

# DOCUMENTO DI PRESENTAZIONE DELLA CASA DELLA COMUNITÀ DI BORMIO - 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

<b>Denominazione della struttura</b>	Casa della Comunità di Bormio
<b>Sede</b>	Via Agoi, 8 23032 Bormio
<b>CUP</b>	F77H21010630002
<b>Tipologia</b>	Hub
<b>Tipologia di intervento PNRR</b>	Ristrutturazione - Non applicabilità (UMPNNR 6C1)
<b>Data di inizio funzionamento**</b>	01/12/2025

\*In caso di N.A. Inserire il riferimento all'autorizzazione UMPNNR 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 di Comunità (CdC) di Bormio è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale ed è il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. La modalità di lavoro è integrata e multidisciplinare coinvolgendo i professionisti presenti nelle CdC.

La CdC è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dai cittadini e deve fornire facilità di accesso, accoglienza e orientamento dell'assistito.

La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari. L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità, altri professionisti della salute disponibili, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali. L'attività amministrativa è assicurata da personale dedicato che si occupa anche delle attività di servizio di relazioni al pubblico e di assistenza all'utenza.

La CdC, quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, persegue le seguenti finalità:

- è il luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi;
- è il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;
- è il luogo dove le risorse pubbliche vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità attraverso lo strumento del budget di comunità;
- è il luogo dove la comunità ricomponi il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali.

### Riferimenti normativi:

**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 definisce la **Casa della Comunità (CdC)** come **struttura territoriale di prossimità**, punto di riferimento fisico e integrato per l'erogazione di servizi sanitari e sociosanitari delle cure primarie e della prevenzione, con:

- équipe multiprofessionali (medici di medicina generale, pediatri, infermieri di comunità, altri professionisti sanitari) che operano in modo integrato.

- o funzione di coordinamento con altri servizi territoriali.

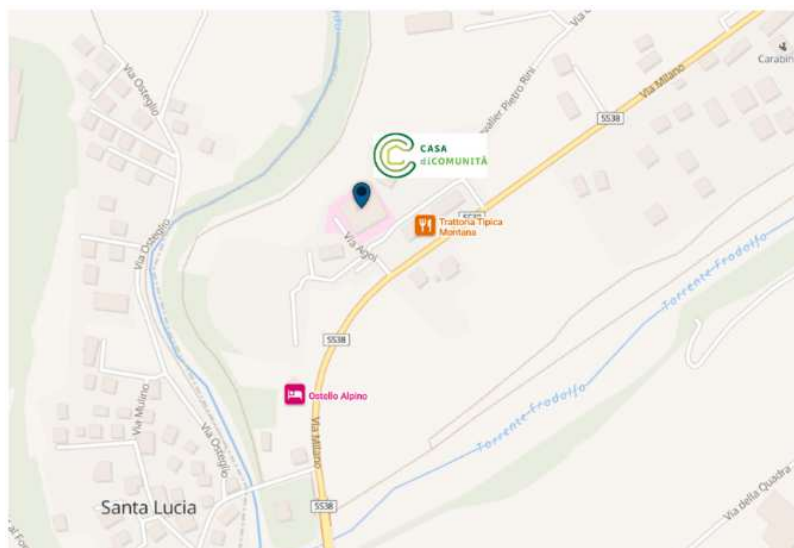
Il decreto stabilisce **standard qualitative, strutturali e organizzativi** per Case della Comunità.

**Normativa regionale** – DGR XI/6760 Seduta del 25/07/2022: “Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale”

DGR XI/7592 del 15/12/2022: “Attuazione del dm 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale” - Documento regionale di programmazione dell'assistenza territoriale (primo provvedimento)



Come raggiungere la sede



La struttura è inserita nel centro urbano di Bormio, in un contesto insediativo con residenze, servizi territoriali e viabilità urbana. È collocata in un'area facilmente raggiungibile dai residenti e dagli utenti del comprensorio, con percorsi stradali ben serviti.

La struttura si sviluppa su un lotto di terreno entro il contesto urbano di Bormio, avente una superficie di circa 4000 mq. L'area è accessibile tramite la via Milano/ Strada Statale n.38 dello Stelvio, sia pedonalmente, sia con mezzi pubblici (è presente una fermata del bus urbano di Bormio) e privati. L'area è servita da rete digitale. Attualmente la struttura non dispone di una sufficiente dotazione di parcheggi pubblici, e tuttavia sarà allestita prossimamente, dopo gli eventi olimpici, una nuova area parcheggio a servizio della CdC. L'edificio ospitante la CdC si sviluppa su tre piani fuori terra, per una superficie lorda di pavimento (SLP) complessiva pari a 3900 mq.

La Casa della Comunità di Bormio è una delle tre CdC afferenti al Distretto Alta Valtellina, un ambito territoriale caratterizzato da un'estensione complessiva di circa 1.350 km<sup>2</sup> e da una popolazione residente pari a circa 53.000 abitanti. Il contesto territoriale, prevalentemente montano e a bassa densità abitativa, richiede un'organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari orientata alla prossimità, all'integrazione e alla continuità assistenziale. L'analisi dell'andamento demografico, riportata nella tabella seguente, evidenzia un saldo naturale negativo, determinato da un numero di nascite inferiore ai decessi. Tale dinamica è tuttavia in larga parte compensata da un saldo migratorio positivo, che consente il sostanziale mantenimento delle dimensioni complessive della popolazione, pur in presenza di una lieve tendenza alla decrescita.

Il persistente ridotto numero di nuovi nati incide in modo strutturale sulla composizione demografica del territorio, determinando un progressivo invecchiamento della popolazione. Questo scenario rafforza la necessità di potenziare, all'interno della CdC di Bormio, modelli organizzativi orientati alla presa in carico della cronicità, alla gestione integrata dei bisogni complessi e al rafforzamento dei servizi di prevenzione e assistenza territoriale, in coerenza con gli obiettivi del PNRR e della programmazione sanitaria regionale.

	<b>DISTRETTO ALTA VALTELLINA</b>	<b>VAL</b>	<b>ATS</b>
<b>Popolazione al 1° gennaio 2023</b>	<b>52909</b>	<b>195604</b>	<b>293622</b>
<b>Nati</b>	<b>347</b>	<b>1297</b>	<b>1938</b>
<b>Morti</b>	<b>617</b>	<b>24442</b>	<b>3588</b>
<b>Saldo naturale</b>	<b>-270</b>	<b>-1545</b>	<b>-1650</b>
<b>Iscritti altro comune</b>	<b>1202</b>	<b>5229</b>	<b>7998</b>
<b>Iscritti estero</b>	<b>421</b>	<b>1471</b>	<b>2132</b>
<b>Cancellati per altro comuni</b>	<b>1183</b>	<b>4901</b>	<b>7502</b>
<b>Cancellati per estero</b>	<b>154</b>	<b>616</b>	<b>845</b>
<b>Saldo migratorio</b>	<b>286</b>	<b>1183</b>	<b>1783</b>
<b>Altri movimenti</b>	<b>-1</b>	<b>-91</b>	<b>-174</b>
<b>Popolazione al 31 dicembre 2023</b>	<b>52924</b>	<b>195551</b>	<b>293581</b>

## Residenti per Età

La distribuzione per sesso e classi di età è riportata nella seguente tabella

Classe	ALTA VALTELLINA			VAL			ATS		
	Maschi	Femmine	totale	Maschi	Femmine	totale	Maschi	Femmine	totale
<15	3615	3260	6875	12387	11442	23809	18507	17237	35744
15-34	5823	5370	11193	20328	18708	39036	30221	28033	58254
35-64	11313	11246	22559	41890	41659	83549	63501	62469	125970
65-74	3007	3123	6130	11922	12513	24435	18112	18736	36848
75+	2453	3714	6167	9931	14791	24722	14845	21920	36755

## Indice di Vecchiaia

Questo indicatore rappresenta il rapporto percentuale fra il numero dei residenti di 65 anni e oltre (anziani) ed il numero dei residenti con meno di 15 anni (giovani). In Valtellina-Alto Lario, il valore dell'indice è pari a 206,5 indicando che vi sono circa 206 residenti anziani ogni 100 residenti giovani. La tabella seguente riporta i valori dell'indice di invecchiamento per singolo distretto e per sesso.

Ambito	Maschi	Femmine	Totale
Alta Valtellina	151%	210%	179%
VAL	176%	239%	206%
ATS	178%	236%	206%

Il dettaglio delle patologie croniche del Distretto della Alta Valtellina, in termini di casistica prevalente e tassi grezzi è riportato nella tabella (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 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 e le esenzioni per singola patologia sono riportate nelle tabelle in calce al documento.

Si precisa che un soggetto può essere titolare di più esenzioni. In calce al documento anche la tabella che presenta la distribuzione dei soggetti con esenzione per patologia nei livelli di complessità 1, 2 e 3.

### 3. Organizzazione del Personale

La copertura oraria dei servizi e la presenza delle diverse figure professionali all'interno della Casa della Comunità di Bormio 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**

L'équipe infermieristica della Casa della Comunità di Bormio garantisce la presenza continuativa del servizio tutti i giorni, nella fascia oraria 08.00–20.00, in coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022 per le Case della Comunità HUB.

La programmazione dell'orario di lavoro prevede:

dal lunedì al venerdì, due turni giornalieri (08.00–15.42 e 12.18–20.00);

nelle giornate di sabato, domenica e festivi, un unico turno continuativo (08.00–20.00).

L'accesso ai servizi da parte dei cittadini avviene in modalità diretta o su prenotazione.

L'infermiere svolge un ruolo centrale nella promozione del lavoro in équipe multiprofessionale, collaborando stabilmente con MMG, PLS, Specialisti e Assistenti Sociali.

Tale integrazione si realizza attraverso i seguenti ambiti funzionali:

- **Punto Unico di Accoglienza (PUA).**
- **Monitoraggio IFeC (Infermiere di Famiglia e Comunità).**
- **Ambulatorio Infermieristico.**
- **Counselling e Promozione della Salute**

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

Viene normalmente predisposta tabella relativa alla turnazione e all'assegnazione delle attività dell'équipe infermieristica.

#### **B. Presenza medica**

La presenza medica all'interno della Casa della Comunità di Bormio 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.

La presenza medica h24 è garantita mediante l'attivazione del Servizio di Continuità Assistenziale sia in fascia diurna sia in fascia notturna.

### **Continuità Assistenziale notturna**

Nelle ore notturne, il servizio di Continuità Assistenziale 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.

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.

La CMU dell'ASST Valtellina e Alto Lario ha sede presso la Casa della Comunità di Morbegno ed 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.

Presso la Casa della Comunità di Bormio è attivo un ambulatorio territoriale di Continuità Assistenziale notturna, con presenza medica:

dalle 19.00 alle 24.00 in guardia attiva;

dalle 24.00 alle 08.00 in reperibilità per eventuali visite domiciliari.

### **Continuità Assistenziale diurna**

La presenza medica diurna presso la Casa della Comunità di Bormio, nella fascia 08.00-19.00, è garantita attraverso un progetto sperimentale di Continuità Assistenziale diurna, attivo a decorrere dal 1° dicembre 2025.

Le prestazioni possono essere erogate ad accesso diretto o tramite NEA 116117.

La Continuità Assistenziale diurna garantisce copertura anche per le Case della Comunità di Livigno.

In tale ambito il medico:

- effettua la valutazione clinica del paziente;
- formula una diagnosi preliminare;
- orienta verso il percorso assistenziale più appropriato.

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;

Delibera ASST Valtellina e Alto Lario n. 692 del 21/10/2025.

### **C. Presenza di altro personale**

#### **Personale amministrativo**

Il personale amministrativo svolge attività presso gli sportelli di Scelta e Revoca, Protesica, Integrativa Farmaceutica, Ufficio Invalidi, Medicina legale nonché presso il CUP e le Casse. Al fine di garantire la continuità e la copertura dei servizi all'utenza, gli operatori sono stati adeguatamente formati per lo svolgimento di più attività, operando secondo un modello di polifunzionalità e flessibilità organizzativa.

Sono presenti 14 operatori amministrativi, con fascia oraria 08.00–15.42, operanti secondo un modello di polifunzionalità e flessibilità organizzativa, con presenza garantita 5 giorni su 7.

Di seguito si riportano i servizi nei quali il personale amministrativo svolge la propria attività:

#### **CUP/Casse**

Il CUP – Centro Unico di Prenotazione è un servizio integrato che consente ai cittadini di prenotare, modificare o disdire visite specialistiche ed esami diagnostici presso le strutture sanitarie pubbliche e convenzionate. Il servizio garantisce una gestione centralizzata, efficiente e trasparente degli appuntamenti sanitari.

Oltre alla prenotazione, il CUP eroga anche il servizio cassa, permettendo il pagamento diretto delle prestazioni sanitarie soggette a ticket o tariffa.

Servizi offerti:

- Prenotazione di visite mediche specialistiche
- Prenotazione di esami diagnostici e strumentali

- Modifica o cancellazione degli appuntamenti già fissati
- Informazioni su prestazioni, sedi, orari e documentazione necessaria
- Pagamento del ticket sanitario (servizio cassa)
- Ritiro dei referti (dove previsto)

Collocato al primo piano della Casa di Comunità è attivo nei seguenti orari:

Riferimenti del servizio (orario/contatti): <https://www.asst-val.it/pagamento-prestazioni>

### **Servizio scelta e revoca**

Svolge attività di:

- Iscrizione al Servizio Sanitario Regionale – SSR per i cittadini Italiani, Comunitari e Extracomunitari;
- Scelta e Revoca del Medico Curante (Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta);
- Rilascio esenzioni per Reddito, Patologia cronica, Malattia Rara, Invalidità di guerra, Invalidità civile, Invalidità per Servizio, Invalidità per lavoro con relativo attestato.
- Assistenza Sanitaria all'estero ai cittadini Italiani e Assistenza Sanitaria in Italia a cittadini Stranieri.

Per la gestione delle attività di Iscrizione al SSR - Scelta /Revoca del medico - Richiesta esenzione è attivo - se in possesso di SPID o CIE – il Portale per il Cittadino raggiungibile dal seguente link: MYASST.

Il cambio medico può essere fatto anche nelle farmacie o in alternativa, è possibile effettuarlo direttamente (per sé e per i propri figli minorenni) online sul Fascicolo Sanitario Elettronico (se dotati di credenziali di accesso SPID, PIN, CIE).

Il cittadino (o persona delegata), nel caso non acceda al Portale del Cittadino, deve presentarsi all'Ufficio Scelta Revoca della ASST VAL territorialmente competente - con possibilità di prenotazione sul sito <https://www.asst-val.it> in corrispondenza della voce "per il cittadino" - con la seguente documentazione:

- codice fiscale
- certificato di residenza o autocertificazione di residenza
- eventuale tessera sanitaria della ASST/ASL di provenienza
- documento di identità dell'interessato (nel caso di persona delegata)

Collocato al primo piano della Casa di Comunità, Accesso libero

Riferimenti del servizio (orario/contatti): <https://www.asst-val.it/scelta-revoca-esenzioni>

## **Servizio unificato protesica ed integrativa (Supi)**

Il servizio “protesi e ausili” gestisce le attività relative alla fornitura su tutto il territorio dell’ASST della Valtellina e dell’Alto Lario di:

- protesi ed ausili per disabili;
- ausili per incontinenti - pannolini per adulti;
- stomizzati;
- presidi per diabetici;
- prodotti per celiaci;
- dispositivi per ossigenoterapia/ventiloterapia;
- prescrizioni alimentari particolari;
- presidi per nutrizione enterale.

Collocato al primo piano della Casa di Comunità, accesso libero.

Riferimenti del servizio (orario/contatti) <https://www.asst-val.it/assistenza-domiciliare>

## **Medicina legale territoriale**

Il Servizio rilascia:

- ✓ Certificazioni Medico Legali di I livello:
  - patente di guida e patente nautica;
  - porto d'armi (uso caccia, difesa personale, sportivo);
  - contrassegno disabili (parcheggio, sosta e circolazione veicoli);
  - esenzione cinture di sicurezza;
  - grave patologia;
  - congedo per le cure;
  - maternità anticipata;
  - certificato fochino;
  - certificato per addetto impianti di risalita
  
- ✓ Certificazioni Medico Legali di II livello:
  - riconoscimento Invalidità Civile;
  - Legge 104/92;
  - valutazione capacità lavorative L. 68/99

Prenotazioni per: Patenti speciali, valutazione idoneità alla guida in CML.

Collocato al primo piano della Casa di Comunità, accesso libero

Riferimenti del servizio (orario/contatti):

<https://www.asst-val.it/rilascio-certificazioni-medico-legali>

## **Psicologo**

Presso la Casa della Comunità operano lo Psicologo di Comunità, lo Psicologo delle Cure Primarie e lo Psicologo dell'area Fragilità e Cronicità, le cui attività sono descritte nella sezione 4 del presente documento. Le attività, svolte sia presso la sede della Casa della Comunità sia sul territorio, sono garantite cinque giorni su sette, secondo un modello organizzativo improntato alla polifunzionalità, alla flessibilità e all'integrazione con i servizi sanitari e sociosanitari territoriali.

## **Assistente Sociale**

È presente un'assistente sociale, con orario flessibile (ingresso tra le 08.00 e le 09.00 e uscita al completamento delle 7 ore e 12 minuti), con presenza garantita 5 giorni su 7.

L'attività si sviluppa prevalentemente nell'area della valutazione delle fragilità, del PUA e dell'UVM.

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

## **4. Servizi Offerti dalla Casa della Comunità HUB**

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

Presso la CdC è presente un MAP con studio primario, collocato al piano terra della Casa di Comunità.

Riferimenti del servizio (orario/contatti):

<https://www.asst-val.it/wp-content/uploads/2025/11/de-bernardin.pdf>

Al secondo piano è invece attivo un Ambulatorio Medico Temporaneo (AMT).

Al fine di garantire la continuità dell'assistenza sanitaria ai cittadini residenti nell'ambito territoriale di Bormio sprovvisti temporaneamente del MAP a seguito della grave carenza di tali professionisti e dell'impossibilità oggettiva da parte di questa Azienda di poter assegnare incarichi provvisori o di titolarità, è stato attivato un AMT nel quale si alternano, in fascia oraria diurna nei giorni feriali, 5/6 medici.

L'accesso all'Ambulatorio avviene solo su appuntamento contattando un Centro Servizi dedicato al numero 0342/960237, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 17,00 a cui è stato fornito l'elenco degli assistiti senza medico.

Le agende degli appuntamenti vengono definite dal Dipartimento Cure Primarie (DPC), previa acquisizione delle disponibilità da parte dei medici incaricati per questa tipologia di servizio e gli slot di apertura vengono caricati su apposito portale a disposizione del Centro Servizi.

Le informazioni relative ad apertura e modalità di accesso all'AMT è assicurata attraverso l'invio, a cura del DPC, di apposita comunicazione/avviso alle Amministrazioni comunali e alle farmacie e l'invio di apposita informativa, a cura dell'Ufficio Scelta/Revoca della CdC ad ogni cittadino privo di MAP al fine di garantire una capillare informazione alla popolazione.

Il servizio prevede anche visite domiciliari.

Al piano terra è presente l'ambulatorio infermieristico, le attività sopra richiamate sono approfondite nella Sezione 4.b del documento.

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

### Servizi Infermieristici

#### Attività infermieristica di counselling e promozione salute

L'infermiere nella attività di counselling e promozione salute ha lo scopo di implementare l'aderenza ai percorsi personalizzati dell'utenza anche coinvolgendo i caregivers con lo scopo di migliorare il benessere psicofisico e sociale del singolo utente e della collettività. Svolge attività di counselling a livello trasversale in tutti i servizi della Casa di Comunità in cui trova impiego, collabora con il Dipartimento funzionale di prevenzione per campagne di promozione salute, si avvale della possibilità di attivare i professionisti dei servizi presenti all'interno del distretto (servizi per le dipendenze, consultori famigliari, centri di psichiatria territoriale, centri vaccinali) quando il counselling è di loro specifica competenza. All'interno della Casa della Comunità vengono promossi ed effettuati i Programmi di Screening in collaborazione con l'ATS della Montagna, finalizzati alla prevenzione e alla diagnosi precoce di patologie ad elevato impatto sulla salute pubblica. Tali programmi rappresentano uno strumento fondamentale per ridurre la mortalità e la morbilità, favorendo trattamenti tempestivi e più efficaci.

I principali screening offerti includono:

- Screening per la prevenzione del tumore della cervice uterina (Pap-test o HPV-test per donne nella fascia di età prevista dal programma);
- Screening del tumore alla prostata: accessibile agli uomini assistiti in Regione Lombardia nati nel novembre 1974. Questo screening ha l'obiettivo di individuare precocemente eventuali tumori alla prostata, aumentando le possibilità di guarigione e riducendo il rischio di trattamenti invasivi;
- Screening per l'epatite C (HCV): offerto a tutti i soggetti nati tra il 1969 e il 1989, che accedono al punto prelievo, che non hanno mai assunto farmaci orali di ultima generazione per il trattamento dell'Epatite.

Le attività di screening si svolgono:

- su invito attivo attraverso lettera inviata al domicilio da ATS;

- con accesso gratuito per tutti i cittadini appartenenti alle fasce d'età e ai criteri di eleggibilità definiti dal programma.

Presso la Casa della Comunità, il cittadino può:

- ricevere informazioni dettagliate sugli screening disponibili;
- effettuare la prenotazione o la ripianificazione degli appuntamenti;
- sottoporsi ad alcuni esami direttamente in sede (ove previsto);
- essere orientato verso ulteriori accertamenti o servizi specialistici in caso di esito positivo.

I programmi di screening si integrano con l'attività dei Medici di Medicina Generale, degli Infermieri di Famiglia e Comunità e degli operatori sanitari, in un'ottica di prevenzione, prossimità e presa in carico globale della persona.

### **Monitoraggio IfeC**

Il monitoraggio degli Infermieri di Famiglia e Comunità (IfeC) fa parte del più ampio Piano Operativo Regionale per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e mira a garantire una presa in carico efficace e continuativa dei cittadini, soprattutto dei pazienti cronici. Questo sistema prevede la collaborazione tra gli IfeC, i Medici di Medicina Generale (MMG), e altri professionisti sanitari per la sorveglianza e la gestione dei bisogni di salute della popolazione.

Nell'attività di monitoraggio dell'Infermiere figurano le seguenti attività:

- la presa in carico della persona e della famiglia di appartenenza a partire dai bisogni;
- la programmazione e l'attuazione di interventi di cura personalizzati attraverso la redazione del PAI sotto la guida del Chronic Care Model e a partire dai principi del Case Management;
- il follow-up (telefonico/a domicilio) periodico;
- la diffusione della conoscenza dei servizi territoriali e della rete a essi connessi;
- valutazione del bisogno, orientamento rispetto ai servizi sociosanitari esistenti, ai percorsi necessari per la loro attivazione e all'utilizzo delle fonti di informazione e di comunicazione disponibili;
- la rilevazione e l'eventuale rivalutazione periodica dei parametri vitali;
- l'accertamento e l'eventuale potenziamento dell'aderenza terapeutica;
- l'alfabetizzazione e l'educazione sanitaria dell'utente finalizzate all'engagement proattivo, alla corretta auto-gestione della cronicità e all'adesione a stili di vita sani e corretti;
- il monitoraggio dell'efficacia dei percorsi diagnostico-terapeutici intrapresi dall'utente iniziando dall'individuazione del paziente, pianificazione dell'attività, l'attività svolta a domicilio, la comunicazione e condivisione delle informazioni per concludere con la valutazione e monitoraggio.

## **Ambulatorio infermieristico**

L'ambulatorio Infermieristico contribuisce al potenziamento dell'offerta sociosanitaria territoriale, attraverso l'erogazione di prestazioni che rispondono a bisogni sanitari e sociosanitari che richiedono competenze infermieristiche.

L'Ambulatorio Infermieristico risponde all'esigenza di:

- migliorare l'accessibilità e fruibilità da parte dei Cittadini dei servizi sanitari e delle prestazioni di assistenza primaria;
- costruire un ponte tra servizi ospedalieri e territoriali che concretizza la continuità delle cure;
- garantire la rilevazione e la valutazione dei bisogni di assistenza infermieristica della popolazione e le risposte appropriate, orientate al mantenimento e/o al recupero dell'autonomia residua del Cittadino;
- promuovere stili di vita salutari;
- promuovere attività di prevenzione e interventi di educazione sanitaria, volti a promuovere nel Cittadino il processo di autocura, favorendo una partecipazione attiva da parte della persona e della sua famiglia.

Le attività che vengono erogate dagli Infermieri sono di seguito elencate:

- rilevazione e/o monitoraggio di uno o più parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione dell'ossigeno, valutazione del dolore)
- rilevazione glicemia capillare
- controllo delle urine mediante utilizzo di strisce reattive (ematuria, glicosuria ecc.)
- effettuazione urinocoltura da catetere estemporaneo e/o permanente
- gestione e/o sostituzione del catetere vescicale
- effettuazione di medicazioni e assistenza a utenti con accessi vascolari
- effettuazione di medicazioni e assistenza a utenti portatori di PEG e/o sondino nasogastico
- somministrazione di terapia farmacologica estemporanea, su richiesta e prescrizione medica e con farmaco da parte dell'utente
- effettuazione di medicazioni semplici e complesse e monitoraggio delle lesioni cutanee/ferite chirurgiche
- effettuazione di bendaggi semplici
- interventi educativi volti all'autocura della persona con eventuale coinvolgimento del familiare per l'aiuto all'assunzione della terapia e per la gestione assistenziale di base.

L'Ambulatorio Infermieristico prevede la presa in carico della persona attraverso la valutazione del bisogno di assistenza, l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e di adeguati

strumenti informativi favorendo la piena assunzione di responsabilità e autonomia dell'infermiere nell'organizzazione e gestione dell'assistenza nel rispetto del quadro normativo che regola l'esercizio della professione.

L'infermiere attraverso la "presa in carico" dell'utente effettua una valutazione iniziale e identificazione del problema di salute. Pianifica, gestisce e valuta l'intervento Assistenziale Infermieristico integrandosi nei processi e nei percorsi territoriali.

Gli utenti con un quadro clinico più complesso vengono assistiti in collaborazione con gli Ambulatori Ospedalieri Specialistici, per una maggiore specifica competenza e permettere la continuità assistenziale.

Collocato al piano terra della Casa di Comunità, accesso con impegnativa

Riferimenti del servizio: tel. 0342/909245

mail [amb.inf.bo@asst-val.it](mailto:amb.inf.bo@asst-val.it)

### **Punto unico di accesso (PUA)**

Il Punto Unico di Accesso (PUA) rappresenta una risorsa essenziale della Casa di Comunità di Bormio ed è attivo con l'obiettivo di semplificare l'accesso ai servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali della popolazione, specialmente per le persone che si trovano in condizioni di fragilità o emergenza.

Il PUA rappresenta il raccordo funzionale tra i nodi principali del sistema di accesso alla rete dei servizi sociosanitari distrettuali e alla rete dei servizi sociali di ambito. Il PUA svolge le sue funzioni attraverso attività di sportello (Front office) e di Ufficio (Back Office).

Il personale assegnato al PUA è il seguente:

- Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) della ASST Val.;
- Assistente Sociale del Servizio Sociale dell'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale Alta Valtellina;
- Assistente Sociale del Servizio Fragilità della ASST.

Tali professionisti sono affiancati dallo psicologo di Comunità della ASST Valtellina e Alto Lario.

È possibile che la dotazione organica del PUA sia integrata dalla figura dall'amministrativo, a cui potranno essere assegnate funzioni congruenti al proprio profilo. Ciascun operatore garantisce le funzioni di front e back office

Ciascun operatore contribuisce allo sviluppo del processo con interventi e competenze specifiche previsti per il relativo profilo professionale, ma tutti sono egualmente impegnati nell'analisi della domanda, nell'offerta di informazioni pertinenti e aggiornate sul sistema sociosanitario integrato e nell'invio dell'utenza ai servizi appropriati per il soddisfacimento della richiesta.

Il primo accesso al PUA può avvenire telefonicamente o personalmente da parte della persona interessata, o di altra persona che ne cura gli interessi.

La persona che si rivolge al PUA formula richieste di varia natura di cui occorre approfondire la pertinenza. È compito degli operatori del PUA analizzare le richieste in una fase preliminare, denominata analisi della domanda.

L'operatore presente al PUA si occupa dunque della prima accoglienza: valuta la richiesta raccogliendo le prime informazioni, approfondisce la domanda per collegarla al sistema dei servizi e, in funzione di questo, svolge attività di complessità crescente.

La prestazione dell'operatore del PUA prevede tre diversi livelli di complessità in funzione della domanda.

### **1. Informazioni sul sistema dei servizi**

Se si tratta di richieste di informazioni semplici relative al sistema dei servizi, l'operatore fornisce le informazioni e chiude la prestazione. Se l'operatore rileva una domanda più articolata, o raccoglie evidenze di condizioni che richiedono un approfondimento, può approfondire la domanda in quella stessa sede e può fissare un nuovo appuntamento, anche con altro operatore del PUA. Se, dopo l'approfondimento, le informazioni fornite sono sufficienti, l'operatore chiude la prestazione.

### **2. Orientamento ai servizi**

Se la domanda presentata al PUA richiede un orientamento a uno o più servizi, l'operatore del PUA prepara l'invio, fornisce al richiedente informazioni utili a questo scopo (usando l'elenco dei servizi appositamente predisposto e accessibile presso il PUA) e può facilitare l'accesso al servizio contattando direttamente il servizio stesso e fissando appuntamenti a nome del richiedente, se richiesto.

### **3. Attivazione della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)**

Se l'operatore del PUA rileva una condizione complessa per la quale reputa necessaria una valutazione multidimensionale, invia la richiesta al coordinatore della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) all'indirizzo: [coordinamento-uvm@asst-val.it](mailto:coordinamento-uvm@asst-val.it).

Per approfondimenti in merito si veda il documento prodotto dai Professionisti dell'ASST Valtellina e Alto Lario: *"PUA Punto Unico di Accesso Alta Valtellina – Guida Operativa – Maggio 2024"*.

Le attività del PUA sono tracciate nel sistema informatico regionale SGDT, il Sistema di gestione Digitale del Territorio.

Collocato al piano terra della Casa di Comunità, per informazioni e prenotazioni:

numero telefonico 0342/909152

e-mail: [pua.bo@asst-val.it](mailto:pua.bo@asst-val.it)

### **Unità di valutazione multidimensionale**

L'Unità di Valutazione Multidimensionale, di seguito solo UVM, si occupa della valutazione dei casi complessi che necessitano di integrazione sociosanitaria, segnalati dal PUA Socio-Sanitario, dal PUA del Servizio Sociale di Base dell'Ufficio di Piano, dal Centro per la Famiglia, dal Servizio Fragilità e da ogni altro attore del sistema sociosanitario (ad esempio medico di medicina generale, pronto soccorso ospedaliero, specialista, RSA, etc..) che intercetti una condizione di complessità.

L'UVM si occupa a regime anche dei potenziali beneficiari di misure nazionali e regionali, utilizzando

in quel caso specifici strumenti e sistemi di reporting stabiliti da dette misure; svolge poi le funzioni attribuite all'unità di valutazione multidimensionale unificata dal Decreto Legislativo 29/2024.

La valutazione multidimensionale e multiprofessionale è propedeutica e ineludibile per la definizione del Progetto individuale, per la presa in carico integrata sociosanitaria e il conseguente accesso alla rete dei servizi socioassistenziali e sociosanitari.

Il suo scopo consiste nell'individuare e offrire alla persona con fragilità la risposta più appropriata in riferimento alle sue specifiche esigenze, nel rispetto del consenso e della libertà di scelta.

I destinatari dell'intervento dell'Unità di Valutazione Multidimensionale sono le persone residenti nei comuni di Bormio, Livigno, Sondalo, Valdidentro, Valdisotto e Valfurva. L'Unità di Valutazione Multidimensionale opera per valutare il bisogno complesso.

**L'UVM è un'équipe multiprofessionale**, a composizione variabile, in relazione ai bisogni specifici della persona; è formata in modo stabile dai seguenti operatori:

- assistente sociale del Servizio Sociale di Base dell'Ufficio di piano che opera nel PUA;
- assistente sociale del Servizio Fragilità ASST che opera nel PUA;
- infermiere di famiglia e comunità ASST che opera nel PUA;
- psicologo di comunità ASST.

L'UVM è integrata da altri professionisti in relazione ai bisogni specifici della persona, al progetto di vita e al progetto individuale: medico di medicina generale o pediatra di libera scelta; medico specialista (medico del Servizio Fragilità, geriatra, psichiatra, neuropsichiatra, medico SER.D; altri specialisti rispetto alle patologie prevalenti nel quadro delle condizioni di salute psicofisiche della persona); referente dei servizi residenziali; referente dei Servizi del Terzo Settore.

Partecipa all'UVM anche il Case Manager del caso oggetto di valutazione da parte dell'équipe (che può essere anche già un componente dell'UVM).

Il coordinamento della UVM è affidato al dirigente psicologo di comunità della ASST.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale svolge queste attività:

- identificare i bisogni di natura bio-psico-sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona;
- individuare il case manager;
- pianificare la valutazione integrata multidimensionale per ricomporre un quadro d'insieme dei bisogni complessi di natura sociosanitaria della persona noti a operatori sociosanitari afferenti alla rete dei servizi socioassistenziali, sociosanitari e sanitari;
- chiedere approfondimenti diagnostici e di valutazione, se le informazioni in suo possesso al momento dell'attivazione risultano scarse, incomplete o obsolete, anche attraverso prestazioni rese dai suoi stessi operatori;
- produrre la valutazione multidimensionale documentata, che può comprendere la definizione del profilo di funzionamento della persona;
- produrre la valutazione multidimensionale documentata, così come richiesta dalla norma, per i beneficiari delle misure nazionali e regionali;

- rivalutare i casi complessi già valutati sulla base di nuovi elementi documentati dal case manager;
- valutare casi in carico alla rete dei servizi, perché presentano nuovi elementi di complessità;
- fornire elementi per orientare la definizione dei progetti individualizzati da parte dei case manager e l'orientamento alla rete dei servizi.

Per la valutazione l'UVM adotta strumenti e percorsi valutativi specifici a seconda della tipologia di domanda e della ragione che giustifica la valutazione.

L'esito della valutazione è un documento ad uso del cittadino e degli operatori di riferimento che contiene gli elementi necessari alla fase successiva di definizione del progetto individuale, documentato in modo diverso a seconda della normativa che lo prevede e delle ragioni che hanno reso necessaria la valutazione multidimensionale.

L'UVM si riunisce a cadenza quindicinale presso la sede della Casa di Comunità, o altre sedi stabilite dal coordinatore, si può riunire anche con modalità a distanza. La composizione della parte variabile è definita entro cinque giorni lavorativi dalla data della riunione, tenuto conto dei bisogni delle persone per le quali è necessario procedere alla valutazione.

Il coordinatore definisce i casi da discutere sulla base delle segnalazioni provenienti da PUA sociosanitario, dal PUA sociale, dal Centro per la Famiglia o da altri invianti e convoca l'UVM e gli specialisti necessari dall'account di posta: [coordinamento-uvm@asst-val.it](mailto:coordinamento-uvm@asst-val.it).

La convocazione è vincolante per gli specialisti coinvolti che sono tenuti a partecipare.

L'intervento degli specialisti può avvenire con collegamenti da remoto.

Se le informazioni ricevute dall'invianti sono incomplete o obsolete rispetto alla domanda, la UVM, nel pianificare l'attività di valutazione, richiede un approfondimento che può consistere nella raccolta di ulteriore documentazione, nella richiesta di approfondimenti diagnostici, anche specialistici, o in prestazioni da parte dei suoi stessi componenti (colloqui con assistente sociale o psicologo di comunità, o visite dagli specialisti coinvolti ad esempio).

La documentazione di servizio ricevuta e prodotta dalla UVM è custodita in versione cartacea presso la sede PUA della Casa di comunità dell'ASST Valtellina e Alto Lario, in fascicoli codificati con Nome e Cognome, codice fiscale e codice SGDT della persona.

I documenti digitali ricevuti e prodotti dall'UVM sono archiviati dai Case Manager su una cartella condivisa mediante applicazione OneDrive gestita come Admin dall'account [coordinamento-uvm@asst-val.it](mailto:coordinamento-uvm@asst-val.it) e sono disponibili in sola visualizzazione a tutti i professionisti.

### **Cronicità - Fragilità**

Il Servizio Fragilità svolge attività rivolte ai singoli soggetti fragili, anziani e disabili e alle loro famiglie, fornendo informazioni, consulenza, supporto, ed orientamento in merito a:

- accesso alla rete dei Servizi territoriali;
- informazioni e valutazione per l'accesso a leggi di settore specifiche, quali Misura B1 per

- pazienti con gravissima disabilità e residenzialità assistita;
- Protezione Giuridica ed Amministrazione di Sostegno (AdS);
- Attivazione Cure Domiciliari;
- Dimissioni protette;
- Consulenze psicologiche;

### **Servizio di assistenza domiciliare di base**

Con DGR N° XII/1776 del 22/01/2024 è stata accreditata l'unità d'offerta sociosanitaria C-DOM Cure domiciliari, CUDES 094066, per tutti i Distretti afferenti alla ASST della Valtellina e dell'Alto Lario, con sede organizzativa e operativa in Via Nazario Sauro n. 36/38, Sondrio, gestita da ASST Valtellina e Alto Lario.

Le cure domiciliari rappresentano un percorso assistenziale a domicilio costituito dall'insieme organizzato di interventi medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse. L'assistenza domiciliare sanitaria deve avere sempre la possibilità di integrarsi con l'assistenza domiciliare sociale erogata dagli Ambiti Territoriali Sociali (ATS). Le risposte assistenziali previste nell'ambito dell'assistenza domiciliare sono articolate in differenti livelli di intensità, complessità assistenziale e tempestività che vengono individuati a partire dalla Valutazione Multidimensionale e dalla conseguente formulazione di un Progetto di Assistenza Individuale (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI).

In coerenza con il **DM 77/2022**, la Casa di Comunità HUB di Bormio concorre all'attivazione delle **cure domiciliari**, quale componente essenziale dell'assistenza territoriale, in integrazione con la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali dell'Alta Valtellina.

### **Dimissioni protette**

Il potenziamento delle cure domiciliari, finalizzato a rendere la casa il luogo privilegiato dell'assistenza, rappresenta uno dei punti cardine del nuovo modello di sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN (DM n. 77/2022).

In tale contesto, la Dimissione Protetta costituisce uno strumento fondamentale per garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, in particolare per persone anziane, fragili, non autosufficienti o con bisogni assistenziali complessi.

Il percorso è finalizzato a:

- assicurare la continuità clinico-assistenziale nel setting più appropriato;
- attivare tempestivamente interventi sanitari e sociali integrati;
- ridurre riospedalizzazioni inappropriate e accessi impropri al Pronto Soccorso;
- sostenere il paziente e la famiglia nel rientro al domicilio o nell'inserimento in altra struttura;

- promuovere l'integrazione tra ospedale, MMG/PLS e servizi territoriali.

La Dimissione Protetta consente inoltre di attivare i servizi territoriali più idonei (Cure Domiciliari, Cure Intermedie, Cure Palliative, Strutture Riabilitative, RSA/RSD, SAD e altri servizi di supporto alla domiciliarità), nonché di garantire prescrizioni, fornitura di ausili e presidi, certificazioni e orientamento ai percorsi sociosanitari (invalidità, amministratore di sostegno, ecc.).

Il Servizio Fragilità, in raccordo con la COT e con i reparti ospedalieri, definisce e coordina il progetto di dimissione, attraverso una valutazione multidimensionale del paziente e della rete familiare. L'équipe (Assistente Sociale e Infermiere) provvede alla presa in carico tempestiva del caso, alla pianificazione degli interventi, al coinvolgimento dei servizi territoriali e comunali competenti e al monitoraggio del percorso post-dimissione.

### **Disabilità gravissima (misura B1) e Disabilità grave (misura B2)**

Le Misure FNA, declinate in Regione Lombardia come Misura B 1 (di competenza ASST) e Misura B 2 (di competenza dei Comuni), prevedono un lavoro integrato nella fase di valutazione. Gli interventi sono finalizzati all'erogazione di buoni economici e servizi assistenziali all'utenza disabile e fragile

Tale attività congiunta ha lo scopo di definire progetti assistenziali condivisi fra i due Enti nei confronti di un'utenza che spesso usufruisce di più servizi territoriali.

Lavoro di integrazione con servizio sociale (UdP) cooperative sociali, fondazioni e associazioni.

Lavoro sul progetto di vita. Obiettivo di unire la rete dei servizi sia pubblici che privati per costruire sulla persona degli interventi che siano integrati e continuativi.

### **Consulenze psicologiche**

Lo psicologo del Servizio Disabilità e Cronicità si occupa di persone in condizioni di fragilità, lavorando per costruire insieme a loro un progetto di vita personalizzato, che tenga conto dei bisogni, delle risorse e delle potenzialità individuali.

Il suo ruolo è quello di favorire l'integrazione tra i diversi servizi che ruotano attorno alla persona:

- Servizi sociali territoriali (es. Unità di Valutazione Disabilità – UdP)
- Cooperative sociali
- Fondazioni e associazioni del territorio
- Servizi sanitari e sociosanitari

L'obiettivo è quello di costruire una rete di interventi coordinati, integrati e continuativi, superando la frammentazione tra pubblico e privato. Lo psicologo partecipa attivamente all'unità di valutazione multidisciplinari e multidimensionale, supporta la valutazione dei bisogni psicosociali, promuove la progettazione condivisa e accompagna la persona e la sua famiglia nei percorsi di inclusione, autonomia e benessere.

Riferimenti del servizio (orario/contatti): <https://www.asst-val.it/disabili-handicap-e-fragilita>

## c. Macro-area Assistenza di Prossimità con le aree funzionali

### **AMBULATORIO DI CARDIOLOGIA**

Il Servizio di Cardiologia è un servizio specialistico clinico ambulatoriale dedicato alla prevenzione, diagnosi, trattamento e monitoraggio delle patologie cardiovascolari.

All'interno del servizio vengono erogate:

- prime visite cardiologiche specialistiche, per la valutazione iniziale del paziente;
- visite di controllo periodiche, per il monitoraggio dell'evoluzione clinica e dell'efficacia della terapia;
- prestazioni diagnostiche e strumentali semplici: ECG.

Durante la visita, il Medico Cardiologo effettua un'attenta valutazione anamnestica e clinica, finalizzata a inquadrare i sintomi riferiti dal paziente, a individuare eventuali fattori di rischio cardiovascolare e a definire un primo orientamento diagnostico e terapeutico.

A seconda delle necessità, lo specialista può:

- prescrivere esami diagnostici e strumentali (ecocardiogramma, test da sforzo, ecc.);
- impostare, confermare o modificare la terapia farmacologica;
- richiedere ulteriori consulenze specialistiche per un approfondimento multidisciplinare;
- definire un piano di follow-up personalizzato, con indicazioni sui successivi controlli e monitoraggi clinici.

### **AMBULATORIO DI FISIATRIA**

All'interno dell'ambulatorio, che rappresenta un servizio specialistico di diagnostica ambulatoriale, vengono effettuate visite fisiatriche specialistiche rivolte alla valutazione, diagnosi e presa in carico di pazienti con disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico e/o neuromotorio.

Il Medico Fisiatra:

- effettua un'accurata valutazione clinica del paziente, esaminando la storia clinica, i sintomi e le limitazioni funzionali;
- se necessario, richiede ulteriori accertamenti diagnostici (esami strumentali, visite specialistiche di approfondimento);
- prescrive un percorso riabilitativo personalizzato, volto non solo a curare la patologia di base, ma anche a recuperare le funzionalità compromesse e ristabilire il massimo grado possibile di autonomia.

## **AMBULATORIO DI FISIOTERAPIA**

All'interno dell'ambulatorio vengono proposti interventi riabilitativi individualizzati che interessano diverse aree funzionali.

Tali interventi sono rivolti a pazienti che presentano disabilità o compromissioni funzionali conseguenti a eventi patologici di diversa origine, sia congenita che acquisita (es. traumi, patologie neurologiche, interventi chirurgici, malattie degenerative).

Il percorso riabilitativo è definito in base alla diagnosi e alle indicazioni cliniche del Medico Fisiatra, che stabilisce obiettivi e modalità di trattamento.

Il Fisioterapista dell'ambulatorio:

- applica specifici protocolli e tecniche riabilitative;
- si occupa del recupero del funzionamento motorio e psicomotorio delle parti del corpo colpite;
- può impiegare l'utilizzo di ausili o protesi per facilitare il recupero delle abilità compromesse e supportare l'autonomia del paziente.

Gli ambulatori sono collocati al secondo piano della Casa di Comunità.

L'accesso ai servizi di medicina specialistica avviene con impegnativa e prenotazione al:

- Numero Verde da rete fissa 800.638.638, da rete mobile 02/999599
- Call Center Aziendale, da lunedì a venerdì 9.00/12.00 - 13.00/15.00 (Tel. 0342/808989)

oppure

- presso gli sportelli CUP aziendali dal lunedì al venerdì 09.00/12.00 – 13.00/15.00
- presso il CUP/CASSE della CdC, nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì 8.00/15.30
- [prenotasalute.regione.lombardia.it](http://prenotasalute.regione.lombardia.it)
- [www.asst-val.it](http://www.asst-val.it)
- presso le Farmacie del territorio.

## **PUNTO PRELIEVI**

Il servizio si occupa della raccolta di campioni biologici per eseguire analisi diagnostiche, si accede con impegnativa nei giorni indicati.

I campioni biologici vengono inviati nel Laboratorio di Sondrio di ASST tramite apposito corriere.

L'Infermiera si occupa dell'esecuzione dei prelievi e del loro invio al Laboratorio, secondo quanto previsto da apposite istruzioni operative.

L'accesso al punto prelievi può avvenire attraverso accesso diretto o con prenotazione on-line (<https://asstval-chatbot.azurewebsites.net/?>) con prescrizione del medico.

Il punto prelievi è situato al primo piano della Casa di Comunità.

Per consultazione/ritiro referti:

- Fascicolo sanitario elettronico;
- [www.asst-val.it](http://www.asst-val.it) con codice fiscale e codice alfanumerico consegnato in fase di accettazione;
- Presso gli sportelli CUP dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 15.30 con codice fiscale e codice alfanumerico consegnato in fase di accettazione.

Per informazioni: 0342/909139 – 909126

Riferimenti del servizio (orario/contatti): <https://www.asst-val.it/centro-prelievi-bormio>

Le attività infermieristiche sono presentate in maniera approfondita all'interno di una specifica Procedura Operativa ASST Valtellina e Alto Lario denominata "*Servizi Infermieristici nelle Case di Comunità*".

Tale procedura trova applicazione per l'organizzazione e il funzionamento delle attività in capo al professionista Infermiere delle Case di Comunità all'interno degli ambiti di seguito elencati:

## **ALTRI SERVIZI**

Presso la casa di Comunità di Bormio sono inoltre presenti i seguenti servizi:

### **Psicologia di Comunità e delle Cure Primarie**

Istituito dalla Legge Regionale n.1/2024, il Servizio di Psicologia delle Cure Primarie, ha l'obiettivo di rafforzare la rete di assistenza psicologica territoriale, in particolare migliorando l'accessibilità alle cure psicologiche, rispondendo in maniera tempestiva ai primi segni di disagio e prevenendo l'aggravarsi delle situazioni di vulnerabilità.

Il servizio è operativo nella Casa di Comunità di Bormio della ASST Valtellina e Alto Lario.

Il servizio si rivolge a persone di ogni età e alle loro famiglie, con particolare attenzione ai bisogni psicologici delle persone in condizioni di fragilità: adolescenti, persone affette da cronicità, e in generale chiunque si trovi ad affrontare eventi di vita stressanti.

La psicologa del servizio collabora strettamente con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti e di continuità assistenziale e altri professionisti sanitari e sociali presenti sul territorio, nella consapevolezza che la salute psicologica è una componente essenziale del diritto alla salute.

I principali servizi offerti sono:

- consultazione psicologica e screening psicologico precoce, in favore di adulti, minori, adolescenti e famiglie. La diagnosi può includere anche valutazioni neuropsicologiche di I livello, specialmente nel caso di soggetti anziani con patologie cognitive;
- percorsi di sostegno psicologico, con le persone e i loro nuclei familiari, con particolare attenzione a persone che vivono una condizione di cronicità e ai loro caregiver;

- consulenza psicologica a favore di operatori sanitari, educatori, insegnanti, e altri soggetti che operano sul territorio;
- lavoro d'équipe: gli psicologi del servizio collaborano con tutti gli altri professionisti del sistema di cura, dal medico di medicina generale allo specialista, allo psicologo scolastico o altro secondo le necessità della persona.

La Psicologa della Casa della Comunità:

- promuove iniziative di promozione per la salute psicologica e il benessere psicoemotivo: promozione dell'agio e stili di vita funzionali ad una corretta igiene mentale anche con costituzione di gruppi a tema;
- offre percorsi psicologici individuali;
- collabora alla co-costruzione di progetti con attori locali: collaborazioni con cooperative, associazioni, enti locali, scuole e organizzazioni del terzo settore, basate su un'analisi condivisa del territorio, per rispondere in modo efficace al bisogno sia del singolo che della comunità;
- favorisce la creazione di reti tra servizi, enti e associazioni: strutturazione di un'offerta adeguata e pertinente ai bisogni psicologici della comunità;
- promuove la formazione personale sanitario, MMG IFeC: sensibilizzazione ai bisogni di tipo psicologico;
- offre interventi nelle emergenze psicologiche: azioni tempestive per affrontare situazioni critiche che influenzano il benessere psicologico della comunità.

Il cittadino può accedere ai servizi di psicologia attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA), direttamente con la Psicologa-Psicoterapeuta o attraverso il proprio medico (non è richiesta impegnativa).

Il servizio di psicologia di comunità e delle cure primarie è situato al secondo piano della Casa di Comunità.

L'accesso è su appuntamento (non è richiesta impegnativa).

Riferimenti del servizio (orario/contatti):

<https://www.asst-val.it/psicologia-delle-cure-primarie>

### **Ambulatorio vaccinale**

L'ambulatorio vaccinale, attivo presso la casa di Comunità di Bormio, si occupa di:

- Vaccinazioni infanzia e adolescenza: Previste dal calendario vaccinale nazionale e regionale (PNPV e PRPV): accesso su convocazione dell'ASST Valtellina e Alto Lario;
- Vaccinazioni adulti e categorie a rischio: (età, salute, gravidanza, lavoro o altri fattori): accesso su prenotazione;

- Counselling e vaccinazioni per viaggiatori internazionali: erogate su richiesta del cittadino ed in regime di co-pagamento.

All'interno della Casa di Comunità sono inoltre proposte attività di screening e di prevenzione in collaborazione con il Dipartimento funzionale di Prevenzione dell'ASST Valtellina e Alto Lario.

Collocato al secondo piano della Casa di Comunità

Riferimenti del servizio (orario/contatti): <https://www.asst-val.it/attivita-vaccinale>

Vaccinazioni Accesso su prenotazione:

tel. 0342.909155, [vaccinazioni.bo@asst-val.it](mailto:vaccinazioni.bo@asst-val.it)

Counselling e vaccinazioni per viaggiatori internazionali erogate in regime di co-pagamento

Accesso su prenotazione:

- [www.prenotasalute.regione.lombardia.it](http://www.prenotasalute.regione.lombardia.it)
- Call Center Regionale 800.638.638 (da cellulare 02.999.599)

### **Servizi per la salute mentale**

All'interno della Casa di Comunità di Bormio sono presenti i seguenti Servizi del Dipartimento Salute Mentale:

- ***Servizio Territoriale per le Dipendenze (Ser.D)***

È un servizio accreditato che, nell'ambito dell'ASST Valtellina e Alto Lario, si occupa delle persone, minori o adulti, che portano domande e bisogni sociosanitari riferiti a problematiche o patologie correlate a situazioni di uso, uso problematico, o dipendenza da sostanze legali e illegali, oppure da gioco d'azzardo patologico.

Il Ser.D eroga interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nell'ambito delle dipendenze:

- Trattamenti farmacologici per le dipendenze;
- Percorsi di accompagnamento all'ingresso in Comunità Terapeutiche e centri alcolistici;
- Attivazione di percorsi di cura anche per persone sottoposte a vincoli delle Autorità Giudiziarie.

Eroga valutazioni sulle problematiche di dipendenza su richiesta della persona o su invio di enti terzi (Prefettura, Commissione Medico Locale, Autorità Giudiziaria...).

L'accesso al Ser.D è diretto e gratuito; non è necessaria l'impegnativa del Medico di Medicina Generale (MMG).

Riferimenti del servizio (orario/contatti): <https://www.asst-val.it/dipendenze>

- **Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza**

Il servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA) si occupa della presa in carico di bambini e adolescenti con disturbi dello sviluppo neurologico e psichico, offrendo servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Il Servizio si occupa di problemi come ritardi nello sviluppo, difficoltà di apprendimento, disturbi emotivi e comportamentali, e altre condizioni che possono influenzare il benessere neuropsichico dei giovani.

Le attività della NPIA sono:

- Valutazione e diagnosi: professionisti del servizio valutano le difficoltà del bambino o dell'adolescente attraverso colloqui, test e osservazioni, per arrivare a una diagnosi precisa;
- Cura e riabilitazione: sulla base della diagnosi, vengono proposti trattamenti specifici, che possono includere terapie farmacologiche, psicoterapie, terapie riabilitative o interventi educativi;
- Sostegno alle famiglie: il servizio offre supporto e consulenza ai genitori e alla famiglia per aiutarli a comprendere e gestire le difficoltà del figlio;
- Interventi in contesti scolastici: i professionisti possono collaborare con la scuola per favorire l'integrazione scolastica e il successo formativo del bambino o dell'adolescente;
- Prevenzione: il servizio promuove attività di prevenzione e sensibilizzazione su temi legati alla salute psichica.

Il servizio di NPIA tratta:

- Ritardi nel linguaggio, nella motricità o nello sviluppo cognitivo;
- Problemi di attenzione e iperattività: (ADHD);
- Disturbi dell'apprendimento: (dislessia, discalculia, ecc.);
- Disturbi dello spettro autistico;
- Disturbi emotivi e comportamentali: (ansia, depressione, disturbi del comportamento, ecc.);
- Difficoltà relazionali e sociali;
- Problemi legati a traumi o lutti.

L'accesso alla NPIA può avvenire su richiesta del pediatra, della scuola, o direttamente da parte della famiglia.

Riferimenti del servizio (orario/contatti): <https://www.asst-val.it/neuropsichiatria-infanzia-e-adolescenza>

- **Centro Psico Sociale**

Il Centro Psico Sociale (CPS) è una struttura sanitaria territoriale che offre servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione per persone con disturbi psichici, integrando interventi psichiatrici, psicologici e sociali. Il CPS funge da punto di accesso al sistema dei servizi per la Salute Mentale e

coordina gli interventi nel territorio di competenza.

L'accesso al servizio è diretto: chiunque può accedere ai servizi del CPS, senza necessità di impegnativa medica, anche se è utile presentare una relazione del proprio medico di base.

All'interno del CPS opera l'équipe multidisciplinare composta da un medico psichiatra, da psicologi, infermieri, assistenti sociali ed educatori professionali.

Le attività comprendono visite specialistiche, colloqui diagnostici, terapie individuali e di gruppo, somministrazione di farmaci, interventi domiciliari, percorsi riabilitativi e attività di sostegno alle famiglie.

Il CPS coordina gli interventi sanitari e sociali sul territorio, collaborando con altre strutture come il medico di base, i servizi sociali e le cooperative.

Il CPS svolge anche attività di prevenzione e sensibilizzazione sui temi della Salute Mentale.

Accesso libero con prenotazione telefonando al:

- 0342.909247 da LUN a VEN: 8.00/16.00

### **Consultorio**

Il Consultorio Familiare è un servizio multiprofessionale di prevenzione e di promozione della salute e del benessere della donna, della coppia e della famiglia, nelle diverse fasi della vita. E' una struttura territoriale di primo ascolto e primo intervento;

Fornisce informazioni, consulenza, sostegno e interventi specialistici per:

- Salute della donna;
- Gravidanza e post-parto;
- Cura del neonato e del bambino;
- Contraccezione;
- Menopausa;
- Interruzioni di gravidanza;
- Relazioni genitoriali e di coppia;
- Infanzia e adolescenza;
- Difficoltà personali e familiari;
- Maltrattamento, stalking e violenza sulla donna.

È un punto di riferimento per l'individuo, la coppia, la famiglia nelle diverse fasi della vita e adotta un modello di intervento in grado di garantire la valutazione personalizzata dei bisogni e la presa in carico globale e integrata.

L'attività Ambulatoriale erogata è la seguente:

- Visite e consulenze ginecologiche;
- Consulenza preconcezionale;

- Consulenza infermieristica e ostetrica;
- Consulenze psicologiche;
- Consulenze sociali e sul diritto di famiglia;
- Assistenza ostetrica alla gravidanza;
- Psicoterapia rivolta al singolo, alla coppia e alla famiglia;
- Sostegno all'allattamento;
- Corsi di accompagnamento alla nascita;
- Incontri di gruppo per futuri o neo genitori;
- Incontri sul diritto di famiglia;
- Incontri di massaggio infantile;
- Incontri di supporto alla genitorialità;
- Incontri e attività dedicate agli adolescenti;
- Diagnosi precoce dei tumori femminili;
- Visite domiciliari alla puerpera.

Ogni persona regolarmente iscritta al SSN può accedere al Consultorio. L'accesso è diretto: per usufruire delle prestazioni non è richiesta l'impegnativa del Medico di Medicina Generale (ad eccezione del Pap Test). Per accedere alle prestazioni deve essere effettuata la prenotazione.

Presso la CdC di Bormio opera un'equipe composta da:

- Ginecologo;
- Psicologo;
- Ostetriche;
- Infermieri;
- assistenti sociale;
- educatori professionale.

Riferimenti del servizio (orario/contatti): <https://www.asst-val.it/famiglia-maternita-e-infanzia>

### **Centro per la famiglia**

È un progetto sperimentale di Regione Lombardia volto a sostenere e a valorizzare le famiglie, in tutti i passaggi evolutivi del loro ciclo di vita. Nel primo semestre 2025 sono state effettuate attività di accoglienza, ascolto e consulenza, e supporto psico educativo alle famiglie e incontri di gruppo in collaborazione con l'UdP di Bormio. Il Centro per la Famiglia, attivo dal 01 luglio 2022 che vede ASST Valtellina e Alto Lario come Ente capofila e l'Ufficio di Piano di Bormio come Ente partner, ha assunto nel territorio di Bormio il ruolo

di propulsore di una rete di servizi, di interventi, di soggetti e di azioni integrate con gli enti gestori dei servizi sociali territoriali, d'intesa con altri attori del territorio (oratori, associazioni e cooperative).

Il Centro per la Famiglia:

- rafforza l'integrazione sociosanitaria, oltre che potenziare la rete dei servizi, delle unità d'offerta e degli attori che a vario titolo sono impegnati in attività rivolte alle famiglie con minori e adolescenti;
- sviluppa nuove forme integrate di sostegno ai nuclei familiari e ai caregiver nell'ottica di sostenere il protagonismo della famiglia anche nella risposta ai bisogni che esprime.

Le finalità del Centro per la Famiglia sono quelle di mantenere e ampliare ulteriormente l'offerta di opportunità di sostegno e promozione della famiglia già realizzato in parte dai Consultori familiari attraverso:

- attività laboratoriali e/o educative;
- percorsi per rafforzare le competenze genitoriali e la relazione genitori/figli;
- attività rivolte ai minori a contrasto della povertà educativa e dell'esclusione;
- attività di promozione alla salute in raccordo con le Istituzioni Scolastiche.

Il Centro per la famiglia sta implementando, oltre ai servizi di base, tutti e tre i seguenti servizi in ottemperanza della DRG 4431/2025:

- consulenza e servizi in merito all'alfabetizzazione mediatica e digitale dei minori, con particolare attenzione alla loro tutela rispetto all'esposizione a contenuti pornografici e violenti;
- servizi di alfabetizzazione delle famiglie sulla prevenzione e sugli effetti dell'assunzione di sostanze psicotrope, attraverso l'utilizzo dei materiali resi disponibili dal Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri;
- servizi finalizzati alla valorizzazione pratica dell'invecchiamento attivo, anche attraverso il coinvolgimento volontario delle persone anziane in attività di accompagnamento, assistenza e consulenza alle famiglie.

#### 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 accoglie tutte le funzioni non sanitarie necessarie a garantire il corretto funzionamento della struttura. Essa comprende i servizi di accoglienza, le funzioni di supporto al personale, le attività logistiche e i locali tecnici.

L'accoglienza degli utenti è organizzata attraverso un desk dedicato, posizionato presso l'ingresso principale al piano terra. Nelle immediate vicinanze è presente un'area break/relax, dotata di distributori automatici di vivande e bevande calde, a supporto degli utenti durante l'attesa.

I servizi di accoglienza per il personale della struttura sono anch'essi collocati al piano terra e

comprendono gli spogliatoi. In prossimità di tali spazi è prevista un'area break/relax pensata per garantire momenti di ristoro durante le pause lavorative.

I servizi logistici includono piccoli magazzini e locali deposito, distribuiti al piano terra per facilitare le attività di gestione e approvvigionamento. La raccolta dei rifiuti è invece concentrata in un'isola ecologica collocata nel piazzale esterno della struttura.

I locali tecnici sono in larga parte ubicati all'esterno del piano terra e risultano accessibili tramite un cavedio perimetrale; tra questi si annoverano la centrale termica, la centrale idrica, il locale UTA e il locale del gruppo elettrogeno. Ulteriori locali tecnici sono collocati all'interno del piano terra, in particolare il locale quadri elettrici e il locale dati, per garantire una gestione efficiente degli impianti.

## 5. Dotazione Strutturale e Tecnologica

Le attrezzature/strumenti principali presenti nella CdC di Bormio sono:

- Carrello urgenza allestimento standardizzato aziendale secondo la procedura 00 - IO DE 06  
Gestione postazione mobile d'emergenza (carrello/zaino)
- Defibrillatore
- Elettrocardiografo
- Sfigmomanometro
- Spirometro
- Pulsossimetro
- Saturimetro
- Glucometro
- Bilancia
- Metro sartoriale

Il sistema di gestione degli asset e delle attività di manutenzione a questi correlate EASI, consente di conservare ordinatamente l'inventario dei beni, di programmare e sovrintendere gli interventi tecnici necessari per i vari servizi legati alle attività di manutenzione e di esercitare un controllo sullo stato degli interventi.

## 6. Integrazione e Rete Territoriale

La CdC HUB di Bormio 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) che ha sede a Sondrio, avvalendosi di strumenti digitali condivisi.

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.

La CdC 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.

La CdC di Bormio è individuata quale struttura hub, con la Casa di Comunità di Livigno quale presidio Spoke di riferimento.

## 7. Partecipazione della Comunità

La partecipazione della Comunità rappresenta un elemento strategico del modello organizzativo della Casa della Comunità, in coerenza con i principi di prossimità, integrazione e centralità della persona promossi dal DM 77/2022 e dal PNRR.

Sono presenti forme di interlocuzione con i servizi del territorio e con gli attori istituzionali e del Terzo Settore, finalizzate a favorire l'integrazione tra ambito sanitario e sociale e a intercettare i bisogni emergenti della popolazione.

Nel corso del prossimo periodo, la Casa della Comunità si pone l'obiettivo di rafforzare e rendere sistematiche le iniziative di partecipazione, anche attraverso il coinvolgimento delle associazioni locali, dei cittadini e dei rappresentanti della comunità, con particolare attenzione ai bisogni delle persone fragili e alla promozione della salute. Tali azioni saranno progressivamente integrate nel modello organizzativo della CdC.

**IL DIRETTORE GENERALE**

*Ida Maria Ada Ramponi*

## TABELLE

La **tabella** che segue riporta il dettaglio delle **patologie croniche** Distretto Alta Valtellina, in termini di casistica prevalente e tassi grezzi.

ALTA VALTELLINA		
PATOLOGIA	CASISTICA	TASSI GREZZI PER 100.000
Tutte le patologie	14948	28244,3
IPERTENSIONE ARTERIOSA	3520	6651,0
IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	1286	2429,9
DIABETE MELLITO TIPO 2	1057	1997,2
CARDIOPATIA ISCHEMICA	737	1392,6
ASMA	624	1179,0
MIOCARDIOPATIA ARITMICA	580	1095,9
NEOPLASIA ATTIVA	557	1052,5
IPOTIROIDISMO	546	1031,7
NEOPLASIA REMISSIONE	454	857,8
VASCULOPATIA CEREBRALE	434	820,0
NEOPLASIA FOLLOW-UP	424	801,1
VASCULOPATIA ARTERIOSA	401	757,7
SCOMPENSO CARDIACO	385	727,5
MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	384	725,6
BPCO	360	680,2
EPILESSIA	319	602,8
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	258	487,5
CARDIOPATIA VALVOLARE	249	470,5
EPATITE CRONICA	246	464,8
VASCULOPATIA VENOSA	218	411,9
MORBO DI BASEDOW E IPERTIROIDISMI	170	321,2
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	169	319,3
ARTRITE REUMATOIDE	161	304,2
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA/OSSIGENOTERAPIA	144	272,1
COLITE ULCEROSA E CROHN (IBD)	133	251,3
DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO	95	179,5
SCLEROSI MULTIPLA	91	171,9
TIROIDITE DI HASHIMOTO	89	168,2
CIRROSI EPATICA	84	158,7
DIABETE MELLITO TIPO 1	72	136,0
PSORIASI E ARTROPATHIA PSORIASICA	61	115,3
PARKINSON E PARKINSONISMI	60	113,4

HIV POSITIVO ED AIDS CONCLAMATO	52	98,3
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DI SENSO	49	92,6
IPER ED IPOPARATIROIDISMO	47	88,8
TRAPIANTATI NON ATTIVI	43	81,2
MALATTIE DELLE ghiandole ENDOCRINE, DELLA NUTRIZIONE, DEL METABOLISMO E DISTURBI IMMUNITARI	42	79,4
MALFORMAZIONI CONGENITE	35	66,1
ALZHEIMER	32	60,5
MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	28	52,9
PANCREATITE CRONICA	25	47,2
IRC - DIALISI	23	43,5
DEMENZE	22	41,6
SCLEROSI SISTEMICA	21	39,7
SPONDILITE ANCHILOSANTE	21	39,7
MALATTIA DI SJOGREN	19	35,9
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	18	34,0
MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	16	30,2
MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO	14	26,5
MIASTENIA GRAVE	13	24,6
NANISMO IPOFISARIO	11	20,8
TRAPIANTATI ATTIVI	10	18,9
MORBO DI ADDISON	8	15,1
ANEMIE EMOLITICHE IMMUNI	6	11,3
DIABETE INSIPIDO	5	9,4

La tabella che segue illustra i dati relativi ai **livelli di cronicità** nel Distretto Alta Valtellina, con riferimento al numero dei pazienti presenti, al tasso grezzo calcolato sulla popolazione residente e alla frequenza del singolo livello calcolato sul totale dei cronici.

DISTRETTO	LIVELLO	CASISTICA	TASSO GREZZO PER 100.000	FREQUENZA SUL TOTALE DEI CRONICI
ALTA VALTELLINA	1	452	854,1	3,0
ALTA VALTELLINA	2	5039	9521,2	33,7
ALTA VALTELLINA	3	9457	17869,0	63,3
ALTA VALTELLINA	Tutti i livelli	14948	28244,3	

La **tabella** che segue riporta il numero di **sogetti con almeno una esenzione**, riportata in termini di casistica e tasso grezzo per ambito e Distretto Alta Valtellina

Ambito/distretto	Esenzione per patologia	Soggetti	Residenti	Tasso grezzo (x 100.000 ab.)
Valtellina e Alto Lario	Tutte le esenzioni	56081	195551	28678
Alta Valtellina		14161	52924	26757

La **tabella** che segue mostra le **esenzioni per patologia del Distretto Alta Valtellina**.

Un soggetto potrebbe avere più esenzioni.

ALTA VALTELLINA			
Elenco patologie	Casistica	Tasso grezzo (x 100.000 ab.)	Frequenza sul totale delle esenzioni
IPERTENSIONE ESSENZIALE	5554	10494	27%
DIABETE MELLITO	2394	4523	12%
SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNI E DA TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO	1693	3199	8%
IPOTIROIDISMO ACQUISITO	1254	2369	6%
ALTRE FORME DI CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA	1199	2266	6%
ARITMIE CARDIACHE	812	1534	4%
IPERCOLESTEROLEMIA PURA	633	1196	3%
CARDIOPATIA IPERTENSIVA	608	1149	3%
ASMA	480	907	2%
IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO	371	701	2%
DEPRESSIONE MAGGIORE, EPISODIO RICORRENTE	330	624	2%
MALATTIA CELIACA	330	624	2%
EPILESSIA	325	614	2%
GLAUCOMA AD ANGOLO APERTO	306	578	1%
GOZZO TOSSICO DIFFUSO	258	487	1%
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	256	484	1%
ARTRITE REUMATOIDE	213	402	1%
DISPOSITIVO CARDIACO POSTCHIRURGICO IN SITU	180	340	1%
IPERLIPIDEMIA MISTA	172	325	1%
EMBOLIA E TROMBOSI DI ALTRE VENE	166	314	1%
ALTRE PATOLOGIE	3141	5935	15%

La **tabella** seguente descrive la suddivisione territoriale dei **sogetti possessori di esenzione per patologia, suddivisi in tre livelli, in base al numero di esenzioni possedute.**

Distretto	Livello 3 (1 esenzione)	Livello 2 (2 esenzioni)	Livello 1 (3+ esenzioni)	almeno 1 esenzione
ALTA VALTELLINA	9476	3316	1369	14161
BASSA VALTELLINA	8642	3291	1694	13627
MEDIA VALTELLINA	10530	4171	2016	16717
VALLECHIAVENNA E ALTO LARIO	7475	2883	1218	11576
TOTALE	36123	13661	6297	56081