

**“Continuità assistenziale: il modello toscano 2.0
dopo la epidemia covid “**

Allegato A

Decisione Comitato Tecnico Scientifico n. 8 del 23/03/2021



Regione Toscana



**Servizio
Sanitario
della
Toscana**

Articolazione funzionale dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico, ai sensi dell'art. 49 ter della l.r. 40/2005:

- a) Coordinatore;
- b) Ufficio di coordinamento;
- c) Comitato tecnico scientifico

Coordinatore dell'OTGC
Dr. Mario Cecchi

Segretario dell'OTGC
Dr.ssa Maria Teresa Mechi

Supporto amministrativo
Stefania Della Luna
Giuseppina Agata Stella

Il presente documento è stato prodotto da un gruppo multidisciplinare di esperti su mandato dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico (istituito con Legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40, modificata con Legge regionale 25 luglio 2017 n. 36).

L'intero documento in formato PDF è consultabile sul sito Internet della Regione Toscana al seguente indirizzo: <http://www.regione.toscana.it/pubblicazioni>

Chiunque è autorizzato, per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché ne citi la fonte utilizzando la seguente dicitura: Tratto da (*TITOLO DEL DOCUMENTO*), Organismo Toscano per il Governo Clinico, Settore qualità dei servizi e reti cliniche, Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale, Regione Toscana.

Organismo Toscano per il Governo Clinico
Coordinatore dr. Mario Cecchi
Commissione Continuità assistenziale
Coordinatore dr. Giancarlo Landini

**"Continuità assistenziale: il modello toscano 2.0
dopo la epidemia covid "**

Componenti della Commissione

Alessandri Massimo, Andreini Roberto, Andreotti Maresa, Baggiani Cristiana, Bussotti Alessandro, Croppi Emanuele, Franceschini Franco, Gabbani Luciano, Grisillo Dario, Landini Giancarlo, Menchetti Guglielmo, Notaro Giuseppe, Palumbo Pasquale, Panigada Grazia, Quercioli Massimo, Rossi Cristina, Ruggeri Mauro, Santoro Giovanni Maria, Scarsini Patrizia, Toccafondi Giulio

INDICE

	Pag.
Premessa	3
Ospedale per percorsi e processi	4
Rete territoriale efficace e robusta	6
Ospedale senza muri in reciproca continuità con il territorio	9
Glossario	11

Premessa

La parola continuità assistenziale è stata molto usata in questi anni. Si è verificato quasi una assuefazione a questo termine. In particolare si è parlato sempre di continuità ospedale territorio poco di continuità territorio ospedale e si è fatto, dal punto di vista pratico, poco in tutti i sensi. Molto è stato legiferato e deliberato, anche con modelli avanzati, ma poi non si è controllata l'applicazione sul territorio e questo ha provocato una forte disomogeneità mettendo a rischio l'equità del nostro servizio sanitario regionale. In effetti soluzioni sono state avanzate e realizzate ma in linea di massima in maniera parcellizzata nelle varie zone e USL. La riforma della sanità regionale con la creazione delle grandi USL ha però dato una spinta a recuperare una certa omogeneità e con la nascita dell'Organo Toscano per il Governo Clinico (OTGC) si è pensato di cominciare a produrre delle linee di indirizzo regionale sul problema. Linee che non devono essere esaustive ma devono dare dei criteri generali che poi potranno essere applicate con specifiche soluzioni locali.

Oggi l'Ospedale e il Territorio hanno la necessità di procedere ad una implementazione di percorsi assistenziali condivisi anche perché il tipo di ammalato più frequente è complesso cronico e spesso riacutizzato che deve poter ricevere cure adeguate e continuative dall'Ospedale al Territorio. Anche una buona parte di pazienti con patologie ad insorgenza acuta che comunemente vengono ricoverati- potrebbero così essere diagnosticati e curati in setting alternativi. Le cure ospedaliere devono essere bilanciate da adeguate cure domiciliari e territoriali. L'obiettivo sarà quello di giungere progressivamente a delle équipe uniche di cura fra ospedale e territorio. Équipe funzionali multidisciplinari e multiprofessionali che rendano obsoleta la distinzione fra ospedale e territorio.

L'epidemia di coronavirus ha messo in evidenza importanti carenze assistenziali che in anni di scarso finanziamento del SSN si sono accumulate:

- 1) A livello ospedaliero con la carenza di letti di terapia intensiva ma anche in particolar modo di subintensiva con in aggiunta la totale carenza di letti di cure intermedie con medico specialista H 24 che è l'unica configurazione utile di questo setting assistenziale.
- 2) A livello territoriale si è sentita in maniera rilevante la mancanza di un sistema meglio organizzato che potesse prendere in carico il paziente in maniera più efficiente. Si sente l'esigenza di aumentare anche l'intensità di cura delle cure territoriali potenziandole ed anche creando sinergie strutturate fra ospedale e territorio.

Nel futuro non bisogna poi dimenticare il diretto coinvolgimento del cittadino-paziente nel percorso di cura. Il paziente deve diventare un protagonista consapevole del percorso assistenziale. Una riorganizzazione sostanziale del processo di cura deve includere e prevedere una adeguata risposta ai bisogni di relazione che devono andare oltre alla pur sempre dovuta informazione. Inoltre un contributo essenziale nella riorganizzazione del sistema può avvenire anche attraverso un diretto coinvolgimento delle associazioni dei cittadini come affermato dalla LR n. 75/2017.

La commissione permanente Continuità Assistenziale dell'OTGC ha stilato questo documento che vuole riaffermare i principi ispiratori della continuità. Si prende in considerazione l'organizzazione intraospedaliera e nel contempo quella territoriale ridefinendone nuovi rapporti di reciprocità. Il territorio è visto come rete delle AFT e delle Case della Salute senza trascurare le cure intermedie e le problematiche socio-sanitarie. Il tutto visto in maniera sintetica tentando di dare un quadro unitario alla continuità assistenziale del SST.

Ospedale per percorsi e processi

Le aree mediche e chirurgiche degli ospedali toscani sono organizzate con **letti di area dipartimentale**. Questo significa che esistono sempre i letti specialistici che, in specifiche condizioni organizzative, possono essere gestiti anche in modo flessibile in base alle esigenze assistenziali. Rimane imprescindibile la localizzazione geografica evitando la dispersione in più setting. Il sistema favorisce la cogestione e la integrazione multidisciplinare e multiprofessionale. I letti chirurgici, ferma restando l'assegnazione alla specialità prevalente saranno divisi in chirurgia di elezione e in chirurgia di urgenza. I letti dell'area medica dovranno essere suddivisi in base alla complessità assistenziale e alla instabilità clinica con l'istituzione di letti specialistici di high care. Inoltre nel concetto della continuità assistenziale le varie specialità devono avere la possibilità di seguire gli ammalati in tutti i setting che vanno dalla sub intensiva (che per definizione è multidisciplinare) alla degenza ordinaria ad alta complessità assistenziale (livello 2A) ai servizi outpatients come il Day Service multidisciplinare e multiprofessionale. Il malato essendo complesso e non complicato non può essere "spiegato" e quindi nemmeno "scomposto" nelle singole patologie con la difficoltà intrinseca di assegnazione ad una specialistica. Nasce quindi il concetto di **cogestione** intesa come una reale presa in carico multispecialistica condivisa da parte di tutti i componenti delle équipes coinvolte che dovranno anche individuare la specialistica "tutor" responsabile del coordinamento di processo. Questo porterà al superamento della mera consulenza che è uno strumento obsoleto nei nostri ospedali che gestiscono pazienti complessi acuti e subacuti con implementazione della piena presa in carico delle diverse competenze resa possibile anche dalla condivisione informatica delle informazioni. Si potrà pensare anche all'adeguamento delle competenze amministrative delle SDO. In questa nuova impostazione è necessaria una più puntuale informazione per tutti gli attori del percorso assistenziale tenendo presente il coinvolgimento del cittadino/paziente. L'emergenza Covid con la creazione di reparti multidisciplinari ha dimostrato la necessità di una collaborazione strutturale polispecialistica e questo ha avuto maggior successo in Toscana perché i nostri ospedali avevano già da tempo intrapreso questa strada. Abbiamo esempi virtuosi con la **ortogeriatría** (in cui l'ammalato è assegnato contemporaneamente alla ortopedia e alla geriatria). Questo modo di intendere la condivisione degli ammalati si applica alla **chirurgia** che deve entrare nel meccanismo di cogestione con la medicina interna e le altre specialità mediche in un sistema virtuoso in cui certi pazienti saranno cogestiti in area chirurgica ed altri (più instabili e complessi) cogestiti in area medica (alta complessità o subintensiva). Questo deve comportare una ridefinizione della

organizzazione e funzioni delle unità operative del dipartimento medico, dedicate alla cogestione del paziente chirurgico. La cogestione dei pazienti chirurgici si deve svincolare dal rapporto esclusivo con la anestesia e rianimazione che rimane essenziale nel periodo perioperatorio ma che nel proseguire della degenza deve essere affiancato dalla medicina interna e dalle altre specialistiche di area competenti in quel specifico caso.

La chirurgia deve avere anche accesso al Day Service multidisciplinare e multiprofessionale che è ben diverso (anche se con pratiche amministrative simili) all'ambulatorio di pre ospedalizzazione chirurgica.

I **Dipartimenti ospedalieri** sono la base della continuità assistenziale all'interno degli ospedali e fra le aree omogenee della rete ospedaliera. I dipartimenti permettono di mantenere insieme il sistema specie nella grandi USL della Toscana dando una coerenza orizzontale all'insieme. Per fare questa opera devono essere gestionali, multidisciplinari e transmurali per il controllo anche della specialistica ambulatoriale territoriale. La specialistica è unica e non può essere divisa fra ospedale e territorio. In un sistema a matrice fanno da contrappeso ai dipartimenti le direzioni sanitarie di presidio che mantengono la coerenza verticale al sistema armonizzando l'attività dei dipartimenti nei singoli ospedali sostenendo l'handover fra dipartimenti nel singolo presidio ospedaliero.

Questa nuova impostazione organizzativa richiede altresì una particolare attenzione e l'adozione di specifiche misure che rendano fluido e strutturato il rapporto con il paziente che deve ricevere una adeguata informazione e un consapevole coinvolgimento nel processo di cura.

La porta aperta al territorio è il **DAY SERVICE MULTIDISCIPLINARE E MULTIPROFESSIONALE** presente in tutti i nostri ospedali che va potenziato ed ampliato nello spettro di attività dopo l'epidemia di coronavirus. Per le necessità di distanziamento e per la riduzione del sovraffollamento le attività ambulatoriali di primo livello possono essere spostate, laddove possibile, in strutture esterne (utilizzando in modo virtuoso anche gli spazi propri della medicina convenzionata). I poliambulatori presenti devono essere convertiti in ambulatori complessi all'interno dei Day Service multidisciplinari e multiprofessionali (questo vale anche per le specialità chirurgiche) collegati con percorsi di FAST TRACK con il territorio e con il DEA. Il sistema deve accogliere tutte le URGENZE DIFFERIBILI.

Per un ulteriore approfondimento sul tema del Day Service multidisciplinare e multiprofessionale si invita a consultare la DGRT 1045/2011 "Linee di indirizzo per l'attivazione del modello organizzativo del Day Service (D.Se.)" e il documento "Linee di indirizzo per l'attivazione del modello organizzativo del Day Service Multidisciplinare e Multiprofessionale (D.Se.M.M.) e dell'Ambulatorio programmato di patologia/specialità", approvato dal Comitato Tecnico Scientifico dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico con Decisione n. 5 del 17/03/2021.

Una importante evoluzione del sistema potranno essere le **équipe multidisciplinari** che operano trasversalmente in più setting clinici e sono finalizzate alla gestione di una determinata patologia. Sono funzionali e permettono di gestire i percorsi. Esempi sono il percorso di gestione della podopatia diabetica, della sclerosi multipla e la breast unit. Questo tipo di strutturazione della assistenza porta al definitivo superamento dell'ospedale per intensità di cura perché declina l'assistenza secondo percorsi e processi che superano la rigida divisione per livelli e che prolungano, senza soluzione di continuità, anche nel territorio.

La chirurgia deve avere anche accesso al Day Service multidisciplinare e multiprofessionale che è ben diverso (anche se con pratiche amministrative simili) dall'ambulatorio di pre-ospedalizzazione, prevedendo per la gestione del paziente onco-chirurgico un percorso dedicato integrato, anche per la diagnostica, nel dipartimento oncologico.

Rete territoriale efficace e robusta

Per soddisfare con efficienza i bisogni di salute della popolazione è necessario per prima cosa definire i percorsi assistenziali e i setting di cura dove questi possano essere erogati in un sistema assistenziale integrato.

Percorsi assistenziali modulari integrati (graduati per complessità assistenziale /o instabilità clinica)

Programmati:

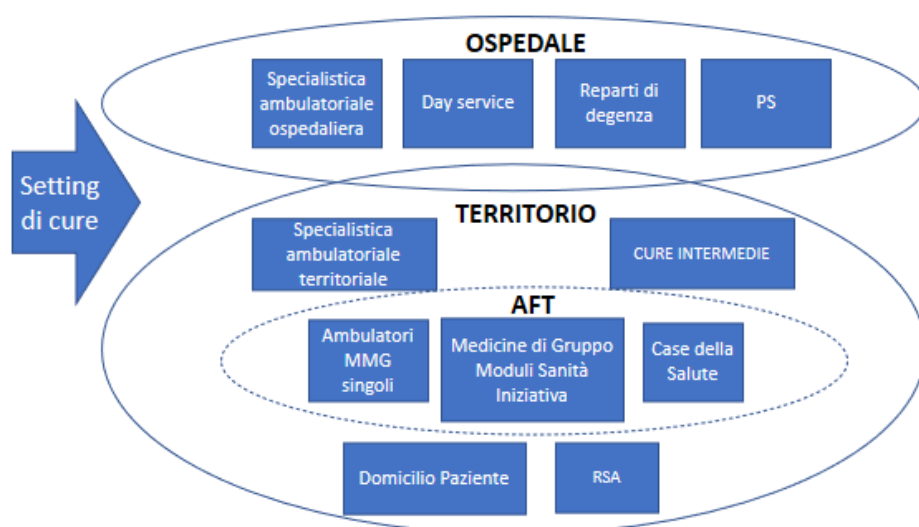
- Percorso gestione Paziente con patologie croniche in stabilità clinica.

Non programmati:

- Percorso gestione Paziente con patologia acuta non prevista (urgenza non differibile).

Programmabili:

- Percorso gestione Paziente cronico con patologie croniche in instabilità clinica (riacutizzazioni).
- Percorso gestione Paziente con patologia acuta non prevista (urgenza differibile).



La rete costituita dai singoli ambulatori delle AFT in connessione tra di loro dovrebbe essere in grado di svolgere ed implementare tutte le attività finalizzate all'assistenza dei pazienti sul territorio in particolare:

- assistenza al cronico;
- acuzie e riacutizzazioni gestibili sul territorio ("acuzie territoriali");
- prevenzione.

La creazione dei Dipartimenti di Medicina Generale è stata un passo avanti nella razionalizzazione delle funzioni ma non basta perché nella rete assistenziale territoriale ci deve essere anche una proiezione della specialistica ospedaliera o diretta (specialista di riferimento) o attraverso un sistema di telemedicina e teleconsulto strutturati.

Le **Case della Salute** non possono essere solo dei contenitori di studi medici ma devono essere anche delle strutture che erogano servizi specialistici territoriali gestiti in rapporto con la specialistica ospedaliera e dotate di un minimo di strumentazione di base (ECG, ecografo, spirometro Rx portatile, emogasanalizzatore). Si deve cominciare a pensare delle **CURE PRIMARIE INTEGRATE** in cui ambulatori dei MMG e ambulatori specialistici di primo livello convivono ed il tutto in connessione con le **CURE INTERMEDIE** con presenza medica H24 in cui convivono letti a gestione specialistica con letti a gestione del MMG.

Con lo sviluppo e la diffusione del modello assistenziale "Infermiere di famiglia e comunità" aumenta la risorsa di salute che opera nel territorio e nella popolazione di riferimento in stretta collaborazione con gli altri professionisti della salute e in particolare con i Medici di Medicina Generale.

Prossimità con la persona, la famiglia e il suo contesto di riferimento sociale, garantire interventi mirati, la continuità di cura e la partecipazione attiva della persona al percorso di salute; sono i concetti portanti del nuovo modello di assistenza insieme ad una maggiore personalizzazione dell'assistenza infermieristica territoriale.

Si viene così a creare una rete territoriale maggiormente efficace con l'arrivo dell'Infermiere di famiglia che è parte integrante del team di cura, in cui il team leader sarà il MMG che sarà poi in connessione con l'ospedale di riferimento.

Si ribadisce l'importanza dei seguenti punti:

- medici organizzati in AFT che individuano popolazioni di riferimento a cui garantire tutte le risposte di salute;
- organizzazione della medicina generale con dotazione di personale, come previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale (ACN), e di diagnostica di primo livello Point of Care;
- strutturazione delle sedi di erogazione della Assistenza: sedi delle medicine di gruppo o in associazione complessa, sedi delle Case della Salute e ambulatori singoli collegati alle sedi comuni in modo da arrivare ad AFT "strutturate" con una rete di sedi che possano garantire la continuità dell'assistenza.

Indispensabile una nuova gestione delle **RSA (RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI)** che devono avere una capacità sanitaria garantita anche dai servizi della USL.

Pur nella riforma generale del sistema territoriale finalizzata ad una maggiore capacità sanitaria non si può perdere la caratteristica toscana di una forte integrazione con il sociale. Quindi una revisione del ruolo delle Società della Salute o della conferenza dei sindaci con un loro più stretto legame con la parte medica evitando separazioni e duplicazioni dei servizi. Il tutto dovrebbe portare ad un territorio che risolve problemi sanitari di bassa e media intensità ma non dimentica e non marginalizza le problematiche sociali.

La salute delle donne:

La pandemia ha dimostrato l'importanza dei servizi dedicati alle donne e strutturati nel territorio.

Molti aspetti della salute delle donne non possono andare in lock down perché hanno i loro tempi che non possono essere modificati: i consultori e punti territoriali dedicati all'assistenza alla gravidanza, sono stati strategici nel garantire l'assistenza alle gravidanze e alle gravidanze indesiderate in modo adeguato e continuo, evitando e limitando al massimo gli accessi agli ospedali che ad altro dovevano essere dedicati.

Anche le condizioni di violenza domestica, che sappiamo purtroppo essere state esacerbate dalle chiusure e dalle convivenze strette obbligate, hanno potuto trovare risposte a livello territoriale proprio nei consultori, anche nei momenti in cui rivolgersi al pronto soccorso appariva molto critico. A pieno titolo quindi queste strutture devono essere considerate colonne portanti della robusta rete territoriale potenziandoli ulteriormente e favorendo, più di quanto sia accaduto in passato, il loro coinvolgimento nelle scelte aziendali che coinvolgono anche la relazioni con le strutture ospedaliere attraverso una stretta integrazione tra rete territoriale e rete ospedaliera.

Ospedale senza muri in reciproca continuità con il territorio

Vanno create le condizioni per una reale continuità del processo assistenziale. Questo deve avvenire non solo all'interno dell'ospedale ma anche implementando dei veri e propri "ponti" presenti fra ospedale e territorio. Ci sono diverse esperienze in Toscana che possono essere messe a fattore comune e quindi integrate e diffuse:

- Day Service multidisciplinare e multiprofessionale della Azienda USL Toscana Centro (già trattato nel paragrafo precedente);

- Reti cliniche integrate e strutturate della Azienda USL Toscana Sud Est;

- Sistema di comunicazione diretta CARED (CAreggi ReEngineering hospital Discharge) con i Medici di Medicina Generale da parte dei reparti specialistici della Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi.

La **rete clinica integrata e strutturata** va implementata con un censimento e poi collegamento dei servizi omologhi di una determinata specialistica nei vari ospedali. Il collegamento avviene per via informatica (cartella clinica unificata) e attraverso l'adozione di un PDTA comune e l'utilizzo di un CUP di struttura di II livello. Si viene così a creare una **RETE PLANARE A CERCHI CONCENTRICI** della specialistica ospedaliera di area vasta e poi regionale. Questi tipi di percorsi devono avvenire in modo che ogni nodo del sistema faccia una parte significativa evitando duplicazioni e ripetizioni con connessione sicura fra le parti. Il contatto strutturato fra AFT e specialistica ospedaliera può molte volte evitare il ricovero o comunque risolverlo con una visita ambulatoriale complessa, con un accesso al Day Service multidisciplinare e multiprofessionale, o con un ricovero programmato senza passare dal DEA e questo vale anche per le urgenze differibili. La rete clinica integrata e strutturata mette insieme le competenze simili in tutti gli ospedali. In questa rete vanno comprese a pieno titolo anche le aziende ospedaliero universitarie che fanno parte della rete sia come servizi specialistici di eccellenza sia come centri ospedalieri in rapporto diretto con il territorio.

Il progetto **CARED** implementato a Careggi con tutti i MMG dell'area fiorentina è un esempio virtuoso attualmente operante. Il progetto va implementato a livello regionale. I MMG possono accedere alla cartella clinica del loro paziente ricoverato ed interagire con i medici di reparto. Si deve favorire in ogni Azienda Sanitaria.

È necessario creare dei rapporti preordinati fra AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) dei MMG e il loro ospedale di riferimento che potremmo definire **Équipe Uniche di Cura**. Per ospedale di riferimento si intende l'ospedale in cui i medici della AFT ricoverano prevalentemente i loro pazienti e a cui si rivolgono per le prestazioni specialistiche questo all'interno o oltre le Zone distretto. Le équipes uniche di cura si sostanziano con riunioni periodiche strutturate (briefing ospedale-territorio) per la gestione dei percorsi attraverso: Day Service multidisciplinare e multiprofessionale, specialista di riferimento, ricovero programmato per urgenze differibili. Per la funzionalità dell'équipe oltre all'incontri periodici è essenziale un sistema di collegamento informatico fra ospedale e territorio, da attivare in ogni territorio verso l'ospedale di riferimento. Sistema informatico unico fra ospedale e territorio che dà informazioni ai MMG sui loro pazienti

ricoverati e sulla loro dimissione ed inoltre permette ai MMG un **teleconsulto** su problematiche specifiche. Utili anche delle finestre telefoniche dirette da e verso specialistiche ospedaliere o Day Service multidisciplinare e multiprofessionale. Bisogna fare in modo che le competenze degli ospedali non siano più confinate all'interno ma che possano esprimersi anche a livello territoriale.

In definitiva, come riportato nella legge regionale n. 20 del 5 marzo 2020, per garantire all'assistito la fruizione di un percorso assistenziale appropriato in relazione ai suoi bisogni complessivi di salute, la presa in cura dell'assistito dovrà avvenire sulla base di un piano assistenziale individuale (PAI), che tenga conto degli aspetti sanitari, assistenziali, sociali, e che preveda l'intervento di più professionisti in forme coordinate, quali un team multiprofessionale a seconda delle esigenze specifiche dell'assistito.

Abbiamo quindi la necessità di costituire Team unici di cura che garantiscono gli interventi in base ad un Piano Assistenziale Individuale, applicando al contempo la regola della "reciprocità" per cui il responsabile clinico è in Ospedale il medico ospedaliero e sul Territorio il Medico di Medicina Generale curante del paziente.

Non c'è "passaggio in cura" e quindi di responsabilità, anche per i pazienti che utilizzano il Day Service multidisciplinare e multiprofessionale, ma al pari di quanto proposto per la riorganizzazione dell'Ospedale "cogestione" a significare consulenza reciproca.

Nel cosiddetto "Ospedale senza muri" il MMG "entra" in ospedale virtualmente in modalità informatica sulla falsa riga del progetto Cared o anche fisicamente, qualora necessario, e lo Specialista "entra" nel territorio virtualmente mediante teleconsulto, anche quando si attiva il Day Service multidisciplinare e multiprofessionale, per contribuire a formulare il PAI e/o fisicamente quando necessario superando il concetto di consulenza con una presa in carico condivisa.

Questa cogestione del team deve essere resa possibile dalla piattaforma informatica che permetta il teleconsulto, la televisita e il telemonitoraggio.

Glossario

LETTI DI AREA: nella area medica e chirurgica non esistono letti fissi assegnati ad una specialità ma il numero è variabile a seconda della epidemiologia di ricovero. Comunque il numero dei letti di una specialità rimarrà fisicamente localizzato anche se il loro numero sarà variabile.

COGESTIONE: nuova modalità di gestione del paziente complesso polipatologico intesa come una reale presa in carico condivisa da parte di tutti i componenti della équipe unica di Cura/Team multidisciplinare e multiprofessionale attraverso una condivisione continua delle decisioni, sotto il coordinamento del medico "tutor" della UOC specialistica di riferimento per la patologia prevalente, per la quale bisogna anche adeguare le competenze amministrative delle SDO superando il "passaggio in cura" ma anche la "consulenza". Per realizzarsi appieno deve essere in funzione una cartella informatizzata comune ed in generale una piattaforma informatica comune in cui possono accedere tutti i componenti della équipe unica di cura. Rimane una specialistica titolare della SDO.

RETE PLANARE A CERCHI CONCENTRICI: va oltre lo hub e spoke. Non vi è solo il collegamento unidirezionale dagli spoke verso lo hub ma anche fra i singoli spoke in modo da creare una rete planare che copre tutto il territorio. Questo può anche significare che per certe caratteristiche un centro è spoke ed hub per altre.

ÉQUIPE UNICHE DI CURA: è una aggregazione funzionale fra le specialistiche ospedaliere, le altre figure professionali del Team multidisciplinare e multiprofessionale e i medici di medicina generale delle AFT che hanno come riferimento quell'ospedale. Il collegamento avviene principalmente attraverso la definizione congiunta del Piano Assistenziale Individuale (PAI), anche attraverso il Day Service multidisciplinare e multiprofessionale. Comporta riunioni periodiche (briefing ospedale territorio) e collegamenti strutturati in particolare attraverso finestre telefoniche, telemedicina e teleconsulto.

DAY SERVICE MULTIDISCIPLINARE E MULTIPROFESSIONALE: modello di organizzazione dei servizi specialistici ospedalieri che costituisce il sistema d'interfaccia diretto fra l'ospedale e il territorio. Permette la presa in carico della casistica a maggior complessità clinica e/o assistenziale e permette di eseguire in ospedale visite complesse e percorsi diagnostico terapeutici in pazienti non ricoverati. Il modello è quello della presa in carico multidisciplinare con una gestione che si avvale anche di un case manager infermieristico.

CASE DELLA SALUTE: sono una sede fisica di lavoro dei Medici di Medicina Generale e del Team Multidisciplinare e Multiprofessionale. Oltre che agli ambulatori dei MMG vi sono dei servizi di base infermieristici e una dotazione minima strumentale con una presenza specialistica anche attraverso un collegamento con telemedicina con la specialistica ospedaliera.