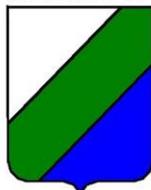


REGIONE
ABRUZZO



UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (UCA)

LINEE DI INDIRIZZO



Sommario

1. ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA	3
2. PREMessa.....	3
2. OBIETTIVI	3
3. SEDE DELLE UCA	4
4. ATTIVAZIONE DELLE UCA.....	4
5. FUNZIONE DI COORDINAMENTO DELLA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE.....	4
6. ATTIVITA' DELLE UCA.....	4
7. IL PERSONALE	5
8. STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO DI POTENZIALE EVOLUZIONE CLINICA.....	6
9. RISORSE TECNOLOGICHE.....	8
10. MONITORAGGIO DELL'ATTIVITA'	8
11. FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	8
12. FORMAZIONE CONTINUA	9
13. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	9
14. GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE.....	10
15. UMANIZZAZIONE DELLE CURE	10
16. CONCLUSIONI	10
17. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	10



1. ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA

UCA	Unità di Continuità Assistenziale
ACN	Accordo Collettivo Nazionale
AIR	Accordo Integrativo Regionale
AIA	Accordo Integrativo Aziendale
AFT	Aggregazione Funzionale Territoriale
UCCP	Unità Complesse di Cure Primarie
COT	Centrale Operativa Territoriale
BLS	<i>Basic Life Support Defibrillation</i>
PBLS	<i>Pediatric Basic Life Support-Defibrillation</i>
AA.SS.LL.	Aziende Sanitarie Locali
RSA	Residenze Sanitarie Assistenziali
MEWS	<i>Modified Early Warning Score</i>
GCS	<i>Glasgow Coma Scale</i>
CPSS	<i>Cincinnati Prehospital Stroke Scale</i>

2. PREMESSA

L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è un'équipe mobile distrettuale per la gestione di pazienti in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico.

L'UCA assicura la presa in carico nei casi di dimissione difficile del paziente, interviene durante i focolai epidemici e garantisce una risposta rapida e flessibile attraverso accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici.

L'esperienza COVID-19 ha accelerato l'utilizzo e la sperimentazione di modelli e soluzioni "smart" nell'assistenza al domicilio; tra queste, l'istituzione e l'utilizzo delle USCA nei vari distretti hanno dato un forte supporto alla gestione domiciliare dei pazienti affetti dalla patologia Covid-19.

Le UCA garantiscono un'ulteriore offerta sanitaria a supporto della rete delle cure primarie e territoriali.

2. OBIETTIVI

Il D.M. 77/22 e, successivamente, il "Piano dell'Assistenza Territoriale della Regione Abruzzo" di relativo recepimento (DGR 773/2022) hanno previsto l'istituzione delle UCA.

Il modello organizzativo delle UCA prevede la presa in carico di assistiti affetti da gravi patologie o pazienti fragili con particolare riferimento alla risposta domiciliare o persone con problemi di salute non urgenti ma non differibili, avendo l'obiettivo di prevenire l'ospedalizzazione o l'accesso improprio al Pronto Soccorso.



3. SEDE DELLE UCA

Le UCA sono istituite dalle AA.SS.LL. e collocate in via prioritaria all'interno dei Distretti/Case della Comunità HUB (definite in numero e localizzazione dalla D.G.R. 263/2022 di approvazione del POR PNRR), alle quali afferiscono sia da un punto di vista funzionale che organizzativo.

4. ATTIVAZIONE DELLE UCA

L'attivazione delle UCA spetta ai MMG ed ai PLS (a seguito dell'ACN "*medici del ruolo unico dell'assistenza primaria a ciclo di scelta ed i medici di continuità assistenziale (CA), ora medici del ruolo unico dell'assistenza primaria ad attività oraria*"), che operano nelle Case della Comunità, nelle UCCP e in AFT.

L'UCA opera in modo coordinato con le AFT, le UCCP e le Case della Comunità e in via sperimentale con le strutture ospedaliere e i Pronto Soccorso.

Fornisce supporto al Distretto in caso di emergenza organizzativa o epidemica; tale intervento può avvenire in équipe con le altre professioni sanitarie.

In via sperimentale le UCA potranno essere attivate, su richiesta dei medici di Pronto Soccorso e ospedalieri, per pazienti che necessitino di una continuità domiciliare delle cure, nel periodo che intercorre tra la dimissione e una corretta pianificazione delle cure da parte del medico del ruolo unico a ciclo di scelta, anche attraverso il numero unico attivato dalle AA.SS.LL. che sarà successivamente sostituito dal Numero Unico Europeo 116117.

5. FUNZIONE DI COORDINAMENTO DELLA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

La COT è un modello organizzativo dell'Azienda Sanitaria Locale a valenza distrettuale, che svolge funzioni di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo/connesione tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali (attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere) e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

6. ATTIVITA' DELLE UCA

L'UCA non sostituisce bensì supporta i medici del ruolo unico dell'assistenza primaria per la presa in carico del paziente per un periodo definito. L'intervento della UCA può rendersi necessario nei casi di risoluzione di quadri clinici complessi di pazienti che non richiedono il ricovero ospedaliero e gestibili a domicilio, come ad esempio nella:

- dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o in Assistenza Domiciliare;
- presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile ed effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;



- attuazione di programmi di prevenzione territoriale rivolti a pazienti fragili, coordinati dal Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica quali, ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e/o presso le RSA/Case di Riposo.

7. IL PERSONALE

Le Unità di Continuità Assistenziale sono costituite da équipe di medici e infermieri, eventualmente integrate con altre figure professionali specialistiche in base alle peculiari patologie trattate. Il singolo Team è composto da un medico ed un infermiere. Il fabbisogno stimato di UCA è di 1 ogni 100.000 abitanti, indicativamente coincidente con le Aree Distrettuali regionali previste dalla D.G.R. 78/2017. Il personale sanitario selezionato per le UCA deve possedere adeguate competenze nella gestione di pazienti complessi ed essere quindi in possesso di comprovata esperienza professionale. I medici di assistenza primaria sono incaricati se iscritti in graduatoria regionale o corsisti. Obiettivo del nuovo modello organizzativo di assistenza territoriale è evitare il più possibile l'ospedalizzazione e orientare la presa in carico in favore delle cure domiciliari, adottando il principio della casa come il luogo privilegiato di cura.

Il nuovo ACN dei MMG realizza l'attivazione del ruolo unico dei medici di assistenza primaria previsto dal D.L. 158/2012 (convertito, con modificazioni, dalla L. 8 novembre 2012, n. 189) facendo confluire in un'unica figura i medici di assistenza primaria (AP), che ora assumono la denominazione di medici del ruolo unico dell'assistenza primaria a "ciclo di scelta" ed i medici di continuità assistenziale (CA), ora medici del ruolo unico dell'assistenza primaria ad attività oraria, prevedendo che:

- i medici del ruolo unico di assistenza primaria svolgono la loro attività professionale a ciclo di scelta e/o su base oraria, operando nelle AFT e nelle forme organizzative multiprofessionali (UCCP).

La creazione del ruolo unico apre la possibilità di individuare soluzioni organizzative che aumentino la capacità assistenziale della medicina generale sia in termini qualitativi che quantitativi e che siano in grado di annullare la discontinuità dell'assistenza, di razionalizzare la duplicazione dell'offerta assistenziale tra servizio di continuità assistenziale e 118 nelle ore successive alla mezzanotte ed evitare l'accesso improprio al P.S., riuscendo nel contempo ad evitare che rimangano scoperte le fasce orarie delle ore diurne durante le quali si realizza il numero maggiore di richieste di assistenza non urgente.

Secondo le previsioni degli AA.CC.NN, i medici convenzionati svolgono la propria attività individualmente e in integrazione della propria AFT e partecipano inoltre alle attività della forma organizzativa multiprofessionale di riferimento coordinandosi con gli altri professionisti del sistema territoriale e integrando le attività anche per mezzo delle Centrali Operative Territoriali (COT), modello di gestione delle cure transizionali tra *setting* assistenziali e di cura al servizio del Distretto e della rete di cure territoriali.

Per garantire la presenza nelle UCA dei medici della ex continuità assistenziale, l'orario di attività rimarrà quello previsto dall'ACN in vigore ma in via sperimentale la continuità assistenziale di tipo tradizionale potrà essere limitata a un arco di ore ricompreso fra le 20 e le 24 (dalle ore 24:00 alle ore 08:00 il SSR garantirà le urgenze). Tale organizzazione sarà realizzata attraverso obiettivi intermedi concordati a livello aziendale.

Le ore liberate dai medici di ex continuità assistenziale saranno utilizzate dall'AFT in attività diurne a titolo di indicazione generale e dovranno essere indirizzate alla presa in carico di assistiti ricoverati in reparti di cure



intermedie (Ospedali di Comunità), nei ricoveri temporanei a bassa intensità assistenziale o nelle attività delle UCA.

Le Aziende Sanitarie Locali realizzano il proprio modello organizzativo delle UCA, attraverso gli Accordi Aziendali, con i rappresentanti dei medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria; il modello è definito in uno specifico piano annuale di organizzazione recepito a livello di Comitato UCAD. Gli orari saranno indicativamente organizzati in turni di 8 ore, dalle 08:00 alle 16:00 e dalle 16:00 alle 24:00, 7 giorni su 7.

Il rapporto ottimale dei medici del ruolo unico di assistenza primaria per l'attività oraria è pari ad un medico/24 ore ogni 5.000 abitanti residenti (1: 5.000); tale rapporto può essere variato con Accordo Integrativo Regionale in diminuzione o in aumento fino al 30% per ambiti territoriali o per l'intero territorio regionale.

L'integrazione delle UCA con le diverse figure professionali che compongono la rete dell'assistenza territoriale e ospedaliera è supportata da strumenti informatici e digitali. Il personale sanitario necessita di collegamenti a sistemi digitalizzati di telemedicina, telemonitoraggio, teleconsulto, televisita e telereferto accessibili via internet per esercitare le proprie funzioni e gestire in modo flessibile ed integrato il percorso di cura, anche al fine di garantire in teleconsulto l'interoperabilità della rete di consulenti collegati; la rete deve essere dotata inoltre di strumentazione diagnostica avanzata di primo livello e di una gamma completa di dispositivi medici portatili in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.

8. STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO DI POTENZIALE EVOLUZIONE CLINICA

A supporto della gestione clinica si indicano di seguito alcuni metodi e scale di valutazione che consentono di individuare segnali di rischio di un rapido peggioramento delle condizioni o di imminente morte del paziente.

La stratificazione del rischio è correlata all'alterazione dei parametri fisiologici (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, livello di coscienza, saturazione dell'ossigeno).

La scala MEWS (*MODIFIED EARLY WARNING SCORE*) è tra gli score maggiormente utilizzati e consente di stratificare il rischio di potenziale evoluzione clinica di un paziente in tre livelli:

- Basso/Stabile (score 0-2);
- Medio/Instabile (score 3-4);
- Alto Rischio/Critico (score 5).

Il punteggio di questa scala viene anche utilizzato come fattore predittivo della durata della degenza e del rischio di mortalità del paziente.

Ad integrazione della MEWS si può calcolare la Complessità assistenziale, quindi l'impegno infermieristico del team che compone l'UCA.



L'Indice di dipendenza assistenziale (IDA) determina l'impegno assistenziale su di una serie di variabili di dipendenza determinate da un punteggio in grado di valutare la complessità attraverso l'impegno del professionista in base ad un *cut-off* che individua i pazienti ad alta complessità assistenziale se rientranti nel punteggio da 7 a 11, a media complessità da 12 a 19 e a bassa complessità se il punteggio è compreso tra 20 e 28.

L'utilizzo sinergico della scala MEWS e della scala IDA consente, come detto, di misurare il rischio con due sistemi a punteggio di tipo medico (*MEWS – Modified Early Warning Score*) ed infermieristico (IDA, Indice di Dipendenza Assistenziale).

Modified Early Warning Score

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Età _____

	3	2	1	0	1	2	3	Valore
Frequenza Respiratoria		< 9		9 - 14	15 - 20	21 - 29	> 30
Frequenza Cardiaca		< 40	41 - 50	51 - 100	101 - 110	111 - 129	> 130
Pressione Arteriosa Sistolica	< 70	71 - 80	81 - 100	101 - 199		> 200	
Livello di Coscienza				Vigile	Risponde alla voce	Risponde al dolore	Non risponde
Temperatura corporea (°C)		< 35		35 - 38,4		> 38,5	
Comorbidità								Totale

Il punteggio che si ottiene dalla scala MEWS va da un minimo di 0 ad un massimo di 14. Gli studi mostrano che un punteggio uguale o superiore a 5 identifica un paziente critico ed instabile, le cui condizioni possono velocemente evolvere verso un ricovero in terapia intensiva.

Per tutti gli altri pazienti con valori nella norma, il MEWS è comunque uno strumento importante per evidenziare tempestivamente un peggioramento delle condizioni cliniche.

La scala, che può essere in forma cartacea o inserita nella cartella informatizzata, è in grado di calcolare automaticamente il punteggio associato a specifici *alert*.

Tra i diversi strumenti di valutazione a disposizione di medici e infermieri vi sono la "*Glasgow Coma Scale*" (GCS) per valutare lo stato di coscienza e la "*Cincinnati Prehospital Stroke Scale*" (CPSS), impiegata per diagnosticare la presenza di pazienti affetti da ictus.



9. RISORSE TECNOLOGICHE

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

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

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

- ecografi + sonda ecocardiografica;
- elettrocardiografi;
- eventuale disponibilità di apparecchio radiografico portatile (utilizzato da un Tecnico Sanitario di Radiologia Medica TSRM).

Kit / Set di rianimazione, completo di:

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

Adeguate fornitura di Dispositivi Medici e Dispositivi di Protezione Individuale.

10. MONITORAGGIO DELL'ATTIVITA'

La D.G.R. n. 14 del 17/01/2023 ha approvato il "Programma Operativo 2022-2024 Regione Abruzzo", che indica le azioni da realizzare nel triennio per il perseguimento degli obiettivi strategici di tipo sanitario della Regione. L'obiettivo 4 prevede l'attivazione delle UCA e la reportistica sul funzionamento delle stesse a carico delle AA.SS.LL.

11. FORMAZIONE DEL PERSONALE

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 "*clinical competence*" idonea alla gestione di pazienti in età adulta e pediatrica e necessaria per affrontare condizioni cliniche complesse.



La formazione di base prevede il possesso della certificazione BLS-D-PBLS e un percorso dedicato ai medici di Ecografia.

12. FORMAZIONE CONTINUA

La formazione continua in medicina include l'acquisizione di nuove conoscenze e abilità utili alla pratica professionale competente ed esperta.

Essa si avvale dello strumento dell'audit per verificare periodicamente le competenze e l'adesione alle nuove evidenze scientifiche e alla normativa vigente, nonché alle indicazioni ministeriali su vari temi.

L'ECM è il processo attraverso il quale il professionista della salute conserva il *lifelong learning* utile a garantire risposte adeguate ai bisogni di cura dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario e al proprio sviluppo professionale.

I professionisti sanitari hanno l'obbligo deontologico di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire un'assistenza di qualità e prendersi cura dei propri pazienti con la necessaria competenza.

13. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Il *"Risk Management in sanità rappresenta l'insieme di varie azioni complesse, messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull'apprendere dall'errore....."* (Ministero della Salute Commissione tecnica sul Rischio Clinico marzo 2004).

Il *Risk Management* promuove l'utilizzo di strumenti per la gestione del rischio, tra questi l'*Incident Reporting*, identificato come un sistema che consente ai professionisti sanitari di segnalare in anonimato eventi avversi causati involontariamente, spesso provocati da criticità latenti e che procurano un danno al paziente o situazioni di rischio, il cosiddetto *"near miss"* o *"evento evitato"*, che ha la potenzialità concreta di provocare un evento avverso, che tuttavia non si verifica per effetto del caso fortuito, perché intercettato dal personale sanitario o perché neutralizzato da barriere efficaci poste in essere dai processi organizzativi.

Il Ministero della Salute, a sostegno degli strumenti del *Risk Management*, ha emanato 19 raccomandazioni, ossia documenti specifici con l'obiettivo di offrire strumenti in grado di prevenire gli eventi avversi, promuovere l'assunzione di responsabilità e favorire il cambiamento di sistema.

Con la Legge n. 24 del 8 marzo 2017 *"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"* il nostro Paese si è dotato di un impianto normativo avanzato e coerente con gli standard internazionali in tema di Sicurezza dei pazienti.

Nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali devono essere adottati protocolli e procedure operative a garanzia dell'adeguatezza, dell'efficienza e dell'efficacia delle attività clinico assistenziali, che di seguito, a titolo esemplificativo, si elencano:

- comunicazione con il paziente per il coinvolgimento attivo nel processo di cura;
- prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA);



- protocolli per la profilassi antibiotica;
- definizione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) specifici e di percorsi informatizzati finalizzati all'integrazione ospedale territorio;
- valutazione della Qualità percepita dell'assistenza da parte del cittadino;
- gestione della documentazione sanitaria;
- applicazione delle 19 raccomandazioni (e successive) emanate dal Ministero della Salute.

14. GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

Al termine di ogni visita, il medico e l'infermiere dell'UCA registrano, ciascuno nella documentazione di propria competenza, l'esito dell'intervento al fine di aggiornare i Medici e i Pediatri responsabili dei casi.

15. UMANIZZAZIONE DELLE CURE

L'umanizzazione delle cure sostituisce il paradigma del paziente identificato per la sua patologia mettendo al centro dell'obiettivo di salute "la persona", portatrice del "diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione" (ribadito nell'art. 1 della L. 22 dicembre 2017, n. 219 su consenso informato).

In tutti i luoghi di cura, compresi i luoghi di vita, gli interventi sanitari devono essere in grado di garantire la presa in carico della persona considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica.

16. CONCLUSIONI

Le UCA completano l'offerta sanitaria territoriale valorizzando e mettendo a regime l'esperienza delle USCA (durante il periodo pandemico) e riaffermando la necessità di potenziamento delle strutture di prossimità. La Casa scelta come primo luogo di cura è 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".

17. RIFERIMENTI NORMATIVI

- 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".
- O.P.G.R. n. 11 del 20 marzo 2020 "Emergenza COVID-19 - Istituzione delle Unità Speciali di continuità assistenziale ai sensi del D.L. 9 marzo 2020 n. 14".
- 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).
- D.G.R. n. 773 del 13 dicembre 2022 Recepimento del D.M. 77/2022 - Approvazione del *“Piano dell’Assistenza Territoriale della Regione Abruzzo”*, finalizzato all’accesso alle risorse di cui alla Missione 6 - Componente 1, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).
- D.G.R. n. 15 del 17 gennaio 2023 Atto di programmazione volto a istituire le Forme Organizzative Monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei Medici di Medicina Convenzionata PLS e Specialisti Ambulatoriali e Veterinari alle forme Organizzative Multiprofessionali: adozione.