

DOCUMENTO DI PRESENTAZIONE DELLA CASA DELLA COMUNITÀ DI MORBEGNO - 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 Morbegno
Sede	Via Morelli 1, 23017 Morbegno
CUP	F94E21005210001
Tipologia	Hub
Tipologia di intervento PNRR	Ristrutturazione – Non applicabilità (UMPNRR 6C1)
Data di inizio funzionamento**	26/01/2026

*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 Morbegno 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 Morbegno 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 Morbegno

La struttura è situata nel centro urbano di Morbegno, in un contesto caratterizzato da residenze, servizi territoriali e una rete viaria ben sviluppata. La sua collocazione garantisce un facile accesso sia ai residenti sia agli utenti del comprensorio, grazie a percorsi stradali agevoli e ben serviti.

I servizi della CdC sono collocati all'interno del presidio Ospedaliero di Morbegno presso i Padiglioni Mattei / Vanoni e Parravicini, per una superficie complessiva di mq² 900.

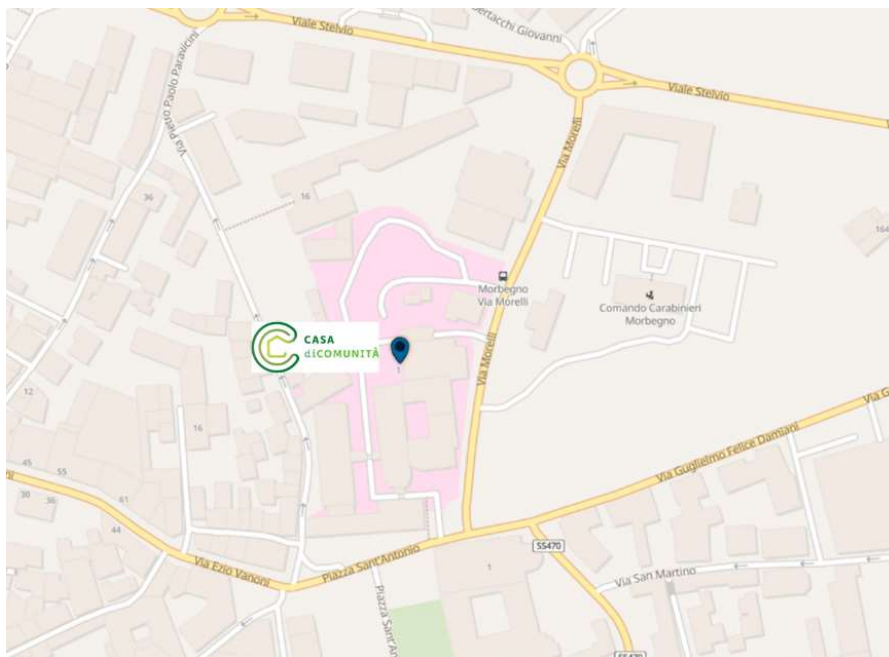
La posizione centrale in Via Morelli consente di raggiungere la struttura comodamente a piedi o in auto, con disponibilità di parcheggi pubblici e di prossimità nelle immediate vicinanze.

La sede è inoltre ben collegata dai servizi di trasporto urbano ed extraurbano che servono il centro di Morbegno:

- la stazione ferroviaria si trova a circa 650 metri;
- la fermata degli autobus di linea, che collega i principali comuni dell'ambito, è adiacente all'ingresso del Presidio Ospedaliero;
- la SS 38 (Viale Stelvio), principale asse viario provinciale, dista circa 50 metri dall'ingresso.

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 (D.M. 236/89)



L'Ambito di Morbegno si estende per 495,8 km², pari al 15,5% del territorio provinciale, e presenta una densità abitativa di 94,94 abitanti/km², valore nettamente superiore alla media provinciale (56,08 ab./km²).

L'ambito è composto da 25 comuni, tra i quali solo il capoluogo di mandamento, Morbegno, supera i 10.000 residenti.

La popolazione complessiva dell'ambito mostra un lieve incremento.

Il tasso di natalità, in linea con la tendenza provinciale, è in diminuzione e si attesta a 7,27 nati ogni 1.000 abitanti.

La struttura demografica risulta equilibrata e sostanzialmente coerente con i dati provinciali e regionali:

- 18,06% della popolazione ha un'età compresa tra 0 e 19 anni;
- 67,58% rientra nella fascia 20-69 anni;
- 17,36% ha più di 70 anni.

La presenza di cittadini stranieri è stabile ed attestata al 5,6% della popolazione residente con significativa concentrazione nel capoluogo dove si raggiunge il 9,1%.

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

Il dettaglio delle patologie croniche del Distretto della Bassa 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 Morbegno sono garantite in modo strutturale e continuativo, mediante una programmazione mensile formalizzata, validata dai rispettivi responsabili di funzione e conservata agli atti aziendali.

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

A. Presenza infermieristica

L’équipe infermieristica della Casa della Comunità di Morbegno è composta da sette professionisti, che garantiscono la presenza continuativa del servizio tutti i giorni, nella fascia oraria 08.00–20.00, in coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022 per le Case della Comunità HUB.

La programmazione dell’orario di lavoro prevede:

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

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

L’infermiere operante all’interno della Casa della Comunità svolge un ruolo centrale nella presa in carico territoriale e nella promozione del lavoro in équipe multiprofessionale, collaborando stabilmente con Medici di Assistenza Primaria e Pediatri di Libera Scelta, Medici Specialisti, Assistenti Sociali e altri operatori sanitari e sociosanitari.

Tale integrazione si realizza attraverso la partecipazione attiva ai seguenti ambiti funzionali:

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

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

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

B. Presenza medica e continuità assistenziale

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

Il modello adottato assicura:

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

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

Continuità Assistenziale notturna e Centrale Medica Unica

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

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

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

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

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

La CMU dell'ASST Valtellina e Alto Lario ha sede presso la Casa della Comunità di Morbegno (Padiglione Mattei – piano terra) ed è attiva:

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

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

- dalle 19.00 alle 24.00 in guardia attiva;
- dalle 24.00 alle 08.00 in reperibilità per eventuali visite domiciliari.

Continuità Assistenziale diurna

La presenza medica diurna presso la Casa della Comunità di Morbegno, nella fascia 08.00–19.00, è garantita attraverso un progetto sperimentale di Continuità Assistenziale diurna, attivo a decorrere dal 1 dicembre 2025. Le prestazioni possono essere erogate ad accesso diretto o tramite NEA 116117.

La Continuità Assistenziale diurna garantisce copertura anche per le Case della Comunità di Sondrio, Berbenno di Valtellina e Chiesa in Valmalenco.

In tale ambito il medico:

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

Il modello organizzativo adottato è in attuazione dei seguenti provvedimenti regionali e aziendali:

DGR n. XII/279 del 15/05/2023;

DGR n. XII/2588 del 21/06/2024;

DGR n. XII/3720 del 30/12/2024;

DGR n. XII/5589 del 30/12/2025;

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

C. Presenza di altro personale

Personale amministrativo

Il personale amministrativo della Casa della Comunità svolge attività a supporto del PUA, dell'Ufficio Invalidi e della Commissione Invalidi.

Sono presenti due operatori amministrativi, 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 operano lo Psicologo di Comunità e lo Psicologo dell'area fragilità e cronicità.

Le attività, svolte sia in sede sia sul territorio, avvengono su prenotazione e sono garantite 5 giorni su 7, secondo un modello di polifunzionalità e flessibilità organizzativa.

La descrizione approfondita delle attività è riportata nella Sezione 4.

Assistente Sociale

Sono presenti due Assistenti Sociali dell'ASST Valtellina e Alto Lario, con orario flessibile (ingresso tra le 08.00 e le 09.00 e uscita al completamento delle 7 ore e 12 minuti), con presenza garantita 5 giorni su 7.

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

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

4. Servizi Offerti dalla Casa della Comunità HUB

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

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

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

La Macro-area Cure Primarie rappresenta l'area funzionale dedicata all'erogazione delle prestazioni di assistenza primaria e alla presa in carico continuativa della popolazione.

All'interno della Casa della Comunità HUB di Morbegno sono presenti ambulatori dedicati alle attività dei:

- Medici del ruolo unico di assistenza primaria;
- Pediatri di Libera Scelta;
- Infermieri di Famiglia e Comunità.

Gli ambulatori sono strutturalmente e tecnologicamente predisposti per l'esercizio delle attività assistenziali previste dal modello della Casa della Comunità.

Alla data attuale, l'utilizzo degli ambulatori da parte dei medici di assistenza primaria è oggetto di processi di definizione organizzativa e contrattuale, finalizzati a favorire lo svolgimento dell'attività professionale all'interno della Casa della Comunità, in coerenza con l'evoluzione del ruolo unico e con gli indirizzi regionali. Nelle more del completamento di tali percorsi, gli spazi ambulatoriali risultano disponibili e programmati per una progressiva attivazione, in funzione degli accordi in corso e dell'implementazione del modello organizzativo previsto.

Gli orari di attività e i giorni di presenza dei professionisti saranno definiti e formalizzati a seguito della conclusione delle suddette procedure, in raccordo con la programmazione distrettuale e aziendale.

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 Morbegno 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'équipe multiprofessionale composta da:

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

L'équipe è affiancata dallo Psicologo di Comunità dell'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.

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) e tramite l'applicativo aziendale FORMS, garantendo la continuità informativa e la tracciabilità dei percorsi.

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

Contatti:

Telefono: 0342/607260

E-mail: pua.mo@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 Medicina Generale, 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 mandamento di Morbegno 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 – ASST Valtellina e Alto Lario;
- Psicologo di Comunità – ASST Valtellina e Alto Lario.

L'équipe è integrata, in relazione ai bisogni specifici della persona e al progetto individuale, da ulteriori professionisti: Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta, medici specialisti coerenti con il quadro clinico, 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 Dirigente Psicologo di Comunità dell'ASST Valtellina e Alto Lario.

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'esito della valutazione è formalizzato in un documento condiviso, ad uso del cittadino e degli operatori coinvolti, che costituisce la base per la successiva definizione del progetto individuale.

Modalità di funzionamento e gestione documentale

L'UVM si riunisce con cadenza quindicinale presso la Casa della Comunità di Morbegno o presso altre sedi individuate dal referente; le riunioni possono svolgersi anche in modalità a distanza.

La composizione variabile dell'équipe è definita entro cinque giorni lavorativi dalla data della riunione.

Il referente individua i casi da discutere sulla base delle segnalazioni pervenute e provvede alla convocazione tramite l'indirizzo di posta dedicato uvm.mo@asst-val.it. La partecipazione degli specialisti convocati è vincolante, anche in modalità remota.

La documentazione cartacea è conservata presso la sede PUA della Casa della Comunità in fascicoli codificati.

La documentazione digitale è archiviata dai Case Manager in apposita cartella condivisa su piattaforma OneDrive, gestita dall'account istituzionale uvm.mo@asst-val.it, ed è accessibile in sola visualizzazione ai professionisti coinvolti.

ATTIVITÀ INFERMIERISTICA DI COUNSELLING 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 Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e altri professionisti sanitari e sociosanitari della rete territoriale.

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 e strumenti di telemedicina;
- 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.

AMBULATORIO INFERMIERISTICO

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

- L'attività ambulatoriale è finalizzata a:
- 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 e in raccordo con i Medici di Assistenza Primaria.

Le prestazioni infermieristiche di tipo sanitario sono erogate anche presso l'ambulatorio infermieristico già attivo nei poliambulatori al piano terra.

L'accesso all'ambulatorio infermieristico avviene tramite PUA.

La struttura è collocata al quarto piano della Casa della Comunità.

Contatti:

Telefono: 0342/607426

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

Cure domiciliari

Le Cure Domiciliari costituiscono un percorso assistenziale a domicilio, integrato e multiprofessionale, finalizzato alla stabilizzazione del quadro clinico, al contenimento del declino funzionale e al miglioramento della qualità di vita delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità.

L'assistenza domiciliare sanitaria è integrata, ove necessario, con l'assistenza domiciliare sociale erogata dagli Ambiti Territoriali Sociali.

I livelli di intensità e complessità assistenziale sono definiti a partire dalla Valutazione Multidimensionale e dalla conseguente formulazione del Progetto Assistenziale Individuale (PAI), che può comprendere anche il Piano Riabilitativo Individuale (PRI).

La valutazione multidimensionale è effettuata dall'Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM), in collaborazione con il Medico di Assistenza Primaria/PLS, che mantiene la responsabilità clinica del paziente.

L'attivazione delle Cure Domiciliari avviene su richiesta del Medico di Assistenza Primaria per persone che, a causa delle condizioni cliniche e funzionali, non possono accedere ai servizi ambulatoriali.

Le modalità valutative, i criteri di ammissione, i livelli assistenziali e le rivalutazioni periodiche sono effettuati secondo la normativa regionale e nazionale vigente, utilizzando strumenti standardizzati (Scheda di Triage, InterRAI Home Care) e garantendo la tracciabilità informativa.

CRONICITA'-FRAGILITA'

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

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

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

AMBULATORI SPECIALISTICI

Gli ambulatori specialistici afferenti all'area della cronicità e della fragilità operano in stretta integrazione funzionale con la Casa della Comunità Hub di Morbegno, 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:

- Cardiologia
- Pneumologia
- Diabetologia, con possibilità di erogazione delle prestazioni anche in modalità di tele visita
- Otorinolaringoiatria
- Chirurgia generale

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 al piano terra del Padiglione Parravicini, all'interno della Casa della Comunità di Morbegno, e costituisce un servizio funzionalmente integrato con le attività della CdC, in quanto collocato nella medesima struttura edilizia, secondo quanto previsto dalle Linee guida ministeriali del 19/12/2025.

Il servizio è dedicato alla raccolta di campioni biologici per l'esecuzione di analisi diagnostiche.

L'accesso avviene con impegnativa medica, mediante accesso diretto o prenotazione online, secondo le modalità previste.

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

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

Orari di apertura per gli assistiti della casa della comunità:

dal lunedì al venerdì (esclusi i festivi) dalle ore 09:00 alle ore 10:30

Consultazione e ritiro referti:

- Fascicolo Sanitario Elettronico
- Portale ASST Valtellina e Alto Lario (www.asst-val.it) mediante codice fiscale e codice alfanumerico rilasciato in fase di accettazione
- Portineria di Via Morelli 1, tutti i giorni in orario di apertura (06:00–22:00)

Presso il Punto Prelievi operano personale infermieristico e amministrativo.

Le attività infermieristiche sono disciplinate da specifica Istruzione Operativa aziendale.

Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito istituzionale ASST.

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

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 Morbegno, 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 CdC HUB;
- l'integrazione con i sistemi informativi aziendali e regionali;
- l'accesso multicanale (sportello fisico, sistemi digitali, interoperabilità con piattaforme regionali).

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

Servizi di accoglienza per il personale della struttura

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

Sono previsti:

- spogliatoi distinti e adeguatamente attrezzati;
- area tisaneria;
- 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 Morbegno è dotata delle principali attrezzature e tecnologie necessarie allo svolgimento delle attività sanitarie e assistenziali, tra cui:

- carrello di emergenza conforme allo standard aziendale, secondo procedura "00-IO-DE-06 – Gestione postazione mobile d'emergenza";
- defibrillatore;
- aspiratore di secrezioni;
- dispositivi per la rilevazione dei parametri vitali (saturimetro, sfigmomanometro, fonendoscopio);
- bilancia pesa-persona con altimetro per il calcolo del BMI;
- holter pressorio;
- elettrocardiografo;
- ecografo portatile.

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 Morbegno 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 Morbegno 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 Morbegno è configurata come CdC HUB e non è affiancata da Case della Comunità spoke di riferimento.

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

Collegamento con la Centrale Operativa Territoriale (COT)

La CdC HUB di Morbegno 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

Il servizio 116117 – Numero Europeo Armonizzato per l'accesso alle cure non urgenti diurno è in fase di attivazione ed è previsto l'avvio operativo nel periodo gennaio/febbraio.

L'attivazione del servizio diurno consentirà:

- 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 Morbegno 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, tra cui l'Associazione Cangemi, con interventi dedicati alle persone affette da Malattia di Parkinson e ai loro caregiver;
- Istituzioni scolastiche, in particolare l'Istituto Comprensivo di Cosio, mediante progetti educativi e attività di sensibilizzazione rivolte agli studenti.

Le attività sono realizzate con il coinvolgimento dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) e dello Psicologo di Comunità, in coerenza con i principi della sanità di iniziativa e della prossimità.

8. Attestazione di conformità

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

In particolare, risultano garantiti:

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

IL DIRETTORE GENERALE

Ida Maria Ada Ramponi

TABELLA 1: POPOLAZIONE

Comune	Residenti	Età Media	65+	%65+	0-14	indice vecchiate a 65+/14-	decessi	Tasso mortalità (x 1000 abitanti)	nati	tasso natalità (x 1000 abitanti)
ALBAREDO PER SAN MARCO	296	54	106	36%	16	663%	2	6,76	0	0,00
ANDALO VALTELLINO	589	45	151	26%	85	178%	5	8,49	4	6,79
ARDENNO	3220	47	855	27%	402	213%	36	11,18	18	5,59
BEMA	116	57	46	40%	4	1150%	1	8,62	1	8,62
BUGLIO IN MONTE	1983	47	523	26%	248	211%	17	8,57	17	8,57
CERCINO	801	45	186	23%	106	175%	10	12,48	8	9,99
CINO	343	47	91	27%	39	233%	3	8,75	1	2,92
CIVO	1108	47	276	25%	113	244%	22	19,86	9	8,12
COSIO VALTELLINO	5526	46	1344	24%	678	198%	43	7,78	47	8,51
DAZIO	502	47	126	25%	68	185%	2	3,98	3	5,98
DELEBIO	3318	44	775	23%	483	160%	47	14,17	28	8,44
DUBINO	3793	44	822	22%	540	152%	41	10,81	33	8,70
FORCOLA	757	46	186	25%	89	209%	11	14,53	8	10,57
GEROLA ALTA	165	54	55	33%	10	550%	1	6,06	3	18,18
MANTELLIO	740	45	181	24%	95	191%	10	13,51	3	4,05
MELLO	932	44	207	22%	120	173%	8	8,58	8	8,58
MORBEGNO	12261	47	3112	25%	1492	209%	142	11,58	79	6,44
PEDESINA	37	54	18	49%	4	450%	0	0,00	0	0,00
PIANTEDO	1417	43	294	21%	217	135%	13	9,17	11	7,76
RASURA	288	50	92	32%	27	341%	4	13,89	3	10,42
ROGOLO	573	43	108	19%	92	117%	8	13,96	6	10,47
TALAMONA	4590	46	1082	24%	563	192%	58	12,64	24	5,23
TARTANO	195	56	78	40%	12	650%	4	20,51	1	5,13
TRAONA	2850	42	520	18%	445	117%	22	7,72	31	10,88
VAL MASINO	839	49	225	27%	71	317%	9	10,73	3	3,58
	47239	46	11459	24%	6019	190%	519	10,99	349	7,39

TABELLA 2 PATOLOGIE		
PATOLOGIA	CASISTICA	TASSI GREZZI PER 100.000
Tutte le patologie	14083	29812,2
IPERTENSIONE ARTERIOSA	3013	6378,2
IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	1546	3272,7
DIABETE MELLITO TIPO 2	1235	2614,4
CARDIOPATIA ISCHEMICA	797	1687,2
ASMA	664	1405,6
NEOPLASIA ATTIVA	595	1259,6
MIOCARDIOPATIA ARITMICA	573	1213,0
IPOTIROIDISMO	481	1018,2
MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	456	965,3
NEOPLASIA FOLLOW-UP	386	817,1
VASCULOPATIA ARTERIOSA	385	815,0
NEOPLASIA REMISSIONE	379	802,3
VASCULOPATIA CEREBRALE	362	766,3
SCOMPENSO CARDIACO	305	645,7
EPATITE CRONICA	296	626,6
CARDIOPATIA VALVOLARE	281	594,8
BPCO	248	525,0
EPILESSIA	214	453,0
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	163	345,1
MORBO DI BASEDOW E IPERTIROIDISMI	147	311,2
ARTRITE REUMATOIDE	129	273,1
VASCULOPATIA VENOSA	109	230,7
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	108	228,6
DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO	103	218,0
COLITE ULCEROSA E CROHN (IBD)	78	165,1
HIV POSITIVO ED AIDS CONCLAMATO	76	160,9
CIRROSI EPATICA	74	156,7
PSORIASI E ARTROPATHIA PSORIASICA	74	156,7
SCLEROSI MULTIPLA	73	154,5
PARKINSON E PARKINSONISMI	72	152,4
TIROIDITE DI HASHIMOTO	56	118,5
MALATTIE DELLE ghiandole ENDOCRINE, DELLA NUTRIZIONE, DEL METABOLISMO E DISTURBI IMMUNITARI	55	116,4
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DI SENSO	52	110,1
TRAPIANTATI NON ATTIVI	49	103,7
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA/OSSIGENOTERAPIA	47	99,5
DIABETE MELLITO TIPO 1	45	95,3

ALZHEIMER	45	95,3
IPIR ED IPOPARATIROIDISMO	43	91,0
MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	34	72,0
MALFORMAZIONI CONGENITE	29	61,4
SPONDILITE ANCHILOSANTE	28	59,3
SCLEROSI SISTEMICA	25	52,9
DEMENZE	25	52,9
IRC - DIALISI	21	44,5
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	19	40,2
MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO	14	29,6
MALATTIA DI SJOGREN	14	29,6
NANISMO IPOFISARIO	11	23,3
TRAPIANTATI ATTIVI	10	21,2
PANCREATITE CRONICA	8	16,9
MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	8	16,9
ACROMEGALIA E GIGANTISMO	6	12,7
DIABETE INSIPIDO	0	0,0
MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	0	0,0

TABELLA 3 LIVELLI DI CRONICITA'			
LIVELLO	CASISTICA	TASSO GREZZO PER 100.000	FREQUENZA SUL TOTALE DEI CRONICI
1	376	796,0	2,7
2	4962	10504,0	35,2
3	8745	18512,2	62,1
TOTALE	14083	29812,2	

TABELLA 4 TUTTE LE ESENZIONI			
AMBITO/DISTRETTO	SOGGETTI	RESIDENTI	TASSO GREZZO (X 100.000 AB.)
Valtellina e Alto Lario	56081	195551	28678
Bassa Valtellina	13627	47239	28847

TABELLA 5 ESENZIONI PER SINGOLA PATOLOGIA			
ELENCO PATOLOGIE	CASISTICA	TASSO GREZZO (X 100.000 AB.)	FREQUENZA SUL TOTALE DELLE ESENZIONI
IPERTENSIONE ESSENZIALE	5629	10393	22%
DIABETE MELLITO	2814	5195	11%
SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNI E DA TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO	2401	4433	9%
CARDIOPATIA IPERTENSIVA	1722	3179	7%
ALTRE FORME DI CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA	1653	3052	6%
IPERCOLESTEROLEMIA PURA	1431	2642	6%
IPOTIROIDISMO ACQUISITO	1274	2352	5%
ARITMIE CARDIACHE	927	1712	4%
IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO	877	1619	3%
ASMA	655	1209	3%
GLAUCOMA AD ANGOLO APERTO	486	897	2%
GOZZO TOSSICO DIFFUSO	324	598	1%
ARTRITE REUMATOIDE	306	565	1%
EPILESSIA	304	561	1%
MALATTIA CELIACA	296	546	1%
DISPOSITIVO CARDIACO POSTCHIRURGICO IN SITU	261	482	1%
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	238	439	1%
IPERLIPIDEMIA MISTA	233	430	1%
DEPRESSIONE MAGGIORE, EPISODIO RICORRENTE	185	342	1%
ARTROPATIA PSORIASICA	152	281	1%
ALTRE PATOLOGIE	3502	6466	14%

TABELLA 6 ESENZIONI PER LIVELLO DI COMPLESSITA'				
DISTRETTO	Livello 3 (1 esenzione)	Livello 2 (2 esenzioni)	Livello 1 (3+ esenzioni)	almeno 1 esenzione
BASSA VALTELLINA	8642	3291	1694	13627