

P.G.52482/2023

COMITATO DI DISTRETTO

Verbale del Comitato di Distretto

18/12/2023 - ore 14.30
Videoconferenza

Ordine del giorno:

1. Implementazione D.M. 77/2022 e sviluppo del modello di transizione delle cure: dal PCAP alla COT sul livello aziendale e distrettuale: intervento della Dott.ssa Manuela Petroni;
2. Presentazione quadro vaccinale distrettuale: intervento del Dott. Davide Resi;
3. Rinnovo Convenzione con UDI per la realizzazione di uno sportello di consulenza legale per le donne vittime di violenza;
4. Accordo Punto Unico Accesso (PUA): approvazione;
5. PNRR M5C2 subinvestimento 1.3.1-Housing first: informazioni;
6. Calendario Comitati di Distretto primo semestre;
7. Varie ed eventuali.

Sono presenti:

Franca Filippini	Sindaca del Comune di Pianoro
Fabrizio Morganti	Sindaco del Comune di Loiano
Monica Falciatore	Assessora Comune di San Lazzaro di Savena
Elisabetta Berti	Assessora Comune di Monterenzio
Cristina Lolli	Assessora Comune di Monghidoro
Elena Valerio	Assessora Comune di Ozzano dell'Emilia
Michele Baccarini	Direttore del Distretto di Committenza e garanzia-Ausl Bologna
Monica Marabini	Responsabile Amministrativo del Distretto di Committenza e garanzia-Ausl Bologna
Maria Grazia Bertagni	Responsabile UASS del Distretto di Committenza e garanzia-Ausl Bologna

Andrea Raffini	Dirigente V Area del Comune di San Lazzaro di Savena
Alberto Mingarelli	Direttore Asp Laura Rodriguez Y Laso de' Buoi
Rachele Caputo	Responsabile Welfare Unione Savena Idice e Responsabile amministrativa Asp Laura Rodriguez Y Laso de' Buoi
Giovanni Agrestini	Responsabile Welfare Comune di San Lazzaro di Savena
Paride Lorenzini	Responsabile Ufficio di Piano Distretto Savena Idice
Caterina Siciliano	Verbalizzante Ufficio di Piano

presente per la trattazione del 1° punto all'O.d.G. la Dott.ssa Manuela Petroni

presente per la trattazione del 2° punto all'O.d.G. il Dott. Davide Resi

La seduta si svolge in videoconferenza.

La Sindaca Filippini assume la Presidenza del Comitato di Distretto ed introduce l'ordine del giorno.

1. Implementazione D.M. 77/2022 e sviluppo del modello di transizione delle cure: dal PCAP alla COT sul livello aziendale e distrettuale: intervento della Dott.ssa Manuela Petroni;

La Dott.ssa Manuela Petroni descrive il nuovo modello delle cure intermedie, la transizione verso il Centro Unico Metropolitano (CUM) e la Centrale Operativa Territoriale (COT) illustrando le slide (All.1).

Bertagni informa che nel modello distrettuale poco cambia nella transizione da PCAP a COT essendo già presente la figura dell'assistente sociale ed il team di cure intermedie territoriale per la presa in carico dei casi complessi.

Baccarini integra comunicando che, a conclusione dei lavori, all'Ospedale di Loiano i letti tecnici passeranno da 8 a 15.

Morganti chiede i dati di utilizzo degli 8 posti letto.

Baccarini informa che fornirà i dati di attività in un prossimo incontro.

2. Presentazione quadro vaccinale distrettuale: intervento del Dott. Davide Resi;

Il Dott. Resi informa sull'inserimento nei LEA delle vaccinazioni, per gli ultrasessantacinquenni, contro l'Herpes Zoster e contro il pneumococco, nonché della campagna informativa del Ministero.

Nel nostro Distretto sarà necessario implementare il numero di vaccinazioni per raggiungere la percentuale del 50% definita nei LEA e nel piano nazionale prevenzione vaccinale.

E' necessario, quindi trovare una strategia comunicativa e di sensibilizzazione con campagne vaccinali mirate anche durante eventi.

Morganti ritiene importante avere momenti informativi per la conoscenza delle conseguenze legate a queste patologie.

Lorenzini propone incontri con i tecnici dei Comuni per individuare luoghi ed eventi durante i quali poter vaccinare.

Baccarini evidenzia la necessità di un ulteriore incontro in Comitato di Distretto per delineare il quadro operativo con i Sindaci.

3. Rinnovo Convenzione con UDI per la realizzazione di uno sportello di consulenza legale per le donne vittime di violenza;

Lorenzini informa della necessità di rinnovo della convenzione biennale con UDI - sportello di consulenza legale per le donne vittime di violenza.

Informa sull'ampliamento dell'accesso, che avverrà oltre agli sportelli territoriali, anche tramite il Punto Rosa.

La convenzione ha un costo annuo di 1.750 euro.

Il Comitato di Distretto approva all'unanimità.

4. Accordo Punto Unico Accesso (PUA): approvazione

Baccarini informa del percorso metropolitano che ha portato alla redazione dell'Accordo inter istituzionale PUA, già approvato in CTSSM.

Atto successivo e complementare all'Accordo istituzionale sarà un documento operativo per il funzionamento dei Punto di accesso distrettuali, che ne seguirà lo stesso percorso istituzionale.

Ricorda che prosegue il lavoro del gruppo tecnico metropolitano per definire percorsi di presa in carico fast.

Il Comitato di Distretto approva all'unanimità l'Accordo.

5. PNRR M5C2 subinvestimento 1.3.1-Housing first: informazioni

Lorenzini informa che anche il subinvestimento 1.3.1 Housing First della Missione 5 Componente 2 è stato finanziato.

Il progetto prevede 11 beneficiari per assistenza in alloggio temporaneo per 24 mesi, per un importo di €. 260.000.

A seguito verifica dell'indisponibilità di OPERA PADRE MARELLA, già realizzatore del collaterale e sinergico progetto Stazione di Posta, il soggetto realizzatore dovrà essere individuato tramite manifestazione di interesse, allungando i tempi di intervento.

Nel Distretto si sono, infatti, innescate problematiche legate all'emergenza abitativa, alle uscite dai Cas, alla difficoltà a reperire alloggi e alla difficoltà a gestire i mancati flussi finanziari, che hanno portato a questa situazione problematica per gli Enti del Terzo settore coinvolti.

IL Comitato esprime unanime soddisfazione per l'ulteriore progetto finanziato e prende atto del percorso avviato.

6. Calendario Comitati di Distretto primo semestre

Vengono quindi individuate le date dei Comitati di Distretto e dei Tavoli di coordinamento distrettuale- UdP , a cadenza mensile, per il primo semestre 2024:

COMITATO DI DISTRETTO: ore 14.30

LUNEDI' 29/01

LUNEDI' 26/02

LUNEDI' 25/03

LUNEDI' 29/04

LUNEDI' 27/05

LUNEDI'24/06

TAVOLO DI COORDINAMENTO DISTRETTUALE: ore 14.30

LUNEDI' 22/01

LUNEDI' 19/02

LUNEDI' 18/03

LUNEDI' 22/04

LUNEDI' 20/05

LUNEDI' 17/06

Baccarini richiede inoltre un Comitato di Distretto specifico per la presentazione del preventivo 2024 FRNA, fissato in data LUNEDI' 15/01.

7. Varie ed eventuali

Morganti chiede informazioni sull'inizio dei lavori all'Ospedale di Loiano e sul previsto incontro con il Direttore generale circa l'individuazione del nuovo Dirigente dell'Ospedale.

Baccarini informa che il Direttore sarà disponibile all'incontro dall'inizio di gennaio, ma che sono ancora in atto le procedure per la selezione.
Per quanto riguarda i lavori all'Ospedale, il cantiere verrà affidato alla ditta entro gennaio 2024.

p. Il Presidente del Comitato di Distretto

Franca Filippini

(f.to digitalmente)

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano

Paride Lorenzini

(f.to digitalmente)



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

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

MODELLI ORGANIZZATI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E DI GESTIONE INTEGRATA DELLA PERSONA

18 DICEMBRE 2023

Manuela Petroni
Dirigente Professioni Sanitarie - Area Infermieristica
Management dei Processi Assistenziali per la
Transizione, Cure Intermedie e 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:

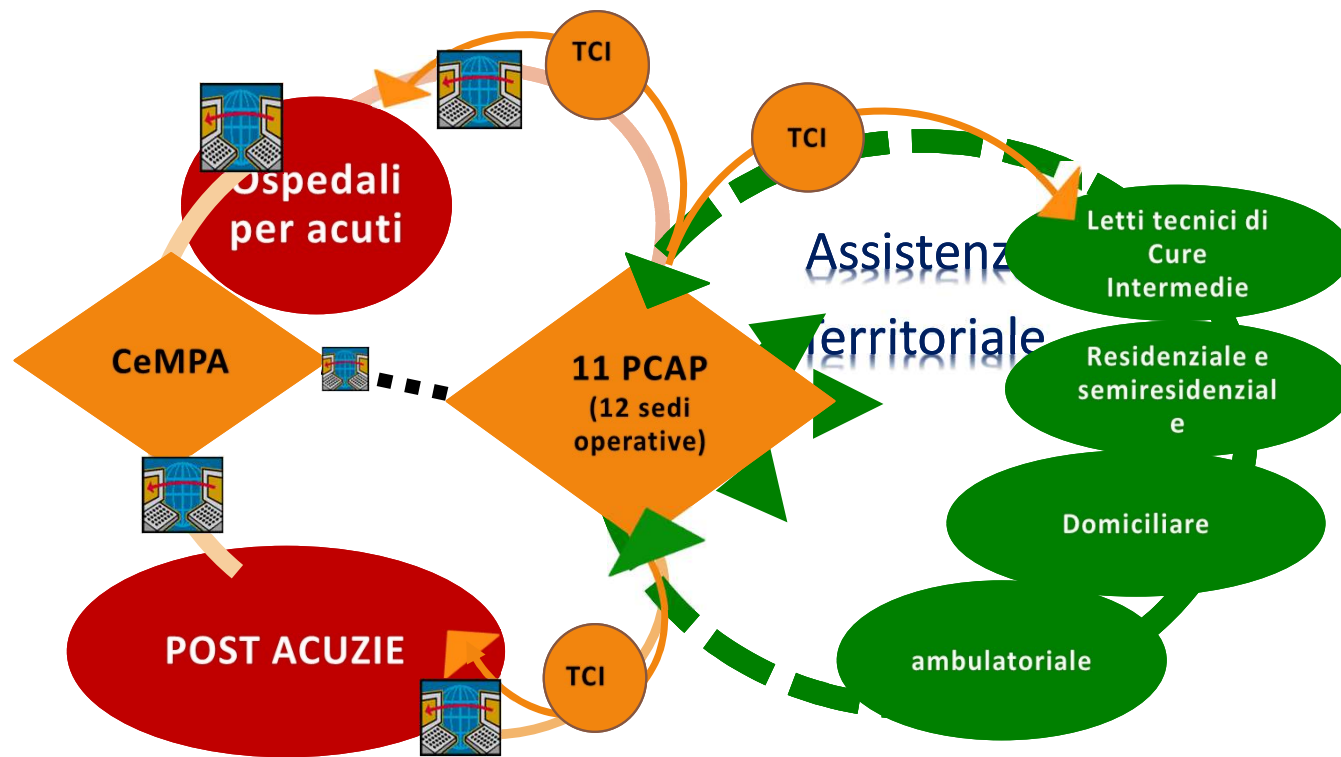
massima **2778 ab/Km²**

minima **68 ab/Km²**

45 COMUNI

6 DISTRETTI

Transizione delle cure - Assetto organizzativo attuale



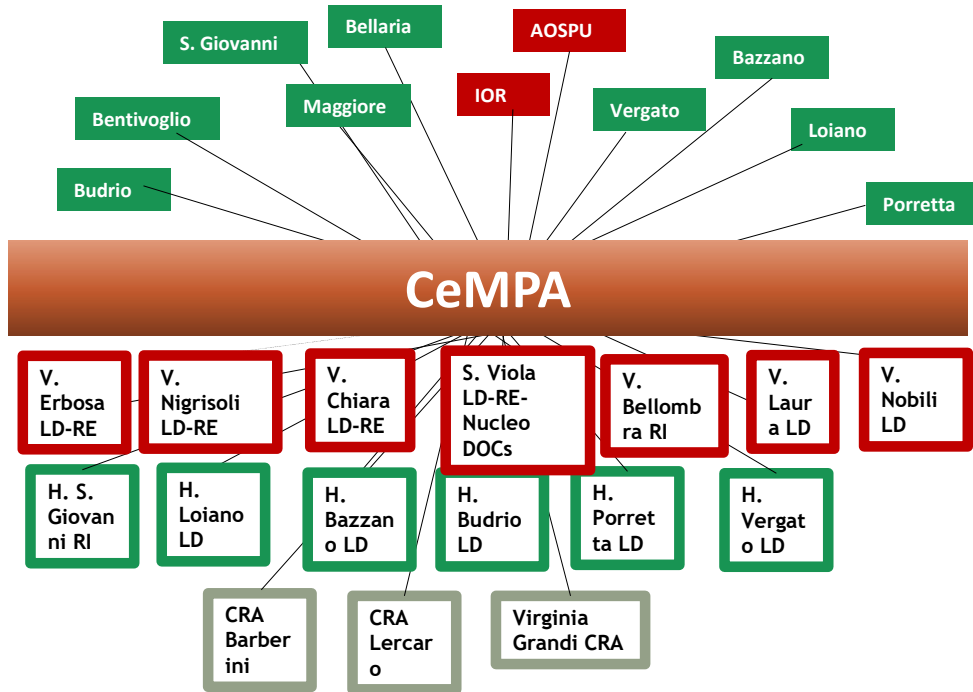
CeMPA – Centrale Metropolitana Post Acuzie: promuove trasferimenti dagli Ospedali (setting di ricovero per acuti) ai setting di post acuzie (lungodegenza, Riabilitazione Estensiva, Riabilitazione Intensiva)

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)

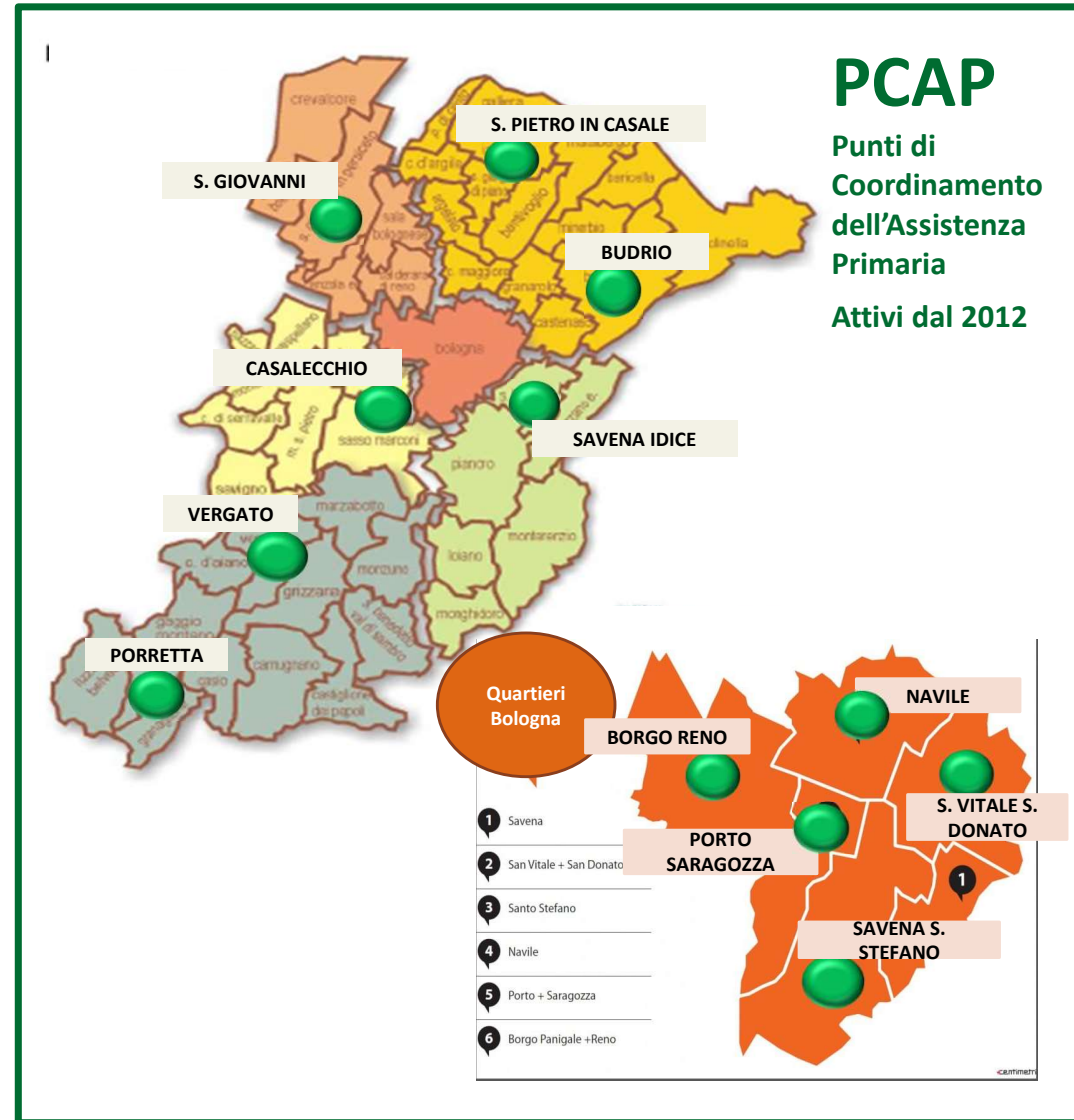
TCI– Team delle Cure Intermedie: équipe multiprofessionale per la gestione dei casi più complessi

Rete continuita' e transizione: OGGI

Modello Interaziendale (AOSP-AUSL - IOR) per il gestione unitaria dell'offerta di post acuzie dal 2009



c/o CdC Porto Saragozza



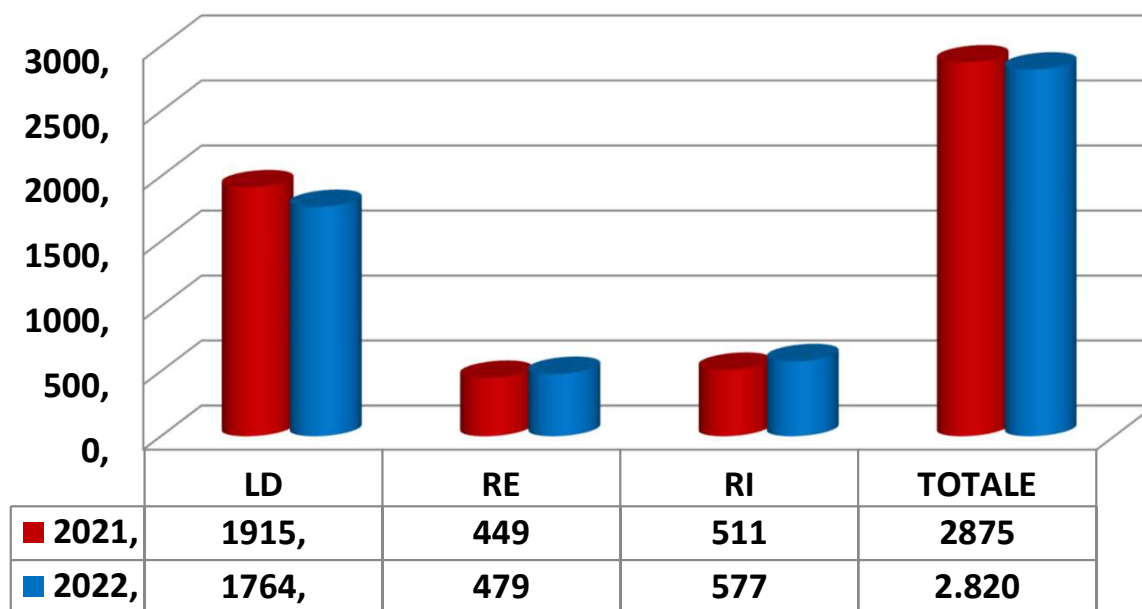
Centrale Metropolitana Post Acuzie (CeMPA)

OFFERTA

LD	187
RE	58
RI	64
DOCs	25
CRA 2068	16
CRA DP	6

Ospedali Privati Accreditati assicurano
76% offerta di post acuzie

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**

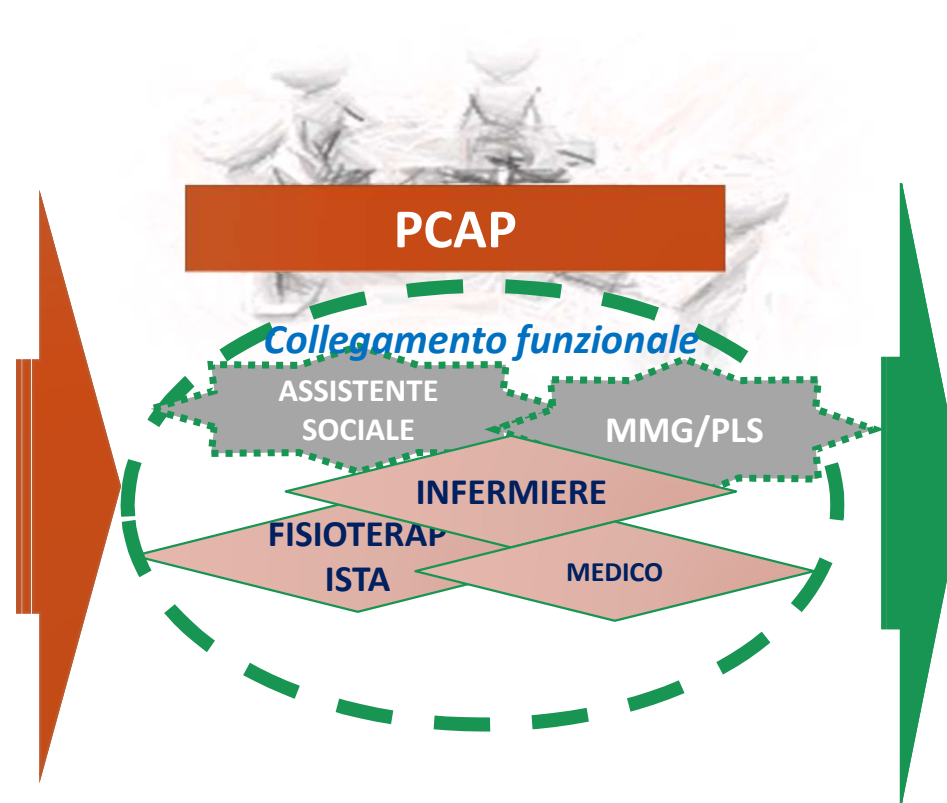
Attivazioni di ADI

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"

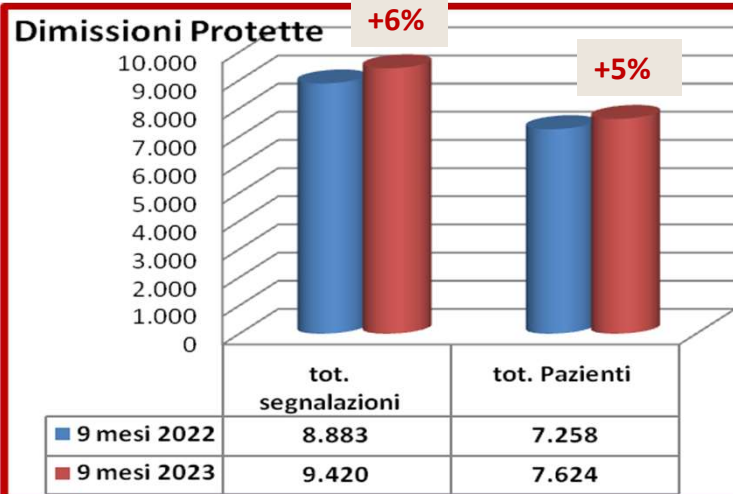
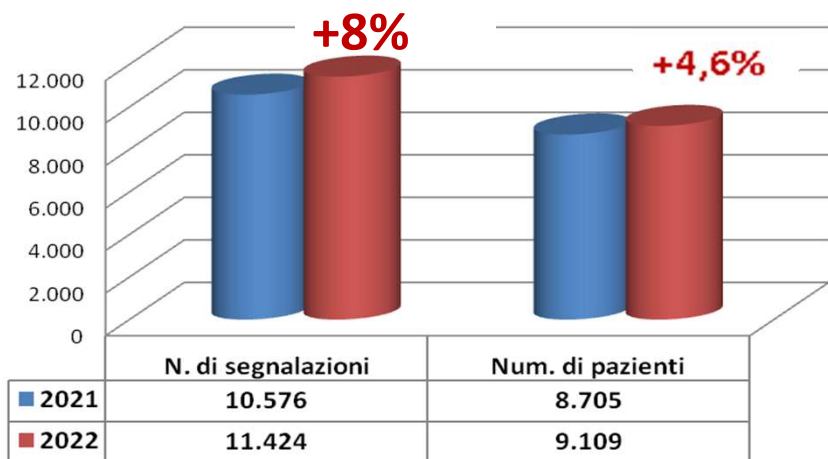
**INTERVENTI
DOMICILIARI**

visite specialistiche
ANT-AIL

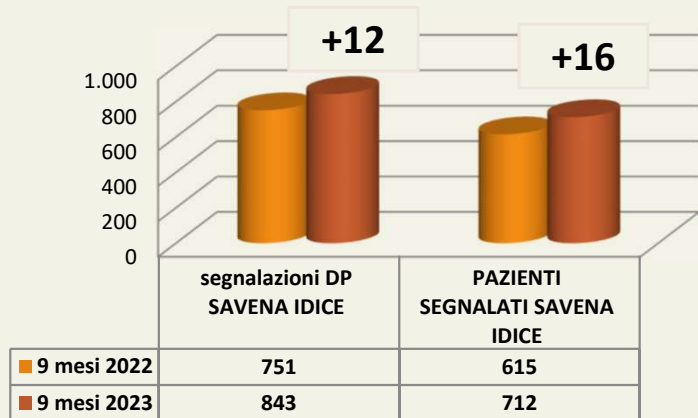
Nelson Frigatti per
Trasfusioni e altre
prestazioni mediche

Percorsi di fornitura
Trasporti assistiti

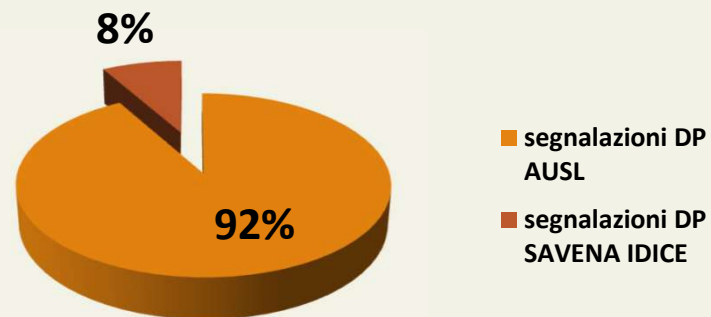
DIMISSIONI PROTETTE

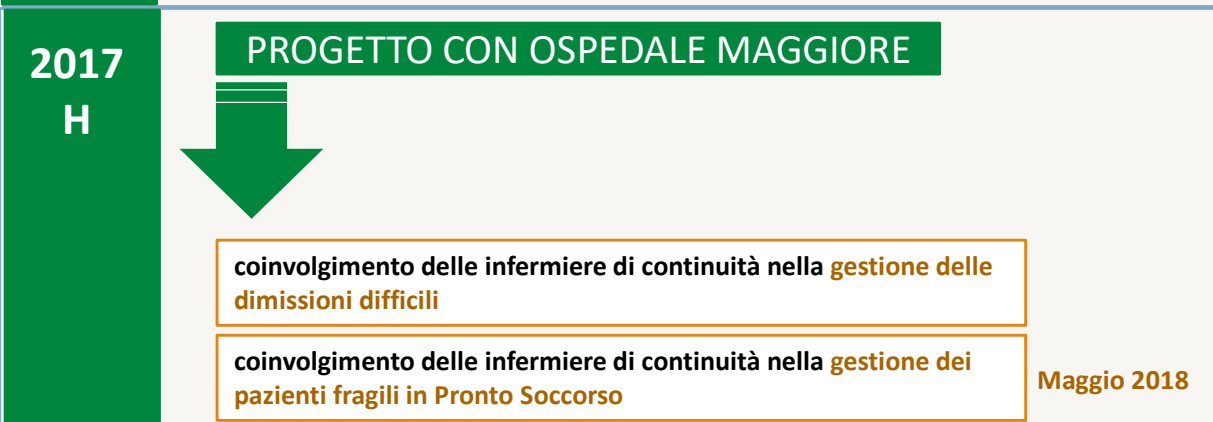
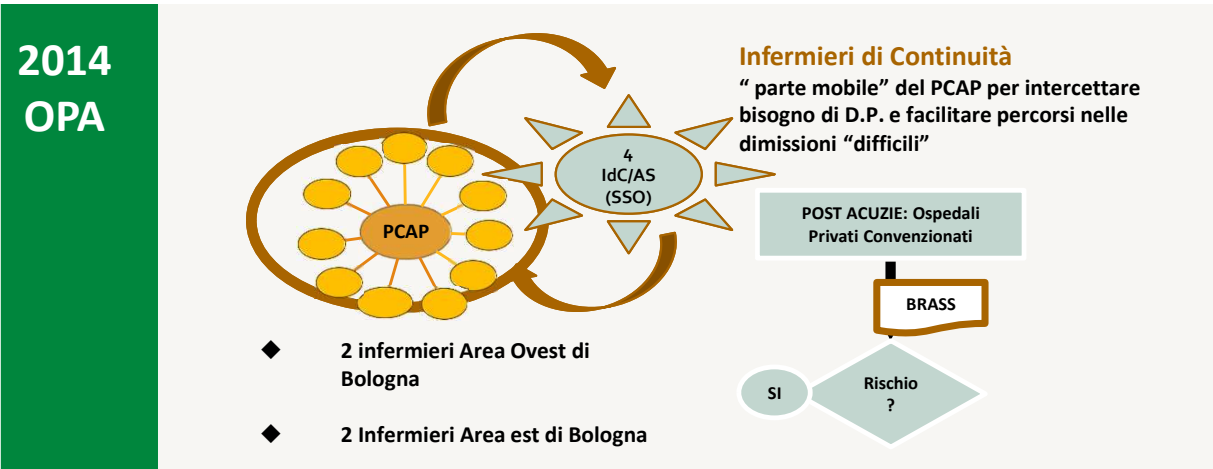


DIMISSIONI PROTETTE SAVENA IDICE



9 mesi 2023





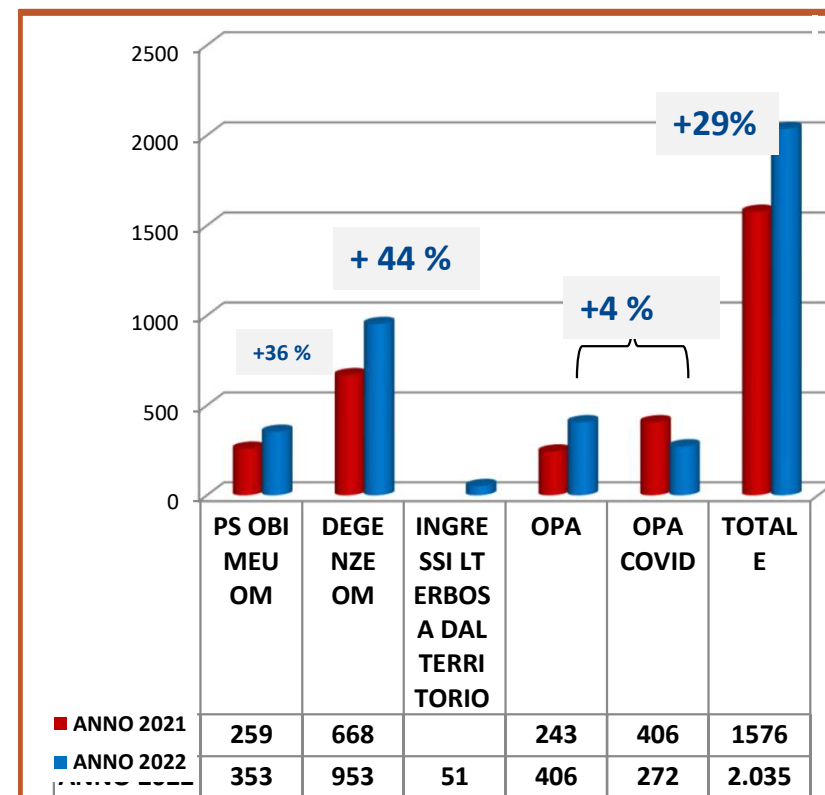
IL TEAM DELLE CURE INTERMEDIE

Identifica una modalità di lavoro dinamica fortemente centrata sulla gestione multiprofessionale ed interdisciplinare di pazienti mutiproblematici (pazienti cronici con comorbidità 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.**

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

ATTIVITA' TCI SOVRADISTRETTUALI

TIPOLOGIA	SEDE	PROFILO OFFERTA	POSTI LETTO
CURE INTERMEDIE	LOIANO	Letti Tecnici	18 pl
	VERGATO	Letti Tecnici	
CRA FAST PS	BOLOGNA - CRA LERCARO	Fast PS	2
	BOLOGNA - CRA ALBERTONI	Infermiere h 24	
CRA DP BOLOGNA	BOLOGNA – CRA MADRE TERESA DI CALCUTTA	Distretto Bologna DP 30 gg Infermiere h 24	2
CRA FAST	BOLOGNA – CRA PARCO DEL NAVILE	Sovradistrettuale DP 15 gg Infermiere h 24	11 pl
	BOLOGNA – CRA SALICETO	Sovradistrettuale DP 15 gg Infermiere h 24	
	BOLOGNA – CRA ROMA	Sovradistrettuale DP 15 gg Infermiere h 24	



Cure Intermedie Savena Idice

Anno	Richieste processate	Utenti inviati LTCI*
2022	161	99
2023 (ad oggi)	134	91

LTCI* Letti Tecnici di Cure Intermedie

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
- **Marzo 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

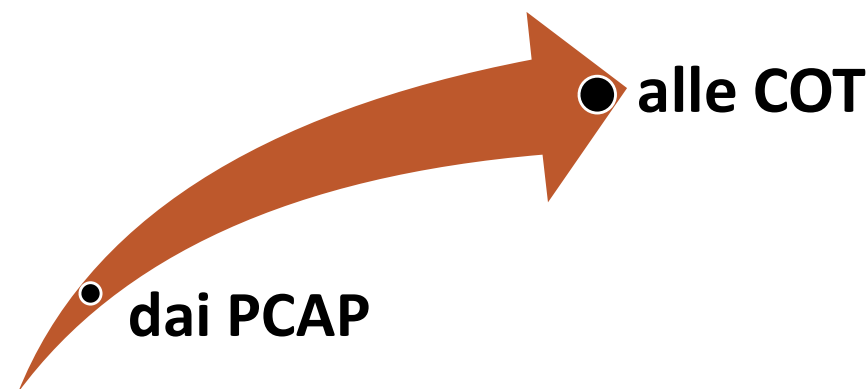
modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali

OBIETTIVO

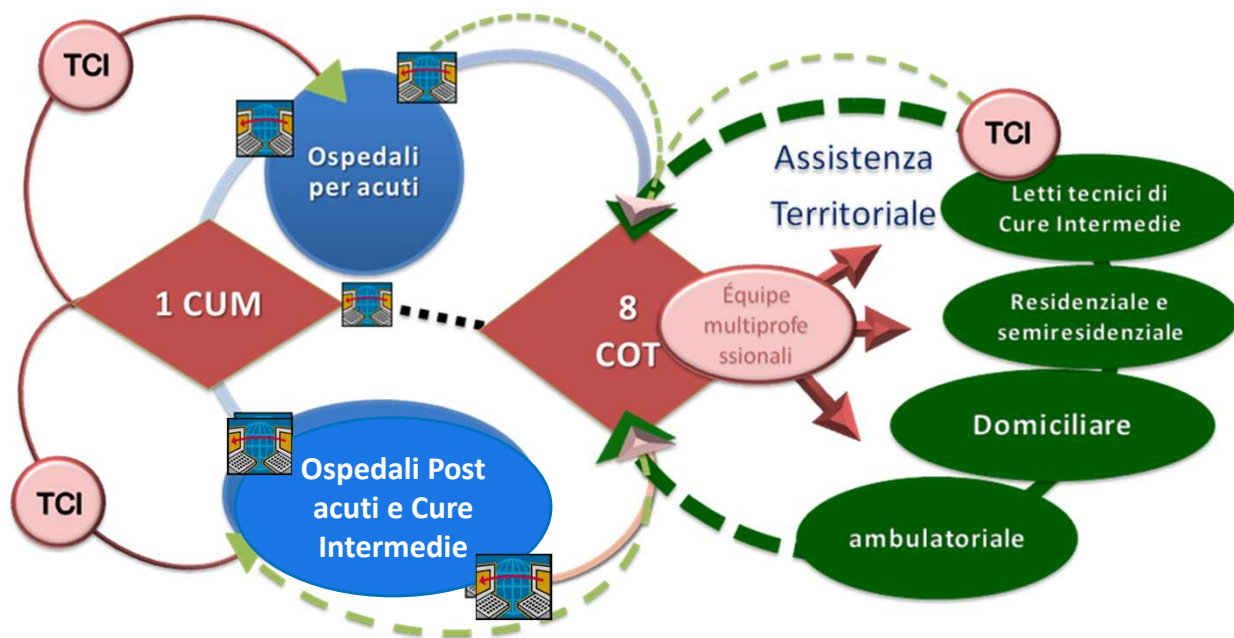
assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

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

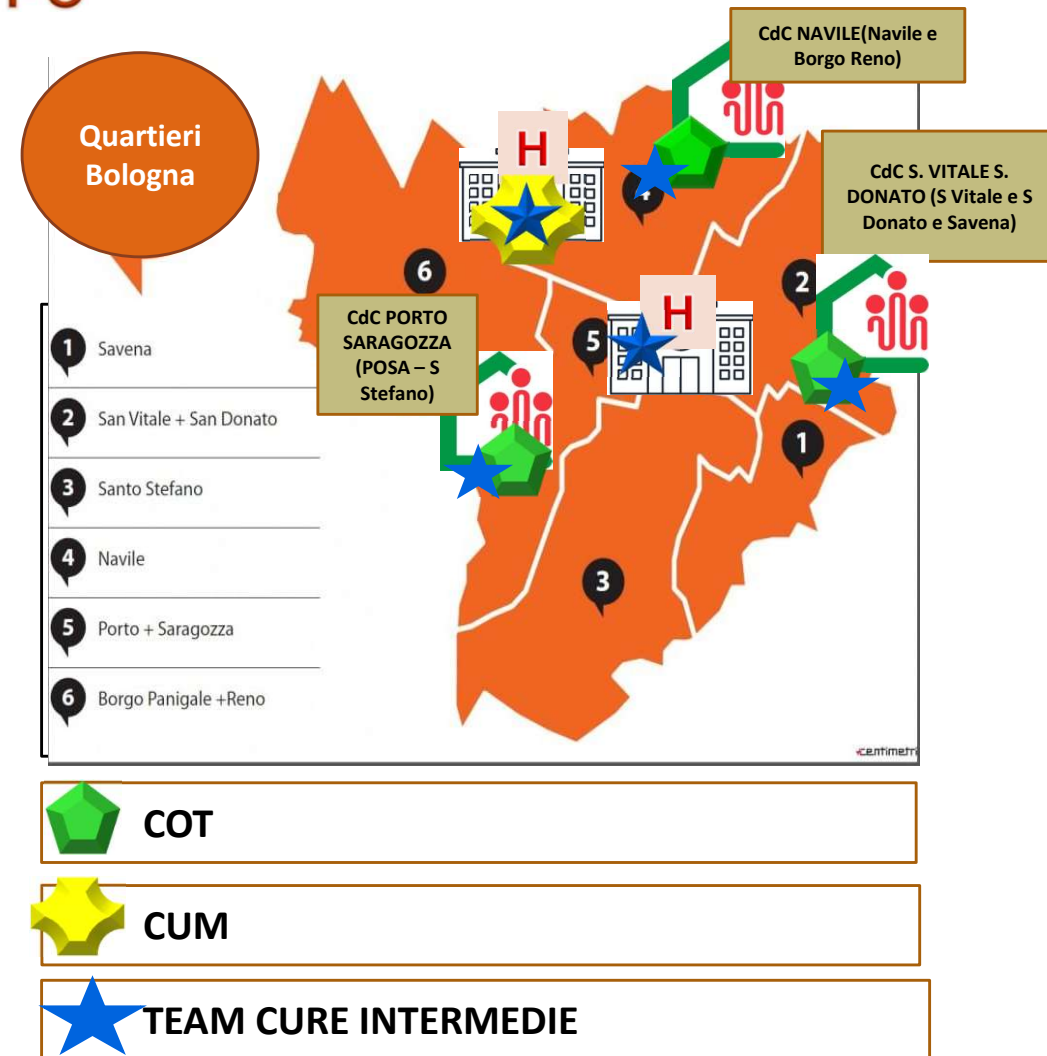
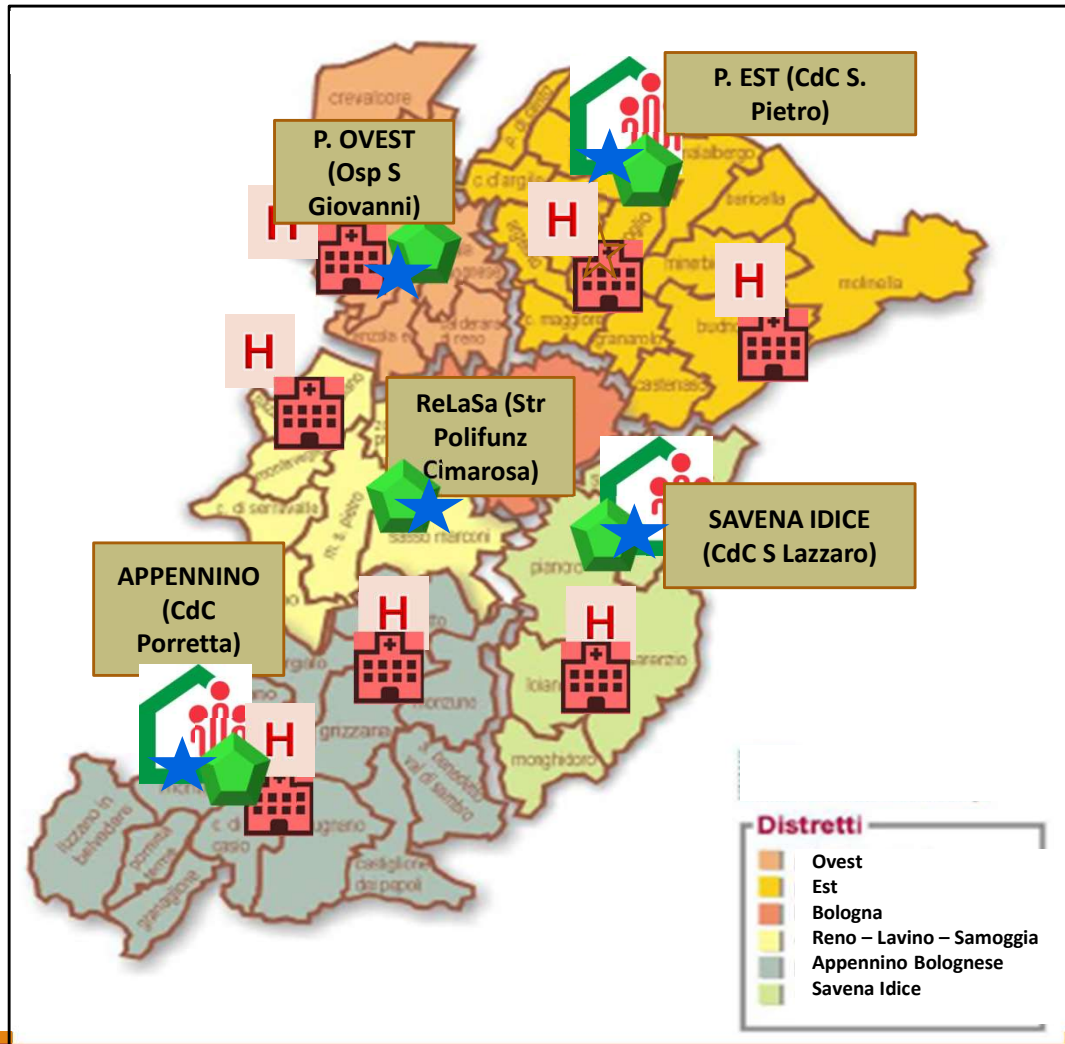


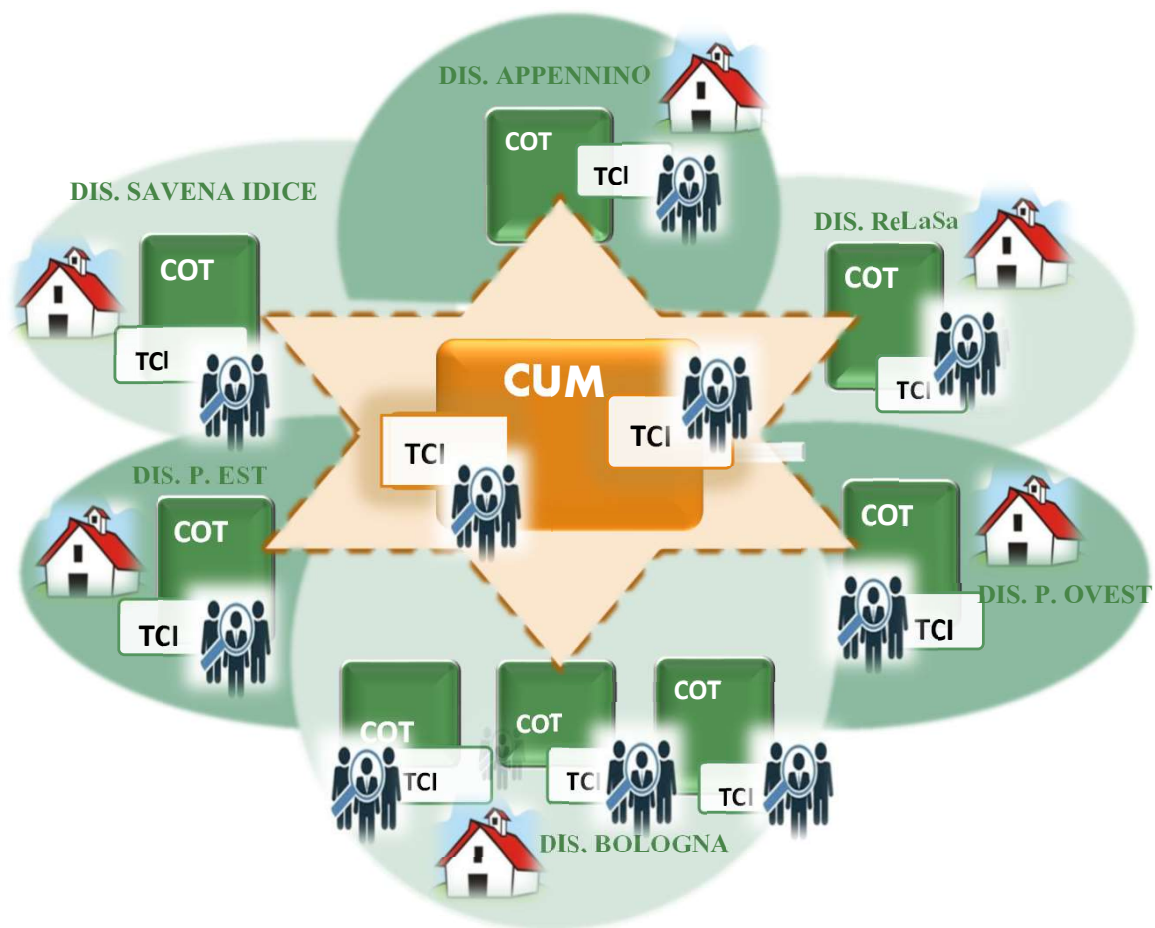
CUM – Centrale Unica Metropolitana:
a valenza sovradistrettuale. Gestisce trasferimenti e transizioni da setting acuti a setting post acuti e di Cure Intermedie

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

Rete continuita' e transizione: SVILUPPO





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	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: 2 Hub + 8 distrettuali

Processi di transizione delle Cure

....tra setting e livelli di cura

CUM
COT
TCI



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

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

**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



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

Nucleo Direzionale costituito da:

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

	ESISTENTE	SVILUPPO
STRUTTURA	CeMPA	CUM
AMBITO DI COMPETENZA	SOVRADISTRETTUALE	SOVRADISTRETTUALE
STRUTTURA	Struttura a gestione infermieristica Strumento: Garsia CeMPA Attiva 5 gg/7 h 7	Struttura multiprofessionale (infermieri, medico, Assistenti sociali) Strumento: informatizzazione processo integrato con applicativi in uso (Piattaforma) Attiva 7 gg/7 h12
FUNZIONI	Pianificazione e trasferimento dei pazienti da setting acuto a setting di post acuzie	Gestione della transizione dagli ospedali verso setting di post acuzie e cure intermedie “Funzione COT” nel fine settimana
COSA ATTIVA	LD - RE – RI Nucleo DOCs S Viola CRA 2068 CRA dimissioni Protette (alcune strutture)	LD - RE – RI Nucleo DOCs S Viola CRA 2068 CRA dimissioni Protette su alcune strutture e percorsi fast Setting di degenza di Cure Intermedie
IN	Segnalazione dagli Ospedali	Segnalazione Ospedali
OUT	Trasferimento paziente	Dimissione dal setting di post acuzie/cure intermedie



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.

	ESISTENTE	SVILUPPO
STRUTTURA	PCAP	COT
AMBITO DI COMPETENZA	DISTRETTUALE SUB DISTRETTUALE 12 punti	DISTRETTUALE SUB DISTRETTUALE 8 centrali
STRUTTURA	Struttura multiprofessionale (infermieri, medico, fisioterapista) Snodo organizzativo d'interfaccia per servizi e professionisti	Struttura multiprofessionale (infermieri, medico, fisioterapista, Assistenti sociali) Snodo organizzativo d'interfaccia per servizi e professionisti Informatizzazione processi in integrazione con applicativi in uso
FUNZIONI	Processa segnalazioni da ospedale (prevalenti) e territorio e attiva competenze e servizi per la presa in carico territoriale curando l'integrazione multiprofessionale e la continuità tra setting Funzione di front office (non in maniera omogenea) domani PUA	Processa segnalazioni da ospedale e territorio (percorsi H->T; T->H; T->T) e attiva competenze e servizi per la presa in carico territoriale curando l'integrazione multiprofessionale e la continuità tra setting. Assicura supporto organizzativo e coordinamento del processo di presa in carico nonché il monitoraggio della transizione e la rivalutazione del progetto di cura
COSA ATTIVA	Assistenza domiciliare, gestione PDTA, ambulatorio cronici, interventi fisioterapici, fornitura ausili, presidi, farmaci, forniture in service, trasporti sanitari, cure palliative, visite specialistiche a domicilio, emotrasfusioni e derivati, accesso cure intermedie Attivazione IFeC	Assistenza domiciliare, gestione PDTA, ambulatorio cronici, interventi fisioterapici, fornitura ausili, presidi, farmaci, forniture in service, trasporti sanitari, cure palliative, assistenza specialistica domiciliare, emotrasfusioni e derivati, accesso alle cure intermedie Attivazione Team delle Cure Intermedie per gestione casi complessi Gestione e coordinamento percorsi di accesso fast e cure intermedie Monitoraggio "progetti di cura" casi complessi
IN	Segnalazione da Ospedale e territorio	Segnalazione da Ospedale e territorio
OUT	Attivazione del percorso e/o presa in carico	Chiusura del progetto di presa in carico

Team delle cure intermedie

Èquipes multiprofessionali per la gestione dei casi complessi

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



**Team delle cure intermedie hub – sovradistrettuali
(Braccio operativo CUM)**



**Team delle cure intermedie distrettuali
(Braccio operativo COT)**



Team delle cure intermedie hub - sovradistrettuali: organizzazione e assetto

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 distrettuale – 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)



Team delle cure intermedie distrettuale – 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