

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena



La continuità assistenziale

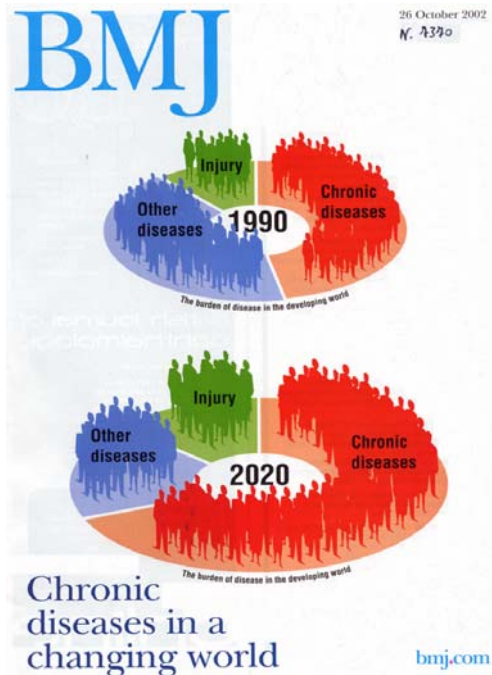
Andrea Fabbo

Dipartimento Cure Primarie
Distretto di Mirandola (MO)

***Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale
Regione Emilia - Romagna***

55° Congresso Nazionale SIGG, Firenze, 30 novembre 2010

Invecchiamento e patologie croniche



CITTADINI ITALIANI > 65 aa			
1982	1991	2004	2010
13%	15%	19%	20%

ANNO	INDICE VECCHIAIA	SPERANZA VITA	
2005	127	76,2 ♂	82,6 ♀
2010	146,5	77,9 ♂	84,4 ♀

Assistenza **differenziata** da quella tradizionale con modalità di erogazione basata sui principi di:

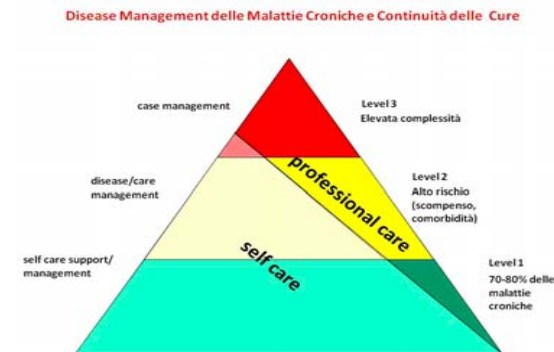
1. **Continuità delle cure** periodi di lunga durata
2. **Integrazione** di prestazioni sanitarie e sociali erogate in ambiti di cura diversificati

Continuità dell'assistenza

- Estensione non interrotta nel tempo degli obiettivi assistenziali attraverso una **linearità di svolgimento degli interventi** fra i diversi livelli e ambiti di erogazione delle cure e dell'assistenza.
- La continuità assistenziale è quindi un processo dove, individuati i bisogni del paziente, viene prestata assistenza continuativa **da un livello di cura ad un altro sia esso domicilio, ospedale o altra realtà**.

Organizzarsi per la continuità dell'assistenza: alcune parole chiave

- Strutture territoriali di riferimento *patient-centred* (*coordinamento della rete di cura per le cronicità*)
- *Case management* personale non-medico
- Disease management
- Definizione “**scritta**” dei percorsi e ICT
- *Integrazione* nei percorsi
 - tra i professionisti
 - strutturare l'integrazione organizzativa della rete assistenziale)
 - con il sociale
- *Progettazione integrata continua*



Le criticità del sistema

L'**organizzazione**, il **percorso**,
il **sistema di valutazione**
("assessment") ed il **piano di**
assistenza e cura intendono
superare le numerose **criticità**
oggi esistenti nella assistenza
ospedaliera e territoriale al
paziente complesso il cui
paradigma è il **paziente**
geriatrico.



Accesso al PS

Criticità

Frequente ricorso al PS anche per problemi risolvibili al 1° livello di cura

Auto ricoveri

Ricoveri in fase terminale

Cause

Cause sociali

Preferenze dei cittadini per H per tempestività di intervento, accessibilità 24 h /24, economicità per il paziente

Cause organizzative

Mancanza di un “filtro di orientamento delle urgenze” da parte dei servizi territoriali

Cause sociali

Timore da parte della famiglia della morte in casa

Ricovero nelle UU.OO.ospedaliere

Criticità

**Ricoveri
impropri**

**Ricoveri
ripetuti**

Cause

Cause sociali

Criticità socio-familiari (pazienti soli, non autosufficienti, senza fissa dimora.....)

Medicina difensiva

Timore di denunce per eventi avversi

Cause organizzative

Insufficiente monitoraggio clinico-assistenziale di pazienti cronici, con polipatologia, problemi familiari

Degenza nei Reparti

Criticità

Giorni di
degenza
impropria

Scarso coordinamento
fra Medici ospedalieri e
MMG

Cause

1. Cause organizzative interne

Tempi di attesa per consulenze, esami strumentali, trasferimenti in LD

2. Cause organizzative esterne

Tempi di attesa per valutazioni da équipes esterne, accessi in RSA, Hospice, non dimissibilità del paziente per criticità nella continuità delle cure

3. Cause sociali

Opposizione dei parenti alla dimissione,

4. Cause culturali

Disattenzione dei medici agli aspetti economici della degenza

Cause culturali

Mancanza di cultura della
integrazione professionale



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI MODENA E REGGIO EMILIA

Dimissione dai Reparti

Criticità

Nessun coordinamento
fra Medici ospedalieri e
MMG

Procedura di “Dimissione
Protetta” non sempre
rispettata

Cause

Cause culturali

Mancanza di cultura della
integrazione professionale

Cause culturali

Scarsa conoscenza della
Procedura da parte degli
operatori ospedalieri

Ricadute delle Criticità

Assistenza

In mancanza di continuità delle cure alla dimissione sono ridotti o annullati gli effetti della assistenza erogata in ospedale

Esempi:

- mancanza di controllo della assunzione dei farmaci e ricadute
- non monitoraggio del paziente e riacutizzazioni

Costi

Degenze prolungate comportano **costi eccessivi**, per rimborsare i quali vengono sottratti fondi alle cure primarie, riducendone lo sviluppo

Esempi:

1 g di degenza in Medicina: 700 euro

3 mesi di ADI di 3° livello: 750 euro

6 mesi di ADI di 2° livello: 720 euro

1 anno di ADI di 1° livello: 350 euro

Assistenza domiciliare e residenziale

Criticità

Limiti della Assistenza Domiciliare

Carenza di “strutture
residenziali” con funzioni di
cure intermedie per pazienti
complessi non autosufficienti

Cause

Cause sociali: famiglie non
esistenti, non disponibili

Cause organizzative: difficoltà
ad affrontare problemi acuti,
scompensi in regime
domiciliare

Cause economiche: elevati
costi di gestione



UNIVERSITA' DEGLI STUDI
DI MODENA E REGGIO EMILIA

Processi assistenziali

Criticità

Carenza di “continuità delle cure” fra servizi diversi (ambulatoriali, residenziali) per pazienti cronici

Cause

Cause organizzative:

1. assistenza settoriale: i vari professionisti erogano prestazioni isolate in servizi diversi richiedenti mobilità del paziente.
2. difetti di coordinamento fra servizi
3. carenza di “presa in carico” dei pazienti cronici da parte di un Responsabile. Il **MMG** è **responsabile della salute globale del paziente, ma non dei suoi “percorsi di cura”**



Circuito assistenziale che accompagna l'anziano e la sua famiglia fornendo di volta in volta interventi diversificati in una

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

basata sulla integrazione

sociale

e

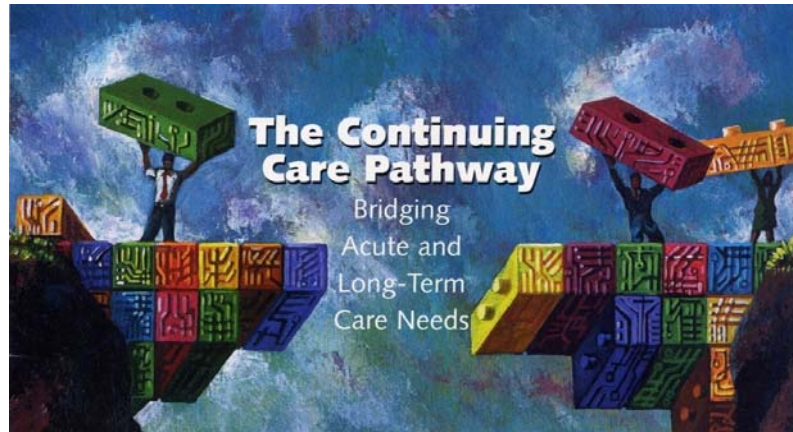
sanitaria

per garantire una

ASSISTENZA CONTINUATIVA/GLOBALE/FLESSIBILE

Il geriatra territoriale

(Distretto, Dipartimento Cure Primarie)



***“Regista” della
continuità
assistenziale***

***Gestore della
complessità
socio-sanitaria***

Strumenti di integrazione per gestire la rete dei servizi

- Integrazione di strategie e obiettivi
- Integrazioni operative: competenze, professionalità, fattori produttivi
- Integrazione di responsabilità professionali, personali e familiari
- Unitarietà assistenziale
- Unitarietà del percorso di cura nella rete



PUA: PUNTO UNICO DI ACCESSO DISTRETTUALE E RIFERIMENTO
PER LA DIMISSIONE PROTETTA **GESTITO DA UN GERIATRA**

**Il PUA : una regia centralizzata
per il lavoro di valutazione multidimensionale**
flessibile, tempestiva, competente

- Accoglie il bisogno
- Elabora il piano di assistenza
- Interagisce con la rete
- Individua il percorso più appropriato
- Attiva l'erogazione delle cure necessarie
- Gestisce le informazioni
- Valuta i risultati

Progetti di modernizzazione

responsabile scientifico: Fernando Anzivino (Az. USL di Ferrara)

- **La continuità assistenziale :Implementazione di modelli clinici e clinici organizzativi (2007-2008)**
- Aziende sanitarie coinvolte:n.10

- **La continuità assistenziale: applicazione del set minimo di scale per la valutazione del paziente anziano e del percorso di presa in carico (2008-2009)**
- Aziende sanitarie coinvolte:n.10



Legenda: Az. USL

Legenda: Az. Osp.Uni.

Obiettivi

- **Progetto Modernizzazione “Modelli clinici organizzativi”(2007-2008)**
- **Obiettivo è quello di descrivere (implementare) modelli clinici e clinico organizzativi in grado di assicurare la continuità assistenziale dei pazienti cronici anziani**

- **Progetto Modernizzazione “Valutazione multidimensionale : set minimo di scale”(2008-2009)**
- **Obiettivi**
- **Verifica di fattibilità dell’utilizzo del set minimo di scale**
- **Valutazione dei percorsi assistenziali in setting omogenei (ad es. frattura di femore)**

Mappa dei setting assistenziali

Setting assistenziale Ambito clinico	Struttura ospedaliera	Territorio	azienda sanitaria
Ortopedia: frattura di femore	Reparto di geriatria/Lungodegenza Reparto di geriatria Reparto di geriatria Reparto di geriatria		Azienda U.S.L. Ferrara Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Azienda U.S.L. di Forlì Azienda Ospedaliero di Reggio Emilia
Neurologia: demenze Ictus cerebri	Reparto di geriatria Reparto di geriatria	Cure primarie/Assistenza domiciliare	Azienda U.S.L. di Parma Azienda U.S.L. di Imola Azienda U.S.L. di Piacenza
Gastroenterologia: disfagia		RSA/assistenza domiciliare	Azienda U.S.L. di Rimini
Oncologia		Cure primarie:assistenza domiciliare	Azienda U.S.L. di Reggio Emilia

Considerazioni

- Ogni U.O. partecipante al progetto ha prodotto un report da cui emerge la **estrema eterogeneità dei modelli assistenziali** per stessi ambiti di patologia
- Si evince un **articolato sistema di soggetti preposti all'assistenza**
- La rappresentazione attraverso diagramma di flusso non dà conto di variazioni dovute a percorsi che non sono aderenti a quanto pianificato
- La descrizione del percorso ha messo in luce che il percorso è rappresentato da un inizio ed una fine che coincide con l'organizzazione di appartenenza quindi **la continuità assistenziale è vista a "tappe" organizzative anziché come processo di cura.**

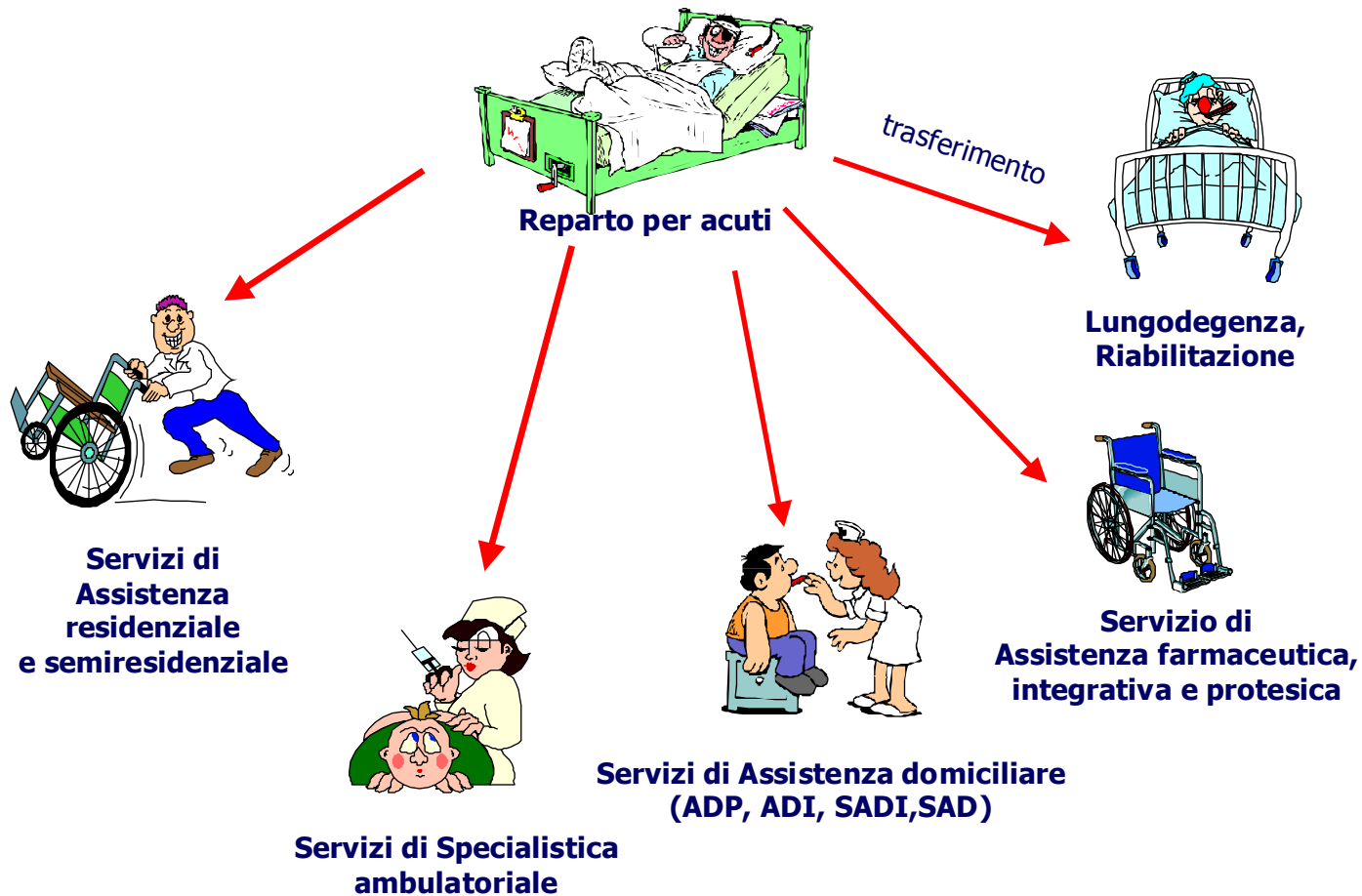
1. Servizi in Rete

Collegamento funzionale
(Procedura) fra Ospedale e Servizi
territoriali

2. Procedura Organizzativa

Definizione di “Chi fa, che cosa,
come”: responsabilità, metodi e
strumenti

Servizi in Rete



Il percorso di Dimissione Protetta

- Individuazione responsabile del percorso:
Case manager H e T
- Individuazione di strumenti condivisi:
Scale di valutazione, scheda di dimissione, piano assistenziale
- Individuazione di indicatori di efficacia del percorso
Indicatori su 3 dimensioni della Continuità
 - Informativa: relativa allo scambio di informazioni tra il case-manager, altri operatori ed il paziente/cittadino;
 - Relazionale: relativa al rapporto tra operatori, tra operatori e servizi, e tra operatore e paziente/care-giver;
 - Gestionale: relativa alla sequenza tempestiva e logicamente ordinata degli interventi: aderenza ai protocolli/prodotti

J.L. Haggerty et al. "Continuity of care: a multidisciplinary review" BMJ 2003; 327:1219-21

Organizzazione del percorso

Pianificazione della dimissione-Evidenze

Riduzione del tasso di riaccettazione	++
Riduzione della degenza	+
Miglioramento dei risultati sul paziente	/
Riduzione dei costi	/
Soddisfazione dei pazienti	+++

Parkes J, Shepperd S, "Discharge planning from hospital to home (Cochrane Review). Cochrane library, issue3,2004. Oxford:update software

SG Parker, SM Peet, A McPherson, AM Cannaby, K Abrams, R Baker, A Wilson, J Lindsay, G Parker, DR Jones

"A systematic review of discharge arrangements for older people" Health Technology Assessment 2002; Vol. 6: No. 4

Discharge planning from hospital to home (Review)

Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID,
Barras SL



Cochrane Library,
2010, issue 1

*The evidence suggests that a structured discharge plan tailored to the individual patient probably brings about **small reductions in hospital length of stay and readmission rates for older people admitted to hospital with a medical condition.** The impact of discharge planning on mortality, health outcomes and cost remains uncertain.*

Un modello di dimissioni protette OBIETTIVI- 1

- ✓ **Migliorare** la continuità e la qualità delle cure e dell'assistenza
- ✓ **Prevenire**, anche attraverso la segnalazione precoce di accesso al PS, ospedalizzazioni inappropriate e sensibilizzare e **focalizzare l'attenzione del personale dei servizi di emergenza-urgenza sul paziente fragile** per supportare la tempestività degli interventi sul territorio.

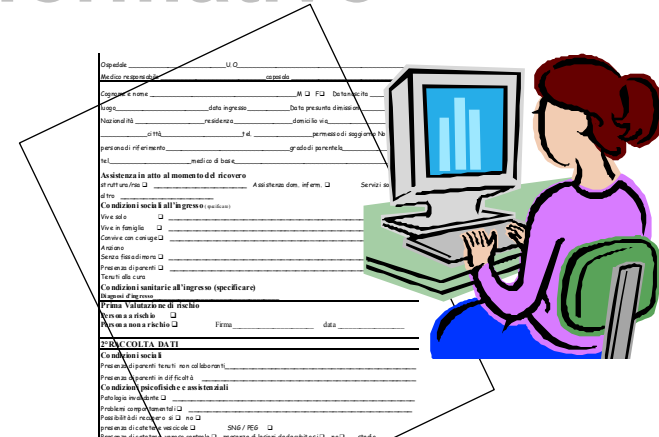
OBIETTIVI DEL PROGETTO -2

- ✓ **Utilizzare al meglio le risorse** esistenti all'interno dell'intero sistema Ospedale-territorio e favorire il ricorso all'Assistenza Domiciliare Integrata (**ADI**).
- ✓ **Sperimentare** un **sistema omogeneo**, valido per tutto il territorio, per sostenere i soggetti più fragili.
- ✓ **Realizzare** un **Punto Unico di Riferimento (PUA)** che sia da collegamento fra i Nuclei di Cure Primarie, le UU.OO. Ospedaliere, i Servizi Sociali, la rete dei servizi e l'Unità di Valutazione Geriatrica Distrettuale (UVM).

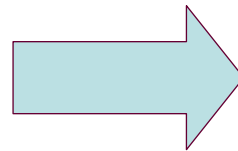
Oltre la dimissioneverso la continuità nella rete dei servizi

Il sistema informativo

- Tra i reparti
- Tra gli ospedali
- Con i servizi territoriali
- Con i mmg
- Con i servizi sociali



**Valutazione
dei risultati**



Oltre la dimissione.... verso la continuità nella rete dei servizi

Il sistema informativo

Il 19% dei pazienti ha un evento avverso dopo la dimissione di cui:

- 66% terapia
- 17% procedure
- 5% infezioni
- 4% cadute

- Il 6% era prevedibile e il 6% migliorabile
- Il 59% degli eventi avversi migliorabili o prevenibili sono dovuti alla comunicazione.
- Gli interventi valutati efficaci nella revisione della Cochrane possono risultare inefficaci se è carente la comunicazione .

A.Foster et al, " The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital" Annals of internal medicine, 2003, 138(3): 161: 174A.

Oltre la dimissioneverso la continuità nella rete dei servizi

Informazione, educazione e coinvolgimento del paziente e dei famigliari


- La presenza di un programma di educazione è uno degli interventi più significativi nella riduzione del rischio di riammissione
- I famigliari che sono stati coinvolti hanno una migliore percezione di continuità di assistenza per i loro famigliari .
- Il coinvolgimento avviene attraverso le informazioni su quello che succederà dopo la dimissione, l'addestramento e le conoscenze per poter fare assistenza a casa

SG Parker, SM Peet, A McPherson, AM Cannaby, K Abrams, R Baker, A Wilson, J Lindesay, G Parker, DR Jones "A systematic review of discharge arrangements for older people" Health Technology Assessment 2002; Vol. 6: No. 4

MJ.Bull,E.Hansen,CR.Gross" Differences in family caregivers outcomes by their level of involvement in discharge planning" Applied Nursing Research, 2000, 13(2):76-82

Professionista che **integra e coordina gli operatori sanitari e sociali insieme ai familiari** per rispondere ai bisogni della persona nei diversi setting assistenziali (ospedale, domicilio, residenze)




Territorio, continuità dell'assistenza e cure primarie



IL RUOLO DELL'INFERMIERE CASE MANAGER NELLA PRESA IN CARICO DELL'ANZIANO FRAGILE NELLA RETE DEI SERVIZI

Adriana Roncatti – Distretto di Mirandola- A.USL Modena

1. Identificazione del pz a rischio

Rilevazione del rischio di Dimissione Difficile all'ingresso in reparto

Cognome..... Nome.....
 Nato/a il.....residente a
 ricoverato il.....reparto.....
 Familiare di riferimento.....Nominativo
 Tel
 Diagnosi di ingresso.....
 Assistenza in atto al momento del ricovero
 Struttura residenziale Servizi Sociali Servizi Sanitari domiciliari

Scheda BRASS

Età (una sola opzione) 0= 55 anni o meno 1= 56-64 anni 2= 65-79 anni 3= 80 anni e più	Modello comportamentale (ogni opzione osservata) 0= Appropriato 1= Wandering 1= Agitato 1= Confuso 1= Altro
Condizione di vita e supporto sociale (una sola opzione) 0= vive con il coniuge 1= Vive con la famiglia 2= Vive da solo con il sostegno del familiare 3= Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti 4= Vive solo senza alcun sostegno 5= Assistenza domiciliare/residenziale	Mobilità (una sola opzione) 0= Deambula 1= Deambula con aiuto ausili 2= Deambula con assistenza 3= Non deambula
Stato funzionale (ogni opzione valutata) 0= Autonomo (indipendente in ADL e IADL) <i>Dipendente in:</i> 1= Alimentazione/nutrizione 1= Igiene abbigliamento 1= Andare in bagno 1= Spostamenti/mobilità 1= Incontinenza intestinale 1= Incontinenza urinaria 1= Preparazione del cibo 1= Responsabilità nell'uso di medicinali 1= Capacità di gestire il denaro 1= Fare acquisti 1= Utilizzo di mezzi di trasporto	Deficit sensoriali (una sola opzione) 0= Nessuno 1= Deficit visivi o uditivi 2= Deficit visivi <u>g</u> uditivi
Stato cognitivo (una sola opzione) 0= Orientato 1= Disorientato in alcune sfere* qualche volta 2= Disorientato in alcune sfere* sempre 3= Disorientato in tutte le sfere* qualche volta 4= Disorientato in tutte sfere* sempre 5= Comatoso *sfere: spazio, tempo, luogo e sé	Numero di ricoveri progressi al PS (una sola opzione) 0= Nessuno negli ultimi 3 mesi 1= Uno negli ultimi 3 mesi 2= Due negli ultimi 3 mesi 3= Più di due negli ultimi 3 mesi
	Numero di problemi clinici attivati (una sola opzione) 0= Tre problemi clinici 1= Da tre a cinque problemi clinici 2= Più di cinque problemi clinici
	Numero di farmaci assunti (una sola opzione) 0= Meno di tre farmaci 1= Da tre a cinque farmaci 2= più di cinque farmaci
	Punteggio Totale : _____

Data Valutazione

Valutatore

Firma

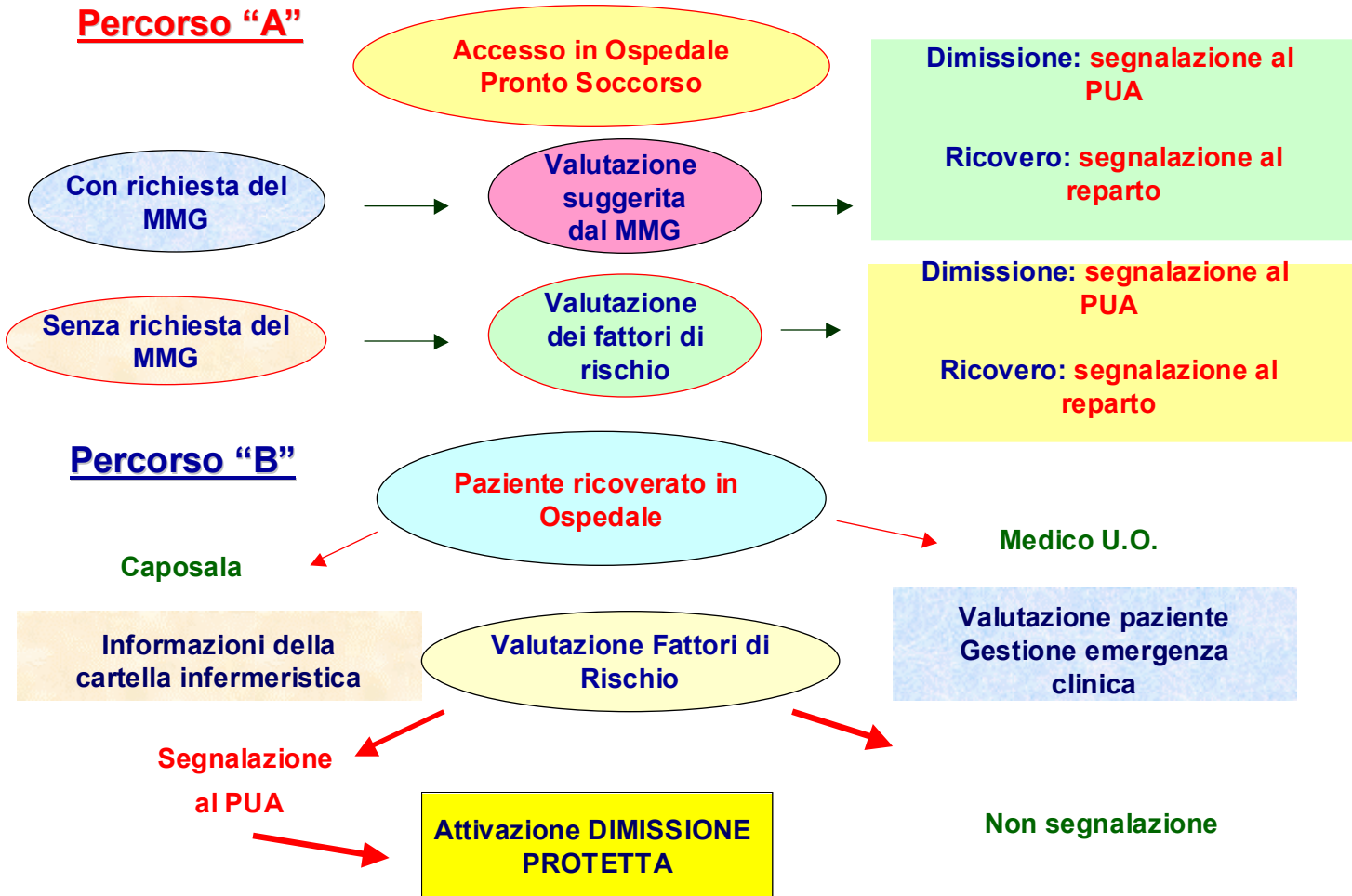
Valutazione del rischio

Punteggio	Indice di rischio
0-10 Rischi o B AS S O	Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata
11-19 Rischi o M E DI O	Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione, ma, probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione
≥ 20 Rischi o AL T O	Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni

Blaylock A. Cason C. *J Gerontol. Nurs*,
1992; 18 (7)

Tabella 1

Identificazione e "screening" del paziente a rischio



2. Segnalazione del caso: attivazione del percorso “Dimissione Protetta” attraverso la segnalazione da parte delle UU.OO. Ospedaliere al **Punto unico di Riferimento per le Dimissioni Protette (PUA)**

3. Valutazione dei bisogni socio-sanitari: valutazione funzionale/analisi dei bisogni da parte del “**case-manager**” che individua il percorso più idoneo per la dimissione del paziente.

4. Presa in carico/inserimento nella rete dei servizi socio-sanitari: è la fase della valutazione multidimensionale svolta in reparto da parte di **figure professionali differenti a seconda della complessità socio-sanitaria del caso** (MMG, AS, IP, specialista territoriale o ospedaliero ecc.). Per l’accesso alla rete dei servizi persone non autosufficienti è attivata l’ **UVG-UVM**.

Organizzazione del percorso

Pianificazione della dimissione

Indicazioni per:

Approvvigionamento di ausili

Approvvigionamento di attrezzature

Trasporti

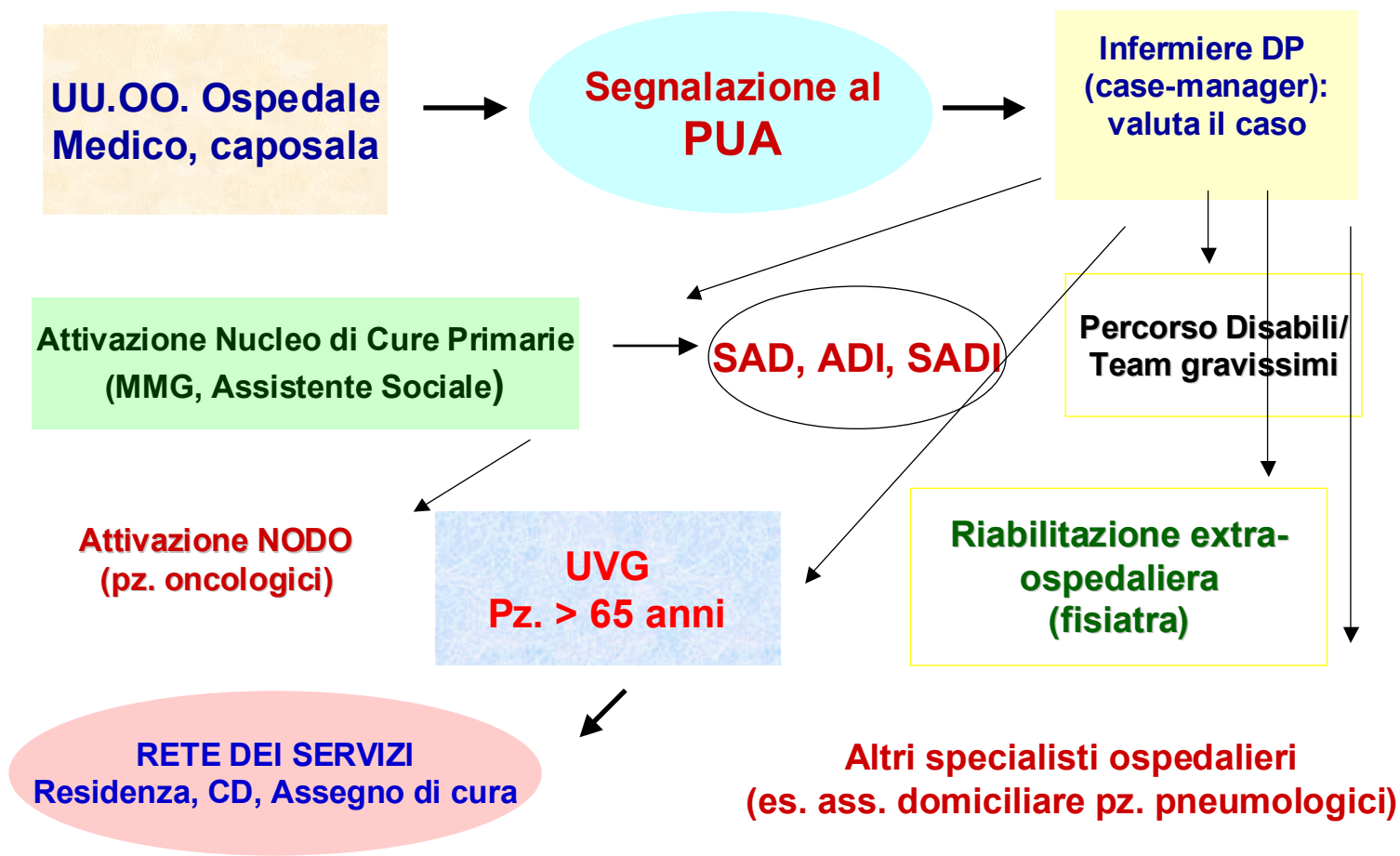
Gestione della terapia

Gli studi dimostrano che episodi relativi ai farmaci sono associati con il 5-17% delle riammissioni in ospedale.

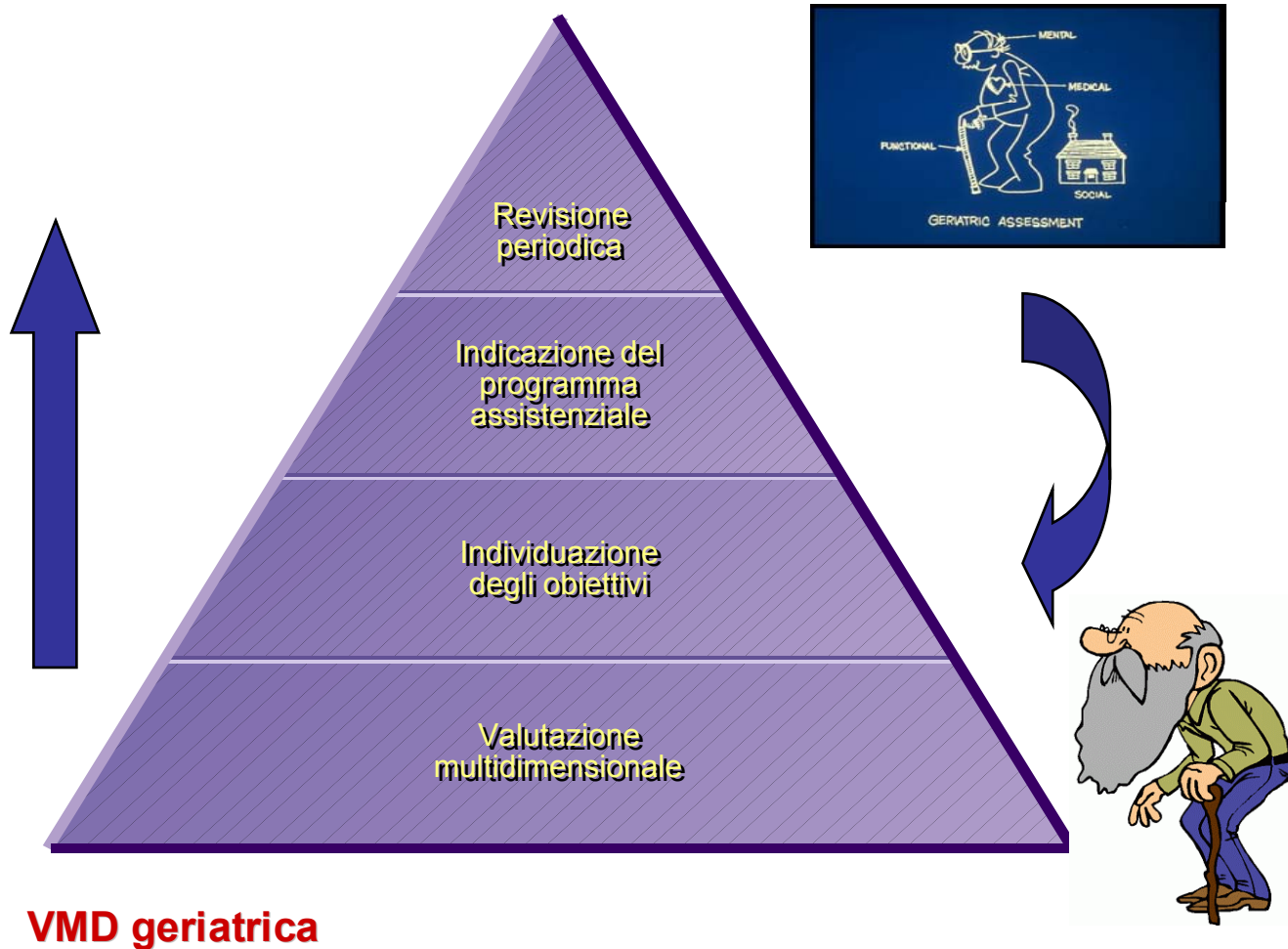
Circa il 7% dei pazienti riporta problemi con i farmaci dopo la dimissione. L'alto rischio per i pazienti potrebbe essere ridotto con un maggiore intervento prima della dimissione e con un follow up.

The royal Pharmaceutical Society of Great Britain et al “ *Moving patients, medicines, safety. Guidance on discharge and transfer planning*” 2006

Percorso Dimissione Protetta: modello operativo



I momenti fondamentali nella “cura” del paziente geriatrico



PUNTI DI FORZA DELLE UVG nell'esperienza della Regione Emilia- Romagna

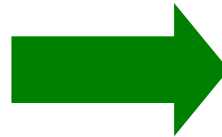
- Diffusione e condivisione metodo di lavoro multidimensionale e multiprofessionale
- Valorizzazione dei professionisti
- Ampliamento area della continuità assistenziale
- Avvio di un percorso dalle prestazioni alla cura assistenziale (piano individualizzato di assistenza)

NODI CRITICI delle UVG nell'esperienza della Regione Emilia- Romagna

- Relativa omogeneità approcci, prassi, criteri e strumenti -> rischi diseguità, efficacia relativa
- Separazione tra valutazione e responsabilità
- Allocazione/gestione delle risorse:
Deriva certificatoria/burocratica
attestazione di un bisogno senza piano
di intervento (incomprensione e
frustrazione familiari)
- Coinvolgimento e collaborazione con i MMG

Limiti degli strumenti tradizionali di valutazione

- Descrittivi
- Valutazione di una singola area problematica
- Eziologia non deducibile
- Difficoltà di confronto



Strumenti di seconda generazione

- Omnicomprensivi
- Evidenziano le cause e quando possibile consentono la diagnosi eziologica
- Finalizzati alla pianificazione dell'assistenza
- Confrontabilità

Bernabei R, Landi F. Journal Gerontology MS, special issue, march 2008

Multidimensional Geriatric Assessment: Back to the Future

Second and Third Generation Assessment Instruments: The Birth of Standardization in Geriatric Care

Roberto Bernabei, Francesco Landi, Graziano Onder, Rosa Liperoti, and Giovanni Gambassi

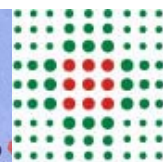
Centro Medicina Invecchiamento, Dipartimento di Scienze Gerontologiche,
Geriatriche e Fisiatriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy.

The systematic adoption of “second-generation” comprehensive geriatric assessment instruments, initiated with the Minimum Data Set (MDS) implementation in U.S. nursing homes, and continued with the uptake of related MDS instruments internationally, has contributed to the creation of large patient-level data sets. In the present special article, we illustrate the potential of analyses using the MDS data to: (a) identify novel prognostic factors; (b) explore outcomes of interventions in relatively unselected clinical populations; (c) monitor quality of care; and (d) conduct comparisons of case mix, outcomes, and quality of care. To illustrate these applications, we use a sample of elderly patients admitted to home care in 11 European Home Health Agencies that participated in the AgeD in Home Care (AD-HOC) project, sponsored by the European Union. The participants were assessed by trained staff using the MDS for Home Care, 2.0 version. We argue that the harmonization by InterRAI of the MDS forms for different health settings, referred to as “the third generation of assessment,” has produced the first scientific, standardized methodology in the approach to effective geriatric care.

Key Words: Comprehensive geriatric assessment—Minimum data set—Scales—Older adults—Nursing homes—Resident assessment instrument—Home care.

Bernabei R, Landi F. Journal Gerontology MS, special issue, march 2008

L'ospedale



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

NUOVI OSPEDALI DI MODENA E SASSUOLO

TUTTA LA COMPETENZA CHE SERVE

LA RETE OSPEDALIERA SI COMPLETA
PRESENTE E FUTURO DI UNA PROVINCIA IN SALUTE

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

NUOVI OSPEDALI DI MODENA E SASSUOLO

TUTTO IL SORRISO CHE SERVE

LA RETE OSPEDALIERA SI COMPLETA
PRESENTE E FUTURO DI UNA PROVINCIA IN SALUTE

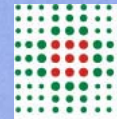
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

NUOVI OSPEDALI DI MODENA E SASSUOLO

TUTTA LA TECNOLOGIA CHE SERVE

LA RETE OSPEDALIERA SI COMPLETA
PRESENTE E FUTURO DI UNA PROVINCIA IN SALUTE

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

E il territorio

**Ma ci stiamo
organizzando !**



Grazie per l'attenzione

Da G. Feltri "Qualità della cura a domicilio" Modena, 2008