

DOCUMENTAZIONE DI PRESENTAZIONE DELLA CASA DELLA COMUNITÀ HUB DI ASOLA

1. Informazioni generali

Indicazioni relative al progetto PNRR contenute nel Piano Operativo Regionale.

Denominazione della struttura	Casa della Comunità di ASOLA
Sede	Via Schiantarelli,3- 46044 ASOLA
CUP	E57H21009130002
Tipologia	Hub
Tipologia di intervento PNRR	Ristrutturazione – Tag clima non applicabile – nota UMPNRR n. 1970 del 25 febbraio 2026
Data di inizio funzionamento**	31/03/2026

*In caso di N.A. Inserire il riferimento all'autorizzazione UMPNRR per lo specifico intervento/riferimenti al Nucleo Tecnico/Approvazione Tavolo istituzionale

** da intendersi quale data di attivazione di tutti i servizi minimi previsti dal DM 77/2022

2. Introduzione

Di seguito vengono esplicitati e descritti gli obiettivi e la mission della Casa della Comunità di Asola, in coerenza con le indicazioni del DM 77/2022.

La CdC Hub è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione, al quale i cittadini possono accedere per bisogni di salute che richiedono assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un approccio intra-settoriale dei servizi, in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei molteplici ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni, tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito, integrando inoltre il sistema ospedaliero caratterizzato da intensività assistenziale.

La CdC Hub è, altresì, luogo di contatto e di relazioni, di connessioni con i servizi della rete di assistenza e cura, tra i quali i MAP (MMG/PLS/MCA), le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), gli ospedali per acuti, i poliambulatori, gli OdC, le COT regionali, la Centrale Operativa per la continuità assistenziale (NEA) 116117, le farmacie dei servizi, i Punti Unici di Accesso (PUA), i Servizi Sociali dei Comuni, le Associazioni del Terzo Settore, Scuole, le unità d'offerta sociosanitarie (RSA, IDR/CI, RSD, CDI, CDD, ecc). (All. 01 – Decreto potenziamento della rete territoriale dell'ASST di Mantova)

La Casa di Comunità di Asola è caratterizzata da un modello organizzativo di approccio integrato, multidisciplinare, di prossimità e di proattività che si concretizza attraverso l'equipe di professionisti che vi operano, secondo una logica di integrazione con la rete dei servizi presenti sul territorio.

La CdC di Goito è stata pensata e strutturata per assicurare, prioritariamente, la presa in carico delle persone con patologie croniche, cioè il 39 % della popolazione residente. A vocazione sociosanitaria con forte integrazione con il sociale, realizza al suo interno l'integrazione attraverso il PUA e la VMD assicurata anche attraverso la figura di assistente sociale d'Ambito operativa presso il PUA.

L'obiettivo che la CdC persegue 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 dalla popolazione di riferimento;
- la risposta 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
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;
- 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 sociosanitari territoriali;
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra i servizi sanitari, ospedalieri e territoriali e sociali;
- la partecipazione della comunità locale e delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

I principi che orientano lo sviluppo della CdC sono l'equità di accesso e di presa in carico, secondo il modello della sanità d'iniziativa declinata nelle sue varie dimensioni.

Sulla base dei profili di utenza e delle attività che vengono erogate, in base a quanto indicato dal D.M. n. 77/2022, le funzioni della CdC sono riconducibili a 6 macroaree, di seguito descritte:

- **AREA DI ACCESSO E ACCOGLIENZA** che include gli sportelli informativi polifunzionali ed il PUA.
- **AREA DEI SERVIZI AMMINISTRATIVI**, che comprende CUP, il servizio di scelta e revoca MMG/PLS, SUPI;
- **AREA DELL'ASSISTENZA PRIMARIA**, con le attività di MMG/PLS, Medici di Continuità Assistenziale, C-DOM e IFeC. Questa area specifica ha l'obiettivo di favorire lo sviluppo di modelli associativi ed erogativi della medicina di famiglia e dell'interazione/integrazione dei diversi professionisti coinvolti nell'Assistenza Primaria.
- **AREA DELLA DIAGNOSTICA DI BASE E SPECIALISTICA AMBULATORIALE**, rivolta a tutti i cittadini, prevalentemente residenti nel territorio afferente alla CdC, che necessitano di prestazioni sanitarie
- **AREA DELLA PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE**, anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione, con particolare riferimento ai programmi di screening, all'attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive;
- **AREA DELL'INTEGRAZIONE CON I SERVIZI SOCIALI E CON LA COMUNITÀ**, nella quale si realizza l'integrazione di servizi sanitari, sociosanitari con quelli socioassistenziali dei Comuni e degli ambiti sociali, attraverso la valorizzazione delle reti sociali (reti informali, reti di volontariato, terzo settore, associazioni di pazienti, ecc.).

I riferimenti normativi e la collocazione della CdC nel sistema sanitario territoriale (DM77/2022 e normative regionali/aziendali)

La CdC di Asola, sede anche della COT Verticale, è stata pensata e realizzata nel rispetto della normativa nazionale e regionale, che di seguito si richiama, a valere anche per tutti i successivi paragrafi:

- DM 77/2022 Decreto del Ministero della Salute che definisce i modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.
- D.G.R. XI/6760/2022 "Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale".
- D.G.R. XI/7592/2022 - Attuazione del DM 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale "documento regionale di programmazione dell'assistenza territoriale.
- D.G.R. XII/1475/2023 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6, Sub-investimento 1.2.3.2. Componente 1, "Servizi di telemedicina" – Modulo organizzativo di diffusione dei servizi di telemedicina".
- Legge Regionale 25 gennaio 2024, n. 1 "Istituzione del servizio di psicologia delle cure primarie";
- D.G.R. XII/2588/2024 "Determinazioni in ordine al modello di funzionamento delle Centrali Operative Territoriali (COT)".
- D.G.R. XII/3671/2024 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6, Sub investimento 1.2.3. Investimento 1.2.3., "Servizi di telemedicina" - Scenari di applicazione dei servizi minimi di Telemedicina e relative istruzioni operative".
- DGR XII/4560/2025 "Determinazioni in ordine all'adozione di un modello organizzativo di interconnessione delle centrali operative territoriali (COT) nell'ambito del sistema sanitario regionale".
- Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 "Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche" - Investimento: M6C1 1.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona – Versione 02 del 19/12/2025 (in sostituzione rispetto alla v. 01 del 20/03/2025).
- Decreto DG Welfare n. 13092 del 25/09/2025 "PNRR Missione 6 Componente 2 Sub-investimento M6C2 1.3.2 "Rafforzamento dell'Infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione – adozione da parte delle regioni di quattro nuovi flussi informativi nazionali" – Recepimento del D.M. 4 agosto 2025 relativo al Sistema informativo dell'Assistenza Primaria (SIAP) e del D.M. 4 agosto 2025 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle attività erogate dagli Ospedali

Nello specifico, la normativa nazionale ha disegnato un modello organizzativo delle CdC finalizzato a garantire la presenza di servizi, obbligatori o facoltativi, in relazione alle esigenze sanitarie; servizi che devono essere proporzionati al bacino di utenza di riferimento e orientati alla presa in carico delle persone a partire dal momento dell'accesso alla struttura sociosanitaria.

Regione Lombardia, dando attuazione alle linee guida nazionali per il potenziamento dell'assistenza territoriale e definendo l'assetto della nuova assistenza territoriale lombarda, ha fornito linee di indirizzo circa le funzionalità, i modelli organizzativi e di servizio, i mix di professionalità necessari per lo sviluppo di Case di Comunità (CdC), Ospedali di Comunità (OdC), Centrali Operative Territoriali (COT) e di tutte le altre componenti rilevanti per lo sviluppo dei servizi territoriali, finalizzati a garantire la prevenzione primaria, l'accesso semplice per i pazienti occasionali, la gestione di pazienti affetti da patologie croniche e dell'area della fragilità.

Inoltre, Regione Lombardia con la L.R. n.1/2024 "Istituzione del servizio di Psicologia delle Cure Primarie" ha previsto l'attivazione presso ogni Casa di Comunità del servizio di Psicologia delle Cure Primarie, quale linea di attività per l'intervento psicologico di prossimità, per la consulenza, il supporto e l'orientamento appropriato ai servizi specialistici della salute mentale.)

Le caratteristiche generali della struttura

L'ASST di Mantova, ha ritenuto di inserire la Casa della Comunità in un edificio già destinato ad attività sociosanitarie.

La Casa della Comunità di ASOLA è collocata in centro dell'abitato di Asola, nello stabile con ingresso principale in via Schiantarelli n.c. 3.

Lo stabile che ospita la CdC è l'intero Palazzo Schiantarelli (palazzo storico del XIX secolo) oltre a parte del 1° Piano dell'adiacente Palazzo Tosio (palazzo storico del XVIII secolo).

Il Palazzo Schiantarelli, avente ingresso in via Schiantarelli, consta di tre piani con sviluppo planimetrico ad "L" e con facciate interne che si affacciano su un cortile verso il quale si prospetta anche il lato interno di Palazzo Tosio, che ha invece ingresso principale su via Mazzini.

Entrambi i palazzi sono di proprietà del Comune di Asola e sono stati concessi ad ASL e poi ad ASST fino al 2107.

Essi sono soggetti al vincolo di tutela storico-architettonica e sono stati riqualificati tra il 2012 e il 2014 per accogliere il Distretto socio-sanitario di Asola.

L'intervento di realizzazione della CdC di Asola, finanziato con i fondi PNRR, ha comportato l'esecuzione di attività minimali di adeguamento degli ambienti, che erano stati riqualificati da poco secondo le disposizioni della Soprintendenza, al fine di allestire gli spazi che caratterizzano le funzioni di una CdC; essi sono consistiti principalmente nell'allestimento dello spazio del PUA, nella sostituzione di una pompa dell'impianto di climatizzazione nonché nell'installazione di cartellonistica esplicativa della presenza della CdC all'interno dello stabile sopra descritto.

Bacino di utenza, caratteristiche demografiche della popolazione di riferimento, malattie croniche ad alta prevalenza

La Casa di Comunità di Asola è collocata nell'Ambito sociale di Asola del Distretto Alto Mantovano.

Il Distretto Alto Mantovano di ASST Mantova ha una superficie di 618 Km² con una densità abitativa di 178 ab. /Km² inferiore alla media regionale e nazionale. Presenta due ambiti sociali: Guidizzolo (311 Km²) ed Asola (307,6 Km²) con una popolazione di 110.161 abitanti (al 01/01/2025). Nel Distretto Alto Mantovano sono presenti n.3 Case di Comunità Hub: CdC Goito, Castiglione delle Stiviere e CdC Asola e n.1 Ospedale di Comunità ad Asola.

Ambito di Asola

L' Ambito di Asola, confina con la provincia di Brescia e la provincia di Cremona, è un territorio che presenta le caratteristiche geomorfologiche tipiche della pianura padana.

Dal punto di vista amministrativo è composto da n.12 Comuni di cui n.1 con popolazione superiore ai 10.000 abitanti, n.1 con popolazione superiore ai 9.000 abitanti e n.9 con popolazione inferiore ai 5.000 abitanti.

- Abitanti n 45.314 di cui 10.274 > 65 anni (21%)
- Residenti stranieri n.7183 (dal 9,4 % al 20,7 % per comune-media 15%)
- 12 Comuni riuniti in Ambito
- 1 Azienda Speciale ASPA

- 26 MAP e 4 PLS
- 1 AFT

Casa di Comunità di Asola

Il territorio di riferimento della CdC di Asola è costituito da 12 Comuni, con una popolazione totale di n. 45.314 abitanti (fonte Istat 01/01/2025), distribuiti secondo la seguente tabella:

Comune	0-14	15-64	65+	Totale
ACQUANEGRA	301	1669	741	2711
ASOLA	1137	6201	2476	9814
CANNETO	560	2736	1082	4378
CASALMORO	250	1524	448	2222
CASALOLDO	386	1679	548	2613
CASALROMANO	170	974	353	1497
CASTELGOFFREDO	1886	8521	2395	12802
CERESARA	301	1583	604	2488
GAZOLDO	396	1945	692	3033
MARIANA MANTOVANA	148	516	162	826
PIUBEGA	202	1103	429	1734
REDONDESCO	135	717	344	1196
Totali	5872	29168	10274	45314

Epidemiologia

La tabella che segue presenta alcuni degli indicatori demografici più rappresentativi della struttura della popolazione confrontati con altri livelli territoriali.

La percentuale del 22% di popolazione anziana nel Distretto è inferiore alla media lombarda e italiana, la percentuale del 15% di popolazione straniera è superiore alla media lombarda e nazionale. L'indice di natalità di 6.9 per mille abitanti - è superiore sia alla media lombarda che al resto d'Italia.

INDICATORI	DISTRETTO				PROVINCIA	ATS	REGIONE	NAZIONE
	ALTO MANTOVANO	BASSO MANTOVANO	CASALASCO VIADANESE	MANTOVANO	MANTOVA	VAL PADANA	LOMBARDIA	ITALIA
n° comuni	21	19	27	14	64	177	1504	7901
kmq	618.8	702.6	694.3	655.6	2341.4	4111.8	23863.1	302068.3
densità	178.0	132.9	118.0	240.3	174.0	185.2	420.5	195.1
pop tot	110161	93384	81944	157522	407312	761307	10035481	58934177
pop 0-14 anni	14065	11023	9708	18607	49099	90693	1224852	7019165
pop 65+	24837	24504	20714	39402	100515	190996	2394067	14573173
% pop 65+	22.5	26.2	25.3	25.0	24.7	25.1	23.9	24.7
indice di vecchiaia	176.6	222.3	213.4	211.8	204.7	210.6	195.5	207.6
decessi	1098	1197	1052	1810	4709	8877	102439	650587
nati	756	606	482	889	2496	4723	64536	369922
indice di natalità	6.9	6.5	5.9	5.7	6.1	6.2	6.4	6.3
indice di dipendenza	54.6	61.4	59.0	58.3	58.1	58.7	56.4	57.8
saldo naturale	-342	-591	-570	-921	-2213	-4154	-37903	-280665
crescita naturale	-3.1	-6.3	-6.9	-5.9	-5.4	-5.5	-3.8	-4.8
saldo migratorio interno	119	195	56	752	1086	2286	13211	0
saldo migratorio con l'estero	391	91	339	777	1437	3208	48119	243612
saldo della popolazione	168	-305	-175	608	310	1340	23427	-37053
% stranieri	15.1	14.2	14.6	12.9	14.0	13.4	12.3	9.2

Dati ISTAT- anno 2025

Dati cronicità

Il 39 % della popolazione è affetta da una o più malattie croniche e, come atteso, la prevalenza (il numero di assistiti cronici diviso per la popolazione) cresce con l'età, passando dal 6% dei più giovani al 93% dei soggetti con 75 anni di età o più.

Gli assistiti cronici pluripatologici costituiscono, invece, il 2% del totale degli assistiti.

Tabella: Distribuzione cronici per fasce d'età

FASCE DI ETA'	0-19	19-64	65-74	+75
DISTRETTO ALTOMANTOVANO	6%	31%	78%	93%

Prevalenza di assistiti cronici per fasce d'età e distretti. Anno 2024 (Fonte: Osservatorio Epidemiologico ATS Val Padana)

Tabella: Distribuzione cronici per livello di complessità

DISTRETTO ALTOMANTOVANO	LIVELLO*			
	1	2	3	TOTALE
	2%	16%	21%	39%

Prevalenza di assistiti cronici per livelli di complessità e distretti. Anno 2024 (Fonte: Osservatorio Epidemiologico ATS Val Padana)

- Gli assistiti cronici caratterizzati dal livello di complessità minore = livello 3, cioè i soggetti con una cronicità in fase iniziale e presenza della sola patologia principale
- Gli assistiti cronici caratterizzati dal livello di complessità 2 = con cronicità polipatologica in cui sono presenti due o tre patologie complessive

- Gli assistiti cronici con il massimo livello di fragilità clinica = soggetti polipatologici (livello 1)

Le patologie croniche più diffuse nel distretto sono le cardiopatie (28%), l'ipertensione arteriosa (21%), le neoplasie (7%), il diabete (7%).

PATOLOGIE	%
AUTOIMMUNI	1%
BRONCOPATIE	5%
CARDIOPATIE	28%
DIABETE TIPO 1	0%
DIABETE TIPO 1 COMPLICATO	0%
DIABETE TIPO 2	6%
DIABETE TIPO 2 COMPLICATO	1%
DIABETICI	7%
ENDOCRINOPATIE	6%
GASTROPATIE	1%
HIV	0%
INSUFFICIENZA RENALE	1%
IPERTENSIONE	21%
NEOPLASIE	7%
NEUROPATIE	3%
TUTTE LE MALATTIE CRONICHE	39%

3. Organizzazione del personale

La Casa della Comunità afferisce gerarchicamente al Direttore del Distretto.

Il personale del comparto: Coordinatore Infermieristico, personale Infermieristico, ostetrico, riabilitazione, assistenti sociali ed operatori di supporto afferiscono gerarchicamente al Responsabile delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie (DAPSS) e funzionalmente al Direttore del Distretto.

Il personale amministrativo afferisce alla S.C. Accoglienza, CUP e Libera Professione (ACLIP).

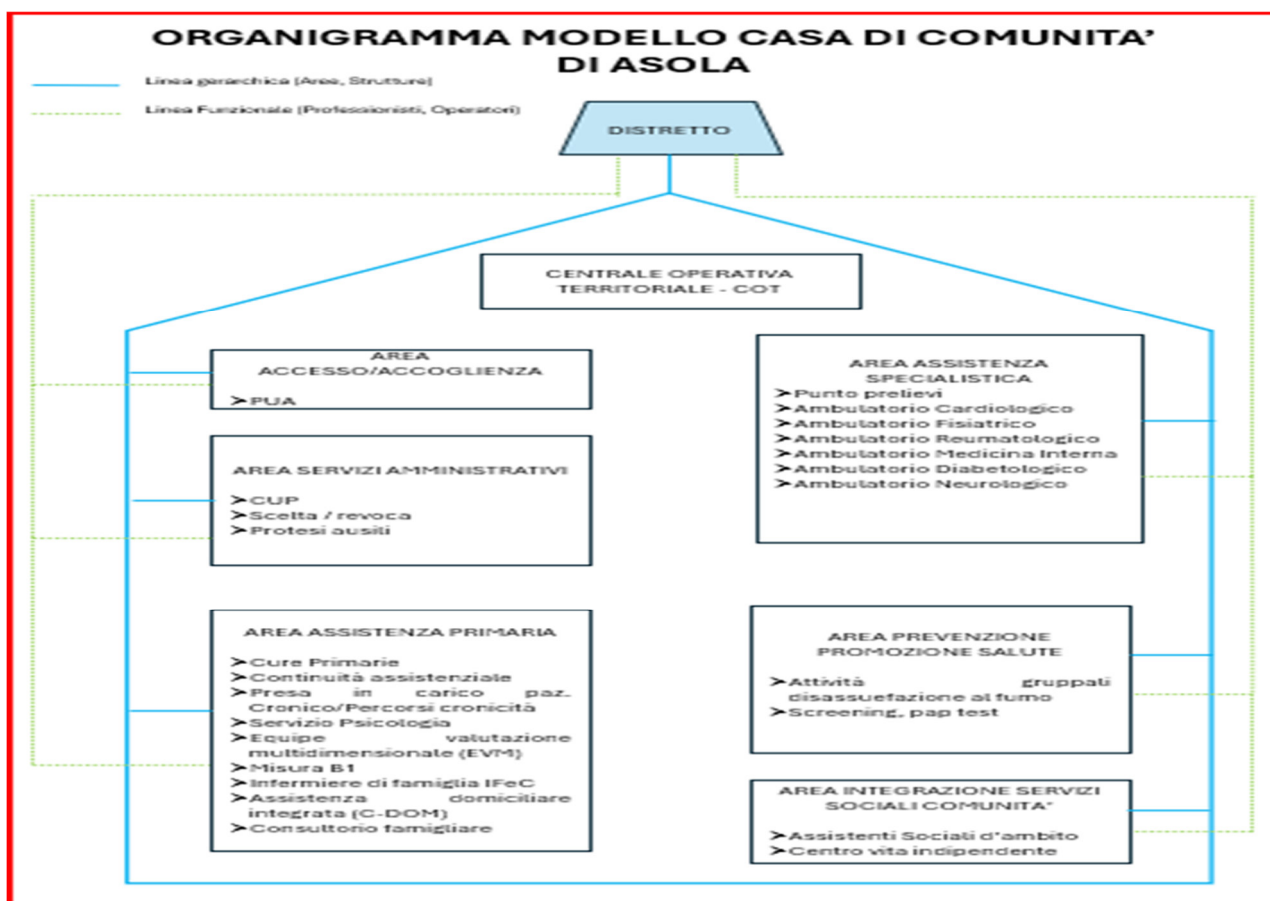
La gestione e il coordinamento del personale del comparto assegnato alla CdC è affidata ad un Coordinatore.

Il personale dirigente (medici, psicologi, etc) afferisce gerarchicamente al Direttore della Struttura/servizio ASST di assegnazione e funzionalmente al Direttore del Distretto.

La CdC di Asola garantisce la presenza dei seguenti professionisti e l'erogazione dei seguenti servizi e relative competenze professionali:

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- Centrale Operativa Territoriale – COT Verticale h 12 per 7 giorni su 7 in collaborazione/collegamento con COT Mantova;
- Presenza infermieristica come descritto al punto 3.5 del presente documento;

- Punto Unico di Accesso (PUA) sociosanitario integrato con la presenza di personale ASST (infermiere, fisioterapista, assistente sociale, OSS), dell'ambito sociale territoriale (assistente sociale) e del terzo settore;
- Punto prelievi;
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (elettrocardiografo, spirometro, pulsossimetro ecc.) ed anche attraverso strumenti di telemedicina;
- Servizio di Psicologia delle Cure Primarie;
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata complessità (cardiologia, oculistica, pneumologia, diabetologia, Endocrinologia, Dermatologia, Reumatologia Psicologia, Chirurgia);
- Servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC), ambulatorio infermieristico per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali;
- Interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, in integrazione con altri Servizi, Enti ed Istituzioni (Consultorio Familiare, SerD, NPI, Servizio Vaccinazioni, Enti del Terzo Settore, ecc);
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Servizio di assistenza domiciliare di base (C-DOM);
- Partecipazione della comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;
- Integrazione con i servizi sociali.



A. Presenza infermieristica (rif check list b.5)

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità è la professionalità strategica per l'attuazione della Missione 6-Componente 1 del PNRR. Questa figura è stata introdotta per rispondere agli orientamenti europei, che riconoscono l'importanza delle competenze in grado di intervenire nell'ambito familiare e comunitario per la promozione della salute e la gestione della cronicità e fragilità nel territorio. L'IFeC lavora a stretto contatto con la comunità di riferimento e si occupa di promuovere il benessere e la salute dei pazienti a domicilio. Il suo obiettivo primario è migliorare la qualità della vita delle persone attraverso cure personalizzate, assistenza sociosanitaria e supporto individuale.

Nella CdC hub di Asola la presenza infermieristica è garantita in sede ad accesso diretto e/o su prenotazione, ed è articolata secondo le seguenti modalità:

GIORNI SETTIMANA	DA LUN A VEN	SABATO	DOMENICA E FESTIVI
Infermieri presenti presso la CDC	Almeno 1 con orario 08.00 – 20.00	1 con orario 08.00 – 20.00	1 a livello Distrettuale con orario 08.00 – 20.00

- nei giorni feriali e il sabato funzionamento del servizio dalle ore 8 alle ore 20;
- nei giorni festivi funzionamento del servizio con un Infermiere a livello Distrettuale dalle ore 8 alle ore 20. (Allegato 17)

Presso la CdC di Asola sono presenti 5 IFeC a tempo pieno utili alla copertura del servizio come sopra descritto.

L'Infermiere operante all'interno della CdC hub svolge un ruolo centrale nella presa in carico della persona, promuovendo il lavoro in équipe multiprofessionale in collaborazione con:

- Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS);
- specialisti ambulatoriali;
- assistenti sociali sia di ASST che degli Ambiti;
- operatori sanitari e sociosanitari della rete territoriale ed ospedaliera

Le principali attività infermieristiche comprendono:

- accoglienza e valutazione del bisogno di salute;
- orientamento e facilitazione dell'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari della rete territoriale;
- supporto alla presa in carico di pazienti fragili e/o affetti da patologie croniche, secondo il modello di sanità di iniziativa in integrazione con MAP e PLS;
- raccordo operativo con la COT per la gestione delle transizioni di setting assistenziale.

AMBULATORIO INFERMIERISTICO

Presso la CDC Asola è presente un ambulatorio infermieristico dove il cittadino può trovare orientamento e risposte ai suoi bisogni di salute, migliorando l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari pubblici.

Le prestazioni erogate e le modalità di funzionamento sono descritte nella procedura specifica. (All. 02 - PrS01PC01IFeC)

Orari di apertura:

accesso libero nei seguenti giorni:

dal Lunedì al venerdì dalle 14 alle 15

su prenotazione da lunedì a Venerdì dalle 8 alle 20

Contatti:

0376-435662 dal lunedì al venerdì dalle 14 alle 15

mail: infermierifamiglia.asola@asst-mantova.it

B. Presenza medica (rif check list b.10)

La CdC, intesa come nodo di prossimità dell'assistenza territoriale e presidio sanitario di un territorio, che coordina i servizi per i malati cronici, costituisce il riferimento naturale delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali e dei professionisti degli altri ruoli sanitari.

L'AFT di riferimento per la CdC di Asola raggruppa n.26 MAP. I PLS operanti sul territorio sono n.4

I medici del ruolo unico di assistenza primaria e i pediatri di libera scelta, tramite la propria AFT, hanno sottoscritto il protocollo d'intesa tra l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Mantova e l'Ambito Territoriale di Asola per il funzionamento del Punto Unico di Accesso (PUA) impegnandosi come previsto da AIR a:

- fornire supporto alle attività dei Punti Unici di Accesso (PUA) per eventuali bisogni prescrittivi valutativi di specifiche condizioni di fragilità;
- integrare le attività della equipe UVM;
- supportare la gestione domiciliare di casi complessi in collaborazione con il personale infermieristico.

La presenza medica di cure primarie è attualmente garantita dalla Continuità Assistenziale nelle ore notturne e nei giorni festivi; mentre per la fascia oraria h 8-20 è stato predisposto il programma operativo per "l'attivazione di ambulatori medici diurni con presenza medica per 12 ore, accessibili tramite Centrale Unica/116117 e in autopresentazione, con impiego di MAP in libera professione." ai sensi dell'ACN MMG 15/01/2026

Sede di Continuità Assistenziale

attiva da lunedì a venerdì 20.00/08.00

Sabato, domenica, festivi e prefestivi: h 24/24

C. Presenza di altro personale

In riferimento a quanto previsto dal DM 77/2022 in materia di standard organizzativi e dotazioni professionali, si allega l'elenco di tutto il personale operativo presso la CDC di Asola, suddiviso per profili professionali e per servizi di afferenza (All. 03 – Risorse Umane e organizzazione CDC Asola).

Di seguito si descrivono, in particolare, le attività svolte dagli assistenti sociali, in quanto la trattazione delle attività di altri professionisti (amministrativi, psicologi fisioterapista) trova spazio in successivi paragrafi dedicati ai servizi in cui operano o alle funzioni dagli stessi espletate.

L'attività che le Assistenti Sociali espletano all'interno della CdC è finalizzata a:

- garantire equità di accesso ai servizi;
- favorire l'autonomia e il protagonismo della persona;
- promuovere l'inclusione sociale;
- ridurre la cronicizzazione del disagio;
- prevenire le vulnerabilità sociali.

Le linee di intervento delle **assistenti sociali** all'interno della CdC di Asola sono così riassumibili:

Presa in carico integrata

- Partecipazione alla valutazione multidimensionale dei bisogni della persona, insieme con altre figure professionali (medici, infermieri, psicologi, educatori, fisioterapisti)
- Promozione e coordinamento di progetti personalizzati di intervento (PPI)

Integrazione sociosanitaria

- Promozione del collegamento tra i servizi sanitari e quelli sociali, per facilitare l'accesso alle prestazioni assistenziali, educative, abitative e lavorative.
- Lavoro finalizzato al superamento della frammentazione degli interventi e ad assicurare continuità assistenziale.

Orientamento e accesso ai servizi

- Informazione, orientamento e accompagnamento alla persona e alla famiglia, nell'individuare le risorse presenti sul territorio (es. assistenza domiciliare, servizi educativi, bonus sociali, Rsa...)

Tutela e promozione dei diritti

- Attività volte alla tutela dei diritti delle persone fragili e vulnerabili, con particolare attenzione ai minori, anziani, disabili, persone senza dimora o con problemi di salute mentale.
- Attivazione, laddove sussistano i presupposti, dell'autorità giudiziaria (tutele, protezione giuridica/amministrazioni di sostegno).

Lavoro di Rete

- Partecipazione ad equipe multiprofessionali, ai Tavoli di Zona, ad incontri di programmazione con gli attori del Terzo settore.
- Ruolo attivo nella costruzione di reti di prossimità e comunità solidali.

Valutazione e monitoraggio

- Valutazione, in collaborazione con altri professionisti dell'efficacia degli interventi sociali e integrati, anche in ottica di miglioramento continuo dei servizi.

Gli **Operatori Socio Sanitari (OSS)** svolgono attività nel contesto dei Poliambulatori, del Punto Prelievi e del Punto Unico di Accesso (PUA). Sono di supporto alle attività dell'IFeC e possono inserirsi in equipe multiprofessionali, anche domiciliari; sono inoltre di supporto gestionale e organizzativo nell'ambulatorio infermieristico. In collaborazione e su indicazione dell'infermiere sono in grado di effettuare procedure tecnico assistenziali semplici; predispongono gli ambienti di lavoro per le attività sanitarie e socio-assistenziali.

4. Servizi Offerti dalla Casa di Comunità HUB (rif check list b.5)

Nella CdC di Asola, distribuiti su 3 piani e in ambulatori/uffici dedicati e diversificati per numero, si trovano nell'ordine i seguenti servizi/funzioni:

Al piano terra: ambulatori Medici di Continuità Assistenziale (MCA), Protesica, Scelta e Revoca, CUP, , PUA prima accoglienza , n.3 ambulatori specialistici in cui svolgono attività gli specialisti di Diabetologia, Cardiologia, Medicina Interna, Medicina fisica e riabilitazione, Neurologia, Reumatologia.

Primo piano: Studi consultorio, Psicologa, Assistente sociale, ASV, sala preparazione al parto. Accoglienza Consultorio, due ambulatori ostetrico ginecologici, Servizio vaccinazioni, punto Adi/C-

Dom, Ambulatorio infermieristico / punto prelievi, Equipe Valutazione Multidimensionale (EVM), Ambulatorio psicologia cure primarie, PUA Valutazione /sede assistente sociale di ambito.

Secondo Piano: Sede COT, SERD, Sala Polivalente.

a. Macro-area Cure primarie con l'omonima area funzionale (fare riferimento a pianta)

All'interno della Casa di Comunità di Asola trovano spazio tutti servizi e le attività inerenti alla medicina generale e alla continuità assistenziale, alla scelta e revoca, al supporto all'assistenza protesica ed integrativa, all'assistenza farmaceutica di cui i cittadini possono necessitare a livello territoriale.

Medicina generale e Continuità assistenziale

L'area dell'Assistenza primaria, con le attività di MAP/PLS, Medici di Continuità Assistenziale, CDOM e IFeC, Psicologo delle Cure Primarie ha l'obiettivo di favorire lo sviluppo di modelli associativi ed erogativi della medicina di famiglia, nonché l'interazione e l'integrazione dei diversi professionisti coinvolti nell'assistenza primaria.

Per garantire l'ambulatorio ad accesso libero per tutti gli assistiti del territorio di afferenza alla CdC è stato predisposto il programma operativo per l'attivazione di ambulatori medici diurni con presenza medica per 12 ore, accessibili tramite Centrale Unica/116117 e in autopresentazione, con impiego di MAP in libera professione.

Dalle ore 20.00 alle 8:00 viene garantita la fascia di presenza serale mediante il presidio fisso dei Medici di continuità assistenziale. Per le giornate di sabato, domenica, festivi e prefestivi viene garantita la fascia di presenza diurna e serale mediante il presidio fisso dei Medici di Continuità Assistenziale.

Sede di Continuità Assistenziale

attiva da lunedì a venerdì 20.00/08.00

Sabato, domenica, festivi e prefestivi: h 24/24

Contatti Numero Unico 116117

Al primo piano, sono presenti l'ambulatorio infermieristico e l'ambulatorio della Psicologia delle Cure Primarie, sotto riportato. La collocazione degli ambulatori è stata proprio pensata in modo da facilitare la collaborazione degli IFeC e dello psicologo delle Cure Primarie.

Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC)

Nella CdC hub di Asola l'attività infermieristica è garantita in sede ad accesso diretto e/o su prenotazione, ed è articolata secondo le seguenti modalità:

- nei giorni feriali funzionamento del servizio dal lunedì al venerdì, dalle ore 8 alle ore 20; al sabato le 12 ore di presenza infermieristica sono garantite a livello distrettuale, in collaborazione con la CdC di Goito e Castiglione ;
- nei giorni festivi l'accoglimento del bisogno (informazioni e/o orientamento ai servizi) viene garantito dalla CdC di Mantova, attiva h 12 7/7 giorni, dalle ore 8 alle ore 20; in caso di necessità la segnalazione viene inviata alla CdC di competenza territoriale per una successiva prosecuzione delle azioni necessarie alla completa presa in carico.

Presso la CdC di Asola sono presenti n.5 IFeC a tempo pieno.

L'Infermiere operante all'interno della CdC hub svolge un ruolo centrale nella presa in carico della persona, promuovendo il lavoro in équipe multiprofessionale in collaborazione con:

- Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS);
- specialisti ambulatoriali;
- assistenti sociali sia di ASST che degli Ambiti;
- operatori sanitari e sociosanitari della rete territoriale ed ospedaliera

Le principali attività infermieristiche comprendono:

- accoglienza e valutazione del bisogno di salute;
- orientamento e facilitazione dell'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari della rete territoriale;
- presa in carico di pazienti fragili e/o affetti da patologie croniche, monitoraggio clinico ed assistenziale;
- promozione salute ed educazione sanitaria
- facilitazione dell'integrazione multiprofessionale in collaborazione con: MMG, PLS, specialisti ambulatoriali, assistenti sociali sia di ASST che degli Ambiti, operatori sanitari e sociosanitari della rete territoriale ed ospedaliera
- Raccordo con la COT per la gestione delle transizioni di setting assistenziale: accesso su segnalazione del Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta, Medico Specialisti, COT, Dimissioni Protette con le seguenti modalità:
 - SGDT
 - Form on-line
 - Modulo cartaceo

CONTATTI: 0376 - 435662 Dal lunedì al venerdì ore 8 – 20

Il sabato 8-20 in collaborazione con CdC Goito e CdC Castiglione

Domenica e festivi in collaborazione con CdC Mantova tel 0376/464340

infermierifamiglia.Asola@asst-mantova.it

AMBULATORIO INFERMIERISTICO

APERTURA: accesso libero nei seguenti giorni:

dal lunedì al venerdì dalle 14 alle 15

su prenotazione da lunedì a venerdì dalle 8 alle 20

CONTATTI:

0376-435662 dal lunedì al venerdì dalle 13 alle 15

mail: infermierifamiglia.asola@asst-mantova.it

AMBULATORIO PSICOLOGIA CURE PRIMARIE

L'ASST di Mantova, ai sensi della L.R. n.1/2024, ha istituito all'interno della CdC il servizio di Psicologia delle Cure Primarie, servizio accessibile direttamente e gratuitamente su richiesta del cittadino.

Tale servizio ha tra le proprie finalità l'offerta di un supporto psicologico tempestivo, diffuso e di prossimità, nonché il sostegno e l'integrazione dell'azione dei Medici di Assistenza Primaria (MAP), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e dei professionisti della salute mentale e della prevenzione

nell'intercettare e rispondere ai bisogni di base, di natura psicologica, dei cittadini mantovani, favorendo lo stato di salute bio-psico-sociale. Il servizio eroga consulenze psicologiche, valutazione del bisogno psicologico e supporto. Le situazioni che richiedono, invece, una presa in carico specialistica sono orientate verso i servizi multidisciplinari di secondo livello (per es. neuropsichiatria, psichiatria e dipendenze). Possono accedere all'ambulatorio: persone con patologie organiche che influenzano il benessere psicologico, persone fragili, anziane o disabili e i loro caregiver, adolescenti e loro genitori. (All. 04 - Decreto istituzione Psicologia cure primarie)

SERVIZIO DI PSICOLOGIA DELLE CURE PRIMARIE

Primo colloquio psicologico, psicodiagnosi, sostegno psicologico

APERTURA: su appuntamento da lunedì a venerdì 9.00/16.00

CONTATTI:

- 0376.435662
- pua.asola@asst-mantova.it

SCELTA E REVOCA

Gli sportelli, collocati al piano terra, si occupano di:

- scelta e revoca Medico Assistenza Primaria o Pediatra Libera Scelta;
- esenzioni ticket per reddito, patologie, invalidità;
- rilascio codici Pin/PUK e duplicato tessere sanitarie;
- modelli per estero e assegnazione medico iscritti AIRE.

APERTURA: Accesso libero lunedì, 8.30/12.30- 13,30-16 Martedì - Venerdì 8,30-13,30

CONTATTI:

- 0376.435654-435655
- gestioneassistiti.asola@asst-mantova.it

SERVIZIO UNIFICATO DI PROTESICA INTEGRATIVA (SUPI)

Lo sportello, situato al piano terra della CdC, si occupa dell'erogazione di prestazioni LEA in ambito di Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa. In particolare:

la Protesica maggiore si occupa di

- fornitura ausili per la mobilità personale;
- adattamento della casa;
- comunicazione;
- fornitura presidi per diabetici;
- ossigenoterapia e ventilo-terapia domiciliare.

la Protesica minore si occupa di:

- fornitura ausili per assorbenza;
- incontinenza a raccolta (cateteri, stomie);
- prodotti per celiachia, allergia al latte vaccino;
- autorizzazione di farmaci e preparazioni galeniche per il ritiro presso la farmacia ospedaliera
- farmacie convenzionate;
- nutrizione artificiale enterale e parenterale, addensanti e supplementi nutrizionali orali

APERTURA: Accesso libero lunedì 8,30-13;13,30-16 - mercoledì 08,30/12.30

CONTATTI:

0376.435657-658

protesica.asola@asst-mantova.it

b. Macro-area Assistenza di Prossimità con le aree funzionali (rif check list b.3 b.4b)

• **ASSISTENZA MEDICA**

Per rispondere ai bisogni delle persone affette da patologie croniche, in applicazione del modello definito da Regione Lombardia, è stato attivato all'interno della CdC un percorso di presa in carico dedicato, i cui obiettivi sono orientati a migliorare il quadro clinico e lo stato funzionale, a ridurre la sintomatologia, a prevenire la disabilità nonché a migliorare la qualità di vita. Il nuovo percorso prevede, infatti, che in base alle specifiche necessità cliniche, per ogni cittadino affetto da patologie croniche il MAP rediga il Piano di Assistenza Individuale (PAI), a validità annuale, contenente tutte le prescrizioni necessarie per la gestione della specifica patologia. Oltre a garantire le cure più appropriate per rispondere ai bisogni individuali di salute, il percorso di presa in carico mira a semplificare, il più possibile, al paziente la gestione della patologia, e a rendere, nel contempo, più sostenibile il Sistema. In Regione Lombardia sono circa 3,7 milioni le persone affette da patologie croniche, ossia condizioni che hanno un lungo decorso e che richiedono un'assistenza sanitaria e sociosanitaria continua e a lungo termine, variabile da pochi anni a decine di anni, con impatti importanti e significativi sulla qualità della vita e sulla stessa attesa di vita. Negli ultimi decenni l'incidenza di queste patologie è aumentata, soprattutto come conseguenza dell'allungamento dell'aspettativa di vita; ad essere più colpiti, infatti, sono gli anziani (85% degli >75enni) e le donne over55enni, anche se le malattie croniche possono interessare tutte le fasi della vita. Si pone, pertanto, per il Sistema Sanitario anche un tema di sostenibilità, dal momento che la gestione delle malattie croniche assorbe circa l'80% dei costi sanitari. Il 39 % della popolazione distrettuale è affetta da patologie croniche, di cui le più diffuse sono le Cardiopatie (28%), l'ipertensione arteriosa (21%), le neoplasie (7%), il diabete (7%). La CdC di Asola orienta, pertanto, le proprie linee di intervento nei confronti delle malattie croniche prevalenti sulla base della stratificazione sopra riportata, ed in particolare quelle dell'apparato cardiovascolare, le malattie endocrine (soprattutto diabete e malattie della tiroide) e le malattie dell'apparato respiratorio.

Con la messa a pieno regime, la CdC di Asola intende perseguire l'obiettivo di:

- aumentare progressivamente la presa in carico dei pazienti cronici ed il numero di Piani Assistenziali Individuali, attenzionando non solo le patologie a maggiore prevalenza nel distretto, ma in particolare anche le co-morbidità (es. obesità) e le condizioni di fragilità;
- ridurre il grado di inappropriatelyzza, sia per quanto concerne gli accessi in Pronto Soccorso che per i ricoveri ospedalieri; ridurre le liste d'attesa per i controlli ambulatoriali; migliorare l'aderenza ai Piani Assistenziali Individuali.

Lo sviluppo del modello di presa in carico della cronicità all'interno della CdC vede la piena operatività del Centro Servizi, che tramite il collegamento diretto con il CUP aziendale, assicura l'attività di prenotazione (GPI++) ed organizzazione delle prestazioni, di contatto con i pazienti per monitorare l'aderenza ai PAI, di recall per appuntamenti fissati, etc.

• **SERVIZI INFERMIERISTICI**

L'Infermiere di famiglia e comunità all'interno della CdC hub svolge un ruolo centrale nella presa in carico della persona, promuovendo il lavoro in équipe multiprofessionale in collaborazione con:

- Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS);
- specialisti ambulatoriali;
- assistenti sociali sia di ASST che degli Ambiti;
- operatori sanitari e sociosanitari della rete territoriale ed ospedaliera

Le principali attività infermieristiche comprendono:

- accoglienza e valutazione del bisogno di salute;
- orientamento e facilitazione dell'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari della rete territoriale;
- presa in carico di pazienti fragili e/o affetti da patologie croniche, monitoraggio clinico ed assistenziale;
- promozione salute ed educazione sanitaria
- facilitazione dell'integrazione multiprofessionale in collaborazione con: MMG, PLS, specialisti ambulatoriali, assistenti sociali sia di ASST che degli Ambiti, operatori sanitari e sociosanitari della rete territoriale ed ospedaliera
 - Raccordo con la COT per la gestione delle transizioni di setting assistenziale: accesso su segnalazione del Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta, Medico Specialisti, COT, Dimissioni Protette

Al primo piano della CDC Asola, è presente un ***ambulatorio infermieristico*** dove il cittadino può trovare orientamento e risposte ai suoi bisogni di salute, migliorando l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari pubblici. L'ambulatorio è rivolto a persone che presentano bisogni di bassa/media intensità assistenziale o che necessitano di informazioni e orientamento alla rete dei servizi o di interventi educativi di self-care, promozione alla salute e sani stili di vita.

L'ambulatorio infermieristico migliora l'accessibilità ai servizi sanitari e sociosanitari, costituisce un ponte tra i servizi ospedalieri e territoriali per la continuità delle cure, garantisce la valutazione dei bisogni di assistenza infermieristica della popolazione, fornisce risposte orientate al mantenimento o al recupero dell'autonomia dell'individuo, promuove stili di vita salutari e processi di autocura.

Assicura le seguenti attività assistenziali e prestazioni:

- Terapia iniettiva (sottocutanea, intramuscolare e per uso topico);
- Interventi educativi alle tecniche di somministrazione di terapia farmacologica e nutrizionale;
- Misurazione parametri vitali: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione, glicemia, peso corporeo;
- Medicazione semplice e complessa (di ferita chirurgica, di ferita accidentale, di lesione da pressione o vascolare);
- Rimozione punti di sutura delle ferite chirurgiche;
- Gestione del catetere vescicale a permanenza;
- Interventi educativi per la gestione del cateterismo vescicale ad intermittenza;
- Interventi educativi per la gestione in autonomia della glicemia: rilevazione e autocontrollo;
- Interventi educativi di prevenzione e promozione della salute.

Le prestazioni erogate e le modalità di funzionamento sono descritte nella procedura specifica PrS01PC01IFeC.

ACCESSO: libero nei seguenti giorni:
dal lunedì al venerdì dalle 14 alle 15
su prenotazione da lunedì a venerdì dalle 8 alle 20

CONTATTI:

0376435662 dal lunedì al venerdì dalle 13 alle 15
infermierifamiglia.Asola@asst-mantova.it

• **PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)**

Il Punto Unico di Accesso (PUA) presente al piano terra (accoglienza) e al primo piano (PUA Valutazione) della Casa della Comunità è il luogo fisico d'elezione in cui il cittadino trova accoglienza, informazione e orientamento ai servizi, ed una prima valutazione in risposta alla richiesta di intervento per bisogni sociosanitari. Il PUA è l'elemento cardine dei percorsi di integrazione, ed infatti, vede stabilmente, durante l'orario di apertura e secondo articolazione concordata, anche l'Assistente Sociale dell'Ambito. (All. 05 – Protocollo intesa PUA)

Tale presenza è certificata dalla sottoscrizione di un Accordo con i Comuni, per il tramite di Azienda Speciale ASPA, ente strumentale degli stessi, ed è finalizzata ad assicurare la valutazione del bisogno in integrazione con l'IFeC e con l'Assistente Sociale del SSN, dando così piena realizzazione alle indicazioni regionali che prevedono lo sviluppo dell'integrazione delle Aziende sociosanitarie con la componente sociale territoriale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti condivisi e validati. (All. 06 – Procedura Generale PUA)

Il PUA è composto da IFeC, Assistente Sociale di ASST e Assistente Sociale d'Ambito.

APERTURA: ad accesso libero da lunedì a venerdì ore 9.00/11.00

CONTATTI: pua.asola@asst-mantova.it

0376.435662

pua.asola@asst-mantova.it

EQUIPE VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE (EVM)

Al Primo piano della CdC è presente L'Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM): è l'unità dell'ASST che, in collaborazione con il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta, accoglie e valuta le richieste e fornisce una risposta tempestiva alla persona con bisogni assistenziali complessi e/o non autosufficiente e alla sua famiglia, facilitandone l'orientamento nella rete dei servizi territoriali e garantendo la continuità clinica, terapeutica e assistenziale.

L'equipe è costituita da infermiere, fisioterapista, assistente sociale; in base alle caratteristiche del caso, vengono attivate ulteriori specifiche figure professionali, quali, ad esempio, lo psicologo.

L'EVM autorizza l'Assistenza Domiciliare Integrata C-Dom definendo il livello di complessità assistenziale della persona e il relativo profilo (voucher).

L'EVM valuta, in collaborazione con le assistenti sociali degli Ambiti Territoriali, le richieste di garantire, nel periodo di attesa per l'ingresso in struttura, un accompagnamento della persona attraverso l'attivazione di servizi in risposta agli specifici bisogni.

Inoltre, l'EVM valuta gli assistiti che richiedono l'autorizzazione ad accedere alla Misura B1 e alla misura di Residenzialità Assistita. (All. 07 – Modalità attuative PUA, UVM)

APERTURA: da lunedì a venerdì 9.00/13.00

CONTATTI:

0376.435662

pua.asola@asst-mantova.it

• **INTEGRAZIONE CON I SERVIZI SOCIALI**

Presso il PUA è stabilmente presente, durante l'orario di apertura e secondo articolazione concordata, l'Assistente Sociale dell'Ambito che concorre alla valutazione del bisogno in integrazione con l'IFeC e con l'Assistente Sociale del SSN, dando così piena realizzazione alle indicazioni Regionali che prevedono lo sviluppo dell'integrazione delle Aziende sociosanitarie con la componente sociale territoriale.

È attiva una collaborazione formalizzata con l'Azienda Speciale ASPA, ente strumentale dei 12 comuni del territorio. La collaborazione tra ASST ed Ambito è stata formalizzata dalla ASST con Decreto n° 96 del 25 gennaio 2024 (Oggetto: Presa d'atto dei protocolli d'intesa tra l'ASST di Mantova e gli ambiti territoriali di Asola, Guidizzolo, Mantova, Ostiglia, Suzzara e Viadana per il funzionamento del Punto Unico di Accesso PUA). Pertanto, nella CdC di Asola il servizio Sociale di ASST, arricchito dalla partecipazione della figura d'Ambito, svolge un ruolo importante e strategico nel promuovere, in linea con i principi del modello sociosanitario delineato dal PNRR e dalla riforma dell'assistenza territoriale (DM77/2022), un'assistenza integrata territoriale, centrata sulla persona assicurando ai cittadini l'accesso ai sostegni finanziati da FNA e FSA.

Attualmente il personale di Ambito territoriale presente in CdC è di n. 2 unità di assistenti sociale. Il personale è dedicato e presente per un totale di n.24 ore settimanali.

Inoltre, ASST ha in essere altri Accordi con i Comuni il cui fine ultimo è quello di rendere concreta l'integrazione tra servizi sanitari e sociosanitari con quelli sociali.

In particolare, si richiamano:

- il Protocollo sottoscritto per la Tutela minori;
- l'Accordo con gli Ambiti per Dimissioni protette LEA/LEPS.

Orari di presenza Assistente Sociale d'Ambito: lunedì - mercoledì- giovedì dalle 8.30 alle 12.30

CONTATTI:

0376.435662

pua.asola@asst-mantova.it

• **ASSISTENZA DOMICILIARE**

Le Cure Domiciliari sono un Livello Essenziale di Assistenza e costituiscono un percorso assistenziale a domicilio composto dall'insieme di interventi 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, anche mediante l'utilizzo della telemedicina.

Le Cure Domiciliari devono essere richieste dal MMG/PLS tramite l'applicativo regione Sistema Gestione del Territorio (SGDT) e possono essere attivate anche dallo specialista all'esito della dimissione protetta ospedaliera. (All. 08 - DGR 7843 del 31-1-2023 riclassificazione in cure domiciliari ai sensi DGR 6867-2022 per 31 unità d'offerta presso l'ATS Val Padana)

La prescrizione deve indicare:

- la diagnosi di patologia o di condizione;
- i bisogni o le motivazioni della richiesta di attivazione delle C-DOM

La presa in carico tramite voucher ADI avviene entro 72 ore dalla segnalazione. (All. 09 – Piano di cura C-Dom)

APERTURA: da lunedì a venerdì 9.00/13.00

CONTATTI:

0376.435662

pua.asola @asst-mantova.it

Presso la CdC di Asola è inoltre presente una sede operativa periferica del servizio Cure Domiciliari C-DOM di ASST MN, accreditato per tutto il territorio del Distretto afferente ad ASST MN (Allegato 05 DGR 7843/2023 Accreditamento C-DOM ASST MN). L'erogazione delle prestazioni è garantita dagli infermieri dal lunedì al venerdì dalle ore 07,18 alle ore 15,00 e dai fisioterapisti dalle 7.45 alle 15.30 attraverso l'assistenza domiciliare programmata in ciascuna sede territoriale; reperibilità: dalle ore 15,00 alle ore 18,00 l'infermiere/a reperibile, a rotazione su tutto il territorio di ASST Mantova, risponde alle chiamate telefoniche (al numero 0376/201939) e valuta la necessità di intervenire o procrastinare l'accesso al mattino successivo. È previsto il servizio di reperibilità con orario dalle ore 8.00 alle ore 18.00 nei giorni di sabato, domenica e festivi. (All. 08 – Piano di cura C-Dom)

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

La Centrale Operativa Territoriale (COT) ha il ruolo di facilitatore nella transizione dei pazienti da un setting di cura e assistenza all'altro e svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona, raccordando servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting.

La COT competente territorialmente per questa CDC è la COT di Asola (PrS01PGCOT Rev. 0 del 18/7/2025), con funzioni di COT VERTICALE, attiva dal lunedì al venerdì' dalle ore 8.00 alle ore 14; sino alle ore 20 e nei giorni festivi e prefestivi, è vicariata dalla COT TRASVERSALE con sede a Mantova (PROCEDURA GENERALE PGCOT Rev. 3 Data 30/01/2026). (All. 10 – Decreto attivazione COT ASOLA)

La COT VERTICALE assicura le transizioni dei cittadini nei vari setting assistenziali (Ospedale – Territorio – Ospedale) ed interfacciandosi anche con le COT di altre ASST.

Il modello organizzativo della COT è finalizzato a:

- assicurare continuità dell'assistenza;
- favorire l'accessibilità e l'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria;
- garantire la presa in carico della persona da parte dei servizi e dei professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali;
- coordinare ed ottimizzare gli interventi attraverso l'attivazione dei soggetti e delle risorse della rete assistenziale.

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

- transitional care delle persone fragili e dei non autosufficienti nell'ambito:
 - della rete ospedaliera per acuti (COT quale presidio delle dimissioni protette);
 - della rete delle cure intermedie (riabilitazione residenziale), delle unità di offerta

sociosanitarie residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, domiciliari ADI/C-DOM e UCP-DOM);

- coordinamento della presa in carico della persona nella transizione tra i diversi servizi di cura ed assistenza: ammissione/dimissione nelle/dalle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o domiciliare;
- coordinamento dei professionisti sanitari coinvolti;
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale, riguardo le attività e i servizi distrettuali;
- monitoraggio dei percorsi integrati di cronicità (PIC), anche attraverso strumenti di telemedicina.

Modalità di segnalazione alla COT:

- SGDT
- mail
- segnalazione telefonica

Per le modalità operative specifiche si rimanda al modello organizzativo COT (All. 10 – Procedura aziendale COT ASST Mantova)

- **SERVIZI PER LA COMUNITA'**

Presente una sala riunione polivalente al primo piano in cui si svolgono le attività di promozione della salute e di sviluppo di rete di comunità.

Il Distretto assicura spazi fisici all'interno della CdC da dedicare alle Associazioni del Terzo Settore e al Volontariato, nella convinzione che anche la "prossimità" sia elemento di connessione che facilita la comunicazione e favorisce i percorsi di collaborazione e di integrazione. Si ritiene, infatti, che la nuova rete sanitaria territoriale richieda un'adeguata architettura istituzionale, che necessita di modelli cooperativi più che concorrenziali, all'interno dei quali il Terzo Settore può fornire contributi importanti, soprattutto nell'ambito di programmi:

- di "empowerment" dei soggetti e della comunità che sappiano utilizzare al meglio le risorse in gioco, non solo economiche e professionali ma anche umane e relazionali;
- che a partire da un concetto di salute come valore collettivo, sostengano processi di responsabilizzazione diffusa dei cittadini fruitori dei servizi e dei professionisti ingaggiati, sviluppando interventi non solo di tipo riparativo, ma basati su una medicina protettiva di comunità e su modelli di assistenza territoriale proattiva, volta al potenziamento della prevenzione primaria da rivolgersi a tutta la popolazione per l'assunzione di stili di vita corretti, sani e rispettosi anche dell'ambiente;
- di assistenza sociosanitaria a persone fragili e vulnerabili, a disabili e cronici in un'ottica integrata di welfare.

La collaborazione di ASST di Mantova e del Distretto con gli Enti del Terzo Settore è in costante sviluppo. Un ETS ha formalmente aderito alla progettualità del funzionamento del PUA.

Sono inoltre attive n. 9 progettualità condivise tra ETS e i servizi presenti nella CdC, su diverse tematiche relative ai principali bisogni emergenti della popolazione del Distretto in particolare sostegno alla genitorialità nel ciclo di crescita e promozione della salute cognitiva.

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

ATTIVITA' AMBULATORIALE

Al primo piano della Casa di Comunità sono presenti i **servizi ambulatoriali specialistici**, per le patologie ad elevata prevalenza.

Branche specialistiche attive presso Poliambulatorio CdC Asola:

Branca Specialistica	Giorni di apertura	Orario
Diabetologia	Mercoledì	16,30-18,30
Cardiologia	Martedì	16- 18
Fisiatria	Giovedì	13,30 -16,30
Neurologia	Giovedì	14,30-17,30
Medicina Interna	Martedì	14,30 -16,30
Reumatologia	Lunedì	14-16

Modalità di accesso: gli utenti che sono agganciati al Percorso Cronicità (PIC)/fragilità e per i quali il MMG/PLS e/o lo specialista hanno pianificato le visite di controllo

- presso il CUP aziendale;

ATTIVITA' DIAGNOSTICA DI BASE

Servizi diagnostici di base: Elettrocardiografo (ECG) ed ecocardiografo: dispositivi ad utilizzo dello specialista cardiologo.

PUNTO PRELIEVI

Destinatari: gli utenti che sono agganciati al Percorso Cronicità (PIC)/fragilità e per i quali il MMG/PLS e/o lo specialista ritiene di dover prescrivere indagini ematochimiche

ACCESSO: con impegnative e su prenotazione. Giovedì dalle ore 7.00/9.30

CONTATTI:

0376.435662

pua.asola@asst-mantova.it

ALTRI SERVIZI / ATTIVITA'

Al primo piano della CdC sono presenti il consultorio familiare e il servizio vaccinazioni

CONSULTORIO

I Consultori Familiari sono un presidio di prossimità, multiprofessionale di prevenzione e assistenza

sanitaria-psicologica-sociale alla persona, alla coppia, e alla famiglia in tutte le fasi del ciclo di vita. Sono orientati alla prevenzione e alla promozione alla salute e del benessere nella donna, nella coppia e nella famiglia; integra al suo interno l'assistenza sanitaria e sociosanitaria in un unico punto di accesso per gli utenti. La CdC di Asola è sede principale di Consultorio. (All. 12 – Decreto accreditamento Consultorio CDC Asola).

Lo scenario evolutivo di riorganizzazione della sanità territoriale, in conformità alle linee programmatiche definite dalla DGR 7592 del 15/12/2022, prevede che l'attività della rete consultoriale si sviluppi secondo una logica di prossimità, all'interno dei poli territoriali, in stretto raccordo funzionale con le Case della Comunità di fatto rappresentando il Consultorio uno dei nodi più significativi della rete dei servizi rivolti alle famiglie e ai suoi componenti nelle varie fasi del ciclo vitale, interagendo con altri servizi, quali ad esempio: scuole, Enti del terzo settore, Comuni, Servizi Specialistici, Centri Antiviolenza, Centri per la famiglia.

Servizi di prima accoglienza:

ACCESSO: libero da lunedì a venerdì 09.00/13.00

Visite ostetriche e ginecologiche:

ACCESSO: su appuntamento al numero 0376.435774-5

Consultazione psicologica:

ACCESSO: su appuntamento al numero 0376.435776

Colloquio con assistente sociale:

ACCESSO: su appuntamento al numero 0376.435777

Screening cervice uterina (Pap Test):

ACCESSO: su invito con lettera da parte di ATS

CONTATTI: per prenotazioni: 800.584850

consultorio.asola@asst-mantova.it

VACCINAZIONI

La struttura garantisce la pianificazione e la gestione dell'offerta vaccinale dell'età infantile, adolescenziale e adulta e delle categorie a rischio, secondo gli specifici indirizzi regionali e in base alla programmazione e accordi con la ATS Val Padana.

ACCESSO su prenotazione:

CONTATTI:

0376.435771 da lunedì a venerdì 12.00/13.00

polovaccinale.asola@asst-mantova.it

SCREENING E ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

Le attività di prevenzione in Regione Lombardia, in coerenza con il PRP (Piano Regionale della Prevenzione) sono fondate su un approccio One Health, che trova la propria concretizzazione a partire dall'analisi dei bisogni, attraverso un impegno costante nella formazione continua, ed è finalizzato alla lotta alle disuguaglianze e all'emarginazione sociale.

Per quanto riguarda la prevenzione rivolta a tutti i cittadini, è previsto che gli interventi debbano mirare ad un graduale incremento delle coperture vaccinali e degli screening oncologici, mentre per i pazienti cronico/fragili è indispensabile promuovere la cultura della prevenzione, attraverso l'aumento delle conoscenze sia dei pazienti sia dei vari professionisti sanitari che li seguono.

Per fare tutto ciò, è necessario aumentare, in modo graduale, l'offerta sul territorio sia dei punti informativi che erogativi delle attività preventive, dove la Casa di Comunità gioca un ruolo chiave come luogo privilegiato di contatto tra il cittadino e i professionisti della salute.

Gli screening sono interventi di sanità pubblica proposti ad una fascia di età di popolazione allo scopo di individuare una malattia o i suoi precursori (cioè, quelle anomalie da cui la malattia si sviluppa) prima che si manifesti attraverso sintomi o segni.

In particolare, gli screening oncologici servono ad individuare precocemente i tumori, o i loro precursori, quando non hanno ancora dato segno di sé.

Le attività di screening assicurate da ASST Mantova, su indicazioni regionali, sono:

- Screening mammografico
- Screening cervice uterina
- Screening colon-retto
- Screening prostata
- Screening polmonare

Per queste, ad oggi, il distretto e le CdC garantiscono campagne di sensibilizzazione, attraverso momenti dedicati alla popolazione che vedono la presenza dei diversi specialisti.

Nella Casa di Comunità vengono attuate azioni di prevenzione primaria e secondaria volte a promuovere stili di vita sani (sana alimentazione, attività fisica e cessazione tabagica) e ad identificare precocemente le persone a rischio, che presentano già sintomi intermedi (ipertensione iperglicemia) a livello individuale attraverso lo strumento del "counselling motivazionale breve" (CMB), nei setting opportunistici quali l'ambulatorio infermieristico e il PUA. Il CMB ha lo scopo di orientare l'utente al servizio specifico che lo possa supportare e accompagnare al cambiamento necessario come, ad esempio, i gruppi per smettere di fumare.

La visita domiciliare è un ambito strategico anche nella campagna "prevenzione caldo" in quanto gli operatori C-DOM e l'IFeC valutano lo stato di disidratazione dei soggetti a rischio. Il materiale della campagna viene condiviso con altri servizi territoriali, con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.

Il PUA funge invece da luogo sentinella e di riferimento per i servizi sociali territoriali.

Gli operatori della casa di comunità (IFeC, fisioterapista, Assistenti Sociali) propongono tutte queste tematiche, anche in contesti gruppal, presso la sede della CdC, in modo che possa diventare luogo per diffondere una rete e facilitare uno scambio collettivo sui temi della salute e quindi promuovere literacy.

Al secondo piano della CdC è presente una sala riunioni in cui si svolgono le attività di promozione della salute e di sviluppo di rete di comunità.

Modello organizzativo adottato

Gli operatori della casa di comunità partecipano ai tavoli tematici attivati dalla funzione promozione della salute del Dipartimento Funzionale di Prevenzione che coordina le attività per realizzare programmi a livello di comunità e presso i propri servizi territoriali in particolare nel setting scolastico, nel mondo del lavoro attraverso il programma WHP e nell'ambito delle comunità attive.

In collaborazione con il DIPS dell'ATS della Val Padana vengono implementati i programmi regionali quali Life Skills Training Program, Unplugged e Peer Education negli istituti scolastici e vengono supportate le aziende di beni e servizi iscritte al programma WHP per sviluppare nei loro contesti azioni che facilitino l'adozione di stili di vita sani, in particolare nell'ambito dei comportamenti additivi

coinvolgendo anche i medici competenti, ne sono un esempio l'attivazione di policy relative al tabacco e alcool.

Protocollo somministrazione farmaci e/o gestione di presidi medici a scuola

Con l'introduzione del nuovo protocollo quadro d'intesa tra Regione Lombardia e Ufficio scolastico regionale per la Lombardia, DGR N. XII/4483 del 3/06/2025, relativo alla "Somministrazione farmaci a scuola e/o gestione di dispositivi medici a scuola" che aggiorna il precedente in merito alla nuova riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali, la Casa di Comunità diventa il soggetto maggiormente coinvolto nella gestione di tale ambito.

In seguito, ATS Val Padana ha sottoscritto un protocollo d'intesa territoriale con l'ASST di Mantova e URS per la Lombardia – Ambito territoriale di Mantova per la declinazione a livello locale del protocollo operativo (All. 13 - Modello Organizzativo "Somministrazione di farmaci e/o gestione dispositivi medici a scuola" ASST Mantova).

Gli istituti potranno effettuare le richieste entro il 30 settembre, in modo che l'ASST attraverso la COT in collaborazione con la struttura di Cure Primarie possa assolvere al debito informativo degli elenchi degli studenti che necessitano di somministrazione improrogabile di farmaci e/o gestione di dispositivi medici a scuola, agli enti competenti quali AREU e ATS Val Padana. Al fine di garantire a tali alunni un'adeguata assistenza per la gestione delle patologie più complesse che necessitano di segnalazione: diabete, allergie, asma ed epilessia, l'ufficio formazione dell'ASST in collaborazione con il referente della promozione della salute e un medico pediatra organizza eventi formativi a favore degli insegnanti del distretto.

Gruppi di cammino

L'ASST di Mantova collabora con ATS della Val Padana e i Comuni del distretto Alto Mantovano nell'implementazione della rete dei gruppi di cammino orientando i propri assistiti all'adesione ai gruppi e nel monitoraggio dei parametri di salute dei partecipanti durante i quali si forniscono anche indicazioni per una sana alimentazione.

Partecipare ai gruppi di cammino, oltre ad apportare benefici per la salute, non richiede particolari abilità né un equipaggiamento specifico, ha poche controindicazioni, presenta un basso rischio di incidenti e di traumi muscolo scheletrici e promuove relazioni sociali.

Il gruppo di cammino è consigliato soprattutto alle persone over 65 e le persone con fragilità ma in realtà tutti possono partecipare.

Servizio Dipendenze (Ser.D)

Il Ser.D garantisce prestazioni in forma diretta di prevenzione, cura e riabilitazione/reinserimento, a favore di singoli cittadini, coppie e famiglie nelle diverse fasi del ciclo vitale, che presentino problemi collegati all'uso - abuso - dipendenza da sostanze psicotrope legali (alcool, tabacco), illegali (droghe), o altre dipendenze comportamentali che provocano conseguenze negative sulla situazione economica, familiare, relazionale, di salute delle persone (gioco d'azzardo, slot machine) nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente.

APERTURA: Accesso libero - lunedì e giovedì 9.00/13

Accesso su appuntamento martedì, mercoledì, venerdì

CONTATTI: 0376.435785

sert.asola@asst-mantova.it

Rilascio delle certificazioni monocratiche per l'idoneità alla guida, idoneità all'uso delle armi, deambulazioni impedita (rilascio contrassegno), astensione anticipata dal lavoro per gravidanza a rischio.

Rilascio certificazioni medico legali.

Accesso su prenotazione

Contatti: 0376.435678 - medicina.legale@asst-mantova.it

UFFICIO INVALIDI CIVILI

APERTURA: Accesso libero lunedì e mercoledì 8.30/12.30

CONTATTI: 0376.435661 -

invalidi.asola@asst-mantova.it

d. Macro-area Servizi Generali e Logistici che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura (rif check list b.7)

ACCOGLIENZA DEGLI UTENTI

È presente all'ingresso della CdC un punto di accoglienza, presidiato da Operatori Socio Sanitari e volontari che aiutano il cittadino e lo orientano verso il servizio richiesto. (All. 14 – Regolamento volontari)

Presso il punto accoglienza sono disponibili i moduli di Reclamo/Encomio che i cittadini possono compilare ed inserire in apposita cassetta. L'URP centralizzato presso l'ASST di Mantova assicura il trattamento di ogni segnalazione, avvalendosi delle Unità operative interessate, nel rispetto di apposita procedura aziendale. (All. 15 – Gestione delle segnalazioni degli utenti)

Sono presenti come già descritto al paragrafo b, il servizio Scelta e Revoca con funzioni di Front Office.

SISTEMA INTEGRATO DI PRENOTAZIONE COLLEGATO AL CUP AZIENDALE

Al piano terra della CDC è attivo lo sportello CUP di prenotazione collegato al CUP aziendale.

Tale servizio amministrativo concorre a garantire l'obiettivo di accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria e garantisce informazioni, prenotazioni e accettazioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica.

Sono previste agende per percorsi interni dedicati alla presa in carico del paziente cronico.

Parte dei posti di primo accesso, destinati ai pazienti nella fase dell'accertamento diagnostico, sono dedicati ai medici operanti presso la CDC (medici di assistenza primaria e specialisti) al fine di agevolare la presa in carico secondo una logica di prossimità. Tali posti si sbloccano all'utenza esterna se non utilizzati.

I posti per i controlli vengono invece riservati alla CDC in modo da poter gestire gli accessi di follow up successivi al primo in un'ottica di continuità di cura.

L'orizzonte temporale di apertura delle agende è sufficientemente ampio (2 anni) da garantire la pianificazione anticipata degli accessi successivi dei pazienti presi in carico, ottenendo, già al termine di ogni controllo (follow up), l'appuntamento per il controllo successivo.

Le fasce orarie di apertura degli sportelli sono sovrapponibili a quelle di erogazione dell'attività ambulatoriale al fine di garantire un costante presidio amministrativo.

ACCESSO: libero allo sportello

APERTURA: dal lunedì giovedì 14,30 alle 17

CONTATTI:

cup.asola@asst-mantova.it

SERVIZI DI ACCOGLIENZA PER IL PERSONALE DELLA STRUTTURA

Presso la CdC sono presenti a disposizione del personale:

al piano terra:

- spogliatoi suddivisi per sesso, con annessi bagni;

al primo piano:

- spogliatoi suddivisi per sesso, con annessi bagni;

- studio Assistente Sociale CdC

al secondo piano:

- spazio tisaneria;
- spogliatoi suddivisi per sesso, con annessi bagni;
- studio Coordinatore COT

SERVIZI LOGISTICI

Al piano terra della CdC si trovano n. 1 locale adibiti ad Archivio e i locali di deposito Sporco/pulito. Tutti gli uffici/ambulatori presenti in CdC sui diversi piani sono forniti di postazione PC collegata alla rete Intranet aziendale e muniti di applicativi specifici necessari all'espletamento delle diverse funzioni, quali ad esempio:

- GestAmb per visite e referti specialistica,
- SGDT - Sistema Gestione Digitale Territoriale per Cure Domiciliari/PAI/IFeC,
- SMAF, SDG, GPI, CMU-AREU, NAR per Cure primarie

LOCALI TECNICI

Al P.T.:

- La zona corrispondente a Palazzo Schiantarelli è servita da un impianto VRV (caldo e freddo) che alimenta i termoconvettori presenti nei locali dei tre piani del palazzo, il cui gruppo frigo è presente in un locale interrato presente al centro del cortile interno;
- La zona della CdC corrispondente all'originario Palazzo Tosio è riscaldato mediante termosifoni alimentati da due caldaie presenti in un locale presente al P.T. il cui accesso è indipendente ed è dal porticato di via Mazzini; il raffrescamento della suddetta zona (sostanzialmente corrispondente al Consultorio Familiare) è servita da split con unità esterna presente nel sottotetto della CdC;
- Nel locale tecnico presente al P.T. di fronte all'ascensore sono presenti il quadro elettrico generale della CdC, la centralina antincendio della CdC, il boiler che produce acqua calda a servizio di tutti i locali dell'area di palazzo Schiantarelli
- L'armadio dati rack di piano è presente nell'area di fronte ai bagni vicino alla piattaforma elevatrice tra le due zone di palazzo Schiantarelli aventi pavimentazioni a quote differenti;

Al 1° P.:

- Nel locale vicino ai bagni di fronte all'ascensore è presente il quadro elettrico di piano
- Nel locale con i frigoriferi è presente l'armadio rack dati di piano
- Il Centro Stella a servizio della CdC occupa il locale adiacente alla scala avente ingresso da via

Mazzini (locale adiacente alla zona occupata da ATS)

Al 2° P. :

- Nel locale vicino ai bagni di fronte all'ascensore è presente il quadro elettrico di piano
- Nel locale tecnico CED sono presenti apparati di rete dati di piano e di collegamento tra i vari armadi rack dati.

5. Dotazione Strutturale e Tecnologica

Sono presenti carrelli per l'emergenza opportunamente distribuiti nei servizi che ne prevedono l'utilizzo. Sono presenti attrezzature e strumentazioni mediche e diagnostiche funzionali all'erogazione dei servizi e delle prestazioni. Tutte le apparecchiature e strumentazioni sono elencate, con descrizione della strumentazione/attrezzatura, tipologia di modello, n°matricola, localizzazione in CdC, ecc, firmato digitalmente dalla responsabile dell'Ingegneria Clinica di ASST Mantova. (All. 16 – Elenco apparecchiature sanitarie CDC ASOLA)

6. Integrazione e Rete Territoriale

La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari. In sintesi, si riassumono le principali modalità di collegamento operativo e tecnologico con i diversi attori: servizi sanitari, sociosanitari, sociali, servizi educativi. La CdC attraverso i suoi professionisti e con le strumentazioni tecnologiche già descritte (telefoni, piattaforme digitali, programmi informatici) si collega in particolare ai Presidi Ospedalieri della ASST e della rete regionale, alle unità d'offerta sociosanitarie e sociali (RSA, RSD, IDR, CDI, ADI, CDD, CSE, Comunità alloggio anziani e disabili, ecc), agli istituti scolastici, educativi, ai servizi sociali Comunali, ATS, Provveditorato, Prefettura, ecc.

In relazione alle necessità vengono programmati anche specifici incontri o tavoli di lavoro e, laddove necessario, vengono definite le linee di intervento sulla base della formalizzazione di accordi/Protocolli/convenzioni. Inoltre, la CdC rappresenta lo "strumento" privilegiato attraverso il quale dare piena attuazione alle linee di intervento territoriali definite all'interno della Cabina di Regia Integrata dell'ASST, luogo di concertazione e di regia a sostegno dell'integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Collegamento con la/le COT

La Centrale Operativa Territoriale (COT) ha il ruolo di facilitatore nella transizione dei pazienti da un setting di cura e assistenza all'altro e svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona, raccordando servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting.

Essendo la COT inserita all'interno della CdC di Asola il collegamento con la stessa è assicurato attraverso il confronto diretto tra i diversi professionisti, nonché attraverso i canali istituzionalmente più utilizzati (mail, Telefono).

Il modello organizzativo della COT è finalizzato a:

- assicurare continuità dell'assistenza;
- favorire l'accessibilità e l'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria;
- garantire la presa in carico della persona da parte dei servizi e dei professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali;
- coordinare ed ottimizzare gli interventi attraverso l'attivazione dei soggetti e delle risorse della

rete assistenziale.

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

- transitional care delle persone fragili e dei non autosufficienti nell'ambito:
 - della rete ospedaliera per acuti (COT quale presidio delle dimissioni protette);
 - della rete delle cure intermedie (riabilitazione residenziale), delle unità di offerta sociosanitarie residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, domiciliari ADI/C-DOM e UCP-DOM);
- coordinamento della presa in carico della persona nella transizione tra i diversi servizi di cura ed assistenza: ammissione/dimissione nelle/dalle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o domiciliare;
- coordinamento dei professionisti sanitari coinvolti;
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale, riguardo le attività e i servizi distrettuali;
- monitoraggio dei percorsi integrati di cronicità (PIC), anche attraverso strumenti di telemedicina.

Modalità di segnalazione alla COT:

- SGDT
- mail
- segnalazione telefonica

Attivazione 116117

In coerenza con l'Accordo Collettivo Nazionale vigente della Medicina generale e con i più recenti indirizzi della Conferenza Tecnica delle Regioni e delle province autonome, l'accesso agli ambulatori diurni avviene per il tramite del numero europeo armonizzato 116117, ferma restando la disponibilità all'assistenza ambulatoriale per tutti i cittadini in autopresentazione. Ciò al fine di assicurare la migliore appropriatezza del percorso di cura.

7. Partecipazione della Comunità

Le linee di indirizzo individuano la Casa di Comunità come il modello organizzativo che meglio realizza e rende tangibile sul territorio l'assistenza di prossimità e la sanità d'iniziativa, con un focus sia sulla prevenzione che sull'offerta di servizi sanitari e sociosanitari ed una significativa componente di assistenza ambulatoriale e domiciliare.

Nella Casa di Comunità vengono attuate azioni di prevenzione primaria e secondaria volte a promuovere stili di vita sani (sana alimentazione, attività fisica e cessazione tabagica) e ad identificare precocemente le persone a rischio, che presentano già sintomi intermedi (ipertensione iperglicemia) a livello individuale attraverso lo strumento del "counselling motivazionale breve" (CMB), nei setting opportunistici quali l'ambulatorio infermieristico e il PUA. Il CMB ha lo scopo di orientare l'utente al servizio specifico che lo possa supportare e accompagnare al cambiamento necessario come, ad esempio, i gruppi per smettere di fumare.

Gli operatori della casa di comunità (IFeC, fisioterapisti, Assistenti Sociali) propongono tutte queste tematiche, anche in contesti gruppalari, presso la sede della CdC, in modo che possa diventare luogo per diffondere una rete e facilitare uno scambio collettivo sui temi della salute e quindi promuovere literacy.

Al primo piano della CdC è presente una sala riunioni in cui si svolgono le attività di promozione della salute e di sviluppo di rete di comunità.

Modello organizzativo adottato

Gli operatori della casa di comunità partecipano ai tavoli tematici attivati dalla funzione promozione della salute del Dipartimento Funzionale di Prevenzione che coordina le attività per realizzare programmi a livello di comunità e presso i propri servizi territoriali in particolare nel setting scolastico, nel mondo del lavoro attraverso il programma WHP e nell'ambito delle comunità attive.

In collaborazione con il DIPS dell'ATS della Val Padana vengono implementati i programmi regionali quali Life Skills Training Program, Unplugged e Peer Education negli istituti scolastici e vengono supportate le aziende di beni e servizi iscritte al programma WHP per sviluppare nei loro contesti azioni che facilitino l'adozione di stili di vita sani, in particolare nell'ambito dei comportamenti additivi coinvolgendo anche i medici competenti, ne sono un esempio l'attivazione di policy relative al tabacco e alcool.

Protocollo somministrazione farmaci e/o gestione di presidi medici a scuola

Con l'introduzione del nuovo protocollo quadro d'intesa tra Regione Lombardia e Ufficio scolastico regionale per la Lombardia, DGR N. XII/4483 del 3/06/2025, relativo alla "Somministrazione farmaci a scuola e/o gestione di dispositivi medici a scuola" che aggiorna il precedente in merito alla nuova riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali, la Casa di Comunità diventa il soggetto maggiormente coinvolto nella gestione di tale ambito.

In seguito, ATS Val Padana ha sottoscritto un protocollo d'intesa territoriale con l'ASST di Mantova e URS per la Lombardia – Ambito territoriale di Mantova per la declinazione a livello locale del protocollo operativo (Allegato XX Modello Organizzativo "Somministrazione di farmaci e/o gestione dispositivi medici a scuola" ASST Mantova).

Gli istituti potranno effettuare le richieste entro il 30 settembre, in modo che l'ASST attraverso la COT in collaborazione con la struttura di Cure Primarie possa assolvere al debito informativo degli elenchi degli studenti che necessitano di somministrazione improrogabile di farmaci e/o gestione di dispositivi medici a scuola, agli enti competenti quali AREU e ATS Val Padana. Al fine di garantire a tali alunni un'adeguata assistenza per la gestione delle patologie più complesse che necessitano di segnalazione: diabete, allergie, asma ed epilessia, l'ufficio formazione dell'ASST in collaborazione con il referente della promozione della salute e un medico pediatra organizza eventi formativi a favore degli insegnanti del distretto.

Gruppi di cammino

L'ASST di Mantova collabora con ATS della Val Padana e i Comuni del distretto Alto Mantovano nell'implementazione della rete dei gruppi di cammino orientando i propri assistiti all'adesione ai gruppi e nel monitoraggio dei parametri di salute dei partecipanti durante i quali si forniscono anche indicazioni per una sana alimentazione.

Partecipare ai gruppi di cammino, oltre ad apportare benefici per la salute, non richiede particolari abilità né un equipaggiamento specifico, ha poche controindicazioni, presenta un basso rischio di incidenti e di traumi muscolo scheletrici e promuove relazioni sociali.

Il gruppo di cammino è consigliato soprattutto alle persone over 65 e le persone con fragilità ma in realtà tutti possono partecipare.

ALLEGATI:

- All. 01 – Decreto potenziamento della rete territoriale dell'ASST di Mantova
- All. 02 - PrS01PC01IFeC – Ambulatorio infermieristico territoriale
- All. 03 – Risorse Umane e organizzazione CDC Asola
- All. 04 - Decreto istituzione Psicologia cure primarie
- All. 05 – Protocollo intesa PUA
- All. 06 – Procedura Generale PUA ASST MANTOVA
- All. 07 – Modalità attuative PUA - VMD
- All. 08 - DGR 7843 del 31-1-2023 riclassificazione in cure domiciliari ai sensi DGR 6867-2022 per 31 unità d'offerta presso l'ATS Val Padana
- All. 09 - PdCCDOM01 Piano di Cura C-DOM
- All. 10 - Decreto ASST attivazione COT Asola
- All. 11 – Procedura Aziendale COT ASST MANTOVA
- All. 12 - DGR n. XII-3288 accreditamento Consultorio Asola
- All. 13 - Protocollo Intesa per la somministrazione dei farmaci a scuola
- All. 14 – Decreto DG ASST MANTOVA Istituzione dell'albo aziendale degli enti del terzo settore e approvazione del regolamento per la disciplina delle attività di volontariato
- All. 15 – Gestione delle segnalazioni degli utenti
- All. 16 – Elenco attrezzature CDC Asola
- All. 17 – Piano di presenza infermieristica
- All. 18 – Piano di presenza medica