



**PROGETTO SPERIMENTALE PILOTA DELLE
UNITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(UCA)**

1. Introduzione

È un progetto sperimentale la cui attuazione è a garanzia dei servizi di continuità assistenziale, così come sancito dal DM 77/2022 che definisce i modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale (SSN), e la definizione dei parametri di riferimento del personale e degli obiettivi strategici di riferimento:

- migliorare l'accesso ai servizi sanitari
- migliorare la qualità dei servizi sanitari
- migliorare l'efficienza dei servizi sanitari
- garantire la sostenibilità economica del SSN

L'unità di continuità assistenziale (UCA) permette di perseguire una nuova strategia sanitaria, potenziando i servizi che garantiscono i livelli essenziali di assistenza (LEA) riducendo le disuguaglianze di trattamento dovute sia all'aspetto disomogeneo del territorio sardo (aspetti logistici territoriali) che alla difficoltà di prendere in carico pazienti in condizioni cliniche di particolare complessità.

Nel dettaglio, l'UCA è 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.

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. Al fine di svolgere la propria attività l'UCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri. L'UCA non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità.

2. Obiettivi e attività delle UCA

Le UCA possono essere attivate in presenza di condizioni clinico assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico:

- dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in ospedale di comunità o dimissibile al domicilio in assistenza domiciliare;
- supporto all'assistenza domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti
- necessità diagnostiche/terapeutiche;
- presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;
- programmi di prevenzione territoriale, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari

e presso le RSA/Case di Riposo per pazienti “fragili” (Covid, influenza, pneumococco, meningococco, epatiti virali, herpes zoster ecc.);

- programmi di prevenzione ed interventi mirati nelle scuole, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, nelle comunità difficili da raggiungere.

L'UCA, inoltre dovrebbe essere dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle centrali operative territoriali (COT) ed accessibile via internet al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilità della rete di consulenti collegati; sarà dotata inoltre 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.

3. Sede delle UCA

Nelle more dell'attivazione della casa di comunità, le UCA potranno essere ubicate presso le sedi di Continuità Assistenziale del Distretto Socio Sanitario di Sassari, Alghero e Ozieri. L'identificazione delle sedi suddette permette di poter programmare l'attività giornaliera del team, infatti, in base alle richieste pervenute per l'arruolamento dei pazienti nel progetto UCA, l'attività potrebbe iniziare presso le sedi di CA di riferimento stimando, in base alla documentazione clinica pervenuta, l'impegno delle risorse necessarie per soddisfare il fabbisogno assistenziale avviando il processo di presa in carico del paziente e il suo trattamento. Il turno che dovrà prevedere 12 ore giornaliere si conclude anch' esso presso la Guardia Medica del Distretto Sociosanitario di riferimento con verifica dell'attività svolta e iniziale programmazione del lavoro del turno successivo. Per la gestione di pazienti che necessitino di un approccio terapeutico più avanzato la sede di riferimento potrebbero essere i letti di riabilitazione del San Giovanni Battista.

4. Standard operativi delle UCA

Lo standard assistenziale previsto è di un medico e un infermiere ogni 100.000 abitanti. La Regione Sardegna, al fine di garantire la massima copertura territoriale dei Servizi, così come previsto dall'articolo 3 del DM. n. 77/2022 applica il DM compatibilmente con le peculiarità demografiche e territoriali di riferimento nell'ambito della propria autonomia organizzativa e, pertanto, si prevede l'attivazione di almeno una UCA per ogni Azienda sanitaria locale anche nei territori che hanno una popolazione inferiore ai 100.000 abitanti. Al fine di svolgere la propria funzione, le UCA, in fase di prima applicazione, saranno operative h 12 (dalle 8.00 alle 20.00) per 5 giorni su 7 (dal lunedì al venerdì).

5. Attivazione sperimentale delle UCA

In base alla delibera regionale n° 27/37 del 10 agosto 2023, vista la determina n°995 del 20.09.2023 dove veniva impegnata la somma di euro 2.000.000,00 e vista la determinazione

n°1008 del 25.09.2023 di liquidazione e pagamento del finanziamento, è stata approvata l'attivazione sperimentale di tre UCA per l'ASL 1 di Sassari con un finanziamento di 401.247,23 euro.

L'UCA è una équipe che afferisce al distretto ed è composta da un medico e un infermiere che operano sul territorio di riferimento e in collaborazione con i medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS) delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e le unità complesse di cure primarie (UCCP).

6. individuazione degli strumenti di operatività delle UCA

- 6.1 riconoscimento degli ambiti territoriali disagiati e disagiatissimi della ASL Sassari
- 6.2 stratificazione del rischio evolutivo dei pazienti da prendere in carico dalle UCA
- 6.3 Utilizzo del supporto della telemedicina
- 6.4 Personale
- 6.5 Risorse tecnologiche

6.1. In base alla deliberazione della Giunta regionale n. 26/15 del 11.08.2022, dell'Accordo integrativo regionale del 28.04.2010 approvato con la deliberazione della Giunta regionale n. 19/9 del 12.05.2010 e vista la modifica dell'art. 8.1 dell'Accordo integrativo regionale del 28.04.2010, approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 19/9 del 12.05.2010, il quale detta le disposizioni in relazione all'identificazione delle zone disagiate e disagiatissime, sono state individuate, nell'ambito dei territori afferenti alla ASL Sassari i seguenti ambiti che soddisfano i requisiti per essere sedi operative delle UCA (Tab.1)

AMBITO	COMUNI	RESID >14	totale popolazione residente per ambito >14	TOTALE DISAGIATI +DISAGIATISSIMI	%disagiati +disagiattissimi	*6€	cassa	totale
--------	--------	-----------	---	----------------------------------	-----------------------------	-----	-------	--------

Distretto Socio-Sanitario di Sassari

1.5	Bulzi	443	6942	3932	56,64	41.652,00 €	4.321,40 €	45.973,40 €
	Chiararamonti	1.402						
	Erula	656						
	Laerru	815						
	Martis	446						
	Perfugas	2.018						
	Sedini	1.162						

Distretto Socio-Sanitario di Alghero

2.1	Banari	491	14058	7003	49,82	84.348,00 €	8.751,11 €	93.099,11 €
	Bessude	374						
	Bonnanaro	879						
	Bonorva	2.970						
	Borutta	249						
	Cheremule	379						
	Cossoine	717						
	Giave	465						
	Mara	498						
	Padria	577						
Pozzomaggiore	2.241							
Semestene	118							
Siligo	739							
Thiesi	2.540							
Torralba	821							

2.2	Iltiri	7.345	13104	3196	24,39	78.624,00 €	8.157,24 €	86.781,24 €
	Monteleone Rocca Doria	98						
	Putifigari	638						
	Romana	471						
	Uri	2.563						
	Villanova Monteleone	1.989						

Distretto Socio-Sanitario di Ozieri

3.2	Anela	544	9484	4256	44,88	56.904,00 €	5.903,79 €	62.807,79 €
	Benetutti	1.579						
	Bono	2.980						
	Bottidda	595						
	Bultei	791						
	Burgos	769						
	Esporlatu	340						
	Illorai	720						
	Nule	1.166						

3.1	Ardara	679	7.358	6679	90,77	44.148,00 €	4.580,36 €	48.728,36 €
	Iltireddu	443						
	Mores	1.600						
	Nughedu San Nicolò	713						
	Ozieri	9.060						
	Pattada	2.623						
	Tula	1.300						

Tab.1. ambiti territoriali disagiati (vedi testo)

Va osservato che l'allocazione di un'UCA per ogni distretto della ASL Sassari potrebbe non essere la scelta ottimale in quanto sono molteplici i parametri che giocano un ruolo attivo nella fase assistenziale dei pazienti che potrebbero giovare delle UCA. Si potrebbe ipotizzare un periodo di prova che consentirebbe la raccolta dei dati relativi all'operatività delle Unità per analizzare la performance delle stesse nei vari ambiti e la conseguente valutazione della necessità o meno dell'UCA in quel territorio.

6.2. La stratificazione del rischio di evoluzione clinica permette una prima selezione dei pazienti calcolando l'impegno della componente del team dell'UCA. È evidente che la presa in carico della popolazione a rischio non potrà avvenire se non per step successivi, identificando inizialmente categorie di soggetti prioritarie (ad es. pazienti con complessità clinica rilevante o con fattori di rischio elevati pur in assenza di patologia conclamata, per i quali un intervento precoce permette di ridurre la possibilità di comparsa di malattia) e poi estendendo la presa in carico alle altre categorie (Tab.2)

Livello stratificazione	Classificazioni e bisogno di salute	Condizione Clinico / sociale	Bisogno intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
Livello 1	Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozioni della salute e prevenzione primaria
Livello 2	Persona con	Assenza di	Utilizzo	Azioni proattive di

	complessità clinico - assistenziale minima o limitata nel tempo	cronicità / fragilità	sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri, limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	stratificazione del rischio basato su familiarità e stile di vita
Livello 3	Persona con complessità clinico - assistenziale media	Presenza di cronicità / fragilità e o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa / media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
Livello 4	Persona con complessità clinico - assistenziale alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità / fragilità e o disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari con prevalenti bisogni extra ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multi professionale, supporto attivo alla persona e al caregiver in relazione ai bisogni socioassistenziali
Livello 5	Persona con complessità clinico - assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multi morbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semiresidenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multi professionale, supporto attivo e orientamento alla

		sociali deficitari perduranti nel tempo		persona e al caregiver in relazione ai bisogni socioassistenziali
Livello 6	Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata per la quale non esistono più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multi professionale, supporto attivo e orientamento alla persona e al caregiver in relazione ai bisogni socioassistenziali

Tab.2. vedi testo

Analizzando il processo di stratificazione della popolazione, il progetto sperimentale delle UCA della ASL Sassari prevede la chiamata attiva dei soggetti appartenenti ai livelli 4-6, attraverso una valutazione del livello del bisogno socio-assistenziale. Successivamente, per ridurre il fenomeno della “perdita del paziente” è necessario un approccio proattivo per i livelli 3-4 attraverso l’attivazione dei macro processi della telemedicina (televisita, tele monitoraggio, teleconsulto) che attraverso frequenti contatti, monitoraggio da remoto con presenza di alert in caso di scostamento da quanto programmato, permettono di intercettare precocemente il paziente evitando l’accesso nei Pronto Soccorso e ricoveri ospedalieri.

Considerato come primo strumento la stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali, nel progetto UCA il team coinvolto stratifica i pazienti arruolati attraverso delle scale di rischio evolutivo.

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) tutti facilmente rilevabili e che sono alla base dei sistemi di “home monitoring” (una declinazione della telemedicina) che sono in grado di intercettare in anticipo, cioè in fase preclinica, un peggioramento delle condizioni cliniche integrando dei banali parametri fisiologici rilevabili con dei semplici devices.

a. Scala MEWS (MODIFIED EARLY WARNING SCORE) (Fig.1) 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, Fig.2) 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).

	3	2	1	0	1	2	3
Pressione Arteriosa Sistolica (mmHg)	<70	71-80	81-100	101-199		≥200	
Frequenza Cardiaca (battiti/minuto)		<40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥130
Frequenza Respiratoria (atti/minuto)		<9		9-14	15-20	21-29	≥30
Temperatura corporea (°C)		<35		35-38.4		≥38.5	
Livello di coscienza				Vigile	Risposta allo stimolo verbale	Risposta allo stimolo doloroso	Non risponde
Paziente critico con valore di un singolo Item =3 o con valore totale della somma degli Item ≥4							

Fig. 1 Scala MEWS. 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*.

ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE		ELIMINAZIONE (ALVO E URINE)		IGIENE E COMFORT		MOBILIZZAZIONE	
1	NPT o NET	1	Incontinenza urinaria e dell'alvo permanente	1	Intera igiene corporea a letto senza l'aiuto del paziente	1	Allettato
2	Deve essere imboccato	2	Incontinenza urinaria e/o dell'alvo occasionale	2	Intera igiene corporea a letto con l'aiuto del paziente	2	Mobilizzazione
3	Necessita di aiuto per alimentarsi	3	Catetere vescicale a permanenza	3	Igiene intima a letto, indipendente nell'uso dei servizi	3	Cammina con l'aiuto di una o più persone
4	Autonomo	4	Autonomo	4	Autosufficiente	4	Autonomo
PROCEDURE DIAGNOSTICHE				PROCEDURE TERAPEUTICHE		PERCEZIONE SENSORIALE	
1	Monitoraggio dei parametri vitali continuo			1	Catetere venoso centrale per infusione continua nelle 24 h	1	Stato soporoso / Coma
2	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi inferiori a 1 h			2	CVC o periferico per infusione non continua	2	Disorientamento temporospaziale continuo, uso di sedativi di giorno e notte
3	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi superiori a 1 h			3	Terapia per os, i.m., e.v. (comprese le fleboclisi)	3	Disorientamento temporospaziale occasionale, dorme di notte con o senza sedativi
4	Esami diagnostici di routine ed altri accertamenti			4	Terapia solo per os o nessuna terapia	4	Paziente vigile e orientato, non necessita di alcun sedativo la notte
Punteggio totale: _____							

Fig.2. La scala 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 rientrano nel punteggio da 7 a 11, a media complessità da 12 a 19, a bassa complessità se invece il punteggio è compreso tra 20 e 28.

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.

6.3. La telemedicina permette di snellire le criticità insite nei due punti precedenti (vedi 6.1 e 6.2) permettendo peraltro di riprendere un punto fondamentale del DM77/2022 che prevede che le attività delle UCA siano integrate con le attività di **telemedicina** declinate in tutti gli aspetti; con l'erogazione di prestazioni a distanza assicurando qualità, sicurezza, privacy e tracciabilità delle stesse soprattutto per le persone che risiedono in aree disagiate e che hanno quindi difficoltà nell'accesso ai servizi tradizionali.

6.4. 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. 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 personale medico da destinare alle Unità di Continuità Assistenziale (UCA) potrà essere personale con rapporto di lavoro a tempo determinato e/o convenzionato con le Aziende Sanitarie, così come descritto nella premessa alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 27/37 del 10/08/2023. Nel caso in cui si opti per l'assegnazione alle UCA di personale medico con rapporto di lavoro convenzionato, sarà necessario attendere la stipula del relativo accordo integrativo regionale con le rappresentanze sindacali. Nelle more della stipula dell'eventuale accordo integrativo, le Aziende Sanitarie potranno assegnare alle UCA unicamente personale medico con rapporto di lavoro dipendente.

Nel progetto i criteri di arruolamento, per i quali si richiede l'intervento della Struttura Complessa della Medicina Convenzionata ARES Sardegna, saranno quindi da stabilire con apposita procedura.

6.5. Risorse tecnologiche

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

- dispositivi per l'assistenza respiratoria;
- monitor multiparametrici;

- defibrillatori semiautomatici portatili (DAE);
- pulsossimetri;
- sfigmomanometri;
- otoscopi;
- glucometri;
- termometri elettronici dotati di protezioni monouso;

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

- ecografi tablet + sonda settoriale e convex e lineare;
- elettrocardiografi

6.5.3 La diagnostica di laboratorio è garantita dalla disponibilità di strumenti che permettono la determinazione in pochi minuti di risultati laboratoristici come:

- dosaggio di procalcitonina; cTnI; d-Dimero; BNP;
- pannello virale

6.5.4 La refertazione dei risultati deve prevedere un'interfaccia per la validazione con il laboratorio territoriale della ASL Sassari

6.5.5 Software e kit per i macroprocessi di telemedicina:

- avviamento dei progetti sperimentali di telemedicina per televisita, teleconsulto e telemonitoraggio.

6.6.6 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.

Adeguata fornitura di Dispositivi Medici e Dispositivi di Protezione Individuale.

6.6.7. Governance e potenziamento del progetto di telemedicina nei pazienti diabetici portatori del microinfusore

Tenuto conto che nella ASL Sassari sono presenti oltre 400 pazienti diabetici portatori del microinfusore Medtronic è in fase di progettazione l'attivazione di un progetto di telemedicina che attraverso un software e una piattaforma gestionale, permette un servizio di follow up remoto con triage del paziente, trasmissione dei dati in tempo reale al medico, report periodici con analisi statistiche dell'andamento dei singoli pazienti e avvio di studi sperimentali. Attraverso il supporto attivo del teleconsulto e azione coordinate tra paziente/caregiver, MMG e specialista diabetologo, il sistema ha l'obiettivo di ridurre la frequenza dell'utilizzo dei servizi ambulatoriali, ospedalieri. Questi pazienti, come descritto nella tabella 2, ricadono frequentemente nei livelli 4-6.

7. Gestione di focolai epidemici

L'attivazione del progetto sperimentale delle UCA della ASL Sassari permette inoltre di prevedere la presa in carico del paziente o delle comunità durante eventuali focolai epidemici. La stratificazione del rischio evolutivo dei pazienti suddetti avverrà attraverso gli strumenti previsti nel punto 6.2 e verrà rinforzato il follow up adoperando la progettualità della telemedicina attraverso i macroprocessi del telemonitoraggio e televisita.

8. Risultati attesi e monitoraggio delle attività

In attesa dell'attivazione della COT e delle case di comunità, è essenziale che vengano identificate delle figure professionali dedicate alla raccolta dei dati risultanti dall'attività delle UCA. In particolare dovranno essere identificati dei parametri che permettano di valutare la performance delle UCA in base ai risultati attesi:

- riduzione degli accessi in PS
- riduzione delle ospedalizzazioni nei reparti dell'area medica e geriatrica
- riduzione delle giornate di degenza in caso di ricovero
- riduzione degli accessi nei servizi ambulatoriali e laboratoristici
- miglioramento della qualità di vita dei pazienti stimata tramite un questionario validato
- stima del valore economico dei singoli risultati

9. 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.

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 in particolare:

- comunicazione con il paziente per il coinvolgimento attivo nel processo di cura;
- 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.

10. Strumenti di supporto per l'attivazione e la *governance* delle UCA

- piattaforma di interfaccia tra le varie figure al fine di migliorare la comunicazione e la fruibilità dei dati sanitari rilevati, condivisi e quindi facilmente disponibili
- attivazione di una mail del distretto (uca.sassari@aslsassari.it uca.alghero@aslsassari.it uca.ozieri@aslsassari.it) dove vanno indirizzate le richieste di arruolamento dei pazienti del progetto UCA
- attivazione di una mail che garantisca la *governance* complessiva delle attività delle UCA dei tre distretti uca.governance@aslsassari.it

Creazione di moduli per:

- consenso informato per arruolamento dei pazienti al progetto UCA
- consenso informato per arruolamento dei pazienti a progetti di telemedicina
- arruolamento del paziente con:
 - a) fase anagrafica del paziente
 - b) motivo clinico dell'arruolamento
 - c) dati anamnestici rilevanti
 - d) stratificazione del rischio (tab. 1-2)
 - e) valutazione fabbisogno assistenziale
 - f) programma assistenziale
 - g) trattamento e terapia programmata ed effettuata

11. Conclusioni

Il progetto sperimentale delle UCA permette, un'implementazione del percorso assistenziale territoriale mettendo a disposizione dei servizi sanitari rivolti ad individui o comunità che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità, e che comportano una comprovata difficoltà operativa. L'avvio del progetto permetterà, nelle more dell'attivazione della casa di comunità, il superamento delle criticità presenti nel territorio non solo regionale, legate al contesto socio-demografico, alla carenza del personale medico operante nel territorio e all'overcrowding dei reparti e delle strutture di emergenza e urgenza che rendono insostenibile il sistema dell'assistenza sanitaria.

Riferimenti normativi.

- Decreto ministeriale 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).
- delibera RAS n° 27/37 del 10 agosto 2023
- delibera RAS n° 995 del 20.09.2023
- delibera RAS n° 1008 del 25.09.2023
- delibera RAS n° 26/15 del 11.08.2022
- delibera RAS n° 19/9 del 12.05.2010
- L.R. dell' 11.09.2020 art.3 comma 1
- delibera del DG ASL Sassari n°797 del 04.08.2023
- delibera del DG ASL Sassari n° 1034 del 23.10.2023

MODELLO ORGANIZZATIVO PROGETTO PILOTA ATTIVAZIONE UCA ASL SASSARI

Figure proponenti

MMG / PLS

OSPEDALE

RSA / Hospice
/ADI

DIP.
PREVENZIONE

AMBULATORI

Compilazione format con richiesta attivazione

- a. Consenso informato per arruolamento UCA
- b. Classificazione pz (Tab 1-2)
- c. Stima fabbisogno assistenziale (tab 2)
- d. richiesta arruolamento telemedicina
- e. Teleconsulto con UCA

UCA

- a. Accettazione pz.
- b. Stratificazione con MEWS / IDA
- c. Programmazione attività con eventuali fast track per accertamenti (percorso pz UCA).
- d. Contatto con figura proponente.
- e. Attivazione Telemedicina.
- f. Trasmissione dati e delle criticità del sistema.

DISTRETTI
ASL SASSARI

- a. Raccolta dati ogni 7 gg. .
- b. Analizzare criticità e attività problem solving.
- c. Rendicontazione oraria UCA mensile
- d. archiviazione della documentazione

Sassari, 13/12/2023

IL DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI
Dott.ssa Annarosa Negri