

TEMPLATE

DOCUMENTO DI PRESENTAZIONE DELLA CASA DELLA COMUNITÀ SPOKE DI BONO

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

Il presente documento di indirizzo si compone delle seguenti sezioni:

1. Informazioni generali Casa della Comunità

Riportare le indicazioni relative al progetto PNRR contenute nel Piano Operativo Regionale.

Denominazione della struttura	Casa della Comunità di Bono
Sede	Via San Francesco s.n.c.
CUP	J18I22000180006
Tipologia	Spoke
Tipologia di intervento PNRR	TAG clima non applicabile
Data di inizio funzionamento**	25/05/2026

*In caso di N.A. Inserire il riferimento all'autorizzazione UMPNRR per lo specifico intervento/riferimenti al Nucleo Tecnico/Approvazione Tavolo istituzionale

** da intendersi quale data di attivazione di tutti i servizi minimi previsti dal DM 77/2022

2. Introduzione

Come previsto dal DM 77/2022 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 144 del 22 Giugno 2022 e dalla Delib.G.R. n. 37/24 del 14.12.2022 “Provvedimento generale di programmazione dell’assistenza territoriale ai sensi del Decreto 23 maggio 2022, n. 77.” l’obiettivo generale della realizzazione della Casa di Comunità (CdC) di Bono, centro principale del territorio del Goceano, è quello di potenziare i servizi assistenziali territoriali quali punti di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Il progetto assistenziale intende implementare l’offerta di presidi di prossimità territoriale al cittadino e coordinare l’integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio, così da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, nonché di uniformità dei livelli di assistenza.

La CdC di Bono rappresenta per il territorio del Goceano il punto di riferimento per le cure primarie con caratteri di estensività assistenziale, che si integra con il sistema ospedaliero caratterizzato invece da intensività assistenziale.

La missione principale è quella di prendersi cura delle persone fin dal momento dell'accesso, attraverso l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia, la responsabilità professionale e la valorizzazione delle competenze, anche con lo scopo di eliminare gli accessi impropri agli Pronto Soccorso e ai reparti ospedalieri.

La ristrutturazione Edilizia del complesso Poliambulatorio, sito in via San Francesco s.n.c. Bono (SS), da destinare a Casa di Comunità n.02 Spoke Distretto di Ozieri, in applicazione dell'art. 44, comma 1 L.R. 24/2020 è stata approvata tra gli interventi finanziati con PNRR con la Delibera di Giunta Regionale della Regione Autonoma della Sardegna n. 12/16 del 07/04/2022 - "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". L'intervento rientra inoltre nella programmazione sanitaria regionale di cui al Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022/2024 approvato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 9/22 del 24/03/22; con un investimento di 2.301.000 €. Il Documento di Indirizzo alla Progettazione (DIP) è stato approvato con delibera aziendale 666 del 28/12/2022 e il progetto esecutivo è stato approvato in data 15/10/2024.

La programmazione quale casa di comunità Spoke appare coerente con la rete territoriale in quanto nello stesso Distretto è presente la Casa di Comunità HUB di Ozieri alla quale la struttura Spoke si integrerà funzionalmente.

Infatti il territorio del Distretto di Ozieri, che include 16 Comuni per una estensione totale di 1188 chilometri quadrati nella parte centro-settentrionale della Sardegna, risente storicamente della criticità legata alla scarsa viabilità tra il territorio del Logudoro e il territorio del Goceano. Nonostante la vicinanza cartografica, i collegamenti tra Ozieri (centro di riferimento del Logudoro) e Bono (centro di riferimento del Goceano) risentono di una orografia complessa e di una rete stradale vecchia caratterizzata da tracciati tortuosi e una manutenzione spesso carente che rendono i tempi di percorrenza sproporzionati rispetto ai chilometri effettivi. La viabilità inoltre peggiora nei mesi invernali in quanto soggetta a ghiaccio e neve con il rischio di isolamento per i comuni più alti.

Pertanto storicamente è emersa la necessità di un modello sanitario che favorisse l'autonomia dei due territori per quanto riguarda la medicina territoriale, i punti di primo intervento, la specialistica ambulatoriale e l'assistenza domiciliare, le attività consultoriali e la prevenzione. Gran parte delle attività previste dalla riforma territoriale del DM 77 sono già attive in entrambi i territori e troveranno sede e nelle due case di comunità del Distretto di Ozieri che lavoreranno in modo integrato per garantire la risposta più efficace al bisogno di salute delle persone

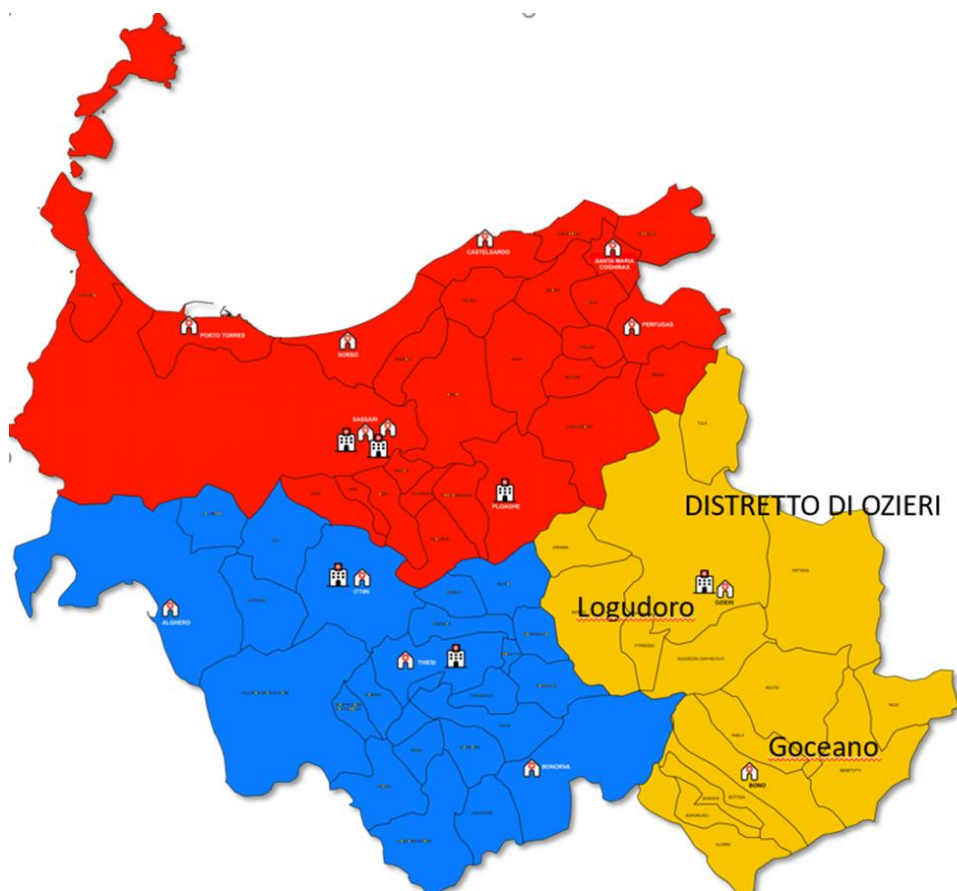


Fig. 1 Territorio del Distretto di Ozieri, Monteacuto e Goceano

In considerazione dello stato di avanzamento dei lavori, nelle more che vengano ultimati i lavori nel sottopiano, le attività obbligatorie per la casa di Comunità Spoke verranno allocate al piano terra.

A completamento dei lavori sarà possibile anche l'utilizzo del primo piano, fruibile all'utenza mediante un ascensore di recente installazione. Per il momento verranno allocate al primo piano la zona ristoro, le cure domiciliari (le cui pratiche verranno presentate dagli utenti al PUA).

Le aree del sottopiano, del piano terra e del primo piano, considerate congiuntamente, a lavori conclusi, permetteranno di dare maggiori spazi ai servizi facoltativi come quelli consultoriali, dell'igiene pubblica e della salute mentale.

La superficie complessiva del piano terra è di circa 736 mq, di cui 197 occupati dal servizio di Dialisi. I restanti 539 mq sono sufficienti ad accogliere l'insieme delle funzioni previste dai requisiti minimi obbligatori regionali per la casa di Comunità Spoke (10 locali operativi e tre uso ufficio) (vedi figura 2).

Nella Casa di Comunità Spoke sono garantite:

- le funzioni di accoglienza
- il Punto Unico di Accesso e l'assistente sociale
- uffici amministrativi (Ticket e esenzioni assistenza integrativa e protesica)

- gli ambulatori degli Specialisti Ambulatoriali e diagnostica di base (cardiologia, diabetologia, pneumologia, dermatologia, urologia, psichiatria, neuropsichiatria, neurologia, odontoiatria, oculistica, otorinolaringoiatria, reumatologia)
- i servizi infermieristici (punto prelievi, ambulatorio infermieristico, ambulatorio IFeC per la cronicità)
- l'assistenza domiciliare (le richieste di attivazione verranno accolte al PUA mentre l'ufficio per la gestione delle pratiche è al 1° piano)
- l'ufficio del coordinatore infermieristico (al 1° piano)
- l'ambulatorio della continuità assistenziale
- l'ambulatorio del medico di medicina generale/cure primarie
- l'ambulatorio per la pediatria
- la sala riunioni polivalente (nei locali adiacenti all'area consegnata)
- I Servizi dell'Igiene Pubblica
- Il Centro di Salute Mentale
- Consultorio familiare e servizi di promozione della salute materno-infantile;

Gli ambulatori sono adoperati a rotazione ottimizzando l'utilizzo degli spazi e garantendo la presenza degli specialisti e dei servizi per le ore settimanali necessarie a soddisfare i bisogni della popolazione di riferimento.

PIANO TERRA

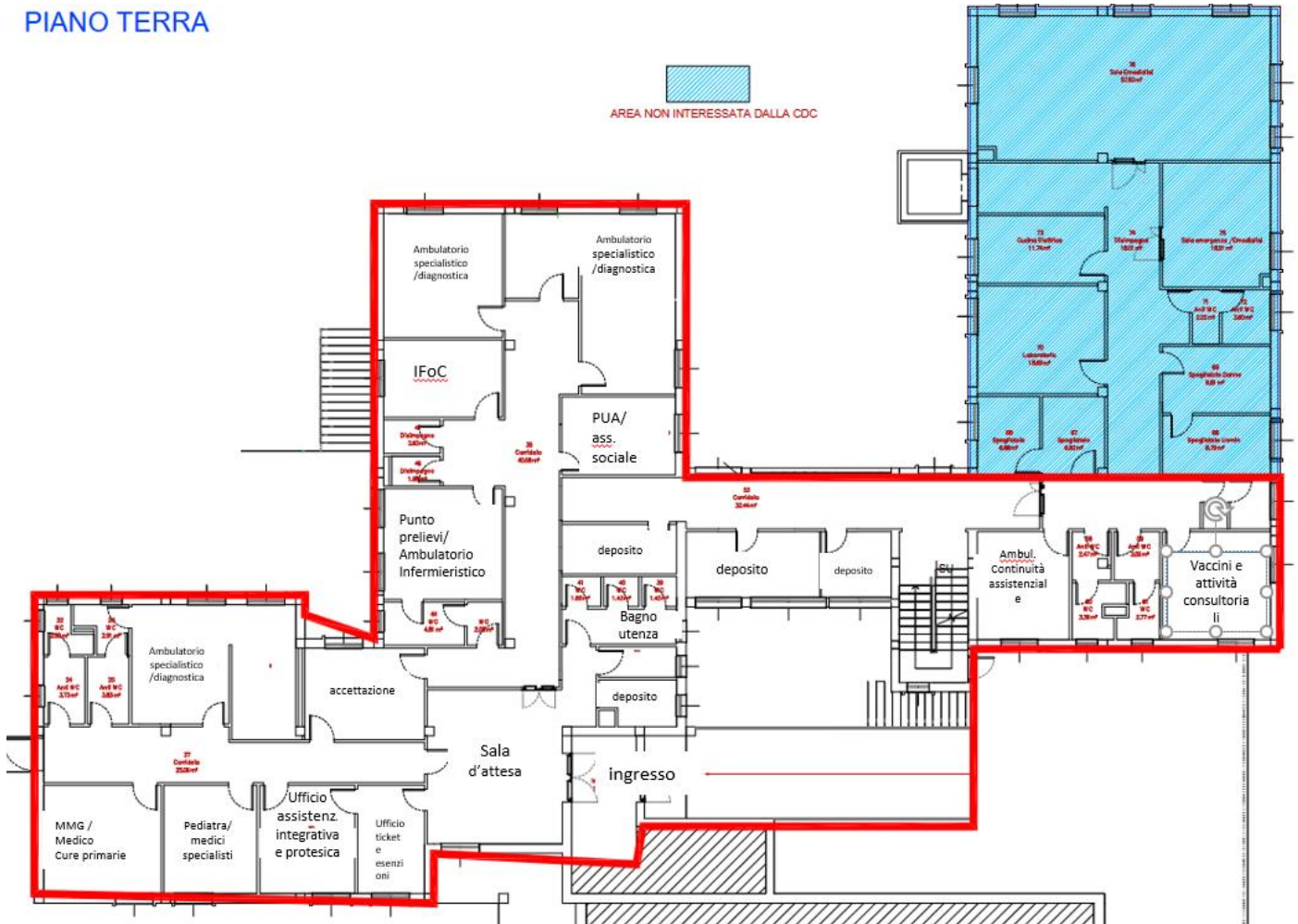


Figura 2.

La casa di Comunità di Bono è ubicata in uno stabile intraurbano che previa ristrutturazione ospitava un Poliambulatorio Specialistico Distrettuale e altri servizi quali il Consultorio, il servizio di Igiene Pubblica, il Centro di Salute Mentale, il servizio di Dialisi e il punto di Continuità Assistenziale.

Tale presidio sanitario, nacque negli anni 80 a seguito di un comodato d'uso con la Comunità Montana che occupava parte dei locali e ha rappresentato negli anni un presidio territoriale strategico per la popolazione del territorio del Goceano.



La sede della CdC di Bono è strategica in quanto il Comune di Bono è il centro principale del Goceano e funge da principale snodo per i trasporti pubblici della zona.

Il Goceano si estende per circa 480 Km quadri e comprende 9 comuni: Anela, Benetutti, Bono, Bottida, Bultei, Burgos, Esporlatu, Illorai e Nule.

Densità abitativa: con una popolazione di circa 10095 abitanti (al 31-12-24), la densità è molto bassa, stimata intorno ai 15-20 abitanti per Km quadro, significativamente inferiore alla media regionale di 65,5 abitanti per Km quadro.

Caratteristiche orogeografiche: è un'area prevalentemente di media montagna e collinare dominata dalla Catena del Goceano. Il territorio è caratterizzato da fitti boschi di sughere, lecci e roverelle.

Viabilità: la viabilità interna è tortuosa a causa della natura montana e complessa soprattutto nei mesi invernali.

Distanza dai presidi sanitari: il presidio ospedaliero e il pronto soccorso di riferimento più vicino è l'ospedale "Segni" di Ozieri, distante circa 40 km dai vari comuni e a circa 45 minuti di percorrenza. Per le cure specialistiche di secondo livello i residenti devono raggiungere Sassari (circa un'ora e mezza di percorrenza) o Nuoro (circa 40 minuti di percorrenza).

Nel territorio del Goceano vi sono attualmente 5 punti di continuità assistenziale siti nei comuni di Bono, Benetutti, Burgos, Illorai, Bultei.

3. Organizzazione del Personale

La (CdC) è una struttura fisica in cui operano i team multidisciplinari e professionali di MMG, PLS, medici specialistici, infermieri, psicologi, assistenti sociali e altri professionisti della salute.

L'organizzazione del personale rispetta quanto previsto dall' Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 27/34 del 21.5.2025 "Linee guida metodologiche per l'operatività delle Case della Comunità".

Presenza infermieristica:

Sono in organico:

- 6 infermieri a 36h settimanali
- 1 IFO di coordinamento delle Case di Comunità (a 36 ore settimanali in condivisione con la CdC di Ozieri)
- 1 IFO di coordinamento delle CDI-PUA-UVT Comunità (a 36 ore settimanali in condivisione con la CdC di Ozieri)

Viene garantita la presenza infermieristica h 12 – 6 giorni su 7, come segue:

- attività in sede ad accesso diretto e/o su prenotazione presso la struttura per tutti gli utenti negli orari programmati, per 12 h continuative di norma dalle 8 alle 20, per 6/7 giorni
- la domenica e nei giorni festivi, l'attività infermieristica e/o della consulenza infermieristica è garantita dalla CdC HUB di Ozieri.

L'Infermiere presente all'interno della CdC promuove il lavoro in équipe multiprofessionale collaborando con Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, Specialisti, Assistenti Sociali e gli altri operatori sanitari in un'ottica di multidisciplinarietà.

In particolare, le attività infermieristiche all'interno delle CdC sono rivolte all'accoglienza e valutazione dei bisogni di salute dei cittadini, orientamento e facilitazione all'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari della rete territoriale con particolare riferimento ai pazienti fragili e/o affetti da patologie croniche secondo il modello di sanità di iniziativa.

L'attività di accoglienza e orientamento ai servizi è garantita anche da altro personale a copertura delle fasce orarie previste dal DM77/2022.

Il servizio di assistenza infermieristica prevede un ambulatorio h 12 per la gestione di bisogni occasionali e per la gestione della cronicità e promozione della salute nella comunità.

La figura dell'Infermiere di famiglia o comunità (IFoC) garantisce la presa in carico sul territorio con l'attività ambulatoriale e con l'attività al domicilio, contribuendo alla identificazione precoce del bisogno sociosanitario e al raccordo con i servizi ospedalieri e territoriali tramite la Centrale Operativa Territoriale. L'attività dell'IFoC supera l'approccio prestazionale e si caratterizza nel case management, nel sostegno all'autocura, nella proattività, nella prevenzione e promozione della salute, nel coinvolgimento delle risorse familiari, comunitarie e istituzionali e nell'avvio e applicazione dei progetti di teleassistenza. Partecipa alla analisi del contesto al fine di declinare le informazioni socio-demografiche della popolazione e l'analisi sui bisogni sociosanitari dei cittadini, contribuendo alla progettazione operativa di progetti di salute personalizzati e/o della comunità di riferimento, all'interno di una équipe multidisciplinare.

Il personale di regola è organizzato come di seguito:

2 IFO (Coordinatore Infermieristico) in condivisione con la CdC Hub di Ozieri

- 2 IFoC per le attività ambulatoriali,
- 1 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute;
- 3 IFoC per l'assistenza domiciliare di base, le attività di prevenzione e teleassistenza

I turni sono di 6 o 12 h con almeno 2 infermieri in turno dalle 8 alle 14 e almeno 1 in turno dalle 14 alle 20 .

Presenza medica

Come previsto dal DM n.77/2022 la CDC Spoke di Bono prevede la presenza medica h 12 – 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione dell'ex Continuità Assistenziale.

La continuità assistenziale, già presente nella struttura, garantisce inoltre la presenza medica nelle ore notturne, prefestivi e festivi, permettendo una copertura h24.

La presenza h 24 si articola attraverso:

- attività in sede con ambulatorio aperto a tutti gli utenti negli orari programmati, per 12h continuative dalle 8 alle 20. Non essendoci nell'ambito territoriale di riferimento medici di assistenza primaria a ruolo unico e non avendo i medici di medicina generale a ciclo di scelta della AFT di riferimento dato la propria disponibilità a lavorare in sede nella CdC (sono incaricati solo 4 medici titolari di assistenza primaria a ciclo di scelta con 5 sedi carenti), l'assistenza medica è prevista per 62 ore/sett con medici a contratto libero professionale o in convenzione-
- nelle ore notturne, prefestivi e festivi viene assicurata la presenza fisica del servizio di continuità assistenziale (3 medici convenzionati a 24 h /sett e 1 medico a 36 h settimanali)

In questo modo la Casa della Comunità assicura un presidio medico continuativo nell'area del Goceano, in presenza o previo contatto telefonico, garantendo la risposta medica in modo coerente e adeguato ai bisogni della popolazione e alle specificità del bacino di riferimento (la HUB è a 45 minuti di percorrenza).

L'ambulatorio medico di cure primarie garantirà assistenza medica continuativa per prestazioni sanitarie indifferibili e per appuntamento un'assistenza sanitaria di base focalizzata su prevenzione, diagnosi e cura.

Viene garantita la valutazione clinica di problemi acuti di bassa complessità, gestione di urgenze minori e, per appuntamento, la presa in carico dei pazienti cronici (visite ambulatoriali, televisite, prescrizioni terapeutiche, rinnovo piani terapeutici per patologie croniche come diabete e ipertensione).

I turni sono di 6 o 12 ore con un medico per turno.

Presenza di altro personale

E' garantita anche la presenza di 1 assistente sociale (per 36 h/sett) e di 5 unità di personale di supporto (4 OSS (3 con contratto a 36 ore/sett e 1 con contratto a 18 h/sett), 1 infermiere con funzioni amministrative (36h settimanali), 2 Amministrativi (con contratti a 36h/sett).

Gli OSS sono impiegati a supporto degli ambulatori medici e infermieristici

L'assistente sociale presta servizio presso il Punto Unico di Accesso e ha un ruolo cruciale nell'integrazione con i servizi sociali comunali e con i PLUS

Gli amministrativi garantiscono il servizio di Assistenza Integrativa e Protesica, la Cassa Ticket, il rilascio delle esenzioni

Servizi Offerti dalla Casa di Comunità Spoke

a. Macro-area Cure primarie con l'omonima area funzionale:

- 1 AMBULATORIO per Medici di Medicina Generale (MMG): aperto h 8.00- 20.00 dal lunedì al venerdì (per le motivazioni espresse al punto 3, nelle more che medici a ruolo unico assumano gli incarichi nelle 7 sedi vacanti, sono reclutati medici con contratto libero professionale per 62 ore settimanali)
- 1 AMBULATORIO per Pediatri di Libera Scelta (PLS). L'ambito è carente per quanto riguarda la pediatria di libera scelta e pertanto l'ambulatorio è garantito da un pediatra con contratto libero professionale 2 volte alla settimana.
- 1 AMBULATORIO degli Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC) aperto 7 giorni su 7 dalle 9.30 alle 20.

b. Macro-area Assistenza di Prossimità con le aree funzionali

- **ASSISTENZA MEDICA:** l'assistenza medica H24 verrà coperta tramite la continuità assistenziale o medici reclutati con contratto libero professionale (vedi il punto 3)
- **SERVIZI INFERMIERISTICI:** l'assistenza infermieristica (IFoC) sarà disponibile dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20 e svolgerà attività ambulatoriali, attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute, assistenza domiciliare, attività di prevenzione e teleassistenza
- **PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)** il PUA è aperto 5 giorni su 7 dalle 8.00 alle 13.00 e dalle 14.30 alle 17.00. Il Punto Unico di Accesso (PUA) rappresenta il luogo di attivazione della rete socio-sanitaria territoriale. E' inoltre il luogo ed il momento di integrazione professionale delle diverse figure coinvolte e della integrazione istituzionale tra la componente sociale e sanitaria, finalizzata alla erogazione di una assistenza socio-sanitaria. Rappresenta, infatti, il luogo fisico in cui il cittadino trova accoglienza, informazione, orientamento e una prima valutazione in risposta alla richiesta di intervento per bisogni sociosanitari (legati per esempio ad una condizione di fragilità e/o di non autosufficienza), attraverso l'integrazione e la stratificazione della valutazione della domanda. Nei casi in cui il bisogno rilevato è di tipo complesso il PUA convocherà l'Unità Valutazione Territoriale (UVT).
L' UVT è composta, nel nucleo base, dal MMG/PLS del paziente, un Medico del Distretto, un infermiere e l'assistente sociale. Tale nucleo base può essere integrato con la presenza di specialisti, psicologo o altre professioni sanitarie. L'UVT effettua una valutazione multidimensionale finalizzata all'individuazione del percorso territoriale più appropriato a rispondere ai bisogni di cura del paziente e alla stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI).
Il PUA garantisce la costante integrazione con i servizi sociali comunali per tutti i percorsi socio-sanitari. A garanzia di questo è stato stipulato dalla ASL un protocollo con i gli ambiti territoriali PLUS per il funzionamento del PUA/UVT. Il PUA di Ozieri si avvale inoltre di una Assistente Sociale messa a disposizione dal PLUS di Ozieri, assunta con fondi regionali per il potenziamento PUA.
- **INTEGRAZIONE con i SERVIZI SOCIALI-** nella casa di comunità saranno garantiti il raccordo con i servizi sociali dei comuni e con gli enti del Terzo Settore operativi in ambito socioassistenziale.

La Regione Sardegna ha adottato lo schema tipo di accordo di programma, previsto da Piano Nazionale per la non autosufficienza 2022/2024 (DPCM del 03.10.2022) che disciplina la collaborazione interistituzionale di ambito territoriale per la realizzazione dei percorsi sociosanitari integrati. La ASL di Sassari a sua volta ha sottoscritto degli Accordi di programma con l'Ente gestore dei PLUS di Ozieri per la collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per le persone con non autosufficienza o disabilità (D.P.C.M. del 3.10.2022: Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022/2024 – PNNA- PG/2023/0049384). L'accordo di programma assicura un'interfaccia per tutti i servizi gestiti in ambito PLUS.

E' stato inoltre sottoscritto un protocollo di Intesa tra ASL Sassari, AOU di Sassari e tutti gli ambiti PLUS del territorio per la gestione integrata delle Dimissioni Protette (Delib 82 del 22/01/2024)

- **ASSISTENZA DOMICILIARE:** (ADI)-nella casa di comunità è presente il servizio di cure domiciliari che potrà avvalersi per l'erogazione dell'assistenza a domicilio del privato accreditato convenzionato. Nel 2025 il Distretto di Ozieri è riuscito a raggiungere il target, previsto dal PNRR, del 10% dei pazienti ultrasessantacinquenni presi in carico in cure domiciliari base e integrate e l'obiettivo è quello di continuare a potenziare questo settore strategico per la sanità territoriale e per agevolare le dimissioni protette e la riduzione dei ricoveri impropri. Le cure domiciliari garantiscono un percorso assistenziale a domicilio costituito dall'insieme organizzato di interventi medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, anche mediante l'utilizzo della telemedicina. L'assistenza domiciliare sanitaria viene integrata con l'assistenza domiciliare sociale erogata dagli Ambiti Territoriali Sociali (PLUS). L'assistenza domiciliare è articolata in differenti livelli di intensità, complessità assistenziale e tempestività che vengono individuati a seguito della Valutazione Multidimensionale e dalla conseguente formulazione di un Progetto di Assistenza Individuale (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI). Tale valutazione multidimensionale è effettuata dall'Unità di Valutazione Territoriale (UVT) che garantisce, sempre in condivisione con il medico del ruolo unico di assistenza primaria/PLS per le competenze clinico-diagnostico-terapeutiche, la rivalutazione periodica dell'individuo e definisce criteri di chiusura della presa in carico. L'integrazione delle funzioni dei servizi di assistenza domiciliare con gli altri servizi assistenziali distrettuali che rispondono ai bisogni della persona assistita a domicilio avviene grazie al ruolo di coordinamento e raccordo con la COT (la COT di riferimento per il Distretto di Ozieri è la COT di Ittiri) e il PUA. Il servizio di cure domiciliari garantisce la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente.

- **SERVIZI PER LA COMUNITÀ:** nella CDC è presente una SALA RIUNIONI POLIVALENTE che sarà messa a disposizione della comunità per iniziative educative, di socializzazione e di sostegno. Inoltre è in essere il progetto distrettuale *“La scatola dei pensieri e delle proposte”*. Si tratta di una scatola nella quale le persone possono liberamente fare delle proposte migliorative relative ai servizi erogati nella CdC e/o proposte di servizi integrativi in co-partecipazione con la comunità o regalare dei pensieri. Le scatole verranno aperte e le proposte analizzate ogni tre mesi.

La ASL di Sassari ha inoltre in atto delle convenzioni di coprogettazione con enti del terzo settore per e realizzazione di interventi socio-sanitari nell'ambito del Piano Nazionale Equità nella salute 2021-2027. Nello specifico gli interventi sono relativi all'area *“contrastare la povertà sanitaria”* che prevede il potenziamento della medicina di prossimità per la presa in carico dei bisogni di salute della

popolazione in vulnerabilità socioeconomica. La convenzione è finalizzato ad una procedura di coprogettazione con gli Enti del Terzo Settore per la identificazione dei soggetti beneficiari degli interventi socio-sanitari che vengono erogati presso ambulatori di prossimità o con motorhome itineranti. Gli ambulatori di prossimità nel Distretto di Ozieri avranno sede nelle Case di Comunità di Ozieri e Bono.

Verranno inoltre organizzati gli ambulatori medici a bassa complessità per persone indigenti e fragili previsti dal progetto sperimentale di paternariato tra Enti del terzo settore e Pubblica Amministrazione in esecuzione della LR 24/2025 e della DGR 5/14 del 04/02/2026. Gli ambulatori medici a bassa complessità garantiranno prestazioni diagnostiche e polispecialistiche gratuite a favore di persone indigenti, fragili e anziane (Avviso pubblicato da ARES Sardegna il 14/04/2026 in scadenza il 29/05/2026).

c. Macro-area Specialistica con l'area funzionale ambulatori specialistici

- AREA DIAGNOSTICA DI BASE: Servizi di diagnosi e cura:

Viene effettuata la seguente diagnostica di base per le patologie a maggiore prevalenza

- Elettrocardiografia
- Ecocardiografia
- Spirometria

Vengono effettuate inoltre

- Audiometria
- Dermatoscopia
- Ecografie

- **Servizi per la salute mentale e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza:** nella CdC di Bono sono garantiti servizi per la salute mentale e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza tramite degli specialisti dedicati integrati funzionalmente con il Dipartimento di salute mentale. Inoltre una volta alla settimana ospita l'equipe del Centro di Salute Mentale costituita dallo Psichiatra, infermiere e tecnico della riabilitazione.
- **Interventi di Salute pubblica** (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18): interventi di salute pubblica e vaccinazioni sono erogate dal Servizio di Salute Pubblica un giorno alla settimana.
- **E' garantita l'attività consultoriale rivolta ai minori e alle famiglie e programmi di screening ginecologico** da una equipe composta da una pediatra, psicologa, ostetrica, assistente sociale.

• AREA PRELIEVI: Il punto prelievi costituisce un servizio di supporto diagnostico-assistenziale nella gestione dei pazienti con problematiche cliniche non urgenti. Il punto prelievi viene garantito dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 10.00 e i campioni vengono conferiti presso il Laboratorio analisi del PO di Ozieri.

• ATTIVITÀ AMBULATORIALE SPECIALISTICA: La CdC integrerà gli specialisti che già operano presso il poliambulatorio con le seguenti specialità:

diabetologia (4 h ogni 15 gg)

cardiologia (2 specialisti convenzionati per tot 15 h settimanali)

pneumologia (1 specialista convenzionato 8 h settimanali)

neurologia (1 specialista convenzionato 5 h settimanali)

otorinolaringoiatria (1 specialista convenzionato 10h settimanali)

oculistica (1 specialista convenzionato 12 h settimanali)

dermatologia (1 specialista convenzionato 6 h settimanali)

reumatologia (1 specialista convenzionato 3 h settimanali)

ortopedia (1 specialista convenzionato 8 h settimanali)

odontoiatria (1 specialista convenzionato 10h settimanali)

Per le patologie croniche più frequenti come le cardiovascolari, il diabete e la BPCO verranno adottati dei PDTA o protocolli che integrano la gestione delle patologie croniche con la HUB, ambulatori specialistici di secondo livello ospedalieri e con i reparti ospedalieri per eventuale diagnostica e trattamenti di secondo livello.

d. Macro-area Servizi Generali e Logistici che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura

- **ACCOGLIENZA DEGLI UTENTI:** la CdC si prende cura delle persone fin dal momento dell'accesso, attraverso l'accoglienza dei cittadini. Nell'area dell'accoglienza gli utenti potranno accedere all'accettazione, all'area di attesa e ai servizi igienici utenti
- **SISTEMA INTEGRATO DI PRENOTAZIONE COLLEGATO AL CUP AZIENDALE:** le agende degli specialisti e dell'ambulatorio infermieristico sono tutte sul CUP regionale. E' attivo un sistema integrato di prenotazione collegato al CUP regionale per tutte le prestazioni erogate dal SSN. Verranno istituiti percorsi programmati dedicati ai pazienti cronici della comunità di riferimento della CdC, al fine di garantire una programmazione annuale delle visite di controllo, anche tramite la telemedicina.
- **SERVIZI DI ACCOGLIENZA PER IL PERSONALE DELLA STRUTTURA:** nella CdC sono presenti spogliatoi e una zona relax (al primo piano). E' presente inoltre lo studio del coordinatore (al primo piano).
- **SERVIZI LOGISTICI:**
 - Sono presenti locali di servizio:

1 deposito sporco e 1 deposito pulito al piano terra
 - Tutti i PC sono connessi con i sistemi operativi regionali (Sisar, Cup WEB) e hanno la possibilità di connettersi con la piattaforma di telemedicina regionale Phoema.

- LOCALI TECNICI sono presenti nello stabile ma non nell'area della casa di comunità

4. Dotazione Strutturale e Tecnologica

La CDC di Bono è dotata di strumenti DIAGNOSTICA di BASE per le patologie ad elevata prevalenza.

Tipologie di apparecchiature:

- 1 ecografo;
- 2 elettrocardiografo;
- 1 holter pressorio PA;
- 1 pulsossimetro;
- 1 spirometro;
- 1 DAE ;
- 1 carrello emergenze;

Tipologie di apparecchiature di area specialistica :

- Dermatologica • dermatoscopio.
- Otorinolaringoiatria • audiometro e cabina audiometrica

5. Integrazione e Rete Territoriale

Come indicato nel DM 77/2022, la CdC di Bono è il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di salute che richiedono assistenza sanitaria e sociosanitaria a valenza sanitaria, nonché i necessari collegamenti con i servizi sociali per gli interventi socioassistenziali. Si tratta di una struttura facilmente riconoscibile, accessibile e raggiungibile.

La CdC di Bono ha un modello organizzativo basato su un approccio integrato, multidisciplinare, di prossimità e di proattività che si concretizza attraverso una équipe di professionisti del SSN che vi operano, in rete con i servizi presenti sul territorio, e dalla partecipazione strutturata della Comunità. L'obiettivo del modello operativo è quello di definire un'architettura organizzativa integrata in cui il Medico del ruolo unico di assistenza primaria, facente parte delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) diventi il perno di un sistema articolato, capace di comprendere e contestualizzare le esigenze dei cittadini.

La AFT dell'ambito territoriale 3.2 avrà la disponibilità di una sede fisica presso la casa di comunità di Bono.

L'attività verrà organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici del ruolo unico di assistenza primaria, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, gli Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC), Assistenti Sociali e altri professionisti della salute quali ad esempio Psicologi, Ostetrica/o e fisioterapista.

Partendo da PDTA regionali/aziendali e/o da percorsi assistenziali strutturati verrà proposto un approccio integrato e multidisciplinare di presa in carico del paziente sul territorio in particolare per le patologie croniche. L'approccio integrato evita che i professionisti intervengano in modo frammentario focalizzando gli interventi

sul trattamento della malattia piuttosto che sulla gestione del malato nella sua interezza limitando duplicazioni diagnostiche e terapeutiche che contribuiscono all'aumento delle liste d'attesa e della spesa sanitaria, rendendo difficoltosa la partecipazione del paziente al processo di cura. Una gestione proattiva e integrata comporterà inoltre una riduzione delle sotto-diagnosi e un rischio minore di outcome negativi quali l'aumento della morbilità, aumentata frequenza e durata della ospedalizzazione, aumentato rischio di disabilità e non autosufficienza, peggiore qualità di vita e aumento della mortalità.

Il nuovo approccio nella gestione dei pazienti cronico o a rischio prevede l'attuazione di un modello di presa in carico integrato tra assistenza distrettuale (MMG, CdC, COT, OdC, Cure Domiciliari, strutture residenziali socio-sanitarie, sociali o sanitarie quali RSA, comunità integrate, Hospice, centri di riabilitazione residenziale) e ospedaliera (Pronto Soccorso, Reparti per acuti, specialistica di 2° livello) che garantisca la continuità assistenziale e l'appropriatezza per tutti i livelli di complessità clinico-funzionale portando ad una più ottimale gestione della patologia cronica. Verrà garantita inoltre l'integrazione con gli altri servizi territoriali quali quelli afferenti al Dipartimento di salute mentale, la farmacia territoriale, il Consultorio e il Servizio di Igiene pubblica.

Il cittadino/paziente a rischio di sviluppare una patologia cronica o nelle prime fasi di malattia deve essere sensibilizzato e reso consapevole sia dell'importanza di adottare adeguati stili di vita che della necessità di maggior aderenza terapeutica sul miglioramento della prognosi. Le cure primarie e in particolare il medico a ruolo unico di assistenza primaria, in questa fase svolgono un ruolo fondamentale per lo screening, la diagnosi, l'educazione terapeutica e il follow-up.

I pazienti a lieve e media intensità assistenziale possono rivolgersi (o possono essere inviati dal MMG) presso le Case di Comunità dove un team multiprofessionale, formato da un MMG, uno specialista e un Infermiere di Comunità si occuperanno della diagnosi, del trattamento della patologia e della stesura di un Piano Assistenziale-Terapeutico Individuale (PAI) (con la programmazione in slot dedicati di tutti gli interventi previsti (compresa la telemedicina), del rilascio della esenzione per patologie e dell'eventuale prescrizione di ausili. I pazienti che verranno visitati nella CDC o perché si sono rivolti al medico della AFT o perché hanno prenotato una visita dallo specialista verranno infatti inseriti in un percorso strutturato.

Cruciale all'interno del team multiprofessionale è il ruolo di Case Manager svolto dall'infermiere di comunità (Ifoc). Il Case Manager diventa responsabile della formazione all'autogestione, dell'attuazione del programma assistenziale-terapeutico individuale ed è il riferimento del paziente e degli altri nodi della rete relativamente al percorso del paziente. L'infermiere di comunità all'interno delle Case di Comunità sarà inoltre la figura di riferimento principale per la teleassistenza, garantendo il contatto periodico e il supporto educativo e occupandosi dell'eventuale programmazione di prestazioni non previste dal PAI (es. teleconsulto con lo specialista in caso di riacutizzazione).

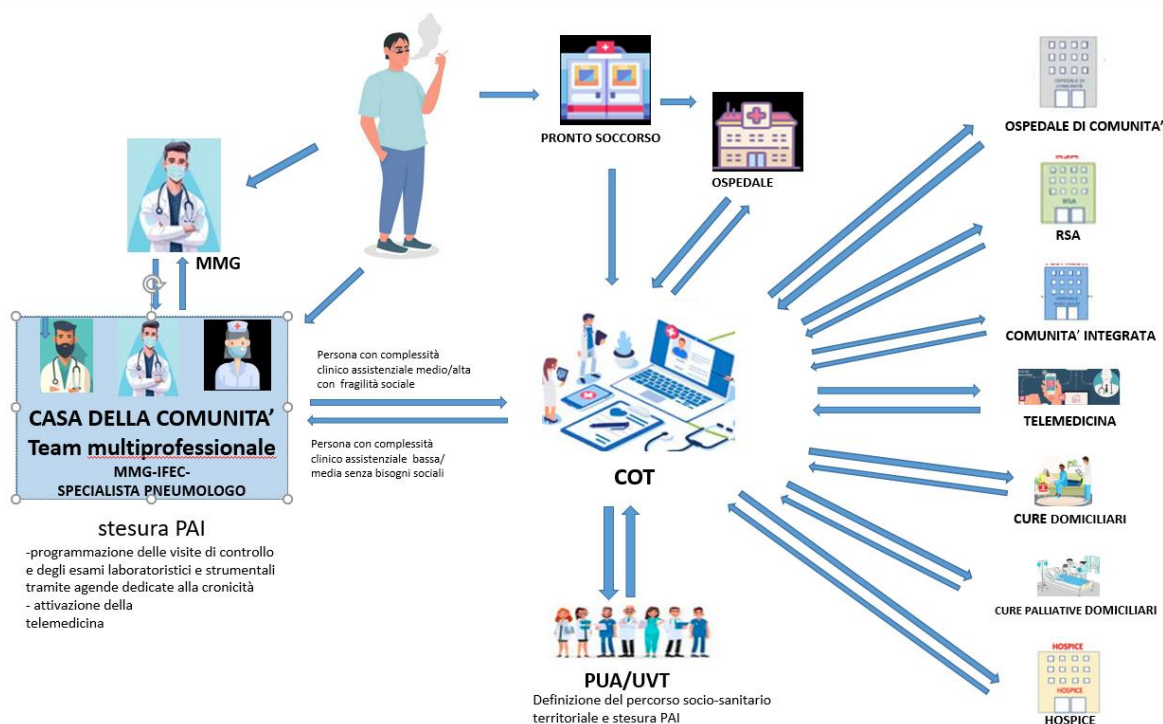
Anche i pazienti nelle fasi più avanzate di malattie potranno essere reclutati e presi in carico nel nuovo modello dal MMG che li indirizzerà verso la Casa di Comunità.

Qualora il bisogno del paziente sia complesso (sanitario e sociale) e non più gestibile ambulatoriamente, il team multiprofessionale della CdC, invierà la segnalazione alla COT. Anche i pazienti che a seguito di riacutizzazione grave si recano al Pronto Soccorso o vengono ricoverati, potranno essere segnalati alle Centrali Operative territoriali (COT), implementando le dimissioni protette. Le COT si avvalgono della valutazione multidimensionale da parte del PUA/UVT per la individuazione del percorso sociosanitario domiciliare o residenziale più appropriato a rispondere ai bisogni di cura del paziente.

Come previsto dal DM 77 verranno favorite, quando possibile, le cure domiciliari e la telemedicina che garantiscono una migliore qualità di vita del paziente. Le COT svolgeranno un ruolo cruciale sia come snodo

e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali ma anche nel monitoraggio da remoto dei pazienti in telemonitoraggio.

Di seguito è raffigurato il modello descritto riferito al paziente a rischio con BPCO ma che si può applicare a tutte le patologie croniche a maggiore prevalenza.



La CdC è integrata con la rete territoriale attraverso un modello, che partendo dalla mappatura di tutti i nodi della rete e dall'istituzione di un Comitato di Integrazione Territoriale, perseguirà i seguenti guida dell'integrazione:

- **Centralità della persona:** La persona e i suoi bisogni sono al centro della rete. Tutti i servizi collaborano per rispondere in modo globale e personalizzato ai bisogni sanitari, socio-sanitari e sociali.
- **Continuità assistenziale:** Garantire la continuità della presa in carico nei passaggi tra servizi e setting di cura, senza soluzione di continuità percepita dal paziente.
- **Coordinamento e non frammentazione:** Un unico coordinatore (case manager) orchestra gli interventi dei diversi servizi, evitando duplicazioni e garantendo coerenza del progetto di cura.
- **Integrazione multiprofessionale e multidisciplinare:** Équipe integrate composte da professionisti di servizi diversi lavorano insieme per obiettivi comuni condivisi.
- **Appropriatezza:** Ogni persona riceve il servizio appropriato al suo bisogno, nel setting più adeguato, al momento giusto.
- **Prossimità:** Privilegiare l'erogazione dei servizi il più vicino possibile al domicilio, attivando setting più complessi solo quando necessario.
- **Equità:** Garantire accesso equo ai servizi per tutta la popolazione del territorio, superando le barriere (geografiche, economiche, culturali, linguistiche).
- **Sussidiarietà:** Attivare il livello di assistenza appropriato

Il Comitato di Integrazione Territoriale è composto da:

Direttore di Distretto (Presidente), responsabili di tutti i servizi territoriali (coordinatore case di comunità, coordinatore cure domiciliari, Responsabile cure palliative, Coordinatore ODC, Responsabile Salute Mentale, Responsabile SERD, Responsabile Consultori, Responsabile Igiene pubblica, Responsabile del servizio di Prevenzione e Promozione della salute, referente servizi sociali, coordinatore COT, Referenti AFT MMG/PLS, Rappresentante IFoC - Referente Servizi Sociali comunali, Rappresentante associazioni pazienti/caregiver (facoltativo)

e si riunirà 3 volte l'anno con l'obiettivo di definire strategie di integrazione, approvare protocolli operativi inter-servizi, gestire criticità sistemiche, proporre piani di sviluppo e miglioramento, validare percorsi assistenziali integrati.

La CDC di Bono è inoltre integrata funzionalmente alla CdC HUB di Ozieri grazie ad un modello organizzativo che nasce dall'esigenza di garantire:

- universalità dell'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari
- equità nella distribuzione delle risorse sul territorio
- capillarità dei servizi di base nelle aree periferiche e interne
- integrazione funzionale tra i diversi livelli assistenziali
- efficienza nell'utilizzo delle risorse

Il coordinamento Hub e Spoke segue i seguenti principi

- Sussidiarietà verticale: ciò che può essere gestito efficacemente a livello Spoke non deve essere centralizzato nell'Hub
- Integrazione funzionale: Hub e Spoke non sono entità separate ma nodi di un'unica rete assistenziale
- Prossimità: privilegiare l'erogazione dei servizi il più vicino possibile al domicilio del cittadino
- Appropriatezza: garantire che ogni paziente riceva il livello di assistenza adeguato alla sua complessità
- Continuità assistenziale: assicurare la presa in carico senza soluzione di continuità nei passaggi tra Hub e Spoke

Le modalità operative di coordinamento prevedono:

- Riunioni mensili di coordinamento (videoconferenza o in presenza)
- Briefing settimanali Hub- Spoke (telefonica o videochiamata breve (15-20 min))
- Percorsi assistenziali integrati
- Condivisione di protocolli e procedure

La continuità assistenziale verrà garantita inoltre dal numero 116117. Il numero unico nazionale per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari è disponibile h 24 per 7 giorni a settimana. E' rivolto a tutti i cittadini italiani e stranieri, fornisce assistenza e informazioni, garantisce le prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuità Assistenziale, centralizza le chiamate per la Continuità Assistenziale. Nelle ore di apertura della continuità assistenziale, la centrale del 116117 effettua un primo triage telefonico e, se la richiesta rientra nelle cure non urgenti

gestibili territorialmente, trasferisce la chiamata al Medico (ex guardia medica) che gestisce la richiesta dell'utente. La centrale 116 117 è collegata a quella della emergenza 118 in modo da permettere passaggi di chiamata se necessario.

Sono stati sviluppati servizi di integrazione (API-Application Programming Interface) che consentono, a soggetti terzi di procedere con il coinvolgimento delle COT mediante l'apertura di segnalazione attraverso le quali si gestiscono la richiesta di attivazione di servizi territoriali. Il NEA 116117 può quindi integrarsi con il sistema informativo delle COT mediante le API descritte e diventare così segnalante nel processo di attivazione di un servizio (Determinazione Dirigenziale n8 del 09/01/2025-Attestazione e descrizione del collegamento tra Centrale Operativa Territoriale (COT) con la rete di emergenza-urgenza). La COT a sua volta attiverà il servizio più appropriato presso la CdC: il MMG per la visita urgente, l'infermiere di comunità per una valutazione domiciliare, l'ADI ecc.,.

6. Partecipazione della Comunità

- INCLUSIONE E PARTECIPAZIONE ATTIVA DEI CITTADINI:

Le CdC di Ozieri e Bono, istituita nell'ambito del processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e disciplinato dal DM 77/2022, rappresenta un modello innovativo di integrazione tra servizi sanitari e sociali, orientato alla presa in carico globale e continuativa della persona.

In tale contesto, assume particolare rilevanza l'implementazione di strumenti volti a favorire la partecipazione attiva dell'utenza, nonché il consolidamento di canali strutturati di ascolto e comunicazione tra cittadini e servizi. L'iniziativa "LA SCATOLA DEI PENSIERI E DELLE PROPOSTE" nasce con l'obiettivo di creare uno spazio libero, accessibile e anonimo di espressione.

Si prevede l'installazione, presso l'ingresso della Casa della Comunità, di un dispositivo fisico (scatola di raccolta) finalizzato alla ricezione, in forma anonima, di contributi scritti da parte di utenti, familiari e operatori. Tali contributi potranno includere osservazioni, segnalazioni, suggerimenti migliorativi, nonché espressioni di carattere personale e creativo (quali pensieri e componimenti brevi), in un'ottica di valorizzazione della pluralità dei linguaggi espressivi.

L'iniziativa persegue le seguenti finalità:

- promuovere un canale di comunicazione accessibile, inclusivo e non mediato;
- favorire l'emersione di bisogni, criticità e proposte da parte dell'utenza;
- sostenere processi di miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati;
- rafforzare il rapporto di fiducia tra cittadini e istituzione sanitaria;
- incentivare forme di partecipazione attiva e consapevole alla vita del servizio

La raccolta dei contributi avverrà in forma completamente anonima, al fine di garantire la massima libertà espressiva. Con cadenza trimestrale, il materiale raccolto sarà oggetto di analisi da parte dell'équipe multiprofessionale della Casa della Comunità, che provvederà a:

- classificare i contenuti per ambiti tematici;
- individuare eventuali criticità ricorrenti;
- valutare la fattibilità delle proposte migliorative;
- restituire, ove possibile, esiti e azioni intraprese.

“La Scatola dei Pensieri e delle Proposte” rappresenta un vero e proprio ponte comunicativo tra servizio e cittadinanza, favorendo una relazione più umana, partecipata e trasparente.

L’iniziativa si inserisce pienamente nella logica della sanità di prossimità, contribuendo a costruire un modello di cura centrato sulla persona e sul coinvolgimento attivo della comunità. Si prevede un impatto positivo in termini di:

- miglioramento della qualità percepita dei servizi;
- maggiore coinvolgimento della comunità locale;
- sviluppo di una cultura organizzativa orientata all’ascolto e al miglioramento continuo.

“La Scatola dei Pensieri e delle Proposte” rappresenta un intervento a basso impatto organizzativo ed economico, ma ad alto valore relazionale e partecipativo. L’iniziativa risulta coerente con gli indirizzi strategici nazionali, contribuendo al rafforzamento del ruolo della Casa della Comunità quale presidio di riferimento per il territorio, non solo in termini di erogazione di prestazioni, ma anche come luogo di ascolto, relazione e co-costruzione dei servizi.

- **VALORIZZAZIONE DELLA CO-PRODUZIONE DEI SERVIZI E DEL PROTAGONISMO DELLA COMUNITÀ**

Nella CDC è presente inoltre una SALA RIUNIONI POLIVALENTE che è a disposizione della comunità per iniziative educative, di socializzazione e di sostegno.

La ASL di Sassari ha in atto delle convenzioni di coprogettazione con enti del terzo settore per e realizzazione di interventi socio-sanitari nell’ambito del Piano Nazionale Equità nella salute 2021-2027. Nello specifico gli interventi sono relativi all’area “contrastare la povertà sanitaria” che prevede il potenziamento della medicina di prossimità per la presa in carico dei bisogni di salute della popolazione in vulnerabilità socioeconomica. La convenzione è finalizzato ad una procedura di coprogettazione con gli Enti del Terzo Settore per la identificazione dei soggetti beneficiari degli interventi socio-sanitari che vengono erogati presso ambulatori di prossimità o con motorhome itineranti. Gli ambulatori di prossimità nel Distretto di Ozieri hanno sede nelle Case di Comunità di Ozieri e Bono.

Verranno inoltre organizzati gli ambulatori medici a bassa complessità per persone indigenti e fragili previsti dal progetto sperimentale di paternariato tra Enti del terzo settore e Pubblica Amministrazione in esecuzione della LR 24/2025 e della DGR 5/14 del 04/02/2026. Gli ambulatori medici a bassa complessità garantiranno prestazioni diagnostiche e polispecialistiche gratuite a favore di persone indigenti, fragili e anziane (Avviso pubblicato da ARES Sardegna il 14/04/2026 in scadenza il 29/05/2026).

Numerose iniziative vengono portate avanti in collaborazione con le Strutture territoriali di Prevenzione e Promozione della Salute, di Igiene Pubblica, del Consultorio per la Salute delle famiglie e il Dipartimento di Salute Mentale.

Con l’istituzione del Comitato di Integrazione territoriale verrà garantita una maggiore integrazione e sinergia dei servizi territoriali finalizzata a progetti di medicina di iniziativa e di prevenzione per la comunità.

La Casa della Comunità Spoke di Bono promuoverà iniziative di inclusione e partecipazione attiva dei cittadini, con particolare attenzione alla prevenzione, alla promozione della salute e al benessere della comunità, tra cui:

- Gruppi di cammino e attività motorie di comunità, per promuovere stili di vita attivi e prevenzione delle malattie croniche;
- Incontri informativi e formativi su prevenzione, salute mentale, vaccinazioni e corretti stili di vita;
- Iniziative di volontariato e collaborazione con associazioni locali, finalizzate alla co-produzione dei servizi e al coinvolgimento diretto della cittadinanza nella vita della struttura;
- Progetti educativi e promozionali con scuole, associazioni culturali e sportive, per favorire il protagonismo della comunità nella promozione di salute e inclusione sociale.

Per monitorare l'efficacia delle iniziative e la soddisfazione degli utenti, la CdC prevede strumenti quali:

- Questionari di soddisfazione degli utenti;
- Indicatori di performance condivisi e trasparenti;
- Report periodici sull'andamento dei servizi e delle iniziative di partecipazione.

Queste attività contribuiscono a rafforzare il legame tra la CdC e la comunità, favorendo la partecipazione attiva dei cittadini e la co-produzione dei servizi di salute territoriale

Il Direttore del Distretto