

## CASA DELLA COMUNITÀ SPOKE ARBUS

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

<b>Denominazione</b>	Casa della Comunità «Arbus»
<b>Sede</b>	Via Cavallotti, 2 - Arbus
<b>CUP</b>	Codice D82C26000070006
<b>Tipologia</b>	Spoke
<b>Tipologia di intervento PNRR</b>	NA
<b>Data di inizio funzionamento</b>	18/05/2026

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

### 2. Introduzione e Obiettivi

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

#### 2.1 Obiettivi

La Casa della Comunità Spoke di Arbus opera in coerenza con le indicazioni del **DM 77/2022**, perseguendo i seguenti obiettivi strategici:

- **Rafforzare le strutture sanitarie di prossimità**, con particolare attenzione alla presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche;
- **Garantire l'assistenza territoriale** attraverso un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare, centrata sulle cure primarie, sugli ambulatori infermieristici e sull'integrazione con l'area sociale;
- **Promuovere la partecipazione attiva della comunità**, attraverso percorsi di prevenzione e promozione della salute.

#### 2.2 Mission

La missione della Casa della Comunità è **portare i servizi sanitari e sociosanitari più vicino ai cittadini**, offrendo un punto unico di riferimento sul territorio, garantendo **integrazione, continuità assistenziale, prossimità dei servizi**, favorendo percorsi assistenziali coordinati e **centrati sui bisogni della persona**.

#### 2.3 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 in integrazione funzionale tra Hub e Spoke a livello distrettuale, secondo quanto previsto dalla programmazione aziendale e regionale.

La Casa della Comunità **Spoke di Arbus** è collegata all'HUB di Villacidro, il cui modello organizzativo si inserisce nel quadro normativo dei seguenti atti:

- **Ministero della Salute** – Decreto 23 maggio 2022, n. 77;
- **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 77/2022, 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 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 Medio Campidano** – Deliberazione n. 64 del 31.01.2025, adozione PIAO 2025–2027;
- **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.
- **Regione Autonoma della Sardegna** – 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.

#### 2.4 Descrizione generale – Ambito territoriale e distrettuale

L’ambito territoriale di riferimento della Casa della Comunità Hub di Villacidro e Spoke di Arbus e Guspini si estende su una vasta superficie della ASL Mediocampidano di **1.516,19 km<sup>2</sup>**, pari a circa il **6,3% del territorio regionale**, e conta 89.983 **abitanti**, con una densità di popolazione pari a **60 abitanti/km<sup>2</sup>**. Il territorio è caratterizzato prevalentemente dalla presenza di comuni di piccole dimensioni, a fronte di un numero limitato di centri di media-grande dimensione che concentrano la maggior parte della popolazione residente.



L'area è articolata nei distretti sanitari di Guspini e Sanluri:

- Il Distretto Sanitario di Sanluri comprende 21 comuni, (Barumini, Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Samassi, Sanluri, Segariu, Serramanna, Serrenti, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovaforru e Villanovafranca) con una popolazione complessiva di 40.656 abitanti distribuiti su una superficie di 583,82 km<sup>2</sup>, con una densità media pari a 69,64 abitanti per km<sup>2</sup>.
- Il Distretto Sanitario di Guspini è composto da 7 comuni, (Arbus, Gonnosfanadiga, Guspini, Pabillonis, San Gavino Monreale, Sardara e Villacidro) con una popolazione complessiva di 49.327 abitanti distribuiti su una superficie di 933,51 km<sup>2</sup>, corrispondente a una densità media di 52,84 abitanti per km<sup>2</sup>.

Popolazione e densità di popolazione

COMUNE	ANNO 2023			ANNO 2024			ANNO 2025				POPOLAZIONE - VARIAZIONE %			
	MASCHI	FEMMINE	POPOLAZIONE TOTALE	MASCHI	FEMMINE	POPOLAZIONE TOTALE	MASCHI	FEMMINE	POPOLAZIONE TOTALE	km <sup>2</sup>	DENSITA' DI POPOLAZIONE ANNO 2025	ANNO 2024-2023	ANNO 2025-2023	ANNO 2025-2024
Arbus	2.827	2.914	5.741	2.798	2.860	5.658	2.769	2.817	5.586	269,12	21	-1,45%	-2,70%	-1,27%
Barumini	581	576	1.157	578	557	1.135	571	546	1.117	26,4	42	-1,90%	-3,46%	-1,59%
Collinas	376	399	775	364	391	755	368	390	758	20,83	36	-2,58%	-2,19%	0,40%
Furtei	757	762	1.519	754	750	1.504	738	747	1.485	26,11	57	-0,99%	-2,24%	-1,26%
Genuri	144	162	306	145	154	299	145	152	297	7,51	40	-2,29%	-2,94%	-0,67%
Gesturi	567	585	1.152	561	575	1.136	562	572	1.134	46,83	24	-1,39%	-1,56%	-0,18%
Gonnosfanadiga	2.991	3.172	6.163	2.964	3.126	6.090	2.939	3.092	6.031	125,19	48	-1,18%	-2,14%	-0,97%
Guspini	5.441	5.555	10.996	5.362	5.494	10.856	5.273	5.408	10.681	174,67	61	-1,27%	-2,86%	-1,61%
Las Plassas	116	94	210	111	94	205	112	98	210	11,04	19	-2,38%	0,00%	2,44%
Lunamatrona	784	835	1.619	775	822	1.597	769	820	1.589	20,59	77	-1,36%	-1,85%	-0,50%
Pabillonis	1.260	1.221	2.481	1.234	1.204	2.438	1.225	1.192	2.417	37,42	65	-1,73%	-2,58%	-0,86%
Pauli Arbarei	284	283	567	270	276	546	273	265	538	15,14	36	-3,70%	-5,11%	-1,47%
Samassi	2.359	2.444	4.803	2.328	2.429	4.757	2.305	2.405	4.710	42,04	112	-0,96%	-1,94%	-0,99%
San Gavino Monreale	3.919	4.153	8.072	3.871	4.088	7.959	3.832	4.052	7.884	87,4	90	-1,40%	-2,33%	-0,94%
Sanluri	3.984	4.148	8.132	3.954	4.116	8.070	3.961	4.075	8.036	84,23	95	-0,76%	-1,18%	-0,42%
Sardara	1.887	1.924	3.811	1.873	1.904	3.777	1.848	1.892	3.740	56,23	67	-0,89%	-1,86%	-0,98%
Segariu	556	556	1.112	546	553	1.099	534	548	1.082	16,69	65	-1,17%	-2,70%	-1,55%
Serramanna	4.261	4.349	8.610	4.199	4.305	8.504	4.176	4.266	8.442	83,84	101	-1,23%	-1,95%	-0,73%
Serrenti	2.306	2.235	4.541	2.291	2.215	4.506	2.265	2.195	4.460	42,78	104	-0,77%	-1,78%	-1,02%
Setzu	67	64	131	64	61	125	66	63	129	7,77	17	-4,58%	-1,53%	3,20%
Siddi	291	292	583	280	279	559	276	272	548	11,02	50	-4,12%	-6,00%	-1,97%
Tuili	454	476	930	451	465	916	440	463	903	24,59	37	-1,51%	-2,90%	-1,42%
Turri	193	183	376	191	184	375	189	183	372	9,6	39	-0,27%	-1,06%	-0,80%
Ussaramanna	254	235	489	242	233	475	235	230	465	9,76	48	-2,86%	-4,91%	-2,11%
Villacidro	6.566	6.644	13.210	6.523	6.594	13.117	6.455	6.533	12.988	183,48	71	-0,70%	-1,68%	-0,98%
Villamar	1.236	1.202	2.438	1.223	1.195	2.418	1.212	1.186	2.398	38,53	62	-0,82%	-1,64%	-0,83%
Villanovaforru	311	272	583	386	269	655	578	261	839	10,93	77	12,35%	43,91%	28,09%
Villanovafranca	600	590	1.190	584	579	1.163	578	566	1.144	27,59	41	-2,27%	-3,87%	-1,63%
TOTALI	45.372	46.325	91.697	44.922	45.772	90.694	44.694	45.289	89.983	1.517	99	-1,09%	-1,87%	-0,78%

Tabella 1 - Popolazione e densità di popolazione - Rilevazione al 01.01.2023, 01.01.2024, 01.01.2025 - Fonte dati ISTAT

Dai dati emerge una **bassa natalità**, che sta determinando non solo una diminuzione complessiva della popolazione, ma anche un marcato squilibrio strutturale tra il numero, sempre crescente, di anziani e quello, in progressiva riduzione, dei nuovi nati. Rappresentativo di questo fenomeno è l'**indice di vecchiaia**, che misura il rapporto percentuale tra la popolazione anziana (≥ 65 anni) e la popolazione giovane (0-14 anni) residente nel territorio. Un articolo pubblicato da ANSA nel dicembre 2025 conferma che la Sardegna presenta un indice di vecchiaia estremamente elevato (circa 283%), il più alto tra le regioni italiane, con una struttura demografica fortemente sbilanciata verso le fasce anziane. L'elevata percentuale di invecchiamento comporta rilevanti conseguenze a livello economico, sociale e assistenziale.

Nella nostra Azienda tale rapporto è pari al **322%**, valore superiore alla media nazionale, che si attesta intorno al **208%**.

Ne deriva la necessità di sostenere un numero crescente di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, anche in conseguenza dell'aumento delle patologie croniche. Risulta pertanto indispensabile potenziare l'assistenza territoriale, attraverso una maggiore diversificazione dei servizi, rafforzando l'integrazione tra ospedale e territorio e rimodulando la tipologia delle prestazioni da garantire, con una significativa incidenza di interventi nell'ambito della lungodegenza e della riabilitazione.

Ulteriori indicatori demografici analizzati confermano il trend di invecchiamento della popolazione:

- Indice di ricambio della popolazione attiva**, pari al **191,03%** nella nostra Azienda, calcolato come rapporto percentuale tra la popolazione prossima al pensionamento (60-64 anni) e quella in procinto di entrare nel mercato del lavoro (15-19 anni).
- Indice di dipendenza strutturale**, pari al **62%** nella ASL Medio Campidano; valori superiori al 50% indicano una situazione di squilibrio generazionale.



La presenza infermieristica può articolarsi come segue:

- attività in sede garantita per almeno 6 ore.
- attività in sede ad accesso diretto e/o su prenotazione presso la struttura per tutti gli utenti negli orari programmati);
- la domenica e nei giorni festivi, l'attività infermieristica e/o della consulenza infermieristica sarà garantita, anche attraverso la Centrale Operativa/Numero Unico nella CdC di Villacidro HUB a livello distrettuale di prossima attivazione. 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 ambulatoriali, 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 può essere garantita anche da altro personale a copertura delle fasce orarie previste dal DM 77/2022.

**B. Presenza medica:** è garantita la presenza medica h12 – 6 giorni su 7, anche attraverso la ex continuità assistenziale, che può articolarsi attraverso attività in sede con ambulatorio aperto a tutti gli utenti negli orari programmati, almeno per 12h continuative dalle 8 alle 20. In caso di festività, diverse dalla domenica, la presenza medica può essere assicurata attraverso la CdC di Villacidro, HUB di riferimento a livello distrettuale.

- La presenza medica, in via generale, viene garantita attraverso i medici di medicina generale.
- Nelle ore notturne la garanzia di continuità assistenziale sarà garantita anche attraverso l'attivazione della Centrale Operativa/Numero Unico, che provvede alla ricezione delle richieste, alla valutazione del bisogno e all'orientamento dell'utenza verso il setting assistenziale appropriato, con la possibilità di attivare il medico di continuità assistenziale, anche attraverso strumenti in telemedicina, per fornire consigli telefonici, interventi domiciliari, ambulatoriali o la possibilità di invio ai servizi di emergenza-urgenza;
- Nelle ore notturne viene assicurata la presenza fisica del servizio di continuità assistenziale (ex Guardia Medica) nella CdC HUB di Villacidro. La Continuità Assistenziale garantisce l'assistenza sanitaria di base alla popolazione nei giorni e negli orari in cui il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta non sono disponibili, assicurando la presa in carico dei bisogni urgenti e non differibili. Le principali attività comprendono: Valutazione clinica telefonica delle richieste di assistenza, Consulenze ambulatoriali presso la sede della Casa della Comunità, Visite domiciliari, quando clinicamente appropriate e non differibili, Gestione delle urgenze minori che non richiedono accesso al pronto soccorso, Attivazione dei percorsi di emergenza-urgenza, se necessario (es. invio al PS o attivazione 118), Integrazione con gli altri servizi territoriali (MMG, PLS, infermieri di famiglia, servizi sociali).

Attività erogate presso l'ambulatorio e la relativa turnistica:

TURNO	ORARIO	MEDICI PRESENTI	INFERMIERI PRESENTI	OSS PRESENTI	AMMINISTRATIVI	ASS Sociale
MATTINO	8-14	1	5	3	1	1
POMERIGGIO	14-20	1				
CONTINUITA'	20-08	1				

ASSISTENZIALE						
---------------	--	--	--	--	--	--

#### Presenza di altro personale (1 Ass. sociale e 2 oss)

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

#### 4. Servizi Offerti dalla Casa di Comunità Spoke

I servizi offerti dalla CdC Spoke sono suddivisi per macro-aree come previsto nel Documento di Indirizzo per il meta-progetto della Casa della Comunità di AGENAS 2022 con eventuale inserzione di relativa planimetria con macro-aree evidenziate.

##### a. Macro-area delle Cure primarie con l'omonima area che comprende spazi e attività dedicate all'assistenza primaria di primo livello.

La macro-area delle Cure Primarie garantisce l'integrazione tra medici e professionisti sanitari operanti sul territorio. All'interno della Casa della Comunità sono presenti i seguenti ambulatori:

- n. 1 ambulatorio dedicati ai Medici di Medicina generale
- n. 1 ambulatorio per il Pediatra di Libera Scelta
- n. 1 ambulatorio di Continuità assistenziale (ex Guardia medica)
- n. 2 ambulatori IFeC, così articolati:
  - n. 1 ambulatori adibiti a centro Prelievi, attivi nella fascia oraria 7:30-10:30
  - n. 1 ambulatorio adibito ad attività di educazione sanitaria, monitoraggio e presa in carico (Punto Salute).

Tali spazi sono organizzati per favorire l'accessibilità dei cittadini e la presa in carico multidisciplinare, in linea con il modello organizzativo della Casa della Comunità.

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

In questa area sono presenti i servizi di:

- Presenza medica h 24 - 6 giorni/7
- Presenza infermieristica h 12 - 6 giorni/7
- Servizi infermieristici (centri prelievo, attività di valutazione dei bisogni di salute – Punto Salute)

PRESTAZIONI
Terapia iniettiva ed infusionale: intramuscolare, sottocutanea ed endovenosa
Medicazioni CVC/PICC (irrigazione di catetere vascolare)
Altra irrigazione di ferita
Catetere vescicale (sostituzione periodica ed addestramento alla manutenzione e cura dei cateteri vescicali)
Prelievo ematico venoso
Rilevazione parametri vitali ( PA- FC- FR-TC- SpO2)
Rilevazione e valutazione della glicemia con prelievo capillare
Misurazione e monitoraggio del peso corporeo
Educazione all'autogestione della terapia farmacologica e/o insulinica
Educazione all'autocontrollo della glicemia
La valutazione personalizzata dei problemi socio-sanitari che influenzano la salute
Identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità delle persone
Interventi di promozione di stili di vita e comportamenti salutari dell'individuo e della famiglia anche in relazione alla cura di eventuali patologie già in atto.
Monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di anomalie al Medico di MMG o al PLS.
Addestramento, manutenzione e cura delle stomie

Inoltre è introdotta la figura dell'infermiere di famiglia (IFeC) che nello specifico si occuperà di diverse attività (vedi schema seguente):

<b>OPERATIVITA'</b>
<b>INFORMARE, FARE CONSULENZA, ORIENTARE, E ACCOMPAGNARE I CITTADINI</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- accoglienza e ascolto attivo delle richieste e dei bisogni</li> <li>- valutazione del bisogno socio-sanitario (se necessario con intervento delle figure di riferimento (es: MMG/PLS, servizio specialistico, assistenti sociali, PUA/UVT)</li> <li>- informazioni/indicazioni sulla rete dei servizi e sulle risorse del territorio, sulle modalità di accesso e sulle procedure</li> </ul>
<b>INTERCETTARE E PRENDERE IN CARICO PRECOCEMENTE LA SITUAZIONE DI FRAGILITA'</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- valutazione della situazione sociale e sanitaria laddove necessario con integrazioni da parte delle figure di riferimento (es: MMG/PLS, servizio specialistico, assistenti sociali PUA/UVT)</li> <li>- definizione dei bisogni</li> <li>- attivazione formale ed informale della rete</li> <li>- monitoraggio attivo sociale / sanitario</li> <li>- sviluppo del self care</li> <li>- gestione del piano terapeutico e del percorso assistenziale sanitario;</li> <li>- educazione sui corretti stili di vita;</li> <li>- partecipazione ad attività per di promozione della salute</li> </ul>
<b>REALIZZARE PERCORSI DI MEDICINA DI INIZIATIVA</b>
<p>Funzioni e compiti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- adozione di modelli e strumenti sanitari e sociali atti a garantire la continuità delle cure e risposte adeguate e integrate ai bisogni sociali e sanitari <ul style="list-style-type: none"> <li>- definizione e attuazione di interventi personalizzati che tengano conto non solo della condizione clinica, ma anche delle diverse determinanti socio economiche</li> </ul> </li> <li>- attività di formazione informazione dei pazienti, delle loro famiglie e dei caregiver</li> </ul>
<b>REALIZZARE INIZIATIVE DI PREVENZIONE /PROMOZIONE/EDUCAZIONE DELLA SALUTE</b>
<p>Funzioni e compiti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-organizzazione di eventi formativi e informativi con il coinvolgimento delle altre figure di riferimento e istituzionali (MMG/PLS, Specialisti, farmacisti, scuole, associazioni) su temi specifici relativamente ai bisogni espressi dalla popolazione dell'ASL Medio Campidano</li> <li>- diffusione di informazioni inerenti la salute</li> <li>-partecipazione ad iniziative o eventi organizzate dagli stakeholders</li> </ul>
<b>STRATIFICARE I BISOGNI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE DELL'ASL MEDIO CAMPIDANO</b>
<p>Funzioni e compiti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-recuperare informazioni contenute nelle banche dati (ASL, anagrafe, Istat, INPS., servizio sociale comunale, etc ) necessarie per fotografare la popolazione over 65</li> <li>- incontri e focus group con le figure significative del territorio (MMG/PLS, farmacie, operatori, associazioni, etc)</li> <li>- elaborazione dei dati relativi alla situazione sanitaria e sociale dei pazienti presi in carico e seguiti nel Punto salute</li> </ul>
<b>MAPPARE LE RISORSE FORMALI ED INFORMALI DEL TERRITORIO</b>
<p>Funzioni e compiti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lettura e analisi di tutte le risorse presenti nel territorio dell'ASL Medio Campidano</li> <li>- costruzione di un data base</li> <li>- costruzione di una piattaforma che permetta di condividere e implementare i dati e le informazioni della banca dati</li> </ul>

- **Lo sportello unico di accesso (SUA)** è collegato funzionalmente e tecnologicamente al **Punto Unico di Accesso (PUA) distrettuale** che, all'interno della Casa della Comunità, costituisce la porta unitaria di accesso ai servizi sociali e socio-sanitari territoriali, con funzioni di accoglienza, orientamento e attivazione dei percorsi di presa in carico. Il SUA garantisce l'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale .

## Descrizione delle attività

### Accesso

Gli operatori del SUA pongono in essere attività coordinate atte a favorire e a organizzare il primo contatto con l'utente e con gli altri servizi della rete. Il SUA deve essere agevolmente accessibile all'utenza, allo scopo deve essere curata la diffusione delle informazioni relative alle modalità di accesso anche con l'ausilio di cartellonistica, sito internet e con coinvolgimento dei Comuni afferenti al Distretto di competenza e al relativo PLUS.

L'accesso può avvenire: in forma spontanea e diretta, senza impegnativa da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) /Pediatra di Libera Scelta (PLS); su invio da parte di altri servizi sanitari (Ospedale, Case di Cura, Centri di Riabilitazione, MMG/PLS, Specialista Ambulatoriale, etc.), del Servizio Sociale Comunale o di altri servizi pubblici/privati presenti nel territorio.

#### Accoglienza

L'accoglienza, attuata sotto forma di colloquio, deve essere effettuata da uno o più operatori (operatore dell'accoglienza) con adeguate conoscenze rispetto alla organizzazione della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, avvalendosi quando ritenuto necessario, di altre figure professionali del SUA individuate sulla base della specifica competenza. È attuata preferibilmente dall'Assistente Sociale e dall'Infermiere.

Tali operatori:

- a. raccolgono le informazioni generali sulla situazione rappresentata dall'utente;
- b. forniscono le informazioni relative a servizi e procedure;
- c. svolgono una funzione di segretariato sociale orientando/riorientando la richiesta dell'utente nella fruizione di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali;
- d. effettuano, laddove non di competenza del sistema PUA-UVT, l'invio ad altro servizio esercitando, quando necessario, anche la funzione di supporto nel contatto.

#### Registrazione attività

L'operatore dell'accoglienza:

- compila la scheda di "Primo Contatto" presente su Sisar;
- tiene traccia degli accessi dell'utenza al SUA indicando il nominativo di tutti gli operatori coinvolti nel processo di accoglienza, la data dell'accesso, le generalità dell'utente. La registrazione degli accessi dovrà avvenire preferibilmente su supporto informatico attraverso l'utilizzo del Sistema Sisar; qualora avvenga su supporto cartaceo l'operatore appone la propria firma.

- **Integrazione con i servizi sociali** - Al fine di orientare e facilitare l'accesso ai servizi sanitari e sociali. Il servizio è finalizzato a orientare il cittadino e facilitare l'accesso appropriato ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali presenti sul territorio. Le principali attività comprendono l'Accoglienza e prima informazione ai cittadini sui servizi disponibili e sulle modalità di accesso, l'orientamento ai percorsi assistenziali, in base al bisogno espresso, il supporto nella prenotazione di prestazioni sanitarie (CUP) e nell'utilizzo dei servizi digitali, l'indirizzo e accompagnamento ai servizi territoriali (medici di medicina generale, pediatri, specialisti, servizi sociali, ecc.). Inoltre il servizio facilita l'accesso ai servizi sociosanitari integrati, con particolare attenzione ai soggetti fragili, collaborazione con l'équipe multiprofessionale per l'individuazione dei bisogni e l'eventuale presa in carico e la gestione delle informazioni e distribuzione di materiale informativo sui servizi e sulle iniziative di prevenzione.

**Assistenza Domiciliare** (ADI, ADP, prestazioni domiciliari). - L'assistenza domiciliare è finalizzata a garantire la continuità delle cure al domicilio del paziente, riducendo il ricorso all'ospedalizzazione e favorendo la permanenza nel proprio contesto di vita, in particolare per soggetti fragili, cronici o non autosufficienti. Le principali tipologie di intervento comprendono:

- ✚ **Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)** - Interventi programmati e multidisciplinari rivolti a pazienti con bisogni complessi, che prevedono l'integrazione tra diverse figure professionali (medico, infermiere, fisioterapista, assistente sociale). Le attività includono: valutazione multidimensionale del bisogno, definizione e attuazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), prestazioni sanitarie, riabilitative e sociosanitarie, monitoraggio clinico e rivalutazione periodica .

- ✚ **Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)** - Interventi effettuati dal Medico di Medicina Generale a favore di pazienti non deambulanti o con difficoltà ad accedere agli ambulatori. Le attività comprendono: visite mediche periodiche programmate, monitoraggio delle condizioni cliniche, adeguamento della terapia farmacologica, certificazioni e prescrizioni.

- ✚ **Prestazioni domiciliari (occasionali o estemporanee)** - Interventi a domicilio su richiesta, anche non continuativi, per bisogni specifici. Comprendono: prestazioni infermieristiche (es. medicazioni, iniezioni, gestione cateteri), prelievi ematici a domicilio, controlli clinici mirati, supporto educativo al paziente e caregiver.

#### Azioni

- Acquisizione consenso informato al percorso socio-sanitario: colloquio informativo sugli aspetti medici, infermieristici e sociali
  - Trasmissione di copia/sintesi del verbale
  - Attivazione Servizi territoriali ASL per l'erogazione degli ausili, farmaci e dispositivi necessari
  - Attivazione ADI/ADP
  - Attivazione degli interventi di cui al FNA in capo al comune di residenza o al PLUS
  - Attivazione dei Servizi della rete territoriale eroganti interventi socio-assistenziali previsti nel piano assistenziale
  - Monitoraggio del piano assistenziale dal punto di vista medico, infermieristico, sociale e verifica raggiungimento degli obiettivi
  - Rivalutazione del percorso di cura aspetti medici infermieristici e sociali
  - Supporto Giuridico Amministrativo
  - Gestione economica e rendicontazione FNA
- **Servizi per la comunità** (sala riunioni, polivalente, per diverse attività socio-sanitarie e per la comunità locale), ulteriori servizi funzionali alle attività.

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

La macro-area specialistica comprende gli ambulatori dedicati all'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali, con particolare riferimento alle patologie ad elevata prevalenza, in coerenza con il fabbisogno di salute del bacino di utenza di riferimento.

L'organizzazione dell'attività specialistica è finalizzata a: garantire prossimità e accessibilità delle cure, favorire la presa in carico integrata del paziente cronico e ridurre il ricorso improprio ai servizi ospedalieri

L'attività ambulatoriale specialistica per le patologie ad elevata prevalenza, come da stratificazione della popolazione risultano cardiologia, pneumologia, diabetologia, idonee ad essere ricomprese nella Casa della Comunità al fine di controllo e monitoraggio; in relazione ai principali bisogni di salute della popolazione (elevata prevalenza di patologie cronico-degenerative e invecchiamento della popolazione), sono previste le seguenti aree specialistiche:

**Cardiologia:** Per la gestione delle patologie cardiovascolari (ipertensione, scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica). Attività: visite specialistiche, elettrocardiogramma, monitoraggio e follow-up dei pazienti cronici.

**Diabetologia:** Per la presa in carico dei pazienti con diabete mellito e disordini metabolici. Attività: visite diabetologiche, educazione terapeutica, monitoraggio metabolico e prevenzione delle complicanze.

**Pneumologia:** Per la gestione di patologie respiratorie croniche (BPCO, asma). Attività: visite specialistiche, spirometrie e follow-up clinico.

**Neurologia:** Per patologie ad alta prevalenza (es. demenze, Parkinson, neuropatie). Attività: visite specialistiche e monitoraggio clinico.

**L'attività diagnostica di base** con i servizi di diagnosi e cura di base (spirometro, ecografo, ecc)

**Punto prelievi:** il Centro Prelievi rappresenta un servizio fondamentale per l'accesso alle prestazioni diagnostiche di laboratorio, garantendo prossimità, tempestività e supporto ai percorsi di prevenzione, diagnosi e monitoraggio delle patologie.

Organizzazione del servizio: il servizio è attivo presso la Casa della Comunità in appositi ambulatori dedicati, nella fascia oraria **7:30 – 10:30**, con accesso programmato e/o diretto secondo le modalità

organizzative locali. L'attività è svolta da personale infermieristico, in integrazione con i servizi di laboratorio analisi di riferimento. Le principali attività comprendono:

1. Esecuzione di prelievi ematici e raccolta di campioni biologici
2. Gestione delle richieste dematerializzate e verifica delle prescrizioni
3. Preparazione, etichettatura e invio dei campioni ai laboratori di analisi
4. Supporto e informazione all'utenza sulle modalità di accesso e preparazione agli esami
5. Prelievi a favore di pazienti fragili o inseriti in percorsi assistenziali (es. ADI)
6. Collaborazione con i Medici di Medicina Generale e specialisti per il monitoraggio clinico del paziente.

#### Attività consultoriale (anche rivolta a minori)

- Accesso su prenotazione e/o diretto, secondo l'organizzazione del servizio
- Presa in carico da parte di équipe multiprofessionale (ostetrica, psicologo, assistente sociale, medico)
- Attività di:
  - sostegno alla genitorialità
  - tutela della salute della donna, della coppia e del minore
  - consulenza psicologica e sociale
- Percorsi dedicati per adolescenti e minori, anche in raccordo con servizi scolastici e sociali

#### Integrazione e presa in carico

Tutte le attività sono erogate in integrazione con i servizi territoriali e l'équipe multiprofessionale della Casa della Comunità, al fine di garantire:

- continuità dei percorsi assistenziali
- appropriatezza degli interventi
- centralità della persona e del nucleo familiare

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

Sono presenti attività relative a:

- accoglienza degli utenti (Amministrativo)
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale. Il servizio di prenotazione è garantito tramite il Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale, al fine di assicurare un accesso uniforme, trasparente e appropriato alle prestazioni sanitarie. Le prenotazioni possono essere effettuate attraverso diverse modalità:
- Accesso diretto allo sportello CUP presso la Casa della Comunità
- Prenotazione telefonica tramite call center
- Canali digitali (portale Cup web), secondo le modalità previste

#### Il CUP aziendale garantisce:

- Prenotazione di prestazioni sanitarie (visite specialistiche, esami diagnostici, prestazioni di laboratorio)
- Modifica, disdetta e riprogrammazione degli appuntamenti
- Verifica delle prescrizioni e corretto indirizzamento dell'utente al servizio appropriato
- Informazioni sui tempi di attesa e sulle modalità di accesso alle prestazioni
- Gestione delle priorità cliniche secondo quanto indicato in impegnativa.
- Spogliatoi, magazzini, locali tecnici.

## 5. Dotazione Strutturale e Tecnologica

Le attrezzature e strumentazioni mediche e diagnostiche funzionali all'erogazione dei servizi presenti in struttura e loro ubicazione sono elencati nello schema seguente.

Si allega l'inventario delle attrezzature / strumentazioni mediche e diagnostiche con firma del responsabile della struttura con dichiarazione di adeguatezza alla funzionalità della CdC (Direttore Sanitario e/o Direttore Servizi di Ingegneria Clinica)

### 5.1 Apparecchiature di base

TIPOLOGIA	DISPOSITIVO PRESENTE CDC Spoke Arbus	NOTE
Ecografo con dotazione di sonde basi (lineare e convex)	SI	
Elettrocardiografo con minimo 12 derivazioni	SI	
Point of care testing ( POCT )	SI	Dispositivi "in service" in uso c/o Diabetologia e Malattie dismetaboliche
Carrello emergenze	SI	

### 5.2 Apparecchiature specialistiche

Per la Casa della Comunità Spoke di Arbus vengono prese in considerazione le seguenti aree specialistiche:

- Cardiologia
- Pneumologia
- Neurologia
- Diabetologia e Malattie dismetaboliche

Si riporta, per ogni branca ambulatoriale, l'elenco delle tecnologie biomediche presenti di cui si allegano i documenti firmati dall'ingegneria clinica.

AMBULATORIO DI CARDIOLOGIA			
TIPOLOGIA	DISPOSITIVO PRESENTE	Q.tà	NOTE
Elettrocardiografo: minimo 12 derivazioni	SI	1	
Sfigmomanometro digitale	SI	1	Presente n. 1 sfigmomanometro aneroide su carrello

AMBULATORIO DI CARDIOLOGIA			
TIPOLOGIA	DISPOSITIVO PRESENTE	Q.tà	NOTE
Ecocardiografo	SI	1	

AMBULATORIO	SPECIALITA CLINICA	SPOSTAMENTO AMBULATORIO ESISTENTE (SI/NO)	REALIZZAZIONE AMBULATORIO EX NOVO (SI/NO)
1	VACCINI SCREENING CSM	NO	NO
2	CARDIOLOGIA	NO	NO
3	ONCOLOGIA	NO	NO
4	SALA ATTESA		
5	COORDINATORE INFERMIERISTICO	NO	NO
6	DN TERRITORIO	NO	NO
7	PUNTO PRELIEVI	NO	NO
8	SALA RIUNIONI		

## 6. Integrazione e rete territoriale

La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari. In questa sezione sono descritte le modalità di collegamento operativo e tecnologico con altri servizi sanitari, sociosanitari, sociali, educativi tramite gli Accordi di Programma. L'obiettivo è promuovere la realizzazione di interventi di sostegno integrato a favore delle persone non autosufficienti e con disabilità grave articolato in quattro livelli assistenziali, gestito unitariamente dagli enti gestori degli ambiti plus e dai Comuni; si vuole favorire la permanenza nel proprio domicilio di persone in situazione di grave non autosufficienza che necessitano di un livello assistenziale molto elevato, sostenendo la persona e la sua famiglia.

La rete prevede:

- le Case della Comunità Spoke di riferimento, CdC Hub di riferimento a livello distrettuale funzionale ad assicurare i requisiti di presenza medica e infermieristica secondo i criteri indicati al punto 3.
- Collegamento con la COT
- Attivazione servizio 116117 (entro il 2026)

### Servizi sociali: modalità di integrazione con i servizi sociali

La Casa della Comunità garantisce l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, al fine di assicurare una presa in carico globale e multidimensionale della persona, in particolare per i soggetti fragili e con bisogni complessi.

### Modalità operative di integrazione

L'integrazione con i servizi sociali si realizza attraverso:

- Collaborazione strutturata con i Servizi Sociali comunali, per la gestione condivisa dei casi complessi
- Attivazione di équipe multiprofessionali, composte da operatori sanitari e sociali (medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi)
- Valutazione multidimensionale del bisogno, finalizzata alla definizione di interventi personalizzati
- Elaborazione di progetti assistenziali individualizzati (PAI), condivisi tra i diversi servizi coinvolti

### Strumenti di integrazione

- Punto Unico di Accesso (PUA), ove presente, per la presa in carico integrata
- Riunioni di coordinamento e case management per la gestione dei casi complessi
- Condivisione delle informazioni nel rispetto della normativa sulla privacy
- Attivazione di servizi domiciliari integrati (es. ADI) in raccordo con i servizi sociali

### Ambiti di intervento prioritari

- persone anziane non autosufficienti
- pazienti cronici e fragili
- minori e nuclei familiari in condizioni di vulnerabilità
- persone con disagio psichico o dipendenze
- situazioni di fragilità socio-economica

### Finalità

- garantire continuità assistenziale
- evitare frammentazione degli interventi
- migliorare l'appropriatezza delle risposte ai bisogni
- promuovere il benessere complessivo della persona e del nucleo familiare

#### 6.1 Partecipazione della Comunità

Nella Casa della Comunità Spoke sono attivate delle collaborazioni e convenzioni con le associazioni di volontariato e dei pazienti per favorire la partecipazione attiva dei cittadini: svolgono attività di supporto nell'accoglienza degli utenti nell'accesso alle prestazioni sanitarie e nel disbrigo delle collegate incombenze

di tipo amministrativo, Le associazioni danno informazioni all'utente circa gli orari delle prestazioni da fruire, nonché della dislocazione dell'ambulatorio o ufficio di interesse.