

# Regione Lazio

Atti della Giunta Regionale e degli Assessori

Deliberazione 23 maggio 2025, n. 360

**Approvazione delle "Linee di Indirizzo per l'istituzione delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA)"**

Oggetto: Approvazione delle “Linee di Indirizzo per l’istituzione delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA)”

## LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta del Presidente

### VISTI

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale” e successive modifiche ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale del 6 settembre 2002, n. 1, “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale” e successive modifiche ed integrazioni;
- la deliberazione della Giunta regionale del 24 aprile 2018 n. 203 concernente: “Modifica al Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale e successive modificazioni” che ha istituito la Direzione regionale Salute e Integrazione socio-sanitaria;
- la deliberazione di Giunta regionale del 25 maggio 2023 n. 234 di conferimento al Dott. Andrea Urbani dell’incarico di direttore della direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria;
- l’Atto di Organizzazione del 13 ottobre 2023 n. G13499, con il quale è stato conferito l’incarico di Dirigente dell’Area “Rete Integrata del Territorio” della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al Dott. Marco Nuti;
- l’Atto di Organizzazione del 28 novembre 2024 n. G16009 con il quale è stato conferito l’incarico dirigenziale dell’Ufficio “Assistenza distrettuale e strutture intermedie” presso l’area “Rete Integrata del Territorio” della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al Dott. Paolo Parente;

### VISTI

- la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 “Istituzione del servizio sanitario nazionale”;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. concernente: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della Legge 23.10.1992, n. 421”;
- la Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante “Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;
- il DPCM 29 novembre 2001, come modificato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo 2017 in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n.15), recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;

### VISTI inoltre:

- il DCA del 20 gennaio 2020 n. U00018, concernente: “Adozione in via definitiva del piano di rientro “piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario regionale 2019-2021” ai sensi e per gli effetti dell’art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo. Modifiche ed integrazioni al DCA 469 del 14 novembre 2019 in esito al verbale del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019”;
- la DGR n. 12 del 21 gennaio 2020, avente ad oggetto: “Presenza d’atto e recepimento del “Piano di rientro Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 ai sensi e per gli effetti dell’art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo”, adottato in via definitiva con il Decreto del Commissario ad acta n. U00018 del 20.01.2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento;
- il DCA n. 81 del 25 giugno 2020 che ha adottato il Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” in recepimento delle modifiche richieste dai Ministeri vigilanti e ha definito il percorso volto a condurre la Regione verso la gestione ordinaria della sanità, previa individuazione degli indirizzi di sviluppo e qualificazione da perseguire;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 26 giugno 2020, n. 406, avente ad oggetto “Presenza d’atto e recepimento del Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021”, adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 25 giugno 2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento;

- la Deliberazione della Giunta regionale del 29 settembre 2020 n. 661, recante “Attuazione delle azioni previste nel Piano di rientro denominato Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 adottato con il DCA n. 81 del 25 giugno 2020”;

VISTO il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, recante: “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42” e successive modifiche;

VISTA la legge regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: “Legge di contabilità regionale”;

VISTO il regolamento regionale 9 novembre 2017, n. 26, recante: “Regolamento regionale di contabilità”, che, ai sensi dell’articolo 56, comma 2, della l.r. n. 11/2020 e fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all’articolo 55 della citata l.r. n. 11/2020, continua ad applicarsi per quanto compatibile con le disposizioni di cui alla medesima l.r. n. 11/2020;

VISTA la legge regionale n. 22 del 30.12.2024 “Legge di Stabilità Regionale 2025”

VISTA la Legge Regionale n. 23 del 30.12.2024 “Bilancio di Previsione Finanziario della Regione Lazio 2025-2027”;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1172 del 30.12.24 “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Approvazione del 'Documento tecnico di accompagnamento', ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese”

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1173 del 30.12.2024 “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Approvazione del 'Bilancio finanziario gestionale', ripartito in capitoli di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa”

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 1176 del 30 dicembre 2024 avente ad oggetto: “Ricognizione nell’ambito del bilancio regionale delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del servizio sanitario regionale, ai sensi dell’art. 20, comma 1, del D. Lgs n. 118 del 23 giugno 2011 e s.m.i. - Perimetro Sanitario - Esercizio Finanziario 2024”;

VISTA la deliberazione della giunta regionale n. 28 del 23 gennaio 2025 “Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2025-2027 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11.”;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.”;

CONSIDERATO che al punto 7 “Unità di Continuità Assistenziale” il summenzionato Decreto ministeriale disciplina tale funzione quale “..*équipe che afferisce al Distretto ed è composta da 1 medico ed 1 infermiere che operano sul territorio di riferimento anche attraverso l’utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e in collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP. Al fine di svolgere la propria attività l’UCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri. L’équipe UCA può essere integrata con altre figure professionali sanitarie, nell’ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale.*”;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n 643 del 26.7.2022 “Approvazione del documento “Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77”;

TENUTO CONTO che, nell’ambito delle attività di monitoraggio dell’implementazione del DM 77/2022, i referenti individuati dalle ASL del Lazio in riscontro alla nota regionale prot. n. 1155733 del 16.10.2023 “*Individuazione del Referente Aziendale Monitoraggio AGENAS Standard DM 77 per lo sviluppo*”

dell'assistenza territoriale" hanno concorso alla elaborazione di una prima bozza di Linee di indirizzo regionali per il funzionamento dell'Unità di Continuità Assistenziale (UCA);

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale 28 dicembre 2023, n. 976 "Adozione del Piano di programmazione dell'Assistenza territoriale 2024 – 2026.", in cui è previsto, tra gli Obiettivi per la riorganizzazione e il potenziamento dell'assistenza primaria e delle continuità assistenziale, l'Obiettivo 3 "Implementazione Unità di Continuità Assistenziale – UCA (DM 77/2022)", che indica quale "Azione 1" l'Elaborazione delle linee di indirizzo regionali per il funzionamento dell'Unità di Continuità Assistenziale (UCA);

VISTO l'Atto di Organizzazione n. G10374 del 1° agosto 2024 "Istituzione Gruppo di Lavoro per l'elaborazione delle Linee di indirizzo regionali per il funzionamento dell'Unità di Continuità Assistenziale (UCA)", con cui è stato istituito uno specifico gruppo di lavoro con il compito di elaborare le Linee di indirizzo regionali per il funzionamento dell'Unità di Continuità Assistenziale (UCA);

CONSIDERATO che il succitato Atto di Organizzazione n. G10374/2024 prevede che *"..al fine di elaborare le Linee di indirizzo regionali per il funzionamento dell'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) sia opportuno costituire un Gruppo di Lavoro, che preveda la partecipazione dei Referenti aziendali per il DM 77 individuati dalle singole ASL e comunicati all'Agenas con nota regionale prot. n. 1207963 del 25.10.2023 e successivi aggiornamenti (note regionali prot. n. 0008381 del 3.1.2024, prot. n. 0861925 del 4.7.2024 e prot. n. 0969635 del 30.7.2024);.."* nonché che *"..per la trasversalità delle tematiche di cui all'Obiettivo sopracitato sia necessario coinvolgere nell'istituendo Gruppo anche i Dirigenti della Direzione Salute e integrazione sociosanitaria le cui competenze siano di supporto per la elaborazione delle Linee di indirizzo regionali per il funzionamento dell'Unità di Continuità Assistenziale (UCA);.."*;

CONSIDERATO altresì che il sopracitato Atto di Organizzazione indica che *"..il suddetto Gruppo di Lavoro avrà pertanto il compito di elaborare le summenzionate Linee di indirizzo regionali per il funzionamento dell'Unità di Continuità Assistenziale (UCA), in coerenza con la normativa nazionale e regionale.."*;

TENUTO CONTO che il suddetto Gruppo di Lavoro, sulla scorta della prima bozza di documento prodotto nell'ambito delle attività di monitoraggio dell'implementazione del DM 77/2022 dai referenti aziendali individuati dalle ASL del Lazio in riscontro alla nota regionale prot. n. 1155733 del 16.10.2023, ha effettuato incontri volti alla elaborazione ed alla condivisione del documento "Linee di Indirizzo per l'istituzione delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA)";

PRESO ATTO che le "Linee di Indirizzo per l'istituzione delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA)" definite dal Gruppo di Lavoro sono state integrate con i contributi delle competenti Aree della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria;

VISTE le "Linee di Indirizzo per l'istituzione delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA)", di cui all'Allegato n. 1, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

DATO ATTO che dal presente atto non derivano oneri a carico del bilancio regionale;

#### DELIBERA

per le motivazioni suesposte che integralmente si richiamano:

- di approvare le "Linee di Indirizzo per l'Istituzione delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA)", di cui all'Allegato n. 1, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo

Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

# Linee di indirizzo per l'istituzione delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA)





## Sommario

<b>1. Premessa</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Contesto di riferimento</b> .....	<b>2</b>
<b>3. Definizione</b> .....	<b>2</b>
<b>4. Articolazione e governance delle unità di continuità assistenziale</b> .....	<b>3</b>
<b>5. Scopo e obiettivi</b> .....	<b>4</b>
<b>6. Target e ambiti di intervento</b> .....	<b>5</b>
<b>7. Criteri di eleggibilità e presa in carico dei pazienti</b> .....	<b>6</b>
7.1 Elenco prestazioni e rubrica degli interventi .....	7
<b>8. Presa in carico e Flowchart organizzativa</b> .....	<b>8</b>
<b>Flowchart organizzativo UCA</b> .....	
<b>Timing di presa in carico</b> .....	<b>10</b>
<b>Criteri di accesso</b> .....	<b>10</b>
<b>9. Elementi organizzativi correlati alle UCA in caso di evento pandemico</b> .....	<b>10</b>
<b>10. Interconnessioni</b> .....	<b>12</b>
<b>11. Stratificazione del rischio, triage territoriale e potenziale evoluzione clinica</b> .....	<b>13</b>
<b>12. Digitalizzazione dei processi, telemedicina e tecnologie</b> .....	<b>15</b>
<b>13. Formazione</b> .....	<b>16</b>
<b>14. Valutazione e monitoraggio delle attività</b> .....	<b>17</b>
<b>15. Riferimenti normativi</b> .....	

## 1. Premessa

Il decreto ministeriale del 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, con il quale sono stati definiti gli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale prevede, al punto n. 7 dell'allegato 1, l'istituzione delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA).

Per Unità di Continuità Assistenziale si intende “un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa di presa in carico”.

Le UCA garantiscono un'ulteriore offerta sanitaria a supporto della rete delle cure primarie e territoriali, in linea con l'indirizzo operativo di rendere “la Casa come primo luogo di cura”, ovvero uno degli obiettivi fissati dal PNRR/ Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza / Missione 6 Salute Componente: C1 – “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale”.

La nuova offerta si andrà a configurare tra le possibili funzioni a disposizione delle Aziende Sanitarie per il tramite delle Centrali Operative Territoriali, al fine di ottimizzare il processo di transitional care e la facilitazione dei processi di assistenza a domicilio, contribuendo alla fluidificazione del processo di presa in carico e cura del paziente, attraverso i vari setting in cui può trovarsi.

Le fasi di transizione tra un setting di cura e l'altro devono essere razionalmente gestite per garantire la continuità assistenziale e la sicurezza delle cure attraverso:

- un giusto equilibrio tra bisogni, domanda esplicita e risorse utilizzabili;
- un rigoroso sistema di valutazione con i criteri di eleggibilità alle diverse soluzioni assistenziali;
- la stesura dei Progetti Individuali di Salute.

Qualsiasi scelta deve comunque basarsi su quattro principi fondamentali: dignità della persona, sicurezza dell'intervento, tutela dei professionisti e utilizzo appropriato delle risorse.

## **2. Contesto di riferimento**

La Regione Lazio, seguendo quanto dettato dal Decreto 23 maggio 2022, n. 77 definisce mediante il presente documento l'organizzazione strutturale e funzionale delle UCA, come Unità a supporto della risposta a bisogni di salute di comunità, cittadini e individui in ambito territoriale e operativamente incardinate nella gestione dell'assistenza distrettuale.

La necessità di istituire Unità di Continuità Assistenziale viene definita dal Decreto-Legge 9 marzo 2020, n. 14 recante "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19" al fine di supportare la gestione territoriale della pandemia COVID-19, ravvedendo il carattere di eccezionalità di tale funzione fin dalla loro denominazione (USCA-Unità speciali di continuità assistenziale). La Regione Lazio, seguendo tali indicazioni, ha quindi costituito le Unità Speciali di Continuità Assistenziale Regionale (USCAR), la cui organizzazione strutturale e funzionale viene descritta mediante appositi documenti normativi (Ordinanza n. Z00009 del 17.3.2020, Nota prot. n. 301502 del 9.4.2020, Nota prot. n. 314552 del 10-04-2020, DG04569 del 20.4.2020, DG04586 del 20.4.2020 e DCA n. U00081 del 25 giugno 2020).

Nell'attuale modello organizzativo dell'assistenza territoriale, l'attività delle UCA supporterà l'operato dei distretti anche tenendo conto delle disomogeneità territoriali della Regione e dei diversi contesti di Roma Capitale e delle province, con l'obiettivo di prendere in carico pazienti in condizioni di particolare complessità clinica e sociale.

Inoltre, le UCA permetteranno di perseguire una nuova strategia sanitaria, così da poter contrastare i fenomeni del crowding, boarding e frequent users che, nell'insieme, concorrono al raggiungimento di valori compresi tra il 30% e il 40% del volume complessivo relativo al fenomeno di sovraffollamento del PS.

## **3. Definizione**

Il DM 77/22 individua l'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) quale "...équipe che afferisce al Distretto, composta da 1 medico ed 1 infermiere che operano sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e in collaborazione con Medici del ruolo unico di assistenza primaria (def. Art. 31 comma 1 ACN 28 aprile 2022) e PLS delle AFT/UCCP. Al fine di svolgere la propria attività l'UCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri.

L'équipe UCA può essere integrata con altre figure professionali sanitarie, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione Aziendale."

#### **4. Articolazione e governance delle unità di continuità assistenziale**

Le Unità di Continuità Assistenziale sono istituite dalle AA.SS.LL. secondo lo standard previsto dal DM77/22.

La singola équipe è composta da un medico ed un infermiere ed è previsto un'équipe ogni 100.000 abitanti o per area distrettuale di riferimento, in caso di distretti a popolazione minore. I medici del team possono essere medici convenzionati o dipendenti della Azienda Sanitaria Locale di riferimento. Gli infermieri del team devono essere infermieri formati ad hoc, ivi incluso gli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC). L'équipe UCA può essere integrata con altre figure professionali sanitarie, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale e/o in base a specifici progetti aziendali. Tali unità afferiscono sia da un punto di vista funzionale che organizzativo al Distretto e sono collocate all'interno delle Case della Comunità HUB. Nelle more dell'attivazione di tutte le Case della Comunità HUB previste, le UCA potranno essere ubicate presso altra sede territoriale del distretto.

La Centrale Operativa Territoriale, in coerenza con il modello organizzativo aziendale, è responsabile del processo di valutazione delle richieste di intervento propedeutico all'eventuale attivazione delle UCA, avvalendosi - laddove necessario - di un supporto medico. Le richieste devono essere conformi all'Elenco delle prestazioni e ai livelli di valutazione in équipe (di cui ai paragrafi successivi).

La gestione delle richieste di attivazione delle UCA da parte dei singoli distretti può avvenire nelle seguenti modalità:

- Centralizzata (cioè gestito dalla COT A), tramite creazione, organizzazione e gestione di una lista d'attesa unica con intervento distribuito alle diverse UCA distrettuali attivate, attraverso l'interconnessione comunicativa tra COT-A e COT-D, graduando priorità e timing di intervento;
- Decentralizzata (cioè gestito dalla COT D), tramite assegnazione dell'intervento esclusivamente alla UCA distrettuale di afferenza o attraverso comunicazione e distribuzione degli interventi tra le COT-Distrettuali, sulla base della graduazione delle priorità e del timing previsto per gli interventi.

La scelta dei suddetti modelli gestionali è in capo alle singole aziende, in funzione della densità di popolazione dei distretti, delle condizioni logistiche e geografiche dell'area di riferimento e dei bisogni clinico-assistenziali prevalenti sull'area interessata.

L'UCA opera in modo coordinato con la Medicina Generale, anche tramite la relazione e la comunicazione con le nascenti aggregazioni funzionali e strutturali di Medici del ruolo unico di assistenza primaria (def. Art. 31 comma 1 ACN 28 aprile 2022), nonché con le articolazioni Aziendali, per il tramite della rete delle Centrali Operative, quali l'Unità valutativa multidimensionale distrettuale, il PS e le Unità di degenza (per il tramite della rete della interconnessione ai TOH), la specialistica ambulatoriale e comunque secondo il modello organizzativo della ASL.

L'UCA fornisce supporto al Distretto in caso di emergenza organizzativa/epidemica e per rispondere a fenomeni epidemiologici stagionali (ondate di calore e periodo influenzale, di cui al paragrafo 10).

Il servizio è attivo 7 giorni su 7 con orario h12 (8.00/20.00) con un sistema flessibile ed integrato in rete tra le diverse Unità Distrettuali a copertura complessiva e continuativa dell'orario previsto, in particolare nei giorni festivi.

Il personale sanitario selezionato per le UCA deve possedere adeguate competenze nella gestione di pazienti complessi, in particolare con multi-cronicità ed essere, quindi, in possesso di comprovata esperienza professionale.

L'UCA sarà dotata di un sistema digitale di monitoraggio e interconnessione, integrato con le Piattaforme regionali di Transitional Care e di gestione informativa, che comprenda anche una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT-D e agli altri servizi aziendali, al fine di garantire, anche in teleconsulto, l'interoperabilità della rete di consulenti a disposizione del servizio, secondo protocolli e procedure concordate.

Sarà dotata inoltre di strumentazione diagnostica di primo livello (da utilizzare in autonomia o grazie all'ausilio della telerefertazione) e di una gamma completa di dispositivi medici portatili in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche dei pazienti.

## **5. Scopo e obiettivi**

Le UCA svolgono un ruolo fondamentale nel garantire la continuità delle prestazioni sanitarie e/o socio-sanitarie e hanno lo scopo di fornire assistenza sanitaria a tutti i cittadini, assicurando l'appropriatezza e la qualità delle cure e garantendo altresì l'accessibilità, l'efficienza e la rapidità di intervento, anche in collaborazione con altri professionisti del Servizio Sanitario.

Gli obiettivi di riferimento per le UCA sono quindi i seguenti:

- favorire, laddove possibile, il domicilio come luogo di cura preferenziale;
- rendere concreta l'integrazione ospedale – territorio con delle azioni progettuali condivise, volte ad alleggerire il flusso di accessi in Pronto Soccorso, aumentando il turn over dei posti letto nelle UU.OO.;
- fornire, anche a domicilio, risposte di elevata qualità a bisogni anche complessi.

Inoltre, le UCA hanno anche l'obiettivo di ridurre l'afflusso al Pronto Soccorso dei pazienti con condizioni clinico-assistenziali caratterizzate da urgenza differibile. Il risultato atteso è quello di una presa in carico maggiormente aderente alle necessità dei pazienti, oltre che una diminuzione degli accessi di particolari categorie di pazienti in PS e, conseguentemente, una riduzione di ricoveri con tempi di degenza potenzialmente impropri.

Proprio a tal riguardo, l'attività dell'UCA si esplicherà in un supporto, per un tempo definito, ai professionisti responsabili della presa in carico definitiva del paziente a livello territoriale.

In particolare, il suo intervento è finalizzato:

- al superamento delle fasi di instabilità clinica comprovata da un valore della scala NEWS compreso tra 1 e 4, in pazienti che non necessitano di ricovero;
- al sostegno del paziente durante le fasi di transizione delle cure, in particolar modo nel periodo compreso tra la dimissione ospedaliera e la presa in carico domiciliare o in strutture residenziali;
- alla presa in carico dei pazienti con maggiore complessità clinico-sociale, tramite l'erogazione di prestazioni comunque compatibili con la domiciliarità dell'intervento.

## **6. Target e ambiti di intervento**

Gli interventi sono volti alla gestione di pazienti adulti con cronicità in fase di riacutizzazione/scompenso o in concomitanza di eventi acuti, in particolare stati infettivi stagionali, rischio disidratazione nel periodo di emergenza per le ondate di calore o altri eventi emergenziali. Si tratta in ogni caso di condizioni di instabilità clinica moderata che non necessitano del ricovero e possono essere risolte con prestazioni compatibili con la domiciliarità.

Ogni intervento sarà comprensivo di una serie di azioni valutative, diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali utili al raggiungimento dell'obiettivo clinico assistenziale.

Gli ambiti d'intervento principali, si distinguono in tre categorie, ossia:

1. interventi temporanei;
2. interventi a sostegno dei processi di dimissione concordata;
3. interventi di sorveglianza/prevenzione.

Essi si declinano, quindi, come segue:

1. Supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche, al fine di evitare il ricovero;
2. Presa in carico temporanea, in caso di dimissione del paziente, per:
  - a. sopperire a momenti di transizione delle cure in attesa dell'organizzazione di una risposta assistenziale organica e definitiva sul territorio;
  - b. garantire la continuità delle cure, favorendo una deospedalizzazione precoce ed evitando ricoveri impropri da PS;
3. Supporto agli specialisti nella gestione delle cronicità per monitorare/prevenire le fasi di scompenso/riacutizzazione al fine di:
  - c. evitare complicanze ed ospedalizzazione;
  - d. facilitare la deospedalizzazione precoce;
  - e. gestire a domicilio i casi complessi, tramite tentativi terapeutici mirati;
4. Presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile anche effettuando accertamenti per diagnosi differenziale ed eventuali interventi terapeutici;

5. Supporto alla gestione di emergenze sanitarie in raccordo con le indicazioni del Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale;
6. Programmi di prevenzione e sorveglianza con interventi di comunità e/o interventi mirati nelle scuole, nelle comunità chiuse e rivolti a popolazioni così dette hard to reach, in modo coordinato con il Dipartimento di Prevenzione;
7. Supporto alle Unità di valutazione multidimensionale, a domicilio e in setting ospedaliero, laddove richiesto dall'UVMD o a supporto delle UVM in ambito ospedaliero.

## **7. Criteri di eleggibilità e presa in carico dei pazienti**

Si riportano di seguito i criteri di eleggibilità dei pazienti per l'attivazione del percorso di Continuità Assistenziale:

- Temporanea o definitiva impossibilità alla movimentazione (disabilità e non autosufficienza);
- Paziente con fragilità importante che ne rendono rischioso l'accesso in ospedale;
- Paziente con fragilità e/o acuzie in atto che ne rendono rischioso il trasporto/ l'accesso in ospedale;
- Paziente in isolamento sia per la gestione che determina lo stesso o per altre problematiche cliniche concomitanti;
- Stato di convalescenza che ne determina la momentanea necessità di essere seguiti a domicilio o la necessità di interventi al momento non erogabili/erogati in altro setting assistenziale;
- Paziente fragile che necessita di supporto all'Assistenza Domiciliare, in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche e/o in attesa di setting definitivo.

Si riportano di seguito i criteri di esclusione:

- Situazioni di emergenza-urgenza;
- Instabilità clinica, ovvero un valore della scala NEWS superiore a 4. Al concetto di stabilità/instabilità va rapportata l'età, la condizione di base e la possibilità di essere mobilizzato/spostato. In ogni caso verrà coinvolto il Medico del ruolo unico di assistenza primaria (def. Art. 31 comma 1 ACN 28 aprile 2022) per la condivisione del piano di intervento;
- Interventi erogabili/erogati in altri setting assistenziali (es. impossibilità di mantenere attivo il servizio UCA in contemporanea alla presenza attiva di altro setting assistenziale);
- Prestazioni non compatibili con la domiciliarità.

### **Limitazioni:**

- Per alcuni interventi potrebbe essere indispensabile la presenza di un caregiver in grado di collaborare nella riuscita delle attività;
- Interventi che richiedono più di un accesso giornaliero;
- Interventi che richiedono una presa in carico entro e non oltre le 24 ore.

## 7.1 Elenco prestazioni e rubrica degli interventi

L'elenco di seguito riportato lista le prestazioni mediche ed infermieristiche erogabili dall'UCA. La rubrica degli interventi clinico assistenziali contiene la declinazione stessa del piano di intervento, la prestazione sarà parte di una serie di azioni valutative, diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali necessarie al raggiungimento dell'obiettivo di salute.

Di seguito un elenco non esaustivo delle prestazioni:

- Prima visita o visita di controllo: da eseguire ad ogni accesso a domicilio;
- Televisita, telecontrollo, teleassistenza: per il pre-triage nella valutazione del caso e per il successivo follow up;
- Infusione di farmaci e altre sostanze: non include la somministrazione di ferro, potassio. Per farmaci H se il paziente viene dimesso dall'ospedale dovrà aver già eseguito consulenza infettivologica. Possono essere somministrati diuretici, cortisonici, antibiotici, albumina, elettroliti, oltre alla semplice idratazione ed eventuale NPT;
- Gestione dei cateteri vascolari centrali: per il posizionamento la gestione è a carico del team accessi venosi, la gestione ordinaria dei lavaggi e delle medicazioni è a carico dell'ADI o degli ambulatori infermieristici. Si può intervenire in casi di particolare complessità, e specie in caso di continuità ospedale-territorio in attesa della presa in carico di altro setting territoriale, in caso di positività al COVID (o condizioni similari) che impediscano l'accesso in ambulatorio, qualora l'intervento non possa essere procrastinato o in caso di intervento di dimissione concordata;
- Gestione dei cateteri vescicali, medicazione e controllo dei cateteri ureterali, gestione stomia: la gestione ordinaria è a carico dell'ADI o degli ambulatori infermieristici. Si può intervenire in casi di particolare complessità, e specie in caso di continuità ospedale-territorio in attesa della presa in carico di altro setting territoriale, in caso di positività al COVID (o condizioni similari) che impediscano l'accesso in ambulatorio, qualora l'intervento non possa essere procrastinato o in caso di intervento di dimissione concordata;
- Trasfusione di Sangue ed Emoderivati: la gestione dei casi sarà valutata e concordata con il SIMT e gli altri servizi di cura, visto l'impegno che comporta sia come tempo che, come processo di preparazione, vanno seguiti strettamente i criteri di ingaggio (Procedura a carico di ogni singola Azienda);
- Gestione nutrizione enterale e parenterale: in raccordo con il Centro di nutrizione clinica e il servizio ADI Alta Complessità, si interviene in caso si renda necessario un supporto a un intervento di dimissione concordata;
- Gestione del SNG e/o della PEG: in raccordo con il Centro di nutrizione clinica, se necessario intervento congiunto con il loro personale. Necessaria la possibilità di eseguire RX a domicilio;
- Somministrazione di vaccini a domicilio (collaborazione durante le campagne vaccinali o con il Dipartimento di Prevenzione

- Attività diagnostica di primo livello: sulla base della dotazione degli strumenti di telemedicina, al momento è possibile eseguire emogasanalisi, spirometria, ECG, etc.

L'elenco delle prestazioni è a titolo indicativo e non esaustivo e per tutti gli interventi non descritti nel precedente elenco, ciascuna COT valuterà con l'Equipe UCA le necessità rispetto ai singoli specifici casi.

## **8. Presa in carico e Flowchart organizzativa**

L'UCA viene attivata attraverso la COT-A o COT-D a seconda del modello aziendale, mediante compilazione di apposito modulo in formato cartaceo/digitale. La COT raccoglierà le richieste ed eseguirà una prima verifica sulla congruità delle stesse contattando, se necessario, il servizio richiedente e il paziente/caregiver di riferimento, per raccogliere ulteriori informazioni. A seconda delle situazioni, la richiesta potrà essere definita come:

1. richiesta appropriata e rispondente a parametri, già codificata e che non necessita di discussione collegiale;
2. richiesta appropriata ma complessa, che coinvolge più attori e cui seguirà attivazione;
3. richiesta borderline, che si invia alla COT per avvio processo di ridefinizione del setting;
4. richiesta inappropriata, che necessita di una soluzione alternativa.

Il supporto di tale servizio distrettuale può essere richiesto per il tramite della COT esemplificativamente dai seguenti attori:

- a) Medico del ruolo unico di assistenza primaria (def. Art. 31 comma 1 ACN 28 aprile 2022), in seguito ad una visita domiciliare ad un suo assistito;
- b) Medico specialista ambulatoriale, in seguito ad una valutazione condivisa con medico curante del caso clinico;
- c) Medico ospedaliero, in previsione di una deospedalizzazione (da PS o da reparto) successiva a inquadramento diagnostico e predisposizione del programma terapeutico;
- d) Servizi di igiene e sanità pubblica, in caso di presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, allerte a stampo emergenziale, o in caso di programmi di prevenzione (vaccinazioni e strategie di screening per le malattie infettive) ed interventi mirati in contesti di comunità chiuse (in linea con il modello organizzativo aziendale);
- e) A seguito di UVMD, in caso di intercettazione proattiva di situazioni a rischio;
- f) A seguito di attivazione richiesta da Centrale NEA116117, secondo modalità previste dalla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643., comunque per il tramite delle Centrali Operative Aziendali e/o Territoriali.

Le richieste verranno, quindi indirizzate dalla COT-A alla COT-D del distretto competente e il Responsabile UCA definirà come procedere con l'erogazione dell'intervento secondo il timing previsto, assegnando i casi all'equipe territorialmente competente e chiedendo il supporto di altri specialisti e/o professionisti in teleconsulenza o in presenza, laddove necessario, sempre considerando le priorità d'intervento, la durata e la possibile ripetizione nel tempo della situazione clinica che ha reso necessaria la presa in carico.

Il successivo step è il triage domiciliare dell'Equipe UCA, in seguito al quale potranno definirsi i seguenti scenari:

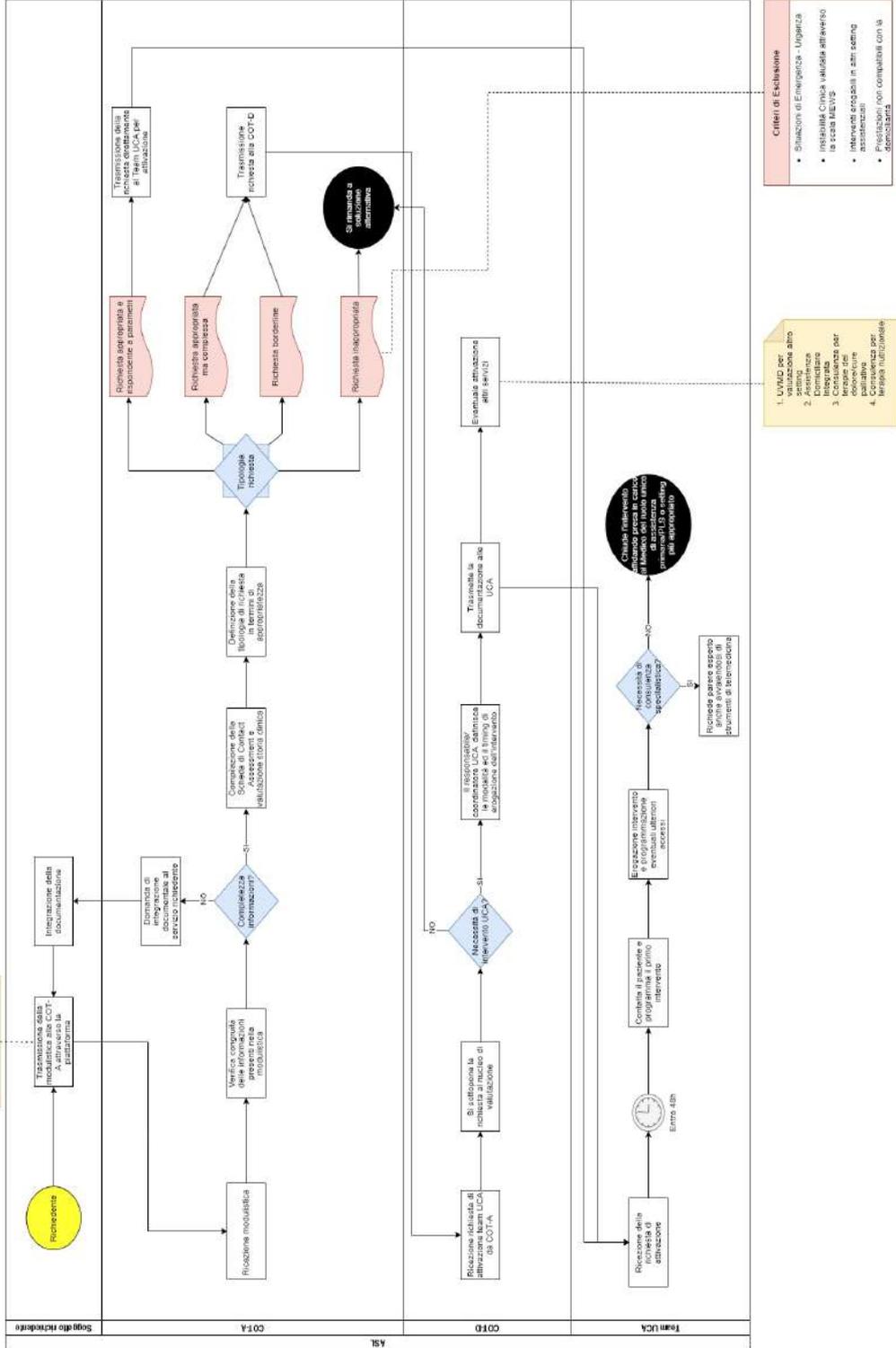
- a) Richiesta di ricovero urgente per situazione di instabilità clinica non gestibile a domicilio;
- b) Richiesta di ammissione concordata anche dopo tentativo terapeutico non riuscito (nell'ambito dei PDTA per malattie croniche o in caso concordato con medico curante);
- c) Richiesta di ricovero programmato per rivalutazione delle condizioni cliniche o per inquadramento in caso di sospetto diagnostico;
- d) Richiesta di attivazione di altro setting assistenziale dopo valutazione multidimensionale;
- e) Attivazione di un percorso ambulatoriale in tempi brevi per una presa in carico della cronicità;
- f) Riaffidamento al servizio di presa in carico o al Medico del ruolo unico di assistenza primaria (def. Art. 31 comma 1 ACN 28 aprile 2022) /PLS;
- g) Attivazione dei servizi territoriali nel caso di supporto per transitional care.

Il flusso delle attività risulta quindi essere il seguente:

- Il richiedente invia richiesta con modulistica predisposta;
- L'operatore COT gestisce il caso riportando nella scheda di contact assesment., quanto indicato nella scheda di segnalazione, contattando il medico inviante laddove necessario;
- Trasmette alle UCA la documentazione e/o attiva eventuali altri servizi se necessario (UVMD per valutazione altro setting assistenziali, consulenze per terapia del dolore/cure palliative, consulenza per terapia nutrizionale, ecc);
- L'Equipe UCA programma intervento a domicilio nei tempi e modi ritenuti opportuni (nel rispetto di prescrizioni in continuità assistenziali ospedale-territorio);
- Proceede con l'intervento e programma eventuali altri accessi anche in teleassistenza, telecontrollo;
- Richiede parere esperto o altra attività in telemedicina se necessario, per organizzare le attività di consulenza potrà avvalersi del supporto delle COT;
- Programma azioni di follow up se necessario;
- Chiude l'intervento riaffidando la presa in carico al Medico del ruolo unico di assistenza primaria (def. Art. 31 comma 1 ACN 28 aprile 2022) /PLS o al setting di cura appropriato.

# Flowchart organizzativo UCA

1. Medico del ruolo unico di assistenza infermieristica per il COVID-19 (UCA) - 28 aprile 2022
2. Modifica della procedura di attivazione - 28 aprile 2022
3. Meeting Operativo - 11 maggio 2022
4. Flabisco - 11 maggio 2022
5. Unità Valutative Centrali - 11 maggio 2022
6. Centrale NEA 116117



1. Livello per valutazione altro
2. Assistenza
3. Comorbidi
4. Consenso per legge del paziente o familiare
5. Consenso per legge del paziente
6. Consenso per legge familiare

- Criteri di Esclusione**
- Situazioni di Emergenza - Urgenza
  - Instabilità Clinica valutata attraverso la scala NEWS
  - Interventi accolti in altri setting assistenziali
  - Prestazioni non compatibili con la deambulanza

## Timing di presa in carico

In considerazione della definizione di temporaneità dell'intervento è necessario distinguere dei range di intervento, a seconda della casistica. In condizioni di interventi per la transitional care, diagnostico e supporto di tipo terapeutico se necessario, si ritiene opportuna:

- una presa in carico del paziente entro le 48H a meno di interventi di carattere clinico assistenziale che necessitino di tempistiche anche inferiori;
- per il teleconsulto, entro una settimana dall'arrivo della richiesta.

L'intervento può essere ripetibile una volta in via successiva alla prima e comunque fino a garanzia della presa in carico da parte del setting definitivo.

## Criteria di accesso

L'Equipe UCA potrà intervenire presso le strutture socioassistenziali ma non presso le strutture socio sanitarie, se non per i percorsi di prevenzione e sorveglianza concordati con il Dipartimento di prevenzione.

## 9. Elementi organizzativi correlati alle UCA in caso di evento pandemico

Le UCA possono rappresentare uno degli strumenti principali della presa in carico dei pazienti affetti da Patogeno emergente e per la gestione dei contatti e dei pazienti fragili in caso di contesto pandemico. In virtù di ciò, nei periodi inter-pandemici è necessario stabilire il ruolo di tali elementi funzionali all'interno dei piani di risposta specifici, ai fini di una readiness efficace.

Nello specifico, laddove richiesta dal contesto epidemiologico legato a eventuali patologie emergenti, è necessario predisporre le seguenti azioni cui le UCA sono chiamate a partecipare quali possibili elementi di facilitazione o unità funzionali coinvolte in maniera diretta o indiretta:

1. Potenziare la presa in carico e la sorveglianza attiva per i pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio affetti da Patogeno emergente, dimessi, o paucisintomatici non ricoverati e per i pazienti in isolamento fiduciario, per i contatti di caso o i pazienti sintomatici senza evidenza di contatto, nonché i pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti;
2. Adottare specifici protocolli contenenti tutte le misure necessarie per assicurare la massima tutela e il supporto per le necessità della vita quotidiana per le persone sole e prive di caregiver;
3. Attivare un programma regionale di supporto psicologico a distanza attraverso numeri telefonici o indirizzi e-mail dedicati per contattare uno psicologo o per il tramite delle strutture organizzative funzionali già in essere ma rifunzionalizzate;

4. Predisporre un sistema di gestione per coorti, presso strutture residenziali e/o alberghiere, rivolte a quei soggetti positivi al Patogeno emergente che, a causa di ragioni logistiche, strutturali, socioeconomiche, non possono essere accolti in isolamento presso il proprio domicilio;
5. Predisporre un sistema di gestione per coorti, presso strutture residenziali e/o alberghiere, rivolte al personale sanitario e socio-sanitario maggiormente esposto, ai fini di tutelare i medesimi e i rispettivi nuclei familiari;
6. Definire un piano di continuità per i servizi essenziali ivi inclusi definire il fabbisogno ed rendere, quindi, disponibili strutture alberghiere, ovvero altri immobili aventi analoghe caratteristiche di idoneità, per ospitarvi le persone in sorveglianza sanitaria (quarantena) e isolamento fiduciario o in permanenza domiciliare, laddove tali misure non possano essere attuate presso il domicilio della persona interessata."
7. Predisporre i piani di assistenza territoriale con specifiche misure di identificazione e gestione dei contatti, di organizzazione dell'attività di sorveglianza attiva effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale e rifunionalizzare le UCA in USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale), tarando le unità di personale in funzione del nuovo bisogno emergente, al fine di ottenere a un monitoraggio costante e a un tracciamento precoce dei casi e dei contatti, al fine della relativa identificazione, dell'isolamento e del trattamento;
8. Rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata per il trattamento dei soggetti affetti da Patogeno emergente e affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità;
9. Predisporre una centrale operativa h24 in grado di rilevare, eventualmente fornendo i dispositivi, i valori di saturazione di O2 in pazienti cronici o anziani selezionati per i quali sia svantaggioso il ricorso all'ospedalizzazione. La centrale deve assicurare la continuità della fornitura di O2 e di team logistico/sanitari in grado di assicurare il necessario supporto tecnico e sanitario alle famiglie;
10. Identificare un referente per la prevenzione e controllo dell'infezione da Patogeno emergente adeguatamente formato e addestrato in stretto contatto con le autorità sanitarie locali;
11. Identificare un referente medico e infermieristico per struttura in stretto contatto con le autorità sanitarie locali.

## 10. Interconnessioni

Oltre alla collaborazione con i suddetti portatori di interesse, la filiera delle centrali e le reti per la gestione delle cronicità, altri attori sono fondamentali per la riuscita del processo:

- Farmacia Distrettuale che supporta l'acquisizione di Farmaci e DM necessari al processo terapeutico e facilita l'attività di riconduzione e riconciliazione terapeutica nella transitional care. Tale struttura di riferimento UCA dovrà proceduralizzare i percorsi locali utili a garantire la consegna diretta dei farmaci inclusi eventualmente quelli classificati in fascia H/OSP e garantirne il follow up erogativo. Le equipe UCA saranno dotate di una scorta minima di farmaci e potranno promuovere, se necessario, la corretta prescrizione e presa incarico assistenziale attraverso teleconsulto e/o televisita assistita con lo specialista.
- Laboratorio analisi o punti POCT (quando presenti nelle case della comunità), per la processazione di esami ematici eseguiti a domicilio in order entry come interni limitatamente a quelli indicati concordati come minimum data set di cui è necessario una risposta in tempi brevi ai fini della definizione del piano assistenziale e terapeutico. Qualora fossero necessarie altre prescrizioni si farà riferimento al Medico del ruolo unico di assistenza primaria (def. Art. 31 comma 1 ACN 28 aprile 2022) per condividere e valutare la prescrizione degli stessi seguendo i canali ordinari di interconnessione agli stessi;
- Radiologia per le eventuali indagini radiologiche a domicilio dove attivo il servizio;
- Cardiologia e pneumologia per attività di telerefertazione;
- Specialisti dei centri per la cronicità per attività di teleconsulto (nefrologia, diabetologia, cardiologia, pneumologia, neurologia, pediatria...);
- Infettivologo per teleconsulto e prescrizione di terapie mirate per malattie infettive (piani terapeutici di farmaci ospedalieri per la somministrazione territoriale);
- Centri di nutrizione clinica e centri di terapia antalgica e cure palliative.

Sono, inoltre, previsti percorsi di ammissione concordata in area medica, qualora non ci sia rispondenza all'intervento terapeutico effettuato su paziente cronico con riacutizzazione/scompenso della patologia di base.

In questo caso, l'Equipe UCA attiverà la COT, che a sua volta si relazionerà con i TOH di riferimento, per il trasferimento del paziente in ambiente ospedaliero.

Ogni Azienda, secondo la propria organizzazione interna, provvederà alla realizzazione di tali connessioni, anche tramite l'implementazione di procedure operative standard ad hoc.

## **11. Stratificazione del rischio, triage territoriale e potenziale evoluzione clinica**

La stratificazione del rischio di evoluzione clinica permette una prima selezione dei pazienti calcolando l'impegno della componente delle equipe dell'UCA.

A supporto della presa in carico del paziente e della conseguente gestione clinica è previsto l'utilizzo della scala di valutazione NEWS.

Il NEWS (National Early Warning Score) si distingue come uno degli strumenti più efficaci per l'analisi del rischio di deterioramento clinico e la prevenzione di eventi avversi, offrendo al tempo stesso una valutazione semplice e immediata della gravità del paziente.

Numerosi studi hanno confrontato il NEWS con altri sistemi di valutazione precoce (EWS) e hanno dimostrato la sua capacità superiore di:

- Stimare il rischio di morte: il NEWS ha dimostrato una precisione pari o superiore ai migliori EWS nel prevedere il rischio di decesso dei pazienti;
- Identificare precocemente i pazienti a rischio: la sensibilità del NEWS nel rilevare i primi segni di deterioramento clinico è risultata superiore rispetto ad altri EWS, permettendo un intervento tempestivo e mirato;
- Promuovere una risposta clinica adeguata: il NEWS facilita una comunicazione chiara e standardizzata tra i professionisti sanitari, favorendo una risposta medica appropriata e tempestiva alle situazioni di emergenza.

Il punteggio è determinato da 7 parametri complessivi, 6 fisiologici (frequenza del respiro, saturazione d'ossigeno, temperatura corporea, pressione sistolica, frequenza del polso, livello di coscienza) più l'eventuale ossigeno-terapia. A ciascuno dei 6 parametri fisiologici NEWS attribuisce un punteggio che ne riflette la compromissione. I 6 punteggi devono essere sommati e, nel caso sia necessaria l'ossigenoterapia, deve essere aggiunto il punteggio di 2.

Attraverso la National Modified Early Warning Score gli utenti vengono stratificati nei gruppi di rischio:

- a. Rischio basso/stabile: punteggio da 1 a 4;
- b. Rischio medio/instabile: punteggio da 5 a 6, oppure un punteggio pari a 3 per un singolo parametro che significa la variazione estrema di quel parametro e viene segnalato in "rosso" della carta di osservazione;
- c. Rischio alto/critico: punteggio  $\geq 7$ .

In ogni caso un punteggio pari o superiore a 3 per un singolo parametro, significa che la variazione estrema di quel parametro va evidenziata e attenzionata.

Se il paziente proviene da un ospedale, si utilizzerà la scala NEWS2 e, per la presa in carico, sarà necessario un punteggio da 1 a 4 da almeno 72 ore con nessuna variabile uguale a 3.

Altre scale convalidate potranno poi essere utilizzate, per una maggiore comprensione dello stato clinico del paziente (es. SIC, GCS, CPSS...).

A seguire un esempio di scheda di triage:

<b>Codice A</b>	Intervento erogabile dal Medico del ruolo unico di assistenza primaria (def. Art. 31 comma 1 ACN 28 aprile 2022)	STABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio Medico programmabile, anche bisettimanale
<b>Codice B</b>	Intervento erogabile in contesto ambulatoriale	STABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio Medico-Infermieristico/Strumentale programmabile, anche bisettimanale
<b>Codice C</b>	Intervento erogabile in altro setting assistenziale residenziale, semiresidenziale o domiciliare Intervento erogabile dall'UCA in attesa di altra risposta assistenziale	MODERATAMENTE INSTABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio intervento Medico-Infermieristico/Strumentale routinario almeno una volta al giorno
<b>Codice D</b>	Intervento erogabile UCA	MODERATAMENTE STABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio intervento Medico-Infermieristico/Strumentale programmabile in tempi brevi che può essere <ul style="list-style-type: none"> <li>- una o più volte la settimana</li> <li>- quotidiano ma per breve periodo</li> </ul>
<b>Codice E</b>	Intervento erogabile UCA con il contributo di specialisti e che necessita di interventi diagnostici a domicilio	MODERATAMENTE STABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio intervento Medico-Infermieristico/Strumentale programmabile in tempi brevi che può essere <ul style="list-style-type: none"> <li>- una o più volte la settimana/mese</li> <li>- quotidiano ma per breve periodo</li> </ul> e con intervento di altre figure professionali oltre UCA
<b>Codice F</b>	Intervento erogabile solo in ambito ospedaliero (ricovero)	INSTABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S semi-intensivo quotidiano

## 12. Digitalizzazione dei processi, telemedicina e tecnologie

L'UCA sarà dotata di un sistema interoperabile con i servizi territoriali per il tramite delle COT attraverso Piattaforma di Transitional Care.

In coerenza con il Modello organizzativo dei Servizi di Telemedicina territoriali ed ospedalieri della Regione Lazio (DGR 338/2023), inoltre, tale sistema sarà anche integrato ad una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT e agli altri servizi aziendali, accessibile via internet, al fine di garantire, anche in teleconsulto, l'interoperabilità della rete di consulenti collegati.

Dotata di strumentazione avanzata di primo livello e di una gamma completa di dispositivi medici portatili (anche diagnostici) in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.

È necessario che l'Equipe sia supportato da una cartella digitale integrata medico-infermieristica per la registrazione puntuale delle attività, ivi comprese quelle in telemedicina. Lo strumento dovrà presentare le scale di valutazione necessarie alla gestione del caso ed alla valutazione multidimensionale per la scelta o la riconferma del setting di cura definitivo.

La diagnostica di base è garantita da apparecchiature performanti e facilmente trasportabili in collegamento con le reti specialistiche per la telerefertazione e il teleconsulto.

### **Strumentazione e device: Elenco indicativo e non esaustivo**

- **Tablet:** un tablet con accesso sicuro ai dati sanitari è essenziale per la gestione dei referti e la comunicazione con i colleghi;
- **Ecografo/sonda portatile:** un ecografo portatile con sonda ad alta qualità (frequenza e/o risoluzione) è fondamentale per la valutazione rapida di organi interni, flussi sanguigni e strutture muscoloscheletriche al letto del paziente;
- **Ecocardiografo con trasmissione dati per telereferto:** un ecocardiografo con funzionalità di tele referto consente la trasmissione di immagini e referti a cardiologi remoti per una consulenza rapida e specialistica;
- **Spirometro con trasmissione dati per telereferto:** uno spirometro con trasmissione dati per telereferto permette la valutazione della funzionalità polmonare e la trasmissione dei risultati ai medici per un monitoraggio efficace;
- **Emogasanalizzatore:** un emogasanalizzatore portatile è utile per la valutazione rapida dei gas nel sangue arterioso, fornendo informazioni preziose su funzionalità renale, equilibrio idroelettrolitico, livelli di ossigeno e anidride carbonica circolante. L'emoglobina può essere misurata anche con questo strumento se opportunamente tarato;
- **Saturimetri:** i saturimetri con funzionalità di telecontrollo remoto e modalità holter permettono un monitoraggio continuo e non invasivo della saturazione di ossigeno nel sangue, utile per pazienti con insufficienza respiratoria o altre condizioni; altri potenziali **test POCT** potrebbero essere utili a seconda delle necessità cliniche, come test rapidi per la glicemia, la coagulazione o la presenza di infezioni;

- **Apparecchio radiografico portatile (opzionale):** un apparecchio radiografico portatile, se disponibile e utilizzato da un Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (TSRM), può essere utile per acquisire immagini radiografiche al letto del paziente in caso di urgenza o per pazienti con mobilità limitata.

### **13. Formazione**

La formazione è un elemento strategico per garantire appropriatezza, efficacia e sicurezza in tutti i setting clinici e assistenziali. La formazione ha lo scopo di fornire a coloro che operano nell'ambito dell'assistenza territoriale la competenza clinico operativa idonea alla gestione di pazienti in età adulta e necessaria per affrontare condizioni cliniche complesse.

La formazione di base prevede il possesso della certificazione BLS-D e un percorso dedicato all'uso dei device e alla interpretazione di base delle indagini effettuate, oltre alle informazioni necessarie per l'azione in equipe e nel contesto dei servizi territoriali e della rete dell'assistenza territoriale complessiva.

La certificazione BLS-D (Basic Life Support - Defibrillation) è un requisito fondamentale per la formazione di base nell'utilizzo della strumentazione medica elencata.

Questa certificazione attesta la capacità di intervenire tempestivamente ed efficacemente in caso di arresto cardiaco su adulti sia in termini di manovre di rianimazione cardiopolmonare (RCP) che di utilizzo del defibrillatore semiautomatico esterno (DAE).

Oltre alla certificazione BLS-D è necessario un percorso formativo specifico per ogni dispositivo che si intende utilizzare. Questo percorso può essere erogato da un ente qualificato e deve includere:

- Descrizione dettagliata del dispositivo e delle sue funzioni;
- Istruzioni chiare e concise per il suo utilizzo sicuro ed efficace;
- Simulazioni pratiche per acquisire familiarità con il dispositivo;
- Nozioni di base per l'interpretazione dei risultati ottenuti.

Per ogni dispositivo, il percorso formativo deve garantire che l'operatore acquisisca le seguenti competenze minime:

- Identificare correttamente le condizioni per l'utilizzo del dispositivo;
- Preparare il dispositivo per l'uso in modo sicuro e igienico;
- Applicare correttamente il dispositivo al paziente;
- Acquisire e interpretare correttamente i dati generati dal dispositivo;
- Riconoscere e gestire eventuali malfunzionamenti o errori del dispositivo;
- Registrare correttamente i dati e le informazioni relative all'utilizzo del dispositivo;
- Mantenere il dispositivo in condizioni di stoccaggio e manutenzione adeguate.

Le conoscenze e le competenze acquisite saranno periodicamente aggiornate attraverso corsi di aggiornamento e formazione continua effettuati dalle ASL, al fine di garantire la massima sicurezza ed efficacia nell'utilizzo dei dispositivi e per la corretta gestione dei rischi di esposizione professionale, misure di prevenzione (con particolare riguardo alle malattie comunicabili e alle ICA) e, nel contesto di una corretta preparedness rispetto alle caratteristiche del quadro clinico di infezione da eventuali patogeni emergenti (come indicato nel Piano Strategico-Operativo Nazionale di Preparazione e Risposta a una Pandemia Influenzale).

#### **14. Valutazione e monitoraggio delle attività**

L'analisi delle prestazioni erogate dalle UCA può evidenziare ed in qualche modo orientare quella che è una possibile domanda di assistenza non concretizzata nel territorio denotando un vuoto assistenziale da risolvere negli specifici contesti aziendali.

Dovranno essere identificati dei parametri che permettano di valutare le attività, sia al fine di decodificare al meglio i bisogni assistenziali e il conseguente catalogo di prestazioni, sia per valutare la performance delle UCA in base ai risultati attesi:

- Volume di attività, espressa come % derivante dal rapporto tra il numero di pazienti presi in carico con X patologia cronica e il totale dei pazienti con quella patologia sul territorio in esame;
- Tempi effettivi di latenza per la presa in carico dei pazienti segnalati;
- Tempi effettivi di presa in carico da parte del setting definitivo (ADI, Hospice, ecc.);
- Riospedalizzazioni da pazienti dimessi e affidati al territorio e UCA;
- Riduzione dei re-ricoveri a 30 gg;
- Riduzione dei frequent-users rispetto all'anno precedente.

Per gli interventi di prevenzione e sorveglianza di comunità e/o interventi mirati a popolazioni hard to reach sarà valutata la copertura degli interventi rispetto alla popolazione target tramite la piattaforma di Monitoraggio del Piano Regionale della Prevenzione.

## 15. Riferimenti normativi

Ai fini di una migliore comprensione del contesto, si riportano di seguito le principali normative che fanno riferimento ai temi di assistenza territoriale:

- [Articolo 8, del Decreto-Legge 9 marzo 2020, n. 14](#) recante “Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all’emergenza COVID-19”;
- [Intese 28.04.2022](#) stipulate, ai sensi dell’Accordo Stato- Regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull’ipotesi di Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale - triennio 2016-2018. (Rep. atti n. 112/CSR) e sull’ipotesi di Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta- triennio 2016-2018. (Rep. atti n. 70/CSR);
- [Decreto 29 aprile 2022](#) Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare (Milestone EU M6C1-4);
- [Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77;
- [Decreto 23 maggio 2022, n. 77](#) Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale. (22G00085) (GU n.144 del 22-6-2022);
- [Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643](#) Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77";
- [Determinazione 28 febbraio 2023, n. G02706](#) “Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ed in applicazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 e la Determinazione regionale 18206/2022: approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di lavoro regionale di cui alla Determinazione regionale n. G14215 del 19 ottobre 2022;
- [Deliberazione n. 976](#) [Deliberazione Giunta n. 976 del 28/12/2023](#) Adozione del Piano di programmazione dell’Assistenza territoriale 2024 – 2026.