

DOCUMENTO DI PRESENTAZIONE DELLA CASA DI COMUNITÀ SPOKE BUDDUSO'

Modello di riferimento conforme al DM 77/2022 e agli standard PNRR – Missione 6,
Componente 1, Investimento 1.1

1. Informazioni generali Casa della Comunità

Denominazione	Casa della Comunità di Buddusò
Sede	Via Fabrizio De Andrè, 45 SS 389 di Buddusò e del Correboi
CUP	I62C22000180006
Tipologia	Spoke
Tipologia di intervento PNRR	Ristrutturazione – TAG 026
Data di inizio funzionamento**	30/04/2026

2. Introduzione

La presente sezione delinea il quadro generale di riferimento della Casa di Comunità Spoke di Buddusò, illustrandone le finalità, l'assetto organizzativo e la collocazione all'interno del sistema sanitario territoriale.

Obiettivi e Mission

La Casa di Comunità Spoke si inserisce nel modello organizzativo dell'assistenza territoriale definito dal DM 77/2022 e promosso dal Ministero della Salute nell'ambito della riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, in coerenza con gli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6 Salute.

Per definire correttamente la Casa di Comunità, si riporta fedelmente la definizione contenuta nel DM 77/2022 che recita:

"La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di

referimento. La CdC è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza, l'orientamento dell'assistito, la progettazione e l'erogazione degli interventi sanitari. La CdC è una fondamentale struttura pubblica del SSN.”.

La CdC, sotto la direzione del Distretto, adotta dei meccanismi di coordinamento strutturali di quattro tipi:

- Rete Intra-CdC, definita dalla messa in rete delle figure professionali che operano all'interno delle CdC;
- Rete Inter-CdC, con l'obiettivo di mettere in relazione la CdCHub con le sue CdCSpoke, così da soddisfare al meglio le esigenze di erogare servizi in maniera più ampia e diffusa possibile;
- Rete Territoriale, ovvero il sistema con il quale le CdC vengono messe in rete con le altre strutture sanitarie territoriali come assistenza domiciliare, Ospedali di Comunità, Hospice e rete delle cure palliative, RSA e altre forme di strutture intermedie e servizi;
- Rete Territoriale Integrata, che pone le CdC a sistema con l'attività ospedaliera; in questo caso è fondamentale il ruolo delle piattaforme informatiche che consentono di connettere i cittadini, seguiti dalle CdC, alle strutture che possono garantire prestazioni ospedaliere ambulatoriali specialistiche, specie quando si tratta di malati con patologie croniche ad alta complessità.

La CdC introduce un nuovo modello organizzativo basato su un approccio integrato e multidisciplinare che opera sul territorio attraverso una collaborazione sinergica dell'équipe multiprofessionale. L'attività, infatti, è organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni, Infermieri di Famiglia o Comunità (IFEC), Case Manager Infermieristico e altri professionisti della salute disponibili, come ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, ed Assistenti Sociali.

Come indicato nelle “Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità Hub” di Agenas, la CdC Hub e Spoke , rappresentano i nodi della

rete e devono creare le connessioni con servizi presenti tra i quali: le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), gli ospedali per acuti, i poliambulatori e i consultori, gli Ospedali di comunità (OdC), le Centrali operative territoriali (COT), la Centrale Operativa NEA 116117, l'Unità di Continuità Assistenziale (UCA), le farmacie dei servizi, i Punti Unici di Accesso (PUA), i Servizi Sociali dei Comuni, le associazioni del Terzo Settore, le scuole, le palestre, i circoli culturali e sportivi, i parchi e gli spazi pubblici, ovunque si possa generare salute individuale e collettiva, con un approccio sistemico, capillare, collaborativo e partecipativo di promozione comunitaria della salute e di welfare generativo "secondo un approccio One Health".

La CdC di Buddusò nasce con l'obiettivo di creare un punto unico di accesso ai servizi sanitari e social, integrando assistenza medica, assistenza infermieristica e supporto sociale in un'unica struttura.

Gli obiettivi generali prevedono:

- Presa in carico multidimensionale della persona
- Continuità Ospedale Territorio
- Gestione della cronicità e della fragilità
- Riduzione degli accessi impropri in PS
- Promozione della salute e prevenzione
- Partecipazione attiva della comunità
- Rafforzare le strutture sanitarie di prossimità.

Riferimento normativo e collocazione della CdC nel sistema sanitario territoriale

La Casa della Comunità si inserisce nel quadro delineato dal PNRR-Missione 6, Componente 1-Riforma dell'assistenza territoriale, operando secondo il modello Hub e Spoke a livello distrettuale come previsto dalle normative regionali ed aziendali.

La CdC di Buddusò è una CdC Spoke collegata alla CdC Hub di Olbia.

	DISTRETTO	COMUNE	CDC
ASL GALLURA	Olbia	Olbia (HUB)	1
	Olbia	San Teodoro (Spoke)	1
	Olbia	Berchidda (Spoke)	1
	Olbia	Buddusò (Spoke)	1
	Olbia	Arzachena (Spoke)	1
	Olbia	Santa Teresa di Gallura (Spoke)	1

Il modello organizzativo si inserisce nel quadro normativo dei seguenti atti:

- Ministero della Salute - DM 77/22;
- Regione Autonoma della Sardegna – DGR n°37/24 del 14/12/2022 – Adozione del provvedimento regionale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/22, che definisce gli indirizzi e la rete delle Case della Comunità, COT e Ospedali di Comunità nel territorio regionale;
- Regione Autonoma della Sardegna – DGR n°4/59 del 16/02/2023 – Approvazione definitiva del provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/22, con definizione della rete regionale delle Case della Comunità, COT e Ospedali di Comunità, in coerenza con la Missione 6- PNRR e con il CIS;

- AGENAS – Linee di indirizzo per l’attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità Hub (vers. 05.04.2024): documento guida nazionale che ha lo scopo di fornire indicazioni operative e organizzative per le Case di Comunità Hub così come previste dal DM 77/22 e dal PNRR-Missione 6/Componente 1;
- ASL Gallura- Delibera del Direttore Generale F.F. n°43 del 22/01/2026-Adozione del PIAO 2026/2028;
- Regione Autonoma della Sardegna - Deliberazione n°27/34 del 21/05/2025 “Programma Regionale di Sviluppo 2024-2029 - Obiettivo strategico 2.1.1.3.Definizione delle linee guida metodologiche per l'operatività delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità”.
- Recovery Plan – ovvero Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), prevede importanti investimenti a beneficio del Servizio Sanitario Nazionale da concludersi entro il 2026 Missione 6 che si pone come obiettivo potenziamento del Servizio sanitario nazionale per migliorarne l’efficacia nel rispondere ai bisogni di cura e assistenza delle persone a livello locale, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell’emergenza pandemica
- Decreto ministeriale 20 gennaio 2022, il Ministro della Salute, quale Amministrazione Titolare, ha provveduto a distribuire le risorse destinate alla realizzazione degli interventi da finanziare nell’ambito della Missione 6 – Salute alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano, quali enti responsabili della loro attuazione, ripartendo tra queste ultime anche i target previsti per ciascuno degli Investimenti anzi indicati.
- Delibera di Giunta Regionale della Regione Sardegna n. 9/22 del 24.03.2022 è stata approvata la proposta di Piano Regionale dei servizi Sanitari per il triennio 2022-2024, contenente la programmazione regionale delle Case della Comunità finanziate attraverso l’investimento 1.1 del PNRR, Missione 6 componente 1.
- Delibera della Giunta Regionale della Regione Sardegna n. 12/16 del 07.04.2022, approvazione elenco degli interventi finanziati con le risorse del PNRR e PNC, rimandando l’attuazione alla Direzione Generale della Sanità, previa stipula di apposita convenzione con le Aziende interessate e, nel caso di

interventi sovra aziendali, con l'Azienda regionale della salute (ARES), secondo le linee di indirizzo dettate dalla medesima Direzione Generale.

- Delibera di Giunta Regionale della Regione Sardegna n.17/68 del 19.05.2022 approvazione del Piano Operativo Regionale di cui al Piano nazionale di ripresa e resilienza, Missione 6 Salute e Piano nazionale per gli investimenti complementari. Interventi di cui al decreto di riparto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 369 del 11.11.2022 modifica della delibera del Direttore Generale dell'Asl Gallura n. 117 del 11.05.2022 e revoca delle Delibere n. 258 e 259 del 02.09.2022 aventi ad oggetto, rispettivamente:
1) Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Interventi M6.C1 – componente 1: 1.1 Case di Comunità, nei Comuni di Arzachena, Berchidda, Buddusò, La Maddalena, Olbia, San Teodoro, Santa Teresa Gallura, Tempio Pausania, Trinità D'Agultu e Vignola; 1.2.2 Centrali Operative Territoriali, nei Comuni di Olbia e Tempio Pausania; 1.3 Ospedali di Comunità: Ospedale "Paolo Merlo" in La Maddalena e "Paolo Dettori" in Tempio Pausania; componente 2: 1.2 Verso un Ospedale sicuro e sostenibile: Interventi di adeguamento sismico dell'Ospedale "Paolo Merlo" in La Maddalena e Ospedale "Paolo Dettori" in Tempio Pausania. Nomina e sostituzione Responsabili del Procedimento (RUP).

La realizzazione dell'intervento in oggetto, ha l'obiettivo di rendere idonea la struttura sita presso il Comune di Buddusò in Via Fabrizio De Andrè45 SS 389 di Buddusò e del Correboi affinché possa soddisfare i requisiti strutturali ed impiantistici della Casa della Comunità, in risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza per la popolazione di riferimento.

La presente relazione, redatta ai sensi dell'articolo 15, commi 5 e 6 del D.P.R. 207/10, ancora in vigore per effetto dell'art. 216, comma 4, del D.Lgs. 50/2016, rappresenta il documento di indirizzo alla progettazione necessario all'avvio dei servizi di architettura e ingegneria relativi ai lavori da eseguirsi per l'intervento in oggetto. Il presente documento è redatto anche sulla base delle Linee guida del Ministero delle Infrastrutture e della Mobilità Sostenibile per la redazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica da porre a base dell'affidamento di contratti pubblici di lavori del PNRR e del PNC approvate dall'Assemblea del Consiglio Superiore dei Lavori Pubblici il 29/07/2021.

Descrizione generale – Ambito territoriale distrettuale

Il contesto in cui opera l'ASL Gallura è caratterizzato da una pluralità di bisogni e da rapidi mutamenti della struttura socio-demografica che comportano perciò una gestione improntata alla ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi.

Per far fronte ai mutamenti dovuti alle variabili demografiche ed epidemiologiche si rende necessario avviare dei processi di riorganizzazione assistenziali che determineranno delle modifiche nella organizzazione e gestione dei servizi, con importanti cambiamenti specialmente in ambito territoriale, con una prospettiva che va verso il potenziamento delle cure domiciliari, l'attivazione delle Case della Comunità e la presa in carico proattiva delle patologie croniche.

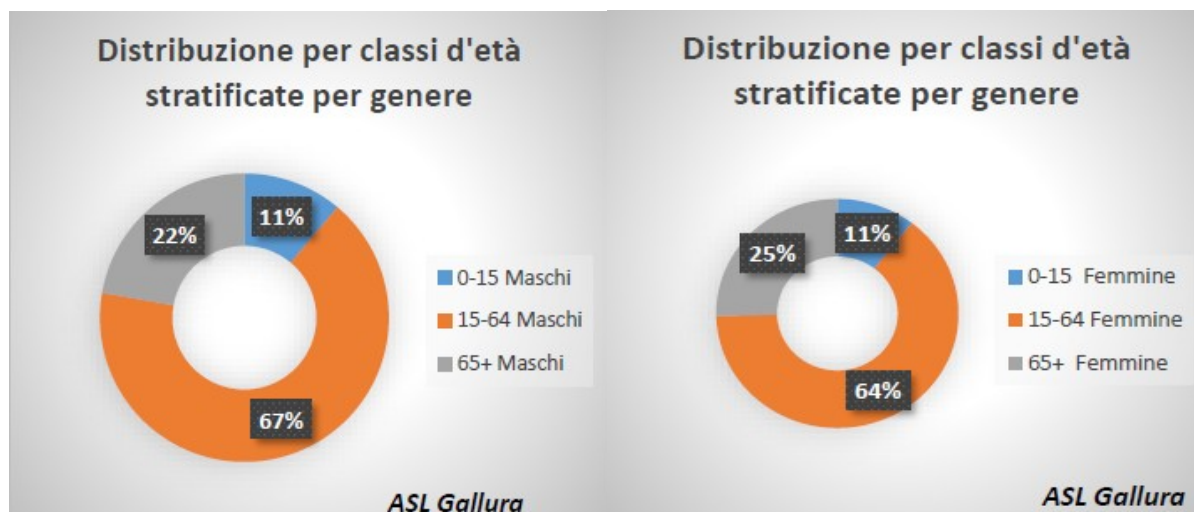
La popolazione del territorio di competenza della ASL Gallura al **01.01.2025** ammonta a 159.098 abitanti.

La maggior parte della popolazione risiede nei comuni di Olbia (61.658 abitanti) Tempio Pausania (13.003 abitanti), Arzachena (13.451 abitanti) e La Maddalena (10.476 abitanti) e quindi prevalentemente lungo la costa nord orientale. La maggioranza dei comuni che compongono il territorio di competenza della ASL Gallura sono di piccole dimensioni ed altro elemento caratterizzante sono i nuclei residenziali di matrice rurale, che si manifestano con diversi gradi di densità abitativa.



Classi d'età	Totale
0-15	17.281
15-64	103.981
>65	37.836

Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

Indice di vecchiaia	Indice di Dipendenza Strutturale	Indice di ricambio della popolazione	Indice di struttura della popolazione	Indice di carico di figli per donna
218,9	53,0	163,4	163,0	14,1

Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

L'indice di vecchiaia risulta pari a 218,9%, valore inferiore rispetto a quello regionale (266,6%), ma non a quello nazionale (199,8).

L'indice di dipendenza strutturale presenta un valore pari al 53%, inferiore rispetto sia a quello regionale (58,5%) e a quello nazionale (57,6%).

Un indice di dipendenza strutturale superiore al 50% è sinonimo di un numero elevato di ragazzi e anziani di cui la popolazione attiva deve occuparsi complessivamente.

L'indice di struttura della popolazione indica il grado di invecchiamento della popolazione che si attesta al 163%, ciò significa che la fascia lavorativa più "vecchia" prevale su quella più giovane.

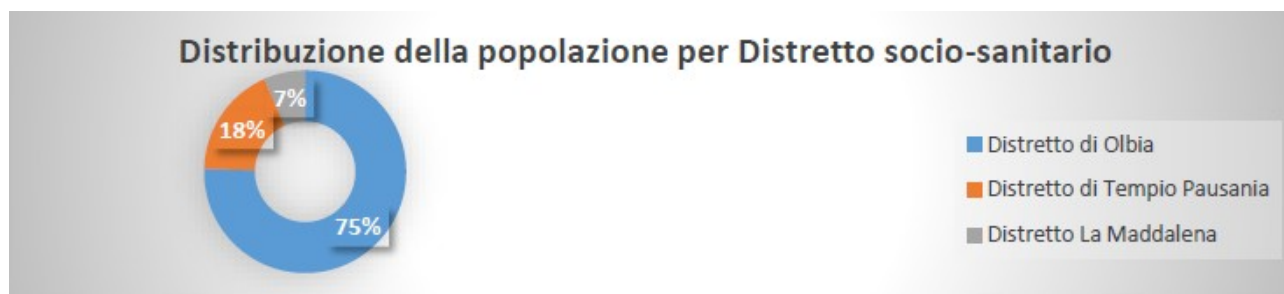
Infine, l'indice di ricambio è pari al 163,4%: tale valore può sottintendere un aumento della tendenza alla disoccupazione dei giovani in cerca di prima occupazione.

	Indice di vecchiaia	Indice di Dipendenza Strutturale	Indice di ricambio della popolazione	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico di figli per donna feconda
ASL Gallura	218,9	53,0	163,4	163,0	14,1
Sardegna	266,6	58,5	184,2	165,5	14,0
Italia	199,8	57,6	146,9	142,2	17,6

Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

L'ambito territoriale della Azienda Sanitaria Locale della Gallura è articolata in tre Distretti Socio Sanitari: **il Distretto di Olbia, il Distretto di Tempio Pausania e il Distretto di La Maddalena.**

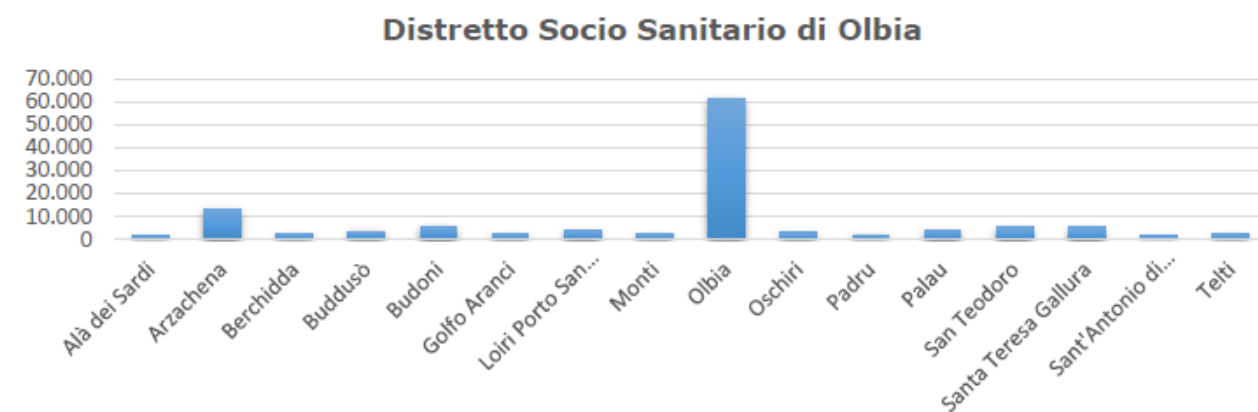
La distribuzione della popolazione per Distretto è fortemente disomogenea, il Distretto più popoloso è il Distretto di Olbia dove è concentrato il 75% della popolazione, segue il Distretto di Tempio Pausania con il 18% e il Distretto della Maddalena con il 7% del totale della popolazione residente.



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)



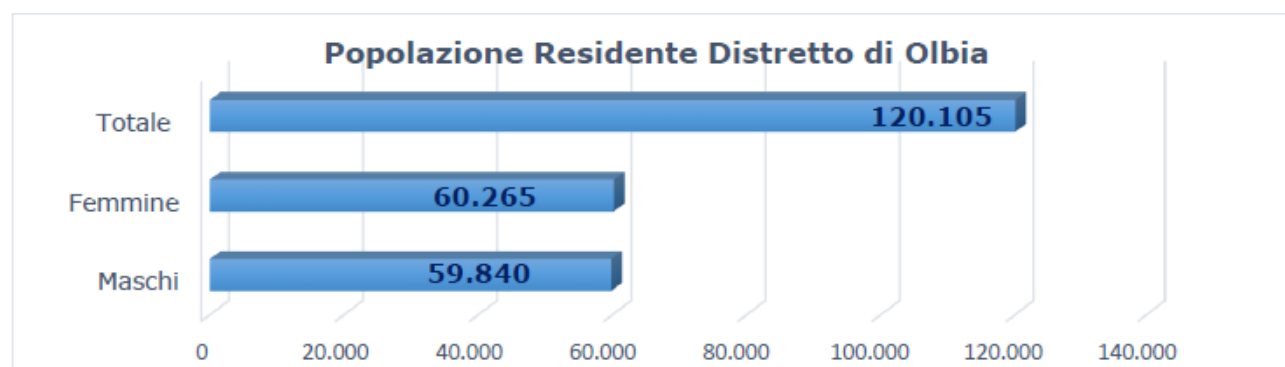
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

Nel Distretto socio sanitario di Olbia l'indice di vecchiaia della popolazione risulta pari a 197,6%, valore inferiore sia a quello regionale (266,6%), che a quello nazionale (199,8). L'indice di dipendenza strutturale presenta un valore, pari al 51,2%, è inferiore rispetto sia a quello regionale (58,5%) e a quello nazionale (57,6%).

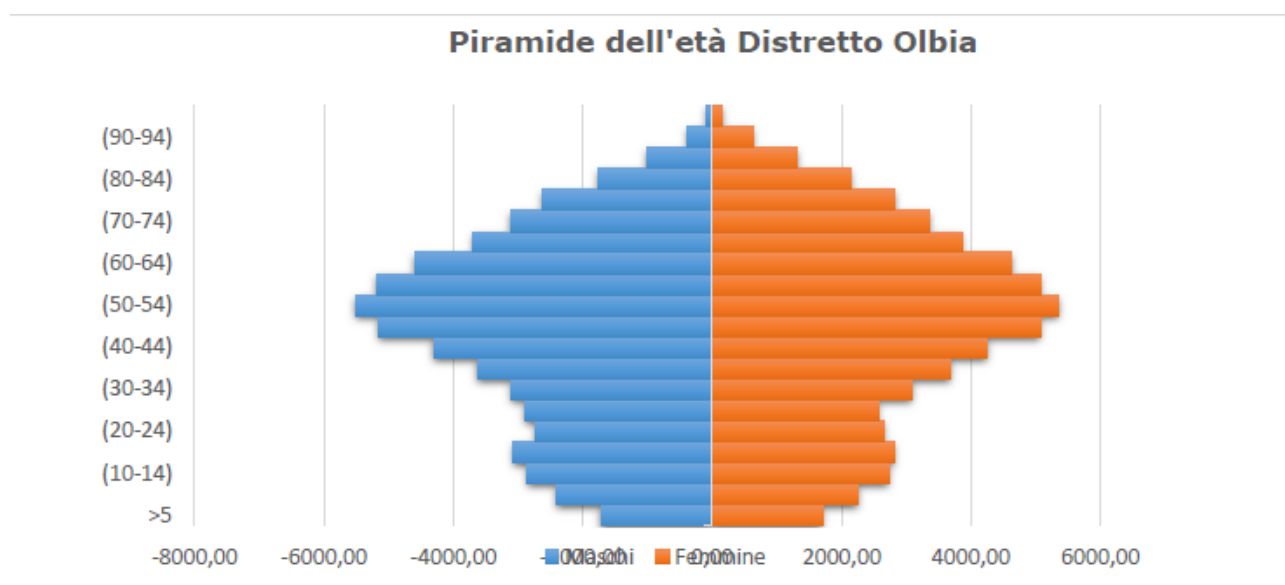
L'indice di struttura della popolazione si attesta al 162,5% ciò significa che è ancora la fascia lavorativa più giovane a prevalere su quella più anziana.

Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di Ricambio della popolazione	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico per figli per donna
197,6	51,2	156,7	162,5	14,2

Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

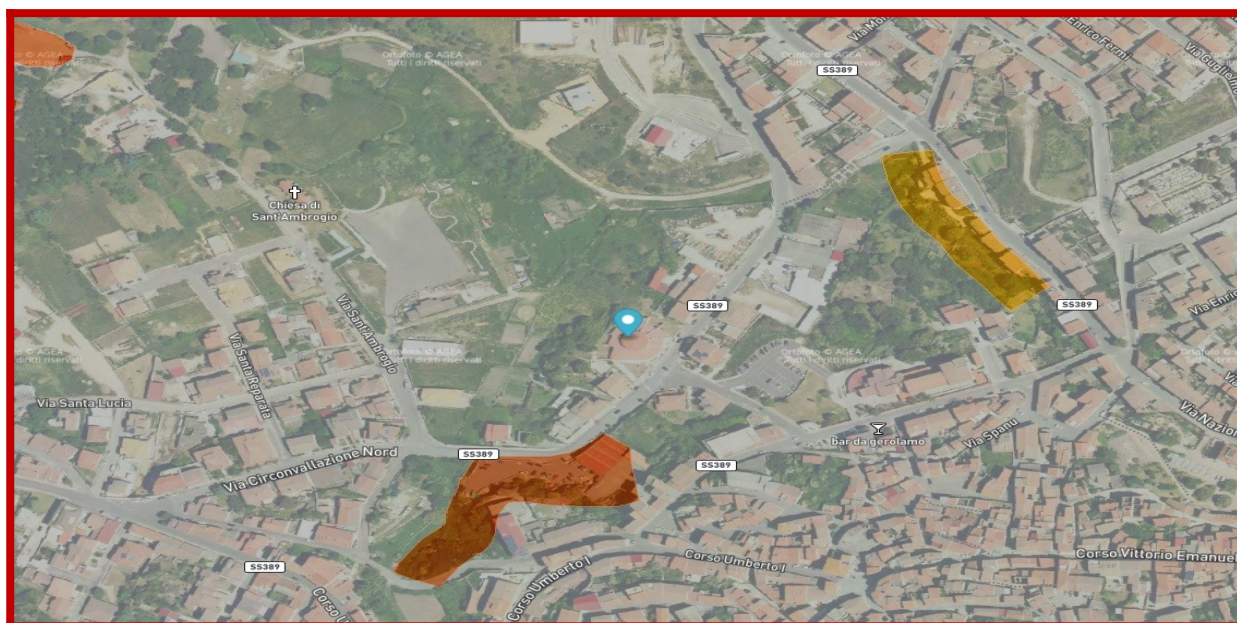


Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

L'aspetto piramidale evidenzia una popolazione caratterizzata da una numerosità statistica nelle fasce d'età giovanile e in età lavorativa, interessata in misura minore ad un progressivo processo di invecchiamento rispetto alle altre aree socio sanitarie Regionali. La forma piramidale caratterizza l'area come un territorio ad alta dinamicità demografica, fenomeno confermato da un buon livello di natalità rispetto al contesto Regionale e da una numerosa presenza di immigrati extracomunitari; inoltre, rappresenta una struttura socio-demografica caratterizzata da rapidi mutamenti e da una pluralità di bisogni.

Il **Comune di Buddusò** è un comune della **Sardegna**, situato nella provincia di **Sassari (area Gallura-Monteacuto)** con una superficie di **186 km²**.

La popolazione residente nel comune di Buddusò è pari a 3.513 abitanti (dati Istat aggiornati al 01/01/2025).



M

appa territoriale Comune di Buddusò



I

Immagine fotografica Casa della Comunità

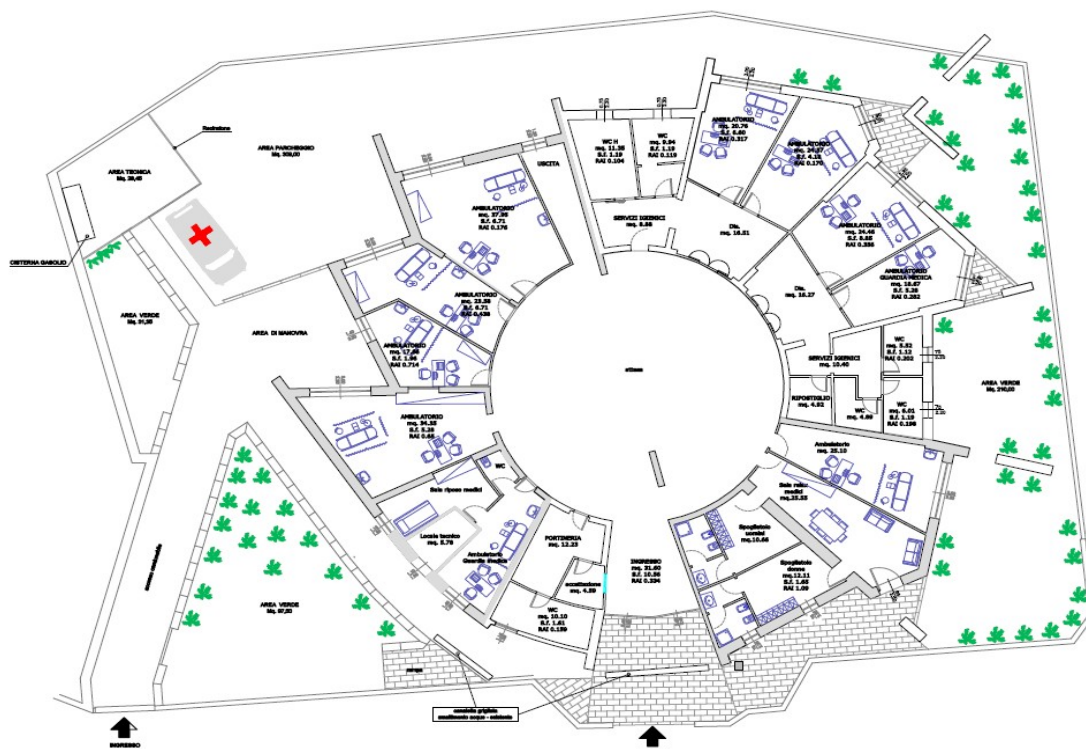
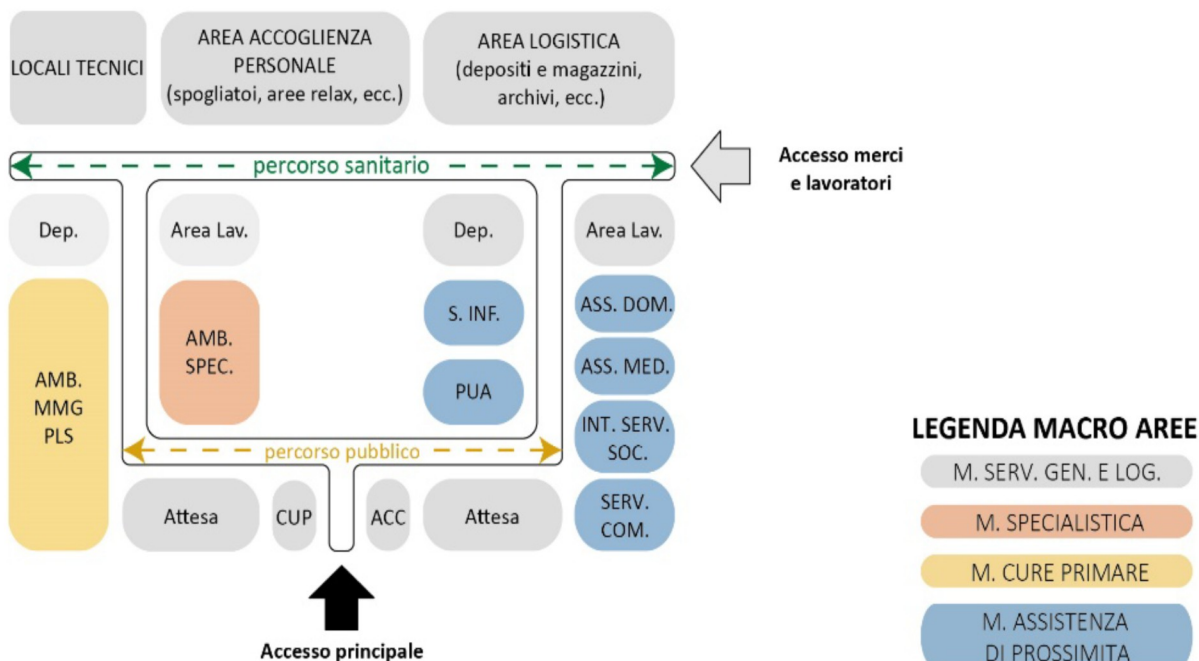
La CdC di Buddusò è un presidio sanitario territoriale classificato come Spoke ubicato nel comune di Buddusò ed opera in raccordo funzionale con la CdC Hub di Olbia e con la COT distrettuale. Al servizio afferiscono anche i comuni limitrofi incardinati nel medesimo territorio di competenza, quali Alà dei Sardi con una popolazione di 1758 abitanti. La struttura è inserita in un contesto urbano facilmente accessibile e raggiungibile anche con i mezzi di trasporto e dotata di parcheggio riservato ed aree verdi. La struttura, recentemente ristrutturata, è articolata su un unico piano e dispone dei seguenti locali come da planimetria in allegato:

sala d'attesa centrale con servizi igienici per l'utenza attorno alla quale sono presenti n. 1 postazione servizio vigilanza, n.1 portineria, n.1 ambulatorio Guardia Medica, n.9 ambulatori, sala relax, spogliatoi per il personale con i servizi igienici, depositi e locali tecnici.

L'importo totale del finanziamento è pari a € 877.713,00 di cui € 778.713,00 di finanziamento Ministeriale e € 99.000,00 di finanziamento Fondi FOI.

I)	IMPORTO FINANZIAMENTO PNRR		778.713,00
II)	FOI 2022 PGS n.52 del 02/03/2023		99.000,00
	TOTALE		877.713,00

I lavori di ristrutturazione sono stati completati il 24/02/2026.



PIANTA PIANO TERRA ARREDATA - SCALA 1:100

La CDC è operativa 6/7 h 12 e garantisce assistenza sanitaria e sociosanitaria integrata, assistenza specialistica ambulatoriale (Neurologia, Cardiologia, Endocrinologia) e presenza di MMG, PLS e dei medici della continuità assistenziale, ambulatorio infermieristico e ADI, punto prelievi, servizio vaccinazioni SISP, assistente sociale e psicologo.

3. Organizzazione del Personale

Nella CdC di Buddusò le attività in sede vengono garantite nelle 6 ore diurne (ore 8.00 –14.00) 6/7 giorni; nelle 6 ore pomeridiane la copertura 14.00 –20.00 verrà garantita 6/7 giorni attivando l'infermiere e/o la consulenza infermieristica presso la CdC Hub a livello distrettuale.

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 116117 ed il supporto della CdC Hub di Olbia.

3.1 Assetto Organizzativo del Personale

Direzione e Coordinamento

- Responsabile di Struttura (Dirigente sanitario)
- IFO II Livello Coordinamento CDC

Dotazione Organica Attuale

Figura professionale	Numero
Infermieri di Famiglia e Comunità	1
Infermieri ambulatoriali	1
Infermiere case manager	
MMG/PLS in forma aggregata	ASCOT
Specialisti ambulatoriali	Secondo programmazione
Assistente sociale	1
OSS	2
Personale amministrativo	1

3.3 Equipe multidisciplinare

La equipe che opera nella CDC è composta dalle seguenti figure professionali: Infermieri di Famiglia e Comunità, MMG, PLS, ASCOT, AFT, Specialisti Ambulatoriali, Assistente Sociale, Psicologo, Fisioterapista, Ostetrica di Famiglia, OSS.

Personale medico

Così come previsto dal DM n.77/2022 la CdC di Buddusò garantirà la presenza medica h 12 6/7 anche attraverso l'integrazione dell'ex Continuità Assistenziale ed il supporto del medico ASCOT e della CdC Hub di riferimento a livello distrettuale. (Sabato, festivi e prefestivi dalla Continuità Assistenziale).

Il Coordinatore Infermieristico (IFO II LIVELLO) coordina anche la CDC di Berchidda e San Teodoro.

Si tratta di un infermiere in possesso dei requisiti previsti dalla Legge 1° febbraio 2006, n. 43 e successive modifiche, preferibilmente con laurea magistrale in Scienze Infermieristiche, al quale è affidata la responsabilità di diverse attività, quali:

- pianificazione e gestione delle attività professionali/lavorative;
- pianificazione e gestione del cambiamento e dei progetti innovativi;

- gestione del personale infermieristico e di supporto, Operatori Socio-Sanitari (OSS);
- sviluppo e formazione del personale;
- costruzione di relazioni interprofessionali, favorendo il lavoro in équipe e l'integrazione tra le diverse figure sanitarie;
- gestione delle risorse materiali e tecnologiche;
- supervisione della sicurezza.

Infermiere della CDC di Budduso:

Al fine di assicurare i servizi presenti nella CDC l'Infermiere svolge le seguenti funzioni:

- prevenzione delle malattie e la promozione dell'educazione sanitaria.
- l'assistenza a malati e persone con disabilità di ogni età
- partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- identifica i bisogni assistenziali individuali e collettivi, formulando obiettivi specifici di intervento;
- pianifica, gestisce e valuta il piano assistenziale, adeguandolo alle condizioni cliniche e funzionali del paziente;
- garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche;
- utilizza strumenti e tecniche di comunicazione efficace finalizzate all'empowerment del paziente e del caregiver e/o famiglia;
- opera sia in autonomia professionale sia collaborando con gli altri operatori sanitari e sociali;
- si avvale, se necessario del personale di supporto.

Per quanto riguarda le funzioni dell'IFeC si rimanda alla procedura aziendale **"Funzioni dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) nelle Case di Comunità della ASL Gallura"**.

Assistente Sociale

L'attività dell'assistente sociale nella CDC è fondamentale per garantire che i pazienti ricevano un supporto completo e olistico durante il loro trattamento e recupero.

I compiti principali dell'assistente sociale in CDC:

1. Valutazione del bisogno sociale

- Valutazione iniziale: L'assistente sociale valuta la situazione sociale, familiare ed economica del paziente. Questo include l'analisi della rete di supporto, delle condizioni familiari e lavorative, e delle problematiche psicologiche legate alla malattia.
- Identificazione di fragilità: Alcuni pazienti potrebbero affrontare problematiche economiche, familiari, o psicologiche che influenzano il loro percorso di cura, come la solitudine, difficoltà economiche o situazioni di abuso.
- Gestione delle risorse e degli interventi sociali;
- Interventi in caso di situazioni di vulnerabilità;
- Mediatore tra paziente, famiglia e sistema sanitario
- facilitatore della comunicazione tra il paziente, i suoi familiari e il team medico. Può aiutare a tradurre il linguaggio tecnico usato dai medici e a spiegare al paziente e alla sua famiglia il piano terapeutico, i diritti, le opzioni di trattamento e le prospettive future.

Lo Psicologo effettua:

- Valutazione psicologica (colloqui clinici di assessment, valutazione del disagio emotivo correlato a malattia cronica, valutazione del carico del caregiver, contributo alla VMD);
- Supporto psicologico individuale;
- Supporto a caregiver e familiari;
- Integrazione multi professionale;
- Prevenzione e promozione della salute;
- Intercettazione precoce del disagio;
- Attività di comunità (collaborazione con scuole, associazioni, enti locali).

Operatore Sociosanitario

All'interno della CDC è prevista la figura professionale dell'OSS che svolge attività finalizzate alla soddisfazione dei bisogni primari della persona, operando all'interno di contesti sociali e sanitari, in stretta collaborazione con il personale infermieristico e riabilitativo.

Il suo intervento è orientato a favorire il benessere e l'autonomia dell'assistito, di seguito vengono riportate le attività principali dell'OSS:

- intervento igienico-sanitario e sociale;
- supporto gestionale, organizzativo e formativo.

Inoltre, tra le competenze dell'OSS sono previste:

- competenze tecniche;
- competenze relative alle conoscenze richieste;
- competenze relazionali.

Nell'ambito delle competenze tecniche, e in stretta collaborazione con le altre figure professionali, l'OSS svolge i seguenti compiti:

- attua i piani di lavoro;
- osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni;
- effettua piccole medicazioni e sostituzione;
- supporta alla corretta assunzione dei farmaci prescritti;
- osserva, riconosce e segnala i sintomi di allarme più comuni che l'utente può manifestare (come pallore, sudorazione, agitazione);
- sanifica e gestisce il materiale sanitario, incluso il lavaggio, l'asciugatura e la preparazione di quanto da sterilizzare;
- garantisce il trasporto del materiale biologico e sanitario e accompagnamento degli assistiti secondo protocolli di sicurezza;
- esegue interventi di primo soccorso, in caso di necessità;
- partecipazione ad attività di animazione e socializzazione, volte al recupero e al mantenimento delle capacità cognitive e relazionali dell'utente;
- supporta le pratiche amministrative e burocratiche.

4. Servizi offerti dalla Casa di comunità SPOKE

Nella CDC di Budduso sono presenti le specialistiche ambulatoriali di Cardiologia, Endocrinologia e Neurologia mentre per quanto riguarda i servizi di Diabetologia e Pneumologia si fa riferimento alla telemedicina. Sono presenti inoltre n.1 MMG, medici ASCOT delle AFT e n.1 ambulatorio pediatrico PLS, i Medici di Continuità Assistenziale tutti i giorni dalle 20-08 e festivi. E inoltre presente con cadenza mensile l'ambulatorio dedicato alle vaccinazioni (SISP). Sono inoltre presenti l'Assistente Sociale, lo Psicologo e L' Ostetrica di Comunità (una volta a settimana), l'ambulatorio infermieristico ed il Punto Prelievi.

E' previsto uno sportello unico di accesso (SUA) collegato funzionalmente e tecnologicamente con il PUA dell'HUB di Olbia. Il SUA permette inoltre di ricevere le richieste di attivazione per l'assistenza domiciliare Integrata.

La CDC è integrata con il sistema di prenotazione al CUP Aziendale e Regionale facilitando la gestione degli appuntamenti.

Gli strumenti a supporto dell'attività Clinica sono La Cartella Ambulatoriale SISaR AMB e per l'attività di Telemedicina e teleconsulto si fa riferimento al Software POHEMA. Tale sistema consente di effettuare il telemonitoraggio di pazienti con patologie croniche.

Il personale infermieristico afferente alla CDC di Buddusò presterà servizio con orario 8.00 14.00 6 giorni su 7 mentre nella fascia serale si farà riferimento alla CdC Hub, attraverso la Centrale Operativa del NUA 116117.

Area cure primarie: Nella CDC sono presenti ambulatori per medici ASCOT per la presa in carico di pazienti cronici, IFeC, e il Servizio di Continuità assistenziale. Tutti i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta dietro convocazione dell'UVT partecipano agli incontri di équipe multi professionale, quando vengono discussi i casi sui loro assistiti (art.2 AIR 2024 RAS) attraverso la valutazione multidimensionale (VMD) che porta alla definizione di un percorso assistenziale individuale e alla definizione degli obiettivi da raggiungere e le tipologie di servizi sanitari, sociosanitari e sociali da attivare. Alla valutazione multidimensionale partecipano anche gli Assistenti Sociali, Psicologo, Assistente Sociale del comune di riferimento dell'utente,

medici specialisti, Fisioterapisti, il Medico UVT e tutti professionisti a seconda dei bisogni dell'utente.

La Continuità Assistenziale: è presente dalle ore 20:00 alle ore 24:00 e dalle ore 24:00 alle ore 8:00 dal lunedì al venerdì, e dalle ore 8:00 alle ore 8:00 il sabato e dalle ore 08:00 alle ore 8:00 la domenica, L'accesso è anche mediato garantito dal NEA di Regione Sardegna 116117.

Vengono svolte le seguenti prestazioni:

- consulenza telefonica;
- visita ambulatoriale;
- certificazioni di malattia per i lavoratori dipendenti e per i lavoratori turnisti, per un solo giorno infrasettimanale o massimo tre giorni in caso di giorni festivi previa visita ambulatoriale;
- prescrizione di farmaci su ricettario regionale che abbiano il carattere della non differibilità (coprendo al massimo 48/72 ore di terapia);
- visita domiciliare: la valutazione della visita domiciliare spetta al Medico della C.A., in base al quadro clinico prospettato;
- la constatazione di decesso.

Area Infermieristica: nella CDC di Buddusò attualmente sono presenti n° 1 Infermieri e viene garantita la copertura del servizio h 6 6 giorni su 7 (8:00-14:00) dal lunedì al sabato.

A breve il numero degli IFEC verrà integrato di altre unità, in quanto è prevista la creazione nella COT di Olbia, della Centrale di tele monitoraggio dei pazienti cronici di tutto il territorio della ASL Gallura, tali figure collaborano con i MMG/PLS e con gli Specialisti ambulatoriali per: reclutamento e gestione dei pazienti affetti da patologie croniche, supportano anche le attività del SUA, e negli ambulatori infermieristici dedicati ai pazienti che accedono liberamente o dal MMG e dalla COT

Esiste una forte collaborazione e coordinamento con gli operatori dell'ADI rispetto ai pazienti presi incarico dalla CdC e sono attivi gli Ambulatori Infermieristici, Ambulatori medicazioni, educazione sanitaria e monitoraggio cronicità; E previsto il punto prelievi attivo nella giornata di Lunedì dalle ore 8:00 alle 10:00.

- **Area Specialistica Ambulatoriale** All'interno della Casa di Comunità sono erogati servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza e le specialità di seguito elencate, ovvero: (Urologia, Cardiologia, Dermatologia)

Per quanto riguarda i pazienti diabetici esiste una collaborazione fra il Servizio di Diabetologia Aziendale e la CDC SPOKE per la gestione dei pazienti diabetici mediante l'utilizzo della telemedicina (piattaforma POHEMA);

E presente un'Area di diagnostica di base: Punto Prelievi, Spirometria, ECG, Ecografie di primo livello;

- **Area socio-sanitaria:** gli Assistenti Sociali con cadenza settimanale si recano nella CDC per garantire lo sportello SUA e attraverso accordi di programma con tutti i comuni afferenti alla CDC di integrazione socio sanitaria si coordinano per la attivazione dei servizi comunali, Collaborazione nella programmazione dei servizi del PLUS, Dimissioni protette, Progetto Ritornare a Casa, Dopo di Noi, PUA UVT, COT, Cure Domiciliari, Commissione invalidi – supporto per invalidità , caregiver etc;
- **I Sistemi informativi utilizzati sono** SISaR PUA (L162/RAC). Il modulo applicativo PUA (L162, RAC) permette la gestione dei progetti socio assistenziali "Ritornare a Casa" e "Legge 162". Relativamente alle COT e alle Cure Domiciliari gli assistenti sociali vengono coinvolti prevalentemente quando è necessario il loro contributo. Tale attività è favorita dalla partecipazione degli Assistenti Sociali comunali nelle équipe di Valutazione Multidimensionale e nelle visite domiciliari integrate.

Il Servizio di Cure Domiciliari della ASL Gallura:

Il servizio di Cure Domiciliari è volto a garantire continuità di cure e prossimità alle persone fragili e non autosufficienti, con la erogazione di trattamenti infermieristici, riabilitativi, e specialistici, prestati da personale sanitario e socio sanitario, al fine di stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana

Con la Deliberazione del Direttore Generale ARES N. 75 del 01 04 2025: Stipula dei contratti con le strutture private accreditate per l'acquisto di prestazioni nel macro livello delle Cure Domiciliari di base, Cure Domiciliari integrate e Cure Domiciliari a favore dei pazienti affetti da HIV/AIDS: approvazione Piano di Acquisto delle Prestazioni (PAP) per il biennio 2025/2026.

Deliberazione del Direttore Generale ARES N. 225 del 13 10 2025:

Integrazione alla Delibera del Direttore Generale ARES Sardegna n. 75 del 01/04/2025 recante Stipula dei contratti con le strutture private accreditate per l'acquisto di prestazioni nel macro livello delle Cure Domiciliari di base, Cure Domiciliari integrate e Cure Domiciliari a favore dei pazienti affetti da HIV/AIDS: approvazione Piano di Acquisto delle Prestazioni (PAP) per il biennio 2025/2026. In Ottemperanza alla suddetta normativa nel mese di Maggio 2026 anche nel Territorio della ASL Gallura saranno esternalizzate le prestazioni del livello delle Cure Domiciliari di base, Cure Domiciliari integrate e Cure Domiciliari a favore dei pazienti affetti da HIV/AIDS, in regime di accreditamento esterno, con infermieri, fisioterapisti ed OSS.

Attraverso l'UVT l'equipe, riceve la domanda di attivazione dal setting ospedaliero anche tramite la COT su piattaforma GARSIA, e/o territoriale, direttamente attraverso il PUA.

L' UVT effettua una prima valutazione (triage) e definisce il percorso appropriato secondo criteri generali e specifici.

Una volta definito il percorso e a fronte della libera scelta della famiglia dell'ente gestore, l'equipe attiva la presa in carico. Il personale della ditta esterna accreditate/o il personale dedicato eroga l'assistenza domiciliare attuando quanto contenuto nel Piano di Assistenza Individuale con rivalutazione periodica e chiusura dello stesso da parte del MMG/PLS.

La valutazione multidimensionale è la fase fondamentale per la presa in carico del soggetto portatore di bisogno complesso e l'attivazione della rete dei servizi sociosanitari, fulcro della continuità assistenziale. Essa rappresenta un processo volto ad indagare e descrivere la tipologia e l'entità dei problemi di salute di natura fisica, psichica e funzionale di una persona non autosufficiente, individuandone le risorse e le potenzialità residue.

Questo approccio globale alla persona è attuato attraverso l'uso di scale e strumenti validati e consente di definire un progetto di cura individuale il PAI (Piano di assistenza individuale).

La VMD utilizza lo strumento individuato dalla Regione Sardegna ossia la Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane (S.Va.M.A.) presente sull'applicativo SISaR.

Lo strumento informatico in uso è **SISaR ADI**: tale modulo applicativo ADI consente di gestire l'assistenza domiciliare dell'utente in funzione del setting assistenziale rilevato dall'UVT ADI.

Il modulo consente la creazione e gestione di pratiche ADI all'interno delle quali sono registrate tutte le informazioni utili alla gestione operativa e al monitoraggio dei dati per l'assolvimento del debito informativo regionale e ministeriale.

Il modulo è, inoltre, corredato da un insieme di funzionalità di reportistica a supporto degli operatori. È inoltre prevista la cooperazione applicativa tra il modulo SISaRADI e il sistema informativo delle Ditte esterne che si occupa dell'erogazione degli accessi.

La ASL Gallura con la Delibera del DG ASL n°176 del 01/02/2011 ha istituito il Servizio di Cure Palliative domiciliari Oncologiche della ASL Gallura (Ex ASL Olbia) che è operativo su tutto il territorio ha una dotazione di 4 Medici specialisti in Cure Palliative e n. 6 Infermieri e assicura in tutto il territorio della ASL Gallura assistenza domiciliare ai pazienti oncologici in fase terminale o avanzata integrandosi con l'attività dell'Hospice di Tempio.

- Area Salute Mentale: è presente a cadenza settimanale un servizio di Psicologia clinica rivolto sia ai pazienti che agli operatori;
- Servizi per la Prevenzione: vengono attuate le campagne di screening oncologici, educazione sanitaria e servizi di promozione della salute.

E' prevista una volta la settimana la presenza della Ostetrica di Comunità per le funzioni di tale figura vedi Procedura ASL Gallura della Ostetrica di Comunità.

Piano delle Attività Infermieristiche

L'Infermiere provvede a effettuare Accoglienza e Triage Territoriale e la Gestione Infermieristica della Cronicità quali:

- Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO, Ipertensione arteriosa, fragilità geriatrica

Effettua la:

- Valutazione infermieristica iniziale, Stratificazione del rischio clinico e sociale, Attivazione Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), orientamento ai servizi.

Attività:

- Follow-up programmati
- Educazione terapeutica

- Monitoraggio parametri clinici
- Telemonitoraggio
- Coordinamento con MMG e specialisti presenti nell' HUB di Olbia.

Prestazioni Ambulatorio Infermieristico Spoke:

- Medicazioni semplici e complesse
- Esecuzione di prelievi ematici
- Gestione e cura di lesioni cutanee/ulcere
- Rimozione punti di sutura
- Somministrazione terapia intramuscolare/sottocutanea su prescrizione medica
- Gestione stomie ed educazione all'autogestione
- Terapie iniettive ed EV
- ECG
- Gestione accessi venosi centrali e periferici
- Educazione sanitaria all'uso dei presidi

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

- Valutazione domiciliare entro 48 ore dall'attivazione
- Definizione PAI condiviso con MMG
- Monitoraggio esiti
- Dimissioni protette ospedaliere

Prevenzione e Promozione della Salute (SISP)

- Campagne vaccinali
- Educazione sanitaria individuale e di gruppo
- Programmi per caregiver

Nella CDC di Buddusò e nelle CDC della ASL Gallura verrà attivato in collaborazione con la U.O. di Oncologia dell' Ospedale Giovanni Paolo II il Progetto pilota " Ambulatorio diffuso per la prevenzione e lo screening del tumore al polmone" nei Soggetti a Rischio con l' obiettivo di avviare l' iter di prevenzione primaria per la neoplasia polmonare, con percorsi di disassuefazione dal fumo. Ai pazienti ad alto rischio,verrà offerta la possibilità di uno screening secondario per il tumore al polmone e le malattie cardiovascolari.

Verranno avviati inoltre con l' obiettivo di facilitare l' accesso agli screening gli ambulatori diffusi anche per le neoplasie della mammella, Colon retto, Cervice Uterina e Prostata.

Le modalità di accesso ai servizi della CdC sono strutturate secondo l'organizzazione distrettuale esistente.

Le diverse modalità di accesso sono:

- Accesso libero;
- Accesso su prenotazione tramite CUP
- Accesso su invio dei servizi competenti, come la Centrale Operativa Territoriale (COT), MMG o PLS, per favorire una presa in carico integrata dei pazienti.
- Attivazione diretta dall'ospedale per dimissione protetta o per continuità assistenziale.

4.1 Macro-Aree

Nella CdC sono distinte quattro Macro-Aree così come definito dal Documento Agenas 2020/2022 al fine di standardizzare ed ottimizzare l'organizzazione spaziale ed operativa della CdC.

a) Macro-area Cure Primarie con l'omonima area funzionale;

b) Macro-area Assistenza di Prossimità con le aree funzionali;

c) Macro-area Specialistica con l'area funzionale ambulatori specialistici,

d) Macro-area Servizi generali e Logistiche. una di degenza e una dedicata ai servizi generali e logistici.

Macro-area Cure Primarie		N. Ambulatori
MMG	Lunedì 14:30-16:00 Martedì 08:00-10:15 Mercoledì 10:00-13:00 e 14:30-19:30 Giovedì 11:00-13:00 Venerdì 08:00-10:15	Ambulatorio 2
PLS	Mercoledì pomeriggio Giovedì mattino e pomeriggio	Ambulatorio 4
Specialistiche Ambulatoriali	Come da schema Macro Area Specialistiche. Per Diabetologia e Pneumologia si fa riferimento ai servizi di telemedicina	Cardiologia-Endocrinologia ambulatorio 6 Neurologia ambulatorio 8
Ambulatorio Infermieristico	Dal lunedì al Venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.30	Ambulatorio 5
SUA	Giovedì dalle ore 8:30 alle ore 13.30	Ambulatorio 7
Assistente Sociale	Giovedì dalle ore 8:30 alle ore 13.30	Ambulatorio 7
Servizio Vaccinazioni Sisp	2 martedì del mese	Ambulatorio 3
Centro screening		Ambulatorio 6
Psicologo	Mercoledì 9:30-12:45	Ambulatorio 3
ADI	dal Lunedì al Sabato dalle ore 8.00 alle ore 20.00	Ambulatorio 5
Continuità Assistenziale	Dal lunedì al venerdì dalle ore 20.00 alle ore 8.00; sabato dalle ore 10.00 alle 24.00; domenica dalle ore 24.00 alle ore 8.00 del lunedì	Ambulatorio 1
Punto Prelievi	Buddusò Lunedì 8:00-10:30 Alà dei Sardi Mercoledì 8:00-10:30	Ambulatorio 5 (Buddusò)

Macro-area Assistenza di Prossimità	
Assistenza medica	attività di consulenza, televisita, supporto alla attività Infermieristica.
Servizi Infermieristici	Gestione integrata delle patologie croniche, Ambulatorio Infermieristico, attività di Triage e valutazione dei bisogni di salute, attività di Prevenzione e di educazione sanitaria, assistenza domiciliare, attività erogabili in telemedicina
Ambulatorio Infermieristico	Assistenza alle persone/caregiver che necessitano di interventi infermieristici di tipo tecnico ed educazione alla salute, in raccordo con il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta.
Punto Unico di Accesso	Informazione e orientamento per fruizione dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, raccolta richieste per attivazione A.D.I, protesica, farmacia territoriale.
Assistente Sociale- Sportello SUA	Raccordo e attivazione dei servizi per i cittadini che vivono una situazione di fragilità; raccordo con i servizi sociali comunali per una valutazione multidimensionale e progetti individualizzati di presa in carico
Servizi per la comunità	Sala riunioni polivalente per incontri con i rappresentanti del 3 settore.

Macro-area Specialistica						
AMBULATORI	LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI	SABATO
ENDOCRINOLOGIA					08:00-14:00	
NEUROLOGIA				08:00-13:00	08:00-13:00	
CARDIOLOGIA				08:00-14:00		

Per le altre patologie ad elevata prevalenza (diabetologia, ortopedia, pneumologia, ortopedia, ecc.) si garantirà l'assistenza attraverso la telemedicina con il supporto degli specialisti della CdCHub e degli altri servizi aziendali.

Macro-area Servizi Generali e Logistiche	
Area Amministrativa	Front-office
FRONT OFFICE – SERVIZIO SCELTA E REVOCA	Prima fase di accoglienza e informazione all'utente sull'accesso ai servizi, a cura di personale amministrativo.
CUP	Visite ed esami possono essere prenotati con impegnativa Dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 18.00 Telefono 070 4675090
Servizi di accoglienza per personale	Sale riunioni, polivalenti dedicate alle attività socio-sanitarie rivolte alla comunità
Servizi Logistici	Depositi e archivi
Locali Tecnici	Centrale termica

5. Dotazione Strutturale e tecnologica

Le CdC Spoke sono dotate di strumentazioni medicali e dispositivi medici, tenendo conto dell'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento, personalizzando, pertanto, le strumentazioni in base alle esigenze specifiche della Comunità.

Le apparecchiature di area specialistica presenti nella CdC di Buddusò sono:

CARDIOLOGIA Ambulatorio 8	
ELETTROMEDICALI	QUANTITA'
SONDA ECOGRAFICA	3
ELETTROCARDIOGRAFO	1
RIPRODUTTORE VIDEO O DIGITALE DI BIOIMMAGINI	1

DERMATOLOGIA	
ELETTROMEDICALI	QUANTITA'
DERMATOSCOPIO	1

ALTRO	
ELETTROMEDICALI	QUANTITA'
DAE+CARRELLO URGENZA	1
ECOGRAFO	1
TRASFORMATORE DI ISOLAMENTO PER APPARECCHIATURA BIOMEDICA	1

DOTAZIONE	
ELETTROMEDICALI	QUANTITA'
DAE+Carrello Emergenza dotato di tutte le attrezzature e dispositivi, farmaci per interventi di RCP e Check list di controllo.	1
FRIGORIFERO BIOLOGICO	1

Si allega elenco delle apparecchiature elettromedicali certificato dal servizio ingegneria clinica di ARES Sardegna.

6. Integrazione e Rete territoriale

Per garantire un'efficace assistenza sanitaria, si stà implementando una rete di interconnessione tra gli operatori delle CdC Hub e Spoke e con gli altri operatori della filiera assistenziale.

In particolare, è attivo un sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale e con gli altri sistemi regionali e aziendali, per facilitarne l'organizzazione e l'accesso ai servizi e l'interoperabilità tra i vari attori coinvolti, come i MMG, i PLS e i medici di continuità assistenziale (MCA), oltre al paziente stesso.

Al fine di facilitare la comunicazione all'interno della rete di cura e tra professionisti, favorire la sicurezza delle cure, accedere alle informazioni in tempi rapidi, saranno attivate modalità di cooperazione applicativa tra i software in uso nei diversi setting assistenziali e il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Tutto ciò deve avvenire nel rispetto degli standard di interoperabilità definiti dalle linee guida nazionali, per una comunicazione condivisa orientata al supporto nella gestione della documentazione sociosanitaria degli assistiti, allo scambio di informazioni aggiornate e al confronto professionale facilitato. Attraverso la piattaforma POHEMA sarà possibile erogare prestazioni con la modalità di teleconsulenza, teleconsulto all'interno dell'equipe territoriali e ospedaliere e nel rispetto del diritto alla privacy del paziente.

Lo strumento attualmente in uso è la Cartella Ambulatoriale **SISaR AMB** progettato per supportare la gestione delle attività ambulatoriali, sia per prestazioni richieste da pazienti esterni tramite area CUP

la Cartella Ambulatoriale consente gestione del piano di lavoro ambulatoriale dalla presa in carico del paziente, alla compilazione dell'anamnesi e dell'esame obiettivo, fino alla refertazione.

Il referto prodotto può essere firmato digitalmente dal medico, assicurando validità legale e integrità del documento, e successivamente inviato al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) per la consultazione da parte degli aventi diritto.

Il medico può registrare anamnesi ed esame obiettivo, redigere il referto e firmarlo digitalmente

Per quanto riguarda Il supporto informativo per la Continuità Assistenziale lo strumento in uso è: SISaR CCACA/CCAGM: la Cartella Ambulatoriale di Guardia Medica è uno strumento applicativo dedicato alla gestione degli accessi e delle attività sanitarie erogate presso i servizi di Guardia Medica e Guardia Turistica distribuiti sul territorio re-

gionale, con l'obiettivo di garantire continuità assistenziale, tracciabilità delle prestazioni e completezza della documentazione clinica

L'identificazione delle modalità di integrazione si basa inoltre sull'individuazione di:

1) Strumenti e procedure;

- PDTA aziendali e regionali esistenti e programmi strutturati di presa in carico della cronicità, Scompenso, Diabete e BPCO;
- Condivisione di cartelle cliniche e di piattaforme tra gli attori che contribuiscono alla presa in carico (ad esempio specialisti ospedalieri e territoriali, MMG, IFeC);
- COT per la transizione fra i diversi setting assistenziali
- NEA 116117 attivo.

2) Modelli operativi;

- L'integrazione avviene con la distribuzione di ruoli e responsabilità sulla base di percorsi integrati ospedale-territorio e territorio-territorio;
- Equipe itineranti, un team multiprofessionale che si sposta per erogare prestazioni ambulatoriali nella CdC SPOKE in determinati giorni e fasce orarie;
- Teleconsulto tra professionisti (sia tra specialisti ospedalieri e territoriali sia tra essi e i MMG/PLS).

In attesa dell'implementazione della piattaforma informatica POHEMA verrà utilizzato in via temporanea uno strumento cartaceo condiviso tramite la mail aziendale o altri applicativi già attivi per favorire l'integrazione dei MMG, PLS e specialisti presso le CdC e con gli IFeC.

La CdC lavora in rete con la COT Aziendale presente nella CDC HUB che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e con la rete dell'emergenza-urgenza".

La piattaforma in uso è Garsia COT utilizzata da tutti gli operatori anche dei PASS nella gestione delle segnalazioni trasmesse alla COT, per favorire la presa in carico del paziente da un setting assistenziale verso un altro ed in particolare per gestire le diverse tipologie di transizione:

- Transizione Ospedale - Territorio;
- Transizione Territorio - Territorio.

Sarà previsto inoltre il collegamento fra la CDC di Buddusò e gli Ospedali di Comunità di Olbia, Tempio, La Maddalena.

L'Ospedale di Comunità ha la finalità di evitare ricoveri ospedalieri potenzialmente inappropriati e di favorire dimissioni protette in luoghi idonei alla stabilizzazione clinica, al recupero funzionale e all'addestramento del degente e/o suo caregiver per favorire l'autonomia e autocura o, in caso di persone non autosufficienti e in assenza di caregiver adeguato, come ricovero in attesa di trovare un contesto di cura e assistenza stabile.

Ha inoltre lo scopo di favorire l'integrazione con la rete territoriale (Case della Comunità, MMG, PLS, Continuità Assistenziale, servizi domiciliari e sociali), ridurre ricoveri impropri nei reparti per acuti e migliorare la continuità Ospedale-Territorio. L'OdC costituisce un setting ideale per promuovere una maggiore integrazione sia con la Comunità locale (associazioni di volontariato) che con i Servizi Sociali.

La collaborazione tra ambito sanitario e sociale e la comunità locale rappresenta un elemento qualificante dell'OdC e della CDC a garanzia di una risposta ad un ampio insieme di bisogni e di tempestiva programmazione delle dimissioni.

Inoltre, la collaborazione con le associazioni di volontariato potrà offrire un utile contributo anche nella rilevazione della qualità percepita dei pazienti e dei familiari/caregiver in entrambi gli ambiti

7. Partecipazione della Comunità

La Casa della Comunità è concepita non solo come presidio sanitario territoriale, ma come luogo di partecipazione attiva della comunità locale, secondo il modello di sanità di prossimità previsto dal Servizio Sanitario Nazionale e rafforzato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Missione 6 – DM 77/2022).

Attualmente sono attive delle convenzioni con le associazioni di volontariato quali AVIS, AVO e a breve verranno attivate ulteriori collaborazioni e convenzioni con le associazioni di volontariato e dei pazienti per favorire la partecipazione attiva dei cittadini (verrà attivato uno Sportello di ascolto orientato alla raccolta dei bisogni territoriali e somministrati periodicamente dei Questionari di gradimento dei servizi offerti).

Saranno inoltre organizzati Incontri pubblici informativi anche nelle scuole e nei luoghi di incontro) con l'obiettivo di rafforzare la co-progettazione territoriale, sviluppare prevenzione e promozione della salute, costruire una rete comunitaria di supporto.

La Casa della Comunità opera come nodo di raccordo tra:

- ASL
- Comuni
- Servizi sociali
- Scuole
- Parrocchie
- Associazionismo
- Servizi per anziani e disabili

La partecipazione attiva della comunità diventa parte integrante nella programmazione, valutazione e miglioramento degli interventi di salute avvalendosi di iniziative di educazione sanitaria, progetti di prevenzione per la popolazione di riferimento, supporto ai caregiver e di contrasto alla solitudine. Gli strumenti di monitoraggio definiti dal modello di assistenza territoriale del DM 77/22 per valutare la qualità percepita dall'utente, l'accessibilità, l'appropriatezza e i risultati in termini di salute, previsti per la CdC sono: i questionari di soddisfazione degli utenti, report periodici sull'andamento dei servizi e delle iniziative di partecipazione. Saranno favoriti

momenti di promozione e partecipazione alla co produzione di tutti coloro che rivestono ruoli attivi in ambito istituzionale locale, sanitario e sociale, religiose, pazienti, familiari, caregiver, associazioni rappresentative di pazienti e di volontariato come previsto dal DM 77/2022

La Asl Gallura ha attivato Il Corso di formazione Assistenza Territoriale Integrata - Il nuovo modello organizzativo secondo il D.M. n. 77/2022 ha preso avvio dal 19 Marzo 2026 e si concluderà il 10 Giugno 2026.

Sono state coinvolte tutte le figure che operano nei contesti territoriali, quali Ospedali di Comunità e Case di Comunità:

- Medici di medicina generale (MMG), Pediatri di libera scelta (PLS), Specialisti Ambulatoriali,
- Medici del Distretto, Infermieri, Operatori Socio-Sanitari (OSS), Ostetriche e altre professioni sanitarie
- Psicologi, Assistenti sociali
- Personale amministrativo
- Operatori dei servizi sociali integrati
- Operatori dei PASS
- Amministrativi

Le ore di Corso sono 32 e saranno formati complessivamente circa 240 Operatori.

7. Allegati

PLANIMETRIA CDC SPOKE BUDDUSO'

