Rev.	Data	Proposta e Redazione	Verifica	Firma	Approvazione
0	10/09/2026	Gdl	Direttrice Sanitaria Aziendale Dr.ssa Maria Giovanna Colella	Maria Giovanna Colella 22.09.2026 12:07:13 GMT+02:00	Il Direttore Generale Dott. Arturo Cavaliere ARTURO CAVALIERE 06.10.2026 13:54:14 GMT+02:00
			Direttrice Distretto A Dott. Ovidio Cedrone	Ovidio Cedrone 02.10.2026 09:38:17 GMT+02:00	
			Direttore Distretto B Dr.ssa Maria Gabriella Battisti	Maria Gabriella Battisti 01.10.2026 11:41:09 GMT+02:00	
			Referente Direttore Distretto C Dott. Domenico Ciuffetta	Domenico Ciuffetta 01.10.2026 14:29:15 GMT+02:00	
			Direttrice Distretto D Dr.ssa Angela Gabriele	ANGELA GABRIELE 05.10.2026 01:22:25 GMT+02:00	
			Direttore Medico di Presidio Frosinone – Alatri Dott. Giampiero Fabi	GIANPIERO FABI 28.09.2026 07:22:29 GMT+01:00	
			Direttore Medico di Presidio Sora – Cassino Dott. Mario Fabi	MARIO FABI 28.09.2026 16:57:51 GMT+02:00	La Direttrice Sanitaria Aziendale Dr.ssa Maria Giovanna Colella Maria Giovanna Colella 22.09.2026 12:07:13 GMT+02:00
			Dirigente Professioni Sanitarie Tecniche Dott.ssa Myriam Tatangelo	Myriam Tatangelo 29.09.2026 11:02:53 GMT+02:00	
			Dirigente Professioni Sanitarie Infermieristiche Ospedaliere Dott.ssa Paola Sabatini	Paola Sabatini 05.10.2026 18:04:15 GMT+02:00	
			Dirigente Professioni Sanitarie Infermieristiche Area Territoriale Dott. Gennaro Scialò	GENNARO SCIALO' 02.10.2026 14:26:10 GMT+02:00	
			Dirigente Professioni Sanitarie Assistente Sociale Dott.ssa Nisia Lucchetti	NISIA LUCCHETTI 29/09/2026 12:26:35 UTC+0200	
			Dirigente Rischio Clinico Dott.ssa Danila Tozzi	Danila Tozzi 02.10.2026 14:40:09 GMT+02:00	
			DPO Aziendale Dott. Carlo Baldesi	Carlo Baldesi 02.10.2026 11:19:12 GMT+02:00	



PERCORSI DI TRANSITIONAL CARE (DM77/2022)

MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE DELLE UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (UCA)

10 SETTEMBRE 2026
ASL FROSINONE

Indice

1. PREMESSA 5
2. CONTESTO DI RIFERIMENTO 5
3. GOVERNANCE AZIENDALE DELLA TRANSITIONAL CARE - UCA 6
3.1 COORDINAMENTO AZIENDALE 8
3.2 COT-A E COT-D 9
4. PRINCIPIO ORGANIZZATIVO E FINALITA' 9
5. ARTICOLAZIONE TERRITORIALE DELLE UCA 10
6. REFERENTE UCA 11
7. COMPOSIZIONE DELL'ÉQUIPE 11
8. ORARIO DI FUNZIONAMENTO 12
9. SISTEMA DI ACCESSO 12
9.1 SOGGETTI ABILITATI ALLA RICHIESTA 12
9.2 ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO E PRESA IN CARICO 12
9.3 DESCRIZIONE OPERATIVA DEL PROCESSO 13
9.4 CRITERI DI ESCLUSIONE 14
10. TRIAGE CLINICO DELL'UCA 14
10.1 STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO E POTENZIALE EVOLUZIONE CLINICA 14
10. 2 CLASSIFICAZIONE DELL'INTERVENTO 15
11. PRESTAZIONI UCA 16
12. INTERCONNESSIONI 16
13. DOTAZIONE TECNOLOGICA 16
14. DOCUMENTAZIONE UCA 17
15. CHIUSURA DELL'INTERVENTO 17
16. TEMPI DI RISPOSTA 17
17. REGOLE PER IL SECONDO ACCESSO 17
18. RESPONSABILITA' DEL SETTING TITOLARE 18
19. GESTIONE DELLE SITUAZIONI AD ALTO RISCHIO 18
20. MATRICE DI RESPONSABILITA' 18
21. SINTESI DEL PERCORSO DI ATTIVAZIONE 19
22. INDICATORI DI PROCESSO 20
23. INDICATORI DI ESITO 20
24.CONTROLLO DELL'APPROPRIATEZZA 21
25. FORMAZIONE 21
26. SICUREZZA E RESPONSABILITA' PROFESSIONALE 22
27. REVISIONE DEL MODELLO 22
28. SINTESI TIPOLOGIE CASISTICHE 23
28.1 CASISTICA 1-DIMISSIONE OSPEDALIERA 23
28.2 CASISTICA 2-ADI 24
28.3 CASISTICA 3-UVMD 25
28.4 CASISTICA 4-CURE PALLIATIVE 26
28.5 CASISTICA 5-OSPEDALE DI COMUNITA' 26
28.6 CASISTICA 6-MMG/MEDICO DEL RUOLO UNICO 27
29. PRINCIPI CONCLUSIVI 28
30. ADDENDUM 28
30.1 ATTIVITA' DI TELEMEDICINA EROGABILI DALLE UCA 28
30.2 ATTIVITA' DI RADIOLOGIA DOMICILIARE 29
31. ALLEGATI 30

Gruppo di lavoro

Coordinamento	
Maria Giovanna Colella	Direttrice Sanitaria
Valeria Puleo	Dirigente Medico Direzione Sanitaria
Vanessa Dell' Uomo	Coord. Infermieristica. COT A
Francesca Palumbo	Assistente Sociale COT A
Ovidio Cedrone	Direttore Distretto A
Sabrina Vari	Coord. Infermieristico Distretto A - Referente COT D - A
Gabriella Battisti	Direttrice Distretto B
Annarita Crescenzi	Coord. Infermieristica Distretto B - Referente COT D-B
Domenico Ciuffetta	Referente Direzione Distretto C
Giovanna Campoli	Coord. Infermieristica Distretto C - Referente COT-C
Angela Gabriele	Direttrice Distretto D
Gianluca Narducci	Coord. Infermieristico Distretto D - Referente COT-D
Gennaro Scialò	Dirigente infermieristico ostetrico Area territoriale Gruppo Regionale Transitional Care
Antonella Cerroni	Infermiera - Referente Aziendale Transitional Care
Pio Pellegrini	Referente Aziendale Telemedicina
Margherita D'Amico	Dirigente Medica Direzione Medica Ospedale F. Spaziani
Claudia Celebrini	Infermiera Telemedicina
Ferrante Fulvio	Direttore UOC Farmacia Clinica Rete Ospedaliera e Produzione
Rocco Massimiliano Frocarelli	Dirigente Farmacista UOC Farmacia Clinica Rete Ospedaliera e Produzione
Marziale Maria Lorena	Dirigente Farmacista UOC Farmacia Clinica Rete Ospedaliera e Produzione
Cecilia Nisitcò	Direttrice UOC Oncologia - Gruppo Regionale Cure Palliative
Giorgio Trombetta	Responsabile UOSD Cure Palliative Ospedale Territorio
Luca Di Sarra	Coord. Infermieristico Hospice le Farfalle
Alessandro Dubla	Palliativista - MMG
Rita Di Stefano	Responsabile UOC ADI
Antonio Aprile	Dirigente Medico UOC ADI
Laura Conte	Coordinatrice Fisioterapisti UOC ADI A/B
Caterina Pizzutelli	MMG Segretario Provinciale FIMMG
Meri Nannucci	MMG Referente Sindacale SMI
Giovanni Magnante	MMG Presidente Provinciale SNAMI
Carlo Pirolli	Responsabile UOSD Radiologia Domiciliare
Marco Spaziani	Responsabile UOSD NAD

1. PREMESSA

Il presente documento definisce il modello organizzativo e operativo delle **Unità di Continuità Assistenziale (UCA)** della ASL di Frosinone, in coerenza con il quadro normativo nazionale e regionale vigente in materia di assistenza territoriale, Centrali Operative Territoriali, continuità assistenziale e Transitional Care.

Il modello è sviluppato, in particolare, alla luce:

- del Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77;
- della programmazione regionale dell'assistenza territoriale;
- della disciplina regionale delle Unità di Continuità Assistenziale;
- della DGR Lazio n. 360/2025, relativa al modello organizzativo e funzionale delle UCA;
- della DGR Lazio n. 621/2025, recante le linee di indirizzo per la governance organizzativa e gestionale delle COT e l'implementazione dei processi di Transitional Care;
- degli ulteriori atti regionali relativi alla piattaforma regionale di Transitional Care;
- degli atti organizzativi vigenti della ASL di Frosinone.

Il documento è la base per attivare quanto necessario ai bisogni aziendali. I servizi specifici saranno oggetto di istruzioni operative di contesto.

2. CONTESTO DI RIFERIMENTO

La superficie totale della ASL di Frosinone è di 3.241,88 kmq ed il bacino di utenza è di 464.789 abitanti (Open Salute Lazio,2025), distribuiti in 4 Distretti Sanitari.



Figura 4: Provincia di Frosinone, Fonte: www.opensalutelazio.it

Distretto Sanitario	Abitanti
Distretto “A”	87.271
Distretto “B”	171.928
Distretto “C”	93.593
Distretto “D”	111.997
Totale	**464.789**

Tabella 2: Popolazione ASL Frosinone per distretto 2025, Fonte: www.opensalutelazio.it

In applicazione al DM77/2022 la ASL dispone di una **COT-A aziendale e di quattro COT-D**, corrispondenti ai quattro Distretti. Tale articolazione costituisce il riferimento territoriale per l'organizzazione delle UCA.

Il modello aziendale considera le UCA non come servizio isolato, ma come **funzione mobile clinico-assistenziale inserita nella rete della Transitional Care**, finalizzata a sostenere le transizioni tra ospedale, territorio, domicilio e altri setting assistenziali.

3. GOVERNANCE AZIENDALE DELLA TRANSITIONAL CARE-UCA

Nell’organizzazione dell’UCA, la **ASL Frosinone** adotta un modello distrettuale integrato di **Transitional Care**, finalizzato a garantire la continuità assistenziale e la presa in carico delle persone fragili, croniche e ad elevata complessità assistenziale nei passaggi tra i diversi setting di cura.

Il modello supera una logica centrata sulla singola prestazione e introduce una **visione unitaria e coordinata del percorso assistenziale**, nella quale ospedale, territorio, domicilio e servizi sociosanitari operano secondo una logica di rete.

L’organizzazione si articola su due livelli tra loro interconnessi: aziendale e distrettuale.

Livello aziendale – Coordinamento della Transitional care:
il coordinamento aziendale della Transitional care assicura la **governance complessiva del modello**, definendo indirizzi organizzativi, criteri omogenei di funzionamento, modalità di integrazione tra i diversi servizi e sistemi di monitoraggio degli esiti. A questo livello vengono garantiti il coordinamento interdistrettuale, la condivisione dei percorsi assistenziali e l’utilizzo di strumenti comuni per la gestione della transizione. La dimensione aziendale consente quindi di assicurare uniformità, appropriatezza e continuità nell'erogazione dell'assistenza, valorizzando al contempo le specificità dei singoli territori.

Livello distrettuale:
rappresenta il **livello operativo e di prossimità**, nel quale l’UCA si integra con la rete dei servizi territoriali e con i professionisti coinvolti nella presa in carico. Il Distretto costituisce il punto di raccordo tra assistenza primaria, servizi domiciliari, strutture residenziali e semiresidenziali, servizi specialistici, strutture ospedaliere e componente sociale.

L'elemento caratterizzante del modello è la **funzione di raccordo** esercitata dall'UCA. L'Unità opera in una logica multidisciplinare e multiprofessionale, favorendo la condivisione delle informazioni e la definizione di un **piano assistenziale individualizzato e coerente con i bisogni della persona**. L'intervento può riguardare, ad esempio, la dimissione ospedaliera protetta, il passaggio dall'assistenza ospedaliera a quella domiciliare, la gestione di una fase di riacutizzazione della patologia cronica o il supporto temporaneo a situazioni di particolare complessità.

In tale prospettiva, la **transitional care** non coincide semplicemente con il trasferimento della persona da un servizio all'altro, ma rappresenta un **processo organizzato di accompagnamento**, nel quale vengono garantiti il passaggio delle informazioni cliniche e assistenziali, la definizione delle responsabilità, la continuità terapeutica, il coinvolgimento della persona e del caregiver e il raccordo con i professionisti che proseguiranno la presa in carico.

Il modello a due livelli consente quindi di coniugare **governance aziendale e prossimità distrettuale**: l'Azienda definisce e coordina il sistema, mentre il Distretto ne assicura l'attuazione concreta attraverso l'integrazione dell'UCA nella rete territoriale. L'obiettivo finale è costruire una **continuità assistenziale senza soluzione di continuità**, capace di accompagnare la persona nei diversi momenti del percorso di cura, riducendo la frammentazione organizzativa e favorendo appropriatezza, sicurezza e presa in carico integrata.

Livello aziendale

Direzione Strategica

↓

Coordinamento aziendale COT/UCA e Transitional Care

↓

COT-A

Livello distrettuale

Direzione del Distretto

↓

COT-D

↓

UCA distrettuale

↓

rete territoriale e ospedaliera

Il modello assicura contemporaneamente:

- autonomia operativa delle singole UCA;
- afferenza distrettuale;
- uniformità aziendale delle procedure;
- interoperabilità informativa;
- possibilità di collaborazione e supporto tra le quattro UCA;
- monitoraggio aziendale degli indicatori.

3.1 COORDINAMENTO AZIENDALE DI TRANSITIONAL CARE

Al fine di creare un **coordinamento unico** perché i servizi lavorino in modo integrato, soprattutto per i pazienti fragili o con bisogni complessi,viene istituito il **Coordinamento Aziendale di Transitional Care** con funzioni di indirizzo, monitoraggio e uniformazione dei percorsi.

Il Coordinamento è composto, secondo quanto definito dall'Azienda, da rappresentanti di:

- Direzione Strategica
- Direzioni dei Distretti
- Direzioni Mediche di Presidio
- Dipartimento delle Professioni Sanitarie
- COT-A;
- COT-D;
- UCA;
- ADI;
- UVMD;
- UVMPa;
- Assistenza primaria
- Specialistica Ambulatoriale
- Sistemi informativi
- Telemedicina
- Formazione

Eventuali ulteriori strutture saranno coinvolte secondo necessità.

Il Coordinamento:

1. definisce gli standard operativi aziendali;
2. garantisce uniformità dei percorsi;
3. monitora gli indicatori;
4. verifica l'integrazione tra i setting di Transitional Care;
5. promuove la collaborazione tra i setting di Transitional Care
6. propone azioni correttive;
7. coordina la formazione;
8. verifica l'interoperabilità dei sistemi informativi;
9. valuta periodicamente il fabbisogno di personale e mezzi;

3.2. COT-A E COT-D[1]

La ASL Frosinone ha istituito una **COT-A aziendale e quattro COT-D**, ubicate nei territori dei quattro Distretti.

La COT-A assicura funzioni di:

- coordinamento aziendale;
- supervisione dei processi di Transitional Care;
- raccordo con la governance aziendale;
- supporto all'integrazione delle COT-D e TOH
- gestione delle situazioni che richiedano coordinamento interdistrettuale;
- raccordo con i livelli regionali (Nea116/117 -altro)

Le COT-D assicurano:

- ricezione delle richieste
- verifica della competenza territoriale
- valutazione organizzativa
- coordinamento dei setting
- attivazione delle UVMD/UVMPa
- attivazione e raccordo con l'UCA
- monitoraggio del percorso
- chiusura del processo di Transitional Care.

4. PRINCIPIO ORGANIZZATIVO E FINALITA'

L'UCA ha la funzione di presa in carico di individui o comunità che si trovano in condizioni clinico-assistenziali complesse, con difficoltà nella gestione e nella continuità delle cure tra i diversi setting assistenziali, promuovendo, ove possibile, il domicilio come luogo privilegiato di cura. Gli ambiti di intervento principali si articolano in:

- interventi temporanei;
- interventi a supporto dei processi di dimissione concordata;
- interventi di sorveglianza e prevenzione.

L'UCA non costituisce una modalità alternativa di presa in carico ordinaria e non sostituisce:

- MMG/PLS;
- ADI;
- UVMD;
- Cure Palliative;
- specialistica territoriale;
- servizi di emergenza-urgenza
- altri setting assistenziali.

[1] Atto deliberativo n°33 del 31/01/2024 ASL Frosinone

L'intervento UCA deve essere sempre finalizzato a un obiettivo assistenziale definito, misurabile e temporalmente delimitato.

Le UCA perseguono le seguenti finalità:

1. garantire la continuità assistenziale nelle transizioni tra differenti setting;
2. supportare temporaneamente il professionista o l'équipe titolare della presa in carico;
3. favorire la permanenza appropriata della persona al domicilio;
4. supportare i percorsi di dimissione e trasferimento dall'ospedale al territorio;
5. supportare i percorsi di transizione dall'Ospedale di Comunità al domicilio;
6. intervenire nelle situazioni di instabilità clinico-assistenziale di competenza territoriale;
7. sostenere temporaneamente l'ADI nelle situazioni di particolare complessità;
8. supportare il Dipartimento di Prevenzione nelle situazioni complesse;
9. facilitare l'accesso e il raccordo con la rete delle Cure Palliative;
10. garantire interventi di sorveglianza e prevenzione nelle situazioni previste dalla normativa;
11. contribuire alla prevenzione di accessi impropri al Pronto Soccorso e ricoveri potenzialmente evitabili;
12. favorire l'integrazione multiprofessionale e intersetting.

5. ARTICOLAZIONE TERRITORIALE DELLE UCA

Le UCA afferiscono **funzionalmente e organizzativamente al Distretto**.
La sede operativa viene individuata dall'Azienda in coerenza con la programmazione regionale, presso la **Casa della Comunità HUB** alla quale l'unità afferisce anche dal punto di vista organizzativo, una per distretto.

Sono individuate quattro articolazioni UCA, corrispondenti ai quattro Distretti aziendali:

Distretto	Popolazione di riferimento	UCA	SEDE UCA	COT-D di riferimento
A – Alatri-Anagni	87.271	UCA Distretto A	CDC Anagni	COT-D A
B – Frosinone	171.928	UCA Distretto B	CDC Frosinone	COT-D B
C – Sora	93.593	UCA Distretto C	CDC Isola Liri	COT-D C
D – Cassino	111.997	UCA Distretto D	CDC Pontecorvo	COT-D D

6. REFERENTE UCA

Il **Referente organizzativo dell' UCA,** per ciascun Distretto, è individuato nella persona del Coordinatore del Distretto

Il Referente:

- coordina l'équipe UCA;
- riceve dalla COT-D le richieste validate;
- assegna il caso all'équipe;
- verifica la priorità;
- definisce la programmazione dell'intervento;
- coordina l'eventuale coinvolgimento specialistico;
- garantisce la continuità operativa dell'équipe;
- verifica la restituzione alla COT-D;
- monitora gli esiti;
- collabora con la Direzione del Distretto;
- partecipa al Coordinamento Aziendale UCA-COT.

Il Referente UCA non assume la titolarità permanente della presa in carico.

7. COMPOSIZIONE DELL'ÉQUIPE

L'équipe UCA è costituita secondo lo standard regionale vigente.

La composizione ordinaria prevede:

- **un medico**;
- **un infermiere**.

L'équipe con competenze nella gestione dei pazienti complessi, in particolare con multi-cronicità ed in possesso di comprovata esperienza professionale, può essere integrata quando necessario da altre professionalità (rete di consulenti messi a disposizione del servizio secondo protocolli e procedure concordate) e competenze specialistiche, anche attraverso i percorsi di teleconsulto o di intervento concordato.

Nello specifico l'UCA può avvalersi, secondo necessità, del raccordo con:

- MMG/PLS;
- specialisti territoriali;
- specialisti ospedalieri;
- fisioterapisti;
- farmacisti;
- professionisti della nutrizione;
- professionisti delle Cure Palliative;
- assistenti sociali;
- altri professionisti della rete.

8. ORARIO DI FUNZIONAMENTO

Le UCA garantiscono il funzionamento secondo lo standard regionale vigente, articolato su:
7 giorni su 7 e per necessità organizzative aziendali per 4 ore/die – nella fascia 08:00-20:00.
Tale organizzazione sarà oggetto di implementazione, in relazione ai volumi di attività.

La pianificazione aziendale deve garantire:

- copertura delle attività;
- sostituzione del personale;
- continuità del servizio;
- raccordo con la COT-D - TOH;
- disponibilità dei mezzi;
- gestione delle richieste nelle fasce di servizio.

Le situazioni che insorgano al di fuori dell'orario UCA sono indirizzate ai servizi competenti secondo la natura e l'urgenza del bisogno.

9. SISTEMA DI ACCESSO

Nell'organizzazione aziendale è stato individuato, quale strumento per la gestione e tracciabilità delle richieste UCA, un modello editabile trasmesso via email (Allegato 1), nelle more della piena funzionalità della piattaforma **SIATeSS** (Sistema Informativo per l'Assistenza Territoriale Sociale, Sanitaria e SocioSanitaria)[2].

9.1. SOGGETTI ABILITATI ALLA RICHIESTA

La richiesta di attivazione UCA può essere formulata, nei termini indicati dalle Linee di indirizzo, dai seguenti attori, secondo le rispettive competenze:

- MMG/ MRUAP
- PLS
- medico ospedaliero
- medico dell'Ospedale di Comunità
- UVMD
- UVMPa
- medico specialista ambulatoriale
- servizi di igiene e sanità pubblica
- altri servizi territoriali

9.2 ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO E PRESA IN CARICO

La attivazione delle UCA da parte dei singoli Distretti avviene in modo centralizzato tramite la COT-A, in interconnessione con le COT-D e TOH.

[2] Piattaforma digitale della Regione Lazio creata per gestire in modo integrato le richieste e i servizi di cura di transizione

COT-D competente definisce le modalità di erogazione dell'intervento in base al grado priorità e timing d'intervento , assegnandolo all'équipe territoriale di riferimento.
Segue il triage domiciliare effettuato dall'équipe UCA che utilizza la scheda di valutazione clinica domiciliare (Allegato 2), al termine del quale possono delinearsi i successivi scenari assistenziali.

9.3 DESCRIZIONE OPERATIVA DEL PROCESSO:

La COT-A acquisisce le istanze di attivazione dai soggetti abilitati UCA, 7 giorni su 7 con orario h 12 (8.00/20.00).
La richiesta viene inviata attraverso mail alla COT-A all'indirizzo mail cot.a@aslfrosinone.it, mediante compilazione dell'apposita Scheda di segnalazione e attivazione UCA (Allegato 1) che sarà disponibile in formato digitale sul sito internet aziendale nella pagina dedicata alle UCA.

La COT-A è responsabile del processo di valutazione delle richieste di intervento, secondo i criteri descritti nelle Linee di indirizzo regionali DGR. 360 del 23 Maggio 2025.

Verificata la congruità della richiesta (se necessario contattando il richiedente e il paziente/caregiver di riferimento per raccogliere ulteriori informazioni) e la completezza della documentazione fornita dal richiedente, la COT-A trasmette la richiesta di attivazione UCA alla COT-D di residenza/domicilio, ai seguenti indirizzi:

- cot.da@aslfrosinone.it
- cot.db@aslfrosinone.it
- cot.dc@aslfrosinone.it
- cot.dd@aslfrosinone.it

Nelle more di individuazione delle funzioni organizzative previste dal PNRR,
la COT- D trasmette la richiesta al Coordinatore Infermieristico del Distretto di residenza/domicilio del paziente al seguente indirizzo mail:

- uca.distrettoa@aslfrosinone.it
- uca.distrettob@aslfrosinone.it
- uca.distrettoc@aslfrosinone.it
- uca.distrettod@aslfrosinone.it

Giornalmente il Coordinatore Infermieristico del Distretto, o suo delegato, verifica le richieste ricevute dalla COT-D e organizza ed attiva l'equipe UCA (in base al grado di priorità ed al timing d'intervento).

A seconda delle situazioni con la valutazione della congruità , la richiesta potrà essere definita come:

- richiesta appropriata che non necessità di discussione collegiale;
- richiesta appropriata ma complessa che coinvolge più attori e cui seguirà attivazione;
- richiesta borderline, che si invia alla COT per avvio processo di ridefinizione del setting;
- richiesta inappropriata che necessita di una soluzione alternativa.

Gli Interventi vengono programmati assicurando:

- la presa in carico del paziente entro le 48 H (priorità), salvo interventi di carattere clinico assistenziale che necessitino tempistiche inferiori;
- il teleconsulto (programmabile), entro una settimana dall'arrivo della richiesta.

Il referente UCA assegna i casi all'equipe UCA secondo grado di priorità ed il timing previsto e chiedendo il supporto di altri specialisti/ professionisti in teleconsulenza.

9.4 CRITERI DI ESCLUSIONE

- attività ordinarie del MMG
- attività ordinaria dell'ADI
- Emergenza/urgenza
- NEWS > 4
- NEWS2 non compatibile con presa in carico post-ospedaliera
- Prestazione erogabile ordinariamente da altro setting
- Prestazione non compatibile con la domiciliarità
- Necessità di più di un accesso giornaliero
- Necessità di presa in carico continuativa non temporanea

10. TRIAGE CLINICO DELL'UCA

10.1 Stratificazione del rischio e potenziale evoluzione clinica

L'UCA, una volta attivata, effettua la valutazione clinica.
Quando appropriato, viene utilizzato il **NEWS/NEWS2**, secondo la disciplina regionale e le procedure aziendali (Lazio DGR 360 del 2025).
Il NEWS/NEWS2 costituisce uno strumento (tra i più efficaci per l'analisi del rischio di deterioramento clinico e la prevenzione di eventi avversi) per la stratificazione del rischio e non sostituisce il giudizio clinico.

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 ≥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..

10.2. Classificazione dell'intervento

Il modello aziendale recepisce la proposta regionale di scheda triage per maggior comprensione dello stato clinico del paziente:

Codice A	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
Codice B	Intervento erogabile in contesto ambulatoriale	STABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio Medico-Infermieristico/Strumentale programmabile, anche bisettimanale
Codice C	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
Codice D	Intervento erogabile UCA	MODERATAMENTE STABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio intervento Medico-Infermieristico/Strumentale programmabile in tempi brevi che può essere - una o più volte la settimana - quotidiano ma per breve periodo
Codice E	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 - una o più volte la settimana/mese - quotidiano ma per breve periodo e con intervento di altre figure professionali oltre UCA
Codice F	Intervento erogabile solo in ambito ospedaliero (ricovero)	INSTABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S semi-intensivo quotidiano

La classificazione viene registrata nel sistema informativo aziendale e costituisce elemento del flusso di monitoraggio.

11. PRESTAZIONI UCA

A titolo esemplificativo si rappresentano le seguenti prestazioni:

- Prima visita o visita di controllo;
- Televisita, telecontrollo, teleassistenza;
- terapia infusionale secondo criteri;
- gestione di accessi venosi complessi;
- gestione di cateteri in casi selezionati;
- gestione stomie in situazioni complesse;
- supporto nutrizionale;
- trasfusione di sangue ed emoderivati (valutata e concordata con UOC SIMT);
- gestione SNG/PEG in raccordo con servizio NAD;
- vaccinazioni domiciliari secondo programmi;
- diagnostica di primo livello, quale ECG, emogasanalisi, spirometria, ecc…;
- altre prestazioni compatibili con setting assistenziale.

La DGR n°360 del 29 Maggio 2025 precisa che l'elenco è indicativo e non esaustivo e che i casi non esplicitamente descritti devono essere valutati dalla COT con l'équipe UCA.

12. INTERCONNESSIONI

Le **interconnessioni tra l'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) e il sistema di Transitional Care costituiscono il pilastro operativo del DM 77/2022 per assicurare la continuità assistenziale tra ospedale e territorio.**

Questo ecosistema integrato si attiva per proteggere il paziente fragile o in fase avanzata di malattia durante i passaggi (transizioni) tra i diversi setting di cura, evitando frammentazioni assistenziali, ricoveri impropri ed errori terapeutici.

Altri attori fondamentali , come da DGR n°360 del 29 Maggio 2025, per la riuscita del processo sono:

- Farmacia Distrettuale per acquisizione di farmaci e dispositivi medici;
- Infusione di farmaci e altre sostanze: non include la somministrazione di ferro e 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
- Laboratorio analisi per esami ematici a domicilio;
- Radiologia per indagini radiologiche a domicilio
- Cardiologo e pneumologo per attività di telerefertazione;
- Medici specialisti per attività di teleconsulto;
- Infettivologo per attività di teleconsulto ed prescrizione di terapie mirate;
- Specialisti dei centri NAD, terapia antalgica e cure palliative

13. DOTAZIONE TECNOLOGICA

Ogni équipe UCA deve disporre di:

- dispositivi informatici mobili;

- accesso sicuro ai sistemi aziendali;
- connessione dati;
- cartella clinico-assistenziale digitale;
- strumenti per telemedicina;
- strumenti diagnostici portatili;
- dispositivi per rilevazione dei parametri vitali;
- strumenti per comunicazione sicura con COT-D e professionisti della rete.

La documentazione dell'intervento deve essere registrata nel sistema informativo aziendale secondo i profili di accesso autorizzati.

14. DOCUMENTAZIONE UCA

Per ogni intervento deve essere disponibile una documentazione cartacea/digitale contenente la copia della scheda segnalazione ed attivazione UCA (Allegato 1) e la scheda di valutazione clinica domiciliare (Allegato 2).

15. CHIUSURA DELL'INTERVENTO

L'intervento UCA si conclude quando:

- l'obiettivo è raggiunto;
- la criticità è stabilizzata;
- il paziente viene restituito al MMG;
- il paziente viene trasferito in altro setting;
- è necessario il ricovero ospedaliero.

La chiusura deve essere registrata nel sistema informativo. L'esito della valutazione (Allegato 2) viene inviato alla COT D che a sua volta, come di consueto, invia al MMG/MRUAP del paziente.

16. TEMPI DI RISPOSTA

Lo standard regionale (DGR 360 del 23 Maggio 2025) prevede:

- **presa in carico entro 48 ore**, salvo interventi che richiedano tempi inferiori.

Per il teleconsulto:

- **presa in carico entro una settimana dalla richiesta**.

Le prestazioni di telemedicina non possono essere effettuate al primo accesso ma solamente per il secondo accesso e nel periodo di presa in carico.

17. REGOLE PER IL SECONDO ACCESSO

La DGR 360 consente la ripetizione dell'intervento **una volta dopo il primo accesso**, fino alla presa in carico definitiva.

Pertanto la COT D impedirà la programmazione di ulteriori accessi UCA senza:

- nuova valutazione UVM;
- motivazione clinico-organizzativa;
- indicazione del setting definitivo.

Questo è un punto importante per evitare che l'UCA si trasformi in una **ADI parallela**.

18. RESPONSABILITÀ DEL SETTING TITOLARE

Il servizio che prende in carico stabilmente il paziente deve:

- ricevere la relazione UCA;
- recepire le indicazioni;
- garantire la prosecuzione del percorso;
- aggiornare il PAI, ove necessario;
- comunicare alla COT-D eventuali criticità.

19. GESTIONE DELLE SITUAZIONI AD ALTO RISCHIO

Qualora durante l'intervento UCA emergano condizioni cliniche incompatibili con la gestione territoriale:

1. l'équipe valuta il livello di rischio;
2. attiva il percorso di emergenza-urgenza quando indicato attivando il 112;
3. informa la COT-D;
4. informa il MMG e/o il servizio titolare;
5. documenta l'evento;
6. assicura, ove possibile, la continuità informativa con il setting ospedaliero
7. Attiva UMVD/UVMPa attraverso invio scheda attivazione alla COT D.

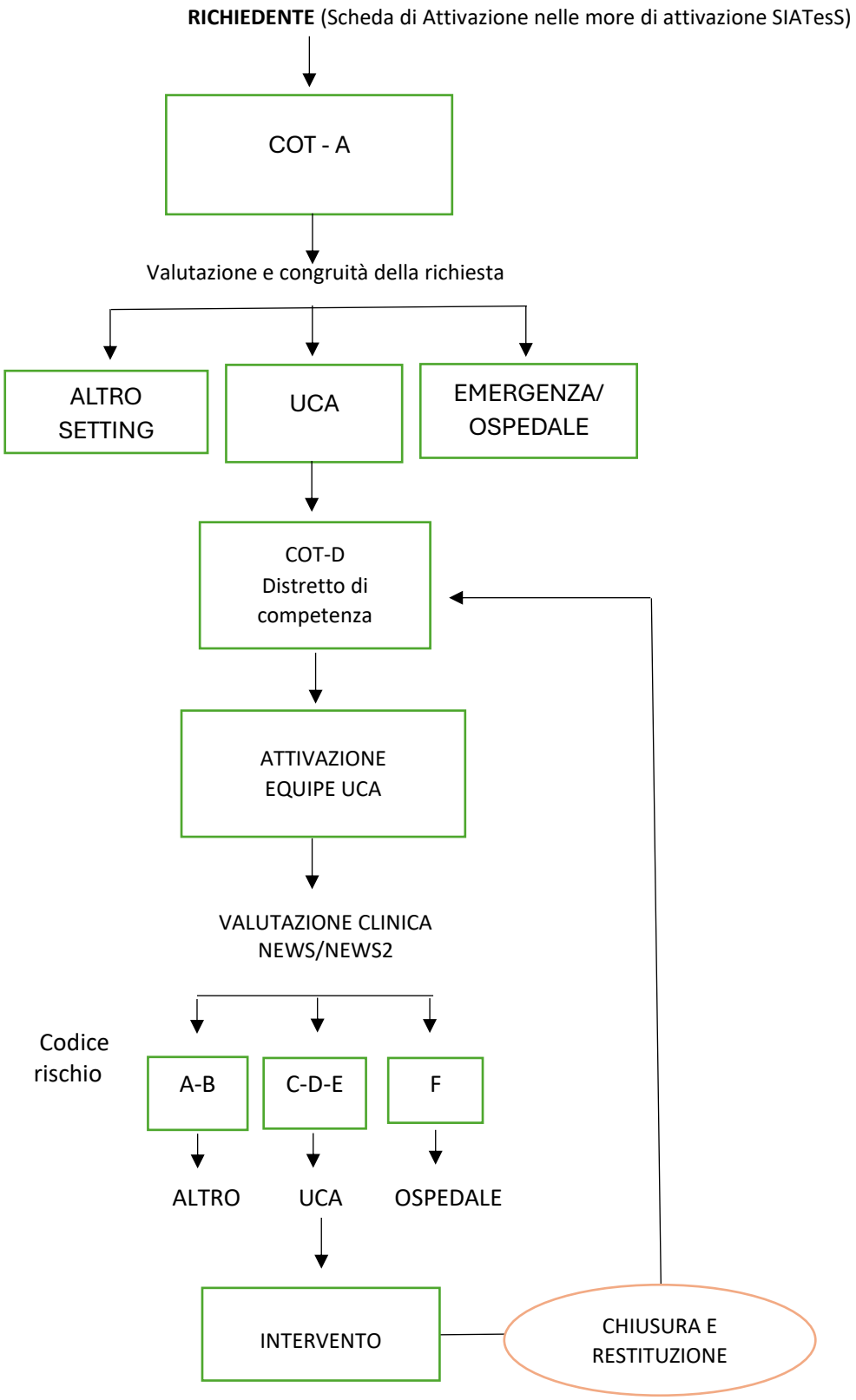
L'UCA non sostituisce il sistema di emergenza-urgenza.

20.MATRICE DI RESPONSABILITA'

Processo	Richiedente	COT-A	COT-D	Referente UCA	Equipe UCA
Segnalazione bisogno	R	C	C	C	
Verifica competenza	I	R	C		
Triage organizzativo	I	C	R	C	C
Attivazione UCA	I			R	C
Valutazione clinica		I	C	C	R
Intervento domiciliare	I	C	C	C	R
Restituzione	I	I	C	C	R
Monitoraggio	I	C	C	R	C
Chiusura episodio	I	I	R*	R*	C

I Informato; C Coinvolto; R Responsabile; R* Responsabile per quanto di competenza

21. SINTESI DEL PERCORSO DI ATTIVAZIONE



22. INDICATORI DI PROCESSO

Accesso

% richieste complete al primo invio/totali richieste per semestre

Appropriatezza

% richieste appropriate / richieste totali

Tempestività

% interventi entro 48 ore/totali richieste attivazione UCA

Integrazione

% interventi UCA integrati con ADI

UVMD

% richieste con attivazione UVMD/totali interventi UCA

Cure Palliative

% richieste con attivazione UVMPa/totali interventi UCA

Dimissioni

% dimissioni ospedaliere con intervento UCA entro 48h/totali richieste attivate

23. INDICATORI DI ESITO

Da monitorare trimestralmente:

- Tasso di riospedalizzazioni;
- attivazione ADI;
- accesso OdC;
- accesso Cure Palliative;
- ripetizione UCA;
- mancata presa in carico dal setting definitivo.

24. CONTROLLO DELL'APPROPRIATEZZA

Il Coordinamento Aziendale UCA-COT effettua almeno trimestralmente un audit su un campione di casi.

Il campione dovrebbe comprendere:

- 10% delle richieste;
- tutte le richieste con codice F;
- tutte le richieste con secondo accesso;
- casi con NEWS >4;
- casi con ricovero entro 7 giorni;
- casi con contestazione del setting.

Inoltre trimestralmente il Coordinatore UCA Distrettuale effettuerà un monitoraggio delle attività svolte dall'UCA di riferimento attraverso la scheda di monitoraggio delle attività (Allegato 3) e le stesse saranno oggetto di valutazione del Coordinamento Aziendale di Transitional Care.

25. FORMAZIONE

L'Azienda deve garantire una formazione integrata destinata agli operatori di:

- COT-A;
- COT-D;
- UCA;
- ADI;
- UVMD;
- Cure Palliative;
- MMG/medici del ruolo unico;
- IFeC;
- professionisti ospedalieri.

La formazione deve riguardare:

- modello regionale UCA;
- Corsi di BLSD
- Transitional Care;
- criteri di appropriatezza;
- NEWS/NEWS2;
- strumenti di valutazione;
- telemedicina;
- piattaforma regionale Transitional Care;
- comunicazione interprofessionale;
- gestione delle dimissioni;
- integrazione ADI/UVMD/Cure Palliative.

26. SICUREZZA E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

Ogni intervento deve essere effettuato nel rispetto:

- delle competenze professionali;
- dei protocolli aziendali;
- della normativa sulla sicurezza;
- della normativa sulla protezione dei dati personali;
- delle procedure per l'accesso domiciliare;
- delle procedure di gestione del rischio clinico.

L'UCA deve operare in condizioni di sicurezza sia per l'assistito sia per gli operatori.

27. REVISIONE DEL MODELLO

Il modello è sottoposto a verifica almeno annuale.

La revisione deve tenere conto:

- degli indicatori di attività;
- dei tempi di risposta;
- degli esiti;
- delle riospedalizzazioni;
- del carico di lavoro delle UCA;
- della distribuzione territoriale della domanda;
- dell'evoluzione delle Case della Comunità;
- dell'attivazione degli Ospedali di Comunità;
- delle modifiche della normativa regionale;
- dell'evoluzione della piattaforma di Transitional Care.

28. SINTESI TIPOLOGIE CASISTICHE:

28.1 CASISTICA 1 – DIMISSIONE OSPEDALIERA

Percorso

Reparto/PS
↓
TOH
↓
COT A
↓
valutazione
↓
COT-D
↓
UCA
↓
domicilio/Atro setting

Attivazione

Il medico ospedaliero deve trasmettere:

- diagnosi;
- lettera di dimissione/progetto di dimissione;
- terapia;
- esami;
- PAI
- obiettivo UCA;
- prestazioni necessarie;
- data prevista dimissione;
- eventuale attivazione successiva ADI;
- altri setting

La DGR 360 contempla espressamente l'attivazione da parte del medico ospedaliero in previsione della deospedalizzazione, dopo inquadramento diagnostico e predisposizione del programma terapeutico.

Regola fondamentale

L'UCA **non deve essere utilizzata per compensare una dimissione clinicamente non completata**.

Il paziente deve essere:

- diagnosticamente inquadrato;
- stabilizzato;
- compatibile con il domicilio;
- con programma terapeutico definito.

Per i pazienti provenienti dall'ospedale, la DGR richiede NEWS2 1–4 da almeno 72 ore e nessuna variabile pari a 3.

28.2. CASISTICA 2 – ADI

Percorso

ADI
↓
Scheda di richiesta (Allegato 1)
↓
COT-D
↓
valutazione
↓
UCA
↓
ADI

L'UCA può essere attivata quando il paziente ADI presenta:

- instabilità clinica moderata;
- emergente necessità diagnostica;
- necessità terapeutica;
- difficoltà operativa temporanea;
- rischio di ricovero evitabile.

La DGR 360 individua espressamente il supporto all'ADI in situazioni di instabilità o emergenti necessità diagnostico-terapeutiche.

Regola organizzativa

ADI resta titolare della presa in carico.

L'UCA effettua:

intervento → stabilizzazione → restituzione ad ADI.

28.3. CASISTICA 3 – UVMD

Percorso A

UVMD
↓
richiesta UCA
↓
COT-D
↓
UCA
↓
valutazione domiciliare
↓
relazione
↓
UVMD

Percorso B

COT-D
↓
UCA
↓
emersione di bisogno complesso
↓
UVMD

La DGR 360 prevede espressamente il supporto UCA alle UVMD sia a domicilio sia in setting ospedaliero.

La relazione UCA deve riportare:

- condizioni cliniche;
- autonomia;
- condizioni sociali;
- caregiver;
- ambiente;
- bisogni sanitari;
- bisogni assistenziali;
- rischio clinico;
- setting ritenuto appropriato;
- proposta di percorso.

L'UCA non sostituisce la UVMD.

28.4 CASISTICA 4 – CURE PALLIATIVE

Percorso

MMG/ADI/Ospedale/UVMD

↓

COT-D

↓

valutazione

↓

UVMPa

•

eventuale UCA

L'UCA interviene quando:

- esiste una necessità temporanea;
- è necessaria una prestazione compatibile con il domicilio;
- è necessario supportare una transizione;
- è necessario un raccordo clinico;
- la rete palliativa necessita di supporto UCA.

La DGR 360 prevede tra le interconnessioni i centri di terapia antalgica e Cure Palliative e stabilisce che le connessioni locali siano definite con procedure operative aziendali.

L'UCA non sostituisce la rete Cure Palliative.

28.5 CASISTICA 5 – OSPEDALE DI COMUNITÀ

Percorso

OdC

↓

COT-D

↓

UCA

↓

domicilio

↓

eventualmente:

↓

ADI

L’UCA può essere attivata quando il paziente è pronto alla dimissione dall’OdC ma necessita di:

- supporto transitorio;
- prestazioni temporanee;
- monitoraggio clinico;
- raccordo con ADI;
- supporto diagnostico;
- verifica domiciliare.

28.6. CASISTICA 6 – MMG/MEDICO DEL RUOLO UNICO

Percorso

visita domiciliare MMG

↓

Scheda di attivazione

↓

COT-A

↓

COT-D

↓

UCA

↓

intervento

↓

MMG

È il percorso tipico per:

- riacutizzazione di patologia cronica;
- paziente non trasportabile;
- necessità diagnostica domiciliare;
- necessità terapeutica temporanea;
- rischio di accesso improprio al PS.

Il MMG deve indicare:

1. diagnosi;
2. problema attuale;
3. parametri;
4. terapia;
5. obiettivo;
6. prestazione richiesta;
7. perché l’intervento non è gestibile ordinariamente.

La DGR 360 contempla espressamente la richiesta del medico del ruolo unico dopo visita domiciliare.

29. PRINCIPI CONCLUSIVI

Il modello della ASL Frosinone si fonda sulla seguente architettura organizzativa:
COT-A = governance aziendale e coordinamento della Transitional Care
COT-D = governo organizzativo del percorso nel Distretto
Responsabile UCA = coordinamento operativo dell'équipe
UCA = intervento mobile, temporaneo e multiprofessionale sulla complessità
MMG/medico del ruolo unico = riferimento clinico territoriale
ADI = presa in carico domiciliare strutturata
UVMD = valutazione multidimensionale e definizione/rimodulazione del progetto assistenziale
Cure Palliative = presa in carico specialistica palliativa
Ospedale di Comunità = setting intermedio
Ospedale per acuti = setting della complessità non gestibile territorialmente

Il modello garantisce pertanto che la persona sia accompagnata nella transizione tra i diversi setting senza trasferimenti impropri della titolarità assistenziale e attraverso una **regia unica, digitale, tracciabile e multidisciplinare**.

30. ADDENDUM

30.1 ATTIVITA' DI TELEMEDICINA EROGABILI DALLE UCA

L'UCA può erogare, nel corso dell'assistenza ad un paziente, diverse attività in telemedicina (utilizzando la PRT TiCuro):

- Richiesta teleconsulto verso MMG, Specialista ambulatoriale, Specialista ospedaliero
- Esecuzione di televisita di controllo al paziente che si sta assistendo
- Richiesta di esecuzione di televisita specialistica con eventuale telerefertazione
- Esecuzione di piani di teleassistenza
- Esecuzione di piani di telemonitoraggio
- Richiesta/Proposta di piani di telemonitoraggio ad altre équipes (IfeC).

Per l'utilizzo della telemedicina tutti gli Operatori UCA (Infermieri, Medici) devono essere profilati nominativamente sulla piattaforma TiCuro.

30.2 ATTIVITA' DI RADIOLOGIA DOMICILIARE

L'UCA può attivare, nel corso dell'assistenza, mediate la Ricetta Dematerializzata la Radiologia Domiciliare.

Le prestazioni eseguibili a domicilio sono le seguenti:

- Rx su qualsiasi segmento scheletrico
- Rx Torace
- Ecografia Addominale
- Ecografia muscolo-scheletrica
- Ecografia tiroidea

Attivazione richiesta

E' necessario produrre la richiesta dematerializzata con inserito il quesito diagnostico e la specifica dell'esame da eseguire "a domicilio" o "paziente intrasportabile", più un'altra richiesta dematerializzata per "Televisita Radiologica di Controllo" (Codice CUR 89.01_133).

I pazienti che comunque possono beneficiare di un servizio pubblico di radiologia domiciliare sono:

- Persone affette da patologie polmonari;
- Persone affette da patologie cardiache;
- Persone affette da patologie oncologiche;
- Persone affette da patologie neurologiche;
- Persone affette da patologie osteoarticolari;
- Persone sottoposte ad interventi ortopedici per posizionamento protesi;
- Persone con difficoltà di movimento o non deambulanti;
- Persone disabili.

Il servizio risulta particolarmente vantaggioso in presenza di pazienti per i quali la mobilitazione può risultare rischiosa e/o difficoltosa (pazienti allettati, immunodepressi, con deficit psicofisici, geriatrici, traumatizzati, neonati, oncologici etc...).

31. ALLEGATI

Allegato 1 Scheda di segnalazione e attivazione UCA
Allegato 2 Scheda di valutazione clinica domiciliare
Allegato 3 Scheda di monitoraggio delle attività