

ALLEGATO 4

OBIETTIVI SOCIO SANITARI	2
1. VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE.....	2
2. C-DOM	6
3. COMUNITÀ TERAPEUTICHE MINORI	10
4. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT).....	14
4.1. SCHEDA 1.....	14
4.2. SCHEDA 2.....	18
5. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	21
6. PROTOCOLLI CPS	25
7. PROTOCOLLO CONDIVISO IN TEMA DI RESIDENZA FITTIZIA	29
8. PRONTO INTERVENTO SOCIALE	34
9. ASSEGNO DI INCLUSIONE.....	39
10. UP-PERCORSI PER CRESCERE ALLA GRANDE	43

OBIETTIVI SOCIO SANITARI

1. VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Il modello organizzativo/funzionale della nuova sanità territoriale derivato dalla LR 23/2015 e integrato con la LR 22/2021, ha evidenziato, in coerenza con la programmazione espressa attraverso il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), dal DM 77/2022, Dal D.Lgs 29/2024 e dal D.Lgs 62/2024, la necessità di perseguire lo sviluppo di una presa in carico del bisogno della persona in una logica di prossimità e continuità nei vari contesti di vita (in primis al domicilio) e di integrazione e personalizzazione degli interventi attraverso la ricomposizione dell'offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale, il tutto in riferimento alle risorse a disposizione, individuando target prioritari e un modello progressivo di sviluppo. Nello scenario attuale le politiche di intervento a favore delle persone fragili o con disabilità /non autosufficienza e delle loro famiglie si sono spinte ad orientare sempre più il focus dalla dimensione di "cura e protezione" verso quello del "prendersi cura" ponendo l'enfasi sul principio di centralità della persona e delle sue scelte.

In un'ottica così declinata appare imprescindibile il tentativo di perseguire la realizzazione di un sistema in grado di assicurare una capacità di lettura dei bisogni puntuale e dinamica nel tempo, che tenga conto di tutte le componenti rilevanti per i domini della qualità di vita della persona e di ricomporre tutti gli interventi in una logica di budget delle risorse utilizzabili.

La definizione del progetto individuale elaborato in sede di valutazione multidimensionale diventa quindi lo strumento utile per assicurare la continuità assistenziale tra professionisti, luoghi di cura e tempi di cura, potendosi iscrivere, in particolare per le persone con disabilità, nel più ampio progetto di vita (L 328/2000) così da contribuire alla nascita di un paradigma orientato a produrre qualità e significato nella vita della persona, realizzando la più autentica coerenza tra bisogni/aspettative/desideri.

Attualmente presso il nostro territorio l'accesso alla Valutazione Multidimensionale avviene tramite i punti unici di accesso (PUA) delle Case di Comunità, le articolazioni territoriali della Struttura Semplice Fragilità e percorsi ospedale-territorio della ASST Brianza e gli sportelli comunali.

Il PUA ha la sua sede operativa all'interno della Casa di Comunità costituisce uno dei luoghi dell'integrazione sociosanitaria in cui operano infermieri di famiglia e comunità (IFeC) e assistenti sociali.

La Struttura Semplice Fragilità e Percorsi Ospedale-Territorio è un servizio trasversale ai distretti di appartenenza. Si occupa di garantire le attività di informazione, valutazione, presa in carico per settori specifici (quali misure regionali, cure domiciliari) coopera ad integrazione con i servizi sociali per le progettualità quali Dopo di Noi, Progetti PNRR, PI legge 328/00 e collabora per i percorsi di accompagnamento e presa in carico del paziente con dimissione difficile in un'ottica di continuità-integrazione ospedale-territorio.

In ogni punto della rete la lettura e la decodifica del bisogno avvengono tramite la raccolta di informazioni e di documentazione sociosanitaria e l'utilizzo di scale validate (Scheda Unica di Triage, InterRai/Home care, ICF, scale specifiche, ADL/IADL, ecc.), in relazione allo

specifico bisogno evidenziato. Nell'ambito dello sviluppo del Polo territoriale, l'applicazione del processo della Valutazione Multidimensionale secondo modalità integrate, potrà avvalersi della valutazione del bisogno psicologico della persona ma anche del care-giver per il tramite del servizio della psicologia delle Cure Primarie e potrà giovare della partecipazione della figura dell'assistente sociale dei comuni/ambito all'interno del PUA delle Case di Comunità, azione sostenuta da finanziamenti finalizzati e vincolati.

I percorsi avviati dagli ambiti per la coprogettazione dei Centri per la Vita Indipendente, permetteranno il fattivo coinvolgimento anche delle realtà del terzo settore nelle Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM).

Fermo restando il ruolo della valutazione multidimensionale per l'avvio del percorso di presa in carico, uno dei punti cruciali del sistema risulta l'identificazione del percorso della persona all'interno dell'intricata rete dei servizi.

La possibilità di garantire il coordinamento e la continuità delle cure trova 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: l'accompagnamento dei pazienti e dei loro caregiver lungo il processo di fruizione dei servizi delle cure intermedie e ospedaliere del SSN, il coordinamento tra i nodi delle cure intermedie per programmare i volumi e le transizioni dei pazienti in una logica di raccordo dei dimensionamenti e il supporto dei professionisti dei singoli setting, che ricevono e alimentano il materiale informativo sui singoli pazienti.

La combinazione tra centrali operative, equipe di valutazione multidimensionale (VMD), numero telefonico unico per la EU 116117, 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 vengono concettualizzati, progettati e gestiti unitariamente, organizzando e valorizzando le loro sistematiche interdipendenze.

Se le equipe di valutazione multidimensionale valutano il singolo paziente nel quadro olistico dei suoi bisogni, le Centrali Operative Territoriali (COT) dovrebbero allocare le risposte assistenziali in funzione dell'aggregato dei pazienti del distretto e del sistema dei servizi disponibili. La qualità ed efficacia degli esiti di questo processo può essere garantita solo se la Centrale Operativa Territoriale (COT) assegna ad ogni paziente degli outcome di salute, che diventeranno il fil rouge dei risultati attesi del processo di transitional care e di passaggio da un setting all'altro e la base del sistema di monitoraggio e controllo.

Per dare concretezza a tutto questo appare necessario prevedere, pur nel rispetto dei ruoli, la ricomposizione in un'unica unità di monitoraggio, quale potrebbe essere la Centrale Operativa Territoriale (COT), di tutti gli interventi riconducibili al progetto elaborato. Inoltre gli strumenti di valutazione in uso, funzionali a graduare il fabbisogno assistenziale in relazione ai livelli crescenti della compromissione delle autonomie nella vita quotidiana 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.

Un capitolo a parte deve riguardare poi l'attività del case management che diventa

fondamentale come perno per garantire l'unicità del progetto a tutela di una presa in carico della persona che escluda il susseguirsi di richieste immotivate di plurime valutazioni e stesure di diversi progetti.

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

1. revisione della procedura operativa sulla VMD ASST/ambiti alla luce della nuova riorganizzazione territoriale e delle recenti modifiche legislative;
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. creazione di una procedura operativa per le azioni di monitoraggio e di richiesta di VMD da parte della Centrale Operativa Territoriale (COT);
4. definizione di un protocollo di intervento per la valutazione di natura psicologica, da parte degli psicologi della scuola di specializzazione di Psicologia di Comunità, come potenziamento dell'equipe, al fine di effettuare un corretto triage psicologico per la lettura del bisogno psico emotivo, analizzando difficoltà e risorse dell'utente.

Scheda intervento 1

Criticità del progetto	<i>Revisione procedura in essere per riorganizzazione interna e adeguamento a D.Lgs 29/2024 e D.Lgs. 62/2024 - Definizione ruolo COT Definizione integrazione ambiti territoriali / comuni</i>
Destinatari specifici dell'intervento (target)	<i>Operatori PUA CdC, COT, SS fragilità, ambiti</i>
Descrizione del servizio / progetto	<i>Revisione procedura VMD ASST/ambiti</i>
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	<i>Distrettuale/ambiti</i>
Attori/Enti coinvolti	<i>ASST/ ambiti</i>
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	<i>Operatori ASST Operatori ambiti Già presenti</i>
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	<i>Sì</i>
Anno Avvio / Anno Fine	<i>2024/2025</i>
Indicatore e risultato atteso	<i>Pubblicazione della procedura dopo approvazione in cabina di regia</i>

Scheda intervento 2

Criticità del progetto	<i>Potenziamento integrazione sociosanitaria</i>
Destinatari specifici dell'intervento (target)	<i>Operatori PUA CdC/AS ambito-comuni</i>
Descrizione del servizio / progetto	<i>Declinazione forme di collaborazione con stesura protocolli e definizione dei ruoli degli assistenti sociali dei comuni</i>
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	<i>Distrettuali/ambiti</i>
Attori/Enti coinvolti	<i>ASST/ambiti</i>
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	<i>Già presenti</i>
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	<i>Si</i>
Anno Avvio / Anno Fine	<i>2025/2027</i>
Indicatore e risultato atteso	<i>N. valutazioni congiunte con assistente sociale di ambito e/o comune/valutazioni totali effettuate da PUA con declinazione percentuale di incremento negli anni</i>

Scheda intervento 3

Criticità del progetto	<i>Garantire il monitoraggio dei percorsi e assicurare valutazione VMD in relazione alla modifica del bisogno</i>
Destinatari specifici dell'intervento (target)	<i>Operatori COT, PUA, Struttura fragilità – Operatori ambiti/comuni</i>
Descrizione del servizio / progetto	<i>Stesura procedura operativa</i>
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	<i>Distrettuale</i>
Attori/Enti coinvolti	<i>ASST</i>
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	<i>Già presenti</i>
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	<i>Si</i>
Anno Avvio / Anno Fine	<i>2025/2027</i>
Indicatore e risultato atteso	<i>pubblicazione procedura</i>

Scheda intervento 4

Criticità del progetto	<i>Potenziamento equipe EVM in relazione all'incremento del bisogno psicologico</i>
------------------------	---

Destinatari specifici dell'intervento (target)	<i>Operatori PUA casa di comunità (CdC), Fragilità, COT, Psicologi di Comunità – Operatori ambito (psicologo di ambito)</i>
Descrizione del servizio / progetto	<i>Istruzione operativa (es declinazione triage psicologico)</i>
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	<i>Distrettuale</i>
Attori/Enti coinvolti	<i>ASST</i>
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	<i>Già presenti</i>
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	<i>Sì/No</i>
Anno Avvio / Anno Fine	<i>2025/2027</i>
Indicatore e risultato atteso	<i>Pubblicazione e applicazione dell'istruzione con almeno 5 valutazioni effettuate per distretto nel primo anno e incrementali a seguire negli anni successivi</i>

2. C-DOM

Titolo intervento	C-DOM
Quali obiettivi vuole raggiungere	<i>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.</i> <i>Favorire la rapida presa in carico e garantire continuità assistenziale nella transizione tra servizi differenti.</i>
Azioni programmate	<i>Attivazione del servizio 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 EVM integrata.</i> <i>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...).</i>
Target	<i>Utenti con attivazione C-DOM e bisogni socio assistenziali.</i>
Risorse economiche	<i>Personale già presente in organico</i>

preventivate	
Risorse di personale dedicate	<i>Operatori C-DOM Servizi sociali del Distretto di riferimento</i>
L'obiettivo è trasversale ed integrato con altre aree di policy?	<i>Si</i>
Indicare i punti chiave dell'intervento	
Prevede il coinvolgimento di ASST nell'analisi del bisogno e nella programmazione?	<i>Si</i>
Prevede il coinvolgimento di ASST nella realizzazione dell'intervento e azioni congiunte ambito-ASST?	<i>Si</i>
L'intervento è realizzato in cooperazione con altri ambiti?	<i>Si</i>
È in continuità con la programmazione precedente (2021-2023)?	<i>Si</i>

L'obiettivo prevede la definizione di un nuovo servizio?	<i>Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato</i>
L'obiettivo è in continuità e/o rappresenta il potenziamento di un progetto premiale della programmazione 2021-2023?	<i>Si</i>
L'intervento è formalmente co-programmato con il terzo settore?	<i>No</i>
L'intervento è formalmente co-progettato con il terzo settore?	<i>No</i>
Nel caso in cui l'intervento non preveda processi di co-progettazione e/o coprogrammazione formalizzati, specificare le modalità di coinvolgimento del terzo settore (se pertinente)	
L'intervento prevede il coinvolgimento di altri attori della rete	<i>Si</i>

territoriale? (oltre ad ASST e ETS)	
Questo intervento a quale/i bisogno/i risponde?	<i>Indicatori input derivati dall'analisi del bisogno.</i>
Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente programmazione o può essere definito come un nuovo bisogno emerso nella precedente triennalità?	<i>Bisogno consolidato.</i>
L'obiettivo è di tipo promozionale/preventivo o riparativo?	<i>Preventivo e riparativo.</i>
L'obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico, di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete)	<i>Sì</i>
L'obiettivo presenta degli aspetti inerenti alla digitalizzazione? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	<i>No</i>
Quali modalità	<i>Come verrà realizzato l'intervento e articolata la risposta al bisogno. Individuazione di una batteria di indicatori di processo.</i>

organizzative, operative e di erogazione sono adottate?	
Quali risultati vuole raggiungere?	<i>Numero di attivazioni OSS/numero attivazioni C-DOM 4%</i>
Quale impatto dovrebbe avere l'intervento?	<i>Evitare l'istituzionalizzazione favorendo le cure al domicilio. Migliorare la qualità del benessere della persona.</i>
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	<i>Tutti i Distretti di ASST</i>
Anno avvio / anno fine	<i>2025/2027</i>
Progettualità presente anche nel piano di zona	<i>Il SAD è presente in tutti i comuni sebbene per molti regolamenti sia 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.</i> <i>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 Vimercate integrato da specifiche risorse del PNRR.</i>

3. COMUNITÀ TERAPEUTICHE MINORI

Titolo intervento	COMUNITÀ TERAPEUTICHE MINORI
Quali obiettivi vuole raggiungere	<i>La mancanza di strutture nel nostro territorio e la presenza di diversi attori (ASST/territorio) rischia di frammentare e posticipare la corretta presa in carico delle situazioni nel rispetto delle indicazioni ministeriali e</i>

	<i>regionali.</i>
Azioni programmate	<i>Definizione percorsi integrati per la presa in carico di minori con indicazione di ricovero in comunità terapeutica.</i>
Target	<i>Minori con indicazione di comunità terapeutica.</i>
Risorse economiche preventivate	<i>Isorisorse Personale già presente in organico.</i>
Risorse di personale dedicate	<i>Operatori salute mentale Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) Operatori ambiti territoriali Operatori Agenzia di Tutela della Salute (ATS)</i>
L'obiettivo è trasversale ed integrato con altre aree di policy?	<i>Si</i>
Indicare i punti chiave dell'intervento	
Prevede il coinvolgimento di ASST nell'analisi del bisogno e nella programmazione?	<i>Si</i>
Prevede il coinvolgimento di ASST nella realizzazione dell'intervento e azioni congiunte ambito-ASST?	<i>Si</i>
L'intervento è realizzato in cooperazione con altri	<i>Si</i>

ambiti?	
È in continuità con la programmazione precedente (2021-2023)?	<i>Si</i>
L'obiettivo prevede la definizione di un nuovo servizio?	<i>Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato.</i>
L'obiettivo è in continuità e/o rappresenta il potenziamento di un progetto premiale della programmazione 2021-2023?	<i>Si</i>
L'intervento è formalmente co-programmato con il terzo settore?	<i>Si</i>
L'intervento è formalmente co-progettato con il terzo settore?	<i>Si</i>
Nel caso in cui l'intervento non preveda processi di co-progettazione e/o coprogrammazione formalizzati, specificare	

le modalita' di coinvolgimento del terzo settore (se pertinente)	
L'intervento prevede il coinvolgimento di altri attori della rete territoriale? (oltre ad ASST e ETS)	<i>Si</i>
Questo intervento a quale/i bisogno/i risponde?	
Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente programmazione o può essere definito come un nuovo bisogno emerso nella precedente triennalità?	<i>Bisogno consolidato.</i>
L'obiettivo è di tipo promozionale/preventivo o riparativo?	<i>Preventivo e riparativo.</i>
L'obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico, di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete)	<i>Si</i>
	<i>No</i>

L'obiettivo presenta degli aspetti inerenti alla digitalizzazione? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	
Quali modalità organizzative, operative e di erogazione sono adottate?	
Quali risultati vuole raggiungere?	<i>Sottoscrizione protocollo 2025 n. minori presi in carico congiuntamente > 1 2025 - > 2025 nel 2026 - > 2026 nel 2027</i>
Quale impatto dovrebbe avere l'intervento?	
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	<i>Tutti i Distretti di Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST).</i>
Anno avvio / anno fine	<i>2025/2027</i>
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	<i>Si</i>

4. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)

4.1. SCHEDA 1

Titolo intervento	CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT) - SCHEDA INTERVENTO 1
	Migliorare la continuità assistenziale definendo il ruolo delle COT

Quali obiettivi vuole raggiungere	<i>nelle presa in carico e nelle transizioni del percorso di cura.</i> • <i>Definire i percorsi di continuità con gli ambiti territoriali ed i comuni nel rispetto dei LEA/ LEPS.</i>
Azioni programmate	<i>Protocollo dimissione protetta / presa in carico COT.</i>
Target	<i>Utenti con attivazione C-DOM e bisogni socio assistenziali.</i>
Risorse economiche preventivate	<i>Isorisorse</i> <i>Personale già presente in organico</i>
Risorse di personale dedicate	<i>Operatori ASST</i> <i>Operatori ambiti / comuni</i> <i>Operatori ATS</i>
L'obiettivo è trasversale ed integrato con altre aree di policy?	<i>Si</i>
Indicare i punti chiave dell'intervento	<i>Migliorare la continuità assistenziale ruolo COT.</i>
Prevede il coinvolgimento di ASST nell'analisi del bisogno e nella programmazione?	<i>Si</i>
Prevede il coinvolgimento di ASST nella realizzazione dell'intervento e azioni congiunte ambito-ASST?	<i>Si</i>
	<i>Si</i>

L'intervento è realizzato in cooperazione con altri ambiti?	
È in continuità con la programmazione precedente (2021-2023)?	<i>Si</i>
L'obiettivo prevede la definizione di un nuovo servizio?	<i>Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato.</i>
L'obiettivo è in continuità e/o rappresenta il potenziamento di un progetto premiale della programmazione 2021-2023?	<i>Si</i>
L'intervento è formalmente co-programmato con il terzo settore?	<i>Si</i>
L'intervento è formalmente co-progettato con il terzo settore?	<i>No</i>
Nel caso in cui l'intervento non preveda processi di co-progettazione e/o coprogrammazione formalizzati, specificare	

le modalita' di coinvolgimento del terzo settore (se pertinente)	
L'intervento prevede il coinvolgimento di altri attori della rete territoriale? (oltre ad ASST e ETS)	<i>Si</i>
Questo intervento a quale/i bisogno/i risponde?	<i>Indicatori input derivati dall'analisi del bisogno.</i>
Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente programmazione o può essere definito come un nuovo bisogno emerso nella precedente triennalità?	<i>Bisogno consolidato.</i>
L'obiettivo è di tipo promozionale/preventivo o riparativo?	<i>Preventivo e riparativo.</i>
L'obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico, di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete)	<i>Si</i>

L'obiettivo presenta degli aspetti inerenti alla digitalizzazione? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	<i>SI</i>
Quali modalità organizzative, operative e di erogazione sono adottate?	
Quali risultati vuole raggiungere?	<i>Approvazione in cabina di regia e successiva pubblicazione.</i>
Quale impatto dovrebbe avere l'intervento?	
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	<i>Aziendale</i>
Anno avvio / anno fine	<i>01.01.2025/31.12.2025</i>
Progettualità presente anche nel piano di zona	<i>Si</i>
Attori/enti coinvolti	<i>ASST/ambiti/enti locali.</i>

4.2. SCHEDA 2

Titolo intervento	<i>CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)- SCHEDA INTERVENTO 2</i>
Quali obiettivi vuole raggiungere	<i>Intercettazione precoce di situazioni di fragilità e garanzia di presa in carico sociosanitaria.</i>
Azioni programmate	<i>Segnalazione precoce al servizio sociale comunale di residenza dei pazienti con bisogni sociosanitari da parte delle dimissioni protette.</i>
Target	<i>Pazienti fragili ricoverati in strutture ospedaliere, residenti in ASST Brianza che devono rientrare al domicilio con percorso dimissioni protette.</i>
Risorse economiche preventivate	<i>Personale già presente in organico</i>
Risorse di personale dedicate	<i>Operatori ASST Operatori ambiti / comuni Operatori ATS</i>
L'obiettivo è trasversale ed integrato con altre aree di policy?	<i>Si</i>
Indicare i punti chiave dell'intervento	
Prevede il coinvolgimento di ASST nell'analisi del bisogno e nella programmazione?	<i>Si</i>
Prevede il coinvolgimento di ASST nella realizzazione dell'intervento e azioni	<i>Si</i>

congiunte ambito-ASST?	
L'intervento è realizzato in cooperazione con altri ambiti?	<i>Si</i>
È in continuità con la programmazione precedente (2021-2023)?	<i>Si</i>
L'obiettivo prevede la definizione di un nuovo servizio?	<i>Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato.</i>
L'obiettivo è in continuità e/o rappresenta il potenziamento di un progetto premiale della programmazione 2021-2023?	<i>Si</i>
L'intervento è formalmente co-programmato con il terzo settore?	<i>Si</i>
L'intervento è formalmente co-progettato con il terzo settore?	

Nel caso in cui l'intervento non preveda processi di co-progettazione e/o coprogrammazione formalizzati, specificare le modalità di coinvolgimento del terzo settore (se pertinente)	
L'intervento prevede il coinvolgimento di altri attori della rete territoriale? (oltre ad ASST e ETS)	<i>Si</i>
Questo intervento a quale/i bisogno/i risponde?	<i>Indicatori input derivati dall'analisi del bisogno.</i>
Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente programmazione o può essere definito come un nuovo bisogno emerso nella precedente triennalità?	<i>Bisogno consolidato.</i>
L'obiettivo è di tipo promozionale preventivo o riparativo?	<i>Preventivo e riparativo</i>

L'obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico, di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete)	<i>Si</i>
L'obiettivo presenta degli aspetti inerenti alla digitalizzazione? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	<i>Si</i>
Quali modalità organizzative, operative e di erogazione sono adottate?	
Quali risultati vuole raggiungere?	• Numero segnalazione agli ambiti/numero totale dimissioni protette. • Progressivo incremento del numero delle dimissioni protette gestite in integrazione tra ASST e ambito.
Quale impatto dovrebbe avere l'intervento?	
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	<i>Tutti i distretti</i>
Anno Avvio / Anno Fine	<i>2025- 2027</i>
	<i>Si</i>

Progettualità presente anche nel Piano di Zona	
Attori/Enti coinvolti	ASST/ambiti/enti locali

5. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Titolo intervento	<i>NPI SERVIZI SOCIALI</i>
Quali obiettivi vuole raggiungere	<i>Favorire la rapida presa in carico e garantire integrazione tra interventi garantiti da servizi differenti ASST / comuni / istituzioni scolastiche.</i> <i>Potenziare la presa in carico integrata e l'erogazione di prestazioni appropriate ed integrate tra interventi erogati dalla neuropsichiatria infantile (NPI) e interventi educativi previsti dalla diagnosi funzionale.</i>
Azioni programmate	<i>Integrazione e raccordo con i servizi sociali territoriali e di ambito per:</i> ● <i>percorsi di certificazione per il sostegno educativo scolastico;</i> ● <i>presa in carico territoriale;</i> ● <i>progetti Individualizzati.</i>
Target	<i>Minori segnalati/in carico a NPI e servizi sociali territoriali.</i>
Risorse economiche preventivate	<i>Personale già presente in organico.</i>
Risorse di personale dedicate	<i>Operatori NPI ASST</i> <i>Operatori ambiti territoriali</i>
L'obiettivo è trasversale ed integrato con altre aree di policy?	<i>Si</i>
Indicare i punti chiave dell'intervento	
	<i>Si</i>

Prevede il coinvolgimento di ASST nell'analisi del bisogno e nella programmazione?	
Prevede il coinvolgimento di ASST nella realizzazione dell'intervento e azioni congiunte ambito-ASST?	<i>Si</i>
L'intervento è realizzato in cooperazione con altri ambiti?	<i>Si</i>
È in continuità con la programmazione precedente (2021-2023)?	<i>Si</i>
L'obiettivo prevede la definizione di un nuovo servizio?	<i>Servizio già presente.</i>
L'obiettivo è in continuità e/o rappresenta il potenziamento di un progetto premiale della programmazione 2021-2023?	<i>Si</i>
L'intervento è formalmente co-programmato con il	<i>No</i>

terzo settore?	
L'intervento è formalmente co-progettato con il terzo settore?	<i>No</i>
Nel caso in cui l'intervento non preveda processi di co-progettazione e/o coprogrammazione formalizzati, specificare le modalita' di coinvolgimento del terzo settore (se pertinente)	
L'intervento prevede il coinvolgimento di altri attori della rete territoriale? (oltre ad ASST e ETS)	<i>Si</i>
Questo intervento a quale/i bisogno/i risponde?	
Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente programmazione o può essere definito come un nuovo bisogno emerso nella precedente triennalità?	<i>Bisogno consolidato.</i>

L'obiettivo è di tipo promozionale/preventivo o riparativo?	<i>Preventivo.</i>
L'obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico, di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete)	<i>Si</i>
L'obiettivo presenta degli aspetti inerenti alla digitalizzazione? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	<i>Si</i>
Quali modalità organizzative, operative e di erogazione sono adottate?	
Quali risultati vuole raggiungere?	<i>Sottoscrizione Protocolli > 3 Soggetti presi in carico congiuntamente > 10% 2026 - > 20% 2027 Potenziamento figure specialistiche (per carenza organico)</i>
Quale impatto dovrebbe avere l'intervento?	
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	<i>Tutti i Distretti di ASST</i>

Anno avvio / anno fine	2025/2027
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	Si

6. PROTOCOLLI CPS

Titolo intervento	PROTOCOLLO CPS SERVIZI SOCIALI
Quali obiettivi vuole raggiungere	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 ed integrazione tra servizi differenti.
Azioni programmate	Integrazione con i servizi sociali territoriali e di ambito per: ● presa in carico territoriale; ● tirocini terapeutici; ● amministrazione di sostegno; ● percorsi residenziali; ● presa in carico casi senza compliance; ● presa in carico pz doppia diagnosi (psichiatrica/dipendenze); ● presa in carico disabili psichiatrici.
Target	Pazienti in carico al CPS
Risorse economiche preventivate	Isorisorse Personale già presente in organico
Risorse di personale dedicate	Operatori salute mentale ASST Operatori ambiti territoriali
	Si

L'obiettivo è trasversale ed integrato con altre aree di policy?	
Indicare i punti chiave dell'intervento	<i>Presa in carico</i>
Prevede il coinvolgimento di ASST nell'analisi del bisogno e nella programmazione?	<i>Si</i>
Prevede il coinvolgimento di ASST nella realizzazione dell'intervento e azioni congiunte ambito-ASST?	<i>Si</i>
L'intervento è realizzato in cooperazione con altri ambiti?	<i>Si</i>
È in continuità con la programmazione precedente (2021-2023)?	<i>Si</i>
L'obiettivo prevede la definizione di un nuovo servizio?	<i>Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato.</i>

L'obiettivo è in continuità e/o rappresenta il potenziamento di un progetto premiale della programmazione 2021-2023?	<i>Si</i>
L'intervento è formalmente co-programmato con il terzo settore?	<i>Si</i>
L'intervento è formalmente co-progettato con il terzo settore?	<i>Si</i>
Nel caso in cui l'intervento non preveda processi di co-progettazione e/o coprogrammazione formalizzati, specificare le modalità di coinvolgimento del terzo settore (se pertinente)	
L'intervento prevede il coinvolgimento di altri attori della rete territoriale? (oltre ad ASST e ETS)	<i>Si</i>
Questo intervento a	

quale/i bisogno/i risponde?	
Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente programmazione o può essere definito come un nuovo bisogno emerso nella precedente triennalità?	<i>Bisogno consolidato.</i>
L'obiettivo è di tipo promozionale/preventivo o riparativo?	<i>Promozione.</i>
L'obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico, di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete)	<i>Si</i>
L'obiettivo presenta degli aspetti inerenti alla digitalizzazione? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	<i>Si</i>
Quali modalità organizzative, operative e di erogazione sono adottate?	<i>Stesura prassi operative Protocolli operativi</i>
Quali risultati vuole	<i>Sottoscrizione Protocolli > 3</i>

raggiungere?	<i>Soggetti presi in carico congiuntamente > 10% 2026 - > 20% 2027</i>
Quale impatto dovrebbe avere l'intervento?	<i>Riduzione dei tempi di presa in carico integrazione sociosanitaria.</i>
Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	<i>Tutti i Distretti di ASST</i>
Anno avvio / anno fine	<i>2025/2027</i>
Progettualità presente anche nel piano di zona	<i>Si</i>

7. PROTOCOLLO CONDIVISO IN TEMA DI RESIDENZA FITTIZIA

Titolo intervento	PROTOCOLLO CONDIVISO IN TEMA DI RESIDENZA FITTIZIA
Quali obiettivi vuole raggiungere	<i>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.</i>
	<i>Servizio di supporto ed accompagnamento all'iscrizione anagrafica per le persone senza dimora in condizioni di parziale o non autosufficienza a titolarità delle amministrazioni comunali, gestito con il coinvolgimento delle ASST in caso di frequenti accessi in pronto soccorso e dimissioni che necessitano supporto nelle scelte di cura. La residenza fittizia è un LEPS e sarà necessario creare sinergia con la parte relativa all'integrazione sociosanitaria.</i>

Descrizione del servizio / progetto	<i>Si specifica quanto riportato nel piano degli interventi e dei servizi sociali:</i> <i>“La titolarità del supporto e accompagnamento è in capo ai servizi che hanno in carico la persona, indipendentemente se sociali, socio-sanitari o sanitari”</i> <i>“Accompagnamento, laddove richiesto o necessario, delle persone senza dimora nell’istruttoria per la richiesta di residenza che verrà poi rilasciata dagli Uffici dell’Anagrafe: raccolta delle posizioni anagrafiche delle persone senza dimora, coadiuvando gli interessati nella compilazione della richiesta di residenza e nel reperimento e presentazione dei documenti necessari. In particolare, supporto nella raccolta della documentazione che attesti l’esistenza di una relazione continuativa con il territorio (ad esempio attraverso una relazione di presentazione da parte di un Ente del Terzo Settore o da parte dei Servizi Sociali Professionali Territoriali dell’Amministrazione o di altri servizi socio assistenziali territoriali o sanitari di base e/o specialistici, che hanno in carico il percorso individuale del beneficiario della prestazione, che documenti l’esistenza di una relazione continuativa con il territorio in termini di interessi, relazioni e affetti); collaborazione con i servizi competenti per la verifica delle posizioni anagrafiche (permanenza della persona nella sua “dimora abituale”), anche ai fini delle cancellazioni. Eventuale svolgimento di attività di orientamento ai servizi socio-assistenziali e sanitari e di accompagnamento/supporto giuridico/legale, in raccordo con altri servizi presenti sul territorio: centro servizi per senza dimora/segretariato sociale/pronto intervento sociale/unità di strada”.</i>
Target	<i>Persone senza dimora, aventi i requisiti previsti dalla L. 1228/1954 art. 2 e dal DPR 223/1989, stabilmente presenti sul territorio del comune, per i quali sia accertabile la sussistenza di un domicilio ovvero sia documentabile l’esistenza di una relazione continuativa con il territorio in termini di interessi, relazioni e affetti, che esprimano la volontà e l’intenzione di permanere nel comune.</i> <i>La realizzazione dell’obiettivo presuppone che tutti i comuni si dotino di un regolamento per le residenze fittizie (LEPS), tuttavia si segnala quanto evidenziato in precedenza.</i>
Risorse economiche preventivate	
Risorse di personale dedicate	

L'obiettivo è trasversale ed integrato con altre aree di policy?	<i>Sì, immigrati e stazione di posta.</i>
Indicare i punti chiave dell'intervento	
Prevede il coinvolgimento di ASST nell'analisi del bisogno e nella programmazione?	<i>Sì</i>
Prevede il coinvolgimento di ASST nella realizzazione dell'intervento e azioni congiunte ambito-ASST?	<i>Sì</i>
L'intervento è realizzato in cooperazione con altri ambiti?	<i>Sì</i>
È in continuità con la programmazione precedente (2021-2023)?	<i>No</i>
L'obiettivo prevede la definizione di un nuovo servizio?	<i>Nuovo servizio.</i>

L'obiettivo è in continuità e/o rappresenta il potenziamento di un progetto premiale della programmazione 2021-2023?	No
L'intervento è formalmente co-programmato con il terzo settore?	Si
L'intervento è formalmente co-progettato con il terzo settore?	Si
Nel caso in cui l'intervento non preveda processi di co-progettazione e/o coprogrammazione formalizzati, specificare le modalità di coinvolgimento del terzo settore (se pertinente)	
L'intervento prevede il coinvolgimento di altri attori della rete territoriale? (oltre ad ASST e ETS)	Si
Questo intervento a	Indicatori input derivati dall'analisi del bisogno.

quale/i bisogno/i risponde?	
Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente programmazione o può essere definito come un nuovo bisogno emerso nella precedente triennalità?	<i>Nuovo bisogno.</i>
L'obiettivo è di tipo promozionale/preventivo o riparativo?	<i>Preventivo e riparativo</i>
L'obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico, di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete)	<i>Sì</i>
L'obiettivo presenta degli aspetti inerenti alla digitalizzazione? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	<i>No</i>
Quali modalità organizzative, operative	Indicatori 2025 1. <i>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;</i> 2. <i>condivisione in sede istituzionali.</i> 2026-2027 Monitoraggio protocollo:

e di erogazione sono adottate?	1. <i>n. degenze inappropriate utenti ricoverati rientranti nella definizione del target rilevate semestralmente vs ante protocollo;</i> 2. <i>n. gg degenza media utenti ricoverati rientranti nella definizione del target vs ante protocollo (bed blockers) rilevate semestralmente;</i> 3. <i>n. utenti rientranti nella definizione del target iscritti in anagrafe post protocollo, monitoraggio annuale;</i> 4. <i>n. utenti già rientranti nella definizione del target presi in carico congiuntamente cdc/servizi sociali comunali, monitoraggio annuale.</i>
Quali risultati vuole raggiungere?	Risultato atteso: • <i>riduzione degenze inappropriate di pazienti totalmente o parzialmente non autosufficienti connesse a assenza della iscrizione anagrafica;</i> • <i>incremento pazienti rientranti nel target presi in carico congiuntamente ASST/comuni.</i>
Quale impatto dovrebbe avere l'intervento?	• <i>Come si valuta l'impatto sociale ossia il cambiamento/risoluzione delle criticità che hanno portato alla definizione dell'intervento.</i> • <i>Individuazione di una batteria di indicatori di outcome.</i>
Anno avvio / anno fine	2025 - 2027
Attori/enti coinvolti	<i>Ambiti territoriali sociali</i> <i>Comuni</i> <i>ASST</i> <i>IRCCS San Gerardo dei Tintori Monza</i> <i>ETS</i>
Risorse ASST necessarie per attuazione del progetto (specificando se già presenti in organico)	<i>Direttori Distretto</i> <i>Operatori sociali già in organico</i>
Progettualità già presente nel piano di zona	No

8. PRONTO INTERVENTO SOCIALE

Titolo intervento	PRONTO INTERVENTO SOCIALE
Quali obiettivi vuole raggiungere	<i>Garantire un servizio di Pronto Intervento Sociale a tutti i soggetti che versino in situazioni di emergenza e urgenza sociale.</i>
Azioni programmate	<i>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.</i> <i>Fasi progettuali previste:</i> <i>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;</i> <i>individuare il servizio di Pronto Intervento Sociale per l'accoglimento delle segnalazioni e la presa in carico;</i> <i>mappare le strutture di accoglienza/servizi competenti del territorio e le relative modalità di invio da parte del servizio sopra citato.</i> <i>Aggiornare il "Documento Organizzativo COT ASST Brianza" sulla base di quanto definito nella procedura operativa di cui sopra</i>
Target	<i>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.).</i>
Risorse economiche preventivate	<i>Importo, anche approssimativo. Se possibile distinguere tra pubbliche e private.</i>
	<i>Si rimanda a quanto sarà definito nella procedura operativa oggetto della progettualità.</i>

Risorse di personale dedicate	<i>Direttori Distretti Centrali Operative Territoriali</i>
L'obiettivo è trasversale ed integrato con altre aree di policy?	<i>Sì</i>
Indicare i punti chiave dell'intervento	
Prevede il coinvolgimento di ASST nell'analisi del bisogno e nella programmazione?	<i>Sì</i>
Prevede il coinvolgimento di ASST nella realizzazione dell'intervento e azioni congiunte ambito-ASST?	<i>Sì</i>
L'intervento è realizzato in cooperazione con altri ambiti?	<i>Sì</i>
È in continuità con la programmazione precedente (2021-2023)?	<i>Sì</i>
L'obiettivo prevede la definizione di un nuovo servizio?	<i>Servizio sostanzialmente rivisto/aggiornato.</i>

L'obiettivo è in continuità e/o rappresenta il potenziamento di un progetto premiale della programmazione 2021-2023?	<i>Si</i>
L'intervento è formalmente co-programmato con il terzo settore?	<i>Si</i>
L'intervento è formalmente co-progettato con il terzo settore?	<i>Si</i>
Nel caso in cui l'intervento non preveda processi di co-progettazione e/o coprogrammazione formalizzati, specificare le modalità di coinvolgimento del terzo settore (se pertinente)	
L'intervento prevede il coinvolgimento di altri attori della rete territoriale? (oltre ad ASST e ETS)	<i>Si</i>
Questo intervento a quale/i bisogno/i	

risponde?	
Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente programmazione o può essere definito come un nuovo bisogno emerso nella precedente triennalità?	<i>Bisogno consolidato.</i>
L'obiettivo è di tipo promozionale/preventivo o riparativo?	<i>Promozionale e riparativo.</i>
L'obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico, di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete)	<i>Sì</i>
L'obiettivo presenta degli aspetti inerenti alla digitalizzazione? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	<i>No</i>
Quali modalità organizzative, operative e di erogazione sono adottate?	
	Indicatori entro 2025: • <i>definire, con gli ambiti territoriali sociali, specifica procedura</i>

Quali risultati vuole raggiungere?	<i>operativa per la gestione delle segnalazioni;</i> ● <i>aggiornamento “Documento Organizzativo COT ASST Brianza”;</i> ● <i>invio Documento COT a: Ambiti Sociali Territoriali, ATS Brianza, Prefettura/FFOO.</i> da 2026: ● <i>n. soggetti target segnalati a COT/totale soggetti segnalati a servizio di Pronto Intervento Sociale;</i> ● <i>n. soggetti target presi in carico da pronto intervento sociale/totale soggetti target con accesso in pronto soccorso;</i> ● <i>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;</i> ● <i>monitoraggio annuale del numerosità soggetti rientranti nella definizione del target presi in carico congiuntamente ASST-IRCCS e servizi sociali comunali.</i>
Quale impatto dovrebbe avere l'intervento?	Risultato atteso: ● <i>immediata protezione della persona in stato di bisogno;</i> ● <i>diminuzione accessi impropri al pronto soccorso;</i> ● <i>diminuire i ricoveri in attesa di inserimento in strutture di protezione a seguito di segnalazione a Tribunale Ordinario - Tribunale dei Minori (esempio: violenza assistita, limitazione responsabilità genitoriale alla nascita, grave marginalità).</i>
Attori/enti coinvolti	<i>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.</i>
Anno avvio / anno fine	<i>2025 - 2027</i>

9. ASSEGNO DI INCLUSIONE

Titolo intervento	ASSEGNO DI INCLUSIONE
-------------------	------------------------------

Quali obiettivi vuole raggiungere	<i>Necessità di definire e condividere, tra ASST e ambiti territoriali sociali, le modalità di accesso alla misura ADI - Assegno Di Inclusione.</i>
Azioni programmate	<i>Definire i criteri per la condizione di svantaggio e l'inserimento in programmi di cura e assistenza certificata da ASST e IRCCS San Gerardo:</i> <i>a) percorso finalizzato all'accertamento di elementi sulla base dei quali certificare/attestare lo stato di svantaggio;</i> <i>b) elementi fondanti la presa in carico sociale e sociosanitaria e l'inserimento in programmi di cura e assistenza.</i> <i>Con attenzione alle differenze per le persone con disturbi mentali e con problematiche connesse alle dipendenze patologiche.</i>
Target	<i>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.</i>
Risorse economiche preventivate	<i>Importo, anche approssimativo. Se possibile distinguere tra pubbliche e private.</i>
Risorse di personale dedicate	<i>Direttori Distretto, Dirigenti medici dei servizi salute mentale ASST Brianza e IRCCS, già in organico.</i>
L'obiettivo è trasversale ed integrato con altre aree di policy?	<i>Si</i>
Indicare i punti chiave dell'intervento	
Prevede il coinvolgimento di ASST nell'analisi del bisogno e nella programmazione?	<i>Si</i>

Prevede il coinvolgimento di ASST nella realizzazione dell'intervento e azioni congiunte ambito-ASST?	<i>Si</i>
L'intervento è realizzato in cooperazione con altri ambiti?	<i>Si</i>
È in continuità con la programmazione precedente (2021-2023)?	<i>Si</i>
L'obiettivo prevede la definizione di un nuovo servizio?	<i>Servizio sostanzialmente aggiornato.</i>
L'obiettivo è in continuità e/o rappresenta il potenziamento di un progetto premiale della programmazione 2021-2023?	<i>Si</i>
L'intervento è formalmente co-programmato con il terzo settore?	<i>Si</i>
L'intervento è formalmente co-progettato con il terzo	<i>Si</i>

settore?	
Nel caso in cui l'intervento non preveda processi di co-progettazione e/o coprogrammazione formalizzati, specificare le modalità di coinvolgimento del terzo settore (se pertinente)	
L'intervento prevede il coinvolgimento di altri attori della rete territoriale? (oltre ad ASST e ETS)	<i>Si</i>
Questo intervento a quale/i bisogno/i risponde?	
Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente programmazione o può essere definito come un nuovo bisogno emerso nella precedente triennalità?	<i>Bisogno consolidato.</i>
L'obiettivo è di tipo promozionale/preventivo o riparativo?	<i>Riparativo.</i>
	<i>Si</i>

L'obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico, di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete)	
L'obiettivo presenta degli aspetti inerenti alla digitalizzazione? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	No
Quali modalità organizzative, operative e di erogazione sono adottate?	Primo semestre 2025: protocollo condiviso ambiti sociali/ASST Brianza/IRCCS San Gerardo, che definisca tempi e criteri per rilascio della certificazione specialistica e eventuale interruzione della presa in carico ai fini della concessione/revoca Assegno di Inclusione (ADI). I tempi li detta INPS, forse si può ipotizzare una collaborazione tra comuni/ambiti e ASST sulla presa in carico. N. certificazioni relazione/N.richieste. Rispetto dei tempi. <i>Anni successivi (anche in relazione a normative nazionali):</i> 1. <i>monitoraggio all'interno della cabina di regia ASST delle criticità e necessità di revisione;</i> 2. <i>monitoraggio numerosità e tempistica del processo.</i>
Quali risultati vuole raggiungere?	<i>Risultato atteso: favorire accesso appropriato alla misura dei soggetti richiedenti/in possesso dei requisiti.</i>
Quale impatto dovrebbe avere l'intervento?	
Attori/enti coinvolti	<i>Tutti gli ambiti territoriali sociali</i> ASST DSMD IRCCS DSM

Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se aziendale, sub-distrettuale, comunale)	<i>Tutti gli ambiti</i>
Anno avvio / anno fine	<i>2025-2027</i>
Progettualità presente anche nel piano di zona	<i>Sì</i>

10. UP-PERCORSI PER CRESCERE ALLA GRANDE

Titolo intervento	UP-PERCORSI PER CRESCERE ALLA GRANDE
Quali obiettivi vuole raggiungere	<i>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.</i> <i>Anche i rappresentanti degli ambiti sottolineano come auspicabile la promozione e il raccordo tra le varie progettualità dedicate agli adolescenti e la regia pubblica dei vari servizi / interventi con competenza relativamente alla presa in carico di minori in situazione di disagio al fine di orientarne l'accesso appropriato e mantenere un controllo sull'efficacia e la congruenza della presa in carico.</i> <i>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".</i> <i>DGR XI/7503 del 15.12.2022 e DGR XII/22 del 23/03/2023.</i> <i>Come da Piano Socio-Sanitario 2024 "il Consultorio collabora con gli altri servizi dell'Aziende socio sanitarie territoriali (ASST), con i Servizi sociali</i>

	<i>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”.</i>
Azioni programmate	<i>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.</i> <i>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.</i> <i>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 dalle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) stesse.</i> <i>Attivazione di una cabina di regia che definisca i percorsi più appropriati di presa in carico tra i servizi degli ambiti di ETS e di Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) anche a seguito di valutazioni condivise e validate.</i>
target	<i>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:</i> ● <i>disagio psicologico ed evolutivo;</i> ● <i>isolamento sociale;</i> ● <i>abbandono scolastico;</i> ● <i>comportamenti a rischio, antisociali tendenti alla delinquenza e alla dipendenza da sostanze;</i> ● <i>comportamenti autolesivi.</i>
Risorse economiche preventivate	<i>Importo, anche approssimativo. Se possibile distinguere tra pubbliche e private.</i>
Risorse di personale dedicate	<i>Assistenti sociali e psicologi già presenti in organico.</i> <i>Psicologi consulenti.</i> <i>Se necessario possono essere coinvolti nella fase di valutazione multidimensionale medici specialisti, educatori professionali, infermieri professionali, psicoterapeuti.</i> <i>Si precisa che per ogni ambito distrettuale è stato individuato un</i>

	<i>referente.</i>
L'obiettivo è trasversale ed integrato con altre aree di policy?	<i>Si</i>
Indicare i punti chiave dell'intervento	
prevede il coinvolgimento di ASST nell'analisi del bisogno e nella programmazione?	<i>Si</i>
Prevede il coinvolgimento di ASST nella realizzazione dell'intervento e azioni congiunte ambito-ASST?	<i>Asst Brianza: sono state costituite 4 equipe multidisciplinari per ogni ambito distrettuale. Operatori degli ambiti Operatori ETS.</i>
L'intervento è realizzato in cooperazione con altri ambiti?	<i>Si</i>
È in continuità con la programmazione precedente (2021-2023)?	<i>Si</i>
L'obiettivo prevede la definizione di un nuovo servizio?	<i>Nuovo servizio.</i>
L'obiettivo è in continuità e/o rappresenta il	<i>Si</i>

potenziamento di un progetto premiale della programmazione 2021-2023?	
L'intervento è formalmente co-programmato con il terzo settore?	<i>Si</i>
L'intervento è formalmente co-progettato con il terzo settore?	<i>Si</i>
Nel caso in cui l'intervento non preveda processi di co-progettazione e/o coprogrammazione formalizzati, specificare le modalità di coinvolgimento del terzo settore (se pertinente)	
L'intervento prevede il coinvolgimento di altri attori della rete territoriale? (oltre ad ASST e ETS)	<i>Si</i>
Questo intervento a quale/i bisogno/i risponde?	<i>Indicatori input derivati dall'analisi del bisogno.</i>

Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente programmazione o può essere definito come un nuovo bisogno emerso nella precedente triennalità?	<i>Bisogno consolidato.</i>
L'obiettivo è di tipo promozionale/preventivo o riparativo?	<i>Preventivo.</i>
L'obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico, di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete)	<i>Sì</i>
L'obiettivo presenta degli aspetti inerenti alla digitalizzazione? (organizzativi, gestionali, erogativi, ecc.)	<i>No</i>
Quali modalità organizzative, operative e di erogazione sono adottate?	
Quali risultati vuole raggiungere?	<i>Attivazione protocollo collaborazione:</i> • <i>n° utenti con percorsi appropriati e condivisi /n. utenti;</i> • <i>n° utenti raggiunti che dichiarano un miglioramento nell'accessibilità, qualità e/o efficacia dei servizi alla fine della loro partecipazione all'intervento.</i>

Quale impatto dovrebbe avere l'intervento?	<i>Come si valuta l'impatto sociale ossia il cambiamento/risoluzione delle criticità che hanno portato alla definizione dell'intervento. Individuazione di una batteria di indicatori di outcome.</i>
Anno avvio / anno fine	<i>Dicembre 2023/2027</i>
Attori/enti coinvolti	<i>ASST Brianza/ ATS Brianza ed enti erogatori.</i> <i>Attualmente gli enti erogatori faticano ad effettuare la presa in carico per mancanza di risorse educative al loro interno.</i> <i>Sarà necessario interfacciarsi con ATS, gli ambiti e gli enti erogatori per comprendere come attenuare e ridurre tale criticità al momento molto rilevante.</i> <i>È da sottolineare che al momento sono più di 77 i giovani che sono stati inseriti in meno di un anno nel 2024. Questo numero testimonia il grande bisogno di interventi per questa fascia di età. Nel distretto di Monza di tale DGR si occupa Il Dipartimento di Salute Mentale e non i servizi consultoriali.</i>
Progettualità presente anche nel Piano di Zona	<i>No</i>