

Direzione Distretto Di Vignola	 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	Dipartimento Aziendale Cure Primarie
<b>CASA DELLA COMUNITA' "SILVIA" DI ZOCCA</b>		
Pag. 1 di 29	Data di approvazione	

## INDICE

### Sommario

1. INFORMAZIONI GENERALI CASA DELLA COMUNITÀ .....	2
2. INTRODUZIONE .....	2
2.1 Obiettivi .....	2
2.2 Mission .....	2
2.3 Riferimento normativo, collocazione nel sistema sanitario territoriale e integrazione funzionale con la Casa della Comunità Hub .....	3
2.4 Descrizione generale del bacino di utenza .....	4
2.5 Descrizione generale della struttura .....	6
3. ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE .....	11
3.1 Standard personale CDC Spoke .....	11
3.2 Personale medico .....	12
3.3 Personale infermieristico .....	13
3.4 Personale di supporto .....	14
3.5 Continuità assistenziale .....	14
3.6 Descrizione dell'équipe multiprofessionale .....	15
4. SERVIZI OFFERTI DALLA CASA DELLA COMUNITÀ SPOKE .....	16
4.1 Macro-area Cure Primarie .....	16
4.2 Macro-area Assistenza di prossimità .....	17
4.3 Macro-area Specialistica .....	19
4.4 Macro-area Servizi Generali e Logistici .....	21
5. DOTAZIONE STRUTTURALE E TECNOLOGICA - ATTREZZATURE E STRUMENTAZIONI MEDICHE E DIAGNOSTICHE ADEGUATE ALL'EROGAZIONE DEI SERVIZI .....	22
6. INTEGRAZIONE E RETE TERRITORIALE .....	23
7. PARTECIPAZIONE DELLA COMUNITÀ .....	26
8. CONCLUSIONI .....	28

<b>Approvazione</b>		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'

## "SILVIA" DI ZOCCA

### 1. INFORMAZIONI GENERALI CASA DELLA COMUNITÀ

<b>Denominazione della struttura</b>	Casa della Comunità di Zocca "Silvia"
<b>Sede</b>	via Mauro Tesi n. 1767, Comune di Zocca (MO)
<b>CUP</b>	J64E21002570006
<b>Tipologia</b>	Spoke
<b>Tipologia di intervento PNRR</b>	Ristrutturazione
<b>Data di inizio funzionamento</b>	20 aprile 2026

### 2. INTRODUZIONE

#### 2.1 Obiettivi

La Casa della Comunità di Zocca si propone come un punto di riferimento stabile, accessibile e integrato per la salute dei cittadini, promuovendo prossimità, equità e continuità delle cure.

Essa garantisce l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociosanitaria attraverso l'adozione di un modello multidisciplinare, fondato sulla collaborazione tra professionisti, e favorisce la partecipazione attiva dei cittadini nei percorsi di cura e prevenzione.

La sua collocazione in un'area montana risponde all'esigenza di avvicinare i servizi ai cittadini, ridurre la necessità di spostamenti verso i centri urbani e assicurare continuità assistenziale, in particolare per le persone anziane e i pazienti affetti da patologie croniche.

#### 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 Zocca 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 di Zocca, finanziata con i fondi del PNRR, rappresenta il principale riferimento socio-sanitario per i cittadini del territorio.

La struttura è stata progettata per offrire una risposta integrata ai bisogni di salute della popolazione, in un contesto territoriale contraddistinto da bassa densità abitativa, ampia dispersione geografica e progressivo invecchiamento della popolazione

Zocca è un'area prevalentemente montana che si estende su una superficie di circa 69 km<sup>2</sup> e comprende diverse frazioni, tra cui Montombraro, Montecorone, Montalbano, Missano e Rosola.

La popolazione residente è pari a circa 4.819 abitanti (dati ISTAT, gennaio 2025), distribuiti in modo non uniforme sul territorio, con una bassa densità abitativa di circa 70 abitanti/km<sup>2</sup>.

Dal punto di vista demografico, Zocca riflette le dinamiche tipiche delle aree montane e collinari:

- progressivo invecchiamento della popolazione, dovuto all'aumento dell'aspettativa di vita e alla riduzione della natalità;
- elevata incidenza della popolazione anziana, pari a circa il 28,1% dei residenti con età superiore ai 65 anni;
- ridotta presenza di giovani e giovani adulti, anche in relazione a fenomeni migratori verso i centri urbani per motivi di studio e lavoro.

L'indice di vecchiaia risulta elevato (circa 265), evidenziando un marcato squilibrio tra popolazione anziana e giovanile (circa 265 anziani ogni 100 giovani).

La popolazione straniera rappresenta una quota significativa (circa 16,8%), contribuendo in parte a mitigare il calo demografico e a sostenere le fasce di età attive.

Nel complesso, la combinazione tra dispersione territoriale, bassa densità abitativa e invecchiamento della popolazione incide in modo rilevante sulla domanda di servizi, in particolare socio-sanitari, richiedendo modelli organizzativi orientati alla prossimità, all'integrazione dei servizi e alla gestione della cronicità.

Nel dettaglio:

- il 28,1% della popolazione ha un'età superiore ai 65 anni
- il 61,3% rientra nella fascia di età tra i 15 e i 64 anni
- il 10,6% ha un'età compresa tra 0-14 anni

(fonte: dati ISTAT, gennaio 2025)

**Tabella 1 Caratteristiche demografiche della popolazione di riferimento**

Comune	0-14 anni	15-64 anni	65 e più anni	TOTALE Abitanti nel comune
ZOCCA	511 (10,6%)	2956 (61,3%)	1352 (28,1%)	4819 (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 circa il 28,1% del totale, con un indice di vecchiaia pari a 264,6, ovvero 264 anziani (65 anni e oltre) ogni 100 giovani (0-14 anni). Il significativo grado di invecchiamento rende prioritari interventi sia di prevenzione sia di gestione delle patologie croniche tipiche dell'età avanzata.

La popolazione straniera, pari a circa il 16,8%, contribuisce alla stabilità demografica del territorio, compensando parzialmente l'invecchiamento della popolazione residente.

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 garantire risposte appropriate e sostenibili ai bisogni assistenziali.

Ne consegue 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 Zocca 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 della montagna (Guiglia-Zocca-Montese). L' AFT prevista per il territorio montano sarà coincidente il Nucleo di Cure Primarie e vedrà la sua sede di riferimento presso la CdC di Zocca.

**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. Reumatiche	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, il 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 di Zocca è un presidio sanitario territoriale del Servizio Sanitario Regionale, finanziato in parte con fondi PNRR e dell'AUSL, con l'obiettivo di rafforzare la sanità di prossimità nei territori montani.

La struttura nasce dalla ristrutturazione di un edificio comunale situato in via Mauro Tesi 1767, a pochi metri dalla precedente sede del poliambulatorio, favorendo così la continuità e l'accessibilità dei servizi sanitari per la popolazione.

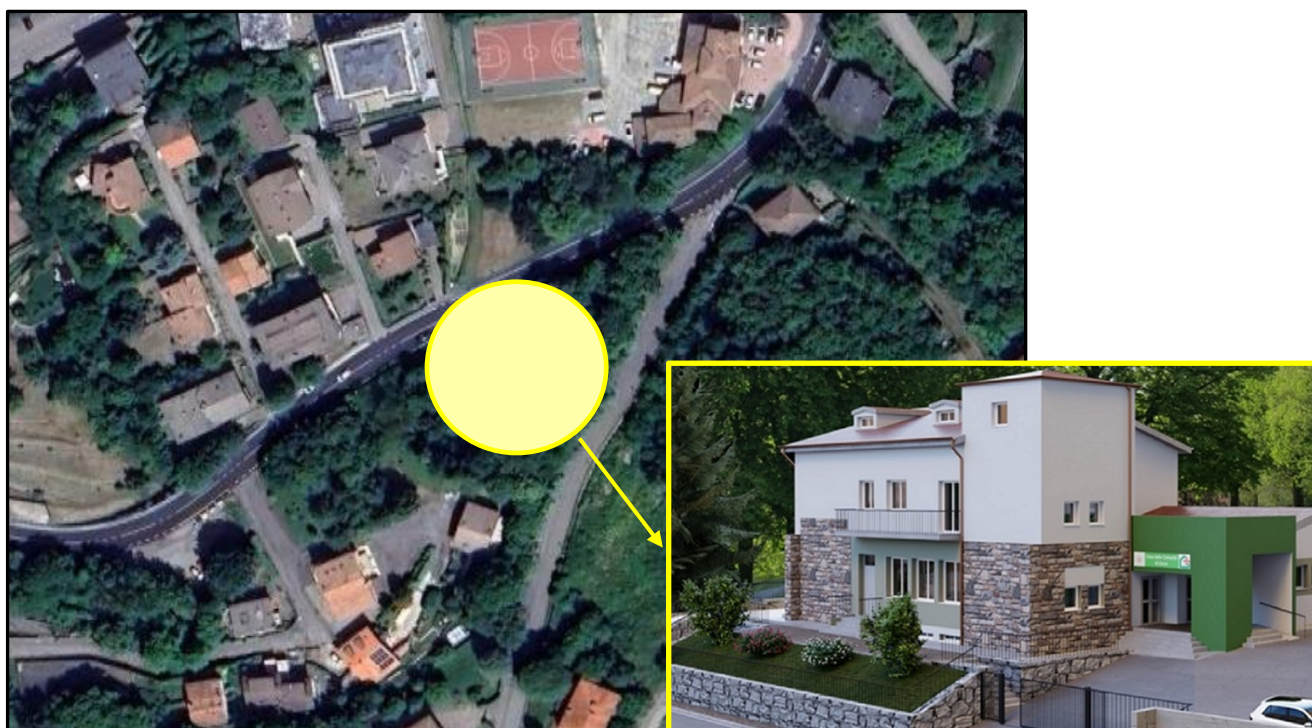


Figura 1. Mappa territoriale CDC di Zocca

La Casa della Comunità si sviluppa su una superficie complessiva di circa 650 m<sup>2</sup> distribuiti su tre piani ed è operativa dalla metà di marzo 2026.

La struttura dispone di ambulatori medici, aree dedicate all'accoglienza, spazi per la Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta, la Pediatria di Comunità, l'ostetrica del Consultorio Familiare, il Centro di Salute Mentale, servizi infermieristici, il Punto prelievi, il Terzo Settore oltre a locali per attività socio-sanitaria e amministrative.

Al suo interno sono ospitati numerosi servizi sanitari e socio-sanitari.

Al **piano rialzato** si trovano il Punto Prelievi, il PUA (Punto Unico di Accesso ai bisogni socio-sanitari), l'Ambulatorio dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, lo Sportello del Punto Unico di Prenotazione e Assistenza di Base (ex SAUB-CUP) per le pratiche di assistenza di base, la segreteria, gli studi dei medici a ruolo unico di assistenza primaria che garantiscono assistenza primaria programmata e/o per urgenze a bassa complessità, non differibili. Sono inoltre presenti un punto di accoglienza e le sale d'attesa.

Il **primo piano** ospita una sala d'attesa, la Pediatria di comunità, il Pediatra di libera scelta, il Servizio di salute mentale, l'ambulatorio ostetrico, diversi ambulatori specialistici (tra cui cardiologia, urologia e otorinolaringoiatria), oltre alle tecnologie dedicate alla telemedicina.

Al **secondo piano** è presente una spaziosa sala riunioni, pensata per favorire il dialogo tra comunità, associazioni e professionisti sanitari attraverso incontri e iniziative dedicate.

La struttura è inoltre sede della sezione locale dell'AVIS, dove vengono effettuate le attività di donazione del sangue.

Nella tabella vengono dettagliati i locali.

**Tabella 3. Descrizione degli spazi presenti nella struttura suddivisi per piano**

PIANO DELLA STRUTTURA	SERVIZI PRESENTI
<b>PIANO RIALZATO</b>	DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE <ul style="list-style-type: none"> <li>● Locale PUA</li> <li>● Sportello Amministrativo Punto unico di Prenotazione e Assistenza di Base</li> <li>● Ambulatorio di infermieristica di comunità e assistenza domiciliare</li> <li>● Servizi igienici/servizio igienico per disabili</li> <li>● Spogliatoi</li> <li>● Deposito sporco/pulito</li> <li>● Punto Prelievi/Locale donazioni AVIS</li> </ul> MEDICINA GENERALE <ul style="list-style-type: none"> <li>● 3 studi medici</li> <li>● 1 locale segreteria</li> <li>● Sala d'attesa</li> <li>● servizi igienici</li> </ul>
<b>PRIMO PIANO</b>	DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ambulatorio di specialistica ambulatoriale (cardiologia, urologia,</li> </ul>

	<p>otorinolaringoiatria)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatorio Telemedicina</li> <li>• Servizi igienici/servizio igienico per disabili</li> <li>• Spogliatoi</li> <li>• Deposito sporco/pulito</li> <li>• Ambulatorio ostetrico /Centro Salute Mentale</li> <li>• Locale segreteria AVIS</li> </ul> <p>PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatorio PLS/Pediatria di Comunità, sala d'attesa</li> </ul>
<b>SECONDO PIANO</b>	Sala Riunioni

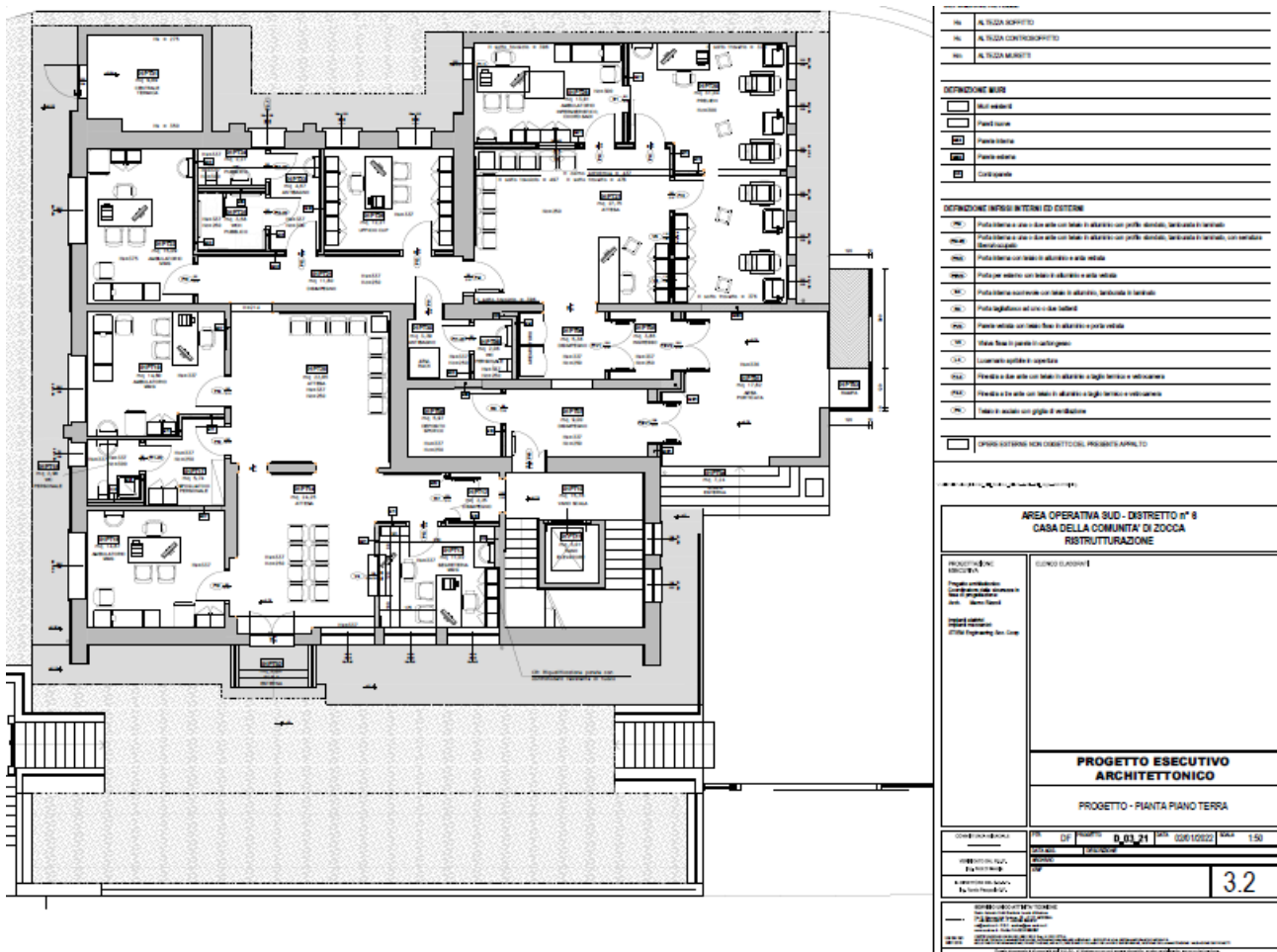


Figura 2. Piano rialzato Casa della Comunità Zocca





### 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 Zocca 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 Zocca 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 e senza necessità di prenotazione.

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 anche un medico di Montese, appartenente allo stesso Nucleo di Cure Primarie (futura AFT della montagna), 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, secondo quanto riportato in Tabella 4.

**Tabella 4. Caratteristiche dell'ambulatorio medico CDC**

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

### 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 Zocca 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 Zocca 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 6. Attività infermieristiche erogate presso l'ambulatorio infermieristico della CDC di Zocca

IFeC (Infermiere di Comunità)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Valutazione e mappatura dei bisogni di salute degli utenti sia per quanto riguarda la loro condizione clinica che il contesto familiare e sociale.</li><li>• 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.</li><li>• Collaborazione con il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta per garantire la continuità assistenziale dei cittadini del</li></ul>
-------------------------------	---

	<p>territorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• Supporto e educazione alla persona con diabete ed alla famiglia nella gestione della malattia, dei device e della terapia per ottimizzare il self-care.</li> <li>• Identificazione di fattori di rischio, valutazione dello stato di salute, prevenzione di complicanze e promozione dei corretti stili di vita.</li> <li>• 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.</li> <li>• Nell'ambito della presa in carico del paziente cronico sono garantite prestazioni infermieristiche ambulatoriali quali medicazioni programmate per persone deambulabili.</li> <li>• 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</li> </ul>
--	--

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

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, urologo, otorinolaringoiatra, psichiatra), 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:** Rappresenta il primo punto di riferimento sanitario per i cittadini e assicura la presa in carico globale dei bisogni di salute.

Sono presenti una segreteria e tre ambulatori destinati ai Medici di Assistenza Primaria a ciclo di scelta, che garantiscono un'assistenza medica continuativa per 12 ore al giorno, dal lunedì al venerdì, rivolta a tutti i cittadini assistiti.

A supporto dell'attività intervengono anche un medico di Montese, appartenente allo stesso Nucleo di Cure Primarie (futura AFT della montagna), 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	8.00-14.00	8.00-14.00	13.30-20.00	15.00-20.00	8.00-14.00	
Medico2	15.30-20.00	15.30-20.00	Ambulatori periferici di Monteombraro e Samone di Guiglia	8.00-10.00	14.00-20.00	
Medico 3	8.00-13.30		8.00-13.30	10.00-13.30		
Medico 4	14.00-15.30	14.00-15.30		13.30-15.00		
Medico SCA						8.00-14 14.00-20.00
<b>COPERTURA</b>	<b>8.00-20.00</b>	<b>8.00-20.00</b>	<b>8.00-20.00</b>	<b>8.00-20.00</b>	<b>8.00-20.00</b>	

- **Pediatria di Libera scelta:** È presente un **Pediatra di Libera Scelta**, che svolge attività ambulatoriale sia all'interno della Casa della Comunità, con accesso previsto tre giorni alla settimana, sia nel Comune di Montese, garantendo così continuità e prossimità

dell'assistenza pediatrica sul territorio montano. E' il primo punto di riferimento sanitario e si occupa della salute globale dei bambini 0-14 anni

	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'
PLS	15:30 -17:30		10:30- 12:30		10:00 - 12:00

- **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 Zocca 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 attivo due volte alla settimana (martedì e venerdì su appuntamento).

Il PUA è in stretto collegamento con gli sportelli sociali del territorio montano, al fine di assicurare integrazione e continuità nei percorsi di presa in carico.

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

- **Integrazione con i servizi sociali**

La Casa della Comunità si coordina con i servizi sociali dell'Unione Terre dei Castelli e con gli enti del Terzo Settore, offrendo percorsi condivisi e soluzioni personalizzate in base ai bisogni della comunità. A rendere possibile questo raccordo è la presenza dell'assistente sociale della CdC il martedì e venerdì, figura chiave che facilita l'integrazione tra professionisti, istituzioni e servizi territoriali, valorizzando anche 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, 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 spaziosa sala riunioni polivalente, progettata per favorire il dialogo tra comunità, associazioni e professionisti sanitari, attraverso l'organizzazione di incontri e iniziative dedicate alla promozione della salute. La sala riunioni è inoltre a disposizione della comunità e delle associazioni di volontariato per lo svolgimento di iniziative divulgative e attività orientate alla cura, alla prossimità e al benessere.

- **Spazi per il Terzo Settore:**

È presente un locale segreteria dedicato alle attività dell'AVIS, un ambulatorio per le visite e l'esecuzione degli ECG, e un ambulatorio, condiviso con il Punto Prelievi, destinato alle donazioni di sangue da parte dei volontari.

### 4.3 Macro-area Specialistica

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

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

All'interno della Casa della Comunità viene garantita l'assistenza specialistica nelle seguenti branche: cardiologia, urologia e otorinolaringoiatria. È presente altresì l'attività di telemedicina per altre branche specialistiche, quali la diabetologia e, di prossima attivazione, l'oncologia.

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 Famiglia – 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.

- **Centri di Salute Mentale (CSM):**

Il servizio rappresenta un punto di riferimento per la presa in carico territoriale delle persone con disturbi psichiatrici in età adulta, secondo un modello multidisciplinare e integrato in collegamento con il Centro di Salute Mentale distrettuale con sede a Vignola. Esso garantisce attività di diagnosi, cura e riabilitazione per persone affette da patologie psichiatriche.

Per i pazienti già in carico, presso la Casa della Comunità è possibile effettuare una volta alla settimana (il giovedì) visite di controllo con lo psichiatra e la somministrazione della terapia da parte del personale infermieristico del servizio.

- **Punto Prelievi:**

È attivo un servizio dedicato alla raccolta di campioni biologici, quali prelievi ematici, esami delle urine, coprocultura e screening del colon-retto. L'accesso è possibile il lunedì e il giovedì su appuntamento. È inoltre previsto l'accesso diretto 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.

- **Pediatria di Comunità:**

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

All'interno della Casa della Comunità è presente l'ambulatorio del Servizio di Pediatria di Comunità che, nella fascia di età 0-18 anni, si occupa della somministrazione delle vaccinazioni obbligatorie e facoltative, del counselling vaccinale alle famiglie, della valutazione e pianificazione delle vaccinazioni per i minori provenienti dall'estero e del monitoraggio delle coperture vaccinali. Promuove inoltre campagne informative e attività in ambito scolastico finalizzate alla tutela della salute.

Il servizio garantisce altresì la gestione delle malattie infettive e dei bambini con patologie croniche nella comunità scolastica, la sorveglianza e la promozione della salute e di corretti stili di vita, nonché l'integrazione sociosanitaria. L'ambulatorio vaccinale presso la CDC è aperto 3 volte al mese.

- **Programmi di Screening:**

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

#### **4.4 Macro-area Servizi Generali e Logistici**

La Casa della Comunità di Zocca 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:**

È attivo presso la Casa della Comunità, una volta alla settimana (il giovedì), uno sportello del Punto Unico di Prenotazione – Assistenza di Base (ex CUP/SAUB).

Il servizio eroga prestazioni amministrative quali: iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, scelta e revoca del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, registrazione delle esenzioni, associazione dei minori al Fascicolo Sanitario Elettronico dei genitori, rilascio del duplicato della tessera sanitaria, nonché prenotazione di visite ed esami specialistici.

L'accesso al sistema CUP è inoltre 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.

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

- 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 (deposito pulito, deposito sporco, locale carrelli 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, anche per il coinvolgimento della comunità in incontri dedicati.

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

La Casa della Comunità di Zocca nasce dalla ristrutturazione di un edificio comunale e rispetta gli 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 Zocca dispone di spazi destinati all'erogazione delle attività previste.

**Tabella 7. Struttura e ambienti della CDC**

Struttura e ambienti
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatori medici e infermieristici: dedicati ai medici di medicina generale, al pediatra di libera scelta e all'attività infermieristica continuativa.</li> <li>• Studi specialistici: a supporto delle attività di specialistica per patologie a elevata prevalenza, ambulatorio ostetrico, CSM, Ambulatorio vaccinale del servizio di pediatria di comunità e iniziative rivolte a bambini e adolescenti</li> <li>• Locali per il Punto Unico di Accesso (PUA) e accoglienza utenti</li> <li>• lo Sportello del Punto Unico di Prenotazione – Assistenza di Base</li> <li>• il Punto prelievi/ locale donazioni AVIS</li> <li>• Ambulatorio per attività di Telemedicina (Teleconsulto e televisita)</li> </ul>

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 8. Dotazione tecnologica della CDC**

Dotazione tecnologica
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Postazioni informatizzate collegate ai sistemi aziendali per la gestione integrata di</li> </ul>

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 ad altezza variabile manuali, lettino trasformabile in ginecologico, poltrone prelievi/donazioni, lampada da visita ostetrica, frigorifero per la conservazione di farmaci, saturimetri, glucometro, sfigmomanometro, Elettrocardiografo).
- Tecnologie per la telemedicina (teleconsulto e televisite)

## Accessibilità e sicurezza

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

- Defibrillatore automatico esterno (DAE)
- Carrello per le urgenze
- Zaino per le emergenze pediatriche
- 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 Zocca 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, 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 dell'Unione Terre di Castelli 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.
- Salute mentale e dipendenze, attraverso percorsi condivisi e iniziative territoriali di riabilitazione.
- 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.

## **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 Zocca 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 Zocca 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.

Fin dall'inizio del progetto, la comunità, le associazioni del terzo settore, le consulte dei cittadini, le istituzioni sono state coinvolte in un percorso partecipato di confronto e di co-progettazione, per la creazione di un luogo riconoscibile, accessibile e vissuto dalla popolazione come spazio condiviso di cura, prevenzione e benessere. L'approccio adottato si è ispirato al quadro del DM 77/2022 e al programma regionale casa Community Lab e sta portando alla formazione di Agenti di Prossimità, figure chiave che operano nel territorio come ponte tra cittadini, istituzioni e servizi, identificando bisogni sociosanitari e promuovendo il benessere comunitario.

È presente un Board unico per le Casa della Comunità del distretto di Vignola attivo e convocato periodicamente, che prevede anche 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 Zocca 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 Zocca 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. Rappresenta un esempio concreto di sanità di prossimità, fondamentale per i territori montani, dove le caratteristiche demografiche e geografiche richiedono modelli assistenziali flessibili, integrati e orientati alla prevenzione e alla gestione della cronicità.

In questo contesto montano, la Casa della Comunità assume un ruolo strategico, poiché consente di ridurre la distanza tra cittadini e servizi sanitari, limitando la necessità di spostamenti verso i centri urbani e garantendo maggiore equità nell'accesso alle cure.

### **Punti di forza della struttura**

- Funzione di presidio intermedio integrato nella rete delle CDC con accesso h12 6/7.
- Offerta accessibile di servizi sanitari e sociosanitari, dalla medicina generale e pediatria di libera scelta, all'assistenza domiciliare 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**

- Estensione dei servizi specialistici in base ai bisogni emergenti del territorio.
- Potenziare la digitalizzazione e la telemedicina, per migliorare l'accessibilità e la continuità delle cure, riducendo la distanza (es. progetto dell'oncologia di prossimità, che permette ai cittadini di effettuare alcune terapie e il monitoraggio delle proprie condizioni vicino al luogo di vita).
- Implementazione della dotazione di strumenti diagnostici di base, come elettrocardiografo, spirometro per il monitoraggio dei pazienti con problemi respiratori, fibrorinoscopio per le visite otorinolaringoiatriche e dermatoscopio, per la valutazione precoce delle patologie cutanee.
- Sviluppare percorsi personalizzati di presa in carico, con particolare attenzione alle cronicità e alla fragilità.
- Rafforzare la sinergia con la Casa della Comunità HUB di riferimento e con i servizi sociali locali.
- Sviluppo di attività mirate al coinvolgimento della comunità.

### **Ruolo strategico nella sanità di prossimità**

La Casa della Comunità di Zocca è 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.

Con l'apertura della nuova Casa della Comunità, il territorio ha compiuto un passo significativo verso un modello di sanità territoriale sempre più vicino ai bisogni delle persone, capace di integrare assistenza sanitaria, servizi sociali e partecipazione della comunità.