



# L' identificazione precoce della fragilità nel malato con multimorbilità



**Maria Chiara Corti**

**Programmazione Sanitaria e LEA  
UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri  
Azienda Zero  
Regione Veneto**



## Domanda

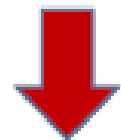
Invecchiamento  
multimorbilità



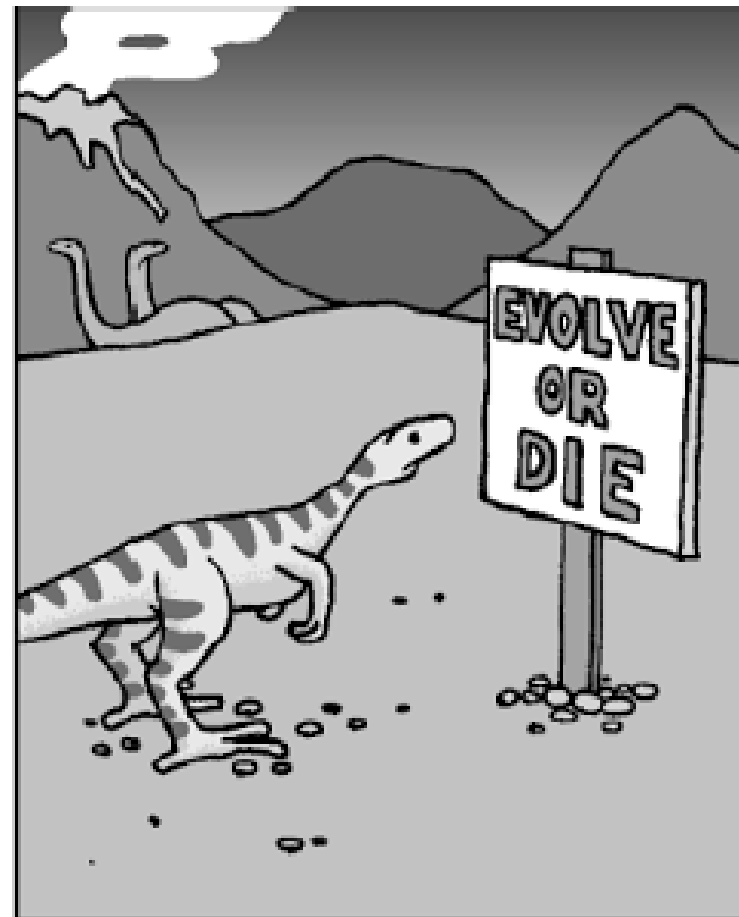
## Costo tecnologia



Attese del  
paziente



Staff e risorse





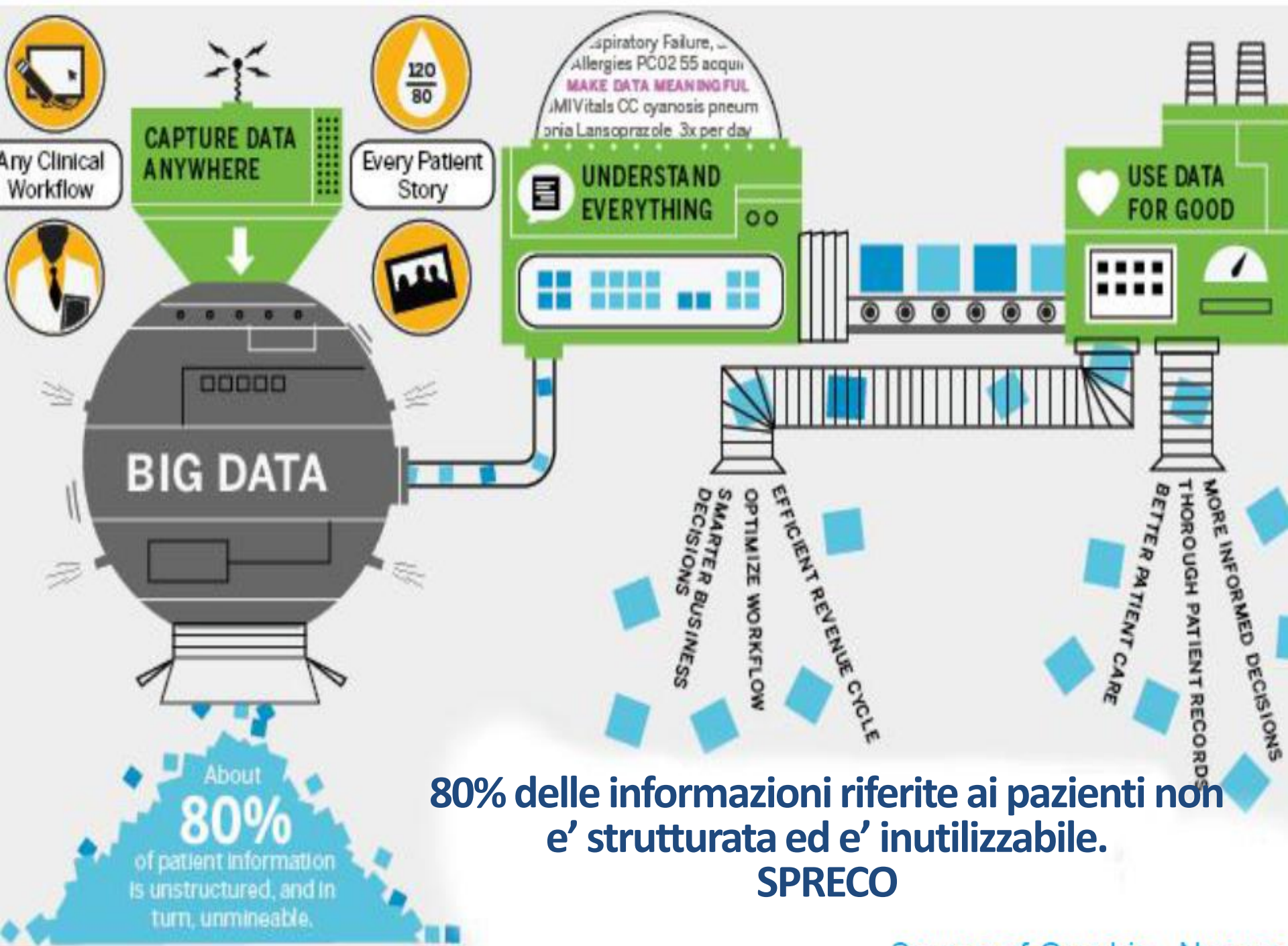
# Quali problemi e quali risposte dei sistemi sanitari all'epidemia di patologie croniche



# 1. Utilizzo integrato dei dati centrati sulla persona per medicina di iniziativa

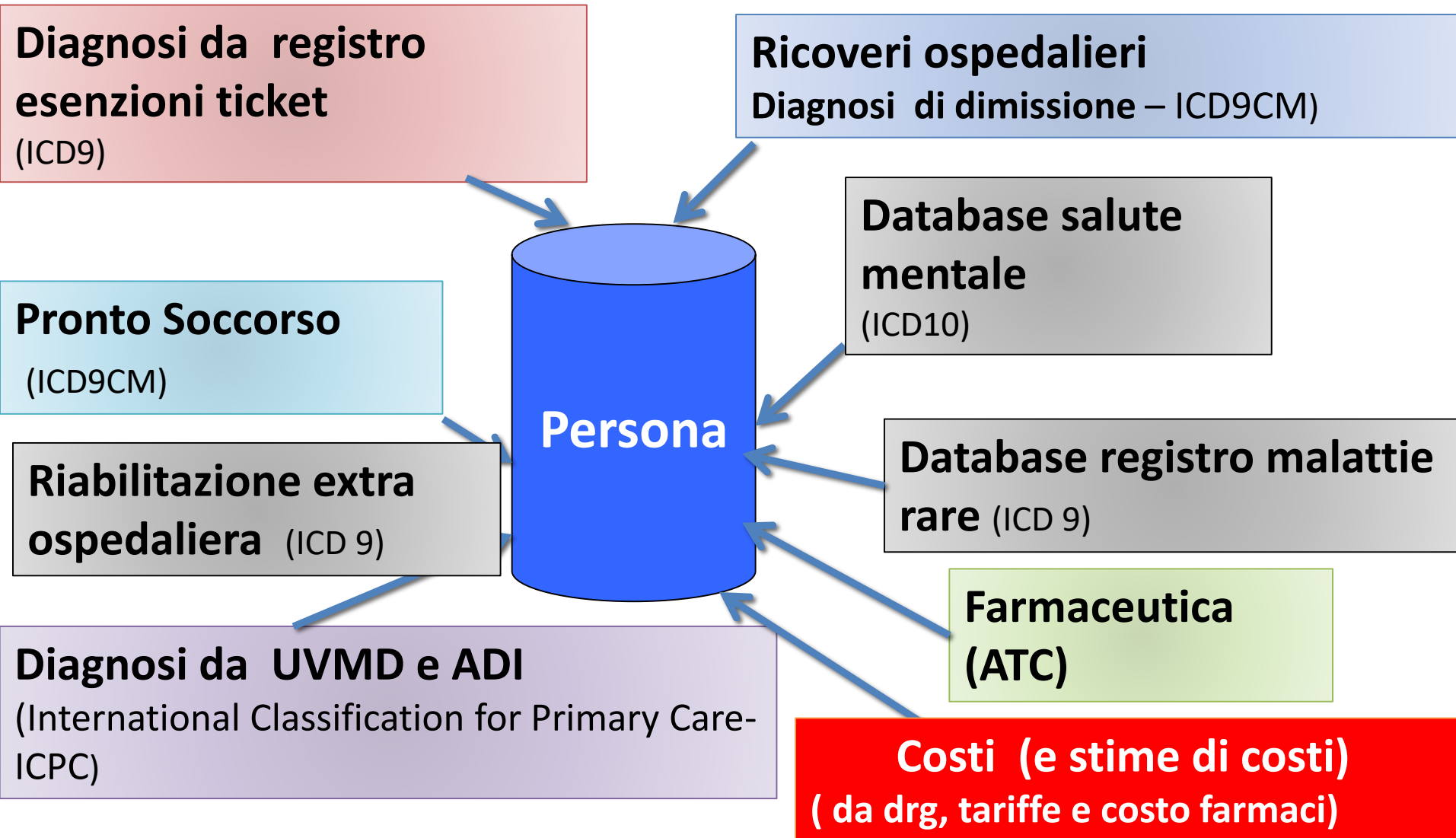
- Favorire la personalizzazione delle cure.
- Screening di persone ad alto rischio
- Lavorare sull'empowerment e l'educazione (*health literacy*)
- Disegnare servizi e sistemi centrati sulla persona e sulle sue preferenze.







# ACG : Utilizzo delle banche dati esistenti



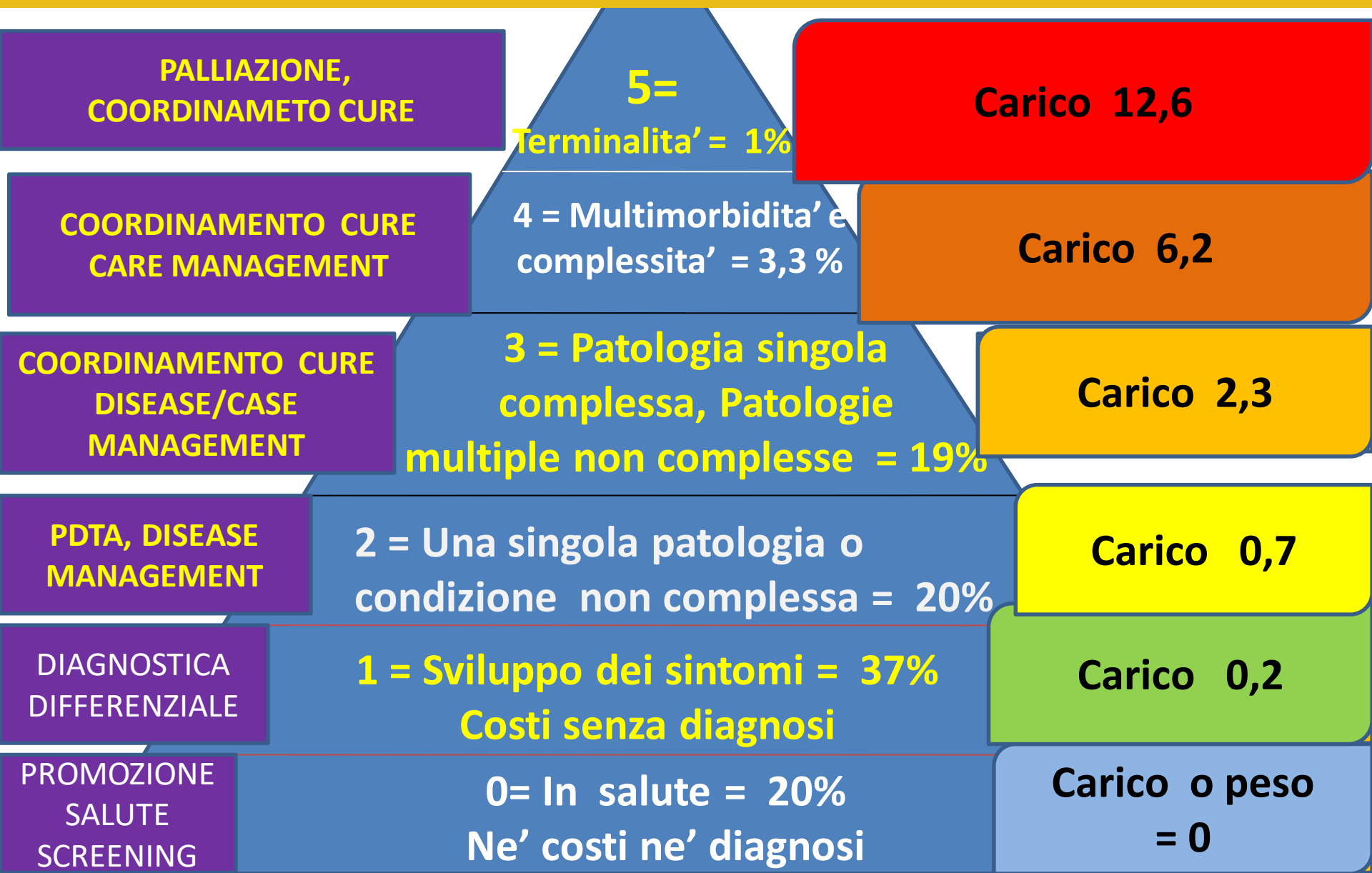


# Frequenza di malattie croniche nella popolazione del Veneto

- Archivio ACG – Dati 2016

<b>Patologia cronica</b>	<b>Numero di pazienti</b>
<b>Ipertensione</b>	<b>1.200.000</b>
<b>Diabete</b>	<b>273.111</b>
<b>Bronchite cronica ostruttiva (BPCO)</b>	<b>33.756</b>
<b>Dislipidemia</b>	<b>523.327</b>
<b>Insufficienza renale cronica</b>	<b>41.181</b>
<b>Cardiopatía ischemica</b>	<b>136.261</b>
<b>Depressione</b>	<b>291.800</b>
<b>Tumori maligni</b>	<b>190.400</b>
<b>Osteoporosi</b>	<b>577.335</b>
<b>Parkinson</b>	<b>35.612</b>
<b>Alzheimer e altre demenze</b>	<b>60.695</b>
<b>Scompenso cardiaco</b>	<b>75.647</b>
<b>Ipotiroidismo</b>	<b>175.556</b>
<b>Sclerosi multipla</b>	<b>8.539</b>
<b>SLA</b>	<b>606</b>

# Stratificazione del rischio: Population health management



PALLIAZIONE,  
COORDINAMENTO CURE

5=

Terminalita' = 1%

Carico 12,6

COORDINAMENTO CURE  
CARE MANAGEMENT

4 = Multimorbidita' e  
complessita' = 3,3%

Carico 6,2

COORDINAMENTO CURE  
DISEASE/CASE  
MANAGEMENT

3 = Patologia singola  
complessa, Patologie  
multiple non complesse = 19%

Carico 2,3

PDTA, DISEASE  
MANAGEMENT

2 = Una singola patologia o  
condizione non complessa = 20%

Carico 0,7

DIAGNOSTICA  
DIFFERENZIALE

1 = Sviluppo dei sintomi = 37%  
Costi senza diagnosi

Carico 0,2

PROMOZIONE  
SALUTE  
SCREENING

0= In salute = 20%  
Ne' costi ne' diagnosi

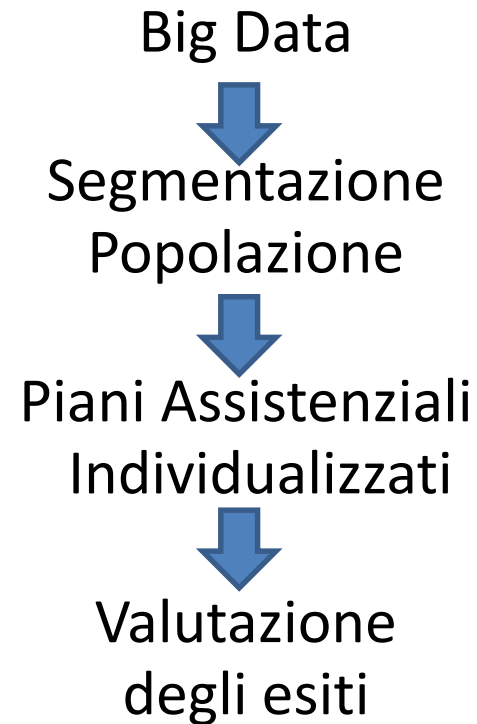
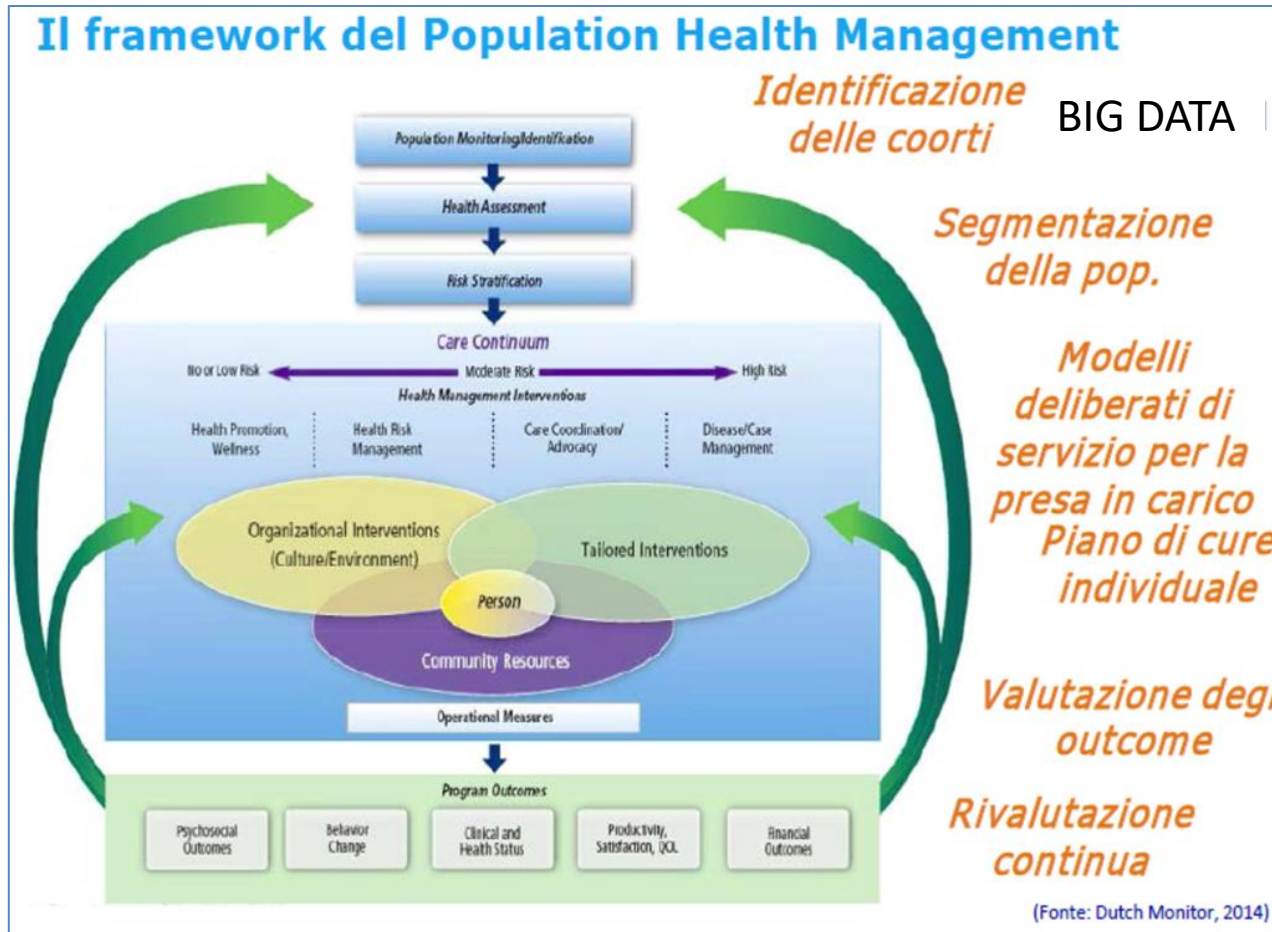
Carico o peso  
= 0

ACG : DALLE MALATTIE

AL PESO ASSISTENZIALE



# Il Piano Nazionale Cronicità: focus sul PHM

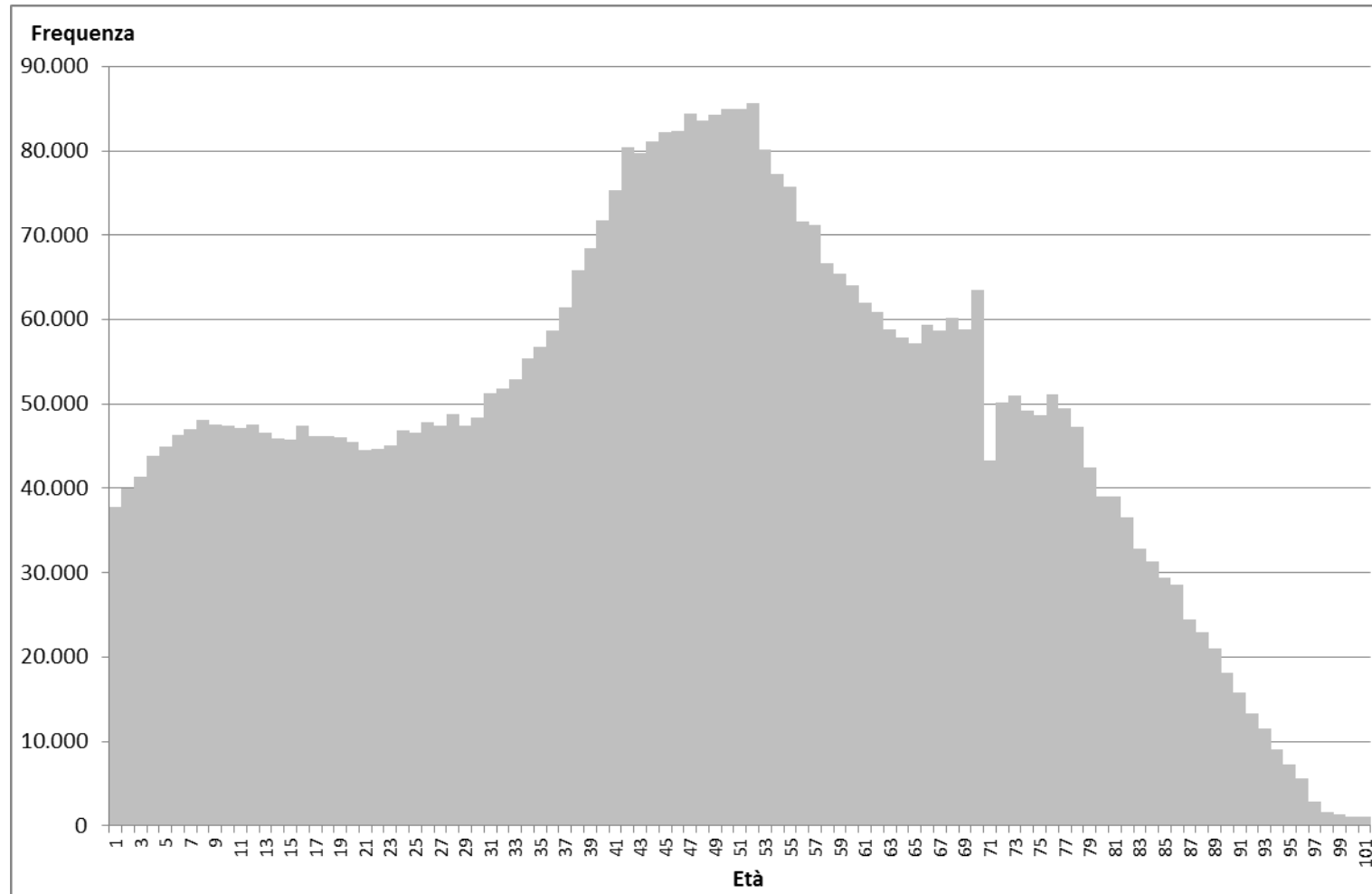


Institute for Health Technology Transformation, Population Health Management: A Roadmap for Provider-Based Automation in a New Era of Healthcare, 2012.



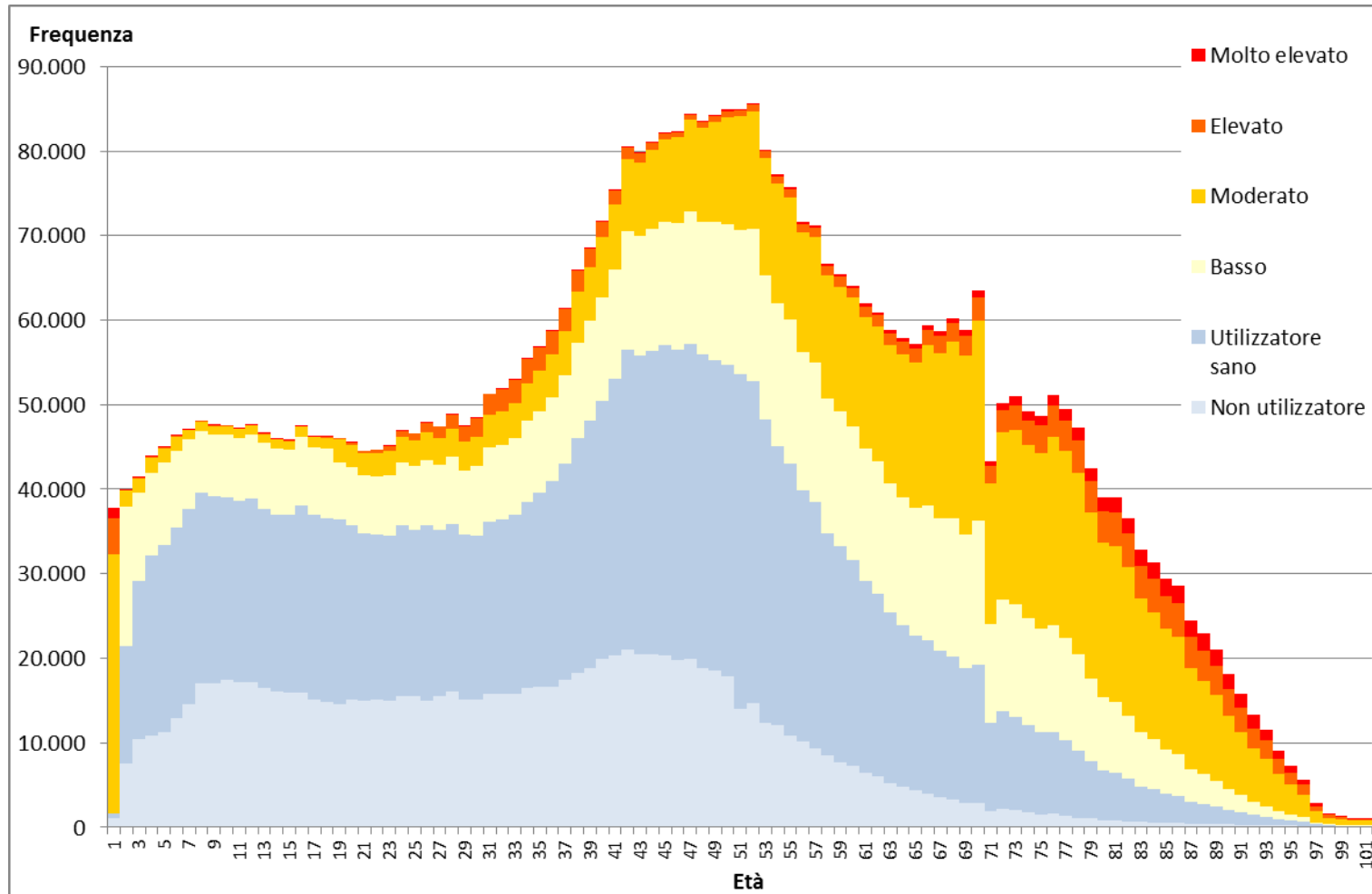
# Distribuzione per età: nuova demografia

## Archivio ACG. Anno 2016. Regione Veneto



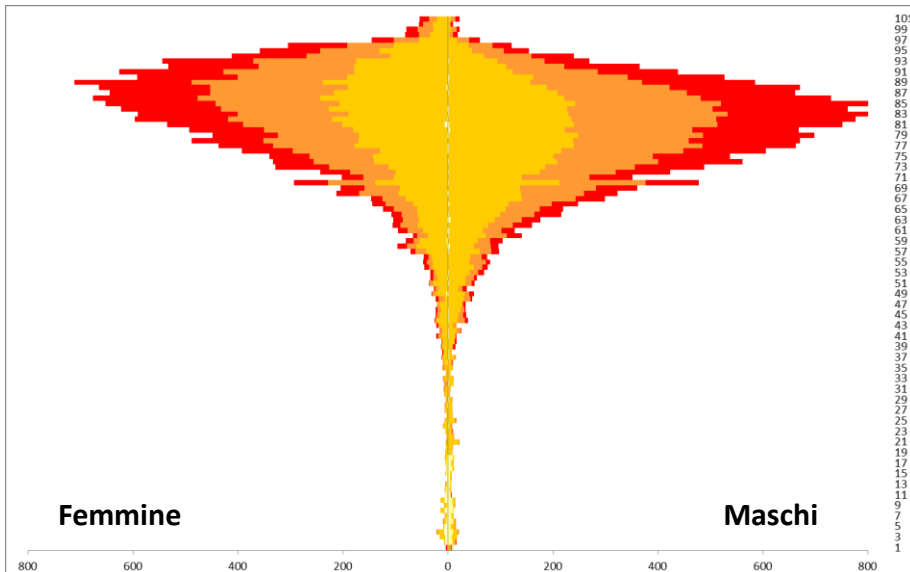


# Distribuzione per età e carico di malattia (RUB) Archivio ACG. Anno 2016. Regione Veneto

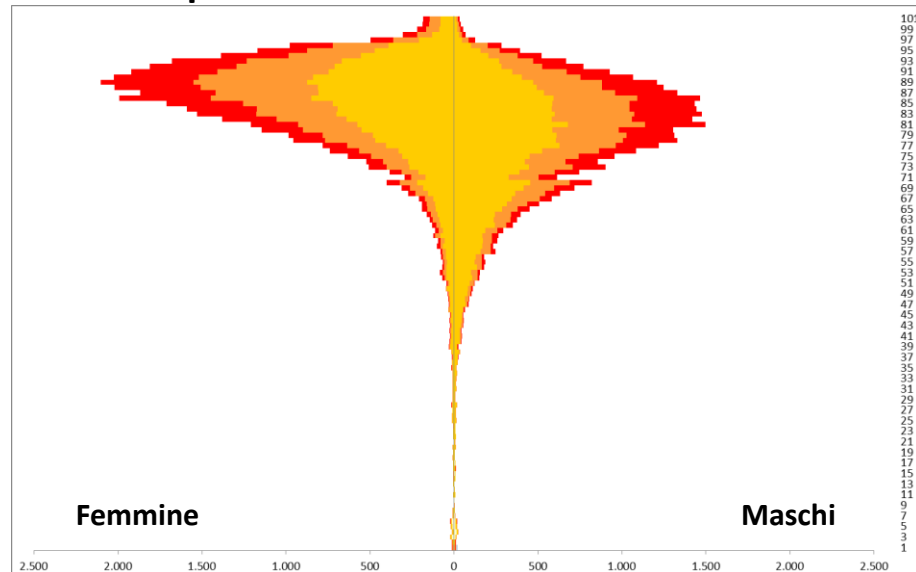




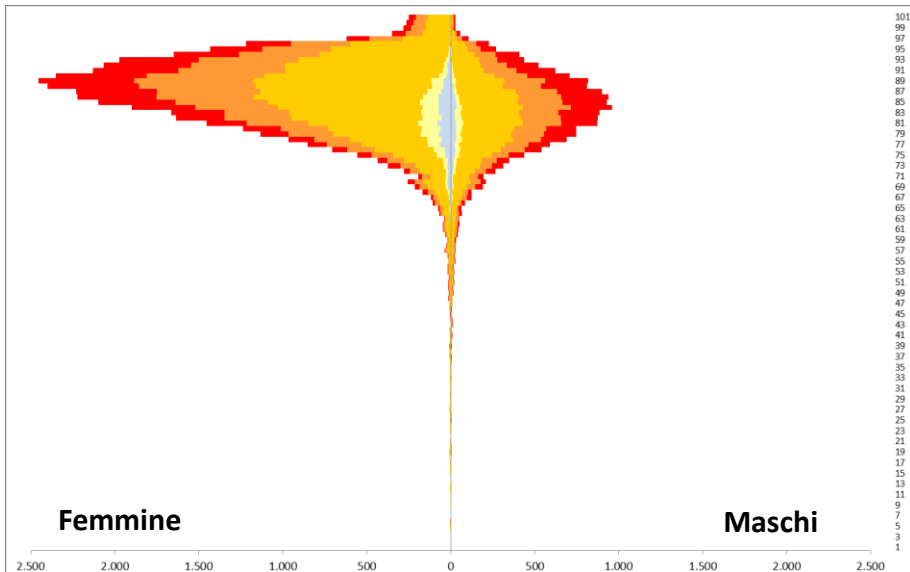
### BPCO



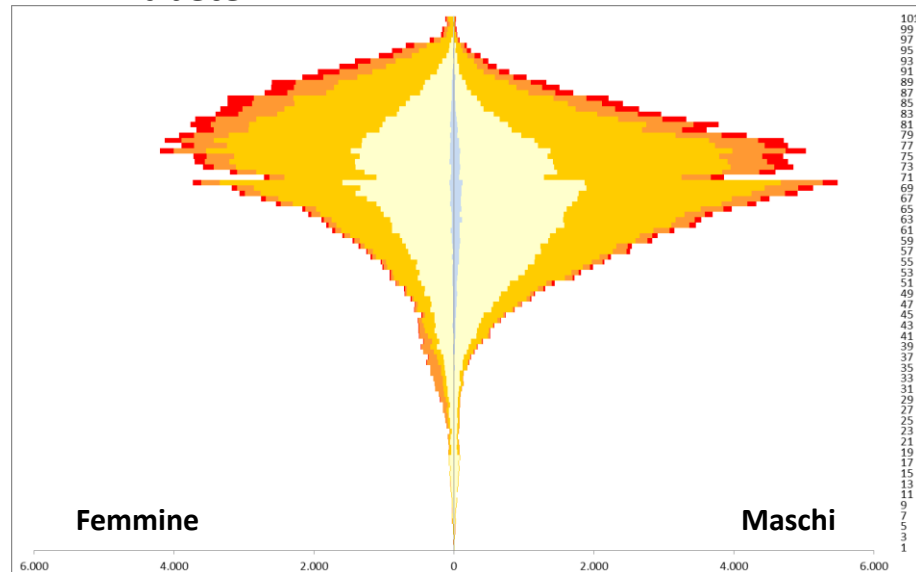
### Scompenso cardiaco



### Demenza

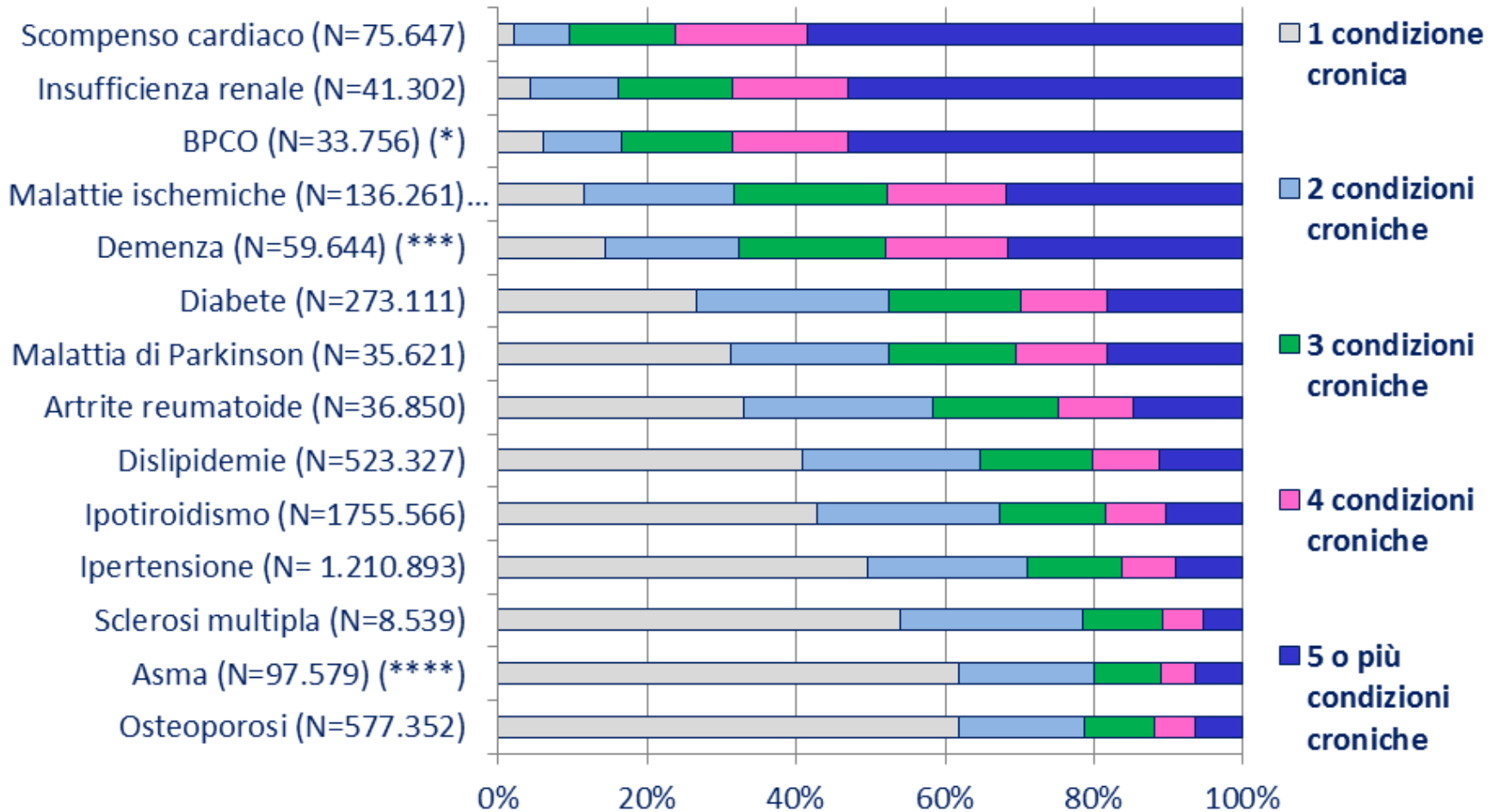


### Diabete





# Profilo di co-morbidità in assistiti con specifiche malattie

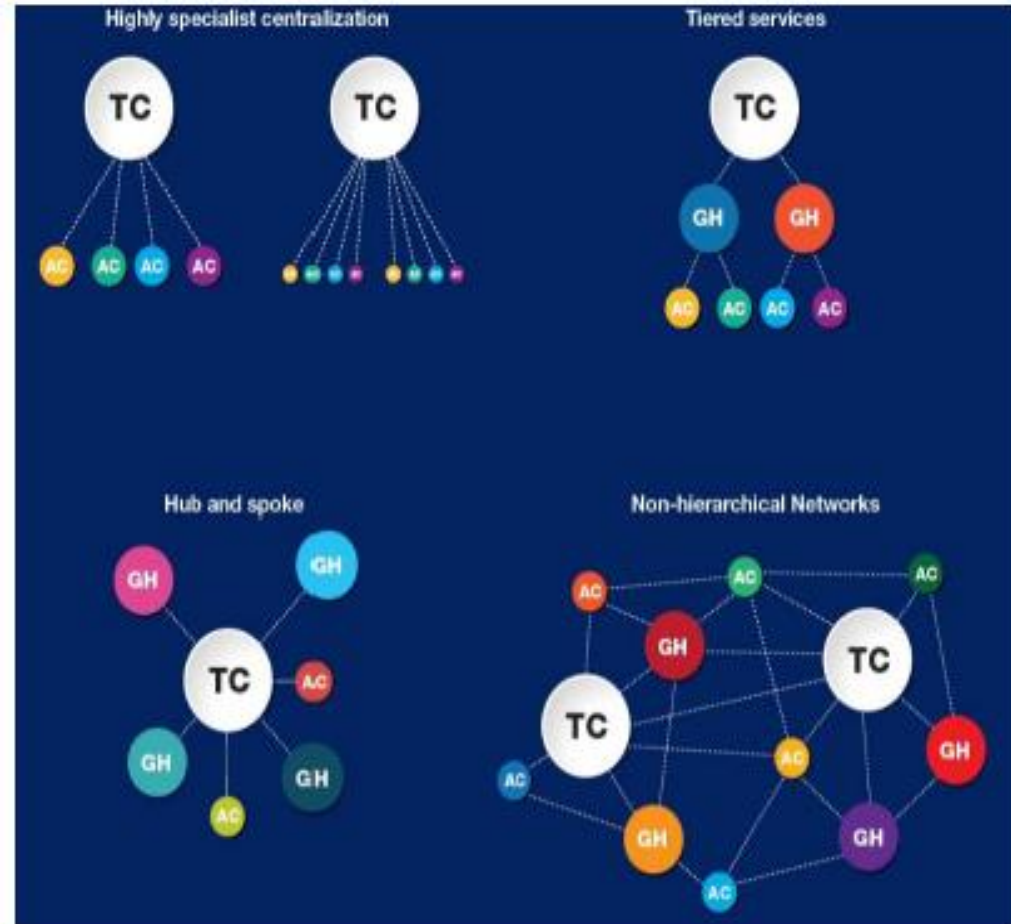


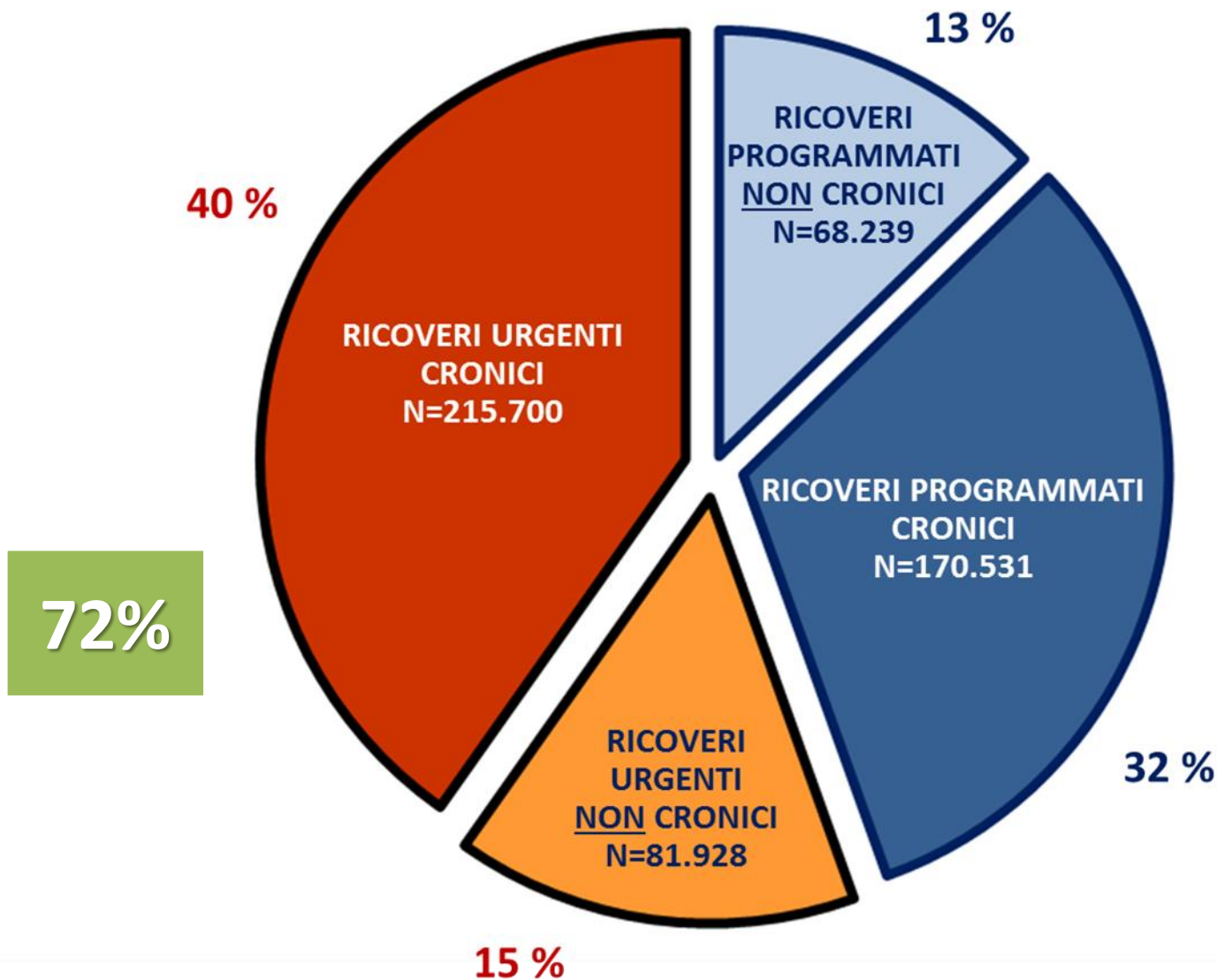
(\*) grado moderato/grave, solo da diagnosi  
 (\*\*\*) soggetti con età > 64 anni

(\*\*) infarto acuto del miocardio escluso  
 (\*\*\*\*) solo da diagnosi

## 2. Reintegnerizzare gli ospedali e i suoi professionisti

- Nuovi modelli con equilibrio tra centralizzazione e decentralizzazione
- L'hub e spoke può generare fughe di professionisti
- Favorire le reti non gerarchiche
- Specialisti ospedalieri e professionisti sanitari che escono dall'ospedale
- Cure e strutture intermedie

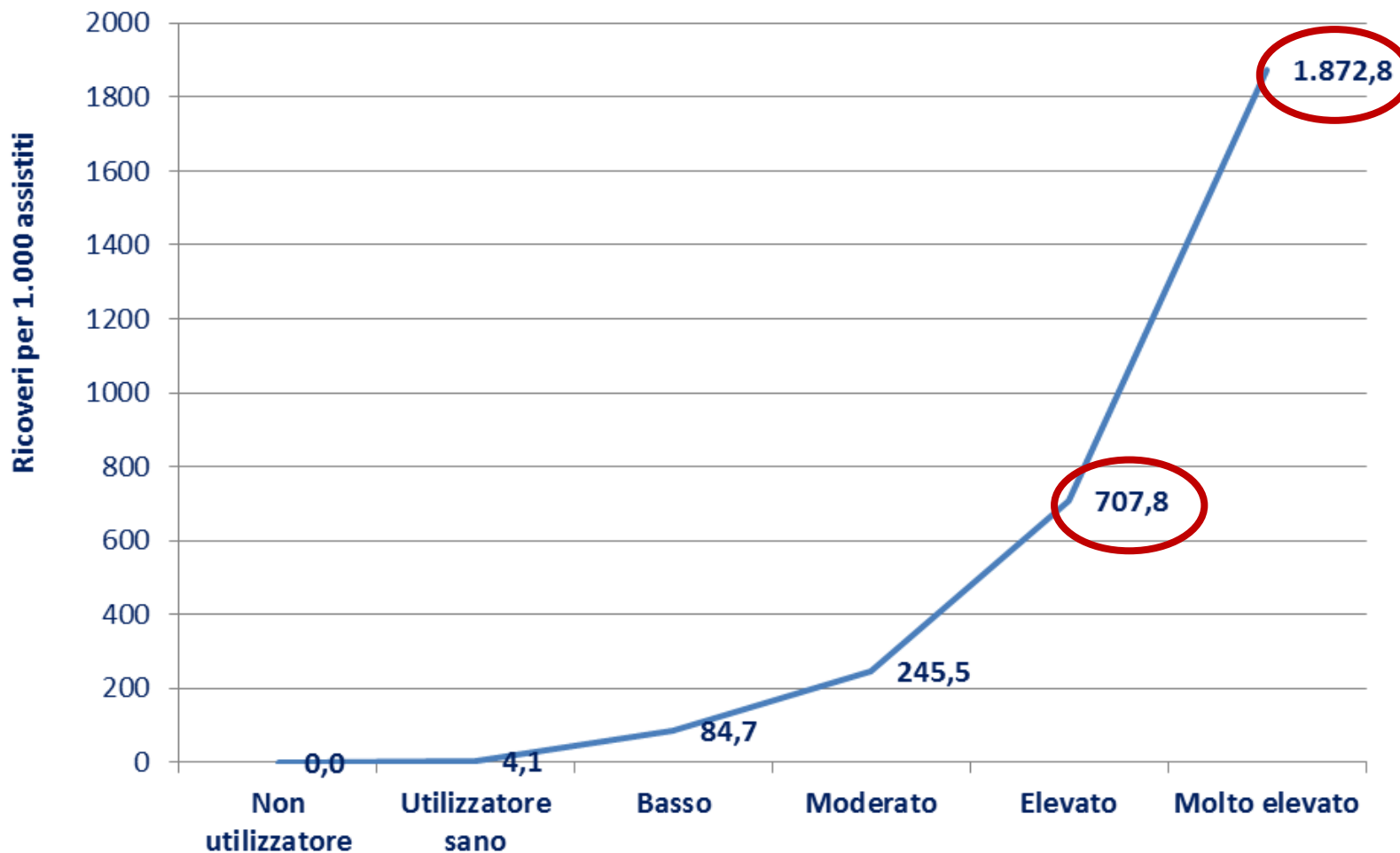




Fonte Acg, condizioni croniche definite su esenzione e diagnosi. Ricoveri ordinari senza drg neonati sani



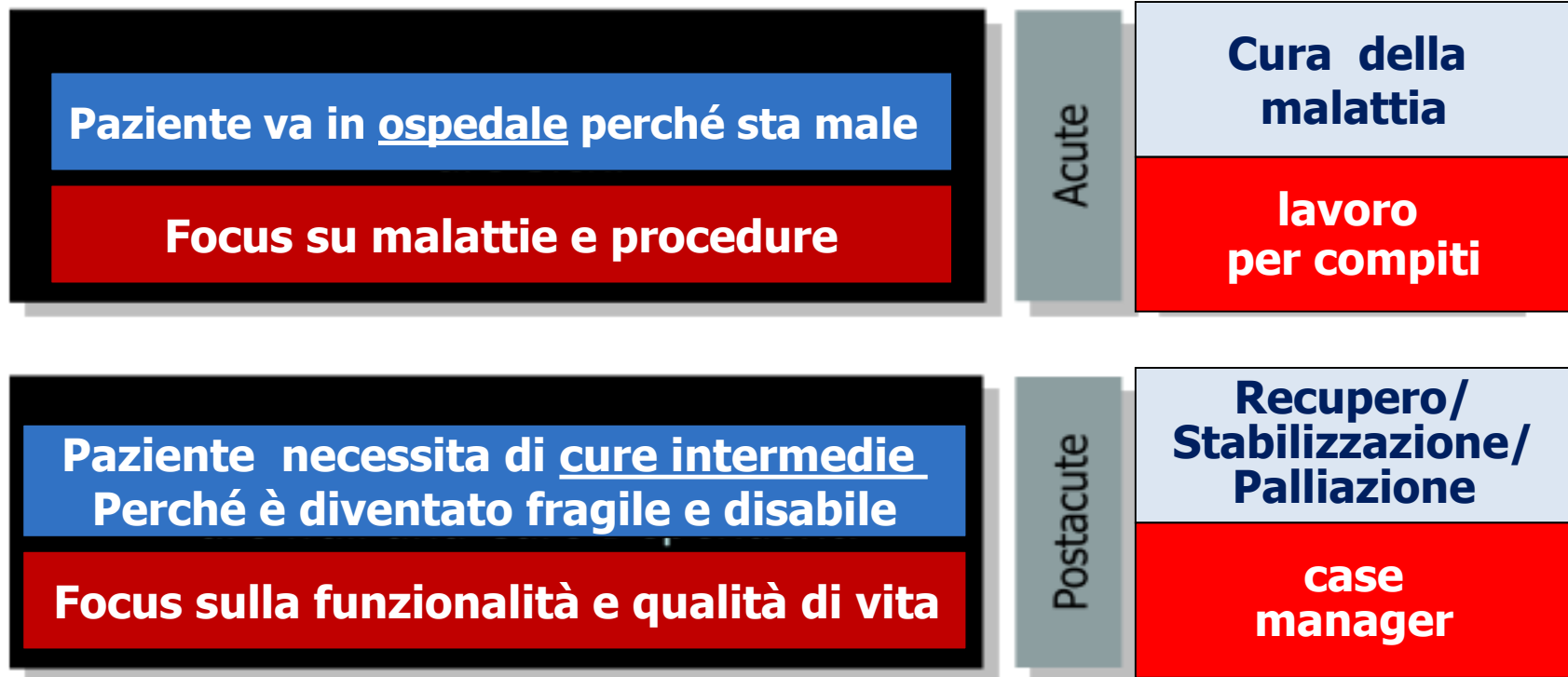
## Tasso di ospedalizzazione (numero di ricoveri per 1.000 assistiti)







# Ospedale e Strutture per Cure Intermedie: due mission diverse (Boyd)



**Dalla dipendenza medica all'indipendenza funzionale**

# Le cure intermedie in Veneto

<b>Ospedale di Comunità</b>  stabilizzazione adattamento a recente disabilità	<b>Unità di Riabilitazione Territoriale (URT)</b>  recupero funzionale	<b>Centri per il decadimento cognitivo e demenze (SAPA)</b>  per pazienti affetti da demenza	<b>Hospice</b>  cure palliative
---	--	--	---------------------------------------

- **Luoghi più vicini a casa**
- **Residenzialità temporanea**
- **Focalizzati sulla funzionalità e non su diagnosi o procedure**
- **Uso di traiettorie prognostiche**



# Strutture intermedie di ricovero

«Per garantire una risposta a pazienti stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma troppo instabili per poter essere trattati in un regime domiciliare o residenziale»

## I SERVIZI DI «CURA PIÙ VICINA AL DOMICILIO»

**Hospice**



**Ospedale di Comunità**



**URT**



*periodo non superiore di norma alle 4-6 settimane*

***Consentono di evitare l'allungamento della degenza ospedaliera o un ricovero inappropriato o una istituzionalizzazione inappropriata***

**Già attivi 550 PL nella regione**

**Nel 2018 e 2019 verranno attivati altri 860 PL (DGR 1714/17)**



## Frequenze assolute e relative per anno e ULSS di residenza presso ODC-URT al momento dell'accoglimento

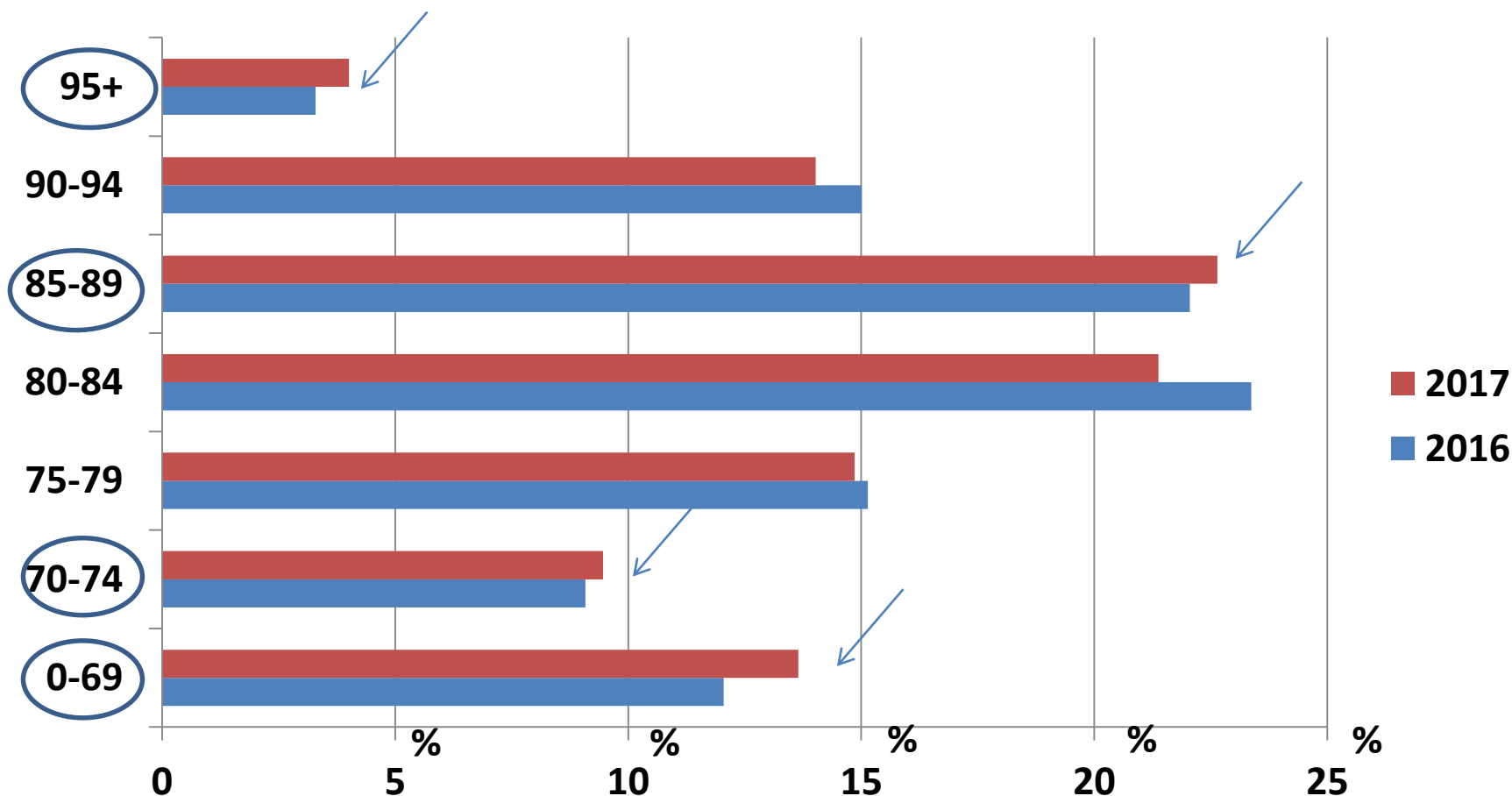
ULSS	2016		2017	
	N	%	N	%
1 Dolomiti	324	21,34	427	19,89
2 Marca T.	113	7,44	248	11,55
3 Sereniss.	282	18,58	299	13,93
6 Euganea	608	40,05	636	29,62
7 Pedemont.	-	-	113	5,26
8 Berica	-	-	244	11,36
9 Scaligera	189	12,45	180	8,38
<b>Totale</b>	<b>1.516</b>		<b>2.147</b>	

Soggetti censiti nel tracciato dati anagrafici assistiti del flusso ODC-URT regionale.



# ODC-URT: soggetti (%) per anno e classi d'età al momento dell'ingresso in struttura

Classi d'età



Soggetti censiti nel tracciato dati anagrafici assistito del flusso ODC-URT regionale.



## Frequenze percentuali (sui totali di ULSS pagante) per contesto di provenienza dell'assistito. Anno 2017.

Contesto di provenienza dell'assistito	2017							Totale
	ULSS pagante							
	501	502	503	506	507	508	509	
Domicilio dell'assistito con ADI (o SAD)	7,98	0,83	2,69	1,89	1,72	20,49	-	5,0
Domicilio dell'assistito senza ADI (o SAD)	3,74	25,21	2,69	1,89	5,17	13,11	54,44	11,0
Struttura socio-sanitaria residenziale extraospedaliera	0,25	3,72	-	-	-	2,87	0,56	0,9
Struttura sociale (es. Casa albergo per anziani)	0,25	-	-	-	0,86	0,41	-	0,1
Struttura ospedaliera	87,78	70,25	94,28	88,05	92,24	62,3	45	80,4
Altra struttura di cure intermedie (ODC, URT, Hospice)	-	-	0,34	0,31	-	0,82	-	0,2
Altro	-	-	-	7,86	-	-	-	2,4
<b>Totale (frequenza assoluta)</b>	<b>401</b>	<b>242</b>	<b>297</b>	<b>636</b>	<b>116</b>	<b>244</b>	<b>180</b>	<b>2.116</b>



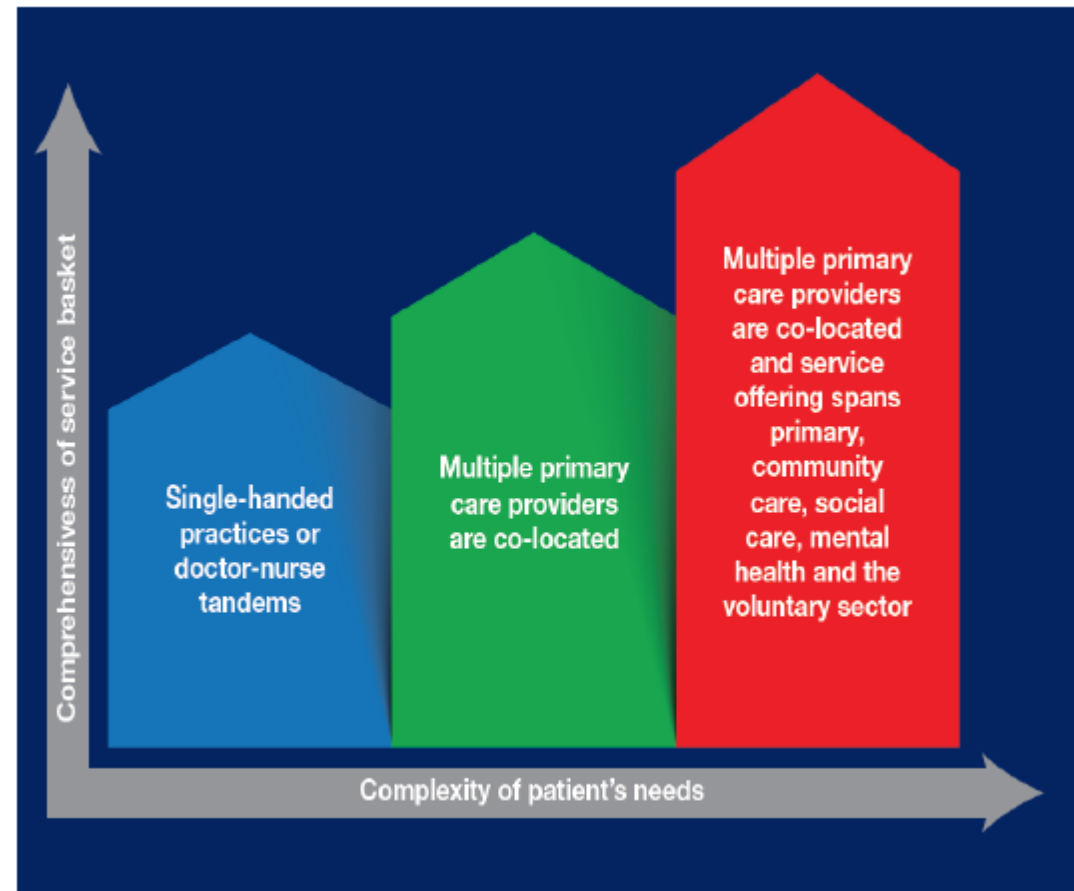
## Frequenze percentuali (sui totali di ULSS pagante) per tipologia di congedo dell'assistito

Contesto di congedo dell'assistito	2017							Totale
	ULSS pagante							
	501	502	503	506	507	508	509	
Domicilio dell'assistito con ADI (o SAD)	36,10	0,87	11,28	14,83	9,35	32,19	-	<b>15,36</b>
<b>Domicilio dell'assistito senza ADI (o SAD)</b>	<b>18,05</b>	<b>88,31</b>	<b>28,20</b>	<b>10,88</b>	<b>22,43</b>	<b>15,45</b>	<b>80,00</b>	<b>31,73</b>
Struttura socio-sanitaria residenziale extraospedaliera	26,83	5,19	18,80	27,92	21,50	22,32	11,11	<b>20,96</b>
Struttura sociale (es. Casa albergo per anziani)	-	1,30	-	5,05	0,93	-	-	1,94
Struttura ospedaliera	10,24	3,46	30,45	19,87	14,02	12,02	-	15,03
Altra struttura di cure intermedie (ODC, URT, Hospice)	-	-	0,75	2,68	5,61	2,15	-	1,62
Decesso	8,78	-	10,53	16,25	25,23	15,45	2,78	<b>11,69</b>
Altro	-	0,87	-	2,52	0,93	0,43	6,11	1,67
Totale (frequenza assoluta)	205	231	266	634	107	233	180	1.856

% sui totali di colonna.

### 3. Cure integrate e personalizzate

- Inserire gli specialisti e i professionisti ospedalieri nelle cure primarie
- Creare Piani di cura con personalizzazione proporzionata alla complessità
- Investire nel coordinamento e nella cooperazione (*pay for coordination*)







Care Management List for ACG5\_999.acgd Patient Count: 1.000

Cases Report Options

Patient Id	Age	Sex	Probability IP Hospitalization	Probability High Total Cost	Rescaled Total Cost Resource Index
121 9D395...	48 1		0,47	0,95	17,97
121 50B27...	79 1		0,66	0,95	20,61
121 609213...	71 1		0,35	0,95	21,08
121 A0C4B...	86 1		0,59	0,95	22,98
121 A10D9...	84 1		0,66	0,95	19,66
121 60A07...	49 1		0,67	0,95	20,74
121 AAE74...	77 1		0,75	0,95	20,32
121 541503...	94 1		0,42	0,95	18,48
121 AD63F...	82 1		0,57	0,95	18,33
121 6272C...	70 1		0,36	0,95	17,81
121 ADC9E...	58 1		0,69	0,95	20,64
121 AF2FC...	87 1		0,56	0,95	21,88
121 673507...	75 1		0,82	0,95	23,54
121 CBAE6...	66 1		0,40		0
122 077B0...	70 1		0,56		4
121 CCA0A...	87 1		0,61		1
			0,44		0
			0,47	0,95	21,55
			0,47	0,95	18,30
			0,50	0,95	18,53
122 4C029...	70 1		0,67	0,95	31,26
121 CFBA8...	82 1		0,79	0,95	22,11
122 4C8B8...	72 1		0,42	0,95	18,79
121 D1F19...	63 1		0,40	0,95	18,20
122 4FDFC...	66 1		0,71	0,95	19,41
122 500FA...	67 1		0,85	0,95	20,60
122 D67CF...	71 1		0,45	0,95	19,38
122 26A64...	76 1		0,56	0,95	17,77
122 D6D92...	66 1		0,37	0,95	20,76
122 26C77...	82 1		0,55	0,95	21,46
122 D8E03...	62 1		0,36	0,95	19,98
122 D96F3...	48 1		0,30	0,95	19,67
122 27B0B...	51 1		0,22	0,95	17,75
122 27C6B...	65 1		0,42	0,95	18,83
122 27E3EE...	56 1		0,59	0,95	23,88
122 2838B...	73 1		0,75	0,95	22,19

Piu' alta probabilita di ricovero nell'anno successivo

Stima Costo totale nell'anno successivo (tot. popolazione=1)




The greater the morbidity burden,  
the greater the persistence of any  
given diagnosis.

That is, with high comorbidity,  
even acute diseases are more  
likely to persist.

Starfield 08/06  
CM 6598



# la Sig.ra Maria ha 5 condizioni croniche tra cui scompenso e demenza



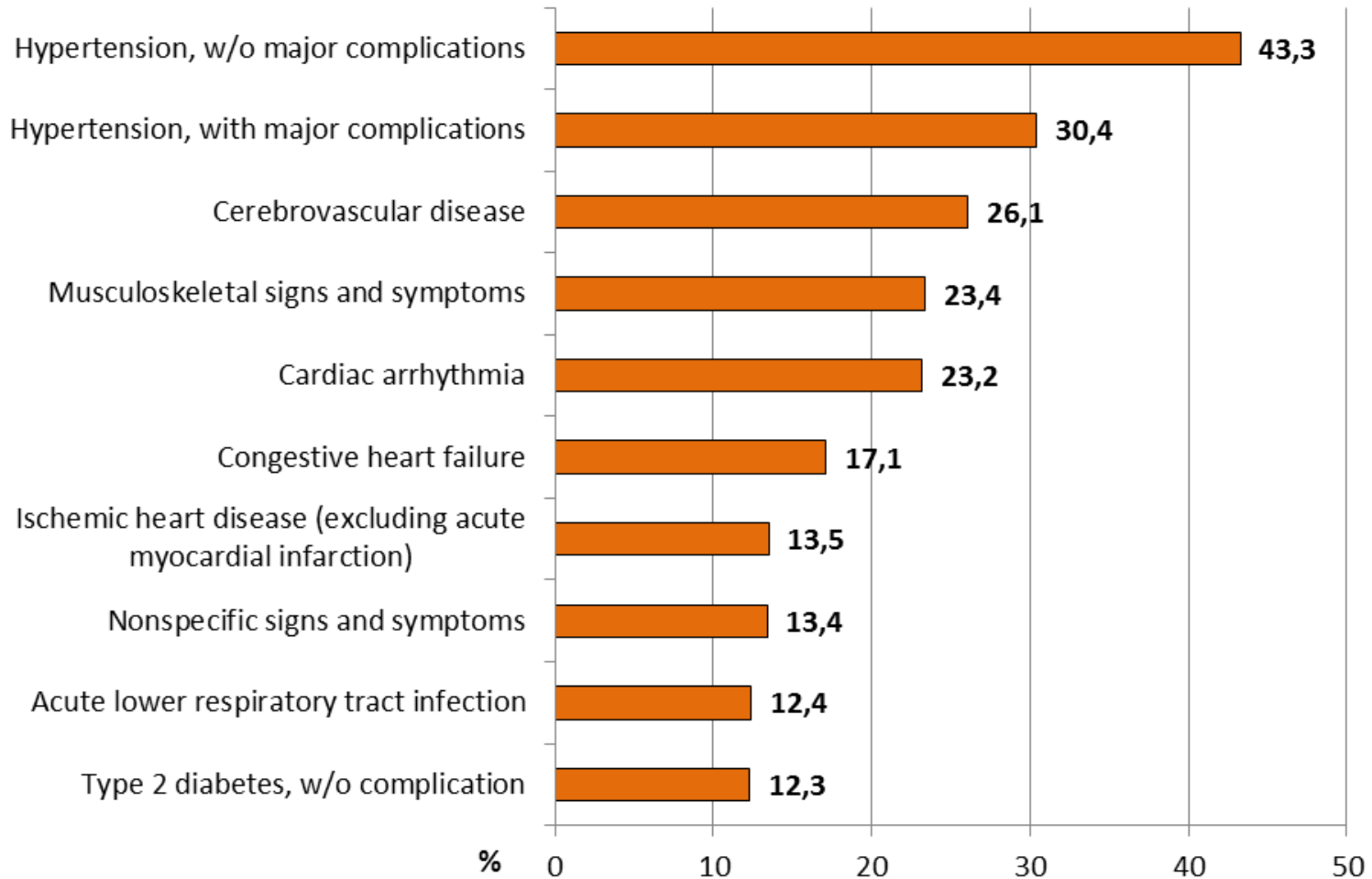
- 22 prescrizioni per 8 farmaci
- 19 visite ambulatoriali
- 3 ricoveri ospedalieri
- 6 settimane in ospedale di comunità
- 5 mesi in assistenza domiciliare
- 1 mese di riabilitazione
- 7 accessi in Pronto soccorso
- 6 Lettere di dimissione dai medici curanti

Costo dell'assistenza sanitaria nel 2016  
24.000 Euro



# Comorbidity più frequenti nei soggetti affetti da demenza

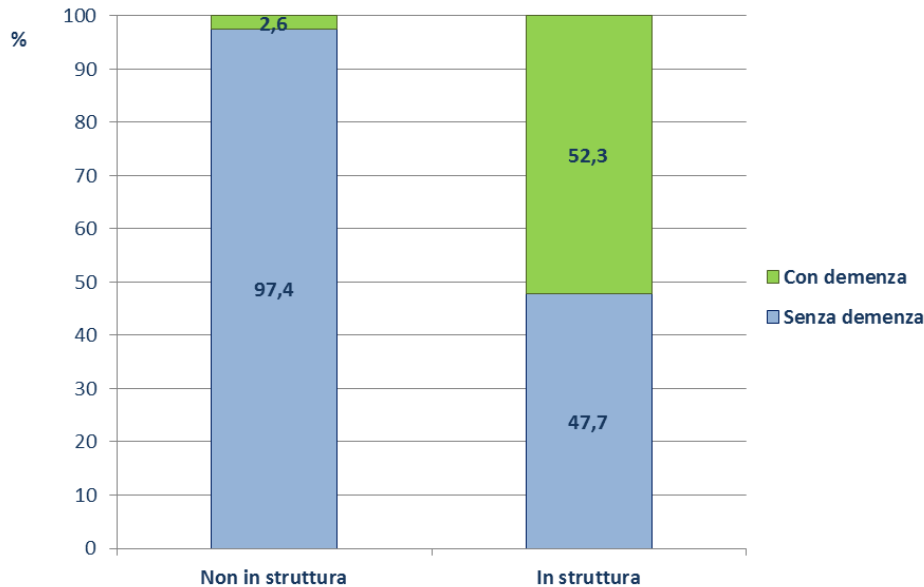
Fonte: archivio ACG. Anno 2016.





# Distribuzione della popolazione ultra 60enne a domicilio ed in struttura in presenza di demenza

Anno 2016. Fonte: Archivio ACG Regione Veneto



Presenza di Demenza	Residenzialità extra-ospedaliera			
	Non in struttura		In struttura	
	N	%	N	%
Senza demenza	1.362.808	97,4	22.238	47,7
Con demenza	35.848	2,6	24.369	52,3
<b>Totale</b>	<b>1.398.656</b>	<b>100,0</b>	<b>46.607</b>	<b>100,0</b>



**Obiettivo:** favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e nel proprio domicilio



sviluppo **pianificato** ed **omogeneo** delle **cure domiciliari** su tutto il territorio regionale

che garantisca la **continuità delle cure e dell'assistenza**, consolidando le esperienze di ammissione e dimissione protetta



- ogni team dovrà garantire **anche l'assistenza al domicilio** del paziente, **in modo programmato e non**.
- dovrà essere garantita la **copertura 7 giorni su 7**, con una pianificazione degli accessi domiciliari sviluppata nell'arco dell'intera settimana



sviluppo della **rete delle cure palliative**, con la **strutturazione** dell'**attività ambulatoriale** ad integrazione e **supporto** delle cure domiciliari e dell'ospedalizzazione al fine di:



- **privilegiare** l'accesso alle **cure palliative domiciliari** e in **Hospice**, riducendo il ricorso all'ospedalizzazione;
- intercettare i malati che necessitano di cure palliative con **qualsunque patologia**;
- garantire la **continuità delle cure nei diversi setting assistenziali**.



## Traiettoria prognostica

2016

48.895 assistiti con diabete  
con carico di malattia  
**elevato (RUB=4) o  
molto elevato (RUB=5)**

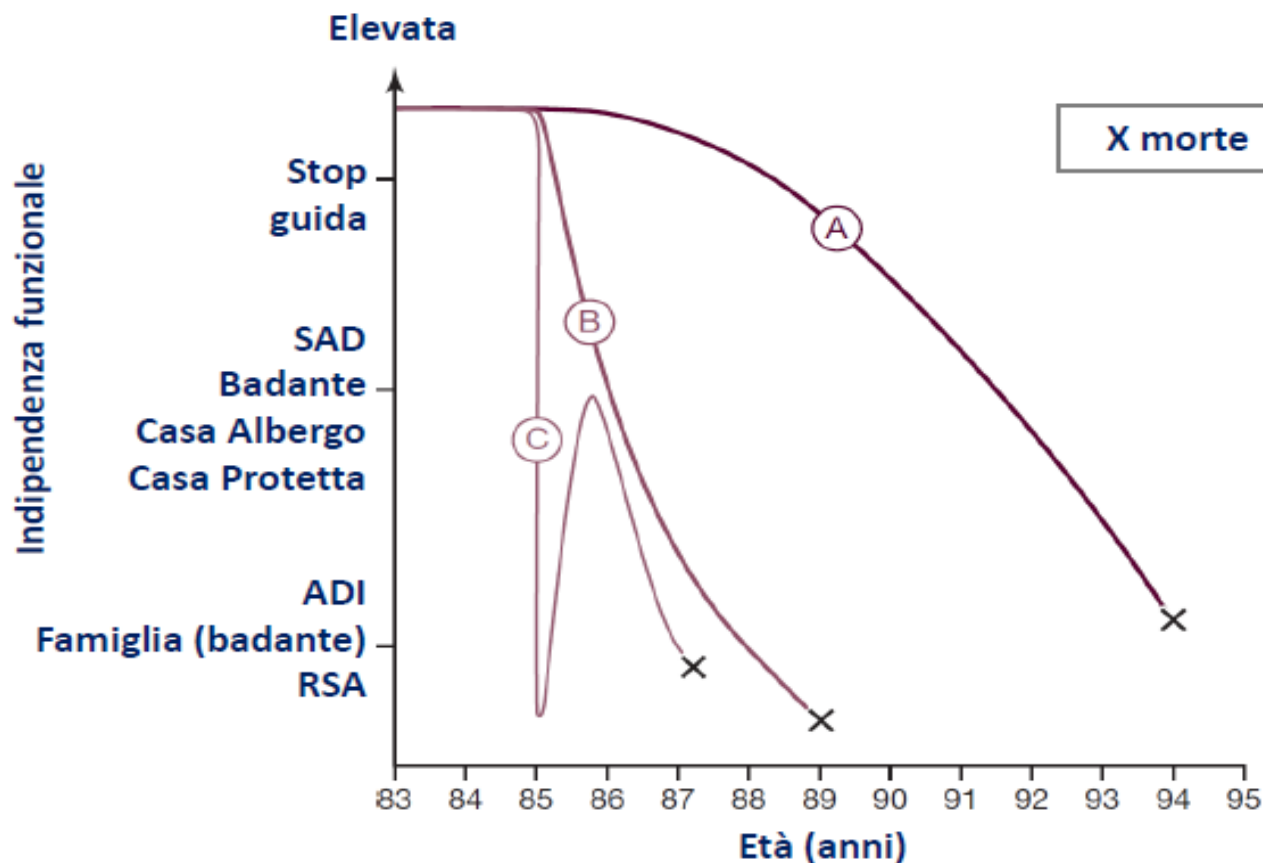


2013

4.810 assistiti con diabete  
con carico di malattia  
**basso (RUB=2)**

10% degli assistiti in  
RUB 4-5 nel 2016  
si trovava in  
RUB 2 nel 2013

## Traiettorie di declino funzionale



Reuben, D. B. JAMA 2009;302:2686-2694

JAMA

Traiettorie ipotetiche di declino funzionale per il signor R. **Traiettoria A:** stato di salute buono; buona aspettanza di vita. **Traiettoria B:** il paziente ha una malattia cronica degenerativa (ad es., malattia di Alzheimer, malattia di Parkinson): declino funzionale costante con un periodo di dipendenza funzionale prolungato. **Traiettoria C:** evento catastrofico improvviso (ad es., frattura di femore, stroke, sepsi, polmonite) con qualche miglioramento funzionale, ma senza tornare allo stato di partenza, riduzione della aspettanza di vita.



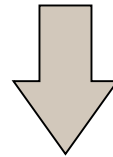


	2013 (68 aa)		2016 (71 aa)	
<b>RUB</b>	<b>2</b>	basso carico	<b>4</b>	elevato carico
<b><i>N. Diagnosi</i></b>	<b>1</b>	diabete	<b>10</b>	diabete/IPA/CHD/FA/ obesità/TIA/depressio ne/gastrite/stipsi/CHF
<b><i>N. Farmaci assunti</i></b>	<b>2</b>	glibenclamide+ metformina	<b>12</b>	nessuna riconciliazione terapeutica successiva
<b><i>N. Accessi PS</i></b>	<b>1</b>		<b>7</b>	
<b><i>N. Ospedalizzazioni</i></b>	<b>1</b>		<b>4</b>	
<b><i>Principi attivi</i></b>	<b>2</b>	non modificati	<b>12</b>	Incremento progressivo nessuna modifica all'interno della stessa classe di farmaci
<b><i>costi</i></b>	minimi		<b>&gt;20 v</b>	
<b><i>Stato funzionale</i></b>	autonomo	ADL conservate	disabile	



**Perché tanti pazienti cronici provengono  
da una traiettoria di rapido  
peggioramento?**

***"Inerzia clinica"***



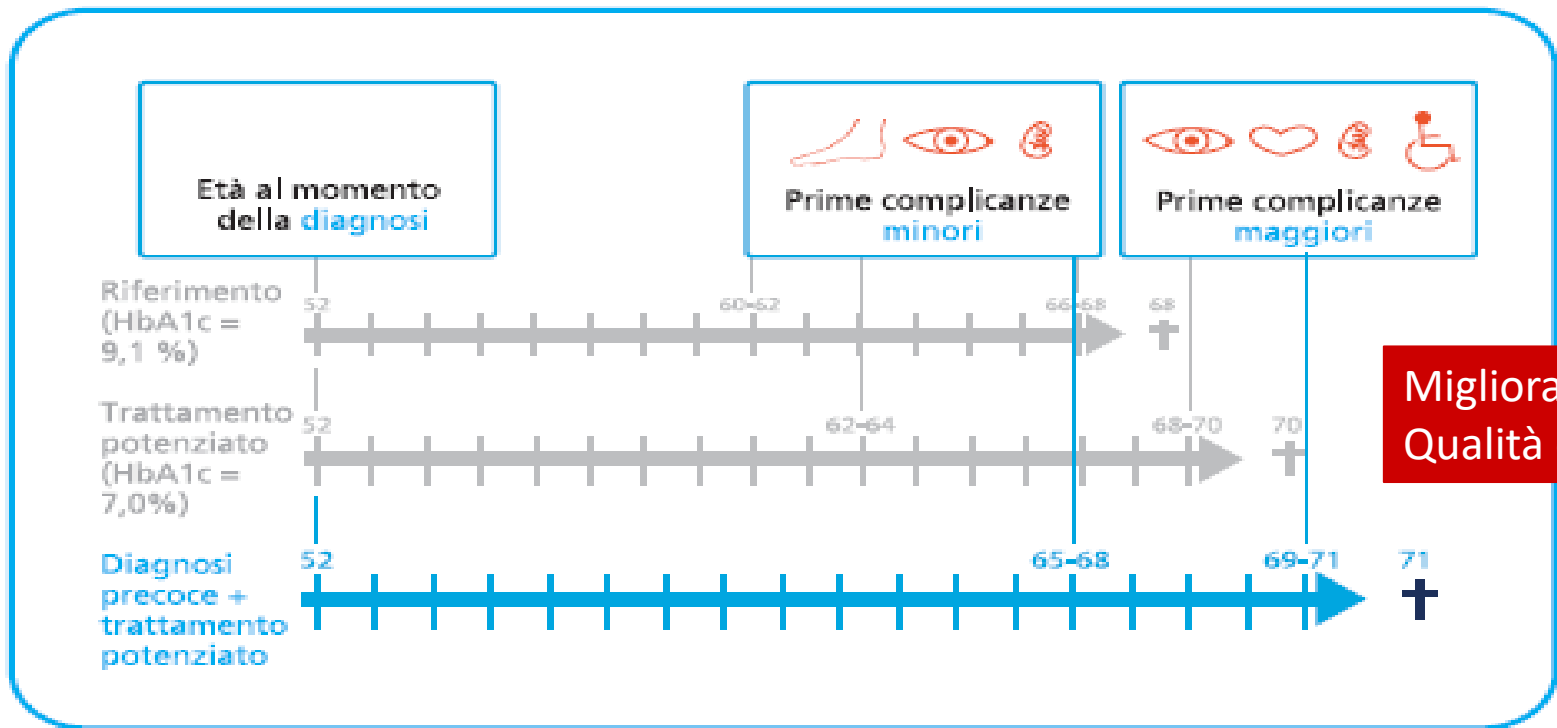
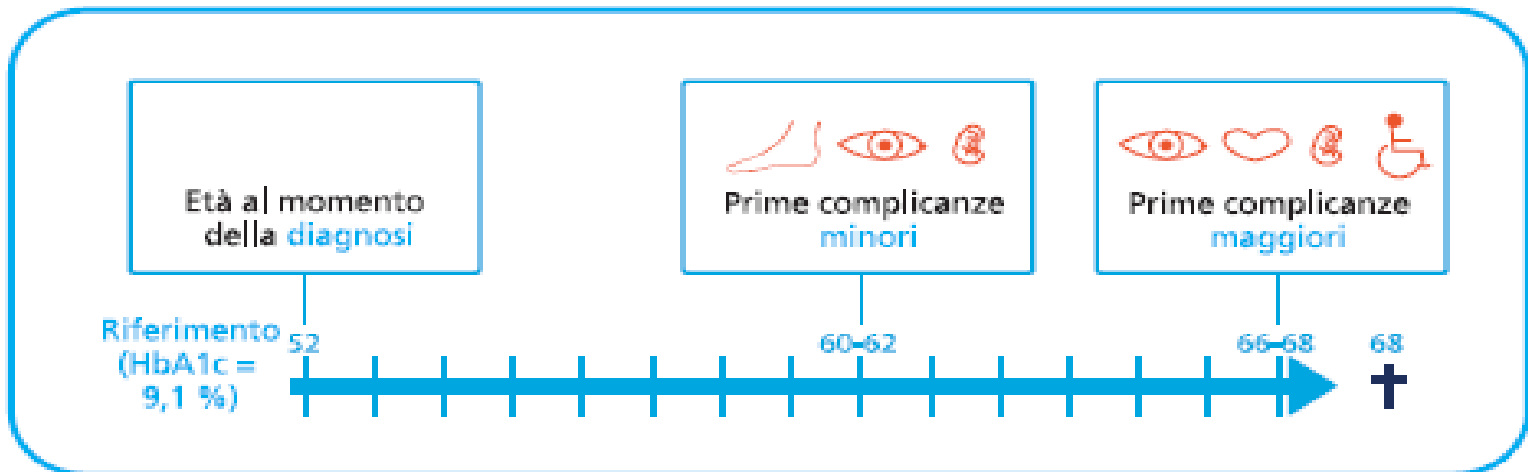
**Mancato riconoscimento del problema**

**Tardivo riconoscimento del problema**

**Intervento non tempestivo o mancato**



# Aspettative di vita e sviluppo di complicanze



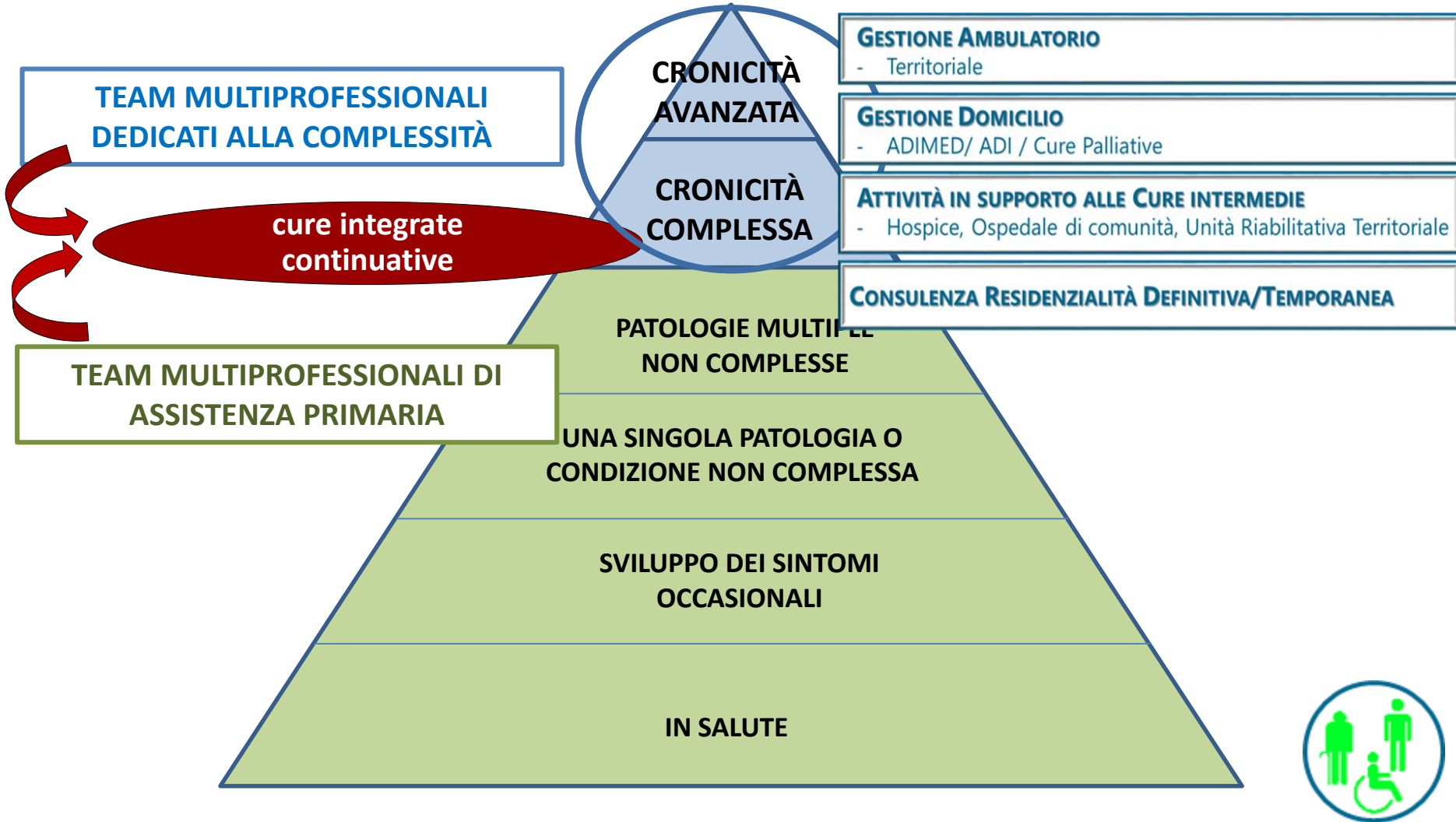
## 4. Promuovere l'utilizzo dell' Health IT per identificare i fragili

- Incentivare l'integrazione di dati (fascicolo SE) tra professionisti
- Promuovere l'uso di EHR e Personal Health Records con indicazione delle preferenze
- Favorire l'uso di telemedicina e telemonitoraggio
- Garantire l'accesso ai farmaci innovativi superando logiche di silos (es diabete, scompenso e epatite C)





# Nuovo Piano Socio-Sanitario 2018-2022. La gestione della cronicità avanzata e complessa





## LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ E DELLA MULTIMORBIDITÀ PER INTENSITÀ DI CURA E DI ASSISTENZA: Obiettivi Specifici

- ❑ Garantire alle persone il migliore stato di salute possibile in relazione alle condizioni individuali
- ❑ Garantire la gestione dei problemi di salute secondo priorità realizzando percorsi integrati proporzionati al profilo di bisogno
- ❑ Valorizzare la personalizzazione della presa in carico, attraverso Piani Integrati di Cura secondo il Piano Nazionale Cronicità
- ❑ Garantire le transizioni tra luoghi e/o livelli assistenziali differenti, favorendo la domiciliarità ed il recupero funzionale
- ❑ Promuovere un sistema di governance della cronicità e della multimorbidity centrata sulla misurazione dei risultati





# Assistiti con carico di malattia elevato e molto elevato (RUB 4 e 5) di età maggiore di 50 anni per Azienda ULSS a domicilio e in struttura residenziale

*Archivio ACG. Regione Veneto*

Nuova Azienda ULSS	Non in struttura residenziale		In struttura residenziale	
	N	%	N	%
1-Dolomiti	6.192	4,6	1.689	7,1
2-Marca Trevigiana	22.696	16,8	4.662	19,7
3-Serenissima	18.765	13,9	2.962	12,5
4-Veneto Orientale	5.730	4,2	794	3,4
5-Polesana	9.134	6,8	1.359	5,7
6-Euganea	26.186	19,4	3.394	14,4
7-Pedemontana	7.746	5,7	2.010	8,5
8-Berica	11.211	8,3	2.990	12,7
9-Scaligera	27.187	20,2	3.775	16,0
<b>Totale</b>	<b>134.847</b>	<b>100,0</b>	<b>23.635</b>	<b>100,0</b>



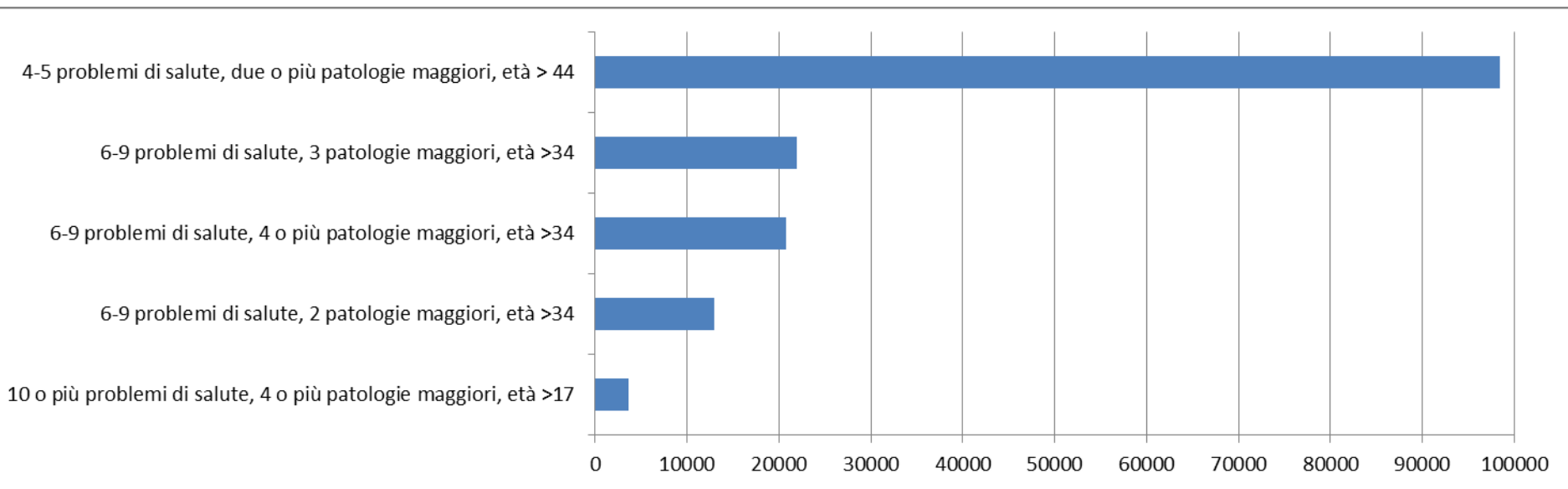
The high frequency of  
Comorbidity  
Multimorbidity  
Morbidity burden  
makes it inappropriate to focus  
on single diseases

Barbara Starfield 2006





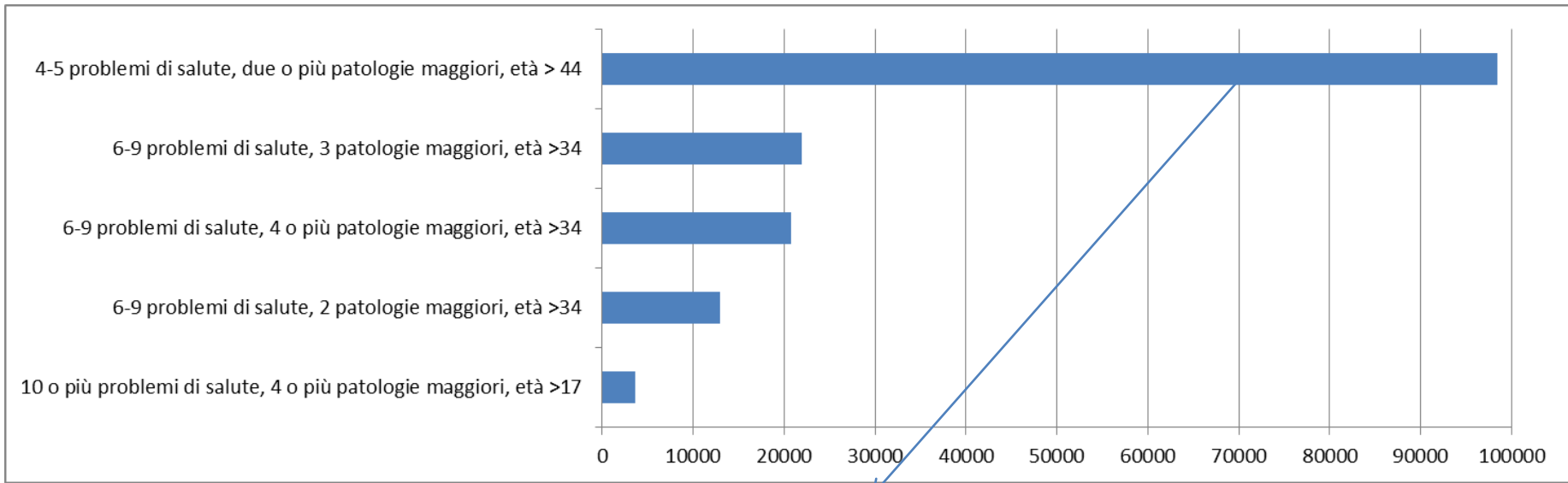
# 99,5% dei soggetti con RUB 4 e 5 (elevati e molto elevati) ultra 50enni è classificabile in questi 5 ACG



**High needs**  
**5%**

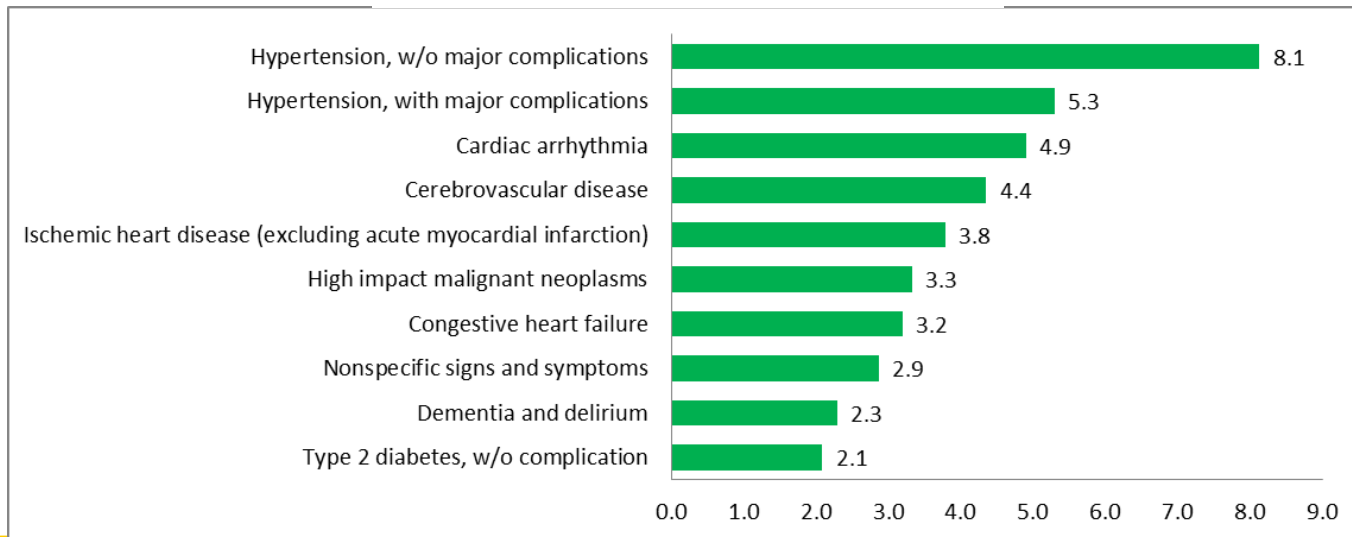


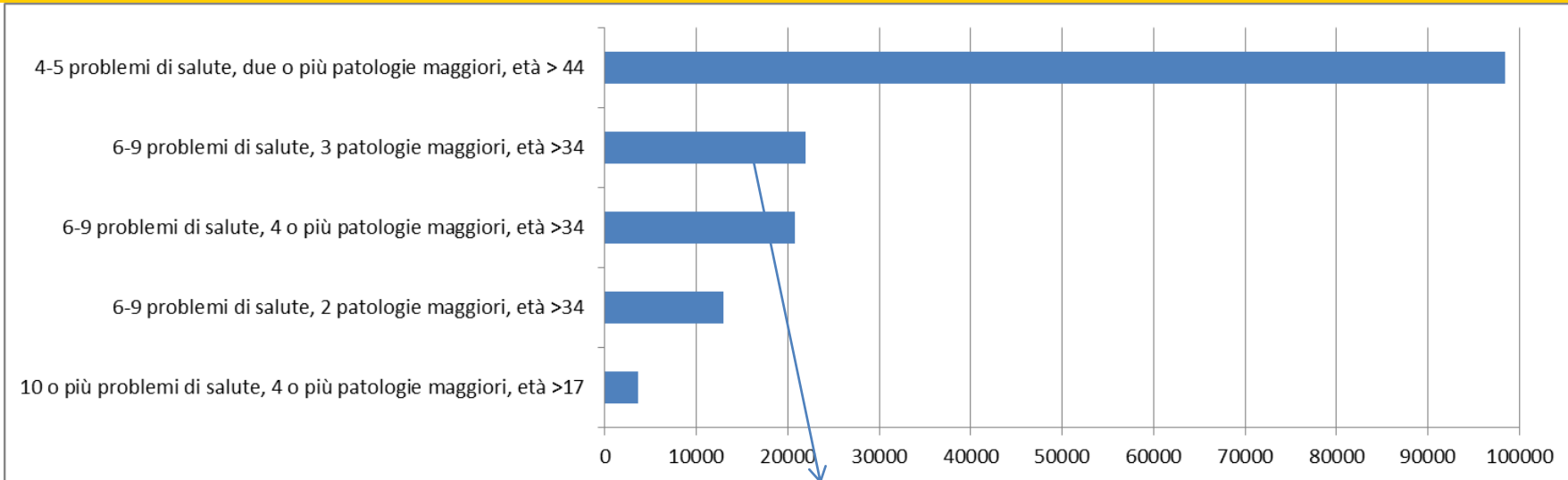
**High cost**  
**50 %**



N=98401 (62% della pop >=50 anni con RUB 4,5)

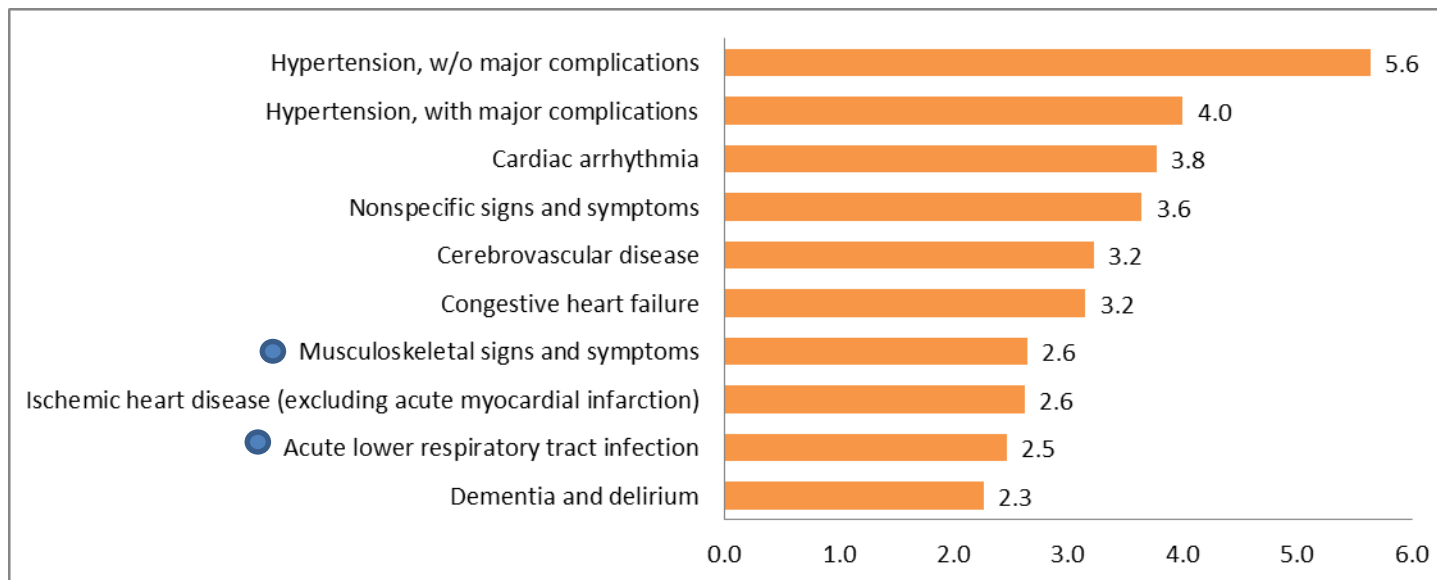
### Distribuzione % prime 10 EDC

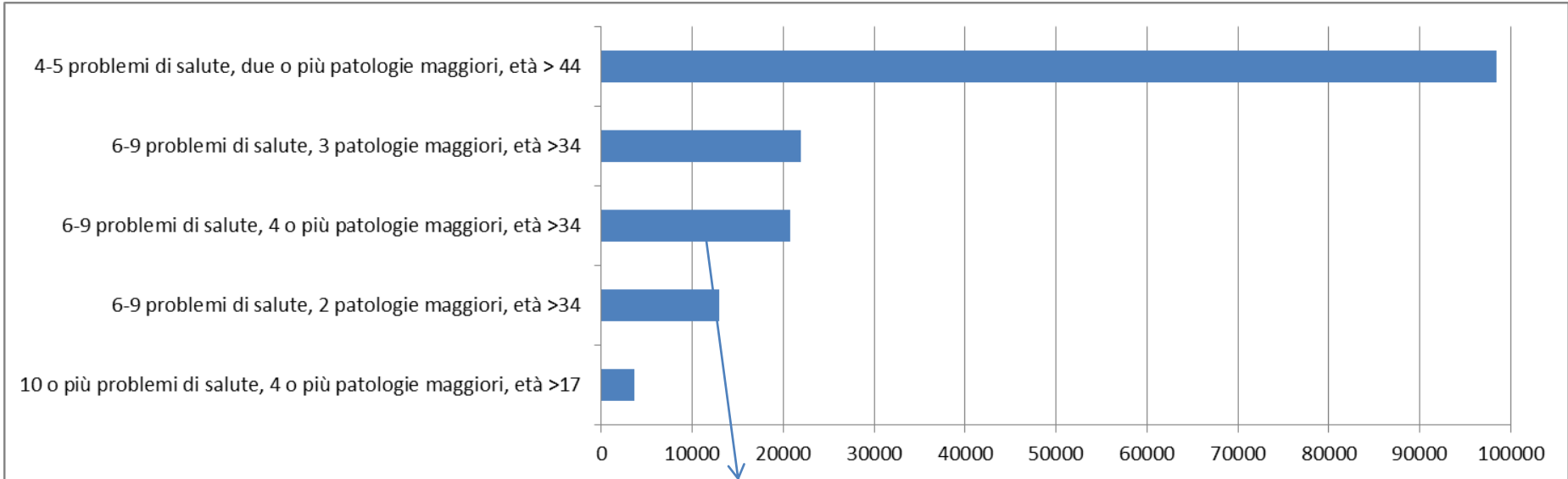




N=21964 (14% della pop >=50 anni con RUB 4,5)

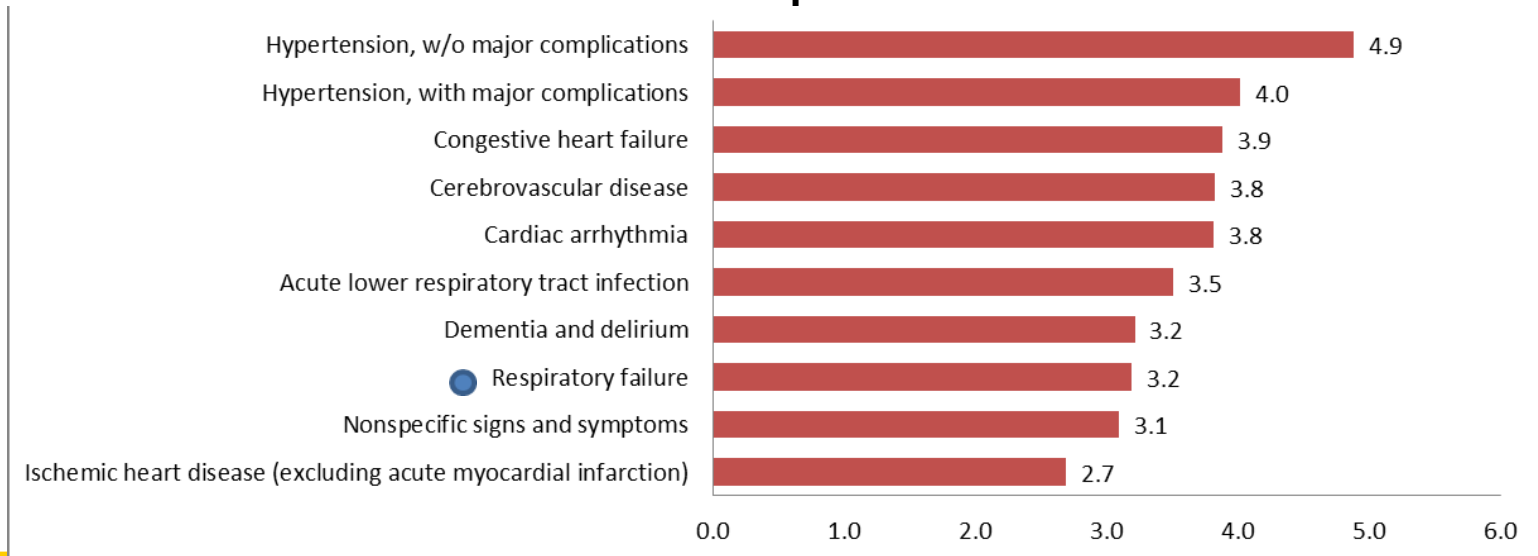
### Distribuzione % prime 10 EDC

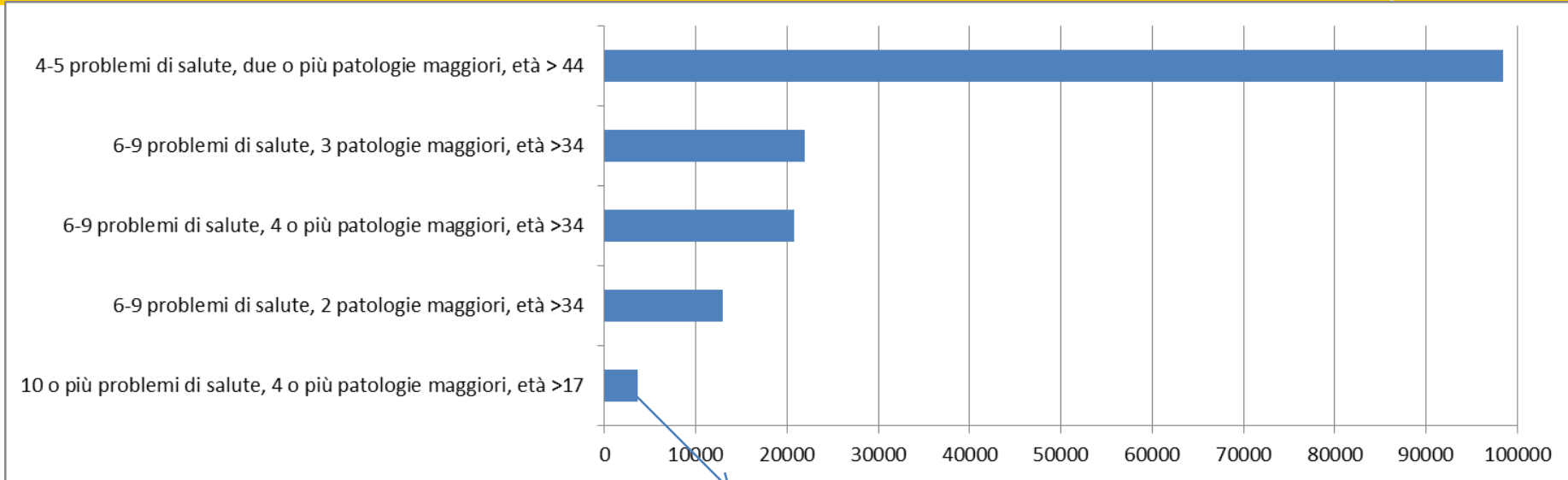




N=20748 (13% della pop >=50 anni con RUB 4,5)

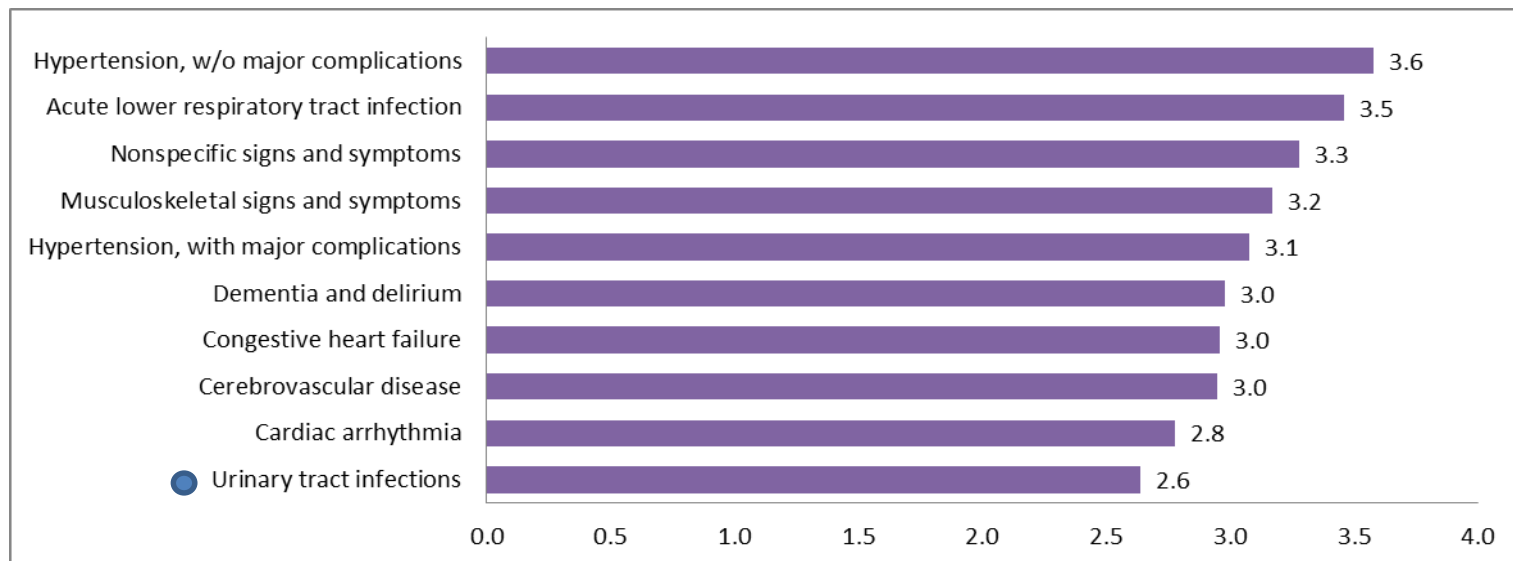
### Distribuzione % prime 10 EDC





N=3656 (2% della pop >=50 anni con RUB 4,5)

### Distribuzione % prime 10 EDC



## 5. Favorire il task shifting e la multiprofessionalità

- Sviluppare nuove competenze e nuovi profili
- Favorire il retraining e garantire che il professionista utilizzi al massimo le sue competenze.
- Allineare la pianificazione della formazione con la ripianificazione dei servizi
- Programmare con un orizzonte di almeno 10 anni per la formazione degli specialisti e di 5 anni per gli altri professionisti.





# Area strategica: Medicina di popolazione e progetto individuale di salute della cronicità e della multimorbilità

**Assessment di popolazione**

**Assessment individuale**  
(personalizzazione dei programmi di comunità)

**In base al bisogno**  
il paziente viene assegnato a team multidisciplinari di diversa composizione

VALUTAZIONE COORDINAMENTO CURA	5 = "Multimorbilità" complessiva > 3.5	Carico 48.2
COORDINAMENTO CURA CARE MANAGEMENT	4 = Multimorbilità complessiva > 2.5	Carico 5.1
COORDINAMENTO CURA INFERMIA/CARE MANAGEMENT	3 = Patologia singola complessa, Patologia multiple > 1.9	Carico 2.4
PPM, DISCARIC MANAGEMENT	2 = Una singola patologia o condizione non complessa > 2.0	Carico 0.9
DIAGNOSI DIFFERENZIALE	1 = Sviluppo del sintomo > 3.0 Costi senza diagnosi	Carico 0.1
PROIEZIONE RISCHI ACCIDENTI	0 = In salute > 1.9 N° costi ne' diagnosi	Carico o peso = 0

**Distretto socio sanitario**  
**contesto valutativo individuale**  
(garante e segmentatore)

**Pz cronico**  
**multimorbilità**  
**complessità**  
**terminalità**

**TEAM DI DISTRETTO h24**

**Team multiprofessionale:**

- Infermiere CM
- geriatra/internista
- Palliat./specialista
- Altri professionisti





# Infermiere Care Manager\*

- Infermieri/e formate e certificati/e che fanno riferimento ad una sola forma organizzata (Distretto- Medicina di Famiglia)
- L'infermiere/a collabora con i medici seguendo fino a 80/90 pazienti complessi ad alto rischio con multimorbidity'
- L'infermiere/a segue il paziente e diventa il suo riferimento;
- L'infermiere/a e' del paziente e non cambia ad ogni accesso domiciliare o ambulatoriale.
- Lavora in forte integrazione con la famiglia e gli altri servizi del territorio.



\* Adattato dal modello Guided Care

Boyd et al. *Gerontologist* 2007



# Favorire il task shifting e la multiprofessionalità

- Sviluppare nuove competenze e nuovi profili
- Favorire il retraining e garantire che il professionista utilizzi al massimo le sue competenze.
- Allineare la pianificazione della formazione con la ripianificazione dei servizi
- Programmare con un orizzonte di almeno 10 anni per la formazione degli specialisti e di 5 anni per gli altri professionisti.

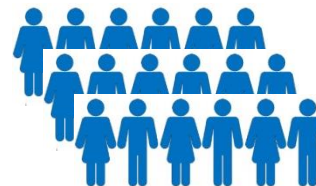
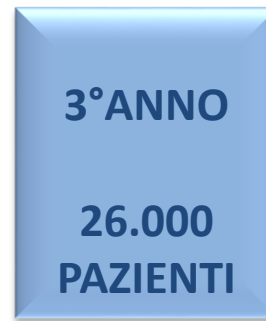
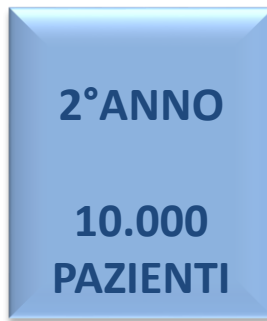




135.000 pazienti



9 Aulss - 26 distretti



Quanti infermieri da formare? Quanti specialisti da formare o reclutare?

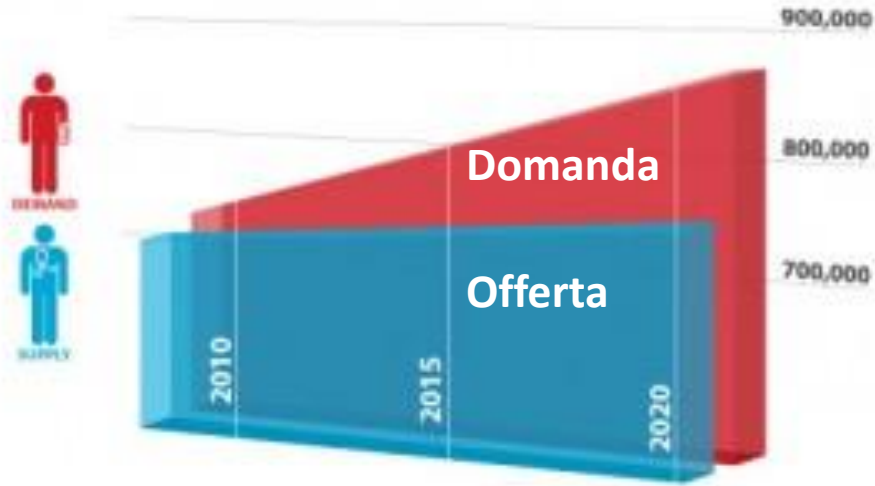
# Favorire il task shifting e la multiprofessionalità

- Sviluppare nuove competenze e nuovi profili
- Favorire il retraining e garantire che il professionista utilizza al massimo le sue competenze.
- Allineare la pianificazione della formazione con la ripianificazione dei servizi
- Programmare con un orizzonte di almeno 10 anni la formazione degli specialisti e di almeno 5 anni per gli altri professionisti.





### Projected Supply and Demand, Physicians, 2008-2020 (ALL SPECIALTIES)



## WHAT'S CAUSING THE NURSE SHORTAGE

## PHYSICIAN SHORTAGE

### IS THERE A NURSE IN THE HOUSE?

PROJECTED SHORTAGE OF REGISTERED NURSES IN CALIFORNIA

Year	Demand Forecast	Supply Forecast
2005	~220,000	~200,000
2010	~240,000	~205,000
2015	~260,000	~210,000
2020	~280,000	~215,000
2025	~300,000	~220,000
2030	~320,000	~225,000

SOURCE: CENTER FOR CALIFORNIA HEALTH WORKFORCE STUDIES; UNIVERSITY OF CALIFORNIA, SAN FRANCISCO



# Doctors

# Il cambiamento e' possibile: azioni

- Migliorare l'integrazione
- Migliorare l'efficacia
- Favorire l'accessibilità
- Migliorare l'equità
- Premiare il coordinamento delle cure
- Ridurre le duplicazioni, gli errori, gli eventi avversi.
- Avere un orizzonte a 5- 10 anni per formare le risorse umane necessarie.





WE CANNOT SOLVE OUR PROBLEMS  
WITH THE SAME THINKING  
WE USED WHEN WE  
CREATED THEM  
-Albert Einstein

**Non possiamo risolvere i  
problemi con le stesse idee  
che abbiamo usato quando  
li abbiamo creati**

**[mariachiara.corti@regione.veneto.it](mailto:mariachiara.corti@regione.veneto.it)**