

LINEE DI INDIRIZZO
CASE DELLA COMUNITÀ
REGIONE UMBRIA

**INDICE DEGLI ARGOMENTI**

1	OGGETTO	4
2	DEFINIZIONE E NORMATIVA DI RIFERIMENTO.....	4
3	MODELLO ORGANIZZATIVO IN RETE DELLA CdC.....	6
4	RUOLI E RESPONSABILITA'	7
5	GESTIONE INTEGRATA SOCIOSANITARIA DELLA CDC	7
6	VALORIZZAZIONE DEL RUOLO DELLA COMUNITÀ E DEL TERZO SETTORE NELLE CASE DI COMUNITÀ	8
7	I SERVIZI DELLA CASA DI COMUNITA'	9
7.1	Macro Area Assistenza di prossimità.....	14
7.1.1	Punto Unico di Accesso (PUA)	14
7.1.2	Servizi Assistenza Domiciliare.....	15
7.1.3	Servizi erogati da Farmacie dei Servizi e di Comunità	16
7.1.4	Servizio di CUP integrato	16
7.1.5	Sportello unico per i servizi amministrativi	16
7.1.6	Servizi di Prevenzione - Sanità Pubblica (incluse vaccinazioni 0-18) e Programmi di screening .	16
7.2	Macro Area Cure Primarie	17
7.2.1	Servizi di cure primarie	17
7.2.2	Servizi erogati da Medici di ruolo di assistenza primaria a ciclo orario (ex Continuità Assistenziale)	18
7.2.3	Infermiere di famiglia o comunità (IFoC).....	19
7.3	Macro Area Specialistica.....	20
7.3.1	Punto prelievi.....	20
7.3.2	Specialistica Ambulatoriale.....	20
8	MODALITA' DI ACCESSO ALLA CDC, INTERCETTAZIONE DEL BISOGNO E PRESA IN CURA	20
9	DOTAZIONE DI PERSONALE E FORMAZIONE.....	21
10	STANDARD TECNOLOGICI DELLA CASA DELLA COMUNITÀ	22
11	TECNOLOGIA A SUPPORTO E FLUSSI SISTEMA INFORMATIVO	24
12	DOCUMENTAZIONE INTERNA ORGANIZZATIVA (PROCEDURE).....	25
13	COMUNICAZIONE ALLA CITTADINANZA.....	25
14	MONITORAGGIO DEL MODELLO ORGANIZZATIVO	26
15	BIBLIOGRAFIA	27
16	INDICE DELLE TABELLE	27



TABELLA ACRONIMI

Acronimo	Significato
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AFT	Aggregazione Funzionale Territoriale
AGENAS	Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali
ANA	Anagrafica Nazionale Assistiti
AS	Assistente sociale
ASL/USL	Azienda Sanitaria Locale/Unità Sanitaria Locale
CdC	Casa della Comunità
CF	Consultorio Familiare
COT	Centrale Operativa Territoriale
DGR	Deliberazione della Giunta Regionale
DM	Decreto Ministeriale
DP	Dipartimento di Prevenzione
HCD	Human Centered Design
IFoC	Infermiere di Famiglia o Comunità
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LEPS	Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali
MMG	Medico di Medicina Generale
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
OdC	Ospedale di Comunità
PAI	Piano Assistenziale Individuale
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PUA	Punto Unico di Accesso
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
UCA	Unità di Continuità Assistenziale
UCCP	Unità Complessa di Cure Primarie
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale

1 OGGETTO

Le presenti Linee di indirizzo definiscono, a partire dalla normativa vigente di riferimento, il modello organizzativo ed il funzionamento delle Case di Comunità (*di seguito anche CdC*) della Regione Umbria, affinché queste possano diventare il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possano accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, attraverso processi di presa in carico integrata.

Le CdC costituiscono un'opportunità istituzionale che risponde a due esigenze di natura specifica ma convergente: la riorganizzazione dell'offerta di prestazioni sanitarie e sociosanitarie a favore della prossimità territoriale e della domiciliarità, nonché il rafforzamento delle comunità nella loro capacità di riconoscere e rispondere ai propri bisogni, riconnettendo e integrando tutti gli attori che, in un'ottica biopsicosociale, contribuiscono al benessere della stessa.

L'obiettivo delle suddette Linee è fornire degli indirizzi a supporto delle aziende sanitarie territoriali e dei distretti al fine di assicurare servizi di prossimità omogenei e capillari sul territorio della Regione.

Il documento è stato redatto e condiviso con il gruppo di lavoro composto dalle Direzioni delle Aziende Territoriali e dai professionisti nominati formalmente dalle stesse.

2 DEFINIZIONE E NORMATIVA DI RIFERIMENTO

La Casa di Comunità (CdC) costituisce l'elemento cardine della nuova rete di assistenza territoriale secondo il modello delineato dal DM 77/2022.

La Casa di Comunità (CdC) è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile presso la quale l'utenza di riferimento entra in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria a valenza sanitaria. In quanto tale la CdC rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità.

La CdC persegue e promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, basato su un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni dell'utenza e sui principi di equità di accesso, capillarità e prossimità dei servizi. La CdC è un luogo di offerta di servizi, ma anche un luogo di relazione e di attenzione al benessere della persona.

Come indicato da Decreto Ministeriale 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modello e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio sanitario nazionale" (di seguito DM 77/2022), l'obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di garantire in modo coordinato:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria e in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;



- la presa in carico della cronicità e fragilità sia secondo il modello della sanità di iniziativa, sia secondo il modello bio-psico-sociale;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);
- l'attivazione di percorsi di cura e di presa in carico multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

La Casa della Comunità dovrebbe essere pensata come un punto d'incontro tra soggetti, istituzioni e istanze sociali per il benessere, partendo dal presupposto che la salute si genera nei luoghi in cui le persone vivono, lavorano e si relazionano. Essa non va intesa come un semplice presidio fisico, ma come il luogo dell'integrazione multidisciplinare, orientato a superare la frammentazione dei percorsi di cura.

Le funzioni principali della Casa della Comunità sono di:

- luogo in cui la comunità interpreta i bisogni e definisce il proprio progetto di salute;
- luogo di dialogo tra professioni integrate e comunità per riprogettare i servizi;
- luogo di aggregazione delle risorse pubbliche in funzione dei bisogni della comunità;
- luogo di integrazione delle risorse informali e formali della comunità con le risorse dei servizi sanitari e sociali;
- luogo in cui la comunità ricompone il quadro dei bisogni locali (co-progettazione e co-produzione con i cittadini).

Tale impostazione trova il suo fondamento giuridico nel richiamo alla Legge di Bilancio 2022 (L. 234/2021, art. 1 comma 163). La norma impone al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e agli Ambiti Sociali di garantire l'accesso unitario ai servizi sociosanitari e sociali, specialmente per le persone non autosufficienti, attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA) collocato proprio all'interno delle Case di Comunità.

Per ricomporre questa dicotomia, la Casa di Comunità attiva un livello di integrazione istituzionale che si formalizza attraverso:

- Intese tra Enti: Accordi strutturati tra ASL e Comuni/Ambiti Sociali.
- Equipe Integrate: Gruppi di lavoro composti da personale sanitario e sociale che operano in sinergia sulla valutazione multidimensionale e sulla definizione dei Piani di Assistenza Individualizzati (PAI).
- Il Punto Unico di Accesso (PUA): rappresenta il luogo dell'accoglienza, dell'orientamento e della presa in carico socio-sanitaria (*DGR n.896 del 10/09/2025*)

In questo scenario, la programmazione zonale tra Distretto ASL e Zone Sociali diventa il terreno d'elezione per una governance condivisa. Tale processo non può prescindere dal coinvolgimento attivo del Terzo Settore, del volontariato, delle associazioni di pazienti e dei caregiver. Attraverso forme di partenariato e percorsi di auto-aiuto, la comunità smette di essere solo "utente" per diventare protagonista della progettualità territoriale, garantendo risposte sussidiarie e prossime ai bisogni delle persone fragili.

Per il recepimento del DM 77/2022, la Regione Umbria ha redatto e trasmesso ad AGENAS e alle Aziende sanitarie della Regione, il documento "Riorganizzazione assistenza territoriale in Umbria come indicato dal DM 77/2022", approvato con DGR 1329 del 14/12/2022. All'interno del suddetto documento, il Servizio



Regionale di Programmazione sanitaria, assistenza territoriale, integrazione sociosanitaria ha descritto la riorganizzazione della rete territoriale, anche in termini di fabbisogno di personale, piani di formazione, cronoprogramma delle attività e modalità di governo e monitoraggio delle azioni di riorganizzazione.

Agenas ha successivamente pubblicato il documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa della Comunità (CdC) con il quale vengono definiti gli standard strutturali, organizzativi e tecnologici per la realizzazione della nuova assistenza territoriale come previsto dal DM 77/2022. Inoltre, a giugno 2024, ha pubblicato il documento “Linee di indirizzo per l’attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità Hub” in cui sono delineate le modalità operative per la realizzazione del modello organizzativo delle CdC hub.

Il 19 Dicembre 2025 il Ministero della Salute ha emanato la seconda versione delle “Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 “Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche”, in cui vengono declinati e specificati in maniera più accurata i requisiti concernenti la presenza medica ed infermieristica per le due tipologie di CdC.

3 MODELLO ORGANIZZATIVO IN RETE DELLA CdC

La CdC hub deve rappresentare uno dei nodi, insieme ai punti di erogazione più periferici collegati funzionalmente, della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali. La CdC hub, infatti, deve essere facilmente identificabile dai cittadini e diventa altresì luogo di contatto e di relazioni, creando così connessioni con servizi presenti e in ridefinizione organizzativa della rete dell’assistenza territoriale.

Occorre pertanto che la CdC adotti a livello organizzativo meccanismi di coordinamento strutturali a rete:

1) Rete Intra-CdC: occorre che vi sia la messa in rete delle figure professionali che operano all’interno della CdC, attraverso la costituzione di una specifica équipe multi-professionale, per favorire l’erogazione dei servizi secondo una risposta globale/indirizzo rispetto ai fabbisogni della persona. Occorre prevedere un Nucleo di Coordinamento per indirizzare l’accesso ai servizi sulla base dei bisogni intercettati dai professionisti delle strutture della rete.

2) Rete Inter-CdC: occorre vi sia la messa in relazione della CdC hub con le sue strutture/punti di erogazione più periferici, che devono essere collegati funzionalmente (es. consultori, servizi per le dipendenze e per la salute mentale - CSM, i servizi per i minori e altri servizi per la disabilità, rete cure palliative ecc.) così da soddisfare al meglio le esigenze di erogare servizi in maniera capillare e diffusa per tutta la popolazione. Pertanto, a livello organizzativo, devono essere previsti i ruoli e procedure chiare per gestire i bisogni dei cittadini in modo interconnesso.

3) Rete territoriale integrata, anche con l’attività ospedaliera. Occorre prevedere la messa in rete della CdC:

- con altre strutture sanitarie territoriali come OdC, RSA, strutture riabilitative, e altre strutture intermedie;
- con le strutture ospedaliere (per acuti) per poter destinare pazienti che necessitano di prestazioni ambulatoriali specialistiche (ad alta complessità) e per gestire le dimissioni dall’ospedale al territorio, che richiedono l’attivazione di servizi della CdC;
- con Hospice, anche attraverso la rete delle cure palliative.



La messa in rete della CdC con le suddette strutture al punto 3) deve avvenire attraverso le Centrali Operative Territoriali (COT) per quanto riguarda la gestione delle transizioni di pazienti tra i diversi setting di assistenza (es. da ospedale al territorio per una dimissione, da un setting territoriale ad un altro, ecc...).

4 RUOLI E RESPONSABILITA'

La responsabilità gestionale, organizzativa ed igienico-sanitaria del distretto è in capo al Direttore del Distretto. Il Direttore di Distretto, di concerto con la Direzione strategica, può designare il responsabile della Casa della Comunità, a cui delegare funzioni gestionali ed organizzative, e il coordinamento delle attività di tutti i professionisti operanti, il coinvolgimento della comunità e delle associazioni, la rilevazione e la trasmissione dei dati di monitoraggio delle attività. All'interno della casa di comunità operano anche l'Assistente Sociale, il coordinatore infermieristico che, per quanto di competenza, contribuiranno a garantire il soddisfacimento dei bisogni socio-sanitari rappresentati dagli utenti e la gestione della presa in carico socio-sanitaria. Il Direttore di Distretto, con la collaborazione del responsabile della Casa di Comunità, favorirà l'integrazione con i medici del ruolo unico di assistenza primaria, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali, con la zona sociale di riferimento e le associazioni del terzo settore.

5 GESTIONE INTEGRATA SOCIOSANITARIA DELLA CDC

Per garantire che le CdC, nella loro implementazione, si qualificano quali nodi di integrazione sociosanitaria della rete di salute della comunità, è necessario che la governance delle stesse sia il risultato di percorsi e strategie integrate.

A tal fine, si rende necessaria la definizione di un insieme articolato di contenuti volti a promuovere l'integrazione istituzionale, gestionale e operativa tra i Distretti sanitari e le zone sociali con il fine di coordinare e armonizzare l'applicazione delle progressive disposizioni derivanti dalle riforme in atto relative alla non autosufficienza (L.33/2023, D.lgs. 29/2024) e alla disabilità (L.277/2021, D.lgs. 62/2024) al modello di assistenza territoriale definito dal D.M 77/2022 e ai Livelli essenziali delle prestazioni sociali di cui al Piano Non autosufficienza 2022-2024 stabiliti quali LEPS di Processo, con richiamo alla Legge di bilancio 234/2021.

A partire da tali indirizzi sarà opportuno che ciascun sistema locale sviluppi modelli di gestione caratterizzati da livelli di integrazione di qualità e intensità coerenti con il proprio contesto istituzionale, organizzativo e comunitario.

Si richiama l'opportunità di un approccio all'integrazione sociosanitaria di carattere sistemico e strutturale fondato sugli assi della integrazione istituzionale – che vede coinvolti i Comuni e la direzione strategica aziendale -, della pianificazione congiunta tra sistemi sanitari e sistemi sociali, della gestione dei processi e strumenti di valutazione e di intervento; della dimensione professionale tramite le équipe multidisciplinari; nonché dell'approccio alla Comunità intesa come partner essenziale nell'attivazione di percorsi di Benessere per la collettività.

In ogni caso, a garanzia della realizzazione dell'integrazione sociosanitaria nelle CdC e nell'individuazione delle funzioni delle stesse contestualizzate nel territorio di riferimento, dovranno essere perseguite le condizioni affinché possa essere sancito un Accordo di programma o "Patto Istituzionale" tra le ASL e gli ATS, definendo in modo puntuale obiettivi comuni e modalità di integrazione tra il distretto ed i servizi sociali, delineando una governance in cui la Casa di Comunità diviene luogo fisico e ideale di concertazione e co-programmazione operativa.

Nell'ambito di ciascuna CdC, dovranno pertanto essere definiti i meccanismi operativi e di raccordo, nonché le procedure, a garanzia del coordinamento tra le funzioni del Distretto e dei servizi sociali nelle diverse fasi del processo di presa in carico delle persone (accoglienza, valutazione, pianificazione personalizzata, ecc.) e



della comunità di riferimento (prevenzione, informazione, promozione dell'autocura, ecc.), in coerenza con le indicazioni contenute nei capitoli successivi del presente documento di indirizzo.

6 VALORIZZAZIONE DEL RUOLO DELLA COMUNITÀ E DEL TERZO SETTORE NELLE CASE DI COMUNITÀ

La Regione intende attivare un processo di valorizzazione del ruolo della Comunità, della co-progettazione e della co-produzione di servizi all'interno delle Casa di Comunità mediante il coinvolgimento degli Enti del Terzo Settore.

Le disposizioni del D.M. n. 77/2022 delineano un modello organizzativo di Casa della Comunità che mira a stimolare l'apporto del Terzo Settore nella gestione dei servizi offerti, al fine di massimizzare un approccio integrato e multidisciplinare, non solo sotto il profilo strettamente sanitario ma anche in termini di benessere generale della persona presa in carico.

La stessa Agenas, nelle "Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità Hub", sottolinea l'importanza della partecipazione delle associazioni del Terzo Settore per *"generare salute individuale e collettiva, con un approccio sistemico, capillare, collaborativo e partecipativo di promozione comunitaria della salute e di welfare generativo "secondo un approccio One Health"*.

Tra le attività obbligatorie della Casa di Comunità, infatti, vediamo descritta anche la partecipazione della Comunità e la valorizzazione della co-produzione, con l'obiettivo di creare un ambiente più inclusivo e accessibile per l'erogazione dei servizi previsti e per la promozione del benessere sociale, attraverso la partecipazione attiva dei cittadini e delle loro organizzazioni.

Il coinvolgimento del Terzo Settore, attraverso gli strumenti disciplinati dal D.lgs. 117/2017 (c.d. Codice del Terzo Settore), consente di conoscere in modo capillare i bisogni dei cittadini, favorendo una ottimizzazione dei servizi offerti e dell'utilizzo delle risorse pubbliche attraverso la messa a disposizione di ulteriori risorse private (umane, tecniche e/o economiche)

In tale contesto, attraverso gli enti del Servizio Sanitario Regionale e gli altri attori del sistema, si intende disegnare un modello di Casa di Comunità che non sia unicamente un "luogo fisico" di cura, ma un modello organizzativo che preveda anche la collaborazione attiva degli Enti del Terzo Settore.

La co-progettazione ed eventuale co-produzione dei servizi potrà avvenire a livello di Enti del SSR, di Distretto o di ambiti territoriali più ampi, con il coinvolgimento degli ambiti dei servizi sociali dei Comuni di riferimento, secondo la specificità territoriale dei servizi da attivare.

Al fine di assicurare omogeneità nel processo di partecipazione, in via di prima applicazione le linee prioritarie di intervento condiviso con gli ETS potranno avere ad oggetto:

1. servizi di supporto al PUA (servizi di orientamento, informazione e supporto amministrativo),
2. servizi di supporto alla presa in carico della persona,
3. servizi di accompagnamento,
4. altri servizi improntati allo sviluppo di "reti di solidarietà".

L'amministrazione regionale intende promuovere la valorizzazione delle buone pratiche di progettualità già presenti nel territorio regionale che siano coerenti con il modello organizzativo delle Case di Comunità.

L'adozione della co-produzione come metodo di lavoro sistemico è l'elemento innovativo dell'organizzazione della sanità territoriale. La CdC è chiamata a promuovere reti sociali che diventino componenti vive del servizio, sollecitando il confronto tra punti di vista differenti per generare benessere collettivo.



Le iniziative di partecipazione attiva, in coerenza con le linee strategiche aziendali e con il modello organizzativo distrettuale, si articolano lungo l'intero ciclo di vita dei servizi:

- **Co-programmazione e Co-progettazione:** Per intercettare le esigenze prioritarie delle comunità locali e orientare la pianificazione dei servizi verso i reali bisogni dei pazienti e dei loro familiari.
- **Co-gestione e Co-erogazione:** Per coinvolgere attivamente pazienti esperti, volontari e caregiver nell'attuazione dei percorsi assistenziali e in specifici aspetti organizzativi, rendendo il servizio più prossimo e umano.
- **Co-valutazione:** Per istituire tavoli di monitoraggio e monitoraggio civico permanenti. Il coinvolgimento dei cittadini nella valutazione dei servizi offerti permette di identificare tempestivamente le aree di criticità e di attuare azioni di miglioramento continuo basate sull'esperienza diretta dell'utente.

In sintesi, la Casa di Comunità evolve da luogo di cura a laboratorio di cittadinanza attiva, dove la salute viene costruita insieme ai suoi protagonisti, garantendo risposte che siano non solo appropriate clinicamente, ma anche umanamente e socialmente sostenibili.

7 I SERVIZI DELLA CASA DI COMUNITA'

Le CdC hub sono il luogo nel quale si organizza e ricomponde l'insieme dei servizi e delle attività offerte da tutti gli attori che si prendono cura della salute e dei bisogni delle persone e della Comunità nel suo territorio di riferimento secondo un approccio integrato e multidisciplinare.

La tabella seguente rappresenta i servizi da garantire nelle CdC hub e spoke, previsti dal D.M. 77/2022.



Tabella 1 Servizi previsti da standard nelle CdC

	FUNZIONE	CASA DELLA COMUNITA' HUB	CASA DELLA COMUNITA' SPOKE
	PUA	Obbligatorio	Obbligatorio
	ADI	Obbligatorio	Obbligatorio
	UCA	Obbligatorio	Obbligatorio
	Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	Obbligatorio	Obbligatorio
	Integrazione con i Servizi Sociali	Obbligatorio	Obbligatorio
	Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	Obbligatorio	Obbligatorio
	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 e le dipendenze patologiche	Raccomandato	Raccomandato
	Servizi neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	Raccomandato	Raccomandato
	Medicina dello sport	Raccomandato	Raccomandato
	Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (ambulatori di MMG, PLS, SAI, IFoC)	Obbligatorio	Obbligatorio
	Presenza medica	H 24 - 7/7 gg	H 12 - 6/7 gg
	Continuità assistenziale	Obbligatorio	Facoltativo
	Presenza infermieristica	H 12 - 7/7 gg	H 12 - 6/7 gg
	Servizi infermieristici	Obbligatorio	Obbligatorio
	Servizi diagnostici di base	Obbligatorio	Facoltativo
	Servizi di specialistica ambulatoriale e per le patologie croniche ad elevata prevalenza	Obbligatorio	Obbligatorio
	Punto prelievi e POCT	Obbligatorio	Facoltativo
	Collegamento con la Casa della Comunità Hub di riferimento	-	Obbligatorio
	Adeguate dotazione di attrezzature e strumentazioni mediche e diagnostiche per l'erogazione dei servizi di assistenza	Obbligatorio	Obbligatorio (in funzione delle attività previste)

*I colori nella prima colonna sono relativi alle macroaree rappresentate in Tabella 2.

La CdC è un sistema coordinato e integrato di servizi e di professionisti che lavorano secondo il modello dell'integrazione e della multidisciplinarietà tra famiglie professionali attraverso la condivisione dei percorsi assistenziali, il rispetto dell'autonomia e della responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze e la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver attraverso una logica di co-produzione con i diversi attori della rete comunitaria e sociale. I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi

alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone.

Le Case della Comunità rappresentano il luogo elettivo affinché avvenga questo approccio congiunto e contestuale, in cui non si lavora più "in serie" o "in parallelo" ma in modalità interconnessa (un professionista insieme all'altro). L'interrelazione tra i professionisti, ovvero mettere insieme e in stretta collaborazione, garantisce uno scambio costante tra relazioni e competenze.

In questa logica anche i layout distributivi degli spazi fisici e funzionali assumono un significato importante perché sono una meta-rappresentazione delle funzioni dei professionisti e della loro sinergia, nonché dei diversi profili di utenti che verranno presi in carico.

Nella logica della schematizzazione delle aree e quindi delle funzioni e degli spazi all'interno della casa della comunità si identificano 4 Macro Aree:

1) Macro Area Assistenza di prossimità

2) Macro Area Cure primarie

3) Macro Area Specialistica

4) Macro Area Servizi generali e logistici

1) La Macro Area Assistenza di prossimità include:

- Punto Unico di accesso (PUA) Integrato per l'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale
- Assistenza domiciliare
- Unità di continuità assistenziale (UCA)
- CUP
- Sportello unico per i servizi amministrativi relativi all'assistenza territoriale che raccoglie le attività di tutte le componenti amministrative dell'assistenza territoriale
- Servizi territoriali sociosanitari e di prevenzione:
 - Servizi sociali: prevede la presenza di spazi per l'assistente sociale dell'Ambito territoriale sociale, che opera nelle linee di attività della Casa della Comunità;
 - Area servizi per la comunità: spazi polivalenti per la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver;
 - Attività consultoriale (facoltativa);
 - Attività rivolte ai minori (attività facoltativa) che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 aa;
 - Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (Raccomandato);
 - Dipartimento della Salute Mentale e delle Dipendenze (Raccomandato);

- Attività di promozione e prevenzione primaria (attività raccomandata), con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione (profilassi vaccinale);
- Attività dei programmi di screening oncologici (cervice, colon retto, mammella) (attività facoltativa);
- Attività per la Medicina dello sport (attività raccomandata).

2) La Macro Area Cure primarie include:

- Ambulatori per la presa in carico della cronicità e della fragilità a valenza multiprofessionale (medico ruolo unico, IFoC, specialista, assistente sociale)
- Ambulatorio cure primarie per condizioni cliniche non differibili
- Attività IFoC

3) La Macro Area Specialistica include:

- Punto prelievi
- Ambulatori di specialistica ambulatoriale
- Servizi di diagnostica di base

4) La Macro Area dei Servizi generali, Tecnici e della Logistica centralizzata include:

- Spazi per il personale (spazi di direzione, spazio coordinatore, locali medici/personale, uffici amm.vi, spogliatoi, area relax ecc...)
- Locali tecnici - Spazi per la Logistica (depositi, stoccaggio rifiuti, magazzini, archivi, ecc.). Questi servizi possono essere in comune con altre aree funzionali di altri poli sanitari (Ospedale di Comunità, Ospedale, altri poli sanitari).

In Tabella 2 si riporta la sintesi delle funzioni articolata nelle macroaree.



Tabella 2 Tabella riassuntiva dei servizi e relative specifiche della CdC suddivisi per macroarea

Macro Area Assistenza di Prossimità	
Servizi	Specifiche/Strutture
PUA	Attività di accoglienza, orientamento e/o presa in carico integrate a cura di professionisti sanitari del distretto e di assistenti sociali del SSC e dell'Azienda Sanitaria
ASSISTENZA DOMICILIARE	
UCA	
FARMACIA DEI SERVIZI E DI COMUNITA'	Servizi Funzionalmente collegati alla CdC
CUP	
SPORTELLO UNICO PER I SERVIZI AMMINISTRATIVI RELATIVI ALL'ASSISTENZA TERRITORIALE	Raccoglie le attività di tutte le componenti amministrative dell'assistenza territoriale
SERVIZI TERRITORIALI SOCIOSANITARI E DI PREVENZIONE	Servizi sociali
	Area servizi per la comunità (coinvolgimento di enti del Terzo Settore e delle associazioni di pazienti)
	attività consultoriale e attività rivolte ai minori che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 aa; neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza
	Dipartimento della Salute Mentale e delle dipendenze
	attività di promozione e prevenzione primaria (profilassi vaccinale)
	attività di programmi di screening oncologici
	attività per la Medicina dello sport
Macro Area Cure Primarie	
Servizi	Specifiche /Strutture
AMBULATORI PER LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ E DELLA FRAGILITÀ	a valenza multiprofessionale (medico ruolo unico assistenza primaria, IFoC, specialista)
AMBULATORIO CURE PRIMARIE PER CONDIZIONI CLINICHE NON DIFFERIBILI	l'ambulatorio garantisce prestazioni non differibili, inappropriatamente trattate presso i PS ospedalieri, tra le quali quelle già oggetto delle prestazioni della ex CA.
ATTIVITÀ IFOC	
Macro Area Specialistica	
Servizi	Specifiche /Strutture
SERVIZI DI DIAGNOSTICA	(Si veda paragrafo 10)
PUNTO PRELIEVI	
AMBULATORI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	
Macro Area dei Servizi generali, Tecnici e della Logistica centralizzata	
Spazi per il personale (spazi di direzione, spazio coordinatore, locali medici/personale, uffici amm.vi, servizi informativi e di reclamo (es. URP), spogliatoi, area relax ecc...)	Questi servizi possono essere in comune con altre aree funzionali di altri poli sanitari (OdC, Ospedale, altri poli sanitari)
Locali tecnici - Spazi per la Logistica (depositi, stoccaggio rifiuti, magazzini, archivi, ecc.).	

7.1 Macro Area Assistenza di prossimità

7.1.1 Punto Unico di Accesso (PUA)

Il Punto Unico di Accesso (PUA), collocato all'interno di ciascuna Casa di Comunità, rappresenta il punto fisico di accesso per i cittadini per bisogni sociosanitari e socioassistenziali che non abbiano caratteristiche di emergenza/urgenza. Il PUA è concepito come la porta d'ingresso unica per l'integrazione socio-sanitaria, un luogo di accoglienza, orientamento e presa in carico. L'obiettivo è uniformare a livello regionale gli standard operativi per garantire pari opportunità di accesso ai servizi sociali e socio-sanitari, superando la frammentazione degli interventi.

La Giunta Regionale dell'Umbria, con la deliberazione n. 896 del 10 settembre 2025, ha definito il modello organizzativo regionale per il Punto Unico di Accesso (PUA). L'atto mira a rispettare le tempistiche del PNRR e gli standard del DM 77/2022.

Gli obiettivi principali del PUA includono:

- Garantire un accesso unitario e semplificato ai servizi.
- Orientare persone e famiglie sui loro diritti e sulle modalità di accesso alle prestazioni.
- Avviare la presa in carico tramite una prima valutazione del bisogno.
- Rafforzare l'integrazione tra il sistema socio-sanitario e sociale.
- Assicurare l'uniformità delle procedure e del trattamento dei dati.

Il modello organizzativo, destinato ai residenti o persone temporaneamente presenti sul territorio (in particolare se fragili), sarà collocato strutturalmente presso le Case della Comunità (sia hub che spoke). Il funzionamento si articola in un front office e tre livelli successivi di valutazione:

- 1. Front Office:** Svolge attività di accoglienza e orientamento. È gestito da personale amministrativo formato che fornisce informazioni, indirizza l'utente e registra l'accesso tramite una "Scheda di Accoglienza".
- 2. Back Office di I Livello:** Professionisti di area sanitaria e sociale (Coordinatore infermieristico, Assistenti Sociali) effettuano una prevalutazione e individuazione dei bisogni semplici e complessi sociosanitari. Nel caso del bisogno semplice, orientano il cittadino verso il servizio specifico (sanitario o sociale), nel caso del bisogno complesso attivano una presa in carico integrata, attivando l'équipe multiprofessionale (Back Office di II Livello).
- 3. Back Office di II Livello (Équipe Integrata Multiprofessionale):** Un nucleo minimo composto da MMG/PLS, Medici di distretto, Infermieri di Famiglia o Comunità e Assistenti Sociali effettua una valutazione bio-psico-sociale del bisogno. Attiva l'Unità di Valutazione Multidimensionale sociosanitaria ed elabora il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e il Budget di Salute.
- 4. Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM):** Viene attivata per bisogni complessi sociosanitari che necessitano di una presa in carico socio-sanitaria integrata o per l'elaborazione del Progetto di vita per persone con disabilità. Definisce lo stato di salute complessivo della persona e produce output come PAI, PTRI, Progetto di Vita e Budget di Salute

Secondo quanto definito all'interno delle Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub il PUA dovrà garantire l'attività come da DGR n 1291 del 19/12/2025.

7.1.2 Servizi Assistenza Domiciliare

L'assistenza domiciliare garantisce percorsi assistenziali a domicilio costituiti da un insieme di interventi sanitari e socio-sanitari che mirano a fornire cure mediche, infermieristiche e di tipo assistenziale in forma integrata, nel rispetto dei diritti della persona e della famiglia, al fine di evitare ricoveri impropri e istituzionalizzazioni non adeguate, anche attraverso i servizi di telemedicina nelle modalità e nelle forme previste. Assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio. Tali interventi sono caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile, nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza (o quando necessario anche all'interno del Piano di Riabilitazione Individuale – PRI). Tale servizio è quindi caratterizzato da trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, volti a stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. L'attività domiciliare può essere mono professionale o integrata tra più professionisti (infermiere, riabilitatore, medico, OSS, Assistente sociale,...). La responsabilità clinica del paziente rimane in capo a MMG/PLS.

L'assistenza domiciliare si può dividere nei seguenti livelli:

- ADI di I Livello
- ADI di II Livello
- ADI di III Livello

Le Unità di Cure Palliative Domiciliari, che avranno sede nelle CdC, sono distinte ma integrate al servizio di assistenza domiciliare.

Tra i servizi di assistenza domiciliare rientra anche l'assistenza domiciliare socio-sanitaria, caratterizzata da un livello di intensità e complessità variabile, all'interno di un progetto di vita personalizzato e partecipato o del PAI. Il servizio è caratterizzato da interventi e prestazioni socio-riabilitative educative, di assistenza e cura alla persona e al contesto di vita, volti a garantire il miglioramento della qualità della vita quotidiana; favorendo la possibilità di permanenza a domicilio, offrendo supporto al caregiver e alla famiglia ed evitando l'accesso improprio a servizio di emergenza urgenza territoriali e ritardando l'istituzionalizzazione.

L'assistenza domiciliare consente la presa in carico territoriale, a seguito della valutazione multidimensionale dei bisogni espressi direttamente dal cittadino al PUA o segnalato dalla COT in fase di dimissione da ospedale o da cure intermedie, direttamente da professionisti (es medico ruolo unico, IFoC...) o ancora dal 116117, quando pienamente operativo.

Obiettivi specifici delle cure domiciliari Integrate sono:

- fornire adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario, sociale e socio-sanitario suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri e l'ingresso in residenza;
- favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e relazionali;
- rendere possibili dimissioni ospedaliere tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della "dimissione protetta";

- supportare i caregiver e trasmettere loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento;
- migliorare la qualità della vita di persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza, favorendo il mantenimento delle capacità residue.

7.1.3 Servizi erogati da Farmacie dei Servizi e di Comunità

Le farmacie convenzionate con il SSN e in particolare le Farmacie dei Servizi e di Comunità, sono presidi sanitari di prossimità e rappresentano un elemento fondamentale per l'assistenza di prossimità, da cui quindi non si può prescindere nell'ambito della riorganizzazione territoriale nei termini del DM 77/2022.

Le Farmacie dei Servizi e di Comunità, attive presso i diversi Distretti, rappresentano quindi un canale di erogazione di alcuni servizi (es. ECG, Holter pressorio, Spirometria) per le Case di Comunità dello stesso Distretto, secondo accordi definiti con la Regione Umbria per la Sperimentazione dei nuovi servizi nella Farmacia di Comunità (DGR 1198/2023 e succ.).

7.1.4 Servizio di CUP integrato

In linea con quanto definito all'interno del DM 77/2022, che prevede l'obbligo di un servizio di CUP integrato, si prevede l'attivazione in ogni CdC di un sistema integrato di prenotazione collegato al CUP per tutte le prestazioni erogate dal SSN.

Devono essere istituiti percorsi programmati e servizi finalizzati al monitoraggio dei pazienti cronici della comunità di riferimento della CdC hub, al fine di garantire una programmazione annuale delle visite di controllo, anche tramite i servizi di telemedicina.

7.1.5 Sportello unico per i servizi amministrativi

Nella logica della prossimità e del riferimento, all'interno della CdC è indicato che ci siano sportelli unici per i servizi amministrativi relativi con forte orientamento ai servizi che rappresentano fasi importanti del processo di presa in carico, ad esempio, assistenza sanitaria di base, protesica e che garantiscano al paziente il riferimento unico a cui rivolgersi.

L'apertura del servizio deve essere orientata a facilitare l'accesso dei cittadini nella settimana e nell'arco della giornata con modulazioni orarie anche pomeridiane.

7.1.6 Servizi di Prevenzione - Sanità Pubblica (incluse vaccinazioni 0-18) e Programmi di screening

Per ampliare i servizi delle Case di Comunità della Sanità Pubblica, incluse le vaccinazioni 0-18 anni, screening, prevenzione e educazione alla salute secondo DM 77, occorre potenziare la relazione con il Dipartimento di Prevenzione. È essenziale una stretta collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione per pianificazione integrata, condivisione risorse e scambio informazioni, garantendo omogeneità su tutto il territorio. La Regione si configura come attore facilitatore a supporto ai Distretti per intensificare le relazioni con il Dipartimento di Prevenzione.

All'interno delle CdC devono essere previsti almeno gli ambulatori vaccinali e sale per screening oncologici di popolazione. Inoltre, la CdC è il punto di riferimento per iniziative che prevedano attività di promozione della salute sia individuali che di comunità (gruppi cammino, centri antifumo, educazione alimentare,...).

7.2 Macro Area Cure Primarie

È l'area funzionale "core" e rappresentativa della CdC, in cui i professionisti lavorano in équipe secondo il principio della multidisciplinarietà e con l'orientamento a rispondere ai bisogni del cittadino.

All'interno del modello organizzativo della CdC i medici del ruolo unico di assistenza primaria/PLS si integrano con l'équipe della CDC (medici, infermieri, assistenti sociali, specialisti e altri operatori sanitari), provvedendo a garantire l'assistenza territoriale attraverso un approccio di sanità di iniziativa e contribuendo alla presa in carico socio-sanitaria della comunità di riferimento, con i servizi presenti ed attivi, anche attraverso le loro forme organizzative (AFT).

Le comunicazioni tra tutti i professionisti dei servizi ed organizzazioni presenti sul territorio avvengono attraverso il supporto dei sistemi informatici e le banche dati disponibili (COT, servizi territoriali, ambulatoriali, specialistica, ecc.). Al fine di facilitare la comunicazione all'interno della rete di cura e tra professionisti, favorire la sicurezza delle cure e accedere alle informazioni in tempi rapidi, vengono attivate modalità di cooperazione applicativa tra i software in uso nei diversi setting assistenziali e il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), nel rispetto degli standard di interoperabilità definiti dalle linee guida nazionali, per una comunicazione condivisa orientata al supporto nella gestione della documentazione sociosanitaria degli assistiti, allo scambio di informazioni aggiornate e al confronto professionale facilitato (teleconsulenza e teleconsulto) all'interno dell'équipe territoriale e nel rispetto del diritto alla privacy del paziente.

7.2.1 Servizi di cure primarie

Come definito all'interno del DM 77/2022, poiché la Casa della Comunità costituisce l'accesso unitario fisico per la comunità ai servizi di assistenza primaria, tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente.

Il Medico di Medicina Generale (ora *medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta*) e il Pediatra di Libera scelta (PLS), ricoprono il ruolo di referente clinico per la presa in carico dei propri assistiti che si rivolgono alla Casa di Comunità, e, in quanto tale, rappresenta il punto di riferimento per le attività clinico-terapeutiche.

Per quanto riguarda i PLS è raccomandata la loro presenza all'interno della CDC.

Queste figure operano all'interno del modello organizzativo della CdC Hub con modalità integrate, provvedendo a garantire l'assistenza territoriale attraverso un approccio di sanità di iniziativa e contribuiscono alla presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi presenti ed attivi.

7.2.2 Servizi erogati da Medici di ruolo di assistenza primaria a ciclo orario (ex Continuità Assistenziale)

Il servizio di Continuità Assistenziale rientra tra i servizi obbligatori della CdC hub, così come definito all'interno del DM 77/2022.

La Continuità Assistenziale evolve in un sistema integrato h24 presente nelle CdC hub, superando il vecchio modello organizzativo. Il servizio garantisce prestazioni non differibili tramite il ruolo unico dei medici presso Case della Comunità, AFT. L'attività copre le fasce notturne, i festivi e i prefestivi per tutta la popolazione, integrandosi nei giorni feriali e diurni con l'assistenza fiduciaria garantita dai medici del ruolo unico di assistenza primaria e PLS. Tale modello organizza l'offerta in base alle specificità demografiche e geografiche del territorio di riferimento e secondo specifici accordi Regionali e Aziendali.

Nelle CdC potranno essere espletate le seguenti attività:

- erogazione di prestazioni assistenziali non differibili, a tutta la popolazione, di ogni fascia di età, secondo i modelli organizzativi regionali, con particolare riferimento alla piena funzionalità del Numero Unico Europeo 116117;
- effettuazione di visite mediche anche mediante l'utilizzo di strumentazione di diagnostica di primo livello e rilascio di prescrizioni mediche;
- gestione e supporto della presa in carico di pazienti in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità, sulla base di protocolli aziendali;
- erogazione dell'assistenza ai turisti, agli studenti fuori sede e ai cittadini non residenti secondo le modalità di legge e gli ACN di riferimento. L'accesso del cittadino avviene mediante invio del 116117, da parte dei Medici del Ruolo unico di assistenza primaria e PLS, fermo restando l'accesso in autopresentazione.

I criteri di esclusione dall'accesso sono definiti a livello regionale per fattispecie particolari quali ad esempio:

- Dolore toracico
- Dispnea acuta
- Deficit neurologico acuto
- Cefalea intensa e inusuale
- (Poli)Trauma
- Sincope/perdita di conoscenza

I punti di CA, alla luce del nuovo assetto organizzativo, saranno localizzati all'interno delle CdC e saranno collegati alla centrale operativa NEA 116117.

Il DM77 ricomprende all'interno della organizzazione della rete assistenziale territoriale, l'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) che è un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa, ovvero:

- Dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o dimissibile al domicilio in Assistenza Domiciliare;

- Supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche;
- Presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;
- Programmi di prevenzione territoriale, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/Case di Riposo per pazienti "fragili" (COVID, influenza, pneumococco, meningococco, epatiti virali, herpes zoster ecc.);
- Programmi di prevenzione ed interventi mirati nelle scuole, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, nelle comunità difficili da raggiungere, ecc.

Lo standard prevede 1 UCA, composta da 1 Medico e 1 Infermiere, ogni 100.000 abitanti, la cui sede operativa è la CdC hub, alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo facendo riferimento alla Direzione del Distretto.

7.2.3 Infermiere di famiglia o comunità (IFoC)

L'IFoC, collocato a livello distrettuale, opera attraverso un servizio di assistenza infermieristica decentrata e diventa punto di riferimento della comunità per la dimensione assistenziale, ne fa parte integrante in modo organico e agisce in stretta connessione con i Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera scelta (PLS), assistenti sociali e tutti gli altri attori dell'equipe territoriale. Ha la finalità di prendere in carico la persona assistita e la comunità in modo proattivo, offrendo una risposta ai bisogni di assistenza infermieristica promuovendo l'empowerment e sviluppando competenze nella persona e nella comunità. L'IFoC così concepito non è solo un erogatore di assistenza, ma attivatore di potenziali di risorse assistenziali che insistono in modo latente nella comunità.

Gli IFoC agiscono nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola, pertanto, l'impiego dell'Infermiere di famiglia o comunità (IFoC) nell'ambito della CdC ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, attraverso la promozione di una maggiore omogeneità, accessibilità all'assistenza sanitaria e sociosanitaria e l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità. Il ruolo dell'Infermiere di famiglia o comunità è fondamentale anche per l'attività di accesso ed orientamento della persona/famiglia presso il PUA.

L'intervento dell'IFoC si sviluppa sostanzialmente in quattro ambiti:

- livello ambulatoriale: prime cure e continuità, cronicità. Come punto di incontro in cui gli utenti possono recarsi per ricevere: (a) informazioni, per orientare meglio ai servizi e (b) prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza rivolti alla prevenzione collettiva, alla sanità pubblica, e all'assistenza di base (DPCM del 12 gennaio 2017), inclusi interventi di educazione alla salute;
- livello domiciliare, per valutare i bisogni del singolo e della famiglia, effettuare o organizzare l'erogazione dell'assistenza, valutando, per le situazioni assistenziali a medio-alta complessità, l'attivazione della rete territoriale e dell'ADI;
- livello comunitario, con attività trasversali di promozione e educazione alla salute, integrazione con i vari professionisti tra ambito sanitario e sociale, mappatura e attivazione di possibili risorse formali e informali. Inoltre, presso strutture residenziali e intermedie (strutture sociosanitarie) con attività

di consulenza, monitoraggio e attivazione di risorse in base ai bisogni rilevati, per garantire la continuità assistenziale tra i diversi contesti di cura.

7.3 Macro Area Specialistica

7.3.1 Punto prelievi

Il punto prelievi, riportato come obbligatorio per le CdC Hub all'interno del DM 77/2022, costituisce, secondo quanto definito nelle Linee d'Indirizzo AGENAS, 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, ove disponibile, mediante analisi estemporanee effettuate attraverso il Point of Care Testing (PoCT).

7.3.2 Specialistica Ambulatoriale

Il DM 77/2022 prevede come obbligatori nelle Case di Comunità hub i servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza, anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina.

Occorre che presso le CdC hub della Regione Umbria sia assicurata l'erogazione dei servizi di specialistica ambulatoriale e la presenza dei professionisti e della diagnostica di base necessaria, per la presa in carico dei pazienti cronici relativamente alle cronicità prevalenti (es. Diabete, BPCO e Scemenso Cardiaco, patologie oncologiche ecc.) sulla base dell'analisi epidemiologica e quindi dei bisogni di salute del Distretto.

8 MODALITA' DI ACCESSO ALLA CDC, INTERCETTAZIONE DEL BISOGNO E PRESA IN CURA

La prima fase operativa nei percorsi di presa in cura della Casa della Comunità è rappresentata dall'**identificazione del bisogno**, che può essere di natura sanitaria, sociale o sociosanitaria ed intercettato da vari nodi della rete, sia all'interno della Casa della Comunità che sul territorio (servizi sociali comunali, rete sentinelle sociali -parrocchie, associazioni volontariato e di cittadinanza-, scuole, caregiver, enti terzo settore, Organizzazioni Non Governative, etc.)

I servizi erogati dalle Case di Comunità, poiché rispondenti ai bisogni della popolazione, saranno organizzati e strutturati sulla base dei profili di utenti che vi possono accedere, sulla base dei dati epidemiologici e di popolazione in capo al distretto di appartenenza. Partendo dal contesto territoriale, dal profilo di salute della popolazione del distretto e dalla sua stratificazione sulla base del rischio, saranno individuati i **profili di bisogno dell'utenza** di riferimento dei servizi della CdC per guidare la più idonea erogazione dei servizi, nonché la definizione delle altre necessità connesse come la dotazione di personale, la formazione dello stesso, la dotazione strumentale e altro. Il Direttore del Distretto ha la responsabilità di garantire l'individuazione del giusto profilo dell'utenza, ma anche di garantire l'omogeneità dei percorsi realizzati nelle CdC presenti nel proprio territorio di riferimento secondo quanto previsto dai documenti e linee di indirizzo regionali.

Lo sviluppo di soluzioni di telemedicina e dei relativi flussi informativi rappresenta un pilastro fondamentale al fine di favorire una condivisione tempestiva dei dati socio-sanitari, assicurando al cittadino un percorso di cura coerente allo specifico bisogno espresso, monitorato in modo continuo e costante dai professionisti di riferimento.

9 DOTAZIONE DI PERSONALE E FORMAZIONE

Con l'obiettivo di fornire indicazioni di massima per la definizione della dotazione di personale della Casa di comunità, si riporta di seguito un breve prospetto degli standard previsti dal D.M. 77/2022 e dalle "Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub" di AGENAS, rimandando ai distretti la valutazione di adeguatezza e appropriatezza del dimensionamento di dotazione dell'organico rispetto alla popolazione del contesto di riferimento.

Tabella 3 Standard personale della CdC hub secondo il DM 77/2022 e le Linee d'indirizzo AGENAS

Struttura	Standard previsti da DM 77/2022 e Linee d'Indirizzo AGENAS
Casa della Comunità hub	Personale medico del ruolo unico di assistenza primaria H24 ¹
	7-11 Infermieri (IFoC), organizzati secondo il seguente modello: 1 Coordinatore infermieristico 2-3 IFoC per attività ambulatoriali 1-2 IFoC per attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza Altro (sulla base del volume di attività prevista)
	1 Assistente Sociale del SSN
	5-8 Unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo)
	Specialisti ambulatoriali interni e dipendenti (in numero congruo ai bisogni di salute del territorio)

Facendo riferimento a quanto riportato nelle Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 "Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche Investimento M6C1I1.1 del 19.12.2025" la **presenza medica** potrà tenere conto di quanto segue:

- *"per le **CdC Hub** è previsto che sia garantita la presenza medica h24 7/7gg che può articolarsi attraverso: attività in sede con ambulatorio aperto a tutti gli utenti negli orari programmati, almeno per 12h continuative dalle 8 alle 20. La presenza medica, in via generale, viene garantita attraverso i medici del ruolo unico dell'assistenza primaria, già titolari di incarico di assistenza primaria e di continuità assistenziale; nelle ore notturne viene assicurata la presenza fisica del servizio di continuità assistenziale in almeno una CdC hub a livello distrettuale"*
- *"per le **CdC Spoke** è prevista che sia garantita la presenza medica h12 – 6 giorni su 7, anche attraverso la ex continuità assistenziale, che può articolarsi attraverso attività in sede con ambulatorio aperto a tutti gli utenti negli orari programmati, almeno per 12h continuative dalle 8*

¹ Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 "Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche Investimento M6C1I1.1 del 19.12.2025

alle 20. In caso di festività, diverse dalla domenica, la presenza medica può essere assicurata attraverso la CdC hub di riferimento a livello distrettuale”.

Per quanto riguarda la **presenza degli infermieri (IFoC)**, la stessa potrà tenere conto dei seguenti criteri:

- *“per le **CdC Hub** è previsto che sia garantita la presenza infermieristica almeno h12, 7/7gg che può articolarsi attraverso: o attività in sede ad accesso diretto e/o su prenotazione presso la struttura per tutti gli utenti negli orari programmati, almeno per 12h continuative di norma dalle 8 alle 20, per 6/7 giorni la domenica e nei giorni festivi, l’attività infermieristica e/o della consulenza infermieristica è garantita, anche attraverso la Centrale Operativa/Numero Unico e strumenti in telemedicina, in almeno una CdC hub a livello distrettuale”*
- *“per le **CdC Spoke** è previsto che sia garantita la presenza infermieristica almeno h12, 6/7gg. La presenza infermieristica h 12 – 6 giorni su 7, può articolarsi come segue: o attività in sede garantita per almeno 6 ore. Nei giorni festivi, diversi dalla domenica, l’attività infermieristica e/o della consulenza infermieristica h 6 è garantita, anche attraverso la Centrale Operativa/Numero Unico e strumenti in telemedicina, in almeno una CdC hub a livello distrettuale la copertura h12 è garantita anche attivando l’infermiere e/o la consulenza infermieristica presso la CdC hub”*

L’organizzazione del servizio prevede l’integrazione tra CdC Hub e Spoke al fine di garantire la copertura, l’efficientamento delle risorse e nel rispetto del principio di economicità, tenendo conto dei dati disponibili anche in termini di bacino di utenza e copertura del bisogno di salute.

Il personale operante nella CdC viene formato alla presa in carico del paziente ed al lavoro di equipe multiprofessionale nell’ambito del modello di assistenza primaria stabilito dal DM 77/2022. Il personale medico ed infermieristico dispone delle competenze professionali adeguate anche a fornire risposte a situazioni cliniche non differibili e condizioni cliniche di bassa complessità.

Il personale operante nella macroarea di assistenza di prossimità, in rapporto all’attività da svolgere, viene formato in merito alle pratiche di integrazione operativa delle competenze e conoscenze sanitarie e sociali, nonché alle pratiche di attivazione e ingaggio della comunità e delle persone.

Attenzione particolare deve essere rivolta alla strutturazione di percorsi di formazione integrata diretta alla definizione dei linguaggi e degli strumenti di valutazione, di intervento e di reportistica per la verifica degli esiti di salute nell’integrazione sociosanitaria.

10 STANDARD TECNOLOGICI DELLA CASA DELLA COMUNITÀ

L’adozione di tecnologie e dispositivi associata alla telemedicina nelle CdC Hub deve permettere a tutti i professionisti di garantire processi di monitoraggio, follow up e diagnostica. In particolare, si riporta di seguito la descrizione delle principali attività che devono essere garantite anche attraverso il supporto della Telemedicina.

Descrizione delle attività da garantire anche attraverso il supporto della Telemedicina	
Casa della Comunità HUB	Monitoraggio del paziente con soluzioni multidisciplinari
	Follow up delle condizioni croniche
	Individuazione precoce di eventi avversi
	Diagnostica avanzata anche a domicilio del paziente
	Maggiore capillarità per l'esecuzione di esami diagnostici di primo e secondo livello
	Possibilità di eseguire in sede il completamento dell'iter diagnostico e l'esecuzione dei controlli per il follow up con conseguente riduzione dei tempi di attesa

Inoltre, è necessario prevedere un set minimo di dispositivi di cui dovranno dotarsi le CdC hub e che può essere utilizzato per erogare servizi assistenziali di base e servizi di specialistica. La dotazione di tali dispositivi dovrà essere adeguata sia in termini di tipologia che di quantità e dovrà essere orientata alla specificità dell'attività che viene svolta dalla CdC.

Si individua, tra la strumentazione da considerarsi come obbligatoria, la dotazione di un carrello di emergenza che deve contenere l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base (pallone autoespansibile, corredato di maschere facciali e cannule orofaringee, sfigmomanometro e fonendoscopio, laccio emostatico, siringhe e farmaci di pronto intervento, materiale per medicazione e kit per suture). Nel caso in cui vengano effettuate ricerche diagnostiche con manovre complesse occorre prevedere: un monitor multiparametrico (per monitoraggio ECG e parametri vitali), defibrillatore semiautomatico (Area non diagnostica) e pulsossimetro.

Inoltre, la CdC deve essere dotata di:

- Elettrocardiografo minimo 12 derivazioni
- Monitor-defibrillatore
- Frigorifero per farmaci

Entrando nello specifico dell'attività ambulatoriale è necessario che gli ambulatori siano dotati della seguente strumentazione di base:

- Sfigmomanometro digitale
- Saturimetro
- Glucometro
- Bilancia con altimetro per il calcolo del BMI e dotata di impedenzometria
- Metro per la misurazione delle circonferenze
- Martelletto per riflessi neurologici

Per garantire lo sviluppo delle attività ambulatoriali, considerando anche la presa in carico della cronicità, ogni CdC hub deve assicurare la presenza della seguente strumentazione diagnostica:

- Ecografo
- Elettrocardiografo con 12 derivazioni
- Event recorder
- Holter pressorio PA
- Holter cardiaco
- Retinoscopio
- Dermatoscopio
- OCT
- Pulsossimetro

- Spirometro
- PoCT

Nelle CdC, ai sensi del DM 77/2022, i Servizi di Medicina di Laboratorio dovranno integrare l'offerta diagnostica sia mediante la gestione delle attività di prelievo e raccolta dei campioni biologici (Punti Prelievo), sia attraverso l'utilizzo di dispositivi PoCT, in funzione delle esigenze espresse dal territorio di afferenza. Nelle Linee di indirizzo per le CdC hub realizzate da Agenas (2024), i dispositivi PoCT sono elencati tra le apparecchiature che devono essere presenti in ogni CdC hub per la gestione e il monitoraggio delle patologie a maggiore prevalenza. Coerentemente, il documento tecnico Agenas "Dotazione di apparecchiature biomediche nelle CdC hub – analisi del fabbisogno" (2024) conferma i dispositivi PoCT nella dotazione di base delle CdC, specificandone gli ambiti: analisi chimica clinica, immunochimica, ematologia, analizzatori di coagulazione. Pertanto, in riferimento all'organizzazione interna dei PoCT, le Aziende si atterranno a quanto previsto nella documentazione prodotta da Agenas.

Infine, si rappresenta che nella CdC potrà essere presente ogni altro dispositivo medico, strumentazione diagnostica e per immagini, nonché medicale ritenuta necessaria all'erogazione del servizio.

Ciò implica che anche nelle CdC spoke è necessario prevedere una dotazione di strumentazione biomedica che sia funzionale e a supporto della tipologia di servizi che si intendono erogare considerando, ai sensi del DM 77/2022, non soltanto quelli obbligatori ma anche quelli facoltativi, e che in particolare caratterizzano l'attività della CdC spoke.

11 TECNOLOGIA A SUPPORTO E FLUSSI SISTEMA INFORMATIVO

Il principale sistema informativo a supporto della nuova organizzazione dell'assistenza territoriale rimane, come condiviso con le Aziende, il sistema Atl@nte che raccorda tutti i servizi territoriali e che deve essere integrato con i sistemi del MMG/PLS e con la piattaforma della COT (Garsia). Le infrastrutture tecnologiche e informatiche dovranno quindi essere integrate e interoperabili sia con i sistemi dell'ecosistema di sanità digitale nazionale (ANA, NSIS, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) nonché con le soluzioni di telemedicina scelte a livello regionale.

Occorre infatti, come indicato al DM 77/2022, che i sistemi informativi delle strutture dell'assistenza territoriale siano dotati di soluzioni digitali idonee per la produzione nativa di documenti sanitari in formato digitale e la condivisione dei dati tra i diversi professionisti coinvolti nell'assistenza, perseguendo la realizzazione di servizi in rete pienamente integrati.

Di seguito vengono definiti i requisiti anche evolutivi per i sistemi informativi:

- Produzione di documenti nativi digitali necessari ad alimentare il FSE;
- Integrazione e interoperabilità con la piattaforma del Sistema TS, per la generazione della ricetta dematerializzata e dei piani terapeutici elettronici;
- Produzione dei dati necessari al monitoraggio nazionale dell'assistenza territoriale per assicurare la produzione nativa dei dati per l'alimentazione dei flussi informativi nazionali già attivi e quelli di prossima attivazione;

- Interoperabilità con il repository centrale del FSE e repository aziendali/regionali per l'utilizzo di servizi applicativi di interesse per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione degli assistiti;
- Interoperabilità con l'infrastruttura regionale di telemedicina;
- Certificazione del rispetto di requisiti di qualità e completezza nella produzione dei dati.

Risulta quindi determinante che il processo di rilevamento del dato avvenga su schede individuali informatizzate, attraverso l'implementazione della Cartella Utente informatizzata (e non soltanto cartacea) che rappresenta il core informativo da condividere tra tutti gli operatori che ne hanno l'accesso nei diversi step che caratterizzano il percorso di presa in carico dell'assistito. Al fine di garantire un sistema integrato di interventi è necessaria, inoltre, un'adeguata integrazione operativa e informativa delle informazioni a disposizione dei servizi sanitari e sociali, per evitare la duplicazione dell'attività di raccolta e limitando le richieste di dati ai cittadini alle informazioni non già in possesso ai servizi.

In questa prospettiva di riutilizzo e condivisione dei dati, sarebbe opportuno promuovere un percorso di analisi dei processi finalizzato ad affrontare le criticità riguardanti la privacy e il consenso informato, con l'obiettivo di realizzare l'interoperabilità e cooperazione applicativa dei sistemi informativi in uso presso i Distretti sanitari e i Servizi sociali.

12 DOCUMENTAZIONE INTERNA ORGANIZZATIVA (PROCEDURE)

Per ogni CdC è redatta la carta dei servizi e sono disponibili almeno le seguenti procedure:

- Prevenzione e gestione del rischio sanitario
- Gestione dei percorsi di continuità di cura assistenziale per pazienti cronici e fragili
- Procedure previste dall'accreditamento dei servizi domiciliari e distrettuali
- Gestione documentazione clinica assistenziale
- Pianificazione e attuazione di interventi di promozione della salute e prevenzione primaria
- Modalità di attivazione rapida dei servizi di emergenza-urgenza
- Modalità di attivazione del trasporto sanitario
- Modalità di collegamento (anche tramite il teleconsulto) con l'ospedale di riferimento
- Gestione e formazione continua del personale della Casa di Comunità
- Raccolta e risposta alle segnalazioni dei cittadini (URP)
- Gestione integrata del Punto unico di accesso e dell'Unità di valutazione multidimensionale.

13 COMUNICAZIONE ALLA CITTADINANZA

L'Azienda sanitaria e il Servizio Sociale di competenza informano diffusamente la cittadinanza del bacino di utenza della CdC dell'avvenuta attivazione e dei servizi che vi operano. Il responsabile della CdC organizza

incontri interni alla stessa struttura con le diverse espressioni della Comunità locale a fini informativi, formativi (in particolare sui temi della prevenzione e dei percorsi assistenziali) e partecipativi.

14 MONITORAGGIO DEL MODELLO ORGANIZZATIVO

Per quanto concerne il monitoraggio, occorre introdurre azioni volte al monitoraggio della realizzazione del modello e anche dei risultati ottenuti che dovrebbero basarsi su indicatori rivolti a misurare, direttamente o indirettamente, il miglioramento dei servizi sanitari territoriali in termini di qualità, efficacia ed efficienza delle cure, nonché in termini di outcome di salute.

Deve essere garantito un flusso informativo specificatamente dedicato alle Direzioni distrettuali che permetta un monitoraggio costante delle attività assistenziali e dell'aderenza ai percorsi.

Un set minimo di dati viene rilevato e trasmesso al Direttore di Distretto e da questi periodicamente alla Direzione aziendale che la invia alla Regione l'insieme minimo dei dati e i relativi formati sono di seguito descritti:

- Numero di prestazioni ambulatoriali mediche ed infermieristiche, numero di prelievi, numero di esami di diagnostica di base eseguiti
- Numero di pazienti visitati nei turni mattino-pomeriggio-notte dal medico della CdC
- Numero di pazienti arruolati proattivamente nell'ambito della medicina di iniziativa
- Numero di chiamate al servizio 118 per trasporto urgente dopo accesso/contatto con infermiere/medico della CdC
- Numero di utenti e di accessi in assistenza domiciliare
- Numero di pazienti valutati dall'UVM integrata (operatori sanitari e sociali) e numero di PAI redatti
- Numero di incontri con la Comunità o con Associazioni

Allo stato attuale, il monitoraggio dello stato di implementazione degli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale è assicurato dal Ministero della Salute per il tramite di AGENAS, ai sensi dell'art. 2 del DM 77/2022. Tale attività si inserisce nell'ambito del più ampio sistema di monitoraggio dei servizi a livello nazionale, che comprende, tra gli altri, gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA e il Piano Nazionale Esiti. (Fonte: "Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub", AGENAS, giugno 2024).

15 BIBLIOGRAFIA

- “Riorganizzazione assistenza territoriale in Umbria come indicato dal DM 77/2022”, DGR 1329 del 14/12/2022
- “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, DM n. 77 del 23/05/2022
- “Modello regionale per l’erogazione dei servizi di telemedicina”, DGR 665_23 del 28/06/2023
- “Linee di indirizzo per l’attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub”, AGENAS, 10/06/2024
- “Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità”, AGENAS, 2022
- “Sperimentazione dei nuovi servizi nella farmacia di comunità (Accordo Stato - Regioni rep. atti n. 167 del 17/10/2019 e Intesa Rep. Atti n. 41/CSR del 30/03/2022) - Cronoprogramma Regione Umbria. Aggiornamento novembre 2023.” DGR 1198 del 15/11/2023
- “Atto di programmazione - Piano Regionale Integrato per la Non Autosufficienza (PRINA) 2022-2024.”, Delibera dell’Assemblea Legislativa Regionale n. 342 del 26/09/2023
- “Il Punto Unico di Accesso (PUA): porta di ingresso dell’integrazione sociosanitaria. Definizione del modello organizzativo regionale”, DGR n.896 del 10/09/2025
- “Linee di Indirizzo Centrali operative territoriali della Regione Umbria-Approvazione”, DGR n.13 del 15/01/2025
- “Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 “Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche”, Ministero della Salute del 19/12/2025
- “Documento tecnico sui Point of Care Testing (POCT) in ambito territoriale a supporto dell’attuazione del DM 77/2022” AGENAS, 2026

16 INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1 Servizi previsti da standard nelle CdC	Pagina 10
Tabella 2 Tabella riassuntiva dei servizi e relative specifiche della CdC suddivisi per macroarea	Pagina 13
Tabella 3 Standard personale della CdC hub secondo il DM 77/2022 e le Linee d’indirizzo AGENAS	Pagina 21