

DOCUMENTO DI PRESENTAZIONE DELLA CASA DI COMUNITÀ SPOKE DI LA MADDALENA

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 LA MADDALENA |
| Sede | Località Padule La Maddalena |
| CUP | I62C22000190006 |
| Tipologia | Spoke |
| Tipologia di intervento PNRR | Interventi di manutenzione straordinaria – TAG 026 |
| Data di inizio funzionamento** | 20.05.2026 |

2. Introduzione

La presente sezione delinea il quadro generale di riferimento della Casa di Comunità Spoke di La Maddalena, 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 riferimento. 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 La Maddalena nasce con l'obiettivo di creare un punto unico di accesso ai servizi sanitari e sociali, 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 La Maddalena è uno 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 |
| | La Maddalena | La Maddalena | 1 |
| | Olbia | S. Teresa Gallura | 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 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.

La realizzazione dell'intervento in oggetto, ha reso idonea la struttura sita presso il Comune di La Maddalena in località Padule, 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

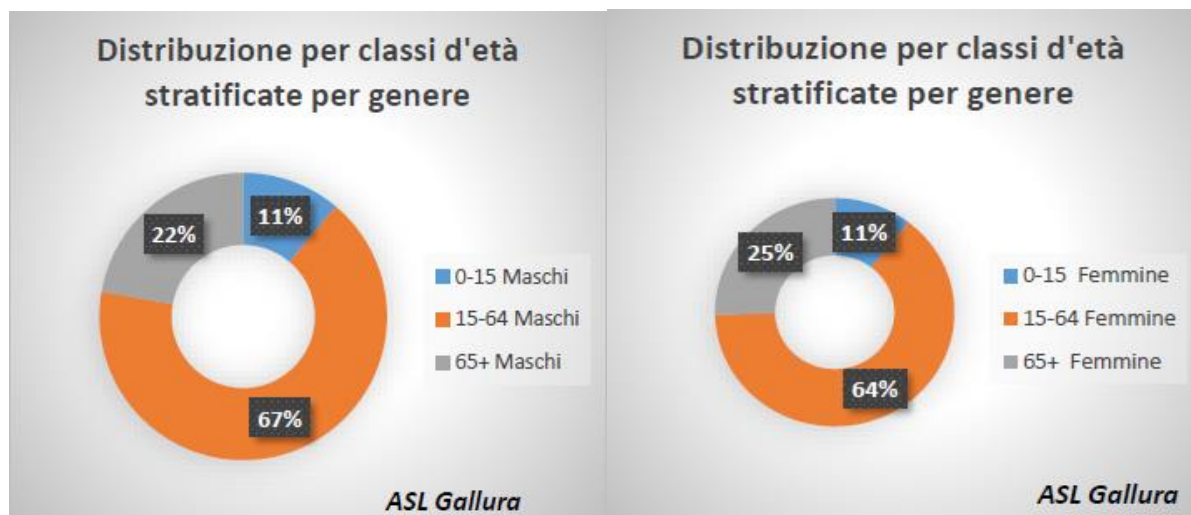
Il contesto in cui opera l'ASL Gallura è caratterizzato da una pluralità di bisogni e da rapidi mutamenti della struttura socio-demografica che comportano perciò una gestione improntata alla ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi.

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.



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.

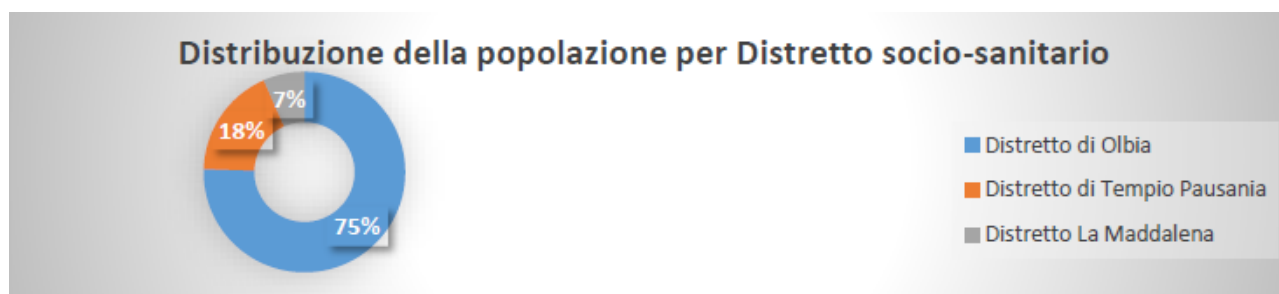
Infine, l'indice di ricambio è pari al 163,4%: tale valore può sottintendere un aumento della tendenza alla disoccupazione dei giovani in cerca di prima occupazione.

| | 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.**

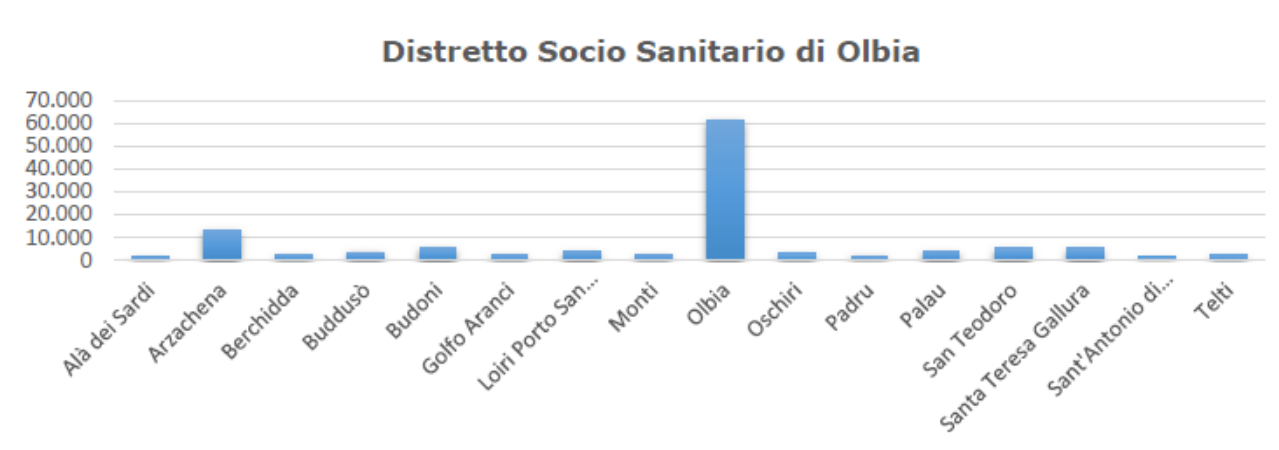
La distribuzione della popolazione per Distretto è fortemente disomogenea, il Distretto più popoloso è il Distretto di Olbia dove è concentrato il 75% della popolazione, segue il Distretto di Tempio Pausania con il 18% e il Distretto della Maddalena con il 7% del totale della popolazione residente.



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)



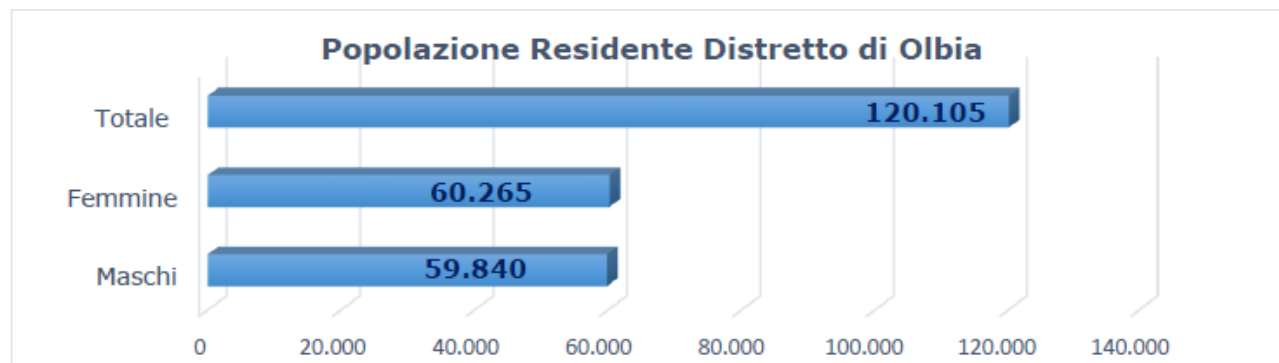
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

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%).

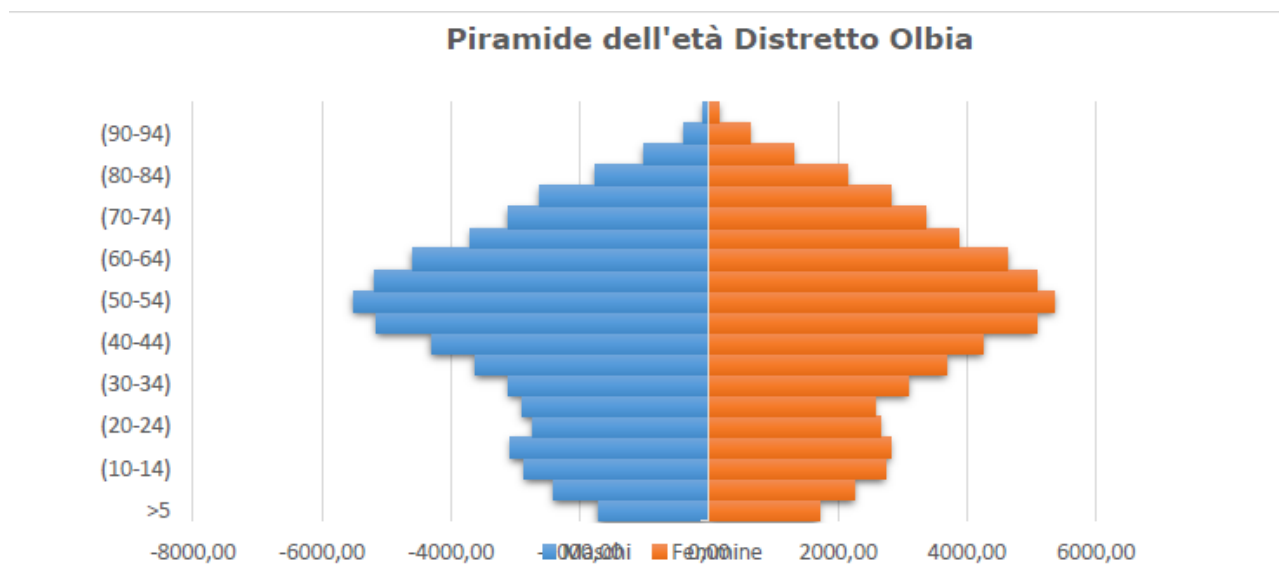
L'indice di struttura della popolazione si attesta al 162,5% ciò significa che è ancora la fascia lavorativa più giovane a prevalere su quella più anziana.

| 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)



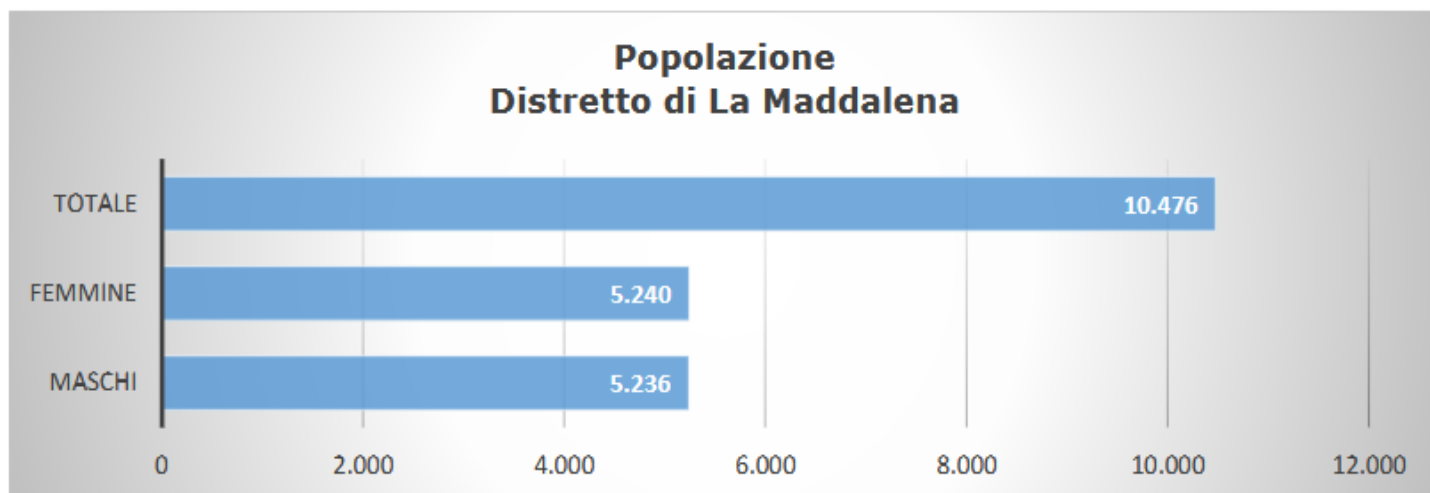
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)



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.



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

La popolazione residente nel Distretto Socio Sanitario di La Maddalena risulta pari a 10.476, che rappresenta il 7% della popolazione della Azienda Sanitaria Gallura. La percentuale di anziani, cioè di persone di età uguale o superiore a 65 anni, è pari a 2.902 unità che rappresenta il 28% della popolazione. La fascia d'età di popolazione tra i 15 e i 64 anni rappresenta il 63% della popolazione.

| 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 |
|---------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| 299,8 | 58,6 | 197,5 | 171,2 | 14,2 |

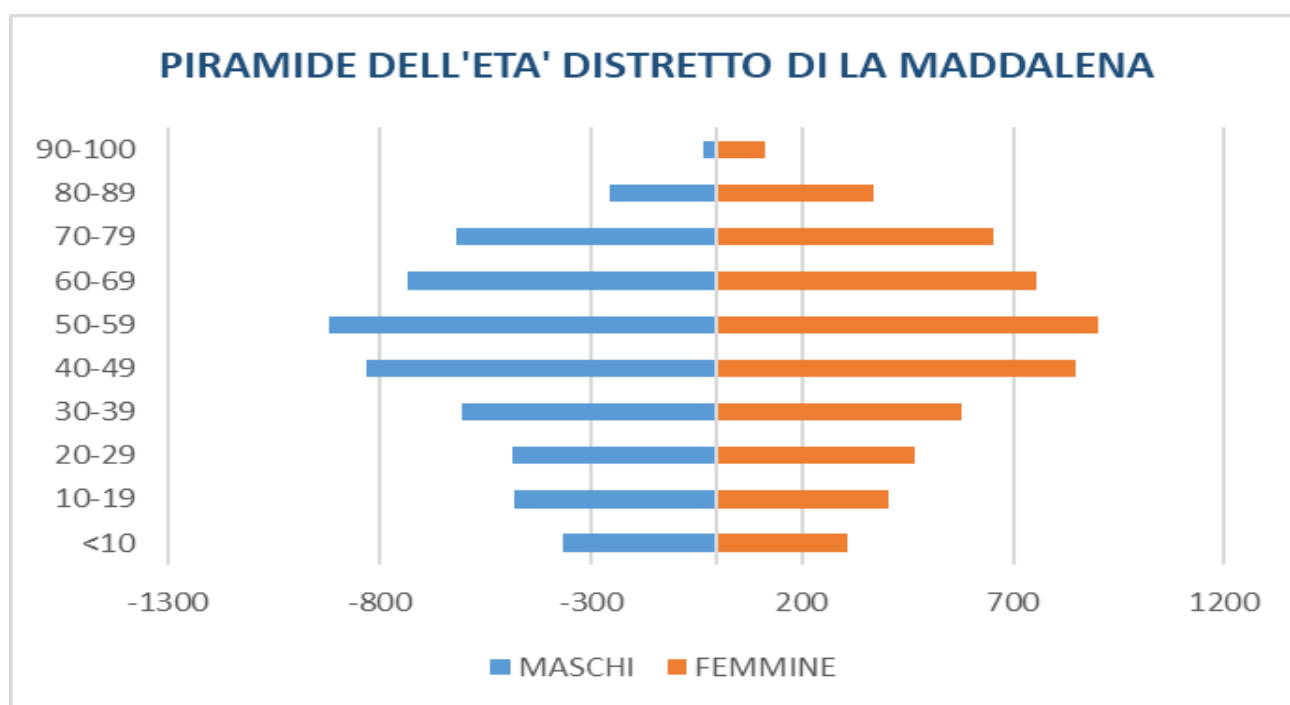
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

Nel Distretto socio sanitario di La Maddalena l'indice di vecchiaia della popolazione risulta pari a 299,8 %, valore superiore sia a quello regionale (266,6%), che a quello nazionale (199,8). L'indice di dipendenza strutturale presenta un valore, pari al 58,6%, e superiore rispetto sia a quello regionale (58,5%) e a quello nazionale (57,6%).

L'indice di struttura della popolazione si attesta al 171,2 % ciò significa che è ancora la fascia lavorativa più giovane a prevalere su quella più anziana.



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)



L'aspetto piramidale evidenzia una bassa natalità senza significativa differenza tra i sessi. Le classi maggiormente rappresentative sono quelle centrali. La bassa numerosità statistica delle classi d'età più giovani conferma la tendenza allo spopolamento (un modesto aumento dei flussi migratori in ingresso e una crescita dei flussi in uscita) dovuto a diversi fattori socio economici. La struttura della piramide conferma una tendenza all'invecchiamento della popolazione.

L'isola di La Maddalena, la maggiore dell'arcipelago, situata sulla costa meridionale e sviluppata verso il centro e la parte orientale dell'isola, si estende per 51,67 kmq.

La Maddalena è un'isola del nord-est della Sardegna, composta da diverse isole minori con collegamenti via traghetto da Palau ed una popolazione residente di 10.488 abitanti con un incremento stagionale legato al turismo.

Il trasporto verso ospedali maggiori richiede l'attivazione di traghetti o elicotteri.

L'accesso limitato a servizi sanitari complessi, rende necessaria l'attivazione della Casa della Comunità di La Maddalena che opera in un contesto di insularità, elemento che rende la struttura ancora più cruciale per garantire la continuità assistenziale e ridurre la necessità di spostamenti verso la terraferma.

La CDC di La Maddalena è operativa 6/7gg h12 e garantisce assistenza sanitaria e sociosanitaria integrata, assistenza specialistica ambulatoriale (Urologia, Dermatologia, Cardiologia, Reumatologia), e presenza di MMG, e dei medici della continuità assistenziale (in maniera discontinua per le difficoltà di reclutamento delle figure professionali), ambulatorio infermieristico e ADI, servizio vaccinazioni SISP, assistente sociale e psicologo.

Mappa di La Maddalena



Descrizione generale della struttura

La CdC di La Maddalena è un presidio sanitario territoriale classificato come Spoke ubicato in Loc. Padule snc nel comune di La Maddalena ed opera in raccordo funzionale con la CdC Hub di Olbia e con la COT. La realizzazione della Casa della Comunità ha come obiettivo quello di superare la concezione di servizio e di erogazione di mera prestazione sanitaria, e la valorizzazione delle diverse risorse presenti nel contesto in cui è inserita, in grado di creare connessioni tra soggetti istituzionali e non che possono diventare una base importante e contribuire per accelerare processi sociali di comunità.

La struttura è inserita in un contesto urbano facilmente accessibile e raggiungibile con i mezzi di trasporto. Per renderla idonea sono stati effettuati interventi di adeguamento.



La struttura è articolata su due piani e dispone dei seguenti locali, come da planimetria allegata:

Ingresso dotato di postazione di portineria; il piano terra si articola su due corridoi sul primo dei quali si affacciano gli ambulatori di tre MMG e un Ambulatorio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) al momento non operativo per carenza di medici e temporaneamente destinato all'attività di liberi professionisti che prestano la propria opera nei confronti dei pazienti momentaneamente privi di assistenza; la postazione del servizio di vigilanza; il deposito pulito. Sul lato opposto del corridoio sono posizionati i locali di servizio (due servizi igienici per l'utenza; sala riposo continuità assistenziale, momentaneamente utilizzata dal personale come sala relax, spogliatoi per il personale con i servizi igienici, deposito sporco e deposito presidi.

Sul secondo corridoio si affacciano due ambulatori specialistici polifunzionali, due servizi igienici e l'ambulatorio infermieristico.

Al piano terra si trovano inoltre l'ufficio amministrativo polifunzionale, un ambulatorio di MMG e l'ambulatorio oculistico, attualmente utilizzato da un libero professionista con funzioni ASCOT in mancanza di specialisti.

Al primo piano della struttura si affacciano sull'atrio, utilizzato come sala d'aspetto, l'ufficio della Direzione di Distretto; l'ufficio dell'assistente sociale; il servizio di distribuzione dei farmaci territoriali; l'ambulatorio degli infermieri ADI; l'ufficio del coordinatore infermieristico (IFO); l'ambulatorio di Igiene Pubblica e l'ambulatorio diabetologico.

Al momento gran parte del primo piano è occupato dal Servizio di Riabilitazione, del quale è allo studio il trasferimento presso il P.O. Paolo Merlo al fine di espandere gli spazi dedicati agli ambulatori e servizi della Casa di Comunità.

L'importo totale del finanziamento è pari a € 763.846,60 di cui € 694.406,00 di finanziamento Ministeriale e € 69.440,60 di finanziamento Fondi FOI.

| RIEPILOGO SOMME | |
|--|-------------------|
| I) IMPORTO FINANZIAMENTO PNRR | 694 406,00 € |
| II) ULTERIORI FONDI (FOI 2023 RGS n. 195 del 06.10.2023 e n. 211 del 17.11.2023) | 69 440,60 € |
| SOMMANO | 763 846,60 |

3. Organizzazione del Personale

La CDC di La Maddalena garantisce la presenza medica H12 – 6 giorni su 7 attraverso:

Attività medica in sede: Ambulatorio aperto dalle 08:00 alle 20:00. Il servizio sarà assicurato da medici del ruolo unico, medici con contratto libero-professionale e supportato dai medici della Continuità Assistenziale.

Attività specialistica: Data la natura insulare, il calendario specialistico è potenziato per ridurre il gap di mobilità:

| | |
|--------------|---|
| urologia | lunedì 08:00 - 14:00 |
| dermatologia | martedì 09:00 - 14:00 |
| cardiologia | Mercoledì 08:00 - 13:00 |
| reumatologia | Giovedì 09:30 - 13:00) con accesso mensile ogni 3° giovedì del mese |
| geriatria | Martedì 10.00 – 13.00 |

Altre specialità (diabetologia, ecc.) sono garantite tramite telemedicina e accessi programmati.

E' disponibile un cospicuo monte orario per l'attribuzione di incarichi di medicina specialistica nelle branche di **endocrinologia, neurologia, oculistica, ortopedia** e **otorinolaringoiatria** per le quali è in corso il reclutamento del personale, con difficoltà dovute alla carenza di specialisti nel territorio.

Presenza Infermieristica:

- Attività in sede 08:00 – 14:00 (6/7 giorni).
- Fascia pomeridiana 14:00 – 20:00 garantita in sede e/o in coordinamento con la Centrale Operativa Territoriale (COT) e L' Hub di riferimento.
- Nei festivi, la continuità è garantita in raccordo con la CdC Hub e tramite telemedicina e Numero Unico 116117.

3.1 Assetto Organizzativo del Personale

Direzione e Coordinamento

- Responsabile della Struttura (Dirigente sanitario)
- IFO II Livello Coordinamento CDC La Maddalena

Dotazione Organica Attuale

| Figura professionale | Numero |
|-----------------------------------|------------------------|
| Infermieri di Famiglia e Comunità | 1 |
| Infermieri ambulatoriali | 1 |
| MMG/PLS in forma aggregata | 4+ 3 ASCOT |
| Specialisti ambulatoriali | Secondo programmazione |
| Assistente sociale | 1 |
| OSS | 2 |
| Personale amministrativo | 3 |

I servizi erogati presso la CdC di La Maddalena sono i seguenti:

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 dietro convocazione dell'UVT partecipano agli incontri di équipe multi professionale, nei quali 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, degli obiettivi da raggiungere e le tipologie di servizi sanitari, sociosanitari e sociali da attivare. Alla valutazione multidimensionale partecipano anche gli Assistenti Sociali, lo Psicologo, l'Assistente Sociale del comune di riferimento dell'utente, medici specialisti, Fisioterapisti, il Medico UVT ed eventuali altri professionisti a seconda dei bisogni dell'utente.

La Continuità Assistenziale è prevista dalle ore 20:00 alle ore 24:00 e dalle ore 24:00 alle ore 8:00 dal lunedì al venerdì, e dalle ore 10:00 alle ore 8:00 il sabato e dalle ore 08:00 alle ore 8:00 la domenica.

L'accesso è anche 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 La Maddalena sono presenti n° 1 IFeC e n.1 Infermiere dedicato alla specialistica ambulatoriale; è garantita la copertura del servizio h 6 dalle ore 8:00 alle ore 14:00, 6 giorni su 7, 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 telemonitoraggio dei pazienti cronici di tutto il territorio della ASL Gallura; tali figure collaborano con i MMG/PLS e con gli Specialisti ambulatoriali per il reclutamento e la gestione dei pazienti affetti da patologie croniche, supportano anche le attività del PUA, e operano anche 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. Sono inoltre attivi gli Ambulatori Infermieristici, nei quali sono effettuate diverse attività quali medicazioni, attività di educazione sanitaria e programmi di monitoraggio della cronicità;

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: Cardiologia, Urologia, Dermatologia, Reumatologia, Geriatria;

Per quanto riguarda i pazienti diabetici è presente un Ambulatorio di Diabetologia Aziendale con n. 2 Infermieri dedicati alla gestione dei pazienti diabetici del territorio che vengono seguiti dai medici specialisti mediante l'utilizzo della telemedicina (piattaforma POHEMA) e con accessi programmati;

È presente un'area di diagnostica di base con possibilità di effettuare spirometrie, ECG, Ecografie di primo livello; ossimetria. Sono presenti DAE e Carrello della Emergenza dotato di tutti i presidi e dispositivi necessari alla RCP con check list di controllo.

Area socio-sanitaria: E' presente l'Assistente Sociale che presidia lo sportello PUA e, attraverso accordi di programma con le istituzioni comunali afferenti alla CDC di integrazione socio sanitaria, si coordina per l'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 l'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.

La Deliberazione del Direttore Generale ARES N. 75 del 01 04 2025 stipula i 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 del Piano di Acquisto delle Prestazioni (PAP) per il biennio 2025/2026.

Deliberazione del Direttore Generale ARES N. 225 del 13 10 2025: (ad 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 sia 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 SISaR ADI e il sistema informativo delle Ditte esterne che si occupa dell'erogazione degli accessi. Attualmente nella CDC di La Maddalena sono presenti n.2 Infermieri dedicati alle Cure Domiciliari.

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: attraverso la collaborazione con il CSM di Olbia nella CDC di La Maddalena vengono garantite le terapie dei pazienti con disturbi psichici in trattamento è presente inoltre a cadenza mensile un servizio di Psicologia clinica rivolto sia ai pazienti che agli operatori;
- Servizi per la Prevenzione: vengono effettuate le vaccinazioni con cadenza ogni 15 giorni o una volta al mese, vengono inoltre attuate le campagne di screening oncologici, educazione sanitaria e servizi di promozione della salute.
- Servizi Amministrativi: è presente personale amministrativo per gestione di pratiche amministrative quali scelta e revoca del MMG

3.2 Equipe multidisciplinare

L'Equipe multidisciplinare è composta dalle seguenti figure professionali: MMG sotto forma di ASCOT e AFT, Medici di Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali, PLS, Psicologo, Infermieri di Famiglia e Comunità, OSS, Assistente Sociale, Fisioterapista,

Personale medico:

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

La Continuità Assistenziale: è prevista dalle ore 20:00 alle ore 08:00 dal lunedì al venerdì, dalle ore 10:00 alle ore 8:00 il sabato e dalle ore 08:00 alle ore 8:00 la domenica. L'accesso è anche mediato e garantito dal NEA di Regione Sardegna 116117.

Vengono fornite 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.

Coordinatore Infermieristico CDC SPOKE La Maddalena

Il Coordinatore della suddetta CDC coordina anche le CDC di Arzachena e Santa Teresa.

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 di CDC

Le sue principali funzioni comprendono la prevenzione delle malattie, l'assistenza a malati e persone con disabilità di ogni età, e la promozione dell'educazione sanitaria. Svolge le seguenti attività:

- 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.
- 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.

2. Gestione delle risorse e degli interventi sociali;

3. Interventi in caso di situazioni di vulnerabilità:

4. 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.

La CdC rappresenta il luogo in cui il SSN si incontra, coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali dei comuni afferenti alla CDC proponendo un approccio intra-settoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei molteplici ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni, tenendo conto principalmente della dimensione personale dell'assistito.

La CdC intende rapportarsi con le istituzioni sociali del territorio, a partire dal PLUS di riferimento e relazionarsi con gli stakeholders presenti nel Distretto affinché venga realizzato un progetto di innovazione in cui la stessa comunità degli assistiti diventi, non solo destinataria dei servizi ma parte attiva nella valorizzazione e nello sviluppo delle competenze ivi presenti. Tale azione potrà consentire di delineare nuove soluzioni di servizio, contribuendo a costruire e organizzare le opportunità di cui la comunità ha bisogno al fine di migliorare la qualità della vita degli utenti e dell'intero territorio, rimettendo al centro dei propri valori le relazioni e la condivisione.

Gli assistenti sociali della CDC collaborano nella programmazione dei servizi del PLUS, con un coinvolgimento attivo nelle: Dimissioni protette, Progetto Ritornare a Casa, Dopo di Noi, inserimenti di utenti in Cure Domiciliari, Commissione invalidi).

A tal proposito è stato stilato un Accordo di programma territoriale inter istituzionale, secondo lo schema adottato dalla Regione Sardegna, di collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità con tutti i comuni afferenti alla CDC Spoke di La Maddalena.

Fisioterapista della CDC

Il fisioterapista che opera all'interno della CDC appartiene al Servizio e Rieducazione Funzionale del Distretto di Olbia è un operatore sanitario responsabile delle cure fisioterapiche, le funzioni principali sono la prevenzione della disabilità, cura e riabilitazione ed educazione sanitaria. Tra le attività principali, esso:

- partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività, contribuendo alla definizione degli obiettivi riabilitativi;

- individua i bisogni di prevenzione, cura e riabilitazione della persona e della collettività;
- pianifica, gestisce e valuta l'intervento fisioterapico/riabilitativo;
- utilizza strumenti e tecniche riabilitative finalizzati all'empowerment dell'assistito e del caregiver/famiglia;
- utilizza strumenti di teleriabilitazione;
- fornisce consulenza per la scelta e l'uso degli ausili;
- garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- opera sia in autonomia professionale sia collaborando con gli altri operatori sanitari e sociali;
- si avvale, se necessario, del personale di supporto.

Ostetrica di Famiglia e Comunità

Entro il mese di Maggio 2026 L'ostetrica di comunità sarà presente nella CDC di La Maddalena. E' una figura professionale che orienta la sua attività per promuovere la salute della donna, della coppia e della famiglia in tutte le fasi della vita, con particolare attenzione a gravidanza, puerperio e allattamento. Le principali funzioni:

- Promozione e prevenzione della salute (educazione alla salute sessuale e riproduttiva; informazione su contraccezione e pianificazione familiare; prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse; promozione di stili di vita sani in gravidanza)
- Assistenza in gravidanza fisiologica
- Monitoraggio della gravidanza a basso rischio
- Controllo dei parametri materni e del benessere fetale
- Prescrizione di esami previsti dai protocolli (secondo normativa regionale)
- Individuazione precoce di situazioni a rischio e invio allo specialista
- Preparazione alla nascita
- Conduzione di corsi di accompagnamento alla nascita
- Supporto emotivo alla coppia
- Informazioni su travaglio, parto, gestione del dolore
- Assistenza nel puerperio
- Visite domiciliari dopo il parto
- Valutazione dell'involuzione uterina e dello stato di salute materno
- Supporto nell'adattamento al nuovo ruolo genitoriale

- Sostegno all'allattamento
- Promozione dell'allattamento al seno
- Supporto psico-sociale
- Ascolto attivo e sostegno emotivo
- Individuazione precoce del disagio psicologico o depressione post-partum
- Collaborazione con altri professionisti (psicologo, assistente sociale, pediatra)
- Integrazione con medico di medicina generale, pediatra e ginecologo
- Attivazione dei servizi territoriali quando necessario.

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

Piano delle Attività Infermieristiche e servizi offerti dalla Casa della Comunità Spoke

Accoglienza e Triage Territoriale

- Valutazione infermieristica iniziale
- Stratificazione del rischio clinico e sociale
- Attivazione Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)
- Orientamento ai servizi
- Standard: presa in carico entro 72 ore dalla segnalazione

Gestione della Cronicità

Patologie prioritarie:

- Diabete mellito
- Scompenso cardiaco
- BPCO
- Ipertensione arteriosa
- Fragilità geriatrica

Attività:

- Follow-up programmati
- Educazione terapeutica
- Monitoraggio parametri clinici
- Telemonitoraggio
- Coordinamento con MMG e specialisti

Ambulatorio Infermieristico Spoke

Prestazioni:

- Medicazioni semplici e complesse
- 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
- Screening oncologici in collaborazione con Dipartimenti competenti

Nella CDC di La Maddalena e nelle CDC della ASL Gallura è attivo, 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 al fumo. Ai pazienti ad alto rischio, viene offerta la possibilità di uno screening secondario per il tumore al polmone e le malattie cardiovascolari.

Sono stati 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 |
|---------------------------------|--|----------------------|
| Medico ASCOT- MMG | Da lunedì al Sabato dalle ore 8:00 alle 20:00 | 2 |
| Ambulatorio Infermieristico | | 1 |
| Specialistiche Ambulatoriali | Reumatologia-Cardiologia-Urologia-Dermatologia | 2 |
| Assistente Sociale | Martedì dalle ore 8.00 alle ore 14.00 | 1 |
| ADI | dal lunedì al sabato dalle ore 8.00 alle ore 20.00 | 1 |
| 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. | 1 |

| Macro-area Assistenza di Prossimità | |
|--|---|
| Assistenza medica | attività di consulenza, televisita |
| Servizi Infermieristici | 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- SUA | Informazione e orientamento per fruizione dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, raccolta richieste per attivazione A.D.I, protesica, farmacia territoriale. |
| Assistente Sociale | 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 | |

L'attività specialistica è orientata alla prossimità delle cure, riducendo la mobilità verso il presidio ospedaliero per le prestazioni di primo livello e di controllo. Di seguito si riporta l'assetto attuale e programmato:

| Macro-area Specialistica | | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|----------------|------------------|-----------------------------------|----------------|---------------|
| <u>AMBULATORI</u> | LUNEDI | MARTEDI | MERCOLEDI | GIOVEDI | VENERDI | SABATO |
| UROLOGIA | 8.00-14.00 | | | | | |
| CARDIOLOGIA | | | 8.00-13.00 | | | |
| GERIATRA | 3 ORE SETTIMANA PER VMD | | | | | |
| REUMATOLOGIA | | | | 1 VOLTA AL MESE 9,30- 13.00 | | |
| DERMATOLOGIA | | 9.00-14.00 | | | | |

Ore di Specialistica richieste

| Specialità | Ore/Settimana | Note Operative |
|-----------------------------|----------------------|-----------------------------------|
| Endocrinologia | - | Personale in fase di reclutamento |
| Neurologia | - | Personale in fase di reclutamento |
| Oculistica | - | Personale in fase di reclutamento |
| Ortopedia | - | Personale in fase di reclutamento |
| Otorinolaringoiatria | - | Personale in fase di reclutamento |

| 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. Lunedì e Mercoledì dalle ore 09-ore 12.00 |
| PRENOTAZIONI CUP | Visite ed esami possono essere prenotati con impegnativa per telefono dal lunedì al venerdì dalle ore 08.00 alle ore 18.00 al numero 070 276424 o 070 474747, mentre presso la Casa di Comunità è aperto lo sportello fisico il lunedì e il mercoledì dalle 09.00 alle 12:00 |
| Servizi di accoglienza per personale | Spogliatoi per il personale, area relax |
| Servizi Logistici | Depositi, archivi, isola ecologica |
| Locali Tecnici | Centrale Termica |

5.

6.

7.

8. 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 La Maddalena sono:

| CARDIOLOGIA Ambulatori polifunzionali | |
|--|-----------|
| ELETTROMEDICALI | QUANTITA' |
| ELETTROCARDIOGRAFO | 1 |

| DERMATOLOGIA Ambulatori polifunzionali | |
|---|-----------|
| ELETTROMEDICALI | QUANTITA' |
| DERMATOSCOPIO | 1 |

| Ambulatorio Oculista (attualmente non attivo) | |
|--|-----------|
| ELETTROMEDICALI | QUANTITA' |
| FRONTIFOCOMETRO | 1 |
| LAMPADA A FESSURA | 1 |

| ALTRO | |
|--|------------------|
| DOTAZIONE TECNOLOGICA | QUANTITA' |
| | 1 |
| DAE + CARRELLO URGENZA + MATERIALE E DISPOSITIVI PER RCP+ CECK LIST DI CONTROLLO | 1 |
| PULSOSSIMETRO | 1 |
| AUDIOMETRO- IMPEDENZIOMETRO | 2 |
| FRIGORIFERI BIOLOGICI | 2 |
| UROFLUSSOMETRO | 1 |
| STERILIZZATRICE | 1 |

9. Integrazione e Rete territoriale

La CdC effettua tutte le funzioni con l'ausilio di una piattaforma informatica che sarà integrata con tutti gli operatori appartenenti alla medesima rete aziendale.

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

In particolare, è presente 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.

Accoglienza e Verifica

Analisi Prescrizione: Controllo della validità della ricetta (dematerializzata/rossa), congruenza della prestazione, quesito diagnostico e codici di esenzione.

Anagrafica: Identificazione dell'utente tramite tessera sanitaria e aggiornamento dei dati nel software gestionale.

Gestione Operativa

Prenotazione: Ricerca della prestazione in base ai codici ministeriali e nel rispetto delle Classi di Priorità (U, B, D, P), individuando la prima data utile secondo normativa.

Qualora la disponibilità in regime di SSN non soddisfi le esigenze dell'utente o non ci sia disponibilità, su esplicita richiesta, la ricerca può essere estesa alle prestazioni in regime di Intramoenia, visualizzando agende e tariffe dei professionisti scelti che operano in Libera Professione (ALPI).

Finalizzazione: Scelta della sede/orario con l'utente e rilascio del promemoria cartaceo.

Informativa: Comunicazione delle note di preparazione (es. digiuno, sospensione farmaci) e delle modalità di disdetta (almeno 48 ore prima).

Variazioni: Gestione di spostamenti e cancellazioni per ottimizzare il recupero delle disponibilità in agenda.

Al fine di facilitare la comunicazione all'interno della rete di cura e tra professionisti, favorire la sicurezza delle cure e accedere alle informazioni in tempi rapidi, saranno attivate modalità di cooperazione applicativa tra i software in uso nei diversi setting assistenziali e il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), nel rispetto degli standard di interoperabilità definiti dalle linee guida nazionali, per una comunicazione condivisa orientata al supporto nella gestione della documentazione sociosanitaria degli assistiti, allo scambio di informazioni aggiornate e al confronto professionale facilitato (teleconsulenza, teleconsulto) all'interno dell'equipe territoriale 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 e per le 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 regionale, con l'obiettivo di garantire continuità assistenziale, tracciabilità delle prestazioni e completezza della documentazione clinica.

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

1) Strumenti e procedure;

- PDTA aziendali e regionali esistenti e programmi strutturati di presa in carico della cronicità;
- 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 (è lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento "a rete")
- NEA 116117 è attivo e consente di inoltrare la chiamata al medico di continuità assistenziale (ex Guardia Medica) e al sistema dell'emergenza territoriale 118.

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, ad esempio, un team multiprofessionale ospedaliero che si sposta dall'ospedale per erogare prestazioni ambulatoriali nella CdC in determinati giorni e fasce orarie;
- Teleconsulto tra professionisti (sia tra specialisti ospedalieri e territoriali sia tra essi e i MMG/PLS).

La CdC SPOKE lavora in rete con la COT Aziendale presente nella CDC HUB di Olbia 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.

Al fine di attuare in modo più flessibile e garantire in maniera capillare l'erogazione dei servizi e di prossimità, è previsto un collegamento operativo, anche attraverso percorsi di telemedicina (piattaforma Pohema), fra le strutture Ospedaliere, la CDC

HUB e le CdC Spoke di Berchidda, San Teodoro, Buddusò, Arzachena, La Maddalena, Santa Teresa di Gallura, Trinità d' Agultu.

Sarà previsto inoltre il collegamento fra le CDC della ASL Gallura 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.

L'integrazione tra la componente sanitaria della CdC Spoke di La Maddalena e i Servizi Sociali territoriali (Comunali/Plus) è regolato da un apposito accordo di programma e si realizza attraverso le seguenti modalità operative:

Integrazione professionale:

La modalità principale è la partecipazione dell'Assistente Sociale nell'UVT. In questa sede, la valutazione del bisogno non è solo clinica, ma tiene conto dei fattori socio-ambientali, come previsto dalla L. 328/2000 in tema di integrazione socio-sanitaria e superamento della dicotomia tra sfera sociale e sfera sanitaria, portando alla stesura del PAI (Progetto Assistenziale Individualizzato);

PUA come Front-Office integrato:

Il PUA funziona come porta d'ingresso comune. L'Assistente Sociale ASL opera in stretto raccordo con gli Assistenti Sociali del Comune al fine di garantire la continuità del percorso, evitando che l'utente debba ripetere la propria storia a uffici diversi.

Protocolli Operativi e Flussi Informativi:

Sono attive procedure di invio bidirezionale tra CdC e Servizi Sociali Comunali per la gestione dei casi complessi, con particolare attenzione alle fragilità degli anziani e alle disabilità (più o meno gravi).

Co - progettazione e Case management:

Per le situazioni di cronicità complessa viene individuato uno o due case manager (a seconda della prevalenza sociale o sanitaria) che coordina gli interventi sanitari (ADI, CDB, ADP) e quelli sociali.

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.

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 verranno attivate ulteriori collaborazioni e convenzioni con le associazioni di volontariato e dei pazienti per favorire la partecipazione attiva dei cittadini (è stato attivato uno Sportello di ascolto orientato alla raccolta dei bisogni territoriali e somministrati periodicamente dei Questionari di gradimento dei servizi offerti). Vengono inoltre organizzati incontri pubblici informativi anche nelle scuole o 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. Sono previsti momenti di promozione e partecipazione alla co-produzione di tutti coloro che rivestono ruoli attivi in ambito istituzionale locale, sanitario e sociale, religioso, 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:

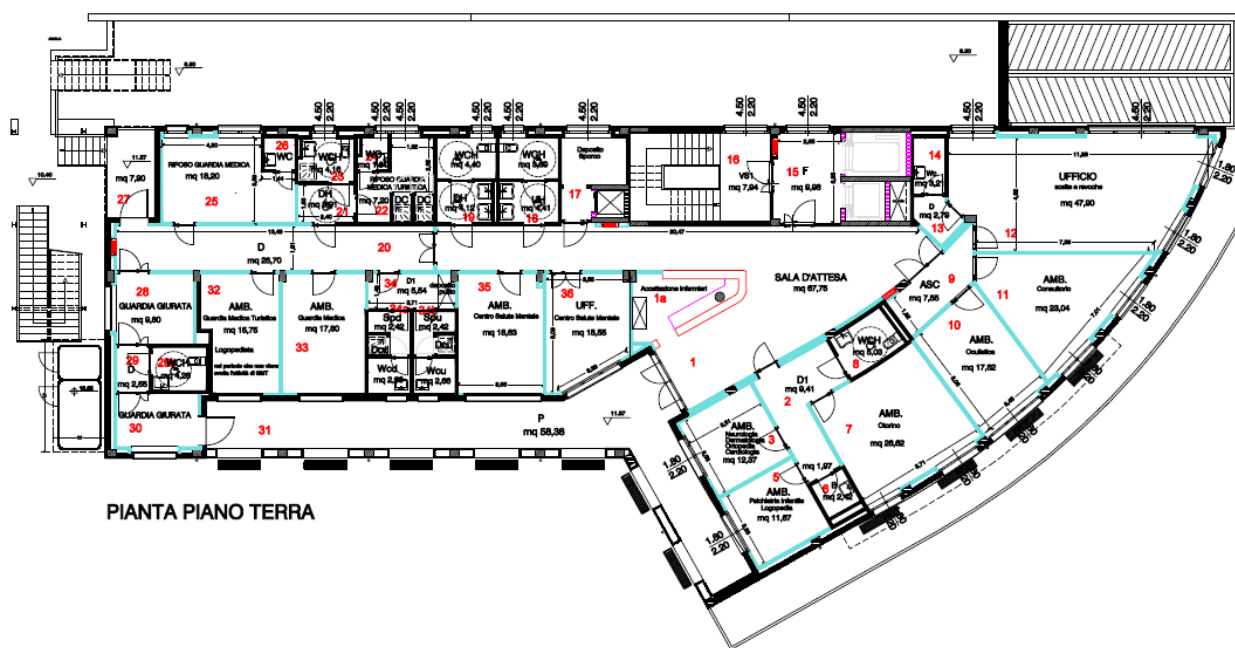
- Medici di medicina generale (MMG), Pediatri di libera scelta (PLS), Specialisti Ambulatoriali,
- Medici del Distretto, Infermieri, Operatori Socio-Sanitari (OSS), Ostetriche e altre professioni sanitarie
- Psicologi, Assistenti sociali

- Personale amministrativo
- Operatori dei servizi sociali integrati
- Operatori dei PASS
- Amministrativi

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

8. Allegati

PLANIMETRIA CDC SPOKE La Maddalena



PIANTA PIANO PRIMO

