



Università
Ca' Foscari
Venezia



Università
Ca' Foscari
Venezia

Scuola in Servizio Sociale
e Politiche Pubbliche

Dipartimento di Economia



Ministero della Salute



Fondazione
Università
Ca' Foscari

Sistemi di assistenza primaria e innovazione in sanità



I SISTEMI SANITARI REGIONALI:

Le evidenze della ricerca

Giovani Bertin

Università Ca' Foscari, Venezia



Università
Ca' Foscari
Venezia

Gruppo di ricerca:

Referenti AGENAS

Angela Angelastro, Agenas

Giovanni Caracci, Agenas

Coordinatore della ricerca

*Giovanni Bertin, Università Cà Foscari,
Venezia*

Comitato scientifico:

Costantino Cipolla, Università di Bologna

Fosco Foglietta, Presidente CUP2000

Franco Toniolo, Veneto FORMSS

Ricercatori:

Alessia Bertolazzi, Università di Macerata

Carmine Clemente, Università di Bari

Nicoletta Pavesi, Università Cattolica di Milano

Alberto Ardisson, Università di Bologna

Fausta Martino, Università di Bologna

Michele Marzulli, Università Cattolica di Milano

Elena Menegazzi, Università di Verona

La ricerca

Collana:

Politiche sociali

Studi e ricerche



**Edizioni
Ca' Foscari**

Verso quale sistema sanitario

A cura di Giovanni Bertin, Costantino Cipolla

Il Progetto I processi di trasformazione dei sistemi socio-sanitari nelle regioni italiane è stato finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del Programma di Ricerca Corrente 2010 ex artt. 12 e 12bis D.Lgs. 502/92 e ss.mm.ii.



Assistenza primaria: innovazione sociale?

1. Perché parlare di innovazione?
2. Quali sistemi sanitari e quali sistemi di welfare in Europa
3. e in Italia?
4. Alcune indicazioni della ricerca, verso quale sistema di assistenza primaria



Perché innovazione, quale scenario?

Fattori esogeni

- ✓ Cambiamenti socio-economici
(globalizzazione, crisi economica, corsi di vita, web society, "soc. liquida, . . .)
- ✓ Cambiamenti ambientali
- ✓ Cambiamenti demografici
- ✓ Cambiamenti epidemiologici

Fattori endogeni

- Riduzione risorse
- Burocratizzazione
- Consumerismo sanitario
- Scarsa riduzione inequità
- Squilibri *(territoriali, di genere, generazionali)*

Nuovi bisogni (post moderni)
Caratterizzati da:

- ❖ > Vulnerabilità sociale
- ❖ > Scarsa standardizzabilità
- ❖ Disuguaglianze
- ❖ Multidimensionalità
- ❖ Cronicità o Ricorsività del disagio

Cambiamento per:

- **Aumento domanda non sostenibile e nuovi bisogni**
- **Burocratizzazione vs scarsa standardizzabilità**
- **Scarsa efficacia ed efficienza *(disuguaglianze)***
- **Multidimensionalità vs segmentazione**



Vulnerabilità, de-standardizzazione, de-stratificazione, nuovi bisogni, multidimensionalità, .

...

Welfare locale

La complessità può essere affrontata solo a livello locale



Integrazione fra sottosistemi (paradigmi e processi)?

*Innovazione sociale:
Come sostenere il cambiamento?*



Università
Ca' Foscari
Venezia

Cambiamenti socio-
economici e ambientali

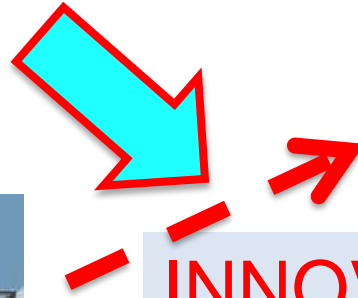


Nuovi
bisogni



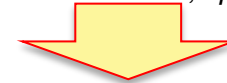
Crisi
sistemi
di
welfare

Sistema di assistenza primaria



INNOVAZIONE SOCIALE?

Nuove risposte (o migliori) a nuovi bisogni (persone al centro, empowerment, partecipazione cittadini, operatori, stakeholder)



- Approccio euristico (orientamento alla persona)
- Interdisciplinarietà e integrazione professionale
- Condivisione e integrazione politiche
- Prevenzione e promozione



Quali sistemi di welfare?

Arts, Gellisen, (2002 e 2013)

	Kangas (1994)	Ragin (1994)	Shalev (1996)	Obinger, Wagschal (1998)	Wildweboer Shut et al. (2001)
USA	Liberale	Liberale	Liberale	Liberale	Liberale
Canada	Liberale	Liberale	Liberale	Liberale	Liberale
Austria	Conservatore	Corporativista	Conservatore	Conservatore	
Germania	Conservatore	Indefinito	Indefinito	Europeo	Conservatore
Italia	Conservatore	Corporativista	Conservatore	Conservatore	
Giappone	Conservatore	Indefinito	Liberale	Liberale	
Olanda	Conservatore	Indefinito	Indefinito	Europeo	Indefinito
Danimarca	Social democratico	Social democratico	Social democratico	Social democratico	Social democratico
Finlandia	Social democratico	Corporativista	Social democratico	Europeo	
Norvegia	Social democratico	Social democratico	Social democratico	Social democratico	Social democratico
Svezia	Social democratico	Social democratico	Social democratico	Social democratico	Social democratico
Australia	Radicale	Liberale	Indefinito	Radicale	Liberale
Irlanda	Radicale	Indefinito	Conservatore	Europeo	
Nuova Zelanda	Radicale	Indefinito	Indefinito	Radicale	
Regno Unito	Radicale	Indefinito	Indefinito	Europeo	Liberale

(approccio neo-istituzionalista, regimi di welfare)

- *rilevanza diversi attori che erogano prestazioni di welfare*
- *bisogni (rischi o problemi) su cui si struttura il sistema (Stato)*
- *criteri di classificazione degli aventi diritto (Stato)*
- *ruolo dello Stato nella regolazione*

Esping Andersen (1990):

- **Liberale** (es: *Gran Bretagna*)
- **Corporativo-conservatore** (es. *Germania*)
- **Social-democratico** (es: *Svezia*)
- **Mediterraneo** (es: *Italia*)

La maggior parte degli studi comparativi, anche epidemiologici, usano questa classificazione



Quali sistemi sanitari in Europa?

seguono logica simili ai regimi di welfare?

Figueras, McKee, Sassi e Mossialos (1994)

- public integrated model (welfare state, regimi social democratici)

finanziatori e la gestione dei servizi è prevalentemente di tipo pubblico

- public contract model (mix, gestione privato, regimi corporativi)

finanziatori sono pubblici ma gli attori che gestiscono i servizi sono prevalentemente privati (anche no profit)

- private insurance-provider model (regimi liberali)

finanziatori (prevalenza compagnie assicurative) e i gestori sono prevalentemente privati

Variabili:

- ✓ % finanziatori (pubblici o privati)
- ✓ % gestori (pubblici o privati)



Università
Ca' Foscari
Venezia

Sang-Yi, Chang-Bae (2008)

- NHS (National Health Service)

forte presenza dello stato nel finanziamento e nell'erogazione

- SHI (Social Health Insurance)

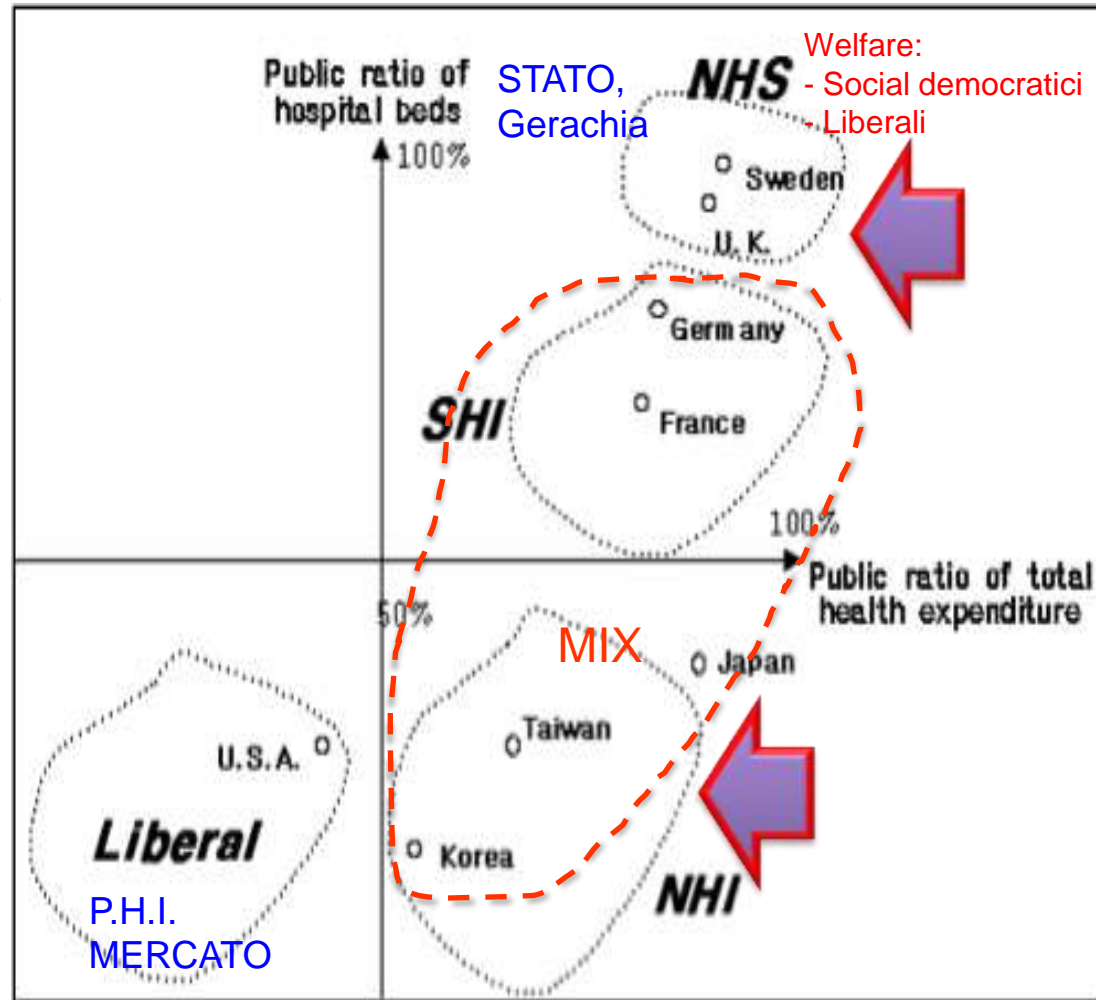
Finanziamento prevalentemente pubblico (forme assicurative obbligatorie), gestione mista (pubblico-privato profit e non)

- PHI (Private Health Insurance)

dinamiche del mercato

- NHI (National Health Insurance)

privati erogano servizi e finanziamento assicurativo ma governato dal pubblico





Università
Ca' Foscari
Venezia

Wendt C., Frisina L, (2009)

	finanziamento	produzione	regolazione
Stato State.H.S.	Tassazione	Diretta	Gerarchia
Mercato Private.H.S.	Risorse private	Presenza fornitori Libertà di scelta	Concorrenza
Terzo settore Social.H.S.	Contributi di assicurazione sociale	Complementare o supplementare	Ibrida (gerarchia, concorrenza, rete)

Tre ideal-tipi di riferimento:

State Healthcare System (social democratico)

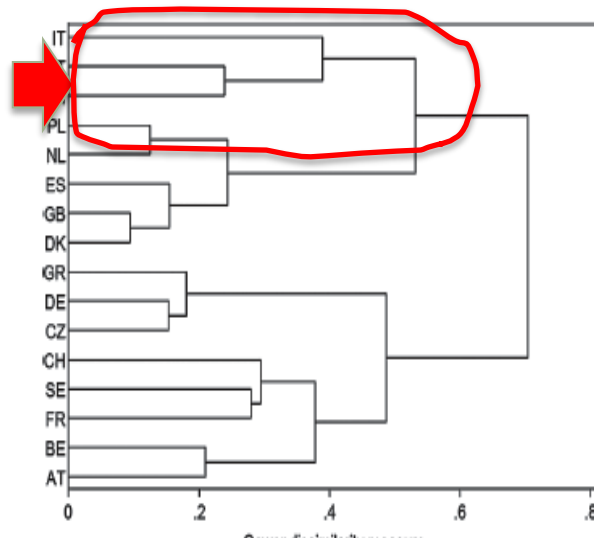
Private Healthcare System (liberale)

Social Healthcare System (corporativo)

Nella realtà le combinazioni risultano molte

MODELLO SUPPLEMENTARE: *stato e non profit operano separatamente nel dare risposta ai bisogni*

MODELLO COMPLEMENTARE: *le organizzazioni no-profit aiutano nell'erogazione dei servizi pubblici che sono largamente finanziati dallo stato*



- **GATEKEEPING**: chi e come fa da filtro
- **COST SHARING**: compartecipazione (degli attori) ai costi
- “**densità**” risorse umane (medici di base, specialisti, personale infermieristico)
- **Diffusione tecnologie MRI Scanner e CT Scanner**

Table 6 Description of access regime clusters

	<i>Gatekeeping</i>	<i>Cost sharing</i>	<i>Physician density</i>	<i>GP density</i>	<i>Specialist density</i>	<i>Nurse density</i>	<i>MRI scanner</i>	<i>CT scanner</i>
<i>Cluster 1</i> AT, BE, CH, FR, SE	None/ moderate	Moderate/ high	3.6	1.3	2.1	10.8	9.1	19.7
<i>Cluster 2</i> CZ, DE, GR	None	None	3.9	0.8	2.7	7.0	3.7	14.6
<i>Cluster 3</i> DK, ES, GB, NL, PL	High	None	2.8	0.6	1.5	9.1	5.6	9.5
<i>Cluster 4</i> FI, IT, PT	High	Moderate	3.4	1.1	1.9	6.4	9.6	16.9

- **Tendenza verso sistemi MIX**
- **Importanza processi di regolazione nella comparazione**
- **Dentro i Sistemi forti differenze (regolazione, risorse disponibili, ec..)**



Classificazione dei paesi europei in relazione al modello di welfare e al sistema sanitario

	Sistemi sanitari (Reibling, 2010)				
Sistemi di welfare (Esping-Andersen, 1990)		Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4
	Liberale	Svizzera		Gran Bretagna	
	Conservatore	Austria, Francia	Germania	Olanda	
	Social Democratico	Svezia,		Danimarca, Norvegia	Finlandia
	Mediterraneo		Grecia	Spagna	Italia, Portogallo

In sintesi:

- ❖ **Sistemi di welfare e sistemi sanitari sono costruiti su logiche diverse**
- ❖ **Spesso seguono paradigmi alternativi (es: universalismo vs residualità)**
- ❖ *Le forme assunte sono il prodotto dei processi generativi*
- ❖ **Sistema di assistenza primaria: quale paradigma?**



Università
Ca' Foscari
Venezia

3. ...e in Italia?

*si può parlare di un sistema nazionale di welfare?
sanitario?*

I sistemi di welfare

Modelli regionali

I sottosistemi sanitari

Fattori di omogeneità: la base comune del SSN

Elementi di differenziazione: le specificità dei sistemi regionali

Gli approcci alla regolazione

La coerenza interna ai sistemi di welfare regionali



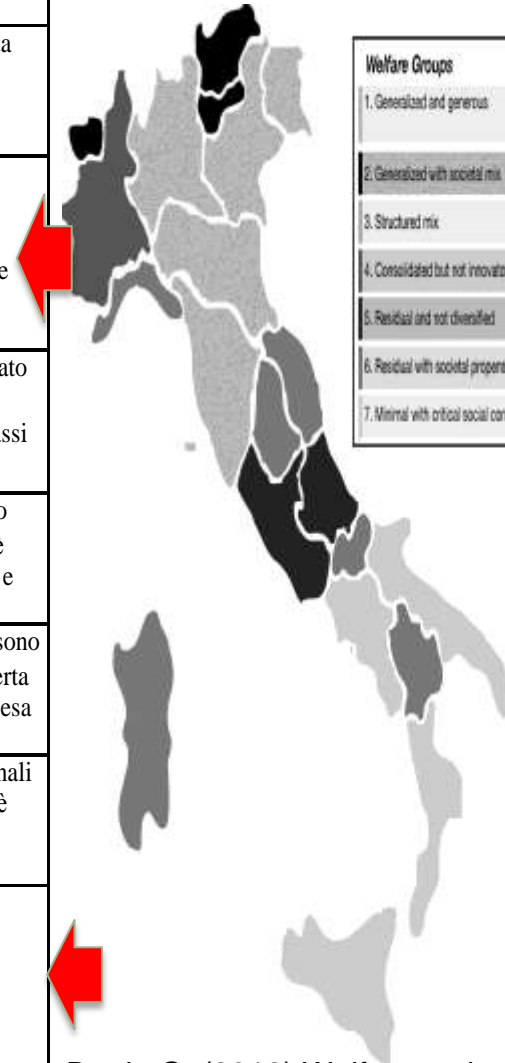
Università
Ca' Foscari
Venezia

Dimensioni dell'analisi:

*Titolarità gestione;
diffusione servizi,
contesto*

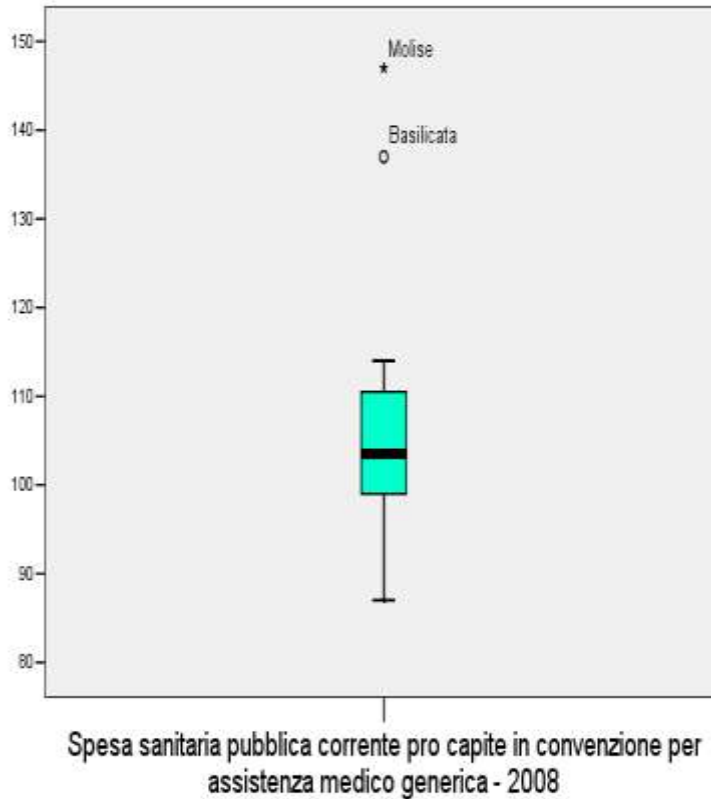
Sistemi regionali di welfare

Tipo di welfare	Regioni appartenenti	Caratteristiche
Generalizzato con mix di tipo societario	Valle d'Aosta Trentino AA	Mix strutturato ma con dinamiche forti di societario, offerta estesa di servizi tradizionali, ma meno attenti alla territorializzazione, forte coesione sociale e significativa presenza di rischi sociali
Generalizzato e generoso	Friuli V. G. Toscana Lombardia Veneto Emilia Romagna	Mix strutturato con la presenza di alcuni segnali di orientamento verso il societario, l'offerta estesa di servizi tradizionali e di orientamento verso la territorializzazione, società discretamente coese con rischi sociali relativamente bassi
Mix strutturato	Liguria Marche Umbria	Mix bilanciato fra dinamiche d'integrazione di mercato, stato e societarie. Offerta discretamente diffusa di servizi tradizionali e territoriali, la coesione sociale è discreta e bassi sono i rischi sociali
Consolidato ma poco innovativo	Piemonte	Mix strutturato ma con pochi segnali di orientamento verso dinamiche di sussidiarietà, l'offerta di servizi tradizionali è estesa ma poco orientata alla territorializzazione, coesione e rischi sociali sono relativamente bassi
Residuale e poco diversificato	Lazio Abruzzo	Il mix è relativamente poco articolato e poco significativi sono i segnali di orientamento verso il welfare societario. L'offerta di servizi tradizionali e territoriali è relativamente poco estesa
Residuale con propensione al societario	Molise Basilicata Sardegna	Mix di mercato e stato poco strutturato, ma con alcuni segnali di orientamento verso strutture di tipo societario, l'offerta è poco estesa sia di servizi tradizionali sia territoriali, la coesione è discreta ma alti sono anche i rischi sociali
Minimale ed elevata criticità sociale	Puglia Calabria Campania Sicilia	Debole la presenza di tutti gli attori (pubblici e privati) e mancano segnali di orientamento verso la sussidiarietà, l'offerta appare complessivamente poco estesa e la società poco estesa in presenza di rischi sociali elevati



Welfare Groups	Italian Regions
1. Generalized and generous	Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna
2. Generalized with societal mix	Valle d'Aosta, PA Trento, PA Bolzano
3. Structured mix	Liguria, Marche, Umbria
4. Consolidated but not innovative	Piemonte
5. Residual and not diversified	Lazio, Abruzzo
6. Residual with societal propensity	Molise, Basilicata, Sardegna
7. Minimal with critical social condition	Puglia, Calabria, Campania, Sicilia

Bertin G. (2012) Welfare regionale in Italia, ed. Ca' Foscari



S.S.N.?

Caratteri
dominanti del
SSN
(Differenze
relativamente
ridotte)



La situazione in Italia: omogeneità:

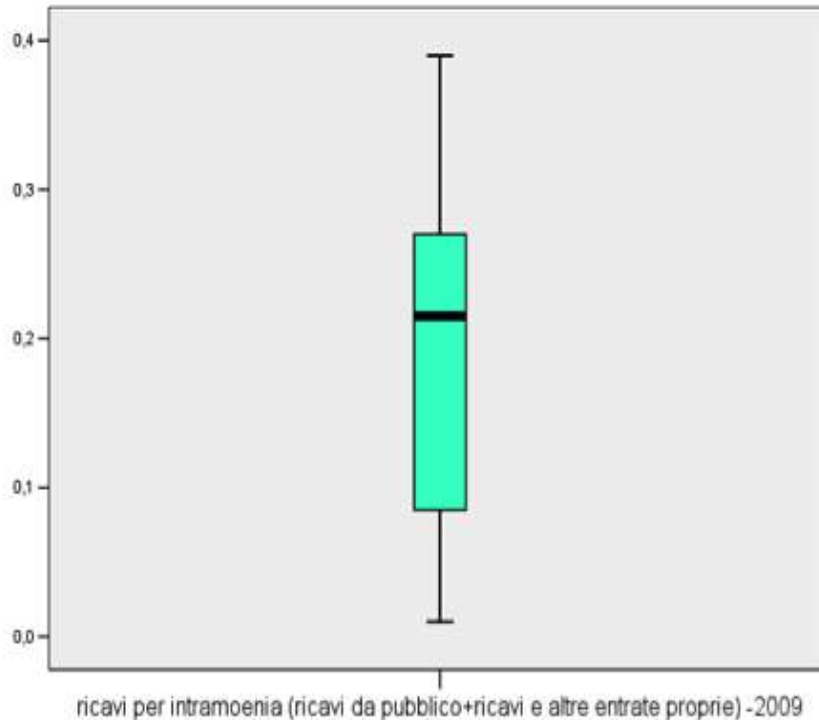
- **le forme organizzative** del sistema sanitario regionale (il dimensionamento delle aziende e la loro distrettualizzazione);
- **il contributo dello stato** nel finanziamento dei servizi;
- **la presenza di medici** ospedalieri e del medico di base;
- lo sviluppo di **attività** (pubbliche o accreditate) di **day hospital**;
- lo sviluppo di **attività domiciliare** di cura.

Indicatore	Scarto interquartile/media nazionale indicatore
N totale dimessi per acuti: % dimissione ordinaria a domicilio - 2009	0,03
FSN e ulteriori integrazioni a carico dello Stato - € procapite - 2009	0,04
Distretti attivati - 2008	0,04
ASL esistenti - 2008	0,05
% PL pubblici in Day Hospital sul tot PL in Day hospital (pubblici + accreditati) - 2008	0,06
Personale medico ospedaliero per 1.000 residenti - 2006	0,08
% persone 65+ trattate in assistenza domiciliare integrata - 2008	0,08
DDD/1000 ab die pesate - 2010	0,09
Spesa sanitaria pubblica corrente procapite in convenzione per assistenza medico generica - 2008	0,10



Università
Ca' Foscari
Venezia

La situazione in Italia: disomogeneità



Percentuale di spesa pubblica su spesa totale 2007	Database statistico Healthor
Tasso di posti letto ospedali pubblici ordinari per 1000 abitanti 2007	Database statistico Healthor
Percentuale di ambulatori e laboratori privati accreditati sul totale 2008	Nostra elaborazione sul dato dell'Anuario statistico ISTAT, pag. 29
Percentuale di posti letto accreditati ospedali DH+DS+deg. ordinaria) sul totale ospedali 2008	Nostra elaborazione sul dato dell'Anuario statistico ISTAT, pag. 29
Numero di medici assistiti per medico di medicina generale 2008	Annuario statistico del sistema sanitario nazionale, 2008
Numero di medici assistiti per pediatri di libera scelta 2008	Annuario statistico del sistema sanitario nazionale, 2008
Quota di ricavi per tickets sul totale dei ricavi 2009	Ministero della salute Rapporto Sanità, 2009
Quota di ricavi per intramoenia sul totale dei ricavi 2009	Ministero della salute Rapporto Sanità, 2009

Differenziazione casuale?

Rispondono alle diversità dei contesti sui quali insistono?

Sono il risultato di politiche locali profondamente diverse?

Il confronto consente di individuare alcuni modelli?



Il modello di analisi adottato

Differenze/omogeneità la cluster non ha dato esiti interessanti

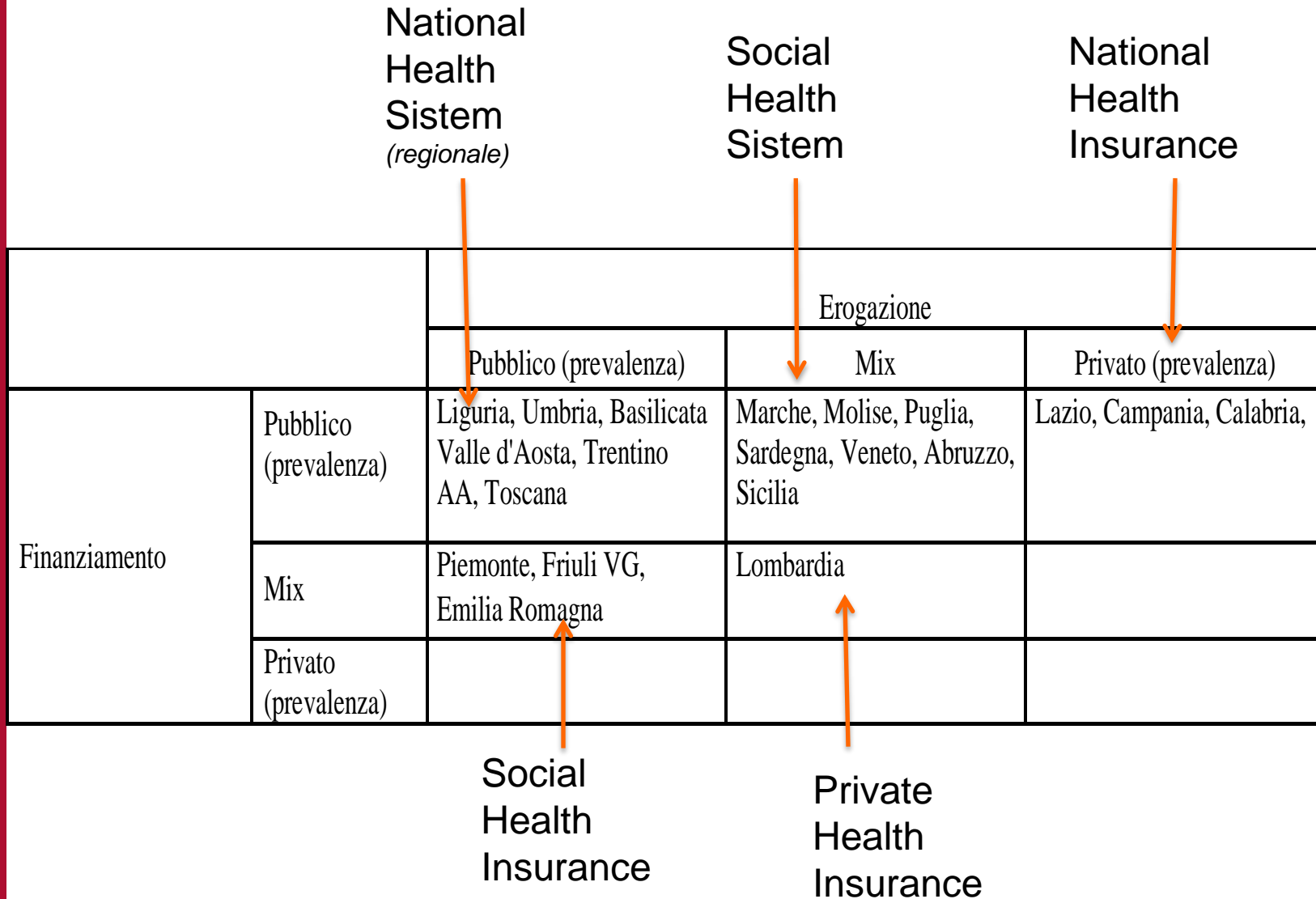
Variabili di classificazione:

-Erogazione	(pubblica	vs	privata)
- Finanziamento	(pubblico	vs	privato)
- <i>Regolazione</i>	<i>(programmazione pubblica</i>	<i>vs</i>	<i>mercato)</i>

Prevalenza	Erogazione Ospedale	Erogazione territoriale	Finanziamento	Regolazione
Pubblica	PL Pubblici > 90% del totale PL	Ambulatori pubblici > 50%	Risorse pubbliche > 75%	Gatekeeping alto e cost-sharing basso
Privata	PL Privati > 20% del totale PL	Ambulatori privati > 75%	Risorse pubbliche < 50%	Cost sharing alto e Gatekeeping basso
Mix (integrato)	PL privati > 10% ma < 20% del totale PL	Ambulatori privati 50% ma < 75%	Risorse pubbliche > 50% e < 75%	Gatekeeping e cost-sharing alti



Classificazione delle regioni italiane



I sistemi sanitari regionali presentano caratteristiche diverse e forme miste



Classificazione delle regioni italiane: erogazione

		Erogazione ospedaliero % posti letto accreditati ospedalieri (DH+DS+deg ordinaria) sul totale ospedalieri		
		Publico (prevalenza)	Mix	Privato (prevalenza)
Erogazione territoriale: % ambulatori e laboratori privati accreditati sul totale	Publico (prevalenza)	Liguria, Umbria, Basilicata	Piemonte, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana	
	Mix	Veneto, Valle d'Aosta	Lombardia, Marche, Molise, Puglia, Sardegna	Lazio, Abruzzo, Calabria
	Privato (prevalenza)			Campania, Sicilia

Tendenza verso i sistemi misti (tendenza di tutti i paesi europei)

Welfare (Sanità)

Mix anche profit (sanità e socio-assistenziale)

Welfare (socio-assistenziale):

In Italia: MIX sviluppato dal NO PROFIT e meno dal profit

In Europa: MIX anche profit (dibattito critico)



Università
Ca' Foscari
Venezia

Classificazione delle regioni italiane: regolazione

	GATEKEEPING		COST-SHARING	
	Numero scelte per medico (= n.medio di assistiti) - 2008	Numero scelte per pediatra (= n.medio di assistiti) - 2008	Ricavi per tickets/(ricavi da pubblico+ ricavi ed entrate proprie varie) - 2009	Ricavi per intramoenia (ricavi da pubblico+ricavi e altre entrate proprie) -2009
Piemonte	1134	903	0,15	0,14
Valle d'Aosta	1173	743	0,02	0,03
Lombardia	1290	887	0,27	0,22
Trentino Alto Adige	1370	914	0,01	0,02
Veneto	1181	951	0,19	0,23
Friuli-Venezia Giulia	1083	864	0,17	0,02
Liguria	1036	829	0,19	0,19
Emilia-Romagna	1162	780	0,22	0,21
Toscana	1066	838	0,31	0,26
Umbria	1019	780	0,20	0,36
Marche	1061	869	0,26	0,29
Lazio	1005	790	0,20	0,24
Abruzzo	1037	772	0,12	0,23
Molise	1047	821	0,21	0,39
Campania	1186	928	0,23	0,18
Puglia	1082	816	0,17	0,20
Basilicata	1010	801	0,13	0,32
Calabria	1117	792	0,11	0,28
Sicilia	1043	759	0,01	0,01
Sardegna	1053	721	0,01	0,01
ITALIA	1124,00	841,00	0,08	0,08



Classificazione delle regioni italiane: regolazione

Programmazione
pubblica

Mix
prevalenza
"gerarchia"

Governance
ibrida?

		COST-SHARING		
		Basso	Medio	Alto
GATEKEEPING	Alto	Valle d'Aosta, Trentino A.A., Sicilia, Sardegna	Piemonte, Friuli V.G.,	Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria
	Basso	-----		

La scarsa coerenza fra il tipo di sistema sanitario regionale e i processi di governo fanno pensare ad uno scarso allineamento fra processi formale (gerarchici) e pratiche (negoziate):



Regimi di regionali di welfare e SSR orientati da culture diverse?

		% spesa pubblica su spesa totale - 2007	Posti letto pubblici/posti letto totali	n. TRM (Tomografo a Risonanza Magnetica) per 1.000.000 abitanti	Personale medico per 1.000 residenti al 1° gennaio 2007	Personale infermieristico per 1.000 residenti al 1° gennaio 2007
Generalizzato con mix di tipo societario	indice di variazione	3,59%	141,42%	67,55%	18,86%	6,42%
Generalizzato e generoso	indice di variazione	2,13%	35,84%	18,54%	8,81%	6,07%
Mix strutturato	indice di variazione	0,84%	56,03%	26,71%	13,09%	15,63%
Residuale e poco diversificato	indice di variazione	3,04%	71,87%	20,19%	7,45%	1,03%
Residuale con propensione al societario	indice di variazione	2,89%	72,97%	53,38%	13,13%	12,01%
Minimale ed elevata criticità sociale	indice di variazione	1,09%	35,75%	10,77%	5,14%	2,88%
Italia	indice di variazione	4,55%	43,2%	29,78%	10,74%	13,61%

I sistemi regionali di welfare sono poco omogenei con i sottosistemi sanitari
(variabilità interna ai tipi > di quella nazionale)



Università
Ca' Foscari
Venezia

Ruolo del cittadino e
processi di
comunicazione

identità e ruoli
professionali

Processi di
governo

Resistenze al cambiamento

Cambiamento formale

Leve di contrasto all'inerzia

4. Sistema di assistenza primaria

Diffusione dell'associazionismo medico nelle 5 regioni (% MMG aderenti)

	Lombardia (Ires, 2010) (63%)	Veneto (2011) (73,7%)	Toscana (2011) (69,6%)	Puglia (67%)
Medici in associazione	15%	33%	18%	21%
Medici in rete	29%	12,2%	6,2%	24%
Medici in gruppo	20%	28,5%	43,4%	22%

Cambiamento riguarda

- 1. Gli aspetti infrastrutturali e informativi (web?)*
- 2. I processi di regolazione*
- 3. Le forme organizzative*
- 4. I processi operativi*
- 5. I ruoli e le dinamiche fra gli attori*

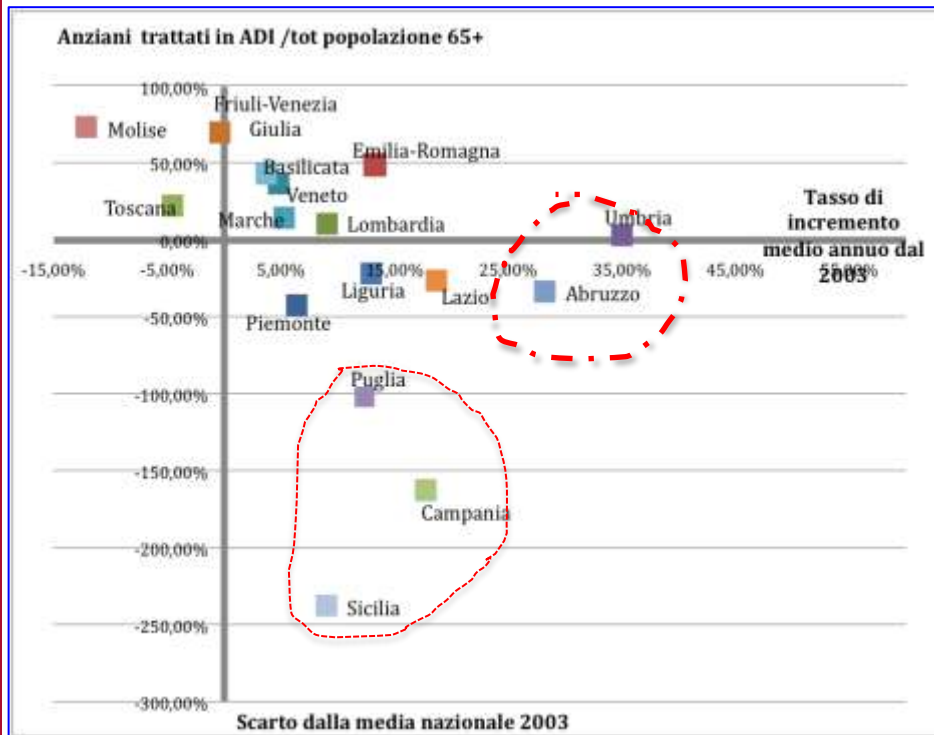
Rischi:
Aumento differenze
Cambiamento formale



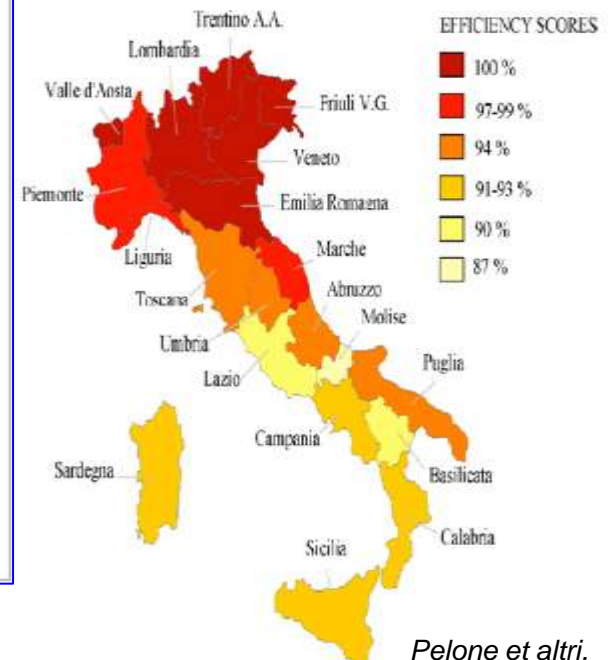
Innovazione e disuguaglianze territoriali

Ipotesi

1. Le regioni in ritardo investono nell'innovazione e colgono l'occasione (riducono le distanze)
2. Le regioni in ritardo consolidano l'esistente (rischio aumento disuguaglianze territoriali)



Bertin, 2012



Pelone et altri,
2012

Fig. 2. Total technical efficiency scores for general practice by Region.

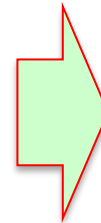


Innovazione e disuguaglianze di salute: **USO DEI SERVIZI**

-Prevenzione: utilizzano di più le **persone** che vivono nei **sistemi più consolidati** e con livello di **istruzione maggiore**;

-Medici di famiglia (GP): le **persone** con livelli di **istruzione minori** tendono a ricorrervi di più

-Medici specialisti: li utilizzano di più le **persone** che hanno una **condizione socio economica migliore**



Processi di
integrazione
professionale



4.1. Cambiamenti infrastrutturali e flussi informativi

- coordinamento delle regioni per mantenere comparabilità (classificatore omogeneo)
- Cartella individuale
- sviluppare la condivisione di infrastrutture informatiche per mettere in rete gli attori
- Sfruttare le potenzialità del web per facilitare l'uso dei servizi (var: cultura?)



4.2. I processi di regolazione

- Ridurre la sovrapposizione degli strumenti di programmazione
- coinvolgere gli attori chiave del territorio nello sviluppo delle decisioni strategiche
- Partecipare alla costruzione dei PST con logica pro-scrittiva (progettazione sociale)
- Avviare strategie di comunicazione alla popolazione del cambiamento



4.3 Forme e processi organizzativi

Attenzione ai processi più che alle forme

- Chiarire il rapporto fra dipartimenti e distretti
- Consolidare la componente territoriale nella direzione strategica
- Sviluppare processi di auto ed etero valutazione
- chiarire le responsabilità del livello territoriale, il budget (anche delle medicine di gruppo), programmazione degli interventi distrettuali, valutazione della performance e degli esiti
- responsabilità di programma, attraverso una più stretta collaborazione con il distretto nella pianificazione degli interventi;



4.4 I processi operativi

- formalizzazione dei processi assistenziali attraverso l'adesione a comuni linee-guida e PDTA per patologie croniche ad levata incidenza;
- implementare l'audit clinico, sia individuale sia di gruppo
- medicina di iniziativa;
- chronic care model
- individuare indicatori di processo e di esito che permettano la misurazione e la verifica delle performance

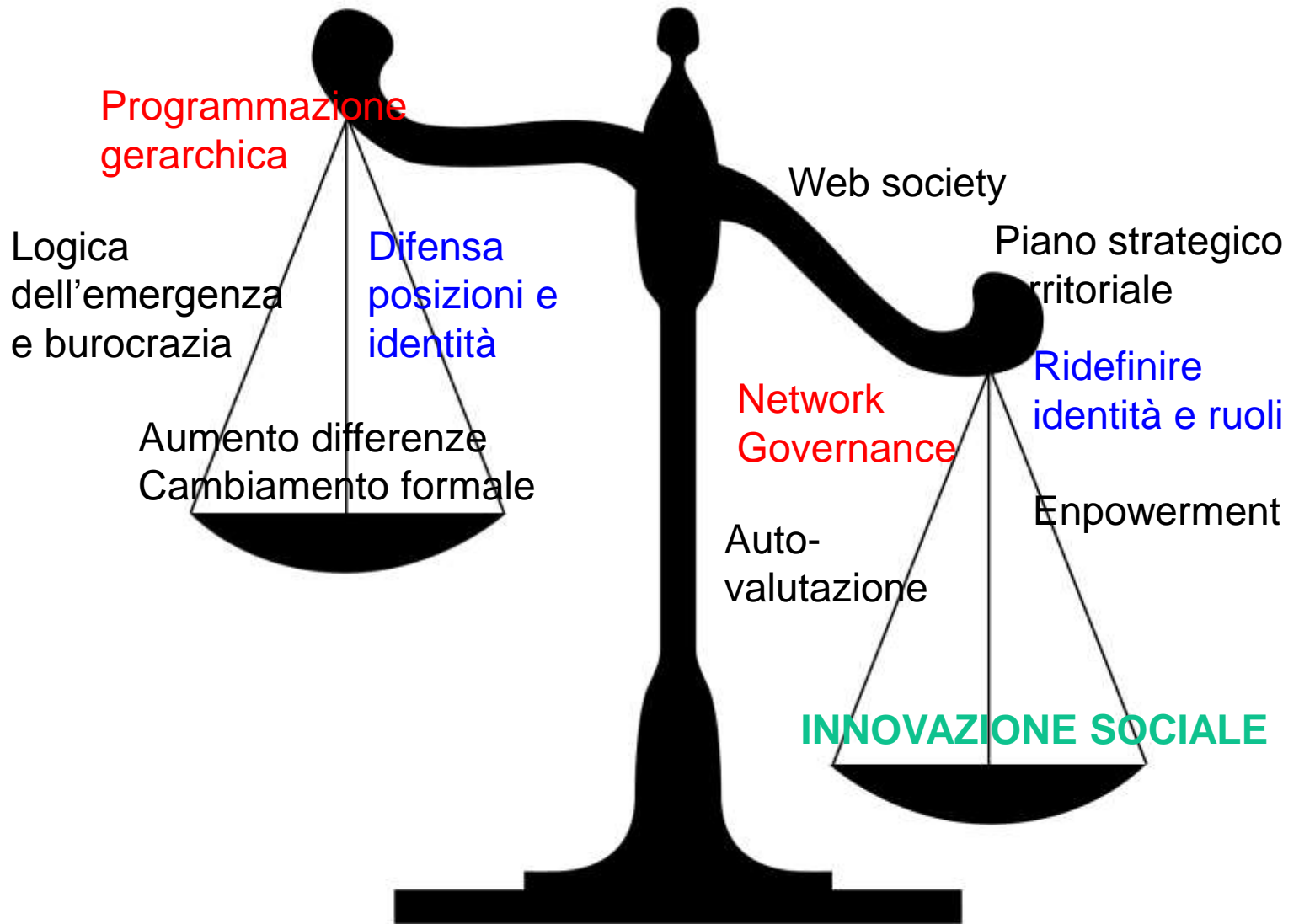


4.5. I ruoli, l'identità e le dinamiche fra gli attori

- Legittimazione reciproca dei ruoli (MG, specialista, infermiere)
- Dal lavoro come professional al lavoro di squadra (quale formazione?)
- Condivisione linee guida come base per integrazione?
- Centralità “infermiere di comunità”, quale ruolo?
- realizzare attività formative e di accompagnamento dei processi di cambiamento finalizzati alla costruzione di una cultura operativa condivisa fra diverse professionalità e unità organizzative;



Università
Ca' Foscari
Venezia



Grazie dell'attenzione