



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Salute e Servizi Sanitari

***Linee di Indirizzo per il Funzionamento
degli Ospedali di Comunità***

INTRODUZIONE

Il potenziamento dell'offerta territoriale promossa dal Decreto Ministeriale n. 77 del 23/05/2022 vede nelle Case di Comunità (CdC) e negli Ospedali di Comunità (OdC) le strutture sanitarie fondamentali su cui basare il nuovo modello di assistenza territoriale.

In tale contesto, questo modello assistenziale, se da un lato intende la CdC come la struttura fisica dove realizzare concretamente l'integrazione sociosanitaria, vede nell'OdC la struttura sanitaria dove poter sviluppare realisticamente l'integrazione ospedale-territorio. D'altronde già nel Decreto Ministeriale n. 70 del 02/04/2015, nell'ambito della continuità ospedale-territorio, l'OdC veniva descritto come "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. "

Successivamente con il Decreto Ministeriale n. 77/2022 l'OdC è definito come "una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio,"

L'OdC è destinato a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie di lieve entità ovvero di riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio, ma che richiedono assistenza e sorveglianza infermieristica continuativa, anche nelle ore notturne, non assicurabile al domicilio o in presenza di condizioni di non idoneità dello stesso, sotto il profilo strutturale e/o del supporto familiare.

Tali necessità assistenziali possono manifestarsi sia in fase di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti già assistiti al domicilio o in altre strutture assistenziali; in quest'ultimo caso possono configurarsi anche ricoveri di breve durata.

Lo sviluppo degli Ospedali di Comunità è finalizzato a garantire, in modo coordinato:

la disponibilità di una struttura sanitaria intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero;
la riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati e la promozione di dimissioni protette verso setting assistenziali maggiormente adeguati alle esigenze sanitarie e sociosanitarie dei pazienti, favorendo la stabilizzazione clinica, il recupero funzionale e il mantenimento dell'autonomia;

- l'erogazione di assistenza sanitaria a bassa intensità clinica per degenze di breve durata, rivolta a pazienti che, pur potenzialmente assistibili a domicilio, necessitano di interventi non erogabili nel contesto domiciliare per motivi strutturali o familiari;

la promozione della consapevolezza e dell'autogestione delle condizioni cliniche da parte dei pazienti e dei caregiver;

la riduzione del rischio di istituzionalizzazione o di ospedalizzazione in setting assistenziali non appropriati; • l'integrazione con gli altri servizi sanitari e sociosanitari territoriali, al fine di garantire la continuità assistenziale.

l'educazione terapeutica al paziente ed al caregiver con il coinvolgimento attivo di questi per favorire l'incremento della capacità di autocura tramite la formazione alle nuove condizioni cliniche.

CONTESTO REGIONALE

Il territorio e la distribuzione della popolazione in regione Calabria rappresentano un elemento di peculiare difficoltà: la densità abitativa media è di 120 ab. per Kmq, rispetto ad una media nazionale di 195; il 22.4% della popolazione vive in montagna, contro una media nazionale del 12.1%; il 33% della popolazione vive in piccoli comuni, contro una media nazionale del 17%, che rappresentano in Calabria l'80% del totale, contro la media nazionale di 69%. In sintesi, le caratteristiche oro geografiche e di distribuzione della popolazione, in particolare la densità e la collocazione in fascia altimetrica 3, rappresentano altrettante sfide in termini di garanzia di equo accesso e di costi per l'erogazione dei servizi. Side ancor più importanti nella misura in cui la rete viaria, pur quantitativamente abbondante, presenta una diffusa situazione di precarietà, che anche se affrontata con decisione negli ultimi anni, continua a rappresentare un rilevante, come la scarsità di trasporti pubblici, cui si sta ponendo parziale rimedio con soluzioni innovative, ostacolo alla garanzia di equo accesso ai servizi.

I dati relativamente ai quali regione Calabria si differenzia maggiormente dal resto del paese sono quelli relativi alla deprivazione sociale. Regione Calabria raggiunge il valore di indicatore composito (dati 2024) più elevato rispetto a tutte le altre regioni, 22.15 contro un valore medio di 12.11: questo in relazione al fatto di presentare il valore di popolazione in povertà più alto (32.2 vs. 14.5 medio), la seconda percentuale di popolazione con bassa istruzione più elevata (21.22 vs 15.09 medio) e disoccupata (15.8 vs. 7.7). Tenuto conto di come sia ormai acclarato l'effetto che questi indicatori hanno in termini di incremento del bisogno sanitario, la specifica

condizione calabrese rappresenta un'indubbia ulteriore criticità per una soddisfacente erogazione dei servizi.

Anche gli indicatori sintetici di mortalità, che vedono la Calabria, con una speranza di vita alla nascita pari a 81.9 anni, segnare il terzo dato più basso d'Italia dopo Campania e Sicilia, dati in linea con l'indice di vecchiaia di 183.7, rispetto ad una media nazionale di 193.1, confermano un profilo di bisogno, sanitario e di risorse, assolutamente peculiare.

Considerati tali fattori le scelte, operate dalla programmazione regionale in merito alla collocazione degli Ospedali di Comunità, hanno privilegiato le zone periferiche e inteso stabilire modalità gestionali idonee a contribuire al miglioramento dell'assistenza sanitaria e della salute della popolazione. Le indicazioni che seguono sono da considerarsi dinamiche, poiché derivano dalle norme e dalle esperienze di altre regioni, poiché in regione Calabria l'attività degli ospedali di comunità è da considerarsi ancora embrionaria, e subiranno modifiche ed adeguamenti, con successivi atti della competente Direzione Regionale, sulla base delle evidenze che l'esperienza concreta andrà via via maturando.

IL RUOLO NELLA FILIERA ASSISTENZIALE

Gli OdC si collocano in un sistema strettamente interconnesso con la rete ospedaliera e con quella territoriale, grazie a un elevato livello di interdisciplinarietà. L'assetto organizzativo dell'OdC deve garantire il raccordo con tutte le componenti coinvolte nella continuità assistenziale nell'ambito del PDTA e del PAI di ciascun paziente. L'accesso del paziente, di cui si descriveranno le modalità in seguito, e la gestione dei posti letto in OdC avvengono sotto la supervisione delle COT, che dovrà consolidare l'integrazione delle attività assistenziali garantite dai professionisti sanitari. Qualora il paziente provenga dall'ospedale, la COT attiverà una transizione Ospedale—Territorio; se invece proviene dal territorio o dal domicilio, la transizione sarà di tipo Territorio—Territorio. La dimissione, prevista, salvo le eccezioni di cui si dirà, entro 30 giorni, può comportare l'attivazione di percorsi territoriali successivi oppure il trasferimento ad altre strutture della rete territoriale o, in ultimo, ospedaliera.

PERSONALE

La gestione e le attività negli OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze.

Il team è composto da:

7/9 infermieri;

1/2 unità di supporto (sanitario e amministrativo);

4/6 operatori socio-sanitari (OSS);

2 unità di personale con funzioni riabilitative;

All'interno dell'équipe di cura, deve essere prevista la figura chiave dell'infermiere case-manager, che si occupa principalmente delle ammissioni e dimissioni, collaborando con le COT.

L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati: nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per almeno 4/4,5 ore al giorno 7 giorni su 7; nel turno notturno (20-8), diurno festivo e prefestivo, deve essere garantita in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi d'intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia, oppure attraverso i Medici della Continuità Assistenziale in rapporto a specifici accordi locali. I medici incaricati possono essere individuati attraverso i diversi canali, anche fra i MMG che operano nel bacino d'utenza dell'OdC, che spesso non coincide con quello della CdC, a patto che diano la loro volontaria adesione all'iniziativa, con condizioni analoghe a quelle previste per l'attività nelle CdC.

L'assistenza farmaceutica è assicurata 6 giorni su 7 dalle Farmacie Territoriali e/o Ospedaliere aziendali, secondo criteri organizzativi e di prossimità: è mirata sia a sostenere l'attività assistenziale durante la degenza che ad assicurare supporto alle attività di ricognizione e riconciliazione farmacologica nelle transizioni di cura.

A coadiuvare il servizio di assistenza infermieristica, vi sono gli Operatori Socio-Sanitari, in coerenza con gli obiettivi del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti coinvolti (es. assistenti sociali, fisioterapisti, specialisti).

RESPONSABILITÀ

La responsabilità igienico-sanitaria e quella clinica dell'OdC sono in capo ad uno o più medici che possono essere dipendenti o convenzionati con il SSN (es. MMG/PLS, Specialisti ambulatoriali interni); tali responsabilità possono essere a carico di un singolo professionista o possono essere attribuite a due professionisti diversi, distinguendo, quindi, la responsabilità clinica da quella igienico-sanitaria e di struttura, aspetto da definirsi per ciascun OdC.

La responsabilità organizzativa è affidata ad un responsabile infermieristico secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020.

PROFILO DI ASSISTENZA

L'OdC accoglie pazienti con una valutazione clinica, diagnostica e terapeutica già delineata, garantendo un'assistenza infermieristica h 24 che, integrata con un approccio bio-psicosociale, non si limita a una mera logica prestazionale ma si orienta ad intervenire sui determinanti di salute e affrontare la complessità per promuovere la salute del singolo o della famiglia. La centralità del paziente e l'integrazione delle cure sono alla base del modello organizzativo dell'OdC ed in tale contesto, pur rimanendo essenziale la tipologia delle competenze mediche articolate in vari settori e coordinate dal dirigente medico responsabile clinico, risulta essenziale la figura dell'infermiere case manager, principale riferimento per il paziente, i congiunti, il caregiver; è grazie al case manager che l'OdC si configura anche come setting "aperto", dove i caregiver possono accedere con facilità ed essere sostenuti in un processo di empowerment, informazione e addestramento.

Considerato che gli OdC previsti nella Regione Calabria si trovano in aree decentrate, è opportuno adottare strategie organizzative che tengano conto di specifiche condizioni locali: un'età media più elevata della popolazione, una maggiore difficoltà da parte degli utenti nell'esprimere i propri bisogni di salute, una minore disponibilità di strutture sul territorio e reti di supporto meno presenti. Alla luce di ciò, l'OdC deve mirare ad avere una missione più flessibile e ibrida, capace di adattarsi a target differenti e di rispondere efficacemente a bisogni emergenti: in questa prospettiva, alla componente infermieristica e sociosanitaria si può affiancare una componente fisioterapia, funzionalmente integrata nel percorso assistenziale e finalizzata a ridurre disabilità o facilitarne la gestione sia da parte del paziente che del caregiver.

MODALITÀ DI ACCESSO

L'ammissione in OdC è possibile sia per pazienti provenienti dal proprio domicilio, sia per pazienti provenienti dall'Ospedale per acuti o da altre strutture residenziali, in una visione circolare di assistenza integrata Territorio - Ospedale - Territorio.

L'accesso presso l'OdC avviene su proposta di:

_ medico di medicina generale; _ medico di continuità assistenziale; _ medico specialista ambulatoriale territoriale o ospedaliero; _ medico del pronto soccorso; _ pediatra di libera scelta.

PROFILO CLINICO DEI PAZIENTI PER L'ACCESSO IN ODC

Possono accedere all'OdC i seguenti profili clinici e tipologie di pazienti:

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;

pazienti prevalentemente affetti da multi-morbilità, provenienti da strutture ospedaliere, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa o monitoraggio per stabilizzazione terapeutica;

pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci con vie di somministrazione, diverse da quella per os, o nella gestione di presidi e dispositivi o di interventi di affiancamento, educazione e addestramento, unitamente al caregiver, prima del ritorno a domicilio;

pazienti che necessitano di interventi riabilitativi estensivi o di riattivazione funzionale, finalizzati al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue o al loro miglioramento.

RICHIESTA DI RICOVERO

Al fine di garantire criteri sanitari di accesso omogenei, ogni Azienda deve adottare una Scheda di Richiesta di Ricovero, che deve essere compilata dal medico proponente, che informa il paziente circa le caratteristiche della struttura. Tale strumento ha la funzione di filtrare le richieste inappropriate, indirizzando i pazienti con quadri clinici instabili o con elevato fabbisogno assistenziale verso setting più adeguati, quali ospedali per acuti, R.S.A. o Hospice.

Nella Scheda devono essere specificate diagnosi e prognosi e il programma terapeutico o riabilitativo estensivo; la Scheda comprende, inoltre, una valutazione della stabilità clinica, attraverso la scala NEWS2, e una valutazione della funzione fisica e dell'autonomia del paziente nelle attività quotidiane, attraverso l'Indice di Barthel Modificato.

Sono condizioni di non ammissibilità presso l'OdC sono:

Scheda di Richiesta di Ricovero incompleta;

inquadramento diagnostico e/o prognosi non ben definite;

programma terapeutico o riabilitativo estensivo non ben delineato;

presenza di problematiche acute non lievi in atto

pazienti con instabilità clinica (scala NEWS2 5 o uno dei parametri uguale 3);

paziente con demenza e disturbi comportamentali non controllati dalla terapia;
richiesta di accesso esclusivamente per problematiche sociali, utilmente risolvibili con altro approccio assistenziale;
pazienti affetti da patologia infettiva che necessitano di isolamento, con esclusione dell'isolamento da contatto.

RUOLO DELLA COT

La transizione tra setting deve essere assicurata dalla COT, alla quale si rivolgono i professionisti richiedenti secondo le procedure previste dal modello regionale ICT di interconnessione delle COT con i diversi setting assistenziali oppure per il tramite del PUA; nei casi in cui, successivamente alla richiesta di ricovero, e prima che questo si realizzi, si manifesti una modifica del quadro clinico, il medico richiedente invia la revoca alla COT.

La funzione della COT è di coordinare e assicurare l'accesso e la presa in carico del paziente presso l'OdC e verificarne la continuità delle cure. E' compito della COT svolgere approfondimenti valutativi con il segnalante e il MMG del paziente (nel caso il segnalante non sia il medico curante) ed effettuare una ricognizione dei servizi attivi e forniture assegnate (es. ausili) e/o preesistenti prese in carico.

CARATTERISTICHE DEL RICOVERO E PRESTAZIONI EROGATE

Il ricovero presso l'OdC deve avere una durata massima di 30 giorni; solo in casi eccezionali e comunque giustificati dalla presenza di motivazioni di tipo sanitario non risolte, la degenza potrà prolungarsi ulteriormente.

La presa in carico multidisciplinare dei degenti deve avvalersi del contributo di specialisti territoriali e/o ospedalieri attraverso collegamenti funzionali e di telemedicina nelle sue declinazioni di televisita, teleconsulto e telemonitoraggio.

La partecipazione della Medicina Generale alle attività degli OdC si può configurare come una attività clinica che si esercita in continuità con l'assistenza assicurata dal medico a livello domiciliare al singolo paziente o anche come attività oraria all'interno dell'OdC.

E inoltre opportuno integrare il periodo di degenza nell'OdC con interventi di prevenzione primaria e secondaria, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione; tali interventi includono la verifica dello stato vaccinale e degli screening, l'eventuale proposta di vaccinazioni

o esami di screening in base alle condizioni del paziente, nonché brevi attività di counseling sugli stili di vita (fumo, alimentazione e attività fisica).

DIMISSIONE

Il percorso di dimissione prende avvio dal momento dell'ingresso dell'assistito in OdC, quando viene redatto il progetto assistenziale individualizzato condiviso tra professionisti, assistito e familiari.

Nel periodo di degenza vengono valutate le condizioni di rischio e attuati gli interventi utili a risolvere i principali problemi che hanno determinato il ricovero, consentendo, in questo modo, il rientro, ove possibile, al proprio domicilio. Prima della dimissione, solo se ritenuto opportuno, il responsabile clinico con il supporto del case manager può richiedere, per il tramite della COT, una rivalutazione multidimensionale.

Il momento della dimissione prevede una rivalutazione della funzione fisica e dell'autonomia del paziente nelle attività quotidiane, attraverso l'Indice di Barthel Modificato.

Oltre alla dimissione ordinaria a domicilio, l'eventuale continuazione del percorso assistenziale può prevedere dimissioni protette con attivazione di cure domiciliari, di cure palliative e di altri servizi oppure trasferimento in ospedale o in strutture residenziali territoriali: in tutti i casi, la transizione tra setting assistenziali dovrà essere garantita dalla COT.

PROCEDURE DI EMERGENZA

In caso di emergenza devono essere attivate le procedure previste tramite il sistema di emergenza sanitaria territoriale.

Nel caso in cui l'OdC sia strutturalmente collegato ad un presidio ospedaliero per acuti, possono essere previste procedure di urgenza-emergenza del presidio stesso.

SISTEMI INFORMATIVI

L'OdC deve essere dotato di un sistema informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi integrati necessari al monitoraggio dell'attività clinica ed assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale per l'alimentazione del debito informativo nazionale nell'ambito del Sistema Informativo per il monitoraggio degli Ospedali di Comunità (SIOC). Inoltre le singole ASP dovranno monitorare i dati di attività, in particolar modo relativamente a provenienza dei pazienti, “guadagno” in

termini di Barthel, esiti alla dimissione (domicilio, altre strutture, decessi) al fine di verificare l'efficacia delle attività svolte nella struttura.

Allegato: Scheda di Richiesta di Ricovero

	RICHIESTA RICOVERO IN OSPEDALE DI COMUNITÀ	
--	--	--

Data: ____/____/____

Richiedente

- ☐ Medico di Medicina Generale
☐ Pediatria Libera Scelta
☐ Medico di CA
☐ Medico Ospedaliero

Ospedale: _____

U.O.: _____

Dr./Dr.ssa _____

Tel. Amb. / Rep. _____

Tel. Cellulare _____

Email: _____

Dati del Paziente

Cognome: _____

Nome: _____

Sesso: ☐ f ☐ m

Data di nascita: ____/____/____

Luogo: _____

Prov: _____

Comune residenza: _____

Prov: _____

Indirizzo: _____

Recapiti telefonici: _____

Codice fiscale: _____

ASP di appartenenza: _____

Familiare di riferimento: _____

Recapito telefonico del familiare: _____

DIAGNOSI:

PROGNOSI GIÀ DEFINITA:☐

SI

☐

NO

PROGRAMMA TERAPEUTICO DEFINITO:☐

SI

☐

NO

Criteri di esclusione:

- | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| - instabilità clinica* | ☐ | SI | ☐ | NO |
| - acuzie in atto | ☐ | SI | ☐ | NO |
| - demenza o disturbi comportamentali (non controllati da terapia) | ☐ | SI | ☐ | NO |
| - necessità di isolamento respiratorio | ☐ | SI | ☐ | NO |

* scala NEWS2 (in allegato) ≥ 5 o uno dei parametri uguale 3

Luogo di provenienza dell'assistito:

- ☐ domicilio senza Cure Domiciliari
- ☐ domicilio con Cure Domiciliari
- ☐ ricoverato presso _____
- ☐ da struttura socio-sanitaria: _____

Problemi clinici attuali:

Comorbilità:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ ipertensione arteriosa | ☐ scompenso cardiaco | ☐ ictus pregresso |
| ☐ diabete mellito | ☐ IMA pregresso | ☐ malattia psichiatrica |
| ☐ malattie congenite | ☐ cirrosi | ☐ allergia |
| ☐ insufficienza renale cronica | ☐ insufficienza respiratoria cronica | ☐ altro _____ |

Osservazioni rilevanti:

Terapia in atto:

Presidi:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Catetere vescicale | ☐ Port-A-Cath/CVC | ☐ Stomia intestinale |
| ☐ SNG | ☐ Medicazioni complesse | ☐ Tracheostomia |
| ☐ Pacemaker | ☐ Ureterostomia | ☐ PEG/Digiunostomia |
| ☐ Ventilazione assistita | ☐ Ventilazione automatica | ☐ Altro: _____ |

Osservazioni rilevanti: _____

Caregiver / Tutore: _____

Il Medico richiedente (Firma e timbro)

.....

Infermiere

.....

Per accettazione

Paziente / Caregiver / Tutore

.....

INDICE DI BARTHEL	PUNTEGGIO
ALIMENTAZIONE 0 = non in grado di alimentarsi 5 = ha bisogno di assistenza (tagliare la carne, ecc.) oppure necessita di una dieta modificata (dieta semisolida- liquida) o alimentazione artificiale (PEG, ecc.) 10 = in grado di alimentarsi	
CAPACITÀ DI FARSI IL BAGNO O LA DOCCIA 0 = non in grado di lavarsi autonomamente 5 = in grado di lavarsi autonomamente	
CURA DELL'ASPETTO ESTERIORE 0 = ha bisogno di assistenza nella cura personale 5 = in grado di lavarsi la faccia, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi	
CAPACITÀ DI VESTIRSI 0 = non in grado di vestirsi autonomamente 5 = ha bisogno di assistenza, ma è in grado di vestirsi parzialmente in autonomia 10 = in grado di vestirsi autonomamente (bottoni, cerniere lampo, lacci, ecc.)	
TRANSITO INTESTINALE 0 = non in grado di controllare l'alvo 5 = occasionalmente non in grado di controllare l'alvo 10 = in grado di controllare l'alvo	
VESCICA 0 = non in grado di controllare la minzione 5 = occasionalmente non in grado di controllare la minzione 10 = in grado di controllare la minzione	
UTILIZZO DEL WC (SEDERSI, ALZARSI, PULIRSI, RIVESTIRSI) 0 = non in grado di controllare il wc 5 = in grado di utilizzare il wc con assistenza 10 = in grado di utilizzare il wc autonomamente	
TRASFERIMENTI (DALLA POSIZIONE SEDUTA SUL LETTO ALLA SEDIA E VICEVERSA) 0 = non in grado di effettuare trasferimenti 5 = è in grado di stare seduto, ma necessita di massima assistenza nei trasferimenti 10 = è in grado di stare seduto, ma necessita di minima assistenza (verbale o fisica) 15 = è in grado di effettuare trasferimenti	
MOBILITÀ (SU SUPERFICI PIANE) 0 = non in grado di spostarsi per più di 50 metri 5 = in grado di spostarsi su sedia a rotelle, anche su percorsi non rettilinei, per più di 50 metri 10 = in grado di deambulare per più di 50 metri con l'assistenza (verbale o fisica) di una persona 15 = in grado di deambulare (anche con ausili) per più di 50 metri	
SCALE 0 = non in grado di salire e scendere le scale 5 = in grado di salire e scendere le scale con assistenza 10 = in grado di salire e scendere le scale autonomamente	
TOTALE	

NEWS2							
PARAMETRI VITALI	PUNTEGGIO						
	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza respiratoria (per minuto)	≤ 8		9 – 11	12 – 20		21 – 24	≥ 25
Frequenza cardiaca (battiti per minuto)	≤ 40		41 – 50	51 – 90	91 – 110	111 – 130	≥ 131
Temperatura corporea (°C)	≤ 35		35.1 – 36.0	36.1 – 38.0	38.1 – 39.0	≥ 39.1	
Pressione sistolica (mmHg)	≤ 90	91 - 100	101 – 110	111 – 219			≥ 220
Stato di coscienza				Cosciente			CVPU*
Saturazione ossigeno (%)	≤ 91	92-93	94 – 95	≥ 96			
Saturazione ossigeno (%) (se BPCO)	≤ 83	84-85	86 – 87	88 – 92 ≥ 93 in AA	92 – 93 in O2	95 – 96 in O2	≥ 97 in O2
In aria, ambiente o ossigeno terapia?		O2**		AA			

(*) Attribuire un punteggio pari a 3 a “Nuova comparsa di confusione/disorientamento/agitazione (C)” o a “Qualsiasi alterazione della coscienza (VPU)”.

C: Confusione, disorientamento e/o agitazione di nuova insorgenza, laddove in precedenza vi era uno stato mentale normale. Il paziente può rispondere alle domande in modo coerente, ma presenta confusione, disorientamento e/o agitazione. Quando non è chiaro se lo stato mentale alterato di un paziente sia “nuovo” o rappresenti il suo stato abituale, deve essere classificato come nuovo fino a quando non venga confermato il contrario.

VPU: tutte le condizioni che non sono classificate come A nel sistema AVPU (A-alert=cosciente; V-verbal=risponde a chiamata; P-pain=risponde al dolore; U-unresponsive=non risponde).

(**) Attribuire un punteggio pari a 2 in caso di supplementazione di ossigeno fornito attraverso maschera o cannula nasale.

LEGENDA

AA: aria ambiente

O2: ossigeno-terapia

CRITERIO ESCLUSIONE = NEWS ≥ 3 o uno dei parametri uguale a 3