

Direzione del Distretto di Vignola	 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	Dipartimento Aziendale Cure Primarie
CASA DELLA COMUNITA' "LA CARRUCOLA" DI GUIGLIA		
Pag. 1 di 24	Data di approvazione	

INDICE

Sommario

1. INFORMAZIONI GENERALI CASA DELLA COMUNITÀ	2
2. INTRODUZIONE	2
3. ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE.....	8
4. SERVIZI OFFERTI DALLA CASA DELLA COMUNITÀ SPOKE	12
5. DOTAZIONE STRUTTURALE E TECNOLOGICA - ATTREZZATURE E STRUMENTAZIONI MEDICHE E DIAGNOSTICHE ADEGUATE ALL'EROGAZIONE DEI SERVIZI.....	18
6. INTEGRAZIONE E RETE TERRITORIALE.....	19
7. PARTECIPAZIONE DELLA COMUNITÀ.....	21
8. CONCLUSIONI	23

Approvazione		Data di approvazione
Direttrice del Distretto di Vignola <i>Dr.ssa Fabia Franchi</i>	Direttrice Dipartimento Aziendale Cure Primarie <i>Dr.ssa Anna Franzelli</i>	

CASA DELLA COMUNITA'

"LA CARRUCOLA" DI GUIGLIA

1. INFORMAZIONI GENERALI CASA DELLA COMUNITÀ

Denominazione della struttura	Casa della Comunità di Guiglia "La carrucola"
Sede	Via Repubblica n. 30, Comune di Guiglia (MO)
CUP	J37H21008500006
Tipologia	Spoke
Tipologia di intervento PNRR	Manutenzione straordinaria
Data di inizio funzionamento	20/04/2026

2. INTRODUZIONE

2.1 Obiettivi

La Casa della Comunità di Guiglia nasce con l'obiettivo di offrire un punto di riferimento stabile, accessibile e integrato per la salute dei cittadini, in un'ottica di prossimità, equità e continuità delle cure. I suoi obiettivi fondamentali sono:

- Garantire l'assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale, integrando cure primarie, servizi infermieristici e assistenza sociale;
- Offrire un modello organizzativo basato sulla multidisciplinarietà, incentrato sulla collaborazione tra professionisti della salute e operatori del territorio;
- Promuovere la partecipazione attiva della comunità, valorizzando il protagonismo dei cittadini nei percorsi di cura e prevenzione.

2.2 Mission

Mettere al centro la persona e i suoi bisogni, assicurando l'accesso a cure di qualità nel proprio contesto di vita, e costruendo una rete integrata che coinvolga cittadini, istituzioni e professionisti per il benessere collettivo.

2.3 Riferimento normativo, collocazione nel sistema sanitario territoriale e integrazione funzionale con la Casa della Comunità Hub

La Casa della Comunità si inserisce nel quadro delineato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6, Componente 1, relativo alla riforma dell'assistenza territoriale, che prevede la realizzazione di una rete capillare di strutture sanitarie di prossimità, articolata secondo il modello HUB e SPOKE, finalizzata a rispondere in modo efficace e integrato ai bisogni di salute della popolazione.

La Casa della Comunità di Guiglia è classificata come **Casa della Comunità SPOKE**, in conformità ai criteri stabiliti dalle Linee guida PNRR M6C1-3 e dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n. 77,

recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. Tali disposizioni sono state recepite dalla Regione Emilia-Romagna con le Deliberazioni di Giunta Regionale n. 1385/2022 e n. 2221/2022.

Con la DGR n. 2221/2022, la Regione Emilia-Romagna ha approvato il "Primo provvedimento di programmazione dell'assistenza territoriale in attuazione del DM 77", configurandosi quale primo atto di pianificazione organica dell'assistenza territoriale, in coerenza con gli obiettivi strategici del PNRR.

La medesima struttura è funzionalmente collegata alla Casa della Comunità HUB di riferimento di Vignola, attualmente non funzionante in quanto ancora in fase di realizzazione.

Tuttavia, al fine di garantire la continuità dell'assistenza sulle 24 ore 7 giorni su 7, come previsto dal DM 77, e in attesa della completa attivazione della Casa della Comunità HUB di Vignola, si ritiene necessario assicurare l'operatività di un ambulatorio di Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) presso una sede temporanea nel Comune di Vignola, individuato quale centro maggiormente popolato e capofila del distretto. Tale sede, già destinata al Servizio di Continuità Assistenziale, rappresenta un punto di riferimento consolidato e riconosciuto dalla popolazione.

Presso l'ambulatorio AFT operano i medici del ruolo unico di assistenza primaria, coadiuvati da personale infermieristico dedicato, al fine di garantire la presa in carico dei bisogni sanitari a bassa complessità per tutti i cittadini, indipendentemente dalla residenza e/o dall'afferenza all'AFT.

L'attività dell'ambulatorio si configura pertanto, in via transitoria, come supporto operativo alle funzioni delle Case della Comunità SPOKE fino alla piena operatività della Casa della Comunità HUB di Vignola, nella quale tale attività sarà trasferita una volta terminati i lavori.

2.4 Descrizione generale del bacino di utenza

La Casa della Comunità del comune di Guiglia rappresenta il principale riferimento socio-sanitario per i cittadini del territorio. Il territorio di Guiglia è caratterizzato da un'area collinare che si estende su una superficie di circa 48 km² e comprende diverse frazioni, tra cui Castellitto, Gainazzo, Monteorsello, Pieve di Trebbio, Roccamalatina, Rocchetta e Samone. Inoltre si caratterizza per una bassa densità abitativa (88 abitanti per Km²) e per una distribuzione della popolazione diffusa.

La popolazione residente è pari a 4.229 abitanti (fonte: dati ISTAT, gennaio 2025).

Dal punto di vista demografico, la popolazione riflette l'andamento generale nazionale, caratterizzato negli ultimi anni da un progressivo invecchiamento. Questo fenomeno è dovuto principalmente all'aumento dell'aspettativa di vita e alla diminuzione della natalità.

Nel dettaglio:

- il 24,5% della popolazione ha un'età superiore ai 65 anni
- il 44,7% rientra nella fascia di età tra i 35 e i 64 anni
- il 19,7% ha un'età compresa tra i 14 e i 34 anni
- l'11,1% ha meno di 14 anni

(fonte: dati ISTAT, gennaio 2025)

Tabella 1 Caratteristiche demografiche della popolazione di riferimento

Comune	0-14 anni	15-34 anni	35-64 anni	65 e più anni	TOTALE Abitanti nel comune
GUIGLIA	469 (11,1%)	833 (19,7%)	1889 (44,7%)	1038 (24,5%)	4229 (100%)

Questi dati evidenziano una struttura demografica, tipica delle aree collinari e montane, sbilanciata verso le fasce adulte e anziane, con una ridotta presenza di giovani. Tale condizione comporta importanti implicazioni per l'organizzazione dei servizi sanitari e sociali sul territorio.

In particolare, la popolazione ultra 65enne rappresenta il 24,5% del totale, con un indice di vecchiaia pari a 221, ovvero 221 anziani ogni 100 giovani. Il grado di invecchiamento rende prioritario intervenire sia sulla prevenzione sia sulla gestione delle patologie croniche tipiche dell'età avanzata.

La popolazione straniera, pari a circa il 10–12%, contribuisce alla stabilità demografica del territorio.

La stratificazione della popolazione, integrata con il Progetto di Salute, consente inoltre di definire strategie di presa in carico differenziate in base al livello di rischio, ai bisogni di salute e al consumo di risorse, permettendo l'individuazione di standard essenziali di risposta clinica, socio-assistenziale, diagnostica, riabilitativa e preventiva.

In questo contesto, particolare attenzione è rivolta ai soggetti affetti da patologie croniche, in costante aumento in termini di incidenza e prevalenza, con l'obiettivo di mantenere la popolazione in condizioni di buona salute e rispondere in modo appropriato e sostenibile ai bisogni assistenziali.

Ne deriva la necessità di sviluppare un modello assistenziale territoriale integrato, orientato alla prevenzione e alla gestione della cronicità, che trova nella Casa della Comunità del comune di Guiglia un punto di riferimento fondamentale per assicurare prossimità, continuità e appropriatezza delle cure.

Nella tabella seguente sono riportati i tassi di incidenza per 1.000 assistiti delle principali patologie croniche riferite al Nucleo di Cure Primarie (Guiglia–Zocca–Montese).

L'AFT prevista per il territorio montano sarà coincidente il Nucleo di Cure Primarie.

Tabella 2. malattie croniche: tasso su 1000 assistiti per NCP Guiglia-Zocca-Montese;

Fonte: cruscotto MMG per specialistica estrazione di Febbraio 2026

NCP	Assistiti	Asma	Scoperto Cardiac	Cardiopatia Ischemica	BPCO	Diabete	IRC	Cond. Reumatologiche	Iperlipidemia	IPB	Osteoporosi	Parkinson	Disordini Tiroide	Pat. Oncologiche
NCP GUIGLIA, ZOCCA, MONTESE	10183	10,8	13,0	52,0	35,9	83,2	6,0	17,8	143,2	21,4	11,3	6,8	58,0	42,2

In sintesi, Nucleo di Cure Primarie della montagna presenta un'elevata prevalenza di patologie croniche, in particolare di ambito cardiovascolare e metabolico. L'iperlipidemia (143,2‰) risulta la condizione più diffusa.

Si rileva inoltre una significativa presenza di diabete (83,2‰) e cardiopatia ischemica (52,0‰). Tale quadro è coerente con una popolazione a prevalente componente anziana e caratterizzata da comorbidità, che richiede l'adozione di modelli organizzativi integrati per la gestione delle cronicità.

2.5 Descrizione generale della struttura

La Casa della Comunità del comune di Guiglia è situata al piano terra di uno stabile di proprietà comunale, ubicato in via Repubblica 30. L'edificio ospita al piano superiore la Comunità Alloggio "Il Castagno Selvatico" e un Centro diurno.

La Casa della Comunità è collocata in una zona facilmente accessibile e ben collegata, con parcheggio libero e gratuito adiacente. Gli spazi interni sono progettati per essere funzionali e accoglienti, favorendo l'integrazione dei servizi sociosanitari e il comfort dell'utenza.

Nella casa della comunità è collocata anche la sede locale dell'AVIS.

Figura 1. Mappa territoriale Casa della Comunità di Guiglia



La Casa della Comunità dispone di ambulatori per la medicina generale e la pediatria di libera scelta, oltre a offrire servizi di specialistica ambulatoriale, attività ostetrica, assistenza infermieristica di comunità, supporto psicologico e di neuropsichiatria infantile (NPIA), prestazioni geriatriche e servizi di assistenza domiciliare.

È inoltre presente un punto prelievi, oltre a locali dedicati all'integrazione socio-sanitaria, tra cui il Punto Unico di Accesso (PUA), lo Sportello di prossimità e il Centro stranieri.

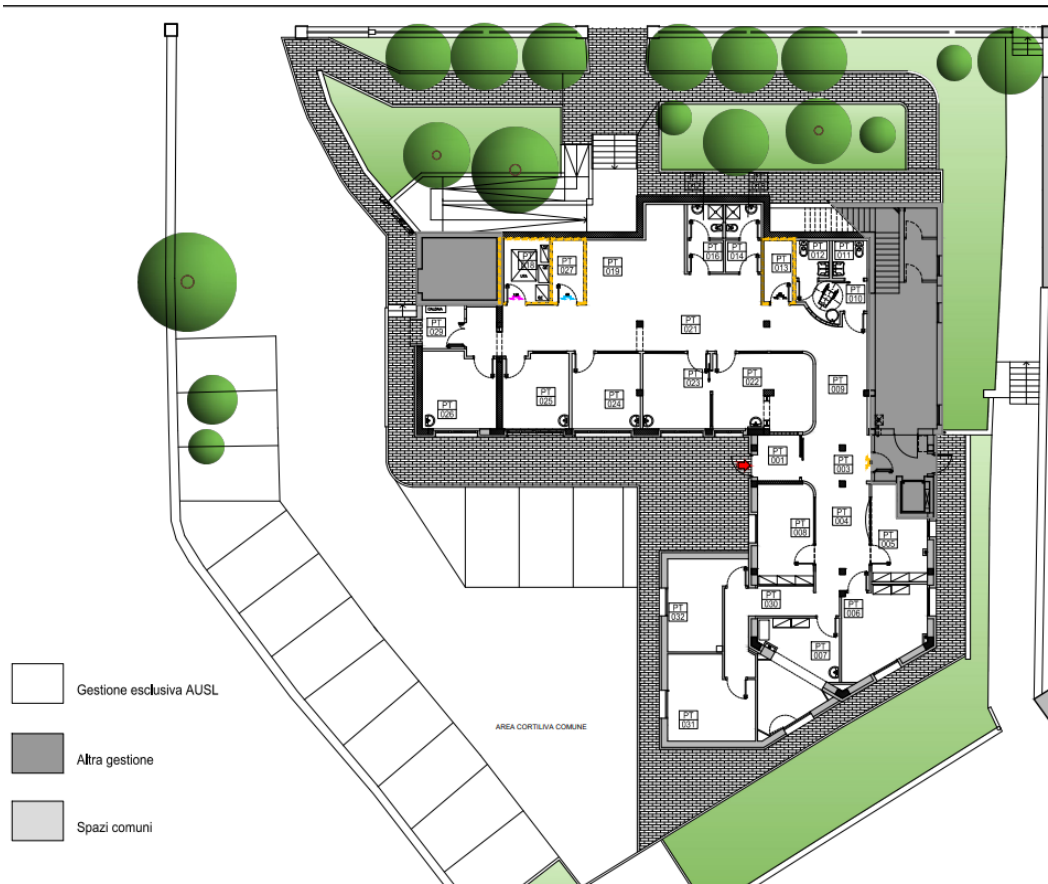
La struttura comprende altresì un'area riservata all'accoglienza/accettazione, una sala riunioni e spazi dedicati al Terzo Settore, tra cui l'associazione AVIS – sezione locale.

La Casa della Comunità è caratterizzata da una superficie complessiva pari a 327,15 mq netti, all'interno della quale sono collocati i locali dettagliati nella tabella sottostante.

Tabella 3. Descrizione degli spazi presenti nella struttura

SERVIZI PRESENTI
<ul style="list-style-type: none">● Locale PUA● Ambulatorio Specialistica ambulatoriale (cardiologia, OTL, geriatra) e infermieristica di comunità● Servizi igienici/servizio igienico per disabili● Spogliatoi● Deposito sporco/pulito● Punto Prelievi/ sala donazioni AVIS● Ambulatorio medico geriatra/psicologo/AVIS● Punto accoglienza/Accettazione Prelievi/studio coordinatore● Segreteria AVIS● 2 Sale d'attesa● 2 ambulatori per i MMG/collaboratori di studio● Ambulatorio PLS, ostetrica, psicologa● Saletta riunioni● Locale PUA/Sportello di prossimità● locale Centro stranieri

Figura 2. Planimetria Casa della Comunità Guiglia .



3. ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE

Sono di seguito richiamati i requisiti check-list CdC Spoke Linee Guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 “Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche” Versione 02 del 19/12/2025.

- Requisito b1: Personale funzionale ad assicurare i servizi minimi della CdC Spoke: personale medico (h12 6/7gg), personale infermieristico (h12 6/7gg), personale di supporto
- Requisito b10. All'interno della Casa di Comunità è garantita la presenza medica h12 6/7gg.

È previsto 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 alle 20. In caso di festività diverse dalla domenica, la presenza medica può essere assicurata attraverso la CDC Hub di riferimento a livello distrettuale.

La presenza medica, in via generale, viene garantita attraverso medici del ruolo unico di assistenza primaria, già titolari di incarico di assistenza primaria e di continuità assistenziale. (Fonte Linee Guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 “Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche” Versione 02 del 19/12/2025).

- **Requisito b11: All'interno della Casa di Comunità è garantita la presenza infermieristica almeno h12, 6/7gg**

È prevista che sia garantita la presenza infermieristica almeno h12 6 giorni su 7 e 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 di telemedicina, in almeno una CDC Hub a livello distrettuale.
- o La copertura h12 è garantita anche attivando l'infermiere e/o la consulenza infermieristica presso la CDC Hub a livello distrettuale.

(Fonte Linee Guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 “Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche” Versione 02 del 19/12/2025).

3.1 Standard personale CDC Spoke

Il DM n.77/2022 definisce come dotazione per le CDC Spoke la presenza di personale funzionale ad assicurare i servizi minimi come di seguito specificato:

- Personale medico (h12 - 6/7gg)
- Personale infermieristico (h12 - 6/7gg)
- Personale di supporto

I servizi erogati presso la CDC sono coerenti con la DGR n. 2221/2022 Emilia-Romagna che rappresenta il principale atto regionale di recepimento e attuazione del DM 77/2022, definendo le caratteristiche del modello assistenziale delle Case della Comunità nel contesto regionale. Nella

Casa della Comunità Spoke di Guiglia la copertura clinico-assistenziale segue lo standard previsto assicurando la presenza medica e infermieristica come da LG

L'assistenza medica e infermieristica h 12 6/7 gg è garantita dal personale medico e infermieristico che lavora in équipe, la cui dotazione è di seguito dettagliata.

3.2 Personale medico

La Casa della Comunità di Guiglia offre un servizio di assistenza medica diurna attivo per 12 ore al giorno (08:00–20:00), sei giorni alla settimana (dal lunedì al sabato), con accesso libero per tutti i cittadini presso la Casa della Comunità, nelle more dell'attuazione 116/117 .

Il servizio è organizzato secondo gli standard del DM77 per le Case della Comunità "spoke", che prevedono la presenza medica per almeno 12 ore giornaliere su 6 giorni, garantendo continuità, prossimità e tempestività delle cure.

La copertura è assicurata dai Medici a ruolo unico di assistenza primaria, che svolgono attività ambulatoriale presso la struttura, articolando i propri orari per garantire la massima presenza. A supporto intervengono Medici a Ruolo Unico di Assistenza primaria del distretto, e altri medici del Servizio di Continuità Assistenziale, organizzati in turni da 6 ore.

Il servizio ha l'obiettivo di fornire valutazioni cliniche, prescrizioni e interventi di primo livello, assicurando l'integrazione con gli altri professionisti e con i servizi territoriali collegati.

In sintesi, la copertura oraria è garantita in modo integrato dai Medici di Assistenza primaria e dal personale medico dedicato, organizzato su turni, al fine di assicurare continuità assistenziale. Tutti i cittadini con bisogni a bassa complessità e criticità possono accedere direttamente all'ambulatorio.

L'Ambulatorio Medico offre un accesso facilitato alle prestazioni di cure primarie e alla gestione delle urgenze minori non tempo-dipendenti

Tabella 4. Caratteristiche dell'ambulatorio medico CDC

Obiettivi	<ul style="list-style-type: none">• Garantire la continuità assistenziale diurna.• Offrire servizi di prossimità, riducendo gli accessi impropri al Pronto Soccorso.• Integrare le cure primarie con la rete distrettuale e con la Casa della Comunità hub.• Favorire la presa in carico dei pazienti cronici e fragili anche con la cooperazione infermieristica.
Attività mediche	<ul style="list-style-type: none">• Visite mediche ambulatoriali per urgenze minori• Prescrizione farmaci, dispositivi e certificazioni di base.
Diagnostica di Base a completamento dell'esame obiettivo	<ul style="list-style-type: none">• Esecuzione di esami di base (glicemia, saturimetria, misurazione pressione arteriosa).

3.3 Personale infermieristico

Al fine di garantire la copertura del servizio infermieristico 12 ore al giorno, 6 giorni su 7 l'attività è organizzata:

- in sede per 6h 6/7 gg (lun-sab)
- a completamento dell'orario nei giorni feriali e festivi attraverso l'attivazione diretta dell'infermiere o la consulenza infermieristica presso l'ambulatorio AFT per urgenze differibili (nella sua collocazione temporanea, in attesa dell'avvio della Casa della Comunità HUB) e/o al Servizio di Assistenza Domiciliare Infermieristica di Vignola.

Tutte le attività infermieristiche sono organizzate in turni di 6 ore in modo da coprire in presenza il requisito di almeno 6 ore 6/7.

Tabella 5. Orari turni del personale infermieristico presso la Casa delle Comunità spoke

Turno	Orario (lun-sab)	Infermieri presenti
Mattino	07:00 – 13:00	1
Pomeriggio e festivi	13.00-20.00 attivazione consulenza infermieristica presso ambulatorio AFT Vignola e Serv Assistenza domiciliare Vignola	2

All'interno della Casa della comunità è presente l'infermiere di Comunità, che si prende cura della persona nel suo contesto di vita, promuovendone benessere e autonomia, in collaborazione con tutti i professionisti della salute.

Le attività infermieristiche all'interno della Casa della Comunità di Guiglia sono rivolte all'accoglienza e valutazione dei bisogni di salute dei cittadini, orientamento e facilitazione all'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari della rete territoriale.

L'assessment si rivolge all'identificazione di fattori di rischio, alla valutazione dello stato di salute ed alla prevenzione di eventuali complicanze intervenendo sull'educazione sanitaria degli utenti, dei familiari e dei caregiver, promuovendo l'autogestione delle patologie croniche e il corretto utilizzo di farmaci.

L'Infermiere presente all'interno della CdC di Guiglia promuove il lavoro in équipe multiprofessionale collaborando con Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, Specialisti, Assistenti Sociali e altri operatori sanitari in un'ottica di multidisciplinarietà per una presa in carico globale che metta al centro il Cittadino.

In Tabella sono riportate le principali attività

Tabella 7. Attività infermieristiche erogate presso l'ambulatorio infermieristico della CDC di Guiglia

IFeC (Infermiere di Comunità)	<ul style="list-style-type: none">• Valutazione e mappatura dei bisogni di salute degli utenti sia per quanto riguarda la loro condizione clinica che il contesto familiare e sociale.• Orientamento ai servizi territoriali ed attivazione diretta della rete rispondendo ai bisogni di salute reali o potenziali dei cittadini indirizzandoli verso le risorse più adatte alle loro esigenze.• Collaborazione con il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta per garantire la continuità assistenziale dei cittadini del territorio
-------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione di incontri per la cittadinanza su specifici temi di approfondimento (frontali e dinamici), programmazione delle attività territoriali di promozione della salute in sinergia con la rete sociale e le Associazioni di Volontariato. • Presa in carico ed attivazione di richieste di interventi domiciliari per pazienti fragili o con bisogni complessi, inclusa la valutazione del bisogno, l'attivazione di servizi sociosanitari e il coordinamento con altri professionisti. • Supporto e educazione alla persona con diabete ed alla famiglia nella gestione della malattia, dei device e della terapia per ottimizzare il self-care. • Identificazione di fattori di rischio, valutazione dello stato di salute, prevenzione di complicanze e promozione dei corretti stili di vita. • Gestione integrata e coordinata dell'assistenza a pazienti inseriti all'interno del PDTA diabete attraverso la presa in carico e l'accompagnamento lungo tutto il percorso di cura tramite colloqui, monitoraggio dei parametri, educazione ai corretti stili di vita, gestione del Follow Up specialistico . • Nell'ambito della presa in carico del paziente cronico sono garantite prestazioni infermieristiche ambulatoriali quali medicazioni programmate per persone deambulabili. • Esecuzione di elettrocardiogrammi programmati, legati al Follow Up del diabete, a utenti in condizioni di stabilità clinica con refertazione differita a distanza a cura del Cardiologo
--	--

In caso di assenza per ferie, malattie o assenze a vario titolo sarà il Servizio di afferenza a provvedere alla sostituzione del personale assente.

3.4 Personale di supporto

Nella Casa della Comunità è presente il personale di supporto (operatore sociosanitario) necessario a garantire l'operatività dei servizi presenti e il lavoro dell'équipe multiprofessionale (v. descrizione delle attività nel Paragrafo 3.6).

3.5 Continuità assistenziale

- Requisito b13 FACOLTATIVO All'interno della Casa di Comunità è garantito il servizio di continuità assistenziale

La continuità assistenziale ambulatoriale viene garantita con l'accesso h 12 6/7 gg alla Casa delle Comunità Spoke con le modalità sopradescritte .

La continuità assistenziale domiciliare, in attesa dell'attivazione del Numero Unico Europeo 116117, viene garantita dai medici titolari di quel territorio o contattando la centrale telefonica unica provinciale 800032032 che, valutate le necessità, può inviare un medico presso il domicilio dell'utente.

Il servizio è attivo nelle seguenti fasce orarie:

- Dalle ore 20 alle 8 tutti i giorni (feriali, prefestivi e festivi);
- Dalle ore 8 alle 20 nei giorni prefestivi e festivi

Il mantenimento dell'attuale sistema di continuità assistenziale e ambulatoriale del Distretto, permette il progressivo allineamento agli standard di accesso H24 previsti sulla sede temporanea di Vignola, a partire da metà Maggio 2026, quale riferimento per le Case della Comunità spoke di Guglia e Zocca. (c'è CA, domiciliare e ambulatoriale a Zocca, Montese, Spilamberto e Vignola) nelle notti e prefestivi e festivi.

Al di fuori di queste fasce è garantita dai medici titolari di quel territorio insieme alla componente infermieristica

3.6 Descrizione dell'équipe multiprofessionale

- **Requisito b2. All'interno della Casa di Comunità sono erogati servizi di cure primarie attraverso équipe multiprofessionali**

Come specificato nell'Allegato 1 del DM77, nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234, subordinatamente alla sottoscrizione della relativa Intesa ivi prevista e alla sottoscrizione dell'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.

La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari. L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali Interni (cardiologo, otorinolaringoita, geriatra, neuropsichiatra infantile, psicologo), Infermieri di Famiglia o Comunità, altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Ostetrica, Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali. In tal modo provvedono a garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi attivi e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale.

Nella CdC *spoke* l'équipe multiprofessionale è il nucleo operativo che eroga prestazioni di assistenza primaria e di presa in carico continuativa dei cittadini del bacino servito, quali ad esempio presa in carico proattiva delle cronicità, assistenza domiciliare, continuità di cura e gestione post-dimissione, prevenzione, screening e promozione della salute, telemedicina .

In base agli standard del DM 77/2022, ogni presa in carico può richiedere la partecipazione modulare di figure diverse in base alla complessità clinico-assistenziale del caso, quali ad esempio:

- MMG/PLS: governo clinico, continuità diagnostico-terapeutica.
- Infermieri di famiglia o comunità: monitoraggio, empowerment, valutazione e presa in carico dei bisogni.
- Specialisti: consulenze, definizione dei percorsi diagnostici.
- Assistente sociale: integrazione socio-sanitaria, attivazione delle risorse del territorio.
- Altri professionisti: interventi specifici legati al progetto di salute.

4. SERVIZI OFFERTI DALLA CASA DELLA COMUNITÀ SPOKE

Nella Casa della Comunità Spoke si individuano, in linea con le raccomandazioni contenute nel Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità (supplemento alla rivista semestrale MONITOR 2022) 4 macro-aree, di cui 3 sanitarie e una non sanitaria:

- Macro-area Specialistica con l'Area Funzionale ambulatori specialistici;
- Macro-area Cure Primarie con l'omonima Area Funzionale;
- Macro-area Assistenza di prossimità con le Aree Funzionali: assistenza medica h12, servizi infermieristici, punto unico di accesso (PUA), integrazione con i servizi sociali, assistenza domiciliare, servizi per la comunità;
- Macro-area Servizi Generali e Logistici (non sanitaria) che comprende 2 Aree Funzionali che possono essere distribuite in diversi spazi all'interno della stessa struttura sanitaria: Servizi Generali di Accoglienza utenti, Area logistica e Locali tecnici.

4.1 Macro-area Cure Primarie

- **Medicina Generale:**

I medici di assistenza primaria rappresenta il primo punto di riferimento sanitario per i cittadini e assicura la presa in carico globale dei bisogni di salute.

Sono presenti due ambulatori destinati ai Medici di Assistenza Primaria a ciclo di scelta, che garantiscono un'assistenza medica dal lunedì al venerdì, rivolta a tutti i cittadini assistiti.

A supporto dell'attività intervengono anche medici a ruolo unico di assistenza primaria del distretto e altri medici del Servizio di Continuità Assistenziale, a quota oraria per la copertura h12 6/7.

I medici garantiscono attività ambulatoriale rivolta a tutti i cittadini, indipendentemente dalla residenza, sia su appuntamento sia in accesso libero.

	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'	SABATO
Medico 1	8.00-13.00	14.00-20.00	Ambulatorio periferico Samone di Guiglia	15.00-20.00	8.00-13.00	
Medico2	Ambulatorio periferico nella frazione di Roccamalatina	8.00-11.00	14.00-20.00	Ambulatorio periferico nella frazione di Roccamalatina	13.00-20.00	
Medico RUAP del Distretto/SC A	13.00-20.00	11.00-14.00	8.00-14.00	8.00-15.00		8.00-14.00 14.00-20.00
COPERTURA	8.00-20.00	8.00-20.00	8.00-20.00	8.00-20.00	8.00-20.00	8.00-20.00

- **PLS:** È presente un Pediatra di Libera Scelta, che svolge attività ambulatoriale sia all'interno della Casa della Comunità, con accesso previsto due giorni alla settimana, sia nel Comune di

Marano sul Panaro, garantendo così continuità e prossimità dell'assistenza pediatrica sul territorio. E' il primo punto di riferimento sanitario e si occupa della salute globale dei bambini 0-14 anni

	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'
PLS		14.30-17.30			9.00-13.00

- **Infermiere di Comunità (IFeC):**

Come descritto nella Tabella 8 nel capitolo 3.3, l'IFeC lavora in collaborazione con il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta per garantire la continuità assistenziale dei cittadini del territorio e una presa in carico multiprofessionale, si occupa di valutare e mappare i bisogni di salute degli utenti sia per quanto riguarda la loro condizione clinica che il contesto familiare e sociale. Lavora a stretto contatto con famiglie e comunità, intercetta precocemente bisogni e fragilità, facilita l'accesso ai servizi e sostiene sani stili di vita, attraverso un approccio proattivo, preventivo e integrato tra servizi sanitari e sociali.

Orienta ai servizi territoriali ed attiva direttamente la rete rispondendo ai bisogni di salute reali o potenziali dei cittadini indirizzandoli verso le risorse più adatte alle loro esigenze. L'IFeC può, inoltre, organizzare incontri per la cittadinanza su specifici temi di approfondimento, programmare delle attività territoriali di promozione della salute in sinergia con la rete sociale e le Associazioni di Volontariato.

4.2 Macro-area Assistenza di prossimità

- **Assistenza medica h12**

La presenza medica h12 presso la CDC viene garantita 6 giorni su 7 nell'ambulatorio medico da medici a ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e a quota oraria (EX Guardia Medica), che garantiscono assistenza a tutti gli utenti dalle 8 alle 20 dal lunedì al sabato. Nei giorni festivi, diversi dalla domenica, la presenza medica viene comunque assicurata presso la stessa CDC. La continuità clinico assistenziale è inoltre assicurata dall'integrazione con il Servizio di Continuità Assistenziale, anche tramite il collegamento con la Centrale Operativa Cure Non Urgenti (centrale telefonica aziendale della continuità assistenziale) e con la Centrale Operativa Territoriale (COT) distrettuale. L'ambulatorio AFT (in attesa del completamento della CDC hub di Vignola) garantirà la copertura nei giorni festivi tramite l'attività ambulatoriale di continuità assistenziale e il servizio di assistenza domiciliare, assicurando le prestazioni sanitarie non differibili.

- **Ambulatorio Infermieristico:**

Servizi infermieristici disponibili per prestazioni programmate e supporto alle cure domiciliari. Le attività infermieristiche all'interno della Casa della Comunità di Guiglia sono rivolte all'accoglienza e valutazione dei bisogni di salute dei cittadini, orientamento e facilitazione all'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari della rete territoriale. L'Ambulatorio Infermieristico prende in carico il paziente cronico, secondo quanto riportato nel capitolo 3.3.

Vedasi **requisito b5 check-list Agenas: All'interno della Casa di Comunità sono erogati servizi infermieristici).**

- **Punto Unico di Accesso (PUA):**

È attivo un servizio che svolge funzioni di accoglienza qualificata al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo, garantendo una risposta unitaria e un accesso integrato ai servizi.

Il cittadino trova accoglienza, informazione, orientamento e facilitazione nell'accesso ai servizi sanitari e sociali. Il servizio è presente all'interno della Casa della Comunità di Guiglia.

	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'
PUA	8.30-13.00		8.30-13.00	8.30-13.00 15.00-18.00	8.30-13.00

Vedasi **requisito b3. All'interno della Casa di Comunità è attivo il Punto Unico di Accesso**

- **Integrazione con i servizi sociali**

All'interno della Casa della Comunità di Guiglia sono presenti il PUA, lo Sportello di Prossimità e il Centro Stranieri. La presenza di questi servizi facilita il coordinamento tra l'ambito sanitario, il sociale e gli enti del Terzo Settore, permettendo la costruzione di percorsi condivisi e di soluzioni personalizzate in base ai bisogni della comunità.

A rendere possibile questo raccordo è la presenza dell'assistente sociale della CdC, figura chiave che favorisce l'integrazione tra professionisti, istituzioni e servizi territoriali, valorizzando al contempo la dimensione personale dell'assistito.

Vedasi **Requisito b8. All'interno della Casa di comunità è attiva l'integrazione con i servizi sociali**

- **Assistenza Domiciliare:** è attivo il servizio di assistenza domiciliare integrata per gli utenti della Casa della Comunità. L'Azienda USL di Modena, attraverso le Cure Domiciliari (intese nell'accezione più ampia di Cure+care), garantisce, in coerenza con quanto stabilito dall'art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017, alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari. L'assistenza mira a stabilizzare il quadro clinico, a limitare il declino funzionale e a migliorare la qualità della vita della persona nel proprio ambiente familiare, evitando per quanto possibile, il ricorso al ricovero ospedaliero o in una struttura residenziale, assicurando la continuità tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

L'erogazione delle Cure Domiciliari è garantita, come previsto anche nel DM 77/2022, da un servizio a valenza distrettuale, finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. L'assistenza a domicilio

prevede infatti piani personalizzati di cura che siano adeguati alle singole esigenze del paziente.

Partecipano all'erogazione delle Cure Domiciliari i Medici Del Ruolo Unico Di Assistenza Primaria - MAP (Medico di Medicina Generale, MCA), i Pediatri di Libera Scelta, il Servizio infermieristico Domiciliare, i Servizi Sociali, in collaborazione con Medici Specialisti.

Il responsabile clinico del paziente è il Medico del ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta o il Pediatra di Libera Scelta.

Le Cure Domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale, di supporto alla famiglia e assistenza tutelare professionale alla persona.

Le cure domiciliari si articolano nei seguenti livelli:

- Attivazione del Servizio Infermieristico Domiciliare (SADI)
- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)
- Assistenza Domiciliare Integrata di I, II e III livello (ADI)
- Assistenza Domiciliare Integrata Cure Palliative (ADI CP)

Vedasi requisito b4. All'interno della Casa di Comunità è operativo il servizio di assistenza domiciliare di base.) L'integrazione tra l'assistenza domiciliare integrata e i servizi sociali comunali nell'Ambito Territoriale Sociale idealmente si realizza con una gestione congiunta del paziente che avviene tramite la valutazione congiunta e la definizione di progetti assistenziali integrati, facilitati dai sistemi informativi che consentano agli operatori di tutti i servizi di avere accesso a tutte le informazioni di competenza e ai relativi interventi attuati. Nella presente rilevazione è sufficiente che vi siano adeguati protocolli/ regolamenti di collaborazione o procedure che definiscano il modello di presa in carico da parte di ciascun servizio per una gestione congiunta del paziente (es. Progetti di assistenza individuale integrata PAI e Piani Riabilitativi Individuali PRI). (fonte FAQ di accompagnamento al questionario di monitoraggio DM77/2022 Agenas I semestre 2025)

- **Spazi per la comunità** : è presente una sala riunioni, progettata per favorire il dialogo tra comunità, associazioni e professionisti sanitari, attraverso l'organizzazione di incontri e iniziative dedicate alla promozione della salute.
- **Spazi per il Terzo Settore:** È presente un locale segreteria dedicato alle attività dell'AVIS e un ambulatorio, condiviso con il Punto Prelievi, destinato alle donazioni di sangue da parte dei volontari.

4.3 Macro-area Specialistica

- **Ambulatorio di Specialistica Ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza**

Vedasi requisito b6. All'interno della Casa di Comunità sono erogati servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza

All'interno della Casa della Comunità viene garantita l'assistenza specialistica nelle seguenti branche: cardiologia, otorinolaringoiatria, geriatria, psicologia e neuropsichiatria infantile. E' presente altresì l'attività di telemedicina per la diabetologia.

L'accesso alle prestazioni è programmato tramite il sistema CUP aziendale oppure attraverso agende interne dedicate ai controlli dei pazienti già in carico allo specialista.

Inoltre, al fine di garantire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche ad alta prevalenza e favorire l'identificazione precoce di eventuali complicanze, è prevista per gli Infermieri di Comunità (IFeC) la possibilità di effettuare prenotazioni su agende dedicate per la gestione del follow-up dei pazienti con diabete in gestione integrata.

- **Ambulatorio ostetrico del Consultorio familiare - Salute Donna**

All'interno della Casa della Comunità è presente un ambulatorio ostetrico che svolge attività di screening per il tumore del collo dell'utero. L'accesso avviene su invito del servizio oppure tramite appuntamento telefonico.

- **Punto Prelievi:**

È attivo un servizio dedicato alla raccolta di campioni biologici, quali prelievi ematici, esami delle urine, coprocoltura e screening del colon-retto. L'accesso è possibile il mercoledì su appuntamento. È inoltre previsto l'accesso diretto per i prelievi urgenti, per i prelievi relativi al monitoraggio della terapia anticoagulante orale, per la consegna della provetta per lo screening del colon-retto e per l'esecuzione dello screening per HCV.

- **Programmi di Screening:**

All'interno della Casa della Comunità vengono svolte attività di screening oncologici e altre iniziative di prevenzione, tra cui i programmi di salute della donna (Pap test), lo screening del colon-retto e lo screening per l'epatite C.

Vedasi requisito b17 FACOLTATIVO All'interno della Casa di Comunità è garantita l'attivazione e la gestione di programmi di screening

I Medici di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di Libera Scelta (PLS) partecipano attivamente alle campagne vaccinali, sia attraverso la promozione sia mediante la somministrazione delle vaccinazioni rivolte alle specifiche fasce di popolazione. In particolare: vaccinazioni antinfluenzali, antipneumococciche e contro l'Herpes Zoster. Viene inoltre promossa l'adesione alle vaccinazioni previste dal Calendario Vaccinale per l'infanzia e l'adolescenza.

Vedasi requisito b16 FACOLTATIVO All'interno della Casa di Comunità sono garantiti interventi di salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)

4.4 Macro-area Servizi Generali e Logistici

La Casa della Comunità di Guiglia accoglie tutti gli spazi di supporto indispensabili al buon funzionamento clinico-assistenziale e all'esperienza dell'utenza.

In particolare, l'area comprende:

- **Sistema CUP Aziendale:**

Vedasi **requisito b7. All'interno della Casa di Comunità è attivo un sistema integrato di prenotazione collegato al Cup Aziendale.**

L'accesso al sistema CUP è garantito attraverso il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), il numero verde Teleprenota 800 239123 e le farmacie del territorio. Gli operatori forniscono supporto ai cittadini nell'utilizzo di tali canali.

Gli specialisti ambulatoriali operanti all'interno della Casa della Comunità sono abilitati alla prenotazione su agende dedicate delle visite di controllo dei pazienti in carico. Inoltre, gli Infermieri di Comunità (IFeC) effettuano prenotazioni su agende dedicate per la gestione del follow-up dei pazienti affetti da diabete, seguiti in gestione integrata.

- Locali di attesa, corridoi di raccordo, sistema di segnaletica
- Servizi igienici differenziati per pubblico, persone con disabilità e personale. Spogliatoi del personale (uomini/donne) completi di docce, a garanzia di adeguati percorsi di vestizione e decontaminazione.
- Depositi e locali tecnici (centrale rifiuti sanitari, deposito pulito, deposito sporco, locale carrelli per le pulizie), organizzati in filiera "sporco-pulito" per la gestione dei materiali, dei dispositivi medici e dei flussi di raccolta/trasporto rifiuti in sicurezza.
- Sala riunioni-formazione

5. DOTAZIONE STRUTTURALE E TECNOLOGICA - ATTREZZATURE E STRUMENTAZIONI MEDICHE E DIAGNOSTICHE ADEGUATE ALL'EROGAZIONE DEI SERVIZI

La Casa della Comunità di Guiglia è una struttura recentemente rinnovata e adeguata agli standard previsti per le Case della Comunità Spoke. Gli spazi sono organizzati per garantire l'accessibilità, la funzionalità e l'integrazione tra i servizi sanitari, sociosanitari e sociali. Per quanto riguarda l'aspetto strutturale, la Casa della Comunità di Guiglia dispone di spazi destinati all'erogazione delle attività previste.

Tabella 6. Struttura e ambienti della CDC

Struttura e ambienti

- Ambulatori medici e infermieristici: dedicati ai medici di medicina generale, al pediatra di libera scelta e all'attività infermieristica continuativa.
- Studi specialistici: a supporto delle attività dell'ostetrica, specialistica per patologie a elevata prevalenza.
- Locali per il Punto Unico di Accesso (PUA) e accoglienza utenti.
- Punto Prelievi ematici/donazioni AVIS

Per quanto concerne la dotazione tecnologica, la struttura dispone di strumentazione adeguata all'erogazione dei servizi previsti.

Vedasi requisito b12. All'interno della Casa di Comunità è presente un'adeguata dotazione di attrezzature e strumentazioni mediche e diagnostiche per l'erogazione dei servizi di assistenza)

Tabella 7. Dotazione tecnologica della CDC

Dotazione tecnologica
<ul style="list-style-type: none"> • Postazioni informatizzate collegate ai sistemi aziendali per la gestione integrata di appuntamenti, cartelle cliniche e prescrizioni. • Prenotazioni in sede, in collegamento con l'intera rete CUP AUSL per i pazienti cronici per prestazioni dedicate • Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (elettrocardiografo) anche attraverso strumenti di telemedicina. • Strumentazione diagnostica di base, a supporto delle prestazioni ambulatoriali e delle cure primarie (lettini normali, lettino ginecologico, poltrone per i prelievi ematici/donazioni, lampade da visita, frigorifero per la conservazione di farmaci, saturimetri, glucometro, sfigmomanometro, Elettrocardiografo). • Tecnologie per la telemedicina (teleconsulto e televisita)

Accessibilità e sicurezza

Presso la Casa della Comunità di Guiglia, al fine di garantire la sicurezza e l'accessibilità di utenti e operatori sono inoltre presenti:

- Defibrillatore automatico esterno (DAE)
- Carrello per le urgenze
- Ingresso accessibile a persone con disabilità, spazi privi di barriere architettoniche
- Servizio di mediazione culturale (su chiamata)
- Ambienti progettati per garantire comfort, privacy e sicurezza, sia per gli utenti che per gli operatori.

6. INTEGRAZIONE E RETE TERRITORIALE

La Casa della Comunità di Guiglia si inserisce nel nuovo assetto dell'assistenza territoriale delineato dal Decreto Ministeriale n. 77/2022, che stabilisce le modalità di erogazione dei servizi sanitari e

sociosanitari a livello di prossimità. Il DM 77/2022 definisce le Case della Comunità come presidi fondamentali per il coordinamento dell'assistenza primaria e la presa in carico integrata della popolazione.

Collegamento con la Casa della Comunità HUB

Vedasi requisito b20 OBBLIGATORIO All'interno della Casa di Comunità Spoke è garantito il collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento.

Nota al collegamento con altri servizi e settori assistenziali territoriali: secondo quanto indicato dal DM77 la CdC è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, in particolare lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete è la Centrale Operativa Territoriale (COT) che opera come vettore di coordinamento e raccordo. La CdC deve quindi avere collegamenti, oltre che con la COT, anche con gli altri elementi della rete territoriale, tra cui Ospedali di Comunità e Centrale 116117.

La struttura è funzionalmente collegata alla Casa della Comunità HUB di riferimento di Vignola, attualmente ancora in fase di realizzazione.

Tuttavia, al fine di garantire la continuità dell'assistenza sulle 24 ore 7 giorni su 7, come previsto dal DM 77/2022, e in attesa della completa attivazione della Casa della Comunità HUB di Vignola, si ritiene necessario assicurare l'operatività di un ambulatorio di Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) presso una sede temporanea nel Comune di Vignola, individuato quale centro maggiormente popolato e capofila del distretto. Tale sede, già destinata al Servizio di Continuità Assistenziale, rappresenta un punto di riferimento consolidato e riconosciuto dalla popolazione.

Presso l'ambulatorio AFT operano i medici del ruolo unico di assistenza primaria, coadiuvati da personale infermieristico dedicato, al fine di garantire la presa in carico dei bisogni sanitari a bassa complessità per tutti i cittadini, indipendentemente dalla residenza e/o dall'afferenza all'AFT.

L'attività dell'ambulatorio si configura pertanto, in via transitoria, come supporto operativo alle funzioni delle Case della Comunità SPOKE fino alla piena operatività della Casa della Comunità HUB di Vignola, nella quale tale attività sarà trasferita una volta terminati i lavori.

Inoltre, la COT assolve al suo ruolo di raccordo tra le CDC Hub e Spoke e le altre strutture del territorio tramite attività di coordinamento tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare (vedasi Documento aziendale "Centrali Operative Territoriali nell'AUSL Modena in attuazione del DM77/2022 e DGR 2121/2022" del 24/05/2024

In coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022 e dagli standard PNRR per le Case della Comunità, sarà garantito il collegamento funzionale con il Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti 116117, quale strumento di accesso unitario ai servizi sanitari e sociosanitari territoriali a bassa intensità assistenziale e di raccordo con il sistema dell'emergenza-urgenza. Nelle more della piena attivazione del servizio secondo il modello regionale a regime, tale collegamento è attualmente assicurato attraverso i numeri unici provinciali e aziendali già attivi secondo l'operatività locale, che svolgono funzioni analoghe di presa in carico delle richieste della

popolazione e di indirizzo verso il setting assistenziale appropriato. Tali soluzioni si configurano come precursori del 116117 e si inseriscono in un percorso progressivo di attuazione, che prevede la convergenza verso l'architettura regionale unitaria e la piena messa a regime del servizio nel corso del 2026, con avvio della piena operatività a decorrere dal mese di ottobre, secondo una modalità progressiva e controllata, in coerenza con la programmazione regionale formalizzata dalla Direzione generale Cura della persona, salute e welfare e con il progetto regionale approvato dalla Struttura di monitoraggio nazionale e autorizzato dal Ministero della Salute con nota DGPROGS prot. n. 0008083 del 09/04/2024, garantendo continuità operativa e progressivo allineamento agli standard previsti dalla normativa nazionale.

Collaborazioni con attori del territorio

In applicazione del modello delineato dal DM 77, che promuove l'integrazione multidisciplinare e interistituzionale, la Casa della Comunità coopera stabilmente con:

- Servizi Sociali del Comune di Guiglia e dell'Unione Terre di Castelli, di cui Guiglia fa parte, per la gestione condivisa dei casi complessi e degli interventi domiciliari.
- Sistema educativo e scolastico per azioni preventive e promozione del benessere in età evolutiva.
- Servizio delle dipendenze patologiche, attraverso percorsi condivisi e iniziative territoriali
- Terzo settore, associazionismo e volontariato, in linea con il principio di coinvolgimento attivo della comunità, previsto anche dal DM 77 per la co-produzione dei servizi, in particolare con l'AVIS locale, che condivide la sede.

Integrazione digitale e informativa

Nel rispetto del principio di integrazione organizzativa e informativa definito nel DM 77/2022, la struttura è dotata di:

- Sistemi informativi sanitari condivisi
- Collegamento al sistema CUP aziendale, per garantire la continuità e tracciabilità dei percorsi di cura.
- Strumenti per la Telemedicina

La Casa della Comunità di Guiglia rappresenta così un nodo fondamentale della rete territoriale integrata, come previsto dal DM 77/2022. Il modello organizzativo della struttura permette una presa in carico multidisciplinare, un'assistenza di prossimità, un'integrazione sociosanitaria e la centralità della persona.

7. PARTECIPAZIONE DELLA COMUNITÀ

Vedasi requisito b9. All'interno della Casa di Comunità è prevista la partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione

La Casa della Comunità di Guiglia si configura come un presidio territoriale che promuove la partecipazione attiva dei cittadini e la co-progettazione dei servizi, in linea con il principio di centralità della persona sancito dal DM 77/2022.

È presente un Board unico per le Casa della Comunità del distretto di Vignola attivo e convocato periodicamente, che prevede la partecipazione di membri della comunità.

Coinvolgimento attivo e governance allargata

- Tavoli di confronto periodici con rappresentanti delle istituzioni locali, del terzo settore e delle associazioni di cittadini.
- Consultazioni pubbliche per la definizione e l'aggiornamento dei servizi offerti, garantendo trasparenza e inclusività.
- Progetti di co-programmazione e co-produzione dei servizi, favorendo la corresponsabilità tra istituzioni e comunità.

Con Decisione n. 519 del 26.02.2024 è stato istituito il Board che rappresenta l'organismo formale e sostanziale alle decisioni da parte dei principali attori delle CDC.

Board Ristretto Case della Comunità del Distretto di Vignola è composto da :

- Direttrice del Distretto di Vignola;
- Direttore Cure Primarie distretto di Vignola o suo delegato ;
- Responsabile Area Socio-Sanitaria Distretto di Vignola
- Responsabile organizzativo delle Case della Comunità
- Dirigente Assistenziale Ospedale-Territorio di Vignola
- Referente Promozione della Salute
- Responsabile di Direzione Medica Ospedale di Vignola
- Responsabile Amministrativo Ospedale-Territorio Distretto di Vignola

Board Allargato Case della Comunità del Distretto di Vignola è composto da :

- Direttrice del Distretto di Vignola;
- Medico dipartimento Cure Primarie Distretto di Vignola;
- Responsabile organizzativo delle Case della Comunità;
- Dirigente Assistenziale Ospedale - Territorio di Vignola;
- Coordinatore medico NCP; Referente MMG Direttore del distretto
- Dirigente Welfare Unione Terre di Castelli o suo delegato
- Presidente CCM
- Coordinatore Casa della Comunità
- Coordinatore Medicina Riabilitativa
- Coordinatore SADI/COT
- Referente Cure Palliative
- Referente Promozione della Salute
- Coordinatore e Responsabile Medico Consultorio
- Coordinatore e Responsabile Medico Pediatria di Comunità
- Coordinatore e Responsabile Medico Neuropsichiatria Infantile
- Coordinatore e Responsabile medico CSM
- Coordinatore e responsabile medico Servizio delle dipendenze patologiche
- Coordinatore e responsabile medico Centro Disturbi Cognitivi

- Coordinatore e responsabile medico servizio Diabetologico
- Coordinatore e responsabile medico area socio-sanitaria
- Responsabile di direzione ospedaliera di Vignola
- Pediatra di Libera Scelta Referente Distrettuale
- Responsabile amministrativo ospedale-territorio
- Responsabile Igiene Territoriale

Le funzioni principali del Board riguardano:

- l'analisi dei bisogni della comunità che insiste sul territorio di competenza, attraverso strumenti come i Profili di Comunità da elaborarsi con la collaborazione di tutti i soggetti presenti nel Board che, tra l'altro, possono fungere anche da antenne sociali rispetto alla comunità e al territorio;
- la definizione e il coordinamento della programmazione delle iniziative e dei servizi della Casa della Comunità in base al quadro dei bisogni individuati, garantendo così una elaborazione delle strategie di sviluppo di comunità in modo partecipato;
- la definizione, in via sperimentale, di una modalità attraverso la quale condividere tutte le risorse formali e informali per poter finanziare tutte le attività della Casa della Comunità, così come specificato in premessa;
- il monitoraggio e la valutazione delle attività della Casa della Comunità attraverso la definizione di indicatori che misurino i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi concordate con gli operatori e con la comunità sia sul versante della coerenza tra bisogni e risorse, sia in termini di sostenibilità, di riduzione delle disuguaglianze e di sviluppo della coesione sociale.

Iniziative di partecipazione e inclusione

Tra le azioni in corso di progettazione che sono promosse presso la CDC di Guiglia vi sono:

- Eventi informativi e formativi su tematiche di salute e benessere, aperti a tutta la popolazione, in collaborazione con la promozione alla salute.
- Collaborazioni con scuole e associazioni locali per promuovere stili di vita sani e inclusivi.
- Sviluppo e condivisione degli spazi della CdC con associazioni, per integrare e promuovere l'educazione alla salute garantendo un approccio inclusivo.

8. CONCLUSIONI

La Casa della Comunità di Guiglia rappresenta un presidio fondamentale del nuovo modello di sanità territoriale di prossimità, come delineato dal DM 77/2022 e promosso dal PNRR – Missione 6 Salute.

Punti di forza della struttura

- Funzione di presidio intermedio integrato nella rete delle CDC.
- Offerta accessibile di servizi sanitari e sociosanitari, assistenza domiciliare, gestione delle patologie croniche a maggiore prevalenza, interventi volti alla promozione della salute e alla prevenzione.
- Equipe multiprofessionale operativa e coordinata.
- Presenza di servizi volti alla presa in carico precoce e tempestiva dei bisogni clinico-socio-assistenziali.
- Approccio centrato sulla persona e sulla comunità, valorizzando partecipazione, prossimità e integrazione.

Obiettivi futuri e prospettive di sviluppo

- Potenziare la digitalizzazione e la telemedicina, per migliorare l'accessibilità e la continuità delle cure.
- Sviluppare percorsi personalizzati di presa in carico, con particolare attenzione alle cronicità e alla fragilità.
- Sviluppo di attività mirate al coinvolgimento della comunità.

Ruolo strategico nella sanità di prossimità

La Casa della Comunità di Guiglia e' in grado di:

- promuovere l'equità di accesso ai servizi;
- garantire la continuità assistenziale tra territorio e ospedale;
- sostenere l'integrazione sociosanitaria;
- coinvolgere attivamente la comunità nella definizione dei percorsi di salute.

La Casa della Comunità è un presidio territoriale vicino ai bisogni delle persone, capace di integrare assistenza sanitaria, servizi sociali e partecipazione della comunità.