



Regione  
Siciliana

# **INDIRIZZI REGIONALI PER L'ATTIVAZIONE DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ**

**REGIONE SICILIANA**



## INDICE

<b>1. Scopo del documento</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Campo e luoghi di applicazione</b> .....	<b>4</b>
<b>3. Oggetto</b> .....	<b>5</b>
<b>4. Contesto normativo</b> .....	<b>5</b>
<b>5. Modello organizzativo dell’OdC</b> .....	<b>6</b>
5.1. Le funzioni.....	<u>76</u>
5.2. Requisiti strutturali e organizzativi.....	7
5.2.1. Standard del personale.....	9
5.2.2. Standard minimo dotazione tecnologica.....	9
5.3. Paziente target.....	10
5.3.1. Principali patologie trattabili in OdC.....	10
5.3.2. Criteri di arruolabilità.....	10
5.3.3. Criteri di non arruolabilità.....	10
5.4. Organizzazione e responsabilità.....	11
<b>6. Il Percorso in OdC</b> .....	<b>14</b>
6.1. L’Accesso in OdC.....	14
6.2. Degenza.....	15
6.3. Dimissione.....	15
<b>7. Riferimenti normativi e documentali</b> .....	<b><u>1847</u></b>
7.1. Normativa nazionale/regionale.....	<u>1847</u>
7.2. Bibliografia.....	<u>1847</u>
<b>8. Appendice</b> .....	<b><u>1847</u></b>



## Abbreviazioni

<b>ACRONIMO</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
<i>COT</i>	<i>Centrale Operativa Territoriale</i>
<i>DPCM</i>	<i>Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri</i>
<i>DM</i>	<i>Decreto Ministeriale</i>
<i>ICD-9</i>	<i>International Classification of Diseases 9th</i>
<i>IIA</i>	<i>Indice di Intensità Assistenziale</i>
<i>LEA</i>	<i>Livelli Essenziali di Assistenza</i>
<i>MMG</i>	<i>Medico di Medicina Generale</i>
<i>NEWS</i>	<i>New Early Warning Score</i>
<i>OdC</i>	<i>Ospedale della Comunità</i>
<i>OSS</i>	<i>Operatore Sociosanitario</i>
<i>PAI</i>	<i>Piano Assistenziale Individuale</i>
<i>PLS</i>	<i>Pediatra di Libera Scelta</i>
<i>PNRR</i>	<i>Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza</i>
<i>PO</i>	<i>Presidio Ospedaliero</i>
<i>POC</i>	<i>Point Of Care</i>
<i>PP.LL.</i>	<i>Posti Letto</i>
<i>PTA</i>	<i>Presidio Territoriale Assistenza</i>
<i>PTE</i>	<i>Punto Territoriale di Emergenza</i>
<i>PUA</i>	<i>Punto Unico di Accesso</i>
<i>RSA</i>	<i>Residenza Sanitaria Assistita</i>
<i>SSN</i>	<i>Servizio Sanitario Nazionale</i>
<i>UVM</i>	<i>Unità di Valutazione Multidimensionale</i>



## 1. SCOPO DEL DOCUMENTO

Il presente documento indirizza l'assetto organizzativo e operativo relativo alla progettazione, lo sviluppo e l'attivazione degli Ospedali di Comunità (OdC) nel territorio della Regione Siciliana, nel rispetto della normativa vigente e delle linee guida emanate a livello nazionale.

La sua finalità è quella di strutturare e ottimizzare il loro funzionamento, garantendo un modello assistenziale efficace, sicuro e ben integrato con il resto del sistema sanitario, definendo:

- i soggetti e le strutture coinvolte nei percorsi assistenziali afferenti agli OdC;
- i criteri chiari per l'ammissione, la permanenza e la dimissione dei pazienti;
- le funzioni, competenze, attività e responsabilità per la gestione clinica, assistenziale e farmacologica dei pazienti.

Tale documento rappresenta il quadro di riferimento regionale per la programmazione e realizzazione dei progetti operativi necessari all'attivazione e al corretto funzionamento di ciascun nuovo OdC.

## 2. CAMPO E LUOGHI DI APPLICAZIONE

Il presente regolamento si applica per l'attivazione e definizione dell'assetto organizzativo di un OdC nel territorio della Regione Siciliana. Il luogo di applicazione comprende il territorio e le articolazioni organizzative della Regione stessa (Figura 1).

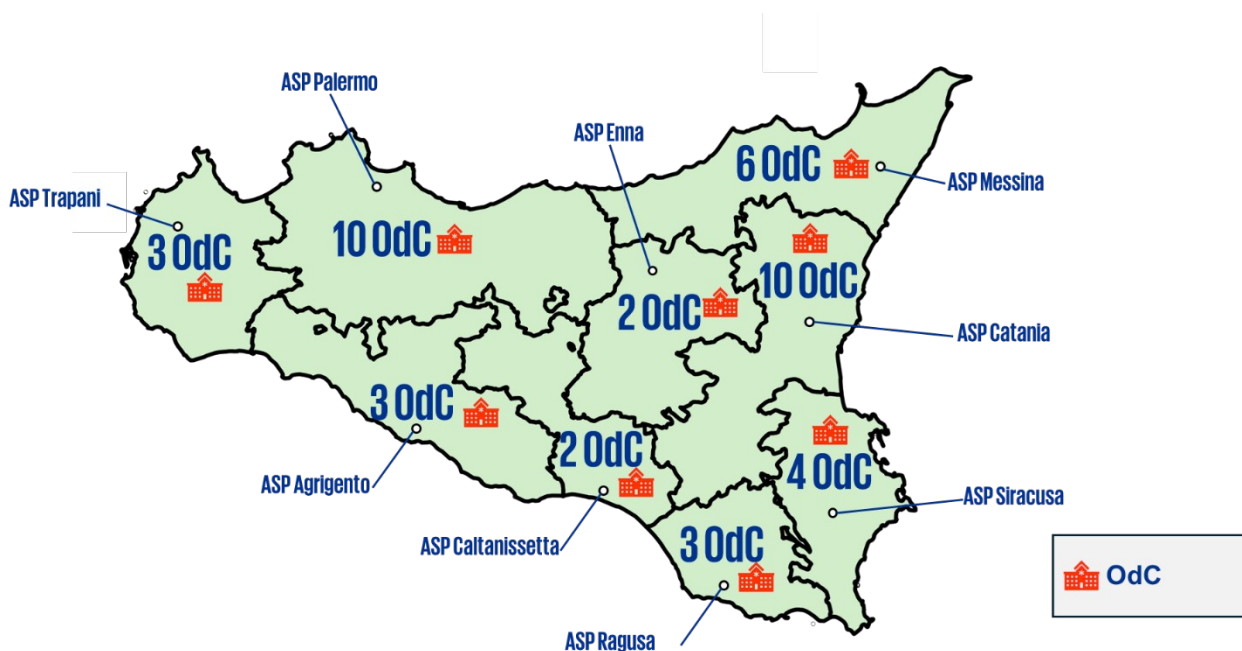


Figura 1: Distribuzione OdC nel territorio della Regione Siciliana.



Nello specifico, in attuazione di quanto sopra esposto, è prevista l'attivazione di n°43 OdC (*Tabella 1*), distribuiti nelle diverse Province come di seguito indicato.

<b>Provincia</b>	<b>n° OdC</b>
<b>Agrigento</b>	3
<b>Caltanissetta</b>	2
<b>Catania</b>	10
<b>Enna</b>	2
<b>Messina</b>	6
<b>Palermo</b>	10
<b>Ragusa</b>	3
<b>Siracusa</b>	4
<b>Trapani</b>	3
<b>Totale</b>	<b>43</b>

*Tabella 1:OdC previsti nel territorio della Regione Siciliana.*

### **3. OGGETTO**

L'OdC rappresenta una struttura sanitaria inserita nella Rete di Assistenza Territoriale, con la funzione di offrire un servizio intermedio tra l'assistenza domiciliare e il ricovero ospedaliero. Si tratta di una struttura dedicata a ricoveri di breve durata, destinata a pazienti che, a seguito di episodi acuti di lieve entità o di una riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica.

Tali trattamenti, pur potenzialmente erogabili a domicilio, richiedono tuttavia una assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche nelle ore notturne, non garantibile presso l'abitazione per limiti di tipo strutturale o familiare. La funzione principale dell'OdC è, dunque, quella di erogare cure intermedie, rivolte a pazienti clinicamente stabilizzati che non necessitano di assistenza ospedaliera intensiva, ma che non possono essere gestiti in modo adeguato al proprio domicilio o in strutture residenziali come le RSA.

Tra gli obiettivi del ricovero vi è anche il coinvolgimento attivo della famiglia o del caregiver, attraverso percorsi di formazione e addestramento mirati a favorire il riconoscimento tempestivo di eventuali segnali di instabilità clinica. In quanto struttura intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, l'OdC mira inoltre a ridurre ricoveri impropri e a promuovere dimissioni protette verso contesti assistenziali più idonei, favorendo la stabilizzazione clinica, il recupero funzionale e il mantenimento dell'autonomia, in un ambiente quanto più possibile vicino a quello domestico.

Il presente manuale nasce dall'esigenza di fornire a tutti gli operatori sanitari della Regione Siciliana uno strumento di riferimento condiviso per la gestione delle cure domiciliari, in coerenza con la normativa vigente. Esso pur non essendo espressamente richiesto tra i requisiti di accreditamento, ispirato al modello della norma ISO, rappresenta un utile strumento di supporto sia per l'organizzazione interna sia in occasione delle visite di verifica. Contiene, infatti, una raccolta sistematica della documentazione prevista dai requisiti indicati nel D.A. 9 agosto 2022, n. 725, "*Definizione delle modalità per il completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie*".

### **4. CONTESTO NORMATIVO**

L'attivazione degli OdC si colloca all'interno di un processo di riforma e potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale, avviato già da diversi anni a livello nazionale. Un primo riferimento è rappresentato dal Patto per la Salute 2014-2016, che ha posto le basi per un'integrazione più stretta tra ospedale e territorio, promuovendo modelli organizzativi innovativi orientati alla presa in carico dei pazienti cronici e al miglioramento dell'offerta sanitaria.

Successivamente, il Decreto Ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015, ha introdotto gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi per l'assistenza ospedaliera, introducendo criteri più rigorosi per la riorganizzazione delle reti clinico-assistenziali, tra cui rientra anche l'assistenza intermedia.



Nel gennaio 2020, la Conferenza Stato-Regioni ha dichiarato l'Intesa sull'Ospedale di Comunità, definendone i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi necessari per l'autorizzazione al funzionamento.

A partire dal 2021, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), finanziato dall'Unione Europea attraverso il programma Next Generation EU ha ulteriormente rafforzato il ruolo degli OdC. Nella Missione 6 – Salute, il PNRR prevede investimenti mirati alla realizzazione e al potenziamento degli OdC, con l'obiettivo di offrire cure personalizzate a pazienti affetti da patologie croniche o a bassa intensità clinica, garantendo una maggiore prossimità dei servizi ai cittadini e delle loro famiglie.

Questi investimenti mirano a potenziare l'assistenza intermedia sul territorio, migliorando la qualità e l'appropriatezza delle cure, riducendo i ricoveri ospedalieri evitabili e contenendo gli accessi impropri ai servizi sanitari. L'operatività delle strutture sarà assicurata anche attraverso un adeguato potenziamento del personale, necessario per assicurare la piena funzionalità dei servizi.

L'OdC è definito come una struttura territoriale dedicata all'erogazione di cure intermedie, caratterizzate da ricoveri di breve durata e destinata a:

- a) pazienti dimessi da reparti per acuti che necessitano di un periodo di stabilizzazione clinica, monitoraggio e adeguamento terapeutico;
- b) pazienti provenienti dal domicilio in fase di riacutizzazione di patologia cronica;
- c) pazienti che, pur non richiedendo un ricovero ospedaliero, necessitano di un percorso clinico, diagnostico o terapeutico non gestibile in ambito ambulatoriale, a causa dell'inadeguatezza del contesto domestico.

Nel quadro del PNRR viene ribadito il ruolo dell'OdC all'interno della rete territoriale, quale struttura destinata alla gestione di pazienti che necessitano di interventi sanitari a media o bassa intensità clinica. In base a quanto previsto dal D.M. n. 70 del 2015, ciascun OdC deve disporre di una dotazione minima di 20 posti letto, estendibile fino a un massimo di 40. La gestione è prevalentemente infermieristica, con l'obiettivo di ridurre gli accessi impropri ai servizi sanitari, come il Pronto Soccorso, alle unità operative ospedaliere e alle prestazioni specialistiche.

Un'ulteriore funzione essenziale dell'OdC è quella di favorire la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al domicilio, offrendo alle famiglie un tempo utile per adattare l'ambiente domestico alle nuove esigenze cliniche e assistenziali. È opportuno sottolineare che l'OdC non costituisce una duplicazione né un'alternativa alle strutture residenziali sociosanitarie esistenti, poiché risponde a finalità, bisogni e destinatari differenti. Infatti, l'OdC non rientra tra le strutture residenziali elencate nel DPCM del 12 gennaio 2017, relativo alla definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), articoli 29-35.

## **5. MODELLO ORGANIZZATIVO DELL'ODC**

L'OdC è una struttura sanitaria progettata e organizzata secondo requisiti strutturali, tecnologici e gestionali tali da garantire elevati standard di qualità assistenziale, sicurezza per i pazienti e capacità di monitorare costantemente i processi ed esiti delle cure. Si configura inoltre come un ambiente privilegiato per promuovere l'integrazione tra sistema sanitario, servizi sociali e Comunità Locale, favorendo la collaborazione con enti e organizzazioni del territorio, comprese le associazioni di volontariato. Questa sinergia rappresenta un elemento distintivo dell'OdC, capace di rispondere in modo efficace e tempestivo a una pluralità di bisogni assistenziali, assicurando una corretta pianificazione delle dimissioni e la continuità delle cure. Il coinvolgimento del volontariato riveste un ruolo di particolare rilievo per una presa in carico del paziente fragile nella comunità e nella raccolta di informazioni e valutazioni sulla qualità percepita dei servizi, contribuendo al miglioramento dell'assistenza offerta a pazienti e caregiver. L'OdC, pur avendo un'autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari quali: la rete delle cure intermedie, i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale, le cure domiciliari e i servizi di emergenza urgenza territoriali. A tal fine devono essere predisposte specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle COT.

## 5.1. Le funzioni

L'OdC si configura come struttura intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di:

1. garantire un percorso di cura appropriato per pazienti in fase post-acuta o con riacutizzazione di patologie croniche, caratterizzati da un basso livello di imprevedibilità e/o instabilità clinica;
2. prevenire ospedalizzazioni improprie;
3. agevolare il rientro a domicilio, predisponendo la fornitura dei presidi e dei supporti necessari per l'assistenza e attivando, ove opportuno, la dimissione protetta;
4. valutare e attivare, qualora necessario, l'inserimento in strutture protette in modo definitivo;
5. condividere i percorsi di cura e riabilitazione con il Medico di Medicina Generale (MMG) e con i caregiver, assicurando così una continuità assistenziale dopo la dimissione.

## 5.2. Requisiti strutturali e organizzativi

L'OdC può disporre di una sede autonoma oppure essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera. In ogni circostanza, l'OdC rientra funzionalmente tra i servizi dell'assistenza territoriale distrettuale. Il numero di posti letto di norma tra 15 e 20. È possibile prevedere l'ampliamento fino a un massimo di due moduli, ciascuno con una dotazione di norma pari a 15-20 posti letto, per un totale complessivo non superiore a 40 posti letto. All'interno degli OdC dovranno essere garantite attività di monitoraggio dei pazienti, sia in presenza sia mediante collegamenti funzionali, anche attraverso l'utilizzo di tecnologie di telemedicina.

La durata media della degenza prevista è di norma compreso tra 4 e 6 settimane, con un limite massimo di 30 giorni. Solo in casi eccezionali, adeguatamente motivati da condizioni cliniche non ancora risolte, è possibile autorizzare un prolungamento del periodo di ricovero.

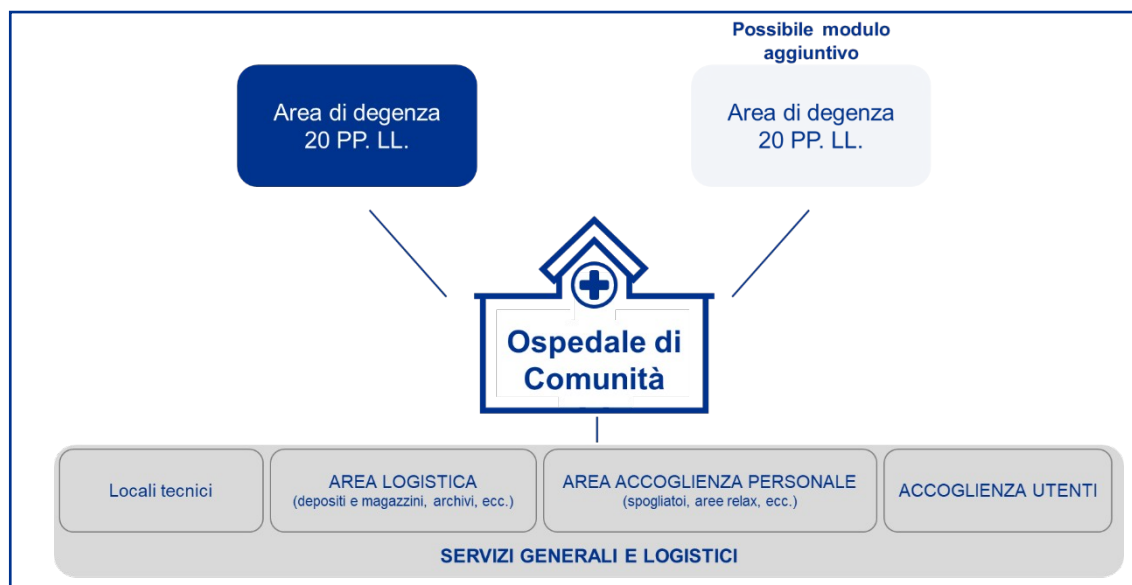


Figura 2: Schematizzazione dell'OdC. Fonte: Quaderni Agenas - documento di indirizzo Ospedale di Comunità

Le stanze di degenza possono essere organizzate con un numero di letti da 2 a 4, in funzione alla disponibilità degli spazi e alle esigenze assistenziali dei pazienti.

Questa impostazione si inserisce all'interno di una struttura organizzativa più ampia, che prevede la suddivisione delle funzioni dell'OdC in 2 macro-aree (Figura 3) omogenee:

1. Macro-area degenza, che comprende tutti i servizi di natura sanitaria (come illustrato in Figura 4) quali:
  - degenza;
  - aree per la riabilitazione.



2. Macro-area servizi generali e logistici, che racchiude le funzioni non sanitarie necessaria al corretto funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici, locali ad uso amministrativo nonché cucina, lavanderia, stileria, servizio mortuario se non esternalizzati. Questa area può essere suddivisa in:
- servizi di accoglienza per gli utenti (collegamento con CUP, area amministrativa, ecc.);
  - servizi di accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, aree relax, ecc.);
  - servizi logistici (magazzini, depositi, ecc.);
  - locali tecnici (locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA, ecc.)

Unità Funzionali dell'OdC		Indicazioni OdC	
MACROAREA	AREE FUNZIONALI	METAPROGETTO	
<b>DEGENZA</b>	<b>AREA DEGENZA</b>		
	Servizio di degenza low-care	AREA DEGENZA	Obbligatorio
<b>SERVIZI GENERALI E LOGISTICI</b>	<b>AREA SERVIZI GENERALI</b>		
	Servizi di accoglienza per gli utenti e il personale sanitario	ACCOGLIENZA UTENTI	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		ACCOGLIENZA PERSONALE	Obbligatorio ma può essere in condivisione
	<b>AREA SERVIZI LOGISTICI</b>		
	Servizi logistici per il funzionamento della struttura sanitaria	MAGAZZINI – DEPOSITI	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		ISOLA ECOLOGICA	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		AREA PULIZIA	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		CUCINA	Facoltativo
		LAVANDERIA	Facoltativo
	<b>AREE LOCALI TECNICI</b>		
CT, Centrali gas, collegamenti impiantistici, sotto-centrali, ecc.	LOCALI TECNICI E CENTRALE TECNOLOGICA, UTA, ecc.	Obbligatorio ma può essere in condivisione	

Figura 3: Elenco delle Macro-Aree e Aree funzionali considerate obbligatorie e facoltative per l'OdC:

Le strutture sanitarie, secondo quanto stabilito dall'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020 devono rispettare dei requisiti minimi di tipo generale, strutturale, tecnologico, organizzativo e standard minimi clinico-assistenziali, coerenti con i criteri di accreditamento definiti dall'Area Interdipartimentale 2 – Organismo Tecnicamente Accreditante – DASOE – Assessorato della Salute Regione Siciliana.(Figura 4). In particolare:

1. per il percorso pubblico:
  - spazi comuni di attesa per utenti, accompagnatori e caregiver;
  - servizi igienici pubblici, separati per genere.
2. per il percorso sanitario, una serie di servizi annessi e di supporto comuni, quali:
  - deposito sporco/pulito;
  - deposito attrezzature e presidi medici;
  - locale infermieri e relativa postazione controllo infermieri;
  - locale medici;
  - servizi igienici per il personale suddivisi per genere.

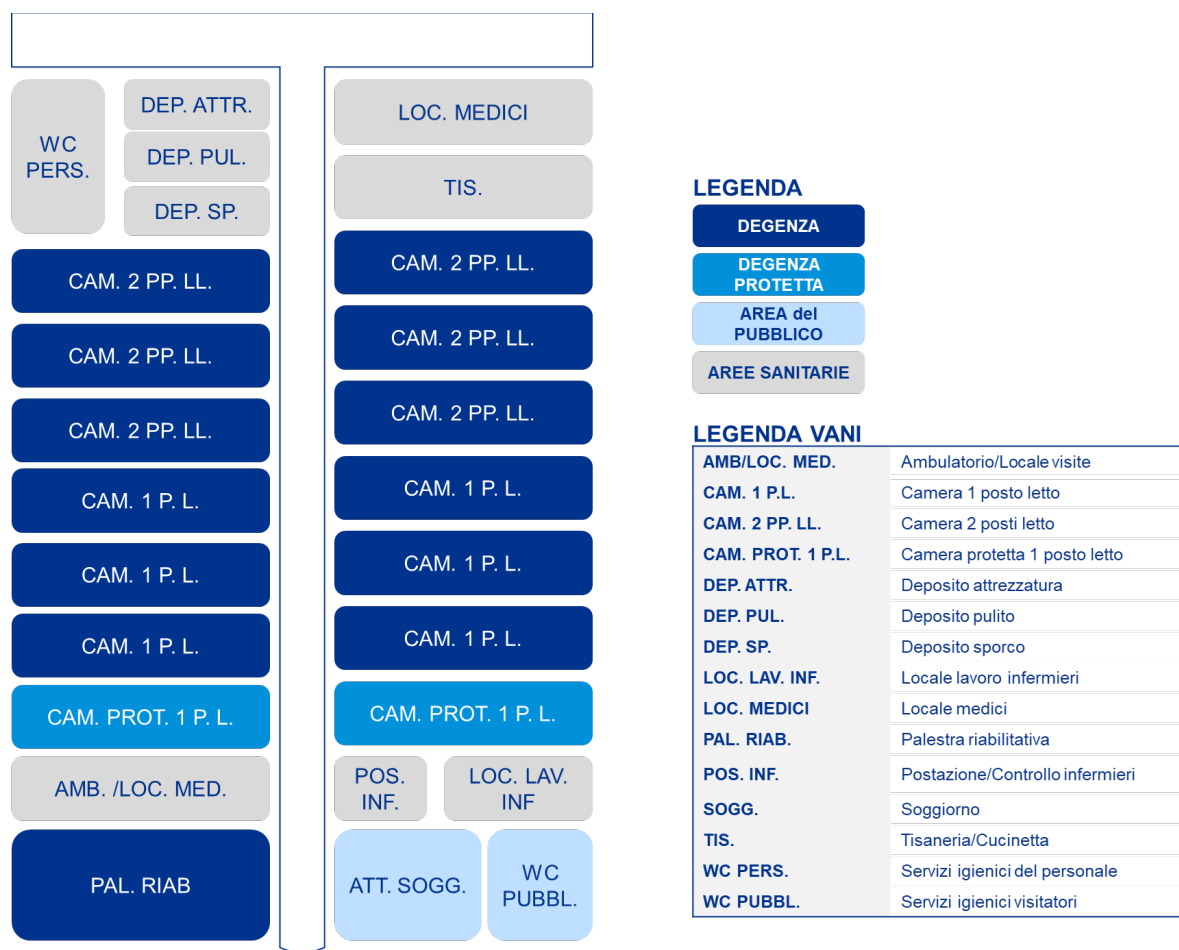


Figura 4: Layout schematico delle rispettive unità ambientali all'interno della Macro-area Degenza

### 5.2.1. Standard del personale

L'attività assistenziale all'interno dell'OdC è svolta dal personale sanitario e di supporto, nel rispetto dei propri profili professionali. In particolare, per un modulo da 20 posti letto, la dotazione standard prevede:

- 7-9 Infermieri (assistenza 7 giorni su 7), di cui 1 Coordinatore infermieristico;
- 4-6 Operatori Sociosanitari (OSS);
- 2 o più unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative (fisioterapista anche con funzioni di case manager diurno);
- 1 Medico per almeno 4,5 ore al giorno (6 giorni su 7);

### 5.2.2. Standard minimo dotazione tecnologica

- Elettrocardiografo portatile;
- Ecografo portatile;
- Apparecchio per saturimetria trans-cutanea;
- Aspiratore per bronco aspirazione;
- Carrello e/o attrezzatura equivalente per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore ed unità di ventilazione manuale;
- Carrello per la gestione della terapia;
- Carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico;
- Letti articolati ad altezza variabile, accessibili da ogni lato.

Qualora la struttura sia lontana dai centri di diagnosi di riferimento, come previsto da standard minimo, potrà essere dotata di strumenti diagnostici di primo livello Point Of Care (POC).



### 5.3. Paziente target

Di seguito viene riportato il profilo del paziente idoneo all'ammissione in un OdC:

- pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio, che presentano un peggioramento clinico o nuovi sintomi, per i quali il ricovero in ospedale risulta inappropriato;
- pazienti con multimorbidità dimessi da strutture ospedaliere, ma che necessitano ancora di assistenza infermieristica continua;
- pazienti che, prima del rientro al domicilio, hanno bisogno di supporto nella gestione di farmaci o dispositivi e di addestramento, proprio o del caregiver;
- pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, attraverso valutazioni, educazione terapeutica o fisioterapia.

#### 5.3.1. Principali patologie trattabili in OdC

Le principali patologie trattabili in OdC sono:

- 1) BPCO riacutizzata, senza grave insufficienza respiratoria; broncopolmoniti a lenta risoluzione; pazienti in ossigeno terapia a basso flusso, senza necessità di controllo della emogasanalisi arteriosa;
- 2) vasculopatie croniche o subacute (TIA, flebotrombosi, tromboflebiti) non complicate;
- 3) patologie cardiache con necessità di rimodulazione della terapia e monitoraggio clinico ed ematochimico;
- 4) malattie croniche del fegato, malassorbimento; esiti di resezione intestinale chirurgica che necessiti di ottimizzazione della terapia nutrizionale e/o di counselling;
- 5) malattia da malnutrizione, in trattamento parenterale o enterale per cicli terapeutici;
- 6) malattie croniche del tratto urinario e/o infezioni delle vie urinarie, che necessitano di cicli di terapia antibiotica per via endovenosa, con monitoraggio clinico ed ematochimico;
- 7) cicli di terapia per via parenterale, anche antibiotica in classe H, se non eseguibili a domicilio;
- 8) osteoporosi complicata da crollo vertebrale;
- 9) patologie neurodegenerative con necessità di riattivazione motoria;
- 10) necessità di un percorso diagnostico da eseguire in regime protetto in pazienti fragili, preparazione ed esecuzione di un esame endoscopico, posizionamento PEG, PEJ, etc.;
- 11) ulcere trofiche con necessità di medicazioni giornaliere e ciclo di terapia antibiotica endovenosa;
- 12) pazienti con traumi lievi e/o non evolutivi, dopo completa valutazione clinica in PS e OBI;
- 13) pazienti con esiti di intervento chirurgico che necessitino di convalescenza, di terapie parenterali prolungate e/o di riattivazione motoria post allettamento.

#### 5.3.2. Criteri di arruolabilità

Di seguito sono riportati i criteri di ammissibilità per l'accesso all'OdC:

- a. assenza di problematiche acute in atto;
- b. inquadramento diagnostico già definito;
- c. programma terapeutico già delineato e condiviso con il paziente e /o con la famiglia;
- d. condizione clinica stabile (Scala NEWS2  $\leq$  2);
- e. invio del modulo "Richiesta di accoglimento in Ospedale di Comunità" completo in tutte le sue parti.
- f. prognosi già definita;
- g. valutazione dell'Indice di Intensità Assistenziale (IIA);
- h. eventuale valutazione della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) se il paziente proviene da un setting territoriale;
- i. eventuale valutazione della UVMO (nelle strutture in cui è stata istituita) se il paziente proviene da un setting ospedaliero;
- j. percorso clinico assistenziale specifico.

#### 5.3.3. Criteri di non arruolabilità

Di seguito sono elencate le condizioni che escludono l'ammissione del paziente in OdC:



- 1) paziente con demenza e disturbi comportamentali non controllati dalla terapia;
- 2) presenza di problematiche sociali, utilmente risolvibili in altro setting assistenziale;
- 3) pazienti affetti da patologia infettiva che necessitano di isolamento (ad esclusione isolamento da contatto);
- 4) pazienti con problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi;
- 5) presenza di problematiche acute in atto;
- 6) instabilità clinica (Scala NEWS2 > 2);
- 7) inquadramento diagnostico non ben definito (mancanza di esami utili per il corretto inquadramento);
- 8) programma terapeutico non ben delineato;
- 9) modulo «*Richiesta di accoglimento in Ospedale di Comunità*» non valutabile perché incompleto;
- 10) frequenza cardiaca a riposo <40 o ≥ 130 bpm;
- 11) pressione arteriosa sistolica <70 o ≥200 mmHg o diastolica <60 o >120 mmHg;
- 12) temperatura ascellare ≥ 38,5 °C;
- 13) frequenza respiratoria <9 o ≥ 30;
- 14) stato di coscienza alterato (paziente non vigile);
- 15) sanguinamento in atto;
- 16) sospetto o certezza di ischemia miocardica acuta;
- 17) insorgenza di patologia infettiva acuta potenzialmente trasmissibile
- 18) percorso clinico assistenziale non definito;
- 19) pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia;
- 20) pazienti per i quali sono già previsti setting specifici specializzati (come, ad esempio, le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.);
- 21) ricoveri di sollievo o per motivazioni esclusivamente di natura socioeconomica.

#### 5.4. Organizzazione e responsabilità

La responsabilità organizzativa e assistenziale dell'OdC è affidata a un Responsabile Infermiere.

Il modello organizzativo si fonda su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, volto a garantire collaborazione ed integrazione tra le diverse competenze. All'interno della struttura operano figure professionali con ruoli e responsabilità chiaramente definiti, tra cui medici, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali e altri operatori sanitari.

[I responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE.](#)

[L'Ospedale di Comunità alimenta il nuovo flusso informativo per rilevare le prestazioni erogate \(flusso Ospedali di Comunità - SIOC \)](#)

##### *Personale medico*

L'assistenza medica all'interno dell'OdC è garantita da medici incaricati durante le ore diurne, assicurando le prestazioni mediche routinarie ai pazienti. La copertura medica deve essere garantita per almeno 4-5 ore al giorno, sei giorni su sette. Durante le ore in cui non è presente il medico, l'assistenza per le eventuali prestazioni non differibili è fornita dai Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria in attività oraria anche in teleconsulto o da altro personale medico, in base ad accordi locali.

La presenza medica complessiva in struttura deve essere organizzata, dal lunedì al sabato, al fine di garantire la possibilità di effettuare ammissioni e dimissioni in tutti e sei i giorni della settimana.

La responsabilità igienico-sanitaria e clinica dell'OdC è affidata a un medico incaricato, che può essere un professionista dipendente o convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale (ad esempio uno Specialista Ambulatoriale Interno). Al momento del ricovero, il medico incaricato con il supporto del personale infermieristico:

- 1) illustra al paziente e/o ai familiari il piano assistenziale e i tempi di degenza previsti;
- 2) organizza colloqui con i familiari, secondo orari e modalità concordate;



- 3) contatta il medico curante prima della dimissione per gestire la dimissione protetta, favorendo un accesso in struttura e concordando la prosecuzione dell'assistenza, inclusa l'eventuale prescrizione di ausili;
- 4) compila e aggiorna la cartella clinica-assistenziale integrata fino alla chiusura e redige la lettera di dimissione.
- 5) si relaziona con le Unità Operative dell'Ospedale per acuti di riferimento e con i Team Multiprofessionali (UCCP) presenti nelle CdC attraverso protocolli d'intesa finalizzati alla creazione di corsie preferenziali con l'OdC per agevolare i ricoveri, le consulenze specialistiche, la gestione delle criticità e la definizione di protocolli terapeutici e riabilitativi condivisi;
- 6) assicura un monitoraggio clinico quotidiano, anche nei giorni festivi, con procedure codificate per il passaggio di consegne e l'accessibilità alla documentazione da parte del personale in turno;
- 7) all'interno della cartella clinica vengono documentati gli accessi del medico ed il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), stilato in collaborazione al case-manager e agli altri professionisti coinvolti;
- 8) coordina audit periodici tra tutti gli operatori coinvolti nell'assistenziale per la verifica e l'aggiornamento del piano, in base all'evoluzione clinica del paziente.

Inoltre, è responsabile di:

- gestione dei farmaci, dispositivi medici e documentazione (clinica e professionale);
- gestione del rischio clinico, della qualità assistenziale e dell'applicazione delle normative regionali e sanitarie vigenti;
- custodia dei dati clinici e cartelle, nel rispetto della normativa sulla privacy e digitalizzazione al fine di alimentare i flussi informativi regionali.

Durante la degenza, la UVM, con il contributo del Medico di Assistenza Primaria, se disponibile, può valutare il paziente e pianificare un progetto assistenziale post-ricovero, favorendo la continuità assistenziale e il coinvolgimento del caregiver e/o familiare.

Infine, il collegamento tra struttura, ospedale e domicilio è garantito dalla Centrale Operativa Territoriale (COT), che gestisce le liste di attesa, coordina gli ingressi e collabora con il case-manager dell'OdC per accompagnare il paziente lungo tutto il percorso, dall'accoglienza alla dimissione.

#### *Coordinatore Infermieristico*

Si tratta di un infermiere in possesso dei requisiti previsti dalla Legge 1° febbraio 2006, n. 43 e successive modifiche, preferibilmente con laurea magistrale in Scienze Infermieristiche, al quale sono affidate le responsabilità relative a:

- a) pianificazione e gestione delle attività professionali/lavorative;
- b) pianificazione e gestione del cambiamento e dei progetti innovativi;
- c) gestione del personale infermieristico e di supporto (Operatori Socio-Sanitari - OSS);
- d) sviluppo e formazione del personale;
- e) costruzione di relazioni interprofessionali, favorendo il lavoro in équipe e l'integrazione tra le diverse figure sanitarie;
- f) gestione delle risorse materiali e tecnologiche;
- g) supervisione della sicurezza.

#### *Infermiere*

L'infermiere è un operatore sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica generale, con compiti che comprendono la prevenzione delle malattie, l'assistenza a malati e persone con disabilità di tutte le età, e la promozione dell'educazione sanitaria. Le principali attività svolte dell'infermiere includono:

- partecipazione all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- individuazione dei bisogni assistenziali individuali e collettivi, con definizione di obiettivi specifici di intervento;
- pianificazione, gestione e valutazione il piano assistenziale, adeguandolo alle condizioni cliniche e funzionali del paziente;



- garanzia della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche;
- utilizzo di strumenti e tecniche di comunicazione efficace finalizzate all'empowerment del paziente e del caregiver e/o famiglia;
- impiego di strumenti di teleriabilitazione;
- operatività sia in autonomia professionale sia collaborando con gli altri operatori sanitari e sociali;
- utilizzo del supporto del personale di assistenza, quando necessario.

In funzione di case manager svolge le seguenti attività:

- coordinamento del percorso del paziente fin dall'ingresso, gestendo l'accoglienza e l'assegnazione alla destinazione definitiva all'interno della struttura;
- responsabilità nell'attuazione del progetto di recupero, promuovendo la mobilitazione e il processo di deospedalizzazione;
- mantenimento delle relazioni tra paziente, famiglia, ospedale e servizi territoriali, soprattutto quando il ricovero proviene da un reparto ospedaliero, al fine di garantire la continuità del progetto riabilitativo;
- attivazione della dimissione protetta, in sinergia con il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e la rete dei servizi, inclusa la prescrizione di eventuali ausili per il rientro a domicilio;
- elaborazione del piano di educazione terapeutica per il caregiver, in collaborazione con gli altri infermieri dell'OdC, utilizzando eventualmente spazi dedicati all'addestramento all'interno della struttura.

#### *Fisioterapista*

Il fisioterapista è un operatore sanitario responsabile dell'erogazione delle cure fisioterapiche, con compiti principali che comprendono la prevenzione della disabilità, cura e riabilitazione ed educazione sanitaria. Le attività principali del fisioterapista includono:

- a) partecipazione all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività, contribuendo alla definizione degli obiettivi riabilitativi;
- b) individuazione dei bisogni di prevenzione, cura e riabilitazione della persona e della collettività;
- c) pianificazione, gestione e valutazione l'intervento fisioterapico/riabilitativo;
- d) utilizzo strumenti e tecniche riabilitative finalizzati all'empowerment dell'assistito e del caregiver/famiglia;
- e) utilizzo di strumenti di teleriabilitazione;
- f) consulenza per la scelta e l'uso degli ausili;
- g) garanzia la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- h) operatività sia in autonomia professionale sia collaborando con gli altri operatori sanitari e sociali;
- i) utilizzo, se necessario, del supporto del personale di assistenza.

#### *Operatore Sociosanitario*

All'interno dell'OdC è prevista la figura professionale dell'OSS, il cui ruolo è finalizzato a soddisfare i bisogni primari della persona, operando all'interno di contesti sociali e sanitari e collaborando strettamente con il personale infermieristico e riabilitativo. L'intervento dell'OSS è orientato a favorire il benessere e l'autonomia dell'assistito. Le principali aree di attività dell'OSS comprendono:

1. assistenza diretta e aiuto domestico-alberghiero;
2. Intervento igienico-sanitario e sociale;
3. supporto gestionale, organizzativo e formativo.

Le competenze richieste all'OSS si articolano in:

- competenze tecniche;
- competenze relative alle conoscenze richieste;
- competenze relazionali.



Nell'ambito delle competenze tecniche in collaborazione con le altre figure professionali, l'OSS svolge i seguenti compiti:

- attua i piani di lavoro;
- assiste nelle attività di vita quotidiana per pazienti totalmente o parzialmente dipendenti, come l'igiene personale, il cambio della biancheria, il supporto nelle funzioni fisiologiche e la deambulazione;
- osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni;
- effettua piccole medicazioni e sostituzione;
- supporta alla corretta assunzione dei farmaci prescritti;
- attua interventi di prevenzione delle lesioni da decubito;
- osserva, riconosce e segnala i sintomi di allarme di allarme più comuni che l'assistito può manifestare (come pallore, sudorazione, agitazione);
- sanifica e gestisce il materiale sanitario, incluso il lavaggio, l'asciugatura e la preparazione di quanto da sterilizzare;
- garantisce il trasporto del materiale biologico e sanitario e accompagnamento degli assistiti, anche allettati, in barella o carrozzina, secondo protocolli di sicurezza;
- esegue interventi di primo soccorso, in caso di necessità;
- assiste nella somministrazione dei pasti e delle diete specifiche;
- collabora nella preparazione della salma, in caso di decesso dell'assistito;
- partecipazione ad attività di animazione e socializzazione, volte al recupero e al mantenimento delle capacità cognitive e relazionali dell'utente;
- supporta le pratiche amministrative e burocratiche.

## **6. IL PERCORSO IN ODC**

Il percorso nell'Ospedale di Comunità (Fig. 7 e 8) si sviluppa in tre fasi principali: ammissione, degenza e dimissione. Questo modello assicura la continuità e l'appropriatezza delle cure, seguendo il paziente in tutte le fasi del percorso assistenziale, all'interno di un contesto sanitario integrato e collegato ai servizi territoriali.

### **6.1. L'Accesso in OdC**

L'accesso all'OdC può avvenire dopo la dimissione da un ospedale o direttamente dal domicilio, inclusi ricoveri brevi nei casi appropriati.

La presa in carico da parte dell'OdC avviene su proposta medica, la cui richiesta può essere formulata:

- a) da un Medico Ospedaliero o del Pronto Soccorso in fase di dimissione ospedaliera;
- b) da un Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, uno Specialista per pazienti già seguiti a domicilio o provenienti dal territorio.

La richiesta di accesso deve motivarne l'impossibilità di gestione domiciliare o residenziale e includere tutte le informazioni cliniche necessarie per definire il percorso assistenziale più appropriato. Le condizioni cliniche del paziente devono prevedere una risoluzione in tempi brevi, generalmente entro 4 settimane. La richiesta di ricovero in OdC viene formalizzata dal Medico Ospedaliero, alla dimissione dal reparto, o dal Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria o dallo Specialista attraverso l'apposito modulo "*Modulo di valutazione per l'ammissione in Ospedale di Comunità*" (Appendice 1).

Rimane a discrezione delle singole Aziende Sanitarie Provinciali l'attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), sia nel passaggio da ospedale a OdC sia da territorio a OdC.

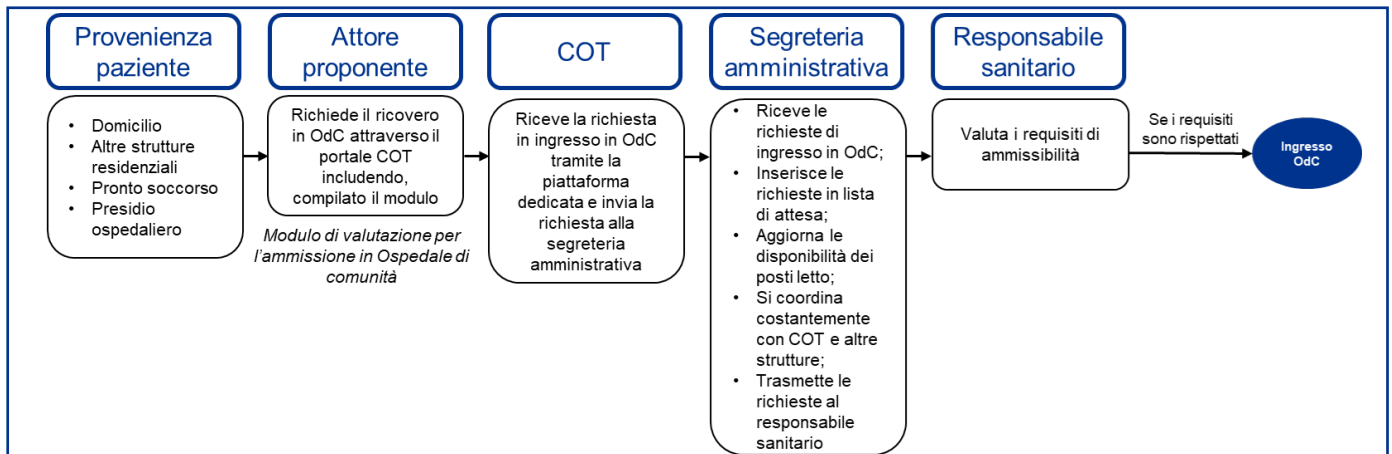


Figura 5. Percorso di accesso in OdC

Il Responsabile Sanitario della struttura, valutata la documentazione fornita, il rispetto dei criteri di arruolabilità (e l'assenza di criteri di "non arruolabilità"), accetta il paziente.

## 6.2. Degenza

Al momento dell'ingresso in OdC, al paziente e/o ai familiari vengono forniti documenti fondamentali per l'accoglienza: il Contratto di Degenza, la Carta dei Servizi, l'informativa sul trattamento dei dati personali e il consenso per il Fascicolo Sanitario Elettronico e, se indicato, il consenso a screening e vaccinazione. Il Contratto, firmato da entrambe le parti, formalizza l'accettazione del paziente in struttura.

Contestualmente, viene redatto il PAI, che guida il percorso di cura personalizzato. Durante la degenza, il paziente viene monitorato mediante apposite scale di valutazione, per verificare il raggiungimento degli obiettivi clinico-assistenziali. Se, trascorsi 30 giorni, tali obiettivi non risultano raggiunti, il Responsabile Clinico procede all'aggiornamento del PAI. La durata della degenza è definita esclusivamente in base alle condizioni cliniche e ai bisogni assistenziali del paziente.

Durante la degenza in Ospedale di Comunità, il Responsabile Sanitario può richiedere, se necessario, l'intervento dell'UVM, del Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, di uno specialista, per verificare le condizioni cliniche del paziente ed eventualmente valutare un cambio di setting assistenziale.

## 6.3. Dimissione

La richiesta viene gestita con il supporto della COT (con l'eventuale supporto del PUA) che coordina il trasferimento al nuovo setting.

Alla dimissione (Fig. 6) o trasferimento del paziente, il Responsabile Sanitario:

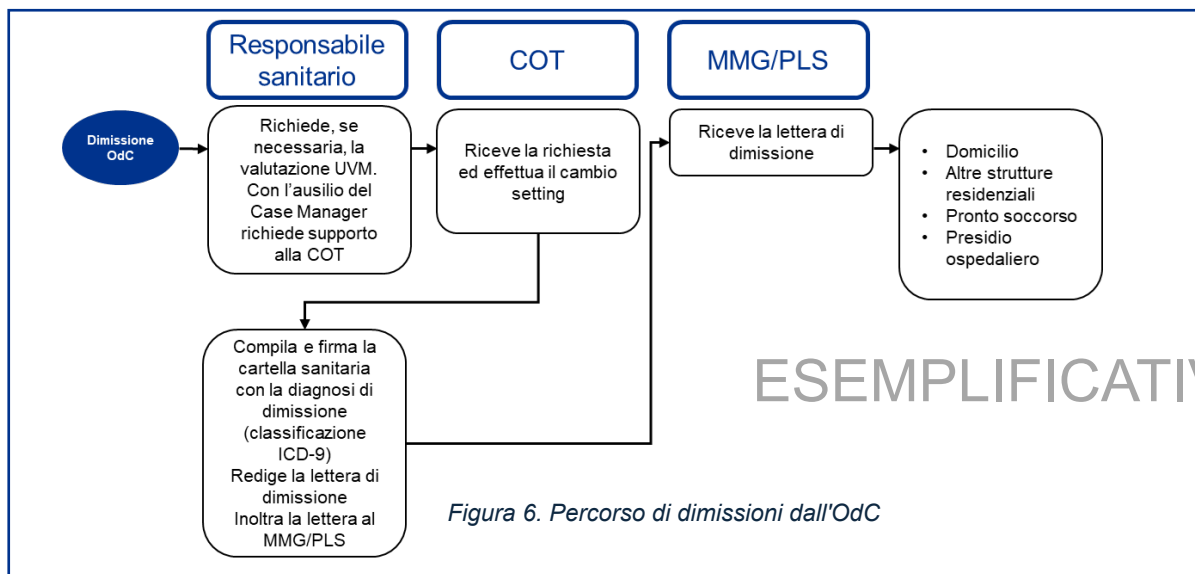
- completa e firma la cartella clinica, includendo la diagnosi di dimissione secondo la classificazione ICD-9;
- redige e invia alla COT, al Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria una lettera di dimissione, contenente:
  - le attività diagnostico-terapeutiche effettuate;
  - gli eventi clinici principali verificatisi durante la degenza;
  - le indicazioni per la prosecuzione dell'assistenza.

Inoltre, devono essere garantite le seguenti attività:

- valutazione del momento più opportuno per la dimissione e facilitazione del rientro a domicilio;
- prescrizione e verifica dell'effettiva fornitura di protesi e ausili, in collaborazione con il fisioterapista;



- svolgimento di colloqui regolari e documentati con il paziente e/o i familiari.



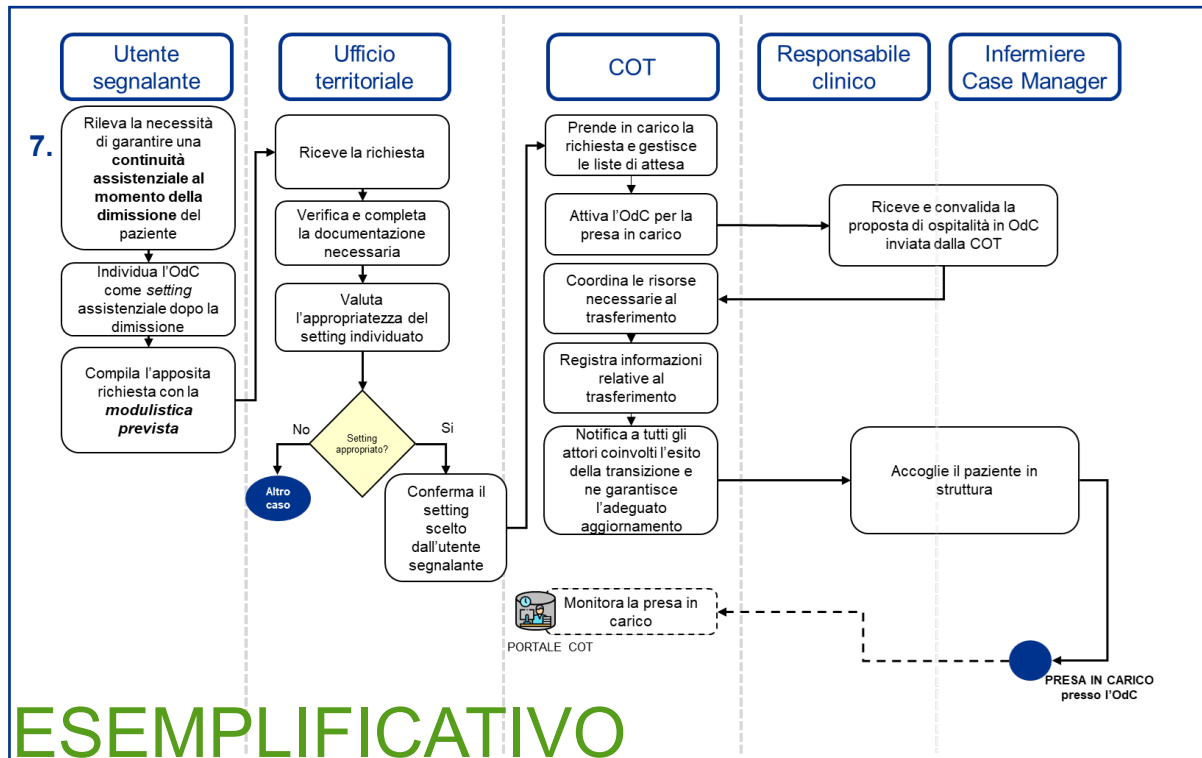


Figura 7. Percorso Ospedale - OdC

7.1.

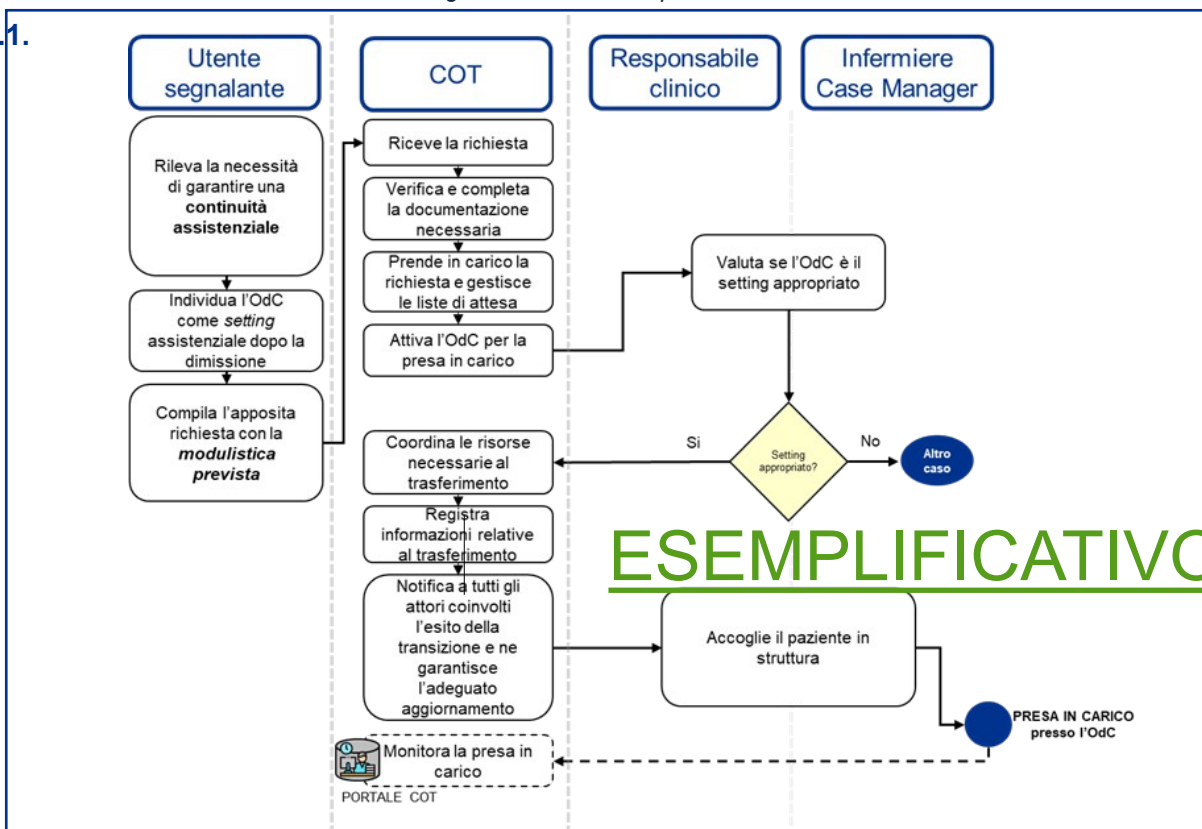


Figura 8. Percorso Territorio - OdC

**Normativa nazionale/regionale**

- a. Accordo Stato Regioni n. 17/CSR del 20/02/2020, Allegato A: Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità;



- b. Azienda USL Toscana Centro. Indirizzi per il progetto di sperimentazione di un modello assistenziale innovativo: il Fisioterapista di Comunità nell'Azienda USL Toscana Centro. Azienda USL Toscana Centro, 2019;
- c. Consiglio dei Ministri. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Next Generation Italia. Governo Italiano, 2021.
- d. Decreto dell'Assessorato della Salute n. 22 del 11 gennaio 2019. Adeguamento della Rete ospedaliera al D.M. 2 aprile 2015, n. 70. (Supplemento ordinario n. 1 alla G.U.R.S. (p. I) n. 6 dell'8 febbraio 2019);
- e. D.M. n.70 del 2 aprile 2015 "regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- f. Decreto del Ministero della Salute n° 77 del 23 maggio 2022: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (G.U. Serie Generale n.144 del 22-06-2022);
- g. Ministero della Salute, Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Patto per la salute 2014–2016. Ministero della Salute, 2014;
- h. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Cronicità. Conferenza Stato-Regioni, 15 settembre 2016. Ministero della Salute, 2016;
- i. Piano della Rete Territoriale di Assistenza Regione Siciliana del 14.12.2022;
- j. Regione Toscana. Piano Sanitario Regionale 2008-2010. Punto 4.3.1, Regione Toscana, 2008;
- k. Quaderni Agenas - documento di indirizzo Ospedale di Comunità.

## **7.2. Bibliografia**

- l. Associazione Italiana Fisioterapisti (AIFI). La Fisioterapia d'iniziativa: Promuovere il supporto alla gestione delle malattie croniche e il coinvolgimento attivo della persona nei processi di cura. AIFI, 2021;
- m. Malara, A. "Il Chronic Care Model come esempio di sanità d'iniziativa." Simposio: La cronicità: impatto epidemiologico nel terzo millennio. 2016.

## **8. APPENDICE**

Ai fini dell'ammissione in OdC, la *Modulo di valutazione per l'ammissione in Ospedale di Comunità (Appendice 1)*, prevede l'utilizzo della scala National Early Warning Score 2 (NEWS2) come strumento standardizzato per la valutazione delle condizioni cliniche del paziente. Questa scala consente di identificare precocemente segnali di deterioramento clinico e supporta il processo decisionale in fase di ingresso.

La NEWS2 rappresenta l'evoluzione della scala originale NEWS, sviluppata dal Royal College of Physicians del Regno Unito. Rispetto alla versione precedente, NEWS2 introduce aggiornamenti significativi che la rendono più efficace e attuale:

- 1) include modifiche specifiche per la gestione di pazienti con malattie respiratorie croniche (es. BPCO), prevedendo un secondo punteggio per la saturazione dell'ossigeno (SpO<sub>2</sub> Scale 2), più adatto a chi ha valori basali alterati.
- 2) Rappresenta lo standard raccomandato in molti contesti sanitari a livello europeo e internazionale, garantendo maggiore coerenza nei criteri di valutazione clinica.

Oltre alla scala News2, è stato adottato anche l'Indice di Intensità Assistenziale (IIA), strumento utile per stimare il fabbisogno assistenziale di un paziente. L'IIA consente di quantificare e classificare il carico di lavoro del personale sanitario, in particolare infermieri e OSS. Rispetto ad altri strumenti, l'IIA fornisce una valutazione più ampia e multidimensionale del paziente, considerando non solo dei parametri clinici, ma anche il fabbisogno assistenziale, la complessità gestionale e l'impegno richiesto al personale. Questi strumenti consentono di orientare l'ammissione e la pianificazione delle risorse, in linea con l'approccio integrato e personalizzato dell'OdC.



# Modulo di valutazione per l'ammissione in Ospedale di Comunità

\_\_\_\_\_ del Distretto N° \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

## Motivazioni e obiettivi del ricovero

<input type="checkbox"/>	paziente fragile e/o cronico, proveniente dal domicilio, per la presenza di riacutizzazioni di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulta inappropriato;
<input type="checkbox"/>	paziente, prevalentemente affetto da multimorbidità, proveniente da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibile per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continua;
<input type="checkbox"/>	paziente che necessita di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione dei presidi e dispositivi, che necessita di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
<input type="checkbox"/>	paziente che necessita di supporto riabilitativo-educativo, 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 ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio;
<input type="checkbox"/>	paziente con impossibilità di gestione in regime domiciliare o residenziale.



Regione  
Siciliana

## Modulo di valutazione per l'ammissione in Ospedale di Comunità

N° pratica \_\_\_\_\_  
Pagina 20 di 23

DIAGNOSI MEDICA COMPRENSIVA DELLE PIÙ IMPORTANTI COMORBIDITÀ

---

---

---

PATOLOGIE PSICHIATRICHE: NO  SI,  specificare

---

---

ALTRI ELEMENTI CLINICI RILEVANTI \_\_\_\_\_

---

---

TERAPIA IN ATTO  Nessuna terapia in corso  Terapia in corso (Precisare: principio attivo, nome commerciale, posologia e modalità di somministrazione)

---

---

PROGRAMMA DI TRATTAMENTO \_\_\_\_\_

---

---

Eventuali considerazioni aggiuntive \_\_\_\_\_

---

---

---



## Indice di Intensità Assistenziale (IIA)

AREA ASSISTENZIALE - Scheda per la definizione dell'indice di complessità assistenziale			
<b>1. FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA</b>		Punteggio	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza		1	
<input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die		2	
<input type="checkbox"/> Parametri ≥3 rilevazioni die		3	
<input type="checkbox"/> Scopenso cardiaco classe NYHA 1-2		2	
<input type="checkbox"/> Scopenso cardiaco classe NYHA 3		3	
<input type="checkbox"/> Scopenso cardiaco classe NYHA 4		4	
<input type="checkbox"/> Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale		3	
<input type="checkbox"/> Quantità urine		2	
<b>2. FUNZIONE RESPIRATORIA</b>		Punteggio	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza		1	
<input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata		2	
<input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave		3	
<input type="checkbox"/> Dispnea a riposo		4	
<input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da broncoaspirare		4	
<input type="checkbox"/> Tosse acuta/cronica		3	
<input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die		2	
<input type="checkbox"/> Parametri ≥3 rilevazioni die		3	
<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia		3	
<input type="checkbox"/> Necessità di ventiloterapia notturna		3	
<input type="checkbox"/> Presenza di tracheostomia		4	
<input type="checkbox"/> Terapia con nebulizzazioni		3	
<b>3. MEDICAZIONI</b>		Punteggio	
<input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni		1	
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1-2)		2	
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)		3	
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)		4	
<input type="checkbox"/> Ferita chirurgica non complicata		2	
<input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)		3	
<input type="checkbox"/> Moncone di amputazione da medicare		3	
<input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica		3	
<input type="checkbox"/> Stomia recente da medicare		3	
<input type="checkbox"/> Altre medicazioni complesse o sedi multiple		4	
<b>4. ALIMENTI E IDRATAZIONE</b>		Punteggio	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza		1	
<input type="checkbox"/> Prescrizione dietetica		2	
<input type="checkbox"/> Necessità di aiuto per azioni complesse		2	
<input type="checkbox"/> Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi		3	
<input type="checkbox"/> Presenza di disfagia lieve		3	
<input type="checkbox"/> Presenza di disfagia moderata/severa		4	
<input type="checkbox"/> Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)		3	
<b>5. ELIMINAZIONE</b>		Punteggio	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza		1	
<input type="checkbox"/> Monitoraggio.alvo		2	
<input type="checkbox"/> Necessità di clisma		3	
<input type="checkbox"/> Necessità di essere accompagnato al WC		3	
<input type="checkbox"/> Gestione della stomia		3	
<input type="checkbox"/> Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo		2	
<input type="checkbox"/> Incontinenza fecale/urinaria (uso di presidi assorbenti h24)		3	
<input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza		3	
<b>6. IGIENE ED ABBIGLIAMENTO</b>		Punteggio	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza		1	
<input type="checkbox"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)		2	
<input type="checkbox"/> Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi		4	
<input type="checkbox"/> Totale dipendenza/assenza di collaborazione		4	
<b>7. MOVIMENTO</b>		Punteggio	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza		1	
<input type="checkbox"/> Utilizza in modo autonomo presidi per movimento		2	
<input type="checkbox"/> Necessità aiuto costante per la deambulazione		3	
<input type="checkbox"/> Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto		3	
<input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare sollevatore		4	
<input type="checkbox"/> Allettamento obbligato/immobilità nel letto		4	
<b>8. RIPOSO E SONNO</b>		Punteggio	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza		1	
<input type="checkbox"/> Sonno indotto con farmaci		2	
<input type="checkbox"/> Disturbi del sonno		3	
<input type="checkbox"/> Agitazione notturna costante		4	
<b>9. SENSORIO E COMUNICAZIONE</b>		Punteggio	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza		1	
<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio		2	
<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio		3	
<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve		2	
<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato		3	
<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave		4	
<input type="checkbox"/> Stato costante di apatia/agitazione/aggressività		4	
<b>10. AMBIENTE SICURO/SITUAZIONE SOCIALE</b>		Punteggio	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza		1	
<input type="checkbox"/> Apparecchi medicali dal domicilio		2	
<input type="checkbox"/> Rischio caduta medio-alto		4	
<input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione		4	
<input type="checkbox"/> Attivazione assistente sociale		3	
<input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del caregiver		2	
<input type="checkbox"/> Pianificazione dimissione con altre istituzioni		3	



<b>CALCOLO DELL'INDICE INTENSITÀ ASSISTENZIALE (IIA)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Funzione cardiocircolatoria				
Funzione respiratoria				
Medicazioni				
Alimentazione ed idratazione				
Eliminazione				
Igiene ed abbigliamento				
Movimento				
Riposo e sonno				
Sensorio e comunicazione				
Ambiente sicuro/situazione sociale				
<b>Punteggio Indice Intensità Assistenziale Complessivo _____</b>				

## Scheda NEWS2

<b>PARAMETRI FISIOLGICI</b>	<b>PUNTEGGIO</b>						
	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Frequenza respiratoria/min	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
SpO2% scala1	≤91	92-93		≥96			
SpO2% scala2*	≤83	84-85		88-92 ≥93 in AA	93-94 in ossigeno	95-96 in ossigeno	≥ 97 in ossigeno
Supplementazione di ossigeno		Si		No			
PA sistolica (mmHg)	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Frequenza cardiaca/min	≤40		41-50	51-90	91-100	111-130	≥131
Livello di coscienza				Vigile			CVPU**
Temperatura (°C)	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	
La somma dei singoli punteggi determina il valore della Scheda NEWS2, <b>Punteggio: _____</b>							

\*la scala 2 deve essere utilizzata nei soggetti con insufficienza respiratoria

\*\* C: confusione; V: apertura degli occhi allo stimolo verbale; P: apertura degli occhi allo stimolo doloroso, U: non responsivo allo stimolo verbale né doloroso

IDONEO PER L'AMMISSIONE IN OdC:  Sì  No

Data: \_\_\_\_\_

Firma medico: \_\_\_\_\_



**Regione  
Siciliana**