



# **Carta dei Servizi**

## **Ospedale di Comunità di Cuggiono**

Via Badi 4, Cuggiono (MI)  
Padiglione 57 - 1° piano

## INDICE

|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| PREMESSA .....                                                                        | 3  |
| 1.DEFINIZIONE, MISSION E FINALITÀ .....                                               | 3  |
| 2.SEDE.....                                                                           | 3  |
| Come raggiungere l’Ospedale di Comunità presso l’Ospedale di CUGGIONO.....            | 3  |
| 3.DESTINATARI E CRITERI DI ACCESSO/ESCLUSIONE .....                                   | 5  |
| 4. MODALITÀ DI ACCESSO .....                                                          | 7  |
| 4.1 Proposta di ricovero.....                                                         | 7  |
| 4.2 Valutazione della proposta di ricovero e accettazione .....                       | 7  |
| 5. L’EQUIPE IN ODC: RUOLI, FUNZIONI E RESPONSABILITÀ .....                            | 7  |
| 5.1 MEDICO.....                                                                       | 8  |
| 5.2 INFERMIERE .....                                                                  | 8  |
| 5.3 OSS.....                                                                          | 8  |
| 5.4 COORDINATORE INFERMIERISTICO .....                                                | 9  |
| 5.5 IFeC .....                                                                        | 9  |
| 5.6 ASSISTENTE SOCIALE.....                                                           | 9  |
| 5.7 CONSULENZE E ATTIVAZIONE DI ALTRI PROFESSIONISTI .....                            | 9  |
| 5.8 PRESENZA DI VOLONTARI .....                                                       | 10 |
| 6. ACCOGLIENZA E VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE .....                                  | 10 |
| 7. GESTIONE DELLE ATTIVITA’ DI PRESA IN CARICO .....                                  | 11 |
| 7.1 Descrizione giornata tipo.....                                                    | 11 |
| 7.2 Coinvolgimento del caregiver e gestione dei visitatori .....                      | 12 |
| 7.3 Terapia Farmacologica.....                                                        | 12 |
| 7.4 Attività Diagnostica.....                                                         | 12 |
| 7.5 Attività di supporto all’attività di degenza .....                                | 12 |
| 8. GESTIONE DELL’EMERGENZA E DELLA INSTABILITA’ CLINICA SOPRAGGIUNTA .....            | 13 |
| 9. DIMISSIONE .....                                                                   | 13 |
| 11. FASCICOLO DI RICOVERO .....                                                       | 14 |
| 12. SEGNALAZIONE RECLAMO, DISSERVIZIO, ENCOMIO-GRADIMENTO .....                       | 14 |
| 13. ACCESSO AGLI ATTI.....                                                            | 14 |
| Le modalità di rilascio agli utenti della dichiarazione prevista ai fini fiscali..... | 14 |
| 14. DIRITTI DELL’ASSISTITO IN OSPEDALE DI COMUNITÀ .....                              | 15 |
| 15. RIFERIMENTI UTILI .....                                                           | 16 |
| 16. DEFINIZIONI, SIGLE, ACRONIMI .....                                                | 16 |
| 17. DOCUMENTI ALLEGATI.....                                                           | 17 |

## **PREMESSA**

Gli Ospedali di Comunità sono presidi sanitari territoriali i cui requisiti sono stati disciplinati nel gennaio 2020 in sede di Conferenza Stato Regioni, in coerenza con il Patto per la Salute 2014-2016.

A seguito del PNRR, con il DM 77 del 23 maggio 2022 «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale» e la DGR N° 6760 del 25 luglio 2022 «Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022 N. 77», vengono definiti i requisiti e le funzioni degli Ospedali di Comunità (OdC).

Successivamente, con DGR 1435 del 27 novembre 2023 Regione Lombardia ha definito i Requisiti Organizzativi, gestionali Strutturali e Tecnologici specifici di esercizio e accreditamento degli Ospedali di Comunità", in sostituzione dell'allegato 3) alla DGR XI/6760/2022, disponendo il superamento di quanto previsto nel merito con Decreto della DG Welfare n. 2852 del 28/02/2023, e specificando che il processo di verifica e vigilanza dei requisiti viene inquadrato nell'ambito delle determinazioni di cui alla DGR XI/2569/2014.

## **1. DEFINIZIONE, MISSION E FINALITÀ**

L'Ospedale di Comunità di Cuggiono è un'unità di offerta afferente all'assistenza territoriale e appartenente al Sistema Sociosanitario Integrato a titolarità di ASST Ovest Milanese. La struttura è ubicata presso il Presidio Ospedaliero di Cuggiono via Badi 4, edificio 57, piano primo ed è costituita da 1 modulo da 18 posti letto.

L'OdC è rivolto a ricoveri brevi per pazienti che necessitano di interventi a medio-bassa intensità clinica. Non è una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità già esistenti.

L'OdC svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero in reparto per acuti, al fine di:

- prevenire ricoveri inappropriati in degenze per acuti;
- stabilizzare e accompagnare il paziente verso il domicilio o altre soluzioni di lungodegenza (es. RSA o RSD) al termine del ricovero in una degenza per acuti;
- costruire maggiore consapevolezza e capacità di auto-cura nel paziente e nel familiare o caregiver, attraverso l'educazione alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche.

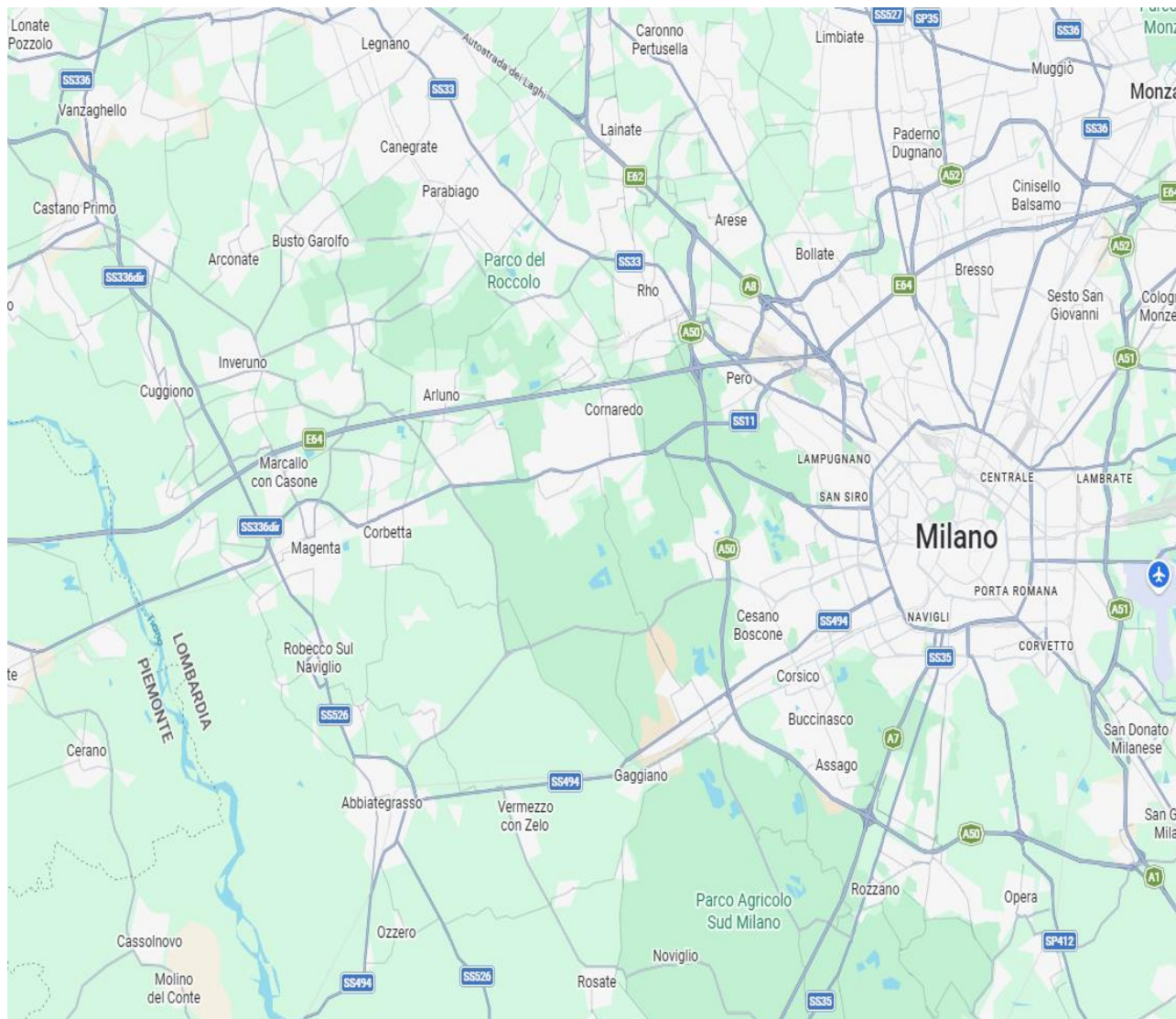
## **2. SEDE**

L'Ospedale di Comunità di Cuggiono è ubicato presso il Presidio Ospedaliero di Cuggiono via Badi 4, edificio 57, piano primo ed è costituito da 1 modulo da 18 posti letto.

L'ingresso per pedoni e veicoli è da via Badi 4, passando dalla portineria di presidio.

## **COME RAGGIUNGERE L'OSPEDALE DI COMUNITÀ PRESSO L'OSPEDALE DI CUGGIONO**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Mezzo Proprio</b></p> <p><b>Da Legnano:</b> (distanza di circa 15-16 km).<br/>Guidare verso sud-ovest in direzione Villa Cortese / Arconate e poi seguire le indicazioni per Cuggiono.</p> <p><b>Da Magenta:</b> (distanza di circa 10 km).<br/>Imboccare la Statale 11 (Milano-Novara) in direzione Novara, deviare all'altezza di Marcallo-Mesero proseguendo in direzione Inveruno/Cuggiono.</p> <p><b>Da Abbiategrasso:</b> (distanza di circa 16 km).<br/>Salire verso nord, superando Magenta tramite la SP494 e la SS11, continuando poi verso Marcallo-Mesero e Cuggiono.</p> <p><b>Da Milano:</b> (distanza di circa 34 km). Entrare in Autostrada A4 Milano-Torino, uscire a Boffalora, proseguire sulla superstrada seguendo le indicazioni per Casate / Cuggiono.</p> | <p><b>Mezzi Pubblici</b></p> <p>La fermata di riferimento dell'autobus è <b>Cuggiono - Fermo 34 - Ospedale</b>, situata a soli 3 minuti a piedi dall'ingresso.</p> <p><b>Da Legnano:</b> Collegamento diretto tramite il Bus Linea Z627 operato da Movibus, che parte nei pressi della stazione FS di Legnano (Piazza Monumento) e arriva direttamente a Cuggiono. Durata del viaggio circa 50-60 minuti.</p> <p><b>Da Magenta:</b> nei pressi della stazione FF.SS. di Magenta prendere il Bus Linea Z646 in Via Cavallari. Durata del viaggio 25-27 minuti.</p> <p><b>Da Abbiategrasso:</b> Prendere il treno (Linea Mortara-Milano) o l'autobus fino a Magenta e, una volta giunti alla stazione ferroviaria di Magenta, prendere il bus Movibus per Cuggiono. Durata del viaggio totale tra i 50 e i 70 minuti, a seconda delle coincidenze.</p> <p><b>Da Milano:</b> Prendere il treno regionale/suburbano dalla stazione di Milano Porta Garibaldi o Milano Centrale fino a Magenta (linea Milano-Torino o S6). Dalla stazione di Magenta utilizzare il bus della linea Movibus per Cuggiono. In alternativa, esistono corse Movibus che partono dall'Hub di Milano Molino Dorino (M1) dirette verso Cuggiono, ma fermano a circa 800 m dall'ospedale</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



### 3. DESTINATARI E CRITERI DI ACCESSO/ESCLUSIONE

L'OdC è rivolto a persone adulte ( $\geq 18$  anni) che presentano in fase di ricovero almeno una delle seguenti condizioni:

- fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente per la quale un ricovero in ospedale per acuti risulti inappropriato;
- prevalentemente affetti da multi-morbilità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio.

In sintesi, si riportano i **criteri di accesso**:

- **Pazienti provenienti dal domicilio** in presenza delle seguenti condizioni cliniche:
  - pazienti che, per riacutizzazione di una patologia già nota, necessitano di un periodo di monitoraggio e sorveglianza sanitaria in preparazione di un più adeguato ambiente

domiciliare che richiede educazione ed addestramento sia del paziente che del caregiver o familiare nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi;

- programma di monitoraggio/trattamento individuale predisposto dal MMG/UCA o EVM;
- intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità assistenziale 2 o 3);
- assenza di instabilità clinica (NEWS2 - con punteggio da 1 a 4 da almeno 72 h e comunque nessuna variabile uguale a 3 - o altra scala validata di valutazione di stabilità clinica)

• **Pazienti provenienti da strutture sanitarie** in presenza delle seguenti condizioni cliniche:

- paziente stabile, con diagnosi e programma terapeutico definiti, ma con ancora necessità di interventi sanitari a bassa intensità non erogabili a domicilio;
- assenza di instabilità clinica (NEWS2 - con punteggio da 1 a 4 da almeno 72 h e comunque nessuna variabile uguale a 3 - o altra scala validata di valutazione di stabilità clinica);
- intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- percorso diagnostico completato;
- prognosi stimata con attesa di risoluzione del problema principale a breve termine.

In sintesi, si riportano i **criteri di esclusione**:

- instabilità clinica (scala NEWS2  $\geq 5$  o uno dei parametri uguale 3);
- indice di intensità assistenziale (IIA) pari a 1 o a 4;
- fase di terminalità;
- necessità di assistenza medica continuativa;
- necessità di inquadramento diagnostico;
- età inferiore a 18 anni;
- demenza e disturbi comportamentali non controllati dalla terapia;
- patologie psichiatriche non controllate dalla terapia;
- patologia infettiva che necessita di isolamento, con esclusione dell'isolamento da contatto.

**Se sopraggiungono complicanze tra la data di invio del modulo di richiesta di ricovero in OdC e la data stabilita di trasferimento** è compito del Medico dell'U.O. richiedente comunicare, via mail o telefono, la sospensione del trasferimento. In particolare, il trasferimento del paziente deve essere sospeso se, nelle 48 ore precedenti, è presente uno dei seguenti aspetti:

- Frequenza cardiaca a riposo  $<40$  o  $\geq 120$  bpm;
- Pressione arteriosa sistolica  $<80$  o  $\geq 200$  mmHg o diastolica  $<60$  o  $>115$  mmHg;
- Temperatura corporea  $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$ ;
- Saturazione di ossigeno  $\leq 90\%$ ;
- Frequenza respiratoria  $<9$  o  $\geq 25$  atti/min;
- Stato di coscienza alterato (paziente non vigile);
- Sanguinamento in atto;
- Sospetto o certezza di ischemia miocardica acuta;

- Problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi;
- Insorgenza di patologia infettiva acuta potenzialmente trasmissibile.

Nel caso di sospensione del trasferimento, nel momento in cui l'assistito rientrerà nuovamente nei criteri di trasferimento, dovrà essere inviata una nuova richiesta aggiornata alla Centrale Operativa Territoriale (COT) Trasversale della ASST Ovest Milanese ([cot.trasversale@asst-ovestmi.it](mailto:cot.trasversale@asst-ovestmi.it)).

## 4. MODALITÀ DI ACCESSO

### 4.1 PROPOSTA DI RICOVERO

La proposta di ricovero presso l'OdC va sempre inviata alla Centrale Operativa Territoriale Trasversale della ASST Ovest Milanese ([cot.trasversale@asst-ovestmi.it](mailto:cot.trasversale@asst-ovestmi.it)) e può provenire da:

- Medico di Degenza Ospedaliera o di Ambulatorio Specialistico
- Medico di Pronto Soccorso
- MMG dell'assistito (anche in collaborazione con IFeC)
- Medico della continuità assistenziale (116117)
- Medico dell'unità di continuità assistenziale

### 4.2 VALUTAZIONE DELLA PROPOSTA DI RICOVERO E ACCETTAZIONE

La proposta di ricovero viene esaminata dall'unità valutativa (infermiere e assistente sociale) della COT e dal Medico presente in OdC in merito all'appropriatezza e alla tipologia di bisogni sanitari e sociosanitari.

Il Coordinatore Infermieristico dell'OdC verifica la disponibilità del posto letto, la programmazione complessiva dei ricoveri e dimissioni, e conferma, in risposta alla e-mail di richiesta (ricevuta dalla COT trasversale) e previa comunicazione telefonica, la data e l'orario di ingresso presso l'OdC.

La comunicazione di *non accettazione* della richiesta viene trasmessa alla COT trasversale, precisandone le motivazioni. Nel caso di ricovero da Unità Operativa ospedaliera, l'organizzazione dell'eventuale trasferimento con mezzi sanitari è a carico della U.O. dimettente.

In caso di appropriatezza, ma di indisponibilità di posto letto negli OdC aziendali, la richiesta è inserita in

una lista d'attesa aziendale, gestita dalla COT trasversale. La priorità è definita sulla base di:

- urgenza della transizione;
- rischio connesso alla permanenza nel setting attuale;
- data di completezza della richiesta;
- compatibilità con il posto disponibile e con il case-mix;
- prossimità territoriale e continuità dei servizi.

## 5. L'EQUIPE IN ODC: RUOLI, FUNZIONI E RESPONSABILITÀ

La responsabilità organizzativo-gestionale è in capo al Direttore del Distretto; la responsabilità igienico-sanitaria è in capo al Direttore Medico di Presidio Legnano-Cuggiono; la responsabilità clinica degli assistiti è in capo al Medico dedicato all'OdC, designato dal Direttore Sanitario, che si

avvale della collaborazione del Coordinatore Infermieristico. In particolare la presenza medica è garantita attraverso una turnazione di medici afferenti alla S.C. Medicina Generale – Geriatria dell'Ospedale di Cuggiono.

L'équipe dell'OdC è composta da personale medico, infermieristico, OSS, e si interfaccia con il Medico per gli aspetti clinici; si avvale anche di altri professionisti con competenze specialistiche ove ritenuto necessario (fisioterapista, terapeuta occupazionale, infermiere di famiglia e comunità, assistente sociale ...).

L'équipe è guidata da un Coordinatore Infermieristico, in qualità di responsabile dell'organizzazione interna dell'OdC. Il coordinatore gestisce le risorse umane assegnate, partecipa alla valutazione delle proposte di ricovero e all'organizzazione dell'accesso e della dimissione, garantisce l'integrazione dei volontari che collaborano all'interno dell'OdC.

L'équipe assistenziale-riabilitativa e il medico effettuano riunioni di aggiornamento periodiche e verificano il raggiungimento degli obiettivi e la necessità eventuale di modifica del Piano Assistenziale Individualizzato degli assistiti ricoverati e la programmazione della dimissione.

## 5.1 MEDICO

Il responsabile clinico del singolo assistito, per tutta la durata del ricovero, è identificato tra i Medici presenti presso l'OdC. Ogni assistito ha un Medico di riferimento con il quale il personale infermieristico condivide il percorso terapeutico e la previsione del tempo di ricovero. Gli altri Medici che si avvicinano presso l'OdC seguono il piano terapeutico definito dal Medico responsabile clinico e si interfacciano con il collega di riferimento.

Il Medico che garantisce la presenza stabile presso l'OdC è presente in Struttura almeno 4,5 ore al giorno, dal lunedì al sabato, nella fascia oraria 8.00-20.00. La presenza medica è garantita attraverso una turnazione di medici afferenti alla S.C. Medicina Generale – Geriatria dell'Ospedale di Cuggiono.

## 5.2 INFERMIERE

L'Infermiere ha la responsabilità assistenziale secondo le proprie competenze, assicura l'applicazione delle prescrizioni terapeutiche farmacologiche e le prescrizioni diagnostiche semplici eventualmente previste, assicura la sorveglianza sanitaria e generica in coerenza con gli obiettivi del progetto di assistenza individuale (PAI) e in stretta collaborazione con il responsabile clinico e gli altri professionisti sanitari e sociali coinvolti. Assicura, in collaborazione con l'IFeC, l'educazione all'assistito e/o al caregiver e collabora al programma di recupero dell'autonomia possibile. La presenza dell'Infermiere è garantita continuativamente 7 giorni su 7, 24 ore su 24.

## 5.3 OSS

L'OSS supporta l'Infermiere nell'assistenza alla persona, in particolar modo nelle attività di vita quotidiana (igiene, alimentazione, eliminazione renale ed intestinale, mobilizzazione) e nella sorveglianza, seguendo la pianificazione del PAI.

Svolge tutte le attività necessarie previste dal proprio profilo di competenza e si relaziona efficacemente con la persona assistita, i caregiver e i membri dell'équipe.

#### 5.4 COORDINATORE INFERMIERISTICO

Il coordinatore è il responsabile dell'organizzazione interna dell'OdC, gestisce le risorse umane assegnate, partecipa all'organizzazione dell'accesso e della dimissione. Ove presenti e disponibili, garantisce l'integrazione dei volontari che collaborano all'interno dell'OdC.

Svolge le funzioni previste dagli incarichi di funzione di coordinamento.

#### 5.5 IFEC

L'Infermiere di Famiglia e Comunità collabora con il personale dell'OdC, garantendo la continuità di cura e di assistenza post dimissione e l'eventuale necessità di presa in carico territoriale, per la quale si interfaccia e collabora con il MMG della persona.

L'IFeC può anche segnalare la necessità di un ricovero presso l'OdC confrontandosi con il MMG della persona.

#### 5.6 ASSISTENTE SOCIALE

La presenza dell'Assistente Sociale può essere richiesta dove l'équipe rileva una situazione di fragilità sociale ed economica, oltre che sanitaria od ogniqualevolta se ne rilevi la necessità.

L'assistente Sociale può fare un primo colloquio, previa segnalazione, con l'assistito in presenza del caregiver.

In un secondo momento l'Assistente Sociale può raccordarsi con i servizi del territorio e i Servizi Sociali Comunali per sapere se la persona è in carico e progettare in collaborazione gli interventi preposti per il rientro al domicilio.

#### 5.7 CONSULENZE E ATTIVAZIONE DI ALTRI PROFESSIONISTI

In caso di necessità l'équipe dell'OdC attiva la consulenza e/o l'intervento di altri professionisti, quali Fisioterapista, Terapista Occupazionale, Dietista, Logopedista, Infermiere specializzato (wound care, stomaterapia, accessi vascolari, ecc.), Medico Specialista, Psicologo delle Cure Primarie, ove disponibile anche in modalità di Telemedicina. La richiesta di consulenza avviene secondo le modalità aziendali già attive. Qualora ne conseguisse la necessità di tornare per interventi specialistici, si definiscono insieme all'équipe tempi e modalità.

È possibile attivare il teleconsulto per le consulenze, utilizzando le piattaforme disponibili per teleconferenza e refertando sulla piattaforma Galileo come da procedura aziendale. Le consulenze e gli eventuali interventi sono registrati e documentati all'interno del fascicolo di ricovero della persona.

##### *i. FISIOTERAPISTA*

Per quanto attiene al ruolo specifico all'interno dell'area socio-sanitaria, l'intervento del Fisioterapista si concentra sul progetto riabilitativo individuale (P.R.I.) stilato da un medico fisiatra ed attuato all'interno di un processo di presa in carico multidisciplinare e integrata. Sulla base dello specifico patologico della persona, del P.R.I. o di specifici protocolli condivisi con il Direttore della U.O.C. e della propria valutazione funzionale formula e attua il programma riabilitativo volto al raggiungimento degli obiettivi specifici individuati. Propone inoltre l'adozione di protesi ed ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia.

Alla dimissione valuta, confrontandosi con l'équipe e con il medico fisiatra, l'eventuale necessità di prosecuzione del programma riabilitativo.

#### **ii.      *TERAPISTA OCCUPAZIONALE***

Il Terapista Occupazionale si occupa di rendere la persona più autonoma nelle ADL e nella partecipazione alle attività quotidiane, sostenendo e massimizzando le abilità residue presenti. Quando necessario, utilizza un approccio compensativo tramite l'addestramento del caregiver e/o l'individuazione di ausili per favorire la partecipazione. Inoltre, propone delle strategie per la riduzione delle barriere architettoniche presenti al domicilio per garantire il rientro in sicurezza.

Con gli assistiti presi in carico, in seguito alla valutazione e alla identificazione degli obiettivi, il Terapista Occupazionale effettua trattamenti volti al recupero dell'autonomia (incluse le abilità motorie e procedurali/cognitive). Programma la propria presenza in base alle necessità relative alle persone ricoverate e in accordo con l'équipe assistenziale stabile alla quale fornisce indicazioni per dare continuità al programma educativo. Alla dimissione, valuta l'eventuale continuità di presa in carico, con modalità da definire a seconda dei bisogni della persona.

#### **iii.     *DIETISTA***

In caso di necessità viene attivato il Dietista garantendo l'assistenza dietetico-nutrizionale con particolare riferimento a persone con patologie croniche e metaboliche; verifica la corretta esecuzione della terapia di nutrizione artificiale (educazione del paziente/caregiver all'autogestione); si occupa della valutazione e gestione del rischio nutrizionale.

#### **iv.      *LOGOPEDISTA***

Nell'ambito riabilitativo l'intervento del logopedista come per i Fisioterapisti si concentra sul progetto riabilitativo (P.R.I.) stilato da un medico fisiatra ed attuato all'interno di un processo di presa in carico multidisciplinare e integrata.

#### **v.        *MEDICI SPECIALISTI***

In caso di necessità il medico dell'OdC richiede la consulenza di Medici Specialisti, tramite la procedura aziendale vigente. È possibile anche utilizzare il teleconsulto.

### **5.8 PRESENZA DI VOLONTARI**

La presenza del volontario, ove disponibile, è utile per integrare e completare le attività ludiche/di intrattenimento e le attività relazionali/sociali per le persone ricoverate e per i caregiver.

Il volontario agisce su indicazioni dell'équipe dell'OdC ed è tenuto alle regole di permanenza previste nelle strutture sanitarie e sociosanitarie.

## **6. ACCOGLIENZA E VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**

La data d'ingresso è prevista dal lunedì al sabato, preferibilmente dal lunedì al venerdì, comunque in presenza del medico.

La persona viene accolta dall'équipe presente, collocata nella stanza e informata delle modalità di permanenza presso l'OdC.

L'équipe procede alla valutazione multidimensionale, che riporta sul fascicolo di ricovero della persona. Se necessario e possibile e se la persona concorda, è presente anche il caregiver che può contribuire alla raccolta delle informazioni necessarie.

Tale valutazione consente di identificare i bisogni necessari alla stesura del PAI (Piano Assistenziale Individuale) che contiene gli obiettivi e gli interventi multiprofessionali programmati. Viene da subito definito il Piano di degenza indicando la tempistica di massima di permanenza.

Se in possesso di ausili al domicilio sarebbe utile che l'assistito li portasse con sé, per verificarne l'idoneità (dell'ausilio stesso e dell'utilizzo) e l'eventuale utilizzo.

## **7. GESTIONE DELLE ATTIVITA' DI PRESA IN CARICO**

La permanenza presso l'OdC non ha le caratteristiche di un ricovero ospedaliero, poiché ogni attività di vita quotidiana è parte del programma riabilitativo e di recupero dell'autonomia possibile, pur permanendo alcune necessità sanitarie ed assistenziali.

### **7.1 DESCRIZIONE GIORNATA TIPO**

#### **Accoglienza**

L'accoglienza avviene dal lunedì al sabato in concomitanza della presenza del medico. Al momento del ricovero la persona e il caregiver vengono accolti dal personale infermieristico e dagli Operatori Socio Sanitari, che illustreranno la struttura e la sua organizzazione. Se l'assistito utilizza ausili come bastone/tripode, occhiali e protesi acustiche o altra tipologia di protesi, deve portarli con sé.

#### **Organizzazione della giornata**

L'organizzazione della giornata segue i ritmi fisiologici e le esigenze sociali, culturali della persona e quindi, fatto salvo le attività riabilitative e terapeutiche programmate, la persona può organizzare le proprie attività secondo quanto di abitudine e gradito (cure igieniche, sonno e riposo, attività di svago, ecc.). In caso di non piena autonomia nello svolgere le attività di vita quotidiane, la persona verrà supportata dal personale presente. Sarà svolta tutta l'attività educativa e di addestramento necessari all'assistito e/o al suo caregiver per continuare l'appropriata assistenza presso il domicilio (es. assunzione di farmaci, utilizzi di bastone o carrozzina, rilevazione di parametri vitali).

#### **Ristorazione**

Orario pasti:

- colazione dalle ore 8.30 alle 9.00
- pranzo dalle ore 12.00
- cena dalle ore 18.30

Il menù varia quotidianamente seguendo una programmazione stagionale. Il pranzo e la cena sono serviti con carrelli termici; il menù è personalizzato compatibilmente con la dieta stabilita dal medico curante. È prevista inoltre la consulenza della dietista per diete particolari o in caso di intolleranze alimentari.

## 7.2 COINVOLGIMENTO DEL CAREGIVER E GESTIONE DEI VISITATORI

La presenza del caregiver è una presenza attiva e senza limiti temporali, in quanto darà continuità di assistenza al domicilio e dunque è necessario coinvolgerlo ed educarlo/addestrarlo per garantire la appropriata continuità assistenziale. Il caregiver deve seguire le indicazioni comportamentali comunicate dall'équipe assistenziale-riabilitativa.

In caso di necessità, concordandolo con l'équipe, il caregiver può trascorrere anche la notte accanto al proprio familiare ricoverato.

È permesso ai visitatori di accedere all'OdC nella fascia d'orario diurna, compatibilmente con le attività sanitarie/assistenziali/riabilitative in corso che non devono essere interrotte e in coerenza con le regole igienico sanitarie anche di volta in volta identificate.

## 7.3 TERAPIA FARMACOLOGICA

La terapia farmacologica è somministrata dall'Infermiere sulla base della prescrizione medica tracciata nel fascicolo di ricovero e i farmaci sono forniti dalla Farmacia aziendale.

Tuttavia dovendo giungere al self care dell'assistito o del caregiver, all'interno del programma educativo/addestramento si utilizza anche l'auto-somministrazione con l'opportuna supervisione dell'Infermiere o dell'OSS. Anche in questo caso, la somministrazione viene tracciata nel fascicolo di ricovero.

## 7.4 ATTIVITÀ DIAGNOSTICA

L'eventuale attività diagnostica presso l'OdC è in funzione di controlli/monitoraggio e verifica dell'efficacia terapeutica, in quanto il percorso diagnostico deve già essere concluso per potervi accedere.

Per quanto riguarda esami ematici ed ECG vengono eseguiti dall'équipe dell'OdC all'interno dello stesso, così pure le radiografie semplici (es RX Torace) possono essere eseguite presso l'OdC al letto del degente, con tecnologia portatile, in via secondaria presso il servizio di Radiologia del Presidio Ospedaliero.

Per ogni altra necessità diagnostica si provvede con le modalità già attive presso l'ASST: il coordinatore o l'Infermiere presente organizza il trasporto con mezzo sanitario, in raccordo con la Direzione Medica di Presidio.

Per quanto riguarda il monitoraggio di parametri (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, temperatura corporea, saturimetria), l'équipe può decidere i tempi e se ricorrere all'auto-rilevazione, da parte dell'assistito o del caregiver, all'interno del programma educativo/addestramento, anche ricorrendo a tecnologie di proprietà dell'assistito.

## 7.5 ATTIVITÀ DI SUPPORTO ALL'ATTIVITÀ DI DEGENZA

Per quanto riguarda la fornitura dei pasti e della biancheria da letto per la degenza e l'attività di pulizia/sanificazione ambientale, viene garantita nelle stesse modalità previste per le degenze per acuti aziendali, attraverso fornitori esterni.

In particolare per la fornitura dei pasti il personale consegna presso l'OdC i pasti, allestisce i vassoi personalizzati, li inserisce nell'apposito carrello termico e lo accende. Il personale dell'OdC, nell'orario dei pasti prestabiliti (pranzo e cena), stacca l'alimentazione elettrica del carrello termico, verifica la corrispondenza di quanto pervenuto rispetto a quanto richiesto, consegna i vassoi ai degenti e li ritira al termine del pasto. Il personale dedicato ritira poi i vassoi.

In caso di decesso durante il ricovero presso l'OdC si applica la procedura aziendale vigente.

## **8. GESTIONE DELL'EMERGENZA E DELLA INSTABILITA' CLINICA SOPRAGGIUNTA**

In caso di situazione di emergenza clinica gli operatori presenti presso la Struttura avviano le manovre rianimatorie e chiamano il numero di emergenza interna all'ospedale secondo procedura aziendale. Le modalità di gestione emergenza-urgenza vengono descritte nella procedura PAR07 REGOLAMENTO PRIMO SOCCORSO AZIENDALE.

Nel caso sopraggiunga instabilità clinica (o comunque necessità di cure mediche continuative) durante il ricovero presso l'OdC, l'assistito viene nuovamente ricoverato preferibilmente presso la U.O. di provenienza o di altra U.O. di competenza sul singolo caso. Il trasferimento è predisposto dal medico presente in OdC oppure dal medico di guardia intraospedaliera e organizzato dal Coordinatore Infermieristico o da un Infermiere dell'OdC.

## **9. DIMISSIONE**

Il periodo massimo di degenza previsto presso l'OdC è di 30 giorni, come da normativa vigente.

In caso di non dimissibilità al trentesimo giorno, l'équipe valuta l'effettiva necessità nonché l'assenza di alternative e propone al Direttore di Distretto di competenza la proroga di degenza: nel caso il Direttore di Distretto autorizzi, si procede definendo un ulteriore PAI.

La dimissibilità è legata al raggiungimento degli obiettivi prefissati all'ingresso e quindi dichiarata dall'équipe oppure alla data programmata di trasferimento in altro setting. In tempo utile l'équipe informa la persona, se presente il caregiver e comunque sempre il MMG.

Il medico di reparto redige una relazione di dimissione, parte del fascicolo di ricovero, precisando la situazione di partenza, gli obiettivi raggiunti, le indicazioni per continuare le cure, l'assistenza, la riabilitazione compresi eventuali ausili che possono supportare lo svolgimento delle attività quotidiane. Copia della relazione viene consegnata alla persona. In relazione alle necessità è possibile fornire opuscoli informativi relativamente ad alcune attività da continuare dopo la dimissione.

In caso di necessità l'équipe supporta il familiare nell'organizzazione del trasporto della persona con mezzi sanitari, sia verso il domicilio che verso ulteriori strutture residenziali o riabilitative, fornendo le opportune informazioni e l'elenco di chi può effettuare tale trasporto.

In relazione al bisogno, l'équipe, avvalendosi all'occorrenza della collaborazione dell'IFeC, provvede ad attivare le necessarie forniture (ausili, presidi) o altri servizi per la continuità delle cure e

dell'assistenza (es. Cure Domiciliari) ed eventualmente il telemonitoraggio secondo le procedure aziendali vigenti.

Al momento della dimissione, l'Assistente Sociale chiamato per il caso si raccorda con i Servizi territoriali e il Comune per attivare tutti gli interventi necessari al domicilio (es. SAD). Successivamente, in collaborazione con gli Assistenti sociali (anche del Comune) e gli IFeC, può tenere monitorata la situazione nel tempo anche recandosi al domicilio.

## **11. FASCICOLO DI RICOVERO**

Il fascicolo di ricovero è la documentazione clinico-socio-assistenziale-riabilitativa integrata che documenta l'intero percorso di degenza e favorisce l'integrazione multiprofessionale.

## **12. SEGNALE RECLAMO, DISSERVIZIO, ENCOMIO-GRADIMENTO**

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) è a disposizione per raccogliere segnalazioni da parte delle persone ricoverate e dei loro familiari.

Contatti:

- Telefono: 0331 449 707
- E-mail: [urp@asst-ovestmi.it](mailto:urp@asst-ovestmi.it)

L'Ufficio garantisce la gestione delle segnalazioni entro 30 giorni dal loro ricevimento, come previsto dalla normativa vigente.

Oltreché rivolgendosi all'URP, è possibile esprimere il proprio gradimento, eventuali suggerimenti e/o segnalare disservizi attraverso le seguenti modalità:

- compilazione del *Questionario di gradimento della persona ricoverata* (pag. 17);
- compilazione del *Modulo segnalazione DISSERVIZIO – RECLAMO – ENCOMIO* (pag. 18 e 19);
- richiesta colloquio con il Coordinatore Infermieristico dell'OdC  
all'indirizzo: [ospedalecomunita.cuggiono@asst-ovestmi.it](mailto:ospedalecomunita.cuggiono@asst-ovestmi.it)
- richiesta colloquio con la Direzione Medica di Presidio Legnano-Cuggiono (Responsabile Igienico-sanitario)
- richiesta colloquio con il Direttore del Distretto (Responsabile organizzativo-gestionale)  
all'indirizzo: [distretto.castanoprino@asst-ovestmi.it](mailto:distretto.castanoprino@asst-ovestmi.it);

Il questionario di gradimento della persona ricoverata, così come il modulo di suggerimento-reclamo-encomio, è attivamente promosso dagli operatori del Servizio ed è a disposizione in reparto e online (<https://www.asst-ovestmi.it/system/files/struttura/files/257/1138/1687434955.pdf>; <https://www.asst-ovestmi.it/system/files/struttura/files/257/1139/1712224514.pdf> ).

## **13. ACCESSO AGLI ATTI**

### **LE MODALITÀ DI RILASCIO AGLI UTENTI DELLA DICHIARAZIONE PREVISTA AI FINI FISCALI**

Nel rispetto del diritto alla trasparenza e all'imparzialità dell'azione amministrativa, è riconosciuto ad ogni Cittadino il diritto di accesso ai documenti amministrativi, secondo quanto stabilito ai sensi dell'art.22 della Legge 241/90 e del art. 15 e seguenti della Legge Regionale n. 1/2012.

In ASST Ovest Milanese è vigente uno specifico *Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti* ([https://www.asst-ovestmi.it/system/files/pagina\\_standard/files/6481/14821/Regolamento%20per%20accesso%20agli%20atti.pdf](https://www.asst-ovestmi.it/system/files/pagina_standard/files/6481/14821/Regolamento%20per%20accesso%20agli%20atti.pdf)) adottato con deliberazione aziendale nel quale sono disciplinate le modalità di richiesta e i costi previsti per il rilascio della documentazione amministrativa.

Salve le disposizioni vigenti in materia di bollo, per il rilascio di copie di atti e documenti amministrativi formati e/o detenuti dall'Azienda, è dovuto il rimborso del costo di riproduzione.

## **14. DIRITTI DELL'ASSISTITO IN OSPEDALE DI COMUNITÀ**

L'assistito ricoverato in Ospedale di Comunità ha diritto a un'assistenza erogata secondo i principi di uguaglianza, imparzialità, continuità, appropriatezza, trasparenza e riservatezza; a ricevere informazioni complete e comprensibili sul proprio percorso di cura; ad accedere alla documentazione sanitaria; a partecipare alle decisioni assistenziali che lo riguardano; a presentare reclami, suggerimenti ed encomi; a essere trattato con dignità e rispetto della persona.

Di seguito il dettaglio dei diritti sopra esposti.

### **1. Diritto all'uguaglianza**

L'assistenza deve essere erogata senza discriminazioni legate a sesso, età, nazionalità, lingua, condizioni economiche e sociali, religione o opinioni personali e politiche.

### **2. Diritto all'imparzialità e all'equità**

L'assistito ha diritto a essere trattato con obiettività, correttezza e giustizia nell'accesso alle cure e nell'erogazione delle prestazioni.

### **3. Diritto alla riservatezza e alla privacy**

Devono essere tutelati i dati personali e sanitari dell'assistito, nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati e del segreto professionale.

### **4. Diritto alla continuità assistenziale**

L'assistito ha diritto a ricevere cure continuative e coordinate, sia durante la degenza sia nel passaggio fra Ospedale di Comunità e domicilio. L'ASST si impegna a limitare eventuali interruzioni del servizio.

### **5. Diritto all'informazione**

L'assistito deve ricevere informazioni chiare e comprensibili:

- a. sulle proprie condizioni di salute;
- b. sul progetto assistenziale;
- c. sulle modalità di cura;
- d. sulle regole della struttura e sui servizi disponibili.

### **6. Diritto alla partecipazione**

L'assistito può:

- a. esprimere osservazioni e suggerimenti;
- b. compilare questionari di gradimento;
- c. partecipare, per quanto possibile, alla definizione del proprio percorso di cura;
- d. essere coinvolto insieme ai familiari/caregiver.

## **7. Diritto all'appropriatezza delle cure**

Le prestazioni devono essere adeguate ai bisogni clinici e assistenziali della persona, perseguendo efficacia, sicurezza e miglioramento della qualità della vita.

## **8. Diritto alla trasparenza**

L'assistito ha diritto a conoscere l'organizzazione del servizio, le modalità di accesso, gli standard qualitativi e i riferimenti dei responsabili della struttura.

## **15. RIFERIMENTI UTILI**

Responsabile organizzativo-gestionale:

- Direttore di Distretto Castanese - Dott.ssa Laura Carla Bergamin
- E-mail: [distretto.castanoprino@asst-ovestmi.it](mailto:distretto.castanoprino@asst-ovestmi.it)
- Tel. Segreteria: 02/9733540 - 544

Responsabile igienico-sanitario:

- Direttore Medico di Presidio Legnano-Cuggiono
- E-mail: [dirsancuggiono@asst-ovestmi.it](mailto:dirsancuggiono@asst-ovestmi.it)
- Tel: 02/9733303 - 464 - 027

Coordinatore Infermieristico:

- Tel. 02/9733- 628, -629, -630, -631
- E-mail: [ospedalecomunita.cuggiono@asst-ovestmi.it](mailto:ospedalecomunita.cuggiono@asst-ovestmi.it)

## **16. DEFINIZIONI, SIGLE, ACRONIMI**

IFeC: Infermiere di Famiglia e Comunità

MMG: Medico di Medicina Generale

OSS: Operatore Socio Sanitario

OdC: Ospedale di Comunità

Medico responsabile clinico: il medico referente del singolo assistito ricoverato, che definisce il piano di cura al quale possono partecipare altri Medici che si avvicinano nell'OdC. È il Medico a cui l'équipe infermieristica si riferisce per decisioni cliniche del singolo assistito e con cui concorda la dimissibilità.

## **17. DOCUMENTI ALLEGATI**

- Questionario di gradimento della persona ricoverata (Rev. marzo 2024);
- Modulo segnalazione DISSERVIZIO – RECLAMO – ENCOMIO (Rev. giugno 2023);
- Modulo di proposta di ricovero in Ospedale di Comunità (MAD 81, Rev 2, luglio 2026);
- Indice Intensità Assistenziale (IIA) – (MAD230 Rev.4, 28/7/2026);
- Valutazione Scala NEWS2 (MAP 34).

D12 **Complessivamente quanto è soddisfatto della Sua esperienza di ricovero?**

☐ 1    ☐ 2    ☐ 3    ☐ 4    ☐ 5    ☐ 6    ☐ 7

(per niente soddisfatto) (molto soddisfatto)

D13 **Consiglierebbe ad altri questo ospedale?**

☐ 1    ☐ 2    ☐ 3    ☐ 4    ☐ 5    ☐ 6    ☐ 7

(per niente soddisfatto) (molto soddisfatto)

**EVENTUALI OSSERVAZIONI E SUGGERIMENTI**



**QUESTIONARIO DI GRADIMENTO  
DELLA PERSONA RICOVERATA**

Gentile Signora/Signore,  
lo scopo di questa indagine è conoscere l'opinione di chi usufruisce dei servizi offerti dalla nostra Azienda.

Grazie alle Sue indicazioni sarà possibile rilevare eventuali disservizi, criticità o punti di forza; consentendoci, così, di implementare azioni di miglioramento per incrementare la qualità del servizio offerto. Il questionario, che Le chiediamo di compilare in modo completo, è **anonimo** e potrà essere riconsegnato agli operatori addetti o introdotto nelle apposite cassette. I dati saranno utilizzati in osservanza e nel rispetto del Regolamento UE n. 2016/679 e del D.Lgs. 196/03.

Grazie per la collaborazione e per le indicazioni che riterrà utile fornire.

**Il Direttore Generale**  
**Dott. Francesco Laurelli**

Sede: Via Papa Giovanni Paolo II - C.P.3 - 20025 Legnano -  
Tel. 0331 449111 / fax 0331 595275 - C.F. e Partita IVA 09319650967

MAC76B Rev2 marzo 2024

|                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| <b>Data compilazione</b> | <b>Reparto di ricovero</b> |
| _____                    | _____                      |

|                               |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| <b>A14 Sesso:</b>             | <b>A15 Età:</b> |
| <input type="radio"/> Maschio | _____           |
| <input type="radio"/> Femmina |                 |

|                                        |                                    |
|----------------------------------------|------------------------------------|
| <b>A16 Scolarità:</b>                  | <b>A17 Nazionalità:</b>            |
| <input type="radio"/> Nessuna          | <input type="radio"/> Italiana     |
| <input type="radio"/> Scuola obbligo   | <input type="radio"/> Europea      |
| <input type="radio"/> Scuola superiore | <input type="radio"/> Extraeuropea |
| <input type="radio"/> Laurea           |                                    |

**D01 Il ricovero è avvenuto:**

☐ d'urgenza

☐ programmato

☐ in Day Hospital

| Quanto è soddisfatto dei seguenti aspetti?<br>Indicare da 1 (per niente soddisfatto) a 7 (molto soddisfatto)                                                                                                                          | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| D02 Tempi di attesa per ottenere il ricovero<br>(tempo trascorso dalla prescrizione del ricovero all'ingresso in ospedale)                                                                                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D03 Accoglienza e informazioni ricevute sulla organizzazione del reparto<br>(orari visite mediche, orari visite parenti, orari ricevimento medici, identificazione dei responsabili di cure)                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D04 Aspetti strutturali e comfort<br>(comfort stanza, pulizia)                                                                                                                                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D05 Assistenza del personale infermieristico<br>(disponibilità, cortesia, sollecitudine/tempestività)                                                                                                                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D06 Assistenza del personale medico<br>(disponibilità, cortesia, sollecitudine/tempestività)                                                                                                                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D07 Cure a Lei prestate                                                                                                                                                                                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D08 Informazioni ricevute sul Suo stato di salute e sulle cure prestate                                                                                                                                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D09 Rispetto della riservatezza personale                                                                                                                                                                                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D10 Organizzazione dell'ospedale nel suo insieme                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D11 Indicazioni fornite dagli operatori sanitari su come comportarsi dopo la dimissione<br>(riguardo a: uso di farmaci, presidi o protesi, attività fisica, alimentazione, abitudini quotidiane, eventuali visite di controllo, ecc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**MODULO SEGNALAZIONE**  
**DISSERVIZIO - RECLAMO - ENCOMIO**

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)  
Via Papa Giovanni Paolo II - 20025 Legnano (MI)  
Tel. 0331/449707 [urp@asst-ovestmi.it](mailto:urp@asst-ovestmi.it)

Il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ tel n° \_\_\_\_\_  
titolo di studio \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_ \*

☐ persona direttamente interessata ai fatti (**attenzione: allegare fotocopia carta d'identità**)

☐ persona delegata dal diretto interessato ai fatti (**attenzione: compilare modulo di delega alla pagina successiva**)

☐ altra persona avente titolo (**attenzione: compilare il riquadro autocertificazione in fondo alla pagina successiva**)

segnala l'evento di seguito descritto, a titolo di ☐ ***reclamo/disservizio*** ☐ ***encomio***

avvenuto in data \_\_\_\_\_ presso il Reparto/Ambulatorio/Servizio \_\_\_\_\_

☐ Ospedale di Legnano ☐ Ospedale di Cuggiono ☐ Ospedale di Magenta ☐ Ospedale di Abbiategrasso

☐ Altro \_\_\_\_\_

**Descrizione evento:**[illegible]

Il sottoscritto, ai sensi del Regolamento UE 2016/679(\*), dichiara di aver preso visione dell'informativa MAC545 resa disponibile presso lo sportello dell'URP centrale e pubblicata sul sito istituzionale (link <http://www.asst-ovestmi.it/home/Privacy>).

☐ autorizza ☐ non autorizza\* a comunicare i dati a soggetti terzi (Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta) quando il reclamo viene presentato all'URP di ASST Ovest Milanese per attività sanitaria svolta dagli stessi.

Il Responsabile della Protezione dei Dati è contattabile alla casella e-mail: [dpo@asst-ovestmi.it](mailto:dpo@asst-ovestmi.it)

Il Titolare del trattamento dei dati è l'ASST Ovest Milanese nella persona del Direttore Generale pro-tempore. Dati di contatto: [privacy@asst-ovestmi.it](mailto:privacy@asst-ovestmi.it)

\*In questo caso la mancata autorizzazione comporterà l'impossibilità di dare seguito alla Sua segnalazione che verrà, pertanto, archiviata.

## Data

Firma

**MODULO SEGNALAZIONE**  
**DISSERVIZIO - RECLAMO - ENCOMIO**

Il Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 e-mail \_\_\_\_\_ tel n° \_\_\_\_\_  
 titolo di studio \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_  
 Documento d'Identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 e-mail \_\_\_\_\_ tel n° \_\_\_\_\_  
 titolo di studio \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_  
 Documento d'Identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

a inoltrare la presente segnalazione presso l'URP dell'ASST OVEST MILANESE.

- Allego copia di entrambi i documenti d'identità indicati.

Il sottoscritto, ai sensi del Regolamento UE 2016/679(\*), dichiara di aver preso visione dell'informativa MAC545 resa disponibile presso lo sportello dell'URP centrale e pubblicata sul sito istituzionale (link: <http://www.asst-ovestmi.it/home/Privacy>).

☐ autorizza ☐ non autorizza\* a comunicare i dati a soggetti terzi (Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta) quando il reclamo viene presentato all'URP di ASST Ovest Milanese per attività sanitaria svolta dagli stessi.

Il Responsabile della Protezione dei Dati è contattabile alla casella e-mail: [dpo@asst-ovestmi.it](mailto:dpo@asst-ovestmi.it)

Il Titolare del trattamento dei dati è l'ASST Ovest Milanese nella persona del Direttore Generale pro-tempore. Dati di contatto: [privacy@asst-ovestmi.it](mailto:privacy@asst-ovestmi.it)

\*In questo caso la mancata autorizzazione comporterà l'impossibilità di dare seguito alla Sua segnalazione che verrà, pertanto, archiviata.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE (ART. 46 – D. P. R. 28 DICEMBRE 2000 n. 445)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 documento d'identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000)

**DICHIARO**

di essere \_\_\_\_\_ (specificare: genitore, tutore, erede ecc.)  
 di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Allego copia di entrambi i documenti d'identità

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

|                                                                                    |                                                                   |                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>ASST OVEST MILANESE</b><br><br>Direzione Sanitaria<br>Direzione Socio Sanitaria | <b>MODULO DI PROPOSTA DI RICOVERO IN<br/>OSPEDALE DI COMUNITÀ</b> | MAD81<br>Rev.2<br>23 Luglio 2026<br>Pag. 1 di 2 |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

SC/SS PROPONENTE: \_\_\_\_\_ PRESIDIO DI \_\_\_\_\_

MMG o altro medico proponente \_\_\_\_\_

**Si segnala, per ricovero in Ospedale di Comunità di:**

|  |                      |                 |
|--|----------------------|-----------------|
|  | <b>Abbiategrosso</b> | <b>Magenta</b>  |
|  | <b>Legnano</b>       | <b>Cuggiono</b> |

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ COD. FISCALE \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

MMG \_\_\_\_\_

Caregiver \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Dimissibile dal \_\_\_\_\_

**Previsione durata del ricovero in Ospedale di Comunità:** n. \_\_\_\_\_ giorni

**Diagnosi accertata:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ **L'assistito soddisfa i criteri clinici di eleggibilità previsti per l'Ospedale di Comunità**

☐ **IIA da 2 a 3** ☐ **NEWS 2 da 1 a 4** (nessun parametro uguale a 3)

☐ **Sono assenti i criteri di esclusione** 1. instabilità clinica: NEWS  $\geq 5$  o uno dei parametri uguale a 3; 2. IIA  $> 3$ ; 3. Pazienti con diagnosi non ancora definita; 4. Pazienti eleggibili a C-Dom, rete cure palliative o setting specifici specializzati (es: SLA, SV); 5. Età inferiore a 18 anni; 6. Presenza-persistenza delirium all'atto dell'invio; 7. Patologie psichiatriche non controllate dalla terapia; 8. Patologia infettiva che necessita di isolamento, con esclusione dell'isolamento da contatto; 9. Ricovero di sollievo o per motivi di natura socioeconomica.

**Motivo della proposta di trasferimento in Ospedale di Comunità:**

☐ Monitoraggio sintomatologia e parametri vitali in situazione clinicamente stabile

☐ Completamento ciclo terapeutico (precisare) .....

☐ Assistito in attesa di altro setting assistenziale (precisare) .....

☐ Educazione e addestramento dell'assistito e del caregiver/gestione di presidi e ausili

☐ Altro (specificare) .....

|                                                                                    |                                                                   |                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>ASST OVEST MILANESE</b><br><br>Direzione Sanitaria<br>Direzione Socio Sanitaria | <b>MODULO DI PROPOSTA DI RICOVERO IN<br/>OSPEDALE DI COMUNITÀ</b> | MAD81<br>Rev.2<br>23 Luglio 2026<br>Pag. 2 di 2 |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

| SITUAZIONE SOCIALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Vive:</b> <input type="checkbox"/> solo <input type="checkbox"/> con coniuge <input type="checkbox"/> con figli <input type="checkbox"/> con genitori <input type="checkbox"/> con fratelli <input type="checkbox"/> altro _____<br><b>Assistito da:</b> <input type="checkbox"/> familiari <input type="checkbox"/> assistenza/badante <input type="checkbox"/> altre persone _____<br><b>Grado di autonomia prericovero</b> <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> non autonomo<br><br><b>Problemi economici:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____<br><b>Stato giuridico:</b> <input type="checkbox"/> soggetto autonomo <input type="checkbox"/> amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> nomina ads in Corso<br>Nome _____ Tel. _____<br><b>Invalidità:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> da richiedere <input type="checkbox"/> in corso _____<br><b>Indennità di accompagnamento:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> da richiedere <input type="checkbox"/> in corso _____<br><br><b>È SEGUITO DA ALTRI SERVIZI:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> <b>Comune:</b> <input type="checkbox"/> per pasti <input type="checkbox"/> per la spesa/pratiche amministrative <input type="checkbox"/> per igiene ambientale <input type="checkbox"/> per trasporto<br><input type="checkbox"/> per igiene personale - frequenza: _____<br><input type="checkbox"/> <b>C-DOM:</b> <input type="checkbox"/> infermieristico <input type="checkbox"/> riabilitativo <input type="checkbox"/> assistenziale <input type="checkbox"/> cure palliative<br><br><input type="checkbox"/> <b>S.E.R.T.</b> <input type="checkbox"/> <b>N.O.A.</b> <input type="checkbox"/> <b>C.P.S.</b> <input type="checkbox"/> <b>R.S.A</b> aperta <input type="checkbox"/> <b>Centro Diurno</b> <input type="checkbox"/> altro _____<br><b>Assistente sociale di riferimento:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI<br>Nome _____ Tel. _____ Servizio _____<br><br><b>Misure Welfare (B1, B2,...)</b> _____<br><b>Ipotesi progetto sociale post ricovero</b> (es. RSA, RSD, domicilio.....) _____<br><br><b>Ricerca RSA</b> <input type="checkbox"/> In corso* <input type="checkbox"/> Non eseguita <input type="checkbox"/> Non necessaria<br>*Quali sono state contattate _____<br><br><b>Note:</b> _____<br><br>Data della proposta _____ Firma e n° matricola del Medico proponente _____ |

| ESITO VALUTAZIONE PROPOSTA DI RICOVERO – A CURA DELL’Ospedale di Comunità                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Idoneo</b><br><input type="checkbox"/> <b>Non idoneo (indicare motivazione)</b> _____<br><br><b>Data</b> __/__/____ <b>Firma Medico</b> _____ |

|                            |                                             |                                                    |
|----------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>ASST Ovest Milanese</b> | <b>INDICE INTENSITÀ ASSISTENZIALE (IIA)</b> | <b>MAD230</b><br>Rev4<br>28/07/2026<br>Pag. 1 di 2 |
| Direzione Sanitaria        |                                             |                                                    |

|                                                                       |                         |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Nome                                                                  | Etichetta dati paziente |
| Cognome                                                               |                         |
| Data di nascita <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |                         |
| Ospedale Unità Operativa                                              |                         |

| 1 FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA                                                                  |   | 2 FUNZIONE RESPIRATORIA                                                                   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza                                            | 1 | <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza                                       | 1 |
| <input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die                                          | 2 | <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo lieve / moderata               | 2 |
| <input type="checkbox"/> Parametri >3 rilevazioni die                                          | 3 | <input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave                                          | 3 |
| <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2                                    | 2 | <input type="checkbox"/> Dispnea a riposo                                                 | 4 |
| <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 3                                      | 3 | <input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da broncoaspirare                          | 4 |
| <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 4                                      | 4 | <input type="checkbox"/> Tosse acuta / cronica                                            | 3 |
| <input type="checkbox"/> Peso corporeo giornaliero o pluri-settimanale                         | 3 | <input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die                                     | 2 |
| <input type="checkbox"/> Quantità urine                                                        | 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 |
|                                                                                                |   |                                                                                           |   |
| 3 MEDICAZIONI                                                                                  |   | 4 ALIMENTI E IDRATAZIONE                                                                  |   |
| <input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni                                                | 1 | <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza                                       | 1 |
| <input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1-2)                            | 2 | <input type="checkbox"/> Prescrizione dietetica                                           | 2 |
| <input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)                              | 3 | <input type="checkbox"/> Necessità di aiuto per azioni complesse                          | 2 |
| <input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (stadio 4 o sedi multiple)              | 4 | <input type="checkbox"/> Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi                     | 3 |
| <input type="checkbox"/> Ferita chirurgica non complicata                                      | 2 | <input type="checkbox"/> Presenza di disfagia lieve                                       | 3 |
| <input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)                   | 3 | <input type="checkbox"/> Presenza di disfagia moderata / severa                           | 4 |
| <input type="checkbox"/> Moncone di amputazione da medicare                                    | 3 | <input type="checkbox"/> Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)                          | 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 |                                                                                           |   |
|                                                                                                |   |                                                                                           |   |
|                                                                                                |   |                                                                                           |   |
| 5 ELIMINAZIONE                                                                                 |   | 6 IGIENE ED ABBIGLIAMENTO                                                                 |   |
| <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza                                            | 1 | <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza                                       | 1 |
| <input type="checkbox"/> Monitoraggio alvo                                                     | 2 | <input type="checkbox"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)        | 2 |
| <input type="checkbox"/> Necessità di clisma                                                   | 3 | <input type="checkbox"/> Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale / vestirsi | 3 |
| <input type="checkbox"/> Necessità di essere accompagnato al wc                                | 3 | <input type="checkbox"/> Totale dipendenza / assenza di collaborazione                    | 4 |
| <input type="checkbox"/> Gestione della stomia                                                 | 3 |                                                                                           |   |
| <input type="checkbox"/> Presidi assorbenti solo di notte / pappagallo                         | 2 |                                                                                           |   |
| <input type="checkbox"/> Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24h) | 3 |                                                                                           |   |
| <input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero / a lunga permanenza                  | 3 |                                                                                           |   |
|                                                                                                |   |                                                                                           |   |
|                                                                                                |   |                                                                                           |   |
| 7 MOVIMENTO                                                                                    |   | 8 RIPOSO E SONNO                                                                          |   |
| <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza                                            | 1 | <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza                                       | 1 |
| <input type="checkbox"/> Utilizzo in modo autonomo presidi per movimento                       | 2 | <input type="checkbox"/> Sonno indotto con farmaci                                        | 2 |
| <input type="checkbox"/> Necessità aiuto costante per la deambulazione                         | 3 | <input type="checkbox"/> Disturbi del sonno                                               | 3 |
| <input type="checkbox"/> Mobilizzazione in poltrona e / o cambi posizione nel letto            | 3 | <input type="checkbox"/> Agitazione notturna costante                                     | 4 |
| <input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare il sollevatore                                | 4 |                                                                                           |   |
| <input type="checkbox"/> Allettamento obbligato / immobilità nel letto                         | 4 |                                                                                           |   |
|                                                                                                |   |                                                                                           |   |
|                                                                                                |   |                                                                                           |   |

|                                                   |                                             |                                                    |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>ASST Ovest Milanese</b><br>Direzione Sanitaria | <b>INDICE INTENSITÀ ASSISTENZIALE (IIA)</b> | <b>MAD230</b><br>Rev4<br>28/07/2026<br>Pag. 2 di 2 |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|

| 9 SENSORIO E COMUNICAZIONE                                                             |   | 10 AMBIENTE SICURO/SITUAZIONE SOCIALE                                    |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza                                    | 1 | <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"/> Apparecchi medicali dal domicilio               | 2 |
| <input type="checkbox"/> Difficoltà in forma grave: vista e / o udito e / o linguaggio | 3 | <input type="checkbox"/> Rischio caduta medio – alta                     | 4 |
| <input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve                                       | 2 | <input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione                      | 4 |
| <input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato                                    | 3 | <input type="checkbox"/> Attivazione assistente sociale                  | 3 |
| <input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave                                       | 4 | <input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del care-giver             | 2 |
| <input type="checkbox"/> Stato costante di apatia / agitazione / aggressività          | 4 | <input type="checkbox"/> Pianificazione dimissioni con altre istituzioni | 3 |
|                                                                                        |   |                                                                          |   |
|                                                                                        |   |                                                                          |   |
| 11 TERAPIE                                                                             |   | 12 ALTRI BISOGNI CLINICI                                                 |   |
| <input type="checkbox"/> Assenza di terapia                                            | 1 | <input type="checkbox"/> Assenza di altri bisogni clinici                | 1 |
| <input type="checkbox"/> Terapia solo orale 1 o 2 volte/die                            | 2 | <input type="checkbox"/> Monitoraggio settimanale ematochimici           | 2 |
| <input type="checkbox"/> Terapia più di 2 volte/die                                    | 3 | <input type="checkbox"/> Monitoraggio plurisettimanale ematochimici      | 3 |
| <input type="checkbox"/> Trattamento infusivo 1 / die (antibiotici, elettroliti)       | 2 | <input type="checkbox"/> Necessità di consulenze specialistiche          | 3 |
| <input type="checkbox"/> Trattamento infusivo più volte die                            | 3 | <input type="checkbox"/> Necessità di follow-up strumentale              | 3 |
| <input type="checkbox"/> Antibiotico in infusione continua                             | 3 | <input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia di gruppo             | 2 |
| <input type="checkbox"/> Terapia infusione continua con inotropi, vasodilatatori       | 4 | <input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia individuale           | 3 |
| <input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale totale                                 | 3 | <input type="checkbox"/> Comorbidità severa (CIRS-C <3)                  | 2 |
|                                                                                        |   | <input type="checkbox"/> Comorbidità severa (CIRS-C =3)                  | 3 |
|                                                                                        |   | <input type="checkbox"/> Necessità di educazione sanitaria al paziente   | 2 |

| INDICE INTENSITÀ ASSISTENZIALE                  | PUNTEGGIO |   |   |   |
|-------------------------------------------------|-----------|---|---|---|
|                                                 | 1         | 2 | 3 | 4 |
| FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA                     |           |   |   |   |
| FUNZIONE RESPIRATORIA                           |           |   |   |   |
| MEDICAZIONI                                     |           |   |   |   |
| ALIMENTI E IDRATAZIONE                          |           |   |   |   |
| ELIMINAZIONE                                    |           |   |   |   |
| IGIENE ED ABBIGLIAMENTO                         |           |   |   |   |
| MOVIMENTO                                       |           |   |   |   |
| RIPOSO E SONNO                                  |           |   |   |   |
| SENSORIO E COMUNICAZIONE                        |           |   |   |   |
| AMBIENTE SICURO/SITUAZIONE SOCIALE              |           |   |   |   |
| TERAPIE                                         |           |   |   |   |
| ALTRI BISOGNI CLINICI                           |           |   |   |   |
| <b>TOTALE</b>                                   |           |   |   |   |
| <b>PUNTEGGIO INDICE INTENSITÀ ASSISTENZIALE</b> |           |   |   |   |

Data ..... Firma e matricola infermiere ..... Firma e timbro medico .....

#### NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Deliberazione N° IX / 1479 Seduta del 30/03/2011 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011 - II° provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario".

Deliberazione N° X / 1185 Seduta del 20/12/2013 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014 - (di concerto con l'assessore Cantù)".

|                                            |                                         |                                          |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|
| ASST Ovest Milanese<br>Direzione Sanitaria | News 2 (National Early Warning Score 2) | MAP34 Rev0<br>13/01/ 2025<br>Pag. 1 di 1 |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|

| ASST OVEST MILANESE NEWS 2<br>(National Early Warning Score 2) |           |               |           |                      |                |                |              |
|----------------------------------------------------------------|-----------|---------------|-----------|----------------------|----------------|----------------|--------------|
| Parametri Fisiologici                                          | Punteggio |               |           |                      |                |                |              |
|                                                                | 3         | 2             | 1         | 0                    | 1              | 2              | 3            |
| Frequenza Respiratoria (atti/min.)                             | ≤8        |               | 9-11      | 12-20                |                | 21-24          | ≥25          |
| SpO2 Scala 1 (%)                                               | ≤91       | 92-93         | 94-95     | ≥96                  |                |                |              |
| SpO2 Scala 2 (%)                                               | ≤83       | 84-85         | 86-87     | 88-92<br>≥93 in aria | 93-94<br>in O2 | 95-96<br>in O2 | ≥97<br>in O2 |
| Supplemento di Ossigeno (ogni %)                               |           | OSSIGENO (O2) |           | ARIA                 |                |                |              |
| P. A. Sistolica (mmHg)                                         | ≤90       | 91-100        | 101-110   | 111-219              |                |                | ≥220         |
| Frequenza Cardiaca (battiti/min.)                              | ≤40       |               | 41-50     | 51-90                | 91-110         | 111-130        | ≥131         |
| Livello di Coscienza (ACVPU)                                   |           |               |           | A                    |                |                | C, V, P, U   |
| Temperatura Corporea (°C)                                      | ≤35.0     |               | 35.1-36.0 | 36.1-38.0            | 38.1-39.0      | ≥39.1          |              |

| NEWS 2 Punteggio                 | Rischio Clinico | Provvedimenti da Attuare                                                                                                                                                                                                               | Tempo Rilevazione Parametri                            |
|----------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 0                                | Basso           | Continua a monitorare i parametri previsti dal NEWS 2                                                                                                                                                                                  | Minimo ogni 12h                                        |
| Sommatoria 1-4                   | Basso           | Il paziente è stabile.<br>Rilevare i parametri vitali previsti dal NEWS 2.<br>Comunicare variazioni dello score.<br>Terapie secondo prescrizione del Medico di P.S., Medico di Guardia, Medico di Reparto.                             | Minimo ogni 4-6 h                                      |
| Ogni singolo parametro ROSSO = 3 | Basso-Medio     | Il Paziente può rapidamente evolvere in senso negativo.<br>Rilevare i parametri vitali previsti dal NEWS 2.<br>Comunicare lo score.<br>Risposta urgente secondo prescrizione del Medico di P.S., Medico di Guardia, Medico di Reparto. | Minimo ogni ora                                        |
| Sommatoria 5-6                   | Medio           | Paziente ancora più instabile<br>Rilevare i parametri vitali previsti dal NEWS 2.<br>Comunicare immediatamente le variazioni di score.<br>Valore soglia per un intervento d'urgenza dello staff medico-infermieristico.                | Minimo ogni ora                                        |
| Sommatoria ≥ 7                   | Elevato         | Avvisare immediatamente il Medico di Guardia ed allertare il Rianimatore.                                                                                                                                                              | Monitoraggio continuo dei parametri vitali con monitor |

The NEWS scoring system and Clinical response to NEWS trigger Thresholds Royal college of Physicians December 2017