

DOCUMENTO DI PRESENTAZIONE DELLA CASA DI COMUNITÀ SPOKE DI BERCHIDDA

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 Berchidda
Sede	Via Monte Acuto 20, Berchidda
CUP	CUP I72C22000240006
Tipologia	Spoke
Tipologia di intervento PNRR	Ristrutturazione-TAG026
Data di inizio funzionamento**	03/06/2026

2. Introduzione

La presente sezione delinea il quadro generale di riferimento della Casa di Comunità Spoke di Berchidda, 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 CdCHub 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 Berchidda 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 Berchidda 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
	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 CDC Spoke di Berchidda raccoglie in una sede ristrutturata tutte le attività erogate in precedenza quali Continuità Assistenziale, quelle della Specialistica Ambulatoriale 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.

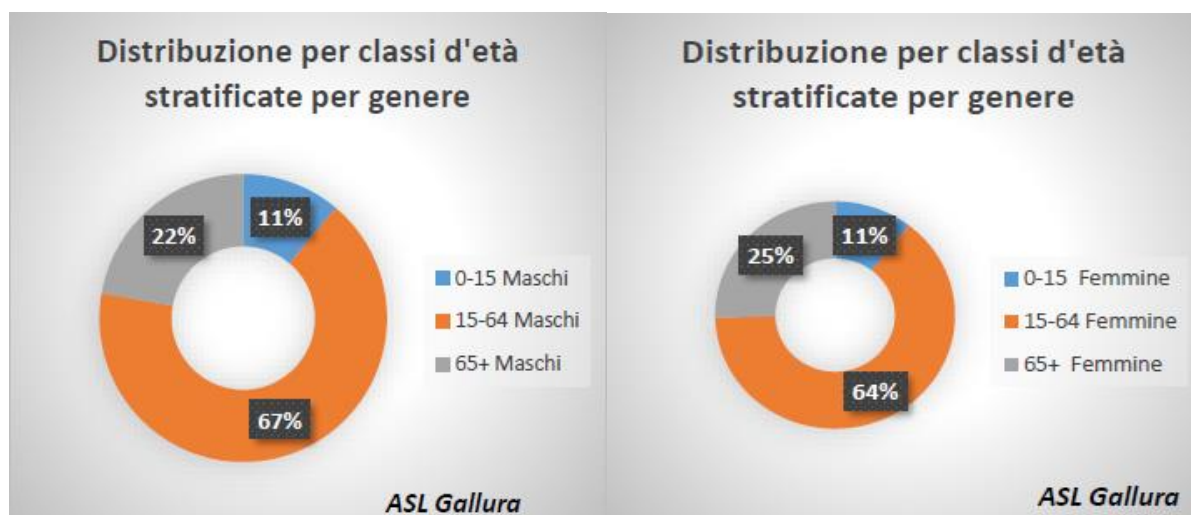
La popolazione del territorio di competenza della ASL Gallura al **01.01.2025** ammonta a 159.098 abitanti.

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.

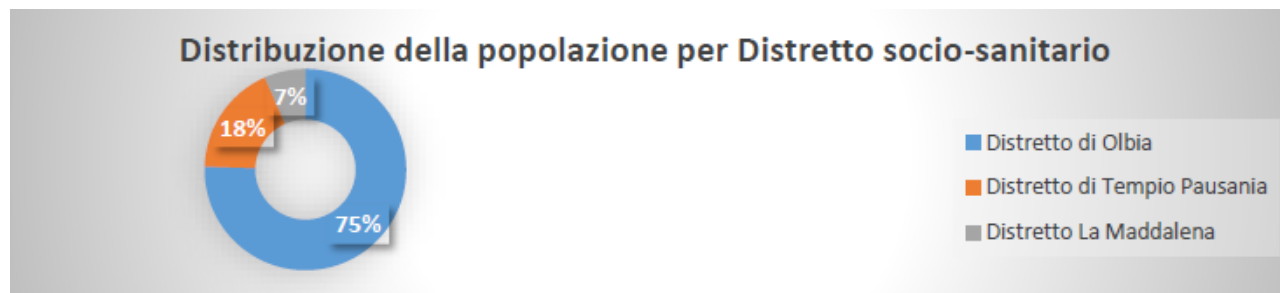
Infine, l'indice di ricambio è pari al 163,4%: tale valore può sottintendere un aumento della tendenza alla disoccupazione dei giovani in cerca di prima occupazione.

	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.**

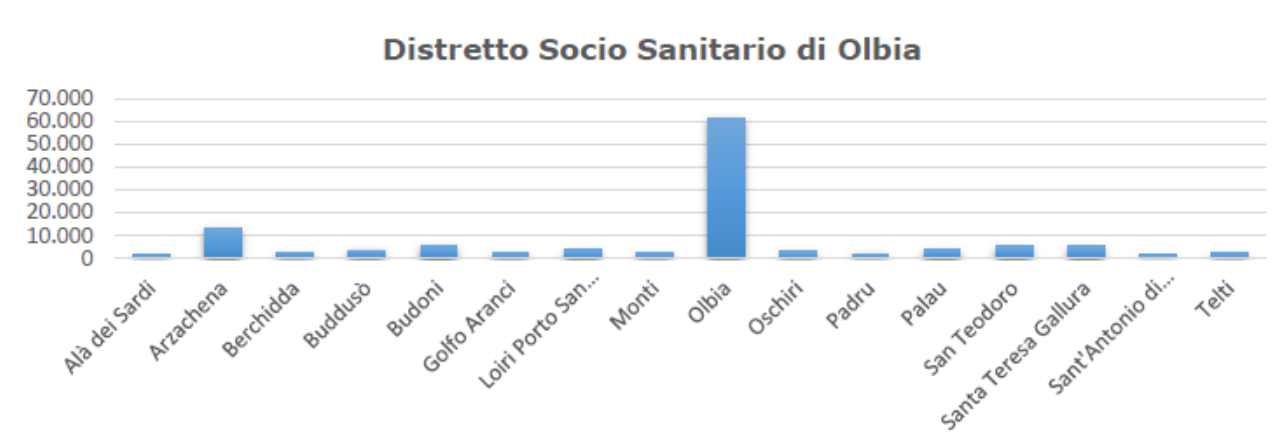
La distribuzione della popolazione per Distretto è fortemente disomogenea, il Distretto più popoloso è il Distretto di Olbia dove è concentrato il 75% della popolazione, segue il Distretto di Tempio Pausania con il 18% e il Distretto della Maddalena con il 7% del totale della popolazione residente.



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)



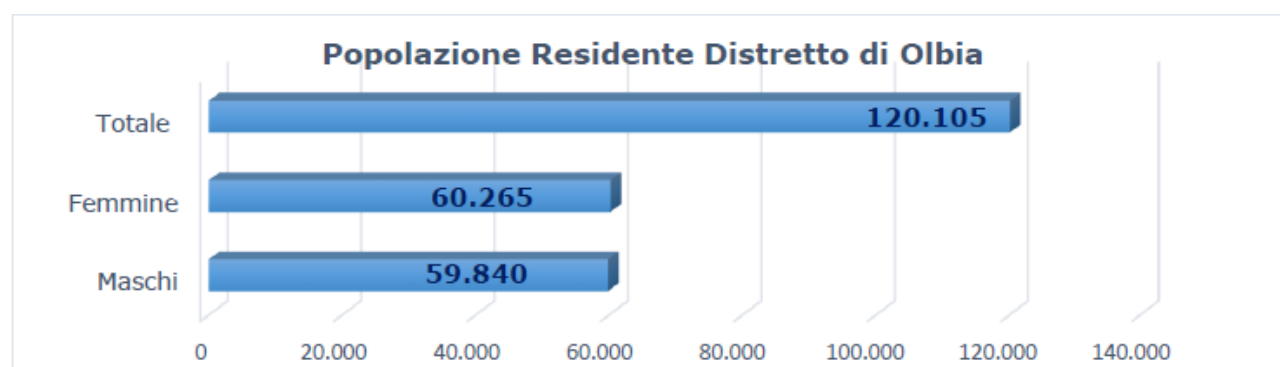
Fonte dati: Geo Demo Istat (01.01.2025)

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%).

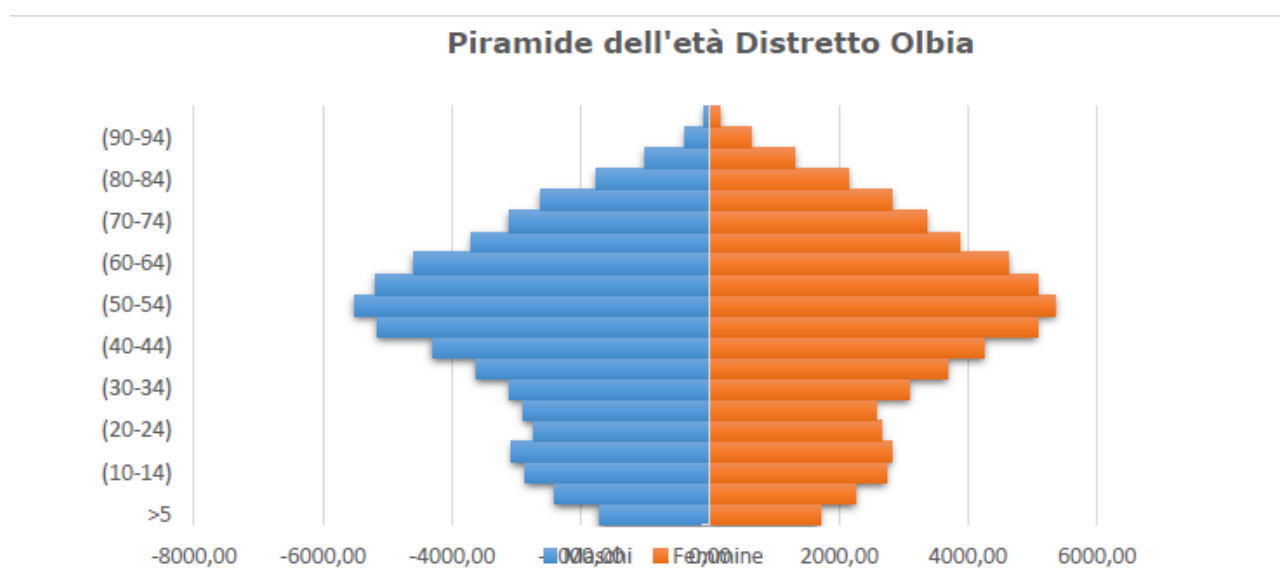
L'indice di struttura della popolazione si attesta al 162,5% ciò significa che è ancora la fascia lavorativa più giovane a prevalere su quella più anziana.

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: Geo Demo Istat (01.01.2025)



Fonte dati: Geo Demo Istat (01.01.2025)



Fonte dati: Geo Demo 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 Berchidda situato nella parte nord orientale dell'isola, si trova in una posizione di passaggio tra la Gallura (nord-est) e Logudoro (sud-ovest) alle pendici meridionali del Monte Limbara con una superficie di 201,9 km².

La popolazione residente nel comune di Berchidda è pari a 2577 abitanti (dati Istat aggiornati al 01/01/2025).

Il comune di Berchidda confina con diversi comuni del Nord Sardegna tra cui: Oschiri, Monti, Telti, Alà dei Sardi, Tempio Pausania.

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



Descrizione generale della struttura

La CdC di Berchidda è un presidio sanitario territoriale classificato come Spoke ubicato in via Monte Acuto 20 nel comune di Berchidda ed opera in raccordo funzionale con la CdCHub di Olbia e con la COT.

Al servizio afferiscono anche i comuni limitrofi incardinati nel medesimo territorio di competenza, quali Oschiri con una popolazione di 2917 abitanti e Monti con 2383 abitanti (dati Istat aggiornati al 01/01/2025).

In considerazione della nuova soluzione progettuale adottata, che prevede la realizzazione dell'ampliamento in adiacenza al fabbricato esistente in luogo della soluzione originaria in sopraelevazione, si è proceduto alla rimodulazione dell'intervento mediante la sua articolazione in due distinte fasi attuative.

La prima fase, relativa alla ristrutturazione dell'immobile esistente, è stata individuata quale prioritaria, al fine di garantire la messa in esercizio degli spazi minimi all'attivazione della CdC.

La seconda fase, concernente la realizzazione della nuova porzione edilizia in ampliamento e in continuità con il fabbricato esistente, sarà completata presumibilmente, secondo le indicazioni fornite dall'impresa esecutrice, entro il 30/06/2026.

La struttura definitiva è organizzata su due livelli così come indicato nell'immagine seguente e nella planimetria allegata.

PIANO TERRA

0	VERANDA	
1	SALA D'ATTESA	22.50 mq
2	GUARDIA MEDICA	14.70 mq
3	SERVIZIO IGIENICO PER IL PERSONALE	3.35 mq + 3.35 mq + 3.10 mq
3A	SERVIZIO IGIENICO PER IL PUBBLICO	5.90 mq + 3.35 mq + 2.45 mq
4	DISIMPEGNO	5.50 mq + 15.20 mq + 2.60 mq
5	CAMERA GUARDIA MEDICA	12.00 mq
6	PATIO	
7	SPOGLIATOI	4.50 mq + 4.50 mq
8	AMBULATORIO	12.70 mq + 12.20 mq + 12.20 mq + 13.30 mq
9	RAMPA INGR. PERSONALE	
10	SPAZIO PULITO	3.40 mq
11	DEPOSITO SPORCO	5.95 mq
12	COFFEE AREA	5.30 mq

PIANO PRIMO

0	INGRESSO DA RAMPA SCALE	
1	SALA D'ATTESA - FRONT OFFICE	20.00 mq
2	UFFICIO AMMINISTRATIVO/DIREZIONALE	12.10 mq
3	SERVIZIO IGIENICO PER IL PERSONALE	2.05 mq + 2.20 mq
3A	SERVIZIO IGIENICO PER IL PUBBLICO	4.05 mq + 2.10 mq + 3.65 mq
4	AMBULATORIO	13.30 mq + 12.60 mq + 12.10 mq
5	DEPOSITO PULITO	4.20 mq
6	DISIMPEGNO	7.15 mq + 7.30 mq
7	INGRESSO 1	6.30 mq

L'importo totale del finanziamento è pari a € **1.171.609,00** di cui € **953.109,00** di finanziamento Ministeriale (PNRR e PNC) e € **218.500,00** di finanziamento Fondi FOI.

I) IMPORTO FINANZIAMENTO PNRR e PNC	Delibera di Giunta Regionale della Regione Autonoma della Sardegna n.12/16 del 07/04/2022	€ 953.109,00
II) IMPORTO FINANZIAMENTO	FOI 2022 RGS n. 52 del 02.03.2023 (Allegato alla Delib.G.R. n. 33/9 del 13.10.2023)	€ 218.500,00
	Importo complessivo TOTALE	€ 1.171.609,00

3. Organizzazione del Personale

Nella CdC di Berchidda le attività sanitarie sia Mediche che Infermieristiche vengono garantite nelle 12 ore diurne (dalle ore 8.00 –14.00 e dalle 14-20) 6/7 giorni; nelle 6 ore pomeridiane la copertura dalle ore 14.00 –20.00 verrà garantita 6/7 giorni dal personale medico dell' Hub di Olbia attraverso la esecuzione di televisite e teleconsulto. Per quanto riguarda l' assistenza al paziente diabetico il MMG che ha in carico il paziente, in collaborazione con l' IFEC effettua il teleconsulto con i Diabetologi del Servizio di Diabetologia Aziendale presente nell' HUB di Olbia per discutere il piano assistenziale. Nella CDC di Berchidda sempre con la Diabetologia vengono effettuate le Televisite dei pazienti che devono effettuare controllo medico e follow up.

Nei giorni festivi, diversi dalla domenica, la 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	3
MMG/PLS in forma aggregata ASCOT	Presente
Specialisti ambulatoriali	Secondo programmazione
Assistente sociale	1 in condivisione con CdC Hub Olbia
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, 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 Berchidda garantirà la presenza medica h 6 dalle ore 8:00 alle 14:00, 6 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione dell'ex Continuità Assistenziale ed il supporto della CdC Hub di riferimento a livello distrettuale attraverso il teleconsulto e la televisita. (Sabato, festivi e prefestivi dalla Continuità Assistenziale) e anche il supporto del medico ASCOT.

Il Coordinatore Infermieristico coordina anche le CDC di Buddusò e San Teodoro.

Si tratta di un infermiere in possesso dei requisiti previsti dalla Legge 1° febbraio 2006, n. 43 e successive modifiche, 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 Berchidda:

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 l'integrazione con i servizi sociali del Comune di riferimento attraverso specifico protocollo d'intesa affinché 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.
- 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).

Fisioterapista

Il fisioterapista che opera nel servizio di riabilitazione all'interno della CDC 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

L'ostetrica di comunità presente nella CDC una volta a settimana è 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 presente 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 Berchidda sono presenti le specialistiche ambulatoriali di Neurologia, Cardiologia, Oculistica mentre per quanto riguarda i servizi di Diabetologia e Pneumologia si fa riferimento alla telemedicina attraverso il teleconsulto fra gli operatori e la televisita con il paziente. Sono presenti inoltre medici ASCOT e i Medici di Continuità Assistenziale tutti i giorni dalle 20-08 e festivi. E' previsto uno sportello unico di accesso (PUA) collegato funzionalmente e tecnologicamente con il PUA dell'HUB di Olbia. Il PUA permette inoltre di ricevere le richieste di attivazione per l'assistenza domiciliare Integrata.

Inoltre risulta presente con cadenza mensile l'ambulatorio dedicato alle vaccinazioni (SISP).

Sono inoltre presenti l'Assistente Sociale, lo Psicologo (2 volte a settimana), l'Ostetrica di Comunità. 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 tele-monitoraggio di pazienti con patologie croniche.

Nell'ambulatorio della C.A. opereranno anche gli IFeC 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 Berchidda attualmente sono presenti n° 3IFeC 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, supporto delle 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 nelle giornate di Mercoledì dalle ore 8:00 alle ore 10:30.

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:(Neurologia, Cardiologia, Oculistica).

- 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, ECG.

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 sociali 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 accreditata e/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.

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 la 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.

Ambulatorio Infermieristico Spoke Prestazioni:

- 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
- Screening oncologici in collaborazione con i Dipartimenti competenti

Nella CDC di Berchidda 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
- La CDC è integrata con il sistema di prenotazione al CUP Aziendale e Regionale facilitando la gestione degli appuntamenti vi è infatti la possibilità di effettuare la prenotazione di visite ed esami, all'interno del territorio regionale, anche attraverso il portale CUP WEB all'indirizzo [cup web.sardegna salute.it](http://cup.web.sardegna salute.it) oppure da telefono al numero aziendale (070 4675090).
- 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
PLS	Berchidda Lunedì 14.30-17.00 Martedì 09.00-12.00 Giovedì 09.00-12.00 Oschiri Lunedì 09.00-12.00 Mercoledì 15.30-18.30 Venerdì 09.00-12.00	Ambulatorio 2 piano terra
Medico ASCOT	Lunedì e Giovedì 8:30-13:30 Martedì e Venerdì 15:00-20:00	Ambulatorio piano terra
Specialistiche Ambulatoriali Oculistica – Cardiologia - Neurologia	Vedi grafico Macro Area Specialistica	Ambulatorio 3 piano terra
Ambulatorio Infermieristico	Berchidda Dal Lunedì al Sabato 8.00-14.00 Oschiri Mercoledì 8.00-11.00	Ambulatorio 1 piano terra
Punto Unico di Accesso	Martedì dalle 08:00 alle 14:00	Piano terra
Assistente Sociale	Martedì dalle 08:00 alle 14:00	Ambulatorio piano terra
Ostetrica di Comunità	Mercoledì dalle 08:00 alle 14:00	Ambulatorio 1 piano terra
Servizio Vaccinazioni Sisp	4° martedì del mese	Ambulatorio 1 piano terra
Psicologo	Lunedì 08:00-14:00 e martedì 08:00-14:00 e 14:30-17:30	Ambulatorio 1 piano terra
ADI	Dal Lunedì al Sabato dalle 8.00 alle 20.00	Ambulatorio 1 piano terra
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 5 piano terra
Punto Prelievi	Berchidda mercoledì dalle 8.00 alle 11:00 Oschiri martedì dalle 8.00 alle 10.30 Monti venerdì dalle 8.00 alle 10.30	Ambulatorio 1 piano terra (Berchidda)

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(PUA)	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 PUA	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						
<u>AMBULATORI</u>	LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI	SABATO
OCULISTICA	8.00-14.00					
CARDIOLOGIA			11.00-14.00 Oschiri 8.00-11.00		8.00-12.00 2 volte al mese	
NEUROLOGIA			8.00-13.00			

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	Spogliatoi per il personale, area relax, 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 Berchidda sono:

CARDIOLOGIA Ambulatorio n.3 piano terra	
ELETTROMEDICALI	QUANTITA'
ELETTROCARDIOGRAFO	2

ALTRO	
ELETTROMEDICALI	QUANTITA'
DAE + CARRELLO URGENZA	1
FRIGORIFERO BIOLOGICO	1

OCULISTICA Ambulatorio .3 piano terra	
ELETTROMEDICALI	QUANTITA'
FONTE LUMINOSA GENERICA	1
OPTOMETRO	2
OFTALMOMETRO	1
CARRELLO ELETTRIFICATO	2
FRONTIFOCOMETRO	1
LAMPADA A FESSURA	1

6. Integrazione e Rete territoriale

Per garantire un'efficace assistenza sanitaria, si sta implementando una rete di interconnessione tra gli operatori delle CdCHub 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 regionale, 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 PHOEMA 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 Berchidda 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.

In previsione della attivazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità la Asl Gallura ha ritenuto opportuno attivare Il Corso di formazione sulla Assistenza Territoriale Integrata – "Il nuovo modello organizzativo secondo il D.M. n. 77/2022" che ha preso avvio dal 19 Marzo 2026 e si concluderà il 10 Giugno 2026.

Tale corso ha l'obiettivo di coinvolgere tutti gli attori coinvolti nella assistenza territoriale infatti c'è stata la partecipazione

Di tutte le figure che operano nei contesti territoriali, quali Ospedali di Comunità e Case di Comunità e verranno formati circa 240 operatori:

- 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

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 attraverso specifici accordi di programma con i Comuni afferenti ad essa, con i Servizi Sociali, le Scuole, le Parrocchie e le Associazioni di Volontariato ha avviato dei progetti attraverso la attivazione degli ambulatori diffusi per gli screening del Polmone, Mammella, Cervice, affinché la salute si sviluppi nei contesti della vita quotidiana, nei quartieri e nelle comunità in cui le persone vivono, lavorano, amano, fanno acquisti e si divertono. La salute infatti è uno dei più efficaci e potenti indicatori dello sviluppo sostenibile e di successo di ogni città (e comunità) e contribuisce a rendere le città (e le comunità) inclusive, sicure e resilienti per l'intera popolazione. La salute, cioè, non è una questione individuale ma una "costruzione sociale", un bene da perseguire socialmente. 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.

7. Allegati

PLANIMETRIA CDC BERCHIDDA

