

DOCUMENTO DI PRESENTAZIONE DELLA CASA DELLA COMUNITÀ HUB DI CHIAVENNA

1. Informazioni generali Casa della Comunità

Denominazione della struttura	Casa della Comunità di Chiavenna
Sede	Via Cereria, 4 - 23022 Chiavenna (SO)
CUP	F94E21005200001
Tipologia	Hub
Tipologia di intervento PNRR	Ristrutturazione – Non applicabilità (UMPNRR 6C1)
Data di inizio funzionamento**	01/03/2026

2. Introduzione

La Casa della Comunità (CdC) di Chiavenna 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 équipe multiprofessionali e multidisciplinari coordinate.

La Casa della Comunità di Chiavenna 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.

OBIETTIVI PRINCIPALI

- Migliorare l'accesso ai servizi sanitari: garantire che tutti i cittadini abbiano accesso a servizi sanitari di qualità, indipendentemente dalla loro posizione geografica o dalle loro condizioni socioeconomiche.

- Migliorare la qualità dei servizi sanitari: garantire che i servizi sanitari siano di alta qualità, sicuri ed efficaci.
- Migliorare l'efficienza dei servizi sanitari: ottimizzare l'uso delle risorse e ridurre gli sprechi.
- Garantire la sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale: assicurare che il sistema sanitario sia finanziariamente sostenibile nel lungo termine.

MISSION

Come previsto dal DM 77/2022 è quella di fornire assistenza sanitaria e sociosanitaria h. 24 e 7 giorni su 7 per rispondere ai bisogni della popolazione.

I servizi presenti nella Casa di Comunità e ubicati nella stessa struttura edilizia sono:

- Servizi di Cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (UVM);
- Sportello di accoglienza multifunzione e CUP;
- Punto Unico di Accesso;
- Servizio di Assistenza domiciliare di base: Cronicità- Fragilità e attivazione C-DOM;
- Servizi infermieristici: ambulatorio infermieristico e attività infermieristica di counselling e promozione salute, monitoraggio IFeC;
- Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie di elevata prevalenza: ambulatori in telemedicina;
- Integrazione con i servizi sociali;
- Servizio di continuità Assistenziale MEDICINA DI BASE E CONTINUITA ASSISTENZIALE.

Altri servizi erogati presenti nel Presidio di Chiavenna:

- Punto prelievi

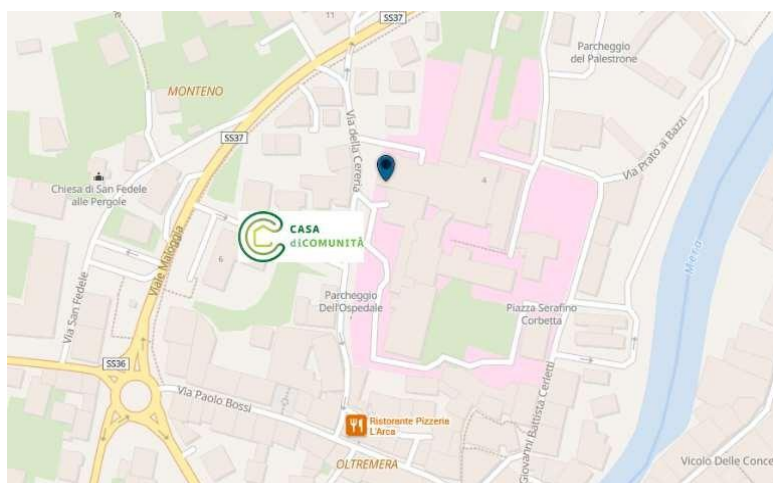
Superficie e spazi presenti

La Casa di Comunità si trova nel Centro della città di Chiavenna in Via Cereria 4, è collocata nel Presidio Ospedaliero, di cui occupa il 3° padiglione, piano terra, per una superficie complessiva di 550mq, ed è funzionalmente collegata con gli altri servizi presenti.

La sede è raggiungibile in auto percorrendo la strada statale SS36/SS37, in autobus e in treno con la Linea ferroviaria Colico - Chiavenna, con fermata alla stazione Piazza Caduti per la Libertà che dista circa 900 mt.

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

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



Caratteristiche demografiche, epidemiologiche

Il territorio della Valchiavenna, incuneato tra il Lago di Como e la Svizzera, ha un'estensione di Km² 576,81, è costituito prevalentemente da piccoli paesi, con una popolazione che va dai 367 abitanti di San Giacomo Filippo ai 7.241 di Chiavenna.

La popolazione complessiva raggiunge i 24.463 abitanti, suddivisi in 12 Comuni.

La vasta estensione territoriale e la morfologia del territorio, di marcato carattere montano, condizionano la distribuzione della popolazione : il 50,5% vive nei paesi del fondovalle, il 19,8% nelle valli laterali e il 29,7% nella sola cittadina di Chiavenna, che si caratterizza come polo attrattore principale, in cui sono insediati la maggior parte dei servizi alla persona e le imprese.

L'intero territorio è caratterizzato da numerose strade comunali interne che collegano i fondivalle alle località situate alle pendici delle montagne. Queste strade hanno tempi di percorrenza dilatati e comportano notevoli disagi specie nel periodo invernale.

Tabella 1.1 – Indici demografici

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)
CAMPODOLCINO	936	47	220	24%	108	204%	12	12,82	3	3,21
CHIAVENNA	7241	47	1901	26%	850	224%	112	15,47	53	7,32
GORDONA	1948	44	426	22%	296	144%	17	8,73	11	5,65
MADESIMO	503	50	143	28%	49	292%	7	13,92	1	1,99
MESE	1850	44	399	22%	272	147%	15	8,11	16	8,65
NOVATE MEZZOLA	1903	46	455	24%	243	187%	22	11,56	10	5,25
PIURO	1911	45	434	23%	238	182%	20	10,47	18	9,42
PRATA CAMPORACCIO	2914	45	638	22%	392	163%	29	9,95	19	6,52
SAMOLACO	2883	44	615	21%	384	160%	35	12,14	21	7,28
SAN GIACOMO FILIPPO	367	50	115	31%	38	303%	2	5,45	5	13,62
VERCEIA	1065	46	266	25%	122	218%	15	14,08	3	2,82
VILLA DI CHIAVENNA	948	45	211	22%	125	169%	8	8,44	8	8,44

distribuzione per classi d'età nel territorio della Valchiavenna

Tabella 1.2 – Distribuzione popolazione per classi d'età

Distribuzione popolazione per classi d'età					
Distretto Valchiavenna					
TOT.	POP. 0-5 anni	POP.>5 <14 anni	POP. >14 <65 anni	POP.>65<80 anni	POP.>80 anni
Campodolcino	4,70%	6,80%	65,00%	16,60%	6,90%
Chiavenna	3,10%	8,70%	62,00%	17,10%	9,10%
Gordona	3,40%	11,80%	62,90%	16,20%	5,60%
Madesimo	1,80%	8,00%	61,80%	20,10%	8,30%
Mese	4,80%	9,90%	63,70%	15,80%	5,80%
Novate Mezzola	3,70%	9,00%	63,30%	17,60%	6,30%
Piuro	3,60%	8,80%	64,80%	17,00%	5,80%
Prata Camportaccio	3,30%	10,20%	64,70%	15,90%	6,00%
Samolaco	4,00%	9,30%	65,30%	15,30%	6,00%
San Giacomo Filippo	4,90%	5,40%	58,30%	21,50%	9,80%
Verceia	2,70%	8,70%	63,60%	19,10%	5,90%
Villa di Chiavenna	4,50%	8,60%	64,60%	15,30%	7,00%

Fonte : dati Istat.

Gli elementi che definiscono la struttura della popolazione per classi di età evidenziano che essa è composta da un numero rilevante di anziani ultra 65enni. Negli ultimi anni tale dato è in costante crescita e fa prefigurare, nel futuro prossimo, un aumento della spesa sanitaria e sociale verso maggiori prestazioni sanitarie e di assistenza.

Tabella 1.3 – Variazione popolazione >65 anni negli ultimi 12 anni

Variazione Popolazione > 65 negli ultimi 12 anni						
COMUNI	POPOLAZIONE				Variazione % popolazione > 65	variazione % popolazione totale
	2023		2011			
	TOTALE >65 Valchiavenna	Popolazione totale	TOTALE >65 Valchiavenna	Popolazione totale		
Campodolcino	220	936	202	1.043	8%	-12%
Chiavenna	1.901	7.241	1.683	7.283	12%	1%
Gordona	426	1.948	322	1.873	25%	3%
Madesimo	143	503	117	544	18%	-8%
Mese	399	1.850	281	1.738	40%	6%
Novate Mezzola	455	1.903	327	1.822	28%	4%
Piuro	434	1.911	341	1.957	22%	-3%
Prata Camportaccio	638	2.914	462	2.876	28%	2%
Samolaco	615	2.883	477	2.900	23%	0%
San Giacomo Filippo	115	361	89	409	23%	-13%
Verceia	266	1.065	203	1.089	24%	-2%
Villa di Chiavenna	211	948	226	1.047	-7%	-11%
TOTALE VALCHIAVENNA	5.823	24.463	4.730	24.581	19%	-1%

Fonte: dati Istat.

È inoltre interessante notare, nei paesi montani, la costante riduzione della popolazione e il maggior invecchiamento della popolazione residente.

Le patologie croniche prevalenti nella popolazione della Valchiavenna sono elencate nella tabella 1.4.

Tabella 1.4 – tabella relativa alle patologie croniche prevalenti e alle prestazioni effettuate

Patologie croniche prevalenti - Ambito di Chiavenna - anno 2023									
Patologie croniche prevalenti	totale erogazioni	ASST stesso ambito		Convenzionato stesso ambito		ASST e CONV. Ambito diverso		Fuori ATS	
		erogazioni	%	erogazioni	%	erogazioni	%	erogazioni	%
diabete	4458	3137	70,4%	20	0,4%	900	20,2%	401	9,0%
malattie autoimmuni	2889	1971	68,2%	44	1,5%	598	20,7%	276	9,6%
malattie del cuore e del sistema circolatorio	24215	16271	67,2%	191	0,8%	5756	23,8%	1997	8,2%
malattie del sistema digerente	2613	1645	63,0%	31	1,2%	567	21,7%	370	14,2%
malattie del sistema nervoso	1800	1094	60,8%	10	0,6%	404	22,4%	292	16,2%
malattie del sistema respiratorio	3077	1945	63,2%	34	1,1%	719	23,4%	379	12,3%
nefropatie	2451	1748	71,3%	0	0%	424	17,3%	279	11,4%
neoplasie	8109	4974	61,3%	57	0,7%	1838	22,7%	1240	15,3%

Fonte: ATS della Montagna

Riferimenti normativi

Normativa nazionale

Normative regionali

- La Legge Regionale n. 22 del 14/12/2021 ha definito i presupposti regionali per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, comprendendo le Case della Comunità nell'ambito dell'integrazione tra sanitario e sociosanitario.
- Per declinare a livello operativo il DM 77/2022, Regione Lombardia ha adottato Delibera XI/7592 del 15/12/2022.
- DGR XI/6760 del 25/7/22 "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 2755/2024 "Evoluzione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della DGR n. XII/1827 del 31 gennaio 2024".

- DGR XII/4891/2025 “Determinazioni in merito alla continuità degli interventi previsti dalla DGR 717/2023 “determinazioni in ordine alla regolamentazione delle azioni definite a livello regionale per il concorso all'attuazione dell'obiettivo di investimento previsto dal PNRR alla missione 6 componente 1 - sub-investimento m6c1 1.2.1: "Casa come primo luogo di cura (ADI)" attraverso l'erogazione diretta di cure domiciliari nell'ambito delle CDC delle ASST e attraverso il progetto di sorveglianza domiciliare attivato nell'ambito del modello organizzativo individuato in allineamento al dm 77 e fondato sul raccordo tra CDC, attraverso IFeC e UCA e gli ambulatori dei MMG operanti, anche attraverso il proprio personale di studio”.
- DGR 6387/2022 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2022”.

3. Organizzazione del Personale

La copertura oraria dei servizi e la presenza delle diverse figure professionali all'interno della Casa della Comunità di Morbegno 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'Equipe Infermieristica della Casa di Comunità di Chiavenna è composta da sette professionisti che garantiscono la presenza continuativa del servizio tutti i giorni nella fascia oraria 08:00 – 20:00, in coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022 e dalle disposizioni regionali presenti.

La programmazione dell'orario di lavoro prevede:

- dal lunedì al venerdì, due turni distinti (08:00–15:42 e 12:18–20:00);
- nelle giornate di sabato, domenica e festivi è attivo un unico turno continuativo (08:00–20:00).

L'accesso ai servizi infermieristici da parte dei cittadini può avvenire sia in modalità diretta sia tramite prenotazione, in funzione delle necessità assistenziali e dell'organizzazione delle attività.

L'Infermiere presente all'interno della CdC svolge un ruolo centrale nella promozione del lavoro in équipe multiprofessionale, collaborando con MAP-PLS, Medici Specialisti, Assistenti Sociali e altri operatori sanitari e non sanitari; tale collaborazione si sviluppa in un'ottica di integrazione e multidisciplinarietà attraverso la partecipazione attiva a:

- Punto Unico di Accesso (PUA);
- Ambulatorio Infermieristico di Famiglia e Comunità (con particolare riferimento alla presa in carico della cronicità);
- Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

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

Le attività infermieristiche all'interno delle CdC sono rivolte all'accoglienza e valutazione dei bisogni di salute dei cittadini, orientamento e facilitazione all'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari della rete territoriale con particolare riferimento ai pazienti fragili e/o affetti da patologie croniche secondo il modello di sanità di iniziativa.

Segue tabella relativa alla turnazione e all'assegnazione delle attività dell'équipe infermieristica, secondo quanto previsto dalla Delibera ASST Valtellina e Alto Lario n. 692 del 21/10/2025.

B. Presenza medica e continuità assistenziale

- La presenza Medica presso la CdC di Chiavenna è garantita h 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

La presenza medica h24 è garantita mediante l'attivazione del Servizio di Continuità Assistenziale sia in fascia diurna sia in fascia 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 (Padiglione Mattei – piano terra) 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 Chiavenna è inoltre 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 Chiavenna, 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. 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.

Presso la sede della Casa di Comunità di Chiavenna sono inoltre presenti ambulatori primari e secondari dei medici di assistenza primaria. È garantita l'attività tutti i giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e il sabato mattina dalle ore 8.00 alle ore 12.00 sia per attività ambulatoriale che del Centro Servizi della Cooperativa Valcura.

C. Presenza di altro personale

Personale amministrativo

Il personale amministrativo della Casa di Comunità svolge attività di:

- Sportello di accoglienza multifunzione
- Punto Unico di Accesso
- CUP
- Servizio scelta e revoca
- Servizio unificato protesica ed integrativa (SUPI)
- Medicina legale territoriale

è presente in numero di 5 unità che lavorano 5/7 giorni alla settimana.

Psicologo

Presso la CdC sono presenti lo Psicologo di Comunità e lo Psicologo della fragilità/cronicità.

Le attività, svolte sia in sede che sul territorio, avvengono su appuntamento e sono garantite 5 giorni su 7.

La descrizione approfondita delle attività è riportata nella Sezione 4.

Assistente Sociale

È presente una assistente sociale di ASST VAL con presenza garantita 5 giorni su 7. Presso il PUA è presente anche una dell'ufficio di Piano con presenza garantita 3 giorni su 7.

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

4. Servizi Offerti dalla Casa di Comunità HUB

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

I servizi offerti dalla Casa della Comunità HUB di Chiavenna sono organizzati secondo la suddivisione per macro-aree funzionali, come previsto dal Documento di indirizzo per il meta-progetto della Casa della Comunità di Age.na.s. (2022).

La struttura è progettata per garantire flessibilità organizzativa e progressiva implementazione dei servizi, in coerenza con il modello di sviluppo dell'assistenza territoriale delineato dal DM 77/2022.

La Macro-area Cure Primarie rappresenta l'area funzionale dedicata all'erogazione delle prestazioni di assistenza primaria e alla presa in carico continuativa della popolazione. All'interno della Casa della Comunità HUB di Chiavenna sono presenti ambulatori dedicati alle attività dei: Medici del ruolo unico di assistenza primaria; Infermieri di Famiglia e Comunità.

Sono presenti Medici di Assistenza Primaria associati in Medicina di Gruppo, che garantiscono le attività di erogazione di prestazioni sanitarie gratuite ai propri assistiti, come visite mediche ambulatoriali e domiciliari, prescrizione di farmaci, richieste di visite specialistiche ed esami diagnostici, proposte di ricovero e certificazioni mediche previste dagli accordi nazionali (es. malattia, riammissione a scuola). Inoltre, erogano prestazioni più complesse, come medicazioni o vaccinazioni. Svolgono anche attività di prevenzione, educazione sanitaria e promozione della salute, fornendo informazioni e consigli ai propri assistiti su stili di vita sani e prevenzione delle malattie. Si avvalgono della collaborazione di Infermiere per l'erogazione di alcune prestazioni (medicazioni, iniezioni ecc.) e di personale amministrativo per le attività di segreteria.

Gli orari sono consultabili al seguente link:

<https://www.asst-val.it/ambulatori-medici-di-medicina-generale-e-pediatri-di-libera-scelta>

Tutti i medici presenti lavorano in sinergia con le altre figure professionali attive nella CdC.

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

PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

Il Punto Unico di Accesso (PUA) rappresenta una risorsa essenziale della Casa di Comunità di Chiavenna 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.

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: svolge le sue funzioni attraverso attività di sportello (Front office) e di Ufficio (Back Office).

Il PUA è lo strumento operativo per attuare i LEPS previsti dal Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2024-2026.

- **Accesso Unitario:** Garantisce che la "porta d'accesso" sia la stessa sia per richiedere un ausilio sanitario che per attivare il sostegno alla genitorialità vulnerabile o misure per la disabilità gravissima (es. Misura B1).

- Rete Territoriale: Il PUA connette i servizi sociali del Comune con i medici di base e il volontariato, creando una rete di protezione attorno alla famiglia e al caregiver.

In sintesi, il PUA trasforma l'integrazione da concetto burocratico a pratica quotidiana: il cittadino entra in un unico ufficio e i due sistemi (sociale e sanitario) collaborano "dietro le quinte" per fornire una risposta coordinata.

Il PUA funge da sportello centralizzato dove i pazienti, le loro famiglie e i caregiver possono rivolgersi per richiedere informazioni, assistenza e consulenza rispetto all'ampia gamma complessiva dei servizi sanitari, sociali e socio-assistenziali.

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. La dotazione organica del PUA è integrata dal personale amministrativo assegnato allo sportello amministrativo multifunzione per la parte di informazioni sul sistema dei servizi erogati. 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.

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.

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 e può facilitare l'accesso al servizio contattando direttamente il servizio stesso e fissando appuntamenti, se richiesto.

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 allo psicologo coordinatore della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

L'accesso ai servizi può avvenire per prenotazione telefonica, online, e-mail o accesso diretto negli orari di apertura.

Viene garantita la copresenza con il personale degli UdP per almeno per 6 ore settimanali (Vedi Protocollo sottoscritto con Comunità Montana della Valchiavenna).

Tracciabilità e organizzazione

Le attività del PUA sono tracciate nel Sistema di Gestione Digitale del Territorio (SGDT) e tramite l'applicativo aziendale FORMS, garantendo la continuità informativa e la tracciabilità dei percorsi. Il PUA è collocato in casa di Comunità di Chiavenna ed è aperto dal lunedì al sabato, dalle ore 08.00 alle ore 14.00.

Contatti:

Telefono: 0343/67203 E-mail: pua.ch@asst-val.it

UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (UVM)

L'Unità di Valutazione Multidimensionale, di seguito solo UVM, si occupa della valutazione dei casi complessi che necessitano di integrazione sociosanitaria, segnalati dal PUA, dal Centro per la Famiglia, dal Servizio Fragilità e da ogni altro attore del sistema sociosanitario (ad esempio Medico di Assistenza Primaria, Pronto Soccorso ospedaliero, Medico Specialista Ospedaliero, RSA, etc..) che intercetti una condizione di complessità.

L'UVM si occupa anche dei potenziali beneficiari di misure nazionali e regionali, utilizzando in quel caso, specifici strumenti e sistemi di reporting stabiliti da dette misure; svolge anche 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 della Valchiavenna. 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 operano nel PUA;
- psicologo di comunità ASST.

L' UVM può essere integrata da altri professionisti in relazione ai bisogni specifici della persona, al progetto di vita e al progetto individuale: Medico di Assistenza Primaria o Pediatra di Libera Scelta; medico specialista (coerente 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 referente, 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 referente definisce i casi da discutere sulla base delle segnalazioni provenienti dal PUA o da altri invianti e convoca l'UVM e gli specialisti necessari dall'account di posta: uvm.ch@asst-val.it

La convocazione è vincolante per gli specialisti coinvolti che sono tenuti a partecipare, anche in modalità remoto.

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 uvm.ch@asst-val.it e sono disponibili in sola visualizzazione a tutti i professionisti coinvolti nella valutazione.

ATTIVITA' INFERMIERISTICA DI COUNSELLING E PROMOZIONE SALUTE

L'attività infermieristica di counselling e promozione della salute, svolta prevalentemente dall'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), è finalizzata a favorire l'adesione consapevole ai percorsi assistenziali personalizzati, coinvolgendo attivamente la persona assistita, i familiari e i caregiver, con l'obiettivo di migliorare il benessere psicofisico e sociale dell'individuo e della comunità. L'IFeC svolge attività di counselling in modo trasversale nei diversi servizi della Casa della

Comunità, contribuendo alla lettura dei bisogni, al supporto educativo e all'empowerment dell'utenza, in coerenza con i principi della sanità di iniziativa e della prossimità. Le attività di counselling e promozione della salute sono realizzate:

- in raccordo con il Dipartimento Funzionale di Prevenzione, nell'ambito di campagne e iniziative di promozione di stili di vita sani;
- in integrazione con i servizi distrettuali e territoriali, quali Servizi per le Dipendenze, Consultori Familiari, Servizi di Salute Mentale, Centri Vaccinali, attivati quando la specificità della domanda richiede competenze dedicate.

Tali attività concorrono alla prevenzione delle complicanze, alla riduzione dei fattori di rischio e al rafforzamento dell'autonomia e dell'autogestione della salute da parte della persona assistita.

MONITORAGGIO DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ (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/telemedicina) 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.

Contatti:

Telefono: 0343/67250

E-mail: ifec.ch@asst-val.it

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;

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.

Le attività infermieristiche di tipo prestazionale sanitario sono erogate dal già esistente ambulatorio Infermieristico a carico dei Medici di Assistenza Primaria.

L'ambulatorio per la sostituzione dei cateteri vescicali è gestito dal personale infermieristico della casa di Comunità, mentre il personale amministrativo allo sportello multifunzionale effettua l'accettazione, registra l'avvenuta visita e prenota l'eventuale successivo.

Accesso con impegnativa e prenotazione a minicup.

Contatti:

Telefono: 0343/67207

E-mail: ifec.ch@asst-val.it

CURE DOMICILIARI

Le Cure Domiciliari costituiscono un percorso assistenziale a domicilio, integrato e multiprofessionale, finalizzato alla stabilizzazione del quadro clinico, al contenimento del declino funzionale e al miglioramento della qualità di vita delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità. L'assistenza domiciliare sanitaria è integrata, ove necessario, con l'assistenza domiciliare sociale erogata dagli Ambiti Territoriali Sociali.

I livelli di intensità e complessità assistenziale sono definiti a partire dalla Valutazione Multidimensionale e dalla conseguente formulazione del Progetto Assistenziale Individuale (PAI), che può comprendere anche il Piano Riabilitativo Individuale (PRI). La valutazione multidimensionale è effettuata dall'Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM), in collaborazione con il Medico di Assistenza Primaria/PLS, che mantiene la responsabilità clinica del paziente. L'attivazione delle Cure Domiciliari avviene su richiesta del Medico di Assistenza Primaria per persone che, a causa delle condizioni cliniche e funzionali, non possono accedere ai servizi ambulatoriali. Le modalità valutative, i criteri di ammissione, i livelli assistenziali e le rivalutazioni periodiche sono effettuati secondo la normativa regionale e nazionale vigente, utilizzando strumenti standardizzati (Scheda di Triage, InterRAI Home Care) e garantendo la tracciabilità informativa.

CRONICITA'-FRAGILITA'

Il Servizio Fragilità svolge attività rivolte a persone fragili, anziane e con disabilità, nonché ai loro familiari, fornendo informazione, consulenza, supporto e orientamento in relazione a:

- accesso alla rete dei servizi territoriali;
- valutazione e orientamento per l'accesso a misure specifiche (es. Misura B1, residenzialità assistita);
- protezione giuridica e Amministrazione di Sostegno;
- attivazione delle Cure Domiciliari;
- percorsi di dimissione protetta;
- consulenze psicologiche.

Dimissioni protette

Il potenziamento delle cure domiciliari, finalizzato a rendere la casa il luogo privilegiato dell'assistenza, è uno dei punti cardini del nuovo modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN (DM n. 77 del 23 maggio 2022).

Nel garantire alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità percorsi assistenziali a domicilio che stabilizzino il quadro clinico, limitino il declino funzionale e migliorino la qualità di vita dell'assistito è fondamentale che il sistema sanitario regionale assicuri la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera ed assistenza territoriale a domicilio, così come espressamente richiesto dai livelli essenziali di assistenza.

La predisposizione e l'adozione di percorsi di Dimissione protetta rappresenta il presupposto fondamentale per la garanzia di continuità assistenziale ospedale-territorio, specialmente per i soggetti fragili, non autosufficienti, affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità, da vulnerabilità sociale, con bisogni assistenziali complessi per i quali è quindi necessario un accompagnamento alla dimissione ospedaliera (anche da Pronto Soccorso) secondo un percorso protetto volto ad individuare il setting di cura più appropriato che favorisca il benessere del paziente e della sua famiglia.

La specifica presa in carico della persona anziana e/o fragile, non autosufficiente, con bisogni assistenziali complessi, da o verso un reparto ospedaliero, deve garantire la continuità di assistenza e cura nel delicato passaggio dall'ospedale al domicilio o in altro contesto di cura e viceversa.

La presa in carico è finalizzata a:

- garantire la continuità dell'intervento clinico – assistenziale nel setting di cura più appropriato ed una presa in carico differenziata;
- favorire una tempestiva conoscenza e presa in carico di situazioni "complesse" sotto il profilo sanitario e sociale, da parte degli operatori coinvolti, al fine di attivare gli interventi più adeguati;
- aumentare la compliance e la soddisfazione del paziente/famiglia nel rientro al domicilio o nel passaggio in altro contesto residenziale;
- favorire la collaborazione e la comunicazione tra le Unità Operative Ospedaliere, MAP/PLS, Équipe territoriali per la valutazione multidimensionale, Infermieri di famiglia e di comunità, UdP, Servizi della rete territoriale (RSA, RSD, Hospice, ADI, etc.) mediante modalità di lavoro efficaci e condivise;
- favorire, promuovere ed orientare il corretto utilizzo della rete dei servizi territoriali;
- potenziare il ruolo valutativo territoriale anche prevedendo lo sviluppo di una sorveglianza post-dimissione con l'obiettivo di un rientro al domicilio sempre più precoce e che riduca l'improprio prolungamento delle degenze ospedaliere;
- ridurre la probabilità di ri-ospedalizzazione a breve termine e gli accessi impropri al Pronto Soccorso;
- diminuire le complicanze post-ricovero.

I percorsi di Dimissione protetta rappresentano un elemento qualificante del servizio assistenziale, in grado, non soltanto di assicurare un'assistenza appropriata e di qualità, ma anche di ridurre significativamente i disagi di pazienti e familiari. Tali percorsi, consentono infatti di:

- accompagnare gli assistiti e le famiglie nei percorsi per l'accertamento dell'invalidità e per l'eventuale nomina dell'amministratore di sostegno;
- provvedere alla prescrizione per la fornitura di protesi, ausili e servizi sanitari complementari (ossigeno-ventilo terapia, nutrizione artificiale, etc.);
- provvedere alla prescrizione di farmaci da assumere o di indagini diagnostiche da effettuarsi nel breve periodo;
- sostenere le famiglie nella scelta del percorso più appropriato per la gestione delle problematiche sociosanitarie dell'utente;
- garantire un adeguato addestramento/educazione dell'utente e/o dei familiari rispetto alla gestione delle problematiche assistenziali in funzione del rientro al domicilio;

- provvedere alle certificazioni/prescrizioni finalizzate all'accertamento dell'invalidità e all'esenzione della partecipazione alla spesa sanitaria;
- coinvolgere i servizi sociali dei Comuni per gli interventi assistenziali di competenza.

I servizi territoriali principalmente attivabili a seguito del percorso di dimissione protetta risultano essere:

- Cure Domiciliari
- Cure Intermedie
- Cure Palliative (Hospice, Unità di cure Palliative Domiciliari)
- Strutture Riabilitative – RSA/RSD
- SAD e servizi territoriali a sostegno della domiciliarità.

Per l'attivazione e modulistica delle Dimissioni protette rimandiamo all'istruzione operativa aziendale:

- 00 - IO DSS 11 PERCORSO DI SEGNALAZIONE UTENTE FRAGILE IN DIMISSIONE da ospedale verso la COT.
- 00 - Mod DSS 38 MODULO DI SEGNALAZIONE PAZIENTE FRAGILE.

Al Servizio Fragilità spetta il compito di definire il progetto di dimissione protetta, in accordo e in collaborazione con il paziente e/o con i familiari, con l'obiettivo di definire il miglior percorso per garantire continuità nella cura e nell'assistenza, integrandosi e collaborando con Servizi e UDO del territorio.

Nello specifico l'equipe del Servizio Fragilità (Assistente Sociale ed Infermiere) è impegnata a:

- effettuare un tempestivo accesso in ospedale, dopo la ricezione della segnalazione da parte della COT, per una prima valutazione del caso;
- confrontarsi con il personale del reparto e con il paziente medesimo, se possibile, e per la pianificazione degli interventi necessari alla definizione del progetto di dimissione;
- effettuare colloqui con i familiari del paziente per una valutazione della rete sociale e delle risorse a disposizione per garantire la continuità della cura e dell'assistenza, sostenendo le famiglie nella scelta del percorso più appropriato per la gestione delle problematiche sociosanitarie dell'utente;
- garantire una valutazione multidimensionale aggiornata durante il ricovero anche in contatto con MAP del paziente per garantire l'attivazione degli interventi domiciliari più adeguati e/o del processo di inserimento in servizi del territorio, in accordo con l'utente e/o i familiari;

- coinvolgere gli UdP dei Comuni per gli interventi assistenziali di competenza e collaborare con i medesimi;
- garantire costanti aggiornamenti al referente medico ospedaliero relativamente ai contatti con i familiari;
- garantire il monitoraggio della fornitura degli ausili e presidi prescritti;
- accompagnare gli assistiti e le famiglie nei percorsi per l'accertamento dell'invalidità e per l'eventuale nomina dell'amministratore di sostegno;
- monitorare le dimissioni protette, qualora ritenuto necessario.

Disabilità gravissima (misura B1) e disabilità grave (misura B2)

Le Misure FNA, declinate in Regione Lombardia come Misura B1 (di competenza ASST) e Misura B2 (di competenza dei Comuni), prevedono un lavoro integrato con il servizio sociale (UdP) cooperative sociali, fondazioni e associazioni nella fase di valutazione. Gli interventi sono finalizzati all'erogazione di buoni economici e servizi assistenziali all'utenza disabile e fragile o anche all'effettuazione di un percorso sul "progetto di vita". L'obiettivo è quello di unire la rete dei servizi sia pubblici che privati per costruire sulla persona interventi integrati e continuativi.

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.

PSICOLOGIA DI COMUNITA'

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 ad individui, coppie e famiglie;
- Collabora ed agisce in rete con gli altri servizi dell'Azienda fornendo accompagnamento all'utente nell'invio ad ai Servizi Specialistici più appropriati per la presa in carico;
- Coordina e partecipa all'Unità di Valutazione Multidimensionale
- 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 e istituzioni scolastiche: strutturazione di un'offerta adeguata e pertinente ai bisogni psicologici della comunità;

- promuove la formazione del personale sanitario, MMG e 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.

L'accesso è su appuntamento chiamando il n. 0343/67203

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.

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;

L'accesso è su appuntamento chiamando il numero 0343/67203 – email: upct.ch@asst-val.it

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

AMBULATORI IN TELEMEDICINA

È un servizio specialistico di diagnostica ambulatoriale dove vengono erogate visite specialistiche cardiologiche, pneumologiche, diabetologiche, reumatologiche ed endocrinologiche.

Il medico specialista effettua la televisita e, se necessario, prescrive/modifica la terapia, prescrive esami diagnostico/strumentali, prescrive eventuali altre consulenze specialistiche e imposta il follow up successivo.

L'infermiere affianca il paziente in presenza, collabora con lo specialista durante la televisita, rileva i parametri vitali, esegue gli esami preliminari necessari.

Entrambi i professionisti durante la televisita forniscono indicazioni di educazione sanitaria (alimentazione, movimento ecc.).

Il personale amministrativo effettua l'accettazione, registra l'avvenuta visita e prenota l'eventuale successivo controllo.

Gli appuntamenti vengono fissati mediante CUP su agende dedicate al paziente cronico.

Viene effettuata attività di diagnosi e cura di base dai MAP presenti in casa di Comunità, anche mediante l'utilizzo della strumentazione in dotazione alla CdC.

PUNTO PRELIEVI

Il Punto Prelievi è situato al piano terra dell'ospedale di Chiavenna 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. 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".

Orari di apertura per gli assistiti della casa della comunità:

dal lunedì al venerdì (esclusi i festivi) dalle ore 08:00 alle ore 09:30

Consultazione e ritiro referti:

- Fascicolo Sanitario Elettronico;
- Portale ASST Valtellina e Alto Lario (www.asst-val.it) mediante codice fiscale e codice alfanumerico rilasciato in fase di accettazione;
- Portineria di Via cereria 4, tutti i giorni in orario di apertura (07:00–21:30).

Presso il Punto Prelievi operano personale infermieristico e amministrativo.

Le attività infermieristiche sono disciplinate da specifica Istruzione Operativa aziendale. Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito istituzionale ASST.

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

SPORTELLO POLIFUNZIONALE

L'area dei servizi amministrativi concorre a garantire l'obiettivo di accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria e sociosanitaria proprio della CdC. Gli sportelli della casa di comunità di Chiavenna sono polifunzionali e forniscono all'utenza:

- informazione e orientamento sui servizi e gli interventi del sistema sanitario, sociosanitario e sociale, compresi i servizi territoriali non direttamente erogati dalla CdC, anche attraverso consegna di materiale informativo cartaceo;
- PUA amministrativo: invio al servizio specifico;
- raccolta della documentazione per richieste rimborso (es. trasporto dialisi);
- servizi CUP: informazione, prenotazione e accettazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica;
- Servizi relativi all'attività di Medicina Legale; certificazioni medico legali e patenti.

Accesso libero lunedì-venerdì 8.30 - 15.30 telefono 0343/67203

CUP

Il CUP (Centro Unico di Prenotazione) della Regione Lombardia è un sistema integrato che permette di prenotare visite mediche ed esami specialistici presso strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, sia online che telefonicamente.

Per prenotare tramite il sistema integrato della Regione Lombardia, si può:

- Prenotare online: Attraverso il sito [Prenotasalute](https://prenotasalute.it) o l'app Salutare Prenotazioni;
- Prenotare telefonicamente: Chiamando il numero verde gratuito 800.638.638 da rete fissa, oppure il numero 02.99.95.99 da rete mobile (a pagamento). Il servizio è attivo dal lunedì al sabato dalle 8:00 alle 20:00, esclusi i festivi;
- Prenotare di persona: Presso gli sportelli delle Aziende Sanitarie o le farmacie aderenti.

Il sistema integrato permette anche di consultare la disponibilità delle prestazioni sanitarie e di disdire eventuali prenotazioni. Per informazioni o chiarimenti, è possibile contattare il Contact

Center Regionale tramite i numeri sopra indicati, oppure consultare il sito di [Regione Lombardia](#) per ulteriori dettagli.

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.

Collocato in Casa di Comunità è attivo nei seguenti orari: Dal lunedì al venerdì 8.30 - 15.30

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 di esenzione, è attivo il Portale per il Cittadino raggiungibile dal seguente link: MYASST.

Per accedere è necessario essere in possesso di SPID o CIE.

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.

Per accedere è necessario essere dotati di credenziali di accesso SPID, PIN, CIE.

Il cittadino (o persona delegata), può in alternativa presentarsi all'Ufficio Scelta Revoca della ASST territorialmente competente. Per facilitare l'accesso è possibile prendere appuntamento sul sito <https://www.asst-val.it> in corrispondenza della voce "per il cittadino" - avendo a disposizione la seguente documentazione:

- codice fiscale;
- certificato di residenza o autocertificazione di residenza;
- tessera sanitaria;
- documento di identità dell'interessato (nel caso di persona delegata).

Presso la CdC di Chiavenna lo sportello S/R evade anche:

- richieste di fornitura per il servizio di protesica minore e integrativa (es. alimenti speciali, presidi incontinenza a raccolta e stomie, presidi per incontinenza ad assorbenza, presidi per diabetici);
- richieste di fornitura per il servizio di assistenza farmaceutica (es. ossigenoterapia domiciliare, farmaci non reperibili in commercio e fornitura di farmaci, presidi e prodotti per la cura di malattie rare).

L'Ufficio Scelta Revoca è collocato presso la Casa di Comunità, accesso libero da lunedì al venerdì 08.30 - 12.30 e il martedì anche 14:00 - 16:00.

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

Sono presenti locali tecnici come da planimetria.

5. Dotazione Strutturale e Tecnologica

Attrezzature /strumentazioni

La Casa della Comunità di Chiavenna è dotata delle principali attrezzature e tecnologie necessarie:

- carrello di emergenza conforme allo standard aziendale, secondo procedura;
- "00-IO-DE-06 – Gestione postazione mobile d'emergenza";
- Defibrillatore;
- Elettrocardiografo;
- Sfigmomanometro;
- Spirometro;
- Pulsossimetro;
- Saturimetro;

- Glucometro;
- Bilancia;
- Metro sartoriale;
- RX portatile;
- Ecografo;
- Retinografo;
- Holter pressorio;
- Holter ECG;
- Docking Station;
- Ecotomografo;
- Riproduttore video digitale di bioimmagini;
- Strumentazione per monitoraggio e diagnosi (Tytocare).

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 Casa della Comunità HUB di Chiavenna 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 Chiavenna 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 Chiavenna è configurata come CdC HUB e non è affiancata da Case della Comunità Spoke.

Essa svolge pertanto un ruolo centrale a livello distrettuale, assicurando direttamente 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 Chiavenna 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.

7. Partecipazione della Comunità

La Casa della Comunità di Chiavenna promuove la partecipazione attiva della comunità locale attraverso iniziative di prevenzione e promozione della salute, realizzate in collaborazione con Enti del Terzo Settore (ETS) del territorio, l'Ufficio di Piano e il Centro per la Famiglia con i quali si stanno organizzando attività congiunte e riunioni mensili.

8. Attestazione di conformità

Alla luce degli elementi descritti, la Casa della Comunità di Chiavenna 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

Il Direttore Sociosanitario – Roberta Trapletti