

Decreto n. 210 del 31/03/2026

OGGETTO: Attestazione del completamento della Casa della Comunità di Ponte di Legno e contestuale dichiarazione dell'attivazione dei relativi servizi - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) M6.C1I1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona - Finanziato dall'Unione Europea Next Generation EU.

CUP: C17H21010390008

IL DIRETTORE GENERALE
nella persona del Dott. Corrado Scolari

Acquisiti i pareri:

del Direttore Sanitario:

Dr. Jean Pierre Ramponi

del Direttore Amministrativo:

Avv. Gabriele Ceresetti

del Direttore Socio-Sanitario:

Dott. Luca Maffei

L'anno 2026, giorno e mese sopraindicati:

CON I POTERI di cui all'art.3 del D.Lgs n.502/1992, così come risulta modificato con D.Lgs n.517/1993 e con D.Lgs n.229/1999 ed in virtù della formale legittimazione intervenuta con DGR n.XII/1623 del 21.12.2023, in attuazione delle LLRR n.33/2009 e 23/2015;

Rilevato che il Responsabile del procedimento riferisce quanto segue:

PREMESSO che:

- con DGR n.XI/6426/2022 del 23.5.2022 ad oggetto: "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR - Missione 6 Component 1 e Component 2 e PNC - Approvazione del Piano Operativo Regionale (POR) e contestuale individuazione degli interventi, con ripartizione delle corrispondenti quote di finanziamento PNRR/PNC - Individuazione dei soggetti attuatori esterni" la Giunta Regionale suddivideva le quote di finanziamento a carico di PNRR ed in particolare, € 17.480.575,00 per "COMPONENT 1 - MISSIONE 6 - C1 1.2.2 "Implementazione di un nuovo modello organizzativo: Centrali Operative Territoriali";

- con decreto DG Welfare n.11697/2022 la Regione Lombardia, così come previsto dalla DGR n.XI/6426/2022, assegnava e impegnava la somma complessiva di € 17.480.575,00;

- con decreto n.648/2022, per le motivazioni ivi indicate e qui da intendersi integralmente riportate, richiamate e trascritte, si prendeva atto della DGR n.XI/6426/2022 e del decreto DG Welfare n.11389/2022, relativamente all'individuazione e al finanziamento delle Case della Comunità di prossima realizzazione in Valcamonica;

- con DGR n.XI/6760 del 25.7.2022 la Regione Lombardia approvava il modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23.5.2022, n.77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale";

EVIDENZIATO che con nota prot. G1.2025.0050894 del 23.12.2025 Regione Lombardia ha trasmesso le Linee Guida ministeriali per comprovare il raggiungimento del target "PNRR M6C1-3 Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche";

RAMMENTATO che, con riguardo all'intervento di realizzazione dell'opera:

- con decreto n.513/2023, veniva nominato Responsabile Unico del Procedimento l'Ing. Marco Bottazzi, ai sensi dell'art.31 del D.Lgs n.50/2016 a far data dall'1.9.2023;

- con decreto n.658/2025 si approvava il SAL finale e il Certificato di Regolare Esecuzione dei lavori di realizzazione della CdC di Ponte di Legno;

- con determinazione n.1115/2025 si affidava, ai sensi dell'art.50, co.1, lett.b) del D.Lgs n.36/2023, all'Ing. Sergio Damiola con sede in Via Manzoni n.130 a Berzo Inferiore (Bs), l'incarico per il servizio di stesura della relazione comprovante il raggiungimento dei Target PNRR per la CdC di Ponte di Legno;

OSSERVATO che, nell'ambito della programmazione dello sviluppo della rete territoriale dell'ASST della Valcamonica, è prevista l'attivazione della Casa della Comunità di Ponte di Legno;

PRECISATO che i peculiari caratteri geografici, viabilistici e demografici del territorio montano dell'ASST hanno motivato, nell'ambito dell'unico distretto (Distretto di Valle Camonica - Sebino), l'articolazione in una pluralità di zone (Alta/Media/Bassa Valle), con la precisazione che la Casa della Comunità di Ponte di Legno si trova nella zona dell'Alta Valle;

VISTO l'All.3) del decreto DG Welfare n.10632 del 25.7.2025 "Approvazione dell'accreditamento e variazione dell'assetto accreditato relativo alle attività sanitarie svolte presso le strutture [...] "Poliambulatorio di Ponte di Legno" (BS) [...] ai sensi delle Legge Regionale 30 dicembre 2009 n.33 e smi", che autorizzava all'esercizio ed all'accreditamento della nuova UO A_18 - Poliambulatorio - 1 - macroattività Ambulatorio Principale (specialità status omogeneo più elevato) denominata "Poliambulatorio di Ponte di Legno";

EVIDENZIATO che con nota registrata al prot.ASST il 30.3.2026 al n.10683/26, il Direttore del Distretto e il Direttore Socio Sanitario hanno comunicato che, con decorrenza 30.3.2026, l'intervento è stato finalizzato, intendendosi in tal senso attivati i servizi previsti dalla disciplina di settore in conformità agli standard definitivi dagli elementi obbligatori definiti dal DM 77/2022;

RICHIAMATA la documentazione, conservata agli atti delle singole articolazioni aziendali competenti, attestante, sotto diversi profili (strutturali, organizzativi, gestionali e funzionali), il completamento dell'intervento e l'attivazione dei relativi servizi;

RITENUTO di attestare il completamento della Casa della Comunità di Ponte di Legno sita in Piazzale Europa n.14 e l'attivazione dei relativi servizi in conformità agli standard definiti all'Allegato 1, sezione 11 del DM n.77 del 23/05/2022, secondo le modalità esplicitate nei seguenti e allegati modelli ministeriali:

- dichiarazione di attivazione dei servizi della Casa della Comunità di Ponte di Legno (allegato 2);
- documento di presentazione della Casa della Comunità Hub in oggetto (allegato 2bis);

VISTA la normativa vigente in particolare il co.8 dell'art.225 del D.Lgs n.36/2023: *"In relazione alle procedure di affidamento e ai contratti riguardanti investimenti pubblici, anche suddivisi in lotti, finanziati in tutto o in parte con le risorse previste dal PNRR e dal PNC, nonché dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea, ivi comprese le infrastrutture di supporto ad essi connesse, anche se non finanziate con dette risorse, si applicano, anche dopo il 1° luglio 2023, le disposizioni di cui al decreto-legge n.77 del 2021, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 108 del 2021, al decreto-legge 24 febbraio 2023, n.13, nonché le specifiche disposizioni legislative finalizzate a semplificare e agevolare la realizzazione degli obiettivi stabiliti dal PNRR, dal PNC nonché dal Piano nazionale integrato per l'energia e il clima 2030 di cui al regolamento (UE) 2018/1999 del Parlamento europeo e del Consiglio, dell'11 dicembre 2018"*;

ACQUISITI:

- la proposta del Responsabile del procedimento a seguito di formale istruttoria;
- il parere tecnico favorevole del Dirigente Responsabile della SC "Gestione Tecnico Patrimoniale";

ACQUISITI altresì, per quanto di competenza, i pareri favorevoli dei Direttori Sanitario, Amministrativo e Socio-Sanitario;

DECRETA

di prendere atto di quanto in premessa descritto e conseguentemente:

1 - di attestare il completamento della Casa della Comunità di Ponte di Legno sita in Piazzale Europa n.14 e l'attivazione dei relativi servizi in conformità agli standard definiti all'Allegato 1, sezione 11 del DM n.77 del 23.5.2022;

2 - di prendere atto della dichiarazione di attivazione dei servizi della Casa della Comunità di Ponte di Legno (allegato 2) che, allegato al presente provvedimento ne forma parte integrante e sostanziale;

3 - di approvare, in esecuzione al disposto del punto n.2, documento di presentazione della Casa della Comunità in oggetto (allegato 2bis) che, allegato al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;

4 - di incaricare per gli adempimenti conseguenti al presente provvedimento la struttura proponente del presente atto e, per quanto di spettanza, le diverse articolazioni aziendali;

5 - di dare atto che il presente provvedimento è sottoposto al controllo del Collegio Sindacale, in conformità ai contenuti dell'art.3-ter del D.Lgs n.502/1992 e smi e dell'art.12, co.14, della LR n.33/2009;

6 - di disporre, a cura del Servizio Affari Generali e Legali, la pubblicazione all'Albo online - sezione Pubblicità legale - ai sensi dell'art.17, co.6, della LR n.33/2009, e dell'art. 32 della L. n.69/2009, ed in conformità alle disposizioni ed ai provvedimenti nazionali e europei in materia di protezione dei dati personali.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Corrado Scolari)

**OGGETTO: ATTESTAZIONE DEL COMPLETAMENTO DELLA CASA DELLA COMUNITÀ DI PONTE DI LEGNO E CONTESTUALE DICHIARAZIONE DELL'ATTIVAZIONE DEI RELATIVI SERVIZI - PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) M6.C1I1.1 CASE DELLA COMUNITÀ E PRESA IN CARICO DELLA PERSONA - FINANZIATO DALL'UNIONE EUROPEA NEXT GENERATION EU.
CUP: C17H21010390008**

ATTESTAZIONE DI COMPLETEZZA DELL'ISTRUTTORIA

Il Responsabile del procedimento attesta la completezza dell'istruttoria relativa alla proposta di decreto sopra citato.

Data, 31/03/2026

**IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
PEDROCCHI MICHELA**

firma elettronica apposta ai sensi del
D.Lgs n.82 del 7 marzo 2005

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA

Il Dirigente/Responsabile/Referente dell'UO/Ufficio/Servizio attesta la regolarità tecnica e la legittimità della proposta di decreto sopra citato.

Data, 31/03/2026

**IL DIRIGENTE/RESPONSABILE/REFERENTE UO/UFFICIO/SERVIZIO
BOTTAZZI MARCO**

firma elettronica apposta ai sensi del
D.Lgs n.82 del 7 marzo 2005

ALLEGATO 2 - Dichiarazione di attivazione dei servizi della Casa della Comunità

Informazioni Intervento

MISSIONE: Missione 6 Salute

COMPONENTE: M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale INVESTIMENTO: M6C1 I1.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona

TARGET: M6C1-3

CODICE MISURA: M6C1 I1.1

CODICE PRATT (REGIS): 1000000097

Denominazione Casa della Comunità e indirizzo: Casa della Comunità di Ponte di Legno, piazzale Europa n. 14

CUP: C17H21010390008

TAG clima (indicare se Nuova costruzione - TAG 025 TER oppure Ristrutturazione/ riqualificazione energetica degli edifici - TAG 026 oppure TAG clima non applicabile)¹: TAG 026

Tipologia di Casa della Comunità (indicare se Hub o Spoke): Hub

FINANZIAMENTO RRF e FOI € 941.239,72

Soggetto attuatore (Regione/PA) REGIONE LOMBARDIA

Soggetto attuatore esterno/delegato ASST DELLA VALCAMONICA

Il sottoscritto DOTT. CORRADO MARIO SCOLARI, nato a CEVO, il 03/02/1966, C.F. SCLCRD66B03C591F, in qualità di DIRETTORE GENERALE² dell'ASST DELLA VALCAMONICA, in relazione all'intervento identificato in premessa, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e quindi consapevole delle responsabilità di ordine amministrativo, civile e penale in caso di dichiarazioni mendaci, ex art. 76 del DPR medesimo,

DICHIARA CHE

- L'opera/fornitura è stata completata in conformità alle previsioni del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia finanziati nell'ambito del PNRR Missione 6 sottoscritto tra Ministero della Salute e Regione Lombardia e dei relativi allegati al CIS (Piano Operativo Regionale e Action plan).
- I servizi della Casa della Comunità - in conformità agli standard definiti dagli elementi obbligatori della Tabella 4 dell'Allegato 1, Sezione 5, del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 - sono attivi, a partire dalla data 30.3.2026.
- L'opera/fornitura è conforme ai requisiti previsti per l'investimento M6C1 I1.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona e per il conseguimento del Target europeo M6C1-3 descritti nell'Allegato alla Decisione di esecuzione del Consiglio relativa all'approvazione della valutazione del piano per la ripresa e la resilienza dell'Italia (Council Implementing Decision - CID).

¹ Il TAG clima può essere indicato come non applicabile esclusivamente per i progetti che sono stati formalmente confermati come non taggati mediante apposita nota ufficiale dell'UMPNNR e approvazione in sede di Nucleo Tecnico e Tavolo istituzionale (a seguito dell'attività di ricognizione e verifica sul tag clima svolta dall'UMPNNR Ministero della Salute, con nota n. 6056-17 del 17 settembre 2025).

² La dichiarazione deve essere resa dall'Azienda soggetto attuatore esterno/delegato.

- L'intervento è conforme agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi definiti dalle normative nazionali e regionali di riferimento, tenuto conto anche degli orientamenti Agenas ("Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità", agosto 2022 - Quaderno di Monitor 2022, Supplemento alla rivista semestrale Monitor; "Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità Hub" - 05.04.2024).
- È stato assicurato, ai sensi dell'articolo 18 del Regolamento (UE) n. 241/2021, il perseguimento del principio di "non arrecare danno significativo agli obiettivi ambientali" ("Do No Significant Harm" - DNSH) di cui all'articolo 17 del Regolamento (UE) n. 852/2020, ulteriormente chiarito con Circolare della Ragioneria Generale dello Stato del 14 maggio 2024, n. 22 "Aggiornamento Guida operativa per il rispetto del principio di non arrecare danno significativo all'ambiente (cd. DNSH)" che ha aggiornato la Circolare n. 33 del 13 ottobre 2022, nonché con Linee guida emanate dall'UMPNNR con prot. 460 del 6/02/2025 UMPNNR-MDS-P.
- Per la realizzazione dell'intervento sono stati rispettati i principi trasversali previsti dal PNRR, ove applicabili, quali, in particolare, il rispetto del principio del contributo all'obiettivo climatico ai sensi del regolamento (UE) 2021/241 (tag clima), in linea con gli impegni assunti attraverso il CIS.
- È stato assicurato il rispetto di tutte le disposizioni previste dalla normativa europea e nazionale, con particolare riferimento a quanto previsto dal Regolamento (UE) n. 241/2021. e dal decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, come modificato dalla legge 29 luglio 2021, n. 108.
- È stato garantito il rispetto degli obblighi in materia di comunicazione e informazione previsti dall'art. 34 del Regolamento (UE) n. 241/2021, in linea con le Linee Guida per l'utilizzo dei loghi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR, Missione 6 Salute, per le azioni di informazione e comunicazione a cura dei Soggetti Attuatori e beneficiari emanate dall'UMPNNR.
- La documentazione comprovante il soddisfacente conseguimento del Target M6C1-3 relativo all'investimento M6C1 I1.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona, per quanto di competenza, è stata correttamente caricata nel sistema informativo ReGiS nella sezione relativa al correlato indicatore target secondo le indicazioni dell'UMPNNR (Indicatore target ReGiS T0105).
- La documentazione inserita nel sistema informativo ReGiS, per quanto di competenza, è coerente rispetto al valore realizzato dichiarato del target ed è idonea a confermare il soddisfacente conseguimento del target M6C1-3.
- Sono stati correttamente eseguiti, e superati con esito positivo, i controlli necessari ad assicurare la correttezza, affidabilità e completezza degli atti/procedure propedeutici al soddisfacente raggiungimento di milestone/target oggetto di rendicontazione (es. sulle procedure di selezione e/o di gara/affidamento), in conformità con la normativa di riferimento.
- Sono state eseguite con esito positivo tutte le verifiche previste, conformemente alle normative vigenti.
- Le attrezzature e le strumentazioni mediche e diagnostiche necessarie al funzionamento del servizio sono state installate e sono operative.

- Le eventuali procedure e autorizzazioni richieste da enti esterni per l'avvio del servizio sono state regolarmente ottenute.

Luogo e data
Breno, 30.3.2026

Nominativo e Firma digitale
Dott. Corrado Mario Scolari

Documento prodotto in originale informatico e firmato digitalmente ai sensi del "Codice dell'amministrazione digitale" (D. Lgs. n.82/2005 e s.m.i.)

DOCUMENTO DI PRESENTAZIONE DELLA CASA DELLA COMUNITÀ HUB DI PONTE DI LEGNO

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

Il presente documento di indirizzo si compone delle seguenti sezioni:

1. Informazioni generali Casa della Comunità

Denominazione della struttura	Casa della Comunità «Ponte di Legno»
Sede	Piazzale Europa, 14
CUP	C17H21010390008
Tipologia	Hub
Tipologia di intervento PNRR	Ristrutturazione – TAG 026
Data di inizio funzionamento**	31/03/2026

*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

Il PNRR con la misura 6 Salute¹ ha introdotto importanti linee di sviluppo, in particolare il potenziamento dell'assistenza territoriale mediante l'implementazione di strutture di prossimità e l'evoluzione dei processi di cura avvalendosi anche della telemedicina. Il DM 77/2022 ha quindi definito gli standard qualitativi e gestionali di tali strutture nel territorio.

Contestualmente, la Legge di riforma del Sistema Sanitario Regionale - L. 22/2021- affronta la revisione del sistema sanitario regionale articolato in ATS e ASST che, in quanto gestori di servizi, vedono una importante evoluzione con il ripristino dei Distretti nella nuova dimensione prevista dal DM 77/2022, ossia quale luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari territoriali.

L'ASST della Valcamonica, alla luce delle novità introdotte con i dispositivi sopra elencati, ha ridefinito il proprio modello organizzativo attraverso il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico, che ha visto tra le principali innovazioni strategiche la creazione del Distretto di Vallecamonica -

1 PNRR – Missione 6 Salute (2021–2026) M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Sebino, per favorire una maggiore integrazione tra i servizi, rafforzare la capacità del sistema di intercettare i bisogni emergenti del territorio e garantire risposte appropriate, efficaci e realmente orientate alla prossimità.

Il Sistema dei Servizi sociosanitari del territorio coincidente con il Distretto di Vallecamonica Sebino vede la presenza di circa 59 medici di medicina generale e circa 8 pediatri libera scelta, un Polo Ospedaliero con le sedi di Edolo e Esine e un Polo Territoriale al quale afferiscono le 8 Case di Comunità (CdC): Pisogne, Darfo, Ossimo, Breno, Berzo Inferiore, Cedegolo, Edolo e Ponte di Legno, la Centrale Operativa Territoriale (COT) e i due Ospedali di Comunità in fase di ultimazione, che saranno attivati nel corso del 2026. Le CdC, salvo Pisogne che è in attesa di un finanziamento non PNRR, sono state tutte oggetto di lavori di ristrutturazione, durante le quali le attività sono state comunque mantenute poiché si è valutato necessario non interrompere un'offerta di servizi sociosanitari capillari sul territorio.

La Continuità Assistenziale è garantita secondo il modello della Centrale UNI.CA., con 2 ambulatori per le visite, che vengono potenziati in periodi dell'anno caratterizzati da un aumento considerevole della presenza di turisti. Attualmente pertanto nel Distretto di Vallecamonica- Sebino è garantita la presenza della Continuità assistenziale in due sedi collocate all'interno di due CdC.

Sul territorio è presente una rete di circa 140 erogatori, tra cui 14 RSA e 9 Centri Diurni Integrati. Sono inoltre accreditati 14 Enti per l'erogazione di Cure Domiciliari e 5 per le Cure Palliative Domiciliari. Sono altresì presenti un Hospice a gestione pubblica (ASST) e uno privato accreditato e una RSD.

I Consultori Familiari sono 5, dei quali 3 pubblici (Darfo B.T., Breno e Edolo) e 2 privati accreditati ("Il Girasole" a Pisogne e "G. Tovini" a Breno); sono stati inoltre finanziati due progetti sperimentali del "Centro per la famiglia", tramite risorse individuate da Regione Lombardia nel Fondo nazionale per le politiche della famiglia (DGR XII/1507/2023).

Relativamente alle Strutture dell'Area della Salute Mentale, sono presenti 1 Comunità Protetta a Media Assistenza e 1 Comunità Protetta ad Alta Assistenza gestiti dalla Cooperativa Sociale Si Può, 1 Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza di ASST e 2 Centri Diurni (di cui uno di ASST e uno gestito dalla Cooperativa Sociale Si Può), oltre ai CPS, alla Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza che gestisce anche un CD e al Servizio di Psicologia dell'ASST; sono 3 invece le Comunità riabilitative per le tossicodipendenze, 1 SMI e 1 SERD con due sedi erogative.

Sono inoltre presenti sul territorio le Terme di Boario, che dalla seconda metà dell'Ottocento divennero luogo di cura, e oggi rappresentano un nuovo modello di benessere termale valorizzando le caratteristiche curative delle acque presenti, oltre a proporre un nuovo modo di vivere le terme in chiave più turistica. L'erogazione di cure termali è possibile anche in convenzione con il SSN e inoltre l'ASST ha in essere un contratto per l'erogazione di prestazioni di idrokinesiterapia a carattere riabilitativo.

La CdC, come definita dal DM 77/2022, rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È, infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria. Essa rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un raccordo intrasettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito.

Le Case di Comunità dell'ASST della Valcamonica, in coerenza con le disposizioni regionali² sono il punto di accesso unico e centrale per l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, integrando i servizi, promuovendo la medicina di prossimità e la prevenzione, con l'obiettivo di avvicinare le cure ai cittadini e ridurre gli accessi impropri agli ospedali, attraverso l'approccio della medicina di iniziativa e il coinvolgimento attivo della comunità.

I Servizi presenti nelle CdC garantiscono in modo coordinato:

- accesso unitario, integrato e di prossimità all'assistenza per la popolazione di riferimento, in risposta ai bisogni sanitari e socio-sanitari, diventando il fulcro dell'assistenza territoriale;
- prevenzione e promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione aziendale;
- presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;
- valutazione del bisogno della persona e accompagnamento alla risposta più appropriata;
- risposta alla domanda di salute della popolazione;
- continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con gli altri servizi sanitari territoriali (es. DSMD, consultori, ecc.) e specialistici;
- attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

Il passaggio dall'idea di curare la malattia all'idea di farsi carico della persona determina la necessità di introdurre un diverso modello di trattamento delle patologie che ponga al centro la persona e il prendersi cura. In tale ottica la ASST della Valcamonica, secondo l'impostazione fornita dalla LR n.22/2021, intende assicurare una stretta connessione tra le attività ospedaliere e quelle territoriali, da svilupparsi secondo gli indirizzi nazionali e regionali, assicurando una rete di collegamenti tra le unità ospedaliere, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i Comuni, le Farmacie e tutte le risorse presenti sul territorio per implementare ed attivare quanto appena descritto. Tale processo avviene in accordo ed in piena collaborazione con l'ATS della Montagna, con particolare riguardo alle azioni di analisi epidemiologica, di valutazione dei risultati e di collaborazione per le azioni di prevenzione primaria e secondaria.

Le funzioni della CdC sono riconducibili a 4 macroaree, che seppur distinte devono interagire tra loro:

2 Legge Regionale della Lombardia n. 22 del 14 dicembre 2021 - Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)

DGR XI/6760 del 25.07.2022, Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"

DGR XI/6762 del 25/07/2022, Attuazione L.R. 22/2021: Regolamento di funzionamento della Conferenza dei Sindaci, del Collegio dei Sindaci, del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e dell'Assemblea dei Sindaci del Distretto

DGR XI/7592 del 15.12.2022, Attuazione del DM 23/05/22 n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN" – Documento regionale di programmazione dell'assistenza territoriale (Primo provvedimento)

DGR XII/5287 del 10.11.2025, Approvazione della preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale Anno 2025

- area di accesso e dei servizi amministrativi, che comprende gli sportelli informativi polifunzionali, il PUA, il CUP, il servizio di scelta e revoca MMG/PLS e i servizi di accettazione, ecc.;
- area dell'assistenza primaria, che comprende le attività di MMG/PLS, Medici di Continuità Assistenziale, ADI e IfeC;
- area della specialistica ambulatoriale e della diagnostica di base, rivolta a tutti i cittadini, prevalentemente residenti nel territorio servito dalla CdC che necessitano di prestazioni sanitarie di primo livello;
- area dell'integrazione con i servizi sociali e con la comunità, che si concretizza attraverso l'integrazione di servizi sanitari e sociosanitari con quelli socioassistenziali dei comuni e degli ambiti sociali, attraverso la valorizzazione delle reti sociali (reti informali, reti di volontariato, terzo settore, associazioni di pazienti, ecc.).

Il modello di servizio che viene offerto dalle CdC ha i suoi cardini logici nei processi coordinati di:

- accesso multicanale ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali disponibili ed erogazione delle prestazioni clinico-diagnostiche di I livello ed in particolare a quelle previste nei percorsi diagnostici terapeutici delle patologie croniche prevalenti;
- reclutamento proattivo dei pazienti con patologie croniche grazie all'analisi dei dati di popolazione trasferiti dalla regione o dalla ASST al distretto e alla CdC e/o su segnalazione del medico di medicina generale, sia per la promozione di modelli preventivi per la popolazione generale, sia per la gestione dei pazienti affetti da patologie croniche o afferenti all'area della fragilità;
- prevenzione e promozione della salute, anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione;
- erogazione di servizi presso la CdC da parte di tutte le UO o dipartimenti specialistici della ASST, selezionati dai piani e dai programmi delle ASST (es. specialistica ambulatoriale, attività di follow up o monitoraggio, somministrazione di farmaci e terapie, ecc).

I Servizi sono erogati in modalità ambulatoriale, domiciliare e in telemedicina.

In riferimento al dettato del Decreto Ministeriale n.70/2015 il territorio della Valcamonica rappresenta un'enclave geograficamente svantaggiata in territorio montano.

Il Polo Ospedaliero, con i due Ospedali di Edolo e Esine, è di fatto l'unico centro di erogazione per prestazioni sia in regime di urgenza che in regime di acuzie.

L'ambito territoriale di competenza dell'ASST Valcamonica comprende 41 Comuni, con una popolazione residente alla data del 1.1.2026 di 98.610 abitanti ed una superficie totale di 1.305,19 Km².

L'indice di vecchiaia si attesta a 224,23 e, nell'ultimo decennio, ha registrato un incremento di 66 punti percentuali; il valore risulta superiore sia alla media regionale sia a quella nazionale.

Il dato rappresenta il rapporto percentuale fra il numero dei residenti di 65 anni e oltre (anziani) ed il numero dei residenti con meno di 15 anni (giovani), indicando che vi sono circa 224 residenti anziani ogni 100 residenti giovani.

La distribuzione di tale indice sul territorio del Distretto di Vallecamonica-Sebino divide la valle in due: l'alta Vallecamonica, dove troviamo piccoli centri abitati di montagna caratterizzati da difficoltà logistiche per gli spostamenti e presenza di minori Servizi, evidenzia una percentuale superiore, mentre in Bassa e media Valle i valori si attestano intorno al 200%.

La mortalità generale si mantiene costante negli anni. È evidente il picco registrato nel 2020 in occasione della pandemia (15%), tuttavia il tasso si attesta all'11,06 ‰ (media regionale 11,3)³.

Nel monitoraggio delle coperture vaccinali si conferma per il 2024 il raggiungimento del target del 95% per le coorti coinvolte (coorte 2022 per vaccino esavalente 97.3% e MPRV 97.2%).

Per quanto concerne la campagna antinfluenzale 2024-2025 nel 2024 sono state somministrate 21.877 vaccinazioni, delle quali 14.726 agli over 65 (rispettivamente il 22.3% del totale della popolazione e il 57,6% degli over 65)⁴.

Le patologie croniche

AREA CASI	LIVELLO 1		LIVELLO 2		LIVELLO 3	
	CASI	FREQUENZA	CASI	FREQUENZA	CASI	FREQUENZA
Valcamonica	12.836	13,1	9.517	9,7	18.721	19,1
ATS	32.436	11	26.790	9,1	53.423	18,2

Le patologie croniche più frequenti sono rappresentate dalla sindrome metabolica. I soggetti affetti da ipertensione arteriosa rappresentano il 22,3% della popolazione, i soggetti affetti da ipercolesterolemia sono il 13,19% della popolazione, mentre i pazienti affetti da diabete di tipo 2 sono il 5,9% della popolazione. I soggetti con cardiopatia ischemica sono pari al 3,19% della popolazione, mentre i pazienti affetti da neoplasia attiva sono pari al 2,24% della popolazione.

L'analisi rende disponibili dati esclusivamente a livello di Distretto; tuttavia, dall'esperienza non emerge una marcata disomogeneità tra i diversi territori della Valle. Né risulta possibile individuare una o più patologie prevalenti nelle differenti aree di competenza delle Case di Comunità, poiché la loro distribuzione appare sostanzialmente omogenea sull'intero territorio.

L'elemento che ha maggiormente inciso sull'organizzazione delle diverse strutture è stato piuttosto l'analisi del contesto in cui esse operano e, in particolare, il grado di accessibilità ai servizi della rete sociosanitaria e sociale.

Si riporta un prospetto relativo alla stratificazione demografica del Distretto e del territorio di competenza della CdC di Ponte di Legno:

	DISTRETTO DI VALLECAMONICASEBINO	CDC PONTE DI LEGNO
Tot popolazione over 14	86.916	4.701
Over 65 (compresi i 65)	25.352	1.501

3 Fonte dati: ATS della Montagna - Attività di prevenzione e promozione della salute, Rapporto 2024

4 Fonte dati: Dashboard Regione Lombardia - popolazione: residenti

tot popolazione pediatrica (0-14 anni)	11.306	612
tot generale	98.222	5.313
indice di vecchiaia	224,23	245



Destinatari dell'assistenza sono tutte le fasce della popolazione, dai cittadini sani ai soggetti cronici e fragili, in coerenza con il modello di sanità di iniziativa e la presa in carico multidisciplinare.

La continuità dell'assistenza, l'accessibilità e l'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria sono assicurate dalla Centrale Operativa Territoriale (COT), che ha sede a Breno ed è collegata alle CdC grazie all'infrastruttura tecnologica SGDT. La COT coordina la presa in carico della persona tra i servizi ed i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali e coordina/ottimizza gli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale.

Alla luce della conformazione territoriale, tenendo conto della necessità di garantire una risposta capillare e appropriata, evitando la sovrapposizione degli interventi, ASST della Valcamonica ha valutato necessario un'organizzazione dei servizi territoriali erogati dal Distretto su tre poli territoriali: Alta Valle (a cui afferiscono le CdC di Cedegolo, Ponte di Legno e Edolo), Media Valle (a cui afferiscono le CdC di Breno, Ossimo e Berzo Inferiore) e Bassa Valle (a cui afferiscono le CdC di Darfo e Pisogne). Tale organizzazione è funzionale alla peculiare declinazione che l'attuazione del DM 77/202 e della disciplina regionale attuativa della LR n.22/2021 nel territorio di competenza dell'ASST della Valcamonica. Infatti, a fronte di un unico distretto di popolazione non superiore a 100.000 abitanti (totalmente coincidente con l'azzoneamento sociale), le 8 case di comunità presentano - in ragione delle descritte caratteristiche geografiche, viabilistiche e demografiche - un popolazione media di riferimento nettamente inferiore rispetto a quella prevista per le CdC hub dal DM 77/2022 e dalla LR n.22/2021. Ciò esige che la strutturazione delle CdC e la concreta declinazione degli standard organizzativi avvenga secondo la citata logica di rete che, da un lato, persegue obiettivi di efficace ed efficiente risposta ai bisogni della popolazione di riferimento, e, dall'altro, vuole assicurare l'effettiva sostenibilità dello sviluppo di una rete territoriale così capillarmente diffusa.

Per ognuno dei tre poli viene individuata una CdC, che rappresenta la struttura di riferimento per le altre CdC di quella parte di territorio, con la quale vi è un'integrazione funzionale. Per l'Alta Valle, territorio che comprende anche la CdC di Ponte di Legno, la struttura individuata è quella di Cedegolo, che per posizione, accessibilità, dimensione e spazi può rispondere adeguatamente a questa funzione, svolgendo quindi un ruolo di coordinamento e di raccordo funzionale.

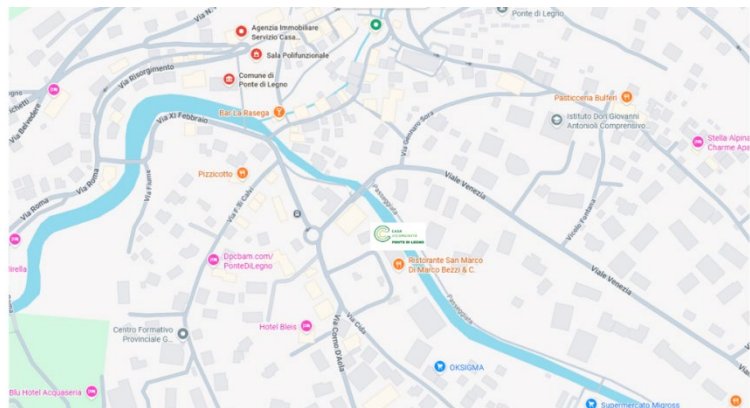
Nell'ambito dell'organizzazione territoriale della Vallecamonica sono pertanto garantiti i collegamenti tra le Case di Comunità e le équipe di professionisti che vi prestano Servizio, secondo un modello a rete. Le altre Case di Comunità presenti sul territorio dell'alta valle, che afferiscono funzionalmente alla CdC di Cedegolo, garantiscono l'integrazione dei percorsi assistenziali e l'omogeneità dei processi organizzativi e clinico-assistenziali. Il collegamento operativo è assicurato attraverso l'utilizzo della piattaforma regionale SGDT, che consente la condivisione delle informazioni, il coordinamento delle attività e il monitoraggio dei percorsi di presa in carico, nonché attraverso la condivisione e la rotazione delle risorse umane.

Tale organizzazione è di particolare rilievo per la CdC di Ponte di Legno, il cui bacino di utenza ordinario (certo soggetto a picchi in ragione della vocazione eminentemente turistica dell'area) e il numero dei comuni serviti (ancorché fortemente montani) non consentirebbe un'autonoma e separata strutturazione, risolvendosi, al contrario, in una forma di segregazione/separazione che non consentirebbe un'efficace soddisfacimento dei bisogni degli utenti.

La Casa della Comunità di Ponte di Legno è collocata all'interno del centro abitato del Comune, in una posizione facilmente accessibile e ben integrata nel tessuto urbano. La struttura è ospitata in un contesto a prevalente destinazione residenziale e di servizi, a breve distanza dai principali punti di interesse del paese.

L'edificio si sviluppa su tre piani funzionali, adeguatamente organizzati per accogliere attività sanitarie, sociosanitarie e amministrative, con spazi dedicati all'accoglienza dell'utenza, ambulatori, sala riunioni e locali di supporto. Gli ambienti sono progettati per garantire comfort e funzionalità, con particolare attenzione all'accessibilità: l'ingresso e i percorsi interni risultano fruibili anche da persone con ridotta mobilità, mentre il collegamento tra i livelli è assicurato da idonei sistemi di risalita.

La collocazione nel centro abitato assicura una buona visibilità della struttura e un agevole collegamento con la viabilità locale e i mezzi di trasporto pubblico, che tuttavia non dispone di rete ferroviaria (ultima stazione Edolo).



3. Organizzazione del Personale

Il personale che presta servizio presso la CdC, anche alla luce della organizzazione a rete nell'ambito del polo dell'Alta Valle del Distretto (che prevede naturalisticamente forme di condivisione delle risorse), è definito in ossequio agli standard previsti dal DM 77/2022 e dunque pari ad un minimo di n.7 infermieri, n.1 assistente sociale e n.5 unità di altro personale (afferente alle diversi profili sanitari, sociosanitari e amministrativi).

L'incremento delle risorse che prestano servizio presso la CdC può considerarsi funzionale a due profili:

- progressiva implementazione delle attività (ambulatori infermieristici etc.);
- stagionalità di alcuni bisogni a cui rispondere con assegnazione temporanea di personale (esigenze vaccinali peculiari o conseguenti a particolare afflusso turistico).

A. Presenza infermieristica

Presso la CdC di Ponte di Legno, come previsto nel DM 77/2022, prestano alla data di redazione del presente atto la propria attività, sempre in coerenza con l'organizzazione a rete sopra descritta nell'ambito del polo dell'Alta Valle (che prevede naturalisticamente forme di condivisione delle risorse), complessivamente di n. 7 unità di infermieri.

L'Infermiere presente all'interno della CdC promuove il lavoro in équipe multiprofessionale collaborando con Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, Specialisti, Assistenti Sociali e gli altri operatori sanitari in un'ottica di multidisciplinarietà.

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

In coerenza con il requisito della presenza infermieristica di cui al DM 77/2022, presso la CdC di Ponte di Legno è assicurata:

- dalle 08:00 alle 15.00 attività in sede ad accesso diretto e/o su prenotazione presso la struttura negli orari programmati;
- dalle 15.00 alle 20.00, nei giorni feriali e il sabato, attività garantita nell'ambito del polo territoriale dell'Alta Valle con forme dirette di collegamento tra la CdC di Ponte di Legno e la CdC di Cedegolo (di riferimento per il polo territoriale dell'alta Valle) assicurate attraverso contatto telefonico tramite il PUA, volte ad assicurare consulenza infermieristica e, se del caso, l'accesso presso la CdC di riferimento di Cedegolo;
- la domenica e nei giorni festivi, l'attività di sola consulenza infermieristica dalle ore 08:00 e fino alle ore 20:00, è garantita attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) contattando il Centralino Ospedaliero di Esine o di Edolo (la cui accessibilità è garantita senza soluzione di continuità oraria).

La presenza del personale presso la CdC di Ponte di Legno è articolata come segue:

- n.1 Coordinatore Infermieristico, che si occupa dell'organizzazione delle attività per l'alta Valle e garantisce pertanto la presenza nelle CdC appartenenti al tale territorio;
- n.6 unità di personale infermieristico che, secondo i piani di lavoro declinati mensilmente anche in ragione dei bisogni rilevati, assicurano:
 - presenza dalla 08:00 alle 20:00 presso le CdC dell'Alta Valle, tra le quali la CdC di Ponte di Legno, anche ai fini delle attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute, di prevenzione e tele assistenza, nonché di attività ambulatoriali;
 - assistenza domiciliare.

La turnistica, idonea ad assicurare la copertura oraria e la garanzia dei servizi sopra menzionati, viene definita mensilmente, in coerenza con previsioni contrattuali vigenti, dal Coordinatore infermieristico e validata dal Dirigente DAPPS (se del caso anche in forma congiunta a tutto il polo Alta Valle) e le attività svolte sono descritte nel capitolo 4.b.

B. Presenza medica

Il DM n.77/2022 prevede la presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale.

Mensilmente viene redatto dal Direttore del Distretto specifico prospetto riepilogativo della turnistica della presenza medica volta ad assicurare detto standard anche grazie al collegamento funzionale con la CdC di Cedegolo.

Detta copertura è garantita, nella CdC di Ponte di Legno, come di seguito meglio dettagliato:

- copertura diurna (8 - 19) giorni feriali: attraverso i medici di assistenza primaria, se del caso integrati da personale medico del Distretto di Valle camonica.

Alla data di redazione del presente documento presso la CdC di Ponte di Legno sono presenti n. 3 MAP e n.1 PLS con i loro ambulatori a ciclo unico di scelta. Allo stato attuale è in fase di definizione una specifica convenzione tra i Medici di assistenza primaria della AFT di Cedegolo e l'ASST, volta a garantire a tutte le persone del polo territoriale della Media Valle un riferimento forte per l'assistenza medica di base. Analogo percorso verrà implementato con la AFT corrispondente al territorio della Media Valle con l'obiettivo di assicurare un forte riferimento a tutte le persone di tale polo territoriale;

- copertura notturna (19-8) e giorni festivi e prefestivi: attraverso il servizio di Continuità assistenziale e attraverso il Numero Unico Armonizzato (NEA) 116117.

Nelle ore notturne e nei giorni festivi e prefestivi, la presenza medica è assicurata dai Medici del Ruolo Unico secondo la turnistica della Continuità Assistenziale, che prevede 2 ambulatori in presenza sul territorio del Distretto con orario 20-8 notturni feriali e h 24 festivi e prefestivi. Allo stato il servizio di continuità assistenziale in presenza è garantito presso la CdC di Pisogne e presso quella di Edolo. Al termine del percorso di sviluppo della rete territoriale dell'ASST sarà assicurata la presenza del servizio di Continuità assistenziale presso la CdC di Darfo e di Edolo. In tal modo è integrata la copertura medica per le ore notturne. Il collegamento con detto servizio di continuità presente in altra CdC del Distretto è garantita tramite la Centrale UNI.CA. di Dalmine che provvede alla ricezione delle richieste tramite NEA 116117, alla valutazione del bisogno e all'orientamento dell'utenza verso il setting assistenziale appropriato, con la possibilità di attivare il medico di continuità assistenziale, anche attraverso strumenti in telemedicina, per fornire consigli telefonici, interventi domiciliari, ambulatoriali o la possibilità di invio ai servizi di emergenza-urgenza.

In questo modo la CdC assicura un presidio medico continuativo nell'area di riferimento, in presenza o previo contatto telefonico, garantendo la risposta medica in modo coerente e adeguato ai bisogni della popolazione e alle specificità del bacino di riferimento.

In genere, il medico nella CdC opera all'interno di un'équipe multiprofessionale, garantendo attività clinica e prendendosi cura in particolare dei pazienti cronici e fragili. Svolge la propria attività avvalendosi anche di strumenti digitali a supporto della continuità delle cure, inserendosi pienamente nel nuovo ruolo della medicina territoriale.

La presenza dei Medici di Assistenza Primaria garantisce inoltre le seguenti attività:

- collaborazione con equipe multiprofessionali ai fini della valutazione dei bisogni sanitari e socio-sanitaria dei pazienti in condizioni di fragilità;
- collaborazione nello svolgimento di attività vaccinali;
- collaborazione per attività di screening;
- progetti rivolti al paziente cronico.

C. Presenza di altro personale

Presso la CdC di Ponte di Legno, come previsto nel DM 77/2022, prestano alla data di redazione del presente atto la propria attività, sempre in coerenza con l'organizzazione a rete sopra descritta

nell'ambito del polo dell'Alta Valle (che prevede naturalisticamente forme di condivisione delle risorse), complessivamente di n.7 unità di personale di supporto e n.4 unità di personale della dirigenza area sanità, come di seguito dettagliato, così integrandosi il requisito di almeno n.5 unità di personale di supporto.

Del personale che presta servizio presso la CdC è predisposto preventivamente:

- per il personale del comparto: idoneo prospetto di turnistica da parte del Coordinatore validato dal Direttore DAPPS (se del caso anche in forma congiunta a tutto il polo Alta Valle);
- per il restante personale: prospetto delle presenti programmate (anche con riguardo a personale afferente gerarchicamente ad altre UO) da parte del Direttore del Distretto.

Presso la CdC prestano servizio le seguenti figure professionali:

- Dirigente Medico n. 2
- Psicologi n. 2
- Dietista n. 1
- Fisioterapista n. 1
- Assistente Sociale n. 2 (1 di ASST, uno dell'Ambito Sociale Territoriale)
- Tecnico n. 1
- Amministrativo n. 2

Si precisano di seguito le attività svolte presso la CdC dal personale di cui sopra, la cui turnazione e organizzazione del lavoro è definita nei prospetti dei turni emessi mensilmente:

- Dirigente medico del Distretto, collabora con il Direttore per garantire l'assistenza sanitaria di base e di prossimità, operando sul territorio per prevenire, diagnosticare e curare le malattie, con un focus su cronicità, fragilità e continuità delle cure tra ospedale e domicilio. Coordina servizi fondamentali come le cure domiciliari.

- 1 Dirigente Medico del Serd;
- 1 Psicologo delle Cure Primarie;
- 1 Psicologo del Serd;
- 1 Fisioterapista (Riabilitazione ambulatoriale);
- 1 Assistente Sociale dedicata alla CdC, svolge un ruolo chiave di raccordo tra area sanitaria e sociale, occupandosi della valutazione precoce dei bisogni, della presa in carico di situazioni complesse e fragili, e della co-costruzione di progetti individualizzati. Garantisce continuità assistenziale tra ospedale e territorio, attiva reti solidali e promuove l'inclusione sociale.
- 1 Assistente Sociale dell'Ambito territoriale che in integrazione con l'equipe multi professionale della CdC svolge le valutazioni multidimensionali del cittadino e la presa in carico del cittadino.
- 1 Dietista che eroga prestazioni dirette ai pazienti o di consulenza agli altri professionisti sanitari e dei Servizi di ASST quali elaborazione di diete, anche terapeutiche su prescrizione medica, anche nell'ambito della presa in carico del paziente cronico e fragile, valutazione dei bisogni nutrizionali e promozione di stili alimentari sani, sia a livello individuale che collettivo;
- 1 Collaboratore amministrativo con ruolo di coordinamento del personale di supporto;
- 1 Operatore tecnico referente per la logistica e le piccole manutenzioni;
- 1 Operatore amministrativo, che si occupa di:
 - accoglienza dei cittadini al PUA, effettuando una prima analisi del bisogno anche attraverso strumenti di rapida applicazione (es. scheda triage). L'analisi può concludersi con l'individuazione della necessità di una informazione, di un bisogno semplice o di un bisogno complesso.

In caso di bisogno semplice il paziente viene accompagnato nell'attivazione del servizio necessario (es. ADI, SAD). Nel caso di bisogno complesso, il paziente viene rimandato ad una ulteriore fase di valutazione multidimensionale, che può coinvolgere, oltre agli operatori del PUA, attori diversi, da individuare in base ai bisogni manifestati all'accesso al PUA: specialisti (es. neurologo, geriatra, palliativista, ecc.), psicologi, MMG, operatori sociali dei Comuni/Uffici di Piano;

- Front-office prenotazioni CUP, scelta e revoca del MAP e registrazione/rilascio esenzioni;
- Informazioni su orari, prestazioni, percorsi di cura e servizi territoriali;
- Gestione amministrativa e documentale;
- Supporto ai professionisti sanitari, anche attraverso l'inserimento dati nei sistemi informativi aziendali e regionali;
- Supporto a procedure amministrative e rendicontazioni.

4. Servizi Offerti dalla Casa di Comunità HUB

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

L'assistenza primaria è erogata attraverso un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare, principalmente costituita dai medico del ruolo unico di assistenza primaria, dai MMG e dal PLS, dagli Specialisti Ambulatoriali, dall'IFeC, dall'Assistente Sociale del SSN e degli Enti Locali e dal personale di supporto (sociosanitario, amministrativo). Eventuali altre figure professionali (es. psicologo delle cure primarie, personale riabilitativo, etc) possono essere coinvolte a seconda della specificità dei bisogni del paziente.

Presso la CdC di Ponte di Legno sono presenti 3 ambulatori per le attività a ciclo unico di scelta degli MMG e 1 PLS, come da schema orario sotto dettagliato:

MMG:

- | | |
|-------------------------------|--|
| - Dr.ssa Cattane Anna: | Mercoledì 15.30-17.30*; Venerdì 08.30-10.30* |
| - Dr. Toselli Florio | Lunedì 09.00-12.00* / 15.00-19.30; Martedì 09.00-12.00*
Mercoledì 08.30-12.30; Giovedì 09.00-12.00* / 15.00-18.00*
Venerdì 15.00 - 19.30 |
| - Dr. Colobrarò Rocco Adriano | Lunedì 10.00 - 13.00 / 15.00 - 18.00; Giovedì 15.00 - 19.00 |

PLS

- | | |
|----------------------|------------------------|
| - Dr. Lombardo Denis | Giovedì 13.45 - 18.00* |
|----------------------|------------------------|

E' inoltre competente territorialmente l'ambulatorio medico dalle 8 alle 20, ad accesso mediato dal personale del PUA, per la continuità assistenziale diurna, presso la CdC di Cedegolo, integrato, se del caso, dal personale medico del Distretto.

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

Le attività di assistenza di prossimità nelle Case di Comunità comprendono l'insieme degli interventi erogati dai Medici di Medicina Generale (MMG) e dagli Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFEC), finalizzati a garantire una presa in carico integrata, continua e orientata ai bisogni di salute della popolazione.

La collaborazione con i Medici delle Cure Primarie, in un territorio caratterizzato da una importante presenza di grandi anziani, e interessata in alcune zone da un importante flusso turistico stagionale, consente di garantire un'assistenza adeguata ai pazienti fragili e altresì di rispondere ai bisogni di salute dei turisti, grazie anche ove necessario all'attivazione di Servizi ad hoc o al potenziamento di quelli esistenti, in determinati periodi dell'anno.

Il Punto Unico di Accesso (PUA) rappresenta una risorsa essenziale e di riferimento della Casa di Comunità: è il Servizio che garantisce l'obiettivo di accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria e sociosanitaria proprio della CdC.

Il PUA rappresenta il raccordo funzionale tra i nodi principali del sistema di accesso alla rete dei servizi sociosanitari distrettuali, in forte raccordo con i servizi sociali dell'Ambito. Il personale presente (operatore amministrativo, IFEC e assistente sociale) garantisce le funzioni di front e back office nell'analisi dei bisogni, informazione e orientamento sui servizi e gli interventi del sistema sanitario, sociosanitario e sociale, compresi i servizi territoriali non direttamente erogati dalla CdC e, se necessario, indirizza e accompagna l'utenza ai Servizi specialistici; il PUA attiva inoltre l'équipe di Valutazione Multidimensionale (EVM), che prevede anche la presenza dell'assistente sociale dell'Ambito territoriale. La CdC è infatti sede di EVM, che viene convocata da parte dell'amministrativo del PUA coinvolgendo tutti i professionisti chiamati a portare la propria competenza. Dalla valutazione scaturisce un progetto individuale che ha le caratteristiche di essere flessibile e individualizzato. Ogni professionista chiamato a lavorare su quella situazione è tenuto a collaborare con gli altri operatori della rete e agire la presa in carico della persona e della sua famiglia. Questa è una delle attività che, insieme alla presa in carico del paziente, vede concretizzarsi l'integrazione con i Servizi Sociali dell'Ambito territoriale.

L'accesso al PUA può avvenire telefonicamente, via e-mail o personalmente da parte della persona interessata, o di altra persona che ne cura gli interessi.

L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFEC) è una figura centrale della sanità territoriale, sia per i cittadini, sia per i MMG con i quali collaborano nella presa in carico del paziente, con particolare attenzione al paziente cronico. L'attività dell'IFEC si colloca a vari livelli, dalla prevenzione alla presa in carico e può essere così sintetizzata:

- Counseling e promozione della salute:

L'infermiere nella attività di counseling e promozione salute ha il compito di sostenere e promuovere l'aderenza ai percorsi personalizzati dell'utenza anche coinvolgendo i caregiver, con lo scopo di migliorare il benessere psicofisico e sociale del singolo utente e della collettività. Svolge attività di counseling motivazionale breve a livello trasversale in tutti i servizi della Casa di Comunità, collabora con il Dipartimento funzionale di Prevenzione per campagne di promozione della salute, si avvale della possibilità di attivare i professionisti dei Servizi del Polo Territoriale (servizi per le dipendenze, consultori famigliari, centri di psichiatria territoriale, centri vaccinali) quando il counseling è di loro specifica competenza.

- Monitoraggio:

Il monitoraggio rientra tra le attività previste nel Piano Operativo Regionale per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e mira a garantire una presa in carico efficace e continuativa dei cittadini, soprattutto dei pazienti cronici. Questo sistema prevede la collaborazione tra gli IFeC, i Medici di Medicina Generale (MMG), e altri professionisti sanitari per la sorveglianza e la gestione dei bisogni di salute della popolazione.

Nell'attività di monitoraggio dell'Infermiere, che può essere svolto sia presso l'ambulatorio della cdC che al domicilio, figurano le seguenti attività:

- la presa in carico della persona e della famiglia di appartenenza a partire dai bisogni;
- la programmazione e l'attuazione di interventi di cura personalizzati attraverso la redazione del PAI secondo il Chronic Care Model e a partire dai principi del Case Management;
- il follow-up (telefonico/a domicilio/telemedicina) periodico;
- la diffusione della conoscenza dei servizi territoriali e della rete a essi connessa;
- la valutazione del bisogno, l'orientamento rispetto ai servizi sociosanitari esistenti, ai percorsi necessari per la loro attivazione e all'utilizzo delle fonti di informazione e di comunicazione disponibili;
- la rilevazione e l'eventuale rivalutazione periodica dei parametri vitali;
- l'educazione sanitaria e la verifica ai fini del miglioramento dell'aderenza terapeutica;
- l'alfabetizzazione e l'educazione sanitaria dell'utente finalizzate all'engagement proattivo, alla corretta auto-gestione della cronicità e all'adesione a stili di vita sani e corretti;
- il monitoraggio dell'efficacia dei percorsi diagnostico-terapeutici intrapresi dall'utente.

- Ambulatorio infermieristico:

L'ambulatorio Infermieristico contribuisce al potenziamento dell'offerta sociosanitaria territoriale, attraverso l'erogazione di prestazioni che rispondono a bisogni sanitari e sociosanitari di competenza infermieristica. Rappresenta un punto sanitario di riferimento per il cittadino, che viene valutato ed eventualmente orientato al Servizio appropriato, .

Sono erogate le seguenti attività:

- attività infermieristiche prestazionali o di educazione e informazione sanitaria;
- gestione degli utenti più complessi in collaborazione con gli MMG e gli Specialisti;
- promozione degli stili di vita;
- promozione di attività di prevenzione e interventi di educazione sanitaria, volti ad incoraggiare nel Cittadino il processo di autocura, favorendo una partecipazione attiva da parte della persona e della sua famiglia.

L'accesso al servizio è libero, mediato dal PUA, anche in assenza di segni o sintomi di alterazione.

Per l'attivazione di prestazioni sociosanitarie e assistenziali domiciliari è possibile attivare le Cure Domiciliari, normate dalla DGR XI/6867 del 2022 e ss.mm.ii. Tale Unità d'Offerta si colloca nella rete di servizi sociosanitari volti a garantire alle persone in condizione di fragilità prestazioni sociosanitarie integrate "a domicilio". Sono pertanto finalizzate a:

- migliorare la qualità della vita quotidiana e allontanare nel tempo il ricorso a unità d'offerta residenziali;
- stabilizzare il quadro clinico della persona a seguito di dimissione ospedaliera;
- garantire la continuità dell'assistenza tra sistema sanitario, sociosanitario e sociale;
- prevenire/limitare il deterioramento della persona in condizione di fragilità.

L'attivazione avviene su richiesta del MMG/PDF per utenti che necessitano di assistenza/riabilitazione e non possono recarsi presso strutture sanitarie poiché impossibilitati a spostarsi dal domicilio con i comuni mezzi di trasporto. Può essere attivata anche all'esito della dimissione ospedaliera.

ASST Valcamonica è uno degli Enti accreditati per l'erogazione di Cure Domiciliari nel Distretto Vallecamonica Sebino⁵, che vengono erogate da personale infermieristico, riabilitativo e assistenziale, con accessi definiti nel Piano Assistenziale Individuale in base ai bisogni del paziente.

La sede operativa è individuata presso al CdC di Edolo, tuttavia il Servizio (sia attivazione che presa in carico) è garantito in ogni CdC del Distretto.

In tutte le CdC è inoltre presente il Servizio di Psicologia delle Cure Primarie, istituito dalla Legge Regionale n.1/2024 con l'obiettivo di rafforzare la rete di assistenza psicologica territoriale, in particolare migliorando l'accessibilità alle cure psicologiche, rispondendo in maniera tempestiva ai primi segni di disagio e prevenendo l'aggravarsi delle situazioni di vulnerabilità.

Il servizio si rivolge a persone di ogni età e alle loro famiglie, con particolare attenzione ai bisogni psicologici delle persone in condizioni di fragilità: adolescenti, persone affette da cronicità, e in generale chiunque si trovi ad affrontare eventi di vita stressanti.

La psicologa delle cure primarie lavora in équipe, e in particolare collabora strettamente con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, i Medici specialisti e di continuità assistenziale e altri professionisti sanitari e sociali presenti sul territorio, nella consapevolezza che la salute psicologica è una componente essenziale del diritto alla salute.

E' possibile richiedere:

- consultazione psicologica e screening psicologico precoce, in favore di adulti, minori, adolescenti e famiglie. La diagnosi può includere anche valutazioni neuropsicologiche di I livello, specialmente nel caso di soggetti anziani con patologie cognitive;
- percorsi di sostegno psicologico alle persone e ai loro nuclei familiari, con particolare attenzione a persone che vivono una condizione di cronicità e ai loro caregiver;
- consulenza psicologica a favore di operatori sanitari, educatori, insegnanti, e altri soggetti che operano sul territorio.

L'accesso è libero (non è richiesta prescrizione) e il cittadino può chiedere appuntamento presso il Punto Unico di Accesso (PUA).

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

Tenuto conto delle normative di attuazione del modello territoriale di assistenza socio sanitaria, con particolare riguardo alla presa in carico della cronicità secondo modelli proattivi e di iniziativa, anche finalizzati all'intervento precoce e/o di tipo preventivo finalizzato al mantenimento delle capacità e dell'autonomia funzionale della persona, sono stati accreditati gli ambulatori per l'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali, anche attraverso l'uso della telemedicina.

Valutati i bisogni della popolazione del Distretto, con particolare riguardo all'incidenza delle patologie croniche e alla distribuzione dei livelli di complessità, tenuto altresì in considerazione la morfologia del territorio e la sua estensione geografica, così come le complessità correlate alla logistica degli spostamenti e la composizione demografica della popolazione di riferimento, gli

⁵ Decreto n. 10632 del 25.07.2025 - Approvazione dell'accreditamento e variazione dell'assetto accreditato relativo alle attività sanitarie svolte presso le strutture "Bianalisi" di Carate Brianza (MB), "Poliambulatorio di Ponte di Legno" (BS), "Poliambulatorio Saronno" (VA), "Istituto Clinico Mater Domini Casa di Cura privata" di Castellanza (VA), "Habilita sport medicine" di Clusone (BG), ai sensi della legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 e s.m.i.

ambulatori di ciascuna CdC dell'ASST Valcamonica sono accreditati⁶ per l'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali e in telemedicina per le seguenti specialità:

- Neurologia;
- Cardiologia;
- Chirurgia Generale;
- Ortopedia e Traumatologia;
- Ostetricia e Ginecologia;
- Reumatologia;
- Medicina interna;
- Medicina Fisica e Riabilitazione;
- Diabetologia.

L'ASST individua quale suo punto di debolezza la carenza di personale medico, particolarmente accentuato su alcune specialità (dermatologia, cardiologia, pneumologia, neurologia, oculistica). Tale carenza ha un impatto diretto sulla gestione delle agende della specialistica ambulatoriale, con conseguente ricaduta sui tempi di attesa.

Per garantire un'ottimizzazione nella gestione delle agende relative alle visite di controllo ed agli esami strumentali l'ASST ha introdotto ed implementerà nel triennio 2025-2027 un servizio di "Fast CUP" di prenotazione gestita direttamente dallo specialista al termine della visita effettuata presso le nostre strutture, per massimizzare le tempistiche e garantire al meglio la presa in carico del paziente. Inoltre sono state implementate agende per le prestazioni di telemedicina, in linea con quanto definito dal Piano Operativo Regionale⁷, che prevede una diffusione graduale e uniforme della telemedicina su tutto il territorio. L'introduzione della telemedicina, con prestazioni erogate sia al domicilio che nelle CdC da parte di MMG e Ifec, in teleconsulto con gli specialisti dei nostri Ospedali, migliora l'accessibilità ai servizi sanitari, riduce gli spostamenti dei pazienti e favorisce il monitoraggio costante dei soggetti cronici e fragili.

È in corso l'implementazione dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT), piattaforma centralizzata per l'erogazione di televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio.

Sono inoltre strutturali alcune agende dedicate ai pazienti cronici, nell'ambito della PIC, alle quali hanno accesso per la prenotazione il Centro Servizi di ASST, presso la COT, e i Centri Servizi delle Cooperative di MMG del Distretto.

All'interno della CdC di Ponte di Legno è inoltre presente uno Spazio neutro di consulenza psicologica gratuita sulle dipendenze per sensibilizzare sui campanelli d'allarme che possono condurre a comportamenti di addiction (sostanze, GAP,...) e un ambulatorio tabaccologico medico/infermieristico per promuovere un cambiamento negli stili vita con particolare attenzione al tabagismo. Entrambi i Servizi sono ad accesso diretto, senza prescrizione, e gratuiti e vengono gestiti dagli operatori del SERD.

⁶ Decreto n. 10632 del 25/07/2025, Direzione Generale Welfare – Approvazione dell'accreditamento e variazione dell'assetto accreditato relativo alle attività sanitarie svolte presso le strutture "Bianalisi" di Carate Brianza (MB), "Poliambulatorio di Ponte di Legno" (BS), "Poliambulatorio Saronno" (VA), "Istituto clinico Mater Domini casa di cura privata" di Castellanza (VA), "Habibita sport medicine" di Clusone (BG) ai sensi della legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 e s.m.i.

⁷ DGR XII/164 del 17.04.2023 - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6, Componente 1, Sub-investimento 1.2.3, Investimento 1.2.3.2. - Approvazione Piano Operativo Regionale per i Servizi di Telemedicina

E' inoltre attivo un ambulatorio mensile gratuito al quale si accede su invito da parte di ATS della Montagna per l'esecuzione dello screening per i tumori della cervice uterina, rivolto alle donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni che vengono invitate con lettera personale spedita al domicilio.

Attualmente, vengono erogate prestazioni a fini diagnostici e di cura di base quali:

- ECG;
- ecocardiografie.

E' presente un punto prelievi ad accesso libero o su prenotazione, il mercoledì e il venerdì dalle 7:00 alle 9:00.

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

L'accesso alla CdC è libero e/o su prenotazione negli orari di apertura dei singoli servizi così come articolati nella Carta dei Servizi, sempre aggiornata e pubblicata sul sito internet istituzionale alla voce Case di Comunità.

Carta dei Servizi CdC Ponte di Legno

L'accoglienza degli utenti è garantita presso il PUA, dove trovano sede anche i Servizi amministrativi generali:

- informazione e orientamento sui servizi e gli interventi del sistema sanitario, sociosanitario e sociale, compresi i servizi territoriali non direttamente erogati dalla CdC;
- assistenza integrativa relativa a fornitura di alimenti speciali, presidi incontinenza a raccolta e stomie, presidi per incontinenza ad assorbenza, presidi per diabetici;
- raccolta della documentazione per richieste rimborso (es. trasporto dialisi);
- servizi CUP di informazione, prenotazione e accettazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica e ritiro referti, integrati e collegati con il sistema di prenotazione utilizzato a livello aziendale (gli operatori della CdC operano sul medesimo sistema in uso presso ASST, con il supporto della SC Gestione operativa Next Generation UE - accoglienza (cup);
- servizi Scelta e Revoca per iscrizione (anche temporanea) al SSR, scelta e revoca del MMG/PLS, mantenimento PLS dopo i 14 anni, richiesta nuova tessera sanitaria, esenzioni da ticket.

Al personale che presta Servizio nella struttura viene garantita la disponibilità di locali dedicati a spogliatoio, toilette riservate e una tisaneria con area attrezzata per la consumazione del pasto.

Tutti i locali accessori o destinati ad usi particolari (archivi, depositi, Sistemi Informativi e Telemedicina) sono stati predisposti e resi disponibili tenuto conto della normativa in materia di accreditamento sociosanitario e sicurezza e sono facilmente individuabili tramite apposita segnaletica.

5. Dotazione Strutturale e Tecnologica

Nella CdC sono in uso le attrezzature e le strumentazioni mediche e diagnostiche dettagliate nell'allegato "Dotazione Strutturale e Tecnologica CdC Ponte di Legno".

Le apparecchiature installate sono di tipologia e numero adeguato all'erogazione dei servizi presenti nella struttura.

6. Integrazione e Rete Territoriale

La CdC promuove un modello di intervento e di gestione multidisciplinare, garantendo la progettazione integrata di interventi di carattere sociale e di integrazione sociosanitaria e rappresentando uno strumento attraverso cui coordinare diversi servizi offerti sul territorio.

L'integrazione con i servizi di ambito sociale si concretizza su più livelli: dalla valutazione multidimensionale, convocata dall'operatore amministrativo del PUA, con sede presso la CdC, alla presa in carico congiunta delle persone che lo necessitano.

Sono pertanto strutturate collaborazioni tra ASST e Ambito Territoriale per la partecipazione di Assistenti Sociali dell'Ambito nelle attività di PUA e di valutazione multidimensionale, in modo da attivare, quando previsto dal Progetto Individuale, anche i servizi sociali necessari all'assistenza del paziente.

Sono inoltre attive alcune partnership strutturate di ASST con i Servizi e gli Enti appartenenti al mondo sociale e del volontariato, tramite progetti dedicati, specificati di seguito:

- Centro per la famiglia: il Servizio, realizzato in partnership con ATSP Vallecamonica e differenziato su due distinte progettualità, intende rispondere al bisogno di costruire un sistema di prevenzione e protezione delle persone e delle famiglie, in una logica di complementarità con gli altri servizi del territorio. Le attività proposte, tutte gratuite e differenziate per target di destinatari, si inseriscono in un quadro di complementarità e sinergia con le azioni già presenti sul territorio e previste da altre misure regionali e vengono realizzate su tutto il territorio di competenza, anche presso le CdC, in ciascuna delle quali è presente un punto di accoglienza dedicato;

- Sportello territoriale integrato di protezione giuridica: il Servizio, gestito in coprogettazione con ATSP Vallecamonica, Alleanza per la Salute Mentale, Forum Territoriale del Terzo Settore, e ANFASS Valle Camonica, fornisce informazioni circa l'Istituto Giuridico dell'Amministratore di Sostegno e garantisce il supporto nel perfezionamento delle pratiche di nomina. Lo Sportello hub ha sede a Breno, e gestisce in forma centralizzata i rapporti con il Tribunale di Brescia; l'accoglienza dei cittadini è garantita in tutte le CdC da parte delle Assistenti sociali. Tutte le prestazioni sono gratuite col fine di agevolare l'accesso alle fasce di popolazione più vulnerabili.

Per favorire l'integrazione organizzativa tra le istituzioni coinvolte, è attivata un'integrazione informativa digitalizzata tra ASST e Ambito sociale, che garantisce una gestione documentale sicura anche su sedi fisiche differenti.

L'integrazione con il territorio si concretizza anche attraverso la presenza in CdC del centro di ascolto dell'Associazione Donne e Diritti, che offre accoglienza, colloqui di sostegno, consulenza legale, supporto psicologico ed eventuale presa in carico alle donne vittime di violenza, anche per attivare ospitalità in case rifugio.

Collegamento con la COT

L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione tra assistenza sanitaria e sociosanitaria.

La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi, attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti, quali:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi ed i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali;
- coordinamento degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.) riguardo le attività e servizi distrettuali;
- raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità (PIC) al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno. Tutti gli attori del sistema, personale distrettuale ed ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT, ovvero: MMG, PLS, medici di continuità assistenziale, medici specialisti ed altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali.

Anche il personale operante presso il PUA distrettuale, raccolto il bisogno dell'utente, può attivare la COT per un'eventuale presa in carico.

La COT attiva l'EVM che effettua la valutazione domiciliare per eventuale presa in carico o orientamento verso altri Servizi non di competenza del Distretto.

Il sistema di registrazione utilizzato dalla COT è SGDT (Sistema di Gestione Digitale del Territorio) che verrà progressivamente implementato con le funzionalità dedicate per la gestione delle richieste e per l'interconnessione con le COT trasversali di tutte le ASST.

Secondo il modello organizzativo regionale⁸ sono identificate due tipologie di COT.

Una COT TRASVERSALE, "di coordinamento" o "Hub", che costituisce la struttura organizzativa unica per ogni ASST che svolge la funzione di ricevere tutte le richieste di transizione di setting o di presa in carico relative ad assistiti domiciliati e/o residenti nel territorio di afferenza dell'ASST.

Tali richieste vengono inoltrate alla COT Trasversale sia da strutture/servizi/professionisti della stessa ASST, sia da strutture sanitarie esterne, definendo per ciascun "soggetto inviante" le modalità operative di trasmissione delle richieste. A titolo esemplificativo, le richieste interne alla ASST possono pervenire alla COT Trasversale da reparti di degenza, da Medici di Assistenza Primaria (MAP) o Pediatri di Libera Scelta (PLS), da servizi territoriali, da Case di Comunità, da Punto Unico di Accesso (PUA). Le richieste provenienti da strutture esterne all'ASST possono pervenire dalle COT Trasversali di altre ASST, dalla Rete emergenza-urgenza pre-ospedaliera (116117, Centrale Unica), ecc.

Una COT VERTICALE distrettuale, che rappresenta la struttura organizzativa individuata da ciascuna ASST, eventualmente differenziata in relazione alle specificità funzionali o territoriali, preposta alla presa in carico delle transizioni attribuite dalla COT TRASVERSALE, relativamente agli assistiti appartenenti al territorio di competenza. Provvede all'attivazione dei servizi più appropriati per rispondere ai bisogni del cittadino e all'assegnazione dell'erogazione al soggetto competente. La COT VERTICALE garantisce il mantenimento di un flusso comunicativo costante con il soggetto inviante fino alla conclusione del processo di richiesta.

La COT TRASVERSALE assegna la richiesta alla COT VERTICALE, oppure invia la richiesta alla COT TRASVERSALE dell'ASST di afferenza del cittadino.

⁸ DGR XII/4560 del 16.06.2025 - Determinazioni in ordine all'adozione di un modello organizzativo di interconnessione delle Centrali Operative Territoriali (COT) nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale

In ASST Valcamonica COT trasversale e Verticale coincidono come Servizio, benché venga mantenuto il doppio livello di attribuzione delle segnalazioni, secondo la struttura gerarchica prevista nel portale SGDT.

Attivazione servizio 116117

Il DM 77 indica a tendere il numero unico 116117 come uno dei canali di accesso al SSN in modo non urgente, ossia per ottenere informazioni, per avere un primo orientamento nei servizi, per esigenze di continuità assistenziale o per orientarsi e accedere ai servizi socio-sanitari.

Attualmente gestisce le richieste di Continuità Assistenziale, la cui erogazione è organizzata su tre livelli di attività, strettamente connessi fra loro:

1. la Centrale Operativa Integrata (C.O.I.) che rappresenta il punto di confluenza, di filtro, di presa in carico di tutte le richieste provenienti dai cittadini chiamanti il 116117;
2. la Centrale Medica Unica (C.M.U.) che svolge un secondo filtro di natura medica per le chiamate che la COI non classifica come urgenti (dirottate quindi ai servizi di Emergenza Urgenza) o di natura non sanitaria (inoltrate ad altri Enti).
3. le sedi territoriali di CA che sono i punti di erogazione delle prestazioni sanitarie domiciliari e ambulatoriali al cittadino.

L'ASST Valcamonica ha aderito al progetto della Centrale UNI.CA. Che svolge attività di consulenza telefonica o televisite in videochiamata per inquadrare la problematica di salute del paziente; può inoltre emettere prescrizioni dematerializzate di terapia e certificazioni di malattia. Se necessario invia il paziente all'ambulatorio di CA o chiede al medico l'effettuazione di una visita al domicilio.

7. Partecipazione della Comunità

Assemblea dei Sindaci del Distretto

I comuni, attraverso l'Assemblea dei Sindaci del Distretto, provvedono, nell'area del territorio di competenza, a:

- verificare l'applicazione della programmazione territoriale e dei progetti di area sanitaria e sociosanitaria posti in essere nel territorio del Distretto ASST;
- contribuire ai processi di integrazione delle attività sociosanitarie con gli interventi socioassistenziali degli ambiti sociali territoriali;
- formulare proposte e pareri, per il tramite del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, alla Conferenza dei Sindaci dandone comunicazione anche al Direttore Generale dell'ASST, in ordine alle linee di indirizzo e di programmazione distrettuale dei servizi sociosanitari e di integrazione con la programmazione sociale territoriale;
- contribuire a definire modalità di coordinamento tra Piani di Zona afferenti allo stesso territorio per la costruzione di un sistema integrato di analisi del bisogno territoriale e l'individuazione di potenziali progettazioni condivise per la programmazione sociale di zona e il suo aggiornamento.

Piano di sviluppo del Polo Territoriale

Lo sviluppo e la programmazione dei Servizi delle Case di Comunità sono definiti nel Piano Triennale di Sviluppo del Polo Territoriale⁹ (PPT), col fine di migliorare la continuità dell'assistenza al cittadino in risposta alla domanda di salute territoriale, secondo quanto disposto dalla Legge Regionale 22/21 art. 7 comma 17 ter., in conformità alle Linee di indirizzo per i Piani di sviluppo del Polo territoriale, di cui alla DGR XII / 2089 del 2024.

Con decreto n. 784 del 18/12/2024 ASST della Vallecamonica ha approvato il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) di ASST della Valcamonica, Distretto di Vallecamonica Sebino, 2025/2027, che è lo strumento grazie al quale viene garantita l'integrazione delle prestazioni e delle funzioni sanitarie e sociosanitarie distrettuali con quelle sociali, a supporto del potenziamento della funzione territoriale e con un raccordo funzionale tra Polo Ospedaliero, Polo Territoriale e Servizi Sociali dei Comuni, anche grazie alla condivisione di obiettivi comuni nel Piano di Zona, in rete con gli altri attori territoriali quali, ad esempio, gli Enti del Terzo Settore e le Associazioni di Volontariato.

Per il tramite dell'organizzazione distrettuale il Polo Territoriale eroga prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, di diagnosi, di cura e riabilitazione a media e bassa complessità, di cure intermedie e garantisce le funzioni e le prestazioni medico-legali, in una logica di sistema e di integrazione delle funzioni e delle risorse attraverso la presa in carico integrata.

La Casa di Comunità è, per definizione, un luogo che rappresenta il punto di riferimento della comunità e favorisce l'accesso integrato ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

Nella definizione degli spazi, in ogni struttura è stato riservato uno spazio alle associazioni, con la finalità di coinvolgere attivamente la comunità non solo attraverso la presenza fisica, ma anche mediante la partecipazione alla progettazione e alla realizzazione di interventi e Servizi rivolti alla popolazione, al fine di garantire una partecipazione sempre più consapevole e strutturata.

In un'ottica di valorizzazione della co-produzione dei servizi e del protagonismo della comunità, l'ASST opera in partnership con gli Enti Locali e con le realtà della cooperazione sociale e del Terzo Settore, partecipando a progettualità innovative, rivolte a tutte le fasce d'età della popolazione. Tali collaborazioni consentono di integrare competenze, risorse e saperi, rafforzando le reti territoriali e promuovendo interventi maggiormente rispondenti ai bisogni della comunità.

Il monitoraggio dell'efficacia e della qualità dei servizi è garantito attraverso la rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti mediante questionari di gradimento e strumenti di valutazione dell'esperienza, nonché attraverso il monitoraggio degli indicatori di performance definiti a livello nazionale e regionale. Tali indicatori sono finalizzati a verificare la coerenza dei servizi erogati con quanto previsto dal DM 77/2022 e dalla normativa vigente in materia di Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e di presa in carico territoriale. I dati raccolti sono consultabili tramite dashboard istituzionali e report periodici sull'andamento dei servizi e delle attività di partecipazione, al fine di garantire un processo di miglioramento continuo e la restituzione trasparente dei risultati alla comunità.

⁹ Piano di Sviluppo del polo Territoriale 20252027, approvato con Decreto n. 784 del 18/12/2024.