



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI NELLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA E NEL RACCORDO TRA SETTING

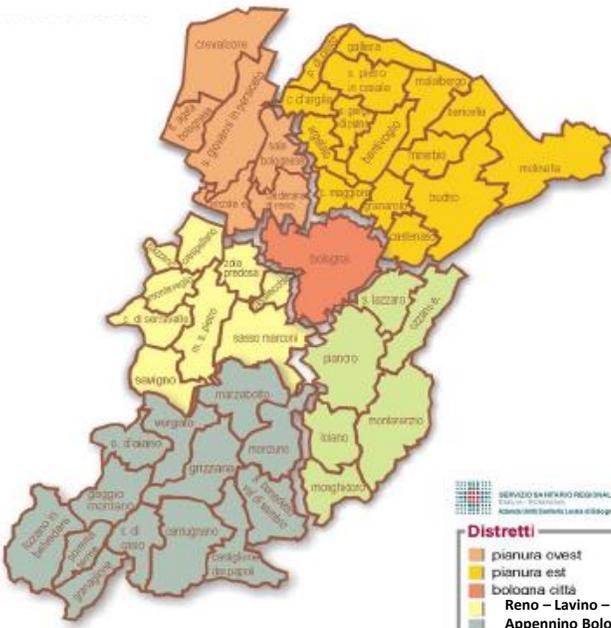
29 MARZO 2023

Manuela Petroni
Dirigente Professioni Sanitarie – Area Infermieristica
Management dei Processi di Transizione,
Cure Intermedie, Domiciliarità



AUSL di BOLOGNA: IL CONTESTO

Residenti Tot. 886.597 (01/01/2022)



| | AUSL | RER |
|---------------------------------|--------|--------|
| < 14 aa | 12,1 % | 12,4 % |
| ≥ 65 aa | 24,5 % | 24,3 % |
| ≥ 80 aa | 8,6 % | 8,3 % |
| % cittadini stranieri residenti | 12,7% | 12,8% |



Resid. Bologna 392.690 (44,3 %)

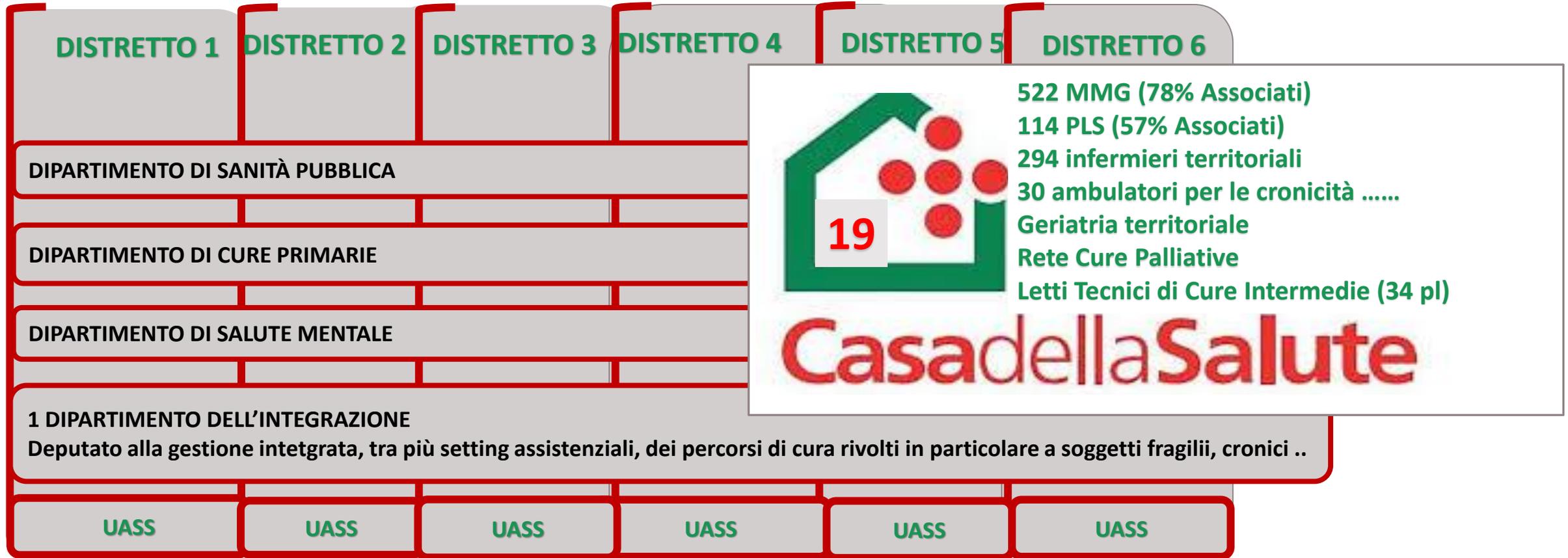
ESTENSIONE TERRITORIALE
Circa 3000 Km2
densità di popolazione:
massima **2778** ab/Km²
minima **68** ab/Km²

45 COMUNI

6 DISTRETTI



La rete Territoriale

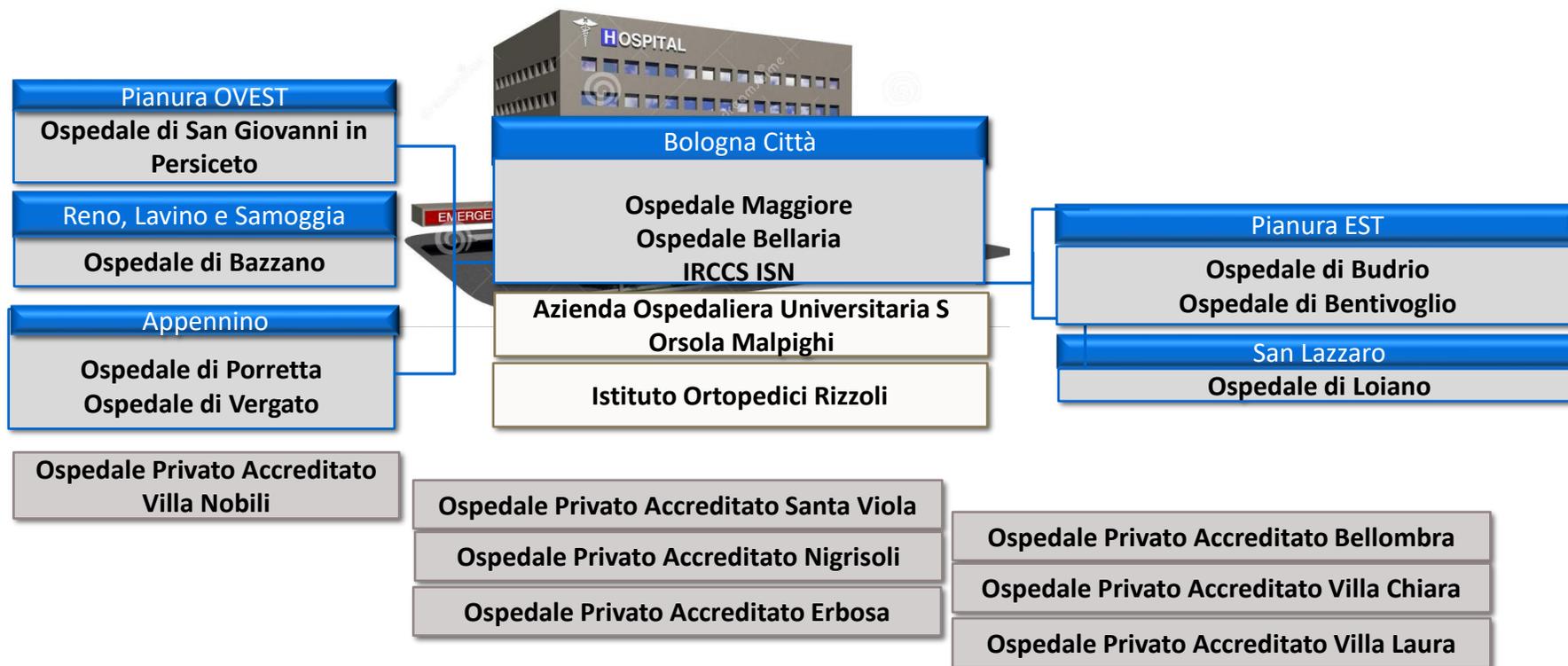


1 Direzione delle Attività Socio Sanitarie (DASS)

1 Dipartimento Assistenziale, Tecnico sanitario e Riabilitativo (DATeR)



La rete Ospedaliera

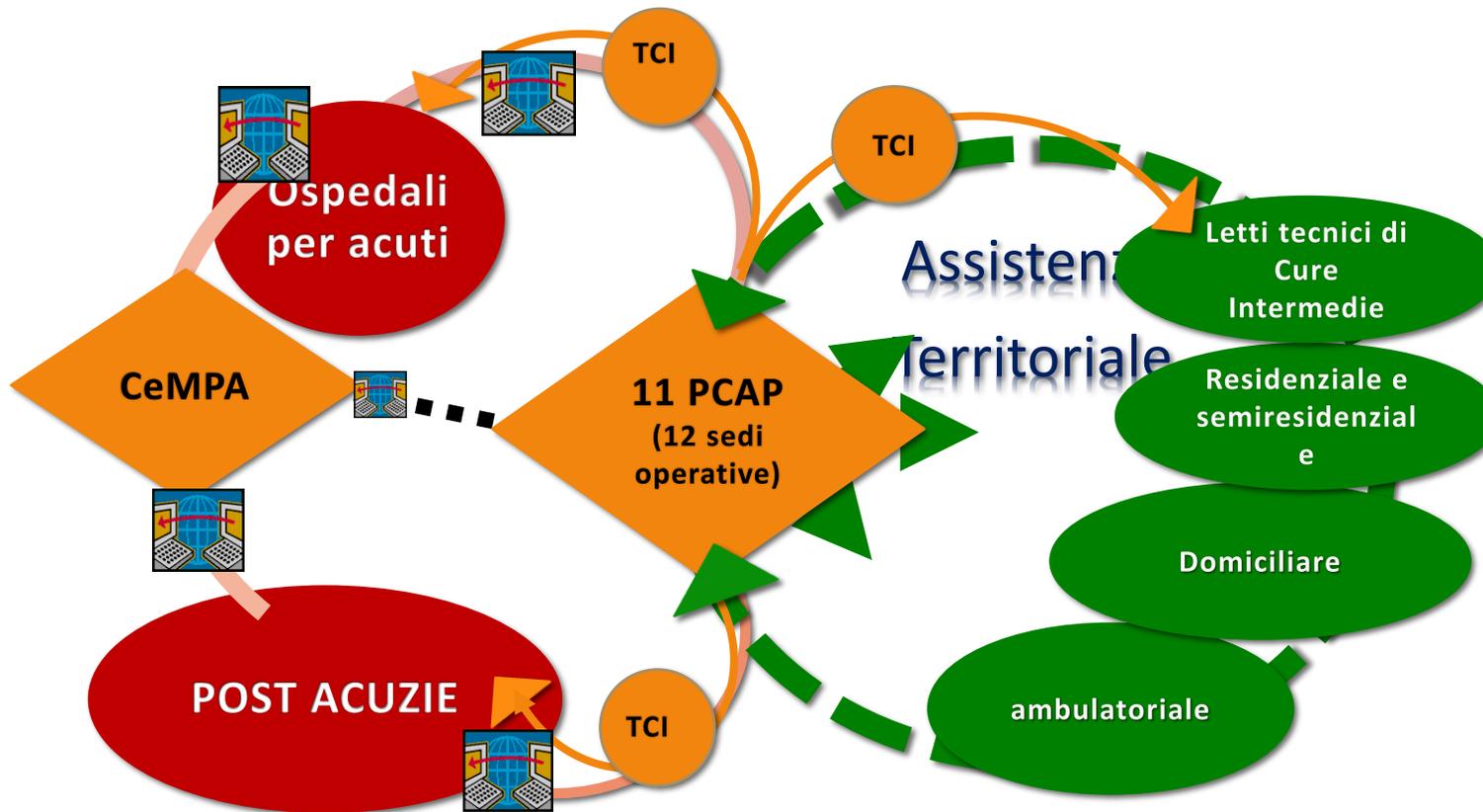


1 Presidio Ospedaliero Unico Aziendale (con 9 stabilimenti) + IRCCS Scienze Neurologiche (Presidio a sé stante)

6 DIPARTIMENTI OSPEDALIERI

Medico, Chirurgico, Emergenza, Oncologico, Materno – Infantile, Servizi

Transizione delle cure - Assetto organizzativo attuale

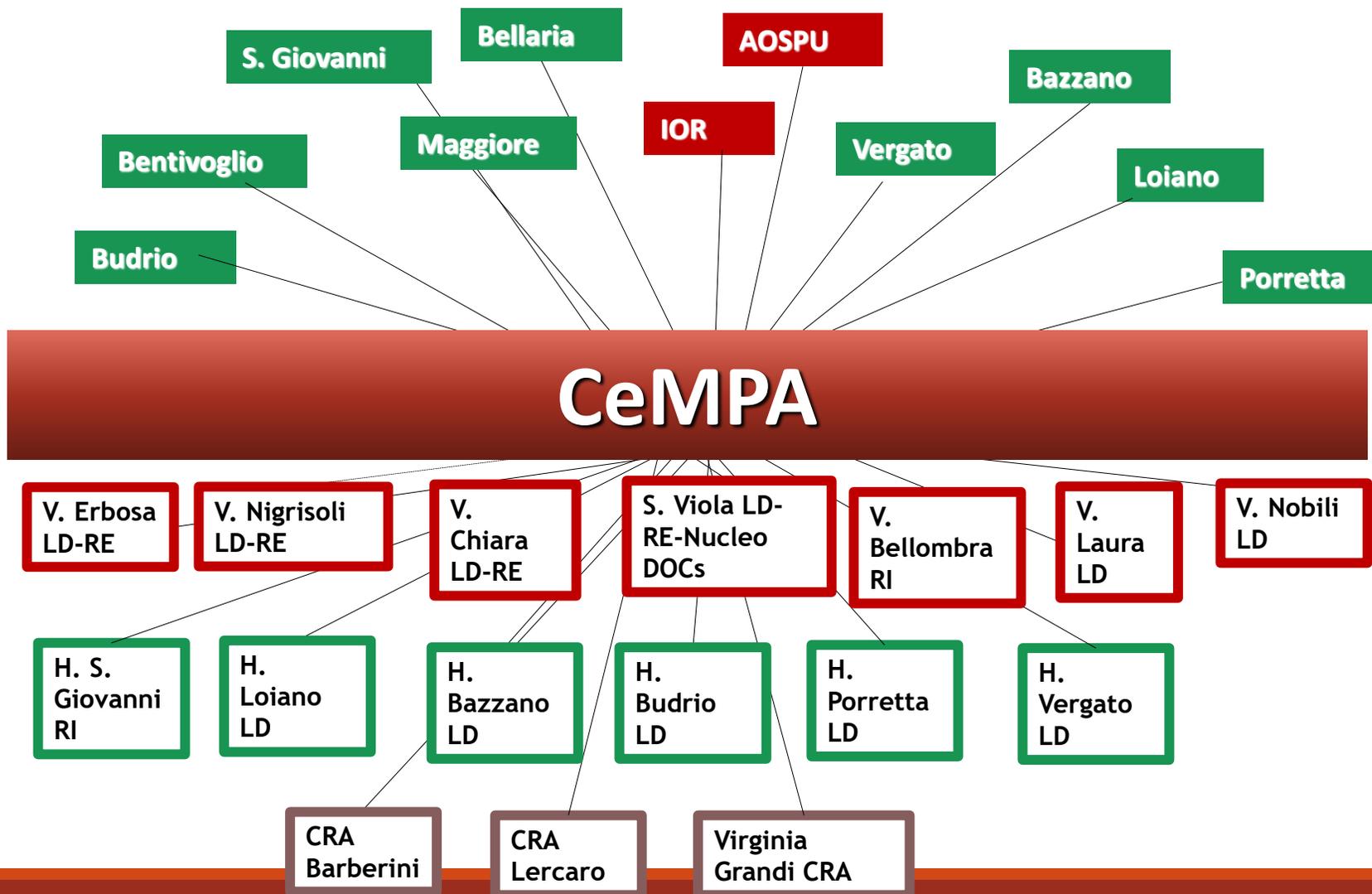


CeMPA – Centrale Metropolitana Post Acuzie: promuove trasferimenti dagli Ospedali (setting di ricovero per acuti) ai setting di post acuzie (lungodegenza, Riabilitazione Estensiva, Riabilitazione Intensiva)

PCAP– Punto di Coordinamento dell’Assistenza Primaria: centrale territoriale che promuove la presa in carico del cittadino nell’ambito dei servizi presenti nel territorio di residenza (prossimità)

TCl– Team delle Cure Intermedie: équipe multiprofessionale per la gestione dei casi più complessi

Modello Interaziendale (AOSP-AUSL - IOR) per il **governo unitario dell'offerta di post acuzie** dal 2009



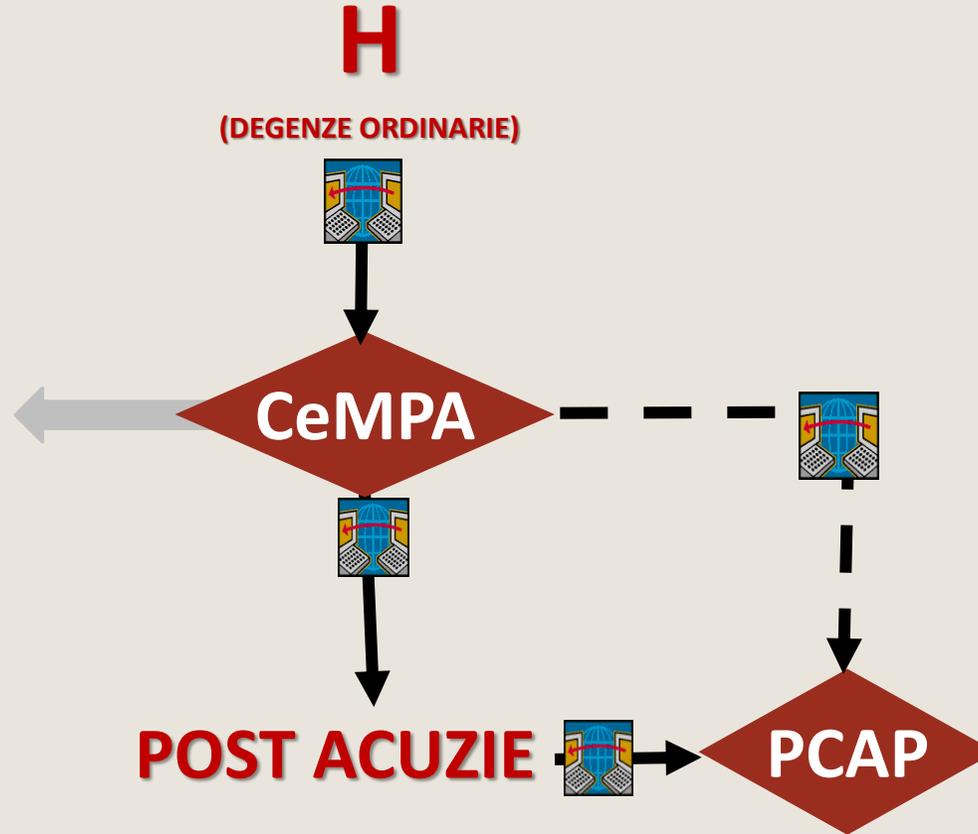
| OFFERTA | |
|----------|-----|
| LD | 193 |
| RE | 58 |
| RI | 78 |
| DOCs | 25 |
| CRA 2068 | 16 |
| CRA DP | 6 |

Ospedali Privati Accreditati assicurano 74% offerta di post acuzie

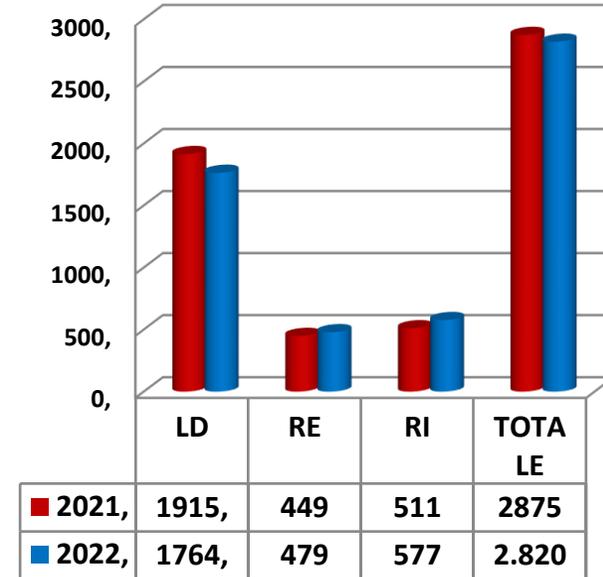
Centrale Metropolitana Post Acuzie (CeMPA)

A gestione infermieristica è attiva dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 15

- L'infermiere CeMPA riceve, attraverso sistema informatico, le richieste di trasferimento
- valutazione delle richieste (scheda di valutazione, completezza della richiesta, criteri)
- Inserimento delle richieste in lista e gestione della lista secondo criteri condivisi
- Gestione dei trasferimenti in base ai posti disponibili confermati quotidianamente dalle strutture



INVII IN POST ACUZIE





Punti di coordinamento dell'Assistenza Primaria (P.C.A.P.)



Punto di accesso alla rete di prossimità e di facilitazione della integrazione attivo dalle 8 alle 14,30 dal lunedì al venerdì
(rete di prossimità)

OSPEDALE

Segnalazione di **dimissione protetta**

Autorizzazione **proroghe** degenze in post acuzie

Prese in carico nei **PDTA**

Richieste di **UVM**

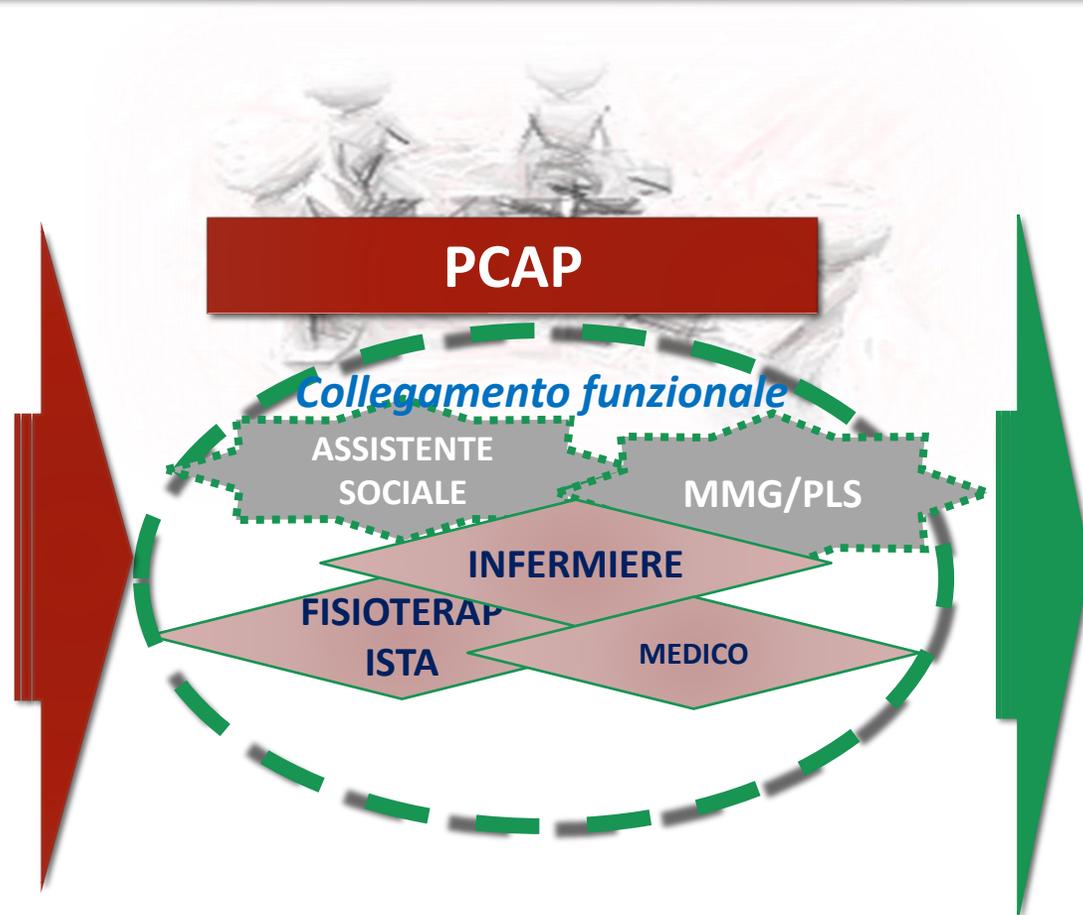
Attivazioni di ADI

Richieste per pazienti in assistenza domiciliare

Proposte di inserimento nei setting di Cure Intermedie

Segnalazione casi **multiproblematici**

TERRITORIO



PRESA IN CARICO

Domiciliare,
ambulatoriale,
Residenziale, Cure
Intermedie

PDTA, rete socio-
sanitaria per

assistenza anziani
PAI paziente

"multiproblematici"

**INTERVENTI
DOMICILIARI**

visite specialistiche
ANT-AIL

Nelson Frigatti per
Trasfusioni e altre
prestazioni mediche

Percorsi di fornitura
Trasporti assistiti



FUNZIONI DEL PCAP

1) PRESA VISIONE DELLA SEGNALAZIONE E RICOGNIZIONE DELLE INFORMAZIONI DISPONIBILI

- Ricognizione dei servizi già attivi
- Contatti con segnalante, MMG/PLS e altri riferimenti assistenziali già attivi

2) VALUTAZIONE MULTIPROFESSIONALE

- Coinvolgimento dei professionisti di riferimento per la presa in carico (MMG/PLS fisioterapista, assistente sociale, palliativista ...), anche organizzando, per i casi più complessi, incontri strutturati (in videoconferenza o in presenza) necessari per la definizione dei diversi aspetti legati alla presa in carico e del progetto di presa in carico integrata

3) PREPARAZIONE DEL SETTING e ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA RICHIESTA

- Attivazione servizi/professionisti (assistenza infermieristica, fisioterapica, etc.)
- Fornitura ausili presidi e farmaci, PDTA, etc.
- Viene curato il contatto con MMG/PLS e altri servizi coinvolti nell'attivazione dei percorsi richiesti (servizio farmaceutico, nutrizione clinica, protesica..) e l'appropriatezza degli interventi

4) MONITORAGGIO DELLA TRANSIZIONE E COORDINAMENTO ASSISTENZIALE

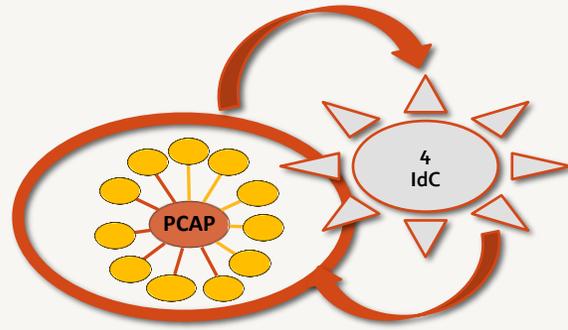
- Mantiene contatti con professionisti e servizi e supporta tutta la fase operativa finalizzata all'attivazione dei servizi necessari secondo tempistiche definite e/o richieste.
- Assicura modifiche e integrazioni del percorso necessarie, cura il trasferimento delle informazioni tra servizi, professionisti, paziente/familiari; effettua verifiche di esito, garantendo il corretto e puntuale avvio della presa in carico o dello specifico intervento secondo modalità e tempistiche concordate.

...ALTRE FUNZIONI A SUPPORTO DELLA DOMICILIARITA'

- Attivazione dell'assistenza domiciliare richiesta dal MMG/PLS
- Attivazione di interventi richiesti dal MMG per pazienti in carico all'assistenza domiciliare
 - ✓ Attivazione dei percorsi finalizzati all'erogazione di prestazioni domiciliari di particolare impegno (terapie, trasfusioni..)
 - ✓ Attivazione cure palliative attraverso raccordo con Centrale Cure Palliative
 - ✓ Visite specialistiche domiciliare
 - ✓ Trasporto in ambulanza per pazienti complessi non trasportabili con mezzi ordinari (auto)

L'attività si conclude all'avvenuta presa in carico del cittadino da parte del setting e/o all'avvenuta attivazione del percorso

2014
OPA



Infermieri di Continuità
"parte mobile" del PCAP per intercettare
bisogno di D.P. e facilitare percorsi nelle
dimissioni "difficili"

POST ACUZIE: Ospedali
Privati Convenzionati

BRASS

SI

Rischio
?

- ◆ 2 infermieri Area Ovest di Bologna
- ◆ 2 Infermieri Area est di Bologna

IL TEAM DELLE CURE INTERMEDIE

Identifica una modalità di lavoro dinamica fortemente centrata sulla gestione multiprofessionale ed interdisciplinare di pazienti mutiproblematici (pazienti cronici con comorbidity e fragilità socio – sanitaria) intorno ai quali il sistema di offerta riscontra maggiore difficoltà ad integrare gli interventi e ad assicurare **appropriatezza organizzativa e continuità assistenziale.**

2017
H

PROGETTO CON OSPEDALE MAGGIORE



coinvolgimento delle infermiere di continuità nella **gestione delle dimissioni difficili**

coinvolgimento delle infermiere di continuità nella **gestione dei pazienti fragili in Pronto Soccorso**

Maggio 2018

2018
LTCI



Il Team delle Cure Intermedie

Accesso ai letti tecnici di Cure Intermedie (LTCI)

- ❖ **valutazione multidimensionale e multiprofessionale**
- ❖ **interdisciplinarietà**
- ❖ **lavoro di rete**

INFERMIERI DI CONTINUITA' E TEAM CURE INTERMEDIE

dal lunedì' al venerdì'
7,30 – 19,00

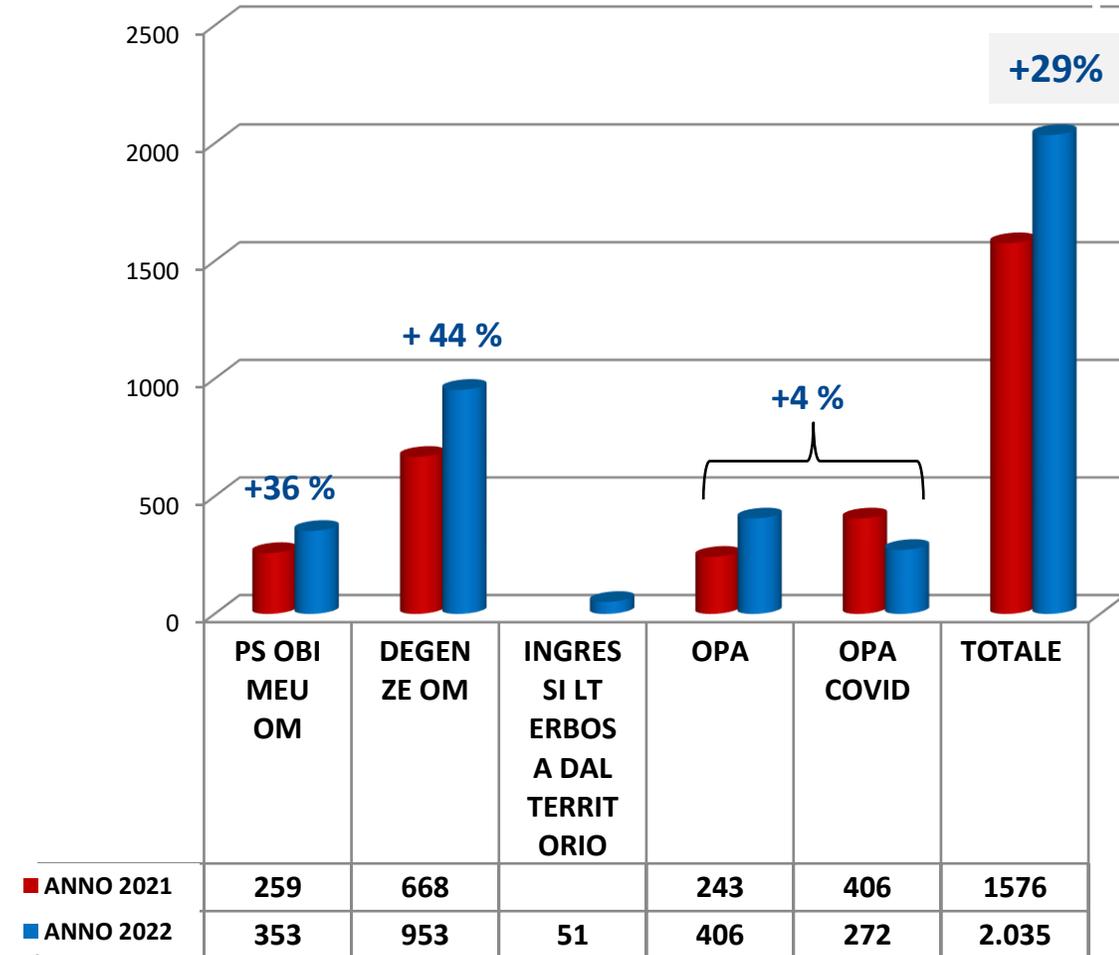
sabato
7,30 – 13,30

| Nucleo operativo Bologna Ovest (7 inf.) | STRUTTURA | MATTINO LUN-VEN | MATTINO SABATO | POMERIG LUN-VEN |
|---|--|-----------------|----------------|-----------------|
| | | | | |
| OSPEDALE MAGGIORE | PS generale – PS OBI – PS ortopedico | 1 | 1 | 1 |
| | Osservazione Breve Intensiva (OBI) Medicina di Urgenza (MeU) | | | |
| | degenze | | | |
| OPA | Villa Chiara | 1 | | |
| | Santa Viola | | | |
| | Villa Erbosa | | | |

* - 1 in caso di assenze

| Nucleo operativo Bologna Est (2 infermieri) | AREA EST | STRUTTURA | MATTINO LUN-VEN |
|---|--|-------------------------------|----------------------------------|
| | Ospedali Privati Accreditati (post acuzie e Bassa Intensità Covid) | Bellombra | 2 sedi CRA LAURA NIGRISOLI |
| 2 sedi CRA | | | |
| OSP BELLARIA | | Degenze e letti tecnici di CI | |

ATTIVITA' TCI SOVRADISTRETTUALI





Progetto «Modelli organizzativi di continuità assistenziale e per la gestione integrata della persona»

FASE 1 (febbraio-settembre 2021)

- **Analisi critica dei modelli organizzativi di transizione delle cure esistenti** e valutazione stato di avanzamento e valorizzazione dei progetti di innovazione sviluppati nell'ultimo biennio
- **Revisione e definizione di modelli organizzativi e strumenti** per il governo della transizione delle cure
- **validazione documento che delinea le linee strategiche** per la revisione e lo sviluppo di un nuovo modello organizzativo per la transizione delle cure nel territorio dell'Azienda USL di Bologna

FASE 2 (ottobre 2021)

- Attività di **gruppi di lavoro interaziendali** (AUSL, AOU, IOR) per la declinazione ed implementazione dei modelli e degli strumenti identificati nel contesto metropolitano
- **Febbraio 2023: validazione documento** che declina l'organizzazione del modello di transizione e il suo piano di implementazione
- **Avviare implementazione nel 2023**

DM 23/05/2022 N, 77

Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

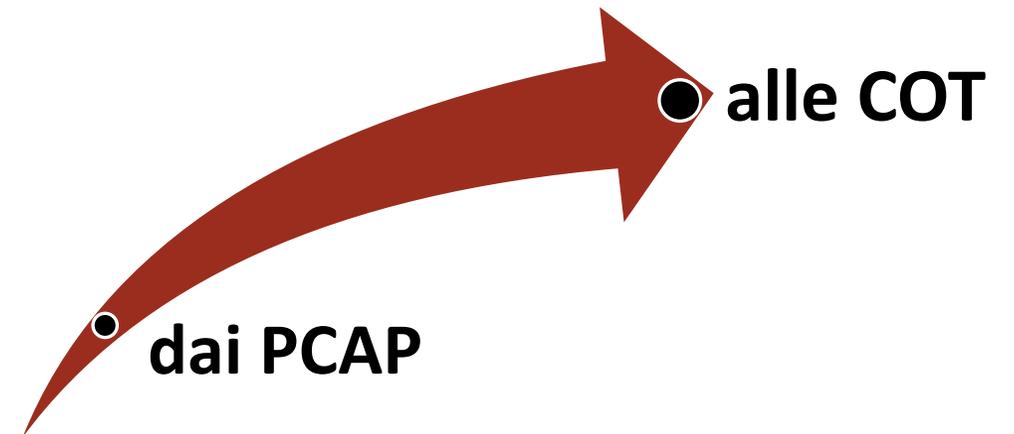
modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali

OBIETTIVO

assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

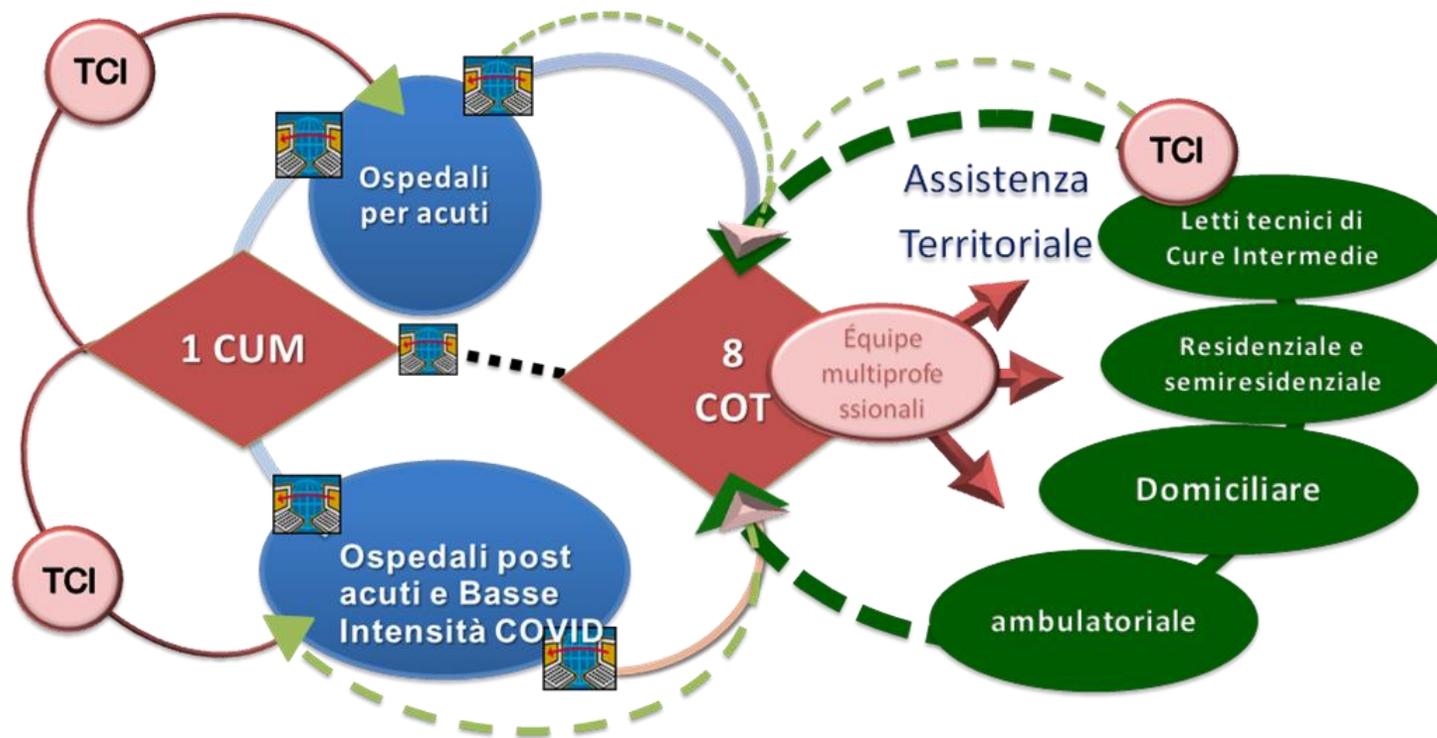
STANDARD

1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore





Nuovo modello di transizione delle cure



CUM – Centrale Unica Metropolitana:

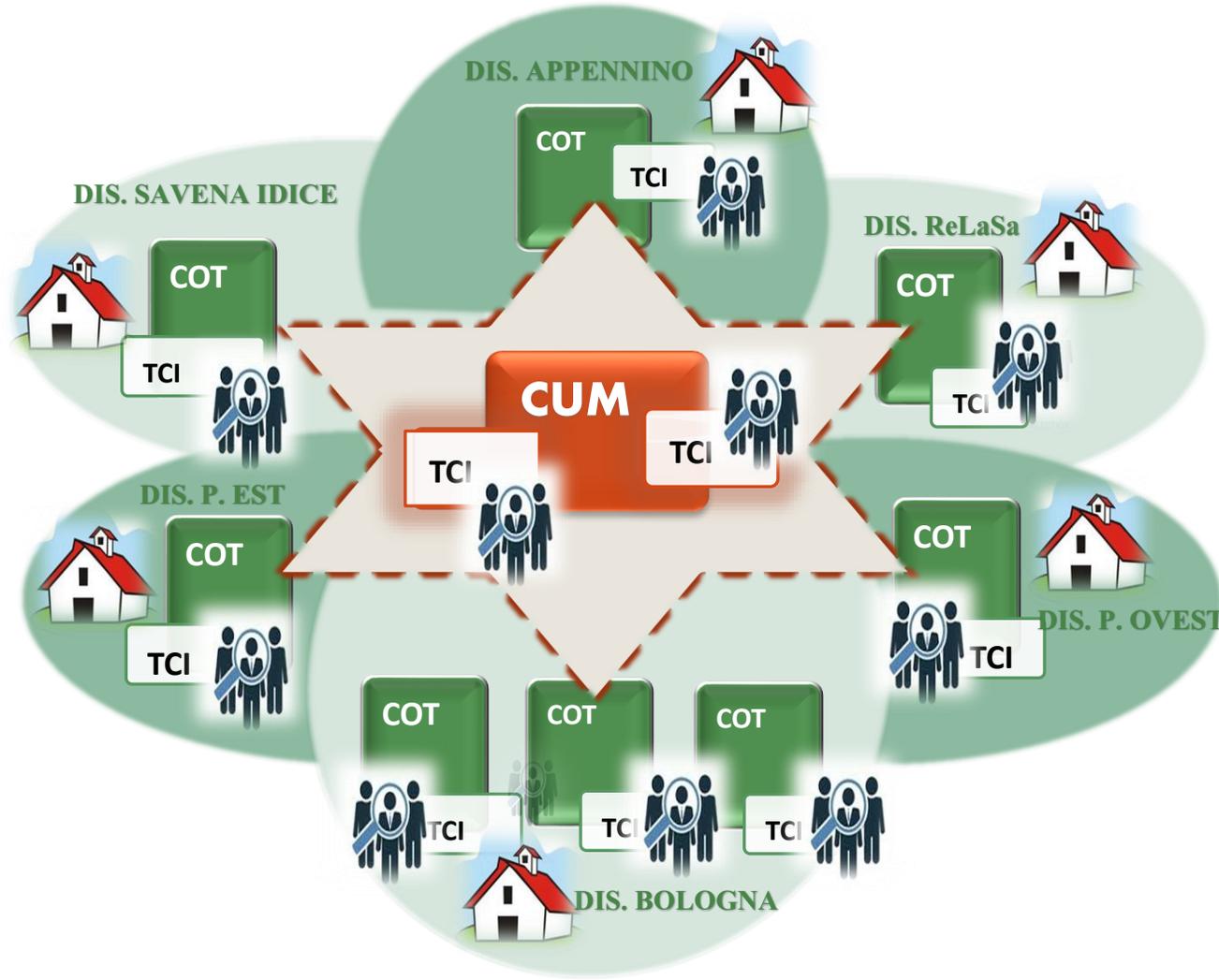
a valenza sovradistrettuale. Gestisce trasferimenti e transizioni da setting acuti a setting post acuti e di Cure Intermedie

COT– Centrale Operativa Territoriale:

gestiscono accesso alla rete territoriale e relativi percorsi e monitorano transizioni tra setting e livelli di cura nel territorio di competenza (prossimità)

TCI– Team delle Cure Intermedie:

équipe multiprofessionale per la gestione dei casi fragili e/o più complessi



| DISTRETTO | POPOLAZIONE (01/01/2021) | CENTRALI | TCI |
|---------------------------------|-----------------------------|---|--|
| BOLOGNA | 391.412 | 1 CUM c/o OSP MAGGIORE 1 COT c/o CdC NAVILE 1 COT c/o CdC SARAGOZZA PORTO 1 COT c/o CdC S. DONATO - S. VITALE | 5 TCI: 2 TCI HUB (una sede operativa OM e una presso AOU Policlinico Sant'Orsola-Malpighi) 3 TCI territoriali (uno per ogni COT) |
| RENO LAVINO SAMOGGIA | 112.897 | 1 COT c/o SEDE POLIFUNZIONALE CIMAROSA | 1 TCI |
| APPENNINO BOLOGNESE | 55.541 | 1 COT c/o CdC PORRETTA | 1 TCI |
| SAVENA IDICE | 78.703 | 1 COT c/o CdC S. LAZZARO | 1 TCI |
| PIANURA OVEST | 83.657 | 1 COT c/o OSPEDALE DI S. GIOVANNI IN P. | 1 TCI |
| PIANURA EST | 162.954 | 1 COT c/o CdC S. PIETRO IN CASALE | 1 TCI |
| TOTALE | 885.164 | 9 CENTRALI: 1 CUM + 8 COT | 10 TCI |

Processi di transizione delle Cure

.....tra setting e livelli di cura

CUM
COT
TCI



Deliberazione

n. 0000094 del 22/03/2023

Approvazione del documento

“Modelli organizzativi di continuità assistenziale e di gestione integrata della persona - Declinazione operativa”

Flussi e relativi processi:

- *Step down* ospedale – territorio
- *Step up* territorio – Ospedale/territorio - territorio





Intercettazione precoce e segnalazione del paziente tempestiva

- Territorio
- Pronto Soccorso
- Degenze Ospedaliere

FASE 1 INTERCETTAZIONE E SEGNALAZIONE DEL PAZIENTE

FASE 2 SVILUPPO DEL PIANO DI CURA

- Necessità assistenziali del paziente
- Risorse della famiglia
- Opportunità di contesto

**Ricognizione servizi attivi,
coinvolgimento servizi e
professionisti valutazione
multidimensionale e
multiprofessionale,**

**Step valutativi,
rivalutazione
piano/progetto di
presa in carico**

- Processi di monitoraggio della transizione tra setting e livelli di cura
- Inizia con la presa in carico nel setting di cura intermedio/territoriale e si conclude con la dimissione e/o risoluzione del problema che ha motivato la presa in carico o per decesso

FASE 3 GESTIONE E MONITORAGGIO DELLA TRANSIZIONE



Centrale Unica Metropolitana (CUM)

Livello sovradistrettuale per garantire:

❖ GOVERNO TRASVERSALE DEI PROCESSI DI TRANSIZIONE (CUM E COT) E DI MONITORAGGIO COMPLESSIVO DELL'OFFERTA DI POST ACUZIE E CURE INTERMEDIE

Nucleo Direzionale costituito da:

- 1 Medico Dipartimento Cure Primarie (Responsabilità Complessiva)
- 1 Dirigente Infermieristico
- 1 Dirigente Processi Socio – Sanitari
- 1 Medico Geriatra coordinatore TCI

❖ GESTIONE DEI PROCESSI STEP UP e ISTANZE CHE NON TROVANO RISPOSTA NEI TERRITORI DI PROSSIMITA'

Nucleo Operativo

- 1 Medico
- 1 responsabile organizzativo infermieristico
- 1 professionista attività socio-sanitarie
- 6 infermieri



Centrale Unica Metropolitana (CUM)

Sede: Ospedale Maggiore. In attesa della nuova sede, in via transitoria, la CUM è ubicata presso la Casa della Salute Porto Saragozza di Bologna.

Orari: dalle 8 alle 19, 7 giorni su 7.

In una prima fase sperimentale, non essendo possibile garantire un'apertura delle COT 7 giorni su 7, la CUM dalle 16 alle 19 dal lunedì al venerdì, il sabato, la domenica e nei festivi gestisce le attività indifferibili relativamente alle prese in carico di responsabilità delle COT

Il Processo di lavoro è articolato in 4 Linee operative di attività:

- Gestione della lista
- Pianificazione e gestione dei trasferimenti
- Monitoraggio e gestione della transizione
- Gestione pazienti non residenti, gravissime disabilità e pazienti covid



Da CeMPA a CUM: PRINCIPALI INNOVAZIONI

❖ IMPLEMENTAZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA

- Assetto multiprofessionale
- Ampliamento orario
- nuova sede
- riorganizzazione interna dei processi di lavoro

❖ REVISIONE ED IMPLEMENTAZIONE DEI PROCESSI DI VALUTAZIONE E GESTIONE DEI TRASFERIMENTI DA ACUTO A POST ACUTO/CURE INTERMEDIE

- cruscotto e gestione informatizzata dell'offerta (integrazione con flussi di ricovero/dimissione degli OPA),
- nuovo sistema di valutazione multidimensionale e segnalazione pazienti (algoritmo),
- rivisitazione criteri di pianificazione degli invii
- Collegamento informatizzato Centrale Operativa Unica trasporti (COU)

❖ IMPLEMENTAZIONE DEI PROCESSI DI GESTIONE E MONITORAGGIO DELLE TRANSIZIONI

- Informatizzazione del sistema di monitoraggio con feedback da parte del setting di ricovero e/o TCI (responsabile caso) per i casi più complessi (valutazione iniziale. da parte del setting di ricovero, a 72 ore dall'ingresso del progetto d'invio; valutazione intermedia su stato avanzamento obiettivi e dimissibilità secondo tempistiche definite nel progetto iniziale)
- Centralizzazione delle proroghe



Centrali Operative Territoriali (COT)

La COT è il **livello distrettuale di garanzia della presa in carico e dell'utilizzo appropriato dell'offerta** presente nella rete di prossimità e:

- garantisce, dal punto di vista organizzativo e nell'ambito della rete di prossimità, i **percorsi di continuità assistenziale del paziente** segnalato dagli Ospedali o dai professionisti del territorio;
- rappresenta il nodo centrale di un sistema reticolare integrato sociosanitario, che garantisce il **governo delle risorse territoriali e la presa in carico del bisogno** con la predisposizione e attuazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI), in stretta collaborazione con il MMG;
- rappresenta il “meccanismo operativo” della **transizione a livello distrettuale o sub distrettuale costituendo l'interfaccia principale di accesso, gestione e monitoraggio dei servizi territoriali.**



PRINCIPALI FUNZIONI DELLA COT

- **verifica e processa** le segnalazioni per la presa in carico territoriale ricevute da PS, reparti di degenza, MMG/PLS, professionisti territoriali, cittadini (attraverso 116117 progetto in via di sviluppo)
- **coordina il processo** per la definizione del progetto integrato di presa in carico facilitando il coinvolgimento e la collaborazione tra MMG, Team Cure Intermedie e altri professionisti coinvolti;
- **favorisce l'integrazione** dei percorsi di cura facilitando e assicurando il raccordo tra tutti i servizi coinvolti (es. DCP, DSM, Rete Cure Palliative);
- **Monitora e promuove la rivalutazione** periodica dei PAI per i soggetti già in carico ai servizi territoriali;
- **attiva professionisti territoriali** (es. infermiere di Famiglia e Comunità) in maniera proattiva per valutazione e presa in carico di bisogni assistenziali inespressi per determinate categorie di soggetti;
- **attiva e gestisce percorsi di fornitura** di specifiche categorie farmaci, ausili, protesica, prodotti di assistenza integrativa (es. ossigeno, sangue ed emoderivati, nutrizione enterale) e altri servizi di supporto alla domiciliarità (es. trasporti, assistenza specialistica domiciliare);
- **assicura il monitoraggio** dei percorsi e le verifiche di esito.
- **interagisce con la CUM**, a fronte di necessità di utilizzo dell'offerta o per attivare interventi sovradistrettuali non disponibili nella rete di competenza.



Centrali Operative Territoriali (COT)

Sedi

8 sedi: 3 a Bologna e 1 per ciascuno degli altri 5 Distretti

Orari

dalle 8 alle 16 da lunedì a venerdì

Dopo le 16 dal lunedì al venerdì, il sabato, la domenica e i festivi, quando le COT non sono attive, la CUM gestisce le attività indifferibili relativamente alle prese in carico di responsabilità delle COT.

Personale dedicato a ciascuna COT

1 medico, 1 prof socio-san, 2/3 infermieri, 3h fisioterapista



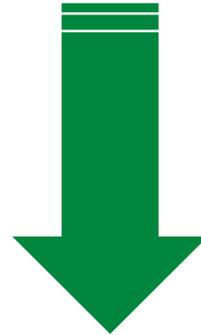
Da PCAP a COT: PRINCIPALI INNOVAZIONI

- **RIASSETTO ORGANIZZATIVO**

- Riorganizzazione sedi
- assetto multiprofessionale
- ampliamento orario
- Relazioni con i **Punti Unici di Accesso** (sviluppo in corso)

- **IMPLEMENTAZIONE DEI PROCESSI DI MONITORAGGIO**

- Approfondimento valutativo
- Monitoraggio dei piani di cura e percorsi
- verifiche post transizione



implementazione strumenti informativi ed informatici, maggiore integrazione degli applicativi

Team delle cure intermedie

Èquipes
multiprofessionali
per la gestione dei
casi complessi

Costituiscono una
sorta di "braccio
operativo" delle
Centrali (CUM e COT)

Team ospedalieri e territoriali con un unico coordinamento che garantisca e coordini formazione/aggiornamento e individui criticità e sviluppi progetti di miglioramento

Funzioni:

- **Effettua la valutazione multidimensionale e multiprofessionale** in collaborazione con professionisti ospedalieri e territoriali per la costruzione congiunta del progetto di cura
- **Definisce percorsi di cura appropriati e condivisi con i diversi professionisti, paziente, caregiver e familiari** in grado di coniugare necessità clinico assistenziali del paziente, risorse disponibili e/o attivabili nell'ambito della rete socio – familiare e l'offerta disponibile
- **Informa, orienta, accompagna il paziente, caregiver, famiglia nelle fasi di transizione tra setting e livelli di cura**, favorendo processi di elaborazione e scelte consapevoli
- **Monitora e rivaluta periodicamente il percorso di cura dei casi complessi** in particolare nella transizione tra setting e livelli di cura con il supporto delle Centrali di riferimento

Utenti target dei TCI

- **Pazienti over 75 con fragilità clinica e comorbidità complesse** (o età inferiore in presenza di patologie assimilabili età geriatrica quali Ictus, Parkinson, Demenza)
e/o
- **Pazienti di qualunque età (> 18 anni) che necessitano della definizione di un piano di cura complesso in ambito polispecialistico e con presenza/assenza di determinanti sociali deficitari** (rete familiare/sostegno sociale debole, caregiver inadeguato/assente, disagio economico ed abitativo, nucleo familiare fragile, scarsa aderenza ai percorsi sanitari e all'aiuto esterno, etc..)
- **Pazienti con comorbidità multiple in carico a vari ambiti specialistici** (ad es disabilità/psichiatria, etc..).
per i quali, dopo valutazione del professionista sanitario di riferimento (es. MMG, medico di reparto etc), **è necessario un ulteriore approfondimento valutativo** finalizzato alla definizione o gestione del progetto di cura e assistenza.



Team delle cure intermedie – organizzazione e assetto in ospedale

2 TCI con 2 sedi operative

- Ospedale Maggiore (Bologna Ovest)
- AOU S. Orsola Malpighi (Bologna Est)

Livello di intervento

- PS /OBI/MeU Ospedale di competenza
- Pazienti complessi ricoverati in setting acuto Ospedale di competenza
- Pazienti complessi ricoverati in post acuzie (OPA che insistono nel relativo ambito territoriale di competenza Bologna Est/Ovest)

personale dedicato/parzialmente dedicato

- Medico Geriatra
- Infermiere di continuità
- Assistente sociale Servizio sociale ospedaliero
- Fisioterapista

Sviluppo di una rete di facilitatori della dimissione ospedaliera nei reparti internistici degli ospedali Hub e Spoke

- Infermiere case manager se presente o altro infermiere identificato
- medico identificato

A tali professionisti sarà dedicata formazione e continuo aggiornamento su percorsi di presa in carico post-dimissione

Team delle cure intermedie – organizzazione e assetto in ospedale

Il **Team Ospedali Hub** è attivo dal lunedì al venerdì h 12 e il sabato mattina e può essere attivato:

- **da medico e/o infermiere di PS – OBI e Medicina d’urgenza** per pazienti che, in assenza di motivazioni cliniche per il ricovero ospedaliero, presentano problematiche che rendono necessaria la definizione di un progetto di presa in carico
- **Da Medico responsabile del caso o case manager di reparto/infermieri-medici facilitatori delle dimissioni** per pazienti la cui condizione di fragilità rende il percorso di dimissione di difficile definizione o gestione
- **Da professionisti della CUM** a fronte di necessità di approfondimento valutativo e definizione revisione del percorso di presa in carico alla dimissione nonché coordinamento del percorso di transizione di casi complessi nell’ambito, in particolare, dei reparti di post acuzie degli Ospedali Privati Accreditati.

Il Team, una volta attivato, opera in maniera modulare a seconda dei bisogni prevalenti e, in prima istanza, interviene l’infermiere di continuità (figura dedicata)



Team delle cure intermedie – organizzazione e assetto sul territorio

I **TCI territoriali** si costituiscono e hanno come **base operativa la COT** (un team per ogni COT) dove si integrano con gli altri professionisti afferenti alla Centrale e sono costituiti da:

- **Medico geriatra**
- **Infermiere di Famiglia e Comunità;**
- **Assistente sociale;**
- **MMG**

e altri professionisti con competenze specifiche da coinvolgere al bisogno (fisioterapista, altro medico specialista, professionisti delle Cure Palliative, Psicologo, etc)

I **TCI territoriali** sono attivi dal lunedì al venerdì dalle **08:30 alle 16:00** e in teleconsulenza dal lunedì al venerdì dalle **16,00 alle 19,00**



Team delle cure intermedie – organizzazione e assetto sul territorio

Per gli **ospedali spoke**, i **TCI territoriali possono intervenire** (in presenza o in modalità teleconsulenza da remoto) anche per **facilitare e gestire casi complessi in dimissione ospedaliera**.

Il **TCI territoriale è attivato direttamente dalla COT** per soggetti non ancora in carico alla rete territoriale o già in carico con bisogni clinici, assistenziali e/o sociali complessi che necessitano di rivalutazione del progetto e setting di cura. L'infermiere della COT, sulla base di una prima valutazione, attiva i professionisti del TCI in relazione alle complessità riscontrate.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Grazie per l'attenzione