

DOCUMENTO DI PRESENTAZIONE DELLA CASA DELLA COMUNITÀ DI LIVIGNO - HUB

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

1. Informazioni generali Casa della Comunità

Denominazione della struttura	Casa della Comunità di Livigno
Sede	Via Freita 1521/B
CUP	F12C26000040001
Tipologia	Hub
Tipologia di intervento PNRR	Ristrutturazione - Non applicabilità (UMPNRR 6C1)
Data di inizio funzionamento**	11/06/2026

*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 Livigno 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 personale dedicato e con il Servizio di Continuità Assistenziale;
- operatività di equipe multiprofessionali e multidisciplinari coordinate.

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

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

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

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

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

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

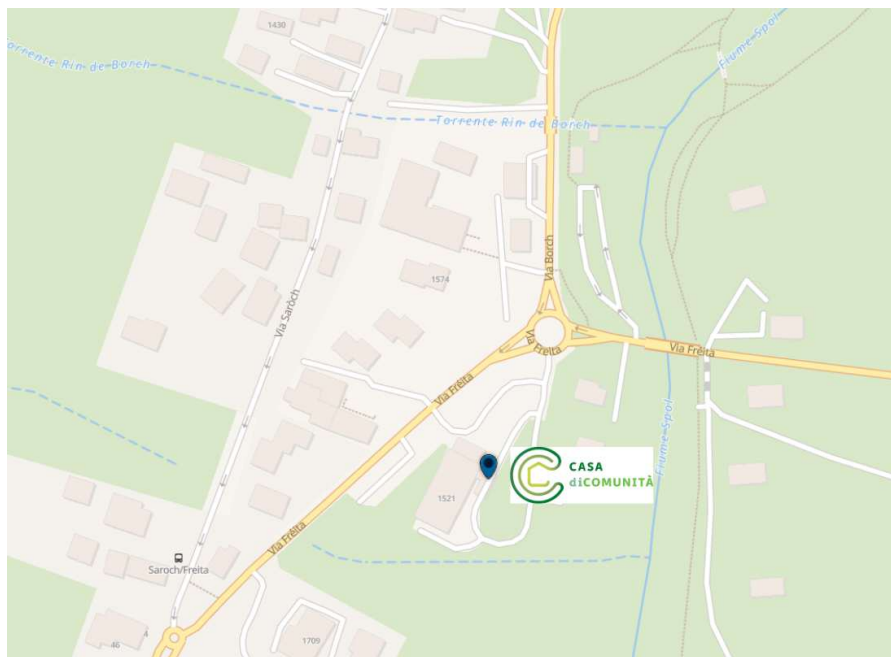
La Casa della Comunità di Livigno

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

La Casa della Comunità di Livigno è una delle tre CdC afferenti al Distretto Alta Valtellina, un ambito territoriale caratterizzato da un'estensione complessiva di circa 227,3 km² e da una popolazione residente pari a circa 6.700 abitanti. Il contesto territoriale, prevalentemente montano e a bassa densità abitativa, richiede un'organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari orientata alla prossimità, all'integrazione e alla continuità assistenziale, rafforzando la necessità di potenziare, all'interno della CdC di Livigno, modelli organizzativi orientati alla presa in carico della cronicità, alla gestione integrata dei bisogni complessi e al rafforzamento dei servizi di prevenzione e assistenza territoriale, in coerenza con gli obiettivi del PNRR e della programmazione sanitaria regionale.

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

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



Caratteristiche demografiche ed epidemiologiche

L'ambito del Distretto Alta Valle è composto da 18 comuni con un'estensione complessiva di circa 1.350 km² e da una popolazione residente pari a circa 53.000 abitanti.

(Vedi [tabella 1 Popolazione](#) – riportata in calce al documento)

Il Comune di Livigno ha una popolazione di 6.700 abitanti, di cui l'11% ha un'età superiore ai 65 anni.

A fronte di una popolazione con un alto indice di invecchiamento, si ha un aumento del carico assistenziale legato a malattie croniche e fragilità. Il dettaglio delle patologie croniche del Distretto della Alta Valtellina, in termini di casistica prevalente e tassi grezzi è riportato nella [tabella 2 patologia](#) (riportata in calce al documento).

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

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

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

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

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

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

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

Riferimenti normativi:

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”

Legge Regionale Lombardia – riforma SSR e sanità territoriale: 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 socio-sanitario.

Per declinare a livello operativo il DM 77/2022, Regione Lombardia ha adottato Delibera XI/7592 del 15/12/2022.

3. Organizzazione del Personale

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

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

A. Presenza infermieristica

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

La programmazione dell’orario di lavoro prevede:

- dal lunedì al venerdì, due turni giornalieri (08.00–15.42 e 12.18–20.00); (presenza di almeno 1 infermieri per ciascun turno)
- nelle giornate di sabato, domenica e festivi, un unico turno continuativo (08.00–20.00).

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

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

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

Tale integrazione si realizza attraverso i seguenti ambiti funzionali:

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

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

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

B. Presenza medica

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

Il modello adottato assicura:

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

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

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

Continuità Assistenziale notturna

Presso la CdC di Livigno la continuità assistenziale notturna è coperta a livello distrettuale dal servizio erogato presso la CdC di Bormio.

La stessa è attiva:

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

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

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

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

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

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

Continuità Assistenziale diurna

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

La copertura assistenziale medica della Casa della Comunità di Livigno 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 Bormio e Tirano, 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 Livigno 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.

C. Presenza di altro personale

Personale amministrativo

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

Sono presenti 2 operatori amministrativi, con fascia oraria 08.00–15.42, operanti secondo un modello di polifunzionalità e flessibilità organizzativa, con presenza garantita 3 giorni su 7.

La descrizione approfondita delle attività è riportata nella Sezione 4.

Psicologo

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

Assistente Sociale

È presente un'assistente sociale, con orario flessibile.

L'attività si sviluppa prevalentemente nell'area della valutazione delle fragilità, del PUA e dell'UVM. La descrizione dettagliata delle attività è riportata nella Sezione 4 del presente documento.

4. Servizi Offerti dalla Casa della Comunità HUB

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

I servizi offerti dalla Casa della Comunità HUB di Livigno sono organizzati secondo la suddivisione per macroaree 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 Livigno 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) rappresenta una risorsa essenziale della Casa di Comunità di Livigno ed è attivo con l'obiettivo di semplificare l'accesso ai servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali della popolazione, specialmente per le persone che si trovano in condizioni di fragilità o emergenza.

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

Il personale assegnato al PUA è il seguente:

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Informazioni sul sistema dei servizi

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

2. Orientamento ai servizi

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

3. Attivazione della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)

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

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

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

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

numero telefonico: 0342/977125

e-mail: pua.li@asst-val.it

UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (UVM)

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) è la funzione deputata alla valutazione dei casi complessi che necessitano di integrazione sociosanitaria e sociale, in coerenza con il modello di presa in carico previsto dal DM 77/2022 e dalla normativa nazionale e regionale vigente.

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 nel Comune di Livigno 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;
- Infermiere di Famiglia e Comunità/Infermiere – ASST Valtellina e Alto Lario.

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 del Servizio Fragilità e Cronicità, 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 al Direttore di Distretto Alta Valle.

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 Livigno o 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 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 0342.977125

mail: ifec.li@asst-val.it

AMBULATORIO INFERMIERISTICO

L'Ambulatorio Infermieristico della Casa della Comunità di Livigno 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 secondo piano della Casa della Comunità.

Contatti:

mail: ifec.li@asst-val.it

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE FRAGILITÀ' - CRONICITÀ'

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, residenzialità assistita);
- protezione giuridica e Amministrazione di Sostegno;
- attivazione delle Cure Domiciliari;
- percorsi di dimissione protetta;
- consulenze psicologiche.

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

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

Contatti:

Telefono: 0342.909248 - 909136

E-mail: upct.bo@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/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.

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

AMBULATORI SPECIALISTICI

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

Le attività ambulatoriali sono orientate alla gestione integrata delle patologie croniche e delle condizioni di fragilità, favorendo la continuità assistenziale e l'appropriatezza delle cure.

Le specialità attualmente presenti sono:

SPECIALITA'	SLOT
GINECOLOGIA/OSTETRICIA	venerdì 9.00-14.30
CARDIOLOGIA	1° lunedì del mese dalle 10.00-16.00
PEDIATRIA	2 giorni a settimana su appuntamento dalle ore 10.00 alle ore 15.00
PSICHIATRIA	1 volta al mese su appuntamento
TISIOLOGIA/MALATTIE INFETTIVE	1 volta al mese su appuntamento dalle 10 alle 15

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.

PUNTO PRELIEVI

Il Punto Prelievi è situato all'interno della Casa della Comunità di Tirano al secondo piano.

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 dal lunedì al venerdì (esclusi i festivi) dalle ore 07:30 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;
- c/o portineria Ospedale di Sondrio, in Via Stelvio 25, tutti i giorni 24 h.

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 ed 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 di Livigno, assicurando condizioni di accessibilità, efficienza operativa, sicurezza e continuità dei servizi, in coerenza con le vigenti linee guida ministeriali.

Accoglienza degli utenti

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

In tale ambito rientrano:

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

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

Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale

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

Il sistema consente:

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

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

Servizi di accoglienza per il personale della struttura

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

Sono previsti:

- spogliatoi distinti e adeguatamente attrezzati;
- 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:

- archivi (cartacei e digitali) per la conservazione della documentazione;
- magazzini e depositi per materiali sanitari e non sanitari.

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

5. Dotazione Strutturale e Tecnologica

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

- Zaino urgenza allestimento standardizzato aziendale secondo la procedura 00 - IO DE 06 Gestione postazione mobile d'emergenza (carrello/zaino) - DEA
- Defibrillatore
- Elettrocardiografo
- Spirometro
- Pulsossimetro/Saturimetro
- Ecografo
- Holter Pressorio

Ad integrazione di quanto sopra, si evidenzia la presenza di dotazione, a supporto dell'attività degli IFeC / OFeC, dei seguenti dispositivi:

- Glucometro
- Bilancia pesa persona/pesa neonati
- Metro sartoriale

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

6. Integrazione e Rete Territoriale

La Casa della Comunità HUB di Livigno 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 Livigno 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 Livigno è configurata come CdC HUB. Nel contesto del Distretto Sociosanitario della Alta Valtellina sono presenti le CdC di Bormio e la CdC di Tirano.

La CdC di Livigno si avvale del supporto della CdC di Bormio e di Tirano assicurando così 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 Livigno 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

La presenza medica diurna presso la Casa della Comunità di Livigno è garantita da un modello integrato che coinvolge i Medici di Assistenza Primaria e i medici della Continuità Assistenziale diurna, sulla base di una programmazione congiunta e della presenza fisica dei professionisti in sede.

Le prestazioni sono erogate ad accesso diretto oppure tramite il Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117.

Il servizio consente:

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

7. Partecipazione della Comunità

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

8. Attestazione di conformità

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

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)
APRICA	1469	47	359	24%	166	216%	11	7,49	9	6,13
BIANZONE	1256	47	329	26%	173	190%	13	10,35	11	8,76
BORMIO	3966	47	1082	27%	484	224%	44	11,09	16	4,03
GROSIO	4342	48	1177	27%	510	231%	72	16,58	30	6,91
GROSOTTO	1612	47	412	26%	181	228%	30	18,61	9	5,58
LIVIGNO	6790	37	673	10%	1240	54%	30	4,42	61	8,98
LOVERO	619	46	159	26%	82	194%	10	16,16	2	3,23
MAZZO DI VALTELLINA	1033	45	227	22%	133	171%	9	8,71	9	8,71
SERNIO	489	45	113	23%	67	169%	2	4,09	2	4,09
SONDALO	3913	49	1075	27%	415	259%	64	16,36	27	6,90
TEGLIO	4528	48	1250	28%	486	257%	66	14,58	15	3,31
TIRANO	8848	47	2343	26%	1049	223%	114	12,88	61	6,89
TOVO DI SANT'AGATA	620	45	136	22%	83	164%	6	9,68	3	4,84
VALDIDENTRO	4173	43	849	20%	635	134%	40	9,59	31	7,43
VALDISOTTO	3585	43	705	20%	497	142%	33	9,21	27	7,53
VALFURVA	2490	47	618	25%	280	221%	18	7,23	15	6,02
VERVIO	200	47	50	25%	24	208%	3	15,00	1	5,00
VILLA DI TIRANO	2991	46	740	25%	370	200%	52	17,39	18	6,02

Tabella 2 Patologie

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

Tabella 3 Livelli di cronicità

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

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	56081	195551	28678
Alta Valtellina		14161	52924	26757

Tabella 5 le esenzioni per singola patologia

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

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
ALTA VALTELLINA	9476	3316	1369	14161