivo primario è dunque quello di aumentare la sicurezza dei bambini e migliorare la qualità del loro sviluppo.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Nuclei familiari nei quali sono presenti minori in condizione di trascuratezza.
Descrizione del servizio / progetto	L'Ambito Territoriali Sociale (AT) gestisce il programma in tutte le sue fasi e azioni, assicurando il rispetto dei contenuti, indicati nella guida, e della tempistica. L'AT attiva il GT (Gruppo di riferimento Territoriale) di ambito e permette la costituzione e l'attivazione delle équipes

	multidisciplinari.- I servizi di ASST Brianza e IRCCS (Consultori e Servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze) collaborano, per la propria parte di competenza, nelle attività svolte all'interno del programma e partecipano alle specifiche attività di programmazione, di monitoraggio e di valutazione dello stato di implementazione del programma nel suo insieme. I dispositivi d'azione fanno riferimento alla necessità di garantire sia sostegno individuale e di gruppo, rivolto sia ai bambini che ai genitori, sia sostegno professionale e paraprofessionale. Specificatamente sono i seguenti: 1. l'educativa domiciliare; 2. i gruppi per genitori e bambini; 3. le attività di raccordo fra scuola e servizi; 4. la famiglia d'appoggio.
Ambito territoriale di realizzazione	Tutti i Distretti
Attori/Enti coinvolti	Ambiti Territoriali Sociali, servizi di ASST Brianza e IRCCS (Consultori e Servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze), Scuola, Terzo Settore, altri stakeholder
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto(specificando se già presenti in organico)	Isorisorse
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	Programma già avviato- 2027
Indicatore e risultato atteso	▪ n. incontri ai tavoli <i>governance</i> ▪ partecipazione alle azioni formative ▪ numero di invii e di casi condivisi

Scheda intervento 43 - Progetto Generare Relazioni non violente - IRCCS San Gerardo

Criticità o razionale del progetto	"Generare relazioni non violente" Realizzazione di azioni inerenti Bando Regionale DGR 2345 Regione Lombardia Sperimentazioni a valenza territoriale di presa in carico integrata delle donne vittime di violenza con/o senza figli.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Donne vittime di violenza di genere e minori vittime di violenza assistita, operatori dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali per quanto riguarda la parte relativa alla formazione
Descrizione del servizio / progetto	▪ Realizzare e dare continuità ai percorsi psicologici e psicoterapeutici individuali e di gruppo rivolti alle donne vittime di violenza. ▪ Presa in carico precoce dei minori vittime di violenza assistita in accordo con la Neuropsichiatria e i Servizi Sociali (Equipe ETIM). ▪ Attivazione di percorsi di gruppo rivolti agli adolescenti in ambito scolastico in tema di relazioni intime. ▪ Potenziamento raccordo ospedale CAV (Centro Anti Violenza), Servizi Territoriali nella presa in carico di donne vittime di violenza attraverso l'attivazione di una risorsa-psicologo/a dei CAV in ambito Ospedaliero. ▪ Prosecuzione attività formative rivolte agli operatori psico-socio-sanitari. ▪ stesura procedura aziendale IRCCS San Gerardo sulla violenza verso le donne all'interno del Tavolo Aziendale istituito nel 2024
Ambito territoriale di realizzazione	Distretto di Monza

Attori/Enti coinvolti	ASST Brianza/Distretto di Monza Fondazione IRCCS San Gerardo: Dipartimento Area della donna e materno infantile, Dipartimento Salute Mentale, Pronto Soccorso Generale e Pronto Soccorso Ostetrico Ambito Sociale Territoriale Monza Rete Artemide
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Risorse Regionali Bando Violenza di Genere, secondo finanziamento DGR2345
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI - Ambito Monza
Anno Avvio / Anno Fine	2025- 2027
Indicatore e risultato atteso	Indicatori: n° di soggetti presi in carico/n. utenti che presentano richiesta di aiuto Customer utenti; n. eventi formativi realizzati =>1 nel triennio; stesura procedura aziendale IRCCS San Gerardo sulla violenza verso le donne. Risultato atteso: Migliorare la gestione coordinata delle azioni rivolte alla prevenzione/contrasto della violenza sulle donne e degli interventi di assistenza alle vittime.

Scheda intervento 44 - Insieme alle donne vittima di violenze e ai loro figli-un progetto sperimentale

Criticità o razionale del progetto	L'ASST Brianza è parte attiva della Rete Artemide, il cui scopo è la costruzione di un sistema diffuso e condiviso di cultura e modelli di intervento per la tutela e l'accompagnamento delle donne vittima di violenza e i loro figli
Destinatari specifici dell'intervento	Donne vittime di violenza e i loro figli, attraverso percorsi personalizzati individuali o di gruppo. Operatori che si occupano del tema della violenza verso le donne nei diversi servizi dell'Azienda sia in ambito ospedaliero sia territoriale
Descrizione del servizio / progetto	Integrazione con la rete di offerta sociale del territorio, servizi di pronto Intervento h 24 collocati all'interno delle nostre strutture, percorsi di formazione per operatori, Implementazione dell'offerta di supporto psicologico e sociale individuale e/o di gruppo rivolta alle donne vittime di violenza nelle diverse fasi del ciclo della violenza Strutturazione di percorsi e/o eventi formativi articolati in base ai bisogni dei diversi servizi e delle diverse categorie professionali
Ambito territoriale di realizzazione	Progetto attuato nei distretti di Carate Brianza, Desio, Seregno e Vimercate
Attori/Enti coinvolti	ASST Brianza, Rete Artemide CAV, Uffici di Piano
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Finanziamento dalla DGR n.2345/2024
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI - Il progetto è allineato con i Piani di Zona
Anno Avvio / Anno fine	Data di inizio novembre 2024. La progettualità è biennale
Indicatore e risultato atteso	N donne prese in carico/numero richieste di aiuto presentate N eventi formativi realizzati N interventi in ambito scolastico realizzati Implementazione della presa in carico psicologica di donne vittima di violenza e i loro figli .

	Realizzazione di formazione per MMG e PLS, interventi nelle scuole di sensibilizzazione sul territorio
--	--

Scheda intervento 45 - Non da soli nell'esperienza del lutto - IRCCS San Gerardo

Criticità o razionale del progetto	"Non da soli nell'esperienza del lutto"
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Donne e uomini maggiorenni che stanno vivendo una fase di malessere psichico legato ad eventi luttuosi fisiologici e/o complessi
Descrizione del servizio / progetto	Dal settembre 2021 è attivo un gruppo terapeutico condotto da una psicoterapeuta del Consultorio in collaborazione con altre colleghe, avente come finalità la condivisione delle esperienze dolorose, il potenziamento delle risorse e l'accompagnamento nel lungo percorso di elaborazione del lutto. Il servizio consultoriale accoglie sempre più persone che chiedono di essere aiutate ad affrontare il dolore per la perdita, voluto o subita, di un legame. "Gli esseri umani sperimentano le emozioni più laceranti in situazioni di costruzione, mantenimento e soprattutto rottura dei legami affettivi". Pensare e realizzare un gruppo terapeutico e di sostegno avente come tema il lutto, ha voluto dire riconoscere che il lutto non è solo un'esperienza individuale, ma anche sociale e culturale che coinvolge tutta la comunità. Il gruppo ha quindi una valenza di prevenzione di forme di disagio fisiche e psichiche che possono essere anche molto gravi.
Ambito territoriale di realizzazione	Distretto di Monza
Attori/Enti coinvolti	Fondazione IRCCS: Consultori Familiari in raccordo con altri servizi interni al Dipartimento Materno-Infantile, al Dipartimento di Salute Mentale, altri reparti ospedalieri ASST Brianza: Distretto di Monza, Medici Cure Primarie (che si configurano come soggetti invianti) Esiste anche un raccordo con i gruppi AMA (gruppi di Auto Mutuo Aiuto sul lutto).
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Risorse interne ai servizi
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	La progettualità è stata condivisa all'interno degli incontri formativi e di confronto per l'articolazione del Piano di Zona di Monza
Anno Avvio / Anno Fine	2021- 2027
Indicatore e risultato atteso	- N° di soggetti presi in carico/n. utenti che presentano richiesta di aiuto - Customer utenti

AREA CONSULTORIALE IRCCS: CRITICITÀ E NECESSITÀ DI SVILUPPO

VISIONE DEGLI UTENTI

A partire dai dati emersi dalla *customer satisfaction* e dalle considerazioni portate dalle persone che accedono al servizio, il consultorio familiare si conferma come un significativo punto di riferimento di prossimità per le persone singole, coppie e famiglie sia in ambito di prevenzione che di trattamento.

Le criticità riguardano:

- tempi di attesa non sempre congruenti con i bisogni espressi, in particolare riferiti all'area del supporto psicologico ove si rileva un aumento costante delle richieste sempre più complesse e nel contempo si rileva un aumento dei tempi di attesa per le visite ginecologiche in alcune sedi consultoriali;
- di fronte all'amplificarsi di disagi individuali, di coppia e familiari di varia natura e varia complessità, si assiste ad un aumento di richieste di supporto psicologico per patologie diverse che non trovano risposte nei servizi specialistici competenti per la patologia portata.

Da questa analisi risulta che una delle maggiori criticità è la limitata presenza di contesti terapeutici/di sostegno rivolti alle famiglie in difficoltà, in particolare quando vi sono disturbi psichici importanti/gravi.

Questi rilievi inducono ad avviare azioni al fine di:

- mappare con maggior precisione i bisogni emergenti;
- proporre nuovi modelli di approccio;
- evidenziare e quantificare la necessità di risorse aggiuntive.

VISIONE AZIENDALE

La scelta aziendale della fondazione IRCCS San Gerardo di mantenere i servizi consultoriali all'interno dell'azienda stessa è stata motivata dalla necessità di salvaguardare e promuovere sempre di più il concetto della continuità delle cure. Questo significa continuare ad investire in azioni di articolazione di percorsi socio-assistenziali all'interno di un continuum.

Quindi, in particolare nel percorso nascita e nella maternità consapevole, si andrà ad incentivare i raccordi tra ospedale e territorio (vedi progetti allegati).

VISIONE DEL SERVIZIO

A fronte dei punti di forza e delle criticità presentate, la visione del servizio segnala la necessità di un'implementazione di risorse personale e strumentale nell'area del percorso nascita e del supporto psicologico a vari livelli. Nello specifico si evidenzia la necessità di portare dei cambiamenti dotando di strumenti ecografici le sedi in cui sono mancanti e di individuare spazi fisici idonei per le attività di gruppo, nel rispetto degli standard di accreditamento.

AREA CONSULTORIALE ASST BRIANZA: CRITICITÀ E NECESSITÀ DI SVILUPPO

VISIONE DEGLI UTENTI

La reportistica sulla qualità dei Servizi offerti dai Consultori attraverso la distribuzione questionari di customers operatori permette di avere un buon feedback da parte dell'utenza sia per le prestazioni sanitarie, che quelle di tipo psicosociale per quanto riguarda gli italiani e per gli stranieri. Al momento la più grande criticità riguarda i lavori di ristrutturazione per tre sedi.

A fronte delle chiusure delle sedi per i lavori, sono stati potenziati i restanti consultori per cercare di offrire all'utenza il medesimo servizio, pur nella consapevolezza del disagio arrecato all'utenza. Le prestazioni Consultoriali purtroppo segneranno una diminuzione quantitativa in quanto le fasce più deboli e disagiate faticano negli spostamenti.

Rimangono critici i tempi di attesa per le prestazioni del supporto psicologico in alcuni Distretti. Lo screening HPV e i diversi progetti legati alla perinatalità e alla genitorialità impiegano risorse importanti. L'arrivo dell'ecografo in alcune sedi è stato accolto favorevolmente dall'utenza. Sono previsti per l'anno l'arrivo degli ecografi in quasi tutte le Sedi.

VISIONE AZIENDALE

Sono stati fatti interventi di raccordo con i poli ospedalieri per uniformare le modalità di accesso come le prenotazioni delle visite ostetriche con modalità on line dal sito aziendale, mentre le visite ginecologiche sono prenotabili mediante agenda elettronica. Queste innovazioni sono state importanti per agevolare l'utenza e per rendere le attività, Consultoriali più fruibili. Inoltre sono stati realizzati eventi formativi in collaborazione con gli operatori del materno infantile dei tre poli Ospedalieri per creare un linguaggio e prassi operative condivise con chi lavora nell'ambito della tutela della salute della donna e dei componenti della famiglia nel suo insieme.

I consultori a livello distrettuale si sono sviluppati in modo omogeneo perché l'organizzazione consultoriale è stata disposta centralizzando una programmazione unitaria, tenendo presente tuttavia anche le esigenze peculiari dei differenti distretti. Da sempre le progettualità, che verranno descritte successivamente, sono state potenziate, ampliate e differenziate in sintonia e in accordo con i comuni, gli ambiti territoriali sociali e le realtà del privato sociale e convenzionato.

I Consultori familiari della ASST hanno circa 80 operatori con otto differenti professionalità (educatori, Assistenti sociali, psicologi, ostetriche, infermieri, ginecologhe, amministrativi e oss) e si avvalgono della collaborazione di mediatrici linguistiche; nel tempo è stato fatto un lavoro di creazione di prassi e protocolli comuni, al fine di avere una maggiore coesione, anche per rispondere ai controlli sempre più puntuali e stringenti da parte di ATS sull'appropriatezza delle prestazioni in ambito sociosanitario.

VISIONE DEL SERVIZIO

A fronte del momento di notevole stress organizzativo dovuto alla chiusura e riorganizzazione delle sedi consultoriali permane comunque una buona resilienza da parte degli operatori ad affrontare il cambiamento. Si vorrebbe però investire in nuovi ecografi per dare la possibilità a tutte le sedi di avere le stesse opportunità per la propria utenza. La presenza degli ecografi ha permesso alle ginecologhe di lavorare meglio e con maggior soddisfazione.

Lo sviluppo dell'area della salute mentale

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE – ASST BRIANZA

DESCRIZIONE DELLA STRUTTURA

La Struttura Complessa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (S.C. N.P.I.A.) si occupa della diagnosi e cura delle patologie neurologiche, psichiatriche e neuropsicologiche dell'infanzia e dell'adolescenza e di tutti i disordini di sviluppo nelle diverse linee di espressione (neuro-psicomotoria, linguistica, cognitiva e relazionale) per la fascia di età 0-17 anni. I percorsi di valutazione e presa in carico vengono svolti da equipe multidisciplinari comprendenti neuropsichiatri, psicologi, tecnici della riabilitazione (TNPEE, logopedisti, fisioterapisti, educatori), assistenti sociali.

Nell'ambito della recente riorganizzazione del servizio, sono stati avviati ambulatori specialistici dedicati al Disturbo specifico di apprendimento, al Disturbo dello spettro autistico, al Disturbo della nutrizione e dell'alimentazione (per la fascia di età 14-25 anni).

Della S.C. fanno parte due Centri Diurni, che erogano prestazioni in semiresidenzialità ed effettuano attività educativo-riabilitative individuali e di gruppo, e la Comunità Terapeutica per adolescenti, che eroga prestazioni in condizioni di residenzialità e si occupa della presa in carico di adolescenti dai 14 ai 17 anni con problematiche psicopatologiche medio-gravi in prevalenza con decreto del Tribunale dei Minori. La S.C. si raccorda inoltre con i numerosi stakeholder presenti sul territorio, Tribunali, istituzioni scolastiche, ambiti territoriali, MMG e PLS, secondo i bisogni dei pazienti.

PROGETTI ATTIVI

Sono attivi i seguenti Progetti Regionali (in ASST Brianza come in IRCCS Monza) in risposta ai bisogni più frequenti e urgenti dell'utenza:

- **Progetto G020 (Ente capofila)** "Presa in carico precoce ed approccio metacognitivo nei disturbi specifici di linguaggio e di apprendimento modelli di intervento innovativi";
- **Progetto G023** "Diagnosi precoce e trattamenti specifici nei disturbi dello spettro autistico: un percorso unitario e integrato";
- **Progetto G040** "Specialità e continuità dei percorsi di cura nella psicopatologia dell'adolescente";
- **Progetto G021** "Percorsi diagnostici e terapeutici nel disturbo da iperattività e deficit di attenzione";
- **Progetto G042** "Rete minori immigrati Brianza: integrazione nei servizi di NPIA di un modello transculturale di intervento diagnostico terapeutico per minori immigrati".

Si aggiungono:

Progetto Riduzione Liste Attesa che contribuisce alla riduzione delle liste d'attesa per bambini/adolescenti con disturbi del neurosviluppo;

Progetto 1000 days "The wecare generation program", in collaborazione con il consultorio, contribuisce a ridurre i fattori di rischio e aumentare i fattori di protezione nei primi 1000 giorni del neonato/bambino, nelle situazioni in cui le madri hanno vissuto esperienze traumatiche o presentano particolari fragilità. Si avvale del supporto di ostetriche in home visiting e di intervento neuropsichiatrico/psicologico (vedi scheda intervento nella sezione Consultorio).

Progetto implementazione di servizi per i D.N.A. tramite la costituzione di un ambulatorio integrato e il potenziamento delle pediatrie di Desio e Vimercate. Il progetto è in capo alla psichiatria (vedi scheda intervento nella sezione Psichiatria).

CRITICITA' E NECESSITA' DI SVILUPPO: NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

LA VISIONE DEGLI UTENTI

Negli ultimi anni si è assistito ad un incremento sostanziale di richieste per visite NPI, colloqui psicologici, percorsi terapeutico-riabilitativi, con conseguente difficoltà a soddisfare la crescente domanda di presa in cura ed allungamento delle liste d'attesa.

Gli interventi del servizio divenuti più frequenti e urgenti riguardano:

- **La fascia di età adolescenziale:** ci troviamo di fronte a quadri diagnostici sempre più gravi, complessi e multidimensionali, ad abbandono scolastico, condotte devianti, uso di sostanze ed altri fenomeni di marginalizzazione, che richiedono interventi urgenti, specifici e multiprofessionali, spesso intensivi e prolungati nel tempo, con l'obiettivo di un recupero delle potenzialità in ambito relazionale, cognitivo, psicologico e sociale.
- **I soggetti con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD):** da alcuni anni si registra un evidente incremento generalizzato della prevalenza di ASD. Nel corso del 2023 tramite il progetto PERVINCA è stato possibile attivare un numero maggiore di prese in carico per i soggetti autistici con più elevata gravità. Si evidenziano difficoltà nella continuità della presa in carico e liste di attesa per percorsi specifici con pazienti con ASD a più alto funzionamento.
- **La difficoltà di accesso alla riabilitazione in CD:** seppur sia stato implementato il numero dei gruppi di riabilitazione in CD riducendo le liste di attesa nelle sedi ambulatoriali, l'estensione del territorio non facilita l'utenza, in quanto i CD attualmente accreditati da ATS risultano presenti unicamente a Besana B. e Lissone, sedi in molti casi non rispondenti alle possibilità organizzative delle realtà famigliari di appartenenza dei minori.

LA VISIONE AZIENDALE

La SC di NPI, pur aumentando costantemente negli ultimi anni la produzione di prestazioni, non riesce a far fronte al costante e continuo aumento di richieste. In particolare per quanto riguarda le prime visite neuropsichiatriche, se vengono assolve le sempre più numerose visite in priorità, le visite programmabili restano in lista d'attesa. Anche a seguito di concorsi, la difficoltà a reperire personale medico pone le sedi ambulatoriali nella condizione di non poter fornire diagnosi e cure adeguate per tutti i pazienti. Inoltre l'elevato numero di libero professionisti con contratti a scadenza annuale crea un turnover che non facilita le prese in carico dei pazienti.

LA VISIONE DEL SERVIZIO

Le strutture sedi di ambulatorio NPIA sono in parte oggetto di ristrutturazione, tuttavia permangono criticità presso sedi che presentano caratteristiche non adeguate sia perché strutturalmente datati e mai stati oggetto di alcun intervento migliorativo, sia perché prive di qualsiasi confort per operatori e pazienti (riscaldamenti mal funzionanti, assenza di aria condizionata, arredi vetusti, servizi igienici ad uso non esclusivo per pazienti e operatori).

Inoltre le reti internet lente ed i computer vecchi su cui quotidianamente si lavora, costituiscono motivo di allungamento dei tempi ed a volte ostacolo (es. impossibilità di partecipazione a reti con altri operatori in videochiamata).

Una rete ben funzionante consentirebbe attività di **teleriabilitazione** che, nei disturbi del neurosviluppo, rappresenta un intervento diffuso ed efficace, utile nella riduzione delle liste d'attesa riabilitative, specie nei pazienti con DSA.

La NPIA di ASST Brianza, per il triennio 2025-2027, conta di sviluppare 4 progetti (Centro Diurno Adolescenti, Implementazione CD Lissone e Besana con gruppi di minori con disturbo dello spettro autistico, accreditamento Centro Diurno Desio, tavolo di lavoro Certificazione Alunno Disabile) dettagliati nelle schede intervento in basso:

Scheda intervento 46 – Progetto centri diurni (CD) adolescenti

Criticità o razionale del progetto	I Servizi di NPIA, negli ultimi anni, hanno visto un incremento sostanziale di richieste in particolare per visite e percorsi terapeutico-riabilitativi per la fascia di età adolescenziale, trovandosi sempre più frequentemente di fronte a quadri diagnostici complessi e multidimensionali. Spesso ad una psicopatologia si aggiunge una condizione di svantaggio socio-culturale, sociale e familiare con gravi conseguenze per gli adolescenti, quali abbandono scolastico, condotte devianti o altri fenomeni marginalizzanti.
------------------------------------	--

	Attualmente l'offerta nei confronti degli adolescenti, oltre agli ambulatori territoriali di NPIA, comprende la Comunità terapeutica per adolescenti e due Centri Diurni (Besana B. e Lissone) che effettuano attività riabilitative settimanali su un numero ridotto di minori preadolescenti e adolescenti con disregolazione emotiva e comportamentale, pur ritenendo l'intervento di particolare urgenza clinica, in considerazione della situazione di estrema fragilità e malessere dei ragazzi, a seguito della pandemia e delle restrizioni e limitazioni dei rapporti sociali e personali tra pari, che hanno comportato una significativa riduzione della socialità. Un aumento dei posti contrattualizzati presso i Centri Diurni di NPIA accreditati, strutturati per la fascia d'età 14-18 anni, ha l'obiettivo di rendere più fluidi i percorsi, facilitando le dimissioni ospedaliere e soprattutto evitando o rendendo il più breve possibili i periodi in Struttura Residenziale Terapeutica di NPIA. Il Centro Diurno costituisce uno strumento potente in grado di evitare ospedalizzazioni e utilizzo improprio della residenzialità e può rappresentare una parte del percorso fortemente evolutiva e proficua per i casi a non elevata gravità. In alternativa, il Centro Diurno può porsi quale momento preparatorio all'ingresso in una Struttura Residenziale Terapeutica di NPIA, che abitui il minore a confrontarsi con un gruppo di coetanei, con gli operatori e con le regole e le difficoltà che ogni programma terapeutico richiede. Il CD dovrà essere organizzato in modo da poter garantire agli utenti progetti Individualizzati che integrino interventi educativi, sanitari, socializzanti ed assistenziali attraverso la collaborazione di diverse figure professionali. Gli interventi prevedono: ▪ supporto psicologico; ▪ sostegno nell'apprendimento scolastico; ▪ utilizzo di strumenti psico-educativo-riabilitativi e ricreativi mirati a far esprimere ai ragazzi i propri vissuti e le proprie emozioni ▪ promozione di iniziative atte a migliorare la comunicazione e la collaborazione fra scuola e famiglia; ▪ orientamento e guida per i genitori, sia in forma individuale che di gruppo Il CD si colloca nella rete dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali del territorio in un'ottica di integrazione con le risorse, le altre agenzie e realtà presenti sul territorio, compreso il terzo settore.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Adolescenti di età 14-18 anni, con patologie psichiatriche legate a disturbi del comportamento, difficoltà affettivo-relazionali, ritiro sociale, disturbi dell'umore, che, continuando a vivere al proprio domicilio, hanno necessità di un supporto psico-educativo temporaneo.
Descrizione del servizio / progetto	Il CD è organizzato in modo da poter garantire agli utenti 5 gg alla settimana Progetti Individualizzati che integrino interventi educativi, sanitari, socializzanti ed assistenziali attraverso la collaborazione di diverse figure professionali.
Ambito territoriale di realizzazione	Ambito di realizzazione: aziendale.
Attori/Enti coinvolti	Il CD opera in collaborazione con i servizi territoriali di NPIA e si colloca nella rete dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	E' necessaria un'équipe di lavoro così articolata: -già presenti in organico: coordinatore organizzativo e NPI referente clinico -da implementare: 3 Educatori/TerP, Psicologo psicoterapeuta, 2 Maestri d'arte per i laboratori, Infermiere part-time.
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	Anno avvio: 2025 Sviluppo: nel corso del triennio
Indicatore e risultato atteso	Realizzazione di un CD specifico per adolescenti N. adolescenti che afferiscono al CD

Scheda intervento 47 - Implementazione CD Lissone e Besana con gruppi per minori con disturbo dello spettro autistico (ASD)

Criticità o razionale del progetto	Il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) è un disturbo del neurosviluppo a insorgenza precoce caratterizzato da difficoltà nell'interazione e comunicazione sociale e dalla presenza di interessi ristretti e comportamenti ripetitivi e stereotipati (APA, 2013). Gli studi epidemiologici internazionali riportano un incremento generalizzato della prevalenza di ASD. I dati relativi alle diagnosi di ASD in ASST Brianza mostrano un costante aumento dei casi: 331 pazienti in carico nel 2019, 247 nel 2020, 459 nel 2021, 617 nel 2022 e 557 nel 2023. All'interno della NPia i percorsi riabilitativi rivolti ai soggetti con ASD vengono svolti per fasce di età e tenendo conto della prospettiva biopsicosociale prevista dal PORA, che pone il paziente con autismo e la sua famiglia al centro di ogni decisione lungo l'intero arco di vita. La presa in carico in gruppi specifici all'interno di un Centro Diurno rappresenta un'opportunità di trattamento per i pazienti che necessitano di una continuità/specificità terapeutico-riabilitativa. ▪
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Gruppi di bambini tra i 5 e 7 anni che hanno concluso un percorso intensivo individuale di un anno all'interno del progetto autismo. Gruppi di bambini/ragazzi tra 8 e 14 anni con autismo e funzionamento cognitivo e linguistico conservato, che non accedono a percorso intensivo individuale.
Descrizione del servizio / progetto	Nei CD già presenti sui territori di Besana e Lissone si individua la possibilità di incrementare l'offerta tramite: ▪ attivazione di gruppi di bambini dimessi a seguito di un percorso intensivo di un anno all'interno del progetto ▪ attivazione di gruppi per bambini/ragazzi con autismo e funzionamento cognitivo e linguistico conservato che non trovano altro tipo di offerta nei percorsi attualmente previsti nei nostri servizi ▪ Le azioni previste rientrano nel piano progettuale individuale di ciascun paziente e comprendono attività che coinvolgono i caregiver e i contesti di vita dei bambini/ragazzi. ▪ Criticità: ▪ impossibilità di mantenere attivo il trattamento oltre la durata di un anno all'interno del progetto autismo a causa dell'elevato turn over dei pazienti. difficoltà nell'attivazione di interventi di potenziamento delle abilità sociali per bambini/ragazzi con autismo e funzionamento cognitivo e linguistico conservato Gli obiettivi dell'intervento: ▪ per i pazienti post-intensivo: potenziamento delle abilità cognitive-relazionali e pragmatiche del linguaggio in gruppo; ▪ per i pazienti con autismo ad alto funzionamento: incremento delle abilità socio comunicative in gruppo.
Ambito territoriale di realizzazione	Ambito di realizzazione aziendale
Attori/Enti coinvolti	Il CD opera in collaborazione con i servizi territoriali di NPia e partecipa alle riunioni di rete dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali del territorio
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Incremento di 2 educatori professionali e di 1 TNPEE. Le altre figure (neuropsichiatra infantile, psicologo, logopedista) sono già presenti in organico.
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	Anno avvio: 2025 Sviluppo: nel corso del triennio
Indicatore e risultato atteso	N. gruppi bambini tra 5 e 7 anni post-dimensioni progetto regionale autismo N. gruppi bambini/ragazzi tra 8 e 14 anni con autismo ad alto funzionamento

Scheda intervento 48 – Realizzazione e Accreditamento CD Distretto di Desio

Criticità o razionale del progetto	La crescente richiesta di cura rivolta ai Servizi di Neuropsichiatria Infantile comporta uno sforzo ed un impegno costante da parte degli operatori nel dare risposte
------------------------------------	---

	tempestive ed appropriate, nel rispetto dei bisogni dei minori, riducendo il più possibile i tempi di attesa. Tale sforzo coinvolge più livelli, di tipo clinico, organizzativo, normativo, nonché di valutazione di efficacia e rappresenta una delle sfide operative attuali e dei prossimi anni. Gli interventi psico-educativi riabilitativi di gruppo a conduzione multiprofessionale, hanno la peculiarità di poter offrire percorsi multipli e differenziati a favore di minori e adolescenti con disturbi del neurosviluppo lungo le principali linee evolutive (del linguaggio, della cognizione, della motricità) e disturbi psico-emozionali. Nel gruppo è inoltre possibile far emergere maggiore attenzione alla realtà circostante ed interesse per le reazioni prodotta da altri bambini/ragazzi in risposta ai propri comportamenti, aumentandone la consapevolezza e la capacità di regolazione. In ASST Brianza dal 2022 è stato attivato un aumento dell'offerta presso i Centri Diurni di Besana Brianza e di Lissone. Tra settembre 2023 e giugno 2024 sono stati attivati 35 gruppi, cui hanno partecipato 146 pazienti (di cui 110 nuovi casi). Presso la NPIA dell'ospedale di Desio, a partire da gennaio 2024, sono stati avviati 18 nuovi gruppi riabilitativi cui hanno partecipato 95 pazienti. Il presente progetto riguarda l'incremento dei gruppi riabilitativi e l'accreditamento di un Centro Diurno sul territorio di Desio per i minori residenti nei comuni afferenti alle sedi NPIA di Seregno, Desio, Seveso e Bovisio. Questo nell'ottica di creare anche nell'area Ovest SC NPIA, un servizio semiresidenziale di riabilitazione e risocializzazione per progetti di cura e presa in carico globale dei minori e dei loro nuclei famigliari.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Percorsi psico-educativi riabilitativi di gruppo a conduzione multiprofessionale a favore di minori con disturbi del linguaggio, della cognizione, della motricità e psico-emozionali.
Descrizione del servizio / progetto	Gli obiettivi dell'intervento sono centrati sul recupero e il potenziamento delle abilità relazionali, comunicative, cognitive, psicologiche e sociali.
Ambito territoriale di realizzazione	Ambito di realizzazione: Aziendale
Attori/Enti coinvolti	Il Centro Diurno opera in collaborazione con i servizi territoriali di neuropsichiatria infantile dell'area ovest, partecipando alle riunioni di rete del territorio di appartenenza del minore.
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Si ritiene necessario l'incremento di 1 psicologo e di 1 TNPEE. Altre risorse (psicologi, logopedisti, TNPEE, educatori) sono già presenti in organico
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	Anno avvio: 2025 Sviluppo: nel corso del triennio
Indicatore e risultato atteso	Accreditamento di un centro diurno nel rispetto della normativa vigente N. nuovi gruppi attivati

Scheda intervento 49 - Revisione percorsi per la certificazione dell'alunno disabile

Criticità o rationale del progetto	Negli ultimi anni si sta assistendo ad un aumento costante delle richieste di valutazione presso gli ambulatori di Neuropsichiatria Infantile. Oltre il 30% delle domande giungono con impegnativa del PLS/MMG per "generica" difficoltà scolastica. A seguito di valutazione multiprofessionale, nelle situazioni in cui viene rilevata una situazione di disabilità è necessario attivare la procedura per ottenere l'insegnante di sostegno (certificazione, invio in commissione INPS, redazione del profilo di funzionamento in collaborazione con le scuole) e sono previsti gruppi di lavoro operativi (GLO) che coinvolgono, oltre alla famiglia, più Servizi con diversa competenza. Laddove non sia rilevata disabilità possono essere necessari altri percorsi (certificato DSA, BES, ecc.). Razionale del progetto è l'attivazione di un tavolo di lavoro comune che coinvolga diversi Enti e Servizi ASST e IRCCS per definire e condividere i criteri di invio, valutazione
------------------------------------	--

	e presa in carico, al fine di rendere più efficienti i percorsi dedicati ai minori, con riduzione delle liste di attesa.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	NPIA, Psicologia Clinica, Consultori ASST Brianza e IRCCS San Gerardo, Psicologia di Comunità ASST Brianza, Comuni/Uffici di Piano, Scuole attraverso il rappresentante scolastico provinciale
Descrizione del servizio / progetto	Progetto aziendale con possibile articolazione distrettuale
Attori/Enti coinvolti	NPIA, Psicologia Clinica, Consultori ASST Brianza e IRCCS San Gerardo, Psicologia di Comunità ASST Brianza, Comuni/Uffici di Piano, Scuole attraverso il rappresentante scolastico provinciale.
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Già presenti in organico- da valutare incremento per l'attività di valutazione delle richieste
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	Dal 2026 N. richieste appropriate/N. richieste totali N. richieste evase /N. richieste totali

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE – IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI DI MONZA

DESCRIZIONE DELLA STRUTTURA

La S.C. N.P.I.A. della Fondazione IRCCS San Gerardo di Monza è una struttura a direzione universitaria che eroga attività sanitarie prevalentemente di elevata specializzazione, nonché prestazioni di base e di media complessità, e promuove e garantisce attività di ricerca clinica e formazione. La NPIA di Monza garantisce inoltre una reperibilità, 7 giorni su 7, per consulenze in situazioni di urgenza clinica che accedono al Pronto Soccorso dell'Ospedale San Gerardo, nonché consulenze agli altri reparti.

Vista la pluralità e la specializzazione dei nostri Servizi, la NPIA di Monza rappresenta un centro di riferimento, oltre che per la popolazione in età evolutiva del Territorio, anche per una larga fetta di popolazione di utenza delle ASST limitrofe (in particolare ASST Brianza).

La NPIA di Monza, in convenzione con la Scuola di Specializzazione in NPI dell'Università di Brescia e Varese e dal 1° novembre 2023 come sede autonoma della Scuola di Specializzazione in NPI dell'Università di Milano Bicocca, e in quanto sede di tirocinio per gli studenti del Corso di Laurea in Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE) dell'Università di Milano Bicocca, è impegnata nella formazione dei medici e nella loro specializzazione in NPI, nella formazione di operatori TNPEE, nella ricerca ed innovazione scientifica.

La Struttura Complessa di Neuropsichiatria Infantile dell'IRCCS Fondazione San Gerardo di Monza è articolata in:

- Reparto di degenza
- Servizio specialistico per i Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA)
- Ambulatorio di Neurofisiopatologia Pediatrica
- Ambulatorio Psicologia dell'Età Evolutiva
- Ambulatori territoriali UONPIA (sedi di Monza e di Brugherio)
- Comunità Sanitaria Terapeutica per Adolescenti (CSTA) e Centro Diurno Lo Scarabocchio

Criticità: La collocazione della **CT e del CD** a Desio rappresenta una criticità, sia per l'accessibilità da parte dei nostri pazienti che risiedono a Monza o Brugherio sia per i limiti strutturali della sede (la ristrettezza degli spazi permette l'attivazione di attività in CD in numero minore del necessario e per un numero ridotto di adolescenti rispetto le necessità).

Da anni viene chiesto il trasferimento della CT e CD a Monza, cosa che dovrebbe avvenire con la creazione di nuovi spazi nell'area dell'Ospedale Vecchio di Monza, dove dovrebbe trasferirsi definitivamente anche

la UONPIA, ancora in via provvisoria collocata presso Villa Serena, con spazi ridotti rispetto alle esigenze di lavoro.

La NPI dell'IRCCS è partner del Progetto **Presi Bene** (Bando Cariplo Attenta-mente) e del **Progetto Sguardi** per implementare le risorse per gli adolescenti ed avere una maggior integrazione nell'ambito socio –sanitario come già descritto. Collabora alle attività dell'ETIM.

La NPIA dell'IRCCS, per il triennio 2025-2027, conta di sviluppare 3 progetti (Ambulatorio ADHD minori, Percorsi di arteterapia e Costituzione Nucleo Funzionale DSA) dettagliati nelle schede intervento in basso:

Scheda intervento 50 - Ambulatorio ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) minori

Criticità o razionale del progetto	Realizzare un ambulatorio dedicato all'ADHD (<i>attention deficit hyperactivity disorder</i>) nell'IRCCS San Gerardo, finora mancante, con necessità di inviare presso altri centri
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Minori con sospetto ADHD Minori diagnosticati ADHD
Descrizione del servizio	- Realizzare un ambulatorio dedicato anche a questo disturbo del neurosviluppo - Poter prescrivere, quando indicata, terapia farmacologica specifica - Attivare percorsi di parent training e teacher training - Coordinamento e confronto con i Servizi per l'ADHD dell'ASST Brianza per miglior condivisione dei percorsi di cura - Attività formative rivolte agli operatori
Attori/Enti coinvolti	IRCCS San Gerardo
Risorse IRCCS necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Personale IRCCS, auspicabile aumento dotazione medici neuropsichiatri/psicologi
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	NO
Anno Avvio / Anno Fine	Inizio nel 2025 e sviluppo nel corso del triennio
Indicatore e risultato atteso	✓ apertura ambulatorio ✓ riconoscimento Centro prescrittore ✓ N° di minori diagnosticati ✓ N° minori in carico

Scheda intervento 51 - Percorsi di arteterapia

Criticità o razionale del progetto	Ampliare l'offerta di cura per adolescenti con disagio e/o franca psicopatologia con percorsi di gruppo di Arte terapia
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Adolescenti del territorio dell'IRCCS S. Gerardo
Descrizione del servizio	- Realizzare percorsi di gruppo di Arteterapia, Musicoterapia, Movimento terapia per adolescenti afferenti ai Servizi del nostro territorio - Attivare nei partecipanti un processo di individuazione e > autonomia - Attivare e sviluppare la capacità relazionale tra pari, con TeRP e con tirocinante AT; - Facilitare l'espressione e l'elaborazione di emozioni e vissuti - Partecipazione al GAT regionale su Arteterapia in NPIA - Prosecuzione attività formative degli operatori

Attori/Enti coinvolti	Fondazione IRCCS San Gerardo Scuola di Arti Terapie Integrate
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Risorse IRCCS: TERP Tirocinanti ultimo anno Scuola di Arti Terapie Integrate
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	2025- 2027
Indicatore e risultato atteso	▪ Customer utenti ▪ N° di soggetti raggiunti ▪ Valutazione cliniche

Scheda intervento 52 - Costituzione nucleo funzionale DSA

Criticità o razionale del progetto	Costituzione NF DSA come da indicazioni regionali per la promozione delle attività di screening e di individuazione precoce dei segnali predittivi di disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) nelle scuole favorendo invii mirati alla UONPIA per la diagnosi precoce
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Minori in età scolare residenti nei territori afferenti all'IRCCS S. Gerardo, educatori ed insegnanti del territorio
Descrizione del servizio	▪ Realizzare attività di formazione per educatori ed insegnanti delle Scuole del Territorio per screening e attività di potenziamento ▪ Incrementare la collaborazione tra Scuola e UONPIA ▪ Ridurre Invii impropri alla Uonpia ▪ Diagnosi più precoci ▪ Interventi più precoci ed efficaci
Attori/Enti coinvolti	Fondazione IRCCS San Gerardo Scuole
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Risorse IRCCS Fondo dedicato RL
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	2025- 2027
Indicatore e risultato atteso	▪ N° Scuole coinvolte ▪ N° di soggetti che hanno usufruito di attività di potenziamento ▪ N° invii in UONPIA e loro appropriatezza

PSICHIATRIA – ASST BRIANZA

La SC di Psichiatria persegue gli obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione nell'ambito della salute mentale e in riferimento alla popolazione afferente di età superiore ai 18 anni, attraverso percorsi differenziati in ambiti di acuzie, interventi ambulatoriali, residenzialità a media e alta assistenza, semiresidenzialità, residenzialità leggera. Lavora per diffondere una cultura comunitaria dell'assistenza psichiatrica, per una diminuzione dello stigma e uno stile di intervento centrato sul paziente, sull'empowerment e sulla cittadinanza attiva dell'utenza. E' inoltre orientata al riconoscimento e al governo della domanda di salute mentale proveniente dal territorio di competenza, utilizzando gli strumenti strutturali e organizzativi all'interno di una visione complessiva della disciplina, della cittadinanza (utenti diretti e indiretti) e del quadro legislativo e professionale generale.

Obiettivi fondamentali delle SC di Psichiatria sono rappresentati dalla erogazione di interventi personalizzati, in continuità di cura, in collaborazione con il Terzo Settore e gli Enti locali, integrati, e finalizzati al raggiungimento del miglior funzionamento possibile alle condizioni psicopatologiche date. Le strutture erogative, quindi, devono funzionare in piena integrazione e collaborazione, permettendo percorsi interni trasversali centrati sui bisogni dei singoli pazienti.

Strumenti per raggiungere gli obiettivi sopradescritti sono: la cura e il monitoraggio della qualità tecnico-professionale delle prestazioni erogate; l'attenzione agli aspetti organizzativi; il perseguimento di adeguati livelli di soddisfazione del personale afferente e della sua sicurezza sul lavoro; l'attento utilizzo delle risorse assegnate.

PROGETTI ATTIVI

Programma Innovativo TR57 “esordi”: per valutare gli stati a rischio per disturbi mentali gravi e per intervenire precocemente all'esordio di tali disturbi. Destinatari: giovani tra i 16 e i 25 anni, con aspetti di rischio o sintomi di esordio di disturbi mentali severi. Attività di secondo livello con équipe dedicata, finanziata da Regione Lombardia (programmi Innovativi di Salute Mentale). I giovani che entrano nel percorso ricevono interventi di *assessment*, valutazione, attività singole e di gruppo, psicoterapia individuale, attività di skill training, aiuto allo studio, sostegno alle famiglie, psicoeducazione, terapie farmacologiche mirate, alta numerosità degli interventi, attività DBT per i disturbi di personalità esternalizzanti.

Programma Innovativo TR108 “Valutazione, lavoro di rete e attività consulenziale a favore di utenti con fragilità psichiatrica determinata da doppia diagnosi di ritardo mentale e patologie psichiatriche, con anomalie del comportamento, al raggiungimento della maggiore età” Destinatari: giovani tra i 17 e i 24 anni, con ritardo mentale, anomalie del comportamento di disturbo psichiatrico.

Ambulatorio autismo adulti. Nell'ambito delle progettualità regionali a discendere dal Piano Operativo Regionale Autismo, attività ambulatoriale a favore di soggetti giovani adulti con disturbo dello spettro Autistico ad alto funzionamento. Le attività si riferiscono a interventi psicologici singoli o di gruppo, attività risocializzanti, interventi psicofarmacologici specifici, attività di assessment/valutazione.

Progetto “Implemental”. Progettualità a impronta formativa rispetto alla gestione dei disturbi di personalità gravi, con definizione di una sottoéquipe formata per interventi DBT singoli e di gruppo nei confronti di giovani con disturbi di personalità caratterizzati da discontrollo emotivo e comportamentale. Sono previste attività specifiche anche per le famiglie

Programma di rafforzamento del DSMD – Area Forense si rivolge a utenti autori di reato, incrementando la possibilità di intervento/risposta/consulenza della Equipe forense della psichiatria tramite i finanziamenti regionali ex DGR 7661/2022.

Programma di rafforzamento del DSMD – Area diminuzione contenzione si pone come end point finale la diminuzione della pratica della contenzione meccanica

Progetto MATAXA. In collaborazione con il privato sociale (ODV Comunità della salute, fondazione Varenna), nell'ambito del distretto di Carate è in atto un progetto di intervento personalizzato e intensivo rispetto al disagio mentale, con forte impronta domiciliare e territoriale. Sono destinatari pazienti di particolare complessità e le loro famiglie.

Progetto Giovani Implementazione, nell'ambito del Distretto di Vimercate, di un servizio rivolto alla fascia d'età 14 -25 anni, costituito da un'equipe trasversale tra servizi istituzionali (Psichiatria, neuropsichiatria, psicologia di comunità, psicologia clinica, consultori, SerD) e collaborazioni con il terzo settore, Enti consortili e Progetti (Coop. Aeris, Offerta Sociale Polo Giovani, Progetto Strade Possibili) per interventi integrati e multidisciplinari.

CRITICITA' E NECESSITA' DI SVILUPPO AREA SALUTE MENTALE – PSICHIATRIA

LA VISIONE DEGLI UTENTI

La domanda di salute mentale è in continuo aumento, così come la necessità di un intervento più di prossimità, che arrivi alle famiglie e ai pazienti più vicino al luogo di vita e in una dimensione più umanizzata e di presa in carico.

La fascia giovanile dell'utenza lamenta da una parte la discontinuità che viene a crearsi al compimento dei 18 anni, dove il percorso progressivo di crescita si viene a scontrare con la radicale cesura della maggiore età e con l'afferenza a servizi differenti, e dall'altra parte l'offerta di risposte specialistiche e settoriali che non tengono conto dell'unicum individuale che porta contemporaneamente bisogni individuali, sociali, relazionali, affettivi, abitativi, ecc

I disturbi della personalità, soprattutto quelli esternalizzanti caratterizzati da scompensi emotivi e comportamentali anche gravi, faticano a ricevere le giuste risposte dal servizio, ove la terapia

farmacologica non è intervento elettivo e dove la psicoterapia specifica per questi disturbi è evidence based, ma di non facile accesso. Le famiglie sono spesso in estrema difficoltà a gestire adolescenti che usano il corpo e il comportamento (trasgressivo e impulsivo) come codice di comunicazione del proprio disagio interiore.

La complessità sistemica dei disturbi psichiatrici si scontra con la dimensione spesso ambulatoriale degli interventi, che poco incontrano e coinvolgono il sistema dei caregivers, i quali oltre ad avere bisogni specifici devono essere considerati come una risorsa.

Oltre a un generale bisogno di salute e di coinvolgimento delle reti familiari e sociali, vengono lamentate lacune relative a interventi di secondo livello, e di conseguenza l'obbligo per l'utenza, affetta da specifici quadri psicopatologici, di allontanarsi dal territorio di residenza per ricevere le cure adeguate allo specifico disturbo. Un primo esempio consiste nei Disturbi del comportamento alimentare: le persone affette non trovano nell'ambito del DSMD di ASST Brianza risposte specifiche, ma solo attività generali di primo inquadramento e primi interventi aspecifici, per poi essere indirizzate a centri extra ASST. Un secondo esempio inerisce ai Disturbi da ADHD dell'adulto, una patologia che tipicamente esordisce nei primi anni di età, e che almeno nel 50% dei casi prosegue in età adulta, senza la possibilità di ricevere le cure adeguate.

LA VISIONE AZIENDALE

La estensione della ASST determina alcune criticità per la puntuale e omogenea strategia di intervento a favore delle persone con disagio psichico. Tra queste, la insufficiente numerosità degli specialisti, la mancanza di un network informatizzato a livello territoriale e la ormai superata situazione delle strutture della psichiatria, caratterizzate da logistica e dimensioni da psichiatria degli anni '80 del secolo scorso. La SC di Psichiatria riesce con difficoltà a seguire i bisogni emergenti, ma mancano interventi specifici, con adeguata precisione, nei confronti di quadri clinico-comportamentali che impediscono a numerosi cittadini l'accesso e il diritto alle cure adeguate

LA VISIONE DEL SERVIZIO

La crescente domanda di salute mentale, frammista alle difficoltà socio-economiche di questo periodo storico, le aumentate aspettative di benessere, la generale tendenza alla scotomizzazione delle dimensioni della sofferenza e della morte, la progressione orizzontale e acritica dell'informazione via social, tutto ciò corrisponde a una generalizzata richiesta di ascolto, di interventi immediati e generali sul ripristino di tutte le aree di malessere degli individui e dei corpi sociali.

Conseguono a tutto ciò sia una difficoltà in radice a soddisfare adeguatamente le richieste e i bisogni presentati (in più, *"i bisogni generano bisogni"* A. O. Manoukian) sia che il rango di secondo e terzo livello degli stessi (aree specialistiche e superspecialistiche) non siano soddisfatti dal servizio, anche nelle condizioni di continuità di cura (passaggio all'età adulta di disturbi neuropsichiatrici).

Il servizio tende a inseguire la domanda, sia per le carenti risorse disponibili e sia per l'aumento della richiesta. Sono carenti risposte ad alta specificità (es, depressione resistente, adhd adulto, disturbi dello spettro autistico adulti, disabilità complessa e fragilità psichiatrica, minority distress, Disturbi del comportamento alimentare, ecc). La dimensione di secondo livello è recentemente enfatizzata, come parte del ventaglio necessario all'offerta della psichiatria, anche nel PSSR 2024 2028

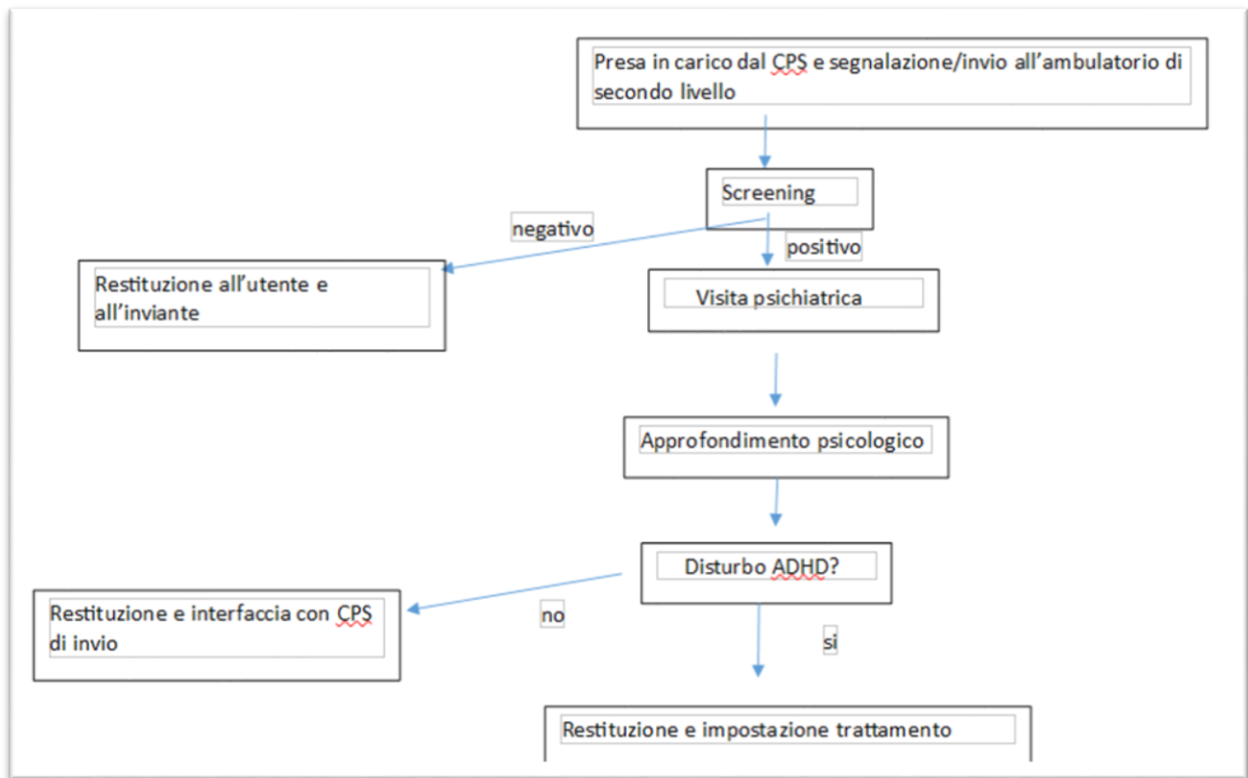
La SC Psichiatria di ASST Brianza, per il triennio 2025-2027, conta di sviluppare 3 progetti (Ambulatorio ADHD adulti, Implementazione di Servizi per i D.N.A: L'ambulatorio integrato e il potenziamento delle pediatrie di Desio e Vimercate, Implementazione Tavoli Salute Mentale Ambiti) dettagliati nelle schede intervento in basso:

Scheda intervento 53- Ambulatorio ADHD adulto

Criticità o razionale del progetto	L'ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) è una condizione clinica a esordio precoce che può persistere per tutta la durata della vita. Nell'infanzia, l'ADHD è tra i disturbi del neurosviluppo più comuni con un tasso di prevalenza del 3-5% . Per l'età evolutiva in Italia e in gran parte d'Europa sono disponibili percorsi diagnostici e terapeutici ben consolidati. In ogni caso, per quanto riguarda il decorso e la prognosi, circa 1/3 dei bambini con ADHD esce dai criteri diagnostici con l'età; circa il 50% vede persistere i sintomi in adolescenza e in età
------------------------------------	---

	adulta (da forme conclamate a forme sotto soglia più o meno interferenti), mentre il 15-20% sviluppa disturbi psicopatologici (abuso di sostanze, personalità antisociale, disregolazioni emotive ed affettive). La persistenza del disturbo in età adulta determina un evidente scadimento dello stato psichico e delle performances del soggetto (a maggior ragione se in comorbidità), spesso addirittura non diagnosticato e non trattato. Per le sue caratteristiche di pervasività, di stabilità e durata l'ADHD può essere descritto come un disturbo di base, cioè come una struttura di funzionamento cognitivo e affettivo che definisce le modalità di accesso dell'individuo alle interazioni socio-relazionali, alla gestione dei conflitti e delle reazioni emotive. I due terzi dei soggetti con ADHD manifestano il disturbo in età adulta in forma "mascherata", cioè, presentano un quadro clinico nel quale si sovrappongono diverse entità cliniche. Generalmente nell'adulto si osserva una parziale modifica delle caratteristiche cliniche determinata dal corso dello sviluppo individuale e dalla peculiare modalità con la quale l'individuo si è adattato al suo ambiente. Poiché le strategie di coping, di organizzazione e di riflessione risultano compromesse, si verifica un significativo impatto sulla qualità della vita a livello familiare, sociale e lavorativo. Inoltre, la comorbidità psichiatrica è una dimensione clinicamente importante nell'influenzare l'eterogeneità del quadro e un fattore che contribuisce alla persistenza dell'ADHD in età adulta (nel 10% delle persone affette da Disturbo Bipolare, nel 30% dei pazienti con diagnosi di abuso di sostanze e nel 43% delle persone affette da disturbo d'ansia). La comorbidità psichiatrica è influenzata anche dal genere.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Soggetti maggiorenni con sintomatologia riferibile all'ADHD
Descrizione del servizio / progetto	Ambulatorio di 2° livello, composto da équipe medica, psicologica e riabilitativa per l'inquadramento diagnostico e la definizione di un trattamento specifico. Colloqui con le famiglie La proposta di un Ambulatorio per l'ADHD dell'adulto prevede un sistema modulare connotabile come un ambulatorio di II livello che opera in collaborazione con i CPS e i SerT. Date le caratteristiche del disturbo, è opportuno che il personale coinvolto nel processo diagnostico possieda competenze trasversali sul neurosviluppo. L'équipe dell'Ambulatorio ADHD diventa un punto di riferimento per i servizi del DSMD sia in ottica formativa che di consulenza. L'ambulatorio fornisce una consulenza di secondo livello rispetto al servizio presso il quale la persona resta "in carico", redigendo un piano specifico di diagnosi e trattamento del ADHD stesso, tagliato sui bisogni, sulle caratteristiche e sulle necessità specifiche della singola persona.
Ambito territoriale di realizzazione	Aziendale
Attori/Enti coinvolti	SC Psichiatria Est, SC Psichiatria Ovest Associazioni familiari con ADHD
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Psichiatri: presenti in organico Psicologi: in assenza di operatori esperti in organico, necessarie 16 ore settimanali TerP/Educatore: da arruolare, quantificazione da precisare dopo l'avvio del progetto (indicativamente 10h settimanali)
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	Sviluppo nel corso del triennio
Indicatore e risultato atteso	N. di persone indirizzate all'ambulatorio N. di persone diagnosticate/N. di persone inviate N. di persone diagnosticate/N. di schede di follow up compilate

La flowchart in basso delinea il percorso del paziente dal momento della segnalazione all'ambulatorio.



Scheda intervento 54 - D.N.A.: Ambulatorio integrato e potenziamento pediatrie

Criticità o rationale del progetto	I disturbi della nutrizione ed alimentazione (DNA), in particolare l'anoressia, la bulimia nervosa, il disturbo da alimentazione incontrollata "binge eating" e il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, sono un problema di sanità pubblica di crescente importanza e oggetto di attenzione sanitaria e sociale sul piano scientifico e mediatico per la loro diffusione, per l'esordio sempre più precoce tra le fasce più giovani della popolazione e per l'eziologia multifattoriale complessa. Tipicamente questi disturbi hanno l'esordio in età evolutiva e colpiscono maggiormente la popolazione femminile con un rapporto tra femmine e maschi di circa 9 a 1, anche se la casistica maschile è in aumento soprattutto in età adolescenziale e pre-adolescenziale. L'età di esordio è in riduzione, infatti stanno iniziando a diffondersi in maniera consistente anche nella popolazione infantile, manifestandosi in fasce di età sempre inferiori che in passato erano caratterizzate da disturbi della nutrizione più propriamente ascrivibili all'età infantile. Regione Lombardia con la LR 23 febbraio 2021 n. 2, aveva previsto di fare "fronte ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione con interventi mirati alla sensibilizzazione, all'informazione, alla formazione, alla prevenzione, al riconoscimento, nonché alla cura e al potenziamento dell'offerta dei servizi e delle prestazioni con particolare attenzione all'età evolutiva e con approcci che considerano la progressione nel tempo che caratterizza tali disturbi". Di seguito, con le DGR n. 7357 del novembre 2022 e n. 7590 del dicembre 2022, ha previsto un Piano biennale di contrasto dei DNA attraverso il potenziamento della rete dei servizi che si occupano di questi disturbi. Presso ATS Brianza si è costituito un tavolo per i DNA e si sono poste le basi amministrative per finanziare (ex DGR 7357/2022 e 7590/2022) attività specifiche per l'utenza con disturbi alimentari. Il DSMD, anche a seguito della lettura epidemiologica di un bisogno della popolazione afferente: vedi dopo) ha così previsto due linee di progetto per dotarsi di interventi di secondo livello nel campo dei DNA: la costituzione di un Ambulatorio integrato 14-25 anni e il potenziamento (diagnostico-terapeutico-riabilitativo) delle pediatrie di Desio e di Vimercate.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Soggetti compresi tra i 14 e i 25 affetti da sintomatologie dello spettro dei DNA, con prevalenza dei disturbi restrittivi.

Descrizione del servizio / progetto	24. Ambulatorio integrato 14-25 anni. Sede: PO Desio. Equipe multiprofessionale dedicata. Valutazione diagnostica e presa in carico di ragazzi con DNA 25. Potenziamento delle pediatrie di Desio e di Vimercate. Implementazione di ricoveri ordinari o in DH di minori dai 12 anni con DNA
Ambito territoriale di realizzazione	Aziendale
Attori/Enti coinvolti	SC di Psichiatria, SC di Neuropsichiatria infantile, SSD Psicologia clinica, SC Pediatria Desio, SC Pediatria Vimercate, PO Desio
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	1 Ambulatorio integrato: dietista 8h settimanali lp, da aumentare a 16; psicologo 26h settimanali lp da prevedere fino a 40, Psichiatra presente in organico; neuropsichiatra presente in organico; Endocrinologo, Diabetologo, Internista in consulenza da personale dipendente 2 potenziamento pediatrie: Psicologo 40h lp settimanali; TerP/Educatore 36h lp settimanali; pediatra presente in organico
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	Sviluppo nel corso del triennio
Indicatore e risultato atteso	N. giovani in carico ai Progetti Risorse finanziarie per sostenere i Progetti anni 2024 2025 2026 N. ore di personale lp arruolato per i progetti anni 2024 2025 2026

Scheda intervento 55 - Implementazione Tavoli salute mentale - Ambiti

Criticità o razionale del progetto	La Salute Mentale non è solo promossa da interventi sanitari multidimensionali ma deve anche tenere conto dei bisogni degli individui a livello personale, sociale, economico, lavorativo, abitativo
Destinatari specifici dell'intervento (target)	I cittadini che oltre a bisogni di tipo specialistico psichiatrico presentano bisogni di tipo sociosanitario e sociale, nell'ambito del reinserimento sociale e dei diritti alla cittadinanza
Descrizione del servizio / progetto	Implementazione di tavoli specifici sulla salute mentale a livello degli ambiti
Ambito territoriale di realizzazione	Aziendale
Attori/Enti coinvolti	SC Psichiatria Est, SC Psichiatria Ovest, Ambiti di Desio, Carate, Seregno, Vimercate
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Rappresentanti sanitari e sociali delle SC di Psichiatria
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	Sviluppo nel corso del triennio 2025-2027
Indicatore e risultato atteso	Attivazione di un tavolo per ogni ambito (Carate, Vimercate, Desio, Seregno) N. incontri annuali per ogni ambito

PSICHIATRIA - IRCCS SAN GERARDO

DESCRIZIONE DELLA STRUTTURA

La Struttura Complessa (SC) di Psichiatria composta da SS Coordinamento Degenza Acuzie Psichiatrica e D.H Monza, SS Coordinamento Interventi Territoriali Psichiatrici e SS Equipe forense e psichiatria penitenziaria e le Strutture Semplici Dipartimentali (SSD Coordinamento e Integrazione Interventi Salute Mentale Adulti e SSD PSICOLOGIA CLINICA) afferenti al DSM dell'IRCCS San Gerardo di Monza costituiscono unità organizzative all'interno dell'azienda sanitaria a carattere scientifico, specializzate nella prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi mentali. Queste strutture offrono una vasta

gamma di servizi, sia ambulatoriali che ospedalieri, con l'obiettivo di garantire un'assistenza integrata e continuativa per i pazienti.

Operativamente, le équipe multidisciplinari, composte da psichiatri, psicologi, infermieri specializzati, educatori, assistenti sociali e tecnici della riabilitazione, lavorano in stretta collaborazione per elaborare piani terapeutici personalizzati. Questi piani comprendono interventi farmacologici, psicoterapici, educativi e riabilitativi, finalizzati non solo alla gestione della fase acuta della malattia, ma anche al reinserimento sociale e al miglioramento della qualità di vita del paziente.

I servizi territoriali psichiatrici svolgono inoltre un ruolo cruciale nella promozione di progetti di prevenzione e sensibilizzazione, volti a migliorare la consapevolezza sui disturbi mentali e ridurre lo stigma associato.

La collaborazione con le realtà territoriali è fondamentale per facilitare l'accesso ai servizi di riabilitazione psicosociale, all'inserimento lavorativo protetto e al supporto abitativo, aspetti essenziali per il recupero del paziente. Questa integrazione crea una rete di supporto che coinvolge il sistema sanitario, il contesto sociale e la comunità, promuovendo così un approccio globale e personalizzato alla salute mentale.

PROGETTI ATTIVI

- PROGETTO INNOVATIVO TR 116 "INCLUSIONE TERRITORIALE DI MIGRANTI CON DISAGIO PSICHICO. IMPLEMENTAZIONE DI UN MODELLO SPERIMENTALE DI INTERVENTI INTEGRATI PER LA DIAGNOSI PRECOCE, ABILITAZIONE E RIABILITAZIONE"
- PROGETTO INNOVATIVO TR 59 "DISAGIO MENTALE E CARCERE"
- PROGETTO INNOVATIVO TR60 "DISAGIO MENTALE E SOCIALE TRA ADOLESCENZA ED ETA' ADULTA".
- PROGETTO INNOVATIVO TR61 "VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E MULTIDISCIPLINARE PER L'UTENTE AFFETTO DA DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE CON PROGETTO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO INDIVIDUALE IN STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE".

Si aggiungono:

- RETE ARTEMIDE: il ruolo svolto dal CPS è centrale nell'analisi della complessità dei bisogni delle vittime di abuso: coinvolge gli ambiti giudiziario, socioassistenziale e sanitario. I servizi psichiatrici sono sicuramente una delle agenzie appartenenti a tale rete dato che sia il maltrattamento che la violenza (sia subita che assistita) provocano con alta frequenza l'insorgenza di disturbi psichici.
- ETIM (Equipe territoriale Integrata Minori) nasce come progetto sperimentale nel 2006, successivamente integrato nel sistema di offerta territoriale, per la valutazione e la presa in carico di situazioni complesse di grave disagio del minore e della sua famiglia, ivi compresi i minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria. Gli interventi in merito a tali situazioni complesse richiedono il concorso e l'integrazione di professionalità e competenze sanitarie, socio sanitarie e socio assistenziali che fanno a capo ad Enti diversi. Oggi, in particolare all'interno dell'ETIM, psichiatra e psicologo clinico del DSM eseguono valutazioni e/o approfondimenti psicodiagnostici in situazioni di potenziale o conclamato rischio per il minore e, in presenza o in assenza di un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, sugli adulti di riferimento
- PROGETTI AREA DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE (DNA) il servizio si connota, oggi, come un Servizio declinato sui diversi livelli della diagnosi, del trattamento e della riabilitazione definiti dall'integrazione di differenti figure professionali (Ambulatorio dedicato, Ambulatorio ospedaliero, attività MAC).
- PROGETTO AUTINCA-DIAPASON La cura dei soggetti con disturbo dello spettro autistico(ASD): definizione di una rete territoriale che possa attuare un intervento precoce con una presa in carico volta a garantire la continuità di cura, l'integrazione e l'inclusione sociale e lavorativa dei soggetti con Disturbo dello Spettro Autistico.
- PROGETTO IESA: INSERIMENTO ETERO FAMILIARE SUPPORTATO DI ADULTI Progetto dipartimentale che vede l'IRCCS-San Gerardo come partners con ASVAP (Associazione Volontari e familiari per la salute mentale) il cui ente capofila è la Cooperativa Novo Millennio per l'Inserimento eterofamiliare di Adulti con disturbi psichici
- INTERVENTO FAMILIARE- PROGETTO FAMIGLIE che consiste in ascolto e accoglienza dei bisogni/risorse dei familiari. Promozione e partecipazione ad attività territoriali volte al raggiungimento di una cittadinanza attiva. Gli obiettivi sono attuare interventi efficaci nei

confronti del contesto familiare e migliorare la qualità di vita delle persone e delle loro famiglie nel contesto d'appartenenza.

- AMBULATORIO VADEMECUM collegato con la medicina generale, che prevede: percorsi di consulenza con modalità strutturata di contatto e di risposta tra il DSM e il MMG; procedure che facilitino il rapporto diretto tra servizi psichiatrici e MMG; trattamento specialistico (assunzione in cura). L'ambulatorio è specifico per il trattamento per la depressione e i disturbi d'ansia in soggetti dai 18 ai 75 anni
- VADEMECUM Fa.Re. - SERVIZIO PER LA FARMACO RESISTENZA IN PSICHIATRIA rivolto a pazienti affetti da disturbi psichiatrici farmacoresistenti, che rappresentano un vero e proprio, scotomizzato *unmet need* della psichiatria.
- ADHD dedicato alla diagnosi differenziale dell'ADHD, il cui obiettivo principale è, oltre a fornire una diagnosi appropriata, distinguere questo disturbo da altre condizioni psichiatriche che possono avere sintomi sovrapponibili, come ansia, depressione o disturbi di personalità.
- MAC (Macroattività Ambulatoriale Ad Alta Complessità) 10 PSICHIATRIA prevede lo svolgimento di un percorso terapeutico diagnostico di secondo livello con monitoraggio quotidiano, dedicato alla risoluzione dei fenomeni di farmacoresistenza dei disturbi psichiatrici maggiori e consente l'ottimizzazione della terapia farmacologica e la gestione di quadri clinici complessi e riacutizzazioni sintomatologiche. Il Percorso MAC è riservato a pazienti, di età superiore a 18 anni, affetti da disturbi psichiatrici primari già diagnosticati "Schizofrenia" "Disturbo delirante", "Psicosi NAS", "Disturbo bipolare" "Depressione maggiore", "Disturbo depressivo persistente", "Disturbo ossessivo compulsivo", "Disturbo di panico", "Disturbo d'ansia generalizzata" "Disturbo Post-traumatico da stress".

I Progetti Socio-Riabilitativi della SC Psichiatria prevedono diverse attività così articolate:

PROGETTO "GRUPPO MONTAGNA"

Iniziato nel 2018, il progetto "Gruppo Montagna" del Team Giovani del CPS di Monza si è evoluto in un'attività autonoma gestita dagli operatori del CPS.

PROGETTO "ANIMALI-AMO"

Il progetto nasce dalla constatazione che molti pazienti con animali domestici spesso incontrano difficoltà nella loro gestione. Il progetto prevede incontri informativi con esperti dell'ENPA (Ente Nazionale Protezione Animali) e con comportamentisti, per aumentare la consapevolezza sui bisogni degli animali domestici e responsabilizzare i pazienti nella loro cura. In parallelo, si svolgeranno attività di gruppo e momenti di socializzazione, partendo dall'esperienza comune con gli animali.

PROGETTO "POETI FUORI STRADA"

Il progetto si rivolge a poeti disposti a superare i confini della poesia tradizionale per incontrare persone in situazioni di fragilità. Dopo esperienze con bambini leucemici, detenuti e anziani, "Poeti Fuori Strada" è stato esteso all'ambito della salute mentale. L'obiettivo è facilitare l'espressione dei vissuti legati alla malattia, sperimentare il riscatto attraverso il racconto e promuovere l'ascolto attivo, aprendo la strada alla costruzione di un percorso di recovery.

PROGETTO "UTENTE ESPERTO"

Questo progetto coinvolge utenti che hanno superato una sofferenza psicopatologica e, attraverso la loro esperienza e consapevolezza, supportano altre persone in cura. L'Utente Esperto, grazie a una relazione empatica "alla pari", diventa un punto di riferimento per i pazienti nei servizi psichiatrici. Formatosi tramite corsi regionali, gli Utenti Esperti organizzano attività formative e di recovery all'interno dei Servizi Territoriali del DSM e collaborano con associazioni di volontariato per progetti definiti dalle équipe curanti.

PROGETTO "GRUPPO STUDIO"

Il progetto, attivo tutto l'anno con incontri settimanali, offre supporto allo studio per giovani pazienti, alcuni dei quali partecipano anche come tutor.

PROGETTO "IMPLEMENTAL"

Il progetto ha l'obiettivo di formare personale nella gestione dei disturbi di personalità gravi, con particolare focus su giovani con discontrollo emotivo e anomalie comportamentali significative. Vengono identificate équipe specializzate in interventi di Dialectical Behavior Therapy (DBT), sia individuali che di gruppo, e previsti interventi di supporto per le famiglie.

PROGETTI REGIONALI DI RAFFORZAMENTO DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE (DSMD) in attuazione delle "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali" approvate con l'Intesa del 28/04/2022 - Rep. Atti n. 58/CSR Progetto 1 – Superamento della contenzione meccanica

All'interno del nostro reparto abbiamo avviato processi di miglioramento nella gestione dei pazienti maggiormente esposti al rischio di agiti auto/etero diretti, o con gravi alterazioni comportamentali, intervenendo sugli aspetti logistici e strutturali (modificando alcune aree del reparto rendendole più visibili e direttamente osservabili dal personale di assistenza anche con l'utilizzo di sistemi di video sorveglianza) e definendo alcune procedure operative per l'osservazione dei pazienti, in particolare nei primi giorni di ricovero, al fine di intercettare e intervenire precocemente nella gestione di eventuali segnali di rischio potenziale/reale di agiti auto/etero diretti.

PROGETTI REGIONALI DI RAFFORZAMENTO DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE (DSMD) in attuazione delle "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali" approvate con l'Intesa del 28/04/2022 - Rep. Atti n. 58/CSR Progetto 2 – Percorsi innovativi alternativi ai ricoveri nelle REMS.

Il progetto 2 di rafforzamento dei DSM, ha l'obiettivo della qualificazione dei percorsi per la effettiva presa in carico e per il reinserimento sociale dei pazienti con disturbi psichiatrici autori di reato a completamento del processo di attuazione della legge n. 81/2014. A tal scopo sono state istituite le Equipe forensi che hanno permesso di realizzare i seguenti obiettivi d'accordo con l'Equipe di Psichiatria Penitenziaria:

26. Gruppi psicoeducativi per pazienti territoriali e residenziali con disturbi psichiatrici autori di reato e loro familiari
27. 2. Potenziamento trattamentale in carcere a supporto dell'Equipe di Psichiatria Penitenziaria del Dipartimento di Salute Mentale, approfondimento psicodiagnostico ROP
28. Interventi individuali per detenuti pazienti portatori di trauma
29. Interventi individuali per detenuti pazienti autori di reati violenti intrafamiliari.
30. Gestione integrata dipartimentale DSM Svolgimento di incontri interaziendali con il coinvolgimento di dell'Equipe Forense e Psichiatria Penitenziaria, dei Servizi Psichiatrici Territoriali e del SerD. Stesura di PDTA sulla gestione condivisa del paziente in Doppia Diagnosi.
31. Disposizioni regionali Si partecipa continuativamente alle riunioni con UOSP e Regione Lombardia in tema di revisione del Prontuario farmacologico, della DGR 4716/2016, del PUR

CRITICITÀ E NECESSITÀ DI SVILUPPO - PSICHIATRIA IRCCS

LA VISIONE DEGLI UTENTI

Accesso ai Servizi

- Tempi di attesa lunghi: Gli utenti spesso lamentano tempi di attesa eccessivi per ottenere appuntamenti con specialisti, diagnosi e terapie.
- Barriere geografiche e logistiche: La difficoltà di accesso ai servizi è una criticità comune. La mancanza di trasporti pubblici adeguati o la distanza dalle strutture specializzate può limitare l'accesso alle cure.
- Carenza di risorse: Molti utenti percepiscono una scarsità di personale qualificato, come psicologi, psichiatri e altri specialisti, che limita la disponibilità e la qualità dei servizi offerti.

Qualità delle Cure

- Approccio centrato sulla persona: Gli utenti spesso sentono che il trattamento ricevuto non è sufficientemente personalizzato o incentrato sulle loro specifiche esigenze e preferenze. L'approccio potrebbe risultare troppo standardizzato o "medico", trascurando aspetti psicosociali e relazionali importanti.

- Continuità delle cure: La mancanza di continuità assistenziale è una delle maggiori critiche, soprattutto quando i pazienti devono cambiare terapisti o operatori sanitari frequentemente. Questo può interrompere i progressi del trattamento e creare sentimenti di insicurezza o sfiducia.
- Coinvolgimento nelle decisioni: Gli utenti desiderano essere maggiormente coinvolti nelle decisioni riguardanti il loro trattamento, sentendosi spesso esclusi da un processo decisionale che è percepito come troppo tecnico o distante

Supporto Sociale e Comunitario

- Stigma e discriminazione: Molti utenti riferiscono che lo stigma legato alle condizioni di salute mentale persiste nella società, limitando la loro capacità di partecipare pienamente alla vita comunitaria e di accedere a opportunità di lavoro, istruzione e socializzazione.
- Supporto alla famiglia e ai caregiver: Vi è una necessità di maggiore sostegno per le famiglie e i caregiver, che spesso si trovano ad affrontare il carico emotivo, economico e pratico di assistere una persona con problemi di salute mentale.

Informazione e Educazione

- Scarsa consapevolezza e comprensione: Molti utenti ritengono che ci sia una carenza di informazioni accessibili e accurate sui servizi di salute mentale disponibili e sulle modalità per accedervi. Una migliore comunicazione può facilitare l'accesso tempestivo alle cure.
- Necessità di educazione pubblica: C'è una richiesta di programmi educativi rivolti alla comunità per aumentare la consapevolezza dei problemi di salute mentale, ridurre lo stigma e promuovere il benessere mentale.

Innovazione e Adattamento delle Offerte di Servizi

- Necessità di servizi digitali e a distanza: Con l'avvento della pandemia COVID-19, molti utenti hanno sottolineato l'importanza della telemedicina e dei servizi digitali per la salute mentale. Tuttavia, vi è una necessità di migliorare l'accessibilità e l'usabilità di queste piattaforme, soprattutto per le persone con limitate competenze digitali.
- Diversificazione delle offerte terapeutiche: Gli utenti richiedono una maggiore diversità nelle opzioni di trattamento, che includano interventi non solo farmacologici come psicoterapia, e/o altre tecniche innovative.

LA VISIONE AZIENDALE

Nella visione aziendale del DSM dell'IRCCS San Gerardo-Monza, lo sviluppo dell'area della salute mentale richiede un approccio multifattoriale che affronti contemporaneamente le sfide organizzative, finanziarie e culturali. L'obiettivo è un DS più efficiente, accessibile e integrato, in cui la qualità delle cure e il benessere degli utenti siano al centro delle strategie di sviluppo. La digitalizzazione, l'integrazione dei servizi e il miglioramento della formazione del personale sono considerati elementi chiave per rispondere alle necessità emergenti e migliorare l'esperienza di cura degli utenti.

Miglioramento dell'Efficienza Operativa

- Ottimizzazione delle risorse umane
- Riduzione dei tempi di attesa

Integrazione dei Servizi

- Coordinamento tra i dipartimenti: è cruciale migliorare l'integrazione tra i servizi di salute mentale e altri dipartimenti medici, come la medicina generale, le emergenze, e i servizi di comunità. Questa integrazione è vista come essenziale per garantire una presa in carico completa del paziente, evitando frammentazioni e duplicazioni nei percorsi di cura.
- Modelli di assistenza multidisciplinare: si punta a sviluppare modelli di cura basati su team multidisciplinari, in cui specialisti di diverse aree (psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali, ecc.) lavorano insieme per offrire un approccio più olistico e personalizzato alla cura del paziente.

Implementazione delle Tecnologie Digitali

- Telemedicina e servizi digitali: sviluppare la digitalizzazione e la telemedicina come grande opportunità per ampliare l'accesso ai servizi di salute mentale, soprattutto in aree remote o per persone con difficoltà di mobilità.
- Digitalizzazione dei dati clinici: l'adozione di sistemi informativi sanitari (cartelle cliniche elettroniche) e strumenti di analisi dati è vista come una priorità per migliorare la qualità delle

cure, facilitare la condivisione delle informazioni tra i vari operatori e ottimizzare la gestione dei casi complessi.

Sviluppo di Nuovi Modelli di Assistenza

- Assistenza basata sulla comunità: potenziamento dei servizi verso modelli di assistenza basati sulla comunità, per promuovere l'inclusione sociale e ridurre l'ospedalizzazione.
- Promozione della salute mentale e prevenzione: nella visione aziendale, è fondamentale investire in programmi di prevenzione del disagio mentale, soprattutto nelle scuole, nei luoghi di lavoro e nella comunità, per intercettare precocemente i segnali di disagio e promuovere il benessere psicologico.

Formazione e Sviluppo del Personale

- Aggiornamento continuo: investimento costante nella formazione e nell'aggiornamento del personale sanitario. Questo include non solo le competenze cliniche, ma anche le competenze relazionali, comunicative, e la gestione dello stress, per migliorare la qualità dell'assistenza fornita.
- Benessere del personale: vi è una crescente consapevolezza dell'importanza di promuovere il benessere mentale e fisico degli operatori sanitari stessi, al fine di prevenire il burnout e migliorare la qualità delle cure.

Riduzione dello Stigma Interno ed Esterno

- Campagne di sensibilizzazione: necessità di promuovere campagne di sensibilizzazione per ridurre lo stigma associato alla salute mentale, sia all'interno delle istituzioni sanitarie sia nella comunità.

Miglioramento dell'Accesso e della Qualità dei Servizi

- Creazione di percorsi di cura personalizzati
- Monitoraggio e valutazione dei risultati: misurazione e la valutazione continua dei risultati dei trattamenti, utilizzando indicatori di qualità e soddisfazione degli utenti, per migliorare continuamente i servizi offerti.
- Coinvolgimento degli stakeholders formali ed informali presenti nel territorio

LA VISIONE DEL SERVIZIO

Nella visione del servizio, ovvero dal punto di vista operativo e funzionale di chi lavora direttamente nei servizi di salute mentale, le criticità e le necessità di sviluppo possono essere focalizzate su aspetti specifici legati alla qualità dell'assistenza, alla gestione del lavoro quotidiano e alla soddisfazione dei pazienti.

Miglioramento della Qualità dell'Assistenza

- Centralità del paziente: Gli operatori dei servizi di salute mentale ritengono essenziale un approccio che ponga il paziente al centro del percorso di cura, personalizzando il trattamento in base alle specifiche esigenze, preferenze e contesti di vita del paziente stesso. Vi è una crescente consapevolezza dell'importanza di trattare ogni persona in modo olistico, considerando non solo i sintomi clinici, ma anche gli aspetti sociali, culturali e psicologici.
- Aggiornamento delle pratiche cliniche: La necessità di aggiornare costantemente le pratiche cliniche basandosi sulle evidenze scientifiche più recenti è vista come cruciale. Ciò include l'adozione di nuove terapie psicologiche e farmacologiche, così come l'integrazione di approcci innovativi.

Gestione delle Risorse e Ottimizzazione del Tempo

- Carico di lavoro eccessivo: Gli operatori spesso evidenziano il problema del sovraccarico di lavoro dovuto alla carenza di personale, che può portare a un burnout professionale, a una diminuzione della qualità delle cure e a un aumento del rischio di errori clinici.
- Tempo insufficiente per i pazienti: Una delle criticità principali è il tempo limitato che gli operatori possono dedicare a ciascun paziente, a causa dell'elevato numero di casi da gestire.

Integrazione e Coordinamento del Team

- Lavoro di squadra efficace: Gli operatori riconoscono la necessità di migliorare la comunicazione e la collaborazione all'interno dei team multidisciplinari. Un lavoro di squadra più integrato è fondamentale per garantire che tutti gli aspetti della cura del paziente siano presi in considerazione.

Sviluppo Professionale e Formazione Continua

- Formazione continua: Vi è un forte bisogno di programmi di formazione continua per aggiornare le competenze cliniche, migliorare le tecniche terapeutiche e approfondire la conoscenza delle nuove pratiche e tecnologie.

Miglioramento dei Processi di Comunicazione

- Comunicazione interna: È fondamentale migliorare la comunicazione interna tra diversi reparti e team di lavoro.
- Comunicazione con i pazienti e le famiglie: Gli operatori ritengono essenziale migliorare la comunicazione con i pazienti e i loro familiari, fornendo informazioni chiare e comprensibili sul percorso di cura, sulle opzioni terapeutiche e sui progressi.

Accesso alle Risorse e alle Tecnologie

- Risorse limitate: I servizi spesso operano con risorse limitate, inclusi spazi inadeguati, attrezzature obsolete o insufficienti, e una mancanza di accesso a tecnologie avanzate.
- Integrazione di strumenti digitali: C'è una crescente richiesta per l'adozione di strumenti digitali per la gestione dei casi, la documentazione clinica, la telemedicina e il monitoraggio remoto dei pazienti.

Promozione dell'Accesso e dell'Equità dei Servizi

- Accesso equo ai servizi: Gli operatori sottolineano la necessità di garantire l'accesso equo ai servizi di salute mentale per tutte le fasce della popolazione, compresi i gruppi vulnerabili, le minoranze e le persone con disabilità. Questo può includere il potenziamento dei servizi territoriali e l'eliminazione delle barriere economiche e logistiche.
- Diversificazione delle modalità di intervento: Vi è una spinta verso la diversificazione delle modalità di intervento, come l'integrazione di trattamenti ambulatoriali, domiciliari e digitali, per rispondere meglio alle esigenze di vari gruppi di pazienti.

Rafforzamento delle Relazioni con la Comunità

- Collaborazione con enti locali e associazioni: I servizi di salute mentale vedono la necessità di rafforzare le collaborazioni con le organizzazioni locali, le scuole, le associazioni di volontariato, e altri attori della comunità per creare una rete di supporto più ampia e sostenibile.
- Educazione alla salute mentale: Gli operatori ritengono importante investire in programmi educativi e di sensibilizzazione nelle scuole, nei luoghi di lavoro e nella comunità per promuovere la consapevolezza sulla salute mentale e ridurre lo stigma.

Scheda intervento 56 - Tavoli di salute mentale: Ambito e Distretto di Monza

Criticità o razionale del progetto	Necessità di confronto finalizzata all'integrazione e condivisione delle attività programmatiche DSM con DISTRETTO ed AMBITO per un governo efficace delle domande di salute mentale ed una organizzazione dell'assistenza primaria erogata dai servizi territoriali. La presenza sul Territorio di diverse tipologie di servizi e di erogatori aumenta il rischio di frammentazione dell'assistenza. Favorire la rapida presa in carico e garantire continuità assistenziale nella transizione tra servizi differenti
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Unità di Offerta Sociosanitarie/Enti erogatori accreditati; utenza che necessita di interventi specialistici psichiatrici e supporto sociosanitario
Descrizione del servizio/progetto	Organizzazione di tavoli specifici sulla salute mentale
Ambito territoriale di realizzazione	Distretto di Monza
Attori/Enti coinvolti	ASST Brianza: DISTRETTO DI MONZA Fondazione IRCCS San Gerardo/SC PSICHIATRIA AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI MONZA
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Direzione Distrettuale ASST Brianza Referenti sanitari e sociali della SC psichiatria IRCCS San Gerardo Referenti dell'ambito di Monza
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	Avvio 2025 – fine 2027
Indicatore e risultato atteso	Indicatori di processo

	anno 2025 ▪ Attivazione di un tavolo sulla salute mentale con ambito e distretto di Monza ▪ Formalizzazione con le Direzioni strategiche ASST Brianza, IRCCS San Gerardo, Responsabili Ufficio di Piano ▪ Definizione delle tematiche da affrontare, in sinergia e coordinamento con i "Tavoli di salute mentale" degli altri territori distrettuali ▪ Presentazione alla prima convocazione utile dell'Assemblea dei Sindaci del Distretto di Monza ▪ N° incontri/anno Indicatori di esito 2026-2027 ▪ n. utenti target valutati in equipe integrata ambito-psichiatria/n. totale utenti target con bisogno complesso - monitoraggio annuale ▪ n. eventi pubblici congiunti realizzati di promozione salute/contrasto dello stigma/sensibilizzazione sui temi della salute mentale >=1 nel triennio Risultato atteso Miglioramento della presa in carico integrata sociale/sociosanitaria di pazienti con disturbo psichico
--	---

SC DIPENDENZE

La SC Dipendenze persegue gli obiettivi di prevenzione (in collegamento con ATS), diagnosi, cura e riabilitazione nell'ambito delle dipendenze patologiche. Si impegna nella diffusione di una corretta cultura in tema di Dipendenze, nel contrastare lo stigma che grava sulla tematica. E' impegnata nella lettura del bisogno sul territorio di competenza, nel riconoscere e governare la domanda utilizzando le risorse a disposizione in modo efficiente e nel rispetto del quadro normativo di riferimento, infine si impegna nel tenersi costantemente aggiornata in considerazione dei rapidi e continui mutamenti presenti nell'ambito delle Dipendenze da sostanze e comportamentali. Obiettivo primario della SC Dipendenze è garantire percorsi di cura per le persone "dipendenti" e loro caregiver. A tal fine ritiene condizione necessaria sviluppare e mantenere una efficace rete di intervento sul territorio comprendente Enti Locali, Servizi Sanitari aziendali e non, Magistratura nelle sue diverse declinazioni, privato Sociale Accreditato e Associazionismo. Vengono applicati protocolli operativi e si procede ad un costante monitoraggio e verifica quali-quantitativa delle prestazioni erogate. Si procede ad una periodica verifica della soddisfazione dell'utenza, si attua anche una verifica sul benessere in ambito lavorativo per gli operatori. In ambito carcerario garantisce percorsi di cura intramuraria per i soggetti "dipendenti" e l'attività di certificazione utile per l'ottenimento dei benefici di Legge da parte dei detenuti.

Progetti attivi

Progetto Gioco d'azzardo patologico (GAP): progetto regionale su fondi ministeriali giunto alla 5 annualità con finalità di contrasto al fenomeno del GAP, prevede diverse azioni tra cui : prevenzione (parte affidata ad ATS), diagnosi, cura e riabilitazione affidate ai servizi dipendenze pubblici e privati accreditato delle asst. Destinatario delle azioni del progetto di competenza ASST sono i giocatori e loro familiari. Si prevede una robusta attività di rete con altri Servizi Aziendali, Enti e Associazioni presenti sul territorio. Il progetto prevede l'acquisizione di risorse personale per lo svolgimento delle attività.

Progetto La rete di Ulisse (DGR n. 1800 del 29/01/2024). Assessorato alla Famiglia progetto su fondi por fse. Titolare del progetto Comunità Nuova e Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione, SerD di ASST Brianza è partner di progetto. Si tratta di un progetto volto all'inclusione sociale e alla riduzione del danno. Si rivolge pertanto ai soggetti che versano in condizioni di grave marginalità. Uno degli obiettivi prevede l'accompagnamento al Servizio Dipendenze per un auspicabile presa in carico e per le azioni di screening ed eventuale cura delle malattie sessualmente trasmesse (tra queste HIV, HCV). E' previsto un presidio di Unità mobile, attivo nelle zone cittadine di spaccio e consumo di sostanze e alcol, ed un Drop In per il soddisfacimento di alcuni bisogni primari quali l'igiene personale e la pulizia.

Progetto All inclusive together Assessorato alla Famiglia RL progetto su fondi POR FSE. Titolare del Progetto Coop AERIS, il SerD è partner di progetto. Si tratta di un progetto di limitazione dei rischi. E' prettamente indirizzato ai giovani e prevede azioni di sensibilizzazione, aggancio precoce, valutazione del

bisogno ed accompagnamento al SerD. le azioni sono previste presso i luoghi di aggregazione e di divertimento giovanile sul territorio del vimercatese.

Progetto Inside Assessorato alla Famiglia RL progetto su fondi POR FSE. Titolare del Progetto Coop Il Carrobiolo, il SerD è partner di progetto. Si tratta di un progetto di limitazione dei rischi. E' prettamente indirizzato ai giovani e prevede azioni di sensibilizzazione, aggancio precoce, valutazione del bisogno ed accompagnamento al SerD. le azioni sono previste presso i luoghi di aggregazione e di divertimento giovanile sul territorio di Monza.

Progetto Walk the line Assessorato alla Famiglia RL progetto su fondi POR FSE. Titolare del Progetto Coop Atipica, il SerD è partner di progetto. Si tratta di un progetto di limitazione dei rischi. E' prettamente indirizzato ai giovani e prevede azioni di sensibilizzazione, aggancio precoce, valutazione del bisogno ed accompagnamento al SerD. le azioni sono previste presso i luoghi di aggregazione e di divertimento giovanile sul territorio di Seregno.

CRITICITA' E NECESSITA' DI SVILUPPO – DIPENDENZE

LA VISIONE DEGLI UTENTI

Negli corso degli ultimi vent'anni si è assistito a profonde modifiche della Società, con esse è significativamente mutato il fenomeno delle Dipendenze patologiche. Iniziando una veloce disamina dalle sostanze di abuso illegali si è passati da un quadro caratterizzato dalla diffusione di utilizzo di eroina e dalle problematiche infettivologiche correlata presente negli anni '80 e '90 ad una situazione di consumo di una grande varietà di sostanze. Ormai da anni la cocaina rappresenta in alcune aree la sostanza di maggior utilizzo, si sono nel tempo poi diffuse una serie pressoché infinita di "nuove" sostanze di abuso. Dopo la diffusione di inizio secolo dell'i ecstasy (MDMA), si sono sempre più diffuse nuove sostanze, la maggior parte di origine chimica: NPS nuove sostanze psicoattive, farmaci soprattutto oppiacei, ma si assiste anche alla presenza di sostanze d'abuso, che sembrano seguire le logiche dei flussi migratori, esemplificativo è il kaht proveniente dal Corno d'Africa). Oltre a questa varietà di sostanze si è assistito anche ad una modifica della modalità di uso delle sostanze. Attualmente è molto presente il poliabuso ed una modalità di acquisto e consumo molto simile alle logiche consumistiche del "supermercato" dove tutto o quasi è disponibile, facile da raggiungere e accessibile a tutte le tasche. L'esempio classico è ancora la cocaina, che da "droga per ricchi" è divenuta una sostanza per tutti, da quando si è assistito ad un abbattimento del prezzo di acquisto. Anche il consumo di alcol ha visto una modifica sostanziale, passando da modelli del "bere" mediterraneo, con un consumo moderato quotidiano ai pasti e quadri di etilismo caratterizzato classicamente di uomini adulti che nel tempo sviluppano una dipendenza ad una modalità di consumo che richiama i paesi anglosassoni con abusi concentrati in alcune giornate della settimana ed un uso lontano dai pasti, soprattutto tra i giovani. Il "mondo" delle Dipendenze si è ampliato anche per l'incremento di altre forme di dipendenza non legate al consumo di sostanze. Tra queste la più significativa è il Gioco d'azzardo patologico (GAP), fenomeno divenuto ormai endemico dopo che la Legislazione ha permesso la diffusione la pratica del gioco in tutte le forme (slot, gratta e vinci, scommesse on line etc). In tutto questo quadro molto articolato e vario il mondo giovanile sembra essere particolarmente a rischio di comportamenti di uso di sostanze e di sviluppo di dipendenze da sostanze e comportamentali. Infine il grande sviluppo delle tecnologie e la modifica degli stili di comunicazione ha visto via via imporsi tra gli utenti l'utilizzo di strumenti quali il pc ed i cellulari anche in ambito della salute, questo complica gli aspetti relazionali ma se utilizzato anche dai Servizi, facilita l'accessibilità ai percorsi di diagnosi e cura.

LA VISIONE AZIENDALE

Il territorio della ASST Brianza è molto vasto e popoloso. Ricomprende realtà territoriali molto distanti tra loro non solo in termini di distanza geografica ma anche dal punto di vista delle caratteristiche sociali e degli aspetti socio culturali. Dal 2023 inoltre una realtà cittadina complessa come quella di Monza fa parte della ASST Brianza. Infine sul territorio della ASST è presente una Casa Circondariale tra le più grandi in Lombardia, all'interno della quale la popolazione alcol o tossicodipendente è percentualmente molto rappresentata. La presenza di diverse sedi operative per le Dipendenze sul territorio garantisce una buona copertura per la popolazione, presenta però criticità nel definire una uniformità nelle modalità operative e lo sforzo di costruire relazioni di rete nei differenti contesti territoriali. Si evidenzia una carenza delle sedi operative e l'esigenza di reperire sedi idonee al trattamento di fasce di utenza, per le quali si ritiene

importante la non commistione con utenza "cronica", spesso di età avanzata. Infine in analogia con altri Servizi Sanitari la carenza di personale, soprattutto medico, determina difficoltà operative, che al momento vengono tamponate con operazione di efficientazione delle risorse (spostamenti e copertura al bisogno), all'interno di una condizione di fragilità di sistema.

LA VISIONE DEL SERVIZIO

La presenza all'interno della SC di Servizi SerT e NOA molto distanti tra loro, non solo geograficamente ma anche come storia di servizio, rapporti con realtà locali e, a volte, per stile operativo ha implicato un importante lavoro, ancora in corso, volto a costruire una uniformità di intervento pur considerando le profonde differenze dei contesti territoriali in cui operano i servizi. A questo si aggiunge la peculiarità dell'intervento della SC Dipendenze all'interno della casa Circondariale di Monza, all'interno della quale sono presenti dinamiche che prevedono costanti rapporti di collaborazione con diversi attori istituzionali e la necessità di mantenere un giusto equilibrio tra istanze di cura e assolvimento di obblighi di Legge. I rapidi e continui mutamenti che coinvolgono il mondo dell'utilizzo delle sostanze d'abuso e dei comportamenti di addiction impone un continuo impegno nell'aggiornamento sui fenomeni emergenti e su nuove modalità di intervento. Implica a volte la necessità di rivedere modalità operative cristallizzate nel tempo e lo sforzo di sviluppare nuove strategie operative. Considerato che l'età media degli utenti in carico ai Servizi per le Dipendenze ha visto un significativo incremento negli ultimi 20 anni a fronte dell'emergere dei nuovi bisogni che riguardano soprattutto le fasce più giovani pare evidente la necessità di una evoluzione dei Servizi, peraltro prevista dalla Legge Regionale 23/2020. I Servizi istituiti ad inizio anni 90 non sembrano essere attrattivi per i soggetti giovani e faticano nell'attività di aggancio precoce, peraltro prevista dal PSSR 2022-202. Si ravvede inoltre una difficoltà nell'utilizzare un linguaggio idoneo per comunicare con i giovani e la difficoltà ad utilizzare strumenti più agili e veloci che possano facilitare l'accesso ai Servizi o semplicemente l'attività di counseling per i giovani e loro familiari. Anche le condizioni strutturali di molte sedi e l'assenza di luoghi dedicati non facilita l'intervento su soggetti giovani, che a volte è bene non "mescolare" con utenza cronica e di età più avanzata.

La SC Dipendenze, per il triennio 2025-2027, conta di sviluppare 2 progetti (Punti di ascolto nelle Case di Comunità e Telemedicina applicata al trattamento delle dipendenze patologiche) dettagliati nelle seguenti schede intervento:

Scheda intervento 57 - Punti di ascolto nelle CDC

Criticità o razionale del progetto	Alla luce delle difficoltà di aggancio dell'utenza affetta da Gioco d'azzardo patologico ed in generale di aggancio precoce soprattutto nelle fasce più giovani dei soggetti affetti da problematiche legate all'uso di sostanze e alcol e loro familiari, la Sc Dipendenze ha ritenuto di implementare la rete territoriale di collaborazione coinvolgendo almeno una CDC per ogni Distretto della ASST. Viene proposto un breve corso di formazione per gli operatori di CDC ed in accordo con i Direttori di Distretto si organizza un punto di ascolto presso una CDC da loro individuata con la presenza di un operatore delle Dipendenze per 4 ore settimanali. Tale Progetto è rivolto ai soggetti con problemi legati all'uso di sostanze, alcol e comportamenti additivi e loro familiari. In un luogo non connotato offre la possibilità di fornire consulenze e una prima fase di conoscenza che permette un eventuale aggancio e accompagnamento ai Servizi di cura laddove se ne ravveda il bisogno.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Soggetti sofferenti per problematiche legate all'uso di sostanze alcol e comportamenti di addiction e loro familiari con particolare attenzione verso i giovani
Descrizione del servizio / progetto	Apertura di un Punto di ascolto dedicato alle Dipendenze Patologiche, compreso il Gioco d'azzardo, per 4 ore settimanali in una Casa di Comunità per ognuno dei cinque Distretti aziendali

Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Territorio aziendale
Attori/Enti coinvolti	Direttori di Distretto, Operatori delle Case di Comunità.
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Risorse personale ricavate dal Progetto Regionale sul GAP (5 annualità)
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	Sviluppo nel corso del triennio 2025-2027
Indicatore e risultato atteso	Apertura di un punto di ascolto almeno in una CDC per ogni distretto Almeno 10 accessi annui per punto di ascolto

Scheda intervento 58 - Progetto telemedicina applicata al trattamento delle dipendenze patologiche

Criticità o razionale del progetto	I profondi mutamenti sociali degli ultimi decenni, lo sviluppo delle nuove tecnologie che ha coinvolto significativamente il mondo sanitario ed infine l'ampliamento dei quadri clinici nell'ambito delle Dipendenze patologiche, sia per le tipologie di sostanze ma anche per la estrema varietà delle tipologie di utenza e la sempre maggior precocizzazione di comportamenti di abuso impone alla SC Dipendenze la necessità di adeguarsi a nuove modalità di comunicazione e di presa in cura, che non sostituisce le modalità "classiche" ma le integra soddisfacendo nuovi bisogni di utenza giovane o comunque impossibilitata a recarsi al Servizio di cura per svariati motivi. Inoltre in un Servizio quale la SC Dipendenze, che si caratterizza per essere un Servizio che opera in rete l'utilizzo della telemedicina nelle sue varie possibilità permette una efficientazione delle risorse con la possibilità di confronti con altri Professionisti, Enti e Comunità senza onerosi spostamenti ma restando nella sede di lavoro. I destinatari sono gli utenti, che possono ricevere selezionate prestazioni a distanza, il Servizio che può utilizzare le proprie risorse di personale in modo più efficiente. Per attuare questo progetto è necessario dotarsi della strumentazione tecnologica di base, è anche importante possedere un programma che permetta di rispettare la normativa sul rispetto dei dati sensibili e della privacy. Si evidenzia la necessità di implementare i canali di comunicazione ed il ventaglio di offerta di cura alla luce delle profonde modifiche sociali della comunicazione e della varietà di tipologia di utenza. Facilitare l'accesso ai Servizi. Efficientazione delle risorse nel lavoro di rete, attraverso confronti che non prevede onerosi spostamenti
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Soggetti sofferenti per problematiche legate all'uso di sostanze, alcol, comportamenti di <i>addiction</i> e loro familiari con particolare attenzione verso i giovani
Descrizione del servizio/progetto	Utilizzo della telemedicina in tutti i suoi aspetti: teleconsulto, televisita, telemonitoraggio
Ambito territoriale di realizzazione	Territorio aziendale
Attori/Enti coinvolti	Operatori della SC Dipendenze
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Strumentazione informatica idonea all'attività: PC, videocamere, programma che rispetti le norme di privacy
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	2025 – 2027

Indicatore e risultato atteso	Utilizzo della Telemedicina in tutte le sedi territoriali della SC Dipendenze. Utilizzo delle telemedicina per le attività di monitoraggio sui pazienti inseriti in Comunità terapeutica e nelle attività di confronto con i professionisti di altri Servizi e/o Enti, fatto salvo situazioni eccezionali. Introduzione dell' utilizzo della telemedicina nella attività clinica.
-------------------------------	---

DISABILITA'

Alla **S.C. Disabilità** afferiscono le attuali strutture:

- 2 Strutture Residenziali, RSD "Beato Papa Giovanni XXIII" e Presidio "G. Corberi" (Struttura non accreditata) di Limbiate, destinate ad accogliere persone disabili gravi e gravissime (rispettivamente n. 60, tot: 120 pazienti assistiti) in condizioni di disabilità fisica, psichica o sensoriale dipendenti da qualsiasi causa, non assistibili a domicilio, tali da richiedere un intervento qualificato continuativo di tipo educativo/assistenziale e sanitario/riabilitativo per il soddisfacimento dei bisogni individuali e il raggiungimento di un livello soddisfacente di qualità della vita
- Centro Diurno Disabili (CDD) Usmate Velate, Servizio che propone progettualità socio-riabilitative in regime diurno.
- Odontoiatria Speciale Carate Brianza e Limbiate, Servizio che offre prestazioni odontoiatriche per soggetti con gravi disabilità intellettive che necessitano di tempi e tipologia di assistenza dedicati e differenti rispetto alla popolazione generale.

PROGETTI ATTIVI

Progetto TR 108 che prevede l'ambulatorio per la disabilità complessa rivolto a giovani pazienti tra i 17 e i 24 anni e finalizzato a svolgere un iter valutativo e diagnostico a supporto dei cps;

Ambulatorio autismo adulti, per persone con autismo ad alto funzionamento, nell'ambito dei finanziamenti previsti sulla progettualità AUTINCA/DIAPASON.

CRITICITÀ E NECESSITÀ DI SVILUPPO - DISABILITÀ

LA VISIONE DEGLI UTENTI

La Disabilità Intellettiva (DI) e il Disturbo dello Spettro Autistico a Basso Funzionamento (DSA-BF) sono Disturbi del Neurosviluppo (DN) che, per loro eziologia, insorgono in età infantile e vengono presi in carico, per le loro manifestazioni psichiche e comportamentali, dai Servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI) territoriali. I pazienti affetti da tali patologie ricevono valutazioni testali e cliniche, talvolta genetiche, per una diagnosi precisa ed approfondita. Se indicato, vengono forniti anche supporti educativi, psicoterapici, di psicomotricità, supporto familiare, spesso in presenza di burden e di comportamenti problema (CP), non sempre contenibili con la terapia farmacologica. Al 18mo anno di età, secondo normativa, i soggetti con DI e/o DSA-BF passano per competenza (transizione) ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) e presi in carico dai Centri Psico Sociali (CPS) di zona. I CPS, che presentano un carico assistenziale elevato per il crescente aumento di casi sul territorio di malattie mentali gravi, in una fase di diminuzione di risorse di personale e di budget, sostengono con difficoltà la popolazione con DI e/o DSA con sintomatologie psichiatriche associate, con presa in carico da parte dei Comuni e dai rispettivi Servizi Sociali e delle Disabilità e da parte dei Centri Diurni per Disabili (CDD) o Centri Socio Educativi (CSE). Talvolta si procede all'inserimento in Strutture comunitarie specifiche (CSS), nelle Residenze Sanitarie per Disabili (RSD) o in Comunità psichiatriche "generaliste" quali le CRA o le CPA. la transizione ai CPS non è, pertanto, automatica, sia per la "dimissione", sia per l'area prevalente di appartenenza, quella sociale dei Comuni, che non è sempre direttamente connessa con la Psichiatria. Vi può essere un invio diretto da parte dei Servizi di NPI oppure possono essere i centri diurni a riscontrare nella persona con DI e/o DSA-BF la presenza di disturbi psichiatrici comorbili. I disturbi psichiatrici associati alla DI possono trovare la loro espressione anche in comportamenti problema, ovvero in manifestazioni comportamentali che possono procurare danno a sé stessi/agli altri e che richiedono controllo, con l'esigenza di una presa in carico specifica, multidimensionale e multiprofessionale. Inoltre, Le persone con Disabilità Intellettiva (DI) e/o Disturbo dello Spettro Autistico (DSA) presentano elevati tassi di prevalenza di malattie somatiche: cardiopatie, affezioni respiratorie, problematiche gastro-intestinali, deficit sensoriali, disfagia, condizioni neurologiche quali l'epilessia, che rendono necessario un focus specifico sulle condizioni mediche del

malato, con una presa in carico da parte degli specialisti di riferimento. Gli utenti, siano essi “territoriali” o “residenziali” incontrano spesso difficoltà di accesso alle cure mediche, a causa dei Lunghi tempi di attesa per la prenotazione tramite cup, la Frammentazione dei Servizi, la Scarsa sensibilità degli specialisti di area medica e chirurgica al paziente disabile, una Visione generale della disabilità ancora come “problema” ostacolante le cure, talvolta “ostativo” alle cure.

LA VISIONE AZIENDALE

La SC Disabilità di ASST Brianza è attualmente costituita da 2 Strutture residenziali con 60 ospiti ciascuna, una struttura semiresidenziale, Centro Diurno Disabili, un Servizio di Odontoiatria Speciale a Limbiate e Carate Brianza. Inoltre, il DSMD ha attivi un progetto innovativo (TR) per la valutazione testale e psicologica di giovani pazienti con DI e un progetto regionale per persone con autismo ad alto funzionamento (AUTINCA/DIAPASON). Si evidenzia la necessità di integrare la presa in carico per persone > 18 anni con DI e/o DSA-BF con progettualità già operative, quali il progetto TR-108, con una funzione diagnostico-valutativa, garantendo un approccio multidisciplinare (psichiatra, infermiere, psicologo, educatore, assistente sociale) per casi clinici complessi che richiedano anche valutazioni in ambiti specialistici di area medica. È auspicabile una sinergia con i servizi presenti presso la Casa di Comunità ed un’implementazione dell’offerta, a fronte di una domanda crescente delle famiglie di persone con DI e/o DSA-BF, in un’ottica di presa in carico di Secondo livello per la valutazione, la cura, la presa in carico di disturbi psichiatrici associati alla DI di persone che rimangano primariamente in carico ai CPS di zona e che da loro verrebbero inviati. È altresì necessaria la costituzione di un database di raccolta dati relativi che consenta di “mappare” il bisogno del territorio e che consenta di sviluppare dei progetti di ricerca finalizzati al miglioramento dei livelli di cura, di assistenza e di qualità di vita di queste persone. Nell’ambito della presa in carico globale, si inserisce la necessità di implementazione dei percorsi “dama”, non solo nel contesto ospedaliero dell’emergenza-urgenza, dove sono definite linee assistenziali dedicate soprattutto per soggetti con DSA, ed attività ambulatoriali, secondo modalità organizzative e operative, competenze e risorse esistenti, ma in modo diverso e più flessibile. L’obiettivo non è creare corsie preferenziali ma individuare, adattare e costruire percorsi condivisi e semplificati che pongano al centro i bisogni di ogni individuo con disabilità. realizzando un Servizio che faccia “da ponte” tra le Strutture residenziali, il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di riferimento e gli ambulatori di ambito medico e chirurgico per offrire un servizio di consulenza specialistica a persone con DI “residenziali” e “territoriali”.

LA VISIONE DEL SERVIZIO

Sono stati analizzati i dati relativi alle prestazioni effettuate nel primo semestre 2023 (derivate da Psiche) dai 4 CPS di ASST Brianza (Vimercate, Carate-Besana, Cesano Maderno, Seregno) in favore di pazienti con DI e/o DSA-BF. Da tale lavoro risulta che: 319 persone con DI hanno ricevuto assistenza presso i CPS di ASST Brianza nel primo semestre 2023 di cui 196 (61%) maschi e 123 (39%) femmine. Le età sono comprese tra i 17 e gli 82 anni, con mediana 36. 100 (32%) pazienti hanno ricevuto prestazioni in Consulenza, 193 (62%) in Assunzione in cura, 19 (6%) in Presa in carico. 105 (37%) persone hanno una diagnosi di DI lieve, 76 (26%) moderata, 16 (6%) grave, 90 (31%) non specificata. Le diagnosi psichiatriche associate, rispetto al totale delle diagnosi di DI, sono risultate poco rappresentate. Autismo e/o ADHD (17), Ansia (7), Depressione (6), Psicosi (4), Disturbo della Condotta (4), Disturbo da Uso di Sostanze (2), Disturbo Bipolare (1), DPTS (1). Il numero medio di visite per paziente in un semestre è 13.3, la mediana è 6. In un range che va da 1 a 250 visite, il 25% dei pazienti ne ha ricevute 2, il 75% ne ha ricevute 14.5. I dati raccolti mostrano come vi sia un carico assistenziale e di cura elevato per persone con DI e/o DSA-BF nei 4 CPS di ASST Brianza, per lo più in regime di consulenza e assunzione in cura; le diagnosi psichiatriche sono sotto-rappresentate rispetto ai verosimili livelli di cura medica e psicologica; le persone con DI e/o DSA giungono all’attenzione dello psichiatra del CPS soprattutto per la presenza di comportamenti problema; le persone con DI e/o DSA-BF presentano un elevato livello di comorbidità mediche. Da tali osservazioni, l’esigenza di attivare un Ambulatorio per persone con Disabilità e/o Disturbo dello Spettro Autistico a Basso Funzionamento, che possa rappresentare un centro di Secondo Livello, ovvero un centro dedicato a tutti quei pazienti che necessitino una più approfondita valutazione diagnostica, sia clinica che testale, una terapia psicofarmacologica mirata sulla base dell’effettivo riscontro di disturbi psichiatrici associati. Inoltre, l’Ambulatorio si propone di costituire una “rete” con tutti gli specialisti di area medica che possano rispondere ai bisogni di cura di malattie fisiche di persone con DI e/o DSA-BF, ad esempio il

neurologo, il cardiologo, l'internista, lo pneumologo, il genetista. Infine, grazie alla presenza nell'équipe di una assistente sociale e un educatore, l'Ambulatorio ha anche l'ambizione di fare da "centro propulsore" per inserimenti di tipo riabilitativo e lavorativo nei CDD, CSE, SFA, in rete con i Servizi sociali comunali di riferimento, per quelle persone che al momento della presa in carico non abbiano già tali contesti abilitativi e riabilitativi. Ponendosi in dialogo con questi Centri, anche per occorrenze di problematiche psichiatriche e comportamentali di nuova insorgenza e che meritano attenzione clinica. La presa in carico globale, la specificità degli interventi da parte di professionalità dedicate, la costituzione di rapporti con la rete dei servizi, riscontra la criticità principale nella carenza di risorse, soprattutto umane, cui è possibile sopperire, ma solo in parte, attraverso sinergie, collaborazioni, interventi trasversali con quanto già operativo e funzionale da un punto di vista logistico. la modalità di presa in carico in tale prospettiva trova un'ulteriore elemento da qualificare ed implementare, in "percorsi facilitati" in sede ospedaliera ed ambulatoriale, anche per favorire una sensibilizzazione nel personale e negli specialisti, ad oggi non così diffusa. il paziente disabile ha fattori di complessità che necessitano tempi e modi per la valutazione anamnestica e delle condizioni cliniche, oltreché dei fattori di contesto (famiglia, residenza di vita etc.), un'attenzione mirata al problema medico che si iscrive nella complessità della diagnosi di base. La persona con DI, infatti, per il proprio limite cognitivo e comunicativo, non riesce ad esprimere adeguatamente i propri sintomi. Il medico deve, pertanto, ricostruire la sintomatologia tramite il racconto del caregiver (famigliare/operatore) raccordandosi col personale della Struttura di riferimento.

La SC Disabilità, per il triennio 2025-2027, conta di sviluppare 2 progetti (Ambulatorio Disabilità: Autismo a basso funzionamento e Servizio Dama) dettagliati nelle schede intervento in basso:

Scheda intervento 59 - Ambulatorio disabilità – Autismo a basso funzionamento (ADABF)

Criticità o razionale del progetto	Al 18mo anno di età, i soggetti con di e/o dsa-bf passano per competenza (transizione) ai dsmd e presi in carico dai cps di zona. che presentano un carico assistenziale elevato vs risorse limitate dedicate alla disabilità' Obiettivi del progetto: ▪ offrire un intervento specifico di valutazione testale e clinica che configuri una diagnosi specifica di livello di DI e disturbi psichiatrici/comportamenti problema associati, nell'obiettivo di impostare una cura farmacologica mirata ed un intervento psicoterapico adattato al soggetto con DI ▪ laddove presenti comorbidità mediche, indirizzare la persone agli specialisti competenti per le rispettive patologie mediche. ▪ Fornire supporto ai famigliari ▪ Favorire inserimenti socio-riabilitativi sul territorio e il legame con le Associazioni di riferimento per persone con DI
Destinatari specifici dell'intervento (target)	pazienti con età >18 anni affetti da DI a diversi livelli, eventuale DSA-BF e disturbi psichiatrici associati che si possono esprimere anche attraverso comportamenti problema
Descrizione del servizio / progetto	1) prima visita psichiatrica e valutazioni testali psicologiche 2) l'impostazione di una terapia psicofarmacologica specifica sulla base della diagnosi psichiatrica 3) percorso psicoterapico adattato per il soggetto e supporto alla famiglia 4) lavoro di rete con i CDD, CSE, SFA, Comuni 5) interlocutore con le Strutture residenziali, ad es. RSD, per favorire inserimenti in ambito protetto
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Territorio aziendale
Attori/Enti coinvolti	SC Disabilità, Casa di Comunità

Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	2 medici psichiatri che condividano il lavoro e possano fare delle rotazioni (4 ore settimanali per ciascuno); 1 infermiere (5 ore settimanali); 1 assistente sociale (5 ore settimanali); 1 educatore/TERP (5 ore settimanali); 1 psicologo (10 ore settimanali)
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	Sviluppo nel corso del triennio
Indicatore e risultato atteso	32. n° valutazioni con esito di presa in carico multidisciplinare/n° di valutazioni psicodiagnostiche richieste da cps - almeno 50 effettive prese in carico in un anno 33. n° di prese in carico / n° di invii a specialisti di area medica - almeno 25 prese in carico da parte di specialisti di area medica - n° richieste di prese in carico psicoterapeutica (psicoterapia adattata) per il paziente / n° di prese in carico. almeno 25 prese in carico 34. n° richieste di prese in carico psicoterapeutica per la famiglia /n° di prese in carico. almeno 25 prese in carico

Scheda intervento 60 - Implementazione servizio DAMA

Criticità o razionale del progetto	Elevati tassi di prevalenza di malattie somatiche che necessitano specialisti di riferimento. Gli utenti, siano essi "territoriali" o "residenziali" incontrano spesso difficoltà di accesso alle cure mediche per i seguenti motivi: 1. lunghi tempi di attesa per le visite, con prenotazione tramite cup. 2. frammentazione dei servizi 3. scarsa sensibilità degli specialisti di area medica e chirurgica al paziente disabile. 4. visione della disabilità come "problema" ostacolante le cure, talvolta "ostativo" alle cure Obiettivi del progetto: ▪ definire percorsi dedicati alle persone con disabilità estendendo il modello DAMA ai servizi di diagnosi e cura dell'Azienda, in particolare del Presidio Ospedaliero di Desio; ▪ formalizzare protocolli di intesa tra le strutture della SC Disabilità, RSD e Presidio Corberi, ed i servizi di diagnosi e cura dell'Azienda, in particolare del Presidio Ospedaliero di Desio ▪ Sviluppare un sistema multidisciplinare ed integrato i cui elementi essenziali sono: ✚ Call Center unico ✚ percorso dedicato dell'urgenza, con corsie preferenziali c/o il Pronto Soccorso ✚ DAY hospital per i percorsi coordinati di inquadramento, di valutazione breve e di rivalutazione ✚ percorsi ambulatoriali facilitati (specialistici e di rivalutazione clinica) ✚ ricoveri nei reparti di competenza con supporto del personale DAMA ✚ chirurgia d'elezione ✚ odontoiatria speciale: diagnosi e terapia odontoiatrica di pazienti affetti da gravi deficit psicomotori; trattamento in anestesia generale di pazienti non collaboranti. Nell'obiettivo è compreso anche il coinvolgimento progetto DAMA IRCCS San Gerardo dei Tintori.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Pazienti con età >18 anni affetti da DI a diversi livelli, eventuale DSA-BF e disturbi psichiatrici associati e comorbidità mediche
Descrizione del servizio / progetto	Un Servizio che faccia "da ponte" tra le Strutture residenziali, il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di riferimento e gli ambulatori di ambito medico e chirurgico per offrire un servizio di consulenza specialistica a persone con DI "residenziali" e "territoriali".

Ambito territoriale di realizzazione	Territorio aziendale
Attori/Enti coinvolti	ASST Brianza: SC Disabilità, Distretti, Presidio Ospedaliero di Desio IRCCS San Gerardo dei Tintori: Progetto DAMA
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Neurologia, per attività di consulenza per i pazienti epilettici, con follow up eeg, esami ematici e adeguamento della terapia anti-epilettica Radiologia, per attività di diagnostica strumentale in ambito protetto, eventualmente con supporto del servizio di anestesia e rianimazione per le procedure in sedazione. Chirurgia generale, per valutazioni chirurgiche Endoscopia, per valutazioni endoscopiche Cure palliative, per supporto a persone con disabilità in fase terminale cardiologia, per la refertazione degli ecg annuali
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	2025 – 2027
Indicatore e risultato atteso	N° di accessi ospedalieri secondo percorso dedicato “DAMA”/N° ospiti residenziali con patologie mediche specifiche. N° di accessi ambulatoriali secondo percorso dedicato “DAMA” / N° ospiti residenziali con patologie mediche specifiche

RIQUALIFICAZIONE DEL PADIGLIONE MONTESSORI PRESSO IL P.O. CORBERI DI LIMBIATE

Il Presidio Ospedaliero Corberi sito in via Monte Grappa n.19 a Limbiate si sviluppa su un’area di circa 100.000 mq. sulla quale sono presenti n° 15 edifici.

La sua nascita deve al dott. Giuseppe Corberi, di cui il Presidio porta il nome, che separò i minori portatori di disturbi neuropsichiatrici dai pazienti adulti ricoverati nel Manicomio di Mombello traferendoli, nei primi anni 60, presso alcuni reparti, tra cui il c.d. Montessori, ricadenti nell’area del Presidio.

Attualmente, i pazienti che sono “entrati fanciulli” o, in un caso, “nati lì”, con patologie neuropsichiatriche, sono tutti ricoverati presso il Padiglione Montessori che ospita n.60 pazienti di cui n.22 over 65. Tutti i pazienti sono assistiti da Amministratore di Sostegno o Tutore.

Con D.G.R. n. XI/3952 del 30.11.2020, a seguito della costituzione dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Brianza in attuazione dei Decreti della D.G. Welfare n. 16667 e n.16668 del 31.12.2020, vennero trasferiti a quest’ultima, a partire dal 1 gennaio 2021, il personale, i beni immobili, mobili e mobili registrati, i rapporti attivi e passivi facenti capo al distretto di Desio, tra cui il P.O. Corberi di Limbiate che si colloca nel Polo Territoriale della ASST Brianza.

La struttura non è mai stata oggetto di accreditamento. Regione Lombardia ripiana i suoi costi di gestione che ammontano annualmente (soli costi diretti) ad Euro 5.733.013,00. I pazienti non pagano alcuna retta e sono ricoverati, da sempre, gratuitamente.

L’edificio è composto da due piani fuori terra e uno seminterrato, dispone di una superficie complessiva pari a circa 5.702,22 mq ed è completamente isolato sui quattro lati.

ASST Brianza, accantonando il progetto di realizzare un Ospedale di Comunità presso il Padiglione Montessori, ha ottenuto da Regione Lombardia un finanziamento pari € 1.000.000, assegnato con DGR XI/5161/2021, per l’esecuzione di opere manutentive presso il padiglione medesimo che riguardano: adeguamento alla normativa di Prevenzione incendi; ristrutturazione completa dei servizi igienici; adeguamento delle porte di accesso alle camere di degenza.

Diversi negli anni sono stati i tentativi di riqualificazione del Presidio Corberi. Tali tentativi non sono andati oltre la fase di pianificazione, salvo gli interventi finanziati con la richiamata DGR 5161/2021 relativi al solo Padiglione Montessori e propedeutici ad un suo eventuale accreditamento.

Nel corso del triennio programmatico oggetto del presente strumento di pianificazione si prevede lo sviluppo e messa a terra della alternativa progettuale che la Direzione Aziendale e Regione Lombardia condivideranno tra quelle approfondite da un apposito Gruppo di Lavoro composto sia da professionisti della ASST Brianza che da professionisti di ATS Brianza.

In particolare il Gruppo di Lavoro avrà il compito di elaborare un documento con le alternative progettuali di riqualificazione del Padiglione Montessori da sottoporre all’approvazione di Regione Lombardia.

Il Gruppo di Lavoro potrà, ove ritenute di interesse, recuperare, in termini più ridotti, non riguardando più l'intero Presidio Corberi bensì solo il Padiglione Montessori, le soluzioni tratteggiate nella delibera n.812 del 25 giugno 2020 di ASST Monza, tra cui la realizzazione di una RSD/CDD mediante un rapporto di PPP che preveda la gestione completamente esternalizzata dei servizi core e non core e la ristrutturazione in capo all'operatore economico privato, oppure la riqualificazione del padiglione Montessori in RSD mediante un intervento di ristrutturazione (appalto di lavori), successivo accreditamento e contrattualizzazione della struttura con gestione interamente in capo all' ASST Brianza. Sarà compito del Gruppo di Lavoro approfondire le compatibilità dell'ipotesi prospettate con le normative vigenti, la pianificazione regionale, le valutazioni di carattere epidemiologico e programmatico (analisi del fabbisogno) nonché esperire gli approfondimenti tecnici ed economici necessari per la stima dei tempi di realizzazione, dei costi dell'intervento di ristrutturazione ed adeguamento funzionale, degli strumenti giuridici per realizzarla, dei costi di gestione, ed i pro e contro di ciascuna ipotesi.

Scheda intervento 61 - Riqualificazione Reparto Montessori Corberi

Criticità o razionale del progetto	Presentare un progetto di riqualificazione del Padiglione Montessori a Regione Lombardia – Prevedendo un percorso di transizione dalla situazione attuale alla futura riqualificazione tenendo conto del benessere degli ospiti attualmente presenti
Destinatari specifici dell'intervento (target)	ASST Brianza
Descrizione del servizio / progetto	Predisposizione di un documento contenente alternative progettuali dei possibili interventi di riqualificazione del Padiglione Montessori
Ambito territoriale di realizzazione	Presidio Corberi - Padiglione Montessori
Attori/Enti coinvolti	ATS-ASST Brianza-Regione
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Iso risorse : il documento verrà predisposto da un Gruppo di Lavoro composto da professionisti dipendenti di ATS e ASST
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	Inizio 2025 – fine 2025
Indicatore e risultato atteso	Proposta Documento approvato da ASST Brianza e ATS da condividere con Regione Lombardia

Psicologia Clinica ASST-Brianza

La Psicologia Clinica dell'ASST Brianza è una struttura che fa parte del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) e coordina tutti gli psicologi operanti negli ambulatori del DSMD. Questa struttura ha il compito di rispondere ai bisogni di cura delle persone che presentano sintomi psicopatologici medio-gravi attraverso interventi psicologici basati sull'evidenza scientifica. Questi interventi sono garantiti dalla formazione continua dei professionisti, che, grazie alla diversità delle loro specializzazioni, possono offrire protocolli diagnostici e progetti terapeutici appropriati, efficaci e omogenei. La Psicologia Clinica si occupa anche di strutturare ambulatori che garantiscono trasversalità e continuità assistenziale.

Criticità e Necessità di Sviluppo

Visione degli Utenti

- **Aumento della Domanda:** La pandemia ha aggravato il malessere psicologico, aumentando la richiesta di supporto psicologico sia tra la popolazione generale che tra gli operatori sanitari.

- **Tempi di Attesa:** Gli utenti riportano lunghi tempi di attesa per il primo appuntamento, la diagnosi e la presa in carico.
- **Accessibilità:** Le difficoltà di accesso ai servizi, dovute anche alla carenza di mezzi di trasporto pubblico, richiedono lo sviluppo di interventi da remoto.
- **Continuità Assistenziale:** È necessario stabilizzare il personale per garantire la continuità assistenziale, evitare cambi di operatori e ridurre l'abbandono dei percorsi terapeutici.
- **Ambulatori per Dipendenti:** Servono ambulatori specifici per affrontare lo stress lavorativo e prevenire il burnout tra i dipendenti.
- **Utilizzo delle Tecnologie:** La diffusione delle tecnologie digitali, come smartphone e social media, ha creato nuove sfide per la salute mentale, aumentando la domanda di interventi psicologici e indicazioni psico-educative.

Visione Aziendale

- **Servizi Trasversali:** Lo sviluppo di ambulatori trasversali, senza limiti di età e con un approccio transdiagnostico, può migliorare la valutazione psicodiagnostica e la presa in carico psicoterapeutica, ottimizzando le risorse e gestendo meglio le liste d'attesa.
- **Formazione e Stabilizzazione:** Stabilizzare il personale e migliorare la formazione sono fondamentali per ridurre i costi di turnover e garantire continuità assistenziale.
- **Collaborazione con MMG e PLS:** Informare i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) sulle possibilità di accesso ai servizi di salute mentale può contribuire a evitare il sovraccarico delle visite di Neuropsichiatria Infantile (NPI) quando non necessarie.

Visione del Servizio

- **Digitalizzazione e Integrazione:** Modernizzare gli strumenti psicodiagnostici e migliorare la formazione del personale.
- **Prevenzione Attiva sui Giovani:** Promuovere interventi di prevenzione attiva per i giovani, intercettando il disagio in nuovi contesti come il Pronto Soccorso.
- **Utilizzo delle Nuove Tecnologie:** Monitorare e gestire l'uso delle tecnologie digitali, dato il loro impatto significativo sulla salute mentale, inclusi problemi come deficit dell'attenzione, autoleSIONISMO, disturbi alimentari e dipendenza da gioco d'azzardo.

Progetti Attivi

Equipe Territoriale Integrata Minori (E.T.I.M.):

- Servizio rivolto ai minori e genitori con mandato dell'autorità giudiziaria.
- Collaborazione tra servizi istituzionali e comunali per garantire una valutazione multidimensionale delle situazioni famigliari, svolta principalmente da psicologi in libera professione.

Scheda intervento 62 - Consolidamento ETIM

Criticità o rationale del progetto	Dal 2008 le Aziende sanitarie della provincia di Monza insieme ai 5 Ambiti territoriali di Carate, Desio, Monza, Seregno e Vimercate hanno prima sperimentato e poi definito un Protocollo per la presa in carico integrata dei minori in situazioni di grave disagio in famiglie spesso multiproblematiche. Negli ultimi anni sono aumentati i provvedimenti di valutazione psico-diagnostica emessi dall'Autorità giudiziaria in numero tale da rappresentare ormai la quasi totalità delle richieste di intervento, che hanno comportato un aggravio del carico di lavoro dei servizi coinvolti (NPIA, Consultori, Psicologia clinica, Psichiatria, Dipendenze). Dato il valore in termini di efficienza ed efficacia della modalità di presa in carico integrata ASST Brianza – IRCCS San Gerardo dei Tintori – Ambiti territoriali del modello organizzativo ETIM (Equipe territoriale integrata Minori) l'obiettivo che ci si pone è l'aggiornamento del Protocollo e il
------------------------------------	--

	consolidamento dell'attività in ciascun Servizio coinvolto anche mediante risorse di personale dedicate.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Ambiti territoriali/Uffici di piano, Consultori, Servizi di Psicologia clinica, Neuropsichiatria infantile, Psichiatria, Dipendenze
Ambito territoriale di realizzazione	Progetto aziendale
Attori/Enti coinvolti	Ambiti territoriali/Uffici di piano, Consultori, Servizi di Psicologia clinica, Neuropsichiatria infantile, Psichiatria, Dipendenze
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Personale dedicato commisurato alla numerosità dei casi segnalati e al conseguente impegno richiesto ai servizi coinvolti
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio/Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	Numero operatori dedicati all'equipe ETIM/numero operatori previsti = 1 Numero percorsi di valutazione conclusi entro 8 mesi/numero percorsi attivati >= 80%

AMBULATORIO STRESS CORRELATO

L'ambulatorio per lo stress correlato fa parte delle iniziative di promozione della salute e del benessere aziendale e rientra nelle attività di WHP dell'ASST a supporto dei propri dipendenti. Collabora con il medico competente, la sorveglianza sanitaria e il servizio di prevenzione e protezione, in conformità con quanto previsto dal D.lgs 81/2008. Offre uno spazio di ascolto aperto a tutti i dipendenti dell'ASST, che possono accedervi su base volontaria. Particolare attenzione è dedicata ai lavoratori, sia interni che esterni all'ASST, che operano in contesti emergenziali, che sono stati testimoni di eventi traumatici o che affrontano situazioni di stress nelle loro attività professionali, anche su segnalazione dei sindacati. L'ambulatorio promuove, inoltre, interventi psicologici e psicoterapeutici per tutti cittadini del suo territorio che vivono condizioni stressanti, ma non presentano disturbi psicopatologici. Grazie alla sua natura dipartimentale, l'ambulatorio è fortemente integrato con gli altri ambulatori specialistici del DSMD. Per garantire un supporto costante e mirato, il servizio si avvale di 25 ore settimanali da parte di un LP Psicoterapeuta; considerata l'importanza del servizio e la crescente richiesta, auspicabile la stabilizzazione di questa risorsa a tempo pieno, al fine di rispondere adeguatamente alle necessità.

AMBULATORIO DI PSICOTERAPIA ADULTI

OBIETTIVI: fornire psicoterapie individuali a orientamento psicodinamico

AZIONI PREVISTE: ambulatorio di secondo livello; si accede su invio dei Servizi Psichiatrici territoriali e di degenza ospedaliera e semiresidenziale (CPS, SPDC, CD) e dei Servizi territoriali di Neuropsichiatria infantile e Psicologia Clinica del DSMD; GARANTISCE PRESA IN CARICO PSICOTERAPEUTICA

Destinatari: persone dai 18 anni con disturbo psicopatologico medio grave diagnosticato dai servizi invianti

Risorse: si avvale di due specialisti ambulatoriali psicoterapeuti, uno psichiatra e uno psicologo

AMBULATORIO DI PSICOTERAPIA ETÀ EVOLUTIVA

OBIETTIVI: GARANTIRE una *governance* delle richieste di PT nell'ambito della neuropsichiatria infantile e velocizzare la presa in carico del paziente, offrendo l'intervento psicoterapeutico più appropriato

AZIONI PREVISTE: primo colloquio FILTRO dedicato ai genitori con il responsabile del Servizio ed uno psicologo referente che hanno il compito di gestire la lista d'attesa, assegnare lo psicoterapeuta più idoneo per competenze, definire gli obiettivi di lavoro verificandone la fattibilità. Le possibili indicazioni di presa in carico possono declinarsi in psicoterapia individuale per il minore, sostegno psicologico per i genitori, terapia familiare, psicoterapia di gruppo. Ogni presa in carico ha una durata massima di due anni

Destinatari: minori fino a 16 anni CON diagnosi di disturbo psichico medio grave effettuata negli ambulatori di NPIA. Risorse: si avvale degli psicoterapeuti presenti nelle sedi territoriali degli ambulatori della NPIA; ogni singolo terapeuta dedica un numero specifico di ore settimanali alle psicoterapie (5 ore

settimanali gli psicoterapeuti a tempo pieno, mentre gli psicologi a tempo parziale ne dedicano 3 a settimana)

La SSD Psicologia Clinica, per il triennio 2025-2027, prevede di sviluppare 2 progetti (Ambulatorio di Psicoterapia Dipartimentale Integrato e Trasversale e Ambulatorio di Psicologia Digitale) e una co-progettazione (CUAV) dettagliati nelle schede intervento sottoriportate:

Scheda intervento 63 - Ambulatorio di psicoterapia dipartimentale integrato e trasversale

Criticità o razionale del progetto	Già nel 2014, D. Lazzari in "Psicoterapia: effetti integrati, EFFICACIA E costi-benefici" sottolineava come l'intervento psicoterapeutico precoce permette un risparmio economico quantificabile e quindi un evidente impatto sociale, oltre che economico, del lavoro clinico. Considerata la crescente richiesta di aiuto psicologico e l'aumento della complessità fenomenologica della patologia psichica, sia in età evolutiva che nel giovane adulto e nell'adulto, diventa necessario e strategico integrare ed implementare i due ambulatori di Psicoterapia già esistenti nella nostra ASST per garantire un'offerta psicoterapeutica appropriata ai bisogni emergenti, variegata nei setting e negli approcci teorici, <i>evidence-based</i> e senza interruzioni di cura attraverso una governance sulla qualità degli interventi e una maggiore razionalizzazione delle risorse. OBIETTIVI: aggiornare procedure operative, monitorare la qualità degli interventi attraverso l'impiego di protocolli aggiornati e <i>evidence based</i>; rispondere alle criticità emerse durante il tavolo di lavoro ETIM attraverso la creazione di nuovi e specifici percorsi di cura per la famiglia in situazioni di grave disagio psicosociale anche in assenza di una franca psicopatologia (criterio ad oggi di esclusione dai servizi psichiatrici e neuropsichiatrici); garantire la continuità assistenziale tra la minore e la maggiore età, riducendo così possibili drop out dovuti al passaggio da un servizio e da una sede ad un'altra; promuovere specifici percorsi di cura per la famiglia, quando uno dei membri è già in carico ad un servizio del DSMD; favorire interventi di psicoterapia on line in presenza di criteri che lo rendano necessario e possibile, al fine di aumentare l'accessibilità e l'inclusività del servizio. Coordinamento e governance sugli interventi psicoterapeutici all'interno del DSMD, di continuità assistenziale nel passaggio alla maggiore età, di specifici percorsi di cura per la famiglia in situazioni di grave disagio psicosociale (esito valutazione etim), gestione delle lista d'attesa
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Minori, giovani adulti e adulti che afferiscono ai servizi del DSMD della ASST
Descrizione del servizio / progetto	Integrazione ed implementazione dei due ambulatori di Psicoterapia già esistenti nella ASST e coordinamento delle attività psicoterapeutiche già in essere presso i servizi del DSMD
Ambito territoriale di realizzazione	Sovrazonale. Individuazione di una sede unica centrale tra i due poli est e ovest dell'ASST.
Attori/Enti coinvolti	Psicoterapeuti della SSD di Psicologia Clinica - Referenti Clinici della Sc NPJA, SC Psichiatria, Sc Dipendenze, Tutela Minori Comuni
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	da implementare: 1 dirigente psicologo psicoterapeuta specialista dell'età evolutiva e 1 dirigente psicologo psicoterapeuta specialista dell'età adulta per ciascuno dei 4 distretti (etim) già presenti in organico: definizione di un monte ore settimanale di totale 5 per ciascun psicoterapeuta strutturato di diversa formazione e orientamento da destinare al servizio
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI - Superamento delle criticità emerse durante il tavolo di lavoro sull'aggiornamento del protocollo ETIM in merito alle progettualità post-diagnosi
Anno Avvio/Anno Fine	2025/2027

Indicatore e risultato atteso	Stesura di nuove procedure aggiornate ed integrate. Aumento del numero delle prese in carico psicoterapeutiche in proporzione all'incremento delle ore dedicate N° di situazioni che necessitano di presa in carico dopo valutazione ETIM/ N° di prese in carico effettuate all'interno del servizio N° pz over 16 aa inviati/N° prese in carico all'interno del servizio N° richieste per prese in carico familiari-congiunte /N° prese in carico effettuate all'interno del servizio
-------------------------------	---

Scheda intervento 64 - Ambulatorio di psicopatologia digitale (APD)

Criticità o razionale del progetto	Una recente indagine dell'istituto superiore di sanità effettuata su un largo campione di adolescenti di età compresa tra gli 11 e i 17 anni, ha rilevato dati preoccupanti. Il 47,8% degli adolescenti presenta un utilizzo problematico dei videogiochi, di cui il 12% caratterizzato da una dipendenza (gaming disorder); il 47,7% presenta un utilizzo problematico dei social media, di cui il 2,5% caratterizzato da una dipendenza (social media addiction). La ricerca ha inoltre mostrato che l'1,6% degli adolescenti è affetto da grave ritiro sociale, assimilabile al fenomeno hikikomori. Il grave ritiro sociale presenta importanti correlazioni con la dipendenza da internet e la dipendenza da videogiochi (che caratterizzano rispettivamente il 50,77% e il 42,37% degli hikikomori, Tolomei et al., 2023). Oltre a determinare delle patologie specifiche, l'utilizzo improprio delle td risulta spesso costituire un fattore di rinforzo rispetto ad altre patologie mentali. in letteratura i disturbi da digitale risultano significativamente correlati con il disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (Berloff et al, 2022), l'autolesionismo e l'ideazione suicidaria (Bersani f.s. et al., 2022), i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (Ioannidis k.et al., 2021) e la dipendenza da gioco d'azzardo (Derevensky j.l. et al., 2019). I dati presenti in letteratura vengono confermati dalla pratica clinica presso i servizi della salute mentale. evidenti sono le preoccupazioni a livello socio-territoriale, visti anche le recenti disposizioni del ministero dell'istruzione e del merito sull'utilizzo dei cellulari a scuola (circolare 11.07.24). L'APD si prefigge di offrire un intervento specifico di valutazione e di trattamento ai pazienti con utilizzo problematico da tecnologie/software digitali (TD), come smartphone, internet, videogiochi e social network, con l'obiettivo di evitare lo sviluppo di dipendenze da TD e/o l'aggravarsi di sintomi psicopatologici non legati alle attività digitali;) offrire attività dirette ai genitori di pazienti di seconda e terza infanzia in carico alla npia esposti alle TD in maniera non adeguata con l'obiettivo di sensibilizzare e informare sull'impatto negativo sul neurosviluppo e sul corretto utilizzo/esposizione a seconda della fascia di età del figlio;3) collaborare con ATS Brianza e SC dipendenze, in merito alle attività di sensibilizzazione/prevenzione svolte presso PLS, MMG e scuole e altri enti in merito all'utilizzo problematico delle TD.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	L'attività clinica dell'ambulatorio è diretta a pazienti compresi tra i 9 e i 24 anni con utilizzo problematico da TD e quadro clinico compatibile con presa in carico ambulatoriale (C-GAS>51). I gruppi psicoeducativi sono diretti a genitori di pazienti già in carico presso l'ASST.
Descrizione del servizio / progetto	Il Servizio si prefigge di offrire un intervento specifico di valutazione e di trattamento ai pazienti con utilizzo problematico da tecnologie/software digitali (TD), come smartphone, internet, videogiochi e social network, con l'obiettivo di evitare lo sviluppo di dipendenze da TD e/o l'aggravarsi di sintomi psicopatologici non legati alle attività digitali; di offrire attività dirette ai genitori di pazienti di seconda e terza infanzia in carico alla npia esposti alle TD in maniera non adeguata con l'obiettivo di sensibilizzare e informare sull'impatto negativo sul neurosviluppo e sul corretto utilizzo/esposizione a seconda della fascia di età del figlio; di collaborare con ATS Brianza e SC dipendenze, in merito alle attività di sensibilizzazione/prevenzione

	svolte presso PLS, MMG e scuole e altri enti in merito all'utilizzo problematico delle TD. Modalità di svolgimento: l'ambulatorio offre consultazioni psicodiagnostiche specialistiche, con somministrazione ad hoc di questionari legati all'utilizzo delle TD. Nel caso venga rilevato un utilizzo problematico da TD, verrà definito un piano trattamentale che, a seconda del quadro clinico rilevato, potrà prevedere una o più delle seguenti attività: psicoterapia individuale, sostegno alla genitorialità, sedute familiari, gruppi terapeutici, interventi ad hoc per gli hikikomori. I genitori di bambini con utilizzo/esposizione a TD non adeguati verranno inseriti in gruppi psicoeducativi (previsto un ciclo di 5 incontri).
Ambito territoriale di realizzazione	1 ambulatorio per polo
Attori/enti coinvolti	Struttura Semplice Dipartimentale Psicologia Clinica Potenziati strutture ASST invianti: S.C. di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, S.C. Psichiatria e S.C. Dipendenze, S.S. Psicologia di Comunità, Consultorio Familiare. Potenziati invianti esterni: Pediatri e Medici di Medicina Generale Enti target per attività formazione e sensibilizzazione: MMG, PLS, scuole
Risorse asst necessarie per l'attuazione del progetto	87 ore di Psicologo-psicoterapeuta, di cui 15 già in organico 20 ore di Educatore
Progettualità presente anche nel piano di zona	No
Anno avvio/anno fine	2025-2027
indicatore e risultato atteso	Gli indicatori e i risultati s'intendono riferiti al triennio: Numero di consultazioni– risultato atteso 240 Numero prese in carico individuali – risultato atteso 120 Numero prese in carico di gruppo – risultato atteso 160 Numero prese in carico di gruppo psicoeducativi – risultato atteso 180 Incontri di formazione/sensibilizzazione: risultato atteso 9

Scheda intervento 65 - Programmi rivolti agli uomini autori o potenziali autori di violenza

Criticità o rationale del progetto	ASST Brianza, in partenariato con ASST di Lecco, IRCCS San Gerardo e ASP Consorzio Desio Brianza Codebrì, ha presentato il progetto "DA UOMO A UOMO" finalizzato a realizzare l'AZIONE 1 della manifestazione di interesse indetta da ATS della Brianza in esecuzione alla DGR 778/23 ad oggetto "Costruzione di programmi rivolti agli uomini autori o potenziali autori di violenza" attraverso la realizzazione del CUAV Brianza. Obiettivi del progetto: 1. Ridurre la recidiva di comportamenti di violenza contro le donne e nelle relazioni interpersonali; 2. Promuovere la consapevolezza e la responsabilità individuale rispetto ai comportamenti violenti e prevenire la recidiva; 3. Offrire supporto psicoeducativo per favorire cambiamenti comportamentali duraturi. Obiettivo secondario del CUAV sarà quello di favorire una riflessione sulla comprensione delle dinamiche che conducono alla violenza domestica di genere, al fine di implementare percorsi di prevenzione e rendere possibile una cultura della non violenza.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Il CUAV si rivolge agli uomini autori o potenziali autori di violenza, con accesso spontaneo o a seguito di ammonimento del questore e/o con procedimenti penali in atti relativi alla legge 69/19 (c.d. Codice Rosso) che si presentino volontariamente al centro, anche nei casi in cui l'accesso è conseguente a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria. Nella fase sperimentale del progetto gli interventi saranno rivolti solamente a soggetti di età superiore ai 18 anni che non presentino, a seguito di prima valutazione, disturbi psichiatrici e/o dipendenze patologiche. Nel caso in cui, il soggetto non risulti idoneo al percorso, ne sarà dovuta comunicazione all'autorità competente.

Descrizione del servizio	La presa in carico sociosanitaria degli uomini autori di violenza rappresenta un passo fondamentale verso la prevenzione della violenza di genere. Attraverso un intervento mirato, integrato è possibile ridurre i comportamenti violenti e promuovere una cultura di rispetto e non violenza. Descrizione dettagliata delle azioni e degli interventi previsti 1. Costituzione delle equipe disciplinari attraverso procedure di reclutamento di figure idonee se non già presenti nel partenariato, e successiva attività di formazione rivolta all'equipe multidisciplinare, la cui composizione rispetterà i requisiti professionali previsti dalla normativa vigente (Intesa Stato Regioni 2022) 2. Accoglienza e colloqui di valutazione: valutazione multidisciplinare attraverso colloqui individuali e strumenti standardizzati. 3. Presa in carico: • Identificare e analizzare i fattori di rischio associati alla violenza; • Fornire supporto psicologico di gruppo; • Promuovere l'educazione alla gestione delle emozioni e alla comunicazione non violenta; • Monitorare i progressi e valutare l'efficacia del progetto sul singolo soggetto. 4. Valutazione del rischio di recidive attraverso incontri individuali per la somministrazione di scale standardizzate (iniziale- intermedia e finale) 5. Attività di formazione continua e supervisione professionale e tecnica per l'équipe multidisciplinare costituita.
Attori/Enti coinvolti	Il progetto prevede il sostegno degli ambiti territoriali e delle reti antiviolenza ubicate sul territorio. Il progetto sarà in rete con tutti i servizi e gli stakeholders del territorio anche tramite il comitato di coordinamento. ASST Brianza, IRCSS San Gerardo, ASST Lecco, Consorzio Desio Brianza
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Alcune presenti in organico come co-finanziamento altre da reclutare: psicologi, assistenti sociali, educatori.
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Si
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2026
Indicatore e risultato atteso	n° accessi e provenienza n° richiesta di presa in carico/n° prese in carico effettive esito dei percorsi (compresi eventuali n° di uomini che interrompono il percorso) n° accessi spontanei n° ammoniti n° uomini con procedimenti penali e pena sospesa

PSICOLOGIA DI COMUNITA' e DELLE CURE PRIMARIE

La SS Psicologia di Comunità è un servizio psicologico di prossimità che opera all'interno delle Case di Comunità: basa le proprie fondamenta sulla prospettiva One Health e sull'approccio salutogenico, utilizzando una modalità ecologica, focalizzandosi sulle persone e i gruppi all'interno dei contesti socioculturali, economici, organizzativi e territoriali nei quali vivono e interagiscono, individuando e potenziando i punti di forza e le competenze di auto-aiuto per meglio affrontare le problematiche relazionali e di vita.

La Psicologia di Comunità promuove strategie ed interventi psicologici diversificati ed elettivamente di gruppo, valorizzando l'importanza dell'appartenenza ed implementando il lavoro di rete, con tutte le realtà e le istituzioni del territorio. In un'ottica di prevenzione del disagio, la Psicologia di Comunità investe in modo particolare in interventi nell'area evolutiva e adolescenziale, al fine di promuovere il senso di appartenenza ed il benessere psicologico. E' un servizio di recente costituzione che prevede significativi sviluppi nel breve termine, con la costituzione della Psicologia delle Cure Primarie, in ottemperanza alla L.R. 1/2024. Nel nuovo POAS è stato richiesto l'affermamento della SS di Psicologia di Comunità e delle Cure

Primarie all'interno del Dipartimento delle Cure Primarie, finalizzando l'offerta di supporto psicologico di prossimità - tempestivo e diffuso - integrandolo con l'azione di MMG e PLS.

Il Servizio si rivolge a tutti i cittadini, coprendo l'intero ciclo di vita; si declina nelle due macroaree dell'Ambulatorio psicologico e degli interventi di comunità.

AMBULATORIO PSICOLOGICO PER I DISTURBI EMOTIVI COMUNI (DIST. PSICHICI SOTTO SOGLIA)

Accedono all'Ambulatorio pazienti con condizioni di disagio psicoemotivo che afferiscono allo spettro dei disturbi d'ansia o depressivi lievi, ai disturbi somatoformi e alle condizioni di stress, o di adattamento nel ciclo di vita che comportano:

- compromissione del funzionamento globale dell'individuo
- elevati livelli di sofferenza soggettiva
- disagio o menomazione significativi a livello sociale e/o psicologico
- evoluzione - se non adeguatamente trattati - in quadri di maggior gravità e di difficile gestione che possono compromettere in modo stabile la qualità della vita del soggetto.

All'interno dell'Ambulatorio si strutturano percorsi psicologici brevi e a focus, interventi psicoeducativi e di *skill training* di gruppo, per rafforzare competenze relazionali e sociali adattative ai contesti di vita, indirizzando all'*empowerment* e al cambiamento positivo.

INTERVENTI DI PSICOLOGIA DI COMUNITA'

- Progetti in partnership con EELL e Terzo Settore
- Progetti con le scuole
- Formazione personale sanitario, MMG e IfeC
- Iniziative di Promozione della Salute Psicologica, del benessere psicoemotivo, della promozione dell'agio e di stili di vita funzionali ad una corretta igiene mentale
- Interventi nell'area delle emergenze psicologiche all'interno della comunità

CRITICITÀ

Il Servizio risente di non aver ancora completato l'organico con un numero adeguato di Dirigenti Psicologi strutturati in ogni casa di comunità dove previsto (idealmente uno Psicologo specialista negli adulti e uno in età evolutiva) soprattutto in considerazione dell'incremento notevole di utenti che si rivolgono al Servizio, e del radicamento sempre maggiore del rapporto con gli *stakeholders* (MMG, PLS). Attualmente gli psicologi specialisti in età evolutiva sono LP, esattamente come i logopedisti, incaricati su fondi PNRR soggetti ad esaurimento; pertanto i servizi offerti rischiano di essere interrotti con la cessazione dei fondi, impedendo la continuità delle cure e dei progetti in essere. Parimenti il servizio dovrà dotarsi delle figure dello Psicologo delle Cure Primarie, integrandolo con le figure attualmente esistenti.

E' inoltre indispensabile, in considerazione dell'ingente lavoro amministrativo e di rete con i numerosi stakeholders del territorio, nonché per la progettazione in partenariato con diversi Enti, la presenza di almeno un amministrativo trasversale alle diverse sedi della Psicologia di Comunità.

Inoltre, per l'attività clinica di gruppo e per lo sviluppo del Servizio nella direzione delle Cure Primarie, sono necessari spazi adeguati all'interno delle case di comunità, attualmente ancora carenti. Anche la dotazione di test psicometrici per la quotidiana attività clinica e psicodiagnostica riveste una criticità, poiché il servizio ne risulta attualmente sprovvisto.

La SS Psicologia di Comunità, nel corso del triennio 2025-2027, prevede di sviluppare tre progetti (Individuazione precoce fragilità linguistiche e Educarci al rispetto nelle relazioni e Iniziative di sensibilizzazione sui temi della salute e del benessere psicofisico) dettagliati nelle schede intervento in basso:

Scheda intervento 66 – Sviluppo del servizio di psicologia delle cure primarie e di comunità

Criticità o razionale del progetto	La legge regionale 1/2024 "ha la finalità di offrire un supporto psicologico tempestivo, diffuso e di prossimità, nonché il sostegno e l'integrazione degli MMG e dei PLS oltre che dei professionisti della salute mentale e della prevenzione, nell' intercettare e rispondere ai bisogni assistenziali di base di natura psicologica dei cittadini Lombardi, favorendo lo stato di salute bio-psico-sociale".
------------------------------------	--

Destinatari specifici dell'intervento (target)	Cittadini dell'intero ciclo di vita residenti in ASST Brianza
Descrizione del progetto	ASST Brianza inserisce lo psicologo delle cure primarie all'interno della SC delle Cure Primarie, collocandolo nelle Case di Comunità, con lo scopo di "garantire il raccordo con gli specialisti per una miglior presa in carico dei pazienti"; è inoltre "uno degli attori degli interventi di prevenzione selettiva e prevenzione indicata promossi dai piani e dai programmi regionali". Una particolare attenzione verrà dedicata agli adolescenti e ai loro familiari "per i quali è previsto un accesso rapido e diretto a diagnosi e interventi precoci, in coordinamento con i consultori e il DSMD. In generale, come descritto nella R.L., lo psicologo delle Cure Primarie si occupa di: ▪ intercettare i primi segni di sofferenza psicologica, assicurando diagnosi e interventi tempestivi; ▪ fornire consulenza e supporto psicologico a individui e famiglie; ▪ orientare verso i servizi specialistici di salute mentale, dipendenze, consultori, etc.; ▪ erogare cure psicologiche di prossimità, integrate con i servizi sanitari e sociosanitari; ▪ valutare il bisogno psicologico della persona e della famiglia al primo accesso, attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA) della Casa di Comunità, su invio di MMG, PLS, etc.
Ambito territoriale di realizzazione	Da predisporre su tutti i Distretti dell'ASST, declinato all'interno di ogni Casa di Comunità, per favorire la cura psicologica di prossimità
Attori/Enti coinvolti	SC Cure Primaria SS Psicologia di Comunità e delle Cure Primarie
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	È necessaria la «presenza di almeno uno psicologo del Servizio di Psicologia delle Cure Primarie in ogni Casa di Comunità, a garanzia della risposta tempestiva alla domanda di assistenza psicologica espressa dalle persone e dal territorio» (art. 1, comma 5, LR 1/2024). Anno 2024 saranno avviate le procedure di acquisizione.
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	NO
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	Tutti gli indicatori saranno da declinarsi sulla base dell'effettivo inserimento in organico delle figure previste

Scheda intervento 67 - Progetto individuazione precoce fragilità linguistiche

Criticità o razionale del progetto	Intervenire il più precocemente possibile sulle fragilità linguistiche è di estrema importanza poiché i dati delle ricerche stimano che circa il 10-20% di bambini sotto i 3 anni di età mostra un ritardo nello sviluppo del linguaggio espressivo e, tra questi, una percentuale variabile tra il 20 e il 30% riceverà più tardi una diagnosi di disturbo di linguaggio. La letteratura scientifica evidenzia altresì come 1/3 dei bambini con diagnosi di DPL sviluppino un Disturbo Specifico di Apprendimento in età scolare. Questo progetto intende individuare precocemente le fragilità fin dal loro primo insorgere, dando strumenti ai genitori per aiutare un corretto sviluppo sia della funzione linguistica che comunicativo-relazionale dei loro bambini. La tempestività dell'approccio e della presa in carico sono un fondamentale fattore di prevenzione per lo sviluppo di futuri DPL e DSA. Il progetto si fonda su una stretta collaborazione con i PLS, che facilitano l'accesso al servizio.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Genitori e bambini di età compresa tra i 2-3 anni con fragilità linguistiche

Descrizione del progetto	Obiettivo generale: Promuovere un armonico sviluppo psico-fisico del bambino, intervenendo sullo stile comunicativo genitoriale, al fine di sostenere una positiva evoluzione delle capacità linguistiche, emotive e relazionali, favorendo quindi il benessere familiare. Obiettivi specifici: ▪ Individuazione precoce di fragilità nello sviluppo linguistico, attraverso strumenti efficaci condivisi con PLS; ▪ Presa in carico precoce dei genitori e dei bambini con fragilità linguistica; ▪ Rafforzamento della rete con i PLS, fondata su procedure e modalità di invio condivise, efficaci, tempestive ed omogenee. Strumenti utilizzati per lo screening delle fragilità: ▪ PVB 0-18 (gesti e parole) forma breve / PVB 18-36 (parole e frasi) forma breve ▪ ASCB (Abilità socio-conversazionali del bambino) Modalità di intervento: ▪ percorsi valutativi delle fragilità linguistiche (valutazione logopedica e psicologica); ▪ percorsi di parent coaching ▪ rivalutazione e monitoraggio post intervento
Ambito territoriale di realizzazione	Ambito di Seregno (il progetto potrebbe essere esteso alle altre sedi della Psicologia di Comunità, dopo averne valutato l'efficacia e l'impatto da parte dell'utenza e dei PLS. Possibilità di ampliamento all'interno di asili nido del territorio).
Attori/Enti coinvolti	Psicologia di Comunità Responsabile AFT delle PLS PLS
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Presenti fino al 31/12/2024 (contratti LP con logopedisti e psicologi su fondi PNRR non rinnovabili). Indispensabile la presenza di almeno un logopedista e uno psicologo dell'età evolutiva. Indispensabili almeno 6 ore di supporto amministrativo
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	NO
Anno Avvio/Anno Fine	Anno di avvio 2024 Termine 2027
Indicatore e risultato atteso	▪ almeno 50 screening effettuati nel 2025 ▪ andamento incrementale negli anni successivi ▪ evoluzione linguistica rilevabile attraverso valori in norma ai questionari PVB e ASCB compilati e all'osservazione di gioco post intervento per almeno l'80% dei partecipanti al percorso

Scheda intervento 68 - Educarci al rispetto nelle relazioni: intervento di prevenzione della violenza di genere

Criticità o razionale del progetto	L'educazione al rispetto nelle relazioni è una forma di prevenzione della violenza, inclusa quella di genere. L'incremento della violenza agita viene registrato quotidianamente dall'osservatorio privilegiato da chi ne accoglie, in prima istanza, gli esiti: il Pronto Soccorso. Nel tentativo di dare una risposta che vada oltre il singolo individuo e l'immediato intervento sanitario, dalla Psicologia di Comunità e dal Pronto Soccorso – i due servizi di intercettazione dei bisogni del territorio - nasce in sinergia l'idea di proporre un progetto sperimentale per promuovere un'azione volta ad intervenire sulle cause della violenza, al fine di prevenirne la manifestazione.
------------------------------------	--

	Lo strumento principe utile ad arginare la violenza fin dai suoi esordi è l'Educazione alla relazione, al rispetto per l'altro da Sé al fine di promuovere relazioni sane e la capacità di discriminare la giusta distanza e i diversi livelli di intimità relazionale.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Adolescenti e Preadolescenti (prima intercettazione all'interno del contesto scolastico e successivamente sul territorio grazie alla peer education)
Descrizione del servizio / progetto	L'educazione al rispetto nella relazione ha l'obiettivo di sviluppare l'intelligenza emotiva a partire dalla consapevolezza delle proprie sensazioni, delle proprie emozioni e dei propri sentimenti e di accrescere le abilità affettive al fine di favorire una buona relazione interpersonale. L'intervento viene condotto con modalità attive ed esperienziali all'interno delle singole classi. Obiettivi: ▪ costruire un alfabeto delle percezioni/emozioni/sentimenti ▪ favorire un orientamento nella costruzione e nel consolidamento di relazioni amicali e intime ▪ saper leggere le dinamiche relazionali ▪ favorire una <i>peer education</i> che faciliti la trasmissione di contenuti tra pari
Ambito territoriale di realizzazione	ASST Brianza
Attori/Enti coinvolti	ASST Brianza – Psicologia di Comunità e Pronto Soccorso Istituzioni scolastiche
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Presenti fino a luglio 2025 (contratti LP con psicologi). Indispensabili almeno 2 psicologi-psicoterapeuti dell'età evolutiva (anche a tempo parziale). Indispensabili almeno 6 ore di supporto amministrativo
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	NO
Anno Avvio / Anno Fine	2024 in fase sperimentale 2025-2027
Indicatore e risultato atteso	▪ Sensibilizzazione alla tematica formativa proposta: almeno 400 studenti nel 2025 ▪ Trend incrementale del 10% negli anni successivi ▪ Coinvolgimento attivo degli insegnanti nel progetto: almeno 50 insegnanti ▪ Assunzione di una parte attiva progettuale degli studenti nella sensibilizzazione dei peer educator: almeno una iniziativa per scuola

Scheda intervento 69 - Iniziative di sensibilizzazione sui temi della salute e del benessere psicofisico

Criticità o razionale del progetto	Gli stili di vita "salutari", sono riconosciuti come presupposto essenziale per migliorare la qualità della vita e il benessere degli individui e della società. Per il sistema sanitario il cambiamento degli stili di vita rappresenta una sfida complessa, a causa della sua natura multifattoriale (individuale, sociale e ambientale). Sul territorio, gli psicologi della Psicologia di Comunità promuovono attivamente e partecipano ad iniziative atte a sensibilizzare la popolazione e sostenere un cambiamento in direzione della salute.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Cittadini con diverse forme di fragilità, in età di transizione ed in età adulta, adolescenti.
Descrizione del servizio / progetto	Promozione e partecipazione a iniziative divulgative come conferenze e incontri rivolti a gruppi specifici della popolazione, atti a sensibilizzare sui temi del benessere psicologico e sulla

	promozione di adeguati stili di vita. Gli incontri mirano a garantire ai cittadini la possibilità di ricevere indicazioni e suggerimenti per favorire il benessere psicofisico e contrastare i principali fattori di rischio per la salute. Stesura di progetti e realizzazione in compartecipazione ad EELL, Ambiti, Cooperative Sociali, Associazioni del Terzo settore e Organizzazioni Sindacali di interventi finalizzati alla promozione di resilienza e fattori protettivi in età critiche (progetto Yes I Care - progetto I'm in your shoes - progetto con Associazione Amici di Lollo)
Ambito territoriale di realizzazione	Distrettuale/Ambiti
Attori/Enti coinvolti	ASST/ Ambiti / Terzo Settore / OOSS
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Psicologi Strutturati presenti in organico Psicologi-Psicoterapeuti LP dell'età evolutiva presenti fino a luglio 2025 - indispensabile rinnovo dei contratti LP per prosecuzione dell'intervento o assunzione con contratti a tempo determinato come previsto dalla legge 1/24 Indispensabili almeno 6 ore di supporto amministrativo
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	- Partecipazione dei cittadini alle iniziative di divulgazione sul tema di salute e benessere psichico: almeno 25 persone per singolo incontro n. di iniziative proposte: almeno 5 iniziative per ogni casa di comunità - trend incrementale negli anni successivi: 10% il primo anno; 30 % il secondo anno

I percorsi di integrazione a livello territoriale e la rete delle cure primarie

Con nota di Regione Lombardia del 25.09.23 Indicazioni e linee guida per l'inserimento delle Cure Primarie all'interno delle ASST, con particolare riguardo all'operatività e ai processi organizzativi ed erogativi a livello dei distretti è stato dato mandato alle Direzioni Socio Sanitarie delle ASST di elaborare protocolli, dal taglio schematico, tra tutti i Soggetti della rete dei servizi territoriali, al fine di garantire la continuità dell'assistenza con focus sui seguenti processi:

- Dimissioni protette
- Integrazione tra IFeC, MMG, personale di studio MMG
- Integrazione tra MMG, PLS, Specialisti, Ambiti Sociali Territoriali e associazionismo

Lo sviluppo di tali processi trova adeguata collocazione nel Piano di Sviluppo del Polo Territoriale in attuazione della DGR 25 marzo 2024- n. XII/2089 APPROVAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO PER I PIANI DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE DELLE ASST (PPT).

L'avvenuta approvazione da parte della Giunta regionale delle pre-intese sugli Accordi Integrativi Regionali per la medicina generale (DGR 3243 del 21 ottobre 2024) e per la pediatria di famiglia (DGR 3242 del 21 ottobre 2024) consente alle ASST e al Sistema delle Cure Primarie di lavorare ai protocolli in coerenza con i contenuti dei medesimi Accordi.

L'ingresso delle Cure Primarie nelle ASST sta generando le prime significative istanze di collaborazione tra il Polo Ospedaliero delle ASST e i Medici di Assistenza Primaria (MMG) e Pediatri di Libera Scelta. A tal proposito si precisa che il Medico di Assistenza Primaria e il Pediatra di libera Scelta, in ragione dei compiti istituzionali a cui è tenuto e in ragione del rapporto di convenzione con la ASST, può contribuire al supporto delle attività Ospedaliere esclusivamente nel nucleo del Primo Livello di Cura e nell'ambito di specifiche Progettualità.

Con riferimento alle "Dimissioni Protette" si ritiene che il processo possa trovare declinazione e attuazione nell'avvio delle Centrali Operative Territoriali (COT) prevedendo, ove possibile, la costituzione di COT a vocazione Cure Primarie.

I restanti processi possono, invece, trovare espressione in 3 grandi macro aree di intervento:

35. Attività programmata al domicilio da parte del MMG anche per il tramite del proprio infermiere di studio o IFeC, di cui è stata data trattazione nel paragrafo “La Presa In carico dei Cronici e dei Fragili”.
36. Gestione dell’urgenza differibile anche mediante una revisione radicale della Continuità Assistenziale (Centrale UNICA + TRRD)
37. PIC con inserimento nei PAI di prestazioni sociali unitamente a quelle sanitarie + implementazione delle prestazioni attinenti il primo livello di cura da parte del sistema delle Cure Primarie

Trasversali alle 3 macro aree sono:

- Telemedicina
- Formazione professionale post laurea

1 GESTIONE DELL’URGENZA TERRITORIALE ANCHE MEDIANTE UNA REVISIONE RADICALE DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (CENTRALE UNICA + TRRD)

Il nuovo modello della gestione dell’Urgenza Territoriale è stato avviato in ASST Brianza con l’introduzione della Centrale UNICA e della Centrale Pediatrica (attività rappresentate in premessa).

Il nuovo assetto della Continuità Assistenziale ben si presta alla formazione/momenti di scambio tra gli Specialisti ospedalieri dell’Emergenza Urgenza e della Pediatria, soprattutto in relazione ai criteri più appropriati di invio al Pronto Soccorso dalla Continuità Assistenziale (nel suo complesso).

Il modello NON è completo sino a quando non sarà attiva la funzione della COT specialistica Cure Primarie e il raccordo tra essa e i Medici della Continuità Assistenziale. Si ritiene, pertanto, che il vero sviluppo del modello sia rappresentato dall’avvio della COT.

In subordine al funzionamento della COT, altre 3 “fasi” completano il percorso di gestione dell’Urgenza Territoriale:

- Lo sviluppo della capacità diagnostica da parte dei medici in ambulatorio, con dotazione tecnologica avanzata e relativa formazione (POCT, ECO-FAST, ECG)
- L’avvio del TRRD, secondo quanto già indicato nell’allegato tecnico della DGR 2588 del 21 giugno 2024 ad oggetto: Determinazioni in ordine al modello di funzionamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) al capitolo PRESENZA MEDICA H24 IN CASA DI COMUNITA’ IN RACCORDO CON IL SISTEMA DI CONTINUITA’ ASSISTENZIALE
- L’attivazione di ambulatori “speciali” – hotspot - nel periodo dell’anno maggiormente soggetto alla diffusione delle sindromi respiratorie su base virale (novembre – dicembre – gennaio) in ogni ASST lombarda con apertura 7/7 dalle ore 20:00 alle ore 24:00 in attuazione anche del PIANO STRATEGICO-OPERATIVO NAZIONALE DI PREPARAZIONE E RISPOSTA A UNA PANDEMIA INFLUENZALE (PanFlu)
- La transizione degli Ambulatori Medici Temporanei (AMT) verso gli Ambulatori Medici Territoriali

Sulla terza fase si dettaglia in modo più approfondito. Nel periodo dell’anno maggiormente soggetto alla diffusione delle sindromi respiratorie su base virale (novembre – dicembre – gennaio) prevedere l’attivazione di hotspot dedicati (in ogni ASST) con apertura 7/7 dalle ore 20:00 alle ore 24:00 in cui operano contemporaneamente 3 Medici + 1 figura amministrativa (ASST) + 1 figura infermieristica (ASST). L’hotspot viene avviato a valle di formazione specifica regionale (breve FAD) unitamente a sistema di consultabilità sincrona del Servizio di Malattie Infettive Ospedaliero di riferimento locale.

L’hotspot è attivabile dalla Centrale UNICA.

Nei mesi sopra indicati, gli hotspot si affiancheranno alle sedi di Continuità Assistenziale manifestando una capacità di risposta più mirata verso le sindromi influenzali, integrandosi con il complesso sistema della continuità assistenziale secondo il modello regionale, contenendo, per quanto possibile, l’accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate.

La transizione degli AMT verso gli Ambulatori Medici TERRITORIALI è un’azione di valore strategico importantissimo. Si riconosce ad essi, nel modello di offerta integrata di servizi socio-sanitari, la medesima funzione degli Ambulatori Socio-Sanitari Territoriali di cui all’art. 10, comma 11 quater della l.r. 33/2009 come modificata dalla l.r. n. 22/2021, quali punti permanenti, e non “temporanei”, per i cittadini con specifici profili di accesso. Le Case di Comunità devono, di norma, accogliere al proprio interno Ambulatorio Medico TERRITORIALE quale punto stabile di Assistenza Sanitaria Primaria.

Le modalità di accesso e l'organizzazione dell'attività non si discosta da quanto già in essere, verranno modificati via via i profili dell'utenza eleggibile e le categorie professionali coinvolte. Sarà fondamentale il raccordo di questi ambulatori con il 116117 e da qui l'alta valenza strategica: l'avvio di un'era di attivazione della Centrale UNICA nelle fasce orarie diurne.

Si ritiene che la realizzazione di quanto previsto per la presa in carico del paziente cronico/fragile e la gestione dell'Urgenza Territoriale oltre a corroborare l'integrazione tra Cure Primarie e gli altri Soggetti della Rete/Specialisti sia propedeutica all'applicazione del vigente ACN dando significato e contenuti al profilo contrattuale del Ruolo Unico del Medico di Assistenza Primaria, che dal 1 gennaio 2025 svolgerà attività sia "a ciclo di scelta" che su base oraria (per i Medici Titolari contrattualizzati prima di tale data il passaggio avviene solo su base volontaria).

2. PIC CON INSERIMENTO NEI PAI DI PRESTAZIONI SOCIALI UNITAMENTE A QUELLE SANITARIE + IMPLEMENTAZIONE DELLE PRESTAZIONI ATTINENTI IL PRIMO LIVELLO DI CURA DA PARTE DEL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE

La Riforma dell'assistenza territoriale definisce un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale che mira a una sanità più vicina alle persone. Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita.

I destinatari specifici dell'intervento sono i pazienti cronici e/o fragili mono o pluripatologici

Il provvedimento proposto, in attuazione della DGR n. XII/1827/24 (Regole 2024), fornisce indicazioni per una revisione del modello di presa in carico dei pazienti cronici e fragili, finalizzata a dare nuovo impulso al percorso di presa in carico e semplificare alcuni aspetti operativi mediante l'eliminazione della redazione del patto di cura e l'eliminazione del processo di validazione dei PAI da parte delle ATS.

Nello specifico vengono approvati:

un nuovo facsimile di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le ATS e gli MMG/PLS in forma aggregata, che tiene conto della revisione e semplificazione del modello vengono aggiornati i set di riferimento sia per la specialistica ambulatoriale sia per la farmaceutica, sulla base dei consumi 2023

vengono introdotti per gli MMG/PLS specifici indicatori di esito atti a monitorare l'efficacia del processo di presa in carico

viene prevista una quota incentivante per il MMG/PLS pari a € 8,00 (oneri inclusi) a paziente preso in carico nel caso seguenti condizioni: raggiungimento a livello di singolo MMG/PLS della presa in carico di almeno il 15% dei propri assistiti cronici totali secondo le percentuali di complessità sopra indicate. Per il raggiungimento dell'obiettivo verranno considerati i nuovi PAI redatti da gennaio 2024 (esclusi i rinnovi), raggiungimento o superamento da parte del MMG/PLS per i propri pazienti presi in carico del valore soglia con riferimento a tutti gli indicatori di esito

vengono aggiornati a decorrere dall'annualità 2024 gli indicatori correlati all'erogazione del saldo alle Cooperative e alle ASST per l'attività dei Centri Servizi

L'Ambito territoriale di realizzazione è il Distretto. Gli Attori/Enti coinvolti sono il Dipartimento Cure Primarie, ATS, Enti erogatori Pubblici e Privati accreditati, Centro Servizi Cooperative, COT a vocazione Cure Primarie. L'indicatore di risultato atteso è l'ampliamento dell'offerta sul territorio, effetti positivi rispetto al contenimento delle liste di attesa, alla riduzione degli accessi impropri in PS e del tasso di ospedalizzazione dei pazienti cronici e/o fragili.

Il cuore dell'integrazione delle Cure Primarie con gli altri Soggetti della rete territoriale ed ospedaliera è la FORMAZIONE PERMANENTE. Per tale ragione è stato dato avvio nel corso del 2024 ad un ciclo di incontri a cadenza almeno mensile in modalità webinar tenuto da Medici specialisti ospedalieri/territoriali rivolto a tutti i MMG/PLS attivi.

Lo spazio di confronto garantito dal webinar diviene anche punto appropriato per la presentazione, e conseguente introduzione, da parte dei medici specialisti ospedalieri/territoriali di nuove progettualità a "bridge" tra Cure Primarie e area specialistica.

Nel corso del 2024 si dà avvio ad un nuovo percorso di tirocinio professionalizzante ospedaliero obbligatorio per i Medici iscritti al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale con obbligo di frequenza del Pronto Soccorso (P.O. Vimercate e P.O. San Gerardo dei Tintori) per 13 ore a settimana

articolate in 2 mattinate (08:00-14:30) al fine di consentire ai medici in formazione al primo anno di corso di assistere al momento del ricevimento delle consegne ad inizio turno e del trasferimento delle consegne a fine turno. Inoltre per i medici frequentanti il primo anno di formazione è previsto un tirocinio formativo nelle CdC del territorio (individuata al momento la CdC di Giussano per la prevalenza dei servizi attivati) utile per instaurare fin da subito conoscenza e integrazione in ASST, tenuto conto che la quasi totalità di loro acquisisce un incarico già dal primo anno.

Al fine di rendere più efficace il processo di integrazione tra Territorio e Cure Primarie è necessario sviluppare e consolidare il ruolo del medico referente di AFT quale primo interlocutore del Direttore di Distretto e dei colleghi medici dell'aggregazione funzionale territoriale, per la comunicazione e condivisione di obiettivi, procedure, aggiornamenti organizzativi relativi alle attività del Distretto.

La presa in carico del paziente cronico/fragile

Si riconosce nel nuovo modello regionale della Presa in Carico del paziente Cronico la centralità del MMG quale unico Soggetto gestore. Il modello regionale deve trovare spazi di arricchimento, che in ASST Brianza coincidono con:

- Il Programma di Sorveglianza Domiciliare (PSD)
- Il Progetto di prevenzione delle complicanze del Piede Diabetico
- La sorveglianza post-critica di lesioni cutanee con effettuazione di medicazioni complesse
- L'avvio della TELEMEDICINA con particolare riferimento allo scenario del TELECONSULTO

Suddette attività devono trovare adeguato compimento nelle Case di Comunità HUB e SPOKE.

Con riferimento al Programma di Sorveglianza Domiciliare (PSD) si rimanda alla precedente trattazione.

Con riferimento al Progetto di PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE DEL PIEDE DIABETICO - Primo livello di monitoraggio del paziente presso lo studio del Medico di Medicina Generale – ne segue una sintesi sintetica.

Scheda intervento 70 - Prevenzione delle complicanze del piede diabetico

Criticità o razionale del progetto	Si riporta in letteratura come circa il 30% dei pazienti diabetici di età superiore ai 40 anni soffra di disturbi a carico degli arti inferiori (polineuropatia e arteriopatia periferica) e che circa il 15-20% degli stessi andrà incontro, nel corso della vita, ad un'ulcera del piede, con necessità di cure, talora sino all'intervento chirurgico demolitivo. La DGR n. 6253/2022 pone in carico alle Cure Primarie la gestione del primo livello avvalendosi, secondo necessità del quadro clinico, del supporto del segmento specialistico. OBIETTIVO Il progetto ha la finalità di fornire al Medico di Medicina Generale (MMG) e all'Infermiere di studio gli strumenti utili a garantire la diagnosi precoce di neuropatia e/o vasculopatia in pazienti affetti da diabete mellito tipo II, al fine di ridurre e contenere i possibili aggravamenti della patologia diabetica, concorrendo al contempo ad un abbattimento dei costi di gestione e cura delle complicanze
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Pz diabetici in carico ai MMG
Descrizione del servizio / progetto	Erogazione di un monitoraggio con interventi di anticipo diagnostico ed educazionali, assicurati dalla forma associativa avanzata della Medicina Generale, per tramite dell'Infermiere di studio e secondo un percorso condiviso. L'attività prevede, nello specifico, <i>l'utilizzo di strumentazione a basso impatto tecnologico</i> per la diagnosi ed il monitoraggio della malattia (Monofilamento di Semmens/Diapason). L'arruolamento dei pazienti al progetto richiede che siano soddisfatti entrambi i seguenti criteri: 38. Pazienti reclutati nell'ambito dell'attività di Presa in Carico del Cronico (PIC)

	39. Pazienti affetti da diabete tipo II, senza episodi pregressi di ulcerazioni, con specifici fattori di rischio evidenziati nel corso della prima visita di presa in carico. I pazienti già in cura presso Centri Specialistici possono essere anch'essi arruolati dal MMG, stante l'adesione del paziente e un passaggio di consegne/definizioni di ruoli tra i differenti livelli di cura.
Ambito territoriale di realizzazione	Tutti i Distretti con particolare riguardo alle Case di Comunità Hub
Attori/Enti coinvolti	MMG, Distretti, CDC
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	IFeC CDC
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio/Anno Fine	2024-2026
Indicatore e risultato atteso	AREA DI RISULTATO L'adesione formale del MMG al progetto prevede il raggiungimento degli obiettivi di seguito specificati: 1. Presentazione di un progetto elaborato in Forma Associativa/AFT 2. Partecipazione di MMG/Infermiere ad evento formativo ECM, con la condivisione di un <i>percorso di monitoraggio e counselling</i> per i pazienti target

Con riferimento al Progetto LA GESTIONE INTEGRATA DELLA VULNOLOGIA IN AMBITO TERRITORIALE - *SORVEGLIANZA POST-CRITICA DI LESIONI CUTANEE E MEDICAZIONI COMPLESSE PRESSO LO STUDIO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE*, si provvede nel seguito a darne una descrizione sintetica.

Scheda intervento 71 - Gestione integrata della vulnologia in ambito territoriale e presso lo studio del MMG

Criticità o razionale del progetto	CONTESTO Le Lesioni Cutanee sono un problema rilevante in termini di costi e di risorse per il SSN, sia per la complessità del loro trattamento che per la loro prevenzione e se ne osserva il costante aumento, anche in relazione all'invecchiamento della popolazione. L'ISTAT prevede che la popolazione ultraottantenne in Italia - quella presso cui si concentra il maggior fabbisogno assistenziale - passerà dagli attuali 2,9 a ben 7,7 milioni nel 2030. In termini generali, si stima in 2 milioni il numero di persone affette in Italia da lesioni croniche cutanee e, più precisamente: ▪ Le ulcere da decubito colpiscono circa l'8% dei pazienti ospedalizzati e tra il 15% e il 25% di quelli ricoverati nelle strutture di lungo degenza ▪ La prevalenza delle ulcere degli arti inferiori è dell'1% circa nella popolazione generale, con un picco del 3,6% nella popolazione con età superiore a 65 anni ▪ Il 15% dei pazienti diabetici presenta un'ulcera del piede e il numero delle lesioni è destinato ad aumentare in previsione dell'aumento dei pazienti diabetici nel prossimo decennio. OBIETTIVI Nell'ottica del processo di qualificazione delle Cure Primarie in ambito territoriale, si propone la sperimentazione di ambulatori dedicati alle medicazioni avanzate, presso le sedi delle Forme Associate della Medicina Generale/Case di Comunità.
------------------------------------	--

	Negli ambulatori, l'attività è svolta da personale infermieristico specificamente addestrato, con la supervisione del Medico di Medicina Generale, che mantiene la responsabilità clinica del processo.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Pazienti con lesioni cutanee in carico ai MMG
Descrizione del servizio / progetto	ATTIVITA' Target elettivo del progetto sono i pazienti deambulanti, individuati dai Medici della Forma Associativa/AFT, ma in casi specifici, potrà essere garantito l'accesso al domicilio. Si prevede l'erogazione delle seguenti prestazioni: 1. Visita per sorveglianza post-critica di lesioni cutanee 2. Effettuazione di medicazioni complesse Le medicazioni semplici (eseguite su ferite pulite, senza perdita di sostanza e che solitamente guariscono per prima intenzione) rientrano nell'attuale ACN come Prestazione di Particolare Impegno Professionale (PIIP), vengono già regolarmente garantite dalla Medicina Generale ed esulano, pertanto, dalla presente trattazione. 3. Attività di educazione sanitaria ed addestramento del paziente, per una partecipazione attiva al processo di cura. 4. Invio a struttura di secondo livello, per casi complessi: questa attività prevede necessariamente l'integrazione dei diversi attori della rete assistenziale di ASST, atta a garantire la sinergia nella presa in carico del paziente.
Ambito territoriale di realizzazione	Tutti i Distretti con particolare riguardo alle Case di Comunità Hub
Attori/Enti coinvolti	MMG, Distretti, CDC
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	REQUISITI NECESSARI PER L'AVVIO DEL PROGETTO 1. Formazione continua del personale medico e infermieristico, per l'attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici aderenti alle Linee guida nazionali ed internazionali in ambito di ASST 2. Definizione dell'elenco del materiale e delle modalità di approvvigionamento presso ASST
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	2025/2027
Indicatore e risultato atteso	AREA DI RISULTATO L'adesione formale del MMG al progetto prevede il raggiungimento degli obiettivi di seguito specificati: 1. Presentare un progetto elaborato in Forma Associativa/AFT 2. Assicurare percorso formativo Infermiere, in ambito di ASST

In relazione all'avvio della TELEMEDICINA con particolare riferimento allo scenario del TELECONSULTO si ritiene che questa sia l'attività principe, capace di spostare l'equilibrio ospedale-territorio verso il territorio consentendo l'avvio di una nuova era LEA. Il TELECONSULTO deve entrare a far parte dell'attività istituzionale di studio del MMG/PLS, per tale ragione è necessario prevedere una pertinente tariffazione (Regione Lombardia) e rendicontazione (SGDT). Le aree specialistiche di prioritario interesse sono:

- Diabetologia
- Cardiologia
- Pneumologia
- Psichiatria

E' importante che suddette aree specialistiche possano garantire slot dedicati al TELECONSULTO con il MMG/PLS.

Sono altresì da favorire, benché in subordine al TELEMONTORAGGIO e TELECONSULTO, i percorsi di TELEREFERTAZIONE che vedono il MMG/PLS quale ulteriore "filiera" erogativa.

In ultimo, nel macro capitolo **Presa in carico del paziente cronico/fragile** si dà spazio alla **Psicologia delle Cure Primarie**. Con la istituzione del servizio di Psicologia delle Cure primarie (LR 1/2024) ed il potenziamento della assistenza psicologica territoriale e di prossimità, si rende necessario definire a livello di ASST Brianza un modello che, dando applicazione alle finalità previste dalla Legge Regionale, vada ad

organizzare ed omogeneizzare l'offerta psicologica nelle Case di Comunità, nonché il raccordo appunto con le Cure Primarie ed i servizi specialistici.

Il servizio di Psicologia delle Cure primarie svolge attività psicologiche di primo livello (non svolge attività specialistica e non svolge attività consultoriale): attività di ascolto, accoglimento della domanda psicologica, valutazione del bisogno, consulenza, sostegno, promozione della salute ed intervento precoce, orientamento appropriato ai trattamenti specialistici erogati dai Servizi, Reparti e Ambulatori Specialistici (anche di Psicologia).

ACCESSO:

Diretto, senza impegnativa né pagamento.

Può essere: 1) spontaneo da parte del cittadino; 2) indicato dal MMG, PLS, Medico specialista; 3) suggerito dagli operatori della prevenzione, operatori sociosanitari e sociali.

Il PUA della CdC ha il compito di: accogliere la richiesta; registrare i dati di contatto, l'età, l'eventuale inviante e il motivo della richiesta; trasmettere il contatto al servizio di psicologia delle cure primarie.

Il servizio di psicologia delle Cure primarie contatta il cittadino e concorda una data per l'effettuazione del primo Colloquio Psicologico di Accoglienza, a cui può seguirne un secondo.

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI:

- Colloquio Psicologico di accoglienza (max 2)
- Colloquio Psicologico di consulenza e valutazione del bisogno (max 4)
- Colloquio Psicologico di sostegno (max 10)
- Incontri di gruppo con utenti
- Incontri di rete con MMG, PLS, Servizi e professionisti della CdC, Prevenzione, Servizi Sociali

Con riferimento all'attività di **educazione sanitaria nei principali ambienti di vita** si ritiene di dare ulteriore sviluppo all'applicazione del c.d. "Protocollo Farmaci nelle Scuole" il cui coordinamento, nel 2024, è stato affidato alla COT di Monza, destinata a divenire la COT specialistica di Cure Primarie. Tale attività, infatti ben si raccorda alla possibilità di esplorare nuovi bisogni e nuove modalità di risposta con un coinvolgimento attivo dei Medici di Assistenza Primaria e Pediatri di Libera Scelta soprattutto nelle attività formative ed educazionali.

Scheda intervento 72 - Centrale Unica e Gestione Urgenza Territoriale

Criticità o razionale del progetto	Necessità di un nuovo modello gestione urgenza territoriale
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Tutta la popolazione assistibile di ASST Brianza (con domiciliazione sanitaria in provincia di Monza e Brianza)
Descrizione del servizio/progetto	Il nuovo assetto è coerente con le più recenti disposizioni regionali in materia - DGR 2588 del 21 giugno 2024 <i>DETERMINAZIONI IN ORDINE AL MODELLO DI FUNZIONAMENTO DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)</i> – e dà attuazione al Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 <i>REGOLAMENTO RECANTE LA DEFINIZIONE DI MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE</i> per il progressivo trasferimento delle sedi ambulatoriali di Continuità Assistenziale all'interno delle Case di Comunità della Brianza. Il nuovo modello organizzativo poggia sull'attivazione di una Centrale UNICA di Continuità Assistenziale per ATS. La Centrale UNICA sostituisce, potenziandola, l'attività di consulto telefonico che oggi i Medici effettuano nelle diverse sedi di Continuità Assistenziale. Presso la Centrale UNICA il personale sanitario risponde alle chiamate assegnate dal Numero Armonizzato Europeo (NEA) 116117 per competenza territoriale ed un effettua consulto telefonico - eventualmente una videochiamata utilizzando la piattaforma informatica di AREU costruita per guidare il Medico nell'attività di triage. ORGANIZZAZIONE ATTIVITA'

	La Centrale UNICA è stata attivata a far data dal 10 settembre c.a. presso il Poliambulatorio del Presidio Ospedaliero di Carate Brianza ed è previsto il suo funzionamento 7/7 dalle ore 19:00 alle ore 08:00 e h 24 il sabato e la domenica. I Medici della Centrale UNICA, inoltre, garantiscono le visite al domicilio nella fascia oraria 24:00-08:00 7/7. MODALITA' DI ACCESSO ALL'AMBULATORIO L'accesso alla Continuità Assistenziale (e pertanto alle sedi ambulatoriali) è possibile solo su attivazione del NEA 116117 da parte delle persone interessate. Nel caso di presone in autopresentazione, l'indicazione che verrà fornita dai Medici in turno sarà di quella contattare il NEA 116117 in caso di urgenza differibile, o il 112 in caso di emergenza/urgenza non differibile. Si prevede che le sedi di CA vengano trasferite progressivamente nelle Case di Comunità attive e disponibili a seguito dei lavori di ristrutturazione in corso, in attuazione del DM 77/2022. In tabella seguente si riporta il nuovo assetto di Continuità Assistenziale (inclusivo della Centrale UNICA) integrato con le Case di Comunità della Brianza. Si prevede altresì che gli AMT effettuino una transizione verso Ambulatori Socio Sanitari Territoriali, divenendo punti stabili e permanenti nelle CdC (con funzione eccedente la garanzia di assistenza sanitaria primaria per gli assistiti che temporaneamente non trovano capienza nelle liste di MMG).
Ambito territoriale di realizzazione	Tutti i distretti con sede della Centrale UNICA c/o Presidio Ospedaliero di Carate B.za (dimensione aziendale sovra distrettuale)
Attori/Enti coinvolti	Dipartimento Cure Primarie, Medici di Assistenza Primaria su base oraria, Pediatri di Libera Scelta, IFeC, Università degli Studi Milano Bicocca, AREU, Direttori di Distretto, Croci
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Risorse umane per la realizzazione del progetto già disponibili in ASST + tutti i Medici con rapporto di Convenzione con ASST Brianza
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	2024/2027 Nel 2025 verrà dato avvio all'attivazione della Centrale UNICA in fascia oraria diurna. Nel 2025 inizierà il processo di implementazione della capacità diagnostica espressa dai medici che operano negli ambulatori di Continuità Assistenziale mediante l'introduzione di nuove tecnologia e la formazione per il loro corretto impiego.
Indicatore e risultato atteso	Aumento delle attivazioni da parte degli assistiti al NEA 116117 2025 vs 2024 e 2026 vs 2025 con decremento degli accessi diretti ai Pronto Soccorso Ospedalieri da parte degli assistibili di ASST Brianza.

Scheda intervento 73 - Team Rapido di Risposta Domiciliare (TRRD) - Gestione urgenza territoriale

Criticità o razionale del progetto	Garantire una forma più specializzata della Continuità Assistenziale per gli accessi al domicilio in fase di urgenza
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Tutta la popolazione assistibile di ASST Brianza
Descrizione del servizio/progetto	L'avvio del TRRD è previsto secondo quanto già indicato nell'allegato tecnico della DGR 2588 del 21 giugno 2024 ad oggetto: Determinazioni in ordine al modello di funzionamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) al capitolo PRESENZA MEDICA H24 IN CASA DI COMUNITA' IN RACCORDO CON IL SISTEMA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE. L'UCA/Team Rapido di Risposta Domiciliare (TRRD) è composta di norma da 1 medico e 1 infermiere con sede operativa in una delle CdC o UDO Cure Domiciliari e l'articolazione dell'attività potrebbe prevedere il coinvolgimento di altre figure sanitarie (a titolo di

	esempio ostetrica) che programmano gli accessi al domicilio in modalità coordinata e non necessariamente congiunta. L'UCA/TRRD è l'équipe mobile che interviene in presenza di condizioni cliniche di particolare complessità. Può essere attivata dalle COT su richiesta dei MMG/PLS, dal medico dimettente, dal palliativista, dall'IFeC, dalla Centrale UNICA, dalla Centrale Medica Integrata (CMI) di AREU e dal Pronto Soccorso Ospedalieri SEMPRE per il tramite della COT che garantisce l'appropriato percorso di transizione del setting di cura.
Ambito territoriale di realizzazione	L'ambito è sovraziendale con punto di partenza del TRRD (componente medica) dalla Centrale UNICA c/o il P.O. di Carate Brianza ed è destinato a servire tutto il territorio di ASST Brianza attingendo a personale sanitario non medico di pronta disponibilità (ad esempio IFeC) nelle Case di Comunità. L'attivazione del TRRD potrebbe avvenire, ancorché mediata dalla COT Cure Primarie, dal Pronto Soccorso ospedaliero del San Gerardo dei Tintori.
Attori/Enti coinvolti	Dipartimento Cure Primarie, Medici di Assistenza Primaria su base oraria, Pediatri di Libera Scelta, IFeC, Università degli Studi Milano Bicocca, AREU, Direttori di Distretto, Croci
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Risorse umane per la realizzazione del progetto già disponibili in ASST + tutti i Medici con rapporto di Convenzione con ASST Brianza (MAP, PLS, Specialisti Ambulatoriali)
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	2024/2027 A fine 2024 verrà dato avvio all'attivazione della COT Cure Primarie con primo avvio del TRRD Nel 2025 inizierà il processo di implementazione delle equipe multiprofessionali del TRRD
Indicatore e risultato atteso	Riduzione dei ricoveri ospedalieri post-Pronto Soccorso 2027 vs 2024 grazie alla garanzia di accesso al domicilio da parte del TRRD

La prevenzione e la promozione della salute

Nella cornice della più ampia programmazione nell'area della Prevenzione in capo ad ATS Brianza, l' ASST Brianza promuove attività di prevenzione primaria, secondaria e terziaria e di promozione della salute, nell'intento sia di garantire azioni efficaci di tutela della salute dei cittadini - principalmente attraverso l'offerta vaccinale e la realizzazione di programmi di screening per la diagnosi precoce - sia di accrescere il livello di *health literacy* e di *empowerment* dei singoli individui e delle comunità locali.

DISTRETTUALIZZAZIONE DELLA PREVENZIONE

Il contesto d'elezione nel quale implementare le attività di prevenzione e di promozione della salute è rappresentato dal Distretto; in particolare, le Case di Comunità, con la loro connotazione di luogo fisico di prossimità facilmente accessibile per il cittadino, costituiscono le sedi più idonee per la progettazione e lo sviluppo di tali attività.

Il Direttore del Distretto, in raccordo con le figure aziendali afferenti al Dipartimento Funzionale di Prevenzione e ad altre Strutture di ASST Brianza preposte trasversalmente alle attività di prevenzione / promozione salute, dovrà pertanto essere promotore e gestore dell'offerta di prevenzione / promozione della salute sul territorio di propria competenza.

Per un ottimale esercizio di queste funzioni, è necessaria un'attenta lettura epidemiologica del proprio contesto territoriale, che potrà essere effettuata sia utilizzando i dati aziendali disponibili e quelli estrapolabili dal Portale "Stato di salute della popolazione" (DGR 1437/2023) che verrà sviluppato da ATS per ogni territorio nel 2024, sia tramite una collaborazione diretta con il Servizio di Epidemiologia di ATS Brianza.

In coerenza con le linee programmatiche aziendali e quelle di ATS Brianza, il Direttore del Distretto definirà annualmente una programmazione per la soluzione dei principali punti critici emersi dall'analisi epidemiologica per il proprio Distretto, e per lo sviluppo o il consolidamento di progettualità già in essere.

La programmazione dovrà avere caratteristiche di sinteticità, di evidenza epidemiologica di una o più problematiche oggetto di azione specifica, di evidenze scientifiche di efficacia, di coerenza con Piani esistenti (PRP, PIL), di evidenza di sostenibilità e di misurazione delle azioni proposte, di coinvolgimento del territorio, di sviluppo di azioni di prevenzione e di promozione della salute.

Il documento programmatico dovrà declinare le indicazioni regionali in materia di prevenzione e promozione della salute (indicatore: azioni attuate/indicazioni regionali = 100%), dovrà avere il parere favorevole del Direttore del Dipartimento Funzionale di Prevenzione di ASST Brianza e dovrà essere successivamente validato da ATS Brianza.

LA PREVENZIONE IN AMBITO VACCINALE

Nel territorio di ASST Brianza sono attivi n. 11 centri vaccinali dislocati in n. 11 Comuni, distribuzione che garantisce un'ottimale prossimità dei servizi rispetto alla popolazione residente:

- est (Usmate)
- ovest (Seveso, Limbiate, Cesano Maderno, Desio, Muggiò)
- nord (Carate Brianza, Seregno)
- sud (Lissone, Monza, Brugherio)

Ogni centro vaccinale eroga tutte le vaccinazioni pediatriche e per adulti, con l'eccezione dei 3 Cv di Desio, Monza e Usmate, che sono autorizzati dal Ministero anche per l'erogazione delle vaccinazioni internazionali (Profilassi del viaggiatore).

PRINCIPALI LINEE PROGRAMMATORIE PER IL TRIENNIO 2025-2027

1. STRATEGIE DI PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE DA VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE (VRS O RSV)

Per fronteggiare le patologie da VRS e le pesanti conseguenze economiche per il nostro Sistema Sanitario (costi diretti per ricoveri, accessi in PS, farmaci e costi indiretti determinati da decessi, sovraffollamento del PS, occupazione dei posti letto, accesso negli ambulatori dei PLS, tempo dedicato dai genitori per la cura del bambino sottraendolo all'attività lavorativa con costi a carico dello stato), in conformità a quanto previsto nella nostra Regione, tutti i Centri vaccinali implementeranno e organizzeranno le loro attività per garantire le sedute vaccinali rivolte ai nuovi nati tra aprile e ottobre che dovranno ricevere il farmaco Nirsevimab negli ambulatori territoriali, in quanto non rientranti nella somministrazione a livello ospedaliero riservata ai nati nella stagione epidemica tra novembre e marzo (1-2 gg dopo il parto). Uno specifico Tavolo di Lavoro con il Dipartimento Area della Donna e Materno Infantile garantirà un ottimale coordinamento delle azioni nel prossimo triennio. Inoltre, sulla base di quanto disciplinato a livello regionale con nota G1.2024.0034305 del 10/09/2024 "Pianificazione campagna di immunizzazione anti RSV 2024/2025 per i nuovi nati", dove vengono declinati di tutti i *setting* in cui potrà essere erogato il farmaco, verrà coinvolto anche il Dipartimento Cure Primarie per la garanzia di un'ottimale copertura immunitaria in tutti i nuovi nati del territorio, attraverso la collaborazione dei pediatri aderenti a detta campagna.

2. COPERTURE VACCINALI

Gli obiettivi prioritari per il prossimo triennio saranno i seguenti:

- mantenimento di livelli di coperture vaccinali al di sopra dell'obiettivo nazionale e della media registrata in Regione Lombardia per la fascia 0-24 mesi;
- costante raggiungimento del livello di copertura, pari all'obiettivo regionale del 95%, per i bambini in età scolare (5-6 anni);
- innalzamento di 1 % delle coperture per le coorti degli adolescenti, con raggiungimento del 93% a fine triennio. Al fine di migliorare le coperture nelle coorti degli adolescenti, le più critiche a livello regionale e nazionale, verranno attivati canali di informazione negli istituti scolastici (incontri a tema, invio di materiale informativo, ecc) e un canale di comunicazione formalizzato e periodico con i PLS/MMG;
- incremento della copertura vaccinale antinfluenzale per pazienti over 65 anni, con un aumento minimo di 2 punti % alla fine del triennio 2025-2027, attraverso azioni sinergiche con MMG,

Medici Specialisti del territorio (intercettazione di pazienti in carico a pneumologi, cardiologi, diabetologi ecc), servizi di cure domiciliari (es. intercettazione di pazienti non trasportabili non segnalati da MMG), referenti delle UUDOSS, ecc.

3. MIGLIORAMENTO DELL'OFFERTA VACCINALE NEL PAZIENTE CRONICO (RACCORDO OSPEDALE-TERRITORIO)

Nel corso del 2024 si è concretizzato il primo percorso ospedale-territorio tra la SC Vaccinazioni e la SC Oncologia Medica del PO di Vimercate, con il quale viene garantito ai pazienti in carico un percorso preferenziale di accesso ai centri vaccinali; la prospettiva futura, oltre a prevedere il coinvolgimento di altri reparti e altri PPOO, sarà volta a creare dei veri e propri ambulatori vaccinali dedicati ai pazienti fragili all'interno dei reparti ospedalieri, con il graduale coinvolgimento degli specialisti nel percorso vaccinale.

4. RACCORDO TRA I DIVERSI SERVIZI DEL TERRITORIO (CENTRI VACCINALI E CASE DI COMUNITÀ)

Nel corso del triennio verrà sviluppata un'importante progettualità tra la SC Vaccinazioni e i Medici Specialisti del territorio operanti nelle Case di Comunità (pneumologi, diabetologi, cardiologi, ecc.) per garantire ai pazienti in carico un accesso prioritario alla prevenzione in ambito vaccinale, considerata la tipologia prevalente di utenza fragile /cronica attesa presso le CdC.

5. POPOLAZIONE HARD TO REACH

Verranno ulteriormente implementati i canali già attivi per raggiungere fasce di popolazione sempre più ampie (canali social) e per coinvolgere soggetti in situazioni di svantaggio socio-economico e/o sanitario (soggetti segnalati dalla Rete Caritas, pazienti fragili, donne gravide straniere, ecc.)

INFORMAZIONE

L'informazione ai cittadini e ai professionisti della salute riveste un ruolo fondamentale per orientare la popolazione nell'accesso ai servizi di prevenzione, pertanto deve essere **corretta, aggiornata e capillare** in modo da raggiungere tutte le zone del nostro vasto territorio.

Il percorso informativo si articola attualmente secondo le seguenti modalità e verrà ulteriormente perfezionato nel corso del prossimo triennio 2025-2027:

1. SITO INTERNET (WWW.ASST-BRIANZA.IT):

Sul sito aziendale viene periodicamente aggiornata (ogni 3 mesi e all'occorrenza anche con periodicità inferiore) la sezione dedicata alla prevenzione in ambito vaccinale, con particolare attenzione alle indicazioni logistiche, alle afferenze territoriali, alle modalità di accesso e di contatto (telefonico, via mail) e alle modalità di fruizione dei servizi (prenotazione/disdetta/modifica appuntamento ecc)²⁵.

2. CANALI SOCIAL (FACEBOOK, INSTAGRAM, LINKEDIN):

A partire da maggio 2024 sono stati attivati alcuni canali social che hanno ulteriormente collaborato alla diffusione capillare di molte informazioni in ambito preventivo (organizzazione di open day vaccinali, ecc). Nel prossimo triennio tali modalità verranno ulteriormente perfezionate, allo scopo di raggiungere ampie fasce di popolazione, con strumenti idonei per il target specifico (adolescenti, adulti, anziani, ecc).

3. PRESENZA/IMPLEMENTAZIONE DI PUNTI INFORMATIVI FISICI:

Nelle principali sedi del territorio, con particolare riferimento ai servizi consultoriali con cui la SC Vaccinazioni collabora per il percorso vaccinale della mamma e del suo bambino, vengono diffuse tutte le informazioni utili ai cittadini per accedere alle nostre strutture. Nel triennio 2025-2027 verranno aggiornati e implementati tutti i materiali informativi e distribuiti, previa formazione degli operatori, in tutte le sedi del territorio (Consultori, Case di Comunità, COT, sportelli scelta/revoca, CUP, ecc.).

Lo standard atteso relativo alla formazione degli operatori è pari al 100%.

²⁵ La sezione descritta è reperibile al seguente link:

<https://www.asst-brianza.it/web/index.php/schede/scheda/8>

4. IMPLEMENTAZIONE DI UN FLUSSO STRUTTURATO DI INFORMAZIONI

L'implementazione di un flusso strutturato di informazioni con gli altri attori del sistema (MMG/PLS, UUDOSS, Farmacie, ecc) e con le istituzioni (Comuni, Istituti scolastici, Associazioni Terzo Settore, OOSS ecc.) rappresenta una priorità che potrà avere importanti riflessi in ambito di programmazione dell'offerta vaccinale sul nostro territorio.

Ad oggi abbiamo già attivi alcuni canali informativi specifici, concentrati in alcuni periodi dell'anno, ad es. in occasione della campagna antinfluenzale; l'obiettivo per il triennio 2025-2027 è quello di implementare un flusso periodico, accurato e specifico che possa aumentare la conoscenza e la consapevolezza in merito alle attività di immunizzazione rivolte ai diversi target della popolazione.

Interlocutori fondamentali per la nostra attività saranno i MMG e PLS ai quali verranno inviati, con cadenza trimestrale, i dati di copertura vaccinale dei residenti suddivisi nei nostri cinque Distretti, con l'obiettivo di individuare territori/coorti di nascita/categorie a rischio meritevoli di particolari approfondimenti e/o interventi di sensibilizzazione all'adesione vaccinale.

Per quanto concerne invece le UUDOSS, verranno previsti momenti di diffusione delle informazioni (attraverso mailing list dedicata) in merito alle principali raccomandazioni dei vaccini per le categorie di ospiti e personale sanitario/sociosanitario presenti nelle stesse (ad es. opportuna diffusione delle informazioni in merito alla disponibilità di nuovi vaccini o nuovi schemi vaccinali per ospiti di RSA, RSD, ecc.)

Per quanto concerne invece il rapporto con le istituzioni (Comuni, Scuole, Terzo Settore, OOSS ecc), verranno attivati, sempre in stretto raccordo con ATS Brianza, percorsi specifici e comunicazioni informative periodiche tali da garantire la massima diffusione delle attività erogate dai nostri servizi e il raggiungimento delle fasce di popolazione esitanti.

Per quanto concerne in particolar modo il settore scolastico, saranno attivati, in collaborazione con ATS Brianza ed UST Monza e Brianza (Ufficio Scolastico Territoriale), flussi periodici di informazioni i cui contenuti saranno definiti dalla SC vaccinazioni, in accordo con la SS Governo Attività Vaccinale e Screening.

VACCINAZIONI E CAMPAGNE VACCINALI ANTINFLUENZALE/COVID

Punti di prossimità campagna antinfluenzale: ASST Brianza, disponendo di n. 11 CV attivi, garantisce un'offerta vaccinale ampiamente distribuita sull'intero territorio; essendo quest'ultimo al confine con le province di Lecco, Como, Milano, durante il periodo delle campagne vaccinali, viene garantita anche l'offerta ai residenti dei suddetti territori, in un'ottica di reciproco supporto e implementazione delle strategie di prevenzione comuni.

Offerta vaccinale CdC: a partire dal mese di luglio 2023 è iniziato un importante coinvolgimento delle Case di Comunità nelle attività vaccinali, dapprima con progettualità specifiche legate a categorie di pazienti fragili (diabetici) poi con un ampliamento dell'offerta durante la campagna antinfluenzale (vaccini Antinfluenzali, anti Covid, anti Pneumococco alla popolazione target per status e/o patologia). Tale sinergia, consolidata con le Case di Comunità già attive a fine 2023, si amplierà con quelle di nuova attivazione attraverso una sempre maggior partecipazione alle Campagne Vaccinali e agli eventi di raccordo ospedale-territorio che verranno sviluppati nel corso dell'anno (es. percorso vaccinale del paziente diabetico, oncologico ecc. in carico agli specialisti dei PPOO di ASST Brianza). Nella Campagna Vaccinale in corso, 2024-2025, sono state coinvolte il 100% delle Case di Comunità, percentuale che verrà mantenuta anche nel prossimo triennio, al netto dei lavori di ristrutturazione in corso.

Scheda intervento 74 - Campagna immunizzazione VRS (Integrazione territorio e PLS)

Criticità o rationale del progetto	In Italia il VRS (Virus Respiratorio Sinciziale) è l'agente patogeno principalmente responsabile delle bronchioliti che richiedono frequenti ospedalizzazioni, rappresentando una delle principali cause di morte tra le infezioni respiratorie acute. Da un'analisi condotta sull'anno 2023 in Regione Lombardia, è emerso che i costi diretti del SSR (ricoveri, accessi in Pronto Soccorso, impiego di farmaco) per fronteggiare le infezioni da VRS sono pari a 14.557.097
------------------------------------	--

	euro, mentre risultano non quantificabili i costi indiretti dati da decessi causati da VRS, sovraffollamento del PS, occupazione dei posti letto ospedalieri a discapito di altre patologie, accesso negli ambulatori dei PLS; a questi vanno aggiunti i costi a carico dello stato derivati dal tempo sottratto dai genitori all'attività lavorativa per potersi dedicare alla cura del bambino. Tale progetto ha come obiettivo l'immunizzazione, con anticorpo monoclonale Nirsevimab, di tutti i nuovi nati dal 1 novembre 2024, con un recupero dei nati dal 1 gennaio 2024. Tale strategia di prevenzione mira a ridurre l'incidenza delle infezioni da VRS, le frequenti ospedalizzazioni nei bambini nei primi 12 mesi di vita e i decessi nei più fragili.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Tutti i nuovi nati, residenti in ASST Brianza, nei seguenti periodi: ▪ dal 1 gennaio al 31 ottobre 2024 ▪ dal 1 aprile al 31 ottobre 2025 ▪ dal 1 aprile al 31 ottobre 2026 ▪ dal 1 aprile al 31 ottobre 2027
Descrizione del servizio / progetto	I centri vaccinali organizzano, tramite chiamata attiva, la somministrazione del farmaco alle coorti previste (target di cui sopra) negli ambulatori del territorio, sulla base delle indicazioni ricevute dalla DG Welfare. I bambini coinvolti nella chiamata attiva da parte dei centri vaccinali del territorio sono quelli i cui PLS non hanno aderito al percorso di immunizzazione (PLS non aderenti), questo per garantire una più ampia copertura e l'equità di accesso alle attività di prevenzione. I restanti bambini verranno invece immunizzati dai PLS che hanno deciso di arruolarli nei loro ambulatori (PLS aderenti). Le sedute vaccinali, vista la numerosità della popolazione da immunizzare, potranno essere programmate anche nei fine settimana, in giornate ad hoc dedicate all'immunizzazione di massa.
Ambito territoriale di realizzazione	AZIENDALE
Attori/Enti coinvolti	CENTRI VACCINALI, PLS
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Risorse già presenti in organico
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	NO
Anno Avvio / Anno Fine	Novembre 2024_Dicembre 2027
Indicatore e risultato atteso	% di IMMUNIZZAZIONE (calcolata a fine dicembre 2027) = 50% dei nati (come da target) tra i bambini in carico ai PLS non aderenti

SCREENING

ASST Brianza, in accordi con ATS Brianza e in ottemperanza di quanto prescritto dagli Indirizzi di programmazione SSR pubblicate annualmente da Regione Lombardia (Regole di Sistema), garantisce la copertura delle prestazioni di screening di primo e secondo livello:

- Cervice uterina: primo livello (PAP Test e HPV-DNA); secondo livello (colposcopie e biopsie)
- Colon Retto: secondo livello (Colonscopia e biopsie)
- Mammella: primo livello (mammografia bilaterale); secondo livello (ecografia e biopsie)
- Virus Epatite C (HCV): primo livello (anticorpi anti-HCV); secondo livello (HCV-RNA)
- Prostata: primo livello (PSA); secondo livello (visita urologica, RMN e biopsia)

PIANO PANDEMICO PANFLU

Il Piano Operativo di Preparazione e Risposta ad una Pandemia Influenzale di ASST Brianza (Pan Flu 2021-2023) è stato pubblicato nel sistema documentale aziendale nel mese di novembre 2023: si tratta di un documento programmatico, redatto sulla base delle indicazioni regionali e di ATS Brianza, in cui sono esplicitati gli obiettivi strategici e operativi che la nostra ASST intende perseguire per prevenire, contrastare, reagire e recuperare, qualora si presenti un evento pandemico. Tale Piano viene coordinato dalla Direzione Medica del PO di Vimercate; inoltre, attraverso un gruppo di lavoro formalizzato nel 2022, di cui fanno parte diverse figure professionali sia del Polo Territoriale che del Polo Ospedaliero, viene costantemente garantito l'aggiornamento delle azioni contenute nel Portale SASHA, strumento fondamentale in caso di un effettivo passaggio di fase, per la trasmissione e controllo delle indicazioni regionali in tempo reale a tutti gli Enti sul territorio lombardo.

Nel triennio 2025-2027 verrà redatto, sulla base delle indicazioni Ministeriali, il nuovo Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico, Piano per il quale sono in corso tavoli di lavoro, costantemente presidiati da personale della nostra ASST, con i referenti di Regione Lombardia.

PIANO CALDO

ATS Brianza redige annualmente, all'approssimarsi del periodo estivo, il Piano di Emergenza Caldo, finalizzato a prevenire e gestire gli effetti conseguenti ad ondate climatiche caratterizzate da elevate temperature ambientali. Il Piano viene condiviso con: Distretti, Case di Comunità, MMG, Unità di offerta Residenziali (RSA/RSD/ecc.), Direzioni Sanitarie, Pronto Soccorso, Medicine del Lavoro, Comuni, Associazioni di Volontariato.

Il Piano viene recepito e formalizzato in sede di specifica cabina di regia ASST.

Le azioni specifiche previste nel Piano Caldo di ASST Brianza sono le seguenti:

- nei Pronto Soccorso vengono attivati percorsi specifici per accessi legati a sintomi da colpi di calore e disidratazione, con l'applicazione di una specifica procedura, rivolti in particolare ai pazienti con fragilità, al fine di consentire una continuità assistenziale nelle cure, in raccordo con i servizi territoriali, con i Medici di Medicina Generale e con i Pediatri di Libera Scelta;
- il personale dei servizi territoriali viene sensibilizzato allo scopo di individuare le categorie più a rischio (anziani, pazienti cronici, bambini, donne in gravidanza), di informarle adeguatamente e di sollecitarle a seguire le indicazioni ministeriali e regionali sul tema;
- una particolare attenzione è rivolta dai Servizi agli utenti fragili, attraverso una stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale, al fine di identificare e gestire i pazienti particolarmente a rischio. In collaborazione con ATS Brianza, viene predisposta in ambito distrettuale un'anagrafe aggiornata per caratteristiche personali e sociali e per condizioni di salute, utile a favorire un intervento tempestivo in condizioni emergenziali;
- l'ASST Brianza diffonde, infine, tramite i propri canali di comunicazione, la conoscenza del Piano Annuale Emergenza Caldo e promuove campagne informative sul tema con l'obiettivo di far conoscere a tutti i cittadini, ma in particolare alle categorie più a rischio, i consigli da seguire per evitare i pericoli per la salute (es. campagna del Ministero della Salute *"Proteggiamoci dal caldo"*).

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

L'ASST della Brianza, come da indicazioni regionali, attua interventi di Promozione della Salute, in raccordo con ATS Brianza, che svolge funzioni di governance attraverso uno specifico Tavolo Interistituzionale / Cabina di Regia al quale partecipano i Referenti aziendali per la Promozione della Salute delle ASST. Al Tavolo sono attribuite funzioni di indirizzo, programmazione, monitoraggio e verifica, che trovano espressione nel Piano Integrato Locale degli Interventi di Promozione della Salute (PIL).

Il PIL è un documento di programmazione e governance, redatto annualmente da ATS, in collaborazione con le ASST e con gli altri stakeholder, in coerenza con i Programmi - predefiniti o liberi - inseriti nel Piano Regionale Prevenzione 2021-2025; il PIL si prefigge di promuovere stili di vita favorevoli alla salute e di prevenire i fattori di rischio comportamentali nei seguenti luoghi o contesti sociali (setting) in cui le

persone si impegnano in attività quotidiane ed in cui i fattori individuali, relazionali, ambientali e organizzativi interagiscono tra loro, influenzando salute e benessere:

- 1) ambienti di lavoro
- 2) contesti scolastici
- 3) comunità locali
- 4) primi 1000 giorni di vita
- 5) contesto sanitario

Una sezione specifica del PIL è inoltre dedicata al Piano locale di contrasto al gioco d'azzardo patologico (Piano GAP), che prevede l'attuazione di azioni trasversali ai setting lavoro, scuola, comunità locale e sanitario.

Il livello operativo per l'attuazione di quanto programmato nel PIL è organizzato da ATS Brianza in Tavoli di Lavoro Tecnici Tematici, ai quali partecipano anche gli operatori di ASST coinvolti nella realizzazione delle diverse Progettualità, per la propria parte di competenza.

L'ASST Brianza garantisce il proprio apporto nell'attuazione operativa del PIL sia per la prosecuzione di attività ormai consolidate, sia per l'implementazione di attività di più recente istituzione, sia per l'avvio di Progettualità innovative.

Di seguito una sintesi delle principali progettualità di Promozione della Salute, che vedono l'attiva partecipazione di ASST Brianza:

Setting Ambienti di Lavoro: dal 2017 tutti i presidi ospedalieri di ASST Brianza sono iscritti al Programma Regionale WHP (Workplace Health Promotion), seguono regolarmente il progetto e ricevono ogni anno il riconoscimento di "Luogo di lavoro che promuove salute". Dal 2024 sono iscritte al Programma WHP anche le sedi dei Distretti di Carate Brianza, Monza, Seregno e Vimercate: per la sede distrettuale di Desio non è stata possibile l'iscrizione a causa dei lavori di ristrutturazione in corso d'opera.

Setting Contesti Scolastici : collaborazione nella realizzazione con metodologia attiva (Life Skill Training) di percorsi formativi in istituti scolastici di diverso ordine e grado. Di particolare interesse, l'implementazione del "Progetto LIKE" , un modello per l'educazione all'affettività e sessualità nella scuola.

Setting Comunità Locali : Laboratorio per l'attività fisica e il movimento di ASST Brianza (Delibera di costituzione n. 778_ 6.8.2024) , che in raccordo con ATS, con gli Enti Locali e con il Terzo Settore / Volontariato promuove iniziative per favorire uno stile di vita più attivo soprattutto nei cittadini con un'età maggiore di 65 anni, affetti o a rischio di Malattie Croniche Non Trasmissibili. La promozione dell'attività fisica e del movimento ha assunto un particolare rilievo anche nelle più recenti indicazioni di Regione Lombardia (DGR n.1827_31.1.2024 - Regole SSR 2024); pertanto, nella prossima triennalità si opererà nel contesto del Laboratorio Attività Fisica per promuovere esperienze territoriali efficaci e già attive nei differenti territori (es: Gruppi di Cammino o attività promosse da Enti Locali, anche in collaborazione con il Terzo Settore), rinforzando le reti territoriali esistenti, e per sviluppare interventi ed attività secondo i criteri di appropriatezza, impatto e sostenibilità (vedi Scheda Progetto - Promozione della Salute_ Sviluppo Laboratorio Attività Fisica e Movimento ASST Brianza)

Setting Primi 1000 giorni di vita : sviluppo costante del Programma Nati per Leggere, dedicato ai genitori in attesa ed ai genitori ed i loro bambini (0-12 mesi); l'attuazione del Programma comporta la collaborazione tra il Consultorio e l'Ospedali di ASST Brianza, con le Biblioteche dei Sistemi Brianza Biblioteche e il Sistema Bibliotecario Cubinrete.

Implementazione del progetto "Neo-Genitori all'aperto", forma particolare di Gruppo di Cammino, dedicata ai neo-genitori ed ai loro bambini fino ai 12 mesi di vita, promossa dai Consultori di ASST Brianza.

Progetto "WeCare Generation" per l'identificazione e il trattamento precoce dei traumi genitoriali.

ASST Brianza, attraverso il Servizio Dipendenze, è altresì impegnata, per la propria parte di competenza (diagnosi, cura e riabilitazione) nell'attuazione delle azioni inerenti al Piano GAP (Gioco d'Azzardo Patologico) e collabora con enti del Terzo Settore per la realizzazione di Progetti POR-FSE finalizzati alla prevenzione e limitazione del rischio ed all'aggancio e riduzione del danno (si veda la descrizione in dettaglio nella sezione SC Dipendenze)

NEL 2024 è stata inoltre avviata un'attività finalizzata a promuovere progetti preventivi e di promozione della salute nel contesto carcerario.

E' infine importante sottolineare che l'ASST Brianza promuove nei propri Presidi Territoriali ed Ospedalieri, ed in particolare nel contesto delle Case di Comunità, azioni di sensibilizzazione riguardanti

i fattori di rischio comportamentali, anche attraverso il *counseling* motivazionale, effettuato da operatori specificamente formati, con l'intento di sviluppare nei pazienti competenze per la cura della propria salute e di favorire l'accesso a reti di offerta territoriali.

Scheda intervento 75 - Promozione della salute: sviluppo laboratorio attività fisica e movimento

Criticità o razionale del progetto	Attività fisica e movimento sono elementi indispensabili per lo sviluppo armonico degli individui in tutte le fasi della vita e in tutte le condizioni di salute, nonché fattori di protezione per il rafforzamento del capitale di salute di ciascuno e per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT). Praticare quotidianamente attività fisica permette di ridurre il rischio di contrarre malattie croniche (quali diabete, disturbi cardiovascolari, ictus, alcune forme di cancro) e produce effetti positivi anche sulla salute mentale, modificando i livelli d'ansia, le reazioni da stress e l'incidenza di patologie depressive. Il Progetto si prefigge di implementare, attraverso il Laboratorio Locale per l'Attività Fisica e il Movimento di ASST Brianza di recente costituzione (Delibera n. 778_6.8.2024), iniziative finalizzate alla promozione dell'attività fisica e del movimento sul territorio di ASST Brianza.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Destinatari prioritari, ma non esclusivi, sono i cittadini che accedono alle CdC con un'età ≥ 65 anni, affetti o a rischio di MCNT.
Descrizione del servizio / progetto	Il Laboratorio Locale di ASST Brianza per l'Attività Fisica e il Movimento costituirà, nel prossimo triennio, il contesto nel quale ricomporre le esperienze territoriali efficaci e già attive nei differenti territori, rinforzando le reti territoriali esistenti, e nel quale sviluppare interventi ed attività capaci di rispondere ai bisogni specifici della popolazione, secondo criteri di appropriatezza, impatto e sostenibilità. La sede di elezione per l'implementazione dell'attività fisica e del movimento è la Casa di Comunità e il target prioritario (ma non esclusivo) è rappresentato dai cittadini che accedono alle CdC con un'età ≥ 65 anni affetti o a rischio di MCNT. Le progettualità dovranno perseguire una logica intersettoriale, nell'intento di favorire il raccordo e l'integrazione con ATS Brianza, Enti Locali/Ambiti, Terzo Settore/ Associazionismo, Associazioni sportive ecc. e dovranno inoltre essere sostenute da azioni di comunicazione e informazione sia per la popolazione, che per gli operatori di ASST Brianza, che per gli stakeholder.
Ambito territoriale di realizzazione	Tutti i Distretti di ASST Brianza
Attori/Enti coinvolti	ASST Brianza, ATS Brianza, Enti Locali/Ambiti, Terzo Settore/ Associazionismo, Associazioni sportive ecc.
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Operatori afferenti alle Case di Comunità già presenti in organico.
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI - Il presente progetto rientra nel quadro delle progettualità derivate dalla DGR n. 2168_15.4.2024 "Definizione delle modalità per la realizzazione di interventi per favorire e promuovere l'invecchiamento attivo".
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	Avvio e sviluppo di progettualità finalizzate alla promozione dell'attività fisica in almeno 1 Casa di Comunità per ciascun Distretto

Progetti specifici trasversali di ASST Brianza

Il polo territoriale rappresenta un nuovo ambito strategico per l'ASST grazie ai recenti piani di investimento supportati dal PNRR e EU Next Generation Fund e al ridisegno dei modelli e standard di servizio delineati dal D.M. 77. Nella prospettiva di breve periodo (2026), i nuovi punti di offerta territoriale tra cui le 17 Case di Comunità (CdC), i tre Ospedali di Comunità (OdC), e le 8 Centrali Operative Territoriali (COT) saranno completati e operativi. Attualmente lo stato di avanzamento dei lavori vede attivi 1 OdC (Giussano) e 11 CdC. Sarà dato rilievo attraverso opportune e costanti azioni di comunicazione e

informazione verso la collettività della proposta dei servizi offerti nonché introdotti dei modelli di accoglienza inclusivi. Sul sito dell'azienda è possibile visualizzare tutti gli investimenti collegati al PNRR con le risorse specifiche per ogni singolo investimento e i cronoprogrammi aggiornati.

Scheda intervento 76 - Realizzazione e attivazione definitiva CDC-ODC-COT previsti da PNRR

Criticità o razionale del progetto	Entro il 2026, i nuovi punti di offerta territoriale tra cui le 17 Case di Comunità (CdC), i tre Ospedali di Comunità (OdC), e le 8 Centrali Operative Territoriali (COT) saranno completati e operativi. Attualmente lo stato di avanzamento dei lavori vede attivi 1 OdC (Giussano) e 11 CdC.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Tutti i cittadini che si rivolgono alle nostre Strutture
Descrizione del servizio / progetto	Al fine di ottimizzare ed efficientare i processi amministrativi all'interno delle Case di Comunità verranno realizzati sportelli polifunzionali in grado di soddisfare le principali esigenze dei cittadini (Punto Prelievi, Ambulatorio, Scelta e Revoca ecc.)
Ambito territoriale di realizzazione	Tutti i distretti
Attori/Enti coinvolti	Personale distretti e personale polo gestionale
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto	Risorse già definite e finanziate dal PNRR vedi il sito https://www.asst-brianza.it/web/index.php/pnrr/
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	Gennaio 2023 – Giugno 2026
Indicatore e risultato atteso	Tutte le strutture previste dal PNRR saranno attive al 30/06/2026

In ragione del modello organizzativo proposto a livello territoriale necessariamente si dovrà attuare un percorso di *task shifting* che permetterà di dare una risposta adeguata e tempestiva agli utenti spostando alcune attività di competenza “no-core” per determinate figure professionali sia definendo figure dedicate per alleggerire i sanitari (medici, infermieri, ostetriche, ecc.) da incombenze amministrative e di accoglienza. Di seguito le schede di progetto

Scheda intervento 77 - Progetto sviluppo sportelli multifunzione area amministrativa

Criticità o razionale del progetto	Semplificazione e razionalizzazione del personale amministrativo mediante la creazione di uno sportello multifunzionale all'interno della Case della Comunità
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Tutti i cittadini che si rivolgono alle nostre Strutture
Descrizione del servizio / progetto	Al fine di ottimizzare ed efficientare i processi amministrativi all'interno delle Case di Comunità verranno realizzati sportelli polifunzionali in grado di soddisfare le principali esigenze dei cittadini (Punto Prelievi, Ambulatorio, Scelta e Revoca)
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Tutte le Case della Comunità
Attori/Enti coinvolti	Personale Amministrativo assegnato alle Case di Comunità
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Personale presente e che verrà acquisito per garantire le prestazioni amministrative all'interno delle Case della Comunità
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	Gennaio 2025 – Dicembre 2026

Indicatore e risultato atteso	Sportelli funzionali in tutte le case della Comunità entro il 31 dicembre 2026
-------------------------------	--

Scheda intervento 78 - Progetto task-shifting area amministrativa-sanitaria

Criticità o razionale del progetto	In un'ottica di favorire il task-shifting come strumento per l'ottimizzazione delle risorse umane, in una situazione di carenza di personale sanitario, si pone come obiettivo quello di trasferire al personale amministrativo tutte le attività amministrative che i sanitari storicamente svolgono all'interno delle proprie strutture
Destinatari specifici dell'intervento (target)	La S.C. Area Accoglienza e CUP e tutte le Strutture Territoriali
Descrizione del servizio / progetto	Per sgravare i clinici ed i sanitari ed il personale socio-sanitario dalle incombenze amministrative si svilupperà un progetto che prevede il trasferimento al personale amministrativo di attività amministrative che oggi vengono espletate da personale non amministrativo (Esempio Consulenti familiari)
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Tutti i servizi territoriali
Attori/Enti coinvolti	Personale Amministrativo, personale sanitario e socio-sanitario
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Le risorse necessarie saranno valutate in base alle necessità di trasferimento di attività
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	Gennaio 2025 – Dicembre 2026
Indicatore e risultato atteso	Trasferire tutte le incombenze amministrative dal personale non amministrativo al personale amministrativo

Scheda intervento 79 - Progetto task-shifting area Socio sanitaria

Criticità o razionale del progetto	Il task shifting è una strategia sanitaria che prevede il trasferimento razionale di compiti normalmente svolti da alcuni professionisti sanitari e socio sanitari e per i quali vi è una carenza ad altri operatori, sanitari o socio sanitari affini per competenza professionale e per i quali è possibile reperire risorse nel mercato attuale. Questo approccio è stato promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per affrontare la carenza di personale sanitario. Il principale obiettivo del task shifting è garantire un accesso equo e sostenibile alle cure sanitarie, migliorando l'efficienza delle risorse umane disponibili. Questa strategia si ritiene particolarmente utile nell'ambito della salute mentale, Cure primarie, Assistenza territoriale.
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Personale sanitario e socio sanitario del polo territoriale
Descrizione del servizio / progetto	• Sensibilizzazione della comunità sull'importanza del task shifting • Analisi delle aree con maggiore carenza di personale sanitario. • Consultazione con le diverse aree professionali. • Sviluppo di un programma di formazione • Definizione e descrizione di trasferimento funzioni

	• Raccolta dati sulle prestazioni e sui miglioramenti negli indicatori di salute della comunità. • Valutazione dell'efficacia del progetto e identificazione delle aree di miglioramento. • .Creazione di canali di feedback per garantire che la comunità possa comunicare le proprie esigenze e preoccupazioni.
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Tutti i servizi territoriali
Attori/Enti coinvolti	Tutte le strutture del polo territoriale
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Le risorse necessarie saranno valutate in base alle necessità di trasferimento di attività
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	Gennaio 2025 – Dicembre 2026
Indicatore e risultato atteso	n. servizi che hanno operato attività di Task shifting risultati attesi • Miglioramento dell'accesso alle cure • Riduzione dei tempi di attesa. • Aumento della copertura vaccinale e miglior gestione delle malattie croniche.

Interventi formativi

La formazione è intesa come una delle leve principali di *empowerment* per implementare il *know-how professionale*. La formazione è cruciale ai fini dell'integrazione sociosanitaria e riguarda aspetti di natura culturale, visioni ed approcci differenti tra le diverse professioni. Tali aspetti influenzano l'abitudine al lavoro interdisciplinare influenzando negativamente sulle possibilità di integrazione.

La riforma della sanità territoriale ha portato a ridisegnare gli assetti dell'integrazione intorno al Distretto sociosanitario, coincidente con l'Ambito Sociale Territoriale, allineando su questo livello gli organismi di *governance* previsti e l'attuazione dei livelli essenziali, sia assistenziali (LEA) che delle prestazioni sociali (LEPS).

La formazione rappresenta pertanto uno snodo fondamentale, e diventa una grande opportunità proprio nelle aree di integrazione tra Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) e Piano di Zona (PDZ) in cui cercare convergenze e l'assunzione di obiettivi comuni tra Ambiti e ASST, al fine di costruire equipe integrate e implementare pratiche di collaborazione tra professionisti, in particolare sulle progettualità relative alla missione 5 e 6 PNRR.

Occorre pertanto investire su percorsi di formazione per consolidare visioni e approcci, declinare coerenti scelte organizzative e rendere consapevoli gli operatori della rilevanza di questa prospettiva offerta dalla programmazione.

Un focus dedicato alla formazione riguarderà la transizione tra cure sanitarie e sociali nelle aree di fragilità, con particolare attenzione alla fase di passaggio dall'età evolutiva a quella adulta e alle schede progetto in merito all'integrazione sociosanitaria.

Il Direttore di Distretto promuoverà azioni a supporto dei processi formativi individuati sul proprio Distretto con lo scopo di favorire processi di integrazione tra servizi sociosanitari e sociali. In tal senso verrà definita una formazione congiunta Ambiti-ASST diffusa, integrata e con modalità partecipate.

La formazione terrà conto dei bisogni espressi dagli operatori sanitari, socio-sanitari e sociali (Piani formativi annuali congiunti ASST - Ambiti Sociali Territoriali). La formazione nei distretti avrà come obiettivo principale la conoscenza dei servizi e delle modalità lavorative di tutti gli *stakeholders*, nonché servirà a costruire legami e rapporti di fiducia per migliorare i servizi. Si implementeranno percorsi di supervisione professionale che sappiano valorizzare e potenziare il personale con un miglioramento del lavoro di rete e nella continuità dei percorsi di cura.

Occorre favorire la conoscenza delle reciproche realtà, finalizzata alla co-costruzione di un'identità di gruppo, di fiducia reciproca e perseguimento di obiettivi comuni soprattutto sui temi di integrazione tra LEA e LEPS.

Si inseriscono due possibili proposte formative e si definirà il piano formativo triennale in relazione alle schede progetto relative a:

- le aree di criticità in merito all'integrazione sociosanitaria rilevate in Cabina di Regia ASST Brianza
- le aree di criticità individuate da ogni Responsabile e inerenti la visione dell'utente, la visione dell'azienda, la visione del servizio.

L'obiettivo della formazione sarà quello di facilitare le relazioni e la conoscenza tra professionisti di servizi diversi convergendo su obiettivi e indicatori di esito comuni.

Si sottolinea altresì l'opportunità di prevedere delle azioni formative rivolte ai diversi attori del welfare territoriale in sinergia con ATS Brianza.

Scheda intervento 80 - Formazione ASST piani formativi aziendali 2025-2026-2027

Criticità o- razionale del progetto	Favorire la conoscenza delle reciproche realtà di operatori sanitari, socio-sanitari e sociali finalizzata alla co-costruzione di un'identità di gruppo, di fiducia reciproca e perseguimento di obiettivi comuni soprattutto sui temi di integrazione tra LEA e LEPS.
Destinatari -specifici dell'intervento (target)	Medici di Cure Primarie, operatori ASST ospedalieri e territoriali, personale docente ed educatori delle Scuole, Direttori Distretto
Descrizione del servizio / progetto	Si realizzeranno le seguenti attività di formazione: Formazione sul campo con contaminazione dei saperi tra gli operatori nei diversi setting assistenziali (professionisti sanitari e sociali territoriali dovranno frequentare per alcune giornate setting assistenziali ospedalieri o delle cure primarie) Formazione dei MMG sulla gestione autonoma della palliazione Formazione operatori ospedalieri e territoriali riforma lombarda e DM 77 Area del sostegno delle donne e/o delle mamme che presentano uno stato depressivo, si proseguirà con interventi di Home visiting, "Pensare positivo" (DGR Regionale 1141 per cui è prevista la nuova formazione per gli operatori) Maternità e Paternità Fragile (Dipartimento Materno Infantile e Dipartimento Salute Mentale) attività di formazione degli operatori afferenti ai diversi servizi coinvolti, relativamente all'utilizzo dei format e delle procedure che saranno definite dal progetto Coinvolgimento università formazione medici 6° anno territorio e scuole di specializzazione per i professionisti del territorio (ginecologi per consultori- psichiatri- NPIA) Nucleo Funzionale Autismo Realizzare attività di formazione per educatori ed insegnanti delle Scuole del Territorio per screening e attività di potenziamento Progetto DAMA formazione operatori. Per ogni area tematica sopra individuata fare riferimento alla specifica scheda intervento
Ambito territoriale di realizzazione	Tutti i Distretti e gli Ambiti Territoriali
Attori/Enti coinvolti	Per ogni area tematica sarà individuato il servizio titolare della funzione od esperto in materia
Risorse ASST necessarie per attuazione del	Risorse ASST già presenti in organico

progetto (specificando se già presenti in organico)	
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	No
Anno Avvio / Anno Fine	2025-2027
Indicatore e risultato atteso	Indicatori Incremento invii alle cure palliative da parte degli MMG rispetto al triennio precedente Incremento interventi di home visiting alle donne con esordio di stato depressivo post-partum rispetto al triennio precedente Incremento di utenti gestiti con le nuove procedure della Maternità e Paternità Fragile sul totale N. convenzioni stipulate con Università per inserimento di studenti al 6 anno di Medicina e di Scuole di Specialità in servizi territoriali N. interventi formativi effettuati nelle Scuole per l'intercettazione precoce di disturbi dell'Autismo

Scheda intervento 81 - Formazione congiunta Ambiti e CdC

Criticità o razionale del progetto	Ottimizzazione e sviluppo sinergia Ambiti e CdC nella presa in carico di utenti con fragilità sociali e socio sanitarie
Destinatari specifici dell'intervento (target)	Assistenti Sociali degli Ambiti e delle CdC, IFeC, Coordinatori CdC, tutor della salute e Direttori Distretto
Descrizione del servizio / progetto	Il progetto formativo è teso a fornire strumenti di lavoro per ottimizzare le sinergie e la collaborazione in particolare tra gli operatori dei Punti Unici di Accesso degli Ambiti e delle Case di Comunità nell'ambito della presa in carico integrata degli utenti con particolare fragilità sociale e sociosanitaria (facilitando le relazioni tra Comuni e CdC)
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	Tutti i Distretti e gli Ambiti Territoriali
Attori/Enti coinvolti	Comuni, ASST, Terzo Settore Coinvolgimento delle Organizzazioni Sindacali a seconda della tematica affrontata
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	Operatori ASST Operatori Ambiti/Comuni Aderenti a ETS Organizzazioni Sindacali
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	SI
Anno Avvio / Anno Fine	Avvio e fine 2025
Indicatore e risultato atteso	▪ n. partecipanti alla formazione >80% dell'organico comuni/ambito e ASST Brianza, partecipanti tutor salute ▪ redazione di documento finale di raccomandazioni/consensus conference ▪ condivisione nelle sedi istituzionali: cdr asst, cdr ats, conferenza dei sindaci ▪ a 1 anno dalla formazione verifica: ▪ n. pz in carico congiuntamente ▪ tempi di presa in carico congiunta: snellimento dei tempi e delle modalità nella relazione tra i PUA volti a favorire una celere presa in carico dell'utenza fragile e lavorare sulla prevenzione ▪ Maggiore benessere lavorativo dei professionisti, migliore lettura dei bisogni dei cittadini e attivazione di percorsi di cura in rete

	▪ Lavorare insieme aiuta a garantire una continuità di cura, evitando frammentazioni tra il percorso sanitario e quello sociale
--	---

Area della comunicazione

ASST Brianza gestisce un territorio esteso e di rilevante complessità dal punto di vista socio-demografico, pertanto deve mantenere costantemente elevato il profilo di comunicazione relativamente a una molteplicità di informazioni e notizie sanitarie e socio-sanitarie e nei confronti di interlocutori diversificati, sia verso la cittadinanza, sia degli Enti con cui si interfaccia.

Le innovazioni introdotte dal nuovo modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, soprattutto per quanto riguarda l'importanza attribuita all'integrazione socio-sanitaria, sono tematiche che hanno un grande impatto sui cittadini che vanno correttamente orientati nella fruizione dei servizi.

Il compito di gestire ed erogare servizi efficienti ed efficaci deve coniugarsi con coerenti strategie di comunicazione, inserite sistematicamente all'interno delle proprie scelte organizzative.

La comunicazione istituzionale per ASST Brianza assume un'accezione articolata e complessa, essendo sottesa non solamente l'attività di "informazione", ma anche quella di diffusione di conoscenze rispetto all'offerta sanitaria e socio-sanitaria presente sul territorio, giungendo a diventare "relazione" con il cittadino a garanzia della soddisfazione del bisogno di salute, nonché in risposta alle domande sociali della comunità e della collettività.

In quest'ottica la comunicazione diventa dunque essa stessa un *servizio* reso alla cittadinanza in considerazione anche della possibilità, attraverso il dialogo con gli altri Enti (per esempio i Comuni, gli Ambiti), di contribuire a sviluppare l'*empowerment* degli utenti, nonché di rafforzare il senso di fiducia del cittadino e la credibilità nei confronti delle Istituzioni.

ASST Brianza ritiene come obiettivo strategico, in questo contesto programmatico, la valorizzazione degli aspetti comunicativi, sia internamente, sia attraverso il dialogo sistematico e sinergico con i Comuni e gli Ambiti, per restituire all'esterno un'immagine del servizio pubblico maggiormente condivisa, integrata e trasparente.

La capacità di veicolare i contenuti e promuovere le idee innovative, parte dall'assumere la consapevolezza della propria dinamicità in un ruolo, entrare in contatto con i pensieri e le aspettative di chi abbiamo di fronte, mettendo in rilievo i servizi per la creazione di una partecipazione attiva della popolazione stessa e aprire, in definitiva, uno scenario per l'intervento dei cittadini nelle policy e nella programmazione in un'ottica di open government.

L'assunzione di un impegno rispetto alla comunicazione e informazione efficace delle innovazioni che riguardano i servizi rappresenta inoltre un'opportunità per promuovere concretamente il cambiamento culturale che la riforma veicola.

In sintesi, diventa necessario predisporre gli strumenti operativi volti a:

- integrare le indicazioni normative con le scelte concrete di gestione, per rendere coerente il piano di comunicazione con l'organizzazione;
- affrontare in modo organico le strategie di comunicazione interna all'organizzazione, per evitare sovrapposizioni, incoerenze e potenziali frammentazioni;
- migliorare la comunicazione negli ambienti di lavoro deputati all'Accoglienza dei cittadini, per facilitare gli accessi e promuovere l'attenzione rispetto alla richiesta dell'utenza;
- semplificare le procedure, reinterpretando i mandati formali all'interno di regole di redazione meno burocratiche e farraginose;
- promuovere conoscenze sui temi di rilevante interesse pubblico e sociale.

Per potenziare la comunicazione sussiste attualmente l'interessante occasione offerta dalla multicanalità che contribuisce a ripensare il modello tradizionale di relazione con il cittadino, non più unilaterale, ma sviluppato su differenti livelli di interazione, complessità e coinvolgimento nel tempo. Di fatto, la digitalizzazione dei servizi prospetta la possibilità di diversificare i canali di comunicazione con l'implementazione di quelli social, così come previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

L'obiettivo di creare un'amministrazione digitalizzata, comunque, risulta ulteriormente sfidante in quanto deve sottrarsi al rischio di divenire paradossalmente meno anziché più accessibile, soprattutto quando i destinatari delle informazioni sono rappresentati dalla popolazione anziana, fragile, magari svantaggiata dal punto di vista socio-economico e dalle minoranze etniche sulle quali grava spesso la barriera linguistica.

Un obiettivo operativo può essere pertanto quello di investire nella formazione sulle strategie relazionali per il personale di contatto, affinché sia maggiormente in grado di presidiare le comunicazioni con il pubblico e accompagnarlo, contemporaneamente, alla corretta fruizione dei servizi, senza incorrere nella sensazione di uno "smarrimento" nel dedalo territoriale.

Declinati il contesto, le possibili criticità e gli obiettivi, diventa fondamentale, in prospettiva programmatica, il ruolo svolto dagli interlocutori aziendali competenti tecnicamente (Ufficio Comunicazione), anche per quanto riguarda il monitoraggio degli esiti, per comprendere la reale efficacia del proprio livello, stile/strategia di comunicazione (es. n. segnalazioni inerenti la comunicazione, n. di personale di contatto coinvolto in eventi formativi, utilizzo di *Customer Satisfaction* presso gli sportelli Accoglienza).

Per quanto riguarda la comunicazione tra Enti, con i Comuni e gli Ambiti, sarà importante curare lo sviluppo di uno scambio permanente di informazioni, anche attraverso i contesti formali e le occasioni istituzionali di incontro (quali le Cabine di Regia, l'Assemblea dei Sindaci di Distretto) al fine di condividere azioni sinergiche, coordinate e coerenti.

Il monitoraggio e la verifica degli interventi

Il Piano di Programmazione Territoriale in ambito sanitario e sociosanitario della Lombardia ha una durata triennale, rendendo fondamentale l'adozione di un approccio metodologico per la valutazione degli esiti intermedi. È essenziale, pertanto, definire con precisione le tempistiche per queste valutazioni, nonché individuare gli strumenti e le modalità di monitoraggio più efficaci. Il piano prevede che le azioni intraprese siano oggetto di un processo di valutazione periodica e strutturata, al fine di garantire un controllo continuo sulla loro efficacia e rilevanza.

Il PPT è un documento di programmazione aziendale e, come tale, sarà richiamato nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025/2027 e successivi aggiornamenti, documento che sintetizza e rappresenta la programmazione aziendale declinandone obiettivi e indicatori secondo la metodologia definita dal Sistema di misurazione e valutazione della performance (SMVP).

L'attuazione degli obiettivi previsti dal presente PPT costituirà, pertanto, elemento di valutazione della performance organizzativa a livello complessivo aziendale e della performance organizzativa delle strutture coinvolte nella realizzazione delle attività, nei prossimi cicli di gestione della performance.

Al fine di garantire efficienza ed efficacia organizzativa, per ciascuno degli obiettivi del PPT sono individuati gli indicatori di processo e/o di risultato.

Il Piano di Programmazione Territoriale in ambito sanitario e sociosanitario della Lombardia ha una durata triennale, rendendo fondamentale l'adozione di un approccio metodologico per la valutazione degli esiti intermedi. È essenziale, pertanto, definire con precisione le tempistiche per queste valutazioni, nonché individuare gli strumenti e le modalità di monitoraggio più efficaci. Il piano prevede che le azioni intraprese siano oggetto di un processo di valutazione periodica e strutturata, al fine di garantire un controllo continuo sulla loro efficacia e rilevanza.

I progetti inseriti nel piano, ove possibile, saranno declinati come obiettivi di budget delle strutture coinvolte.

Le tempistiche per la valutazione degli esiti intermedi possono essere stabilite con varie tipologie di cadenza, a seconda della complessità e dell'urgenza delle azioni previste. Questo approccio flessibile permette di adattare la frequenza delle valutazioni alle specifiche esigenze operative e strategiche, assicurando al contempo un monitoraggio continuo e puntuale, fermo restando che il ciclo di gestione delle performance prevede una calendarizzazione dei monitoraggi trimestrale.

Il monitoraggio costante dell'efficacia delle misure adottate è cruciale per individuare tempestivamente eventuali criticità. In questo modo, il Piano di Programmazione Territoriale non solo risponde in modo

dinamico alle esigenze del territorio, ma promuove anche una gestione proattiva e orientata al miglioramento continuo delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Questo processo strutturato e sistematico contribuisce a ottimizzare l'efficienza e l'efficacia delle risorse impiegate, migliorando l'esperienza di cura e il benessere dei cittadini lombardi.

1. STRUMENTI E MODALITÀ

Per l'attuazione del monitoraggio si provvederà a:

- individuare un referente responsabile che si occupi del monitoraggio dell'intero piano, e i referenti dei singoli progetti;
- creare un sistema informatico snello di monitoraggio degli obiettivi partendo dalle schede progetto inserite nel piano;
- definire con i responsabili dei progetti i tempi e le fasi di ogni progetto per poter effettuare il monitoraggio intermedio;
- collaborare con il controllo di gestione per declinare azioni, tempi, indicatori e strutture coinvolte riportati nelle schede progetto;
- definire la cadenza dei controlli e codificare i feedback;
- A titolo esemplificativo, si riporta una tabella compilabile di riferimento.

PROGETTO	INDICATORE	RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO	FREQUENZA MONITORAGGIO	Fonte DATI MONITORAGGIO	ESITO ULTIMO MONITORAGGIO	DATA ULTIMO MONITORAGGIO

2. TEMPISTICHE

Ogni 6 mesi verrà effettuata una valutazione intermedia per monitorare lo stato di avanzamento dei progetti.

Alla fine di ogni anno, sarà effettuata una valutazione più approfondita per analizzare i progressi complessivi. Tale monitoraggio sarà condiviso anche con ATS.

Al termine del triennio, una valutazione finale esaminerà l'efficacia complessiva del piano e sarà uno strumento utile che permetterà, analizzando anche le criticità emerse, di stendere un futuro piano migliorativo e più performante, al fine di migliorare il sistema sanitario e sociosanitario lombardo.

3. IN CONCLUSIONE

Questo approccio garantisce un monitoraggio costante e una valutazione tempestiva del piano. In tal modo, il monitoraggio continuo e la flessibilità nelle tempistiche di valutazione consentiranno un miglioramento persistente del sistema. L'obiettivo che l'ASST si prefigge è quello di realizzare entro il 2027 almeno il 90% dei progetti previsti dal Piano.

Nell'attività di monitoraggio sarà contemplato un confronto, con cadenza annuale, con ATS, Conferenza dei Sindaci e Assemblee Distrettuali, sull'andamento delle azioni e progettualità del Piano..

Saranno inoltre previsti momenti di monitoraggio specifici dedicati con gli stakeholders in relazione ai diversi obiettivi e progetti del Piano.

Cronoprogramma: il processo di implementazione del PPT

Piano di Sviluppo del Polo Territoriale 2025 - 2027	Anno 2024							
	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
Attivazione della Cabina di Regia di ATS Brianza PPT 2025-2027	X							

Definizione in Cabina di Regia di ATS Brianza dell'indice del Documento e della matrice delle responsabilità	X							
Presentazione nel Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci della struttura del Documento (indice)- E raccolta criticità e indirizzi		X						
Presentazione in Cabina di Regia di ASST Brianza della struttura del Documento (indice) e Raccolta criticità e suggerimenti e confronti successivi	x	x	X		x		x	
Lavori di stesura del PPT da parte dei responsabili individuati per la redazione dei diversi paragrafi del Documento (bozza condivisa in <i>drive</i>). Partecipano alla stesura i referenti di CSV e Forum Terzo Settore			X	X	X			
Predisposizione di una prima bozza del PPT (termine: 30.9.2024)					X			
Presentazione Bozza del Documento alle OOS						X	x	
Presentazione Bozza del Documento in Cabina di Regia di ATS Brianza e ATS Recepimento osservazioni						X		
Presentazione Bozza del Documento in Cabina di Regia di ASST Brianza - Assemblee dei Sindaci di Distretto - Sindacati						X	X	
Raccolta osservazioni da parte di tutti stakeholder alla Bozza del documento- Analisi delle osservazioni e modifica del documento							X	
Presentazione documento definitivo al Consiglio di rappresentanza per parere obbligatorio								X
Delibera di ASST Brianza di approvazione e recepimento del PPT 2025-2027								X

Riferimenti normativi

Le principali fonti di disciplina del presente strumento di programmazione sono le seguenti:

Normativa nazionale:

- Piano Nazionale della Cronicità di cui all'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- Decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria.";
- Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità Ex l. 17 luglio 2020 n.77;
- Legge 234/2021: finanziaria 2022 con la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali;
- DM 120 del 29/4/2022 "Approvazione linee guida organizzative contenenti il "modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare";
- Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale";
- DM 256 del 21/9/2022 "Approvazione delle Linee Guida per i servizi di telemedicina- requisiti funzionali e livelli di servizi;
- D. Lgs. 15 marzo 2024, n. 29, recante disposizioni di attuazione in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3,4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n.33;
- D. Lgs. 3 maggio 2024 n.62 che in attuazione della Legge Delega sulla Disabilità n. 227/2021, definisce la condizione di disabilità, la valutazione di base, l'accomodamento ragionevole, la valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale e partecipato.

Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) italiano approvato con decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, come modificato con decisione del Consiglio ECOFIN dell'8 dicembre 2023 e in particolare la Missione 6;

Normativa regionale:

- legge regionale n. 25 del 6 dicembre 2022 "Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità";
- legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 "*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*", così come modificata dalla legge regionale di riforma del 14 dicembre 2021, n. 22 "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)", con particolare riferimento all'art. 7 c. 17 ter

Provvedimenti regionali concernenti le linee programmatiche per il potenziamento dell'assistenza territoriale:

- DGR XI/6760/2022 "Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale";
- DGR XI/6867/2022 "Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata in attuazione dell'intesa del 4 agosto 2021 di approvazione dei requisiti di esercizio e accreditamento dell'adi, nell'ambito della cornice programmatica costituita dalla missione 6 del pnrr, dal dm 77 del 23 maggio 2022 recante "modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale", dal dm 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» e nel più generale quadro del potenziamento della sanità territoriale disposto con l.r. 22/2021 - (atto da trasmettere al consiglio regionale)";
- DGR XI/7592/2022 "Attuazione del DM 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" - Documento regionale di programmazione dell'assistenza territoriale (primo provvedimento)";
- DGR XI/7758/2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023";

- DGR XII/715/2023 “Determinazioni in ordine all'attuazione della DGR XX/430 del 12/06/2023 recante "PNRR piano nazionale di ripresa e resilienza - missione 6 salute componente 1 - investimento 1.2: casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 - assistenza domiciliare - relativamente all'incremento del numero di prese in carico in cure domiciliari di persone over 65 anni secondo i target definiti dal dm 23 gennaio 2023 (g.u. 55 del 6 marzo 2023) attraverso la stipula di contratti di scopo a valere sulle risorse di PNRR ripartite dal medesimo decreto nel quadro della cornice regolatoria del dm 77/2022 - codice cup di progetto e89g21000020006”;
- DGR XII/718/2023 “Determinazioni concernenti la procedura per il riconoscimento di contributi economici per l'acquisto di ausili e protesi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica”;
- DGR XII/1025/2023 “Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2023. Terzo provvedimento”;
- DGR XII/1475/2023 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6, Componente 1, Sub-investimento 1.2.3.2. "Servizi di telemedicina" - Modello organizzativo di diffusione dei servizi di telemedicina”;
- DGR XII/1827/2024 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024”, Allegato 6, “Attori, Organizzazione e processi”, §6.1 “ Piano di sviluppo del Polo Territoriale”;
- DGR XII/2033/ 2024 “Modifica del programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità approvato con DGR n. XII/1669/2023 - fondo per le non autosufficienze triennio 2022-2024 “;
- DGR n.XII/2089 del 25 marzo 2024 con la quale sono state approvate “le linee di indirizzo per i Piani di sviluppo del Polo Territoriale delle ASST (PPT) ai sensi dell'art.7, comma 17 della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”, così come modificata dalla legge regionale di riforma del 14 dicembre 2021, n.22, in attuazione della dgr XII/1827/2024” DGR XII/2167 del 15 aprile 2024 “Approvazione delle linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2025-2027”.
- Il Piano Socio Sanitario Regionale 2024-2028 approvato con la Deliberazione del Consiglio Regionale n.XII/395 del 24 giugno 2024
- Nella stesura del Piano sono state seguite le indicazioni contenute nella “Raccolta degli oggetti di raccomandazioni per la stesura dei piani di zona e dei piani di sviluppo dei poli territoriali delle ASST” a cura di ANCI LOMBARDIA SALUTE.