

Casa della Comunità Spoke di Bosa

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

Sommario

Sommario.....	1
1 Informazioni generali Casa della Comunità	2
2 Introduzione.....	2
2.1 Obiettivi e mission della Casa di Comunità	2
2.2 Riferimento normativo e collocazione della CdC nel sistema sanitario territoriale	4
2.3 Descrizione generale – Ambito territoriale e distrettuale	6
2.4 Descrizione generale della struttura.....	9
3 Organizzazione del Personale.....	10
4 Servizi Offerti dalla Casa di Comunità SPOKE	12
4.1 Macro-area Cure Primarie con l’omonima area funzionale.....	12
4.2 Macro-area Assistenza di Prossimità con le aree funzionali.....	12
4.3 Macro-area Specialistica con l’area funzionale ambulatori specialistici.....	14
4.4 Macro-area Servizi Generali e Logistici che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura	14
5 Dotazione Strutturale e Tecnologica	14
6 Integrazione e Rete Territoriale.....	15
7 Partecipazione della Comunità	16

1 Informazioni generali Casa della Comunità

Denominazione della struttura	Casa della Comunità Spoke di Bosa
Sede	Via Giovanni Antonio Pischedda - Bosa
CUP	J22C26000010006
Tipologia	Spoke
Tipologia di intervento PNRR	TAG 026 Non Applicabile / Manutenzione straordinaria
Data di inizio funzionamento**	11/05/2026

*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

2.1 Obiettivi e mission della Casa di Comunità

La Casa di Comunità (CdC), rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento, è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito. Rappresenta il luogo in cui il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un raccordo intersettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito. Costituisce un progetto di innovazione in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa: disegnando nuove soluzioni di servizio, contribuendo a costruire e organizzare le opportunità di cui ha bisogno al fine di migliorare qualità della vita e del territorio, rimettendo al centro dei propri valori le relazioni e la condivisione.

La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari. L'attività, infatti, è organizzata in modo tale da permettere un'azione d'equipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni, Infermieri di Famiglia o Comunità, altri professionisti della salute quali Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali.

La Casa delle Comunità SPOKE di Bosa, è luogo di prossimità facile da raggiungere in quanto insiste nella sede storica dell'Ospedale "Mastino", nel paese di Bosa, facilmente raggiungibile con mezzi propri o trasporto pubblico, dotato di parcheggi prossimi alla struttura, sede, inoltre, di Ospedale di Comunità in fase di attivazione. L'obiettivo dello sviluppo della CdC SPOKE, tra quelli indicati dalla normativa vigente, è quello di garantire in modo coordinato:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria e in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata (tramite l'Unità di Valutazione Territoriale- UVT);
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

I **principi** che orientano lo sviluppo delle CdC sono l'equità di accesso e di presa in carico, secondo il modello della sanità d'iniziativa, e il principio della qualità dell'assistenza declinata nelle sue varie dimensioni (es. appropriatezza, sicurezza, coordinamento/continuità, efficienza, tempestività).

La Casa delle Comunità Spoke di Bosa è previsto garantisca la presenza dei seguenti professionisti, nell'ambito di quelli disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, e l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina e tele assistenza e relative competenze professionali:

- equipe multiprofessionali costituite da MMG, PLS, Continuità Assistenziale, medici a contratto libero professionale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio sanitarie;
- presenza medica h12 - 6 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- presenza infermieristica h12 - 6 giorni su 7;
- Punto Unico di Accesso;
- servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione, ecc.);

- servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.);
- servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali;
- sistema di accoglienza degli utenti mediante Cup integrato nel sistema Cup aziendale e ufficio relazioni col pubblico;
- servizio di assistenza domiciliare di base;
- partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;
- integrazione con i servizi sociali.

2.2 Riferimento normativo e collocazione della CdC nel sistema sanitario territoriale

La ASL si fa garante dell'equità di accesso ai servizi, come previsto nel **PNRR – Missione 6, Componente 1 – Riforma dell'assistenza territoriale**, avendo previsto la rete di integrazione funzionale dell'assistenza territoriale secondo il modello *HUB* e *SPOKE*. Sono in corso di completamento/avvio due Case della Comunità Hub (Oristano e Ghilarza) e cinque Case della Comunità SPOKE (Santu Lussurgiu, Samugheo, Tramatza, Laconi e Bosa) oltre a due Ospedali di Comunità (Ghilarza e Bosa), dei quali uno è già operativo, per garantire una presa in carico globale dei pazienti cronici ad intensità medio bassa. Con altri finanziamenti sono in programmazione la CdC di Terralba, HUB di riferimento della CdC di Laconi nonché quella SPOKE di Ales.

La Casa della Comunità di Bosa è uno SPOKE collegata alla CdC HUB di Ghilarza il cui modello organizzativo si inserisce nel quadro normativo dei seguenti atti:

- **Ministero della Salute**
 - La Casa della Comunità come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento (DM 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 20.02.2020, DM 71/2022 e DM 77/2022), è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitari a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.
 - Nella casa della comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai sensi dell'art 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021 n 234.
- **Regione Autonoma della Sardegna -**
 - DGR n.24 del 11/09/2020, con l'obiettivo di qualificare l'assistenza territoriale al servizio della

persona, individua nella casa della comunità la struttura che raccoglie in unico spazio l'offerta extra-ospedaliera del servizio sanitario, integrata con il servizio sociale, in grado di rispondere alla domanda di assistenza di persone e famiglie con bisogni complessi.

- DGR n°9/22 del 24/3/2022, la RAS emana il Piano Regionale dei Servizi Sanitari triennio 2022-2024 con l'obiettivo di qualificare l'assistenza territoriale al servizio della persona attraverso una rete di strutture sanitarie-assistenziali, istituisce inoltre le Case della Comunità SPOKE prevedendone due, una a Tramatzu ed una a Samugheo, funzionalmente collegate alla Casa di Comunità HUB di Oristano
- DGR n. 37/24 del 14.12.2022 – Adozione del provvedimento regionale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022, che definisce gli indirizzi e la rete delle Case della Comunità, COT e Ospedali di Comunità nel territorio regionale.
- DGR n. 4/59 del 16.02.2023 – Approvazione definitiva del Provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi del Decreto Ministeriale 77/2022, 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 (versione 05.04.2024): documento guida nazionale che ha lo scopo di fornire indicazioni operative e organizzative per le Case della Comunità HUB così come previste dal Decreto Ministeriale 77/2022 e dal PNRR – Missione 6 / Componente 1;

- **ASL Oristano**

- Deliberazione n. 64 del 31.01.2025, adozione del *Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)* della *Asl di Oristano* per il triennio 2025-2027
Deliberazione n. 15 del 30.01.2026, *Adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)* della *Asl di Oristano* per il triennio 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: definisce le linee guida metodologiche per l'operatività delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità, in attuazione dell'Obiettivo strategico 2.1.1.3 del PRS 2024-2029.
- DGR 15/47 del 01.04.2026 Provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi del decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77. Programmazione delle case

della comunità. Aggiornamento della deliberazione della Giunta regionale n. 4/59 del 16 febbraio 2023. Approvazione preliminare.;

Nella Regione Sardegna, la programmazione delle Case della Comunità e delle relative infrastrutture è stata inserita nel Piano Operativo Regionale correlato alla Missione 6 – Salute del PNRR e nel CIS Sardegna, che ha individuato gli interventi prioritari per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, anche nell'ambito dell'infrastrutturazione fisica e organizzativa dei presidi territoriali. La Casa della Comunità è una struttura sanitaria in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. E' il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria.

2.3 Descrizione generale – Ambito territoriale e distrettuale

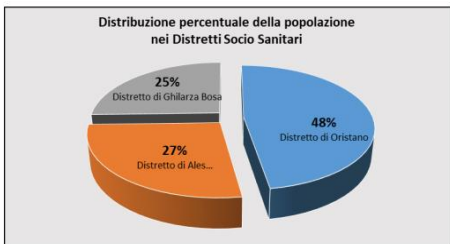
La Casa di Comunità Spoke di Bosa insiste nel **Distretto di Ghilarza-Bosa** uno dei tre Distretti nei quali si articola la ASL 5 di Oristano. L'ambito territoriale della ASL di Oristano coincide con la attuale Provincia di Oristano, fatta eccezione per il Comune di Genoni, e comprende 88 Comuni con una estensione di 3.040 Km² e una popolazione residente al 01.01.2024 di **149.822 abitanti** per una densità abitativa di **49,3 abitanti** per Km². La densità abitativa della provincia di Oristano è inferiore alla densità abitativa media della Regione Sardegna. Quasi il 50% dei comuni vede un numero di abitanti inferiore ai 1000 (tabella I).

Tabella I Comuni ASL 5 Oristano

Distretto Oristano		Distretto Ales Terralba		Distretto Ghilarza Bosa	
Comune	Pop.	Comune	Pop.	Comune	Pop.
Allai	349	Albagiara	229	Abbasanta	2.562
Barattili San Pietro	1.203	Ales	1.250	Aidomaggiore	386
Bauladu	613	Arborea	3.723	Ardauli	760
Cabras	8.821	Assolo	328	Bidoni	122
Milis	1.394	Asuni	299	Bonarcado	1.539
Narbolia	1.639	Baradili	80	Boronneddu	157
Nurachi	1.660	Baressa	553	Bosa	7.400
Ollastra	1.106	Curcuris	302	Busachi	1.131
Oristano	30.273	Genoni	744	Cuglieri	2.441
Palmas Arborea	1.501	Gonnoscodina	427	Flussio	397
Riola Sardo	2.016	Gonnosnò	676	Fordongianus	815
Samugheo	2.709	Gonnostramatza	796	Ghilarza	4.126
Santa Giusta	4.602	Laceni	1.646	Magomadas	604
San Vero Milis	2.412	Marrubiu	4.550	Modolo	175
Siamaggiore	865	Masullas	1.007	Montresta	443
Siamanna	753	Mogorella	403	Neoneli	607
Siapiccia	349	Mogoro	3.847	Norbello	1.129
Simaxis	2.107	Morgongiori	645	Nughedu Santa Vittoria	424
Solarussa	2.250	Nureci	309	Pauillatino	2.102
Tramatza	918	Pau	270	Sagama	188
Villanova Truschedu	297	Pompu	221	Santu Lussurgiu	2.198
Villaurbana	1.446	Ruinias	586	Scano di Montiferro	1.388
Zeddiani	1.124	San Nicolò d'Arcidano	2.456	Sedilo	1.932
Zerfaliu	984	Senis	386	Seneghe	1.623
		Simala	294	Sennariolo	153
		Sini	501	Soddi	121
		Siris	228	Sorradile	336
		Terralba	9.649	Suni	979
		Uras	2.670	Tadasuni	126
		Usellus	692	Tinnura	248
		Villa Sant'Antonio	328	Tresnuraghes	1.008
		Villa Verde	268	Ulà Tirso	448
TOTALE	71.391	TOTALE	40.363	TOTALE	38.068

Fonte dati: Demo ISTAT popolazione all'01.01.2024 (dati aggiornati al mese di novembre 2024)

La distribuzione percentuale della popolazione nei Distretti Socio Sanitari è rispettivamente 48% Distretto di Oristano, 27% Distretto di Ales, **25% Distretto di Ghilarza Bosa** (Tabella I).



Distribuzione della Popolazione: composizione % Demo Istat: popolazione residente al 1 gennaio 2024

Tabella I

Distribuzione percentuale della popolazione nei tre Distretti Socio sanitari

La popolazione di 65 anni e più è pari al 30,1 % della popolazione totale (Tabella II).

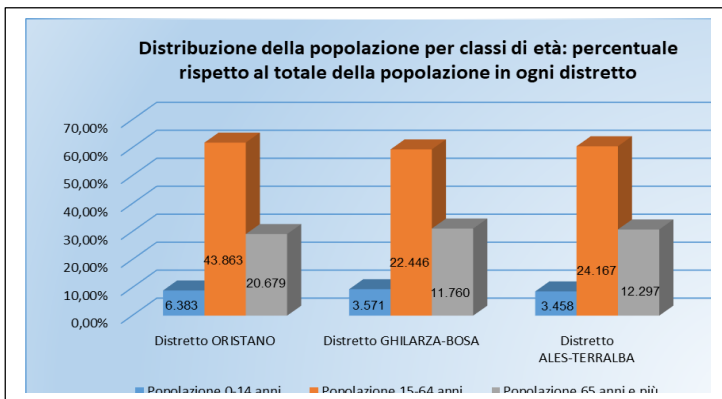


Tabella II

Distribuzione della popolazione per classi di età: percentuale rispetto al totale della popolazione nei tre Distretti Socio sanitari

L'indice di invecchiamento (rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione totale moltiplicato per 100) risulta al di sopra del valore regionale e nazionale.

Il *distretto di Ghilarza Bosa* presenta l'indice di invecchiamento maggiore all'interno della provincia (31,13%).

L'indice di vecchiaia (rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100) risulta molto alto sia rispetto al dato regionale ma soprattutto rispetto al dato nazionale; si registrano 333 anziani ogni 100 giovani. (Tabella III). Il distretto di Ales Terralba presenta il rapporto tra giovani e anziani più alto della provincia (355,61%), (Tabella IV).

Tabella III

Indicatore	Oristano	Sardegna	Italia
Tot popolazione	148.624	1.561.339	58.934.177
Popolazione 0-14 anni	13.412	152.220	7.019.165
Popolazione 15-64 anni	90.476	980.777	37.341.839
Popolazione 65 anni e più	44.736	428.342	14.573.173
Indice di invecchiamento	30,10%	27,43%	24,735
Indice di vecchiaia	333,55%	281,40%	207,62

Tabella IV

Indicatore	Distretto ORISTANO	Distretto GHILARZA-BOSA	Distretto ALES-TERRALBA
Tot popolazione	70.925	37.777	39.922
Popolazione 0-14 anni	6.383	3.571	3.458
Popolazione 15-64 anni	43.863	22.446	24.167
Popolazione 65 anni e più	20.679	11.760	12.297
Indice di invecchiamento	29,15%	31,13%	30,80%
Indice di vecchiaia	323,96%	329,31%	355,61%

Il **tasso di occupazione della popolazione tra i 20 e i 64 anni**, nell'anno 2023, registra valori più bassi (59,7 %) rispetto alla media nazionale (66,3 %) e prossimi alla media regionale (59,9 %).

La **% persone tra i 15 e i 29 anni che non lavorano né sono inseriti in un percorso di istruzione o formazione**, risulta più alto del dato nazionale (17,8 %, verso 16,1 %) per quanto nel 2023 si registri un trend in riduzione con valori più bassi rispetto alla media regionale (19,6 %)

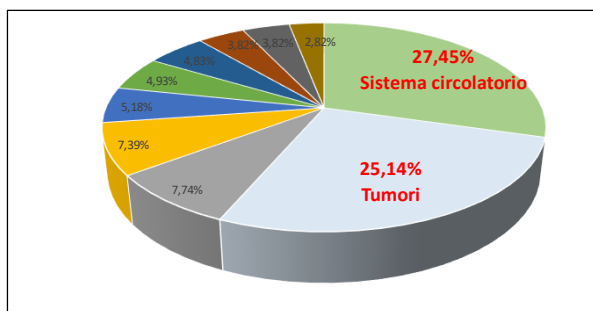
Per quanto concerne la **% di 25-64 anni che hanno completato la scuola secondaria di II grado**, il valore risulta inferiore (48,5 %) al valore sia nazionale (65,5%) sia regionale (55%).

Nella provincia di Oristano i dati relativi alle **cause di morte** non si discostano in maniera sostanziale da quelli nazionali e regionali, con i due gruppi di patologie che maggiormente incidono sulla salute delle persone: cardiocircolatorio e tumori, che rappresentano, rispettivamente con il 27,45% ed il 25,4%, le prime cause di decesso (Tabella V e Grafico I).

Tabella V

Descrizione	2022			2023		
	Oristano	Sardegna	Italia	Oristano	Sardegna	Italia
Malattie del sistema circolatorio	24,96%	25,92%	30,85%	27,45%	25,96%	30,94%
Tumori	24,49%	25,45%	24,18%	25,14%	27,49%	26,33%
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	7,51%	5,26%	4,19%	7,74%	5,53%	4,59%
Malattie del sistema respiratorio	6,73%	6,36%	7,02%	7,39%	7,20%	7,96%
Disturbi psichici e comportamentali	5,78%	5,67%	3,88%	5,18%	5,60%	4,03%
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	5,47%	4,40%	4,68%	4,93%	4,74%	4,76%
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	4,10%	4,83%	3,82%	4,83%	4,93%	3,85%
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	4,20%	4,84%	4,58%	3,82%	5,01%	4,67%
Malattie dell'apparato digerente	3,99%	3,58%	3,35%	3,82%	4,25%	3,60%
Covid-19	6,62%	7,71%	7,15%	2,82%	2,77%	2,39%

Grafico I



Non sono invece noti, nel dettaglio, i dati relativi a prevalenza di patologie croniche per quanto sia presumibile che sia se non superiore perlomeno pari alla prevalenza della Regione Sardegna, superiore alla media nazionale (Studio di Sorveglianza PASSI 2022-2023).

Studio di Sorveglianza PASSI 2022-2023

Indicatore - PASSI 2022-2023	Persone libere da patologie croniche *	Persone con almeno 1 patologia cronica *	Persone con 2 o più patologie croniche (comorbidità) *
Abruzzo	83,7	16,3	4,2
Basilicata	84,8	15,4	4,2
Calabria	81,8	18,5	4,2
Campania	82,4	17,5	3,8
Emilia Romagna	81,1	19,0	4,6
Friuli Venezia Giulia	79,9	21,2	4,2
Lazio	80,3	19,7	5,1
Liguria	81,2	18,8	4,2
Lombardia	79,9	20,5	4,1
Marche	82,4	17,6	5,2
Molise	81,3	18,7	4,1
Piemonte	81,3	18,7	4,1
Provincia di Bolzano	81,3	18,7	3,8
Provincia di Trento	82,1	17,9	3,8
Puglia	87,8	12,7	3,4
Sardegna	74,9	26,1	6,1
Sicilia	81,8	18,2	4,5
Toscana	84,9	15,0	3,0
Umbria	83,8	16,2	3,8
Valle d'Aosta	74,9	25,1	6,7
Veneto	80,9	19,1	3,8
Italia	81,8	18,2	4,2

■ peggiore del valore nazionale
 ■ simile al valore nazionale
 ■ migliore del valore nazionale

* PASSI indaga le affezioni croniche delle seguenti categorie: insufficienza renale, ipertensione cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, diabete di tipo 2, malattie cardiovascolari, diabete, malattie del sistema circolatorio, malattie del sistema respiratorio, malattie del sistema digerente, epilessia, disturbi psichici e comportamentali, malattie del sistema muscolo-scheletrico e connesse, malattie croniche del fegato e pancreas.



Una popolazione con indicatori di struttura particolarmente elevati per la parte anziana e la presenza di un quadro socio-economico non favorevole si caratterizza per diversi fenomeni di natura sia sociale sia sanitaria, in particolare: una *diminuzione della natalità*, un *aumento della disabilità*, un *aumento della prevalenza delle patologie cronico-degenerative*, con conseguente aumento della domanda e della spesa sanitaria.

Le *caratteristiche della struttura orografica e viaria del territorio* costituiscono elemento di forte limitazione nella possibilità di fruizione da parte della popolazione residente dei servizi offerti. Le strade principali sono, infatti, posizionate in senso longitudinale rispetto all'estensione della Provincia, su un asse che collega i due centri sanitari principali di Cagliari e Sassari che costituiscono, in modo rilevante, poli di attrazione anche per prestazioni a non elevato tasso di specializzazione; i percorsi viari trasversali sono, invece, poco sviluppati e spesso tortuosi, non funzionali alle esigenze di rapido e comodo collegamento anche in rapporto alla relativa inadeguatezza dei servizi di trasporto pubblico.

Le caratteristiche del territorio e della viabilità connessa, la dispersione della popolazione, prevalentemente residente in piccoli e piccolissimi Comuni, peraltro, per oltre il 30% priva di assistenza da parte del medico di medicina generale, rappresentano, quindi, *fattori di pregiudizio per l'accessibilità e l'equità nell'accesso alle cure*. La riforma dell'assistenza territoriale, come declinata dalle normative vigenti, vede nel Distretto il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali e anche attraverso la Casa di Comunità, funzionale al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, assicura una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta, rappresentando, quindi, un prioritario obiettivo strategico aziendale.

2.4 Descrizione generale della struttura

La Casa della Comunità Spoke situata nel Comune di Bosa è organizzata, su un solo livello, al piano terra dell'immobile che ospita l'Ospedale "Mastino", con ingresso proprio, separato dagli ingressi dell'utenza dell'Ospedale.

L'immobile si trova a Bosa, in via Giovanni Antonio Pischredda, ed è facilmente accessibile e ben collegato da mezzi pubblici, con parcheggio adiacente. Di seguito la descrizione della destinazione d'uso dei vani.

Piano terra

- n. 1 locale Ambulatorio servizi infermieristici;
- n. 1 locale Ambulatorio per la Continuità Assistenziale con annesso locale per il riposo del medico;
- n. 1 locale Ambulatorio Medici di Medicina Generale (MMG);
- n. 1 locale Ambulatorio Pediatri di Libera Scelta (PLS);
- Servizi per la comunità ubicati nella sala riunioni polivalente;

- n. 1 locali per il sportello unico di accesso (SUA) collegato funzionalmente al punto unico di accesso distrettuale;
- n. 1 locale per lo sportello CUP;
- n. 1 locali per Infermieri di Comunità (IFoC);
- n. 1 locale per il front office per l'Assistenza Domiciliare Integrata-Unità di Continuità Assistenziale (ADI-UCA)
- n. 2 locali Ambulatorio, da destinare alle seguenti specialità cliniche: cardiologia, diabetologia, pneumologia, neurologia, e altre branche specialistiche.

3 Organizzazione del Personale

Il modello organizzativo regionale è stato delineato con la DGR 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. In attuazione delle disposizioni regionali, l'organizzazione del personale operante presso la Casa di Comunità di Samugheo è definita come di seguito riportato.

Presenza infermieristica h 12, 6 giorni su 7

n.13 Infermieri di Famiglia o Comunità organizzati indicativamente come di seguito descritto:

- n.1 Coordinatore Infermieristico,
- n.5 Infermieri per le attività ambulatoriali,
- n.2 Infermieri per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute
- n.5 Infermieri per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e la teleassistenza;

Il personale ruota su turni mattutini e pomeridiani, garantendo la copertura perlomeno di n. 6 ore di servizio in presenza.

La **presenza infermieristica** si articola come segue:

- attività in sede ad accesso diretto e/o su prenotazione presso la struttura per tutti gli utenti negli orari programmati (h 6, 6 giorni su 7);
- nelle fasce orarie in cui non è assicurata la presenza attiva, è assicurata la pronta disponibilità dalla CDC di Ghilarza, HUB di riferimento, con attivazione per il tramite del numero europeo armonizzato NEA 116117.

L'Infermiere presente all'interno della CdC promuove il lavoro in équipe multiprofessionale collaborando con Medici di Cure Primarie 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 in raccordo con la COT.

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

Presenza medica h12 - 6 giorni su 7, dal lunedì al sabato

La presenza medica, in via generale, è garantita attraverso i medici del ruolo unico dell'assistenza primaria, già titolari di incarico di assistenza primaria e di continuità assistenziale e dai medici a contratto libero professionale.

Si articola in:

- attività in sede con ambulatorio aperto a tutti gli utenti negli orari programmati, per 12 ore continuative dalle 8 alle 20 dal lunedì al sabato;
- nei prefestivi, dalle ore 10 alle ore 20, e nei festivi intra settimanali, dalle ore 8 alle ore 20, attraverso assistenza primaria ad attività oraria, attivabile mediante la chiamata del Numero Europeo Armonizzato 116117 per i bisogni sanitari non urgenti; oltre che supportare il Medico di Continuità Assistenziale effettuando un primo triage delle chiamate degli utenti, l'operatore NEA procede ad una prima valutazione del bisogno di salute ed all'orientamento e indirizzamento dell'utenza verso il setting assistenziale appropriato; tale servizio, attivo h 24, 7/7gg, rappresenta un front-office sicuro per tutti gli utenti, anche qualora, per carenza di risorse professionali, qualche punto di continuità assistenziale rimanesse scoperto.

In questo modo la Casa della Comunità SPOKE assicura un presidio medico nell'area di riferimento, 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.

Presenza di altro personale

È garantita, inoltre la presenza di:

- assistente sociale, che collabora in team con MMG, Infermieri e specialisti per rispondere a situazioni di cronicità o fragilità complessa e opera per superare la frammentazione degli interventi promuovendo il lavoro di rete con le risorse del terzo settore e della comunità locale;
- personale sanitario per le attività del SUA e CUP;
- n.1 OSS per le attività di supporto,
- n. ostetrica.

4 Servizi Offerti dalla Casa di Comunità SPOKE

Per l'erogazione dei servizi è stato adottato il modello della Medicina di popolazione, che mira a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute, rispondendo ai bisogni del singolo paziente in termini di prevenzione e cura. Elementi chiave del modello includono le seguenti attività:

- stratificazione della popolazione, funzionale alla programmazione delle attività;
- monitoraggio dei fattori di rischio;
- gestione integrata delle patologie croniche e delle situazioni complesse con identificazione e presa in carico dei pazienti con mono (arruolamento nei PDTA) o multipatogenicità cronica (tramite PAI o PRI).

Come previsto nel Documento di Indirizzo per il meta-progetto della Casa della Comunità di Agenas 2022, i servizi offerti dalla CdC Hub sono suddivise per macro-aree.

4.1 Macro-area Cure Primarie con l'omonima area funzionale.

Nella Casa di Comunità di Bosa sono disponibili n.3 ambulatori per le attività dei medici delle Cure primarie (MMG, PLS, medici in libero professionale) e i medici di continuità assistenziale, un ambulatorio è previsto come sede operativa degli infermieri di famiglia e comunità.

Di seguito l'articolazione oraria di riferimento

Tipologia ambulatorio	Orari presenza/pronta disponibilità	Giorni
MMG	8-20	Dal lunedì al venerdì
	8-10	Sabato
PLS	Da definire	Da definire
Medici a ciclo orario/continuità assistenziale	10 -20	Sabato
	8-20	Domenica e festivi
	20-08	Dal lunedì alla domenica
Punto prelievi	7.30- 10.30	Da definirsi
Ambulatori Infermieristici	8- 14	Dal lunedì al sabato
Consulenze infermieristiche	14-20 (pronta disponibilità da CdC HUB)	Dal lunedì al sabato

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

La CdC Spoke di Bosa si riferisce alla COT di Ghilarza e per il suo tramite alle CdC Hub di Ghilarza ed Oristano e alle altre CDC SPOKE nonché agli Ospedali di Comunità e alle altre strutture sanitarie.

Sono operativi alla data prevista:

- ambulatori infermieristici per:
 - l'erogazione delle *prestazioni infermieristiche*: ambulatori dedicati per i pazienti affetti da patologie croniche (es. monitoraggio pressione, glicemia, ecc...), al domicilio del paziente per effettuare interventi sanitari previsti dal servizio di assistenza domiciliare di base (es. medicazioni, riposizionamento catetere, verifica terapia, ecc...) o di primo accompagnamento verso un nuovo setting di cura,
 - l'esercizio delle attività e funzioni di *case management* per i pazienti inseriti in PDTA o con PAI o PRI, e il monitoraggio attraverso il dialogo proattivo con il paziente e/o il suo caregiver, con un approccio di promozione della salute, per i casi di insufficiente aderenza alle terapie o agli stili di vita richiesti, oppure attivando il medico di riferimento in caso di esiti clinici intermedi insoddisfacenti rispetto ai target terapeutici programmati; l'infermiere contatta periodicamente gli assistiti per monitoraggio stili di vita, eventuale counseling motivazionale per il cambiamento degli stessi, diagnosi precoce, prevenzione delle complicanze, selezionando tra gli strumenti multicanali quelli più coerenti ai distinti cluster di utenti. Se nel contatto con l'assistito ravvisa necessità di intervento non differibile, può eventualmente richiedere l'intervento del Medico di medicina generale.
- Sportello Unico di Accesso SUA, che ha il fine di accogliere, orientare e facilitare l'accesso ai servizi sanitari e sociali in raccordo con il PUA della CdC HUB per decodificare il bisogno del cittadino con un'analisi multidimensionale delle componenti sanitaria, sociale e assistenziale, garantire una valutazione integrata (UVT) con il coinvolgimento dei Servizi sociali comunali, proponendo al Paziente/ADS e alla sua famiglia il percorso e il setting assistenziale più appropriato;
- Il front office per le Cure Domiciliari Base e Integrate, in raccordo con la CdC HUB, messe in atto dopo la valutazione UVT che ne dichiara la appropriatezza, la redazione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI) contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno, la declinazione di un Piano Operativo con affidamento all'equipe di cura (in corso la esternalizzazione del servizio al Privato Accreditato per garantire continuità assistenziale 7 giorni/7, h 12), il monitoraggio e la rivalutazione del progetto;
- screening oncologici (cervice uterina),
- servizi per la comunità (sala riunioni, polivalente, per diverse attività socio-sanitarie e per la comunità locale), ulteriori servizi funzionali alle attività

4.3 Macro-area Specialistica con l'area funzionale ambulatori specialistici

Sono presenti n.3 ambulatori per gli specialistici delle discipline identificate per le patologie ad elevata prevalenza, come da stratificazione della popolazione che garantiranno attività in presenza e/o con modalità di televisita e teleconsulto anche in raccordo con altre strutture aziendali (Cardiologia; Diabetologia; Pneumologia).

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

Sono presenti attività relative a:

- sportelli di prenotazione di prestazioni specialistiche o di diagnostica collegati al CUP regionale e sotto la supervisione del CUP Aziendale.

Il Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale, al quale si accede attraverso il numero unico regionale 1533 e attraverso il portale CUP WEB, è il punto di accesso alle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale e dai privati accreditati. A livello aziendale, la Segreteria CUP, riorganizzata con le Deliberazioni del C.S. n. 160 del 29/09/2025 e 291 del 20/10/2025, svolge funzioni non solo operative, ma anche di coordinamento, garanzia di qualità e monitoraggio delle agende pubbliche e private delle prestazioni nei differenti regimi di erogazione. Le funzioni operative consistono nella creazione e gestione delle agende di prenotazione (per prime visite con stratificazione secondo classi di priorità e tipologia di accesso) gestione dei contenitori di garanzia e relativi percorsi di tutela (in fase di attivazione) sia SSN, ALPI e privati accreditati;

- servizi di accoglienza per il personale della struttura (spogliatoi, locali riposo per medici di continuità assistenziale/a ciclo orario);
- servizi logistici (Archivi, depositi, Sistemi Informativi e Telemedicina);
- locali tecnici.

5 Dotazione Strutturale e Tecnologica

Nella Casa di Comunità di Bosa sono installate le tecnologie biomediche utili allo svolgimento delle prestazioni ambulatoriali relativamente alla dotazione base e alle aree specialistiche presenti, in coerenza con il documento "Dotazione apparecchiature Biomediche nelle Case di Comunità HUB - Analisi del fabbisogno" redatto da AGENAS nel mese di marzo 2024.

Si riporta di seguito l'elenco

TIPOLOGIA	Dispositivi	CDC Spoke di Bosa
Carrello di emergenza: Attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base; •pallone auto-espansibile; •maschere facciali	SI	OBBLIGATORIO

•cannule orofaringee; •sfigmomanometro; •fonendoscopio; •laccio emostatico; •siringhe; •farmaci di pronto intervento; •materiale per medici.		
Elettrocardiografo con minimo 12 derivazioni	SI	OBBLIGATORIO
Monitor - defibrillatore (per carrello delle emergenze)	SI	OBBLIGATORIO
Kit di base per ambulatorio: Saturimetro Glucometro Bilancia con altimetro per il calcolo del BMI e dotata di impedenzometria Metro sartoriale per la misurazione della circonferenza addominale e delle anche per la sindrome metabolica Martelletto per riflessi neurologici	SI	OBBLIGATORIO
Ecografo	SI	OBBLIGATORIO
Elettrocardiografo	SI	OBBLIGATORIO
Spirometro	SI	OBBLIGATORIO
Holter pressorio PA	SI	OBBLIGATORIO
Holter cardiaco	SI	OBBLIGATORIO
Pulsossimetro	SI	OBBLIGATORIO
Spirometro	SI	OBBLIGATORIO
Point of care testing (POCT	SI	OBBLIGATORIO

6 Integrazione e Rete Territoriale

La Casa di Comunità promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari. Gruppi di lavoro multi professionali e multidisciplinari sono al lavoro per declinare a livello locale il modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa mediante la stratificazione della popolazione per profili di rischio così da differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse. Presa in carico degli assistiti, con patologia cronica, che si prevede di assicurare mediante il reclutamento in PDTA e tramite la stesura dei progetti di salute individuali. Il Progetto di Salute è, com'è noto, uno strumento di programmazione, gestione e verifica; associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" indentificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione. Si attiva all'accesso della persona al SSN,

tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi setting di cura, rende accessibili i diversi Progetti di assistenza individuale integrata (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI) anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) ed i sistemi di e-health. Organizza le informazioni per il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e permette la riprogrammazione delle attività su base periodica in seguito alle valutazioni di processo ed esito in relazione al progetto individuale di salute erogato. I PAI ed eventuali PRI, così come tutta la documentazione sanitaria acquisita nell'ambito dell'assistenza territoriale del paziente, contribuiscono alla composizione del Progetto di Salute di ciascun individuo.

Lo sportelli unico di accesso (SUA), attivo nelle Case di Comunità spoke, tra cui Bosa, ed il PUA nelle Casa di Comunità HUB, costituiscono il sistema di presa in carico, garantiscono, infatti, l'accesso ai servizi socio sanitari e la rete di comunicazione fra servizi sanitari, sociosanitari, sociali ed educativi. Il Punto Unico di Accesso (PUA), inoltre, governa l'Unità di Valutazione Territoriale e trasmette alla COT la valutazione del bisogno con conseguente attivazione del percorso in CdC o in altre strutture della rete.

La COT HUB, attiva dal 13/05/2024 in servizio dalle 08:00 alle 18:00 6/7, permette il collegamento fra strutture territoriali (COT spoke, CdC hub e spoke, OdC), ospedali, strutture residenziali sociosanitarie, e con la centrale NEA 116117 per il presidio delle transizioni del paziente tra i vari setting territoriali ed ospedalieri.

7 Partecipazione della Comunità

La Casa della Comunità è pensata come il luogo di primo contatto e di riferimento per la comunità rispetto alla salute in tutte le sue accezioni, fisica, mentale, individuale/collettiva, oltre che il luogo in cui viene garantita la presa in carico, sanitaria e socio sanitaria della popolazione nonché si promuove la responsabilizzazione e autodeterminazione rispetto alla propria salute.

Le iniziative di partecipazione/co-produzione sono finalizzate a potenziare/adequare l'accesso ai servizi e all'assistenza in un'ottica di contrasto alle disuguaglianze, favorire l'integrità della presa in carico e la qualità dei servizi, responsabilizzare i cittadini nella definizione del proprio progetto di salute, promuovendo il benessere della persona, delle comunità e dei territori.

I soggetti di cui si promuove la partecipazione/co-produzione sono, dunque, le persone in tutti diversi ruoli che possono rivestire rispetto alla salute e alla sanità, con particolare riguardo a: pazienti, familiari e caregiver, cittadine/i in forma singola o associata (associazioni rappresentative di pazienti, di tutela dei diritti dei/le cittadini/e, di volontariato, associazioni coinvolte nell'erogazione dei servizi, ...).

Per poter promuovere concretamente la partecipazione e la co-produzione, come previsti dal DM 77/2022, è indispensabile conoscere, riconoscere e valorizzare la/e Comunità.

A tal fine s'intende avvalersi di metodi e strumenti validati che permettano sia di conoscere le effettive risorse presenti nella comunità, a livello Aziendale e distrettuale, sia di innescare un processo di conoscenza e di attivazione da parte dei cittadini stessi.

Inoltre, si intende attivare iniziative di integrazione con le risorse del territorio, in sinergia con gli interlocutori del Progetto PNES, comprese istituzioni e soggetti sociali come la scuola, gli enti locali, gli organismi culturali e di gestione del territorio, le imprese, le organizzazioni religiose, centri di servizio per il volontariato, per sostenere azioni condivise per la salute intesa come bene comune. Tali attività, promosse non solo su iniziativa del settore sanitario, ma anche su iniziativa degli interlocutori territoriali, saranno definite in modo partecipativo e realizzate anche attraverso specifiche collaborazioni e accordi, attività e progettualità su specifici temi e programmi di lavoro integrati.

In tale contesto si inserisce il bando per l'assegnazione degli spazi individuati all'interno della Casa di Comunità per la progettazione congiunta di programmi.