

ROMA, 14 Marzo 2018

# La gestione del paziente complesso nel territorio: un compendio di buone pratiche



Presentazione del progetto  
e raggiungimento  
degli obiettivi

[Irene.bellini@ars.toscana.it](mailto:Irene.bellini@ars.toscana.it)



**“Malattie croniche: supporto e valutazione comparativa di interventi per l’identificazione proattiva e la presa in carico del paziente complesso finalizzati alla prevenzione dei ricoveri ripetuti”, progetto esecutivo programma CCM 2015**

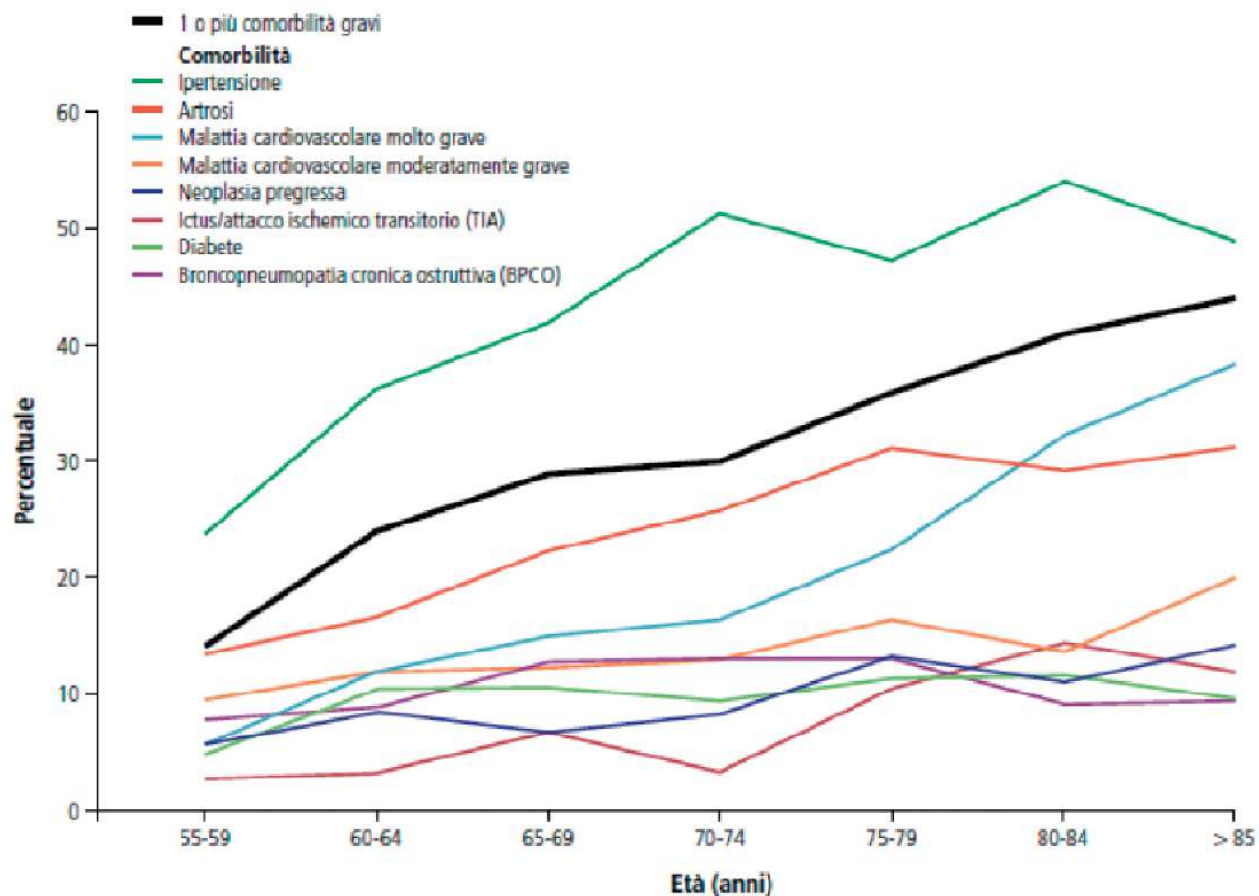


**ARS TOSCANA**  
agenzia regionale di sanità

---

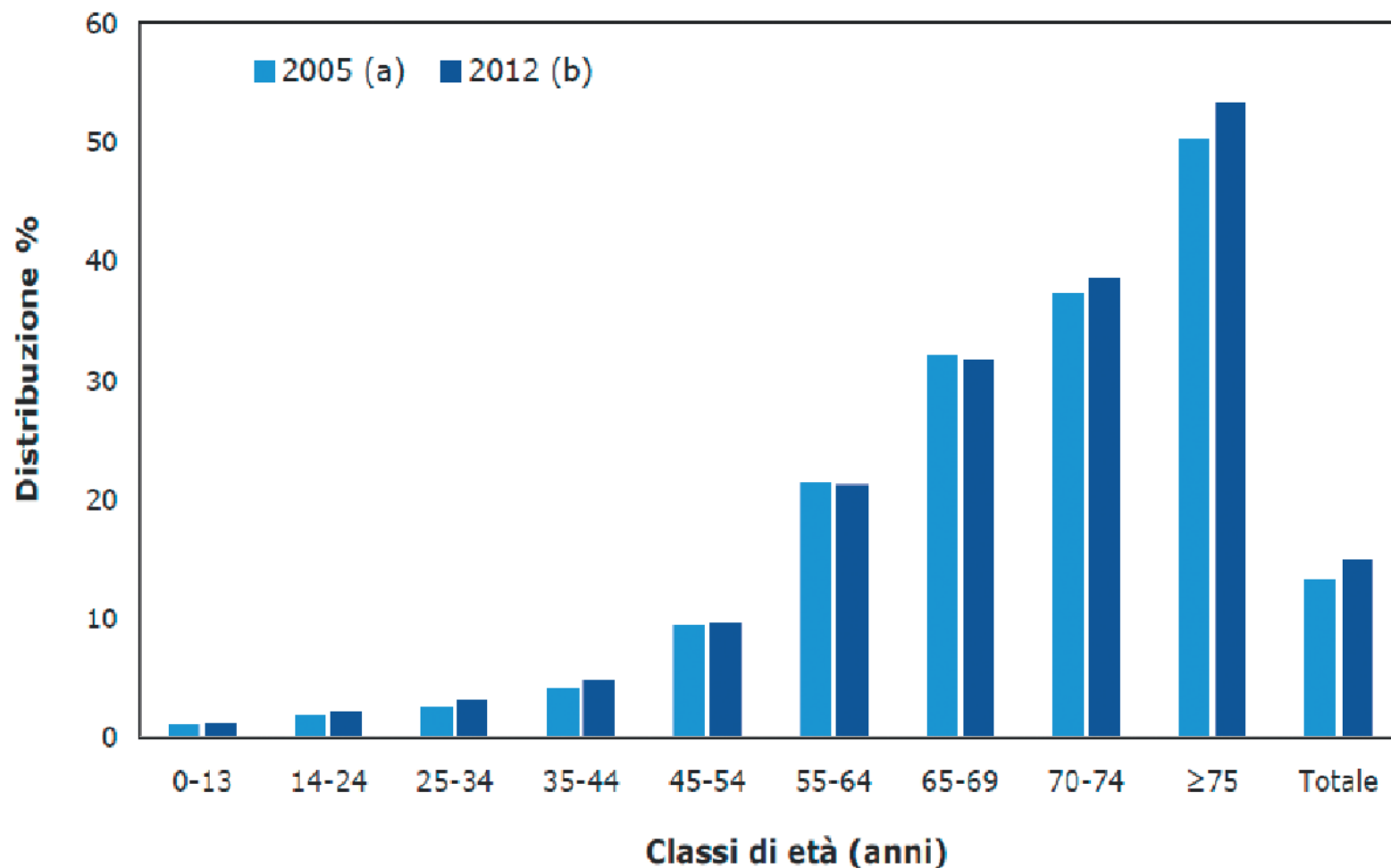
# IL CONTESTO ...

# Andamento della percentuale di comorbidità in funzione dell'età.



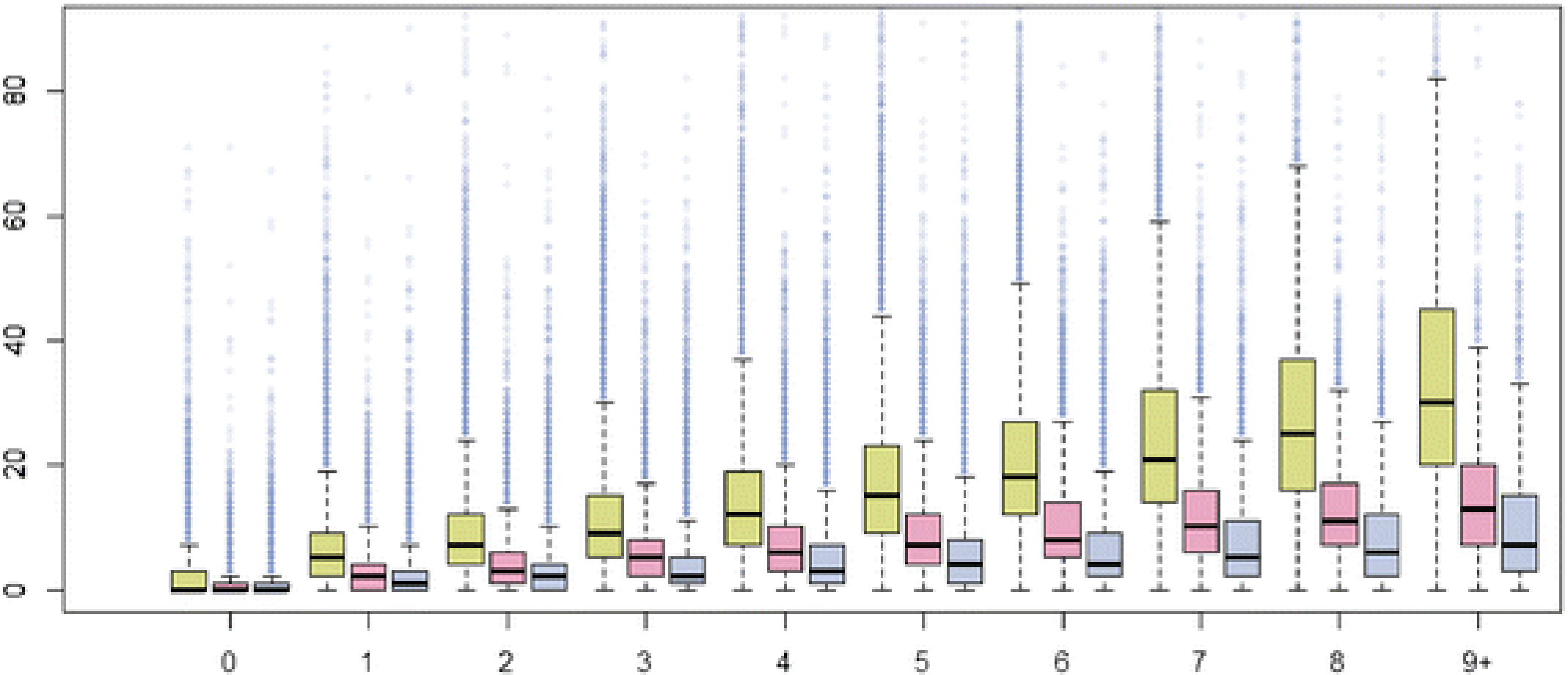
(Elena Tragni, Federica Sala, Manuela Casula. IL PAZIENTE ANZIANO COMPLESSO: DATI EPIDEMIOLOGICI E DI CONSUMO DEI FARMACI. Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione 2014; 6 (3): 5-16).

## Persone con almeno una malattia cronica grave (per 100 persone), stratificate per classe d'età –media settembre-dicembre 2005 e anno 2012.



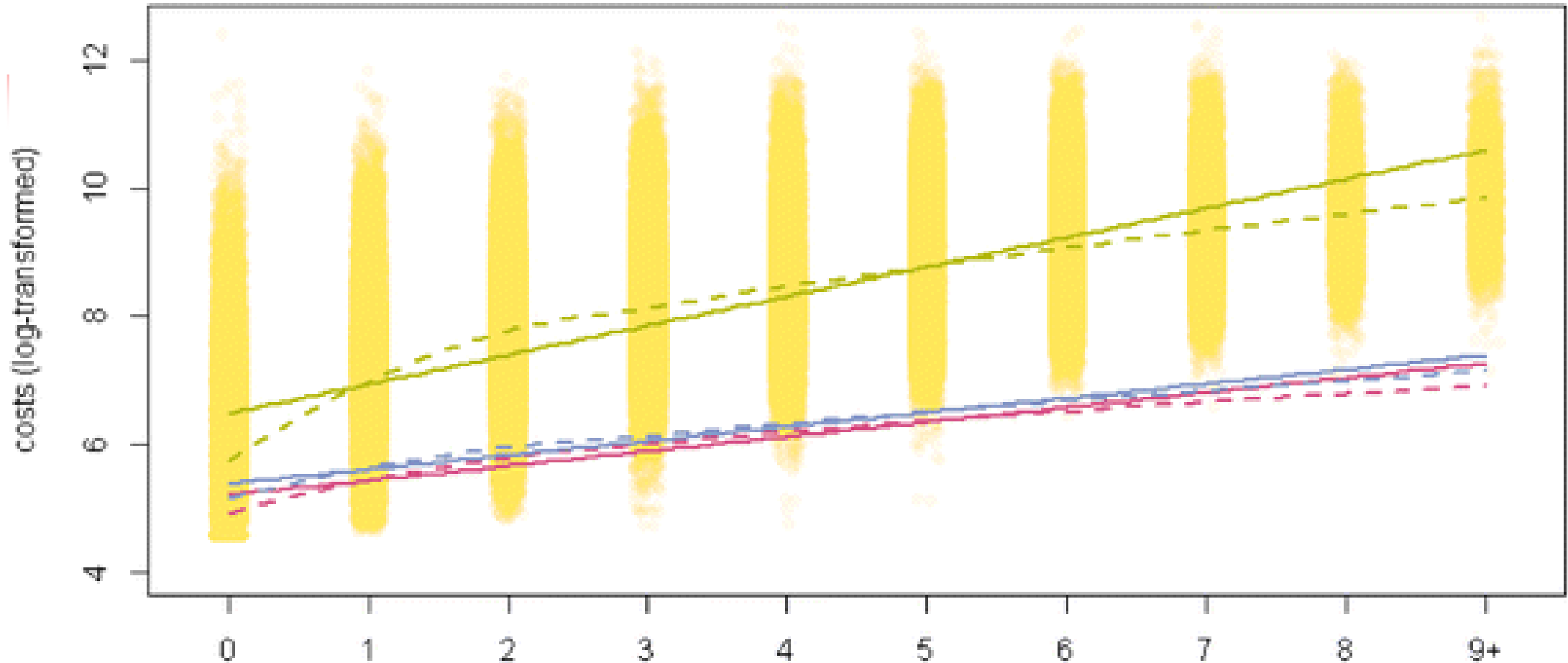
(Elena Tragni, Federica Sala, Manuela Casula. IL PAZIENTE ANZIANO COMPLESSO: DATI EPIDEMIOLOGICI E DI CONSUMO DEI FARMACI. Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione 2014; 6 (3): 5-16). (a) malattie croniche gravi: diabete, infarto del miocardio, angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus, emorragia cerebrale, bronchite cronica, enfisema, cirrosi epatica, tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia), parkinsonismo, Alzheimer, demenze.

# Relazione tra multi morbidità ed uso dei servizi sanitari



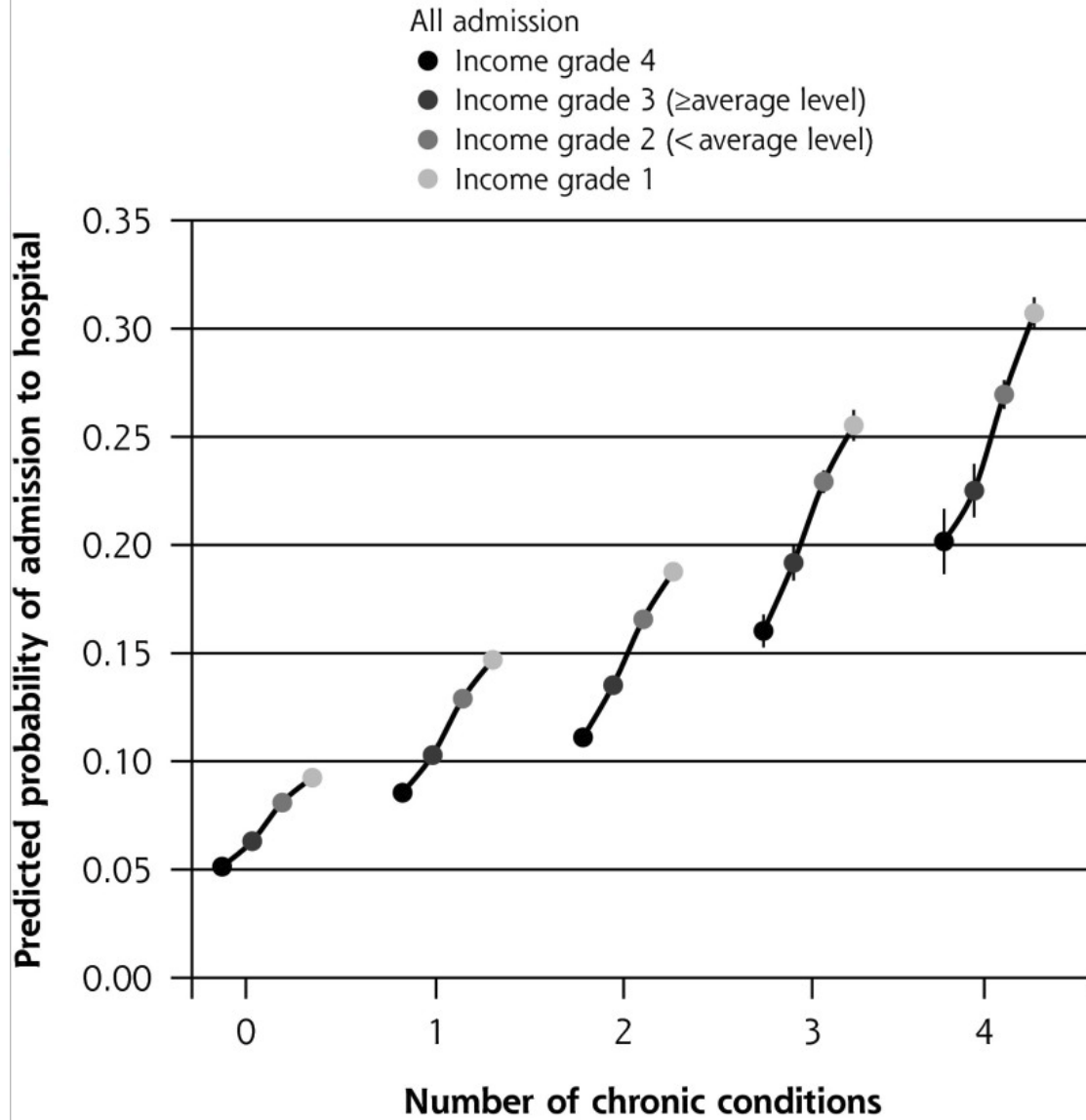
Caroline Bähler, Carola A Huber, Beat Brüngger and Oliver Reich. Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. BMC Health Services Research 2015, **15**:23 (Green boxplots: Total number of consultations; red boxplots: Number of consultations by primary care physicians; blue boxplots: Number of consultations by specialists among elders >65 years in Switzerland during 2013.)

## Relazione tra multimorbidità e costi



Caroline Bähler, Carola A Huber, Beat Brüngger and Oliver Reich. Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. BMC Health Services Research 2015. 15:23 (. Green lines: Total health care costs; red lines: Health care costs by primary care physicians; blue lines: Health care costs by specialists. Straight lines = linear regression lines; Dashed lines = LOESS smoother.)

## A. Scotland

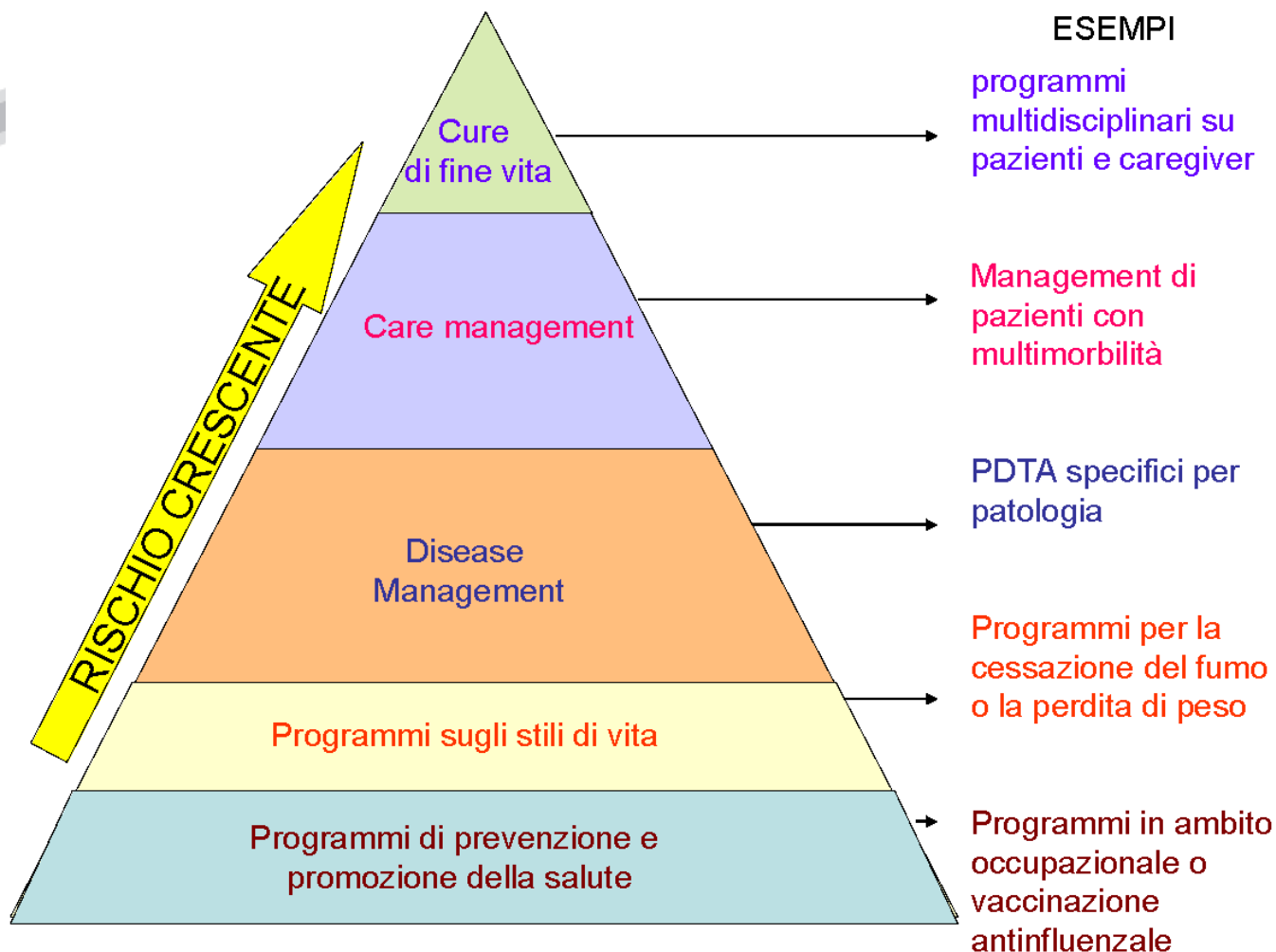


Relazione tra  
multimorbilità,  
deprivazione e  
tasso di  
ospedalizzazione  
per tutte le cause

Wang HHX, Wang JJ, Lawson KD, et al.  
Relationships of Multimorbidity and Income With  
Hospital Admissions in 3 Health Care Systems.  
*Annals of Family Medicine*. 2015;13(2):164-167.  
doi:10.1370/afm.1757.



# Stratificazione della complessità assistenziale



*Riadattato da Booz Allen Hamilton, 2012*



**ARS TOSCANA**  
agenzia regionale di sanità

## Il paziente complesso: definizione

Paziente con (multi)morbosità cronica

Ad alta complessità gestionale per la necessità di assistenza multi-specialistica

Ad alto rischio di accessi al pronto soccorso / ricoveri urgenti in area medica

**Un assistito, non istituzionalizzato, ad alto rischio di accessi ripetuti al Pronto Soccorso (esclusi codici bianchi e traumi) e/o di ricoveri ripetuti in Ospedale (regime ordinario, area medica) per una o più condizioni croniche suscettibili di cure territoriali**

**Per condizione cronica suscettibile di cure territoriali, si intende una condizione la cui gestione può essere migliorata con la presa in carico da parte di un team multiprofessionale e multidisciplinare (medico di medicina generale, infermiere, specialisti) in ambito territoriale secondo un Piano Assistenziale Individuale.**

# OBIETTIVO SPECIFICO 1: LA REVISIONE DI LETTERATURA



**ARS TOSCANA**  
agenzia regionale di sanità

---

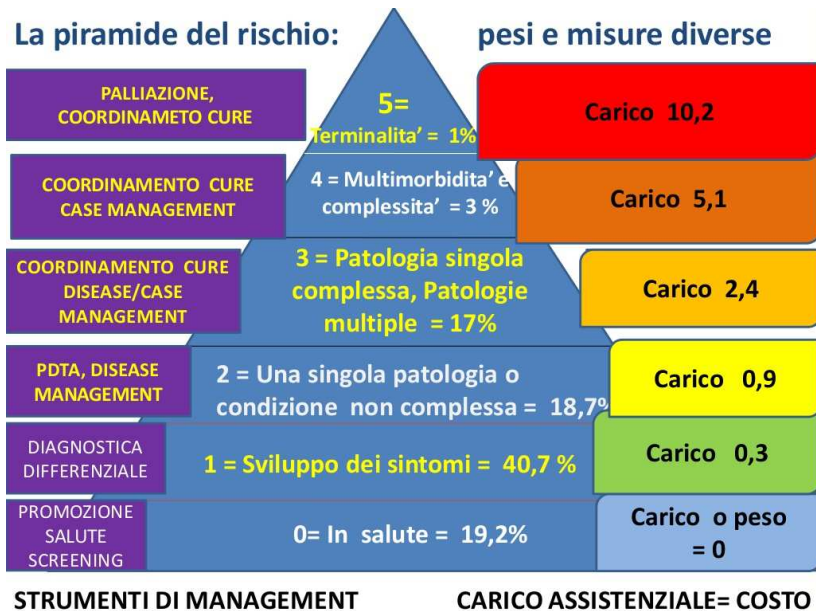
Individuare, dalla letteratura scientifica, le indicazioni evidence based sui modelli predittivi di identificazione dei pazienti ad alto consumo di risorse sanitarie e sui percorsi di cura (programmi assistenziali) per pattern di complessità.

Intervento della prof.ssa *Alessandra Buja*

# OBIETTIVO SPECIFICO 2: GLI ALGORITMI DI IDENTIFICAZIONE

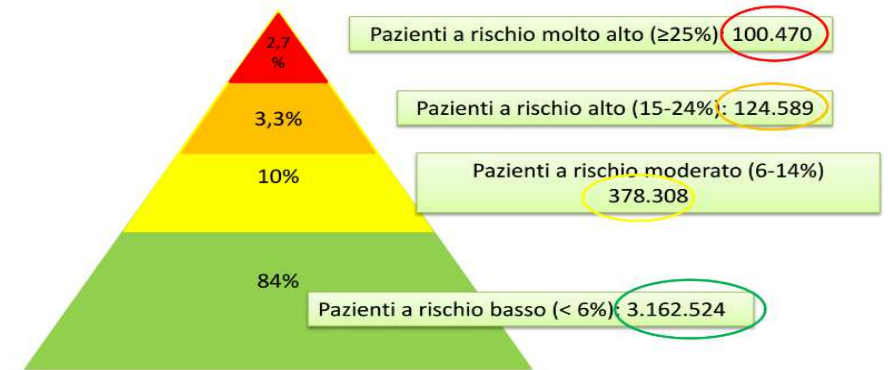
Validare e confrontare alcuni algoritmi per l'identificazione dei pazienti complessi mediante i dati amministrativi, con la partecipazione di almeno 10 medici di medicina generale per Regione.

## VENETO



Intervento di Francesco Profili

## EMILIA ROMAGNA



POPOLAZIONE  $\geq 18$  ANNI - N = 3,765,891



## TOSCANA (E SARDEGNA)

# OBIETTIVO SPECIFICO 3: I CONTENUTI DEL PAI



**ARS TOSCANA**  
agenzia regionale di sanità

Definire un set di contenuti minimi di un piano assistenziale personalizzato (PAP) per pazienti complessi specifici, per i più frequenti pattern di multimorbilità, i professionisti coinvolti nel percorso di cura e loro competenze.

Il set concordato di contenuti minimo contenuto nei PAI attivati in ciascuna regione è stato:

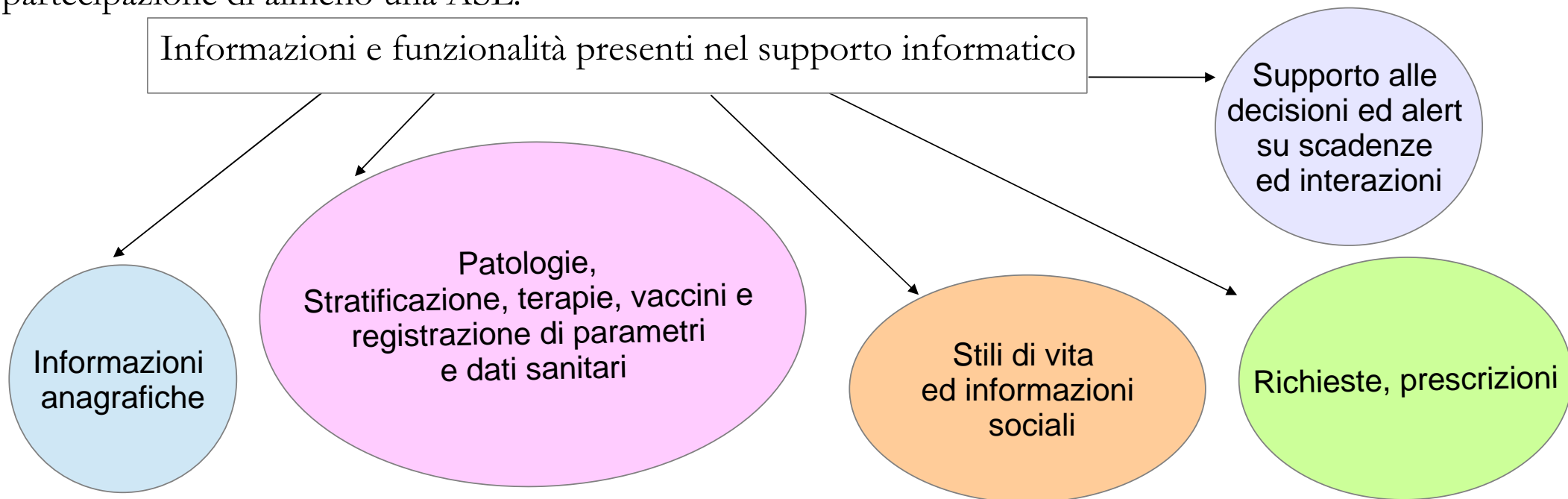
- Informazioni sul paziente
  - Programmazione dell'assistenza (piano di cura)
  - Profilo di morbidità e bisogni
  - Obiettivi
  - Automonitoraggio
  - Stili di vita
  - Terapia
  - Alert
- Appuntamenti sanitari (visite, esami etc)
  - Follow-up
  - composizione del team che vede coinvolti:
    1. Paziente / caregiver;
    2. MMG;
    3. Infermiere care manager;
    4. Specialisti di riferimento;
    5. Medico di comunità;
    6. Assistente Sociale.
  - data di condivisione e redazione del PAI
  - data e motivo di chiusura del PAI

# OBIETTIVO SPECIFICO 4: IL SUPPORTO INFORMATICO



**ARS TOSCANA**  
agenzia regionale di sanità

Sperimentazione di una piattaforma informatica per la gestione integrata del paziente complesso da parte dei medici di medicina generale, del care manager e degli specialisti di riferimento con la partecipazione di almeno una ASL.



# TOSCANA

utilizzati i gestionali ambulatoriali della medicina generale (infermieri, MMG e qualche specialista).

PAZIENTE Complesso 17-10-27 Età 90 < 1 esenzioni >

Paziente Medico Schede Cambia Stampa Test Linee guida Viste Scambio dati ACN Extended Altro ?

Principali
  Aperti
  Chiusi (0)
  Tutti
 [Contrai](#)
[Organizza](#)

[Nuovo problema](#)

**Diario**  
 ... ( 2 intolleranze )

- 17 IPERTENSIONE ESSENZIALE  
 Press. 135-70 (17.10.17) rip. tra 12 mesi 2 gg
- 17 SCOMPENSO CARDIACO
- 17 EDEMA DEGLI ARTI
- 17 DIABETE MELLITO TIPO 2
- 17 CALCOLOSI URINARIA
- 17 REFLUSSO GASTROESOFAGEO
- 17 DEPRESSIONE

**Terapie** Richieste Vaccini consigli mBds

		Farmaci (+)	n°	Posologia	E	T	
20.10.17	<input checked="" type="checkbox"/>						
	<input checked="" type="checkbox"/>	✓ MOVICOL*OS POLV 20BUST 13,8G	1	ab			NM C
	<input checked="" type="checkbox"/>	✓ TAVOR*20CPR 1MG	1	1/2 cp la sera			NX C
	<input checked="" type="checkbox"/>	✓ PANTOPRAZOLO EG*14CPR 40MG	1	1 cp la sera			CD A
	<input checked="" type="checkbox"/>	✓ CARDIOASPIRIN*30CPR GAST 100MG	1	1 cp dopo p			CD A
	<input checked="" type="checkbox"/>	✓ PLAVIX*28CPR RIV 75MG	1	1 cp al di			CD A
	<input checked="" type="checkbox"/>	✓ ALTIAZEM*24CPR 120MG RP	1	1 cp mattina			CD A
	<input checked="" type="checkbox"/>	✓ SLOWMET*60CPR 1000MG RP	1	1 cp dopo i			CD A
	<input checked="" type="checkbox"/>	✓ LASIX*30CPR 25MG	1	1 cp dopo p			CD A
	<input checked="" type="checkbox"/>	✓ SEQUACOR*28CPR RIV 2,5MG	1	1/2 cp al ma			CD A
	<input checked="" type="checkbox"/>	✓ NORVASC*28CPR 5MG	1	1 cp h 15			CD A
	<input checked="" type="checkbox"/>	✓ RAMIPRIL EG*14CPR 5MG	1	1 cp la sera			CD A
	<input checked="" type="checkbox"/>	✓ CRESTOR*28CPR RIV 10MG	1	1 cp dopo ci			CD A

**Accertamenti** Pressione Certificati Esenz. [Intolleranze](#) [Allegati](#)

[Accertamenti \(+\)](#)

		Accertamenti (+)	Risultato	O	N	E	Tipo	S
20.10.17	<input checked="" type="checkbox"/>							

# VENETO

piattaforma web based che si serve di tablet per la valutazione domiciliare del paziente e la gestione del follow up, da parte dell'infermiere care manager.

The screenshot displays the 'Anagrafica generale' (General Anamnesis) interface for a patient. The interface is divided into three main sections, each highlighted with a red border and a red number:

- 1**: A list of users on the left side of the screen, including '01\_Uno Utente', '02\_Due Utente', '03\_Tre Utente', and '04\_Quattro Utente'. The '01\_Uno Utente' entry is selected.
- 2**: A central navigation pane showing a tree structure under 'Atl@nte'. The 'Generale' folder is expanded, and 'Anagrafica generale' is selected.
- 3**: The main content area displaying the 'Informazioni generali' (General Information) for the selected user. The data includes:
  - Nominativo: 01\_Uno Utente
  - Data di nascita: 01/01/1950 (Età: 67)
  - Data decesso: (empty field)
  - Sesso:  Femmina  Maschio
  - Comune di nascita: BELLUNO
  - Cittadinanza: Italiana
  - Codice fiscale: NUOTNT50A01A757G

The top of the interface features a menu bar with 'Strumenti', 'Parametri', 'Filtri', 'Help', and 'Ass.tecnica'. Below the menu bar is a toolbar with icons for 'Nuovo', 'Copia', 'Incolla', and other standard functions. The title bar at the top left reads 'Anagrafica generale'.



# EMILIA ROMAGNA:

cartella clinica per la gestione infermieristica del paziente complesso.



Casa della Salute - Windows Internet Explorer

http://mysanas1:9001/MyDomus20/index.jsp

File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?

Preferiti Raccolta Web Slice Siti suggeriti

Casa della Salute

Ricerca Risultati

Trovata 1 o

Locale 20374

<b>Cognome</b>	MARTONE	<b>Nome</b>	EDUARDO	<b>Codice Fiscale</b>	MRTDRD38T01F912U
<b>Sex</b>	M	<b>Nato a</b>	NOCERA INFERIORE (SA)	<b>il</b>	01/12/1938
<b>Naz.</b>	ITALIA	<b>Stato Civ.</b>	NON RILEVATO		
<b>Resid. a</b>	BOLOGNA (BO)	<b>in</b>	VIA AUGUSTO MURRI, 65/05		
<b>Domic. a</b>	BOLOGNA (BO)	<b>in</b>	VIA AUGUSTO MURRI, 65/05		
<b>Classe</b>	SSN - Italiano				
<b>Tipo Documento</b>	<b>Codice</b>	<b>Data Emiss.</b>	<b>Data Scad.</b>		
<b>Medico Base/Tessera Sanit</b>					
Carta Identità					
<b>Medico Base</b>					
VITOLIO*ANDREA					
<b>Tessera Sanitaria</b>					
6237736					
<b>ASL Appartenenza</b>					
A.105-BOLOGNA 080105					
<b>ASL Assistenza</b>					
A.105-BOLOGNA 080105					

Altre codifiche aziendali

<b>XMPI</b>	35681
-------------	-------

Riferimenti Telefonici

<b>Pr...</b>	051302828 -
<b>L...</b>	3388062677

Modifica Ricerca Nuovo Assistito Annulla Ok

Fine

Intranet locale 100%

Start Casa della Salute - Wi... vero - Microsoft Word 10.26

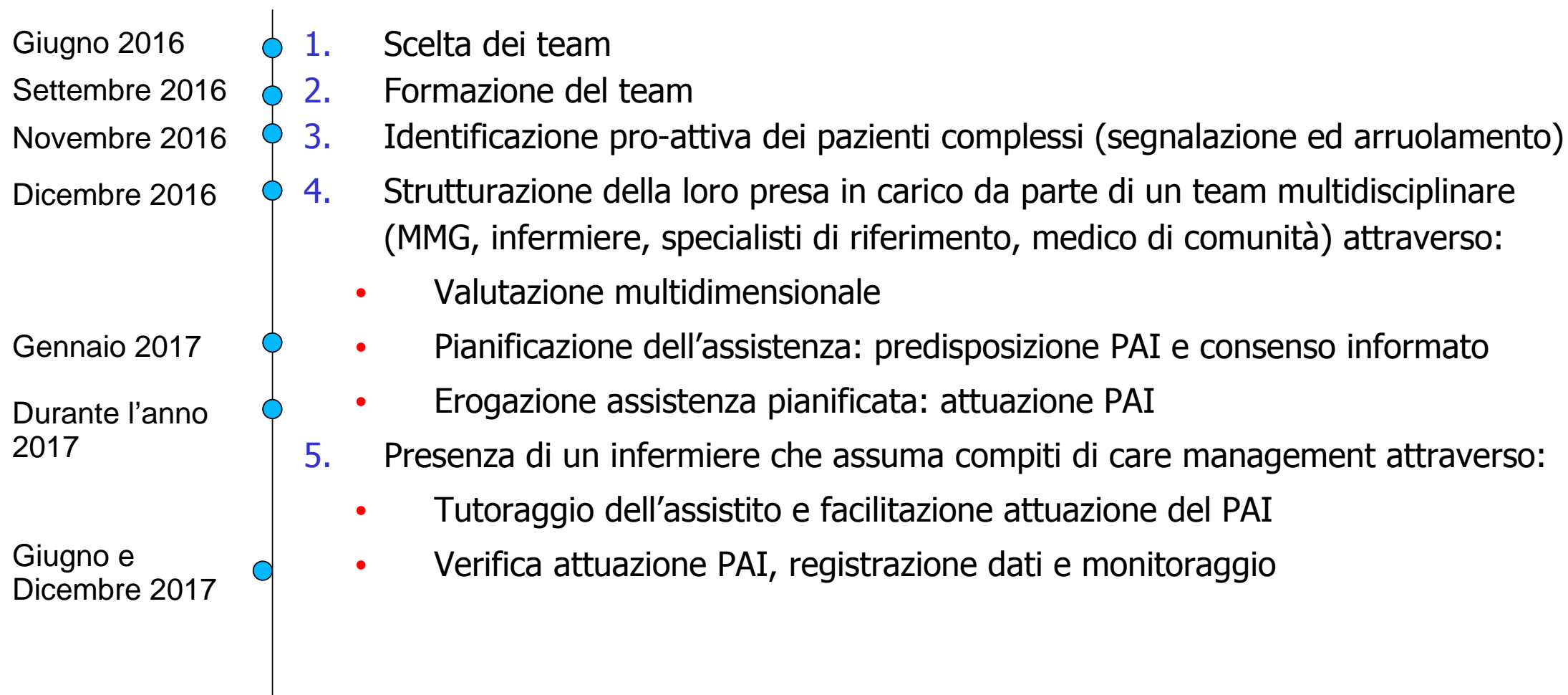


**ARS TOSCANA**  
agenzia regionale di sanità

## OBIETTIVO SPECIFICO 5: L'IMPLEMENTAZIONE

Supportare la sperimentazione di interventi di identificazione pro-attiva dei pazienti complessi e di care management da parte di team multidisciplinari, composti almeno dal medico di scelta, dagli specialisti di riferimento e da un care manager, con la definizione e l'attuazione di almeno 400 PAP per Regione con la partecipazione di almeno una ASL coinvolgendo almeno 20 medici di medicina generale per Regione

## Elementi essenziali del nostro modello





# COSTITUZIONE DEI TEAM

**ARS TOSCANA**

agenzia regionale di sanità

- In Veneto sono stati coinvolti nel progetto 42 MMG
- In Emilia Romagna sono stati coinvolti 21 MMG
- In Toscana sono stati coinvolti 51 MMG
- In Sardegna sono stati coinvolti 12 MMG

Sono stati utilizzati dei questionari organizzativi e confrontata l'organizzazione creando delle griglie.

In Emilia Romagna ed in alcune CdS toscane sono stati coinvolti anche medici specialisti, scelti sulla base delle patologie a maggior prevalenza (soprattutto cardiologo, diabetologo e pneumologo).

Approfondimenti negli interventi regionali



**ARS TOSCANA**  
agenzia regionale di sanità

# FORMAZIONE

- Definiti gli elementi essenziali del care management.
- Definiti i contenuti di un programma di formazione/informazione.
- È stata fatta la formazione a livello di tutte le UU.OO. per supportare gli operatori coinvolti nella predisposizione dei programmi assistenziali di care management.

## Le Case della Salute Azienda USL di Bologna

Progetto di Formazione  
"Sviluppare le competenze di Facilitatori  
Organizzativi"

Azienda USL di Bologna



- 09:00/09:30 - Registrazione dei partecipanti**
- 09:30/10:00 - La nuova sanità di iniziativa ed il progetto ministeriale sul paziente complesso in Toscana**  
PAOLO FRANCESCONI ARS Toscana
- 10:00/13:30**
- ✓ **La definizione di paziente complesso**
  - ✓ **L'identificazione dei pazienti complessi attraverso i dati del sistema informativo sanitario**
  - ✓ **Le liste dei pazienti complessi: trasmissione dalle ASL ai MMC, consolidamento delle liste da parte dei MMC, trasmissione dai MMC alle ASL**
  - ✓ **Il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)**
    - Il PAI: definizione ambito, contenuti e scopo
    - La predisposizione del PAI - MMC, infermiere, specialisti, caregiver, paziente
    - Il consenso informato
    - L'attuazione del PAI ed il follow-up del paziente
    - La registrazione dei dati
  - ✓ **Il team multi-professionale e multi-disciplinare: i ruoli**
    - Il MMC insieme agli specialisti di riferimento - case manager
    - L'infermiere - supporto all'auto-cura e care management
  - ✓ **La valutazione d'impatto: processi, costi, esiti**  
VALENTINA BARLETTA Collaboratore ARS Toscana
- 13:30/14:00 - Discussione**
- 14:00/14:30 - Conclusioni**

**CREDITI ECM** - All'evento sono stati attribuiti n. 5 crediti formativi

**ISCRIZIONE** - Iscrizione online (obbligatoria) nella pagina web del corso su [www.ars.toscana.it](http://www.ars.toscana.it)  
**SEGRETARIA ORGANIZZATIVA** - [santiela.bachini@ars.toscana.it](mailto:santiela.bachini@ars.toscana.it) - cell. 335 7757482 - tel. 055 4624365

Sei in: NUORO > CRONACA > MEDICI E "PAZIENTI COMPLESSI": UN...

TORTOLI

## Medici e "pazienti complessi": un corso di formazione

**TORTOLI.** "Paziente complesso: presa in carico in medicina di iniziativa" è il titolo del corso (non Ecm) per medici di Medicina generale e dirigenti medici dell'Ats-Assl Lanusei che si è tenuto ieri...

02 luglio 2017



TORTOLI. "Paziente complesso: presa in carico in medicina di iniziativa" è il titolo del corso (non Ecm) per medici di Medicina generale e dirigenti medici dell'Ats-Assl Lanusei che si è tenuto ieri nella sala formazione del Dipartimento di Salute mentale e dipendenze in via monsignor Carcherò a Tortolì. «L'iniziativa - è stato spiegato - si inserisce nell'ambito del progetto Bpcomedia, promosso dall'Ats-Assl con la Lia (Laboratori di informatica applicata, società presieduta da Giuseppe Capasso) che consiste nell'utilizzo di un'applicazione per telefonini in grado di elaborare i dati raccolti quotidianamente dai pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) attraverso il pulsiossimetro (apparecchio che misura la saturazione dell'ossigeno nel sangue e la frequenza cardiaca)». L'App, è stato rimarcato, è in grado "prevedere" e segnalare le riacutizzazioni della patologia.

«Si tratta - hanno evidenziato gli organizzatori - di una tecnologia che apre la strada a un concreto percorso di "medicina di iniziativa", particolarmente importante nel territorio ogliastrino perché offre risposte ai bisogni di salute dei cittadini nei propri ambienti di vita. Il paziente infatti acquisisce autonomia nell'autocontrollo della propria patologia in qualunque luogo si trovi. Gli interventi del medico di famiglia e dello specialista garantiscono invece la supervisione, il monitoraggio e l'accompagnamento in questo autocontrollo».

## PROGETTO FORMATIVO E IL CARE MANAGEMENT: CURE INTEGRATE DEL PAZIENTE COMPLESSO NELLE CURE PRIMARIE

Corso regionale per  
infermieri Care Manager e per  
Medici di Medicina Generale



Percorso formativo per  
Infermieri Care Manager

PROGRAMMA



**ARS TOSCANA**  
agenzia regionale di sanità

# ARRUOLAMENTO DEI PAZIENTI ED AVVIO DEI PAI

- In Veneto sono stati attivati un totale di 330 PAI, 82,5% degli attesi.
- In Emilia Romagna sono stati attivati 488 PAI, 122%
- In Toscana sono stati attivati 464 PAI, 116%.
- In Sardegna sono stati attivati 145 PAI, 36%

**ATTUAZIONE PAI: DURANTE 2017**  
**MONITORAGGIO A 6 E 12 MESI DALL'AVVIO**

## I sistemi di cura condivisi possono essere definiti nei seguenti modi:

- **Cliniche pubbliche (comunitarie):** gli specialisti frequentano o dirigono una clinica in un setting di cure primarie con personale di cure primarie. La comunicazione è informale e dipende dagli specialisti e dai membri del team di cure primarie riuniti sul posto
- **Modello base:** un sistema di comunicazione regolare e specifico è organizzato tra gli specialisti e le cure primarie. Questo può essere arricchito da un amministratore che organizza gli appuntamenti e follow up e ricorda la cura agli inadempienti
- **Liason (collegamento):** una riunione di collegamento a cui partecipano specialisti e team di cure primarie in cui la gestione continua dei pazienti all'interno del servizio è discussa e pianificata
- **Cartella condivisa:** un accordo più formale per la condivisione di informazioni in cui viene inserita una serie di dati concordati su una scheda di registrazione (cartella) che viene solitamente portata dal paziente
- **Assistenza condivisa supportata a livello informatico e posta elettronica:** un set di dati è concordato e raccolto sia nel setting specialistico che in quello delle cure primarie e viene fatto circolare tra i due settori utilizzando sistemi computerizzati come un repository centrale o e-mail. Questo sistema può anche includere una registrazione computerizzata coordinata a livello centrale ed il richiamo dei pazienti.



<b>Regione</b>	<b>Community Clinics.</b> Comunicazioni informali tra professionisti nelle CdS	<b>Basic Model.</b> Sistema di comunicazione regolare e specifico (appuntamenti e follow up)	<b>Liason.</b> Sistema di riunioni (discussione e pianificazione della gestione dei pz)	Collaborazione con specialisti esterni al di fuori del team	<b>Shared Care record Card.</b> Cartella condivisa per lo scambio di informazioni	<b>Computer-assisted shared care and electronic mail.</b> Scambio informazioni sul pz
<b>Emilia Romagna</b>			5 Cds	Sì all'occorrenza		sì
<b>Toscana</b>	3 Cds	1 Cds	2 Cds	Sì all'occorrenza	2 Cds	2 Cds
<b>Veneto</b>	no	no	no			
<b>Sardegna</b>		In progress		Sì all'occorrenza	sì	

# OBIETTIVO SPECIFICO 6: LA VALUTAZIONE DI IMPATTO



**ARS TOSCANA**  
agenzia regionale di sanità

Valutare l'impatto della definizione e dell'attuazione dei PAP in termini di qualità dell'assistenza erogata, volumi di prestazioni erogate, accessi al pronto soccorso e ricoveri in ospedale nei 12 mesi successivi alla predisposizione del PAP, confrontando i pazienti "arruolati" con pazienti con le stesse caratteristiche di complessità ma assistiti secondo l'usual care

Approfondimenti negli interventi di Francesco Profili ed in quelli regionali

# Valutazione qualitativa: ACIC- Assessment of Chronic Illness Care

- Organizzazione del sistema assistenziale (6 item)
- Collaborazione con il terzo settore (3 item)
- Livello ambulatoriale
  - Supporto all'autogestione della malattia (4 item)
  - Supporto alla decisione clinica (4 item)
  - Organizzazione del percorso assistenziale (6 item)
  - Sistema clinico informativo (5 item)
- Integrazione delle componenti del CCM (6 item)





**ARS TOSCANA**  
agenzia regionale di sanità

# Interpretazione

<i>Punteggio</i>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
	<i>Supporto limitato per l'assistenza alla malattia cronica</i>			<i>Supporto base per l'assistenza alla malattia cronica</i>			<i>Supporto ragionevolmente buono per l'assistenza alla malattia cronica</i>			<i>Supporto ben sviluppato per l'assistenza alla malattia cronica</i>		

<b>Punteggi ACIC</b>	<b>Toscana</b>	<b>Emilia Romagna</b>
<b>Organizzazione del Sistema Assistenziale</b>	7,8	9
<b>Collaborazione con il Terzo Settore</b>	5	5,8
<b>Livello Ambulatoriale</b>	9,4	8,8
<b>Supporto alla Decisione Clinica</b>	7,3	6,9
<b>L'Organizzazione del Percorso Assistenziale</b>	8,7	8,5
<b>Sistema Clinico Informativo</b>	8,7	6,4
<b>Integrazione delle Componenti del Chronic Care Model</b>	6,4	*

## QUESTIONARIO PACIC- Patient Assessment of Chronic Illness Care

- Attivazione del paziente (item 1-3)
- Delivery System Design/Supporto alle decisioni (item 4-6)
- Definizione degli obiettivi (item 7-11)
- Problem-solving/ Counseling nel contesto (item 12-15)
- Follow-up/ Coordinamento (item 16-20)
- Gli item 20-26 del questionario derivano dal modello delle '5A' (ask, advise, agree, assist, and arrange), un modello patient centered coerente con il CCM ed utilizzato frequentemente per potenziare l'autogestione della malattia e che correla con le risorse della comunità.

## Punteggi PACIC

DIMENSIONE	PUNTEGGIO TOSCANA	PUNTEGGIO SARDEGNA	PUNTEGGIO VENETO	PUNTEGGIO EMILIA-ROMAGNA
Attivazione del paziente	3,6	3,0	4,1	3,2
Delivery System Design/Supporto alle decisioni	3,8	1,6	4,4	4,3
Definizione degli obiettivi	3,5	2,8	3,8	3,8
Problem-solving/ Counseling nel contesto	3,8	3,2	4,2	3,9
Follow-up/ Coordinamento	3,7	2,8	3,2	3,3
Modello delle '5A' (ask, advise, agree, assist, and arrange)	3,6	3,0	4,2	3,3

# OBIETTIVO SPECIFICO 7: LA DISSEMINAZIONE



**ARS TOSCANA**  
agenzia regionale di sanità

Produzione di report contenenti proposte operative per il miglioramento dei servizi e diffusione delle informazioni a supporto delle politiche di programmazione socio-sanitaria



Intervento di  
Paolo  
Francesconi





ARS TOSCANA  
agenzia regionale di sanità

Regione Toscana



# LA GESTIONE DEL PAZIENTE COMPLESSO NEL TERRITORIO

Documenti  
ARS Toscana

febbraio  
2018 **98**

GRAZIE PER LA  
VOSTRA  
PARTECIPAZIONE