Allegato 1 Scheda di segnalazione e attivazione UCA

SCHEDA DI SEGNALAZIONE E ATTIVAZIONE UCA

Richiesta di intervento e valutazione di congruità Centrale Operativa Territoriale (COT)

1. DATI DELLA PERSONA ASSISTITA

Cognome	**Nome**
Data di nascita	**Sesso** ☐ **F** ☐ **M**
Codice fiscale	**Telefono**
Residenza (indirizzo, comune, CAP)	
Domicilio, se diverso dalla residenza	
Caregiver/referente (nome, relazione)	**Telefono caregiver/referente**

2. SOGGETTO RICHIEDENTE

☐ Medico del ruolo unico di assistenza primaria (MMG/PLS)

☐ Medico ospedaliero

☐ Medico specialista ambulatoriale

☐ UVMD

☐ Servizi di igiene e sanità pubblica

☐ Centrale NEA 116117

☐ Altro: _____

Nominativo / struttura richiedente	**Recapito tel. / e-mail**

Data e ora della richiesta	**COT ricevente ☐ COT-A ☐ COT-D — Distretto**

Coordinamento con altri percorsi assistenziali: Modello Unico ADI–RSA–Riabilitazione Territoriale–Ospedale di Comunità già attivato per questo paziente? ☐ sì, dal ____/____/_____ ☐ no

L'UCA non può restare attiva in contemporanea alla presenza attiva di un altro setting assistenziale erogante (cfr. criteri di esclusione, sez. 4).

3. CRITERI DI ELEGGIBILITÀ (barrare almeno una voce)

☐ Temporanea o definitiva impossibilità alla movimentazione (disabilità e non autosufficienza)

☐ Fragilità importante che rende rischioso l'accesso in ospedale

☐ Fragilità e/o acuzie in atto che rendono rischioso il trasporto/l'accesso in ospedale

☐ Paziente in isolamento (per la gestione dello stesso o per altre problematiche cliniche concomitanti)

☐ Stato di convalescenza con necessità momentanea di essere seguito a domicilio, o interventi non erogabili/erogati in altro setting

☐ Paziente fragile che necessita di supporto all'Assistenza Domiciliare, in instabilità clinica o emergenti necessità diagnostico-terapeutiche, e/o in attesa di setting definitivo

4. CRITERI DI ESCLUSIONE E LIMITAZIONI

Criteri di esclusione (se presente anche una sola voce, il paziente non è eleggibile per l'UCA):

☐ Situazione di emergenza-urgenza

☐ Instabilità clinica: valore scala NEWS/NEWS2 superiore a 4 — punteggio rilevato: _____ *(va condiviso con il Medico del ruolo unico di assistenza primaria)*

☐ Intervento già erogabile/erogato in altro setting assistenziale attivo

☐ Prestazione richiesta non compatibile con la domiciliarità

Limitazioni da considerare nella pianificazione (non escludenti, ma da valutare in fase di presa in carico):

☐ Indispensabile la presenza di un caregiver in grado di collaborare

☐ Intervento che richiede più di un accesso giornaliero

☐ Intervento che richiede una presa in carico entro e non oltre le 24 ore

5. MOTIVO DELLA RICHIESTA E AMBITO DI INTERVENTO

☐ Interventi temporanei — supporto all'Assistenza Domiciliare in instabilità clinica o emergenti necessità diagnostico-terapeutiche, per evitare il ricovero

☐ Interventi a sostegno di dimissione concordata — transizione delle cure / deospedalizzazione precoce, in attesa di risposta assistenziale definitiva

☐ Interventi di sorveglianza/prevenzione — supporto agli specialisti nella gestione della cronicità, follow-up durante focolai epidemici, emergenze sanitarie, programmi di prevenzione di comunità, supporto a UVMD/UVM

Diagnosi e descrizione del problema clinico principale
Comorbidità / condizioni cliniche rilevanti

6. QUADRO CLINICO ATTUALE

PA (mmHg)	FC (bpm)	FR (atti/min)	SpO_2 (%)	T° (°C)	Dolore NRS /10

Stato di coscienza ☐ Vigile ☐ Confuso ☐ Altro	**Glicemia (mg/dl) ☐ non rilevata**

Punteggio NEWS/NEWS2 (se rilevato al momento della segnalazione): ____ / 19 Livello di rischio: ☐ basso 1–4 ☐ medio 5–6 o singolo parametro = 3 ☐ alto ≥ 7

Se il paziente proviene da un ricovero ospedaliero: utilizzare NEWS2; per la presa in carico occorre un punteggio 1–4 mantenuto da almeno 72 ore, con nessuna variabile pari a 3.

La valutazione clinica dettagliata va effettuata con la Scheda di valutazione clinica domiciliare NEWS2, a ogni accesso dell'équipe UCA.

Mobilità ☐ indipendente ☐ cammina con aiuto ☐ totalmente dipendente
Dispositivi presenti ☐ CVC ☐ PICC ☐ PEG ☐ SNG ☐ catetere vescicale ☐ stomia ☐ tracheostomia ☐ altro: _____

Terapia in atto / variazioni recenti

7. PRESTAZIONI / INTERVENTI RICHIESTI (elenco indicativo e non esaustivo — §7.1 DGR 360/2025)

☐ Prima visita / visita di controllo

☐ Infusione di farmaci e altre sostanze

☐ Gestione cateteri vascolari centrali

☐ Gestione nutrizione enterale e parenterale

☐ Somministrazione di vaccini a domicilio

☐ Medicazione / gestione lesioni

☐ Televisita / telecontrollo / teleassistenza

☐ Trasfusione di sangue ed emoderivati

☐ Gestione cateteri vescicali, ureterali, stomie

☐ Gestione SNG e/o PEG

☐ Attività diagnostica di primo livello (emogasanalisi, spirometria, ECG, ecc.)

☐ Altro: _____

8. CODICE DI TRIAGE PROPOSTO DAL RICHIEDENTE (tabella §11 — conferma a cura dell'équipe UCA in sede di triage domiciliare)

Codice	Setting / erogabilità	Stabilità
☐ A	Erogabile dal Medico del ruolo unico di assistenza primaria	Stabile — monitoraggio medico programmabile, anche bisettimanale
☐ B	Erogabile in contesto ambulatoriale	Stabile — monitoraggio medico-infermieristico programmabile, anche bisettimanale
☐ C	Altro setting residenziale/semiresidenziale/domiciliare, o UCA in attesa di altra risposta	Moderatamente instabile — monitoraggio routinario almeno 1 volta/die
☐ D	Erogabile UCA	Moderatamente stabile — intervento programmabile in tempi brevi (1+/settimana o quotidiano breve periodo)
☐ E	Erogabile UCA con contributo di specialisti e interventi diagnostici a domicilio	Moderatamente stabile — come sopra, con altre figure professionali
☐ F	Erogabile solo in ambito ospedaliero (ricovero)	Instabile — monitoraggio semi-intensivo quotidiano

9. VALUTAZIONE DI CONGRUITÀ COT

☐ Richiesta appropriata e codificata (non necessita discussione collegiale)

☐ Richiesta appropriata ma complessa (coinvolge più attori)

☐ Richiesta borderline — inviata alla COT per ridefinizione del setting

☐ Richiesta inappropriata — necessaria soluzione alternativa

Priorità ☐ urgente ☐ presa in carico entro 48h ☐ teleconsulto entro 7 gg ☐ programmabile	**Data/ora prevista di intervento**
UCA distrettuale assegnata	**Operatore COT**
Note / motivazione della valutazione	

10. FIRME E CONSENSO

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a sulle finalità del trattamento dei dati personali e sanitari ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, e presta il proprio consenso alla presa in carico da parte dell'équipe UCA.

Richiedente — nome e firma	**Responsabile UCA / operatore COT — nome e firma**	**Paziente/caregiver (presa visione) — firma**
Data	**Data**	**Data**