

Modalità attuative della legge regionale 20 del 5 Marzo 2020
"Promozione della medicina di iniziativa. Modifiche alla l. r. 40/2005"

Allegato A

Decisione Comitato Tecnico Scientifico n. 2 del 17/03/2021



Regione 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 permanente Governance dell’appropriatezza
Coordinatore dr. Dario Grisillo

Modalità attuative della legge regionale 20 del 5 Marzo 2020
“Promozione della medicina di iniziativa. Modifiche alla l. r. 40/2005”

Composizione del gruppo di lavoro:

Alessandri Massimo, Arnetoli Mario, Baragatti Lorenzo, Bellomo Francesco, Bonci Alessandro, Cecchi Mario, Francesconi Paolo, Galantini Patrizia, Grisillo Dario, Guerrini Laura, Lorenzoni Antonella, Mannucci Edoardo, Marini Giulia, Nastruzzi Alessio, Parca Gino, Alajmo Franco, Cannoni Ivana, Notaro Giuseppe, Puccini Daniela, Zammarchi Simonetta

INDICE

	Pag.
Premessa	3
La Valutazione Multidimensionale	4
Il Piano Assistenziale Individuale	6
Il Sistema informativo a supporto della Sanità di iniziativa	7
Aspetti di protezione dei dati personali – Privacy	7
Il Team Multidisciplinare e Multiprofessionale e le Reti Cliniche Integrate e Strutturate	8
Il Setting assistenziale adeguato	9
Il Sistema di valutazione – Gli Indicatori	10

Premessa

La legge regionale n. 20/2020, nel preambolo, stabilisce di *“garantire all'assistito la fruizione di un percorso assistenziale appropriato in relazione agli accertati bisogni di educazione alla salute, di servizi preventivi, di assistenza sociale, di diagnosi, cura e riabilitazione, laddove questo richieda l'intervento di più professionisti in forme coordinate, integrate e programmate, la presa in cura dell'assistito dovrà avvenire sulla base di un Piano Assistenziale Individuale (PAI), che tenga conto di tutti gli aspetti che incidono sulla salute del paziente, da quelli strettamente sanitari a quelli sociali, e che preveda l'intervento di più professionisti in forme coordinate, quali un Team multiprofessionale”*.

Anche la DGR n. 273 del 2 marzo 2020 relativa al Piano Sanitario Sociale Integrato Regionale 2018 – 2020, nella scheda sulla gestione del paziente cronico, fa riferimento alla l.r. 20/2020 e conferma il modello organizzativo ed erogativo della Rete clinica integrata, del Team multiprofessionale e del PAI.

Entrambe queste norme sanciscono il processo, prima di tutto culturale e poi conseguentemente organizzativo professionale che prevede di superare il modello assistenziale del rapporto 1:1 tra cittadino e medico che viene sostituito, *“laddove questo richieda l'intervento di più professionisti in forme coordinate”* dal rapporto di un cittadino con un Team di professionisti, che però operano in sinergia tra loro e clinicamente coordinati dal medico di famiglia liberamente scelto dal cittadino stesso che ne rimane l'interlocutore primario.

I contenuti del presente documento sono peraltro conformi a quanto indicato negli atti regionali attuativi del Piano Nazionale Rinascita e Resilienza (PNRR).

Pertanto per ogni singolo cittadino identificato come target di approccio proattivo, quale quello previsto dalla Sanità di Iniziativa, va formulato un Piano Assistenziale Individuale (PAI), personalizzato tenendo conto di tutti gli aspetti *“programmabili”* che incidono sulla salute del paziente, da quelli strettamente sanitari a quelli sociali, rilevati mediante una valutazione multidimensionale.

Il PAI deve essere formulato da parte di un Team multiprofessionale che poi lo deve garantire prevedendo l'intervento di più professionisti in forme coordinate.

Il PAI e quindi la valutazione multidimensionale, dovrà riguardare l'educazione alla salute, la prevenzione, il cambiamento degli stili di vita, la diagnosi precoce delle malattie croniche anche in relazione alla presenza di *“rischi”* familiari, lavorativi o ambientali, la gestione nel tempo delle cronicità presenti e la gestione della fragilità e delle problematiche socio-assistenziali, come peraltro indica la stessa l.r. 20/2020 che definisce la sanità di Iniziativa come *“un modello assistenziale della sanità moderna finalizzato alla prevenzione e diagnosi precoce delle patologie croniche con conseguente attivazione di interventi mirati al cambiamento degli stili di vita ed alla presa in carico proattiva, integrata e multidisciplinare dei soggetti affetti da polipatologia e/o fragilità.”*

La adozione del modello Sanità di Iniziativa per la intera popolazione affetta da cronicità che necessita l'intervento di più professionisti in forme coordinate, integrate e programmate invece dovrà avvenire per gradi, identificando *“categorie”* di cittadini a cui progressivamente applicare questa modalità proattiva, per consentire la adeguata trasformazione organizzativa alla Medicina Generale ed all'intero SSR in applicazione dell'articolo 4 della l.r. 40/2005 e smi, comma 3 ter. *“Con*

regolamento regionale sono dettate disposizioni atte ad assicurare, nell'ambito della medicina di iniziativa: Lettera a) l'identificazione dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per malattie croniche non trasmissibili o che, in assenza di sintomatologia evidente, ne siano già affetti".

L'estensione progressiva alle categorie di cittadini affetti da cronicità che necessitano l'intervento di più professionisti in forme coordinate, integrate e programmate sarà normata da apposito successivo documento regionale, anche sulla base della stratificazione della popolazione in accordo con il dettato della l.r. 20/2020 che recita nel preambolo al punto 4: *"La medicina di iniziativa richiede una stratificazione del rischio degli assistiti e assistibili attraverso l'analisi dei dati gestiti nell'ambito dei diversi archivi del sistema informativo sanitario regionale, anche avvalendosi degli enti e delle agenzie del servizio sanitario regionale, al fine di individuar e gli assistiti ad alto rischio di eventi avversi da comunicare alle aziende unità sanitarie locali e, per loro tramite, ai medici di medicina generale."*

Vengono di seguito date indicazioni relative alle modalità attuative della l.r. 20/2020, in applicazione del dettato dell'articolo 4 della l.r. 40/2005 e smi, art. 3 ter. Lettera b) *"la presa in carico e gestione del paziente attraverso l'adozione di modelli e strumenti atti a garantire:*

- 1) interventi personalizzati per la gestione del paziente che tengano conto non solo della condizione clinica, ma anche delle diverse determinanti socio- economiche;*
- 2) la definizione di un piano assistenziale individuale volto a favorire anche lo sviluppo delle abilità di auto - cura;*
- 3) la definizione delle modalità organizzative e funzionali del Team multiprofessionale;*
- 4) la continuità delle cure durante la transizione tra tutti i livelli di assistenza;*
- 5) una risposta integrata ai bisogni di salute sociali e sanitari;*
- 6) progetti di formazione del Team multiprofessionale;*
- 7) il sostegno alle attività di formazione e informazione dei pazienti, delle loro famiglie e dei caregiver, anche valorizzandone il ruolo."*

Le indicazioni riguardano in particolare la definizione del "come" realizzare la valutazione multidimensionale, il PAI, la costituzione del Team multiprofessionale e multidisciplinare, il necessario sistema informativo di supporto e gli strumenti di valutazione.

La Valutazione Multidimensionale

La attività di valutazione multidimensionale corrisponde a grandi linee alla definizione di un "profilo di salute" del cittadino.

Il Team multiprofessionale, in fase di valutazione, dovrà considerare diversi ambiti di valutazione, per ognuno dei quali devono essere rilevati almeno un set minimo di dati/valutazioni. Per specifiche problematiche presentate dal cittadino sarà possibile aggiungere altri dati/valutazioni. Per semplificare il lavoro di valutazione è possibile identificare tre aree, ciascuna composta da alcuni ambiti di valutazione, ognuno col proprio set minimo di dati, in modo che, in funzione della tipologia di popolazione target, non sia necessario procedere sempre alla valutazione complessiva. Per ogni dato va specificato quale figura professionale del Team è primariamente deputata a rilevarlo.

Tutti i dati, se non già presenti nella cartella clinica del paziente, devono essere immessi dai vari componenti del Team sulla sezione dedicata della piattaforma informatica/cartella clinica del paziente del medico di famiglia curante/coordinatore clinico del Team, che pertanto le Software House devono rendere interoperabile.

È importante che sia stato definito, anche se in linea di massima, quali interventi sono utili/necessari in presenza di particolari situazioni o di "compromissione" di specifiche aree valutative (a puro titolo esemplificativo e non esaustivo: Body Mass Index - Indice di massa corporea (BMI) elevato comporta correzione stili di vita; fumo comporta tentativo di sospensione; presenza di patologia comporta applicazione di quanto previsto per il follow-up nel Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Sociale - PDTAS, etc.).

N.B. proposta a titolo esemplificativo, da implementare e modificare.

Area Base

- Dati antropometrici
 - BMI
 - PA
 - Ossigenazione – Saturimetria
 - Circonferenza vita
- Prevenzione
 - Vaccinazioni
 - Screening accreditati
- Stili di vita
 - Alimentazione
 - Attività fisica
 - Fumo
 - Consumo di alcool

Area Fattori di rischio - Diagnosi precoce delle malattie - Gestione cronicità

- Eventuali esenzioni per patologia
- Titolo di studio
- Familiarità
- Attività lavorativa
- Inquinamento ambientale
- Patologie in atto

Area problematiche socio assistenziali - Fragilità

- Stato funzionale del cittadino
 - Autonomia (scale di valutazione multidimensionali: BADL, IADL, indice di Berthel, ecc.)
 - Cognitivo (Mini Mental test, ecc.)
 - Tono umore
 - Etc.
- Situazione abitativa e familiare
 - Nucleo familiare (abita solo; abita con altro anziano non completamente autosuff.)
 - Presenza rete familiare o care giver
- Situazione socio-economica
 - Classe di esenzione per reddito
 - Invalidità civile

L'articolazione in aree e dati/parametri da rilevare per la valutazione multidimensionale, a quale figura professionale compete prevalentemente la rilevazione dello specifico parametro e la definizione di quali interventi sono utili/necessari in presenza di particolari situazioni o di "compromissione" di specifiche aree valutative, da inserire come algoritmi nella piattaforma informatica dedicata, saranno definite da apposito gruppo di lavoro multi-professionale individuato dall'Organismo Toscano per il Governo Clinico.

Il Piano Assistenziale Individuale

La Medicina di Iniziativa – proattiva è, nella sua essenza, un approccio metodologico alla presa in carico e al processo di cura del paziente, caratterizzato dall'interazione tra il paziente reso esperto ed un Team multi-professionale e multidisciplinare e consiste nel richiamo attivo periodico del paziente per sottoporlo ad attività educative, valutative e clinico assistenziali, definite dal Team stesso mediante un Piano Assistenziale Individuale, volte alla correzione degli stili di vita, all'empowerment, alla diagnosi precoce anche considerando eventuali fattori di rischio e al monitoraggio delle malattie croniche conclamate e delle condizioni di fragilità, al fine di rallentarne la comparsa, l'evoluzione e prevenirne, se possibile, le complicanze. Un piano assistenziale quindi volto all'individuazione dei fattori sanitari o socio sanitari o ambientali che rendono quel paziente più "fragile" di un altro e più suscettibile di sviluppare malattia.

Il PAI, formulato dal Team multiprofessionale e multidisciplinare sulla base della valutazione multidimensionale sanitaria e socioassistenziale di cui sopra è, in buona sostanza, un "piano di lavoro" dove si definiscono quali attività cliniche, valutative ed educative siano necessarie, tenendo conto delle indicazioni dei PDTAS, le patologie di cui l'assistito è affetto, quale professionista del Team le assicura al cittadino e con quale cadenza temporale.

Il PAI viene rivisto in occasione di mutamenti delle condizioni cliniche o socio-assistenziali e comunque con scadenze predefinite.

Il PAI viene garantito all'assistito negli studi della Medicina Generale, nelle strutture territoriali dell'azienda, a domicilio dell'assistito stesso o nelle strutture intermedie ed in tutte le altre strutture ove sono erogate prestazioni o servizi necessari all'assistito.

Per la formulazione del PAI si deve prevedere un momento di "Teleconsulto" condiviso tra le figure professionali del Team coinvolte per quel singolo cittadino, durante il quale i componenti del Team, sulla base delle risultanze della valutazione multidimensionale, tenendo conto dei PDTAS delle patologie, comprese le recenti indicazioni regionali per la gestione del post-Covid da parte della medicina generale e delle azioni da intraprendere conseguenti alla presenza di specifici dati o interessamenti di aree valutative, definiscono le azioni che compongono il PAI, quale professionista del Team la deve eseguire e con che cadenza temporale.

È altrettanto importante che per ogni azione (accertamento diagnostico o valutazione clinica o funzionale individuato) sia definito se è possibile garantirla attraverso l'utilizzo della diagnostica di primo livello "Point of Care" (POC), negli studi della medicina generale o a domicilio dei pazienti, sia da parte del medico di Medicina Generale "organizzato", sia con il supporto Continuità Assistenziale che potrebbe garantire attività diurna feriale e per ogni attività clinica se sia inoltre possibile garantirla in modalità digitale mediante telemonitoraggio, televisita e teleconsulto.

Il momento della formulazione congiunta e successiva revisione periodica del PAI rappresenta anche l'occasione ideale per il medico di medicina generale e gli specialisti per procedere alla riconciliazione terapeutica ed alla "deprescription ragionata", guidata su basi scientifiche.

Il Sistema informativo a supporto della Sanità di iniziativa

La piattaforma informatica della medicina generale, che deve comunque essere disponibile ed accessibile per lettura e scrittura a tutti i componenti del Team, deve garantire, oltre alla tenuta della cartella clinica informatizzata del paziente, la comunicazione col paziente, in particolare telemonitoraggio e televisita, la consultazione reciproca tra i medici di medicina generale della Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) e tra loro e le altre figure professionali del Team col teleconsulto e la interoperabilità con le piattaforme aziendali e regionali per lo scambio dei dati, sia clinici che amministrativi.

Alla luce di quanto sopra le Software House devono rendere disponibile nel sistema informativo del medico:

- accesso ad una specifica sezione "medicina di Iniziativa" da parte di tutti i componenti del Team o per immissione dati o per interoperabilità con i propri sistemi informatici, che contenga:
- una sezione "Valutazione Multidimensionale" dove compaiano con quadro sintetico tutti gli ambiti di valutazione ed i relativi dati/valutazioni rilevati. Questa sezione deve essere primariamente implementata automaticamente con i dati già presenti nella cartella clinica e deve evidenziare i dati/valutazioni mancanti da inserire per completare la valutazione
- una sezione PAI dove, per ogni area di valutazione sia possibile inserire le azioni da intraprendere, quale professionista del Team la deve eseguire e con che cadenza temporale.

È utile che la sezione PAI proponga, mediante presenza nel software di specifici algoritmi ed automatismi, una prima implementazione delle azioni, risultante dalla applicazione automatica dei PDTAS delle patologie segnalate e degli interventi preventivamente ritenuti utili/necessari in presenza di particolari situazioni o di "compromissione" di specifiche aree valutative.

Su questa prima base "automatica", utile anche per non trascurare alcuni aspetti emersi dalla valutazione multidimensionale, il Team personalizza il PAI nel momento di Teleconsulto multiprofessionale, modulando le varie azioni e definendo anche quali attività sono erogabili dal "Point of Care" o in modalità telemedicina.

In fase di erogazione del PAI deve inoltre essere possibile ai vari componenti del Team segnalare nel piano di lavoro del PAI la effettiva esecuzione della azione assegnata (monitoraggio).

Aspetti di protezione dei dati personali – Privacy

Per quanto riguarda la Privacy, la l.r. 20/2020 prevede che:

- al fine di assicurare all'assistito in forme coordinate, integrate e programmate l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi sanitari e socio- sanitari, in relazione agli accertati bisogni di educazione alla salute, di servizi preventivi, di assistenza sociale, di diagnosi, cura e riabilitazione, la presa in cura dell'assistito avviene, quando possibile con la modalità proattiva della Medicina di Iniziativa specialmente per le condizioni di cronicità, polipatologia, fragilità e presenza di problematiche socio-assistenziali, mediante la formulazione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) da parte di un Team multiprofessionale;
- il Piano Assistenziale Individuale (PAI) viene formulato e poi garantito al cittadino da parte di un Team multiprofessionale, e pertanto i medici di medicina generale, tutti i professionisti aziendali e l'azienda sanitaria stessa condividono il trattamento dei dati di ciascun assistito non solo per le

finalità di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione o altre prestazioni di natura medica o sanitaria, anche farmaceutiche o specialistiche necessarie, ma anche per finalità di organizzazione della erogazione delle prestazioni necessarie, di valutazione della efficacia ed efficienza del percorso garantito all'assistito e per finalità amministrative, operando in riferimento a distinti Titolari del Trattamento, subordinatamente al rilascio di consenso informato da parte dell'assistito a seguito di specifica informativa coerente con le disposizioni nazionali ed europee in materia di trattamento dei dati personali ed assicurando idonee ed adeguate misure di tutela e sicurezza nelle modalità di utilizzazione dei dati.

La l.r. 40/2005 e s.m.i. all'art. 3 quater afferma che *"I trattamenti di dati personali sono effettuati sia per finalità di cura sia per motivi di interesse pubblico rilevante di cui all'articolo 9, paragrafo 2, rispettivamente lettera h) e lettera g) del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)."*

Con apposito allegato al presente documento, che sarà prodotto dal competente settore regionale con il supporto di specifico gruppo di lavoro individuato dall'OTGC, verranno dettagliate: la specifica individuazione dei tipi di dati personali che possono essere trattati, le operazioni eseguibili, nonché le misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti fondamentali e gli interessi del paziente.

Il Team Multidisciplinare e Multiprofessionale e le Reti Cliniche Integrate e Strutturate

L'organizzazione delle reti cliniche territoriali integrate e strutturate rappresenta il prerequisito per formare poi, intorno ad ogni singolo assistito con condizioni croniche, un Team multi-disciplinare e multi-professionale come peraltro definito nel Piano Sanitario Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2018-2020.

L'obiettivo prioritario è quello di mettere tutto il Team multiprofessionale nelle condizioni di garantire risposte efficaci, personalizzate, organizzate e di prossimità ai cittadini.

Il Team multiprofessionale e multidisciplinare, se riferito ad una popolazione come quella dei cittadini che scelgono i medici facenti parte di una AFT è composto da tutti i professionisti sia territoriali che ospedalieri coinvolti, ma quando riferito ad un singolo cittadino è composto da un Team "base" che opera sempre ed in continuum e da altri professionisti, preferenzialmente sempre gli stessi individuati nella costituzione del Team, che diviene così "allargato", che non operano sempre, ma invece in particolari circostanze ed in particolari momenti, in funzione della situazione sanitaria e socio assistenziale del singolo cittadino e del suo PAI. Il medico di famiglia del cittadino è sempre il coordinatore clinico del Team.

Il Team "base" è composto da:

- Medico di Medicina Generale scelto dal cittadino con la sua organizzazione – collaboratore di studio ed infermiere - come previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) + diagnostica di primo livello "Point of Care".
- Altri medici di AP e soprattutto di CA della AFT di appartenenza a supporto nelle ore diurne della gestione della cronicità, della diagnostica di primo livello - "Point of Care" e, in epoca COVID al follow-up, dei pazienti guariti dal Covid 19.
- Infermiere ed eventualmente Operatore Socio Sanitario (OSS) dedicati alla Sanità di Iniziativa assunti dal medico o dipendenti aziendali.

Nel caso gli infermieri siano dipendenti, per garantire comunque la funzionalità del Team, è necessario che vengano in ogni caso garantite al medico/forma associativa le ore di attività a suo tempo concordate, mantenendo il più possibile l'assegnazione nominale e che l'infermiere osservi lo stesso orario di presenza in studio/disponibilità per i pazienti del medico e degli altri operatori presenti nella sede.

- Infermiere territoriale – Infermiere di famiglia.
- Assistenti sociali sia dipendenti della Azienda che afferenti ai Comuni, che lavorano tra loro in sinergia.

Il Team "allargato" è composto dal Team base a cui si aggiungono:

- Medici Specialisti dipendenti o convenzionati, inquadrati in Unità Operative transmurale, le sole che possano garantire un'ampia flessibilità organizzativa e una metodologia di lavoro omogenea ed improntata ad una medicina basata sulle evidenze.
- Fisioterapista che collabora col medico di medicina generale e col Team nella individuazione e nella gestione dei bisogni fisioterapici o di prevenzione del paziente.
- Altre figure professionali come dietisti etc., in funzione delle esigenze assistenziali del singolo assistito.

Considerato che la formulazione e applicazione del PAI, basata sulla valutazione multidimensionale e supportata dalla piattaforma informatica comune, rappresenta una "cogestione" intesa come una reale presa in carico condivisa da parte di tutti i componenti del Team multidisciplinare e multiprofessionale attraverso una condivisione continua delle decisioni, che comporta anche una "corresponsabilità", il responsabile clinico del Team, in un'ottica di "primus inter pares" è sul Territorio il Medico di Medicina Generale curante del paziente e in Ospedale il Medico Specialista Ospedaliero

La composizione del Team, per AFT e per ogni singolo assistito, deve preferibilmente tendere ad essere nominalmente individuata per garantire non solo la continuità e personalizzazione delle cure ma anche la continuità e personalizzazione dei professionisti erogatori delle cure e favorire lo sviluppo della modalità condivisa di lavoro sul modello della "Comunità di pratica".

Pertanto in ogni Azienda sarà necessario procedere alla individuazione nominale delle varie figure professionali che fanno parte sia del Team di base che del Team allargato in modo che per ogni "categoria" professionale ci siano uno o due professionisti di riferimento per ogni AFT, quindi con rapporto univoco, dal punto di vista della AFT o del singolo cittadino, fermo restando che ogni singolo professionista possa essere punto di riferimento per più AFT/cittadini.

La Regione, in accordo con le rappresentanze dei professionisti coinvolti, con apposito provvedimento organizza corsi di formazione multidisciplinari relativi alla individuazione dei Team e soprattutto alle modalità di lavoro comune, anche di tipo "informatico".

Verranno inoltre individuate le modalità con cui informare i pazienti e le loro famiglie e le modalità di valorizzazione dei pazienti e dei Caregiver nel Team multi professionale.

Il Setting assistenziale adeguato

Relativamente al "dove" garantire l'attuazione del PAI, tenendo conto delle problematiche sanitarie e/o sociali fino alla non autosufficienza presentate dal singolo cittadino, è possibile individuare due macro gruppi di cittadini a cui corrispondono due modelli di presa in carico per intensità di cure e due setting assistenziali diversi:

1. Cittadini affetti da una o più patologie croniche o da situazioni di rischio di svilupparle, oppure che presentano problematiche connesse solo con la prevenzione e/o la correzione degli stili di vita ma comunque sostanzialmente privi di problemi socio-assistenziali ed in grado di recarsi autonomamente allo studio del medico, che saranno presi in cura prevalentemente dal Team base, secondo il piano assistenziale individuale (PAI) basato essenzialmente su azioni di prevenzione, correzione degli stili di vita, esecuzione di accertamenti volti sia alla diagnosi precoce di patologie rispetto alla appartenenza a "categorie a rischio" sia al follow-up delle cronicità presentate definito tenendo conto dei relativi PDTAS, rispetto ai quali il setting assistenziale idoneo è rappresentato dalle Case della Salute e dagli studi/sedi della Medicina Generale, dotate di personale e di diagnostica "Point of Care".

2. Pazienti con multicronicità-complessità associata a problematiche socio-assistenziali e con situazione di difficoltà a recarsi allo studio del medico che saranno curati dal Team allargato in base ad un Piano assistenziale individuale formulato sulle risultanze della valutazione multidimensionale sanitaria e socio-assistenziale sopra descritta e per i quali il setting assistenziale idoneo è rappresentato in primis dal proprio domicilio, opportunamente "attrezzato" mediante l'istituto dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) oppure dal Sistema della Residenzialità/Strutture intermedie, laddove il domicilio non sia idoneo o sia carente la rete formale o informale di supporto.

Su entrambi i setting, ma soprattutto nel secondo, particolare importanza potrebbe rivestire il coinvolgimento della Medicina Generale specie nel suo settore Continuità Assistenziale, per l'esecuzione di accertamenti POC.

Il Sistema di valutazione – Gli Indicatori

L'intero processo di valutazione multidimensionale e di formulazione ed erogazione del PAI deve essere monitorato con indicatori di processo, di esito clinico ed economico e con strumenti di valutazione del gradimento dei cittadini interessati, che saranno definiti da apposito gruppo di lavoro istituito dall'Organismo Toscano per il Governo clinico composto da rappresentanti delle varie professionalità coinvolte e da ARS e MeS.