

Piano di Sviluppo del Polo Territoriale ASST Brianza Schede intervento 2025-2027

Monitoraggio al 30.6.2025 (obiettivi 2025)

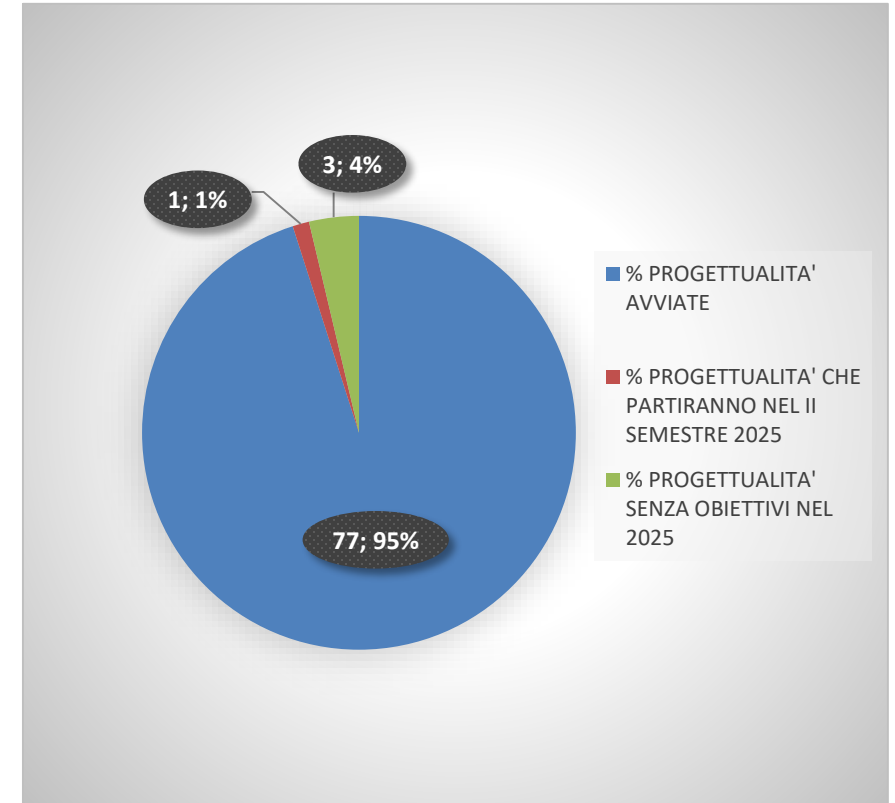
Sintesi stato di avanzamento del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale ASST Brianza 2025-2027

Il Piano di Sviluppo Territoriale è composto da n. 81 schede progettuali. Per n. 78 di queste, sono stati definiti obiettivi e indicatori specifici con scadenza al 2025.

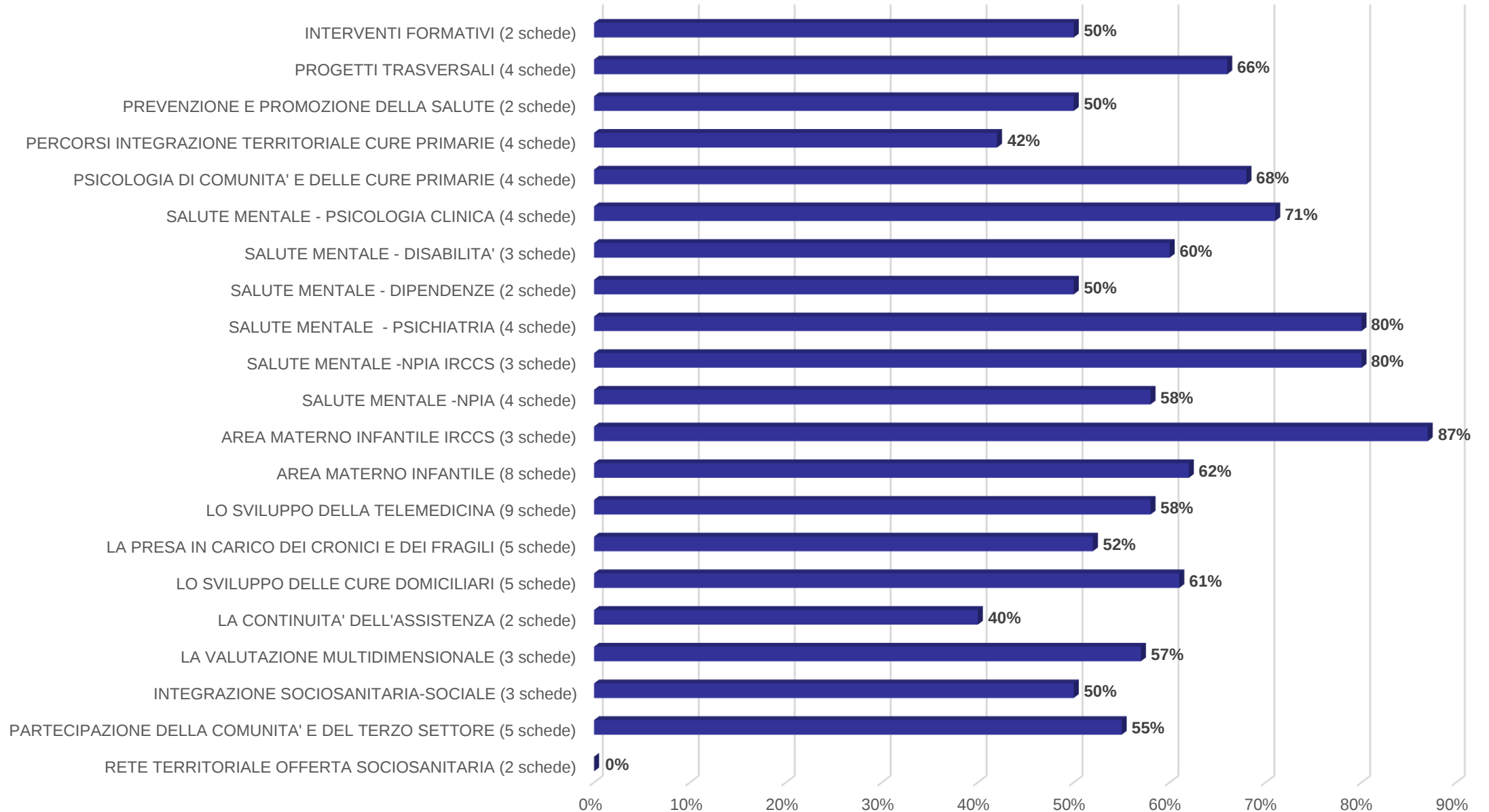
L'implementazione delle restanti progettualità è prevista a partire dal 2026.

Al 30 giugno 2025, per n. 6 schede progettuali sono già stati completamente raggiunti gli obiettivi fissati per l'anno in corso (8% delle progettualità avviate nel primo semestre).

Verrà fornita un'analisi dettagliata dello stato di raggiungimento degli obiettivi 2025, comprensiva di obiettivi, indicatori, azioni e relative percentuali di raggiungimento, suddivisa per aree di intervento.



Media % OBTV per aree d'intervento



RETE TERRITORIALE E OFFERTA SOCIOSANITARIA

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
<u>Scheda n. 1 - Posti letto in cure intermedie e continuità dell'assistenza</u> : promuovere uno studio di fattibilità insieme ad ATS, IRCCS ed Enti erogatori accreditati al fine di avviare l'apertura di una rete di offerta che assicuri posti letto in strutture dedicate alle cure intermedie.	Obiettivo non assegnato per il 2025. Previsto avvio progetto nella prossima annualità.	-	-
<u>Scheda n.2 - Potenziamento dell'offerta di posti letto in strutture residenziali e semi-residenziali</u> : avviare un'analisi insieme a ATS e agli enti erogatori accreditati al fine di potenziare l'offerta di posti letto nelle RSA, Centri diurni (...)	Obiettivo non assegnato per il 2025. Previsto avvio progetto nella prossima annualità.	-	-

PARTECIPAZIONE DELLA COMUNITA' E DEL TERZO SETTORE

Progetti realizzati dagli Enti del Terzo Settore - CSV - OOSS 1

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
<u>Scheda n.3 - Creazione di uno sportello all'interno delle Case di Comunità</u> a cui rivolgersi per attivare interventi di solidarietà nei confronti dell'utenza delle CdC. Coinvolto il Terzo settore	Procedura di co-programmazione ex. Art. 57 - Collaborazioni istituzionali	Attività propedeutica alla pubblicazione di una manifestazione di interesse, finalizzata alla co-progettazione per l'accreditamento degli Enti del Terzo Settore (ETS) per l'attuazione di progettualità nel contesto delle Case di Comunità da realizzare con l'apporto degli ETS.	25%
<u>Scheda n. 4 - Tutor della salute:</u> attivazione della figura del Tutor della Salute. Collaborazioni istituzionali Coinvolti CSV/Le comunità della salute/ATS della Brianza/ASST Brianza/Uffici di Piano.	Collaborazioni istituzionali e monitoraggio progettualità.	Sono state attivate dagli ETS, in raccordo con Enti Locali, ATS Brianza e ASST Brianza, diverse iniziative per la diffusione ed il consolidamento della figura del Tutor della Salute. Tra queste l'istituzione della Rete dei Tutor della Salute (a cura di CSV e CSD), l'avvio della seconda edizione del percorso formativo "Tutor della Salute" rivolto a volontari degli ETS e cittadini, ed iniziative informative.	50%
<u>Scheda n. 5 - Progetto sulla prevenzione della salute,</u> con finalità di empowerment dei cittadini sulla prevenzione e sulla tutela della salute, anche attraverso la costruzione di un profilo di salute locale.	Collaborazioni istituzionali e monitoraggio progettualità.	Attivate diverse progettualità ed iniziative finalizzate alla prevenzione e alla tutela della salute del cittadino, realizzate grazie al raccordo tra ETS, ATS Brianza, ASST Brianza, Enti Locali /Uffici di Piano. Tra queste di particolare rilievo il Piano " <u>Attivati!Generazione senior</u> ". Altre iniziative sono state attuate a livello distrettuale, quali cicli di incontri pubblici dedicati alle tematiche della tutela della salute, realizzati dai Distretti di ASST Brianza, in collaborazione con ATS Brianza, Amministrazioni Locali, ETS/Associazionismo.	50%

PARTECIPAZIONE DELLA COMUNITA' E DEL TERZO SETTORE

Progetti realizzati dagli Enti del Terzo Settore - CSV - OOSS 2

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
<u>Scheda n.6 - Mappatura di tutti gli Enti del Terzo Settore che collaborano con l'ASST e creazione di un registro on-line</u> , snello e funzionale, da consultare sia dagli addetti ai lavori sia dai diversi stakeholder, per conoscere le attività rese dal terzo settore ad ASST della Brianza o svolte in collaborazione.	Mappatura ETS collaboranti con ASST e attivazione del registro on-line.	Sul sito di ASST Brianza è presente il "Registro Aziendale delle Associazioni di Volontariato", consultabile a questo link: https://www.asstbrianza.it/web/index.php/associazioni . Tra i file allegati è disponibile l'avviso di manifestazione di interesse all'iscrizione al Registro, contenente tutte le informazioni utili per l'adesione al Registro e lo schema di domanda di iscrizione al Registro, da presentare all'ASST.	100%
<u>Scheda n.7 - Delegati sociali</u> : 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, 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. Coinvolti: Organizzazioni Sindacali, referenti ASST Brianza, ATS Brianza.	Attivazione della Rete dei Delegati sociali - Coordinamento e monitoraggio della progettualità.	Realizzati incontri di progettazione/programmazione per i corsi di formazione per Delegati Sociali - organizzati e gestiti dalle Organizzazioni Sindacali CGIL CISL e UIL - che si terranno nel periodo autunno 2025-primavera 2026 e che vedranno il coinvolgimento di Servizi e operatori di ASST Brianza.	50%

INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA-SOCIALE

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
Scheda n.8: Definire i criteri per la condizione di svantaggio e l'inserimento in programmi di cura e assistenza certificata da ASST e IRCCS San Gerardo, con riferimento all'accesso alla <u>misura ADI - Assegno di Inclusione</u>.	Procedura Operativa che definisca i criteri per il rilascio della certificazione specialistica ed eventuale interruzione della presa in carico ai fini della concessione/revoca a cura di SC Dipendenze e SC Psichiatria, entro il primo semestre 2025; P.O. che coinvolge anche gli Ambiti e IRCCS San Gerardo entro il 31/12/2025; ASST >=80% certificazioni ADI rilasciate nel mese di dicembre con utilizzo dei criteri definiti.	Formazione sul campo con gli operatori coinvolti e Pubblicazione Istruzione Operativa ASST Brianza il 30/5/25. Inizio collegamenti con IRCCS San Gerardo e prossimo coinvolgimento Ambiti.	80%
Scheda n.9: Pronto intervento sociale: 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 gg all'anno.	Definizione con gli Ambiti Territoriali Sociali della Procedura Operativa per la gestione delle segnalazioni, aggiornamento del "Documento Organizzativo COT ASST Brianza", invio documento COT a: Ambiti Sociali Territoriali, ATS Brianza, Prefettura/FFOO.	Avviato un confronto con gli Uffici di Piano per la ricognizione delle modalità di attuazione del Pronto Intervento Sociale sul territorio della Provincia di Monza Brianza: incontro ASST/Uffici di Piano, con successivo invio di documentazione utile. Effettuato un approfondimento sulla normativa e redatta una prima bozza di procedura per la gestione delle segnalazioni.	35%
Scheda n.10: Presa in carico integrata di pazienti senza dimora: Attivare un 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.	Elaborazione di un 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 - Condivisione nelle sedi istituzionali.	Presentata dal DSS nei contesti istituzionali con connotazione politica, quali le Assemblee dei Sindaci di Distretto, la problematica dei pazienti senza dimora, al fine di ottenere una convergenza di intenti, non solo tecnica ma anche politica, nella definizione di soluzioni applicabili ed efficaci. Effettuato un approfondimento sulla normativa e redatta una prima bozza di accordo tra ASST e Ambiti Territoriali Sociali.	35%

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
<u>Scheda n.11 - Revisione procedura integrata valutazione multidimensionale:</u> Provvedere alla revisione procedura VMD ASST/Ambiti.	Pubblicazione della Procedura dopo approvazione in Cabina di Regia entro il 31/12/2025; applicazione Procedura entro il 31/12/2025	Calendarizzazione incontri per definizione della nuova procedura - Disponibile la prima bozza della procedura.	30%
<u>Scheda n.12 - Potenziamento integrazione sociosanitaria-sociale:</u> 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	Pubblicazione della procedura entro il 31/12/2025; 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 n.10 valutazioni per Ambito nell'anno 2025	Per i <u>Distretti di Carate, Desio, Monza e Seregno</u> è in via di definizione la procedura da condividere nelle sedi istituzionali. <u>Distretto Vimercate</u> : sottoscritta convenzione con Azienda Consortile dell'Ambito - effettuate n.23 valutazioni con partecipazione di AS Ambito.	Carate, Desio, Monza, Seregno 50% - Vimercate: 100%
<u>Scheda n.13 - Potenziamento equipe VMD in relazione all'incremento del bisogno psicologico:</u> elaborare 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.	Pubblicazione della procedura entro il 30/06/2025; applicazione procedura entro il 01/09/2025 - Pz. valutati con la nuova procedura al 31/12/2025.	Procedura redatta – Invio a Ufficio Qualità.	50%

CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
<u>Scheda n. 14 - Protocollo dimissione protetta/presa in carico COT.</u> Definizione di un Protocollo aziendale riguardante le dimissioni /ammissioni protette e per la presa in carico COT - Progetti per dimissioni al domicilio con attivazione servizi (ADI, SAD, etc.) e progetti relativi alle transizioni da ospedale a strutture intermedie (Riabilitazioni, OdC, subacuti, etc.) -->dati progetti recuperati da COT.	Tempi tra data di dimissibilità e data dimissione 2025 < 2024; n°progetti elaborati /n° valutazioni effettuate ≥80%	Effettuato monitoraggio raggiungimento obiettivo nei primi 6 mesi: tempo medio dimissione 1 sem 2024 = 4,8 giorni / 1 sem 2025: tempo medio dimissione = 2,4 giorni. Redatta Istruzione Operativa COT. Implementato sistema gestionale interno per rilevare dati dimissioni protette (BOF) e osservata riduzione dei tempi tra data dimissibilità e dimissione (2024 vs 2025). In corso revisione procedura interna dimissioni protette ASST Brianza.	50%
<u>Scheda n. 15 - Intercettazione precoce delle situazioni di fragilità in pz segnalati a DP</u> Segnalazione precoce al servizio sociale comunale e presa in carico sociosanitaria. Compilazione puntuale della Scala Rischio Sociale per pazienti ricoverati in ASST Brianza.	N° di valutazioni che vedono la partecipazione dell'A.S. comunale/n° complessivo valutazioni effettuate nell'anno, prevedendo una percentuale incrementale negli anni successivi pari a: +50% nell'anno 2025 +75% nel 2026 +100% nel 2027.	Incremento delle segnalazioni ai servizi sociali dei pazienti fragili ricoverati. Al 30.06.25 la percentuale si attesta al 12 % (obtv 2025=19.5%). Si ipotizza un incremento della percentuale a fronte dei progetti PNRR Missione 5 ed a una migliore rilevazione del dato grazie ad un sistema gestionale interno (BOF).	30%

LO SVILUPPO DELLE CURE DOMICILIARI 1

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
Scheda n.16 - Gestione al domicilio del fine vita: redazione di un'istruzione operativa e applicazione della stessa per il passaggio da Cure domiciliari o ricovero ospedaliero a Cure Palliative (domiciliari/hospice) con individuazione di una scala validata per i criteri di inclusione.	Definizione del percorso in concerto con le dimissioni protette per l'identificazione del bisogno precoce e strutturazione indicatori.	Procedura elaborata - Invio all'Ufficio Qualità	80%
Scheda n.17 - Favorire l'accesso in OdC per utenti già in carico a C-DOM: definizione di priorità di accesso a OdC dei pazienti target - redazione di un'istruzione operativa e applicazione della stessa per priorità di ricovero in Ospedale di Comunità.	Accordo con i MMG relativi agli accessi in OdC (SC Cure Primarie) - Formazione ai MMG su criteri di accesso in OdC e attività (2 tematiche) SS Cure Domiciliari.	Individuato il docente: l'evento formativo sarà realizzato nel 4^ trimestre 2025.	30%
Scheda n.18 - Attivazione Operatori SocioSanitari (OSS) nelle cure domiciliari: attivazione di OSS per igiene/educazione a mobilitazione.	Numero di attivazioni OSS/numero attivazioni CDOM ≥4% con assegnazione di risorse dedicate.	Dato aggiornato 14/7/2025: n. 14 pazienti con assistenza OSS/n. 357 pz complessivi (3,9%) - Tipologia di assistenza: igiene, mobilitazione, addestramento nuove badanti, supporto al personale infermieristico per la gestione di utenti complessi.	95%

LO SVILUPPO DELLE CURE DOMICILIARI 2

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
Scheda n.19 - Valutazione qualità dei servizi C-DOM, CP-DOM, IFeC. 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	Realizzazione e informatizzazione della customer satisfaction entro 31/12/2025 - Programmazione di survey customer e applicazione dal 31/12/2025 - Collaborazione con F.URP	Customer satisfaction realizzata , in attesa di informatizzazione da parte del Servizio competente.	50%
Scheda n.20 - Sviluppo cure domiciliari e presa in carico ultra 65 aa. Spostamento delle attività inerenti la fase di valutazione, e in parte di erogazione, presso le Case di Comunità e implementazione della presa in carico diretta da parte delle Cure Domiciliari aziendali.	N° utenti >65aa presi in carico in ADI 2025 >= target regionale da ripartire e riassegnare ai Direttori di Distretto - N° accessi in PS di pazienti in ADI 2025 <= N° accessi in PS di pazienti in ADI 2024 (base dati ATS su cluster confrontabili).	Monitoraggio costante dei dati relativamente a N° utenti >65aa presi in carico in ADI 2025, al momento le previsioni inducono a ritenere l'obiettivo raggiungibile; il dato relativo al secondo indicatore appartiene ad ATS Brianza: nel primo trimestre 2025 ci sono stati n.3231 accessi di pazienti ADI nei PS, nello stesso periodo del 2024 gli accessi sono stati n.3228 (a fronte di un aumento dei pazienti ADI perchè nel 2025 sono n.13099, mentre nel 2024 sono n.11594) N.B. non è stato possibile rilevare se tra il numero di accessi in PS tutti sono considerati appropriati (da escludere codici Bianchi e Verdi).	50%

LA PRESA IN CARICO DEI CRONICI E DEI FRAGILI 1

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
<u>Scheda n.21 - Progetto regionale sviluppo di percorsi oncologici ospedale-territorio.</u> Nello specifico, il progetto è rivolto a pazienti oncologici affetti da tumore alla mammella, tumore alla prostata metastasico e tumore al colon e si suddivide in tre parti. 1. condivisione del follow-up tra MMG e oncologo ospedaliero; 2. dispensazione di farmaci in Casa di Comunità tramite IFeC; 3. Gestione in CdC nell'ambulatorio IFeC di stomie e medicazioni.	Relazione contenente le seguenti evidenze: 1. Numero pazienti aderenti al progetto pilota/ numero di soggetti eleggibili; 2. Numero pazienti che ritornano in visita dallo specialista in una visita non programmata/ numero di pazienti aderenti al progetto pilota	Progetto inizialmente avviato solo con la SC Oncologia di Vimercate, per la SC di Desio sono in corso incontri formativi con il personale per dare seguito agli arruolamenti dei pazienti candidabili dopo la prima fase sperimentale consolidata - Sono stati identificati n.5 pazienti eleggibili al progetto che hanno aderito volontariamente allo stesso; nessuno dei candidati ha avuto la necessità di essere rivisto dal medico oncologo prima del programma pianificato.	50%
<u>Scheda n. 22 - Presa in carico congiunta con i MMG dei pazienti con carcinoma mammario e carcinoma del colon-retto in follow up.</u> 1. Definizione e condivisione di linee guida e strumenti di comunicazione tra i professionisti coinvolti per la gestione del follow-up dei pazienti definiti sopra 2. Gestione condivisa del percorso dell'assistito mediante l'utilizzo della rete informatica 3. Pianificazione della metodologia condivisa.	Validazione del progetto in Comitato Aziendale e definizione del distretto/distretti di avvio entro aprile 2025 -Applicazione del progetto da maggio 2025 e relazione contenente le seguenti evidenze: 1. n° MMG interessati/ n° MMG del territorio di riferimento; 2. n° di pazienti coinvolti/n° dei pazienti affetti dalle patologie in Follow-up seguiti in Oncologia; 3. Customer Satisfaction pazienti	Approvato in sede di Comitato Aziendale l'aggiornamento del progetto con richiesta da parte delle OO.SS di estensione anche ad IRCCS San Gerardo e introduzione del teleconsulto in sostituzione dell'impiego della rete informatica di ASST. Applicazione subordinata al rilascio della piattaforma di telemedicina da parte di RL	30%
<u>Scheda n. 23 - Integrazione ospedale-territorio in ematologia.</u> Collaborazione tra specialista di Casa di Comunità e specialista ospedaliero per quesiti ematologici.	Relazione contenente le seguenti evidenze: 1. Richieste con quesito ematologico in CdC da MMG >= 40% - Almeno 2 incontri con MMG nel 2025 e 2026 per valutazione andamento del progetto, discussione casi complessi e modalità di valutazione a distanza.	Approvato in sede di Comitato Aziendale (7 maggio c.a.) l'aggiornamento del progetto con introduzione del teleconsulto in sostituzione dell'impiego della rete informatica di ASST. Applicazione subordinata al rilascio della piattaforma di telemedicina da parte di RL	50%

LA PRESA IN CARICO DEI CRONICI E DEI FRAGILI 2

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
<u>Scheda n.24 - Integrazione ospedale-territorio per la chirurgia ambulatoriale minore.</u> Il progetto è rivolto all'area Ovest di ASST Brianza (ex- Dip. chirurgico ovest, CdC di Giussano) e prevede: ilnvio da parte dei medici chirurghi ospedalieri all'ambulatorio infermieristico della Casa di Comunità (per rimozione punti, medicazioni avanzate o complesse, sostituzione di catetere vescicale, infusione di farmaci o liquidi) e possibilità di prenotare da CdC di Giussano su agenda di chirurgia ambulatoriale di Desio e Carate per rivalutazione. Coinvolge il Distretto di Seregno, le Strutture di Anestesia e Rianimazione e le Strutture chirurgiche di Desio e Carate.	Relazione contenente le seguenti evidenze: 1. N° pazienti presi in carico dall'ambulatorio IFeC della CdC Giussano/ N° totale dei pazienti presi in carico dagli ambulatori chirurgici dei presidi di Carate e Desio 2. N° pazienti presi in carico dall'ambulatorio IFeC della CdC Giussano con necessità di rivalutazione chirurgo ospedaliero/N° totale dei pazienti presi in carico in CdC Giussano.	<u>Chirurgia</u> : è stata definita la procedura con Direttore di Dipartimento che prevede ancora un completamento tecnico - <u>Ortopedia-Urologia-Otorinolaringoiatria</u> : CdR non coinvolti si concorda di sterilizzare l'obiettivo	Chirurgia Generale : 80%
<u>Scheda n.25 - Progetto di dimissione accompagnata dopo un ricovero ospedaliero per sindrome coronarica acuta o scompenso cardio-circolatorio acuto (progetto DIMACC).</u> Il progetto è rivolto all'area distrettuale ovest (Desio, Carate e Seregno) e prevede l'organizzazione di un follow-up strutturato della durata di 1 anno dopo la dimissione in ambulatori cardiologici territoriali.	Relazione contenente le seguenti evidenze: 1. Numero pazienti presi in carico in DIMACC/numero totale di pazienti dimessi da Cardiologia e UTIC Desio 2. Numero accessi al PS e ricoveri ospedalieri pazienti presi in carico 3. DIMACC/numero accessi PS e ricoveri ospedalieri per tutti i pazienti con SCA e SCC dimessi dalla Cardiologia/UTIC Desio	Progetto avviato in continuità con precedenti annualità. Il progetto è coordinato dalla Cardiologia di Desio.	50%

SVILUPPO TELEMEDICINA 1

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
Scheda n.26 - Sviluppo telemedicina. Mappatura dell'organizzazione aziendale per la gestione dei servizi di telemedicina - Implementazione delle regole e degli standard di processo e di sistema per l'utilizzo ottimale dei servizi di telemedicina.	Attivazione di almeno un progetto di telemedicina in ambito Cure Primarie con utilizzo della piattaforma regionale	Piattaforma non ancora disponibile. Definita prima progettualità : "teleconsulto MMG e specialista ematologo" quale estensione del progetto già in essere riguardante la collaborazione tra specialista ospedaliero e specialista di CdC. Progettualità approvata in sede di comitato aziendale con inserimento di un MMG nel team di telemedicina. Per obiettivi DG considerare due progetti (in corso definizione progettualità).	35%
Scheda n.27 - Trattamento tele-riabilitativo DSA. Nello specifico: incremento dei trattamenti teleriabilitativi, che hanno la possibilità di garantire una frequenza maggiore dell'intervento e trattamenti ad hoc per le esigenze di ciascun paziente	Progetto avviato entro 30/9 - Incremento del 30% del numero di accessi che usano la piattaforma Ridinet nel trattamento dei DSA (dato storico 2024 = 24 pazienti); target >= 32 pazienti	Progetto avviato - N.16 nuovi accessi / 32 - Previsti altri 25 accessi da settembre.	100% Telemedicina 50% NPJA
Scheda n. 28 - Trattamento tele-riabilitativo specialistico. Presa in carico a seguito di acuzie neurologiche o post-chirurgiche che esitino in deficit funzionali passibili di recupero; 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.	Relazione contenente le seguenti evidenze: 1. riduzione tempi di attesa per presa in carico ambulatoriale; 2. riduzione tempi di degenza in Riabilitazione 3. maggior efficacia terapeutica con utilizzo di tecnologie innovative 4. miglior compliance del pz per l'ottimizzazione dei tempi e per la maggior responsabilità riguardo il proprio percorso di cura - Riabilitazione: n.° pz. presi in carico per riabilitazione domiciliare >= 50	Progettualità definita. Consegna dispositivi home TT non ancora avvenuta. Rivalutazione indicatore	30%
Scheda n.29 - Presa in carico in telemedicina del paziente cardiopatico. A seguito della selezione dei pazienti e della condivisione del percorso con il MAP, il progetto prevede la presa in carico tramite visita di inizio percorso, colloquio con infermieri per definire il piano operativo e il coinvolgimento dei caregiver.	Progetto avviato entro 30/9	Progetto avviato	100%

SVILUPPO TELEMEDICINA 2

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
<u>Scheda n.30 - Presa in carico in telemedicina del paziente respiratorio cronico.</u> Nello specifico: dopo aver selezionato i pazienti e aver condiviso il percorso con il MAP, il progetto prevede la presa in carico da parte dell'IFeC e la televisita con lo specialista pneumologo	Progetto avviato entro 30/9 - numero pazienti >= 20 per distretto	Pazienti "selezionati secondo i criteri" con visite prenotate dal mese di settembre - <u>Pneumologia</u> : in relazione agli obiettivi DG per televisite (10% delle visite di controllo) rivalutazione obiettivo e indicatore.	50%
<u>Scheda n.31 - Presa in carico in telemedicina del paziente affetto da ictus ischemico.</u> Dopo aver selezionato i pazienti e aver condiviso il percorso con il MAP, il progetto prevede la presa in carico da parte dell'IFeC e la televisita con lo specialista neurologo.	Telemedicina : Progetto avviato entro 30/9 Neurologia : numero pazienti presi in carico >= 20% dei degenti per ictus ischemico	Progetto avviato (2 pazienti valutati in telemedicina) <u>Neurologia</u> : in relazione agli obiettivi DG per televisite (10% delle visite di controllo) rivalutazione obtv /indicatore.	Telemedicina 100% Neurologia 30%
<u>Scheda n.32 - Presa in carico in telemedicina del paziente con diabete mellito.</u> 1. Selezione dei pazienti portatori di sensore 2. Contatto con il MAP per la condivisione del percorso 3. Avvio dell'attività di telemedicina 4. Eventuali visite domiciliari da parte dell' IFeC 5. Programmazione telemedicina 6. Pianificazione e realizzazione del percorso formativo tra i professionisti coinvolti.	Telemedicina : progetto avviato entro 30/9. Distretti : secondo semestre: N° pazienti presi in carico nel primo anno / n° pazienti eleggibili >= 30%	Progetto avviato - In relazione ai nuovi obiettivi DG per televisita e teleconsulto rimodulazione target	Telemedicina 100% Distretti 30%
<u>Scheda n. 33 - Sviluppo del modello regionale di presa in carico del paziente cronico.</u> Nello specifico, si prevede l'attuazione della DRG n.XII/1827/24, la quale fornisce indicazioni per una revisione del modello di presa in carico dei pazienti cronici e fragili.	Relazione che contenga evidenze riguardanti l'ampliamento dell'offerta sul territorio, gli 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 (base dati ATS su cluster confrontabili) in attesa di target regionale	Hanno aderito alla PIC n. 242 MMG con la pubblicazione di n.32052 PAI	50%
<u>Scheda n. 34 - Abbattimento liste d'attesa pazienti cronici con la telemedicina.</u> Nello specifico: maggior utilizzo del teleconsulto, telemonitoraggio e telerefertazione con l'obiettivo di ridurre la lista d'attesa per l'espletamento delle prestazioni contenute nei PAI dei pazienti cronici	Obiettivo conseguente all'intervento 26 propedeutico ai risultati attesi per l'intervento 34	Obiettivo conseguente alla scheda intervento n. 26	35%

AREA MATERNO INFANTILE 1

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
Scheda n. 35 - Progetto di assistenza alla gravidanza a basso rischio (BRO). Presa in carico da parte dell'ostetrica delle gravidanze che presentano un decorso fisiologico, sia durante la gravidanza sia durante il puerperio	Relazione contenente evidenze riguardanti: 1. numero donne coinvolte, 2. numero questionari di soddisfazione; 3. numero di incontri al tavolo di coordinamento ospedale - territorio	H.Carate : n.17 donne coinvolte, in corso di definizione la customer, n.3 incontri al Tavolo di Coordinamento H/Territorio - H. Desio : n.74 donne coinvolte, in corso di definizione la customer, n.3 incontri al Tavolo di Coordinamento H/Territorio - H.Vimercate : n.40 donne coinvolte, in corso di definizione la customer, n.3 incontri al Tavolo di Coordinamento H/Territorio - Consultori Familiari : effettuati incontri con URP per rimodulazione customer	50%
Scheda n.36 - 1000 Days: The Wecare Generation. Screening precoce delle famiglie vulnerabili, con visite domiciliari alle donne nei primi 3 anni di vita del bambino	1. Aumento della copertura dello screening e del supporto psicologico e ostetrico alle famiglie 2. Riduzione delle patologie associate agli ACE, incluse meno complicanze al parto e una riduzione dei parti prematuri, come evidenziato dalla letteratura scientifica 3. Miglioramento del benessere psicosociale delle famiglie 4. Risparmio a lungo termine per il sistema sanitario, con meno accessi al pediatra di base e meno visite al Pronto Soccorso. SSD Neonatologia : attivazione ambulatorio di follow-up del neonato fragile entro il 31/5/2025, report attività/pazienti/casistiche gestiti in ambulatorio nell'anno inviato al DSS/DS entro 15/1/2026	H Carate / H Desio / H Vimercate : somministrazione ACE a tutte le gravide del booking , attivazione guardia pediatrica 1 volta/settimana su 3 postazioni - Neonatologia : apertura ambulatorio FU neonato fragile (2 sedi su3) - C.F. somministrazione ACE, interventi home visiting ostetrico 100%, interventi psicologici 50% - NPIA e Psicologia Clinica : incremento madri in carico previsto del 10%, (obiettivo 33 madri, attuali 40 - obtv raggiunto 100%)	CF 50 % Neonatologia NPIA Psicologia Clinica: 100%
Scheda n.37 - Neogenitori all'aperto. Organizzazione di incontri per gruppi di genitori (bambini della fascia 0-3 anni) nei parchi comunali, allo scopo di sviluppare le risorse personali e familiari in questa fase del diventare genitori.	Relazione contenente le seguenti evidenze: 1. Coinvolgimento di almeno 1 Comune per ogni Distretto; 2. Realizzazione di almeno 1 gruppo di 10 genitori per ogni Distretto; 3. Questionario di Customer di gradimento (questionario di soddisfazione 70% di gradimento/totale dei partecipanti) - definizione del questionario in collaborazione con URP	1) coinvolgimento 1 comune per distretto - in corso; 2) creazione gruppi di genitori 100%; 3)creazione del questionario in collaborazione con l'URP (a Settembre si svolgerà la II parte del progetto) (50%)	50%
Scheda n.39 - Nonni e nipoti: Programma sviluppo abilità nonni. Organizzazione di incontri di gruppo e apertura di uno sportello dedicato ai nonni, per aiutarli nell'assumere un ruolo di attiva partecipazione nell'ambito familiare	Primo semestre: 1. Apertura degli sportelli dedicati nei 4 Distretti per consulenze ai familiari; 2. Attivazione gruppi nonni nei 4 Distretti; 3. Questionario di gradimento	1) apertura sportelli dedicati 100%; 2) attivazione gruppi nonni al momento solo in 3 Distretti (Desio, Lissone e Seregno) (75%); 3) questionario di gradimento 100%.	90%

AREA MATERNO INFANTILE 2

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
Scheda n.40 - #UP: percorsi per crescere alla grande. Realizzazione di percorsi educativi personalizzati e flessibili per l'accompagnamento di preadolescenti, adolescenti e giovani in condizioni di disagio e delle loro famiglie. Ciascun percorso prevede l'erogazione di prestazioni personalizzate e l'accompagnamento e il monitoraggio del paziente da parte di un care manager	Relazione contenente evidenze riguardo al numero utenti raggiunti che dichiarano un miglioramento nell'accessibilità, qualità e/o efficacia dei servizi	Il questionario di gradimento viene somministrato solo al termine dell'intervento (si prevede per la fine dell'anno la conclusione di n.31 percorsi)	20%
Scheda n.41 - Supporto psicologico progetto giovani 14-25 anni. 1. creazione di percorsi specifici e individuali nel contesto di vita del giovane; 2. sensibilizzazione del territorio per prevenire il disagio giovanile; 3. Integrazione con la rete sociale; 4. Incremento della qualità di cura, attraverso una presa in carico multidimensionale	N° percorsi specifici attivati >= 10. Relazione al 31/12/2025 sui risultati raggiunti in termini di implementazione del progetto, costituzione della rete interistituzionale, attori coinvolti e numero contatti con soggetti 14-25 anni nel 2025	C.F.- Psichiatria est e ovest - Dipendenze - Psicologia Clinica : dato invio = 90% - procedura, rete istituzionale, definizione database e foglio raccolta prestazioni in via di completamento - NPIA : n. 26 percorsi attivati (obtv ragg. 100%)	80%
Scheda n. 42 - Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione (P.I.P.P.I.). Collaborazione per la parte di competenza al programma e partecipazione alle attività di programmazione, monitoraggio e valutazione dello stato di implementazione di esso.	Assegnazione obiettivo alle strutture coinvolte per attività propedeutiche.	Individuati referenti aziendali P.I.P.P.I.; effettuata riunione dei referenti con analisi dati e definita programmazione futura (incontro con Ambiti per monitoraggio progettualità).	90%
Scheda n. 44 - Insieme alle donne vittima di violenze e ai loro figli. Un progetto sperimentale. Integrazione con la rete di offerta sociale del territorio, servizi di pronto intervento all'interno delle strutture, percorsi di formazione per operatori, supporto psicologico e sociale rivolte alle donne vittime di violenza	Psicologia Clinica 2025 : relazione contenente le seguenti evidenze: - Numero di valutazioni con esito di presa in carico individuale o di gruppo; - Numero di accessi all'ambulatorio: 10/settimana, con psicologo dedicato per 16 ore/settimana (attività diretta: 60% sul totale delle ore dello psicologo) - C.F.2025 : Relazione contenente le seguenti evidenze: 1. 80% donne (Consultori) e 95% minori (Psicologia Clinica) prese in carico/numero richieste di aiuto presentate; 2. 80% partecipazione degli operatori dei servizi coinvolti agli eventi formativi realizzati; 3. 80% interventi in ambito scolastico realizzati/rispetto alle richieste pervenute (Psicologia di Comunità)	Psicologia Clinica : 12 valutazioni effettuate (obiettivo in corso 50%), numero accessi: 30% (si prevede il raggiungimento del 60% entro il 31/7/25) - C.F. : 1) 100% donne e minori presi in carico; 2) 100% operatori coinvolti, diverse attività formative sono ancora in corso	Psicologia Clinica: 40% - C.F. 100% - Media: 70%

AREA MATERNO INFANTILE IRCCS

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
Scheda n.38 - Supporto alla genitorialità: ampliamento e rafforzamento di tutte le attività contenute nel "percorso nascita" e attivazione di gruppi di sostegno in ambito consultoriale	Customer utenti; n°utenti presi in carico/n° utenti che presentano richiesta di presa in carico; valutazione dell'equipe multidimensionale e trasversale ai servizi sul progetto	Da ottobre 2024 a giugno 2025 sono state realizzate le seguenti progettualità: Nasce un genitore, Te lo dico con una storia, Ora sei qui, Il cortile dei papà, Il cortile dei nonni, Mamme e papà si incontrano, Il gioco: Totale persone raggiunte: n.201. Sono state accolte tutte le richieste di partecipazione pervenute. Analisi delle customer: il 98% delle persone ha espresso una valutazione di «molto soddisfatto». Le progettualità realizzate dal Centro Famiglia Edo Parma in collaborazione con i Consultori di Monza sono concluse; si è in attesa di eventuale rifinanziamento regionale.	100%
Scheda n.43 - Progetto Generare Relazioni non violente - IRCCS San Gerardo: realizzare percorsi psicologici e psicoterapeutici rivolti alle donne vittime di violenza, presa in carico precoce dei minori e attivazione di percorsi rivolti agli adolescenti in ambito scolastico, stesura procedura aziendale per IRCCS San Gerardo	2025/2027: n° soggetti presa 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	Da gennaio al 30 di giugno 2025 sono stati realizzati n. 68 percorsi di sostegno psicologico/psicoterapia rivolti alle donne vittime di violenza (in ambito consultoriale e psicologia clinica), n. 9 sono le donne che hanno partecipato al percorso di gruppo realizzato in ambito consultoriale, n. 1 percorso è stato attivato nell'ambito del CPS. n. 17 sono le valutazioni e relative prese in carico dei minori vittime di violenza assistita nell'ambito del Progetto ETIM. Inoltre è stato attivato un gruppo di supporto psicologico rivolto a 4 minori vittime di violenza assistita. Il 19 maggio 2025 è stato avviato il servizio antiviolenza all'interno del PS generale ed ostetrico IRCCS (n. 5 sono state le prese in carico da maggio a giugno 2025). E' in fase di ultimazione e di validazione la procedura aziendale che descrive le modalità di presa in carico delle donne vittime di violenza nei servizi della Fondazione IRCCS San Gerardo. Tutte le richieste di sostegno sono state accolte e prese in carico.	80%
Scheda n.45 - Non da soli nell'esperienza del lutto - IRCCS San Gerardo: strutturare percorsi e gruppi per supportare persone che stanno vivendo un'esperienza di lutto	2025/2027: n° soggetti presa in carico/ n°utenti che presentano richiesta di aiuto, customer utenti	Il gruppo di sostegno psicologico rivolto alle persone che vivono una condizione di lutto ha visto la partecipazione di n. 20 persone nell'arco dei primi sei mesi del 2025. Alcune delle persone che hanno frequentato il gruppo hanno anche potuto usufruire di percorsi individuali di sostegno per favorire l'elaborazione del lutto. Tutte le richieste di sostegno sono state accolte e prese in carico.	80%

AREA SALUTE MENTALE – NPIA

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
<u>Scheda n. 46 - Progetto centri diurni (CD) adolescenti.</u> Nello specifico: realizzazione di un centro diurno specifico per adolescenti, organizzato in modo da poter garantire agli utenti interventi personalizzati 5 giorni alla settimana	Relazione che contenga evidenze rispetto alla realizzazione di un CD specifico per adolescenti; N. adolescenti che afferiscono al CD	Verifica spazi per CD	0%
<u>Scheda n. 47 - Implementazione CD Lissone e Besana con gruppi per minori con disturbo dello spettro autistico (ASD).</u> Attivazione di gruppi per bambini/ragazzi con autismo o che hanno già effettuato un percorso intensivo di un anno, con lo scopo di offrire loro un trattamento continuo e specifico terapeutico-riabilitativo	Relazione contenente le seguenti evidenze: 1. gruppi bambini tra 5 e 7 anni post-dimissioni percorso individuale autismo >= 2 gruppi; 2. gruppi bambini/ragazzi tra 8 e 14 anni con autismo ad alto funzionamento >= 4 gruppi	2 gruppi 5-7 anni, 4 gruppi 8-14 anni attivati	100%
<u>Scheda n.48 - Realizzazione e accreditamento CD Distretto di Desio.</u> Incremento dei gruppi riabilitativi e 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.	Nuovi gruppi attivati >= 10 gruppi	8 gruppi/10 attivati. Non accreditamento	80%
<u>Scheda n.49 - Revisione percorsi per la certificazione dell'alunno disabile.</u> 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.	1. Creazione gruppo di lavoro entro 30/4 - 2. Analisi dei percorsi e delle tipologie di certificazione entro 30/6 3. Progetto di riorganizzazione con semplificazione del processo entro 30/9 4. Sperimentazione (4° trim.) 5. Avvio entro 1/1/2026	<u>NPIA - Psicologia Clinica</u> : 1. creato gruppo di lavoro, 2. Analisi percorsi effettuata. Iniziato progetto riorganizzazione	50%

AREA SALUTE MENTALE – NPIA IRCCS

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
Scheda n.50 - Ambulatorio ADHD minori: realizzare un ambulatorio dedicato all'ADHD nell'IRCCS San Gerardo, finora mancante	2025/2027: apertura ambulatorio, riconoscimento come centro prescrittore, n° di minori diagnosticati, n° minori in carico	Avvio di un ambulatorio specifico attualmente per valutazione e diagnosi per l'ADHD e partecipazione al progetto regionale G21, in collaborazione con le altre aziende ospedaliere dell'ATS Brianza. Avvio di un triage da parte della psicologa e la compilazione di un questionario da parte dei genitori per orientare meglio gli utenti e ridurre il numero di passaggi necessari per l'accesso ai servizi. Il percorso diagnostico avviene successivamente come da linea guida regionale. Creazione database comune a tutti i servizi del nostro territorio. Attualmente in carico n. 21 pazienti. Avviate n. 30 nuove valutazioni in totale.	80%
Scheda n.51 - Percorsi di arteterapia: realizzare percorsi di arteterapia, musicoterapia e movimento terapia per adolescenti con disagio e/o psicopatologia	2025/2027: customer utenti; n° soggetti raggiunti; valutazioni cliniche	Nel periodo gennaio - giugno 2025 sono stati attivati n. 2 percorsi di Arteterapia: il primo Yoga terapia che ha visto la partecipazione media di n. 8 partecipanti per un totale di n. 22 incontri condotti da 2 terapisti della riabilitazione, il secondo Musicoterapia ha visto la partecipazione media di n. 8 partecipanti per un totale di 24 incontri condotti 1 musicoterapeuta, 1 infermiere e 1 terapeuta della riabilitazione.	80%
Scheda n.52 - Costituzione nucleo funzionale DSA: costituire nuclei funzionali DSA per la promozione delle attività di screening e di individuazione precoce dei segnali predittivi di DSA nelle scuole, favorendo invii mirati alla UONPIA per la diagnosi precoce	2025/2027: n° scuole coinvolte, n° soggetti che hanno usufruito di attività di potenziamento, n° invii in UONPIA e loro appropriatezza	In continuità con il lavoro del 2024, si è consolidato il lavoro di rete tra IRCCS, referenti regionali del NF DSA e Ufficio Scolastico Territoriale. Sono stati effettuati tre incontri con gli istituti scolastici di competenza territoriale che hanno aderito al progetto. Negli incontri con i Case Manager sono state presentate le situazioni di bambini meritevoli di approfondimento clinico, a seguito del potenziamento a scuola. Si è stabilita una priorità clinica secondo le criticità segnalate. Sono state avviate n.6 consultazioni psicodiagnostiche nel mese di giugno e programmate n. 3 per il mese di settembre.	80%

AREA SALUTE MENTALE – PSICHIATRIA

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
Scheda n. 53 - Ambulatorio ADHD adulto. Creazione di un ambulatorio di secondo livello multidisciplinare per l'inquadramento diagnostico e la definizione di un trattamento specifico per l'ADHD dell'adulto; effettuazione di colloqui con le famiglie.	1. n° di persone indirizzate all'ambulatorio >=10; 2. n° persone diagnosticate/n° persone inviate all'ambulatorio >= 60%; 3. n° schede di follow up comilate/n° persone diagnosticate >= 90%	Progetto avviato - Psichiatria est e ovest : la ancora bassa appropriatezza degli invii è messa nella media con un numero di invii già in target	80%
Scheda n.54 - D.N.A.: Ambulatorio integrato e potenziamento pediatrie. 1. Creazione di un ambulatorio integrato 14-25 anni presso il PO di Desio, con equipe multiprofessionale dedicata per la valutazione diagnostica e la presa in carico di ragazzi con disturbi della nutrizione e alimentazione (DNA); 2. Potenziamento delle pediatrie di Desio e Vimercate, con implementazione di ricoveri ordinari e in DH di minori dai 12 anni con DNA	1. pazienti minorenni presi in carico presso l'ambulatorio >= 15; pazienti adulti presi in carico >=10 (calcolato al 31/12/2025) (Psichiatria e NPI) 2. numero giornate di Day Hospital presso la SC Pediatria Desio >= 30 giorni (Pediatria Desio) 3. numero ricoveri di minori presso la SC Pediatria Desio >= DATO OSSERVATO con rendicontazione annuale (storico 2024 = 8) (Pediatria Desio)	Pediatria Desio: DH 26gg (target: 30gg) = 85% - Ricoveri n.6 (target: 10gg) = 60% - media dei due indicatori = 70% - NPIA: minori in carico 18 vs target =15 (100%), adulti in carico 7 vs target =10 (70%), DH 26gg vs target = 30 (86%), ricoveri 6 vs target 10 (60%) - media tra gli indicatori 80% - Psichiatria est e ovest - NPIA: media tra le percentuali relative agli indicatori: 1.100% - 2.60% - 3.86% - 4. 60% (media 76%)	Media Strutture coinvolte : 76%
Scheda n. 55 - Implementazione Tavoli salute mentale. Nello specifico: Implementazione di tavoli specifici sulla salute mentale a livello degli ambiti	Relazione contenente le seguenti evidenze: 1. Attivazione di un tavolo per ogni ambito (Carate, Vimercate, Desio, Seregno); 2. N. incontri annuali per ogni ambito >= 1 incontro/trimestre	Attivati i tavoli di salute mentale in tutti i Distretti: effettuati almeno due incontri per ciascun distretto (rag obtv 100% su 1 indicatore). Effettuati incontri previsti nel 1 semestre (rag. obtv 50% su 2 indicatore).	75%
Scheda n.56 - Tavoli di salute mentale: Ambito e Distretto di Monza. Nello specifico: collaborazione con la Fondazione IRCCS San Gerardo per la condivisione di attività programmatiche per un governo efficace delle domande di salute mentale e la conseguente organizzazione dell'assistenza primaria erogata dai servizi territoriali	Relazione riguardante le seguenti evidenze: attivazione di un tavolo sulla Salute Mentale con Ambito e Distretto di Monza; formalizzazione con le Direzioni strategiche, definizione delle tematiche da affrontare, presentazione alla prima convocazione utile all'Assemblea dei Sindaci; n°incontri/anno	il Tavolo SM ambito/distretto di Monza è stato costituito in data 19/05/2025. Sono state definite le aree di intervento, la cadenza degli incontri (ogni 2 mesi), l'estensione alla partecipazione alla SC Dipendenze ASST Brianza e CdC Distretto di Monza, ed è stata fissata la data del prossimo incontro.La costituzione del Tavolo è stata formalizzata dall'Assemblea dei Sindaci del Distretto di Monza (5.6.2025) e con mail a DSS Aziendale e a DG IRCCS (13.6.2025).	90%

AREA SALUTE MENTALE - DIPENDENZE

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
<u>Scheda n. 57 - Punti di ascolto nelle CdC.</u> 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.	Relazione contenente le seguenti evidenze: 1. Apertura di un punto di ascolto almeno in una CdC per ogni distretto; 2. Almeno 20 accessi annui per punto di ascolto	Aperto 1 punto di ascolto in una 1 CdC per ognuno dei 5 Distretti (Lissone, Giussano, Cesano M., Monza, Vimercate) –al 30 giugno gli accessi totali ai punti di ascolto sono stati 55 sui 100 previsti per il 2025	60%
<u>Scheda n. 58 - Progetto telemedicina applicata al trattamento delle dipendenze patologiche.</u> Utilizzo della telemedicina (teleconsulto, televisita, telemonitoraggio) per soggetti sofferenti per problematiche legate all'uso di sostanze, alcol, comportamenti di addiction e loro familiari.	Partecipazione alla formazione di almeno il 50% degli operatori per ciascuna sede afferente alla SSD Dipendenze; raggiungimento di un target minimo di prestazioni per operatore (minimo 3)	Si è dato avvio alla formazione di almeno il 50% degli operatori: al 30 giugno sono stati formati 23 operatori sui 36 (50% degli effettivi attuali). Per l'attività di telemedicina si attende la preparazione della piattaforma aziendale che risponda ai criteri di sicurezza previsti.	40%

AREA SALUTE MENTALE – DISABILITA'

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
<u>Scheda n. 59 - Ambulatorio disabilità, Autismo a basso funzionamento (ADABF).</u> Creazione di un ambulatorio dedicato a pazienti maggiorenni con disabilità intellettiva o autismo a basso funzionamento, con il fine di offrire un intervento specifico di valutazione clinica e impostare una cura farmacologica mirata; indirizzare le persone agli specialisti competenti; fornire supporto ai famigliari; favorire inserimenti socio-riabilitativi sul territorio	Relazione con le seguenti evidenze: 1. azioni per l'attivazione dell'Ambulatorio: composizione équipe multidisciplinare; definizione modalità di accesso; predisposizione Procedura Operativa e Carta dei servizi. 2. n° valutazioni con esito di presa in carico multidisciplinare 3. n° di accessi all'ambulatorio > 30	Costituita équipe; redatta procedura; attivazione agende (primo accesso 18.07)	30%
<u>Scheda n. 60 - Implementazione servizio DAMA.</u> Creazione di un servizio che faccia "da ponte" tra le strutture residenziali, il Pronto Soccorso e gli ambulatori di ambito medico e chirurgico per persone affette da disabilità	Relazione con le seguenti evidenze: a) azioni per l'attivazione di accessi ospedalieri presso il P.O. Desio secondo percorsi dedicati "DAMA" degli ospiti disabili residenziali in carico alla SC Disabilità b) n° di accessi ambulatoriali secondo percorso dedicato "DAMA"/ n° ospiti residenziali con patologie mediche specifiche	Attivi percorsi dedicati con servizi ospedalieri (Epilettologia, Radiologia, Odontoiatria Sp., Cardiologia ECG on line); predisposto file di rendicontazione accessi	100%
<u>Scheda n.61 - Riqualificazione reparto Montessori Corberi.</u> Predisposizione di un documento contenente alternative progettuali dei possibili interventi di riqualificazione del Padiglione Montessori	Documento approvato da ASST Brianza	Bozza documento. Da integrare GTP; discussione e approvazione GdL	50%

AREA SALUTE MENTALE - PSICOLOGIA CLINICA

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
Scheda n. 62 - Consolidamento ETIM. Aggiornamento del Protocollo del modello organizzativo ETIM (Equipe Territoriale Integrata Minori) e consolidamento dell'attività in ciascun servizio coinvolto	1. N° piani individuali per soggetti presi in carico dagli specialisti/N° piani individuali proposti dall'Equipe ETIM = 1 - 2. N° piani individuali completati nei tempi previsti dal protocollo >= 80% (6+2 = 8 mesi) 3. N° totale delle valutazioni effettuate nell'anno	In corso aggiornamento del Protocollo. Psichiatria est e ovest: dati in proiezione al 100% a fine anno (attuale 75%) - NPIA: piani individuali proposti=piani completati entro 8 mesi>80% (obtv 100%) - Dipendenze - Psicologia Clinica -CF: piani individuali proposti=piani completati entro 8 mesi>80% dati in proiezione al 100% a fine anno (obtv ragg.75%).	NPIA 100% - Altre Strutture coinvolte : 75% - Media: 79%
Scheda n.63 - Ambulatorio di psicoterapia dipartimentale integrato e trasversale. Nello specifico: Integrazione e implementazione dei due ambulatori di Psicoterapia già esistenti nella ASST e coordinamento delle attività psicoterapeutiche già in essere presso i servizi del DSMD	Avvio e monitoraggio nel 2026	-	-
Scheda n.64 - Ambulatorio di psicopatologia digitale (APD). Ambulatorio specifico di valutazione e di trattamento ai pazienti con utilizzo problematico da tecnologie/software digitali, con l'obiettivo di evitare lo sviluppo di dipendenze e l'aggravarsi di sintomi psicopatologici; attività di sensibilizzazione.	Realizzazione di attività propedeutiche (reclutamento risorse e analisi dati); avvio dell'ambulatorio; incontri di formazione >= 3; relazione finale con indicatori di attività: 1. n° richieste prese in carico e analisi della provenienza; 2. n° valutazioni effettuate >=35; n° prese in carico individuali >=10; n° prese in carico di gruppo >=15; n° prese in carico di gruppo psicoeducativi per genitori (>= 25 e max 40)	Completato reclutamento delle risorse e predisposizione materiale documentale utile per l'avvio dell'Ambulatorio - Effettuato screening interno – Avvio delle prese in carico (n.4 pz.)	50%
Scheda n.65 - Programmi rivolti agli autori o potenziali autori di violenza. Realizzazione del CUAV (Centro Uomini Autori di Violenza) della Brianza, attraverso la costituzione di equipe multidisciplinari e loro formazione, accoglienza e colloqui di valutazione, presa in carico, valutazione del rischio di recidive. Ente capofila ASST Brianza in partnership con IRCSS San Gerardo, ASST Lecco, Consorzio Desio Brianza e in rete con tutti gli stakeholders del territorio.	Realizzazione di attività propedeutiche (reclutamento risorse e formazione degli operatori); avvio dell'ambulatorio; relazione finale con indicatori di attività: 1. n° uomini presi in carico >= 10 (su target biennale di 30)	Reclutate risorse ed effettuata formazione degli operatori del territorio e degli operatori dei CUAV (60 ore come da normativa) – Predisposizione Istruzione Operativa, modulistica per avvio ambulatorio e agende.	50%

PSICOLOGIA DI COMUNITA' E DELLE CURE PRIMARIE

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
<u>Scheda n. 66 - Sviluppo del servizio di psicologia delle cure primarie e di comunità.</u> Inserire la figura dello psicologo delle cure primarie nelle Case di Comunità (uno per ogni CdC), con un'attenzione particolare dedicata agli adolescenti e ai loro familiari. - AMBITO DI SEREGNO	1. Presenza dello Psicologo delle Cure Primarie in almeno 8 Case di Comunità 2. Agende degli psicologi aperte entro 30 giorni dalla loro assegnazione	1. in servizio 2 LP impiegati in 5 CdC; in luglio entrano in servizio altre 2 LP (60%) 2. agende aperte nell'immediato con programmazione interna (100%)	80%
<u>Scheda n.67 - Progetto individuazione precoce fragilità linguistiche.</u> Individuazione precoce di fragilità nello sviluppo linguistico; presa in carico precoce dei genitori e dei bambini con fragilità linguistica; rafforzamento della rete con il PLS.	1. n° screening effettuati >= 50 2. 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	1. programmate riunioni con AFT e rappresentanti pediatri per divulgazione iniziativa; partecipazione all'evento Nidi Fioriti Comune di Seregno (40%) 2. evoluzione positiva nell'81% dei casi trattati (100%)	70%
<u>Scheda n.68 - Educarci al rispetto nelle relazioni: intervento di prevenzione della violenza di genere.</u> Nello specifico: progetto sperimentale per promuovere un'azione volta ad intervenire sulle cause della violenza, al fine di prevenirne la manifestazione. L'intervento viene condotto con modalità attive ed esperienziali all'interno delle singole classi.	1. Sensibilizzazione alla tematica formativa proposta: ≥ 300 studenti 2. Coinvolgimento attivo di insegnanti nel progetto: ≥ 20 insegnanti 3. Assunzione di una parte attiva progettuale degli studenti nella sensibilizzazione dei peer educator: almeno 1 iniziativa per scuola	Programmati interventi in istituti scolastici del territorio; 1. studenti coinvolti: 40% - 2. insegnanti coinvolti: 70% - 3. interventi nelle scuole: 100%	70%
<u>Scheda n. 69 - Iniziative di sensibilizzazione sui temi della salute e del benessere psicofisico.</u> Nello specifico: Promozione e partecipazione a iniziative divulgative come conferenze e incontri rivolti a gruppi specifici della popolazione; Stesura di progetti e realizzazione di interventi finalizzati alla promozione di resilienza e fattori protettivi in età critiche	1. Partecipazione dei cittadini alle iniziative di divulgazione sul tema di salute e benessere psichico: ≥ 25 persone per singolo incontro 2. N° di iniziative proposte: ≥ 2 iniziative per ogni Distretto	1. partecipazione a tutti gli incontri > 25 persone; 2. numero incontri: distretto di Seregno: 50%; Distretto di Desio: 50%; Distretto di Carate Brianza: 100%; Vimercate: 0%	50%

PERCORSI DI INTEGRAZIONE TERRITORIALE E CURE PRIMARIE

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
<u>Intervento 70 - Prevenzione delle complicanze del piede diabetico.</u> Nello specifico: Erogazione di un monitoraggio con interventi di diagnosi precoce ed educazionali; utilizzo di strumentazione a basso impatto tecnologico.	Progetto in Comitato Aziendale della Medicina Generale: supporto al ciclo di performance con rendicontazione trimestrale secondo form predefinito	Approvato in sede di Comitato Aziendale (Sedute del 9 aprile e 7 maggio c.a.) l'aggiornamento del progetto. Calendarizzato Comitato in data 19 settembre c.a. con nuova apertura portale di rendicontazione Piede Diabetico tra i punti all'OdG	70%
<u>Intervento 71 - Gestione integrata della vulnologia in ambito territoriale e presso lo studio del MMG.</u> Nello specifico: Sperimentazione di ambulatori dedicati alle medicazioni avanzate, presso le sedi delle Forme Associate della Medicina Generale/Case di Comunità, dove viene effettuata la visita per sorveglianza di lesioni cutanee e l'effettuazione di medicazioni complesse. Sono previste inoltre attività di educazione sanitaria e addestramento del paziente e l'invio a strutture di secondo livello per i casi complessi.	Progetto in Comitato Aziendale della Medicina Generale: supporto al ciclo di performance con rendicontazione trimestrale secondo form predefinito	Calendarizzato Comitato in data 19 settembre c.a con avvio progettualità tra i punti all'OdG	10%
<u>Intervento n.72 - Centrale Unica e Gestione Urgenza Territoriale.</u> Nello specifico: attivazione della centrale UNICA in fascia oraria diurna e inizio del processo di implementazione della capacità diagnostica dei medici che operano negli ambulatori di Continuità Assistenziale mediante l'introduzione di nuove tecnologie e la formazione.	1. N. sedi di Continuità Assistenziale con POCT ed ECO-FAST $\geq$ 10/12; 2. attivazione fascia oraria diurna della Centrale UNICA	Medici formati. Da completarsi la distribuzione capillare negli ambulatori.	50%
<u>Intervento 73 - Team Rapido di Risposta Domiciliare (TRRD).</u> Gestione urgenza territoriale. Nello specifico: Avvio del TRRD, composto da 1 medico e 1 infermieri, per la gestione di condizioni cliniche complesse. Inizio del processo di implementazione delle equipe multiprofessionali del TRRD. Obiettivo assegnato a SC Cure Primarie, SC PS Vimercate e SC PS Desio	N.ro 2 TRRD attivi nei PS di Desio e di Vimercate	Tutti i passi preliminari sono stati affrontati con definizione del progetto e delle pertinenti istruzioni operative (data prevista di partenza 6 ottobre c.a.) . Si è stabilito per il 2025 di partire con il PS di Desio (obtv ragg.: Cure Primarie e P.S. Desio 80% - P.S. Vimercate 0%)	Cure Primarie e P.S. Desio 80% - P.S. Vimercate 0%

PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
Scheda n.74 - Campagna immunizzazione VRS (integrazione territorio e PLS). Nello specifico: somministrazione del farmaco alle coorti previste negli ambulatori del territorio o negli ambulatori dei PLS.	% di immunizzazione = 50% dei nati tra i bambini in carico a PLS non aderenti	L'immunizzazione con Beyfortus inizierà il 1°ottobre 2025, come da indicazioni di Regione Lombardia	0%
Scheda n.75 - Promozione della salute: sviluppo laboratorio attività fisica e movimento - Implementare, attraverso il Laboratorio Locale per l'Attività Fisica e il Movimento, iniziative finalizzate alla promozione dell'attività fisica e del movimento sul territorio di ASST Brianza.	Avvio e sviluppo di progettualità finalizzate alla promozione dell'attività fisica in almeno 1 Casa di Comunità per ciascun Distretto	In almeno una Casa di Comunità per ciascun Distretto è stato implementato un progetto, fondato sulla metodica del <i>counselling</i> motivazionale, finalizzato a promuovere uno stile di vita più corretto e attivo negli utenti delle CdC affetti o a rischio di sviluppare Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT). All'intervento di counselling individuale effettuato dall'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), può fare seguito, per gli utenti ritenuti idonei, l'invio a Gruppi motivazionali di promozione dell'attività fisica (gestiti da operatori formati di ASST Brianza) e/o un accompagnamento verso realtà territoriali già attive (es. Gruppi di Cammino).	100%

PROGETTI TRASVERSALI

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
<u>Intervento n.76 - Realizzazione e attivazione definitiva CDC-ODC-COT previsti da PNRR.</u> Nello specifico: realizzazione di sportelli polifunzionali in grado di soddisfare le esigenze dei cittadini e attivazione di tutti i punti di offerta territoriale previsti.	Tutte le strutture attive al 30/06/2026 nel rispetto degli standard erogativi ADEMPIMENTO VALUTATO PER I DISTRETTI: servizi essenziali attivi entro 3 mesi dal collaudo ADEMPIMENTO VALUTATO PER LA STRUTTURA GESTIONALE: pieno rispetto dei cronoprogrammi di intervento da comunicare con aggiornamento trimestrale ai Distretti	E' stata istituita dal DA specifica Cabina di regia per monitorare lo stato di avanzamento lavori di CdC e OdC (vedi verbale Moioli ufficio tecnico incontri 9.06.25 e 10.07.25). Se la tempistica è rispettata, entro il 31.03.2026 si prevede che le CdC siano attive con tutti i requisiti (tot. 17 CdC su 17 = 100%). Per il distretto Carate: 3 CDC/3 = 100% - Per il distretto Desio: 4 CDC/4 = 100%; 0 ODC/1= 0% -> 80% - Per il distretto Monza: 4 CDC/4 = 100%; 1 ODC/1= 100% -> 100% - Per il distretto Seregno: 3 CDC/3 = 100%; 1 ODC/1= 100% -> 100% - Per il distretto Vimercate: 3 CDC/3 = 100% -	Carate - Monza - Seregno - Vimercate: 100% - Desio 80%
<u>Intervento 77 - Progetto sviluppo sportelli multifunzione area amministrativa.</u> Nello specifico: realizzazione di sportelli polifunzionali in grado di soddisfare le principali esigenze dei cittadini.	<u>Direzione Amministrativa</u> : Sportelli polifunzionali attivi nel 50% delle Case della Comunità entro il 31/12/25 con risorse dedicate assegnate	<u>Direzione Amministrativa</u> : sono stati attivati gli Sportelli Polifunzione presso le case di Comunità di Limbiate, Vimercate e Brugherio (43 %)	43%
<u>Intervento n.78 - Progetto task-shifting area amministrativa-sanitaria-</u> Trasferimento al personale amministrativo di attività amministrative che oggi vengono espletate da altre figure professionali	Identificazione delle attività e mansioni amministrative svolte dal personale non amministrativo nel 1° semestre 2025. Attività e mansioni trasferite al personale amministrativo nel 2° semestre 2025	Sono state identificati n. 2 servizi (Consultori e NPI) per procedere nel secondo semestre al trasferimento al personale amministrativo di attività amministrative attualmente svolte da personale sanitario e sociosanitario. Inoltre entro il 27 luglio 2025 è stato richiesto ad ogni servizio territoriale di fornire job description di attività eseguite da personale sanitario e sociosanitario che si chiede di trasferire al personale amministrativo. Verranno successivamente individuate in collaborazione con i Direttori di Distretto e con il DSS priorità e progettualità da porre in essere.	50%
<u>Intervento n.79 - Progetto task-shifting area Sociosanitaria.</u> Migliorare l'efficienza delle risorse umane disponibili attraverso il trasferimento di alcuni compiti a operatori diversi dai professionisti sanitari e sociosanitari (shift tra figure professionali o tra servizi).	Relazione contenente le seguenti evidenze: n. servizi che hanno operato attività di Task Shifting ed evidenze riguardanti i risultati attesi (miglioramento dell'accesso alle cure, riduzione dei tempi d'attesa, aumento della copertura vaccinale e miglior gestione delle malattie croniche) con assegnazione di risorse dedicate – Costituzione di un sistema di indicatori	<u>Progetto avviato:</u> : a fronte del pensionamento di personale infermieristico, si è proceduto alla trasformazione dei relativi posti in profili ostetrici presso i consultori - Elaborazione di una JOB Description sulle attività attribuibili a personale amministrativo: il personale amministrativo non è ancora stato assegnato alla SS.DAPSS - Inviato report dei Distretti	Media Strutture coinvolte: 57%

INTERVENTI FORMATIVI

DESCRIZIONE OBTV	INDICATORI	AZIONI EFFETTUATE	% OBTV
<u>Intervento 80 - Formazione ASST piani formativi aziendali 2025-2026-2027.</u> Formazione sul campo con contaminazione dei saperi tra gli operatori nei diversi setting assistenziali; formazione dei MMG sulla gestione della palliazione; formazione degli operatori ospedalieri e territoriali.	Attività di formazione organizzata ed effettuata nelle aree di competenza	NPIA : Organizzata ed effettuata formazione PLS/MMG. Organizzata per settembre/ottobre per educatori e insegnanti - Telemedicina: Organizzata ed effettuata formazione	Media Strutture coinvolte: 40%
<u>Intervento 81 - Formazione congiunta Ambiti e CDC.</u> Definizione di un progetto formativo teso a fornire strumenti di lavoro per ottimizzare la collaborazione tra gli operatori dei PUA degli Ambiti e delle Case di Comunità nell'ambito della presa in carico degli utenti con fragilità.	Relazione contenente le seguenti evidenze: 1. n° partecipanti alla formazione > 80% dell'organico coinvolto di comuni/ambito e ASST Brianza 2. Redazione di documento finale di raccomandazioni 3. Condivisione nelle sedi istituzionali	La Formazione Congiunta Ambiti_Case di Comunità è stata inserita nel PFA (Deliberazione n. 203 del 12.3.2025). Il Progetto formativo sarà realizzato con lo stesso format in ciascun Distretto di ASST Brianza (programmata un' edizione per ciascun Distretto, a cui si aggiungerà un incontro di sintesi in plenaria). Nel primo semestre sono state realizzate le edizioni di Vimercate (26 maggio) e di Seregno (29 maggio): entrambe le edizioni hanno avuto un esito positivo in termini di partecipazione sia quantitativa che qualitativa.	60%