

DOCUMENTO DI PRESENTAZIONE DELLA CASA DELLA COMUNITÀ DI BERBENNO DI VALTELLINA - HUB

Modello di riferimento conforme al DM 77/2022 e agli standard PNRR – Missione 6,
Componente 1, Investimento 1.1

1. Informazioni generali Casa della Comunità

Denominazione della struttura	Casa della Comunità di Berbenno di Valtellina
Sede	Via Pradelli, 215, 23030 Berbenno di Valtellina
CUP	F77H21011440001
Tipologia	Hub
Tipologia di intervento PNRR	Ristrutturazione – Non applicabilità (UMPNRR 6C1)
Data di inizio funzionamento**	15/04/2026

*In caso di N.A. Inserire il riferimento all'autorizzazione UMPNRR per lo specifico intervento/riferimenti al Nucleo Tecnico/Approvazione Tavolo istituzionale

** da intendersi quale data di attivazione di tutti i servizi minimi previsti dal DM 77/2022

2. Introduzione

La Casa della Comunità (CdC) di Berbenno di Valtellina è classificata come Casa della Comunità HUB, ai sensi del Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022 e della normativa regionale di attuazione.

La struttura garantisce l'erogazione integrata dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, assicurando:

- copertura infermieristica h12 (dalle ore 08.00 alle ore 20.00, sette giorni su sette);
- presenza medica h24 tramite il Servizio di Continuità Assistenziale;
- operatività di equipe multiprofessionali e multidisciplinari coordinate.

La Casa della Comunità di Berbenno svolge funzione di riferimento territoriale per:

- la presa in carico dei bisogni complessi;
- la gestione della cronicità e della fragilità;
- il raccordo con i servizi specialistici, ospedalieri e sociali del Distretto.

Essa rappresenta il luogo fisico di accesso unitario, facilmente individuabile, al quale i cittadini possono rivolgersi per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, configurandosi quale modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

Il modello di lavoro adottato è fondato sull'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare, con il coinvolgimento coordinato di tutti i professionisti operanti nella CdC.

La Casa della Comunità, intesa come spazio di progettazione condivisa con e per la comunità di riferimento, persegue le seguenti finalità:

- promuovere un ruolo attivo della comunità nell'interpretazione dei bisogni del territorio, nella definizione del progetto di salute e nell'individuazione delle priorità di intervento;
- favorire il dialogo strutturato tra professionisti e comunità attraverso un lavoro integrato, interprofessionale e multidisciplinare;
- ottimizzare e ricomporre le risorse pubbliche in funzione delle esigenze della comunità, anche mediante l'utilizzo del budget di comunità;
- costruire una lettura condivisa dei bisogni locali, integrando dati dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali del territorio.

La Casa della Comunità di Berbenno di Valtellina

La struttura è situata nel centro urbano di Berbenno di Valtellina, in un contesto caratterizzato da residenze, servizi territoriali e una rete viaria sviluppata.

La sua collocazione garantisce un facile accesso sia ai residenti sia agli utenti del comprensorio, grazie a percorsi stradali agevoli e ben serviti.

I servizi della CdC sono collocati all'interno della struttura in via Via Pradelli 215, per una superficie

complessiva di 330 mq².

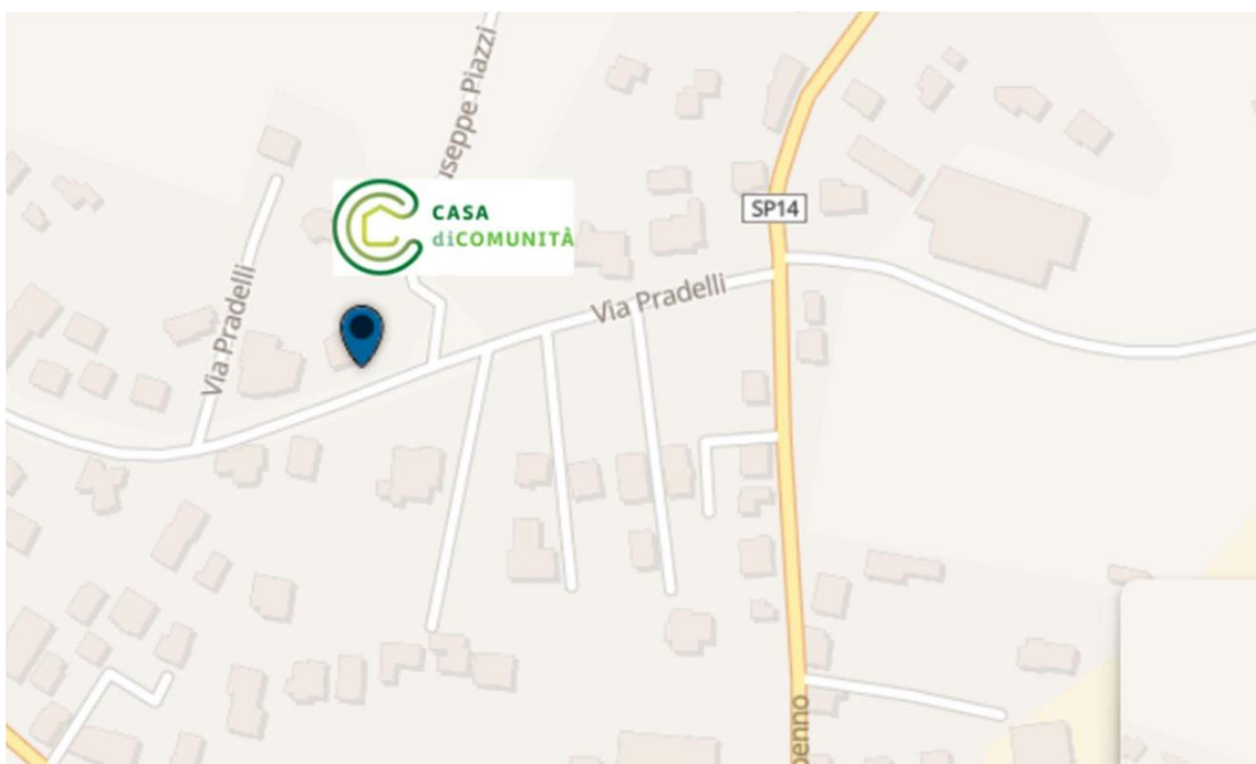
La posizione consente di raggiungere la struttura comodamente a piedi per i residenti e con i mezzi, con disponibilità di parcheggi pubblici nelle immediate vicinanze.

La sede è inoltre collegata dai servizi di trasporto urbano ed extraurbano che la servono:

- la stazione ferroviaria si trova a circa 1,2 Km;
- la fermata degli autobus di linea, che collega i principali comuni dell'ambito, è nelle vicinanze.

La CdC è pienamente integrata nei sistemi informativi sanitari regionali e aziendali, garantendo continuità e interoperabilità nella gestione dei servizi.

L'accesso alla struttura è garantito anche alle persone con disabilità come previsto dalla normativa vigente (DM. 236/89)



Caratteristiche demografiche ed epidemiologiche

L'ambito del Distretto Media Valle è composto da 22 comuni, per un'estensione pari a 668 km², composto da 54.163 abitanti, la densità media circa 81 ab./km², si tratta di un valore superiore alla media provinciale (che è di soli 56-57 ab./km²). Più del 40% della popolazione del distretto vive nel solo comune di Sondrio, comuni della Valmalenco (come Lanzada o Chiesa in Valmalenco) hanno densità bassissime (spesso sotto i 20 ab./km²) a causa dell'estesa superficie d'alta quota non urbanizzabile (Vedi [tabella 1 Popolazione](#) – riportata in calce al documento).

Il Comune con la popolazione più numerosa è Sondrio, con 21.130 abitanti, mentre quello con minor numero di abitanti è Spriana con 82; il 27% della popolazione ha un'età superiore ai 65 anni. Il Comune di Postalesio e Cedrasco si posizionano quali punti estremi dell'intervallo di variazione dei valori dell'indice: il primo si conferma il comune con minor tasso d'invecchiamento pari al 21%, mentre Cedrasco raggiunge un valore pari al 31%.

L'indice di vecchiaia è pari al 249%, il tasso di mortalità è di 13,53 e quello di natalità è di 6,09. Nel distretto della Media Valtellina (Ambito di Sondrio), i cittadini stranieri residenti sono circa 4.000, con un'incidenza sulla popolazione totale che si attesta intorno al 7-8%. La popolazione straniera nel distretto è prevalentemente giovane e gioca un ruolo cruciale nei settori dell'agricoltura (viticoltura), dell'edilizia e dell'assistenza familiare.

A fronte di una popolazione con un alto indice di invecchiamento, avremo un aumento del carico assistenziale legato a malattie croniche e fragilità.

Il dettaglio delle patologie croniche del Distretto della Media Valtellina, in termini di casistica prevalente e tassi grezzi è riportato nella tabella 2 patologia (riportata in calce al documento).

I livelli di cronicità, con specifica del livello di complessità (1 più di tre patologie - 2 due/tre patologie - 3 una sola patologia), con evidenza del tasso grezzo calcolato sulla popolazione residente e alla frequenza del singolo livello calcolato sul totale dei cronici sono visibili nella tabella 3 Livelli di cronicità (riportata in calce al documento).

Il sistema di stratificazione per complessità introdotto dalla DGR XII/1827, fondato sul numero di esenzioni per patologia possedute, ha ridefinito la popolazione eleggibile al progetto di presa in carico dei pazienti cronici nella sua declinazione territoriale.

L'analisi è stata condotta utilizzando database aggiornati al 30/04/2024.

Nell'ambito dell'ASST Valtellina e Alto Lario sono state rilevate 84.571 esenzioni per patologia, corrispondenti a 56.081 soggetti con almeno un'esenzione.

Il numero di persone con almeno un'esenzione, espresso in termini di casistica e tasso grezzo per ASST VAL e per distretto, è riportato nella [tabella 4 tutte le esenzioni](#) e nella [tabella 5 le esenzioni per singola patologia](#) (riportate in calce al documento).

Si precisa che un soggetto può essere titolare di più esenzioni.

La [tabella 6](#) (riportata in calce al documento) presenta infine la distribuzione dei soggetti con esenzione per patologia nei livelli di complessità 1, 2 e 3.

Riferimenti normativi

L'attivazione della Casa di Comunità si inserisce nel quadro normativo nazionale e regionale volto al potenziamento dell'assistenza territoriale e alla riorganizzazione dei servizi socio-sanitari.

Normativa nazionale

Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022: "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", che individua la Casa di Comunità quale modello organizzativo di riferimento per l'assistenza di prossimità.

Normativa regionale

- Legge Regionale n. 22 del 14 dicembre 2021, di riforma del sistema socio-sanitario lombardo, che definisce il quadro per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale e l'integrazione tra ambito sanitario e socio-sanitario;
- DGR XI/6760 del 25 luglio 2022, di approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'attuazione del DM 77/2022;
- DGR XI/7592 del 15 dicembre 2022, che declina operativamente a livello regionale i contenuti del DM 77/2022.

Ulteriori provvedimenti regionali hanno successivamente sviluppato aspetti specifici del modello, con particolare riferimento all'assistenza domiciliare, alla presa in carico della cronicità e all'attuazione degli interventi previsti dal PNRR – Missione 6 Salute.

3. Organizzazione del Personale

La copertura oraria dei servizi e la presenza delle diverse figure professionali all'interno della Casa della Comunità di Berbenno sono garantite in modo strutturale e continuativo, mediante una programmazione mensile formalizzata, validata dai rispettivi responsabili di funzione e conservata agli atti aziendali.

L'organizzazione del lavoro è improntata a criteri di flessibilità, integrazione multiprofessionale e polifunzionalità, al fine di assicurare la continuità assistenziale, la risposta appropriata ai bisogni della popolazione di riferimento e il rispetto degli standard previsti dal DM 77/2022 e dalle disposizioni regionali vigenti.

A. Presenza infermieristica

All'interno della Casa della Comunità di Berbenno è garantita la presenza infermieristica tutti i giorni nella fascia oraria 08.00–20.00, in coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022.

L'accesso ai servizi infermieristici avviene in modalità diretta o su prenotazione, in base ai bisogni assistenziali. Le principali attività comprendono la gestione della cronicità, la risposta a bisogni occasionali e la promozione della salute.

La programmazione dell'orario di lavoro prevede:

- dal lunedì al venerdì, due turni giornalieri (08.00–15.12 e 12.18–20.00); (presenza di almeno 1 infermiere per ciascun turno)
- nelle giornate di sabato, domenica e festivi, un unico turno continuativo (08.00–20.00)

nel rispetto dell'accordo, sottoscritto dalle delegazioni trattanti di parte pubblica e sindacale dell'Area del comparto, che regola l'orario di lavoro del personale, recepito con delibera 604 del 04/10/2022.

L'infermiere svolge un ruolo centrale nella presa in carico territoriale e opera in integrazione con i professionisti sanitari e sociosanitari, partecipando alle principali funzioni della Casa della Comunità, tra cui PUA, IFeC e UVM.

L'organizzazione adottata prevede il concorso coordinato dei Medici di Assistenza Primaria, degli Ambulatori Medici Temporanei (AMT), della Continuità Assistenziale diurna e notturna, della Centrale Medica Unica e degli strumenti di telemedicina, al fine di assicurare la copertura assistenziale e la presa in carico della popolazione di riferimento.

- Tale integrazione si realizza attraverso la partecipazione attiva ai seguenti ambiti funzionali:
- Punto Unico di Accesso (PUA);
- Ambulatorio Infermieristico di Famiglia e Comunità, con particolare riferimento alla presa in carico della cronicità;
- Monitoraggio IFeC;
- Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

Le attività sopra richiamate sono approfondite nella Sezione 4 del presente documento.

B. Presenza medica e continuità assistenziale

La presenza medica all'interno della Casa della Comunità di Berbenno è garantita 24 ore su 24, 7 giorni su 7, attraverso il modello organizzativo della Continuità Assistenziale, comprensivo di ambulatorio territoriale, Centrale Medica Unica e utilizzo di strumenti di telemedicina, in coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022 e dalle disposizioni regionali vigenti.

Il modello adottato assicura:

- una presa in carico tempestiva e appropriata dei bisogni sanitari non differibili;
- il raccordo con il sistema dell'emergenza-urgenza;
- l'integrazione funzionale con i servizi territoriali e ospedalieri,

configurandosi come modalità organizzativa stabile nell'ambito della programmazione aziendale.

Continuità Assistenziale notturna e Centrale Medica Unica

Presso la CdC di Berbenno di Valtellina la continuità assistenziale notturna è coperta a livello distrettuale dal servizio erogato presso la CdC di Sondrio.

La stessa è attiva:

- dalle 19.00 alle 08.00 tutti i giorni della settimana;
- dalle 08.00 alle 19.00 nei giorni di sabato, domenica, prefestivi e festivi infrasettimanali.

Il servizio di Continuità Assistenziale notturna dell'ASST Valtellina e Alto Lario si avvale della Centrale Medica Territoriale Unica (CMU), attiva dal 4 marzo 2023 nell'ambito di un progetto sperimentale promosso dall'ATS della Montagna per il territorio della Valtellina e Alto Lario, operativa:

- dalle 19.00 alle 08.00 tutti i giorni della settimana;
- dalle 08.00 alle 19.00 nei giorni di sabato, domenica, prefestivi e festivi infrasettimanali.

L'accesso avviene tramite il Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117, gestito in Regione Lombardia da AREU.

L'operatore laico del NEA effettua una prima valutazione del bisogno e, se necessario, inoltra la chiamata alla CMU, dove risponde un medico che, anche con il supporto della telemedicina, può:

- fornire consulto telefonico e prescrizione farmaceutica e ambulatoriale dematerializzata;
- attivare una visita ambulatoriale con accesso diretto dell'assistito;
- attivare una visita domiciliare;
- disporre l'eventuale invio in Pronto Soccorso mediante attivazione del 112.

Continuità Assistenziale diurna

Presso la Casa della Comunità di Berbenno la presenza medica è garantita nell'arco delle 24 ore, in conformità a quanto previsto dal DM 77/2022.

Nello specifico:

- la copertura diurna è assicurata mediante continuità assistenziale diurna dalle ore 8:00 alle ore 19:00;
- la copertura notturna è assicurata mediante continuità assistenziale notturna dalle ore 19:00 alle ore 8:00 del giorno successivo.

La fascia oraria dalle ore 19:00 alle ore 20:00, risulta ricompresa nella continuità assistenziale notturna, la quale viene svolta presso la Casa della Comunità di Sondrio.

L'organizzazione adottata consente quindi di garantire senza soluzione di continuità la presenza medica H24 prevista dai requisiti normativi del DM 77/2022.

Il modello organizzativo adottato è in attuazione dei seguenti provvedimenti regionali e aziendali:
DGR n. XII/279 del 15/05/2023;
DGR n. XII/2588 del 21/06/2024;
DGR n. XII/3720 del 30/12/2024;
DGR n. XII/5589 del 30/12/2025;

C. Presenza di altro personale

Personale amministrativo

Il personale amministrativo della Casa della Comunità opera a supporto dei principali servizi al cittadino, tra cui il Punto Unico di Accesso (PUA), l'Ufficio scelta e revoca e il Centro Unico di Prenotazione (CUP).

Gli operatori sono presenti dal lunedì al venerdì, con copertura nelle fasce orarie 08.00–15.42 e 08.30–16.12, e operano secondo un modello organizzativo improntato alla polifunzionalità e alla flessibilità, al fine di garantire continuità ed efficacia nell'erogazione dei servizi.

La descrizione dettagliata delle attività è riportata nella Sezione 4 del presente documento.

Assistente Sociale

Presso la Casa della Comunità sono presenti Assistenti Sociali afferenti all'area fragilità e cronicità.

L'attività è garantita dal lunedì al venerdì, con orario flessibile (ingresso tra le 08.00 e le 09.00 e uscita al completamento dell'orario giornaliero di 7 ore e 12 minuti), in coerenza con il modello organizzativo adottato.

4. Servizi Offerti dalla Casa della Comunità HUB

a. Macro-area Cure primarie con l'omonima area funzionale

I servizi della Casa della Comunità HUB di Berbenno sono organizzati secondo la suddivisione in macro-aree funzionali, come previsto dal Documento di indirizzo per il meta-progetto della Casa della Comunità di AGENAS (2022). La struttura è finalizzata a garantire flessibilità organizzativa e progressiva implementazione dei servizi, in coerenza con il modello di assistenza territoriale definito dal DM 77/2022.

La Macro-area Cure Primarie è dedicata all'erogazione dell'assistenza primaria e alla presa in carico continuativa della popolazione.

Sono presenti tre Medici di Assistenza Primaria (MAP), associati in Medicina di Gruppo, che assicurano l'assistenza sanitaria ai propri assistiti attraverso attività ambulatoriali e domiciliari, prescrizioni farmaceutiche, richiesta di prestazioni specialistiche e diagnostiche, certificazioni previste dalla normativa e attività di prevenzione e promozione della salute. I MAP effettuano inoltre prestazioni cliniche quali medicazioni e vaccinazioni.

L'attività è svolta in integrazione con il personale infermieristico e amministrativo della Casa della Comunità, a supporto dell'erogazione delle prestazioni e dell'organizzazione dei servizi.

I MAP operano inoltre nell'ambito della rete territoriale per la gestione dei bisogni complessi, attraverso il processo di Valutazione Multidimensionale (VMD) nell'ambito dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

La VMD è un processo interdisciplinare finalizzato alla valutazione globale della persona nelle dimensioni fisica, psicologica, funzionale e socio-ambientale, al fine di definire il bisogno assistenziale complessivo.

L'UVM è l'organismo territoriale deputato a garantire l'integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali, attraverso un'équipe multidisciplinare che definisce il percorso assistenziale più appropriato per le persone con bisogni complessi.

L'Équipe di Valutazione Multidimensionale (EVM) è composta da Medico di Assistenza Primaria, Infermiere, Assistente Sociale e Psicologo. L'équipe opera in raccordo con l'Assistente Sociale dell'Ufficio di Piano e, quando necessario, con specialisti ospedalieri e la rete dei servizi territoriali.

Il Gruppo MAP di Berbenno garantisce inoltre alcune attività di supporto amministrativo e di accesso ai servizi, tra cui:

- front office per prenotazioni, consegna referti e gestione ticket;
- attività di scelta e revoca del medico;
- supporto informativo per pratiche sanitarie e sociosanitarie (esenzioni, ecc.);
- attività di prelievo di campioni biologici.

La Medicina di Gruppo è composta dalla Dr.ssa Elide Borellini, dalla Dr.ssa Roberta Malnati e dalla Dr.ssa Monica Valli, ed è collocata al piano rialzato della Casa della Comunità. L'accesso avviene su appuntamento.

b. Macro-area Assistenza di Prossimità con le aree funzionali

PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

Il Punto Unico di Accesso (PUA) rappresenta una funzione fondamentale della Casa della Comunità di Berbenno di Valtellina e costituisce il principale nodo di accesso unitario alla rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali del territorio, con particolare riferimento alle persone in condizioni di fragilità, complessità o vulnerabilità.

Il PUA svolge attività di accoglienza, informazione, orientamento e prima valutazione del bisogno, favorendo l'accesso appropriato ai servizi della rete territoriale da parte di cittadini, familiari, caregiver e operatori. In tale ambito, garantisce il raccordo tra servizi sanitari e componente sociale del territorio, promuovendo l'integrazione degli interventi e la continuità dei percorsi assistenziali. Le attività si articolano in una fase di front office, dedicata all'accoglienza e alla gestione diretta dell'utenza, e in una fase di back office, finalizzata all'analisi della domanda, al raccordo con i servizi e all'attivazione dei percorsi di valutazione e presa in carico.

Personale assegnato

Il PUA è presidiato da un'équipe multiprofessionale composta da:

- Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) / Infermiere;
- Assistente Sociale del Servizio Fragilità;
- Personale amministrativo.

Ciascun professionista opera secondo le competenze del proprio profilo, contribuendo in modo integrato alla lettura del bisogno, all'orientamento dell'utenza e all'invio ai servizi più appropriati della rete territoriale.

Il PUA opera in stretta integrazione con la componente sociale dell'Ufficio di Piano, con particolare riferimento alla gestione di situazioni di fragilità, non autosufficienza e dimissioni protette. Tale collaborazione si realizza attraverso momenti strutturati di confronto e coordinamento tra enti, finalizzati alla definizione di percorsi assistenziali personalizzati e coerenti con i bisogni della persona.

Modalità di accesso e analisi della domanda

Il primo accesso al PUA può avvenire in presenza o telefonicamente, da parte dell'interessato, dei familiari o di soggetti che ne tutelano gli interessi.

Le richieste presentate possono presentare livelli diversi di complessità; pertanto, gli operatori svolgono una prima analisi della domanda, finalizzata a valutarne il bisogno espresso e a indirizzarla verso il percorso più appropriato all'interno della rete dei servizi.

L'attività si articola in una fase di accoglienza, raccolta delle informazioni essenziali e orientamento

iniziale, seguita dall'attivazione dei servizi o delle valutazioni necessarie.

Livelli di complessità dell'intervento

L'attività del PUA si sviluppa su tre livelli:

1. Informazione

Per bisogni semplici viene fornita informazione diretta e si conclude la prestazione. Qualora emergano elementi di fragilità, la richiesta può essere approfondita o rinviata a successivo appuntamento.

2. Orientamento

In presenza di bisogni che richiedono l'accesso a servizi specifici, il PUA orienta l'utenza, facilitando il contatto con i servizi competenti e, se necessario, attivando direttamente l'appuntamento.

3. Attivazione UVM

Nei casi di maggiore complessità viene attivato il percorso di valutazione multidimensionale integrata.

Tracciabilità e organizzazione

Le attività del PUA sono registrate nel Sistema di Gestione Digitale del Territorio (SGDT), garantendo tracciabilità e continuità informativa dei percorsi.

Il servizio è collocato al piano seminterrato della Casa della Comunità di Berbenno di Valtellina ed è attivo dal lunedì al venerdì dalle 09.00 alle 14.00.

Oltre tale orario, fino alle 18.00, la continuità operativa è garantita in raccordo con il PUA della Casa della Comunità di Sondrio.

Contatti:

- Tel. 0342/521814
- pua.be@asst-val.it

UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (UVM)

L'UVM è la funzione deputata alla valutazione dei casi complessi che richiedono integrazione tra ambito sanitario, sociosanitario e sociale, in coerenza con il DM 77/2022.

L'attivazione avviene su segnalazione del PUA e dei diversi attori della rete territoriale (MAP, IFeC, servizi sociali, strutture ospedaliere, servizi specialistici e territoriali).

L'UVM opera anche per la valutazione di accesso a misure nazionali e regionali e svolge le funzioni previste dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Unificata.

Finalità

La valutazione multidimensionale costituisce il presupposto per la definizione del Progetto Individuale e per la presa in carico integrata della persona con bisogni complessi.

Composizione

L'UVM è composta stabilmente da:

- Assistente sociale Ufficio di Piano
- Assistente sociale ASST
- Infermiere di Famiglia e Comunità

L'équipe è integrata, secondo i bisogni, da MAP/PLS, specialisti, psicologo, servizi residenziali e terzo settore. Il Case Manager è individuato all'interno dell'équipe. Il coordinamento è in capo al Direttore di Distretto.

Attività

L'UVM svolge: valutazione dei bisogni, definizione del progetto individuale, attivazione e rivalutazione dei percorsi, accesso alle misure, supporto alla presa in carico integrata.

Le sedute si svolgono con cadenza variabile in base ai casi e possono avvenire in presenza o da remoto. L'esito della valutazione è formalizzato in un documento condiviso.

ATTIVITÀ INFERMIERISTICA DI COUNSELLING E PROMOZIONE DELLA SALUTE

L'Infermiere di Famiglia e Comunità svolge attività di counselling e promozione della salute in modo trasversale nei diversi servizi della Casa della Comunità, favorendo l'aderenza ai percorsi assistenziali e il coinvolgimento attivo di persona e caregiver.

Le attività sono integrate con il Dipartimento di Prevenzione e con i servizi territoriali specialistici (dipendenze, salute mentale, consultori, centri vaccinali), con finalità di prevenzione, educazione sanitaria ed empowerment.

MONITORAGGIO IFEC

L'IFeC garantisce il monitoraggio dei pazienti cronici e fragili, in integrazione con MAP e rete territoriale, secondo il modello previsto dal DM 77/2022 e dalla programmazione regionale.

L'attività comprende presa in carico, PAI, follow-up, educazione terapeutica, monitoraggio clinico e orientamento ai servizi. È incluso il Progetto di Sorveglianza Domiciliare per pazienti a bassa complessità.

Contatti:

- 3334876598
- ifec.be@asst-val.it

AMBULATORIO INFERMIERISTICO

L'ambulatorio infermieristico risponde a bisogni assistenziali che richiedono interventi infermieristici programmati o occasionali, garantendo continuità tra ospedale e territorio.

L'accesso avviene su prenotazione. Le attività comprendono valutazione del bisogno, pianificazione assistenziale ed erogazione delle prestazioni.

Collocazione: piano seminterrato CdC.

Tel. 0342/521814 – ifec.be@asst-val.it

SERVIZIO FRAGILITÀ E CRONICITÀ

Il servizio è rivolto a persone fragili, anziani e disabili e ai loro caregiver, con attività di orientamento, consulenza e supporto all'accesso ai servizi territoriali.

Si occupa inoltre di attivazione ADI, dimissioni protette, misure regionali e nazionali, protezione giuridica e consulenze psicologiche.

Il servizio opera in integrazione con la rete territoriale.

Contatti:

- 0342/521742
- upct.so@asst-val.it

ATTIVAZIONE CURE DOMICILIARI

Le Cure Domiciliari garantiscono assistenza integrata per persone non autosufficienti o fragili, con definizione del livello assistenziale tramite valutazione multidimensionale e PAI.

L'attivazione avviene su richiesta del MAP e in integrazione con i servizi sociali territoriali.

DIMISSIONI PROTETTE

Il percorso di dimissione protetta assicura la continuità ospedale-territorio per pazienti fragili o con bisogni complessi, attraverso una presa in carico precoce e integrata.

Il Servizio Fragilità coordina la valutazione, il raccordo con i reparti ospedalieri e la definizione del percorso assistenziale, in collaborazione con i servizi territoriali e i familiari.

MISURE B1 – B2

Le misure per la disabilità grave e gravissima prevedono una valutazione integrata tra ASST e Ambiti Territoriali Sociali, finalizzata alla definizione di progetti assistenziali condivisi e all'erogazione di interventi e sostegni economici.

CONSULENZA PSICOLOGICA

Lo psicologo del servizio fragilità opera in integrazione con la rete dei servizi sanitari e sociali per la definizione di progetti di vita personalizzati, favorendo inclusione, autonomia e continuità assistenziale.

SCELTA E REVOCA

Il servizio gestisce iscrizione al SSR, scelta e revoca del medico, esenzioni, assistenza sanitaria nazionale ed estera e attività amministrative correlate.

È accessibile anche tramite portale digitale e Fascicolo Sanitario Elettronico.

Collocazione: piano seminterrato CdC.
Tel. 0342/521814 – sceltarevoca.so@asst-val.it

CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE (CUP) INTEGRATO

Le attività del Centro Unico di Prenotazione (CUP) integrato sono svolte dal personale afferente al servizio Scelta e Revoca, garantendo la gestione unificata delle principali funzioni di accesso alle prestazioni sanitarie.

Il servizio assicura la prenotazione di visite specialistiche ed esami diagnostici, la gestione delle agende, l'accettazione amministrativa delle prestazioni e il supporto informativo all'utenza.

L'attività è integrata con gli altri servizi della Casa della Comunità, al fine di favorire la semplificazione dei percorsi di accesso e la continuità tra funzioni amministrative e servizi sanitari.

Il CUP integrato rappresenta un punto unico di riferimento per l'utenza, contribuendo all'appropriatezza della domanda e all'orientamento ai servizi della rete territoriale.

c. Macro-area Specialistica con l'area funzionale ambulatori specialistici

AMBULATORI SPECIALISTICI

Gli ambulatori specialistici afferenti all'area della cronicità e della fragilità operano in stretta integrazione funzionale, rappresentando un nodo essenziale della rete territoriale di presa in carico.

Le prestazioni specialistiche concorrono alla presa in carico globale e personalizzata della persona, in raccordo operativo con il Punto Unico di Accesso (PUA), l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) e con l'insieme dei servizi territoriali, secondo un modello assistenziale integrato e multidisciplinare. Attualmente nella CdC di Berbenno è attivo l'ambulatorio di cardiologia.

PUNTO PRELIEVI

Il Punto Prelievi è situato al piano rialzato nella parte anteriore dello stabile della Casa della Comunità di Berbenno, e costituisce un servizio funzionalmente integrato con le attività della CdC, in quanto collocato nella medesima struttura edilizia, secondo quanto previsto dalle Linee guida ministeriali del 19/12/2025.

Il servizio è dedicato alla raccolta di campioni biologici per l'esecuzione di analisi diagnostiche. L'accesso avviene con impegnativa medica, mediante accesso diretto o prenotazione online, secondo le modalità previste.

I campioni biologici vengono inviati al Laboratorio Analisi di Sondrio di ASST Valtellina e Alto Lario tramite apposito servizio di trasporto dedicato.

Le attività di prelievo e gestione dei campioni sono svolte dall'Infermiere, nel rispetto dell'Istruzione Operativa aziendale "Modalità di prelievo e raccolta dei campioni ematici".

Accesso su appuntamento con impegnativa del Medico.

Per informazioni e prenotazioni: tel. 0342 590363 (Segreteria della Medicina di Gruppo)

d. Macro-area Servizi Generali e Logistici che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura

La Macro-area dei Servizi Generali e Logistici comprende l'insieme delle funzioni non sanitarie che garantiscono il corretto funzionamento organizzativo, gestionale e tecnologico della Casa della Comunità HUB di Berbenno, assicurando condizioni di accessibilità, efficienza operativa, sicurezza e continuità dei servizi, in coerenza con le vigenti linee guida ministeriali.

Accoglienza degli utenti

L'accoglienza degli utenti rappresenta il primo punto di contatto tra il cittadino e la struttura ed è organizzata al fine di garantire orientamento, informazione e supporto amministrativo.

In tale ambito rientrano:

- Area amministrativa di front-office, dedicata alla gestione delle pratiche amministrative, informative e di supporto all'utenza;
- URP – Ufficio Relazioni con il Pubblico, con funzioni di informazione sui servizi erogati, gestione delle segnalazioni, reclami e suggerimenti, nonché supporto alla comunicazione istituzionale, gestita dal personale di ASST;
- attività di orientamento ai servizi della CdC HUB, con indirizzamento ai percorsi assistenziali, ambulatoriali e sociosanitari presenti nella struttura.

L'organizzazione dell'accoglienza è finalizzata a garantire accessi ordinati, riduzione dei tempi di attesa e continuità informativa lungo tutto il percorso dell'utente.

Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale

Il Sistema integrato di prenotazione è funzionalmente collegato al CUP aziendale, localizzato al piano seminterrato della struttura, in conformità alle Linee guida del Ministero della Salute del 19/12/2025.

Il sistema consente:

- la prenotazione, modifica e cancellazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate dalla CdC HUB;
- l'integrazione con i sistemi informativi aziendali e regionali;
- l'accesso multicanale (sportello fisico, sistemi digitali, interoperabilità con piattaforme regionali).

Il collegamento funzionale tra CUP aziendale e CdC garantisce uniformità delle procedure, tracciabilità delle prenotazioni e semplificazione dell'accesso ai servizi per il cittadino.

Servizi di accoglienza per il personale della struttura

La macro-area include spazi e servizi dedicati al personale sanitario e non sanitario operante nella CdC HUB, finalizzati al benessere lavorativo e all'efficienza organizzativa.

Sono previsti:

- spogliatoi distinti e adeguatamente attrezzati;
- ulteriori locali di supporto alle attività del personale, in coerenza con le funzioni svolte.

Servizi logistici

I servizi logistici assicurano il supporto operativo alle attività della CdC HUB e comprendono:

- archivi (cartacei e digitali) per la conservazione della documentazione;
- spazi di deposito per materiali sanitari e non sanitari.

Tali spazi supportano il funzionamento organizzativo della struttura e favoriscono l'integrazione con la comunità locale.

5. Dotazione Strutturale e Tecnologica

La Casa della Comunità di Berbenno è dotata delle principali attrezzature e tecnologie necessarie allo svolgimento delle attività sanitarie e assistenziali, tra cui:

- carrello di emergenza conforme allo standard aziendale, secondo procedura “00-IO-DE-06 – Gestione postazione mobile d’emergenza”;
- Defibrillatore;
- Sfigmomanometro;
- Saturimetro;
- Glucometro;
- Bilancia;
- Metro sartoriale;
- Martelletto per riflessi neurologici;
- Spirometro;
- Pulsossimetro;
- Elettrocardiografo (ECG);
- Holter ECG;
- Holter pressorio (PA);
- Ecografo.

La gestione degli asset e delle attività di manutenzione è assicurata tramite il sistema aziendale EASI, che consente il monitoraggio dell’inventario, la programmazione degli interventi tecnici e il controllo dello stato manutentivo delle attrezzature.

6. Integrazione e Rete Territoriale

La Casa della Comunità HUB di Berbenno promuove un modello di presa in carico integrato, multidisciplinare e orientato alla continuità assistenziale, in coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022 e dai provvedimenti regionali di attuazione adottati da Regione Lombardia, nell’ambito della programmazione degli interventi del CIS.

La CdC HUB rappresenta il nodo territoriale di riferimento per l’erogazione e il coordinamento dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, operando in stretta connessione con la rete dei servizi territoriali e con la Centrale Operativa Territoriale (COT), avvalendosi di strumenti digitali condivisi.

Integrazione con altri servizi sanitari, sociosanitari, sociali ed educativi

La CdC HUB di Berbenno garantisce il collegamento funzionale e operativo con:

- i servizi sanitari territoriali (medicina generale, continuità assistenziale, specialistica ambulatoriale, assistenza infermieristica, servizi domiciliari);
- i servizi sociosanitari, inclusi quelli dedicati alla presa in carico delle fragilità, della cronicità e della non autosufficienza;
- i servizi sociali dei Comuni e degli Ambiti territoriali, favorendo l’integrazione socio-sanitaria e la costruzione di percorsi personalizzati;
- i servizi educativi e di supporto alla persona, in particolare per le fasce di popolazione fragile e

vulnerabile.

L'integrazione è sostenuta da modalità strutturate di collaborazione, condivisione delle informazioni e definizione di progetti assistenziali individualizzati (PAI), nel rispetto delle competenze professionali e istituzionali.

Assetto della rete delle Case della Comunità

La Casa della Comunità di Berbenno di Valtellina è configurata come CdC HUB ed opera in sinergia con le Case della Comunità di Sondrio e Chiesa in Valmalenco operanti nello stesso Distretto, oltre alla CdC di Morbegno del distretto Bassa Valtellina.

Essa svolge pertanto un ruolo centrale a livello distrettuale, garantendo prossimità di intervento ed assicurando i requisiti organizzativi, strutturali e di presenza medica e infermieristica previsti dalla normativa vigente, in coerenza con i criteri indicati dal DM 77/2022.

Collegamento con la Centrale Operativa Territoriale (COT)

La CdC HUB di Berbenno di Valtellina è funzionalmente collegata alla Centrale Operativa Territoriale (COT), che rappresenta il punto di coordinamento dei percorsi di presa in carico e continuità assistenziale.

Il collegamento con la COT consente:

- il coordinamento delle dimissioni protette e dei percorsi ospedale–territorio;
- l'attivazione e il monitoraggio dei servizi domiciliari e territoriali;
- la gestione integrata dei bisogni assistenziali complessi;
- la condivisione delle informazioni clinico-assistenziali necessarie alla presa in carico.

Integrazione tecnologica e sistema informativo

La CdC HUB utilizza SGDT – Sistema di Gestione Digitale Territoriale, piattaforma informatica di riferimento per:

- la gestione dei percorsi assistenziali territoriali;
- la condivisione delle informazioni tra i professionisti coinvolti nella presa in carico;
- l'integrazione con i sistemi aziendali e con la COT;
- il supporto ai processi di monitoraggio e valutazione degli interventi.

L'utilizzo del SGDT favorisce l'uniformità dei processi, la tracciabilità degli interventi e la continuità informativa lungo l'intero percorso di cura.

Attivazione del servizio 116117 diurno

Il servizio 116117 – Numero Europeo Armonizzato per l'accesso alle cure non urgenti diurno è operativo.

Il servizio consente:

- un accesso facilitato e appropriato ai servizi territoriali;
- il raccordo con la continuità assistenziale e la CdC HUB;
- il supporto all'orientamento dell'utenza verso i servizi più idonei;

- una maggiore integrazione con la COT e con i sistemi informativi territoriali.

7. Partecipazione della Comunità

La Casa della Comunità di Berbenno di Valtellina promuove la partecipazione attiva della comunità locale attraverso iniziative di prevenzione e promozione della salute, realizzate in collaborazione con gli Enti del Terzo Settore del territorio, l'Ufficio di Piano e il Centro per la Famiglia. Sono attualmente in corso attività congiunte riguardanti interventi di Tutela Minori, tirocini di inserimento sociale e altre progettualità condivise.

8. Attestazione di conformità

Alla luce degli elementi descritti, la Casa della Comunità di Berbenno risulta organizzata e funzionante in conformità ai requisiti strutturali, organizzativi e funzionali previsti dal Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022, nonché dalla normativa regionale di attuazione.

In particolare, risultano garantiti:

- il ruolo di presidio territoriale di prossimità;
- l'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali;
- la presenza di équipe multiprofessionali;
- la continuità assistenziale h24;
- la presa in carico dei bisogni complessi, della cronicità e della fragilità;
- l'accesso unitario ai servizi tramite il Punto Unico di Accesso;
- l'operatività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale;
- l'adeguatezza delle dotazioni strutturali e tecnologiche.

IL DIRETTORE GENERALE

Ida Maria Ada Ramponi

tabella 1 Popolazione

Indici demografici – Dati ISTAT 2023

Comune	Residenti	Età Media	65+	%65+	0-14	indice vecchiaia 65+/14-	decessi	Tasso mortalità (x 1000 abitanti)	nati	tasso natalità (x 1000 abitanti)
ALBOSAGGIA	2994	49	885	30%	318	278%	49	16,37	17	5,68
BERBENNO DI VALTELLINA	4053	47	1055	26%	441	239%	63	15,54	25	6,17
CAIOLO	1049	47	255	24%	123	207%	15	14,30	13	12,39
CASPOGGIO	1345	48	346	26%	123	281%	15	11,15	7	5,20
CASTELLO DELL'ACQUA	597	50	174	29%	52	335%	13	21,78	4	6,70
CASTIONE ANDEVENNO	1538	47	382	25%	172	222%	28	18,21	6	3,90
CEDRASCO	421	49	132	31%	38	347%	4	9,50	0	0,00
CHIESA IN VALMALENCO	2320	50	682	29%	223	306%	25	10,78	13	5,60
CHIURO	2433	48	634	26%	288	220%	44	18,08	14	5,75
COLORINA	1379	45	299	22%	143	209%	16	11,60	6	4,35
FAEDO VALTELLINO	513	50	155	30%	47	330%	5	9,75	4	7,80
FUSINE	547	50	148	27%	52	285%	6	10,97	2	3,66
LANZADA	1262	48	372	29%	122	305%	11	8,72	9	7,13
MONTAGNA IN VALTELLINA	2982	49	881	30%	334	264%	28	9,39	19	6,37
PIATEDA	2044	49	606	30%	221	274%	28	13,70	12	5,87
POGGIRIDENTI	1807	48	485	27%	235	206%	19	10,51	7	3,87
PONTE IN VALTELLINA	2242	48	618	28%	250	247%	36	16,06	20	8,92
POSTALESIO	666	46	143	21%	78	183%	3	4,50	3	4,50
SONDRIO	21130	48	5873	28%	2404	244%	296	14,01	136	6,44
SPRIANA	82	51	21	26%	10	210%	4	48,78	2	24,39
TORRE DI SANTA MARIA	734	49	220	30%	72	306%	10	13,62	1	1,36
TRESIVIO	2025	47	500	25%	224	223%	15	7,41	10	4,94
	54163	48	14866	27%	5970	249%	733	13,53	330	6,09

[tabella 2 patologia](#)

MEDIA VALTELLINA		
PATOLOGIA	CASISTICA	TASSI GREZZI PER 100.000
Tutte le patologie	17819	32898,8
IPERTENSIONE ARTERIOSA	3526	6510,0
IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	1514	2795,3
DIABETE MELLITO TIPO 2	1250	2307,8
MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	1133	2091,8
CARDIOPATIA ISCHEMICA	1083	1999,5
ASMA	911	1682,0
NEOPLASIA ATTIVA	880	1624,7
NEOPLASIA REMISSIONE	733	1353,3
MIOCARDIOPATIA ARITMICA	668	1233,3
IPOTIROIDISMO	551	1017,3
VASCULOPATIA ARTERIOSA	472	871,4
VASCULOPATIA CEREBRALE	469	865,9
NEOPLASIA FOLLOW-UP	448	827,1
SCOMPENSO CARDIACO	423	781,0
EPATITE CRONICA	384	709,0
BPCO	304	561,3
EPILESSIA	294	542,8
CARDIOPATIA VALVOLARE	278	513,3
VASCULOPATIA VENOSA	244	450,5
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	220	406,2
ARTRITE REUMATOIDE	210	387,7
MORBO DI BASEDOW E IPERTIROIDISMI	165	304,6
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	156	288,0
COLITE ULCEROSA E CROHN (IBD)	116	214,2
DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO	112	206,8
SCLEROSI MULTIPLA	105	193,9
PSORIASI E ARTROPATHIA PSORIASICA	93	171,7
CIRROSI EPATICA	92	169,9
HIV POSITIVO ED AIDS CONCLAMATO	86	158,8
PARKINSON E PARKINSONISMI	80	147,7
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA/OSSIGENOTERAPIA	76	140,3
TIROIDITE DI HASHIMOTO	67	123,7
MALATTIE DELLE ghiandole endocrine, della nutrizione, del metabolismo e disturbi immunitari	65	120,0
DIABETE MELLITO TIPO 1	60	110,8
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DI SENSO	53	97,9
TRAPIANTATI NON ATTIVI	44	81,2
IPER ED IPOPARATIROIDISMO	42	77,5
MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	39	72,0
SCLEROSI SISTEMICA	37	68,3

ALZHEIMER	37	68,3
MALFORMAZIONI CONGENITE	36	66,5
MALATTIA DI SJOGREN	30	55,4
SPONDILITE ANCHILOSANTE	27	49,8
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	26	48,0
IRC - DIALISI	22	40,6
DEMENZE	18	33,2
PANCREATITE CRONICA	17	31,4
NANISMO IPOFISARIO	16	29,5
MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO	16	29,5
MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	15	27,7
TRAPIANTATI ATTIVI	14	25,8
TUMORI	11	20,3
ACROMEGALIA E GIGANTISMO	9	16,6
MIASTENIA GRAVE	8	14,8
MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	7	12,9
DIABETE MELLITO TIPO 1 COMPLICATO	6	11,1
MORBO DI ADDISON	5	9,2
NEUROMIELITE OTTICA	0	0,0

[tabella 3 Livelli di cronicità](#)

MEDIA VALTELLINA	1	534	985,9	3,0
MEDIA VALTELLINA	2	6391	11799,6	35,9
MEDIA VALTELLINA	3	10894	20113,4	61,1
MEDIA VALTELLINA	Tutti i livelli	17819	32898,8	

[tabella 4 tutte le esenzioni](#)

TABELLA 4 TUTTE LE ESENZIONI			
AMBITO/DISTRETTO	SOGGETTI	RESIDENTI	TASSO GREZZO (X 100.000 AB.)
Valtellina e Alto Lario	56081	195551	28678
Media Valtellina	16717	54163	30864

[tabella 5 le esenzioni per singola patologia](#)

MEDIA VALTELLINA			
Elenco patologie	Casistica	Tasso grezzo (x 100.000 ab.)	Frequenza sul totale delle esenzioni
IPERTENSIONE ESSENZIALE	4455	9431	22%
DIABETE MELLITO	2484	5258	11%
SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNI E DA TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO	1801	3813	9%
IPERCOLESTEROLEMIA PURA	1475	3122	7%
ALTRE FORME DI CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA	1245	2636	6%
IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO	1192	2523	6%
IPOTIROIDISMO ACQUISITO	1151	2437	5%
ARITMIE CARDIACHE	765	1619	4%
CARDIOPATIA IPERTENSIVA	720	1524	3%
ASMA	457	967	3%
GLAUCOMA AD ANGOLO APERTO	443	938	2%
GOZZO TOSSICO DIFFUSO	309	654	1%
IPERLIPIDEMIA MISTA	306	648	1%
EPILESSIA	215	455	1%
MALATTIA CELIACA	211	447	1%
ARTRITE REUMATOIDE	204	432	1%
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	181	383	1%
DISPOSITIVO CARDIACO POSTCHIRURGICO IN SITU	170	360	1%
DEPRESSIONE MAGGIORE, EPISODIO RICORRENTE	142	301	1%
ARTROPATIA PSORIASICA	112	237	1%
ALTRE PATOLOGIE	2899	6137	13%

[tabella 6 esenzione per patologia nei livelli di complessità 1, 2 e 3](#)

TABELLA 6 ESENZIONI PER LIVELLO DI COMPLESSITA'				
DISTRETTO	Livello 3 (1 esenzione)	Livello 2 (2 esenzioni)	Livello 1 (3+ esenzioni)	almeno 1 esenzione
MEDIA VALTELLINA	10530	4171	2016	16717