

Regione Lazio

Atti della Giunta Regionale e degli Assessori

Deliberazione 18 dicembre 2025, n. 1264

Approvazione del documento "Linee di indirizzo regionali per il funzionamento delle Case della Comunità"

Oggetto: Approvazione del documento “Linee di indirizzo regionali per il funzionamento delle Case della Comunità”

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta del Presidente

VISTI

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale” e successive modifiche ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale del 6 settembre 2002, n. 1, “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale” e successive modifiche ed integrazioni;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 24 aprile 2018 n. 203 concernente: “Modifica al Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale e successive modificazioni e integrazioni” che ha istituito la Direzione regionale Salute e Integrazione socio-sanitaria;
- la Deliberazione di Giunta regionale del 25 maggio 2023 n. 234 di conferimento al Dott. Andrea Urbani dell’incarico di direttore della direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria;
- l’Atto di Organizzazione del 13 ottobre 2023 n. G13499, con il quale è stato conferito l’incarico di Dirigente dell’Area “Rete Integrata del Territorio” della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al Dott. Marco Nuti;
- l’Atto di Organizzazione del 28 novembre 2024 n. G16009 con il quale è stato conferito l’incarico dirigenziale dell’Ufficio “Assistenza distrettuale e strutture intermedie” presso l’area “Rete Integrata del Territorio” della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al Dott. Paolo Parente;

VISTI

- la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 “Istituzione del servizio sanitario nazionale”;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e smi concernente: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della Legge 23.10.1992, n. 421”;
- la Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante “Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;
- il DPCM 29 novembre 2001, come modificato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;

VISTI inoltre:

- il DCA del 20 gennaio 2020 n. U00018, concernente: “Adozione in via definitiva del piano di rientro “piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario regionale 2019-2021” ai sensi e per gli effetti dell’art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo. Modifiche ed integrazioni al DCA 469 del 14 novembre 2019 in esito al verbale del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019”;
- la DGR n. 12 del 21 gennaio 2020, avente ad oggetto: “Presa d’atto e recepimento del “Piano di rientro Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 ai sensi e per gli effetti dell’art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo”, adottato in via definitiva con il Decreto del Commissario ad acta n. U00018 del 20.01.2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento”;
- il DCA n. U00081 del 25 giugno 2020 che ha adottato il Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” in recepimento delle modifiche richieste dai Ministeri vigilanti e ha definito il percorso volto a condurre la Regione verso la gestione ordinaria della sanità, previa individuazione degli indirizzi di sviluppo e qualificazione da perseguire;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 26 giugno 2020, n. 406, avente ad oggetto “Presa d’atto e recepimento del Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021”, adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. U00081 del 25 giugno 2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento”;

- la Deliberazione della Giunta regionale del 29 settembre 2020 n. 661, recante “Attuazione delle azioni previste nel Piano di rientro denominato Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 adottato con il DCA n. U00081 del 25 giugno 2020”;

VISTO il Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118, recante: “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42” e successive modifiche;

VISTA la Legge Regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: “Legge di contabilità regionale”;

VISTO il Regolamento Regionale 9 novembre 2017, n. 26, recante: “Regolamento regionale di contabilità”, che, ai sensi dell’articolo 56, comma 2, della l.r. n. 11/2020 e fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all’articolo 55 della citata l.r. n. 11/2020, continua ad applicarsi per quanto compatibile con le disposizioni di cui alla medesima l.r. n. 11/2020;

VISTA la Legge Regionale n. 22 del 30.12.2024 “Legge di Stabilità Regionale 2025”;

VISTA la Legge Regionale n. 23 del 30.12.2024 “Bilancio di Previsione Finanziario della Regione Lazio 2025-2027”;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1172 del 30.12.24 “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Approvazione del ‘Documento tecnico di accompagnamento’, ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese”;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1173 del 30.12.2024 “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Approvazione del ‘Bilancio finanziario gestionale’, ripartito in capitoli di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa”;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n. 1176 del 30 dicembre 2024 avente ad oggetto: “Riconoscimento nell’ambito del bilancio regionale delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del servizio sanitario regionale, ai sensi dell’art. 20, comma 1, del D. Lgs n. 118 del 23 giugno 2011 e s.m.i. - Perimetro Sanitario - Esercizio Finanziario 2024”;

VISTA la Deliberazione della giunta regionale n. 28 del 23 gennaio 2025 “Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2025-2027 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11.”;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.”;

CONSIDERATO che al punto 5 “Casa della Comunità” il summenzionato Decreto ministeriale disciplina tale funzione quale *“..La CdC, così definita, 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. La CdC è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l’accesso, l’accoglienza e l’orientamento dell’assistito. La CdC è una fondamentale struttura pubblica del SSN. 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..”*;

VISTE le “Linee di indirizzo per l’attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub” redatto da un Gruppo di Lavoro istituito e coordinato dall’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – AGENAS;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n 643 del 26.7.2022 “Approvazione del documento “Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77”;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale 28 dicembre 2023, n. 976 “Adozione del Piano di programmazione dell’Assistenza territoriale 2024 – 2026.”, in cui è previsto, tra gli Obiettivi per la riorganizzazione e il potenziamento dell’assistenza primaria e delle continuità assistenziale, l’Obiettivo 1 “Implementazione delle Case della Comunità (CdC) (DM 77/2022)”, che indica quale “Azione 1” l’Adozione delle linee di indirizzo regionali per il funzionamento delle CdC;

CONSIDERATO che il summenzionato Obiettivo indica altresì che *“..Il funzionamento delle CdC deve essere omogeneo su tutto il territorio regionale, a garanzia di un’offerta uniforme ed equa di prestazioni alla popolazione residente, ivi inclusi gli interventi di prevenzione e promozione della salute; pertanto, saranno elaborate le indicazioni regionali che le ASL adotteranno nel regolamento di funzionamento”*;

VISTO l’Atto di Organizzazione n. G16751 del 10 dicembre 2024 “Istituzione Gruppo di Lavoro per l’elaborazione delle Linee di indirizzo regionali per il funzionamento delle Case della Comunità”, con cui è stato istituito uno specifico gruppo di lavoro con il compito di elaborare le summenzionate Linee di indirizzo regionali per il funzionamento delle Case della Comunità (CdC);

CONSIDERATO che il succitato Atto di Organizzazione n. G16751/2024 prevede per la costituzione del Gruppo di Lavoro, data la trasversalità delle tematiche di cui all’obiettivo la partecipazione sia di dirigenti della Direzione Salute e Integrazione sociosanitaria, che di rappresentanti di tutte le ASL del Lazio, specificamente individuati dal Direttore Generale di ciascuna Azienda;

CONSIDERATO altresì che il sopracitato Atto di Organizzazione ha ritenuto inoltre ha previsto la partecipazione nell’istituendo Gruppo di Lavoro di:

- un referente dell’OMCeO – Ordine dei Medici Chirurgi ed Odontoiatri di Roma e uno individuato tra gli Ordini delle Province;
- un referente dell’OPI - Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma e uno individuato tra gli Ordini delle Province;
- un referente della Direzione Inclusione sociale della Regione Lazio;
- un referente dell’ANCI;
- il Direttore del Dipartimento Politiche Sociali e Salute di Roma Capitale (o suo delegato);
- un Responsabile dell’Ufficio di Piano individuato tra i distretti sociosanitari afferenti a ciascuna Provincia del Lazio, ivi compresa la città metropolitana di Roma.”;

VISTO l’Atto di Organizzazione n. G02540 del 2 febbraio 2025 “Integrazione Gruppo di Lavoro per l’elaborazione delle Linee di indirizzo regionali per il funzionamento delle Case della Comunità e nomina dei componenti del Gruppo”, con cui si è proceduto ad integrare il Gruppo di lavoro istituito con l’Atto di organizzazione n. G16751/2024 con la presenza di un componente del Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale Lazio - ASL Roma 1 (DEP Lazio) in ragione delle competenze legate alle attività inerenti il miglioramento della qualità e dell’efficienza dell’assistenza sanitaria;

PRESO ATTO che nel medesimo atto la Direzione Salute e Integrazione sociosanitaria ha proceduto alla nomina dei componenti del suddetto Gruppo di Lavoro, sulla scorta delle comunicazioni pervenute dai diversi Enti e Ordini;

CONSIDERATO inoltre che con nota regionale prot. n. 341529 del 19.3.2025 la Direzione Salute e Integrazione sociosanitaria ha comunicato al Presidente dell’Ordine degli Assistenti Sociali – Consiglio regionale del Lazio che si riteneva opportuno integrare detto Gruppo di Lavoro con un componente di codesto Ordine, in ragione delle funzioni di raccordo fra le reti territoriali sanitarie e sociali, e fra le diverse figure professionali che concorrono alla presa in carico, nonché del confronto su altri temi di interesse, anche di cui ad ulteriori percorsi in itinere, connessi alla riorganizzazione territoriale in atto, chiedendo di

procedere alla individuazione del proprio referente, e che con la nota prot. 2166 del 23 aprile 2025 l'Ordine Assistenti Sociali – Consiglio Regionale Lazio ha indicato il suddetto referente;

PRESO ATTO della nota prot. n. 45966 del 5 giugno 2025 del Dipartimento Politiche Sociali e Salute di Roma Capitale con la quale è stata comunicata la sostituzione del delegato del Direttore del Dipartimento Politiche Sociali e Salute di Roma Capitale;

TENUTO CONTO che il suddetto Gruppo di Lavoro ha effettuato incontri volti alla elaborazione ed alla condivisione del documento “Linee di indirizzo regionali per il funzionamento delle Case della Comunità nella Regione Lazio”

VISTO il documento “Linee di indirizzo regionali per il funzionamento delle Case della Comunità nella Regione Lazio”, di cui all’ Allegato n. 1, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

PRESO ATTO che il summenzionato documento “Linee di indirizzo regionali per il funzionamento delle Case della Comunità nella Regione Lazio”, Allegato n. 1, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, è stato altresì illustrato al Comitato di cui alla Determinazione n. G01027 del 28.1.2025 “Composizione del Comitato previsto dall’ art. 11 dell’ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo il 04.04.2024.”;

PRESO ATTO della Deliberazione di Giunta Regionale n. 1003 del 6 novembre 2025 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 Salute, Componenti 1 e 2 – Rimodulazione del Piano Operativo Regionale di cui alla DGR n. 642 del 24/07/2025”;

DATO ATTO che dal presente atto non derivano oneri a carico del bilancio regionale;

DELIBERA

Per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate:

- di approvare il documento “Linee di indirizzo regionali per il funzionamento delle Case della Comunità nella Regione Lazio” di cui all’Allegato n. 1, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Linee di indirizzo regionali per il funzionamento delle Case della Comunità (CdC)



Il presente documento è stato redatto dal gruppo di lavoro istituito con Atti di Organizzazione n. G16751 del 10.12.2024 e n. G02540 del 28/02/2025

Nome	Ente
Marco Nuti	Dirigente Area Rete Integrata del Territorio con funzione di coordinatore
Paolo Parente	Dirigente dell'Ufficio Assistenza distrettuale e strutture intermedie dell'Area Rete Integrata del Territorio;
il Dirigente Area Rete Ospedaliera e Specialistica, o suo delegato	
Antonio Andreozzi	Dirigente dell'Area Controllo di gestione e Internal Audit
Floriana Rosati	Dirigente Area Risorse Umane
Annalisa Bononati	Dirigente dell'Area Innovazione e ICT
Andrea Siddu	Dirigente dell'Area Promozione della salute e prevenzione
Nadia Nappi	Dirigente dell'Area Autorizzazione, Accreditamento e Controlli
Gloria Esposito	funzionario dell'Area Rete Ospedaliera e Specialistica
Andrea Barbara	ASL Roma 1
Angelica Carrà	ASL Roma 2
Carola Magni	ASL Roma 3
Leonardo Spaziani	ASL Roma 4
Gennaro Cerone	ASL Roma 5
Debora Sorbara	ASL Roma 6
Maria Gabriella Battisti	ASL Frosinone
Manuela Lombardi	ASL Latina
Roberta Rossi	ASL Rieti
Ivano Mattozzi	ASL Viterbo
Gianfranco Damiani	OMCeO Roma
Giovanni Magnante	OMCeO delle Province della Regione Lazio
Carlo Turci	Ordine Professioni Infermieristiche di Roma
Agnese Barsacchi	Ordine Professioni Infermieristiche di Rieti
Fulvio Viel	Dirigente dell'Area Programmazione degli Interventi e del Sistema Integrato Sociale della Direzione Inclusione Sociale della Regione Lazio
Matilde Celentano	ANCI
Paola Calvani	Responsabile dell'Ufficio Piano Sociale di Roma Capitale e delegata del Direttore del Dipartimento Politiche Sociali e Salute di Roma Capitale
Federico Conte	referente per gli UDP del territorio dell'ASL RM 4
Katia Matteo	referente per gli UDP del territorio dell'ASL RM 6
Maurizio Ottaviani	referente per gli UDP del territorio dell'ASL FR
Roberto Sardo	referente per gli UDP del territorio dell'ASL RI
Mirko Di Martino	Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale Lazio - ASL Roma 1 (DEP Lazio)
Anna Acampora	Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale Lazio - ASL Roma 1 (DEP Lazio)

Inoltre, hanno collaborato a vario titolo alla stesura del presente documento:

Nome	Ente
Marta Caminiti	Dirigente Medico ASL Roma 2
Matteo Di Pumpo	Medico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva – Dipartimento di Scienze della vita e sanità pubblica – Università Cattolica del Sacro Cuore
Giulia Santolini	Dirigente medico ASL Latina/Ufficio Assistenza distrettuale e strutture intermedie dell'Area Rete Integrata del Territorio;
Mauro Pitorri	ASL Rieti
Elena Addessi	Presidente Consiglio Regionale del Lazio – Ordine degli Assistenti Sociali Ha svolto funzioni di Segreteria del Gruppo di Lavoro
Laura Gerosa	Funzionario dell'Area Rete Integrata del Territorio

Sommario

Modello Organizzativo delle Case della Comunità	1
Introduzione	1
Obiettivi del modello organizzativo regionale	2
Principi ispiratori	3
Contesto demografico ed epidemiologico	4
Dimensionamento e bacini di utenza	6
Localizzazione e riconoscibilità: prossimità e accessibilità	7
Adattamento del modello alle specificità urbane e provinciali	7
Hub e Spoke: logica di rete	8
Standard di personale	9
Servizi erogati all'interno della CdC	10
Integrazione tra AFT e CdC	13
Presa in carico della cronicità	14
Governance del modello e raccordi istituzionali	15
Integrazione verticale e trasversale: ASL, Regione, Enti Locali	17
Il raccordo della Casa della Comunità con i servizi territoriali	17
Formazione e cultura del lavoro integrato	19
Sanità pubblica e assistenza distrettuale.....	19
Promozione della salute e prevenzione all'interno delle Case della Comunità	19
Modalità di integrazione tra le Case della Comunità e i Dipartimenti di Prevenzione (DdP)	20
Raccordo tra Dipartimento della funzione territoriale e DdP	20
Programmazione congiunta tra distretti e DdP	20
Operatività interdistrettuale	21
Strumenti comuni per la governance della prevenzione	22
Formazione degli operatori per la promozione della salute	22
Integrazione dei servizi e delle attività	22
Figure professionali coinvolte	25
Coordinamento regionale	25
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	26
Definizioni e obiettivi	26
Governance multilivello	27
Strumenti di attuazione della partecipazione e co-produzione nell'ambito delle Case di Comunità	29
Monitoraggio e Valutazione Partecipata	29
Integrazione socio-sanitaria.....	30
Il Punto Unico di Accesso (PUA)	32

Obiettivi del PUA	32
Le funzioni PUA.....	33
Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD).....	35
Funzioni dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale	35
Budget di salute e budget di progetto	37
Budget di Progetto.....	38
Azioni di monitoraggio e valutazione	39
Implementazione dei servizi previsti dal DM 77 (obbligatori, raccomandati e facoltativi).....	39
Gli indicatori di qualità per la valutazione proattiva	39
Indicatori di carattere organizzativo	40
Prevenzione e promozione della salute	41
Presa in carico e continuità assistenziale	41
Indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia	42
Monitoraggio e miglioramento continuo della qualità dei servizi presso le Case della Comunità	42
Monitoraggio e valutazione dei Livelli Essenziali di Prestazioni Sociali.....	42
Azioni di "monitoraggio del personale", in accordo agli standard e ai fabbisogni definiti	43
Gli elementi trasversali della valutazione	43
Allegato 1 Riferimenti normativi	44
Allegato 2 Bacini di utenza e collegamenti funzionali: Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Case della Comunità (CdC)	46

Modello Organizzativo delle Case della Comunità

Introduzione

Il modello organizzativo delle Case della Comunità (CdC), così come definito per l'ambito regionale nel presente documento, rappresenta una risposta strategica e operativa ai nuovi bisogni di salute e alle nuove esigenze organizzative emergenti sul territorio, dettate dalla trasformazione demografica, epidemiologica e sociale. Il DM 77/2022 impone una profonda revisione dei modelli assistenziali, con particolare attenzione ai principi della prossimità e della continuità delle cure; tuttavia, tali principi devono essere declinati in maniera differenziata, attraverso strumenti idonei quali il ***population health management***, ovvero considerando le specificità territoriali della Regione, del contesto urbano metropolitano di Roma Capitale e delle quattro province laziali.

A differenza dell'ambito metropolitano, in cui il modello organizzativo deve tener conto della complessità legata all'alta densità abitativa, all'eterogeneità demografica e socio-economica, facendo assumere un ruolo chiave all'intercettazione tempestiva dei bisogni espressi e latenti, all'attuazione di strategie proattive e preventive, capaci di integrare i servizi sociosanitari, le aree provinciali e rurali si confrontano con una sfida differente, strettamente legata alla bassa densità abitativa, all'isolamento geografico e alle limitate infrastrutture di collegamento. Qui, il modello organizzativo punta sulla flessibilità e sulla capillarità degli interventi, valorizzando reti locali, la telemedicina e l'assistenza domiciliare. Le Case della Comunità in ambiti non urbani sono concepite per provare a superare le distanze geografiche, garantendo prossimità, presenza e continuità assistenziale anche nelle zone più remote, attraverso soluzioni organizzative adattive e *tailored*, che tengono conto delle peculiarità locali, quali la minore disponibilità di personale sanitario e la necessità di integrazione con i servizi sociali e il terzo settore e altri attori della società civile e delle attività produttive.

In tale contesto, il rafforzamento dell'offerta territoriale nelle aree periferiche e a bassa densità rappresenta un'opportunità strategica per rispondere ai bisogni della popolazione direttamente nei luoghi di residenza, riducendo la mobilità intra ed extra regionale e contribuendo così a una gestione più efficiente ed equa delle risorse disponibili.

In entrambi i contesti, urbano e delle province, la visione del modello organizzativo è quella di una sanità territoriale diffusa e integrata, capace di rispondere o anticipare i bisogni emergenti.

Il presente documento, pertanto, approfondisce le dimensioni strutturali, organizzative e operative del modello, definendo chiaramente le strategie da adottare per garantire un'efficace attuazione delle Case della Comunità nella Regione Lazio.

Obiettivi del modello organizzativo regionale

La Casa della Comunità rappresenta il nodo centrale della rete territoriale e costituisce il fulcro dell'Assistenza Territoriale per il tramite di un network integrato di servizi, volto alla realizzazione di progettualità macro (programmi comunitari) e micro (Progetti di salute e Piani Assistenza Individuali) e che prevede il protagonismo di stakeholder comunitari;

Gli obiettivi delineati per le Case della Comunità rispondono alla necessità di consolidare un modello di assistenza territoriale integrata, orientato alla prossimità, alla partecipazione attiva della comunità e alla continuità della presa in carico, in particolare:

- Attuare un modello di sanità territoriale centrato sulla **prossimità** e sull'**integrazione** dei Servizi, realizzato sia tramite l'erogazione diretta di interventi nella CdC stessa, che attraverso collegamenti funzionali con il domicilio dell'assistito, gli altri attori e setting della rete dei servizi e delle strutture sanitarie, sociali e delle risorse comunitarie. L'organizzazione su base distrettuale consente di strutturare un sistema accessibile, capace di garantire equità, continuità dell'assistenza e risposte differenziate in relazione ai bisogni della popolazione.

In tale ambito, si ritiene strategico promuovere una governance dei processi assistenziali che integri i due assi portanti di un sistema orientato alla centralità della persona: lo sviluppo di competenze professionali coerenti con i principi dell'umanizzazione delle cure e la valorizzazione del benessere organizzativo degli operatori.

- Promuovere un modello organizzativo caratterizzato dalla **proattività**, offrendo servizi elettivamente proposti secondo modalità di iniziativa, agita a seguito di predefinizione e valutazione dei bisogni di individui e di popolazione.
- Realizzare un progetto di **innovazione** in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa: disegnando nuove soluzioni di servizio, contribuendo a costruire e organizzare le opportunità di cui ha bisogno al fine di migliorare la qualità della vita e del territorio.
- Garantire la presa in carico del processo integrato che assicuri l'accesso, la valutazione del bisogno e la continuità del processo di assistenza individuale o di popolazione, caratterizzata da prestazioni di natura preventiva, diagnostica, terapeutica, riabilitativa, palliativa, di educazione alla salute, coaching, counselling e monitoraggio.

Principi ispiratori

Il modello delle Case della Comunità si fonda su un impianto valoriale chiaro e coerente, ispirato ai principi di proattività, integrazione, partecipazione, personalizzazione ed equità. Tali principi rappresentano il riferimento operativo per l'organizzazione dei servizi, orientando le scelte strategiche e la presa in carico della persona. Essi costituiscono il presupposto per una sanità di prossimità capace di rispondere in modo appropriato, inclusivo e continuo ai bisogni della popolazione, come sotto declinato:

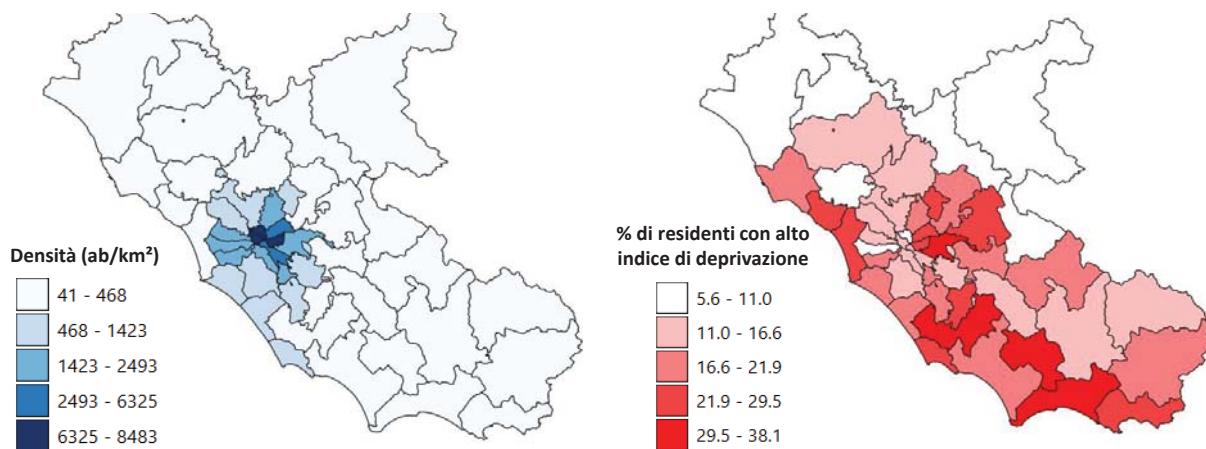
- Proattività: identificare precocemente i bisogni, favorendo la tutela della salute attraverso azioni mirate orientate alla prevenzione.
- Integrazione: tra professionisti, servizi, livelli di assistenza, istituzioni.
- Partecipazione: dei cittadini e della comunità nella programmazione.
- Personalizzazione: della presa in carico e degli interventi.
- Equità: come accesso proporzionato ai bisogni.

Umanizzazione delle cure: rispondere non solo ai bisogni clinici, ma anche ai bisogni relazionali, informativi, psicologici e sociali della persona assistita, nel rispetto della sua dignità, autonomia e specificità culturale.

Contesto demografico ed epidemiologico

Il territorio della regione Lazio presenta una sostanziale variabilità in termini di densità abitativa, depravazione sociale e materiale, caratteristiche demografiche e distribuzione di patologie croniche. Le aree urbane, in particolare Roma Capitale, presentano una forte concentrazione demografica mentre le province della regione evidenziano una marcata dispersione sul territorio (Figura 1). Questo ha notevoli implicazioni sull'organizzazione dei servizi di prossimità. La depravazione sociale e materiale è stata stimata considerando cinque condizioni: basso livello di istruzione, condizione di disoccupazione, famiglia monogenitoriale, abitazione in affitto e ad alta densità abitativa. Anche in questo caso tra i Distretti sanitari della regione emerge una rilevante variabilità: nelle ASL Roma 2 e Latina sono presenti i Distretti con i più elevati livelli di depravazione (Figura 1).

Figura 1. Densità abitativa e alto indice di depravazione per Distretto



Fonte: Dipartimento di Epidemiologia del SSR Lazio al 01/01/2024

Tra le altre caratteristiche che presentano una notevole eterogeneità all'interno del perimetro regionale spiccano la distribuzione per età e la percentuale di popolazione straniera. L'età media della popolazione della regione Lazio è pari a 45.7 anni, con un indice di vecchiaia che varia da un minimo di 155 (155 residenti di 65 anni e più ogni 100 residenti di età inferiore ai 15 anni) per la ASL Roma 5 fino ad un massimo di 251 per la ASL di Rieti. La percentuale di popolazione straniera è molto elevata all'interno di Roma Capitale (12.6%) e

varia da un minimo del 5.1% nella ASL di Frosinone fino ad un massimo del 13.6% nella ASL Roma 1. Per quel che riguarda la prevalenza di condizioni croniche, secondo l'indagine PASSI (dati 2022-2023, popolazione in età 18-69 anni) le persone senza patologie croniche sono pari all'80.3%, la percentuale delle persone con almeno una patologia cronica è del 19.7% mentre le persone con due o più patologie croniche costituiscono il 5.1% della popolazione totale. Con riferimento alle funzioni di presa in carico che il DM 77/2022 attribuisce alle Case della Comunità, può essere di supporto l'analisi degli accessi in pronto soccorso potenzialmente inappropriati. Durante il 2023, a livello regionale, nella popolazione con età maggiore o uguale di 50 anni sono stati identificati più di 55 accessi potenzialmente inappropriati ogni 1,000 assistiti (tasso del 55%). Questo dato presenta una variabilità molto rilevante tra le ASL della regione, con un *range* che va dal 44.6% della ASL Roma 1 fino al 74.3% della ASL di Latina (fonte: Programma Regionale di Valutazione degli Esiti - PReValE).

A supporto delle attività legate all'implementazione delle CdC, il Dipartimento di Epidemiologia del SSR Lazio (DEP Lazio) ha avviato un'importante attività di georeferenziazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie territoriali, sovrapponendo i dati di prevalenza e bisogni assistenziali della popolazione ai bacini di utenza esistenti e potenziali delle Case della Comunità. Questa mappatura dinamica supporta:

- l'individuazione di aree a rischio di sotto-servizio;
- la programmazione di nuove CdC secondo logiche di equità e accessibilità;
- la modulazione dei servizi offerti in base ai reali bisogni territoriali;
- l'integrazione funzionale con altri nodi della rete (COT, PUA, ADI, etc.).

Questi dati consentono di proporre un modello organizzativo *data-driven*, orientato alla proattività e alla personalizzazione degli interventi, con particolare attenzione alle diseguaglianze sanitarie e sociali.

Dimensionamento e bacini di utenza

In considerazione del modello di assistenza territoriale definito dal DM 77/2022 si rende necessario rivedere il perimetro del distretto socio-sanitario, ripartendolo in bacini di utenza sub-distrettuali che favoriscano la corretta presa in carico del paziente e della comunità in un contesto di prossimità. In linea generale, per le ASL collocate nel Comune di Roma, i bacini di utenza possono essere identificati attraverso l'aggregazione per prossimità di Zone urbanistiche (ZUR) o di ripartizioni minime territoriali ancora più rispondenti alle necessità della programmazione locale. Per quel che riguarda le ASL collocate fuori dal Comune di Roma, le unità di aggregazione possono essere costituite dai singoli comuni.

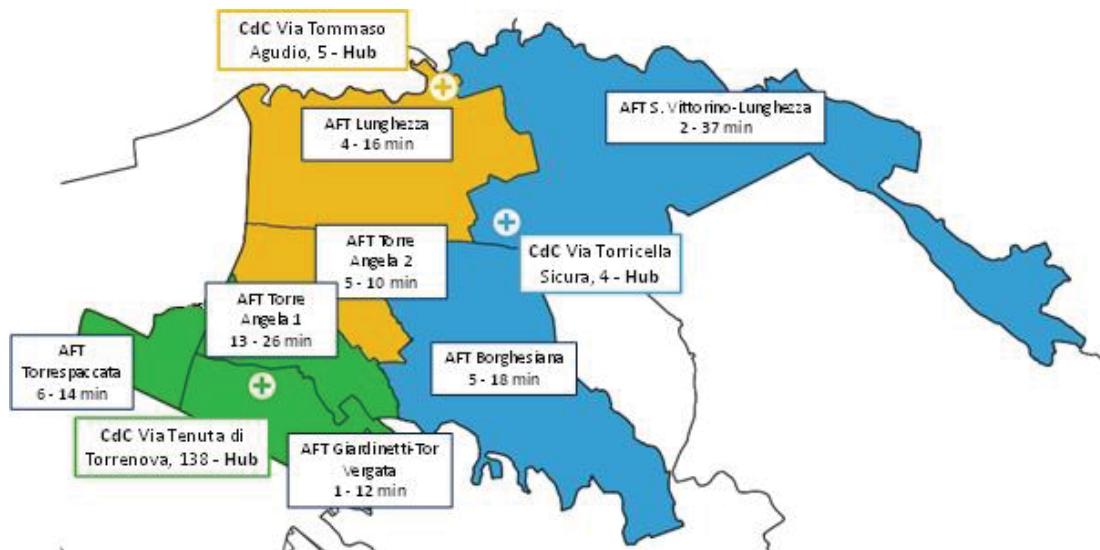
A puro titolo di esempio, in Tabella 1 è mostrata una proposta dei bacini di utenza delle CdC nel Distretto 6 della ASL Roma 2, identificati sulla base delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) collocate nel perimetro del Distretto. Gli ambiti territoriali delle AFT - costituiti dall'aggregazione di ZUR o di loro partizioni, tengono conto della popolazione residente e della densità abitativa. In Figura 2 è riportata la rappresentazione geografica della distribuzione delle CdC e delle AFT sul territorio del Distretto. Nella mappa, per ciascuna AFT, sono indicati il tempo minimo e il tempo massimo di percorrenza (minuti in macchina) rispetto alla CdC di riferimento.

Tabella 1. I bacini di utenza delle CdC: l'esempio del Distretto 6, ASL Roma 2

ASL	Distretto	CdC/Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM2	6	CdC Torrenova (81,770 residenti)	Torrespaccata (28,288 residenti)	24	Torrespaccata	11,357
			Giardinetti		Torre Maura	16,931
			Torre Angela 1	30	Torre Angela 1	35,432
		CdC Torricella Sicura (60,168 residenti)	Borghesiana	36	Borghesiana	42,215
			San Vittorino- Lunghezza (17,953 residenti)	15	San Vittorino	11,202
					Lunghezza 1	6,751
		CdC Tommaso Agudio (65,205 residenti)	Lunghezza (28,351 residenti)	24	Lunghezza 2	22,856
			Torre Angela 2		Acqua Vergine	5,495
				31	Torre Angela 2	36,854

Fonte: DEP Lazio. Popolazione con età maggiore o uguale di 14 anni, assistita e residente al 01/01/2024

Figura 2. Territorializzazione delle reti assistenziali. CdC e AFT nel territorio del Distretto 6, ASL Roma 2



La popolazione che risiede negli ambiti territoriali identificati attraverso questa metodologia può essere caratterizzata utilizzando informazioni sanitarie e socio-economiche. Questo consente di seguire un approccio di *population health management*, orientato alla programmazione “locale” dell’offerta sulla base dei reali bisogni assistenziali delle popolazioni *target*.

Localizzazione e riconoscibilità: prossimità e accessibilità

La scelta della localizzazione delle Case della Comunità rappresenta un elemento strategico per garantirne la prossimità, l’accessibilità e la riconoscibilità da parte della popolazione di riferimento. L’individuazione dei siti deve tenere conto della presenza di infrastrutture pubbliche, della connettività con il sistema dei trasporti e della possibilità di attivare sinergie funzionali con altri servizi pubblici territoriali. Particolare rilievo assume l’identità visiva della struttura, anche quale leva per promuovere l’accesso informato, la comunicazione istituzionale e la partecipazione attiva dei cittadini.

Ai fini del rafforzamento dell’identità visiva e della riconoscibilità è stato creato il “Manuale di identità visiva delle case delle Comunità della regione Lazio”.

Adattamento del modello alle specificità urbane e provinciali

Il modello organizzativo delle Case della Comunità deve essere calibrato sulle caratteristiche dei diversi contesti territoriali. In particolare, è necessario adottare soluzioni differenziate per rispondere in modo efficace e sostenibile alle esigenze che emergono nei contesti metropolitani ad alta densità, nelle aree interne e montane, nonché nei comuni con una significativa presenza di popolazione anziana e fragile.

Nei contesti metropolitani ad alta densità abitativa, la forte eterogeneità socio-economica e la concentrazione dei bisogni in specifiche micro-aree rendono indispensabile una programmazione ad alta granularità.

Considerata l'attuale localizzazione delle Case della Comunità, è necessario promuovere interventi che permettano alla rete dei trasporti di facilitare o complementare le possibilità di accesso. In parallelo, occorre favorire l'integrazione tra servizi sanitari, sociali e sociosanitari mediante modelli organizzativi multiprofessionali e lo sviluppo di soluzioni digitali e relazionali, che consentano di ampliare le modalità di fruizione e assicurare continuità assistenziale, in particolare per le fasce di popolazione più vulnerabili.

Nelle aree interne e montane, la dispersione della popolazione, le difficoltà infrastrutturali e l'isolamento geografico richiedono un'organizzazione dei servizi fortemente orientata alla prossimità funzionale. In tali territori, risulta strategica la collaborazione con le amministrazioni comunali, le reti civiche, il terzo settore e attori delle attività produttive per l'intercettazione precoce dei bisogni e la costruzione di reti di supporto comunitarie.

Nei comuni con alta incidenza di popolazione anziana e fragile, il modello deve promuovere una presa in carico proattiva e integrata, fondata sulla definizione di piani personalizzati e sulla continuità tra assistenza domiciliare, servizi sociali e reti sanitarie territoriali. In questi contesti, è prioritario attivare programmi di prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili e rafforzare le azioni di comunità orientate al contrasto dell'isolamento sociale e alla promozione del benessere relazionale. Particolare attenzione deve essere dedicata all'adozione di strumenti per la rilevazione precoce dei bisogni e alla stratificazione del rischio, al fine di indirizzare in modo mirato le risorse e i percorsi assistenziali.

Hub e Spoke: logica di rete

Il modello organizzativo delle Case della Comunità, si fonda su una configurazione a rete basata sulla distinzione tra **CdC Hub** e **CdC Spoke**, con una distribuzione funzionale dei servizi finalizzata a garantire prossimità, equità e continuità dell'assistenza territoriale.

Le **Case della Comunità Hub** rappresentano le strutture principali, ad alta intensità organizzativa, dotate di équipe multiprofessionali e multidisciplinari, servizi sanitari, sociosanitari e sociali integrati. Sono operative 24h, sette giorni su sette, e costituiscono il perno della rete distrettuale, assicurando la presa in carico globale dei bisogni della popolazione e il coordinamento delle strutture territoriali collegate.

Le **Case della Comunità Spoke** sono invece strutture a minor complessità organizzativa che, in raccordo con la CdC Hub, garantiscono la capillarità dell'offerta. Queste erogano servizi, coerenti con i bisogni del territorio di riferimento, in collegamento funzionale, come sospeso, con la CdC Hub.

La logica Hub & Spoke, oltre a configurare un'organizzazione modulare e flessibile, è finalizzata a:

- garantire prossimità e accesso capillare ai servizi, anche in aree periferiche o a bassa densità;
- evitare duplicazioni inefficienti delle risorse e delle prestazioni;
- specializzare l'offerta, differenziando funzioni e dotazioni in base al livello e alla complessità;
- favorire la collaborazione interprofessionale e interstrutturale, rafforzando il coordinamento tra sedi e con gli altri nodi della rete distrettuale.

Il collegamento funzionale tra Hub e Spoke è garantito da protocolli condivisi, sistemi informativi interoperabili, strumenti di telemedicina e il supporto operativo della Centrale Operativa Territoriale (COT). Tale livello di operatività consente di rafforzare la funzione di primo presidio sanitario territoriale e di svolgere attività a bassa complessità clinica, contribuendo a:

- facilitare l'accesso della popolazione anche nelle fasce orarie extra-lavorative, migliorando l'accesso ai Servizi, resi più esigibili, e riducendo, tra l'altro, il ricorso improprio al Pronto Soccorso;
- gestire in modo appropriato i bisogni sanitari non urgenti, garantendo una risposta tempestiva ed efficace alle situazioni a bassa complessità clinico-assistenziale. Questo approccio contribuisce concretamente alla riduzione degli accessi impropri ai servizi di emergenza-urgenza, promuovendo un uso più razionale delle risorse del Servizio Sanitario Regionale (SSR);
- promuovere la continuità assistenziale e la prossimità, assicurando la presenza strutturata di équipe multiprofessionali in grado di intercettare, monitorare e accompagnare il percorso del cittadino all'interno della rete dei servizi. L'operatività estesa rende la CdC il punto di riferimento per la popolazione, secondo i principi della sanità d'iniziativa, favorendo interventi precoci, personalizzati e orientati alla prevenzione e al mantenimento dell'autonomia della persona con l'utilizzo di percorsi standardizzati.

Standard di personale

Le **CdC hub** al fine di assicurare i servizi descritti dovranno essere dotate di 7-11 Infermieri organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto:

*7-11 Infermieri, **

- *1 Coordinatore Infermieristico,*
- *2-3 infermieri per le attività ambulatoriali,*
- *1-2 infermieri per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute*
- *4-6 infermieri per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza.*

**si prevede che nel tempo gli infermieri possano assumere il ruolo di IFeC*

1 assistente sociale,

5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

La CdC hub garantisce la presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale e la presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7.

La CdC spoke garantisce presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7.

Servizi erogati all'interno della CdC

Le Case della Comunità devono garantire un insieme di servizi obbligatori, come previsto dal DM 77/2022, dalle Linee guida AGENAS e dai documenti di programmazione regionale, in particolare dalla DGR Lazio 976/2023.

In particolare, le Case della Comunità hub e spoke devono assicurare la presenza di specifici profili professionali, selezionati tra quelli disponibili secondo la normativa vigente, anche mediante interventi di riorganizzazione aziendale. Devono inoltre garantire l'erogazione dei servizi obbligatori elencati nella seguente Tabella 1 – Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità, anche tramite modalità innovative come telemedicina e teleassistenza, supportate dalle relative competenze professionali.

Accanto a questi, possono essere attivati servizi facoltativi, coerenti con i bisogni della popolazione e con le priorità di salute del territorio, valorizzando le risorse disponibili e promuovendo l'integrazione tra professionisti sanitari, sociali e il terzo settore e delle attività produttive.

Strumento fondamentale per la programmazione delle attività di presa in carico ed erogazione dei servizi sanitari nelle CdC è il principio di territorializzazione, ovvero la possibilità di operare su bacini di utenza per Case della Comunità e AFT (Allegato. 2) che permettano di programmare interventi su popolazioni e comunità target in base ai bisogni di salute delle stesse.

L'assistenza primaria è erogata attraverso un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare, principalmente costituita dal Medico del ruolo unico di assistenza primaria/PLS, dallo Specialista Ambulatoriale, dall'IFeC, dall'Assistente Sociale e degli Enti Locali e dal personale di supporto (sociosanitario, amministrativo). Eventuali altre figure professionali (es. Medico di medicina di comunità, assistente sanitario, psicologo, biologo, personale riabilitativo, ecc.) possono essere ricomprese a seconda della specificità dei bisogni del paziente, tenendo conto dell'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento della CdC hub, 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.

Tabella 2. Cooperazione funzionale delle figure presenti che costituiscono l'équipe multiprofessionale

MMG e PLS e	Referente principale, in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito, relativamente agli aspetti diagnostico-terapeutici in tutte le fasi della vita.
Medico di Medicina di Comunità e Medici dei Servizi	Referente clinico per le attività che garantisce presso la Casa della Comunità, nell'ambito della programmazione distrettuale e degli obiettivi aziendali/regionali.
Infermiere	Referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, contempla tra le sue attività la prevenzione e la promozione della salute nella presa in carico del singolo e della sua rete relazionale, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico.
Specialista	Assume un ruolo di rilevanza strategica in relazione alla complessità diagnostica e terapeutica che caratterizza le fasi della malattia. In caso di cronicità multipla il ruolo potrà essere assunto dallo specialista che segue la cronicità prevalente per gravità/instabilità sulle altre e quindi questa figura potrà variare nel corso del processo. La figura dello specialista ha un ruolo di spicco in alcune fasi centrali del processo, dove le sue competenze fanno sì che assuma un ruolo di guida nella decisione clinica.
Farmacista	Referente dell'uso sicuro ed efficace dei farmaci contenuti nel programma terapeutico (interazioni farmacologiche, dosaggio, formulazione, farmacovigilanza; sostenibilità economica).
Psicologo	Referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto.
Assistente Sociale	Referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale.
Altre professioni dell'Equipe	Le altre figure professionali dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che durante il processo parteciperanno alla presa in carico. I professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di <i>case manager</i> nelle diverse fasi della presa in carico, in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali riconducibili alla professione di ostetrica e alle professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione.

Le cure domiciliari rappresentano un percorso assistenziale a domicilio costituito dall'insieme organizzato di interventi medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, anche mediante l'utilizzo della telemedicina. Le cure domiciliari secondo quanto disposto dall'art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017 devono avere la possibilità di integrarsi con l'assistenza domiciliare sociale erogata dagli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) e i protocolli di intervento devono essere omogenei all'interno di una cornice di governo dei processi a carattere distrettuale. In ogni casa della comunità dovrà essere presente la funzione di accesso e avvio del processo di presa in carico nell'ambito delle cure domiciliari. La funzione di erogazione potrà essere organizzata secondo le modalità operative definite dall'assetto aziendale.

Il Punto prelievi costituisce un servizio di supporto diagnostico-assistenziale nella gestione dei pazienti con problematiche cliniche non urgenti. Attraverso questo servizio, a seconda delle necessità, i campioni prelevati potranno essere analizzati dal laboratorio analisi collegato alla CdC hub oppure mediante analisi estemporanee effettuate attraverso il Point of Care Testing (PoCT), qualitativamente controllato, nei casi con giustificato motivo stante il processo di sicurezza e gestione del rischio indicato nella DGR 688-2025, attraverso il coinvolgimento del personale necessario.

I servizi diagnostici sono finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (quali ad esempio ecografo, elettrocardiografo, retinografo, OCT, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione, ecc.).

Il servizio di **Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione** finalizzato alla promozione dell'empowerment individuale e della comunità. (si rimanda al capitolo dedicato)

La **continuità assistenziale** sarà garantita dai medici del ruolo unico di assistenza primaria, sia a ciclo di scelta sia a quota oraria.

Qualora in un ambito territoriale permanga una carenza di assistenza dovuta a mancanza di medici in grado di acquisire tutte le ore disponibili, in attesa del conferimento di incarichi del ruolo unico di assistenza primaria, l'Azienda può conferire incarichi a tempo determinato per l'attività a ciclo di scelta e/o per l'attività oraria. (art. 37 ACN 2024).

Il Punto Unico di Accesso (PUA) rappresenta, il luogo fisico in cui il cittadino trova accoglienza, informazione, orientamento e una prima valutazione in risposta alla richiesta di intervento per bisogni sociosanitari. (vd capitolo dedicato)

Il **CUP** (Centro Unico di Prenotazione) per prenotazioni, ritiro referti e gestione amministrativa.

La **presenza medica** h24, 7 giorni su 7 per le Hub, e h12, 6 giorni su 7 per le CdC Spoke, anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;

Per **presenza infermieristica**, si intende la disponibilità di un servizio di assistenza infermieristica con infermiere dedicato aperto a tutti gli utenti e senza necessità di prenotazione.

Per **Servizi infermieristici** si intendono sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, sia di continuità di assistenza sanitaria, anche per la gestione integrata delle patologie croniche.

Tabella 3. Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Programmi di screening	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	

Integrazione tra AFT e CdC

Nel contesto della riorganizzazione dell'assistenza territoriale delineata dal D.M. 77/2022 e recepita dalla programmazione regionale, le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) rappresentano una modalità

organizzativa finalizzata a garantire la continuità, l'accessibilità e l'integrazione delle cure primarie sul territorio.

In accordo con quanto previsto dal vigente ACN (Art. 29 c.4) le AFT possono avere sede di riferimento individuata dall'Azienda, o dai medici che la compongono in accordo con la stessa, secondo il modello basato sulla distribuzione dei servizi e della popolazione, al fine di rispondere a bisogni specifici del territorio.

Le ASL individuano, per il tramite dei Distretti, la localizzazione all'interno degli spazi appositamente previsti dal DM77/2022 all'interno delle CDC Hub e Spoke, quale possibile sede di riferimento di AFT. In ogni caso, dovrà essere garantita l'accessibilità degli assistiti nella sede di riferimento, a completamento dell'assistenza erogata dal medico di riferimento presso il proprio studio.

Le AFT dei medici di cure primarie assicureranno l'accessibilità di tutti gli assistiti articolando le proprie attività su base di ciclo di scelta nei giorni feriali (lunedì-venerdì) dalle ore 8:00 alle ore 20:00.

Presa in carico della cronicità

Nella strutturata rete tra servizi sopra descritta trovano collocazione i Percorsi Diagnostico-Terapeutico Assistenziali (PDTA) e i PPDTA, di cui si parlerà in dettaglio nella sezione dedicata.

Come noto, i PDTA:

- favoriscono la standardizzazione della presa in carico della cronicità sulla base delle linee guida
- riducono la variabilità e assicurano un approccio uniforme
- ottimizzano le risorse
- assicurano interventi terapeutici e assistenziali calibrati e conformi alle evidenze.

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) costituisce il fulcro operativo dell'integrazione socio-sanitaria, della facilitazione dei percorsi e della presa in carico delle patologie croniche e assicura la continuità tra promozione della salute, prevenzione, diagnosi, trattamento e follow-up. La Casa della Comunità rappresenta il luogo fisico e organizzativo in cui tale integrazione si concretizza: un'infrastruttura territoriale abilitante all'interno della quale i PDTA si articolano attraverso molteplici gate di accesso (PUA, COT, équipe territoriali, percorsi di prevenzione) e connettono in rete i diversi nodi assistenziali (équipe multiprofessionali territoriali — MMG, specialisti ambulatoriali, IFeC — équipe della prevenzione, servizi distrettuali e ospedalieri).

I PDTA non si configurano più come semplici strumenti clinico-organizzativi verticali, ma come architetture dinamiche di rete, capaci di generare prossimità, continuità e accountability tra attori e livelli di assistenza. Devono pertanto definire in modo esplicito ruoli, responsabilità, flussi informativi e procedure operative

condivise, integrandosi nei modelli di governance territoriale e prevedendo meccanismi di monitoraggio, valutazione e adattamento continuo, in coerenza con gli obiettivi di salute della comunità e con i principi del DM 77/2022.

L'attivazione di PDTA strutturati consente inoltre di orientare i pazienti cronici verso percorsi appropriati e programmati, riducendo la necessità di accessi impropri ai canali ordinari di prenotazione e contribuendo così alla razionalizzazione dell'offerta e all'abbattimento delle liste d'attesa per le prestazioni specialistiche. La presa in carico integrata, attraverso agende dedicate e protocolli condivisi, rappresenta un fattore sistematico di appropriatezza e di equità nell'accesso, assicurando al tempo stesso la tempestività delle cure per i pazienti cronici e la disponibilità di risorse per i bisogni acuti e prioritari della popolazione.

La gestione dei PDTA e i sistemi di integrazione ospedale-territorio saranno oggetto di futura proceduralizzazione regionale ad hoc, finalizzata a definire standard omogenei, strumenti operativi e modelli organizzativi condivisi. Tali processi saranno oggetto di monitoraggio secondo un principio di territorializzazione, volto a valorizzare le specificità locali e, al contempo, garantire l'equità e la coerenza complessiva del sistema regionale.

Governance del modello e raccordi istituzionali

Il rafforzamento della governance multilivello consente il superamento della organizzazione verticale e dello scenario di frammentazione attuale, favorendo la circolarità informativa e operativa tra tutti i nodi della rete. La visione proposta è ottenibile solo attraverso una capacità di governo collaborativo, integrato e basato su dati e prove di efficacia, in grado di garantire coerenza organizzativa, trasparenza e accountability.

Livello regionale

La governance delle Case della Comunità (CdC) si articola su più livelli. La Regione Lazio ha istituito, sulla base della DGR 976/2023 e della DGR 1003/2025, una Cabina di Regia regionale per il monitoraggio del PNRR - Missione 6, incaricata di coordinare l'attuazione degli interventi. A livello Regionale ha luogo, inoltre, la funzione di coordinamento e monitoraggio dell'implementazione del modello organizzativo delle Case della Comunità anche attraverso la costituzione di una Task-force dedicata (Atto n. G01455 del 06/02/2025) e il raccordo continuativo con le Direzioni Strategiche, i Dipartimenti della Funzione Territoriale, i distretti socio-sanitari.

Livello aziendale e distrettuale

Il **Direttore del Distretto** è il responsabile dell'attività di programmazione del Distretto, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali (D.lgs. 502/92 e ss.mm.ii.). È inoltre garante del rispetto del raggiungimento degli obiettivi che gli sono stati assegnati dalla Direzione generale aziendale in materia di efficacia ed efficienza dei servizi erogati; espressione dell'orientamento alla persona, attraverso una continua attenzione agli aspetti dell'informazione, della tutela e garanzia dell'equità e della trasparenza dell'offerta, del rispetto della dignità della persona. Il Direttore del Distretto è responsabile della gestione dei percorsi assistenziali integrati di propria competenza in stretto raccordo con i servizi, professionisti del territorio e dell'ospedale.

A supporto di tali responsabilità e nell'ambito organizzativo del Dipartimento della Funzione Territoriale, è prevista la nomina di un **Referente/Responsabile di Distretto per le Case della Comunità**, medicina di prossimità e analisi dei bisogni di popolazione come previsto dalla **Deliberazione della Regione Lazio n. 310 del 2 maggio 2024** recante “Approvazione dell'Atto di Indirizzo per l'adozione dell'Atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio”

La responsabilità igienico-sanitaria e gestionale del presidio della struttura Hub e spoke è affidata ad un **Dirigente Medico, preferibilmente con esperienza nell'organizzazione dei servizi sanitari di base**

Per il coordinamento delle attività assistenziali e organizzative relative alle Case di Comunità, si individua un **Dirigente infermieristico per ciascun Distretto**.

Governance locale

Ogni Casa della Comunità è dotata di un **Board operativo ristretto** che costituisce il nucleo di governance della singola struttura. Il board operativo ristretto assicura il supporto al coordinamento gestionale, clinico e organizzativo della CdC, promuovendo l'integrazione multiprofessionale, l'attuazione del modello di prossimità e il raccordo con la governance distrettuale. Supporta i processi di presa in carico, co-produzione e monitoraggio delle attività.

Questo board include:

- **Direttore di Distretto e/o delegato,**
- **Dirigente infermieristico e/o delegato,**
- **Dirigente medico con responsabilità sanitaria e gestionale del presidio,**
- **Coordinatore dell 'équipe multiprofessionale,**
- **Coordinatore infermieristico,**
- **Referenti AFT attivate nel territorio distrettuale (Deliberazione 2 maggio 2024, n. 310),**
- **Referente Assistente sociale**

I board operativi ristretti sono convocati dal Direttore di Distretto e/o delegato e potranno essere integrati, a discrezione del Direttore di Distretto, con ulteriori figure professionali referenti di specifiche funzioni ritenute

strategiche (es: Referente distrettuale della co-produzione e/o suo delegato, Dipartimento di prevenzione, ecc.) in relazione al contesto territoriale e agli obiettivi della CdC.

In relazione alle caratteristiche organizzative del Distretto e al numero di Case della Comunità attive, è possibile prevedere la **costituzione di board operativi ristretti unificati** per più CdC, al fine di ottimizzare le risorse e garantire continuità nella governance.

Integrazione verticale e trasversale: ASL, Regione, Enti Locali

La CdC è un nodo di un sistema multilivello che può coinvolgere:

- Le Direzioni Strategiche delle ASL
- I Comuni e le loro articolazioni operative ovvero gli Ambiti Territoriali Sociali
- Ufficio di Piano e Servizi sociali dell'Ente Locale
- Rappresentanze della società civile e delle attività produttive

Sono essenziali tavoli permanenti di confronto e governance interistituzionale.

Il raccordo della Casa della Comunità con i servizi territoriali

Le CdC rappresentano un nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto. La loro centralità è data, sul lato del governo della domanda, dalle funzioni di sanità di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti; sul lato dell'offerta dal lavoro multiprofessionale, dall'integrazione tra unità di offerta afferenti a materie e discipline diverse, dal coordinamento tra sociale e sanitario; sul lato della governance dal coinvolgimento attivo della comunità e dei pazienti.

La CdC, proprio per il suo ruolo centrale nella rete dei servizi, adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:

- Rete intra-CdC: costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della CdC e quelle che vi sono funzionalmente collegate.
- Rete inter-CdC: costituita dalla messa in rete tra CdC hub e CdC spoke al fine di contemporare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici caratterizzati da differente densità abitativa e livelli di presenza attiva dei medici di ruolo unico nelle strutture ambulatoriali delle CdC.
- Rete territoriale: la CdC è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale territoriale e ospedaliera, ospedali di comunità, RSA, hospice

e rete delle cure palliative, Consultori familiari e attività rivolte ai minori ove già esistenti, servizi per la salute mentale, dipendenze e disabilità e altre forme di strutture intermedie e servizi.

- Rete territoriale integrata: la CdC è in rete con l'attività ospedaliera, con i presidi a gestione diretta da parte delle AASSLL, con le AAOO e con le differenti forme di privato accreditato presenti sul territorio di riferimento, grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto. Questo può avvenire nella doppia direzione di invio di pazienti selezionati dalla CdC, per fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere e/o ambulatoriali specialistiche. Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri. In tal modo sono generati meccanismi di condivisione delle conoscenze tra i professionisti della CdC e quelli ospedalieri, a favore anche di una maggiore articolazione delle competenze professionali all'interno della CdC.

Inoltre, un efficace governo della domanda, basato sulla stratificazione del rischio e sul reale bisogno di cura, consente una allocazione efficiente delle risorse sanitarie, garantendo tempi di accesso più rapidi e qualità assistenziale elevata. In tale ottica è opportuna la programmazione dell'adozione di soluzioni tecnologiche (es. software gestionali dedicati) per migliorare l'efficienza e la gestione integrata delle cure.

Le CdC devono inoltre essere pienamente connesse con le principali articolazioni organizzative e professionali che operano sul territorio. In particolare, il coordinamento si realizza attraverso l'integrazione funzionale tra la Casa della Comunità e:

- Sistema informativo condiviso tra Regione, ASL e CdC per il tracciamento delle attività
- COT
- Ospedali di comunità
- Strutture ospedaliere a gestione diretta o indiretta
- Comunità, attraverso il Comitato di partecipazione
- Dipartimento di Prevenzione, attraverso il Tavolo della salute comunitaria
- Dipartimento di Salute Mentale, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipendenze patologiche (DSM-DP)
- Servizio sociale professionale ASL e Servizio Sociale Professionale ATS (a garanzia dei LEPS).

In questa sede giova rilevare come secondo quanto disposto dall'art. 55 della l.r. 11/2016, la Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria regionale, che formula pareri e proposte alla Giunta regionale sulla programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria, nonché sulla valutazione dei progetti socio-sanitari di livello sovra distrettuale o regionale e, più in generale, su tutti gli aspetti dell'integrazione socio-sanitaria regionale.

Formazione e cultura del lavoro integrato

La Regione Lazio promuove, incentiva e raccomanda la realizzazione percorsi formativi interprofessionali, per:

- Rafforzare la cultura dell'integrazione e del lavoro di équipe
- Garantire uniformità di approccio assistenziale
- Potenziare le competenze comunicative, relazionali e digitali

La cui applicazione è demandata ai piani aziendali di formazione delle singole ASL.

Sanità pubblica e assistenza distrettuale

Promozione della salute e prevenzione all'interno delle Case della Comunità

In attuazione di quanto previsto dal PNRR, Componente 1 della Missione 6, e dal DM n. 77/2022, le Case della Comunità (CdC) hanno l'obiettivo di garantire in modo coordinato “la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'*équipe* sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione”

L'offerta di **attività di prevenzione** a livello delle CdC può realizzarsi secondo due tipologie di approccio: **organizzato in programmi per gruppi di popolazione e di tipo opportunistico**. La prima è rivolta a gruppi di popolazione anche attraverso chiamate attive e controlli programmati secondo intervalli di tempo opportuni; la seconda è di tipo opportunistico, in cui l'inserimento di interventi preventivi avviene in occasione di ogni contatto con i servizi di assistenza primaria (es. primo contatto informativo, richiesta di valutazioni, visite mediche o erogazione di altre prestazioni diagnostico-terapeutiche, riabilitative e altri interventi preventivi) secondo linee guida di comprovata efficacia. Le attività di promozione della salute e di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, sono integrate nei percorsi assistenziali e concorrono alla realizzazione del modello di sanità di iniziativa, con particolare riferimento al contrasto dei fattori di rischio modificabili delle patologie croniche ed infettive garantendo l'equità degli interventi, alla diagnosi tempestiva e alla presa in carico precoce.

Le predette attività, svolte in coerenza con i piani nazionali e regionali in materia di prevenzione (es PNPV, PNP/PRP, PNCAR/PRCAR ecc.,) contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi dei Piani Aziendali della Prevenzione (PAP).

Modalità di integrazione tra le Case della Comunità e i Dipartimenti di Prevenzione (DdP)

In linea con le indicazioni del DM77/2022, al fine di consolidare l'offerta coordinata e continua degli interventi di promozione della salute e prevenzione, è necessario definire modelli organizzativi basati su:

Raccordo tra Dipartimento della funzione territoriale e DdP

Le Aziende Sanitarie Locali, per il tramite della Direzione Aziendale, assicurano il raccordo funzionale e operativo tra il Dipartimento della funzione territoriale e il Dipartimento della Prevenzione, promuovendo sinergie orientate all'equità, alla prossimità e all'efficacia degli interventi di promozione della salute e preventivi.

Programmazione congiunta tra distretti e DdP

Le attività di prevenzione e promozione della salute sono oggetto di una programmazione congiunta tra i Distretti e il Dipartimento di Prevenzione (DdP), formalmente approvata da entrambi i livelli. Tale programmazione tiene conto del contesto epidemiologico territoriale di riferimento ed è attuata secondo standard operativi omogenei definiti a livello aziendale.

Si individuano tre obiettivi prioritari, da attuare in raccordo tra Distretto e Dipartimento di Prevenzione (DdP), attraverso azioni concrete e indicatori misurabili:

- Istituzione formale del Tavolo della Salute Comunitaria (TSC)
- Attivazione in ogni distretto di una Equipe della Prevenzione (EdP)
- Promozione azioni integrate di prevenzione e promozione della salute nelle CdC

A livello di Azienda Sanitaria Locale è costituito un *Tavolo della Salute Comunitaria* permanente, che prevede la partecipazione di:

- Direttore della funzione territoriale e/o delegato
- Direttori di Distretto e/o loro delegati
- Direttore del Dipartimento di Prevenzione e/o delegato
- Coordinatore di PAP e/o delegato
- Coordinatore Equipe della Prevenzione (EdP) e/o delegato
- Direttori delle UO afferenti al Dipartimento di Prevenzione e/o loro delegati, a discrezione del Direttore del Dipartimento di Prevenzione
- Direttore del Dipartimento delle Professioni Socio-Sanitarie e/o delegato
- Referenti del comitato aziendale dei medici di medicina generale
- Eventuali direttori/responsabili di altre UO aziendali in base alla necessità e/o loro delegati

Il Tavolo della Salute Comunitaria è finalizzato alla promozione della salute e prevenzione nella Casa di Comunità attraverso:

- L'elaborazione di un **Piano annuale di interventi di promozione della salute e prevenzione** a livello della CdC, **basati su evidenze di efficacia e orientati all'equità**, che tenga conto della mappatura dei bisogni locali, che definisca obiettivi condivisi, relative tempistiche, risorse dedicate, attribuzione di ruoli e responsabilità e indicatori di monitoraggio, tenendo conto dei modelli organizzativi adottati a livello aziendale e individuando il livello di coinvolgimento di ciascuna CdC del territorio aziendale rispetto alle attività pianificate. È fondamentale il raccordo gli obiettivi e le azioni definite nel Piano di Prevenzione.
- Il monitoraggio continuativo degli interventi attivati sul territorio nell'ambito della promozione della salute e della prevenzione, al fine di valutarne le coperture, l'impatto, il rapporto costi/benefici, la coerenza con i bisogni rilevati, il contributo al contrasto delle disuguaglianze rilevate e l'allineamento con gli obiettivi aziendali e regionali.
- Il coinvolgimento attivo della comunità attraverso l'interazione con il Comitato della Partecipazione.

A tal fine, il Tavolo della salute comunitaria, convocato dal Direttore della funzione territoriale, si riunisce con cadenza periodica secondo un calendario prestabilito, per analizzare lo stato di avanzamento delle azioni programmate, condividere i risultati raggiunti e, ove necessario, procedere alla revisione e all'adeguamento delle attività in essere ed eventuale aggiornamento del piano.

L'attivazione del Tavolo della Salute Comunitaria e del Comitato di Partecipazione è prevista, qualora non già costituiti in forma strutturata, con composizione e funzioni conformi a quanto definito nel presente documento.

Operatività interdistrettuale

In linea con le indicazioni dell'allegato 3 della Determinazione n. G02706 del 28/02/2023, Il Dipartimento di Prevenzione, in raccordo con il Distretto, coordina attraverso l'EdP, anche la pianificazione e il monitoraggio degli interventi programmati dal Tavolo della Salute Comunitaria che hanno come target di riferimento:

- i pazienti sani e/o con bisogni occasionali e pazienti cronici anche con comorbidità in condizione di stabilità che necessitano di servizi ambulatoriali, inseriti o meno in PPDTA o assistenza domiciliare;
- la comunità attraverso programmi di salute pubblica e interventi preventivi opportunistici e strategie come il community engagement per la promozione della salute e coproduzione.

Strumenti comuni per la governance della prevenzione

Si raccomanda l'adozione di strumenti unificati per la programmazione, la rendicontazione e il monitoraggio degli interventi, oltre a quelli istituzionali già in essere (es NSG, sorveglianze di popolazione), in linea con le indicazioni del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e in attuazione degli obiettivi del Piano Aziendale della Prevenzione (PAP), al fine di garantire trasparenza, tracciabilità e valutazione dell'impatto delle azioni messe in atto.

Le Case della Comunità e l'EdP, nei contesti urbani metropolitani, in linea con gli obiettivi del Piano della Prevenzione, sono snodi strategici per promuovere l'Urban Health e l'equità.

Formazione degli operatori per la promozione della salute

Il PRP e i rispettivi PAP prevedono la realizzazione di percorsi formativi per l'attuazione di interventi di prevenzione e promozione della salute di tipo opportunistico nei diversi setting sanitari. Tali percorsi di formazione congiunta tra gli operatori del DdP e delle CdC, inseribili nei Piani Formativi Aziendali, vengono progettati con particolare riferimento alle competenze legate a:

- intervento motivazionale breve per la promozione degli stili di vita (minimal advice);
- interventi di supporto all'autocura;
- interventi di promozione della salute per rischi da esposizione ambientali;
- promozione di screening e vaccinazioni.

Integrazione dei servizi e delle attività

I servizi e le attività di promozione e prevenzione della salute che possono essere integrati a livello della CdC secondo modalità organizzative definite a livello aziendale e in raccordo con i Dipartimenti di Prevenzione, sono:

Vaccinazioni

Offerta attiva e gratuita dei vaccini previsti dal calendario nazionale e regionale, sia sulla base della fascia target di età, sia in relazione alle condizioni di rischio per patologia o stato immunitario, incluse le campagne stagionali e straordinarie, ad esempio, con predisposizioni di **agende vaccinali dedicate** a disposizione del personale delle CdC, consentendo l'invio diretto dei cittadini.

Screening oncologici e screening HCV

Offerta attiva degli screening alla popolazione appartenente alla fascia target che accede alla Casa della Comunità, trasformando ogni occasione di contatto con i servizi socio sanitari in un'opportunità di salute. Ad esempio:

- offerta attiva del test per la prevenzione del tumore del colon-retto, con distribuzione dei kit per la ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF);
- estensione dei punti e degli orari di riconsegna dei kit SOF;
- prenotazione dei test di screening per mammella e cervice uterina;
- offerta opportunistica del test HCV anche tramite CUP.

Percorsi di promozione della salute e prevenzione rivolti a popolazione sana/con fattori di rischio comportamentali e/o intermedi

In linea con gli obiettivi dei Piani della Prevenzione, le équipe multiprofessionali attive nelle Case della Comunità garantiscono l'effettuazione di interventi motivazionali brevi rivolti a persone con fattori di rischio comportamentali (consumo di tabacco, inattività fisica e sedentarietà, alimentazione scorretta, consumo rischioso o dannoso di alcol) e/o intermedi (ipertensione arteriosa, sovrappeso/obesità, dislipidemie, iperglicemia, etc.), individuate attraverso:

- interventi opportunistici attuati in altri setting sanitari;
- iniziative specifiche realizzate ad hoc a livello regionale e/o aziendale, basate su evidenze, orientate all'equità e con chiara definizione del target di riferimento;
- interventi di promozione della salute basati sulla comunità, fondati su evidenze, strutturati e non episodici, anche attivati da Enti del terzo Settore, Enti locali o altri soggetti del territorio e sostenuti o co-progettati dalle ASL, che adottano strategie di community engagement per la promozione della salute e dell'invecchiamento sano e attivo.

Quando appropriato, è previsto l'invio o la segnalazione verso servizi e prestazioni specifiche, quali:

- Centri Anti Fumo (CAF), che possono offrire una o più delle seguenti prestazioni: terapia farmacologica, counselling individuale, psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo, gruppi psicoeducativi;
- Interventi o servizi di nutrizione preventiva;
- centri alcologici;
- Attività Fisica Adattata (AFA), Esercizio fisica strutturato (EFS) o invio a gruppi di cammino attivati anche da Enti del terzo Settore, Enti locali, altri attori del territorio e promossi dalle ASL nell'ambito delle attività di promozione della salute;
- vaccinazioni e screening;
- interventi e iniziative di promozione della salute basate sulla comunità.

Percorsi Preventivi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PPDTA)

In coerenza con le indicazioni regionali e con le evidenze di efficacia i PPDTA devono prevedere interventi finalizzati alla prevenzione delle complicanze e alla gestione precoce dei fattori di rischio tra i soggetti con patologie croniche.

Le equipe multiprofessionali nelle CdC garantiscono l'effettuazione di interventi motivazionali brevi, ad esempio, il contrasto all'abitudine tabagica, adesione alle vaccinazioni raccomandate, la promozione di uno stile di vita attivo e di una sana alimentazione con possibile invio ai seguenti servizi/prestazioni come ad esempio:

- Centro Anti Fumo (CAF) che possono offrire una o più delle seguenti prestazioni: terapia farmacologica, counselling individuale, psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo, gruppi psicoeducativi;
- servizi di nutrizione preventiva;
- centri alcologici;
- Attività Fisica Adattata (AFA), Esercizio fisica strutturato (EFS) o invio a gruppi di cammino promossi dalle ASL
- vaccinazioni e screening.

Per le persone con patologie croniche, inserite o meno nei PPDTA, vanno definiti anche interventi, rivolti ai loro caregiver, finalizzati a promuovere il benessere personale e a rafforzare le competenze di cura attraverso formazione, counselling e gruppi di mutuo aiuto, riconosciuti e sostenuti dalle ASL.

Promozione della salute nei primi 1000 giorni

Raccordo funzionale e percorsi condivisi tra Case della Comunità, Consultori, Dipartimento di prevenzione, Centri Antiviolenza e Professionisti Sanitari (esempio ginecologi, pediatri, ostetriche, medici di medicina generale, medici specialisti, ecc.) che realizzano interventi ed azioni preventive e protettive, rivolte alla coppia ed al bambino nei primi 1000 giorni ovvero nel periodo che intercorre tra il concepimento e i primi due anni di vita del bambino.

Questo raccordo può favorire la realizzazione di interventi mirati come counseling pre-concezionale rivolto alla coppia, vaccinazioni in gravidanza, la promozione dell'attività fisica in gravidanza e nel puerperio, contrasto al fumo, all'abuso di alcol in gravidanza e allattamento, la protezione, promozione e sostegno all'allattamento materno e dell'alimentazione complementare, la prevenzione degli incidenti domestici e stradali del bambino 0-2 anni, la prevenzione e diagnosi precoce della depressione post-partum, garantendo il coinvolgimento attivo della figura paterna nella cura dei figli fin dalla nascita.

Promozione della salute intersetoriale

Interventi di promozione della salute basati sullo sviluppo di alleanze e reti, ad esempio, la “Rete laziale delle Scuole che Promuovono Salute” (DGR 29 dicembre 2022, n. 1258) o la rete dei “Luoghi di lavoro che Promuovono Salute” (Det. 19 ottobre 2022, n. G14214) o la rete delle Aziende Sanitarie e Ospedali che promuovo salute (Rete HPH).

Figure professionali coinvolte

Le attività di promozione della salute e prevenzione all’interno delle Case della Comunità sono svolte da équipe multiprofessionali, integrate con l’Equipe della Prevenzione nei percorsi assistenziali delle CdC.

Le Équipe di Prevenzione (EdP) sono coordinate da un dirigente sanitario del Dipartimento di Prevenzione, al fine di assicurarne l’omogeneità organizzativa e operativa, in coerenza con quanto previsto dalla Determinazione regionale G02706 del 28 febbraio 2023.

L’Equipe della Prevenzione distrettuale è composta da almeno 1 medico e un infermiere del Distretto, che può essere integrata con altre figure professionali sanitarie nell’ambito delle professionalità della prevenzione disponibili a legislazione vigente (es. IFeC, nutrizionista, assistente sanitario, ostetrico), con la funzione di co-progettazione interventi, attività di counselling breve, supporto agli screening e percorsi preventive.

Le attività di promozione della salute e prevenzione nelle CdC, a seconda dell’intervento e del contesto territoriale, possono essere svolte anche da psicologi, infermieri ed ostetriche, educatori professionali, nutrizionisti, dietisti, logopedisti, biologi, sociologi, fisioterapisti, tecnici della riabilitazione, medici veterinari, tecnici, assistenti sociali.

Coordinamento regionale

A livello regionale, le aree preposte della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitari esercitano funzioni di indirizzo e supporto nelle seguenti attività:

- Per la definizione e l’aggiornamento delle linee di indirizzo regionali volte a favorire la realizzazione di interventi integrati di prevenzione e cura omogenei su tutto il territorio regionale; lo sviluppo di programmi di formazione regionali, inclusa la formazione congiunta.
- La definizione di sistemi di monitoraggio da attivare a livello aziendale al fine di valutare processi e efficacia degli interventi, anche raccogliendo dati e feedback dalle comunità coinvolte.
- La condivisione di esperienze e best practices tra diverse CdC.

Sviluppo di strumenti regionali per la promozione delle opportunità di salute per la popolazione sana e/o con patologie (es. mappa delle opportunità di salute, questionario regionale).

Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione

La Regione Lazio, in attuazione del principio costituzionale di sussidiarietà orizzontale, promuove un modello di Casa della Comunità centrato sul riconoscimento del ruolo attivo della comunità e orientato alla co-produzione dei servizi.

In linea con quanto previsto dal D.M. n. 77/2022, si favorisce un'organizzazione dei servizi basata su un approccio integrato e multidimensionale, che consideri non solo gli aspetti sanitari, ma anche il benessere globale della persona.

L'obiettivo è delineare un modello di Casa della Comunità che superi la dimensione di semplice luogo fisico di cura, per configurarsi come un'organizzazione capace di valorizzare la partecipazione attiva delle risorse della comunità, inclusi gli Enti del Terzo Settore e gli stakeholder. Tale approccio vuole offrire risposte differenziate e mirate ai bisogni reali delle persone e contribuire allo sviluppo di un welfare comunitario, inclusivo e partecipativo, orientato al miglioramento della qualità della vita.

Definizioni e obiettivi

La Casa della Comunità, in linea con le indicazioni del “Documento di indirizzo contenente indicazioni per la promozione della partecipazione/co-produzione dei pazienti, dei cittadini e della comunità nell’ambito delle Case della Comunità” (AGENAS), promuove e garantisce la partecipazione della Comunità e la valorizzazione della co-produzione, mettendo in rete i servizi sociosanitari, i servizi socioassistenziali e le risorse della comunità.

In tale contesto, il fine ultimo risiede nel:

- potenziare l'accesso ai servizi e all'assistenza in un'ottica di equità;
- favorire la presa in carico integrata e la qualità dei servizi;
- capacitare i cittadini nella definizione del proprio progetto di salute promuovendo il benessere della persona, della comunità e dei territori;
- costruire relazioni tra istituzioni del territorio e comunità;
- sperimentare la partecipazione in forma diretta e indiretta della comunità in percorsi di consapevolezza (orientamento attivo ed eventuale accompagnamento) e di cura (valorizzazione di risorse organizzate in forma di offerta attiva e di prossimità).

Nell'ambito dei processi di partecipazione attiva rientrano 3 tipologie di **partecipazione**:

- 1) **Iniziative di informazione:** diffusione di informazioni su servizi, sui percorsi di cura, sulla continuità assistenziale e coinvolgimento della cittadinanza attraverso vari strumenti (portali, social, eventi, materiali informativi) con adozione di un approccio orientato all'equità;
- 2) **Iniziative di consultazione:** rilevazione dei bisogni di informazione e formazione dei cittadini e dei pazienti, coinvolgimento attivo della cittadinanza tramite metodi partecipativi e collaborazioni con associazioni per l'advocacy e la tutela dei diritti dei pazienti;

3) **Partecipazione attiva:** il processo, basato sul partenariato tra l'organizzazione/professionista sanitario e la persona/comunità, in cui l'analisi dei problemi e l'elaborazione, anche operativa, di soluzioni sono definiti congiuntamente dai vari attori. La responsabilità della decisione finale è tuttavia dell'organizzazione.

Nell'ambito dei processi di partecipazione attiva rientrano le diverse tipologie di **co-produzione**:

1. **Co-programmazione** (definizione di priorità e finanziamenti condivisi);
2. **Co-progettazione** (co-design dei servizi);
3. **Co-erogazione** (co-gestione ed esecuzione);
4. **Co-valutazione** (monitoraggio e valutazione congiunti).

La partecipazione e la co-produzione concorrono alla generazione di valore pubblico, all'innovazione sociale, alla responsabilizzazione reciproca, alla collaborazione reciproca attiva tra cittadini e istituzioni e al rafforzamento del capitale sociale e comunitario. Le attività co-prodotte contribuiscono all'attuazione del modello di sanità di iniziativa e integrata, in conformità ai principi del decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, e rappresentano una leva strategica per la sostenibilità e l'efficacia dei servizi territoriali.

Governance multilivello

Nell'ambito delle Case della Comunità, le Aziende Sanitarie Locali tramite i Distretti sanitari, i distretti socio-sanitari o consorzi e i Dipartimenti interessati, promuovono la partecipazione comunitaria e la co-produzione attraverso soluzioni organizzative mirate e percorsi di formazione congiunta.

Nei processi di partecipazione comunitaria e co-produzione, le Aziende Sanitarie Locali, tramite i Distretti sanitari e i Dipartimenti interessati, si impegnano a strutturare collaborazioni tra:

- Enti Locali
- Distretti Socio-Sanitari
- Enti del Terzo Settore formalizzato (associazioni rappresentative dei pazienti, di tutela dei diritti dei/le cittadini/e, di volontariato, associazioni coinvolte nell'erogazione dei servizi, associazioni che svolgono azione di advocacy)
- Comunità e organizzazioni comunitarie informali (pazienti, familiari e caregiver)

In particolare, il coinvolgimento degli Enti del Terzo Settore, secondo le modalità previste dal D.lgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore) e Sentenza Corte costituzionale 131/2020, consente di intercettare in modo capillare e tempestivo i bisogni della popolazione, contribuendo a rendere i servizi più efficaci e l'utilizzo delle risorse più efficiente.

Il coinvolgimento dei Comuni e dei referenti istituzionali delle amministrazioni comunali, in quanto enti di prossimità titolari di funzioni di governo locale, garantisce la coerenza degli interventi con i bisogni specifici

delle comunità, assicurando l'integrazione delle politiche sanitarie, sociali e di welfare territoriale e rafforzando il radicamento delle Case della Comunità nel contesto locale.

La governance si articola su tre livelli:

a) La governance del livello locale, corrispondente alla casa di comunità, sostiene il coinvolgimento delle reti sociali formali (volontariato associato) e informali (reti naturali), del terzo settore professionale, nelle proiezioni locali dei servizi pubblici sanitari e sociali, secondo obiettivi comuni condivisi con la Direzione del Distretto, il Dipartimento della Prevenzione, e, a seconda del progetto, con i dipartimenti aziendali competenti.

b) il livello **aziendale**:

- Direzione aziendale: regia strategica, supervisione e allocazione delle risorse
- Dipartimento di prevenzione: analisi dei bisogni, individuazione dei rischi della popolazione e dell'ambiente, valutazione dell'impatto sulla salute di interventi sanitari, ambientali e sociali (profilo di salute della comunità)
- **Comitato di Partecipazione Distrettuale**

A livello distrettuale, si istituisce un Comitato di Partecipazione composto da:

- Direttore di Distretto e/o un suo delegato, con il ruolo di coordinamento
- Dirigente e/o coordinatore infermieristico distrettuale
- Referente del servizio sociale distrettuale
- Referente distrettuale della co-produzione, espressione del Terzo Settore operante nel territorio di riferimento
- Referente/Responsabile per la Promozione della Salute e Prevenzione, afferente al Dipartimento della Funzione Territoriale (DFT), figura esplicitamente prevista dagli Atti Aziendali, come da Deliberazione della Regione Lazio n. 310 del 2 maggio 2024
- Referente aziendale ASL per la sanità partecipata del Lazio
- In relazione a specifici progetti o iniziative si attiva la collaborazione dei Dipartimenti interessati, secondo logiche di integrazione interdipartimentale (es. Coordinatore di PAP o suo delegato, Referenti AFT attivate nel territorio distrettuale)
- In relazione a specifici progetti o iniziative si attiva la collaborazione di Associazioni/ETS collegate con definiti protocolli d'intesa, secondo logiche di integrazione territoriale e contrasto al margine sociale

Il Comitato assume funzioni di indirizzo e di pianificazione degli interventi di partecipazione e co-produzione, con facoltà di convocare, qualora necessario, ulteriori attori istituzionali, professionali e comunitari, in funzione degli obiettivi e dei progetti in corso e di attivare collaborazioni con tavoli istituzionali (Tavolo della salute comunitaria).

Il tavolo è convocato dal Direttore di Distretto o suo delegato.

C) il livello **regionale**:

- Definizione e aggiornamento delle linee di indirizzo

- Sviluppo di programmi di formazione regionali, inclusa la formazione congiunta, volti a facilitare il coinvolgimento della comunità
- Valutazione partecipata e sistemi di monitoraggio a livello aziendale per valutare l'efficacia degli interventi sulle comunità coinvolte
- Condivisione di esperienze e best practice tra diverse Case di Comunità, incoraggiandone la documentazione, la condivisione e la diffusione tra i diversi contesti locali

È favorito il raccordo tra Distretti Sanitari o di contesti territoriali più estesi, coinvolgendo anche gli ambiti dei servizi sociali dei Comuni interessati, in funzione delle specificità locali e delle tipologie di intervento da realizzare.

Strumenti di attuazione della partecipazione e co-produzione nell'ambito delle Case di Comunità

Per il raggiungimento degli obiettivi di salute, si possono adottare i seguenti strumenti operativi su specifici temi e programmi di lavoro integrati:

- a) tavoli di co-programmazione e co-progettazione;
- b) protocolli d'intesa e accordi di collaborazione interistituzionali;
- c) mappe delle opportunità di salute e del capitale sociale;
- d) piattaforme digitali per la partecipazione e la consultazione pubblica;
- e) spazi della Casa di Comunità gestiti dai Distretti;
- f) dispositivi di riconoscimento e sostegno alla comunità attiva (es. patto di collaborazione, banca del tempo).

Tali strumenti dovranno tenere in considerazione quanto previsto anche nei principali documenti di pianificazione e programmazione sociosanitaria che riguardano il territorio della Casa della Comunità:

- il Piano Attuativo Locale (PAL)
- il Piano di zona (PdZ)
- Il Piano Aziendale della Prevenzione (PAP)
- il Programma delle attività territoriali (PAT)

Monitoraggio e Valutazione Partecipata

Le attività di co-produzione nelle Case della Comunità sono oggetto di monitoraggio, attraverso un sistema integrato che valorizza il ruolo attivo delle aziende sanitarie e promuove la partecipazione delle comunità.

Le aziende sanitarie attivano sistemi strutturati di monitoraggio per rilevare processi e risultati, in coerenza con gli obiettivi di salute e con i piani strategici locali.

Accanto al monitoraggio, viene promossa la valutazione partecipata come processo in cui si coinvolgono diverse parti interessate nella valutazione e nella progettazione dei servizi, promuovendo un'ottica di collaborazione e miglioramento continuo attraverso:

- **Coinvolgimento attivo:** Le persone direttamente interessate (utenti, famiglie, operatori, ecc.) sono attivamente coinvolte nel processo di valutazione.
- **Diversità di prospettive:** Considerare le diverse prospettive e punti di vista per garantire una valutazione completa ed equa.
- **Collaborazione:** Promuovere la collaborazione tra diverse figure coinvolte per creare un ambiente di fiducia e di scambio.
- **Orientamento al miglioramento:** Valutare soprattutto per identificare le aree di miglioramento e adattare i servizi alle esigenze specifiche.
- **Trasparenza:** Il processo di valutazione è trasparente e i risultati vengono comunicati in modo chiaro e comprensibile a tutti i partecipanti.

Integrazione socio-sanitaria

L'assetto organizzativo del processo di presa in carico sociosanitaria di cui al presente documento si basa su una visione olistica dei bisogni dell'individuo che i luoghi di accesso e attuazione dell'offerta devono assumere, mettendo al centro le preferenze della persona, il livello di bisogno e utilizzando informazioni sulla condizione clinica, sociale e sul contesto di vita in termini di barriere e facilitatori all'inclusione sociale.

L'integrazione sociosanitaria è modello fondante per intervenire a favore delle diverse condizioni di fragilità, al fine di individuarle precocemente, con strumenti di valutazione multidimensionali e fortemente predittivi, che integrino indicatori sanitari, sociali e sociosanitari e variabili di contesto. È altresì importante svolgere attività di prevenzione e promozione della salute sia nei soggetti sani, sia nei soggetti con condizioni di rischio, partendo dalle fasi più precoci della vita, contestualizzando gli interventi nei diversi setting e secondo un approccio intersetoriale e orientato all'equità.

L'integrazione tra servizi sanitari e sociali così come definita dall'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n.234 rappresenta uno dei cardini del nuovo sistema di funzioni/servizi realizzato dalle Case della Comunità. L'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali deve realizzarsi in tutti i passaggi assistenziali: al momento della valutazione iniziale a cura del punto unico di accesso, nella valutazione multidimensionale in caso di bisogno complesso, nell'erogazione dei servizi e nella valutazione in itinere.

Precondizione necessaria per l'attuazione dell'integrazione sociosanitaria nelle Case della Comunità è che gli strumenti facilitanti l'attivazione di integrazione sociosanitaria a livello istituzionale siano stati messi in campo con i Piani sociali di zona e definiti in particolare negli accordi di programma per garantire il coordinamento

e l'integrazione tra le prestazioni sociosanitarie, di cui all'art. 51 della legge regionale n. 11/2016, che impegnano il Distretto sanitario e il Distretto sociosanitario nello sforzo di leggere i bisogni di salute del proprio territorio e individuare i piani adeguati a farvi fronte, valorizzando anche i sistemi informativi relativi ai servizi presenti nelle stesse, mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza. Questo coordinamento interistituzionale a livello programmatorio garantirà i processi di accesso e presa in carico integrata da parte dei servizi sanitari e sociali a livello territoriale.

L'integrazione sociosanitaria, in particolare, necessita dell'individuazione nella Casa della Comunità di professionisti competenti/formati nel lavoro di Comunità, nel lavoro di rete e attraverso l'organizzazione di tavoli di confronto, permanenti o temporanei, tra enti pubblici, associazioni del Terzo Settore, che possano sviluppare, tra l'altro, sinergie e risposte innovative.

Il sistema di governance territoriale di seguito descritto deve consentire di individuare priorità di intervento, con particolare riferimento al primo accesso e alla continuità delle cure a favore di individui in condizioni di cronicità/fragilità e disabilità che comportano il rischio di non autosufficienza, attraverso la forte integrazione tra il sistema sociale e quello sanitario.

Tale modello ha la finalità di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel cosiddetto "Progetto di Salute", in cui trova attuazione concreta la Sanità di Iniziativa e la personalizzazione dell'assistenza.

Nel caso di persone che necessitano di una presa in carico fortemente integrata a livello sociosanitario, il Progetto di Salute costituisce l'elemento guida che descrive il percorso della persona e dei suoi bisogni sanitari, sociali e socio-sanitari, e in cui si definisce il processo di esigibilità dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS); la sua definizione è basata su una valutazione dinamica e continuativa del bisogno di salute e richiede assetti organizzativi e gestionali capaci di monitorare gli interventi clinico-assistenziali e i servizi di supporto, garantendo la partecipazione integrata di più professionisti lungo l'intero percorso di presa in carico, senza discontinuità tra i diversi setting assistenziali e secondo un approccio proattivo dei servizi sanitari e sociali.

Oltre a ciò, il Progetto di Salute rappresenta uno strumento di pianificazione, monitoraggio e controllo della coerenza tra dimensione sanitaria, sociosanitaria e sociale, attraverso l'individuazione di azioni appropriate in relazione alle condizioni sanitarie, sociali e ai bisogni assistenziali, tenendo conto del grado di complessità del singolo caso e prevedendo rivalutazioni periodiche in un'ottica di continuità.

Il Progetto di salute si attiva all'accesso della persona alla Casa di Comunità, tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi setting di cura, attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) e i sistemi di e-health, armonizzando in un piano unitario i diversi Progetti di assistenza individuale integrata (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI), in raccordo con i distretti sociosanitari. Il Progetto di salute deve rappresentare la naturale evoluzione del Piano di assistenza individuale integrato (ex DGR n.149/2018).

Inoltre, per le persone in condizione di disabilità che ne presentano istanza, questa progettualità complessa trova realizzazione nel "Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato", secondo modalità e criteri

stabiliti dal decreto legislativo n.62/2024, la cui applicazione avrà decorrenza a far data 1° gennaio 2027, fatto salvo il periodo di sperimentazione nel territorio della provincia di Frosinone in corso di attuazione.¹

Il Punto Unico di Accesso (PUA)

Il PUA è il luogo dell'accoglienza sociale e sociosanitaria: porta di accesso alla rete dei servizi e delle risorse territoriali e modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento tra Comune/Distretto sociosanitario e Distretto sanitario, istituita per garantire pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi sociali e sociosanitari, a coloro che ne abbiano necessità.

Rappresenta il luogo fisico che svolge funzioni di accoglienza qualificata al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo alle persone, garantendo risposta e accesso unitario ai servizi.

L'assetto organizzativo del PUA è finalizzato a garantire un accesso integrato ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali, assicurando la presa in carico globale dei bisogni espressi dalla persona.

Pertanto, presso i PUA operano équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al SSR e ai distretti sociosanitari. Si prevede in considerazione dell'utenza prevalente, la presenza di ulteriori figure professionali, anche condivise con altri servizi e rese disponibili all'occorrenza.

Presupposto per il buon funzionamento del PUA è la conoscenza approfondita e aggiornata da parte del personale, della mappatura dei servizi e delle risorse sociali e sociosanitarie disponibili nel territorio di riferimento (strutture, servizi e interventi). A tal fine deve essere garantita adeguata formazione e aggiornamento periodico, nonché la presenza di competenze multidisciplinari atte a leggere e filtrare le istanze e i bisogni manifestati dalle persone, anche con eventuale presenza di mediatori linguistico e/o culturale, laddove necessario o opportuno.

Per qualificare l'azione di primo accesso e orientamento del cittadino propria del PUA, le Case della Comunità prevedono azioni in rete anche con Enti del Terzo Settore entro un approccio sistematico, capillare, collaborativo, partecipativo di promozione comunitaria della salute e di welfare generativo.

Obiettivi del PUA

- Orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sulle modalità per accedere ad esse, garantendo equità nella fruizione dei servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti in condizione di fragilità e vulnerabilità sociale e/o sanitaria.

¹ Circolare regionale prot. n.0814333 del 7 agosto 2025 “Indicazioni operative per la realizzazione della sperimentazione di cui all'art. 33, comma 2, del D.Lgs. n.62/2024 per il territorio della provincia di Frosinone.”

- Garantire un accesso unitario, superando la differenziazione dei diversi punti d'accesso, anche tramite la valorizzazione delle nuove tecnologie e degli obiettivi di digitalizzazione e interoperabilità dei diversi sistemi informatici.
- Promuovere la semplificazione e l'uniformità delle procedure attraverso percorsi, regole di accesso e di presa in carico omogenei su tutto il territorio regionale, l'unicità del trattamento dei dati e la garanzia della presa in carico globale della persona da parte dei Distretti socio-sanitari e delle Aziende Sanitarie.
- Avviare percorsi di risposta appropriati ai bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi e garantendo l'accesso integrato ai servizi per coloro che richiedono interventi di natura sociale e/o sociosanitaria.

Le funzioni PUA

In coerenza con i principi del D.M. 77/2022 e del Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2024-2026, si definisce il seguente assetto funzionale del Punto Unico di Accesso (PUA), quale presidio fondamentale per l'accesso unitario ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, nell'ambito delle Case della Comunità.

Il PUA - Servizio che svolge funzioni di accoglienza qualificata al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo alle persone garantendo risposta e accesso unitario ai servizi. Il PUA rappresenta, infatti, il luogo fisico in cui il cittadino trova accoglienza, informazione, orientamento e una prima valutazione in risposta alla richiesta di intervento per bisogni sociosanitari (legati per esempio ad una condizione di fragilità e/o di non autosufficienza), attraverso l'integrazione e la stratificazione della valutazione della domanda, e la sinergia di figure professionali con competenze specifiche come il Medico del ruolo unico di assistenza primaria, l'IFeC, l'assistente sociale e i professionisti della riabilitazione.

Le funzioni del PUA sono articolate su diversi livelli:

1. Funzione di front office

Al PUA possono accedere tutti gli utenti, a prescindere da quale sia il loro bisogno di assistenza.

I servizi e le prestazioni erogati dal PUA sono gratuiti.

Il Front office opera in modalità sportello, aperto ai cittadini che ne fanno richiesta (direttamente negli orari di apertura al pubblico oppure attraverso telefono, mail o PEC) e prende in esame anche le segnalazioni e le richieste di intervento in favore di soggetti in condizione di fragilità, enti del Terzo Settore, comunità e organizzazioni comunitarie informali.

Nello specifico, si individuano le seguenti linee di attività del front office:

- accoglienza dell'utenza, mediante ricezione strutturata e prima interlocuzione con il cittadino, nel rispetto dei principi di prossimità, equità e universalismo dell'accesso;
- ascolto attivo e prima lettura del bisogno e trasferimento informativo, con riferimento aggiornato e puntuale alle prestazioni, alle agevolazioni, ai servizi e alle risorse attivabili a livello territoriale;
- orientamento assistito dell'utente, sia nella comprensione delle informazioni ricevute, sia nella selezione del canale istituzionale più idoneo per l'accesso ai servizi;

- nel caso di richieste “semplici”, direttamente risolvibili, indirizzamento funzionale verso i servizi competenti, mediante attivazione diretta del collegamento interistituzionale o supporto alla presentazione della relativa istanza;
- raccolta e trasmissione della documentazione, nei casi in cui si renda necessario l'inoltro delle domande di prestazioni ad altri nodi della rete istituzionale, in coerenza con la natura del bisogno espresso;
- accompagnamento amministrativo e organizzativo, finalizzato a sostenere la persona nelle fasi iniziali del percorso assistenziale, agevolando l'integrazione e la continuità tra i servizi coinvolti;
- nel caso di persona con disabilità, orientamento e informazione circa il diritto ad elaborare ed attivare un progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, quale ulteriore strumento di capacitazione, come previsto dal decreto legislativo n.62/2024, fermi restanti gli interventi, i sostegni e i benefici che direttamente spettano all'interessato in condizione di disabilità certificata².

Il PUA con funzioni di front office è presente in ciascuna Casa della Comunità, hub e spoke, al fine di garantire diverse porte di accesso semplificato e universalistico alla rete dei servizi territoriali.

Il Front office deve garantire a tutti i cittadini comprese le persone con disabilità l'accessibilità e la fruibilità del servizio, in termini ambientali, delle informazioni e delle comunicazioni, ivi inclusi i sistemi informatici e le tecnologie di informazione in formati facilmente leggibili e comprensibili, anche mediante l'adozione di misure specifiche per le varie disabilità ovvero di meccanismi di assistenza o predisposizione di accomodamenti ragionevoli.³

I PUA in tutte le Case della Comunità hub, in cui insistono le centrali operative territoriali, ovvero una per distretto, sono aperti con orario di servizio almeno 08:00-18:00, 6 giorni su 7, e devono essere riconoscibili e facilmente individuabili anche con modalità telematiche, al fine di facilitare i cittadini nell'accessibilità e nella fruibilità del servizio.

È auspicabile che i PUA delle altre Case della Comunità siano aperti con la seguente modulazione:

- PUA CdC hub orario di apertura 08:00-18:00 6/7
- PUA CdC spoke orario di apertura 08:00-14:00 6/7

2. Funzioni di back office

Il PUA back office, presente in almeno una Casa della Comunità per ogni Distretto, preferibilmente collocato nelle Case della Comunità sede di Centrale Operativa Territoriale Distrettuale (COT-D), è deputato allo

² Le modalità di elaborazione del progetto di vita previste dal decreto legislativo 62/2024 entreranno in vigore dal 1° gennaio 2027, fatto salvo il periodo di sperimentazione nel territorio della provincia di Frosinone in corso di attuazione. Nelle more dell'entrata in vigore, resta ferma l'applicazione dell'art. 14 della legge 328/2000 da realizzarsi secondo le disposizioni vigenti relative alla presa in carico che integra i livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 e i livelli essenziali delle prestazioni di cui al sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali di cui alla Legge 328/2000 e alla Legge Regionale n.11/2016 e s.m.i..

³ DECRETO LEGISLATIVO 13 dicembre 2023, n. 222 “Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità, in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lettera e), della legge 22 dicembre 2021, n. 227.”

svolgimento delle funzioni finalizzate alla presa in carico integrata dei bisogni sociosanitari complessi attraverso équipe multi-professionale PUA.

Svolge attività di I Livello, riservate a bisogni complessi che non richiedono una presa in carico integrata, o l'attivazione di servizi integrati, ma che sono riconducibili a uno specifico ambito di pertinenza, e di II livello, riservate a bisogni complessi che necessitano di percorsi fortemente integrati di presa in carico.

Le funzioni di **back office I livello** completano lo svolgimento delle azioni di front office, finalizzate all'orientamento e/o indirizzamento ai servizi competenti.

Nelle sue funzioni di **back office II livello** il PUA provvede di concerto con la Centrale Operativa Territoriale Distrettuale (COT-D) e con l'ufficio di Piano del distretto sociosanitario, all'avvio delle attività dell'unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVMD), individuandone i soggetti istituzionali da coinvolgere e le figure professionali necessarie, procedendo quindi alla convocazione dell'UVMD.

Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)⁴

L'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) concorre alla costruzione del Progetto di Salute della persona, quale strumento integrato e dinamico di presa in carico, basato sulla valutazione continuativa dei bisogni clinici, funzionali e sociali.

Nell'ambito dei bisogni complessi, l'UVMD rappresenta il dispositivo organizzativo attraverso cui tale progettualità si traduce in interventi concreti e monitorabili.

Funzioni dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale

L'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), necessaria per tutti i casi complessi, che richiedono una presa in carico integrata, o l'attivazione di servizi integrati, è il processo globale e multidisciplinare volto ad identificare e valutare con accuratezza le capacità ed i bisogni della persona e a individuare le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio, in modo che possano essere attivate, a breve, medio e lungo termine, le risorse in termini di personale e di servizi.

L'UVMD ha la funzione di valutare la capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie.

La Valutazione Multidimensionale è un processo globale e dinamico interdisciplinare volto a identificare e descrivere la natura e l'entità dei bisogni secondo il modello bio-psico-sociale. Si caratterizza per l'approccio

⁴ Il procedimento di valutazione multidimensionale per la redazione e il monitoraggio del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato della persona con disabilità, ex D.Lgs. 62/2024 si attua nell'ambito della sperimentazione al solo territorio della provincia di Frosinone fino al 31.12.2026. Ad esito del percorso sperimentale saranno valutate eventuali implementazioni di quanto ad oggi disposto dalla normativa regionale di settore e di cui al presente documento.

non solo multidimensionale ma anche multiprofessionale e multidisciplinare ai bisogni assistenziali complessi. Nella valutazione sono compresi gli aspetti funzionali e contestuali di una persona in una particolare condizione di salute. Il prodotto è un profilo di funzionamento dove si declinano le capacità funzionali e i bisogni nelle sue diverse dimensioni:

- Biologica e clinica (stato di salute, segni e sintomi di malattia, livelli di autonomia, ecc.)
- Psicologica (funzioni mentali, regolazione emotiva, tono dell'umore, ecc.)
- Sociale (fattori ambientali, condizioni relazionali di convivenza, situazione abitativa, economica, ecc.)
- Funzionale (performance e capacità di compiere atti quotidiani nei vari ambiti di vita, autonomia, cura di sé in diversi contesti)

Il procedimento per la valutazione multidimensionale è svolto sulla base di un metodo multidisciplinare ed è fondato sull'approccio bio-psico-sociale tenendo conto delle indicazioni dell'ICF e dell'ICD.

La composizione dell'UVMD prevede dei componenti fissi e altri che variano a seconda del bisogno prevalente della persona, in base alla normativa vigente.

Sono componenti della UVMD:

1. Medico di Distretto
2. Infermiere
3. Assistente Sociale
4. Il medico di medicina generale o pediatra di libera scelta della persona, senza oneri a carico della finanza pubblica
5. Uno o più professionisti designati dall'ASL
6. La persona in qualità di titolare del progetto di salute
7. L'esercente la responsabilità genitoriale in caso di minore, il tutore o l'amministratore di sostegno, se dotato di poteri
8. Il caregiver secondo la L.R. 05/2024, ove presente,
9. Educatore o altro operatore afferente al distretto sociosanitario
10. Nei casi di persona con disabilità e come previsto dall'art. 6 del D.lgs. n.66/2017, un rappresentante dell'istituzione scolastica
11. Ove necessario ed in caso di persona con disabilità, un rappresentante dei servizi per l'inserimento lavorativo, di cui all'articolo 6 della Legge 12 marzo 1999, n. 68 nei casi di cui all'articolo 1 comma 1, della medesima legge.

La composizione minima dell'UVMD può essere integrata a seconda delle specifiche necessità, da ulteriori referenti o figure professionali specialistiche afferenti alle unità di offerta territoriale presso le quali la persona fruisce di servizi o prestazioni, senza oneri a carico della pubblica amministrazione.

In sede di unità di valutazione multidimensionale deve essere individuato un **case manager**, figura che coordina l'équipe, garantendo un raccordo tra gli ambiti sociali e sanitari, e che ha il compito di:

- dare impulso all'avvio dei servizi, degli interventi e delle prestazioni previsti dal progetto di salute;
- curare il monitoraggio in corso di attuazione del progetto;
- garantire il pieno coinvolgimento della persona nel monitoraggio e nelle successive verifiche;
- richiedere la convocazione dell'unità di valutazione multidimensionale al fine di rimodulare e aggiornare il progetto.

Budget di salute e budget di progetto

Il Budget di Salute (art. 53 legge regionale n.11/2016) rappresenta lo strumento fondamentale per attuare i percorsi di cura e inclusione sociale previsti dal progetto di salute, in linea con i principi della recovery e dell'autodeterminazione della persona.

È definibile come l'insieme delle risorse economiche, professionali, umane e relazionali, attivabili anche in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali, necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale della persona.

L'intesa n.104/CU del 6 luglio 2022 invita tutte le Regioni a dotarsi di procedure amministrative⁵ che consentano la flessibilità e l'innovazione nell'applicazione del modello Budget di salute in un'ottica di integrazione sociosanitaria e riporta tra gli elementi qualificanti:

- Centralità della persona: la persona è protagonista attiva nella definizione del proprio percorso, considerata nella comunità di riferimento, vista nella complessità delle sue risorse, dei suoi bisogni sia sociali che sanitari.
- Integrazione sociosanitaria: il budget di salute è a governo e coordinamento pubblico per garantire una reale integrazione sociosanitaria.
- Approccio capacitante: l'obiettivo è fornire al soggetto quelle libertà strumentali necessarie per provvedere attivamente al proprio sviluppo e al proprio benessere.
- Flessibilità e personalizzazione: il budget di salute deve essere flessibile e garantire una rimodulazione dei servizi in favore di una maggiore personalizzazione.

Il modello Budget di salute è applicabile a tutte le progettualità rivolte a persone che presentano bisogni sociosanitari complessi, per le quali sia appropriato l'intervento capacitante ed evolutivo.

⁵ Quanto ivi descritto, nelle more dell'adozione delle linee di indirizzo regionali sul budget di salute. Cfr. Deliberazione della Giunta regionale 5 giugno 2025, n. 416 "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali sul documento recante Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti. (Rep. Atti n.104/CU del 6 luglio 2022). Istituzione del gruppo di lavoro per la definizione di linee di indirizzo regionali per implementare la metodologia del budget di salute

La metodologia individua modelli regolativi di rapporto con gli enti del terzo settore improntati alla coprogettazione e cogestione dei progetti e alla loro dinamicità, secondo quanto previsto dall'art. 55 del D.lgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore).

Il protagonismo delle persone si realizza nella co-costruzione dei singoli progetti che si declinano sui principali determinanti sociali di salute (casa, formazione-lavoro, socialità) e si strutturano nella forma di un accordo tra i diversi soggetti coinvolti.

Questo dispositivo organizzativo e gestionale consente di integrare le risorse di diversi servizi, Enti del Terzo Settore e altre agenzie che, in base alle specifiche competenze, intervengono nel restituire alle persone coinvolte un orizzonte di dignità e di miglioramento della qualità di vita, attivando al contempo tutte le risorse personali (ivi incluse le risorse economiche) e della rete comunitaria.

Nella realizzazione del Budget di Salute è importante il protagonismo della persona, e il coinvolgimento dei familiari e altre figure significative, incentivando la partecipazione attiva delle figure dei c.d. utenti esperti per esperienza (ESP).

Budget di Progetto⁶

Come stabilito dalla Legge delega sulla disabilità n. 227/2021 e dal decreto legislativo n.62/2024, l'attuazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato della persona con disabilità è sostenuta dal budget di progetto che è costituito, in modo integrato, dall'insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali.

In linea con la definizione del budget di salute, il budget di progetto è declinabile come il dettaglio e la ricomposizione di tutte le risorse, umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche, private e del terzo settore.

Il budget di progetto è parte integrante ed elemento essenziale del progetto di vita in quanto ne sostiene l'attuazione; definisce nella qualità e quantità le varie tipologie di risorse e ne struttura il raccordo; senza la sua definizione e predisposizione, il progetto di vita non è realizzazione.

La persona con disabilità può partecipare volontariamente alla costruzione del budget conferendo risorse proprie, nonché valorizzando supporti informali. Resta ferma la disciplina della compartecipazione al costo per le prestazioni che la prevedono, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 159.

Il budget, su richiesta, può essere autogestito dalla persona con disabilità secondo tempi e modalità, i criteri e gli obblighi di comunicazione stabiliti dal Decreto 14 gennaio 2025, n. 17.

⁶ L' applicazione di quanto disposto dal decreto 62/2024 avrà decorrenza 1° gennaio 2027, fatto salvo il periodo di sperimentazione nel territorio della provincia di Frosinone in corso di attuazione.

Azioni di monitoraggio e valutazione

In accordo alle Linee Guida regionali approvate con Deliberazione n. 643 del 26 luglio 2022 e alla Determinazione del 28 febbraio 2023, n. G02706 si prevede che gli interventi per l'implementazione delle Case della Comunità vengano messi in relazione ad una serie di risultati «attesi», espressi in termini di indicatori di struttura, di processo organizzativo ed esiti di salute. In questa logica, il monitoraggio sistematico dei risultati ottenuti, il confronto critico con gli attesi e l'eventuale implementazione di specifici interventi “correttivi” consentirà di realizzare un processo virtuoso di valutazione proattiva, orientato al raggiungimento progressivo dei risultati.

Implementazione dei servizi previsti dal DM 77 (obbligatori, raccomandati e facoltativi)

Ai sensi di quanto disposto dal D.M. 77/2022, il monitoraggio dell'implementazione delle Case della Comunità si articola su due livelli tra loro complementari. Il primo livello è costituito dal sistema nazionale di monitoraggio, coordinato da AGENAS, al quale le Aziende Sanitarie Locali sono tenute a rispondere con periodicità definita, fornendo dati relativi all'attivazione e alla funzionalità dei servizi erogati all'interno delle strutture. Il secondo livello è rappresentato dalla Task Force regionale, composta da operatori individuati dalle ASL, incaricata di svolgere attività ispettive e di verifica in loco, finalizzate all'accertamento della conformità agli standard organizzativi, strutturali e funzionali previsti dalla normativa vigente. Il sistema così articolato assicura una supervisione integrata, finalizzata a promuovere l'uniformità attuativa e il rispetto dei requisiti richiesti su tutto il territorio regionale, nella logica dei criteri di precedenza previsti dal DM 77.

Gli indicatori di qualità per la valutazione proattiva

Attraverso l'integrazione dei Sistemi informativi sanitari della Regione Lazio è possibile misurare diverse dimensioni della qualità dell'assistenza erogata. Il Dipartimento di Epidemiologia del SSR Lazio (DEP Lazio) ha avviato un programma regionale per la valutazione degli esiti degli interventi sanitari. In questo contesto è possibile calcolare specifici indicatori di esito come le ospedalizzazioni evitabili, che costituiscono una misura indiretta della qualità dell'assistenza sanitaria erogata in un determinato territorio, misurare l'aderenza ai trattamenti farmacologici, il ricorso alle visite specialistiche o il monitoraggio di specifici parametri clinici o metabolici, proxy della progressione della patologia. Gli indicatori per la valutazione degli interventi per l'implementazione delle Case della Comunità, alcuni dei quali già descritti nella Determinazione G02706/2023, consentiranno di analizzare anche eventuali differenze di genere o gradienti associati al titolo di studio e alla posizione socio-economica. Il processo di valutazione si avverrà anche di alcuni indicatori “integrativi”, come la prevalenza di polypharmacy nei pazienti multiricoverati, il tasso di ricovero per acuti nei pazienti cronici e multiricoverati, l'incidenza di ospedalizzazioni evitabili, la percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera e specifici indicatori di flusso per il monitoraggio della

mobilità passiva rispetto a tutte quelle prestazioni che andrebbero erogate in contesti di prossimità. Nei paragrafi che seguono sono descritte le principali aree di valutazione e vengono riportati, a titolo di esempio, alcuni degli indicatori più rappresentativi.

Indicatori di carattere organizzativo

- Numero di incontri del Tavolo della Salute realizzati/previsti (1 ogni 3 mesi)
- Numero di incontri del comitato realizzati/previsti (1 ogni 3 mesi)

Qualità dei Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali (PDTA)

Indicatori di processo organizzativo:

- numero di soggetti “arruolati” nei PDTA;
- percentuale di soggetti “arruolati” nei PDTA sul totale della popolazione con patologia.

Indicatori di processo proxy di esito:

- diabete: almeno una misurazione di emoglobina glicata in un anno;
- BPCO: almeno una spirometria in un anno;

Indicatori di esito:

- ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete nei pazienti diabetici;
- ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva in pazienti con BPCO;
- ospedalizzazione per scompenso cardiaco in paziente affetti da scompenso cardiaco;
- Adeguatezza dell’aderenza al trattamento farmacologico con beta-bloccanti (ATC C07) dopo un ricovero per scompenso cardiaco: pazienti appartenenti alla coorte prevalente con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una PDC (proporzione di giorni coperti dal farmaco) nei successivi 12 mesi $> 75\%$ su pazienti appartenenti alla coorte prevalente con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice.

Al fine di valutare il grado di integrazione tra gli ambiti sanitari, sociosanitari e sociali rivestiranno grande rilevanza gli indicatori afferenti ai percorsi assistenziali dedicati alle patologie da declino cognitivo. Infatti, queste patologie sono caratterizzate da un’elevata complessità socio-assistenziale, la cui presa in carico può risultare trasversale rispetto ai diversi servizi presenti nelle Case della Comunità.

Prevenzione e promozione della salute

Indicatori di struttura:

- dotazione di infrastrutture (es. centri vaccinali, centri per l'identificazione precoce dei fattori di rischio per le malattie croniche non trasmissibili (MCNT), laboratori di sanità pubblica);
- numero di operatori dedicati alla prevenzione e promozione della salute per 100.000 abitanti;
- presenza di sistemi informativi per il monitoraggio degli interventi preventivi.

Indicatori di processo proxy di esito:

- tassi di copertura vaccinale, e.g. morbillo; influenza; HPV;
- percentuale di adesione agli screening, e.g. mammella; cervice uterina; colon-retto; HCV;
- percentuale di popolazione sottoposta a interventi prevenzione e promozione della salute, e.g. Promozione della salute e educazione sanitaria individuale e collettiva; counseling, educazione alimentare; gruppi di cammino.

Si puntualizza che l'interpretazione di questi indicatori è subordinata alla natura facoltativa dei servizi inerenti alla promozione della salute, vaccinazioni e ai programmi di *screening*.

Presenza in carico e continuità assistenziale

Indicatori di processo proxy di esito:

- percentuale di pazienti in polypharmacy (più di 10 principi attivi differenti contemporaneamente) sul totale dei pazienti multi-cronici (2 o più patologie croniche).

Indicatori di esito:

- tasso di accessi in pronto-soccorso potenzialmente inappropriati;
- percentuale di ospedalizzazioni seguite da una riammissione ospedaliera recante la stessa Major Diagnostic Category (MDC) tra 31 e 365 giorni dalla dimissione.

Indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia

Ad integrazione rispetto agli indicatori descritti nelle sezioni precedenti, saranno resi disponibili - con maggiore tempestività e con maggiore dettaglio territoriale rispetto al Ministero della Salute - gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia, con particolare riferimento alle aree “prevenzione collettiva e sanità pubblica” e “assistenza distrettuale”.

Monitoraggio e miglioramento continuo della qualità dei servizi presso le Case della Comunità

Le strategie di Audit & Feedback (A&F) sono tra gli interventi di miglioramento della qualità dell’assistenza sanitaria più utilizzati. Queste strategie sono definite come “qualsiasi sintesi (verbale o scritta) delle prestazioni cliniche dell’assistenza sanitaria riferita a un periodo di tempo specifico, finalizzata a fornire informazioni ai professionisti sanitari per consentire loro di valutare e modificare le proprie performance” e si realizzano in due momenti interdipendenti:

- **AUDIT:** revisione sistematica di processi ed esiti di salute che esita nella **misura** della qualità dell’assistenza, confronto con uno **«standard» o con un valore di riferimento**, individuazione di punti critici, definizione di strategie di miglioramento e monitoraggio del loro impatto.
- **FEEDBACK:** fase di reporting, **rapporto** sulla *performance* reso disponibile ai professionisti coinvolti nel percorso di cura in oggetto allo scopo di promuovere il cambiamento.

Gli interventi di *audit & feedback* dovrebbero essere attuati sistematicamente su tutti i livelli di governo e di valutazione, come strumento essenziale per orientare il miglioramento continuo delle performance cliniche. Saranno monitorati gli interventi effettuati a livello di ASL, Distretto sanitario e area sub distrettuale.

Monitoraggio e valutazione dei Livelli Essenziali di Prestazioni Sociali

In merito alla definizione dei Livelli Essenziali di Prestazioni Sociali (LEPS) e alla crescente necessità di integrazione tra sociale e sanitario, il Servizio Sanitario Nazionale e gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) garantiscono alle persone non autosufficienti l’accesso ai servizi sociali e sociosanitari attraverso i Punti Unici di Accesso (PUA), che hanno sede operativa presso le Case della Comunità.

L’utilizzo di indicatori di valutazione consente di verificare la capacità del servizio di orientare correttamente l’utenza, garantire l’appropriatezza degli invii e facilitare l’integrazione tra servizi sanitari e sociali. Saranno calcolati indicatori specifici - come il tempo medio per l’attivazione del percorso assistenziale e il grado di integrazione sociosanitaria - al fine di misurare la qualità e l’efficacia del percorso di accesso.

Azioni di "monitoraggio del personale", in accordo agli standard e ai fabbisogni definiti

Ulteriore ambito di verifica dovrebbe essere rappresentato dal monitoraggio del personale, finalizzato a garantire la coerenza tra gli standard organizzativi previsti dal DM 77/2022, le attività e i fabbisogni effettivi rilevati sul territorio. Le azioni di monitoraggio dovrebbero essere orientate a valutare la presenza e l'adeguatezza quantitativa e qualitativa delle figure professionali previste nelle Case della Comunità, anche in relazione alla domanda espressa dalla popolazione. Tali attività costituiscono un elemento essenziale per assicurare l'effettiva operatività del modello assistenziale.

Gli elementi trasversali della valutazione

Il dettaglio territoriale: ASL, Distretto sanitario, Bacino di utenza delle Case della Comunità (doppio livello di analisi – 1. ambito territoriale della CdC e 2. assistiti dei medici che afferiscono alle AFT funzionalmente collegate alla CdC).

Le dimensioni della valutazione: trend temporale; equità; variabilità non giustificata.

Copertura e rappresentatività: confronto tra sistemi informativi sanitari correnti e database clinici.

La precisione delle stime: il calcolo di ciascun indicatore sarà preceduto da valutazioni inerenti alla potenza statistica e la numerosità delle coorti oggetto di valutazione (e.g. ASL, Distretti, Case della Comunità, Aggregazioni Funzionali Territoriali), al fine di ridurre l'errore casuale dei risultati prodotti.

La natura dinamica del sistema di valutazione: le aree di valutazione e gli indicatori proposti in questo documento costituiscono una prima ipotesi del sistema di monitoraggio. L'evoluzione dei servizi offerti dalle Case della Comunità e dei relativi flussi informativi relativi ai servizi ivi presenti, porterà alla definizione di nuovi ambiti di misura e di valutazione.

La diffusione dei risultati: tutti gli indicatori di monitoraggio e valutazione saranno resi disponibili su un'apposita piattaforma web, con la possibilità di prevedere differenti modalità di accesso in base alla tipologia di "utente".

Allegato 1 Riferimenti normativi

- Piano-Nazionale-degli-interventi-e-servizi-sociali-2024-2026
- DGR 658/2023 (in attuazione del PNNA 2022 – 2024)
- DM 77/2022: definizione dei modelli organizzativi per la nuova assistenza territoriale;
- Linee guida AGENAS (2024): standard per il funzionamento e accreditamento delle CdC;
- DGR Lazio n. 976/2023: piano di programmazione territoriale regionale;
- Legge di Bilancio 2021-2024 e Missione 6 del PNRR: finanziamenti e indicatori di risultato;
- Accordi Stato-Regioni e atti aziendali per l'attuazione territoriale;
- Damiani G, Santoli G, Arcaro P. «La Casa della Comunità secondo una prospettiva di Community-Oriented Integrated Primary Care in sistemi per la salute a sviluppo sostenibile e di valore;
- Rapporto Osservasalute 2021 Assistenza Territoriale;
- LEGGE del 8 novembre 2000, n. 328- Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- Decreto Legislativo 3 luglio 2017, n. 117 - Codice del Terzo settore;
- LEGGE 30 dicembre 2021, n. 234 - commi 159-171-Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024
- Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77- Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale
- Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 ottobre 2022, “Piano nazionale per la non autosufficienza, relativo al triennio 2022-2024 (L. 234/2021, comma 163)”
- Decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62- Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato
- Legge Regionale 10 agosto 2016, n. 11- Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio
- Deliberazione di Giunta Regionale del 8 luglio 2011, n. 315- Il Punto Unico d'Accesso sociosanitario integrato nella Regione Lazio - Linee d'indirizzo
- Decreto del Commissario ad Acta 24 dicembre 2012 n. 431 - La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio.
- Deliberazione della Giunta regionale 2 marzo 2018, n.149 recante Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, capo VII Disposizioni per l'integrazione sociosanitaria. Attuazione dell'articolo 51, commi 1 – 7, art. 52, comma 2, lettera c) e art. 53, commi 1 e 2.

- AGENAS - Linee di indirizzo per l'attuazione del Modello Organizzativo Case della Comunità Hub 2024
- Diberazone della Giunta regionale 20 ottobre 2023, n. 658 "DPCM 3 ottobre 2022. Approvazione del Piano regionale per la non autosufficienza relativo al triennio 2022- 2024" e ss.mm.ii, in seguito PRNA;
- Deliberazione del 26 luglio 2022, n. 643. Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77". Regione Lazio. Atti della Giunta Regionale e degli Assessori.
- Determinazione 28 febbraio 2023, n. G02706.
- Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643
- Determinazione regionale 18206/2022: approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di lavoro regionale di cui alla Determinazione regionale n. G14215 del 19 ottobre 2022
- Cerismas Il management della salute di prossimità nelle aree rurali: sfide tra visione strategica e attuazione organizzativa Position Paper a cura di CERISMAS, ASL di Bari, ASL 4 Chiavarese, ASST di Lecco, ASST di Melegnano e della Martesana, AUSL Modena, AOU e AUSL di Parma, AUSL di Piacenza, AUSL di Reggio Emilia-IRCCS, ASL Roma 4
- AGENAS: Documento di indirizzo contenente indicazioni per la promozione della partecipazione/co-produzione dei pazienti, dei cittadini e della comunità nell'ambito delle Case della Comunità.

Allegato 2 Bacini di utenza e collegamenti funzionali: Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Case della Comunità (CdC)

Tabella 1 ASL Roma 1 - Distretto 1

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM1	1	CdC Viale Angelico	Della Vittoria (30,959 residenti)	26	Prati 1	9,063
		CdC Via Fra Albenzio	Eroi (22,055 residenti)		Della Vittoria	21,896
		CdC Via Canova	Centro storico (25,535 residenti)	22	Prati 2	6,019
		CdC Via Morosini	Trastevere (23,150 residenti)		Eroi	16,036
		CdC Via Luzzatti (52,913 residenti)	Esquilino	26	Centro Storico	18,275
			Celio (22,499 residenti)		XX Settembre	7,260
			Trastevere	20	Trastevere	10,355
			Aventino		Aventino	6,559
			Testaccio		Testaccio	6,236
			Esquilino	19	Esquilino 2	30,414
			Celio		Esquilino 1	18,260
			Zona Archeologica		Celio	3,426

Tabella 4 ASL Roma 1 - Distretto 2

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM1	2	CdC Via Tagliamento (52,709 residenti)	Flaminio (23,616 residenti)	20	Villaggio Olimpico	2,309
					Flaminio	10,880
					Parioli 1	10,427
			Salario (29,093 residenti)	25	Salario	21,320
			Villa Borghese		506	
			Parioli 2		7,267	
		CdC Circonvallazione Nomentana (55,170 residenti)	Trieste	21	Trieste 1	23,567
			(24,395 residenti)		Villa Ada	828
		CdC Via dei Frentani	Nomentano (30,775 residenti)	26	Trieste 2	20,135
			(30,127 residenti)		Nomentano 1	10,640
			San Lorenzo	26	S. Lorenzo	7,031
			(30,127 residenti)		Università	737
			Verano		460	
			Nomentano 2		21,899	

Tabella 5 ASL Roma 1 - Distretto 3

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM1	3	CdC Via Dina Galli (54,418 residenti)	Tufello (27,325 residenti)	23	Tufello	12,104
					Val Melaina 1	15,221
			Fidene (27,093 residenti)	23	Fidene	10,046
					Val Melaina 2	15,506
					Aeroporto dell'Urbe	1,541
		CdC Via Lampedusa (67,543 residenti)	Conca d'Oro (38,857 residenti)	33	Sacco Pastore	8,620
					Conca d'Oro	16,413
			Monte Sacro Alto		Monte Sacro	13,824
		CdC Via Paolo Monelli (49,749 residenti)	Casal Bocccone (23,057 residenti)	20	Casal Bocccone	11,712
					Serpentara 2	11,345
			Bufalotta (26,692 residenti)	23	Settebagni	4,472
					Serpentara 1	15,392
					Bufalotta	6,252
					Tor S. Giovanni	576

Tabella 6 ASL Roma 1 - Distretto 13

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM1	13	CdC Via Valle Aurelia	Aurelia (35,376 residenti)	30	Aurelio Sud	20,438
					Aurelio Nord	14,938
		CdC Via Boccea, 271	Val Cannuta	23	Val Cannuta	27,437
		CdC Via Tornabuoni	Fogaccia	21	Fogaccia	25,036
		CdC Via Boccea, 625	Boccea (21,151 residenti)	18	Casalotti di Boccea	14,349
					Boccea	6,802

Tabella 7 ASL Roma 1 - Distretto 14

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM1	14	CdC Piazza San Zaccaria (83,814 residenti)	Primavalle	22	Primavalle 1	25,251
			Pineto (25,047 residenti)	21	Primavalle 2	23,317
			Medaglie d' Oro		Pineto	1,730
		CdC Piazza S. Maria della Pietà (74,267 residenti)	S. Maria della Pietà	18	Medaglie d' Oro	33,516
			Trionfale (26,211 residenti)	22	S. Maria della Pietà	20,795
			Castelluccia (27,261 residenti)		Trionfale	13,761
				23	Ottavia	12,450
					Castelluccia	24,149
					S. Maria di Galeria	3,112

Tabella 8 ASL Roma 1 - Distretto 15

ASL	Distretto	CdC	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM1	15	CdC Via della Stazione di Cesano (64,367 residenti)	Cesano (35,533 residenti)	30	Martignano	38
					Cesano	9,690
					La Storta	16,881
					Giustiniana	8,924
		Prima Porta (28,834 residenti)	Prima Porta (28,834 residenti)	25	Labaro	18,487
					Prima Porta	2,814
					Santa Cornelia	7,533
		CdC Via Cassia (65,636 residenti)	Tomba di Nerone (30,046 residenti)	26	Tomba di Nerone	26,845
					Grottarossa Est	991
					Grottarossa Ovest	2,210
				30	Tor di Quinto	10,713
					Acquatraversa	7,329
					Farnesina	16,363
					Foro Italico	1,185

Tabella 9 ASL Roma 2 - Distretto 4

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM2	4	CdC Via del Frantoio	Casal Bertone (31,800 residenti)	27	Casal Bertone	13,364
		Struttura Pietralata	Pietralata (28,749 residenti)		Casal Bruciato	18,436
		CdC Via Mozart	Tiburtino (31,804 residenti)	24	Pietralata	11,687
					Tiburtino Nord	17,062
					Tiburtino Sud	19,269
		CdC Via Francesco Paolo Bonifacio	San Basilio (30,534 residenti)	27	Settecamini	10,437
					Tor Cervara	2,098
					San Basilio	21,527
		CdC Via Casal de' Pazzi	Casal de' Pazzi	19	S. Alessandro	9,007
					Casal dè Pazzi	22,625

Tabella 10 ASL Roma 2 - Distretto 5

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM2	5	CdC Via Bresadola (67,271)	Casilino (34,216 residenti)	29	Gordiani 1	24,995
			Gordiani (33,055 residenti)		Casilino	9,221
		CdC Via degli Eucalipti (56,226 residenti)	Centocelle (24,270 residenti)	28	Gordiani 2	9,958
					Centocelle 1	23,097
					Centocelle 2	23,251
		Alessandrino (31,956 residenti)		21	Centro Direzionale Centocelle	1,019
					Alessandrino	22,628
					Tor Tre Teste	9,328
		CdC Via N. Forteguerri (56,305 residenti)	Quadraro (25,890 residenti)	22	Quadraro	17,203
			Torpignattara		Torpignattara 1	8,687
				26	Torpignattara 2	30,415

		CdC Via della Rustica	La Rustica (21,741 residenti)	19	Tor Sapienza	10,785
					La Rustica	8,583
					Casetta Mistica	804
					Omo	1,569

Tabella 11 ASL Roma 2 - Distretto 6

ASL	Distretto	CdC/Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM2	6	CdC Via Tenuta Torrenova (81,770 residenti)	Torrespaccata (28,288 residenti)	24	Torrespaccata	11,357
			Giardinetti		Torre Maura	16,931
			Torre Angela 1	30	Torre Angela 1	35,432
			Borghesiana	36	Borghesiana	42,215
		CdC Via Torricella Sicura (60,168 residenti)	San Vittorino- Lunghezza (17,953 residenti)	15	San Vittorino	11,202
			Lunghezza		Lunghezza 1	6,751
		CdC Via Tommaso Agudio (65,205 residenti)	(28,351 residenti)	24	Lunghezza 2	22,856
			Acqua Vergine		Acqua Vergine	5,495
			Torre Angela 2	31	Torre Angela 2	36,854

Tabella 12 ASL Roma 2 - Distretto 7

ASL	Distretto	CdC/Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM2	7	CdC Via Monza (70,684 residenti)	Tuscolano (28,642 residenti)	24	Tuscolano Nord	17,437
			Appio Latino (42,042 residenti)		Tuscolano Sud 1	11,205
			Latino	35	Appio	22,435
		CdC Via Cartagine (65,022 residenti)	Tor Fiscale (31,061 residenti)	26	Latino	19,607
			Tuscolano Sud 2		Tuscolano Sud 2	29,242
			Tor Fiscale		Tor Fiscale	1,819
			Don Bosco 1	29	Don Bosco 1	21,668

			Don Bosco (33,961 residenti)		Appio Claudio 1	12,293
			Appio Claudio (34,547 residenti)	29	Don Bosco 2	21,859
					Appio Claudio 2	12,688
			Quarto Miglio (35,728 residenti)	30	Quarto Miglio	9,147
					Pignatelli	5,597
					Lucrezia Romana	4,395
					Osteria del Curato	16,589
			Romanina (24,089 residenti)	21	Romanina	6,009
					Gregna	5,885
					Barcaccia	11,992
			Morena	20	Ciampino	203
					Morena	23,997

Tabella 13 ASL Roma 2 - Distretto 8

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM2	8	CdC Via San Nemesio (48,515 residenti)	Ostiense (24,908 residenti)	21	Ostiense	6329
			Garbatella (23,607 residenti)		Garbatella 1	18579
		CdC Via Casal de Merode	Garbatella 2	20	Garbatella 2	17452
			Valco S. Paolo		Valco S. Paolo	6155
			Tre Fontane		Tre Fontane	9918
		Grotta Perfetta (34,327 residenti)	Grotta Perfetta	29	Grotta Perfetta	13458
			Tor Marancia 1		Tor Marancia 1	10951
		CdC Via Malfante	Tor Marancia 2	20	Tor Marancia 2	16515
			Navigatori		Navigatori	3732
			Appia Antica Nord		Appia Antica Nord	2186
			Appia Antica Sud		Appia Antica Sud	612

Tabella 14 ASL Roma 2 - Distretto 9

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM2	9	CdC Via G. Marotta (84,139 residenti)	Eur (28,550 residenti)	24	Eur	7,455
					Villaggio Giuliano	8,364
					Cecchignola	12,731
			Laurentino (32,634 residenti)	28	Laurentino	20,532
					Vallerano Castel di Leva 1	12,102
		CdC Via C. Sabatini (68,081 residenti)	Castel Romano (22,955 residenti)	20	Vallerano Castel di Leva 2	12,868
					Decima	6,957
					Porta Medaglia	1,840
					Castel Romano	222
					Santa Palomba	1,068
		Torrino	Torrino	30	Torrino	35,160
			Spinaceto (32,921 residenti)	28	Mezzocammino	11,957
					Spinaceto	20,942
					Tor di Valle	22

Tabella 15 ASL Roma 3 - Distretto 10

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM3	10	CdC Lungomare Toscanelli (69,220 residenti)	Castel Fusano (31,854 residenti)	27	Castel Fusano	1,326
			Ostia Nord		Ostia Sud	30,528
		CdC Via Casal Bernocchi (59,707 residenti)	Malafede (36,341 residenti)	31	Malafede	14,388
			Acilia Nord		Acilia Sud	21,953
		CdC Via L. Liviabella (61,128 residenti)	Infernetto (24,349 residenti)	21	Infernetto	24,207
			Palocco (36,779 residenti)		Castel Porziano	142
				31	Palocco	22,423
					Ostia Antica	14,356

Tabella 16 ASL Roma 3 - Distretto 11

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM3	11	CdC Via Vaiano (61,357 residenti)	Marconi	25	Marconi	29,097
			Pian Due Torri (32,260 residenti)		Trullo 1	10,975
		CdC Largo Quadrelli (52,942 residenti)	Portuense		Pian Due Torri	21,285
			Corviale (28,023 residenti)	21	Portuense	24,919
					Trullo 2	14,317
		CdC Via Portuense	Corviale	24	Corviale	13,706
			Magliana (14,633 residenti)		Magliana	4,217
					Ponte Galeria	10,446

Tabella 17 ASL Roma 3 - Distretto 12

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM3	12	Struttura Ramazzini (64,735 residenti)	Colli Portuensi	26	Colli Portuensi	30,755
			Gianicolense	29	Gianicolense 1	33,980
		CdC Via della Consolata (53,924 residenti)	Buon Pastore (37,305 residenti)	32	Gianicolense 2	11,087
					Buon Pastore	25,914
			Pisana (16,619 residenti)	14	Villa Pamphili	304
					Pisana	3,835
					Massimina	7,452
					Pantano di Grano	5,332

Tabella 18 ASL Roma 3 - Distretto Fiumicino

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comune di afferenza	Residenti
RM3	Fiumicino	Struttura Aurelia	Fiumicino 1	29	Fiumicino 1	34,208
		Struttura Coni Zugna	Fiumicino 2	28	Fiumicino 2	32,624

Tabella 19 ASL Roma 4 - Distretto 1

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comune di afferenza	Residenti
RM4	1	Struttura Allumiere Tolfa	Tolfa (21,646 residenti)	19	ALLUMIERE	3,327
					TOLFA	4,123
					CIVITAVECCHIA 1	14,196
		CdC Viale Lazio - Civitavecchia	Civitavecchia	26	CIVITAVECCHIA 2	30,590
		CdC Via delle Libertà – Santa Marinella	Santa Marinella	14	SANTA MARINELLA	15,662

Tabella 20 ASL Roma 4 - Distretto 2

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
RM4	2	CdC Via Madre Maria Crocifissa Curcio - Cerveteri	Cerveteri	27	Cerveteri	32,178
		CdC Via Aurelia – Ladispoli	Ladispoli	29	Ladispoli	34,610

Tabella 21 ASL Roma 4 - Distretto 3

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
RM4	3	CdC Via degli Asinelli - Trevignano Romano	Anguillara (21,327 residenti)	18	Anguillara Sabazia	16,377
					Trevignano Romano	4,950
		Struttura Canale Monterano	Bracciano (26,230 residenti)	22	Bracciano	16,047
					Canale Monterano	3,449
					Manziana	6,734

Tabella 22 ASL Roma 4 - Distretto 4

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
RM4	4	CdC Via Adriano I - Campagnano Di Roma	Campagnano di Roma (29,384 residenti)	25	Campagnano Di Roma	9,445
					Formello	11,256
					Mazzano Romano	2,474
					Sacrofano	6,209
		CdC Via dell'Ospedale - Magliano Romano	Magliano Romano (24,741 residenti)	21	Civitella San Paolo	1,621
					Filacciano	394
					Magliano Romano	1,219
					Morlupo	7,143
					Nazzano	1,140
					Ponzano Romano	995

		CdC Via Tiberina - Capena	Capena (37,445 residenti)	32	Capena	8,790
					Castelnuovo Di Porto	7,100
					Fiano Romano	13,071
					Riano	8,484

Tabella 23 ASL Roma 5 - Distretto 1

ASL	Distretto	CdC/Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
RM5	1	CdC Via 4 Novembre - Fonte Nuova	Fonte Nuova	23	Fonte Nuova	27,357
		CdC Via Bruno Buozzi - Monterotondo	Mentana	17	Mentana	19,552
		(54,867 residenti)	Monterotondo	30	Monterotondo	35,315

Tabella 24 ASL Roma 5 - Distretto 2

ASL	Distretto	CdC/Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comune di afferenza	Residenti
RM5	2	CdC Via Eusebio Possenti - Palombara Sabina	Palombara Sabina (25,831 residenti)	22	Montelibretti	4,361
					Montorio Romano	1,654
					Nerola	1,526
					Palombara Sabina	10,958
					Monteflavio	1,100
					Moricone	2,169
					Sant'Angelo Romano	4,063
		CdC Località Colle Rosa - Guidonia Montecelio	Guidonia Montecelio	34	Guidonia Montecelio 1	39,612
		Guidonia Montecelio (81,348 residenti)	Marcellina (41,736 residenti)	35	Guidonia Montecelio 2	35,633
					Marcellina	6,103

Tabella 25 ASL Roma 5 - Distretto 3

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comune di afferenza	Residenti
RM5	3	CdC Piazza Massimo - Tivoli	Tivoli	24	Tivoli 1	28,096
		CdC Via Pio La Torre - Castel Madama	Castel Madama (28,708 residenti)	24	Tivoli 2	19,076
					Casape	545
					Castel Madama	5,931
					Poli	1,917
		CdC Viale Santa Liberata - Ciciliano (12,328 residenti)	Vicovaro (7,983 residenti)	7	San Gregorio Da Sassola	1,239
					Cineto Romano	514
					Licenza	676
					Mandela	752
					Percile	176
					Roccagiovine	203
					San Polo Dei Cavalieri	2,366
			Ciciliano (4,345 residenti)	4	Saracinesco	104
					Vicovaro	3,192
					Cerreto Laziale	923
					Ciciliano	1,097
					Gerano	1,023
					Pisoniano	592
					Sambuci	710

Tabella 26 ASL Roma 5 - Distretto 4

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
RM5	4	CdC Via dei Massimo - Arsoli	Arsoli (5,041 residenti)	5	Arsoli	1.324
					Anticoli Corrado	862
					Camerata Nuova	396
					Riofreddo	750
					Roviano	1300
					Vallinfreda	257
					Vivaro Romano	152
		CdC Viale Ungheria - Bellegra	Bellegra (10,407 residenti)	10	Bellegra	2.585
					Roiate	639
					Olevano Romano	6282
					Rocca Santo Stefano	901
		CdC Largo Mazzini - Subiaco	Subiaco (15,007 residenti)	14	Affile	1.404
					Arcinazzo Romano	1.218
					Marano Equo	652
					Jenne	321
					Vallepietra	226
					Subiaco	8.538
					Agosta	1.675
					Canterano	348
					Rocca Canterano	170
					Cervara Di Roma	455

Tabella 27 ASL Roma 5 - Distretto 5

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
RM5	5	CdC Borgo San Martino - Zagarolo	Zagarolo (28,383 residenti)	24	Zagarolo	15,291
		CdC Via porta San Martino - Palestrina	Palestrina (24,892 residenti)		San Cesareo	13,092
			21	Palestrina	18,785	
				Gallicano nel Lazio	5,388	
				Castel San Pietro Romano	719	
		CdC Via Morino - Cave	Cave (9,405 residenti)	9	Cave	9,123
					Rocca di Cave	282
		CdC Via A. Andreani - Genazzano	Genazzano (4,783 residenti)	5	Genazzano	4,783
		CdC Guido Baccelli – San Vito Romano	San Vito Romano (2,996 residenti)	3	San Vito Romano	2,779
					Capranica Prenestina	217

Tabella 28 ASL Roma 5 - Distretto 6

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti	
RM5	6	CdC Via Porta Napoletana - Valmontone	Valmontone (18,475 residenti)	16	Valmontone	13,140	
		Labico	5,335				
		CdC Via Fleming - Artena	Artena (11,454 residenti)	10	Artena	11,454	
		CdC Via degli Esplosivi - Colleferro	Colleferro (27,413 residenti)		Colleferro	18,014	
					Segni	7,744	
					Gavignano	1,655	
		CdC Via Filippo Turati - Gorga	Gorga (583 residenti)	6	Gorga	583	
		CdC Via Giacomo Matteotti	Carpinetto Romano (5,329 residenti)		Montelanico	1,734	
					Carpinetto Romano	3,595	

Tabella 29 ASL Roma 6 - Distretto 1

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
RM6	1	CdC Via Enrico Fermi - Frascati	Frascati (36,171 residenti)	31	Frascati	19,190
					Grottaferrata	16,981
		CdC Via Malpasso D'acqua - Rocca Priora (44,170 residenti)	Rocca Priora (23,484 residenti)	20	Rocca Priora	9,164
					Rocca Di Papa	14,320
		Colonna (20,686 residenti)		18	Monte Porzio Catone	7,339
					Monte Compatri	9,805
					Colonna	3,542

Tabella 30 ASL Roma 6 - Distretto 2

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
RM6	2	CdC Via Olivella – Albano Laziale	Albano Laziale (26,709 residenti)	23	Castel Gandolfo	7,477
					Albano Laziale 1	19,232
		CdC Via A. Chigi - Ariccia	Ariccia (31,814 residenti)	27	Albano Laziale 2	14,587
					Ariccia	15,629
		CdC Via A. Grandi - Genzano	Genzano (30,691 residenti)	26	Nemi	1,598
					Genzano Di Roma	19,990
					Lanuvio	10,701

Tabella 31 ASL Roma 6 - Distretto 3

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
RM6	3	CdC Via M. Calò - Ciampino	Ciampino	28	Ciampino	33,126
		CdC Viale 24 Maggio - Marino	Marino	32	Marino	37,295

Tabella 32 ASL Roma 6 - Distretto 4

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
RM6	4	CdC Via del Mare Loc. Macchiazzza - Pomezia (91,358 residenti)	Ardea	33	Ardea	39,128
			Pomezia 1	23	Pomezia 1	26,503
			Pomezia 2	22	Pomezia2	25,727

Tabella 33 ASL Roma 6 - Distretto 5

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comune di afferenza	Residenti
RM6	5	CdC Via Tevere - Lariano (57,021 residenti)	Velletri (28,357 residenti)	24	Velletri 1	28,357
			Lariano (28,664 residenti)	24	Velletri 2	17,328
					Lariano	11,336

Tabella 34 ASL Roma 6 - Distretto 6

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comune di afferenza	Residenti
RM6	6	CdC Via Aldobrandini - Anzio (49,634 residenti)	Anzio 1	20	Anzio 1	23,143
			Anzio 2	23	Anzio 2	26,491
		CdC Piazza San Francesco - Nettuno (41,546 residenti)	Nettuno 1	17	Nettuno 1	19,560
			Nettuno 2	19	Nettuno 2	21,986

Tabella 35 ASL Viterbo - Distretto A

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
Viterbo	A	CdC Viale Igea - Tarquinia (33,630 residenti)	Tarquinia (14,082 residenti)	12	Tarquinia	14,082
			Tuscania (19,548 residenti)	17	Tuscania	7,126
					Monte Romano	726
					Montalto Di Castro	7,330
					Canino	4,366
					Montefiascone	11,389
		CdC Via Donatori di Sangue - Montefiascone	Montefiascone (24,847 residenti)	28	Capodimonte	1,480
					Arlena Di Castro	692
					Cellere	935
					Farnese	1,215
					Ischia Di Castro	1,878
					Marta	2,873
Viterbo	A	CdC Via Fratelli Agosti - Bagnoregio	Bagnoregio (7,585 residenti)	14	Piansano	1,742
					Tessennano	248
					Valentano	2,395
					Bagnoregio	2,210
					Castiglione In Teverina	1,579
					Civitella D'Agliano	1,243
		CdC Via 4 Novembre - Bolsena (14,964 residenti)	Bolsena (8,484 residenti)	14	Graffignano	1,861
					Lubriano	692
					Bolsena	3,313
					Gradoli	1,131
					Grotte Di Castro	2,229
					San Lorenzo Nuovo	1,811
Viterbo	A	CdC Via 4 Novembre - Bolsena (14,964 residenti)	Aquapendente (6,480 residenti)	14	Acquapendente	4,634
					Latera	669
					Onano	759
					Proceno	418

Tabella 36 ASL Viterbo - Distretto B

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comune di afferenza	Residenti
VT	B	Struttura Viterbo (56,996 residenti)	Viterbo	30	Viterbo 1	35,830
				18	Viterbo 2	21,166
		CdC Via Innocenzo VIII – Soriano del Cimino (25,679 residenti)	Soriano (15,262 residenti)	13	Soriano	7,196
					Celleno	1,114
					Canepina	2,546
					Vitorchiano	4,406
			Orte (10,417 residenti)	9	Orte	7,880
					Bassano in Teverina	1,087
					Bomarzo	1,450

Tabella 37 ASL Viterbo - Distretto C

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
Viterbo	C	Struttura Vetralla	Vetralla (31,218 residenti)	27	Barbarano Romano	899
					Bassano Romano	4,137
					Blera	2,637
					Capranica	5,658
					Oriolo Romano	3,273
					Villa S. Giovanni in Tuscia	1,114
					Vejano	1,847
					Vetralla	11,653
		CdC Via dell’Ospedale Consorziale - Ronciglione	Ronciglione (37,870 residenti)	32	Caprarola	4,573
					Carbognano	1,709
					Monterosi	3,997
					Nepi	8,124
					Ronciglione	7,543
					Sutri	5,844
					Vallerano	2,232
		Struttura Civita Castellana	Civita Castellana (34,913 residenti)	30	Vignanello	3,848
					Calcata	773
					Castel Sant’Elia	2,194
					Civita Castellana	14,023
					Corchiano	3,232
					Fabrica di Roma	7,164
					Faleria	1,737

Tabella 38 ASL Rieti - Distretto 1

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comune di afferenza	Residenti
		CdC Piazza Onorevole Aldo Moro - Antrodoco	Antrodoco 9,512 residenti)	9	Accumoli	441
		CdC Via Turانese – Castel di Tora	Castel di Tora (3,718residenti)	4	Amatrice	1,953
		CdC Viale Lionello Matteucci - Rieti	Rieti (39,049 residenti)	33	Antrodoco	2,100
			Contigliano (24,980 residenti)	21	Borgo Velino	816
					Borbona	496
					Castel Sant'Angelo	987
					Cittareale	341
					Leonessa	1,786
					Micigliano	92
					Posta	500
					Ascrea	172
					Casaprota	605
					Castel di Tora	218
					Collalto Sabino	329
					Colle di Tora	281
					Collegiove	100
					Concerviano	230
					Longone Sabino	457
					Marcetelli	61
					Nespolo	145
					Paganico Sabino	121
					Rocca Sinibalda	684
					Turania	179
					Varco Sabino	136
					Rieti	38,645
					Cottanello	404
					Belmonte in Sabina	507
					Borgorose	3,628
					Cantalice	2,156
					Cittaducale	5,577
					Colli sul Velino	379
					Contigliano	2,992
					Fiamignano	1,059
					Greccio	1,207
					Labro	296
					Monte San Giovanni in Sabina	565
					Montenero Sabino	233
					Morro Reatino	266
					Pescorocchiano	1,524
					Petrella Salto	922

					Poggio Bustone	1,615
					Rivodutri	901
					Torricella in Sabina	1,153

Tabella 39 ASL Rieti - Distretto 2

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
Rieti	2	CdC Vocabolo Filoni - Magliano Sabina (51,497 residenti)	Magliano Sabina (26,551 residenti)	22	Cantalupo in Sabina	1,456
					Casperia	958
					Collevecchio	1,174
					Confignì	409
					Forano	2,635
					Magliano Sabina	3,037
					Montasola	323
					Montebuono	724
					Montopoli di Sabina	3,404
					Poggio Catino	1,061
					Poggio Mirteto	5,180
					Roccantica	453
					Selci	944
					Stimigliano	1,841
					Tarano	1,153
Rieti	2	CdC Vocabolo Filoni - Magliano Sabina (51,497 residenti)	Fara in Sabina (24,542 residenti)	21	Torri in Sabina	998
					Vacone	196
					Castelnuovo di Farfa	857
					Fara in Sabina	11,930
					Frasso Sabino	616
					Mompeo	406
					Monteleone Sabino	1,068
					Orvinio	322

Tabella 40 ASL Frosinone - Distretto A

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
Frosinone	A	CdC Via Onorato Capo - Anagni	Anagni (19,726 residenti)	17	Anagni	17,728
					Sgurgola	1,998
					Paliano	6,667
					Piglio	383
					Serrone	2,421
					Trevi nel Lazio	1,557
		CdC Piazza Martiri di Nassirya - Fiuggi	Paliano (13,044 residenti)	11	Filettino	431
					Acuto	1,585
					Alatri	24,369
					Collepardo	768
					Fiuggi	8,393
					Guarcino	1,337
Frosinone	B	CdC Piazza dello Ospizio – Ferentino	Fiuggi (39,185 residenti)	33	Torre Cajetani	1,079
					Trivigliano	1,417
					Vico nel Lazio	1,822
		CdC Viale Mazzini - Frosinone	Ferentino (30,622 residenti)	26	Ferentino	17,543
					Fumone	1,767
					Giuliano Di Roma	1,991
					Morolo	2,725
					Patrica	2,570
					Supino	4,026
Frosinone	B	CdC Viale Mazzini - Frosinone	Frosinone (37,556 residenti)	32	Frosinone	37,556
					Amaseno	3,500
					Castro Dei Volsci	4,023
					Ceccano	19,347
					Vallecorsa	2,124
					Villa Santo Stefano	1,439
		CdC Via Regina Margherita - Ceprano	Amaseno (30,433 residenti)	26	Ceprano	7,135
					Falvaterra	448
					Arnara	1,869
					Pastena	1,124
					Pofi	3,514
					Ripi	4,472
Frosinone	B	CdC Via Regina Margherita - Ceprano	Ceprano (23,258 residenti)	20	San Giovanni Incarico	2,693

Tabella 41 ASL Frosinone - Distretto B

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
Frosinone	B	CdC Piazza dello Ospizio – Ferentino	Ferentino (30,622 residenti)	26	Ferentino	17,543
					Fumone	1,767
					Giuliano Di Roma	1,991
					Morolo	2,725
					Patrica	2,570
					Supino	4,026
		CdC Viale Mazzini - Frosinone	Frosinone (37,556 residenti)	32	Frosinone	37,556
					Amaseno	3,500
					Castro Dei Volsci	4,023
					Ceccano	19,347
					Vallecorsa	2,124
					Villa Santo Stefano	1,439
Frosinone	B	CdC Viale Mazzini - Frosinone	Amaseno (30,433 residenti)	26	Ceprano	7,135
					Falvaterra	448
					Arnara	1,869
					Pastena	1,124
					Pofi	3,514
					Ripi	4,472
		CdC Via Regina Margherita - Ceprano	Ceprano (23,258 residenti)	20	San Giovanni Incarico	2,693

					Strangolagalli	2,003
		CdC Via Passeggiata San Giuseppe - Veroli	Veroli (28,341 residenti)	24	Veroli	16,994
					Boville Ernica	7,305
					Torrice	4,042

Tabella 42 ASL Frosinone - Distretto C

ASL	Distretto	CdC/Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
Frosinone	C	CdC Via Ospedale – Isola del Liri	Isola Del Liri (12,364 residenti)	11	Isola Del Liri	9,551
					Castelliri	2,813
				10	Arpino	5,966
					Casalattico	356
					Casalvieri	2,157
			Monte San Giovanni Campano (19,813 residenti)	17	Fontechiari	1,066
					Santopadre	1,083
					Vicalvi	635
					Monte San Giovanni Campano	10,617
					Arce	4,619
		CdC Via Colle Melfa - Atina	Atina (11,839 residenti)	10	Colfelice	1,537
					Fontana Liri	2,296
					Rocca D'Arce	744
					Atina	3,586
					Alvito	2,220
		CdC Località San Marciano - Sora	Sora (27,609 residenti)	24	Gallinaro	1,055
					Picinisco	959
					San Biagio Saracinisco	253
					San Donato Val Di Comino	1,634
					Settefrati	601

Tabella 43 ASL Frosinone - Distretto D

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
Frosinone	D	CdC Via G. Di Biasio - Cassino (45,555 residenti)	Acquafondata (15,617 residenti)	4	Acquafondata	221
					Cervaro	6,677
					Sant'Elia Fiumerapido	5,025
					San Vittore del Lazio	2,168
					Vallerotonda	1,263
					Viticuso	263
		CdC Viale Manzoni - Aquino	Cassino (29,938 residenti)	25	Cassino	29,938
					Aquino	4,401
					Castrocielo	3,277
					Colle San Magno	560
					Piedimonte San Germano	5,124
					Roccasecca	6,086
Frosinone	D	CdC Viale Manzoni - Aquino	Aquino (21,793 residenti)	19	Terelle	277
					Villa Santa Lucia	2,068
					Esperia	3,032
		CdC Via San Giovanni Battista - Pontecorvo	Pontecorvo (16,024 residenti)	14	Pico	2,206
					Pontecorvo	10,786
					Ausonia	2,097
			San Giorgio a Liri (13,036 residenti)	11	Castelnuovo Parano	666
					Coreno Ausonio	1,332
					Pignataro Interamna	2,072
					San Giorgio a Liri	2,577
					Sant'Ambrogio sul Garigliano	776

					Sant'Andrea del Garigliano	1,159
					Sant'Apollinare	1,596
					Vallemaio	761

Tabella 44 ASL Latina - Distretto 1

ASL	Distretto	CdC/Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
Latina	1	Struttura di Cori	Cori (9,828 residenti)	9	Cori	8,925
		CdC Viale Adriatico – Cisterna di Latina	Cisterna di Latina		Rocca Massima	903
		CdC Via Giustiniano - Aprilia	Aprilia 1	26	Cisterna di Latina	30,859
			Aprilia 2	27		
				25	Aprilia 1	31,756
					Aprilia 1	30,277

Tabella 45 ASL Latina - Distretto 2

ASL	Distretto	CdC/Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comune di afferenza	Residenti	
Latina	2	CdC Via Cesare Battisti - Latina	Latina 1	26	Latina 1	30,253	
			Latina 2	25	Latina 2	28,965	
		CdC Strada Foce verde – Borgo Sabotino	Borgo Sabotino	20	Latina 3	24,147	
		CdC Via della Stazione – Latina Scalo					
		Sermoneta (40,750 residenti)			Latina 4	29,397	
					Norma	3,289	
		CdC Via Fratelli Bandiera - Pontinia	Pontinia	11	Pontinia	12,424	
		CdC Via Conte Verde – Sabaudia	Sabaudia	14	Sabaudia	16,391	

Tabella 46 ASL Latina - Distretto 3

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
Latina	3	CdC Via San Bartolomeo - Sezze	Sezze (27,538 residenti)	23	Sezze	19,997
					Bassiano	1,253
					Roccagorga	3,671
					Maenza	2,617
		Struttura Priverno	Priverno (19,998 residenti)	17	Sonnino	6,220
					Roccasecca dei Volsci	997
					Prossedi	1,016
					Priverno	11,765

Tabella 47 ASL Latina - Distretto 4

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comune di afferenza	Residenti
Latina	4	CdC Via Roma - Sperlonga	Sperlonga (24,430 residenti)	21	Fondi 2	17,699
					Lenola	3,484
					Campodimele	507
					Sperlonga	2,740
		CdC Via San Francesco - Terracina	Terracina (47,581 residenti)	40	Monte San Biagio	5,247
					Fondi 1	15,800
					Terracina 1	26,534
		CdC Via Raffaele Risaliti - San Felice Circeo	Circeo (19,616 residenti)	17	Terracina 2	11,279
					San Felice Circeo	8,337

Tabella 48 ASL Latina - Distretto 5

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
Latina	5	CdC Salita Cappuccini	Gaeta (24,981 residenti)	22	Gaeta	16,398
					Itri	8,583
		CdC Via Santa Maria La Noce	Formia (34,697 residenti)	29	Ponza	2,725
					Ventotene	507
					Formia	31,972
		CdC Via degli Eroi	Minturno (19,447 residenti)	17	Minturno	17,042
					Spigno Saturnia	2,405
		CdC Via Risorgimento	Santi Cosma e Damiano (9,398 residenti)	8	Santi Cosma e Damiano	5,817
					Castelforte	3,581