

Documento Operativo per l'Attivazione del Presidio Sanitario di Assistenza Primaria a Degenza Breve/Ospedale di Comunità di Ploaghe

INDICE

1. Premessa	3
2. Sintesi del Contesto Socio-Demografico	4
3. Contesto Legislativo ed Economico	5
4. Requisiti Ulteriori di Accreditamento	5
5. Caratteristiche e Obiettivi dell'OdC	6
6. Definizione delle Modalità di Accesso nell'OdC	7
7. Criteri di accesso alle cure nell'OdC	9
8. Valutazione clinica-assistenziale	12
9. Criteri di esclusione dal ricovero nell'OdC.....	15
10. Ambito di Applicazione e dati relativi all' attività del San Giovanni Battista di Ploaghe.....	16
11. Organizzazione operativa.....	18
12. Procedure, percorsi e documentazione clinica.....	20
13. Percorso gestionale delle emergenze-urgenze.....	23
14. Risorse tecnologiche.....	23
15. Risultati attesi ed indicatori.....	24
16. Prospettive future.....	25
17. Bibliografia.....	25

1. Premessa:

L'attivazione del "Presidio Sanitario di Assistenza Primaria a Degenza Breve/Ospedale di Comunità di Ploaghe" prevede la conversione del Presidio Territoriale Sanitario del San Giovanni Battista di Ploaghe in Ospedale di Comunità (OdC) e trova un inquadramento nell'investimento M6C1.3 del PNRR.

Quanto premesso, rappresenta una soluzione provvisoria che comporta l'utilizzo dei locali operativi del Presidio Sanitario del San Giovanni Battista in attesa della ristrutturazione pesante di altra struttura individuata nella zona adiacente al Presidio secondo i criteri contenuti all'interno del PNRR. (vedi planimetria e relazione tecnica); infatti secondo il DM 77 gli OdC possono essere localizzati all'interno di poli ospedalieri o edifici socio-sanitari già operativi oppure in presidi autonomi all'interno di edifici già esistenti; tale scelta può essere valutata in base alle esigenze del territorio e al contesto infrastrutturale attuale.

Il Presidio Territoriale Sanitario del San Giovanni Battista di Ploaghe è una struttura, storicamente inquadrata come Istituzione pubblica di assistenza e beneficenza "Fondazione San Giovanni Battista" (IPAB) è transitata alla ASL n°1 di Sassari, tramite il Decreto del Presidente della Regione Sardegna n. 32 del 6 Giugno 2016.

Si estende su un'area di circa 11 ettari a Sud – Ovest del centro abitato di Ploaghe, a circa 20 km da Sassari e afferisce, da un punto di vista organizzativo e gestionale, al Distretto Socio-Sanitario di Sassari integrandosi con gli altri servizi già presenti nel servizio sanitario (Guardia medica, punto prelievi, poliambulatorio specialistico, consultorio, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica e Hospice)

Questo investimento, quindi garantisce l'istituzione di una struttura territoriale a breve ricovero che si rivolge a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata, con una prevalente componente gestionale infermieristica.

La sua realizzazione favorisce il potenziamento dell'assistenza sanitaria intermedia e garantisce la risposta ad una sempre più impellente esigenza di flessibilità organizzativa per rispondere alle criticità secondarie alla: riduzione delle risorse del personale sanitario; riduzione dei posti letto nei reparti per acuti sia dei centri *Hub* che *Spoke*; *overcrowing* dei Pronto Soccorso e dei reparti; aumento del numero delle prestazioni specialistiche in attesa di erogazione; mancata presa in carico durante il periodo pandemico dei pazienti a bassa e media intensità di cure e contestuale riduzione delle attività di prevenzione primaria e secondaria.

La missione 6 - "Salute" si confronta con l'articolazione strutturale del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), di fatto già rispondente ad un adeguato livello prestazionale, e tuttavia da potenziare in ottica di futuri sviluppi demografici, epidemiologici e sociali, alla luce delle seguenti criticità:

- significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio;
- inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali;
- tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni;
- scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari;
- carenti dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, competenze in materia di ricerca e innovazione e tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale.

Come da Deliberazione del Direttore Generale n. 909 del 18/09/2023, gli Ospedali di Comunità, nelle more dell'Art. 33 dell'Atto Aziendale dell'Asl, devono presentare le seguenti caratteristiche:

1. Ai sensi dell'art. 45 della L.R. 24/2020 e del Piano regionale dei servizi sanitari della Regione Autonoma della Sardegna, sono Ospedali di Comunità i presidi che svolgono raccordo tra l'ospedale per acuti e i servizi territoriali.

2. Gli Ospedali di Comunità sono destinati a garantire adeguati livelli di cura per tutte le persone che non hanno necessità di ricovero in ospedali per acuti, ma che hanno comunque bisogno di un'assistenza sanitaria protetta che non potrebbero ricevere a domicilio, e limitatamente a periodi di tempo medio-brevi (massimo 15-30 giorni).

3. L'articolazione su base territoriale degli Ospedali di Comunità è indicata nel Piano regionale dei servizi sanitari della Regione Autonoma della Sardegna e riportata nell'allegato 2 del presente atto aziendale (vedi allegato 1).

Risulta determinante in questo contesto storico dare importanza alla centralità della persona, all'interdisciplinarietà, alla vulnerabilità e fragilità sociale, in modo tale che diventino i veri determinanti di ogni azione ed intervento sanitario nell'ottica di un reale empowerment e di una lotta alle disuguaglianze di salute. Il Presidio Sanitario Territoriale San Giovanni Battista opera in costante sinergia e condivisione di obiettivi con i presidi ospedalieri dell'ASL, dell'AOU di Sassari, le Lungodegenze Territoriali, le Unità Valutative Territoriali, i Medici di Medicina Generale e le strutture private accreditate al fine di assicurare un'adeguata presa in carico della persona, con particolare riguardo alla continuità delle cure nel passaggio da un *setting* all'altro.

Le cure dell'OdC di Ploaghe saranno orientate al recupero dell'indipendenza dei pazienti affetti da postumi di un evento acuto o da scompenso, clinicamente non complesso, di una patologia cronica, con la presa in carico in un contesto di ricovero protetto.

L'assistenza al paziente richiede, rispetto alla fase acuta, **una minor assistenza medica**, ma una **significativa assistenza infermieristica** prima della completa dimissione e del reintegro al domicilio.

L'obiettivo dell'Ospedale di Comunità, infatti consiste nel facilitare la transizione del paziente dalla struttura ospedaliera per acuti al rientro al proprio domicilio, facilitando le famiglie con la messa a disposizione di una struttura di degenza nella fase di adeguamento dell'ambiente domestico alle sovvolute esigenze del paziente. Questo tipo di investimento consente una migliore canalizzazione delle prestazioni sanitarie, riducendo il numero di accessi impropri ai servizi.

2. Sintesi del contesto socio-demografico

La popolazione della Sardegna ammonta alla data del 1 gennaio 2019 a 1.639.591 abitanti con un trend che, ormai da diversi anni, registra significativi fenomeni di invecchiamento e di riduzione che neppure i flussi migratori riescono più a compensare.

L'indice di vecchiaia al 1° gennaio 2020 in Sardegna è pari a 221,7 ultra 65enni ogni 100 individui di età inferiore ai 15 anni (178,4 Italia), ancora in crescita rispetto agli anni precedenti (212,0 per cento nel 2019; era 202,7 nel 2018) e con intensità maggiore rispetto al resto d'Italia (173,1 nel 2019); l'età media della popolazione regionale è superiore a quella nazionale (46,8 anni vs 45,4). L'incidenza degli ultra 65enni è del 24,4% della popolazione regionale superiore rispetto al riferimento nazionale del 23,2% e in aumento rispetto agli anni precedenti; la proporzione di età pediatrica (0-14 anni), pari all'11,0%, è inferiore al dato nazionale (13,0%). L'indice di dipendenza degli anziani è in continuo aumento, superando il valore nazionale (37,7 anziani su 100 individui in età lavorativa; 36,2 Italia) a riprova del progressivo invecchiamento della popolazione.

Nel 2019 migliorano le condizioni di sopravvivenza della popolazione e si registra un aumento della speranza di vita attesa alla nascita in tutto il territorio nazionale (85,4 anni donne e 81,1 uomini), anche in Sardegna (85,8 donne e 80,4 uomini). Gli uomini godono di condizioni di sopravvivenza meno favorevoli rispetto al livello nazionale. Permane un differenziale di genere a favore delle donne che si attesta su 4,3 anni di vita in più a livello nazionale e 5,4 in Sardegna.

Nel 2019 in Sardegna sono stati registrati 17.003 decessi, proseguendo il trend in aumento a partire dal 2012 nell'intero Paese, ma con una intensità maggiore e coinvolgendo maggiormente il genere maschile (51 % M e 49% F; in Italia il maggior numero di decessi coinvolge le donne, 52,1%). In rapporto al numero di residenti, sono deceduti 104 individui ogni 10.000 abitanti. Il quoziente di mortalità totale è inferiore al livello nazionale (105 nel 2019), al quale tende ad avvicinarsi.

La ASL di Sassari rispecchia i valori medi regionali di composizione della popolazione e ciò si può dimostrare dall'analisi della tabella sottostante la quale riporta la distribuzione per fasce d'età della popolazione residente nel territorio di competenza della ASL di Sassari.

	ETA' POPOLAZIONE								Totale
	< 1	1 - 4	5 - 14	15 - 24	25 - 44	45 - 64	65 - 74	> 75	
ASL SASSARI	1.882	8.660	26.584	29.819	80.695	104.380	39.639	38.552	330.211

Tabella 1. Distribuzione popolazione per classi d'età

	Acuti		Lungodegenza	Riabilitazione		Totale Complessivo
	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Ricovero Ordinario	Ricovero Ordinario	Day Hospital	
ASL Sassari	34.785	11.657	800	420	37	47.699

Tabella 2. Ricoveri totali per tipologia ASL Sassari

La popolazione assistita dall'ASL di Sassari mostra, nel complesso, un Tasso Grezzo di Ospedalizzazione di 144,45 (Tabella 3) e un Tasso Standardizzato di 132,50 (Tabella 4); la standardizzazione è stata effettuata utilizzando i pesi per il riparto del Fondo Sanitario Nazionale (per fasce di età) rapportati alla popolazione ISTAT 2019.

	Acuti		Lungodegenza	Riabilitazione		Totale Complessivo	Totale Nazionale
	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Ricovero Ordinario	Ricovero Ordinario	Day Hospital		
ASL Sassari	105,34	35,30	1,27	0,11	2,42	144,45	135,67

Tabella 3. Tasso Grezzo di Ospedalizzazione dell'ASL di Sassari

	Acuti		Lungodegenza	Riabilitazione		Totale Complessivo	Totale Nazionale
	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Ricovero Ordinario	Ricovero Ordinario	Day Hospital		
ASL Sassari	96,63	32,38	1,17	0,10	2,22	132,50	126,51

Tabella 4. Tasso Standardizzato di Ospedalizzazione dell'ASL di Sassari

Come si evince dalle tabelle numero 3 e numero 4 i tassi di Ospedalizzazione della ASL di Sassari sono in linea con i tassi Regionali **ma superiori al dato nazionale** (Vedi Piano di attività 2021-2023), ed è proprio in relazione a queste criticità che risulta opportuno promuovere delle azioni di miglioramento sulla rete territoriale. Per l'anziano e più in generale per il paziente fragile la transizione dal contesto assistenziale ospedaliero a quello territoriale costituisce una criticità che, oltre a tradursi in un inutile prolungamento della degenza ospedaliera, impatta negativamente sulla efficacia delle cure, ponendosi alla base del ricovero ripetuto.

3. Cenni Legislativi e contesto Economico

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*" veniva approvato l'elenco degli interventi finanziati con le risorse PNRR e PNC di cui al decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022 tra cui rientra l'intervento riguardante la Ristrutturazione Edilizia del complesso San Giovanni Battista sito in Via Domaiore snc Ploaghe (SS), da destinare a Ospedale di Comunità Distretto di Sassari, in applicazione dell'art. 44, c.1. L.R. n. 24/2020; con D.G.R. 17/68 del 19/05/2022 veniva approvato il Piano Operativo Regionale PNRR investimenti Missione 6 Salute allegato al CIS – Regione Autonoma della Sardegna; l'intervento rientra nella programmazione sanitaria regionale di cui al Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022/2024 approvato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 9/22 del 24/03/2022;

Considerato il Contesto Legislativo sopra riportato il Direttore Generale dell'ASL di Sassari, con Deliberazione Del Direttore Generale N. 173 del 03/03/2023, autorizza l'approvazione dell'Ordinativo di Acquisto n. 8 sottoscritto in data 23.02.2023 dall'Operatore Economico e dall'ASL 1 di Sassari in qualità di soggetto attuatore esterno; autorizza a contrarre e ad aderire all'Accordo Quadro indetto da Invitalia ai sensi degli articoli 54 e 60 del D.lgs. n. 50/2016, a seguito di procedura di gara in Accordo Quadro, per i servizi di ingegneria e architettura inerenti la Progettazione di Fattibilità Tecnico-Economica, il Supporto al, il Coordinamento della Sicurezza in fase di Progettazione ed Esecuzione e la Direzione dei Lavori e contabilità per la realizzazione dell'intervento di edilizia sanitaria finanziato dal P.N.R.R. - missione 6 salute a valere sulle risorse dell'investimento M6.C1-1.3: Ospedale di Comunità del Complesso San Giovanni Battista, sito in Via Domaiore Snc – Ploaghe a favore del RTP costituito da Concise - Consorzio Stabile Società Consortile A.r.l. in qualità di mandatario e Studio Associato ARSARC di Benga Massimiliano e Russo Maria Antonia in qualità di mandante, con sede in Pordenone, via Del Maglio n. 4/C, P. IVA 01636920934, per un corrispettivo pari ad € 153.943,36, più C.N.P.A.I.A. al 4% pari ad € 6.157,73.

4. Requisiti Ulteriori di Accreditemento

Il processo di accreditamento istituzionale di strutture autorizzate all'esercizio per l'erogazione di assistenza primaria a degenza breve/OdC fornisce garanzie di omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale ed organizzativa e un accesso unitario ai servizi socio-sanitari con la presa in carico di pazienti, che a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna non erogabile a domicilio e la loro valutazione multi-dimensionale dei bisogni sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. In merito a questo sono stati stabiliti i Requisiti Ulteriori di Accreditemento del presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/OdC come da Allegato 5 della Delibera G.R. n. 23/15 del 21/07/2022.

5. Caratteristiche e Obiettivi dell'OdC di Ploaghe

L'Ospedale di Comunità rappresenta una struttura intermedia tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale e ha l'obiettivo di evitare ricoveri inappropriati supportando al meglio il processo di dimissione dalle strutture di ricovero, garantendo assistenza a pazienti con condizioni complesse, superando la specificità per singola patologia/condizione.

Durante l'emergenza pandemica i pazienti affetti da COVID-19 hanno occupato i molteplici poli ospedalieri, i cui reparti hanno rischiato il collasso, lasciando poco spazio per le così dette cure a bassa e media intensità.

L'investimento proposto dal Governo italiano all' interno del PNRR mira al potenziamento del livello di assistenza sanitaria territoriale intermedia attraverso diverse tipologie di strutture sanitarie con le case di comunità per l'accesso, l'accoglienza, l'orientamento dell'assistito, la progettazione e l'erogazione degli interventi sanitari dell'ospedale di comunità destinati ai ricoveri di breve durata che necessitano di interventi di media e bassa intensità.

L'OdC di Ploaghe ha l'obiettivo di ridurre gli accessi impropri ai poli ospedalieri e di Pronto Soccorso, concepito appunto come una struttura socio-assistenziale per favorire la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per malattie acute al proprio domicilio, offrendo ai pazienti un luogo dove poter sostare per il percorso del post ricovero e per consentire alle loro famiglie di aver un periodo di tempo necessario per l'organizzazione del rientro al domicilio.

Come definito dal DM del 2 Aprile 2015 n.70, l' OdC "è una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l' assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico organizzativa e gestionale fa capo al Distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche". In base al DM/77 2022 "regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale" prevede che l'OdC sia dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti; 7-9 infermieri di cui uno coordinatore infermieristico e un responsabile delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale; 4-6 operatori socio-sanitari; 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un medico per 4,5 ore al giorno, sei giorni su sette. Le relazioni gerarchiche dell'OdC sono rappresentate da: Direttore Distretto Socio Sanitario di competenza, Responsabile S.S. "OdC e COT e l'Incaricato di Funzione Organizzativa dell'area assistenza infermieristica e di supporto degli Ospedali di Comunità.

Il ricovero presso l'OdC deve avere una **durata massima di 30 giorni**. Solo nei casi eccezionali, motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte, la degenza potrà prolungarsi ulteriormente.

L' OdC è un reparto ospedaliero con degenze a bassa intensità oppure considerato come un reparto di transizione tra il post operatorio e la dimissione al proprio domicilio.

In coerenza con quanto riportato all' interno del decreto ministeriale del 2015 e con successivo DM 77, l'intesa tra Governo e le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, del 20 Febbraio 2020 definisce i requisiti di autorizzazione strutturali, tecnologici, e organizzativi minimi dell'OdC (allegato A).

L' intesa sottolinea nuovamente il ruolo dell' OdC definendolo come " *una struttura di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta ai pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengano ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio*".

Gli obiettivi principali degli OdC sono quelli di garantire continuità assistenziale e di rispondere ad una sempre più impellente esigenza di flessibilità organizzativa. Risulta essere un modello clinico organizzativo che può giungere personalizzazione e ingegnerizzazione delle cure.

Gli ospedali di comunità hanno una connotazione a forte indirizzo infermieristico e la responsabilità igienico sanitaria e clinica complessiva della struttura e comunque a capo di un medico che può essere un dirigente medico dipendente dell'ASL o un MMG. La responsabilità organizzativa è invece affidata ad un responsabile infermieristico (DM n.70/2015) secondo quanto previsto dall' accordo Stato-Regioni del 20 Febbraio 2020.

6. Definizione delle Modalità di Accesso Nell'OdC di Ploaghe

All'interno dell'OdC accedono soggetti appartenenti alla categoria dei pazienti fragili della popolazione, che pur avendo un inquadramento diagnostico già esaurito, un programma terapeutico già definito e un quadro clinico nel complesso stabilizzato, hanno ancora bisogno di sorveglianza clinica o dell'erogazione di prestazioni infermieristiche, ma con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro i 30 giorni).

In generale, **le modalità di accesso** sono distinte in:

- diagnosi o prognosi già definita
- eventuale punteggio scala e/ di valutazione
- programma di trattamento già stilato e/o condiviso con il paziente e la famiglia

In particolare, in base alle indicazioni del DM 77/2022 emerge **che i pazienti degli OdC sono suddivise in quattro categorie:**

1. pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
2. pazienti prevalentemente affetti da multi morbidità, provenienti da strutture ospedaliere, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
3. pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione e addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno a domicilio;
4. pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto e educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell' ambito di percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali, protocolli etc già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro al domicilio.

L'accesso per queste 4 categorie di pazienti all'interno dell'OdC di Ploaghe prevede il coinvolgimento del paziente e dei familiari nel percorso delle cure sub-acute proposte dal medico. Si possono definire 3 modalità di accesso all'interno della struttura di seguito riportate:

1) Accesso dalle UU.OO per acuti:

Il paziente, ricoverato presso Unità Operativa aziendale, dimissibile dall'ospedale, ma non in condizioni di poter essere adeguatamente assistito al proprio domicilio per la complessità del quadro clinico, se rispecchia i criteri di arruolamento, è dimesso per accedere all'OdC di Ploaghe.

Nello specifico sono necessarie:

- la richiesta di ricovero del medico della UU.OO. inviante al medico dell'OdC di Ploaghe;
- la compilazione del modulo "Scheda di Valutazione Clinica Assistenziale per ricovero presso l'OdC di Ploaghe" effettuata congiuntamente dal medico e infermiere dell'UU.OO. inviante, nella parte di competenza;
- elenco terapia in atto.

2) Accesso Dal Pronto Soccorso

Può verificarsi per il paziente cronico che, per mancanza di un'adeguata valutazione a livello del territorio, giunge, inappropriatamente, al Pronto Soccorso e, se rientra nei criteri di arruolamento, è trasferito presso l'OdC di Ploaghe.

Nello specifico sono necessarie:

- la richiesta di ricovero che il medico del Pronto Soccorso, una volta avviato il percorso assistenziale in OBI invia al medico dell'OdC di Ploaghe;
- la compilazione del modulo "Scheda di Valutazione Clinica Assistenziale per ricovero presso l'OdC di Ploaghe"; compilata congiuntamente, nella parte di competenza, dal medico e dall'infermiere del Pronto Soccorso (OBI/Medicina d'Urgenza).

3) Accesso da Ambito Territoriale

Riguarda il paziente, prevalentemente anziano e/o cronico, caratterizzato da una tendenza all'instabilità clinica, cui l'assistenza domiciliare non offre nel periodo di riferimento garanzie sufficienti; il Medico di Medicina Generale (MMG) o il Medico degli ambulatori di Continuità Territoriale-ASCoT o il Medico afferente alle UCA provvede alla segnalazione.

Nello specifico:

Il MMG/Medico UCA/Medico ASCoT, contatta telefonicamente il medico dell'OdC di Ploaghe per proporre il ricovero ed acquisire la modulistica; quindi provvederà a compilare e rinviare:

- il modulo "Scheda di Valutazione Clinica Assistenziale per ricovero presso l'OdC di Ploaghe".
- elenco terapia in atto.

7. Criteri di accesso alle cure nell'OdC di Ploaghe

Per valutare i criteri di accesso alle cure all'OdC di Ploaghe è importante:

- La stratificazione della persona in base alla Tabella 1
- la determinazione dell'Indice di Intensità Assistenziale (IIA) attraverso la sua compilazione congiunta da parte del personale medico ed infermieristico della struttura proponente al fine di rendere più standardizzato l'accesso presso l'OdC di Ploaghe in base alla Tabella 2
- Livello di decadimento cognitivo

Infatti, la classificazione del bisogno di salute e della condizione clinico-sociale dei pazienti permette di “pesare” il bisogno e l’intensità assistenziale in modo da definire le azioni di presa in carico dei pazienti (vedi tabella sottostante).

7.1 Stratificazione della Persona

Livello stratificazione	Classificazione di bisogno di salute	Condizione Clinico / sociale	Bisogno / intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
Livello 1	Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozioni della salute e prevenzione primaria
Livello 2	Persona con complessità clinico - assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità / fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri, limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basato su familiarità e stile di vita
Livello 3	Persona con complessità clinico - assistenziale media	Presenza di cronicità / fragilità e o disabilità iniziale prevalentemente monopatologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa / media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
Livello 4	Persona con complessità clinico - assistenziale alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità e disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari con prevalenti bisogni extraospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo alla persona e al caregiver in relazione ai bisogni socioassistenziali
Livello 5	Persona con complessità clinico - assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semiresidenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo e orientamento alla persona e al caregiver in relazione ai bisogni socioassistenziali
Livello 6	Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata per la quale non esistono più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo e orientamento alla persona e al caregiver in relazione ai bisogni socioassistenziali

Tabella 1. Livelli di Stratificazione del Rischio evolutivo

7.2 Indice di Intensità Assistenziale (IIA)

- Indice 1: autonomia nel soddisfacimento del bisogno (intensità assistenziale bassa)
- Indice 2: dipendenza minima della persona (Intensità assistenziale medio bassa)
- Indice 3: dipendenza elevata della persona (Intensità assistenziale medio alta)
- Indice 4: forte grado di dipendenza o dipendenza totale (Intensità assistenziale alta)

BISOGNI ASSISTENZIALI: valutazione del paziente		<u>Medico Inviante</u>	<u>Medico Accettante OdC</u>
1	Funzione Cardiocircolatoria		
	- Senza aiuto/sorveglianza		
	- Parametri < 3 rilevazione die		
	- Parametri > 3 rilevazione die		

	- Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2		
	- Scompenso cardiaco classe NYHA 3		
	- Scompenso cardiaco classe NYHA 4		
	- Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale		
	- Quantità urine		
2	Funzione Respiratoria		
	- Senza aiuto/sorveglianza		
	- Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata		
	- Dispnea da sforzo grave		
	- Dispnea a riposo		
	- Secrezioni abbondanti da broncoaspirare		
	- Tosse acuta/cronica		
	- Parametri < 3 rilevazione die		
	- Parametri > 3 rilevazione die		
	- Ossigenoterapia		
	- Necessità di ventiloterapia notturna		
	- Presenza di tracheostomia		
	- Terapia con nebulizzazioni		
3	Medicazioni		
	-Assenza di medicazioni		
	-Lesione da pressione o ulcera (stadio 1-2)		
	<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (stadio 3)		
	<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (stadio 4 o sedi multiple)		
	<input type="checkbox"/> Ferita chirurgica non complicata		
	<input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)		
	<input type="checkbox"/> Moncone di amputazione da medicare		
	<input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica		
	<input type="checkbox"/> Stomia recente da medicare		
	<input type="checkbox"/> Altre medicazioni complesse o sedi multiple		
4	Alimentazione - Idratazione		
	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza		
	<input type="checkbox"/> Prescrizione dietetica		
	<input type="checkbox"/> Necessità di aiuto per azioni complesse		
	<input type="checkbox"/> Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi		
	<input type="checkbox"/> Presenza di disfagia lieve		
	<input type="checkbox"/> Presenza di disfagia moderata-severa		
	<input type="checkbox"/> Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)		
5	Eliminazione		
	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza		
	<input type="checkbox"/> Monitoraggio alvo		
	<input type="checkbox"/> Necessità di clisma		
	<input type="checkbox"/> Necessità di essere accompagnato al WC		
	<input type="checkbox"/> Gestione della stomia		
	<input type="checkbox"/> Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo		
	<input type="checkbox"/> Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24)		
	<input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza		
6	Igiene - Abbigliamento		
	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza		
	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)		
	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi		
	<input type="checkbox"/> Totale dipendenza/assenza di collaborazione		
7	Movimento		
	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza		
	<input type="checkbox"/> Utilizza in modo autonomo presidi per movimento		
	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto costante per la deambulazione		
	<input type="checkbox"/> Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto		
	<input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare sollevatore		
	<input type="checkbox"/> Allettamento obbligato/immobilità nel letto		
8	Riposo - Sonno		

	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza		
	<input type="checkbox"/> Sonno indotto con farmaci		
	<input type="checkbox"/> Disturbi del sonno		
	<input type="checkbox"/> Agitazione notturna costante		
9	Sensorio e Comunicazione		
	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza		
	<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio		
	<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio		
	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve		
	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato		
	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave		
	<input type="checkbox"/> Stato costante di apatia/agitazione/aggressività		
10	Ambiente Sicuro/Situazione Sociale		
	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza		
	<input type="checkbox"/> Apparecchi medicali dal domicilio		
	<input type="checkbox"/> Rischio caduta medio-alto		
	<input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione		
	<input type="checkbox"/> Attivazione assistente sociale		
	<input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del caregiver		
	<input type="checkbox"/> Pianificazione dimissione con altre istituzioni		
11	Terapie		
	<input type="checkbox"/> Assenza di terapia		
	<input type="checkbox"/> Terapia solo orale 1 o 2 volte al giorno		
	<input type="checkbox"/> Terapia più di 2 volte die		
	<input type="checkbox"/> Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti ecc.) 1v/die		
	<input type="checkbox"/> Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti) più vv/die		
	<input type="checkbox"/> Antibiotico in infusione continua		
	<input type="checkbox"/> Terapia infusione continua con inotropi, vasodilatatori		
	<input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale totale		
12	Altri Bisogni Clinici		
	<input type="checkbox"/> Assenza di altri bisogni clinici		
	<input type="checkbox"/> Monitoraggio settimanale ematochimici		
	<input type="checkbox"/> Monitoraggio plurisettimanale ematochimici		
	<input type="checkbox"/> Necessità di consulenze specialistiche		
	<input type="checkbox"/> Necessità di follow-up strumentale		
	<input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia di gruppo		
	<input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia individuale		
	<input type="checkbox"/> Comorbilità lieve (CIRS-C <3)		
	<input type="checkbox"/> Comorbilità severa (CIRS-C ≥3)		
	<input type="checkbox"/> Necessità di educazione sanitaria del paziente		

Dopo aver assegnato il valore ad ogni BISOGNO ASSISTENZIALE riportare nella scheda sottostante, segnando con una X, il **valore assegnato con maggiore frequenza**.

INDICE INTENSITÀ ASSISTENZIALE		1	2	3	4
1	FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA				
2	FUNZIONE RESPIRATORIA				
3	MEDICAZIONI				
4	ALIMENTAZIONE - IDRATAZIONE				
5	ELIMINAZIONE				
6	IGIENE - ABBIGLIAMENTO				

7	MOVIMENTO				
8	RIPOSO SONNO				
9	SENSORIO E COMUNICAZIONE				
10	AMBIENTE SICURO - SITUAZIONE SOCIALE				
11	TERAPIE				
12	ALTRI BISOGNI CLINICI				
INDICE DI INTENSITÀ ATTRIBUITO					
IIA	INDICE INTENSITA' ASSISTENZIALE (corrisponde al punteggio assegnato con maggiore frequenza ; in caso di parità tra i punteggi attribuiti, assegnare quello più alto)				

Gli indici 2 e 3 indicano l'accesso appropriato all'OdC

- Indice 1 Autonomia nel soddisfacimento del bisogno: Intensità assistenziale bassa
- **Indice 2** Dipendenza minima della persona: **Intensità assistenziale medio bassa**
- **Indice 3** Dipendenza elevata della persona: **Intensità assistenziale medio alta**
- Indice 4 Forte grado di dipendenza o dipendenza totale: Intensità assistenziale alta

7.3 Livello di decadimento cognitivo

Il decadimento cognitivo, in assenza di disturbi del comportamento o wandering, non preclude necessariamente la gestione del paziente nelle cure dell'OdC di Ploaghe (es. demente con polmonite o con scompenso cardiaco), purché il decadimento stesso non sia il motivo del trasferimento. È fondamentale comunque che il decadimento sia individuato e **qualificato prima del trasferimento** al fine di permetterne una corretta gestione attraverso una valutazione neuro-cognitiva.

8. Valutazione clinica-assistenziale

Per ogni paziente che accede presso l'OdC di Ploaghe è necessaria la compilazione delle schede di valutazione clinico-assistenziale sia da parte del medico inviante che da parte del medico accettante. La scheda prevede una serie di informazioni sulle condizioni cliniche del paziente aggiornate al momento della richiesta di accesso alle cure dell'OdC, inoltre si conferma la compilazione congiunta da parte del personale medico ed infermieristico per la raccolta delle ulteriori informazioni cliniche ed assistenziali. Nella valutazione dell'indice assistenziale si assegna un valore ad ogni singolo bisogno per determinare il grado di dipendenza. Il valore assegnato con maggiore frequenza costituisce l'indice assistenziale (in caso di parità tra i valori attribuiti si assegna il valore più alto).

Nella scheda sono presenti le valutazioni a carico del medico inviante ed accettante riferite a:

- Indice di Intensità Assistenziale (IIA) (vedi sopra);
- valutazione dello scompenso cardiaco, secondo la classe di valutazione NYHA;
- comorbilità secondo CIRS-C (Cumulative Illness Rating Scale-Complex).

8.1 Valutazione dello scompenso cardiaco, secondo la classe di valutazione NYHA

La classificazione NYHA (New York Heart Association) è una classificazione dello scompenso cardiaco (o insufficienza cardiaca) che ne identifica quattro classi funzionali, in rapporto alle attività che il paziente, affetto da questa patologia, è in grado di effettuare.

Classe NYHA	Definizione	Limitazione	Esempio
I	L'attività fisica ordinaria non causa affaticamento eccessivo, dispnea o palpitazioni.	Assente	Può completare qualunque attività che richieda ≤ 7 MET (equivalenti metabolici): <ul style="list-style-type: none"> • Trasportare 11 kg salendo 8 scalini • Trasportare oggetti del peso di 36 kg • Spalare la neve • Vangare • Sci

Classe NYHA	Definizione	Limitazione	Esempio
			<ul style="list-style-type: none"> • Giocare a squash, palla mano o basketball • Correre o passeggiare per 8 km/h
II	L'attività fisica ordinaria provoca affaticamento, dispnea, palpitazioni o angina.	Lieve	<p>Può completare qualunque attività che richieda ≤ 5 MET (equivalenti metabolici):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rapporti sessuali senza interruzione • Giardinaggio • Pattini a rotelle • Camminare a 7 km/h su un terreno piano • Salire su una scala a un ritmo normale senza sintomi
III	A suo agio a riposo; un'attività fisica inferiore all'ordinario provoca affaticamento, dispnea, palpitazioni o angina.	Moderato	<p>Può completare qualunque attività che richieda ≤ 2 MET (equivalenti metabolici):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fare la doccia o vestirsi senza fermarsi • Spogliarsi e riordinare il letto • Pulire le finestre • Giocare a golf • Camminare 4 km/h
IV	Sintomi si manifestano riposo; qualsiasi attività fisica aumenta il disagio.	Grave	Non può eseguire o completare alcuna attività che richieda ≥ 2 MET; non può praticare alcuna delle attività precedenti

MET = equivalente metabolico di attività, ossia una misura di quanta energia viene spesa rispetto al rimanere a riposo.

8.2 Comorbidità secondo CIRS-C:

Il CIRS è uno strumento standardizzato per ottenere una misura della salute somatica dell'anziano. Questo strumento richiede che il medico definisca la severità clinica e funzionale di 14 categorie di patologie. Il medico, sulla base della storia clinica, dell'esame obiettivo e della sintomatologia presentata definisce il livello di gravità per ognuna delle categorie:

1. *assente*: nessuna compromissione d'organo/sistema
2. *lieve*: la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività; il trattamento può essere richiesto oppure no; la prognosi è eccellente (esempi possono essere abrasioni cutanee, ernie, emorroidi).
3. *moderato*: la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività; il trattamento è necessario; la prognosi è buona (esempi possono essere colelitiasi, diabete o fratture).
4. *grave*: la compromissione d'organo/sistema produce disabilità; il trattamento è indilazionabile; la prognosi può non essere buona (esempi possono essere carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)
5. *molto grave*: la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza; il trattamento è urgente; la prognosi è grave (esempi possono essere infarto del miocardio; stroke; sanguinamenti gastro-intestinali; embolia).

Si ottengono due indici:

L'Indice di severità, che risulta dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria patologie psichiatriche/comportamentali). **Il massimo punteggio ottenibile è 5.**

L'Indice di comorbidità, che rappresenta il numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 (escludendo la categoria patologie psichiatriche/comportamentali). **Il massimo punteggio ottenibile è 13.**

INDICE DI COMORBIDITÀ (CIRS)

(Parmalee PA, Thuras PD, Katz IR, Lawton MP: Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:130-137)

1) Patologie cardiache (solo cuore)	①	②	③	④	⑤
2) Ipertensione	①	②	③	④	⑤
si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente					
3) Patologie vascolari sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico	①	②	③	④	⑤
4) Patologie respiratorie polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe	①	②	③	④	⑤
5) O.O.N.G.L. occhio, orecchio, naso, gola, laringe	①	②	③	④	⑤
6) Apparato GI superiore esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas	①	②	③	④	⑤
7) Apparato GI inferiore intestino, ernie	①	②	③	④	⑤
8) Patologie epatiche solo fegato	①	②	③	④	⑤
9) Patologie renali solo rene	①	②	③	④	⑤
10) Altre patologie genito-urinarie ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali	①	②	③	④	⑤
11) Sistema muscolo-scheletro-cuti muscoli, scheletro, tegumenti	①	②	③	④	⑤
12) Patologie sistema nervoso sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza	①	②	③	④	⑤
13) Patologie endocrine-metaboliche include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici	①	②	③	④	⑤
14) Patologie psichiatriche-comportamentali include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi	①	②	③	④	⑤

①: assente; ②: lieve; ③: moderato; ④: grave; ⑤: molto grave

Indice di severità: _____

Indice di comorbilità: _____

La **severità** dei problemi per ciascuna categoria viene definita e conteggiata nel seguente modo:

- 1) Non esiste patologia.
- 2) La patologia non interferisce con la normale attività, il trattamento può anche essere evitato e la prognosi è buona.
- 3) La patologia interferisce con la normale attività, la cura è necessaria e la prognosi è favorevole.
- 4) La patologia è disabilitante, la cura è urgente e la prognosi è riservata.
- 5) La patologia pone a rischio la sopravvivenza del soggetto, la cura è urgente o addirittura inefficace, la prognosi è grave.

- Indice 1: autonomia nel soddisfacimento del bisogno (intensità assistenziale bassa)
- Indice 2: dipendenza minima della persona (Intensità assistenziale medio bassa)
- Indice 3: dipendenza elevata della persona (Intensità assistenziale medio alta)
- Indice 4: forte grado di dipendenza o dipendenza totale (Intensità assistenziale alta)

Le valutazioni sopradette diventeranno parte integrante della documentazione clinico-sanitaria della paziente.

9. Criteri di esclusione dal ricovero nell'OdC

All'interno del programma dei ricoveri nell'OdC, come da indicazioni del D.M. 77, emerge che si tratti di pazienti con un'elevata complessità assistenziale a fronte di una bassa intensità di cure. La finalità dell'avvio della struttura mira alla creazione di una nuova rete sanitaria territoriale che vuole conseguire un'erogazione di servizi sempre più mirati ed appropriati, utilizzando i diversi setting assistenziali a propria disposizione (Ospedaliero, Residenziale/domiciliare, pubblico/privato accreditato) utilizzando le risorse della comunità che sono più prossime al paziente (famiglia, servizi, rete formale e informale). Nelle funzioni dell'OdC di Ploaghe vengono esclusi:

- Pazienti oncologici terminali: Il D.M. 77 sancisce che la rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale. Standard:
 - 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti;
 - Hospice: 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.
- Pazienti psichiatrici
- Pazienti con Indice di Intensità Assistenziale 1 (Bassa) e 4 (Alta)
- Pazienti in cui non è presente una sufficiente stabilizzazione clinica in particolare:
 - Necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio
 - Insufficienza acuta d'organo (Diabete Scompensato, IRA) o multiorgano
 - Necessità di alimentazione parenterale per mantenere adeguati parametri idro-elettrolitici e metabolici
 - Indicazioni prioritarie ad interventi chirurgici
 - Stato settico

10. Ambito di Applicazione e dati relativi all'attività del San Giovanni Battista di Ploaghe

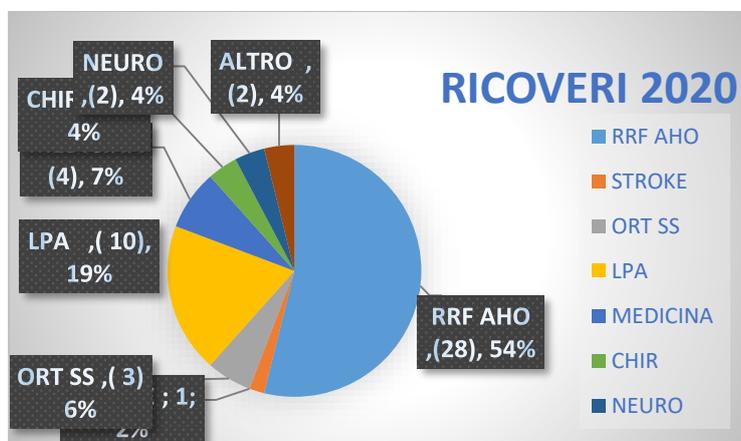
Come da premessa, l'attivazione dell'OdC di Ploaghe si estende alle UU.OO per acuti, al Pronto Soccorso, all'assistenza primaria territoriale, all'assistenza domiciliare integrata (ADI) e ai complessi Residenziali-Assistenziali.

La scelta di avviare l'OdC all'interno della Struttura del San Giovanni Battista di Ploaghe è dettata dalla presenza, presso il SGB, di un reparto di degenza di riabilitazione a ciclo continuativo (ex art 26) già operativo e considerato a bassa intensità, le cui caratteristiche di attività risultano, per la tipologia di pazienti assistiti sostanzialmente sovrapponibile a quelle previste, da D.M. 77, per l'Ospedale di Comunità.

Di seguito si riportano i dati relativi all'attività del SGB dall'anno 2020 all'anno corrente 2023 che mostrano come la struttura rappresenti un reparto intermedio per la presa in carico dei pazienti al fine di garantire una dimissione protetta al domicilio.

Anno 2020 – 55 Ricoveri

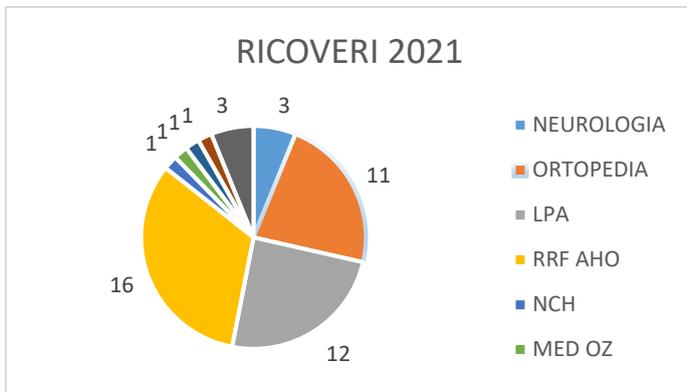
- Nel 2020 sono prevalse le richieste dalla medicina riabilitazione e recupero funzionale di AHO (28)
- Gli ingressi dalle LPA (10) sono dalla LPA aou ss (5) e LPA Thiesi (5)
- Dalle medicine (4) cl medica (1) medicina aou (2) geriatria aou (1)
- Ortopedia (3) uo ortopedia aou ss
- Chirurgia (2) cl chirurgica aou ss (1) e Chir Max Facc (1)
- Stroke unit (1)
- Neurologia aou ss (2)
- Altro (2): domicilio (1) e deg socio riab SGB (1)



Anno 2021 – 49 Ricoveri

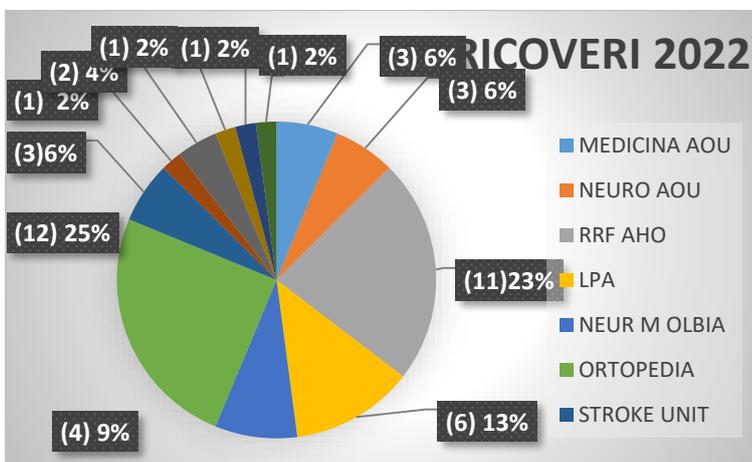
- il 33% (16 pz) delle richieste arrivano dalla RRF di AHO

- Il 24 % (12 pz) delle richieste dalla LPA aou ss
- Il 22% (11 pz) delle richieste dalle ortopedie
- Il 6% (3 pz) dalla neurologia
- Il 6% (3 pz) dalla uo malattie infettive aou ss
- Altre richieste dal domicilio, neurochirurgia aou ss, medicina OZ, stroke unit aou ss



Anno 2022 – 48 Ricoveri

- 4 dalla neuriab del Mater Olbia
- 2 dalla asl di nuoro (medicina e neurologia)
- 1 dalla medicina di Olbia
- 1 cdr mdr Oristano
- Aumentano le richieste da ortopedia (12) con sassari (ort aou) che primeggia (10) ort OZ (2)
- Lpa in calo (6)
- Stabile RRF AHO rispetto al 2021 (23%)
- Altro: neurologia AOU (3), stroke unit (3), medicina AOU (3), domicilio (1), Neurochirurgia (1)

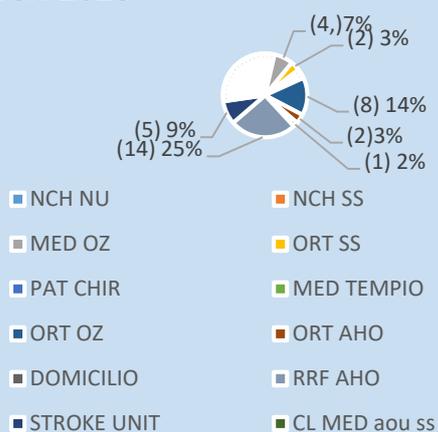


Anno 2023 – 55 Ricoveri

- 25% (14pz) delle richieste RRF AHO
- 15% (8pz) ortopedia OZ
- 4% (2pz) ortopedia AHO
- 4% (2pz) ortopedia aou ss
- 9% (5 pz) stroke unit aou ss
- 7% (4 pz) medicina OZ

Altre richieste da asl nu, olbia -tempio, oristano, rsa comunità protetta etc

ricoveri 2023



Quanto emerge dall'analisi dell'attività clinico-assistenziale nel triennio 2020-2023 la tipologia dei pazienti che afferiscono al SGB rientra nelle quattro tipologie di pazienti ammissibili nell'OdC indicate dal D.M. 77 e su descritte.

11. Organizzazione operativa

L'organizzazione operativa del dell'OdC di Ploaghe andrà a rispecchiare l'attuale attività sanitaria prestata finora nel Presidio territoriale SGB.

La pianificazione delle attività di assistenza e supporto avvengono secondo protocolli specifici individuati dall'equipe interna che possono essere definiti individuando e definendo anche le responsabilità distribuite secondo il seguente sintetico schema che riporta il percorso dell'ospite dall'ingresso all'eventuale dimissione.

11.1 Dirigenza medica:

- ha la responsabilità clinica e igienico-sanitaria dell'OdC, pianificando, gestendo e supervisionando l'attività clinica;
- ha la responsabilità della completa e corretta compilazione della documentazione sanitaria;
- gestisce il momento di ingresso e dimissione del paziente ed il monitoraggio degli aspetti clinici internistici della patologia di base, delle eventuali comorbilità e le problematiche ad esse correlate, coordinando le fasi di intervento in ambito diagnostico/terapeutico qualora fosse necessario;
- garantisce, per mezzo di consulenze specialistiche mirate, il regolare svolgimento delle attività sanitarie complessive dell'OdC e coordina i contatti/relazioni con le Unità Valutative Territoriali Distrettuali, i MMG, UCA/ ASCoT, i presidi Ospedalieri della ASL e AOU,
- Opera in continuo e costante raccordo con la Direzione dell'OdC e con il Distretto socio sanitario di Sassari;
- assicura l'esame e la discussione dei singoli casi anche valutando i risultati della permanenza nell'OdC, le prospettive, gli eventuali processi degenerativi o di miglioramento e recupero;
- coordina le riunioni dell'equipe interna (Unità Valutativa Interna) multi disciplinare;

11.2 Coordinatore infermieristico:

- Garantisce attraverso gli specifici operatori (OSS e PdS) il regolare svolgimento delle attività igienico-sanitarie di base ed assistenziali dell'OdC;
- Sovrintende la fase di accoglienza dell'ospite e dei suoi familiari;
- Si occupa, presenziando alla riunione di equipe di accoglienza del pz, della fase di intestazione della cartella clinica e di raccolta di tutti i dati necessari e di tutta la documentazione clinica messa a disposizione dai familiari acquisendo tutte le informazioni circa le abitudini di vita dello stesso;
- Accompagna personalmente in stanza ospite e familiari dando tutte le informazioni circa i servizi a disposizione degli stessi, e le norme che regolano la vita dell'OdC; gli eventuali trasporti dell'ospite in strutture sanitarie vicine, la richiesta di eventuali farmaci e/o esami ematochimici e strumentali;
- Indirizza i familiari al competente ufficio per gli eventuali atti amministrativi;

- assegna l'ospite all'OSS e al PDS di riferimento (vedi allegato). Si accerta che il CPSI abbia rilevato i parametri vitali e li abbia riportati su apposito registro (scheda infermieristica) dopo una valutazione obiettiva dell'ospite e la rilevazione di informazioni dai familiari;
- Informa l'Ufficio Amministrativo competente dell'avvenuto ingresso, secondo apposite schede.

11.3 Professionista della Salute con funzioni di Case Manager:

- Responsabile delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale.

11.4 Professionista della Salute Infermiere (PdS):

- Accoglie l'ospite ed i familiari;
- All'ingresso, dopo una valutazione obiettiva dell'ospite riporta tutte le informazioni utili ed i parametri vitali. Riceve dal CSS tutte le informazioni che questi riterrà utile dare e verrà comunicata la classe assistenziale assegnata all'ospite. Prenderà quindi in carico l'ospite e la sua relativa scheda attraverso la quale e verbalmente informerà l'OSS di riferimento, sulle condizioni dell'ospite all'ingresso dando le prime nozioni di assistenza;
- provvede alla valutazione dei bisogni assistenziali e dell'Indice di Intensità Assistenziale presente nella "Scheda di Valutazione Clinica Assistenziale per ricovero presso l'OdC di Ploaghe" per quanto di competenza, individua i bisogni educativi, pianifica le attività rivolte al paziente/familiare ed effettua la "Valutazione globale giornaliera".

11.5 Tecnico della Riabilitazione (fisioterapista e logopedista):

- Accoglie l'ospite ed i familiari una volta assegnato il paziente dal Coordinatore Infermieristico.
- All'ingresso in base alle informazioni ricevute dal colloquio con l'ospite e/o i familiari ed una iniziale valutazione clinica dovrà compilare, la sezione della cartella di sua competenza.
- Prenderà quindi visione del progetto del medico specialista e redigerà il programma riabilitativo la cui messa in atto dovrà essere puntualmente e quotidianamente aggiornata su apposita scheda. Condividerà con l'equipe la proposta per la prescrizione degli eventuali ausili necessari.
- Informerà e darà indicazioni scritte al PdS e all'OSS su apposita scheda circa le prime nozioni in termini di mobilitazione dell'ospite o gestione degli aspetti legati alla alimentazione /comunicazione e successivamente, ulteriori indicazioni sulla prosecuzione dell'intervento di riattivazione informale.

11.6 Operatore Socio Sanitario (OSS):

- Accoglie l'ospite e i familiari
- Accompagna, insieme al Coordinatore infermieristico, l'ospite nella propria stanza, si accerta che l'ospite abbia tutto l'occorrente secondo le disposizioni del Coordinatore infermieristico.
- Riceve tutte le informazioni circa le prime attenzioni assistenziali, che dovrà accuratamente riportare su apposita scheda ed accertarsi che vengano percepite dal collega del turno successivo.

11.7 Assistente sociale

- È responsabile dei rapporti con i Servizi Sociali del Comune di riferimento dei pazienti, dell'ASL, della AOU; coltiva i rapporti con il nucleo familiare elaborando gli eventuali percorsi assistenziali in occasione della dimissione dall'OdC.
- Durante la degenza del paziente, mantiene costantemente contatti con l'equipe, sia periodicamente che in ambito delle riunioni d'equipe interdisciplinari.

11.8 Psicologo:

- Prende in carico il paziente e mette in atto un percorso di supporto e riattivazione psico-cognitiva; predispone anche colloqui periodici con il nucleo familiare e/o caregiver.
- Durante la degenza del paziente, mantiene costantemente contatti con l'equipe sia periodicamente che in ambito delle riunioni d'equipe interdisciplinari.

12. Procedure, percorsi e documentazione clinica

12.1 L'équipe multidisciplinare ed il suo funzionamento

Subito dopo l'ingresso nell' OdC, viene messa in atto la procedura di **valutazione multidimensionale**, da parte delle figure professionali preposte.

Questo si avvale di precise fasi di lavoro:

- **Valutazione Sanitaria:** che prevede, da parte del medico, la visita dell'ospite e, contestualmente, la compilazione della cartella clinica in tutte le sezioni di sua pertinenza: raccolta dell'anamnesi, l'esame obiettivo, la raccolta di tutti i dati e la documentazione clinica con la registrazione di essi, la stesura del piano terapeutico farmacologico con tutte le indicazioni iniziali da fornire agli operatori di riferimento del nuovo ospite.
- Somministrazione della batteria di test preposti dal protocollo. Eventuali richiesta di esami ematochimici e/o strumentali e consulenze specialistiche
- **Valutazione infermieristico/assistenziale:** dopo aver valutato obiettivamente insieme al medico il paziente il PdS, contestualmente, riporterà tutti i dati ed i parametri rilevati su apposito modulo (scheda/consegna infermieristica). Annotazione delle disposizioni terapeutiche/assistenziali e dello schema di somministrazione farmacologica su specifico registro (consegna infermieri).
- Trasferisce verbalmente e in apposita scheda le prime nozioni assistenziali all'OSS di riferimento.
- **Valutazione funzionale:** all'ingresso del paziente, dopo l'assegnazione da parte del Coordinatore infermieristico, il Professionista Sanitario della Riabilitazione (Fisioterapista e Logopedista), farà una valutazione obiettiva del paziente; quindi compilerà, contestualmente, la sezione della cartella di sua competenza (valutazione iniziale/programma riabilitativo) e terrà aggiornata costantemente, registrando su apposita scheda, l'evoluzione della attività riabilitativa.
- **Valutazione Psico-Cognitiva:** all'ingresso, dopo la presa in carico del paziente il dirigente psicologo compilerà la sezione della cartella clinica di sua competenza.
- **Valutazione sociale:** all'ingresso, dopo la raccolta delle notizie ed informazioni relative al paziente e suo nucleo familiare, l'assistente sociale compilerà la sezione della cartella clinica di sua competenza.

Tutte le figure professionali dell'equipe multidisciplinare inizieranno quindi l'osservazione utilizzando gli strumenti messi a loro disposizione per raccogliere tutte le informazioni necessarie a sviluppare un programma assistenziale specifico per quel determinato caso clinico (**PAI**).

12.2 Il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)

La stesura del **PAI**, viene redatto dal medico dell'OdC, in seguito all'elaborazione dei dati ricavati dalle singole valutazioni di ciascun operatore facente parte dell'equipe stabilendo quindi i punti e gli obiettivi da raggiungere nel breve medio e lungo termine.

L'equipe dovrà quindi riunirsi in tempi stabiliti (ogni 15 giorni) per rivalutare i risultati dell'applicazione del piano terapeutico ed eventualmente elaborare e decidere modifiche in corso di applicazione. Sono previste inoltre riunioni periodiche con i familiari del paziente (almeno una all'ingresso, una a metà ciclo ed una in prossimità della dimissione) per trasferire tutte le informazioni utili ed aggiornare circa gli sviluppi del percorso assistenziale nell'ottica di una attività di supporto e counseling, che potrà periodicamente, quando necessario e/o richiesta, essere garantita anche dalle singole figure professionali dell'equipe.

Alla dimissione, l'equipe dovrà riunirsi per stilare un documento riepilogativo dove tutte le figure professionali interessate redigeranno una sintesi del lavoro svolto durante la degenza. Quindi sarà compito del Dirigente Medico produrre un foglio di dimissione riepilogativo indirizzato al medico curante e consegnato, a nome dell'equipe, al paziente o al caregiver di riferimento.

Il giorno di dimissione ed in presenza dei parenti saranno dati i suggerimenti ed i consigli per proseguire a domicilio l'attuazione del programma assistenziale o la proposta di un eventuale arruolamento con le UCA qualora ci siano i criteri di inclusione.

12.3 Cartella Clinica

La cartella clinica consta di diverse sezioni:

Intestazione: Presidio di Riabilitazione Globale a Ciclo Continuativo

- Dati anagrafici del paziente

Sezione denominata Valutazione sanitaria (*Medicina Generale, Medicina Specialistica, Infermieristica*)

- Anamnesi
- Esame obiettivo
- Valutazione Medico specialista e Multidimensionale (Neurologo, Fisiatra, Geriatra)
- Scheda infermieristica

Sezione denominata Valutazione Funzionale (*Fisioterapia-Logoterapia*)

- Scheda d'ingresso
- Scheda di valutazione motoria funzionale
- Batteria test specifici
- Scheda di valutazione della disfagia
- Programma/diario riabilitativo
- Batteria test specifici / Esame linguaggio

Sezione denominata Valutazione Psico-Cognitiva

- Batteria test specifici
- Programma/diario degli interventi previsti

Sezione denominata Valutazione Sociale

- Scheda Valutazione Sociale

Sezione denominata Esami/documentazione clinica

- Raccolta referti esami strumentali /ematochimici pregressi ed in atto al ricovero

12.4 Metodologia Operativa

Il metodo di lavoro prevede l'assegnazione per ciascun ospite di un OSS (vedi tabella) che lavorerà in stretta collaborazione con l'Infermiere di riferimento in turno. Ciascun operatore avrà diversi ospiti e l'infermiere coordinerà diversi operatori secondo un carico di lavoro ben definito e specificato dal coordinamento dei servizi assistenziali (CSS).

Tutte le attività di reparto saranno stabilite secondo un calendario ed orari precisi ai quali ci si dovrà attenere rigorosamente salvo eccezioni e modifiche decise dalla Direzione Sanitaria dell'OdC.

12.5 Modalità e strumenti di gestione delle informazioni

Attualmente il sistema informativo è basato prevalentemente sull'utilizzo di consegne scritte; sia all'interno del reparto, che verso l'esterno (amministrazione, magazzino, ufficio presidi, farmacia territoriale etc). La raccolta dati (cartelle cliniche) avviene per mezzo di materiale cartaceo e la sua archiviazione attraverso schedari. Una parte dei dati (anagrafe, certificazioni, contatti con ASL e Comuni) viene registrato ed archiviato in sistema informatico centralizzato. In attesa di implementazione di un nuovo sistema informativo ed informatico per la gestione della comunicazione interna ed esterna a qualunque livello operativo.

12.6 Modalità ed utilizzo di strumenti per la rilevazione della qualità dei servizi

Attualmente il modello di valutazione è basato su percezioni dei pazienti dopo avere lasciato il servizio, ed aspettative confrontate con le esperienze; il percorso con la riorganizzazione dell'azienda sarà quello di implementare attraverso un sistema di Quality Assurance (QA) e/o di audit clinici ed organizzativi per un miglioramento continuo della qualità attraverso quindi un approccio mirato a garantire che il personale continui a migliorare il proprio lavoro utilizzando metodi specifici per scoprire e risolvere in modo sistematico le cause dei problemi legati alla qualità.

12.7 Modalità di gestione degli eventuali disservizi e degli eventi avversi

Premesso che nell'ambito dei processi di riorganizzazione dell'ASL si programmerà l'istituzione di un Gruppo di coordinamento per la gestione del rischio (Risk Management), la gestione nell'OdC degli eventuali disservizi ed eventi avversi avverrà attraverso un procedimento che prevede, in alcuni casi, la segnalazione dell'evento su apposita scheda (es. puntura accidentale) in altri con modalità di reporting con descrizione dell'evento su apposito registro (consegna di assistenza e/o infermieristica).

13. Percorso gestionale delle emergenze-urgenze

La Struttura Sanitaria deve definire appropriate misure organizzative ed operative volte a garantire un adeguato sistema di intervento per la gestione di eventuali emergenze-urgenze.

È fondamentale che i medici, gli infermieri professionali e restanti dipendenti siano in grado di utilizzare al meglio e con sicurezza tutti i presidi a disposizione in caso di emergenza-urgenza (vedi DAE) che contribuisce ad aumentare il livello di sicurezza e tutela dei degenti.

Nello specifico presso l'OdC in caso di evento clinico urgente o emergente, durante le **ore diurne**, l'Infermiere professionale in turno eseguirà una prima valutazione del livello di instabilità/severità clinica del paziente volta al riconoscimento della gravità e della complessità dell'evento. Verrà di seguito allertato il medico in servizio, il quale effettuerà una valutazione specifica con appropriato intervento salva vita. Qualora il quadro clinico presenti caratteristiche cliniche di elevata instabilità e non sia gestibile presso la Struttura, il medico procederà

a contattare la Centrale Operativa del 118 di Sassari che metterà a disposizione un'ambulanza (base o medicalizzata) per il trasporto del paziente verso il Pronto Soccorso o direttamente centralizzato previa adozione di PDTA specifici tra l'OdC e i reparti del centro Hub o Spoke nel reparto di competenza rispettando i criteri della centralizzazione.

Agli operatori del 118 verrà consegnata una scheda descrittiva (scheda per consulenza in urgenza) contenente la descrizione dell'evento acuto in corso con le altre informazioni utili relative al paziente (anagrafica, breve storia clinica, parametri vitali)

Contestualmente verranno preventivamente informati i familiari di riferimento del paziente dell'eventuale ricovero c/o il Pronto Soccorso e le strutture Ospedaliere coinvolte.

Durante le **ore notturne** ed i **giorni festivi** la gestione dell'emergenza-urgenza verrà valutata dall'infermiere professionale, che allenterà il **Medico di continuità assistenziale di turno** (in sede, presso il Poliambulatorio sito all'interno della Struttura) che avrà accesso alla cartella clinica, alla documentazione dei pazienti e dovrà annotarvi le proprie osservazioni e le proposte terapeutiche inerenti all'evento per cui è stato coinvolto; tali prestazioni sono erogate nell'ambito dell'attività istituzionale del medico di continuità assistenziale come stabilito dal DM 77 e allegato 5 della G.R. n. 23/15 del 21.07.2022.

14. Risorse tecnologiche

14.1 Le risorse per l'assistenza clinica prevedono la disponibilità di *devices* descritti di seguito:

- dispositivi per l'assistenza respiratoria;
- monitor multiparametrici;
- defibrillatori semiautomatici portatili (DAE);
- pulsossimetri;
- sfigmomanometri;
- otoscopi;
- glucometri;
- termometri elettronici dotati di protezioni monouso;

14.2 La diagnostica di base è garantita da apparecchiature performanti e facilmente trasportabili che comprendono:

- ecografi tablet + sonda settoriale e convex e lineare;
- elettrocardiografi

14.3 La diagnostica di laboratorio è garantita dalla disponibilità di **strumenti** che permettono la determinazione in pochi minuti di risultati laboratoristici come:

- dosaggio di procalcitonina; cTnI; d-Dimero; BNP;
- pannello virale

14.4 La refertazione dei risultati deve prevedere un'interfaccia per la validazione con il laboratorio territoriale della ASL Sassari

14.5 Software e kit per i macroprocessi di telemedicina:

- avviamento dei progetti sperimentali di telemedicina per televisita, teleconsulto e telemonitoraggio.

14.6 Kit/Set di rianimazione, completo di:

- bombola ossigeno ricaricabile 0,5 l con manometro riduttore;
- pallone autoespandibile (AMBU) per rianimazione in silicone autoclavabile
- maschere facciali di varie misure;
- cannule di *Guedel* di varie misure;
- aspiratore portatile.

14.7 Adeguata fornitura di Dispositivi Medici, Dispositivi di Protezione Individuale, Farmaci, Presidi e Materiali di consumo

14.8 Implementazione software gestionali:

- creare degli slot dedicati con le specialità e con la Struttura di Radiologia per ridurre i tempi di attesa e favorire l'erogazione della prestazione utile per l'iter assistenziale;
- rendere tracciabili e standardizzate le richieste di consulenza

- favorire i macroprocessi di telemedicina attraverso la teleconsulenza, televisita e eventuale telemonitoraggio

15. Risultati attesi e indicatori

Gli obiettivi dell'ospedale di comunità presentati verranno valutati attraverso una serie di indicatori di misura che permetteranno di analizzare in maniera puntuale il raggiungimento degli obiettivi o di poter applicare interventi correttivi in itinere.

Obiettivo	Indicatore
Riduzione degli accessi impropri ai poli ospedalieri	Riduzione dei ricoveri Riduzione dei ricoveri inappropriati Riduzione dei re-ricoveri Riduzione accessi in PS Aumento del numero di posti letto disponibili per acuti
Personalizzazione e ingegnerizzazione delle cure	Riduzione dei re-ricoveri Riduzione ricoveri inappropriati Riduzione accessi in PS Aumento del numero di posti letto disponibili per acuti
Empowerment del paziente e del caregiver	Riduzione dei re-ricoveri Riduzione accessi in PS Punteggio questionari di gradimento
Facilitazione sinergia ospedale-territorio	Riduzione dei re-ricoveri Riduzione ricoveri inappropriati Riduzione accessi in PS Aumento del numero di posti letto disponibili per acuti
Riduzione giornate di degenza per acuti	Riduzione tasso di occupazione ospedaliera Riduzione Degenza media ospedaliera Riduzione Infezioni Correlate all'Assistenza Aumento del numero di posti letto disponibili per acuti
Riduzione rischi correlati all'assistenza e al ricovero protratto	Differenza numero infezioni ospedaliere per reparto differenza numero casi con complicanze differenza numero casi mortalità
Riduzione dei costi correlati alla degenza e alle complicanze	Durata degenza per DRG e riduzione giornate ricovero inappropriata
Miglioramento delle condizioni di lavoro	Minori giornate di malattia Riduzione infortuni Riduzione assenze
Miglioramento soddisfazione utenza	Riduzione segnalazioni/denunce Punteggio questionari di gradimento

Gli indicatori di risultato potranno essere valutati ad intervalli regolari ogni sei mesi.

16. Prospettive future

Come indicato nel D.M 77/2022 e come sopraccitato gli Ospedali di Comunità possono essere inseriti all'interno di contesti sanitari polifunzionali, favorendo quindi una maggiore sinergia tra l'ospedale e l'ambulatorio specialistico. Risulta quindi fondamentale la creazione di aree polifunzionali che favoriscono la presa in carico del paziente dal momento della dimissione dall'OdC al rientro al proprio domicilio garantendo il follow-up ambulatoriale. Proprio, attraverso questa attività si possono evitare le riacutizzazioni di patologie croniche ad elevato rischio evolutivo che porterebbero se non intercettate correttamente ad accessi ripetuti nei servizi di urgenza/emergenza e di conseguenza al ricovero.

L'istituzione di un'area polifunzionale ambulatoriale per il paziente fragile all'interno dell'OdC, sfruttando anche l'adozione di iniziative innovative di Telemedicina (Teleconsulto e Televisita) previste dal Criterio 7.2 AC dell'Allegato 5 della delibera G.R. n. 23/15 del 21.07.2022 garantisce:

- Identificazione precoce degli assistiti fragili con piano prestabilito di valutazioni ambulatoriali;
- Prevenzione, attraverso uno stretto follow-up, delle complicazioni prevedibili in base alle caratteristiche del paziente;
- Coinvolgimento di più figure professionali che si integrano in maniera coordinata anche con l'attività del MMG;
- Formazione in tema di caregiving;
- Supporto oggettivo alla famiglia dei pazienti;
- Elaborazione di percorsi assistenziali di integrazione nella società (coinvolgimento Enti del Terzo Settore, Gruppi di pazienti, Associazioni ecc.)

Nella programmazione e pianificazione delle attività dell'OdC di Ploaghe, rispettando quanto sopraddetto la prospettiva futura è quella di istituire i seguenti ambulatori:

1. Ambulatorio per la gestione delle lesioni da decubito nel paziente anziano
2. Ambulatorio per la prevenzione e gestione della malnutrizione nel paziente anziano
3. Ambulatorio per la prevenzione e gestione del disturbo neuro-cognitivo del paziente anziano

Questa prospettiva futura rappresenta il vero processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura all'altro, al fine di garantire la continuità assistenziale ed evitando l'utilizzo non corretto di risorse ospedaliere, di prolungamento delle giornate di degenza e dei ricoveri impropri e riducendo il rischio di complicanze e outcome negativi.

17. Bibliografia

1. 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"
2. Deliberazione Del Direttore Generale N. 173 del 03/03/2023 "Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Intervento di Ristrutturazione Edilizia del complesso San Giovanni Battista sito in Via Domaiore snc Ploaghe (SS), da destinare a Ospedale di Comunità Distretto di Sassari in applicazione dell'art. 44, c.1. L.R. n. 24/2020".
3. PNRR
4. Delibera G.R. n. 23/15 del 21/07/2022 "Requisiti Ulteriori di Accredimento del presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/OdC".
5. Decreto del Presidente della Regione Sardegna n. 32 del 6 giugno 2016 "Estinzione I.p.a.b. "Fondazione San Giovanni Battista" di Ploaghe".
6. Atto Aziendale Deliberazione del Direttore Generale n. 909 del 18/09/2023
7. PRP 2020-2025
8. Piano Preventivo delle Attività 2021-2023
9. DM del 2 Aprile 2015 n.70
10. DM 77/2022

**Redatto a cura del
Responsabile Scientifico e
Dirigente Medico Distretto S.S. Sassari
Dott.ssa Maria Piera Ruggiu**

**Il Direttore Distretto S.S. Sassari
Dott. Piero Delogu**