

DOCUMENTO DI PRESENTAZIONE DELLA CASA DELLA COMUNITÀ DI DONGO

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

1. Informazioni generali Casa della Comunità

Denominazione della struttura	Casa della Comunità di Dongo
Sede	Via Tre Pievi, 59 - 22014 Dongo (CO)
CUP	F75F21003600001
Tipologia	Hub
Tipologia di intervento PNRR	Nuova Costruzione – 025 TER
Data di inizio funzionamento**	05/06/2026

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

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

2. Introduzione

La Casa della Comunità (CdC) di Dongo 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

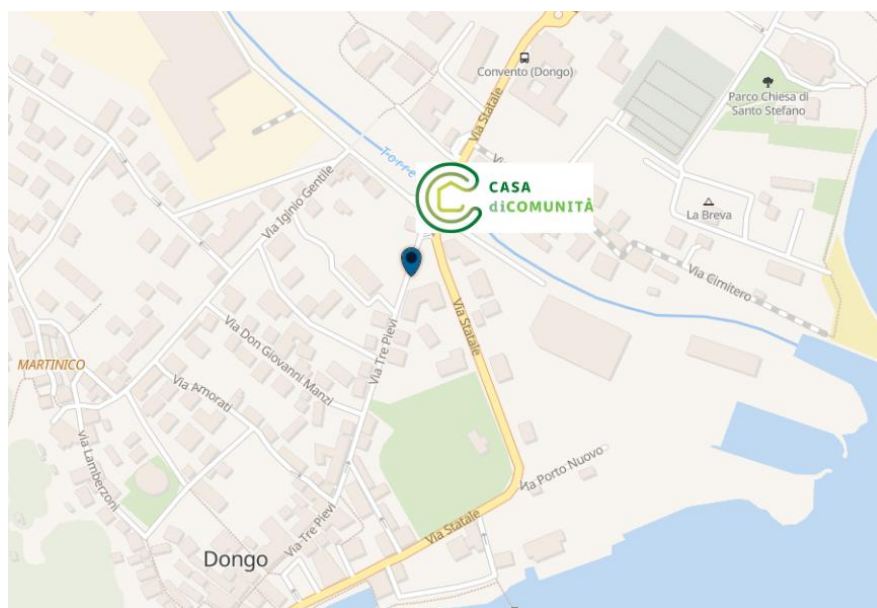
Come previsto dal DM 77/2022 è quella di fornire assistenza sanitaria e sociosanitaria h. 24 e 7 giorni su 7 per rispondere ai bisogni della popolazione.

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 e ambulatori in telemedicina;
- Integrazione con i servizi sociali;
- Servizio di continuità Assistenziale Medicina di Base e Continuità Assistenziale.
- Punto prelievi

LA CASA DELLA COMUNITÀ DI DONGO

La Casa di Comunità si trova nel Centro della comune di Dongo in Via Tre Pievi n. 59 per una superficie complessiva di 1200 mq. Circa La sede è raggiungibile in auto percorrendo la strada statale SS340 Regina, in autobus con fermata in Piazza Paracchini. 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. La CdC è pienamente integrata nei sistemi informativi sanitari regionali e aziendali, garantendo continuità e interoperabilità nella gestione dei servizi. L'accesso alla struttura è garantito anche alle persone con disabilità come previsto dalla normativa vigente (DM 236/89).



CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE, EPIDEMIOLOGICHE

Il territorio dell'Alto Lario, prevalentemente montano è costituito da una ristretta fascia pianeggiante che costeggia il lago di Como e da alcune vallate parallele tra loro, attraversate da torrenti che sfociano nel lago quali i torrenti Albano, Liro, Livo, Mera, Sorico; ha un'estensione di 239,61 Km² ed è costituito prevalentemente da piccoli paesi, con una popolazione che va dai 173 abitanti di Dosso del Liro ai 4.035 di Gravedona ed Uniti.

L'Ambito Distrettuale Alto Lario si compone di 16 Comuni: Crema, Domaso, Dongo, Dosso del Liro, Garzeno, Gera Lario, Gravedona ed Uniti, Livo, Montemezzo, Musso, Peglio, Pianello del Lario, Sorico, Stazzona, Trezzone e Verca. La popolazione residente al 31.12.2023 è pari a 16.756 abitanti (dati ISTAT 2023) numero in costante diminuzione negli ultimi anni. (Vedi Tabella n.1 Popolazione)

Tabella 1 Popolazione

COMUNE	RESIDENTI	ETÀ MEDIA	65+	%65+	0-14	INDICE VECCHIAIA 65+/14-	DECESSI	TASSO MORTALITÀ (X 1000 ABITANTI)	NATI	TASSO NATALITÀ (X 1000 ABITANTI)
CREMIA	689	49	208	30%	72	289%	9	13,06	5	7,26
DOMASO	1450	49	411	28%	145	283%	12	8,28	10	6,90
DONGO	3204	48	907	28%	373	243%	67	20,91	20	6,24
DOSSO DEL LIRO	236	51	74	31%	24	308%	6	25,42	5	21,19
GARZENO	662	54	239	36%	38	629%	15	22,66	5	7,55
GERA LARIO	1064	45	268	25%	156	172%	9	8,46	5	4,70
LIVO	173	51	44	25%	13	338%	2	11,56	1	5,78
MONTEMEZZO	211	51	56	27%	11	509%	6	28,44	0	0,00
MUSSO	943	48	266	28%	98	271%	12	12,73	10	10,60
PEGLIO	186	45	38	20%	23	165%	3	16,13	1	5,38
PIANELLO DEL LARIO	1061	50	341	32%	124	275%	27	25,45	9	8,48
SORICO	1245	46	294	24%	153	192%	17	13,65	6	4,82
STAZZONA	598	48	151	25%	65	232%	15	25,08	3	5,02
TREZZONE	238	45	62	26%	38	163%	3	12,61	4	16,81
VERCANA	745	47	175	23%	79	222%	10	13,42	6	8,05
GRAVEDONA ED UNITI	4051	49	1178	29%	416	283%	66	16,29	13	3,21

Dati ISTAT 2023

Negli ultimi 20 anni si è assistito ad un costante diminuzione della popolazione: risultato dell'azione combinata del saldo naturale negativo (in particolare la riduzione del tasso di natalità e la relativa stabilizzazione del tasso di mortalità) e del fattore migratorio, con un fenomeno di mobilità dalla montagna al fondovalle, che ha inciso in modo evidente negli otto Comuni montani del territorio (Stazzona, Dosso del Liro, Peglio, Garzeno, Livo, Vercana, Trezzone e Montemezzo), rispetto agli otto Comuni "lacuali" (Pianello del Lario, Crema, Musso, Dongo, Gravedona ed Uniti, Domaso, Gera Lario e Sorico).

La popolazione residente nei Comuni montani rappresenta il 18,52% del totale. L'urbanizzazione si caratterizza per l'elevato frazionamento dei paesi, contraddistinti da frazioni spesso distanti dai nuclei principali dei Comuni, dalle sedi comunali e dai servizi vari. Dieci Comuni presentano una popolazione inferiore a mille abitanti e cinque, tutti collocati nella zona montana, inferiore a 300 abitanti; i Comuni più piccoli per numero di abitanti sono Livo con 173, Peglio con 186, Montemezzo con 211, Trezzone con 238 e Dosso del Liro con 236 abitanti. Il Comune di Gravedona ed Uniti, primo per popolazione residente, si colloca, da un punto di vista geografico, in una posizione centrale facilmente raggiungibile dall'utenza residente su tutto il territorio dell'Ambito. In generale tutto il territorio alto lariano presenta una ridotta densità abitativa. La densità abitativa media è pari a circa 70 abitanti per Kmq. I Comuni con più alta densità abitativa sono quelli collocati nella fascia rivierasca.

Ad un decremento complessivo della popolazione fa riscontro un moderato mutamento nelle composizioni percentuali delle classi di età. Alla fine del 2023 gli anziani ultrasessantacinquenni residenti nell'Ambito erano 4.676, pari al 27,65% degli abitanti.

Totale popolazione Ambito	16.756
Totale Anziani Ambito	4.712
Percentuale Anziani	28,12%

La tendenza al progressivo invecchiamento della popolazione rappresenta da un lato un indicatore dell'innalzamento della qualità di vita, dall'altro comporta un aumento delle richieste di servizi socio- sanitari per questa fascia di età.

Il dettaglio delle patologie croniche in termini di casistica prevalente e tassi grezzi è riportato nella tabella n.2 (patologia)

tabella 2 patologia

VALCHIAVENNA E ALTO LARIO		
Elenco patologie	Casistica	Tasso grezzo (x 100.000 ab.)
IPERTENSIONE ESSENZIALE	4.292	10.411
DIABETE MELLITO	2.283	5.538
SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNI E DA TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO	1.708	4.143
ALTRE FORME DI CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA	1.137	2.758
IPOTIROIDISMO ACQUISITO	801	1.943
CARDIOPATIA IPERTENSIVA	793	1.924
ARITMIE CARDIACHE	679	1.647
IPERCOLESTEROLEMIA PURA	603	1.463
GLAUCOMA AD ANGOLO APERTO	452	1.096
IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO	388	941
ASMA	332	805
IPERLIPIDEMIA MISTA	242	587
ARTRITE REUMATOIDE	206	500
GOZZO TOSSICO DIFFUSO	206	500
MALATTIA CELIACA	194	471
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	172	417
EPILESSIA	162	393
ARTROPATIA PSORIASICA	100	243
DISPOSITIVO CARDIACO POSTCHIRURGICO IN SITU	93	226
INSUFFICIENZA CARDIACA (SCOMPENSO CARDIACO)	84	204
ALTRE PATOLOGIE	2.362	5.730

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 n. 3 livelli di cronicità

tabella 3 Livelli di cronicità

DISTRETTO	LIVELLO	CASISTICA	TASSO GREZZO PER 100.000	FREQUENZA SUL TOTALE DEI CRONICI
Valchiavenna e Alto Lario	1	534	985,9	3,0
Valchiavenna e Alto Lario	2	6.391	11.799,6	35,9
Valchiavenna e Alto Lario	3	10.894	20.113,4	61,1
Valchiavenna e Alto Lario	Tutti i livelli	17819	32.898,8	

Il numero di persone con almeno un'esenzione, espresso in termini di casistica e tasso grezzo per ASST VAL e per distretto, è riportato nella *tabella 4 tutte le esenzioni* e nella *tabella 5 le esenzioni per singola patologia*. Si precisa che un soggetto può essere titolare di più esenzioni.

tabella 4 tutte le esenzioni

AMBITO/DISTRETTO	ESENZIONE PER PATOLOGIA	SOGGETTI	RESIDENTI	TASSO GREZZO (X 100.000 AB.)
Valtellina e Alto Lario	Tutte le esenzioni	56.081	195.551	28.678
Valchiavenna e Alto Lario		11.576	41.225	28.080

tabella 5 le esenzioni per singola patologia

VALCHIAVENNA E ALTO LARIO			
ELENCO PATOLOGIE	CASISTICA	TASSO GREZZO (X 100.000 AB.)	FREQUENZA SUL TOTALE DELLE ESENZIONI
IPERTENSIONE ESSENZIALE	4292	10411	25%
DIABETE MELLITO	2283	5538	13%
SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNHE E DA TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO	1708	4143	10%
ALTRE FORME DI CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA	1137	2758	7%
IPOTIROIDISMO ACQUISITO	801	1943	5%
CARDIOPATIA IPERTENSIVA	793	1924	5%
ARITMIE CARDIACHE	679	1647	4%
IPERCOLESTEROLEMIA PURA	603	1463	3%
GLAUCOMA AD ANGOLO APERTO	452	1096	3%
IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO	388	941	2%
ASMA	332	805	2%
IPERLIPIDEMIA MISTA	242	587	1%
ARTRITE REUMATOIDE	206	500	1%
GOZZO TOSSICO DIFFUSO	206	500	1%
MALATTIA CELIACA	194	471	1%
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	172	417	1%
EPILESSIA	162	393	1%
ARTROPATIA PSORIASICA	100	243	1%
DISPOSITIVO CARDIACO POSTCHIRURGICO IN SITU	93	226	1%
INSUFFICIENZA CARDIACA (SCOMPENSO CARDIACO)	84	204	0%
ALTRE PATOLOGIE	2362	5730	14%

La **tabella 6** presenta infine la distribuzione dei soggetti con esenzione per patologia nei livelli di complessità 1, 2 e 3.

tabella 6 esenzione per patologia nei livelli di complessità 1, 2 e 3

DISTRETTO	LIVELLO 3 (1 ESENZIONE)	LIVELLO 2 (2 ESENZIONI)	LIVELLO 1 (3+ ESENZIONI)	ALMENO 1 ESENZIONE
Valchiavenna e Alto Lario	7.475	2.883	1.218	11.576

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”.

Finalità e contenuti chiave della normativa:

- Ridisegna funzioni, modelli organizzativi e standard della rete di assistenza territoriale (assistenza primaria e continuità assistenziale).
- Il Distretto Sociosanitario è individuato come perno del sistema di assistenza territoriale.
- La Casa della Comunità (CdC) è concepita come struttura territoriale di prossimità, punto di riferimento fisico e integrato per l’erogazione di servizi sanitari e socio-sanitari 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 e funzione di coordinamento con altri servizi territoriali.
- Il decreto stabilisce standard qualitativi, strutturali e organizzativi per Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali (COT) e Ospedali di Comunità, nonché la vigilanza e monitoraggio da parte di AGENAS.

La CdC nel sistema territoriale nazionale:

- è uno degli “elementi costitutivi” della nuova assistenza territoriale del SSN;
- integra servizi di medicina generale, prevenzione, cure domiciliari integrate e collegamenti con servizi sociali e sanitari;
- è una struttura funzionale del Distretto, che assume il ruolo di punto di accesso territoriale e di riferimento per l’utenza;
- deve garantire la continuità assistenziale, la presa in carico di pazienti cronici, fragili o con bisogni sanitari complessi, e facilitare l’integrazione tra professionisti e servizi sanitari.

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 Dongo 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 Dongo è composta da 9 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 telefonica, 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 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.

b. Presenza Medica e Continuità Assistenziale

La presenza medica all’interno della Casa della Comunità di Dongo è garantita nell’arco delle 24 ore, 7 giorni su 7, attraverso il modello organizzativo integrato della Continuità Assistenziale, comprensivo di ambulatori di Medici di Assistenza Primaria 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

Nella CdC di Dongo è presente il servizio di continuità assistenziale dalle 19.00 alle 08.00 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 può:

- fornire consulto telefonico e prescrizione farmaceutica e ambulatoriale dematerializzata;
- attivare una visita ambulatoriale con accesso diretto dell'assistito;
- attivare una visita domiciliare;
- attivare una videochiamata;
- 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 Dongo è attivo un ambulatorio territoriale di Continuità Assistenziale notturna:

- dalle 19.00 alle 08.00 dal lunedì al venerdì e nei giorni festivi e prefestivi h 24.

Continuità Assistenziale diurna

La presenza medica diurna presso la Casa della Comunità di Dongo è garantita attraverso un modello organizzativo integrato che prevede il coinvolgimento dei Medici di Assistenza Primaria e dei medici della Continuità Assistenziale diurna aziendale.

La copertura assistenziale medica della Casa della Comunità di Dongo viene assicurata mediante la presenza fisica dei medici presso la sede, attraverso una programmazione integrata delle attività tra i Medici di Assistenza Primaria e i medici della Continuità Assistenziale diurna.

I medici della Continuità Assistenziale diurna operano infatti con articolazione funzionale sulle sedi di Dongo e Chiavenna, secondo programmazione aziendale, al fine di garantire la copertura assistenziale delle due Case della Comunità nell'arco delle 24 ore per 7 giorni alla settimana, in integrazione con la Continuità Assistenziale notturna, la Centrale Medica Unica e gli strumenti di telemedicina.

Nelle fasce orarie non coperte dall'attività dei Medici di Assistenza Primaria, la presenza medica presso la Casa della Comunità di Dongo è pertanto assicurata dai medici della Continuità Assistenziale diurna, presenti fisicamente nella sede secondo la turnistica programmata.

Le prestazioni possono essere erogate ad accesso diretto oppure tramite il Numero Europeo Armonizzato (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.

c. Presenza di altro personale

Personale amministrativo

Nella CdC di Dongo operano 6 amministrativi che svolgono attività presso il PUA, l'Ufficio scelta/revoca, il Centro Unico di Prenotazione (CUP), l'Ufficio Protesica/integrativa.

Sono presenti con fascia oraria 08.00–15.42 e 08.30–16.12, operanti secondo un modello di polifunzionalità e flessibilità organizzativa, con presenza garantita 5 giorni su 7.

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

Psicologo

Presso la Casa della Comunità opera lo Psicologo di Casa di Comunità, dell'area fragilità/cronicità, della Neuropsichiatria Infantile, e dell'attività ambulatoriale.

Assistente Sociale

Presso la CdC è presente l'Assistente sociale del servizio fragilità/cronicità e Consultorio e, in alcune giornate, l'Assistente sociale dell'Ufficio di Piano che garantisce l'attività del PUA. La presenza operativa avviene in fascia oraria flessibile (ingresso tra le 08.00 e le 09.00 e uscita al completamento delle 7 ore e 12 minuti) con presenza 5 giorni su 7.

Servizi Offerti dalla Casa della Comunità HUB

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

I servizi offerti dalla Casa della Comunità HUB di Dongo 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 di Comunità di Dongo vengono erogati servizi di cure primarie attraverso équipe multiprofessionali, operanti nell'ambito dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) e della presenza medica garantita presso la CdC.

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

PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

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

Il PUA opera quale sportello centralizzato di accoglienza, informazione, orientamento e valutazione preliminare della domanda, al quale possono rivolgersi direttamente i cittadini, i familiari e i caregiver, nonché gli operatori dei servizi, per ottenere supporto rispetto all'accesso appropriato ai servizi della rete territoriale.

Il PUA svolge una funzione di raccordo funzionale tra il sistema dei servizi sociosanitari distrettuali e la rete dei servizi sociali di ambito, assicurando l'integrazione tra i diversi livelli di intervento e favorendo percorsi di presa in carico coerenti e continui.

Le attività del PUA si articolano in front office (accoglienza e gestione diretta dell'utenza) e back office (analisi della domanda, raccordo con i servizi, attivazione delle valutazioni e tracciabilità dei percorsi).

Personale assegnato

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

- Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)/Infermiere – ASST Valtellina e Alto Lario;
- Assistente Sociale del Servizio Fragilità – ASST Valtellina e Alto Lario;
- Assistente Sociale dell'Ufficio di Piano
- Personale amministrativo – ASST Valtellina e Alto Lario.

Ciascun professionista opera secondo le competenze del proprio profilo, contribuendo in modo integrato all'analisi della domanda, alla fornitura di informazioni aggiornate sul sistema sociosanitario integrato e all'invio dell'utenza ai servizi più appropriati.

Vi è una stretta integrazione con la componente sociale facente parte dell'Ufficio di Piano (UDP).

La parte sociale opera in sinergia relativamente a casi di non autosufficienza, dimissioni protette, disabilità, sviluppando percorsi assistenziali personalizzati e concretizzandosi in momenti di confronto e condivisione periodica tra Enti.

Modalità di accesso e analisi della domanda

Il primo accesso al PUA può avvenire in presenza o telefonicamente, da parte della persona interessata o di soggetti che ne curano gli interessi.

Le richieste possono essere eterogenee per contenuto e complessità; pertanto, gli operatori del PUA svolgono una fase preliminare di analisi della domanda, finalizzata a valutarne la pertinenza, il livello di complessità e la risposta più appropriata.

L'operatore del PUA garantisce la prima accoglienza, raccoglie le informazioni essenziali, approfondisce la richiesta e la collega al sistema dei servizi territoriali, attivando interventi di complessità crescente in funzione dei bisogni rilevati.

Livelli di complessità dell'intervento

L'attività del PUA si articola su tre livelli di complessità:

1. Informazione sul sistema dei servizi

In presenza di richieste semplici, l'operatore fornisce le informazioni necessarie e conclude la prestazione.

Qualora emergano elementi di maggiore articolazione o potenziali condizioni di fragilità, l'operatore può approfondire la domanda, anche programmando un successivo appuntamento. In assenza di ulteriori necessità, la prestazione viene chiusa.

2. Orientamento ai servizi

Qualora la domanda richieda l'orientamento a uno o più servizi, l'operatore del PUA prepara l'invio, fornisce le informazioni utili e, se necessario, facilita l'accesso contattando direttamente i servizi competenti e fissando appuntamenti a nome del richiedente.

3. Attivazione della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)

Nel caso in cui emerga una condizione di complessità tale da richiedere una valutazione multidimensionale, l'operatore del PUA invia la segnalazione al referente dell'UVM, avviando il percorso valutativo integrato.

Tracciabilità e organizzazione

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

Il PUA è collocato al piano terra della Casa della Comunità di Dongo ed è aperto dal lunedì al sabato dalle ore 08.00 alle ore 18.00.

Contatti:

Telefono: 0344/490363

E-mail: pua.do@asst-val.it

UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (UVM)

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) è la funzione incaricata di effettuare una valutazione integrata dei bisogni sanitari, sociosanitari e sociali delle persone con fragilità, al fine di definire il percorso assistenziale più appropriato.

Nel modello attuale di assistenza territoriale, l'UVM rappresenta uno strumento centrale per l'integrazione della cronicità all'interno di un percorso personalizzato. Essa garantisce una sintesi efficace tra interventi sanitari e supporto sociale, assicurando una presa in carico coerente con la complessità dei bisogni legati a fragilità e condizioni croniche.

L'UVM è deputata alla valutazione dei casi complessi che richiedono un intervento integrato sociosanitario e sociale, in conformità con il modello di presa in carico delineato dal DM 77/2022 e dalla normativa nazionale e regionale vigente.

L'attività dell'UVM è svolta da un'équipe multiprofessionale composta da diverse figure: infermiere, assistente sociale, Medico di Assistenza Primaria e, quando necessario medici specialisti coinvolti in relazione ai bisogni della persona.

Il contributo medico è essenziale per:

- definire la diagnosi clinica e la sua evoluzione;
- valutare la stabilità o instabilità del quadro;
- individuare interventi terapeutici appropriati;
- evitare trattamenti inappropriati o eccessivi, come evidenziato dalle linee guida nazionali sulla VMD.

L'UVM interviene su segnalazione del PUA, del Centro per la Famiglia, del Servizio Fragilità, dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) e di ogni altro attore della rete sociosanitaria che intercetti una condizione di complessità (ad esempio Medico di Assistenza Primaria (MAP), Pronto Soccorso ospedaliero, specialisti, strutture residenziali, servizi del territorio).

L'UVM opera inoltre a regime per la valutazione dei potenziali beneficiari di misure nazionali e regionali,

adottando gli strumenti e i sistemi di reporting previsti dalle singole misure, e svolge le funzioni attribuite all'Unità di Valutazione Multidimensionale Unificata ai sensi del Decreto Legislativo n. 29/2024.

Finalità e destinatari

La valutazione multidimensionale e multiprofessionale rappresenta una fase propedeutica e imprescindibile per la definizione del Progetto Individuale, per la presa in carico integrata e per l'accesso appropriato alla rete dei servizi sociosanitari e socioassistenziali.

L'UVM opera a favore delle persone residenti nei Comuni afferenti al territorio dell'Alto Lario che presentano bisogni complessi di natura bio-psico-sociale, nel rispetto del consenso informato e della libertà di scelta della persona.

Composizione dell'équipe

L'UVM è un'équipe multiprofessionale a composizione variabile, costituita in modo stabile da:

- Assistente sociale del Servizio Sociale di Base dell'Ufficio di Piano;
- Assistente sociale del Servizio Fragilità – ASST Valtellina e Alto Lario;
- Infermiere di Famiglia e Comunità/Infermiere – ASST Valtellina e Alto Lario.
- Psicologo della Casa di Comunità

L'équipe è integrata, in relazione ai bisogni specifici della persona e al progetto individuale, da ulteriori professionisti: MAP o Pediatra di Libera Scelta, medici specialisti coerenti con il quadro clinico, medico e psicologo della Casa di Comunità, referenti dei servizi residenziali e rappresentanti dei Servizi del Terzo Settore.

Partecipa all'UVM anche il Case Manager del caso oggetto di valutazione, che può coincidere con uno dei componenti dell'équipe.

Il ruolo di referente dell'UVM è affidato allo psicologo della Casa di Comunità.

Attività dell'UVM

L'Unità di Valutazione Multidimensionale svolge le seguenti attività:

- identificazione dei bisogni bio-psico-sociali, sanitari e sociosanitari della persona;
- individuazione del case manager;
- pianificazione e realizzazione della valutazione integrata multidimensionale;
- richiesta di approfondimenti diagnostici o valutativi, qualora necessari;
- redazione della valutazione multidimensionale documentata, comprensiva, ove previsto, del profilo di funzionamento;
- valutazione ai fini dell'accesso alle misure nazionali e regionali;
- rivalutazione dei casi già in carico in presenza di nuovi elementi di complessità;
- supporto alla definizione dei progetti individualizzati e all'orientamento nella rete dei servizi.

Per la valutazione l'UVM adotta strumenti e percorsi valutativi specifici, differenziati in base alla tipologia di domanda e al quadro normativo di riferimento.

L'UVM si riunisce con cadenza in base alle necessità dei casi trattati (da più volte a una sola volta al mese) presso la Casa della Comunità di Dongo presso altre sedi individuate; le riunioni possono svolgersi anche in modalità a distanza.

ATTIVITÀ INFERMIERISTICA DI COUNSELING E PROMOZIONE DELLA 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 di 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 svolto dagli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC) si inserisce nel quadro del modello organizzativo territoriale delineato dal DM 77/2022 e si integra con il Piano Operativo Regionale per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), con l'obiettivo di garantire una presa in carico continuativa, proattiva e personalizzata, in particolare nei confronti delle persone con patologie croniche, fragilità o bisogni complessi.

Il sistema di monitoraggio prevede una stretta collaborazione tra IFeC, Medici di Assistenza Primaria (MAP), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e altri professionisti sanitari e sociosanitari della rete territoriale.

Lo sviluppo del modello del progetto di sorveglianza domiciliare (PSD) prevede la sorveglianza domiciliare da parte degli IFeC presenti nelle Case di Comunità su attivazione o comunque intesa con il MAP del paziente nell'ambito della programmazione distrettuale, con l'obiettivo di gestire i pazienti a bassa complessità assistenziale di regola 1 e massimo 2 accessi al mese lungo programma di assistenza definito, la presa in carico di pazienti con bisogni sanitari e sociosanitari, che hanno difficoltà per condizioni cliniche/logistiche ad accedere all'ambulatorio del MAP.

Nell'ambito del monitoraggio, l'IFeC svolge le seguenti attività:

- presa in carico della persona e del nucleo familiare a partire dall'analisi dei bisogni;
- pianificazione e attuazione di interventi assistenziali personalizzati mediante la redazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI), secondo i principi del Chronic Care Model e del Case Management;
- follow-up periodico attraverso contatti telefonici, visite domiciliari;
- valutazione del bisogno e orientamento ai servizi sociosanitari e sociali della rete territoriale;
- rilevazione e rivalutazione periodica dei parametri vitali;
- promozione e verifica dell'aderenza terapeutica;
- educazione sanitaria e alfabetizzazione alla salute, finalizzate all'engagement attivo della persona, alla corretta autogestione della cronicità e all'adozione di stili di vita sani;
- monitoraggio dell'efficacia dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, con condivisione delle informazioni con i professionisti coinvolti nella presa in carico.

Contatti:

Telefono: 3334912637

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

AMBULATORIO INFERMIERISTICO

L'Ambulatorio Infermieristico della Casa della Comunità di Dongo contribuisce al potenziamento dell'offerta sociosanitaria territoriale, rispondendo a bisogni sanitari e sociosanitari che richiedono competenze infermieristiche.

L'ambulatorio infermieristico risponde alle esigenze di:

- migliorare l'accessibilità e la fruibilità dei servizi sanitari di assistenza primaria;
- favorire la continuità delle cure tra ospedale e territorio;
- garantire la rilevazione e la valutazione dei bisogni assistenziali infermieristici e l'erogazione di risposte appropriate, orientate al mantenimento e/o al recupero dell'autonomia residua.

L'ambulatorio infermieristico prevede la presa in carico della persona attraverso la valutazione iniziale del bisogno, la pianificazione per obiettivi e l'utilizzo di strumenti informativi e di monitoraggio, nel rispetto del quadro normativo che disciplina l'esercizio della professione infermieristica.

L'infermiere pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico, integrandosi nei percorsi territoriali.

Le prestazioni infermieristiche di tipo sanitario sono erogate presso l'ambulatorio infermieristico già attivo nei poliambulatori dell'ospedale, quelle nella CdC intervengono a supporto evitando però il duplicato delle stesse.

L'accesso all'ambulatorio infermieristico avviene su prenotazione.

L'ambulatorio è collocato al piano terra della Casa della Comunità.

Il personale infermieristico dedicato alle sopra citate attività è quello presente in CdC.

Contatti: Telefono: 3334912637

E-mail: ifec.do@[asst-val.it](mailto:ifec.do@asst-val.it)

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE FRAGILITÀ' - CRONICITA'

Il Servizio Fragilità/Cronicità 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, B2, residenzialità assistita);
- protezione giuridica e Amministrazione di Sostegno;
- attivazione delle Cure Domiciliari;
- percorsi di dimissione protetta;
- consulenze psicologiche.

All'interno del servizio operano Infermieri/IFeC ed Assistenti Sociali ASST, in collaborazione con i MAP per una presa in carico globale integrando con l'Assistente Sociale dell'UDP, che garantisce il collegamento strategico con le risorse e la programmazione dell'intero Ambito territoriale. Il momento in cui questa rete professionale si concretizza è l'Unità di Valutazione Multidimensionale (precedentemente descritta): in questo spazio di confronto, tutti gli attori mettono a fattor comune le proprie competenze per analizzare i bisogni specifici dell'utente e costruire un percorso che sia davvero integrato, coerente e su misura per la persona e la sua famiglia.

Tali azioni vengono attuate mediante:

- colloqui con i familiari dell'utente per una valutazione della rete sociale e delle risorse a disposizione per garantire la continuità della cura e dell'assistenza;
- sostegno alla famiglia;
- visite domiciliari;
- valutazione multidimensionale aggiornata durante la presa in carico, in contatto con MMG e gli altri professionisti coinvolti, 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;
- collaborazione con gli Uffici di Piano dei Comuni per gli interventi assistenziali di competenza;
- costanti aggiornamenti e monitoraggio della situazione.

Il raccordo tra professionisti avviene tramite attività congiunte tra i vari professionisti, contatti telefonici e mail, incontri in teams, momenti d'incontro con riunioni o visite a domicilio.

L'accesso può avvenire in modo diretto o su appuntamento.

Il servizio è collocato al piano terra della Casa di Comunità.

Contatti:

Telefono: 0344/490362

E-mail: upct.do@asst-val.it

Attivazione 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 e/o il Pediatra di Libera Scelta, 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.

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

AMBULATORI SPECIALISTICI

Nella Casa della Comunità Hub di Dongo sono presenti alcuni ambulatori specialistici.

Le altre specialità afferenti all'area della cronicità e della fragilità operano in piena e strutturata integrazione con la Casa di Comunità di Dongo, anche in telemedicina, configurandosi come elemento qualificante della rete territoriale e garantendo un'offerta ambulatoriale completa, continuativa e multidisciplinare, in linea con gli standard previsti dal DM 77/2022, in coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022 e dalle linee guida del Ministero della Salute del 19/12/2025 relative al target PNRR M6C1-3.

L'assetto organizzativo adottato consente pertanto di attestare il pieno raggiungimento degli standard richiesti in termini di dotazione, integrazione dei servizi e presa in carico della cronicità e fragilità, configurando la Casa della Comunità come presidio conforme e pienamente operativo secondo il modello delineato dal DM 77/2022.

Nello specifico, presso la Casa della Comunità sono attivi gli ambulatori di:

- Reumatologia
- Otorinolaringoiatria
- Odontostomatologia
- Chirurgia

- Pneumologia
- Cardiologia
- Diabetologia

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

Presso gli uffici della CdC è garantita la prenotazione di tutte le prestazioni erogabili all'interno della casa stessa e quelle funzionalmente collegate come sopra evidenziato.

PUNTO PRELIEVI

Il Punto Prelievi è situato al piano terra della Casa della Comunità di Dongo.

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

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

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

Orari di apertura del servizio il mercoledì e il venerdì dalle ore 08.00 alle ore 09.00.

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;
- c/o lo sportello polifunzionale.

Presso il Punto Prelievi operano personale infermieristico ed amministrativo.

Le attività infermieristiche sono disciplinate da specifica Istruzione Operativa aziendale.

Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito istituzionale ASST.

Presso il punto prelievi viene effettuato il programma di screening HCV previsto da Regione Lombardia. Tale attività è gratuita, è rivolta ai nati tra il 1969 e il 1989, per la ricerca degli anticorpi anti-HCV. Lo screening è su base volontaria, e viene proposto ai cittadini che accedono ai Punti Prelievo delle ASST e ATS.

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

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

Accoglienza degli utenti

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

In tale ambito rientrano:

- Area amministrativa di front-office, dedicata alla gestione delle pratiche amministrative, informative e di supporto all'utenza;
- Attività di orientamento ai servizi con indirizzamento ai percorsi assistenziali, ambulatoriali e socio-sanitari presenti nella struttura.

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

Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale

Il Sistema integrato di prenotazione è funzionalmente collegato al CUP aziendale, localizzato al piano terra della struttura, in conformità alle *Linee guida del Ministero della Salute del 19/12/2025*. Tale sistema costituisce il punto unico di accesso per la gestione delle prenotazioni delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dalla ASST Valtellina e Alto Lario.

Funzionalità del sistema

Il sistema consente:

- Prenotazione, modifica e cancellazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dall'Azienda;
- integrazione con i sistemi informativi aziendali e regionali, garantendo allineamento dei dati, aggiornamento in tempo reale e tracciabilità dei flussi;
- accesso multicanale, attraverso:
 - o sportello fisico del CUP aziendale presso la CdC;
 - o sistemi digitali aziendali e regionali (portale regionale, app dedicate, servizi online);
 - o interoperabilità con le piattaforme regionali di prenotazione.
- Dettaglio delle modalità di prenotazione
- Prenotazione allo sportello fisico.

Presso il CUP aziendale situato al piano terra, il cittadino può:

- prenotare nuove prestazioni;
- modificare o cancellare appuntamenti già fissati;
- ricevere informazioni sulle disponibilità, sulle modalità di accesso e sulla documentazione necessaria;
- effettuare eventuali operazioni amministrative correlate.

Lo sportello è aperto dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 12.30 e dalle 13.00 alle 15.00 e garantisce assistenza diretta, in particolare per utenti fragili o con difficoltà digitali.

Benefici del collegamento funzionale tra CUP aziendale e CdC

Il collegamento tra CUP aziendale e Casa della Comunità garantisce:

- uniformità delle procedure di prenotazione su tutto il territorio aziendale;
- tracciabilità completa delle operazioni, nel rispetto degli standard informativi regionali;
- semplificazione dell'accesso ai servizi, grazie a un unico sistema integrato;
- riduzione dei tempi di attesa e maggiore efficienza nella gestione delle agende;
- supporto alla presa in carico, grazie alla condivisione dei dati tra servizi territoriali, distrettuali e ospedalieri.

Servizi di accoglienza per il personale della struttura

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

Sono previsti:

- spogliatoi distinti e adeguatamente attrezzati;

- studio/ufficio del coordinatore, quale punto di riferimento organizzativo e gestionale della struttura;
- ulteriori locali di supporto alle attività del personale, in coerenza con le funzioni svolte.

Servizi logistici

I servizi logistici assicurano il supporto operativo alle attività della CdC HUB e comprendono magazzini e depositi per materiali sanitari e non sanitari.

4. Dotazione Strutturale e Tecnologica

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

- Carrello di emergenza conforme allo standard aziendale, secondo procedura “00-IO-DE-06 – Gestione postazione mobile d’emergenza”;
- Pulsiossimetro
- Ecotomografo;
- Defibrillatore automatico esterno;
- Elettrocardiografo;
- Spirometro per uso clinico;
- 2 Retinografi;
- 5 ecotomografi portatili (utilizzati dai MAP);
- Holter pressorio;
- Holter ECG;
- Sfigmomanometro;
- Saturimetro;
- Glucometro;
- Bilancia.

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

5. Integrazione e Rete Territoriale

La Casa della Comunità HUB di Dongo 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. (i principali provvedimenti regionali lombardi che attuano il DM 77/2022 sono le DGR 6387/2022, 6760/2022 e, per la programmazione infrastrutturale, le DGR 5195/2021, 5723/2021 e 6080/2022).

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 Dongo 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, erogati anche mediante enti accreditati;
- i servizi sociali dell'Ufficio di Piano, favorendo l'integrazione socio-sanitaria e la costruzione di percorsi personalizzati.

Con l'Ufficio di Piano sono in essere accordi per:

- la gestione congiunta multidisciplinare della tutela minori sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria e un protocollo quadro di intesa degli ambiti di ASST Valtellina e Alto Lario, per l'attivazione dei tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla loro riabilitazione, i servizi educativi e di supporto alla persona, in particolare per le fasce di popolazione fragile e vulnerabile.
- L'attivazione del Centro per la Famiglia
- Le dimissioni protette dall'Ospedale Moriggia Pelascini

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.

Collegamento con la Centrale Operativa Territoriale (COT)

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

Il collegamento con la COT consente:

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

Integrazione tecnologica e sistema informativo

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

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

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

Attivazione del servizio 116117 diurno

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

Il servizio consente:

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

6. Partecipazione della Comunità

La Casa della Comunità di Dongo 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.

7. Attestazione di conformità

Alla luce degli elementi descritti, la Casa della Comunità di Dongo 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 equipe multiprofessionali;
- la continuità assistenziale h24;
- la presa in carico dei bisogni complessi, della cronicità e della fragilità;
- l'accesso unitario ai servizi tramite il Punto Unico di Accesso;
- l'operatività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale;
- l'adeguatezza delle dotazioni strutturali e tecnologiche.

IL DIRETTORE GENERALE
Ida Maria Ada Ramponi