

Modelli organizzativi di continuità assistenziale e di gestione integrata alla persona nell'AUSL di Bologna

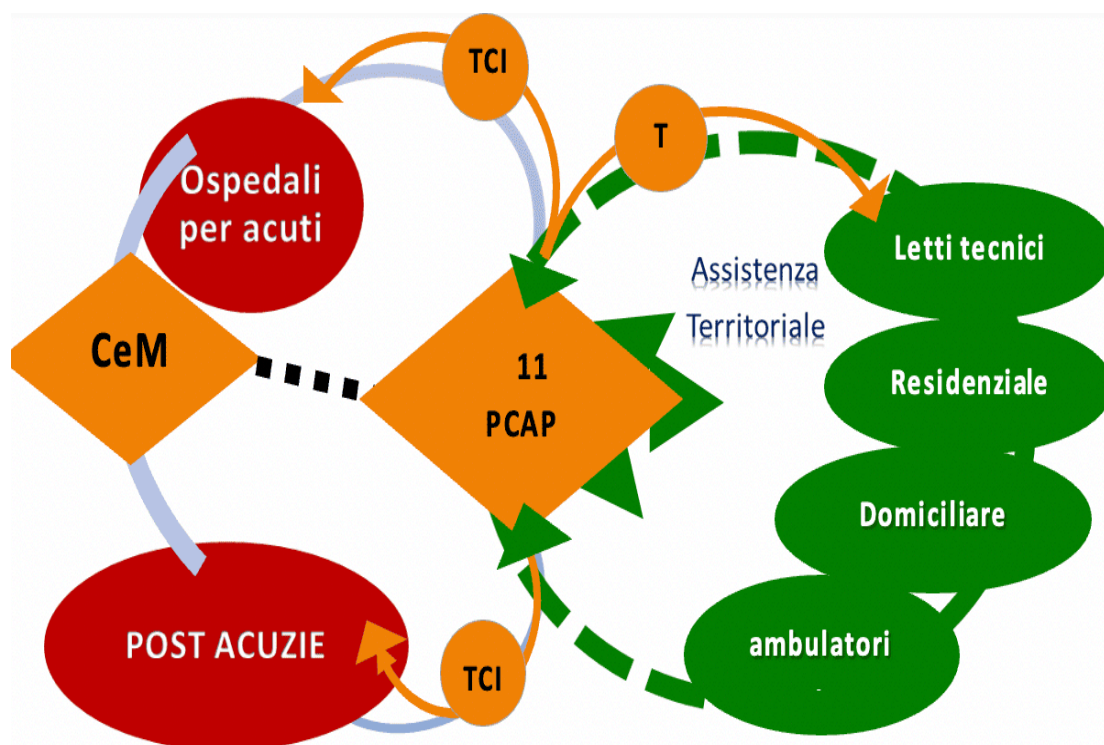
L'Azienda USL di Bologna copre un territorio di 3.000 km² con una popolazione di 885.895 abitanti, distribuita su sei distretti sanitari e servita da una rete ospedaliera complessa. Nel 2021, è stato avviato un nuovo modello di transizione delle cure, mirato a migliorare la presa in carico e l'integrazione dei servizi sociosanitari.

Di Manuela Petroni (Responsabile Percorsi Assistenziali Domiciliari - AUSL Bologna)

L'Azienda USL di Bologna presenta un territorio di 3.000 Km² con 885.895 residenti al 31/12/2023. Il territorio è articolato in sei Distretti, l'offerta ospedaliera prevede 9 Ospedali Aziendali, 1 IRCS delle Scienze Neurologiche, 1 Azienda Ospedaliera, 1 Istituto Ortopedici Rizzoli. L'offerta di post acuzie è garantita in modo prevalente da 8 Ospedali Privati Accreditati. Esigua l'offerta di Ospedali di Comunità o setting assimilabili al momento costituita da 18 posti letti articolati su due strutture (Ospedale di Loiano, Ospedale di Vergato) e integrate da setting di transizione identificati in Case Residenza Anziani (CRA) anche ad accesso fast dal Pronto Soccorso. Sono circa 700 i MMG/PLS. La struttura della popolazione per età evidenzia un processo di invecchiamento rilevante: 129.471 (14,6%) persone hanno un'età inferiore ai 18 anni, 562.319 (63,5%) un'età compresa tra i 18 e i 64 anni, 217.889 (24,6%) abitanti un'età maggiore o uguale a 65 anni. Di questi ultimi, oltre la metà (119.159, pari al 13,4% del totale della popolazione) ha un'età maggiore o uguale a 75 anni.

La transizione delle cure e l'assetto organizzativo attuale

Dal 2012, l'AUSL di Bologna ha prestato particolare attenzione alla **continuità assistenziale** e alla **prossimità delle cure**, cercando di sviluppare un modello organizzativo assistenziale unico per l'intero territorio aziendale. Come mostrato anche graficamente nella figura 1, sono stati realizzati sul territorio 11 snodi organizzativi multiprofessionali, definiti **Punti di Coordinamento dell'Assistenza Primaria (PCAP)**. Inoltre, è stata istituita una centrale a valenza sovradistrettuale, denominata **Centrale Metropolitana di Post Acuzie (CeMPA)**, attiva di fatto già dal 2009. Dal 2014, sono operative anche équipe multiprofessionali, chiamate **Team di Cure Intermedie**, per la gestione di casi particolarmente fragili e complessi e per l'accesso ai setting di cure intermedie.



Fonte: elaborazione degli autori
Figura 1 – Modello organizzativo di transizione delle cure

Di seguito viene riportata una breve sintesi rispetto alla mission e alle funzioni dei differenti livelli della rete descritta sopra.

CeMPA – Centrale Metropolitana Post Acuzie. Gestisce l'offerta di post acuzie e i trasferimenti dei pazienti dagli Ospedali (setting di ricovero per acuti) ai setting di post acuzie (lungodegenza, Riabilitazione Estensiva, Riabilitazione Intensiva). Tale soluzione organizzativa ha consentito di gestire globalmente e secondo logiche interaziendali l'offerta di post acuzie migliorandone l'equità di accesso. Il percorso è informatizzato e collegato al PCAP che viene tempestivamente informato favorendo il suo intervento o nella proroga della degenza quando richiesta, piuttosto che nei percorsi di dimissione protetta. La Centrale, attiva dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 14,30, gestisce mediamente 3000 trasferimenti in post acuzie nell'anno.

PCAP– Punto di Coordinamento dell'Assistenza Primaria. Sono centrali territoriali che promuovono la presa in carico del cittadino nell'ambito dei servizi presenti nel territorio di residenza (prossimità). Interviene nella gestione dei percorsi di dimissione protetta, autorizzazione di proroghe della degenza nei setting di post acuzie o nella presa in carico dei casi segnalati dai professionisti della rete territoriale (sanitari e sociali), nell'attivazione di percorsi a supporto della domiciliarità e nell'accesso alle cure intermedie. Sono attive dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 14,30. Il modello si è rivelato virtuoso nella facilitazione dell'accesso alle cure e nel collegamento fra professionisti ospedalieri, MMG/PLS, servizi sociali e sanitari territoriali.

TCI– Team delle Cure Intermedie. Per migliorare la gestione dei casi complessi/particolarmente fragili e i processi di transizione delle cure, sono state sviluppate pratiche multi professionali con figure con competenze specifiche rispetto a percorsi e processi di presa in carico nella rete territoriale. Queste figure sono state identificate nell'infermiere di continuità, nell'assistente sociale, e nel geriatra. Tali équipe multi professionali sono state definite Team di Cure Intermedie (TCI). Suddette pratiche, avviate nel 2014 nell'ambito delle post acuzie degli Ospedali Privati Accreditati sono state implementate nel 2018 nell'ambito dei Pronto Soccorso e setting di degenza ordinaria degli Ospedali Hub Aziendali.

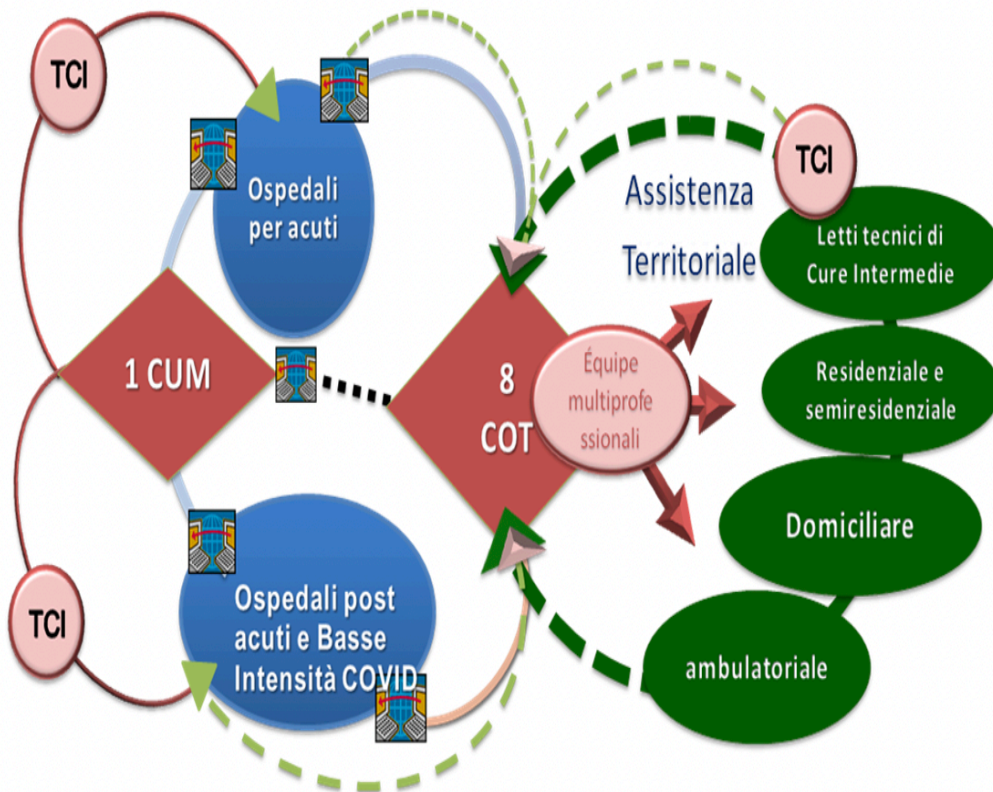
Il TCI identifica una modalità di lavoro dinamica fortemente centrata sulla gestione multiprofessionale ed interdisciplinare di pazienti mutiproblematici (pazienti cronici con comorbidità e fragilità socio – sanitaria) intorno ai quali il sistema di offerta riscontra maggiore difficoltà ad integrare gli interventi e ad assicurare appropriatezza organizzativa e continuità assistenziale. Nell'ambito del PS/OBI e Medicina di Urgenza, tali operatività hanno consentito di gestire ed evitare il ricovero non necessario a persone fragili di norma anziani favorendone il mantenimento nella rete territoriale. A tale scopo, in collaborazione con Distretti, Enti Locali (in particolare Comune di Bologna), Dipartimento delle Cure Primarie sono stati sviluppati percorsi ad accesso fast da Pronto Soccorso (CRA, aiuti alla persona, fornitura ausili).

Un nuovo modello di transizione delle cure

Nel 2021, su mandato della Direzione AUSL, si è costituito un gruppo multiprofessionale e multidisciplinare che ha coinvolto anche l'Azienda Ospedaliera e l'Istituto Ortopedico Rizzoli per una lettura critica dell'esperienza pluriennale della rete e per formulare proposte di miglioramento.

Il lavoro ha necessariamente tenuto conto del nuovo **dettato legislativo DM 77 del 23/05/2022**, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", che identifica le Centrali Operative Territoriali (COT) come il "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: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza".

- **Una Centrale Unica Metropolitana (CUM)** a valenza sovradistrettuale;
- **Otto Centrali Operative Territoriali (COT)** a valenza distrettuale;
- **Un Team delle Cure Intermedie** sul livello distrettuale e sovradistrettuale;



Fonte: elaborazione degli autori

Figura 2 – Nuovo modello di transizione delle cure

La responsabilità complessiva è affidata al Dipartimento delle Cure Primarie che garantisce il governo trasversale dei processi di transizione (CUM e COT) e il governo complessivo dell'offerta di post acuzie e cure intermedie.

A tal fine si avvale di un nucleo di Direzione costituito da:

- **Un Dirigente Medico DCP;**
- **Un Dirigente Infermieristico;**
- **Un Dirigente dei Processi Socio Sanitari;**
- **Un Dirigente Medico geriatra.**

Centrale Unica Metropolitana: livello sovradistrettuale

Costituisce il livello sovradistrettuale della rete, attivo 7 giorni su 7 dalle ore 8:00 alle ore 19:00. Ubicata presso l'Ospedale Maggiore, avrà una struttura multiprofessionale, diversamente dalla CeMPA a gestione infermieristica, composta da sei infermieri, un medico e almeno un assistente sociale. Questo livello si occupa della gestione e del monitoraggio delle transizioni step-down tra ospedale e territorio, che prevedono, dopo la fase acuta ospedaliera, l'accesso alle post-acuzie o ai setting di cure intermedie, prima del rientro a domicilio o in un altro luogo di vita della persona. Nel fine settimana, la Centrale svolgerà anche la funzione di COT, rispondendo a eventuali segnalazioni provenienti dagli ospedali o dal territorio.

Centrali Operative Territoriali: livello distrettuale

La Centrale Operativa Territoriale (COT) rappresenta il livello distrettuale di garanzia per la **presa in carico** e l'**utilizzo appropriato delle risorse presenti nella rete di prossimità**. Essa garantisce, dal punto di vista organizzativo e nell'ambito della rete di prossimità, i percorsi di continuità assistenziale per i pazienti segnalati dagli ospedali o dai professionisti del territorio. La COT funge da nodo centrale in un sistema reticolare integrato sociosanitario, assicurando il governo delle risorse territoriali e la presa in carico delle necessità con la predisposizione e attuazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI), in stretta collaborazione con il Medico di Medicina Generale (MMG).

Inoltre, la COT costituisce il **"meccanismo operativo"** per la gestione delle transizioni a livello distrettuale o sub-distrettuale, rappresentando l'interfaccia principale per l'accesso, la gestione e il monitoraggio dei servizi territoriali. Essa assicura la gestione e il monitoraggio delle transizioni step-up tra Ospedale e Territorio, come la dimissione protetta a domicilio con presa in carico da parte dei servizi territoriali, e tra Territorio e Ospedale, come l'ammissione protetta in ospedale di un cittadino già in carico ai servizi territoriali. La COT gestisce anche le transizioni all'interno del territorio stesso, coordinando segnalazioni e monitorando i percorsi di presa in carico tra differenti setting e livelli di cura in base all'evoluzione del bisogno della persona nel tempo.

Le COT saranno attive dalle 8:00 alle 16:00, dal lunedì al venerdì. Nell'ambito dell'AUSL di Bologna, saranno operative otto COT: tre nel Distretto di Bologna e una per ciascuno dei restanti cinque Distretti (Savona Idice, Appennino, Reno Lavino Samoggia, Pianura Est e Pianura Ovest).

La struttura della COT rimarrà multiprofessionale come gli attuali Punti di Coordinamento dell'Assistenza Primaria (PCAP), comprendendo un Medico del Dipartimento delle Cure Primarie (DCP), tre infermieri dedicati per ogni COT, un assistente sociale e una media di tre ore settimanali di fisioterapista.

Team di Cure Intermedie e la rete di facilitazione delle dimissioni ospedaliere per la gestione dei pazienti fragili e/o complessi

L'attività delle Centrali è supportata da team multidisciplinari, noti come Team delle Cure Intermedie (TCI), il cui obiettivo è garantire il processo di **valutazione clinica multidimensionale e multiprofessionale**. Questi team si concentrano sulla definizione del bisogno clinico-assistenziale per i casi complessi, assicurando l'appropriatezza e la continuità dei percorsi di transizione tra diversi setting e livelli di cura, nonché la presa in carico territoriale e lo sviluppo dei Progetti Individuali (PAI).

Saranno attivi dieci Team di Cure Intermedie, con due team a livello sovradistrettuale e uno per ciascuna COT distrettuale. I TCI sovradistrettuali opereranno rispettivamente nell'Area Ovest del Distretto di Bologna, con sede operativa presso l'Ospedale Maggiore, e nell'Area Est del Distretto di Bologna, con sede operativa presso l'Azienda Ospedaliera. Questi team includeranno infermieri dedicati, noti come infermieri di continuità, oltre a figure come assistenti sociali, medici geriatri e fisioterapisti. Interverranno nei pronto soccorso, nell'osservazione breve intensiva e nella medicina di urgenza, con l'obiettivo di mantenere a domicilio o nella rete territoriale i pazienti fragili, solitamente anziani, che non necessitano di ricovero ospedaliero. Inoltre, gestiranno le dimissioni particolarmente complesse che richiedono l'accesso a un setting di cure intermedie o a una CRA e la transizione di casi complessi dimessi nella rete di post-acuzie.

I TCI distrettuali includeranno figure come medici geriatri, infermieri di famiglia e comunità, assistenti sociali e i medici di medicina generale (MMG) dei pazienti. Nello sviluppo e nella rivalutazione del progetto di presa in carico, i TCI lavoreranno in integrazione con altri professionisti con competenze specifiche, già attivi o da coinvolgere nel progetto.

Per promuovere l'efficacia della rete ospedaliera nella preparazione delle transizioni e favorire l'integrazione con la rete

territoriale, è previsto lo sviluppo di una rete di primo livello chiamata “**rete dei facilitatori della dimissione**”, composta da case manager e medici identificati del reparto, a partire dai reparti internistici. Questa rete sarà presente sia negli ospedali Hub che negli ospedali Spoke. Ai professionisti della rete sarà dedicata formazione e continuo aggiornamento sui percorsi di presa in carico alla dimissione.