

DOCUMENTO DI PRESENTAZIONE DELLA CASA DELLA COMUNITÀ DI SONDRIO - 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 Sondrio
Sede	Via Stelvio 35, 23100 Sondrio
CUP	F74E21005540001
Tipologia	Hub
Tipologia di intervento PNRR	Ristrutturazione – Non applicabilità (UMPNRR 6C1)
Data di inizio funzionamento**	01/05/2026

*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 Sondrio 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 Sondrio 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 Sondrio

La struttura è situata nel centro urbano di Sondrio, 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 della struttura in via Stelvio 35, per una superficie complessiva di 1.330 mq².

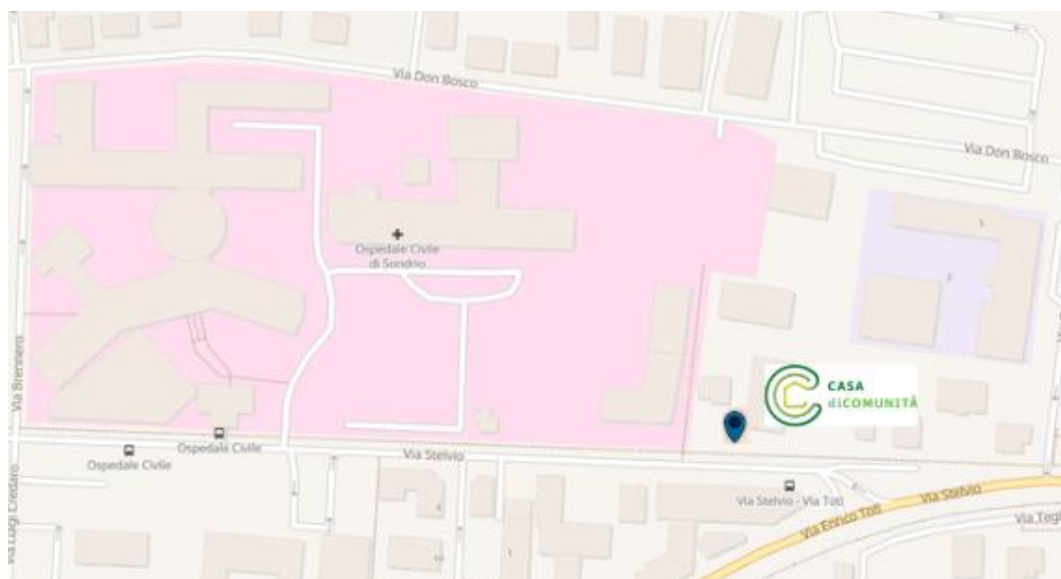
La posizione consente di raggiungere la struttura comodamente a piedi o in auto, con disponibilità di parcheggi pubblici e di prossimità nelle immediate vicinanze.

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

- la stazione ferroviaria si trova a circa 1,6 Km;
- la fermata degli autobus di linea, che collega i principali comuni dell'ambito, è adiacente all'ingresso del Presidio Ospedaliero che dista circa 200 metri.

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 Media Valle è composto da 22 comuni, per un'estensione pari a 668 km², composto da 54.163 abitanti, la densità media circa 81 ab./km², si tratta di un valore superiore alla media provinciale (che è di soli 56-57 ab./km²).

Più del 40% della popolazione del distretto vive nel solo comune di Sondrio, comuni della Valmalenco (come Lanzada o Chiesa in Valmalenco) hanno densità bassissime (spesso sotto i 20 ab./km²) a causa dell'estesa superficie d'alta quota non urbanizzabile (Vedi tabella 1 Popolazione – riportata in calce al documento).

Il Comune con la popolazione più numerosa è Sondrio, con 21.130 abitanti, mentre quello con minor numero di abitanti è Spriana con 82; il 27% della popolazione ha un'età superiore ai 65 anni.

Il Comune di Postalesio e Cedrasco si posizionano quali punti estremi dell'intervallo di variazione dei valori dell'indice: il primo si conferma il comune con minor tasso d'invecchiamento pari al 21%, mentre Cedrasco raggiunge un valore pari al 31%.

L'indice di vecchiaia è pari al 249%, il tasso di mortalità è di 13,53 e quello di natalità è di 6,09.

Nel distretto della Media Valtellina (Ambito di Sondrio), i cittadini stranieri residenti sono circa 4.000, con un'incidenza sulla popolazione totale che si attesta intorno al 7-8%.

La popolazione straniera nel distretto è prevalentemente giovane e gioca un ruolo cruciale nei settori dell'agricoltura (viticoltura), dell'edilizia e dell'assistenza familiare.

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 Media 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 Sondrio 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 Sondrio è composta da sette professionisti, tra cui un coordinatore infermieristico 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); (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 infermieristici da parte dei cittadini può avvenire in modalità diretta o su prenotazione, in funzione delle necessità assistenziali e dell'organizzazione delle attività.

I servizi infermieristici garantiscono:

- ambulatorio per la gestione della cronicità;
- ambulatorio per la gestione di bisogni occasionali;
- promozione della salute nella comunità.

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;
- Monitoraggio IFeC;
- Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

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

Il personale infermieristico dedicato alla suddetta attività è quello previsto secondo la turnazione allegata.

B. Presenza medica e continuità assistenziale

La presenza medica presso la Casa della Comunità di Sondrio è garantita in modo continuativo, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7.

La fascia diurna, dal lunedì al venerdì dalle 08:00 alle 19:00, è assicurata da personale medico dedicato assegnato alla CdC di Sondrio; nelle restanti ore, nonché nei giorni festivi e prefestivi, l'assistenza è erogata attraverso il modello organizzativo della Continuità Assistenziale, che integra l'ambulatorio territoriale con la Centrale Medica Unica che ha anche la possibilità di attivare strumenti di Telemedicina (video chiamata), in conformità al DM 77/2022 e alle disposizioni regionali vigenti.

Il modello adottato assicura:

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

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

Continuità Assistenziale notturna e Centrale Medica Unica

Nella CdC di Sondrio è presente il servizio di continuità assistenziale dalle 19.00 alle 08.00 l'accesso avviene tramite il Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117, gestito in Regione Lombardia da AREU.

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

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

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

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

Presso la Casa della Comunità di Sondrio è attivo un ambulatorio territoriale di Continuità Assistenziale notturna:

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

Continuità Assistenziale diurna

La presenza medica diurna presso la Casa della Comunità di Sondrio, nella fascia 08.00–19.00 dal lunedì al venerdì, è garantita con la presenza di medici assegnati alla CdC con accesso diretto.

Nei giorni festivi e prefestivi il servizio è garantito dalla Continuità Assistenziale sede territoriale di Sondrio ubicata all'interno della CdC.

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

In tale ambito il medico:

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

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

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

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

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

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

C. Presenza di altro personale

Personale amministrativo

Nella CdC di Sondrio operano 14 amministrativi che svolgono attività presso il PUA, l'Ufficio Invalidi e la Commissione Invalidi, l'Ufficio scelta/revoca, il Centro Unico di Prenotazione (CUP), l'Ufficio Protesica/integrativa e il Servizio fragilità/cronicità.

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

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

Psicologo

Presso la Casa della Comunità opera lo Psicologo dell'area fragilità/cronicità.

La descrizione approfondita delle attività è riportata nella Sezione 4.

Assistente Sociale

Presso la CdC sono presenti n. 3 Assistenti sociali del servizio fragilità/cronicità.

La presenza operativa avviene in fascia oraria flessibile (ingresso tra le 08.00 e le 09.00 e uscita al completamento delle 7 ore e 12 minuti) con presenza garantita 5 giorni su 7.

La descrizione approfondita è demandata alla 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 Sondrio 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.n.a.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 Sondrio vengono erogati servizi di cure primarie attraverso équipe multi-professionali, operanti nell'ambito dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) e della presenza medica garantita presso la CdC.

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

PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

Il Punto Unico di Accesso (PUA) costituisce una funzione essenziale della Casa della Comunità di Sondrio 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)/Infermiere – ASST Valtellina e Alto Lario;
- Assistente Sociale del Servizio Fragilità – ASST Valtellina e Alto Lario;
- Personale amministrativo – ASST Valtellina e Alto Lario.

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

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

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

Modalità di accesso e analisi della domanda

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

Le richieste possono essere eterogenee per contenuto e complessità; pertanto, gli operatori del PUA svolgono

una fase preliminare di analisi della domanda, finalizzata a valutarne la pertinenza, il livello di complessità e la risposta più appropriata.

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

Livelli di complessità dell'intervento

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

1. Informazione sul sistema dei servizi

In presenza di richieste semplici, l'operatore fornisce le informazioni necessarie e conclude la prestazione. Qualora emergano elementi di maggiore articolazione o potenziali condizioni di fragilità, l'operatore può approfondire la domanda, anche programmando un successivo appuntamento. In assenza di ulteriori necessità, la prestazione viene chiusa.

2. Orientamento ai servizi

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

3. Attivazione della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)

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

Tracciabilità e organizzazione

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

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

Contatti:

Telefono: 0342/521605

E-mail: puu.so@asst-val.it

UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (UVM)

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

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

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

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

Il contributo medico è essenziale per:

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

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

L'UVM opera inoltre a regime per la valutazione dei potenziali beneficiari di misure nazionali e regionali, adottando gli strumenti e i sistemi di reporting previsti dalle singole misure, e svolge le funzioni attribuite all'Unità di Valutazione Multidimensionale Unificata ai sensi del Decreto Legislativo n. 29/2024.

Finalità e destinatari

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

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

Composizione dell'équipe

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

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

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 Media 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 Sondrio 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, Consulitori 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 3334876598

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

AMBULATORIO INFERMIERISTICO

L'Ambulatorio Infermieristico della Casa della Comunità di Sondrio 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 primo piano della Casa della Comunità.

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

Contatti:

E-mail: ifec.so@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, B2, residenzialità assistita);
- protezione giuridica e Amministrazione di Sostegno;
- attivazione delle Cure Domiciliari;
- percorsi di dimissione protetta;
- consulenze psicologiche.

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

Tali azioni vengono attuate mediante:

- colloqui con i familiari dell'utente per una valutazione della rete sociale e delle risorse a disposizione per garantire la continuità della cura e dell'assistenza;

- sostegno alla famiglia;
- visite domiciliari;
- valutazione multidimensionale aggiornata durante la presa in carico, in contatto con MMG e gli altri professionisti coinvolti, per garantire l'attivazione degli interventi domiciliari più adeguati e/o del processo di inserimento in servizi del territorio, in accordo con l'utente e/o i familiari;
- collaborazione con gli Uffici di Piano dei Comuni per gli interventi assistenziali di competenza;
- costanti aggiornamenti e monitoraggio della situazione.

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

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

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

Contatti:

Telefono: 0342/521766

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

Attivazione Cure Domiciliari

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

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

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

La valutazione multidimensionale è effettuata dall'Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM), in collaborazione con il Medico di Assistenza Primaria e/o il Pediatra di Libera Scelta, che mantiene la responsabilità clinica del paziente. L'attivazione delle Cure Domiciliari avviene su richiesta del Medico di Assistenza Primaria per persone che, a causa delle condizioni cliniche e funzionali, non possono accedere ai servizi ambulatoriali.

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

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

AMBULATORI SPECIALISTICI

Gli ambulatori specialistici afferenti all'area della cronicità e della fragilità operano in piena e strutturata integrazione con la Casa della Comunità Hub di Sondrio, configurandosi come elemento qualificante della rete territoriale e garantendo un'offerta ambulatoriale completa, continuativa e multidisciplinare, in linea con gli standard previsti dal DM 77/2022.

La Casa della Comunità, situata in Via Stelvio 35, si colloca in un contesto strutturale strettamente connesso al presidio ospedaliero di Sondrio, presso il quale (Via Stelvio 25, terzo piano del padiglione est) sono erogate ulteriori attività ambulatoriali dedicate alla gestione della cronicità. Tali attività sono da considerarsi a tutti gli effetti parte integrante dell'offerta della Casa della Comunità, in quanto ubicate in spazi fisicamente contigui e funzionalmente integrati, che garantiscono un accesso diretto e protetto agli utenti, senza attraversamento di aree pubbliche non controllate.

In coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022 e dalle linee guida del Ministero della Salute del 19/12/2025 relative al target PNRR M6C1-3, la Casa della Comunità assicura l'erogazione del massimo livello di attività ambulatoriali previsto, anche attraverso l'integrazione operativa con unità della medesima Azienda Sanitaria collocate in edifici e padiglioni adiacenti, pienamente rispondenti ai requisiti di prossimità, accessibilità e continuità assistenziale stabiliti dalla normativa.

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

Nello specifico, presso la Casa della Comunità sono attivi l'ambulatorio di:

- **Reumatologia:** il lunedì dalle ore 14:00 alle ore 16:00:
 - 1° e 3° lunedì del mese ambulatorio controllo osteoporosi,
 - 2° e 4° lunedì del mese ambulatorio controllo reumatologia
- **Geriatria:** il giovedì dalle ore 10:00 alle ore 15:00

Sono inoltre garantite, presso il presidio ospedaliero adiacente, nell'ambito del medesimo sistema integrato di offerta e nel rispetto dei requisiti previsti dalla normativa vigente, le seguenti prestazioni:

- **Cardiologia:** il martedì e il giovedì dalle ore 08:30 alle ore 12:30 visite cardiologiche con ECG; il giovedì dalle ore 13:20 alle ore 15:40 e il venerdì dalle ore 11:00 alle ore 12:40 e dalle 13:20 alle 15:40 ecocardiografia;
- **Pneumologia:** il martedì dalle ore 09:20 alle ore 12:20.

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

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

PUNTO PRELIEVI

Il Punto Prelievi è situato al piano rialzato nella parte anteriore dello stabile della Casa della Comunità di Sondrio, 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 del servizio dal lunedì al venerdì (esclusi i festivi) dalle ore 07:30 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
- c/o portineria Ospedale 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 e ATS.

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

La Macro-area dei Servizi Generali e Logistici comprende l'insieme delle funzioni non sanitarie che garantiscono il corretto funzionamento organizzativo, gestionale e tecnologico della Casa della Comunità HUB di Sondrio, 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*. Tale sistema costituisce il punto unico di accesso per la gestione delle prenotazioni delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate dalla ASST Valtellina e Alto Lario.

Funzionalità del sistema

Il sistema consente:

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

Dettaglio delle modalità di prenotazione

Prenotazione allo sportello fisico.

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

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

Lo sportello opera secondo gli orari aziendali e garantisce assistenza diretta, in particolare per utenti fragili o con difficoltà digitali.

Benefici del collegamento funzionale tra CUP aziendale e CdC

Il collegamento tra CUP aziendale e Casa della Comunità garantisce:

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

Servizi di accoglienza per il personale della struttura

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

Sono previsti:

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

Servizi logistici

I servizi logistici assicurano il supporto operativo alle attività della CdC HUB e comprendono:

- 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 Sondrio è dotata delle principali attrezzature e tecnologie necessarie allo svolgimento delle attività sanitarie e assistenziali, tra cui:

- carrello di emergenza conforme allo standard aziendale, secondo procedura "00-IO-DE-06 – Gestione postazione mobile d'emergenza";
- Ecografo;
- Elettrocardiografo (ECG);
- Holter pressorio (PA)
- Pulsiossimetro
- Spirometro

- Defibrillatore;
- Holter ECG
- Sfigmomanometro;
- Saturimetro;
- Glucometro;
- Bilancia.

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

6. Integrazione e Rete Territoriale

La Casa della Comunità HUB di Sondrio promuove un modello di presa in carico integrato, multidisciplinare e orientato alla continuità assistenziale, in coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022 e dai provvedimenti regionali di attuazione adottati da Regione Lombardia, nell'ambito della programmazione degli interventi del CIS. (i principali provvedimenti regionali lombardi che attuano il DM 77/2022 sono le DGR 6387/2022, 6760/2022 e, per la programmazione infrastrutturale, le DGR 5195/2021, 5723/2021 e 6080/2022).

La CdC HUB rappresenta il nodo territoriale di riferimento per l'erogazione e il coordinamento dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, operando in stretta connessione con la rete dei servizi territoriali e con la Centrale Operativa Territoriale (COT), avvalendosi di strumenti digitali condivisi.

Integrazione con altri servizi sanitari, sociosanitari, sociali ed educativi

La CdC HUB di Sondrio 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.

La CdC di Sondrio in accordo con gli UdP di Sondrio e Morbegno, e la cooperativa Grandangolo, società cooperativa sociale funge da sede per la progettazione degli interventi socio-sanitari a valenza sanitaria, destinati agli anziani non autosufficienti favorendo la permanenza al domicilio, evitando precoci istituzionalizzazioni.

È in essere un accordo per la gestione congiunta multidisciplinare della tutela minori sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria e un protocollo quadro di intesa con gli UdP degli ambiti di ASST Valtellina e Alto Lario, per l'attivazione dei tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla loro riabilitazione, i servizi educativi e di supporto alla persona, in particolare per le fasce di popolazione fragile e vulnerabile.

L'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 Sondrio è configurata come CdC Hub. Nel contesto del Distretto Sociosanitario della Media Valtellina sono presenti le CdC di Berbenno di Valtellina ad Ovest e la CdC di Chiesa in Valmalenco a Nord.

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

Il collegamento con la COT consente:

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

Integrazione tecnologica e sistema informativo

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

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

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

Attivazione del servizio 116117 diurno

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

Il servizio consente:

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

7. Partecipazione della Comunità

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

8. Attestazione di conformità

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

Indici demografici – Dati ISTAT 2023

Comune	Residenti	Età Media	65+	%65+	0-14	indice vecchiaia 65+/14-	decessi	Tasso mortalità (x 1000 abitanti)	nati	tasso natalità (x 1000 abitanti)
ALBOSAGGIA	2994	49	885	30%	318	278%	49	16,37	17	5,68
BERBENNO DI VALTELLINA	4053	47	1055	26%	441	239%	63	15,54	25	6,17
CAIOLO	1049	47	255	24%	123	207%	15	14,30	13	12,39
CASPOGGIO	1345	48	346	26%	123	281%	15	11,15	7	5,20
CASTELLO DELL'ACQUA	597	50	174	29%	52	335%	13	21,78	4	6,70
CASTIONE ANDEVENNO	1538	47	382	25%	172	222%	28	18,21	6	3,90
CEDRASCO	421	49	132	31%	38	347%	4	9,50	0	0,00
CHIESA IN VALMALENCO	2320	50	682	29%	223	306%	25	10,78	13	5,60
CHIURO	2433	48	634	26%	288	220%	44	18,08	14	5,75
COLORINA	1379	45	299	22%	143	209%	16	11,60	6	4,35
FAEDO VALTELLINO	513	50	155	30%	47	330%	5	9,75	4	7,80
FUSINE	547	50	148	27%	52	285%	6	10,97	2	3,66
LANZADA	1262	48	372	29%	122	305%	11	8,72	9	7,13
MONTAGNA IN VALTELLINA	2982	49	881	30%	334	264%	28	9,39	19	6,37
PIATEDA	2044	49	606	30%	221	274%	28	13,70	12	5,87
POGGIRIDENTI	1807	48	485	27%	235	206%	19	10,51	7	3,87
PONTE IN VALTELLINA	2242	48	618	28%	250	247%	36	16,06	20	8,92
POSTALESIO	666	46	143	21%	78	183%	3	4,50	3	4,50
SONDRIO	21130	48	5873	28%	2404	244%	296	14,01	136	6,44
SPRIANA	82	51	21	26%	10	210%	4	48,78	2	24,39
TORRE DI SANTA MARIA	734	49	220	30%	72	306%	10	13,62	1	1,36
TRESIVIO	2025	47	500	25%	224	223%	15	7,41	10	4,94
	54163	48	14866	27%	5970	249%	733	13,53	330	6,09

tabella 2 patologia

MEDIA VALTELLINA		
PATOLOGIA	CASISTICA	TASSI GREZZI PER 100.000
Tutte le patologie	17819	32898,8
IPERTENSIONE ARTERIOSA	3526	6510,0
IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	1514	2795,3
DIABETE MELLITO TIPO 2	1250	2307,8
MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	1133	2091,8
CARDIOPATIA ISCHEMICA	1083	1999,5
ASMA	911	1682,0
NEOPLASIA ATTIVA	880	1624,7
NEOPLASIA REMISSIONE	733	1353,3
MIOCARDIOPATIA ARITMICA	668	1233,3
IPOTIROIDISMO	551	1017,3
VASCULOPATIA ARTERIOSA	472	871,4
VASCULOPATIA CEREBRALE	469	865,9
NEOPLASIA FOLLOW-UP	448	827,1
SCOMPENSO CARDIACO	423	781,0
EPATITE CRONICA	384	709,0
BPCO	304	561,3
EPILESSIA	294	542,8
CARDIOPATIA VALVOLARE	278	513,3
VASCULOPATIA VENOSA	244	450,5
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	220	406,2
ARTRITE REUMATOIDE	210	387,7
MORBO DI BASEDOW E IPERTIROIDISMI	165	304,6
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	156	288,0
COLITE ULCEROSA E CROHN (IBD)	116	214,2
DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO	112	206,8
SCLEROSI MULTIPLA	105	193,9
PSORIASI E ARTROPATHIA PSORIASICA	93	171,7
CIRROSI EPATICA	92	169,9
HIV POSITIVO ED AIDS CONCLAMATO	86	158,8
PARKINSON E PARKINSONISMI	80	147,7
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA/OSSIGENOTERAPIA	76	140,3

TIROIDITE DI HASHIMOTO	67	123,7
MALATTIE DELLE ghiandole ENDOCRINE, DELLA NUTRIZIONE, DEL METABOLISMOE DISTURBI IMMUNITARI	65	120,0
DIABETE MELLITO TIPO 1	60	110,8
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DI SENSO	53	97,9
TRAPIANTATI NON ATTIVI	44	81,2
IPER ED IPOPARATIROIDISMO	42	77,5
MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	39	72,0
SCLEROSI SISTEMICA	37	68,3

ALZHEIMER	37	68,3
MALFORMAZIONI CONGENITE	36	66,5
MALATTIA DI SJOGREN	30	55,4
SPONDILITE ANCHILOSANTE	27	49,8
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	26	48,0
IRC - DIALISI	22	40,6
DEMENZE	18	33,2
PANCREATITE CRONICA	17	31,4
NANISMO IPOFISARIO	16	29,5
MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO	16	29,5
MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	15	27,7
TRAPIANTATI ATTIVI	14	25,8
TUMORI	11	20,3
ACROMEGALIA E GIGANTISMO	9	16,6
MIASTENIA GRAVE	8	14,8
MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	7	12,9
DIABETE MELLITO TIPO 1 COMPLICATO	6	11,1
MORBO DI ADDISON	5	9,2
NEUROMIELITE OTTICA	0	0,0

[tabella 3 Livelli di cronicità](#)

MEDIA VALTELLINA	1	534	985,9	3,0
MEDIA VALTELLINA	2	6391	11799,6	35,9
MEDIA VALTELLINA	3	10894	20113,4	61,1
MEDIA VALTELLINA	Tutti i livelli	17819	32898,8	

[tabella 4 tutte le esenzioni](#)

TABELLA 4 TUTTE LE ESENZIONI			
AMBITO/DISTRETTO	SOGGETTI	RESIDENTI	TASSO GREZZO (X 100.000 AB.)
Valtellina e Alto Lario	56081	195551	28678
Media Valtellina	16717	54163	30864

[tabella 5 le esenzioni per singola patologia](#)

MEDIA VALTELLINA			
Elenco patologie	Casistica	Tasso grezzo (x 100.000 ab.)	Frequenza sul totale delle esenzioni
IPERTENSIONE ESSENZIALE	4455	9431	22%
DIABETE MELLITO	2484	5258	11%
SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNHE E DA TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO	1801	3813	9%
IPERCOLESTEROLEMIA PURA	1475	3122	7%
ALTRE FORME DI CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA	1245	2636	6%
IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO	1192	2523	6%
IPOTIROIDISMO ACQUISITO	1151	2437	5%
ARITMIE CARDIACHE	765	1619	4%
CARDIOPATIA IPERTENSIVA	720	1524	3%
			3%
GLAUCOMA AD ANGOLO APERTO	443	938	2%
GOZZO TOSSICO DIFFUSO	309	654	1%
IPERLIPIDEMIA MISTA	306	648	1%
EPILESSIA	215	455	1%
MALATTIA CELIACA	211	447	1%
ARTRITE REUMATOIDE	204	432	1%
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	181	383	1%
DISPOSITIVO CARDIACO POSTCHIRURGICO IN SITU	170	360	1%
DEPRESSIONE MAGGIORE, EPISODIO RICORRENTE	142	301	1%
ARTROPATIA PSORIASICA	112	237	1%
ALTRE PATOLOGIE	2899	6137	13%

[tabella 6 esenzione per patologia nei livelli di complessità 1, 2 e 3](#)

TABELLA 6 ESENZIONI PER LIVELLO DI COMPLESSITA'				
DISTRETTO	Livello 3 (1 esenzione)	Livello 2 (2 esenzioni)	Livello 1 (3+ esenzioni)	almeno 1 esenzione
MEDIA VALTELLINA	10530	4171	2016	16717