

**SUPSI**

# Gli aggiustamenti del Governo Clinico: riposizionare le modalità dei percorsi assistenziali alle nuove «emergenze».

Andrea Cavicchioli, Professore, DEASS/SUPSI

Premesse

Le nuove emergenze

Possibili spunti ed altri dati empirici

Conclusioni (se ce ne possono essere .....)

Premesse

Le nuove emergenze

Possibili spunti ed altri dati empirici

Conclusioni (se ce ne possono essere .....)

## Governo Clinico

- è un Sistema Qualità pensato in logica bottom-up

**Clinical Governance Tools & Skills**

**Evidence-based Health Care**

- Evidence-based Practice
- Information & Data Management
- Practice Guidelines → Care Pathways
- Health Technology Assessment
- Clinical Audit
- Clinical Risk Management
- CME, professional training and accreditation
- Research & Development
- Staff management
- Consumer Involvement

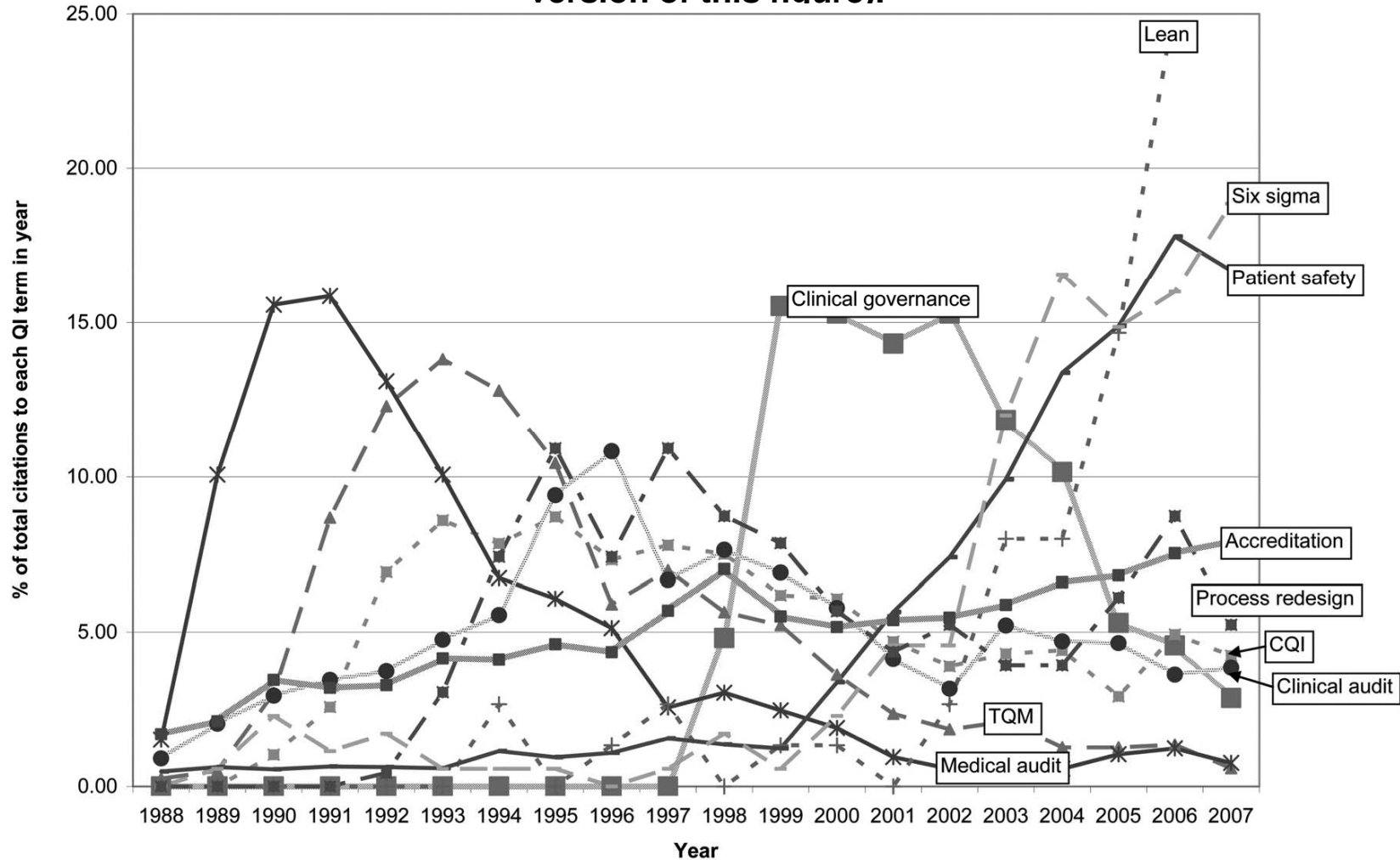
Copyright © - GIMBE\*

Cartabellotta A.  
Sanità & Management  
Novembre 2002



Per far si' che risulti attuale, occorre che si rinnovi ..... altrimenti prende un po' il sapore della moda .....

**The distribution by year of the total use of each of the 10 common QI terms in citation titles/abstracts on Medline/HMIC 1998–2007 (see online supplementary material for a colour version of this figure).**



Walshe K Int J Qual Health Care 2009;21:153-159

**International Journal for  
Quality in Health Care**

## Percorsi assistenziali (PDTA, Clinical Pathway, Care Pathway, ecc....)

- Sono strumenti di sintesi organizzativa complessa che cercano di coniugare appropriatezza, efficacia ed efficienza in una logica cooperativa interdisciplinare (Kinsman, 2010) .... per traiettorie di cura ragionevolmente prevedibili (Allen, 2009)

**Figura 6. Percorso per paziente con M. di Parkinson o parkinsonismo.**



- .... nascono negli anni 90 sotto la spinta di economisti e manager e cercano di creare sintesi potenti fra il movimento dell'Evidence Based Medicine e le necessità di tipo tipicamente aziendalistico e manageriale delle direzioni di ospedali e organizzazioni sanitarie in genere.

..... l'intenzione sembra buona ... come spesso accade .....

- « Fare le cose giuste per quella malattia, nei tempi giusti, da parte dei giusti professionisti ..... in modo da ottenere buoni risultati e ..... poter prevedere quanto costa tutto cio' ... »

**pathways with**  
*drug-eluting*  
**stents**

**PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO  
PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE  
DIABETICO**

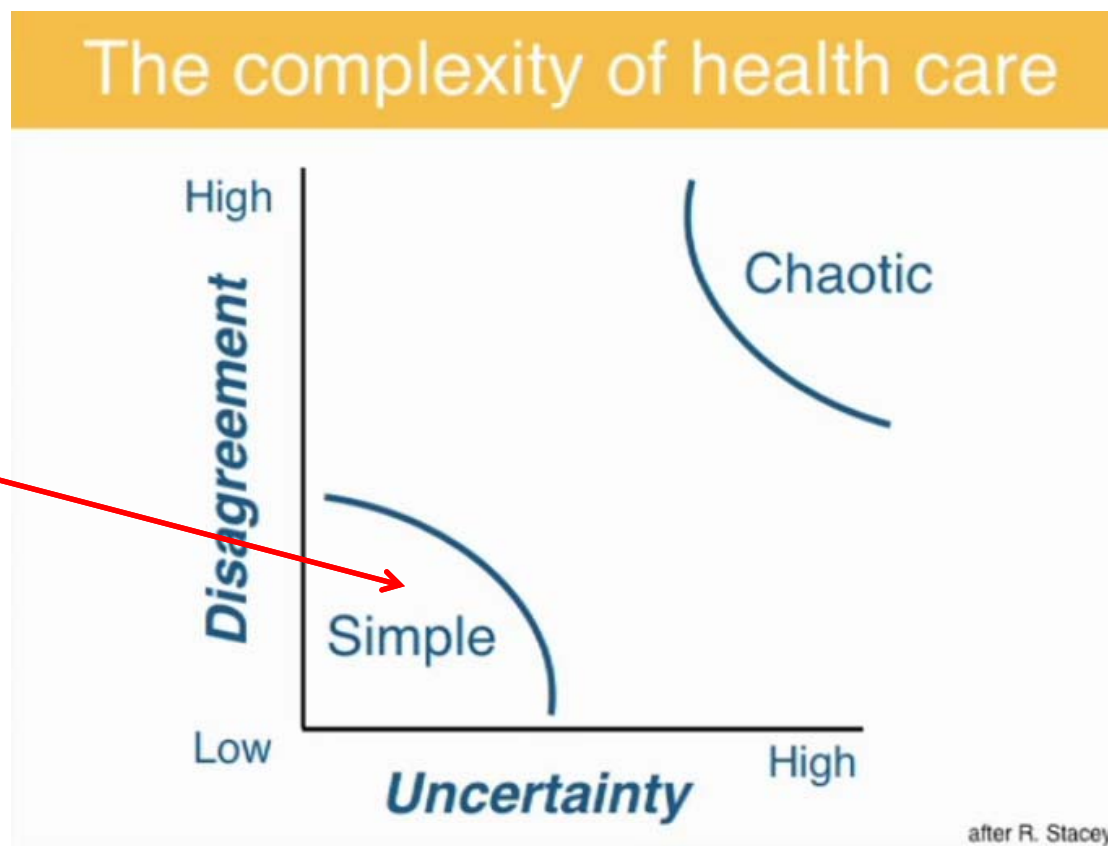
**GESTIONE INTEGRATA TRA OSPEDALE E TERRITORIO:  
IL PERCORSO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO.**

**Identification and care pathways for common mental health disorders: summary of NICE guidance**



- sposano quindi il principio della standardizzabilità dei processi di cura, ma.....

**Area dove è possibile  
standardizzare in  
modo significativo**



..... e dopo 20 anni che ne parliamo  
le evidenze non sono «robuste»



## Clinical pathways for chronic cough in children (Review)

**Citation** McCallum GB, Bailey EJ, Morris PS, Chang AB. Clinical pathways for chronic cough in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 9. Art. No.: CD006595. DOI: 10.1002/14651858.CD006595.pub3.

### Authors' conclusions

Current evidence suggests that using a clinical algorithm for the management of children with chronic cough in hospital outpatient settings is more effective than providing wait-list care. Further high-quality randomised controlled trials are needed to perform ongoing evaluation of cough management pathways in general practitioner and other primary care settings.

## **Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs (Review)**

**Rotter T, Kinsman L, James EL, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J**

**Citation:** Rotter T, Kinsman L, James EL, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 3. Art. No.: CD006632. DOI: 10.1002/14651858.CD006632.pub2.

Copyright © 2010 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

### **Authors' conclusions**

Clinical pathways are associated with reduced in-hospital complications and improved documentation without negatively impacting on length of stay and hospital costs.

## End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying (Review)

**Citation:** Chan RJ, Webster J. End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 11. Art. No.: CD008006. DOI: 10.1002/14651858.CD008006.pub3.

### Authors' conclusions

With sustained concerns about the safety of the pathway implementation and the lack of available evidence on important patient and relative outcomes, recommendations for the use of end-of-life pathways in caring for the dying cannot be made. Since the last version of this review, no new studies met criteria for inclusion in the review update. With recently documented concerns related to the potential adverse effects associated with Liverpool Care Pathway (the most commonly used end-of-life care pathway), we do not recommend decision making based on indirect or low-quality evidence. All health services using end-of-life care pathways are encouraged to have their use of the pathway, to date, independently audited. Any subsequent use should be based on carefully documented evaluations. Large RCTs or other well-designed controlled studies are urgently required for the evaluation of the use of end-of-life care pathways in caring for dying people in various clinical settings. In future studies, outcome measures should include benefits or harms concerning the outcomes of interest in this review in relation to patients, families, carers and health professionals.

**ANZI !!!!!**

Premesse

## **Le nuove emergenze**

Possibili spunti ed altri dati empirici

Conclusioni (se ce ne possono essere .....)

## Cronicità - polimorbilità

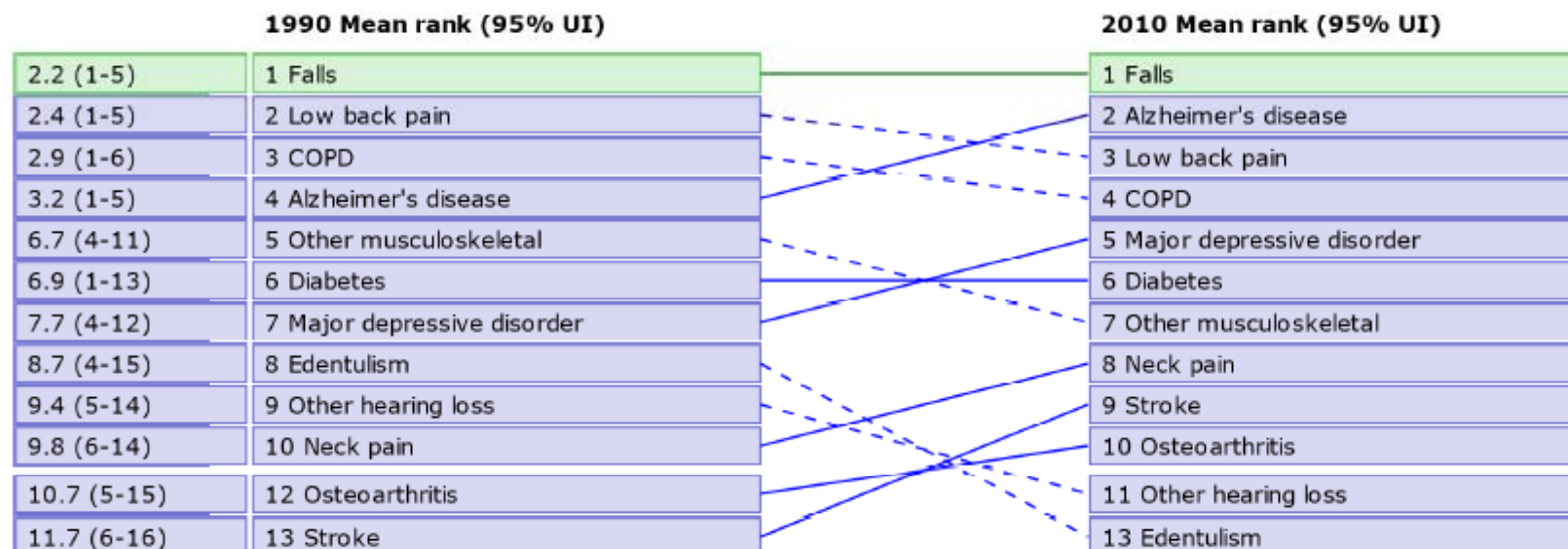


### GBD 2010 Arrow Diagram



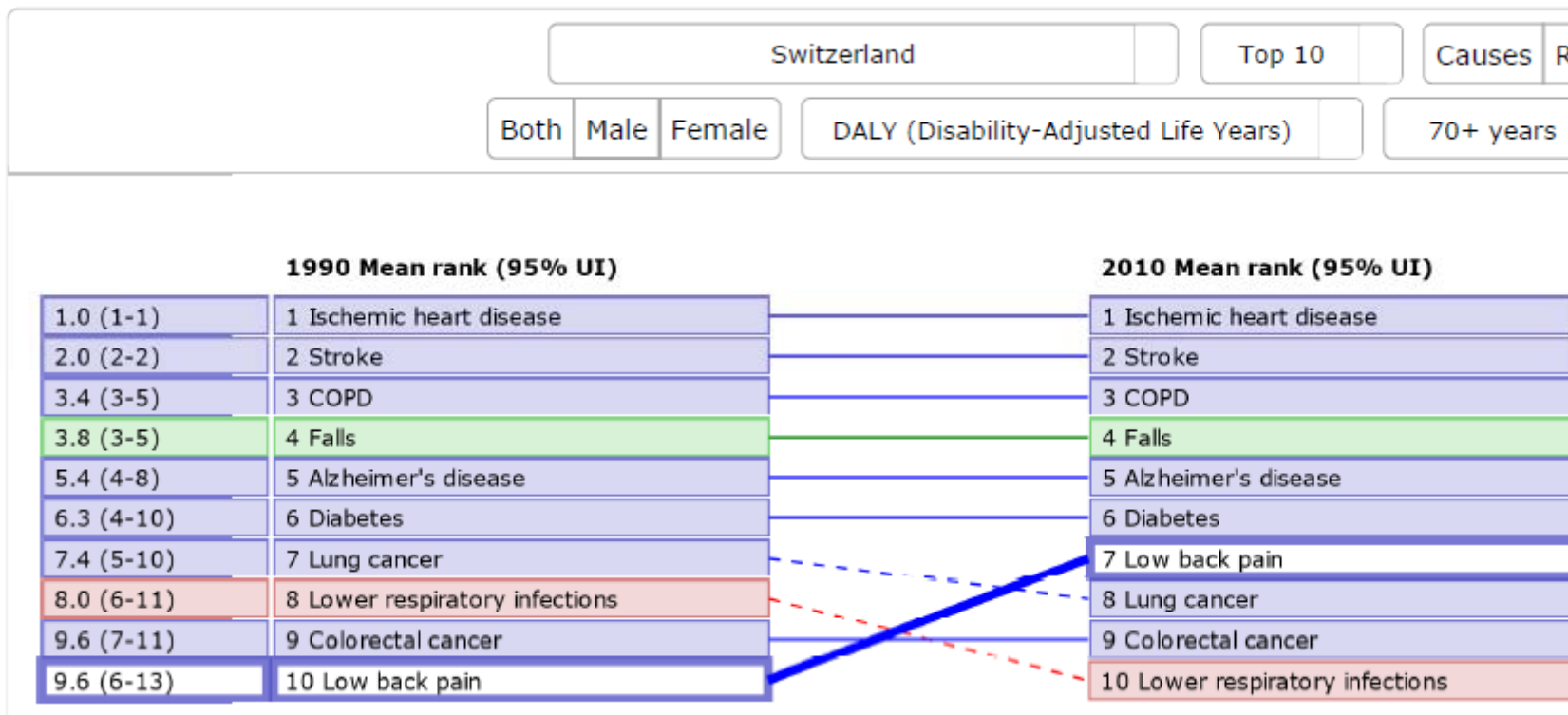
Switzerland Top 10 Causes R

Both Male Female YLD (Years Lived with Disability) 70+ years





## GBD 2010 Arrow Diagram



**EXHIBIT 1**

**Health And Health Care Use Among Adults Age Sixty-Five Or Older In Eleven Countries, 2014**

**Percent of respondents who:**

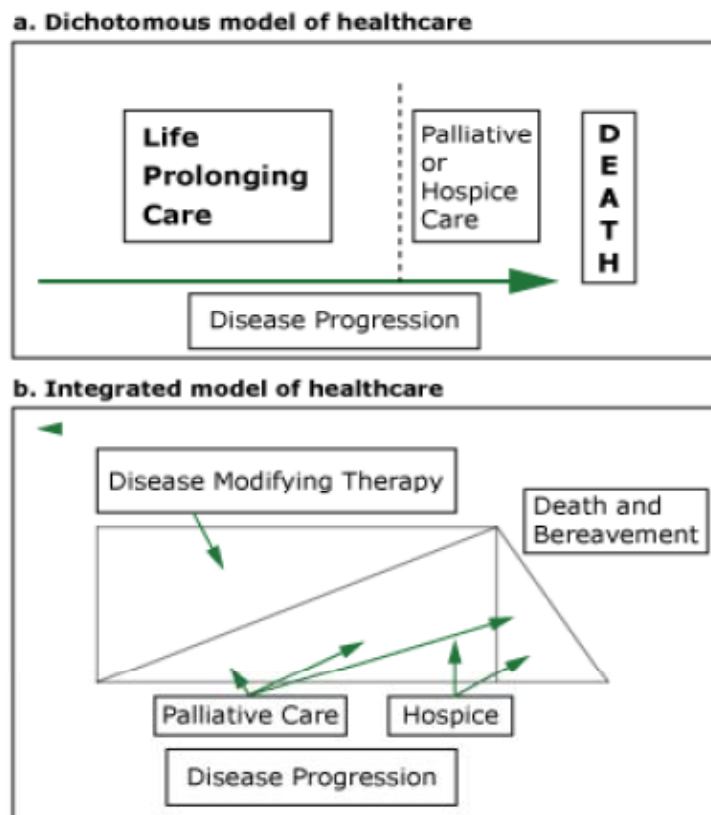
Country (sample size)	Had chronic conditions <sup>a</sup>		Were hospitalized overnight in past 2 years	Saw 4 or more doctors in past year	Took 4 or more Rx
	Any	Two or more			
Australia (1,670)	82%	54%	30%	18%	39%
Canada (3,147)	83	56	23	13	42
France (860)	81	43	17	6	29
Germany (547)	81	49	36	39	39
Netherlands (582)	78	46	27	17	44
New Zealand (379)	63	37	26	14	43
Norway (651)	74	43	35	11	41
Sweden (5,000)	75	42	29	18	40
Switzerland (1,084)	78	44	32	8	29
United Kingdom (581)	68	33	18	15	41
United States (1,116)	87	68	29	25	53

**SOURCE** 2014 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults. **NOTES** Excludes respondents who declined to answer or who answered “don’t know” or “not applicable.” Between-country significance tests are available in online Appendix A5 (see Note 5 in text). <sup>a</sup>Includes hypertension or high blood pressure, heart disease, diabetes, lung problems, mental health problems, cancer, and joint pain/arthritis.



## Modello dicotomico salute/malattia non piu' applicabile a una ampia fascia di popolazione

### Models of healthcare delivery



Adapted from National Consensus Project for Quality Palliative Care (2004).  
Clinical practice guidelines for quality palliative care.  
<http://www.nationalconsensusproject.org>.

## Transizioni nelle cure rapide e con pianificazioni difficili e soluzioni di ottimizzazione non sempre convincenti

By Robin Osborn, Donald Moulds, David Squires, Michelle M. Doty, and Chloe Anderson

---

# International Survey Of Older Adults Finds Shortcomings In Access, Coordination, And Patient-Centered Care

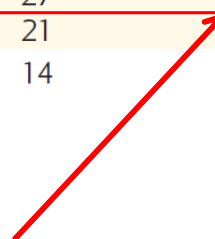
**DOI:** 10.1377/hlthaff.2014.0947  
HEALTH AFFAIRS 33,  
NO. 12 (2014): –  
©2014 Project HOPE—  
The People-to-People Health  
Foundation, Inc.

**Care Coordination And Safety Among Adults Age Sixty-Five Or Older In Eleven Countries, 2014**

Percent of respondents who:

Experienced coordination problems in the past two years

Country	Test results/ records not available at appointment, or duplicate tests ordered	Received conflicting information from different doctors	Specialist lacked medical history, or regular doctor not informed about specialist care <sup>a</sup>	Had any coordination problem	Reported health care professional did not review Rx in past year <sup>b</sup>	Experienced gaps in hospital discharge planning in past 2 years <sup>c</sup>	Reported regular doctor seemed uninformed about hospital care after discharge in past 2 years <sup>d</sup>
Australia	13%	10%	15%	21%	16%	41%	10%
Canada	15	12	29	32	16	44	14
France	4	2	6	7	47	54	15
Germany	15	14	31	41	19	56	9
Netherlands	9	7	18	21	37	59	4
New Zealand	9	9	14	20	23	— <sup>e</sup>	— <sup>e</sup>
Norway	9	11	43	37	36	70	8
Sweden	10	12	23	24	48	67	31
Switzerland	17	9	19	29	27	56	10
UK	12	10	20	24	21	38	— <sup>e</sup>
US	23	16	19	35	14	28	11



## Moltitudine di «curanti»

### *Elenco delle professioni / attività regolamentate in Svizzera*

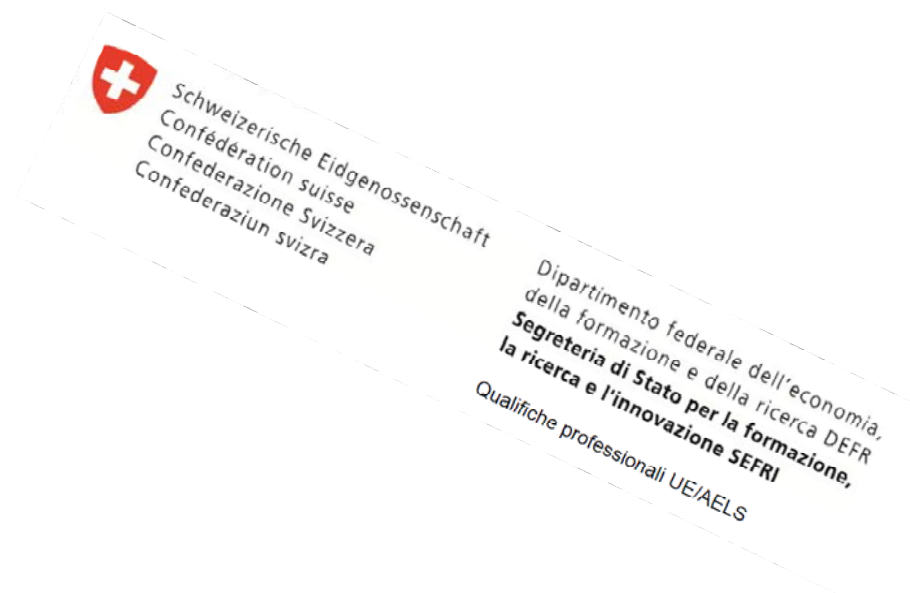
*In caso di stabilimento*

*Oppure*

*di prestazione di servizio*

Marzo 2014

[www.sbf.admin.ch/diploma](http://www.sbf.admin.ch/diploma)



36 professioni interagiscono  
direttamente o  
indirettamente con la  
persona

## Oggettive difficoltà esistenti nella applicazione dei principi dell'EBM

### **Interventions to improve the use of systematic reviews in decision-making by health system managers, policy makers and clinicians (Review)**

**Citation:** Murthy L, Shepperd S, Clarke MJ, Garner SE, Lavis JN, Perrier L, Roberts NW, Straus SE. Interventions to improve the use of systematic reviews in decision-making by health system managers, policy makers and clinicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9. Art. No.: CD009401. DOI: 10.1002/14651858.CD009401.pub2.

#### **Authors' conclusions**

Mass mailing a printed bulletin which summarises systematic review evidence may improve evidence-based practice when there is a single clear message, if the change is relatively simple to accomplish, and there is a growing awareness by users of the evidence that a change in practice is required. If the intention is to develop awareness and knowledge of systematic review evidence, and the skills for implementing this evidence, a multifaceted intervention that addresses each of these aims may be required, though there is insufficient evidence to support this approach.



BMJ 2014;348:g3725 doi: 10.1136/bmj.g3725 (Published 13 June 2014)

Page 1 of 7

# ANALYSIS

---

## ESSAY

# Evidence based medicine: a movement in crisis?

### Box 1: Crisis in evidence based medicine?

- The evidence based “quality mark” has been misappropriated by vested interests
- The volume of evidence, especially clinical guidelines, has become unmanageable
- Statistically significant benefits may be marginal in clinical practice
- Inflexible rules and technology driven prompts may produce care that is management driven rather than patient centred
- Evidence based guidelines often map poorly to complex multimorbidity

Premesse

Le nuove emergenze

**Possibili spunti ed altri dati empirici**

Conclusioni (se ce ne possono essere .....)

... ha quindi senso continuare a percorrere la strada dei percorsi assistenziali ?



... occorre probabilmente porsi degli obiettivi di miglioramento piu' puntuali ... per esempio: diminuzione delle riammissioni in ospedale

GALLUP®

BUSINESS JOURNAL

July 2, 2014

## **Four Ways Hospitals Can Reduce Patient Readmissions**

**Hospitals have a powerful financial incentive to reduce readmissions. Here are the most effective strategies.**

- **1. Coinvolgere il network sociale, la famiglia e gli amici del paziente**
- **2. Utilizzare un processo di dimissione efficace**
- **3. Conoscere la competenza culturale del paziente ed adattarvisi**
- **4. Costruire dei team di dimissione costituiti da ottime competenze professionali**

## ..... migliorare le competenze comunicative

*The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE*

SPECIAL ARTICLE

### Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff Program

A.J. Starmer, N.D. Spector, R. Srivastava, D.C. West, G. Rosenbluth, A.D. Allen, E.L. Noble, L.L. Tse, A.K. Dalal, C.A. Keohane, S.R. Lipsitz, J.M. Rothschild, M.F. Wien, C.S. Yoon, K.R. Zigmont, K.M. Wilson, J.K. O'Toole, L.G. Solan, M. Aylor, Z. Bismilla, M. Coffey, S. Mahant, R.L. Blankenburg, L.A. Destino, J.L. Everhart, S.J. Patel, J.F. Bale, Jr., J.B. Spackman, A.T. Stevenson, S. Calaman, F.S. Cole, D.F. Balmer, J.H. Hepps, J.O. Lopreiato, C.E. Yu, T.C. Sectish, and C.P. Landrigan, for the I-PASS Study Group\*

#### CONCLUSIONS

Implementation of the handoff program was associated with reductions in medical errors and in preventable adverse events and with improvements in communication, without a negative effect on workflow. (Funded by the Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health and Human Services, and others.)

..... sperimentare modalità diverse di organizzazione dei team multidisciplinari

**Annals of Internal Medicine**

| REVIEW

## Effects of Nurse-Managed Protocols in the Outpatient Management of Adults With Chronic Conditions

A Systematic Review and Meta-analysis

Ryan J. Shaw, PhD, RN; Jennifer R. McDuffie, PhD; Cristina C. Hendrix, DNS, NP; Alison Edie, DNP, FNP; Linda Lindsey-Davis, PhD, RN; Avishek Nagi, MS; Andrzej S. Kosinski, PhD; and John W. Williams Jr., MD, MHSc

**Conclusion:** A team approach that uses nurse-managed protocols may have positive effects on the outpatient management of adults with chronic conditions, such as diabetes, hypertension, and hyperlipidemia.

**Primary Funding Source:** U.S. Department of Veterans Affairs.

*Ann Intern Med.* 2014;161:113-121. doi:10.7326/M13-2567

[www.annals.org](http://www.annals.org)

For author affiliations, see end of text.

..... garantire il piu' possibile una continuit  delle cure

## Impact of Continuity of Care on Mortality and Health Care Costs: A Nationwide Cohort Study in Korea

*Dong Wook Shin, MD, DrPH, MBA*

*Jubee Cho, MA, PhD*

*Hyung Kook Yang, MD, MPH*

*Jae Hyun Park, MD, MPH, PhD*

*Hyejin Lee, MD, MPH*

*Hyunsu Kim, MD*

*Jubwan Oh, MD, MPH, DrPH*

*Soohee Hwang, MS, PhD*

*BeLong Cho, MD, MPH, PhD*

*Eliseo Guallar, MD, MPH, DrPH*

**CONCLUSIONS** Lower indices of continuity of care in patients with newly diagnosed hypertension, diabetes, and hypercholesterolemia were associated with higher all-cause and cardiovascular mortality, cardiovascular events, and health care costs. Health care systems should be designed to support long-term trusting relationships between patients and physicians.

*Ann Fam Med* 2014;12:534-541. doi: 10.1370/afm.1685.

..... garantire il piu' possibile una continuit  delle cure

HEALTH POLICY AND CLINICAL PRACTICE/REVIEW ARTICLE

---

## Frequent Users of Emergency Departments: The Myths, the Data, and the Policy Implications

Eduardo LaCalle, MD, MPH, Elaine Rabin, MD

*From the Department of Emergency Medicine, Mount Sinai School of Medicine, New York, NY.*

**Conclusion:** Frequent ED users are a heterogeneous group along many dimensions and defy popular assumptions. The subgroups have not yet been sufficiently defined to allow clearly directed policy design, and many frequent users present with true medical needs, which may explain why existing attempts to address the phenomena have had mixed success at best. [Ann Emerg Med. 2010;56:42-48.]

0196-0644/\$-see front matter

Copyright   2009 by the American College of Emergency Physicians.

doi:10.1016/j.annemergmed.2010.01.032

..... garantire il piu' possibile una continuit  delle cure

CMAJ OPEN

Research

## Site of hospital readmission and mortality: a population-based retrospective cohort study

John A. Staples MD MPH, Deva Thiruchelvam MSc, Donald A. Redelmeier MD MS(HSR)

**Interpretation:** Among patients readmitted within 30 days after discharge, readmission to an alternative hospital was associated with a higher risk of death than readmission to the original hospital. Whether this adverse prognosis reflects a true causal relation or residual confounding is unknown.

## Collaborare nelle cure in modo interdisciplinare

# Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review)

Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S

**Citation:** Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No.: CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub2.

## PLAIN LANGUAGE SUMMARY

The studies indicate that practice-based IPC interventions can lead to positive changes in health care, but further studies are needed to have a better understanding of the range of possible interventions and their effectiveness, how they affect interprofessional collaboration and lead to changes in health care, and in what circumstances these interventions may be most useful.



..... in particolare quando l'incertezza è importante

## **The challenges of uncertainty and interprofessional collaboration in palliative care for non-cancer patients in the community: A systematic review of views from patients, carers and health-care professionals**

**Ai Oishi and Fliss EM Murtagh**

**Conclusions:** Effective interprofessional work to deal with uncertainty and maintain coordinated care is needed for better palliative care provision to non-cancer patients in the community. Research into and development of a best model for effective interdisciplinary work are needed.

*Palliative Medicine*  
2014, Vol. 28(9) 1081–1098  
© The Author(s) 2014  
Reprints and permissions:  
[sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav](http://sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav)  
DOI: 10.1177/0269216314531999  
[pmj.sagepub.com](http://pmj.sagepub.com)  


Ripensare una volta ancora ad alcuni modi con cui le persone usano le strutture sanitarie ..... per esempio i servizi di Pronto Soccorso

**The New York Times**

---

Doctor and Patient March 13, 2014, 12:01 am

## **Emergency Rooms Are No Place for the Elderly**

By PAULINE W. CHEN, M.D.



# POLICY STATEMENT

Approved October 2013

## *Geriatric Emergency Department Guidelines*

Joint Statement by the American College of Emergency Physicians, American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, and Society for Academic Emergency Medicine



THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY

Geriatrics Health Professionals.  
Leading change. Improving care for older adults.





BMJ 2014;349:g6873 doi: 10.1136/bmj.g6873 (Published 17 November 2014)

Page 1 of 1

## NEWS

### **Emergency departments should not be default option for people with mental health crisis, says report**

Jacqui Wise

Recently the plight of people experiencing a mental health crisis who are detained in police cells has received much attention.<sup>2 3</sup> The college pointed out that an emergency department was also a poor environment for such people, as the noise and bustle can be agitating, frightening, and disorienting to vulnerable people. In addition, confidentiality is usually compromised, and stretched staff are unable to provide adequate support to these patients.

## Alcuni dati empirici locali

- **5 Interviste**
- 1 Medico di famiglia
- 1 Capo clinica
- 1 Infermiere Esperto Clinico di ospedale
- 2 infermieri di cure domiciliari con ruoli di coordinamento delle attività di presa in carico di pazienti

## Che tipo di problemi di continuità terapeutica (CT) ha dovuto affrontare negli ultimi tempi

- Ho ricevuto dati parziali/vecchi/incompleti da chi ha inviato la persona
- Necessità di avere rinforzi informativi verbali che vengono soddisfatti con difficoltà e dispendio di tempo
- Molti interlocutori con modelli organizzativi e visioni diverse (in alcuni casi espressa dichiarazione di non poter dare informazioni per ragioni di privacy!!!)
- Informazioni fornite in tempi non adeguati alle esigenze di cura
- Problemi di concorrenza
- Tipi di dimissioni che non vengono «protette» (es: dimissioni temporanee per un week end)
- La comunicazione con i familiari è spesso critica e occorre filtrare accuratamente il linguaggio utilizzato
- I problemi vengono percepiti anche nel momento in cui si inviano i pazienti ad altri.

Che tipo di strumenti adotta per favorire la comunicazione di informazioni sanitarie a coloro che cureranno un paziente che lei (o il suo gruppo di cura) ha seguito dopo di lei?

- Lettere di dimissione mediche e infermieristiche
- Formulari sintetici. Ciascuna istanza ha operato quasi esclusivamente con logica interna alla propria organizzazione
- Qualche volta rinforzi informativi a voce
- Formulari piu' strutturati e condivisi nei trasferimenti fra reparti dello stesso ospedale
- Le informazioni sulla situazione sociale non sono sempre presenti

Ha una idea di quali altri professionisti potrebbero utilizzare le sue informazioni oltre a quelli con cui ha abitualmente dei rapporti di collaborazione? Se SI, in che modo ha cercato di capire se le informazioni che lei documenta sui suoi strumenti di informazione sono ben accettati

In genere ogni organizzazione riesce al massimo a riflettere al suo primo e principale interlocutore. Non c'è una riflessione sulla «cascata informativa» e sui potenziali diversi interlocutori che potranno utilizzare del tutto o in parte le informazioni riportate sull'evento di cura che si è sviluppato.



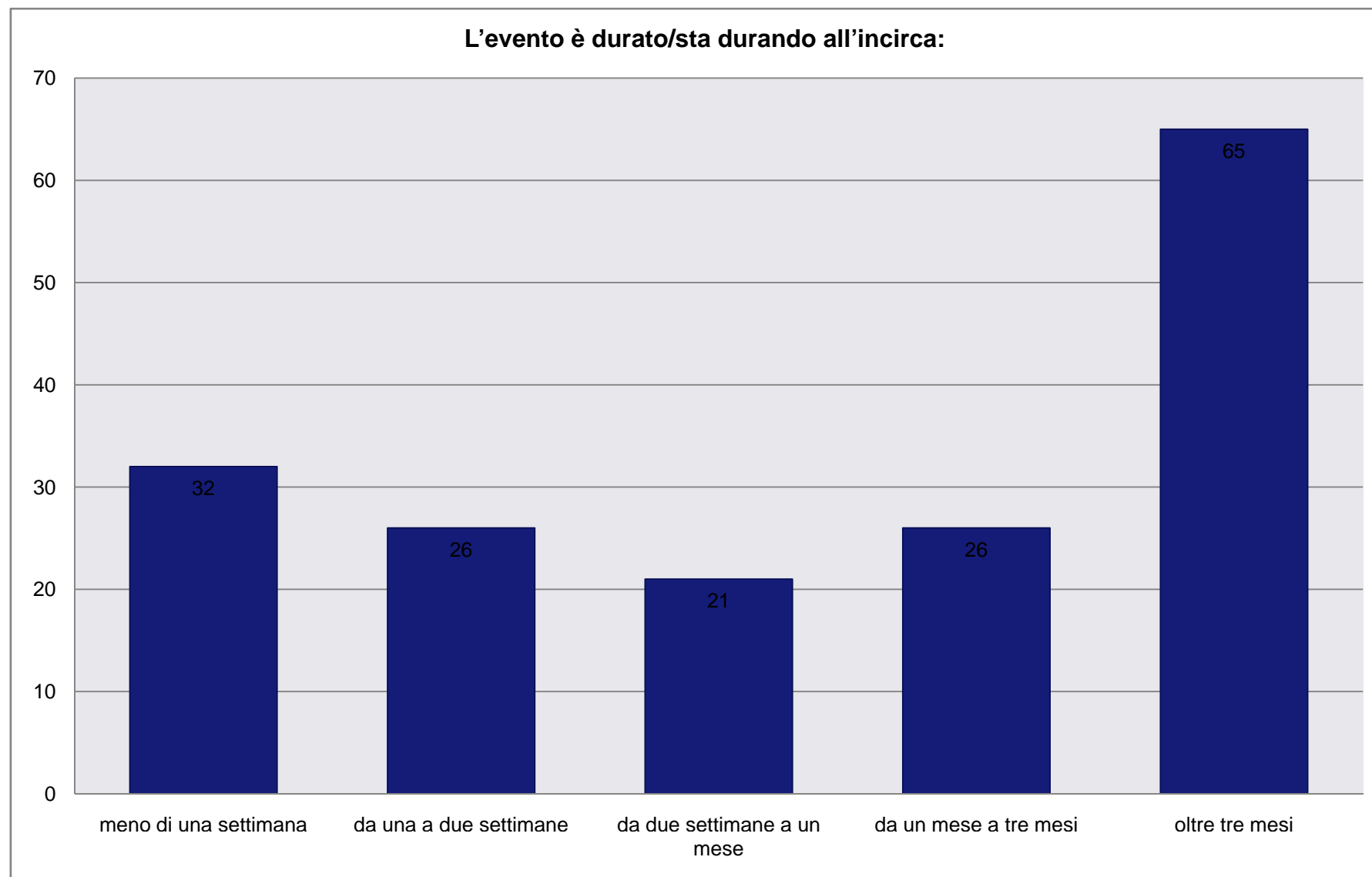
## Conosce gli strumenti di registrazione/archiviazione dei dati dei professionisti sanitari a cui piu' spesso affida dei pazienti?

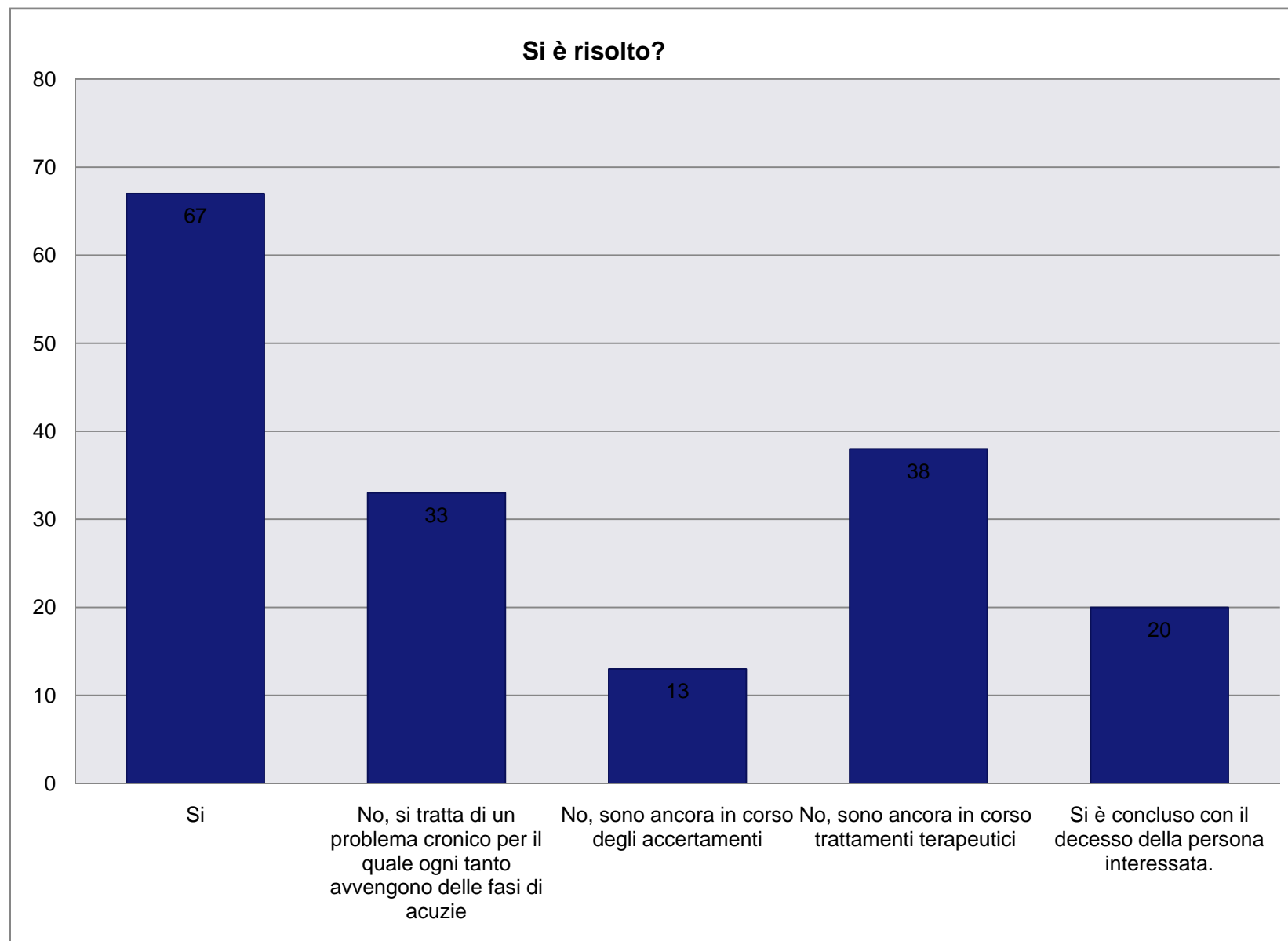
- In generale c'è una generale ammissione di non conoscenza degli strumenti di registrazione dei dati clinici delle istanze con cui si hanno rapporti frequenti. Nei casi piu' fortunati si conosce il tipo di documento.
- Nessuno segnala di avere mai fatto una formazione all'uso degli strumenti di documentazione delle organizzazioni con cui ha rapporti di collaborazione

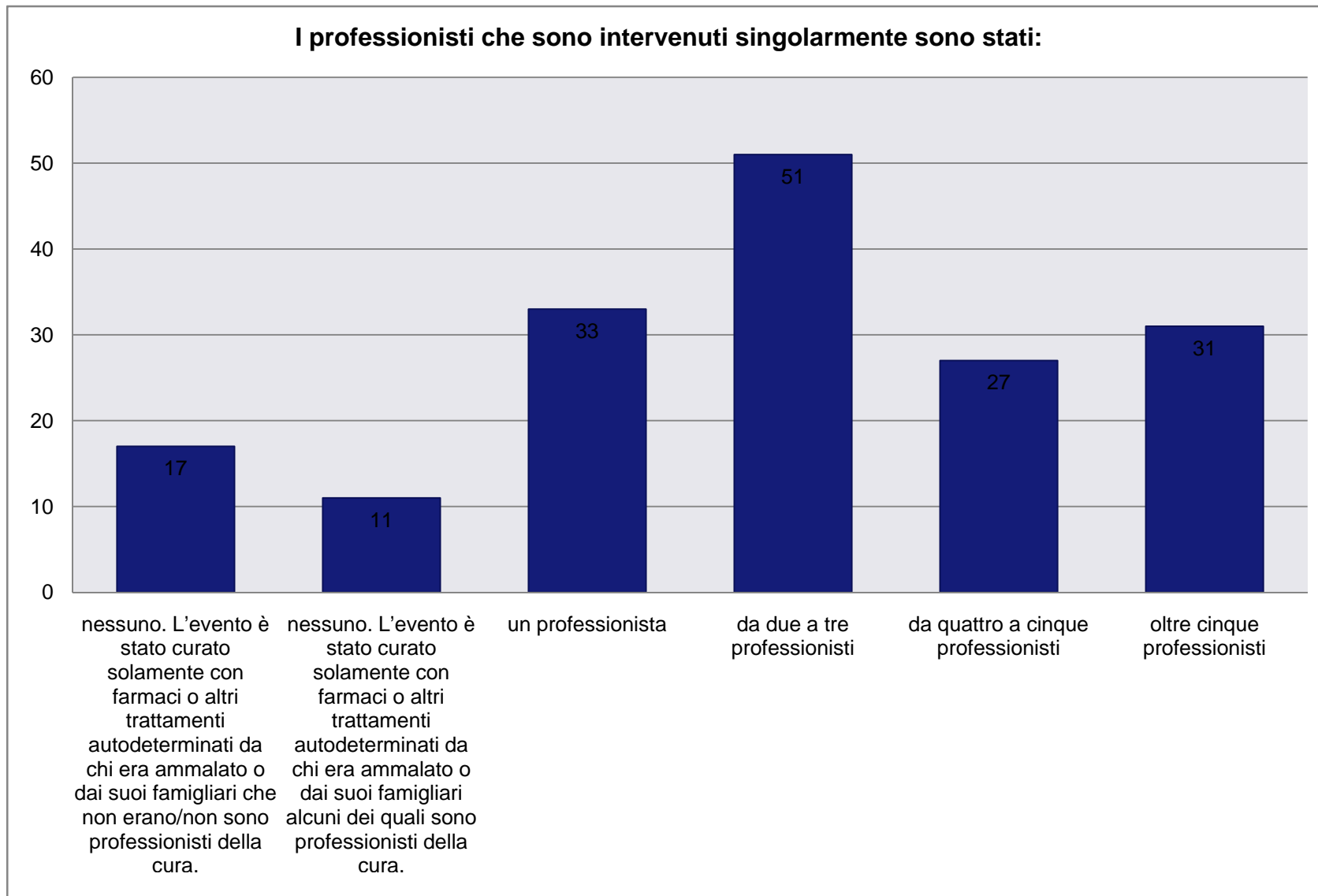
Fa delle verifiche periodiche (incontri o altro di simile) per valutare se ci sono problemi di comunicazione con i suoi colleghi che operano in ambiti di cura con cui lei si relaziona?

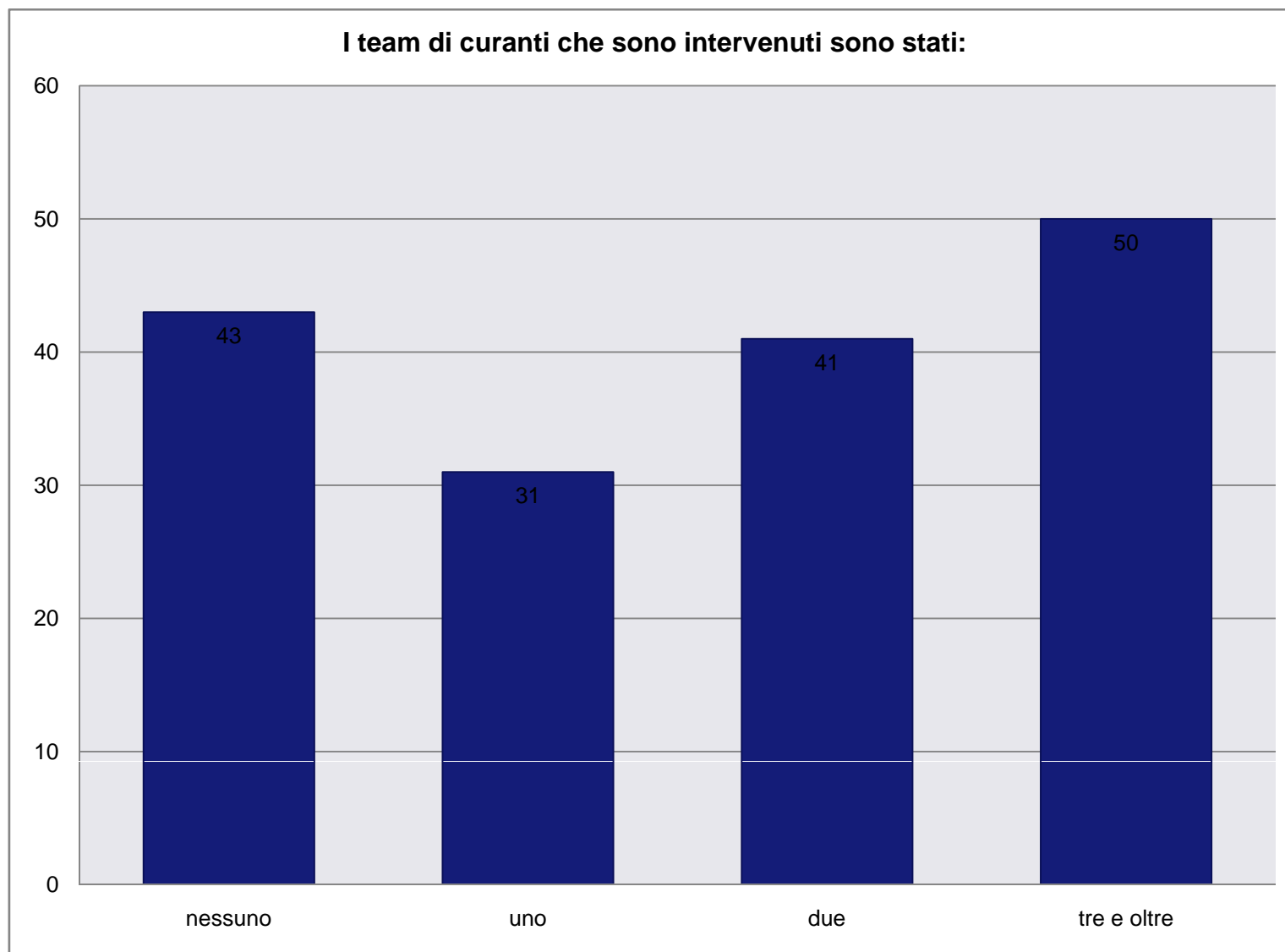
Non ci sono modalità di audit sulle difficoltà comunicative incontrate. Vengono a volte gestite le situazioni problematiche al momento in cui si verificano. In un unico caso sono definite modalità costanti di confronto fra un servizio di cure domiciliare e un ospedale dell'EOC.

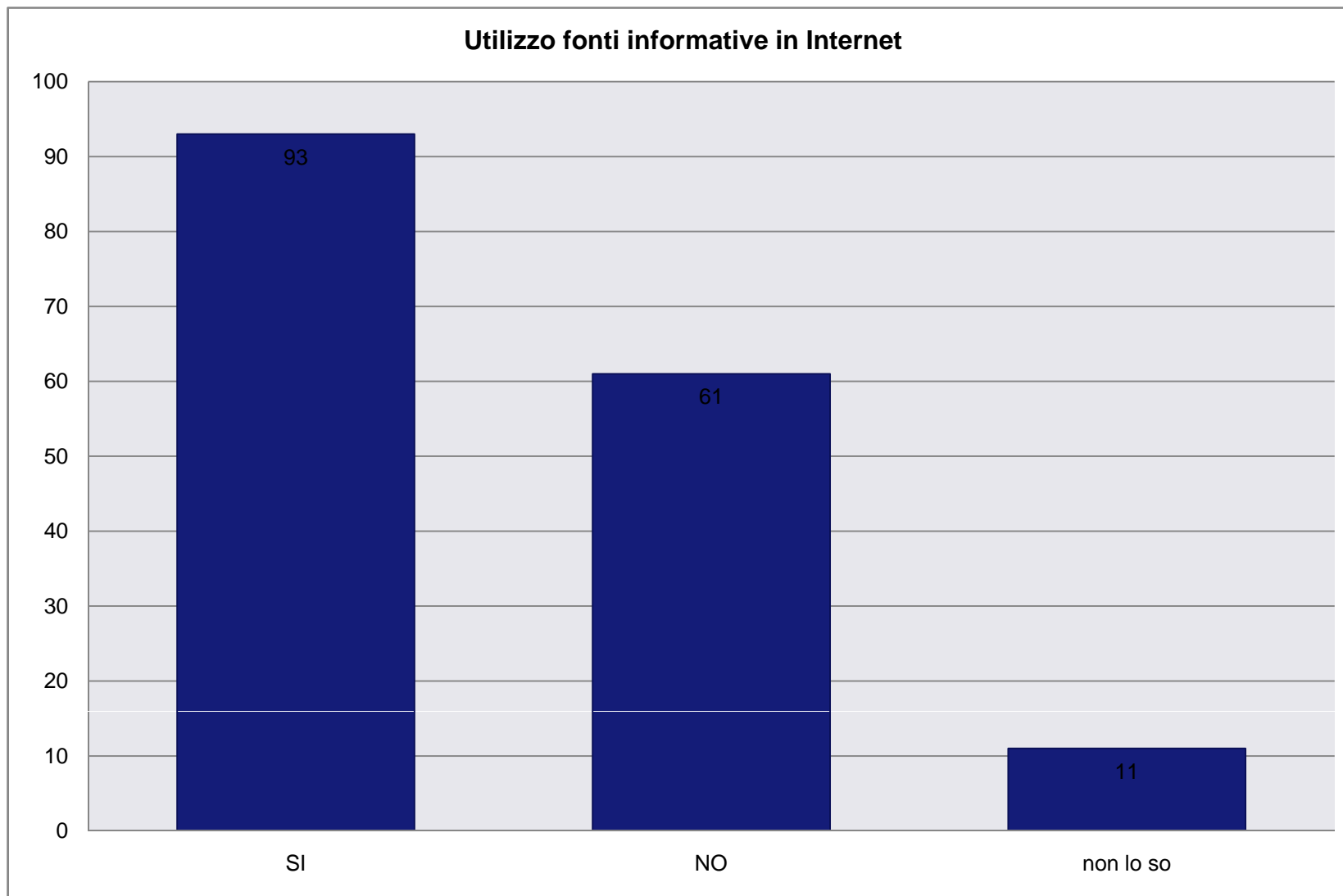
N = 169

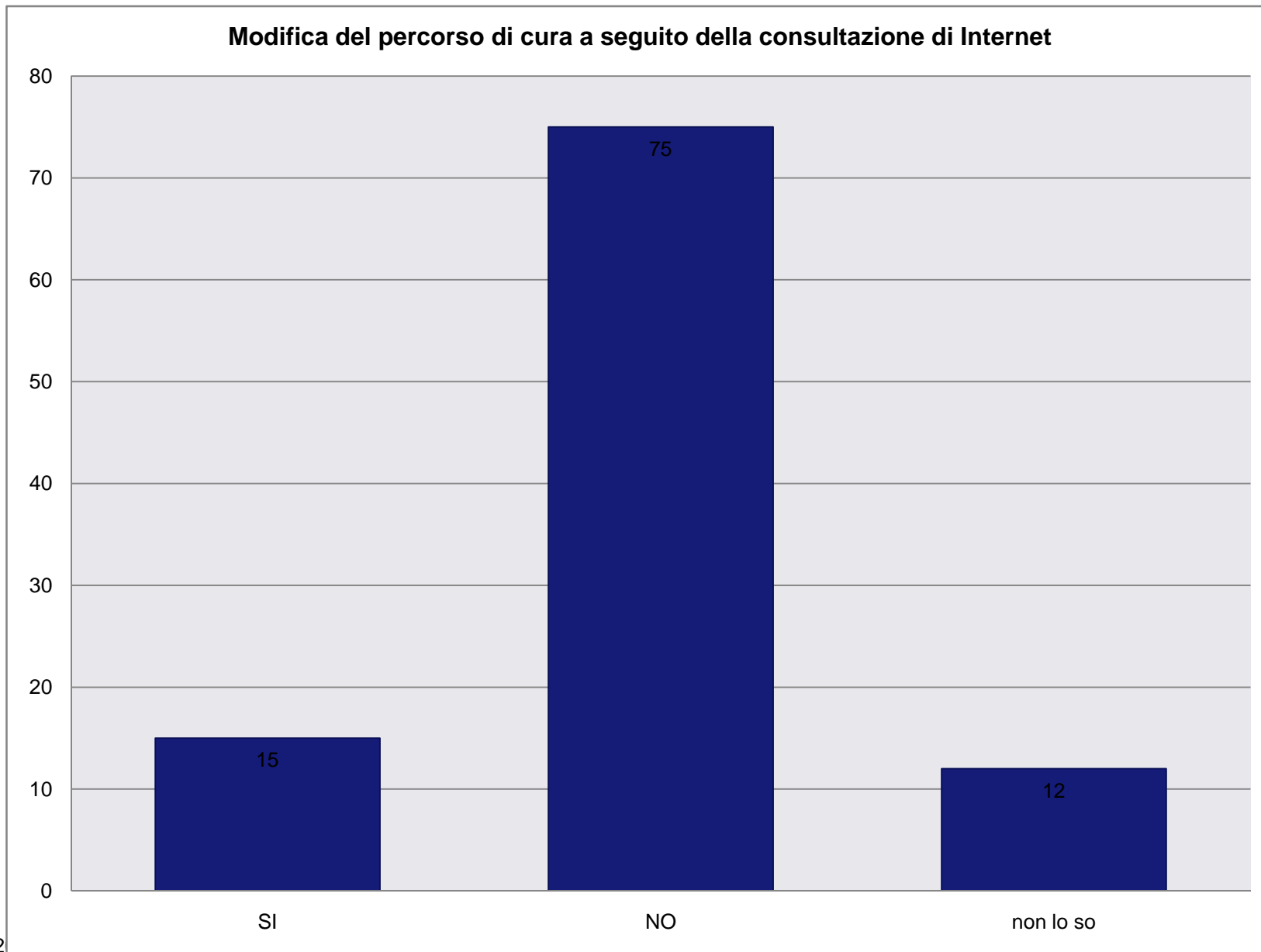




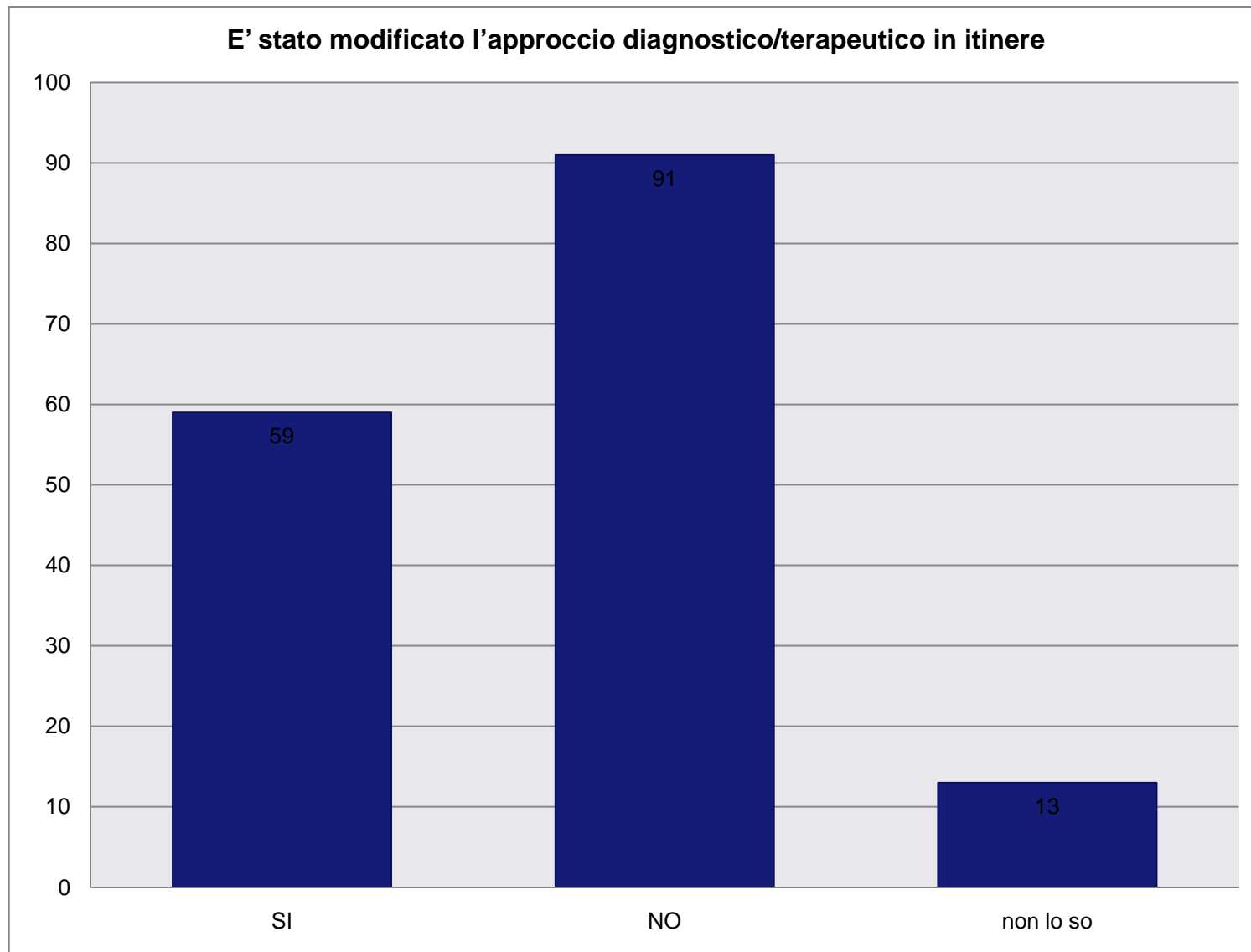


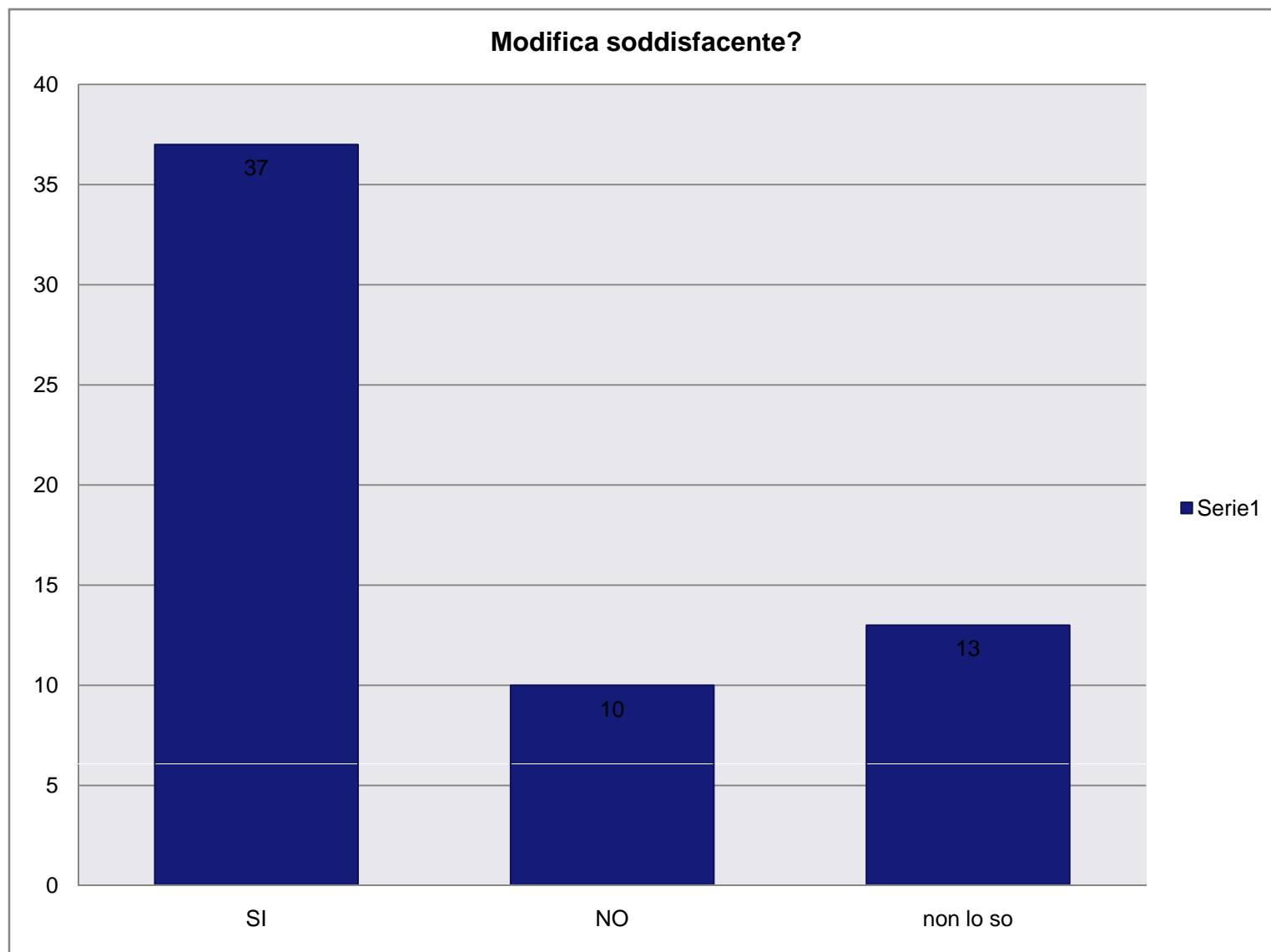












Premesse

Le nuove emergenze

Possibili spunti ed altri dati empirici

**Conclusioni (se ce ne possono essere .....**)

..... qualcuno nei PDTA continua a crederci..

**CORRIERE DELLA SERA**.it

L'INDAGINE ? ANALIZZATE LE PRESTAZIONI RICEVUTE DA OLTRE 100 MILA PERSONE IN 11 ASL

## Migliori percorsi assistenziali studiati per i malati cronici

Lo scopo è indicare strumenti ottimali, di diagnosi e di cura

**Faiella Maria Giovanna**

**Pagina 49**

(07 settembre 2014) - Corriere della Sera

.... guarda caso economisti e manager .....

## .... tuttavia

- A. penso sia difficile immaginare di poter standardizzare cio' che non è standardizzabile
- B. penso che sia difficile pensare di giudicare appropriato cio' che, ad oggi, non si è ancora riuscito a dimostrare in modo robusto (l'appropriatezza nelle cura della persona con polimorbilità e cronicità)
- C. penso che sia difficile organizzare dei percorsi che non tengano conto delle esigenze di natura sociale delle persone che sono spesso determinanti nelle decisioni di cura che vengono prese (ad oggi i PDTA non lo fanno)
- D. ritengo piu' opportuno dedicarsi al miglioramento di momenti di cura specifici

## ..... ad esempio

- Perché non studiare assieme un **minimo data set di informazioni** che tutti i gruppi di curanti dovrebbero trasmettere a colleghi che si fanno carico delle stesse persone malate ?
- Perché non studiare una **comune modalità scritta e verbale** di dialogo sulle transizioni di cura difficili ?
- Perché non chiarire un **quadro giuridico/legale** che segnali l'obbligo di dare informazioni sulla salute e condizione sociale delle persone a istanze che se ne faranno carico in fasi successive, in modo da diminuire la probabilità di fare errori ?
- Perché non creare **occasioni incrociate di formazione** in cui prendere conoscenza degli strumenti documentali e delle necessità formative di coloro a cui piu' spesso si trasferiscono pazienti o da cui si ricevono ?

.... e sul piano delle decisioni personali in ordine alle cure

- Perché non tentare di diminuire/semplificare le scelte che facciamo in ordine ai curanti; scelte che sovente sono all'origine della difficoltà di realizzare dei percorsi di cura accettabili.....

..... e spesso non producono i risultati sperati ?

**SUPSI**

**Grazie dell'attenzione**



WEB FIRST

By Robin Osborn, Donald Moulds, David Squires, Michelle M. Doty, and Chloe Anderson

# International Survey Of Older Adults Finds Shortcomings In Access, Coordination, And Patient-Centered Care

DOI: 10.1377/hlthaff.2014.0947  
HEALTH AFFAIRS 33,  
NO. 12 (2014): -  
©2014 Project HOPE—  
The People-to-People Health  
Foundation, Inc.

planning. Finally, in half of the countries, one-fifth or more of chronically ill adults were caregivers themselves.

Original Research | 2 December 2014

## Neighborhood Socioeconomic Disadvantage and 30-Day Rehospitalization: A Retrospective Cohort Study

Amy J.H. Kind, MD, PhD; Steve Jencks, MD, MPH; Jane Brock, MD, MSPH; Menggang Yu, PhD; Christie Bartels, MD; William Ehlenbach, MD, Msc; Caprice Greenberg, MD; and Maureen Smith, MD, MPH, PhD

*Ann Intern Med.* 2014;161(11):765-774. doi:10.7326/M13-2946

**Conclusion:** Residence within a disadvantaged U.S. neighborhood is a rehospitalization predictor of magnitude similar to chronic pulmonary disease. Measures of neighborhood disadvantage, such as the ADI, could potentially be used to inform policy and care after hospital discharge.