



Associazione Nazionale Sanitaria delle Piccole Isole
Società Italiana per la Salute Digitale e la Telemedicina
Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto

ISOLA D'Elba Hotel Airone 27 – 28 Ottobre 2017

16° Congresso Nazionale ANSPI

1° Convegno ANSPI SIT CARD

*I modelli per l'equità basati sulle
relazioni*



PDTA per la cronicità

Luigi Rossi

Direttore Zona Distretto Piana di Lucca

AUSL Toscana Nord Ovest

Presidente CARD Toscana

Road map

- Il Contesto: aspetti demografici e cronicità
- Sanità di Iniziativa e PDTA
- Scenari in cantiere

Lo "tsunami" della cronicità



Invecchiamento
della
popolazione

"EPIDEMIA"
MALATTIE
CRONICHE

*Efficacia
tecniche
diagnostiche
e terapie*

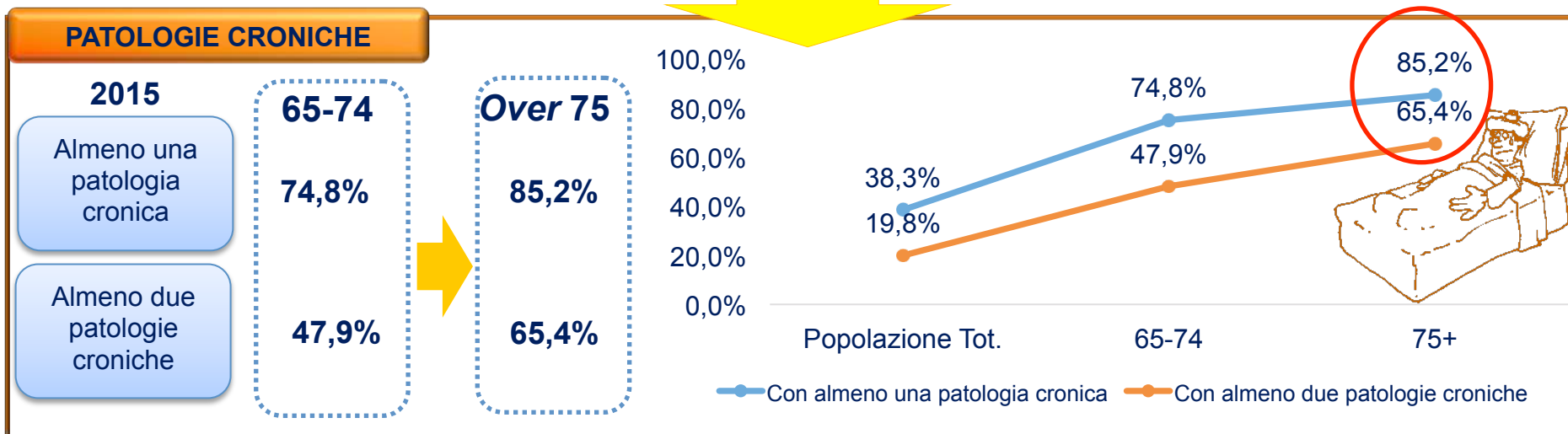
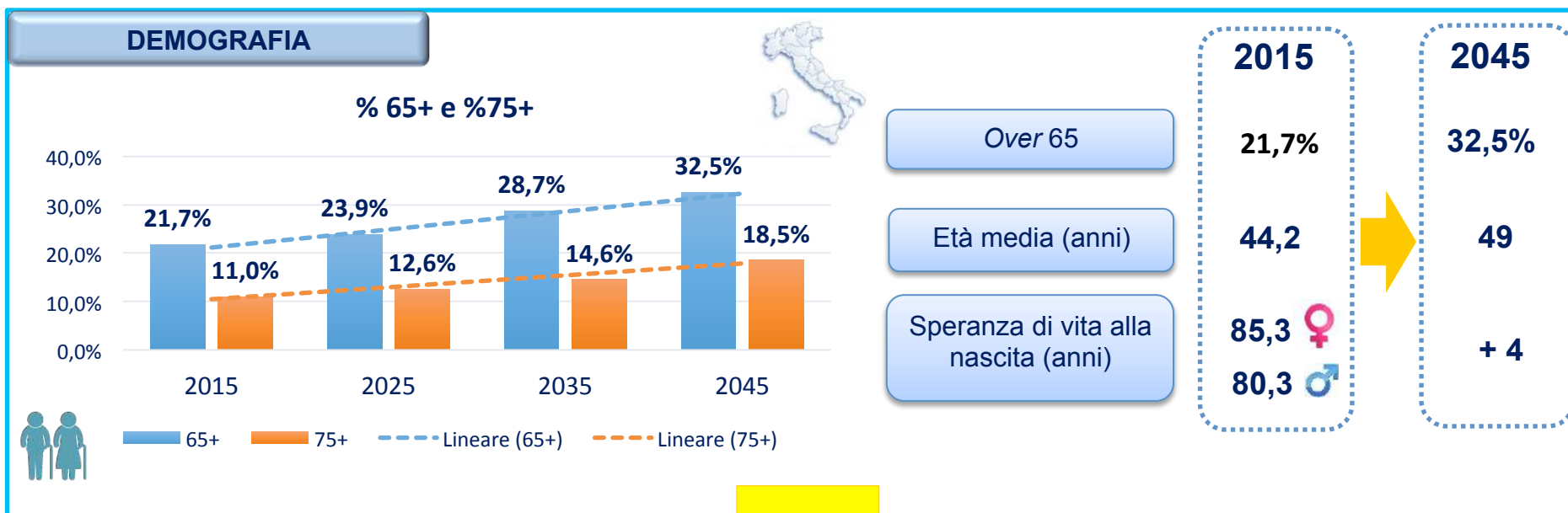
**RIDUZIONE
DELLE RISORSE
DISPONIBILI**

**DILATAZIONE
DISEGUAGLIANZE
NELLA SALUTE**

L'espressione **tempesta perfetta** si riferisce al verificarsi simultaneo di una serie di eventi che, presi singolarmente, sarebbero stati molto meno potenti che nella loro fortuita combinazione.

THE
PERFECT STORM
THEMES RU

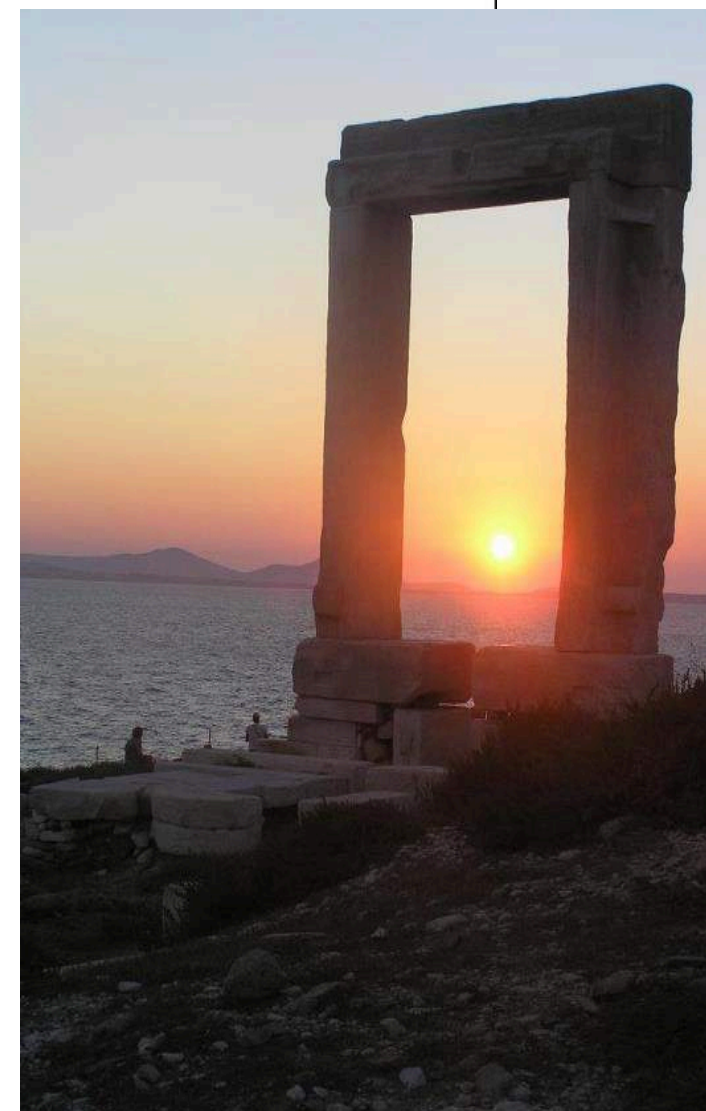
I numeri della longevità in Italia



Malattie croniche



	Toscana	Italia
Ipertensione	43,1%	51%
Artrosi, artrite	41,5%	47,7%
Malattie allergiche	11%	9,7%
Osteoporosi	20,2%	25,4%
BPCO	8,4%	10,9%
Disturbi nervosi	5,7%	8,9%
Diabete	13,8%	18,2%
Angina pectoris e altre malattie del cuore	12,5%	16,7%
Ulcere	2,5%	5,7%

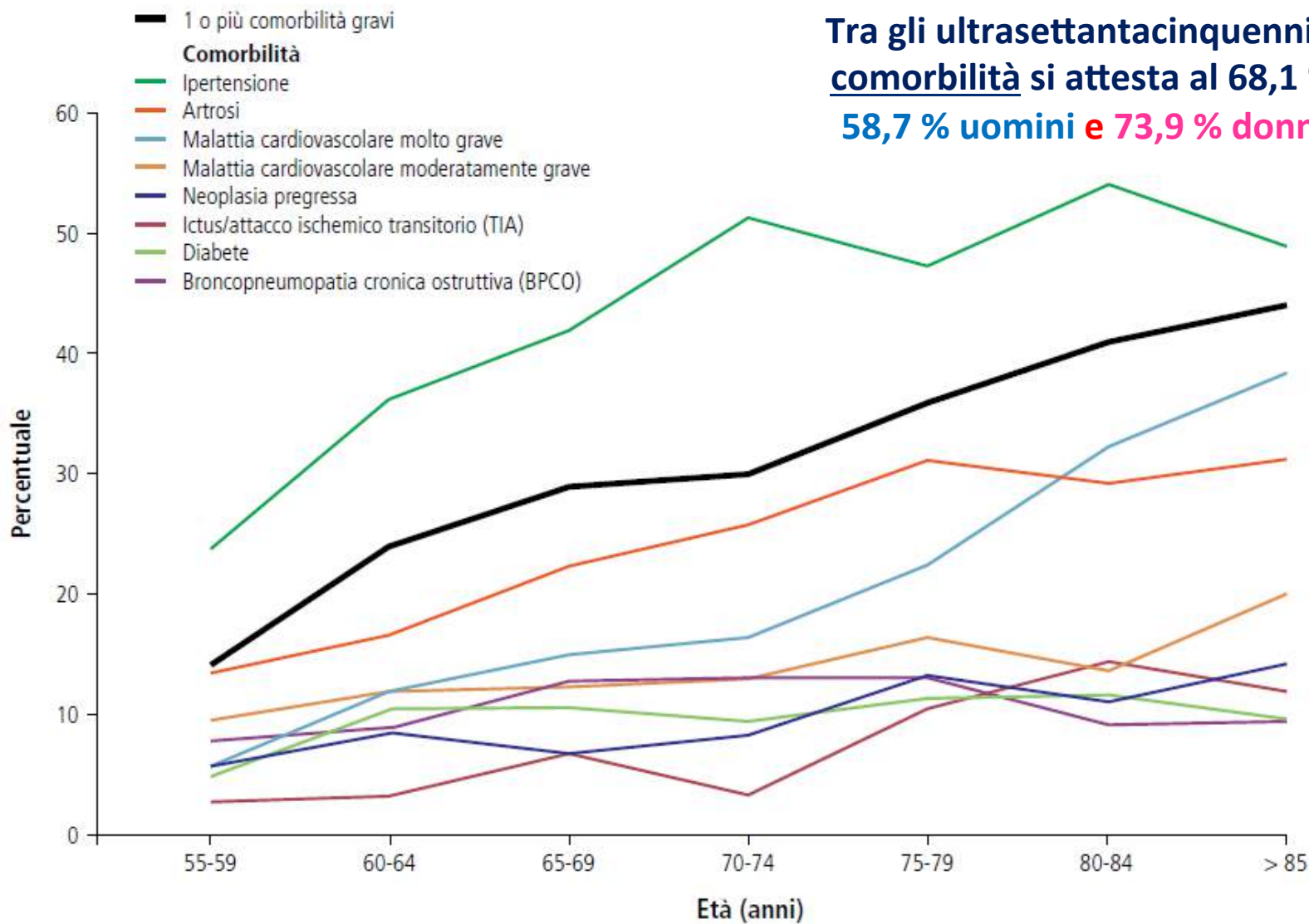


Comorbilità

Fonte: A. Salvetti, Siena 2016



La coesistenza di più patologie, spesso senza la possibilità di individuare quella prognosticamente e terapeuticamente più saliente (**multimorbilità**), è una caratteristica dei nostri tempi, così come sta divenendo sempre *meno importante l'agire medico incentrato su un approccio riduzionistico (malattia → terapia → guarigione)* soverchiato dalla *necessità di un approccio di sistema (persona → definizione dei problemi → qualità della vita)*.



Istat 90 Il 20% della popolazione ha dichiarato di essere affetto da due o più patologie croniche, con differenze di genere molto marcate a partire dai 45 anni.

Fragmented delivery system

 Poor coordination of care	 Lack of accountability across providers	 Misalignment of payment incentives
 Little transparency in cost and medical outcomes	 App. 25% of all patients are harmed by medical mistakes	 30% of all funds expended to healthcare are wasted



Ageing

62 %



Multimorbidity

50 %



Costs

\$6.5 trillion

Global trends

New England Journal of medicine (2010), Institute of medicine RAND corp (2003) & Kodner (2009), CBS (Stateline), Nationaal Kompas Volksgezondheid, Nivel, Oostrom S et al. NTVG 2011, OECD 2013, Barnett K et al. The Lancet 2012

Road map

- Il Contesto: aspetti demografici e cronicità
- Sanità di Iniziativa e PDTA
- Scenari in cantiere



Toscana: I nuovi modelli organizzativi

ospedale
riorganizzato
per intensità
di cura

Acuzia



Cronicità

territorio organizzato
secondo parametri
di complessità dei
percorsi assistenziali
e di integrazione
socio-sanitaria



Acuzia

Cronicità



Sanità di Iniziativa

IL COMPITO DEI SERVIZI



INTEGRAZIONE

MULTIPROFESSIONALITA'

**INDICATORI DI
PROCESSO
E DI ESITO**

P(DT)A
«Sequenza operativa di attività che consentono la migliore presa in carico possibile del **bisogno di salute della persona**, nel rispetto dei vincoli di conoscenza, risorse ed organizzazione»*

**COLLABORAZIONE/
SINERGIA
CONSENSO**

**CENTRALITÀ
DELLA PERSONA**

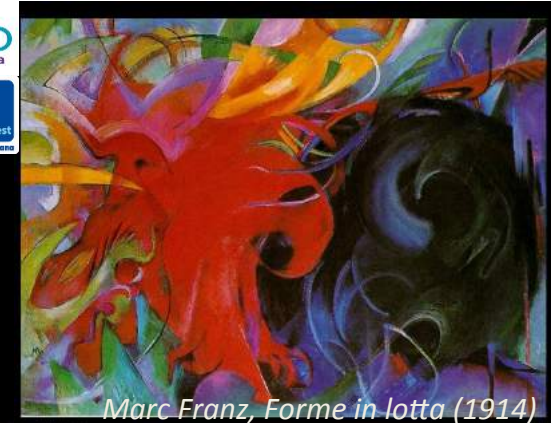


I percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) sono interventi **complessi** basati sulle migliori evidenze scientifiche e caratterizzati dall'organizzazione del **processo di assistenza per gruppi specifici di pazienti**, attraverso il coordinamento e l'attuazione di attività consequenziali standardizzate da parte di un **team multidisciplinare**.

PDTA come Percorsi condivisi tra Ospedale e Territorio per la gestione integrata del paziente «cronico».



PDTA come Integrazione Territorio - Ospedale - Territorio



Marc Franz, *Forme in lotta* (1914)

Integrazione : ottiche settoriali



Chiede al territorio di
risolvergli i problemi che
non controlla

Il territorio “scarica”
sull’ospedale i problemi che
non controlla

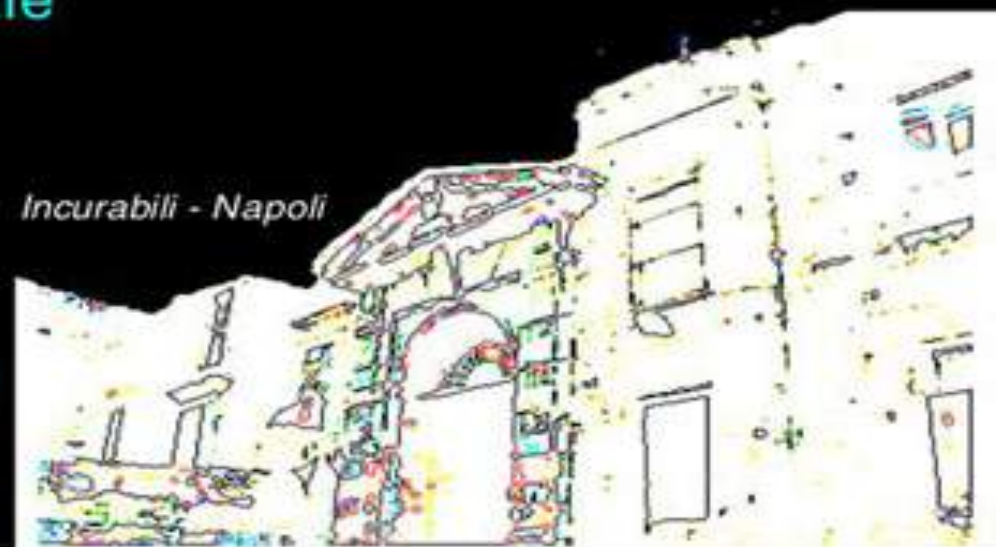


Integrazione : ottica globale



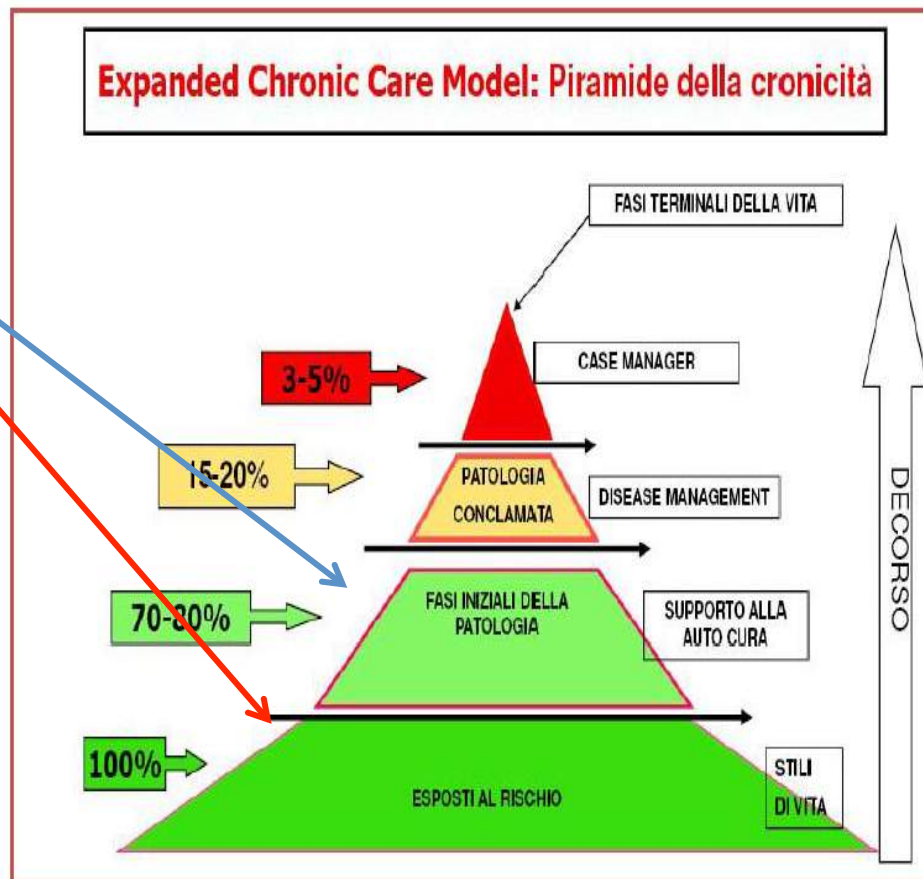
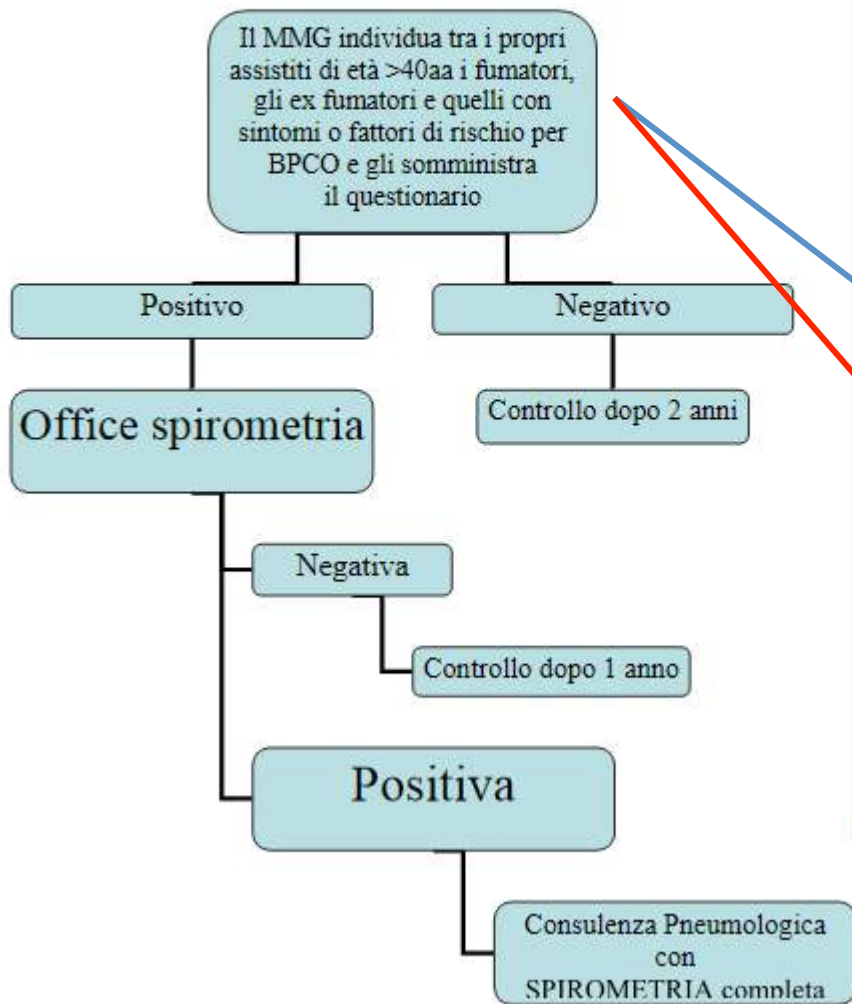
Il percorso assistenziale è
programmato e gestito

unitariamente



Incurabili - Napoli

Fase Territoriale:



PDTA del paziente diabetico nella gestione territoriale condivisa tra MG e SD.

+ VISITA ORDINARIA

- Il MMG invia il soggetto al CLUP con richiesta motivata su impegnativa rossa del SS Regionale, inviando il cittadino a presentarsi alla visita con gli esami ematochimici eseguiti negli ultimi tre mesi. Il cittadino prende appuntamento al CLUP.
 - Il SD, inquadra la persona diabetica e formula il Piano di Cura personalizzato.
- Chi necessita del documento di **ESENZIONE** per il Diabete non va inviato al SD. Il MMG rilascia una certificazione che attesti la diagnosi ed invia il soggetto al domicilio di competenza. La prescrizione delle terapie orali (quando necessaria) SECONDO PROTOCOLLO CONCORDATO, essendo finalizzata all'ottimizzazione della terapia glicemizzante, deve essere fatta dal Medico (MMG, diabetologo, ecc.) che in quel momento ha la cura il soggetto. La prima prescrizione dovrà essere autorizzata dalla farmacia con contratto. In caso di prescrizione di quantità superiori per quella classe terapeutica, per più di 2 mesi il MMG richiede la visita diabetologica differita.
- Chi disturba il gestore, consegna a ciascun utente la precedente prescrizione degli anni e un nuovo modulo da compilare che il paziente è tenuto a portare alla visita presuntiva.*

VISITA DIABETOLOGICA DIFFERITA "D" (entro 15 - 30 gg)

- Controllo metabolico non ottimale.
 - Comparsa di complicanze micro macrovascolari.
 - Diabete di nuova diagnosi.
 - Quando il MMG ne ravvede la necessità.
- Il MMG invia il soggetto al CLUP con richiesta motivata su impegnativa rossa del SS Regionale, marcando la casella **D** nello spazio "priorità della prestazione", allegando esami ematochimici vecchi e nuovi o una breve relazione clinica. Il soggetto prende appuntamento al CLUP.
- Il SD inquadra la persona diabetica e formula il Piano di Cura personalizzato e condiviso (compone metabolico, stato delle complicanze d'organo, con eventuale coordinamento di altre figure specialistiche). Invia al Medico curante una breve relazione con tutte le notizie utili. Indica se il soggetto sarà seguito direttamente dal SD. In forma il soggetto non direttamente preso in carico dal SD, che sarà seguito dal proprio Medico curante secondo il seguente piano di cura concordato:

Controlli da effettuare	Da fare e/o richiedere Ogni:	
Visita Diabetologica al SD	quando necessaria	Richiesta dal MMG
ECG + visita cardiologica	Anno	Richiesta dal SD o dal MMG
Fondo Oculare	Anno/2anni	Richiesta dal SD o dal MMG
Esame Neurologico del MMG	Anno	Durante la visita del MMG
Calcolo del rischio CV	Anno	Durante la visita del MMG
Uricemia	Anno	Richiesta dal MMG
Albuminuria (mg/g di creatinina)	Anno	Richiesta dal MMG
Emocritia	Anno	Richiesta dal MMG
Glicemia GF	Anno	Richiesta dal MMG
Al2 (ng/l)	Anno	Richiesta dal MMG
ASP (ng/l)	Anno	Richiesta dal MMG
Cholesterolio totale	6 mesi/2 anni	Richiesta dal MMG
HDL colesterolo	6 mesi/2 anni	Richiesta dal MMG
Trigliceridi	6 mesi/2 anni	Richiesta dal MMG
Pressione sanguigna	6 mesi	Durante la Visita del MMG e/o dell'IF
Fumo	6 mesi	Durante la Visita del MMG e/o dell'IF
Glicemia	6 mesi	Richiesta dal MMG
Emoglobina Glicata Hb A1c	6 mesi	Richiesta dal MMG
Esame Urine completo	6 mesi	Richiesta dal MMG
Creatinina	6 mesi	Richiesta dal MMG
Circonferenza vita	6 mesi	Durante la Visita del MMG e/o dell'IF
BMI	6 mesi	Durante la Visita del MMG e/o dell'IF
EO piede	6 mesi	Durante la Visita del MMG e/o dell'IF
EO Generale secondo gli standard italiani per la cura del diabete	Periodicamente secondo necessità	Durante la Visita del MMG

VISITA DIABETOLOGICA URGENTE "U" (entro 72 ore)

- Sincronologia suggestiva di scompenso metabolico acuto (cetozi: Tipo 1 all'esordio, terapia con insulina, chetoniuria, infusione, ecc.)
 - segni ed episodi d'ipoglicemia.
- Il MMG invia il soggetto al CLUP del Campo di Marte con richiesta motivata su impegnativa rossa del SS Regionale, marcando la casella **U** nello spazio "priorità della prestazione", allegando esami ematochimici vecchi e nuovi o una breve relazione clinica.
- Il SD visita il paziente rilasciando una breve relazione come per la visita ordinaria.
- NB: I casi di emergenza che necessitano d'intervento immediato devono essere inviati al Pronto Soccorso.**

PIÙ STATO

- Il MMG richiede **VISITA DIABETOLOGICA URGENTE** per la comparsa di una nuova lesione o peggioramento della lesione già nota, soprattutto prende contatto telefonicamente con i colleghi del SD (dott. Alberto Di Carlo, Tel. 0583 970073; dott. Ilaria Casadidio, Tel. 0583 449110; dott. Ilaria Cascareo, Tel. 0583 970073; dott. Patricia Talami, Tel. 0583 669812; dott. Fabio Ghiri Tel. 0583 669822), oppure al grande contatto con il SD tel. 0583 970070, invia il soggetto con richiesta motivata **URGENTE**, marcando la casella **U** nello spazio per la priorità della prestazione sull'impegnativa rossa del SSR, allegando esami ematochimici precedenti, eventuali esami strumentali, terapie farmacologiche (breve relazione clinica).
- Qualora non sia stato possibile il contatto telefonico, inviare il soggetto quanto prima con impegnativa rossa **URGENTE**, marcando la casella **U** e allegando esami ematochimici precedenti, eventuali esami strumentali, terapie farmacologiche (necessaria una breve relazione clinica).
- Il soggetto si reca direttamente al SD senza passare dal CLUP e il SD prenderà in carico il soggetto.

DIABETE GRAVIDICO - PREGRAVIDICO O GRAVIDICO DI MATRINE - GRAVIDICO DI MATRINE

- Il MMG o l'Obstetrico-Ginecologo invia la donna direttamente al SD con impegnativa SSR motivata, con relative codici di diagnosi (I50 e I10) e documentazione clinica personale (relazione clinica, esami di laboratorio, curva da carico glicidico, terapie farmacologiche, ecc.) e il SD prenderà in carico la gestante.

VISITA Oculare (FONDO OCULARE)

- Costante come da prassi del MMG/SD (visita rara con eccezione con la motivazione: visita oculistica per fondo oculare da SD.)

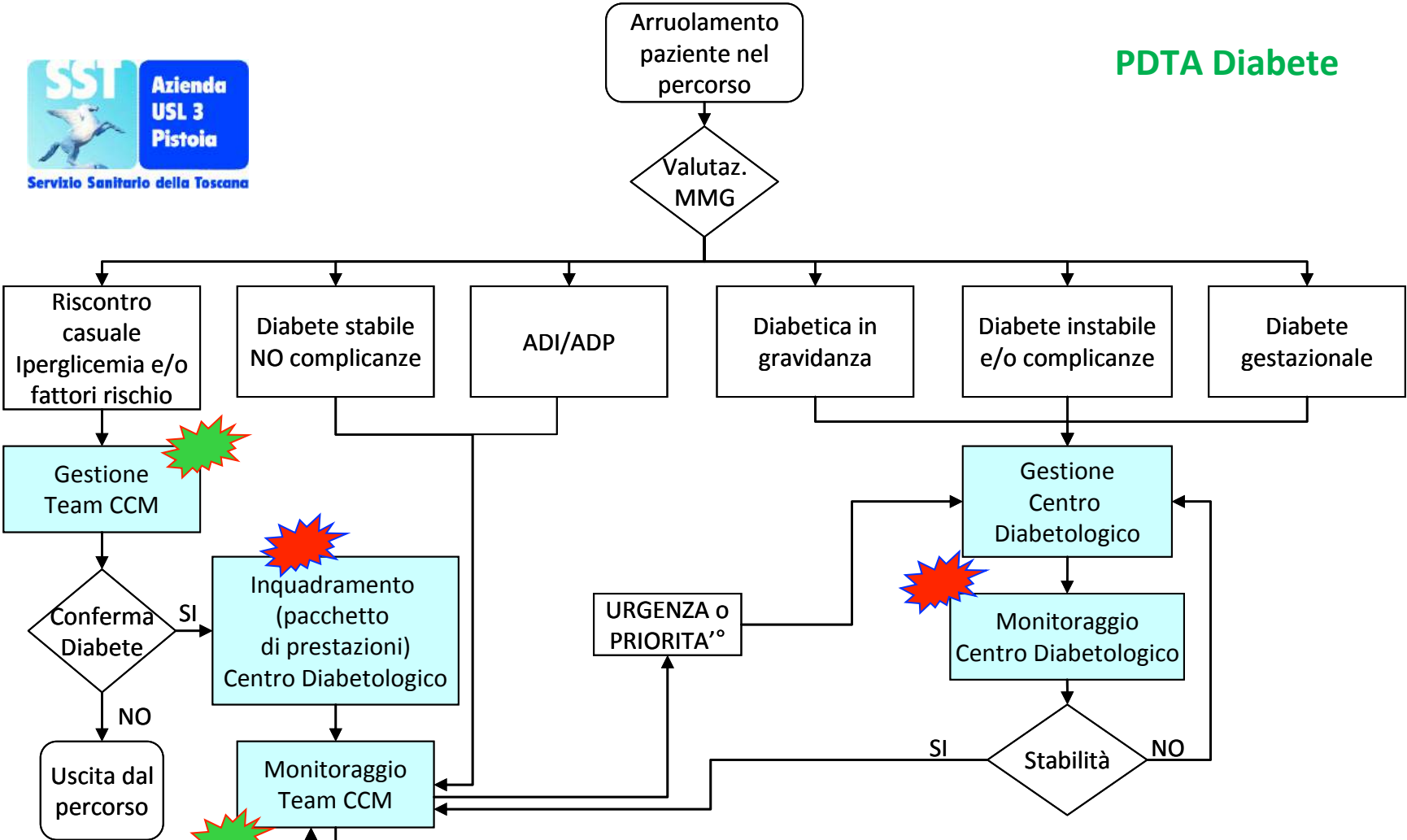
VALUTAZIONE NEUROLOGICA

- Visita programmabile solo su richiesta del Medico Diabetologo della Struttura

VALUTAZIONE DI STATO GLOBALE E PIANIFICAZIONE DI CURA

- La **VISITA DIABETOLOGICA** è richiesta dalla Commissione per l'accertamento dell'invalidità. Se per qualsiasi motivo il MMG dovesse compilare la richiesta rossa del SSR, dovrà fare una richiesta di **VISITA ORDINARIA**.
- La **Valutazione per la paziente e relativi accertamenti** devono essere a totale carico del richiedente. Il MMG NON deve fare la richiesta rossa del SSR né della visita ai degli esami (Glicemia, Emoglobina glicata, creatinina plasmatica, esame urine, albuminuria e Fondo Oculare).

I Coordinatori delle APT _____ Il Servizio di Diabetologia _____ L'Azienda USL1 _____



°URGENZA: -scompenso metabolico accertato
 - patologia al piede
 La visita del CD viene effettuata entro 24 ore.
 PRIORITA': -scarso controllo metabolico da reinquadrare.
 -recente patologia cardiovascolare acuta trattata in regime di ricovero ospedaliero (Ictus, IMA) da reinquadrare
 La visita del CD viene effettuata entro 3 o 4 giorni.

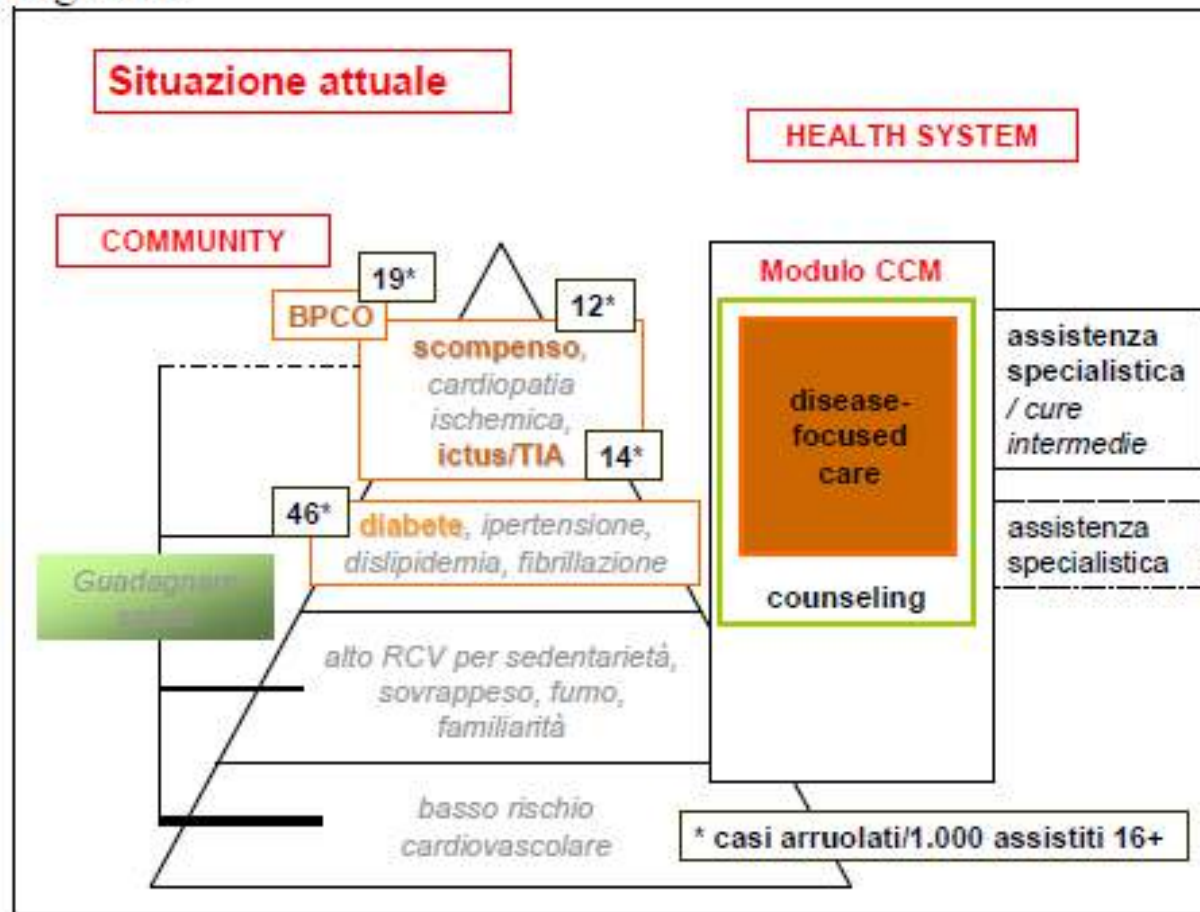
Stratificazione della popolazione secondo il livello di rischio (*Expanded CCM, Kaiser Permanente*)



CCM RT: patologie conclamate (Diabete, scompenso cardiaco, BPCO, Ictus)



Il modello del CCM si è focalizzato su **assistiti affetti da alcune condizioni croniche localizzate prevalentemente nella parte alta della piramide**, un'organizzazione "a canne d'organo" (*disease focused care*)



PROACTIVE
REACTIVE

**PIANO SANITARIO E SOCIALE INTEGRATO REGIONALE 2012-2015
PER UNA SANITA' PUBBLICA , DI QUALITA', ACCESSIBILE A TUTTI
2.2.1.5. La cronicità: dalla patologia all'individuo**

In base alla **DGRT 1235/2012**, la copertura della Sanità d'Iniziativa sarà estesa con incrementi annuali del 20% annuo fino ad arrivare a regime alla fine del 2015.

Il modello dovrà essere contestualizzato alla nuova realtà organizzativa dell'assistenza territoriale prevista dall'ACN della Medicina Generale, dall'AIR di cui alla **DGRT 1231/2012**, nonché dal D.lgs. 158/2012 convertito in Legge 189/2012, che prevedono la realizzazione delle **AFT** e delle UCCP.

AFT suddivise per Zona Distretto

Le AFT sono state costituite formalmente il 1 marzo 2014



- Mediamente la popolazione assistita da ciascuna AFT è di 27.000 assistiti ed i medici di MMG che ne fanno parte sono 23.
- In tutte è presente almeno un punto di continuità assistenziale.
- Tutti i 1.082 medici di CA sono assegnati ad una AFT

Zone-Distretto/SdS: 34

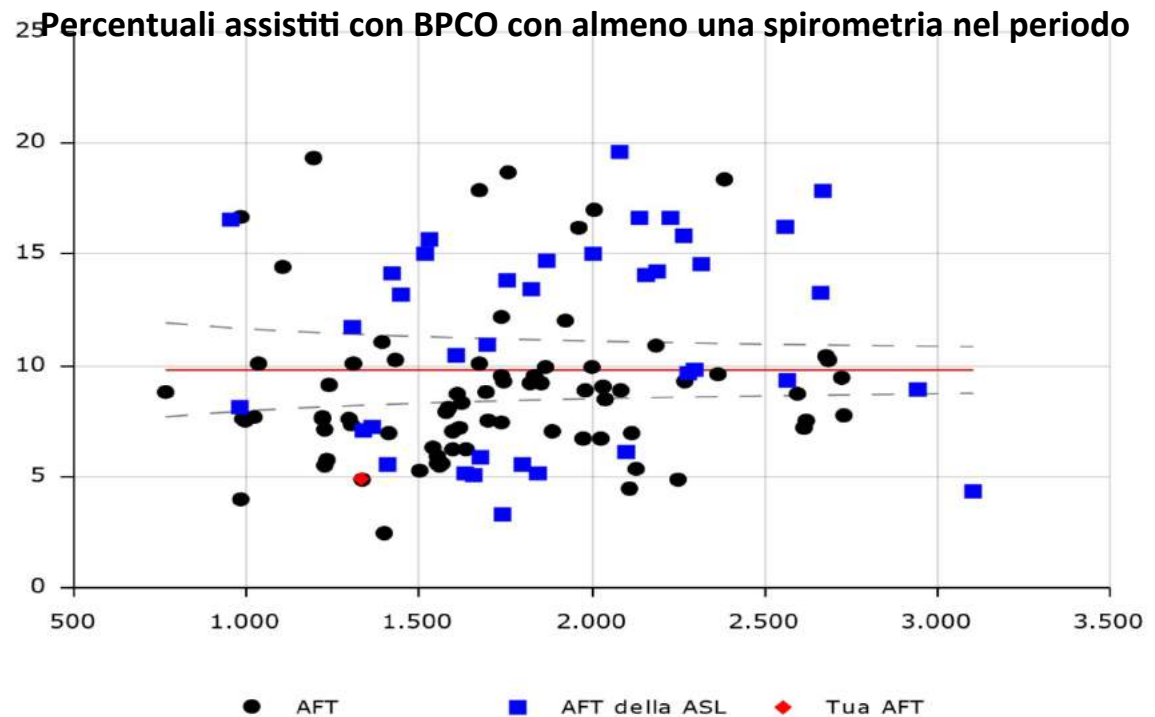
In Toscana 115 AFT:

- **AUSL Nordovest: 39 (MMG 945)**
- **AUSL Centro: 45 (MMG 1.170)**
- **AUSL Sudest: 31 (MMG 611)**

87 indicatori su:

- visite specialistiche
- assistenza domiciliare
- diagnostica strumentale e di laboratorio
- accessi al pronto soccorso
- ricoveri in ospedale
- cura degli assistiti affetti da:
 - ipertensione
 - diabete
 - cardiopatia ischemica
 - scompenso cardiaco
 - bpco
 - pregresso ictus
 - demenza

Il sistema di valutazione della performance per AFT



Indicatore Scompenso SC1 – Dosaggio ematico Na/K

Pazienti con scompenso cardiaco che hanno effettuato almeno una

Indicatore Scompenso SC6 – Tasso di ricovero

Tasso di ricovero per modulo

Defini	Definizione:	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco dei pazienti in carico al modulo con età 50-74 anni alla data di rilevazione
Nume	Numeratore:	Numero di ricoveri per scompenso cardiaco dei pazienti in carico al modulo con età 50-74 anni alla data di rilevazione
Denor	Denominatore:	Numero assistiti del modulo con età 50-74 anni alla data di rilevazione
Formu. mater	Formula matematica:	$\frac{\text{Numero ricoveri per scompenso nel periodo}}{\text{Numero pazienti assistiti dal modulo alla data di misurazione}} \times 100.000$
Note:	Note:	Criteri di identificazione ricoveri: SDO dimissione con diagnosi di dimissione principale 428.*, 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93. Solo ricoveri ordinari. Escluso dimessi da unità spinale, riabilitazione, lungodegenza e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75). Esclusi i dimessi con codici 35.*, 36.*, 37.* in qualunque campo di procedura
Fonte	Fonte:	ASL: anagrafe assistiti, flusso SDO
Param. riferin	Parametro di riferimento:	<15% rispetto al valore di partenza del modulo o comunque entro la media regionale
Temp	Tempistica	Trimestrale (i tempi sono indicati alle ultime diapositive). Le valutazioni a 3, 6 e 9 mesi vengono effettuate per finalità di monitoraggio. Il valore annuale è quello da considerare ai fini dell'incentivazione; se lo standard viene raggiunto prima, viene riconosciuto raggiunto l'obiettivo (ai fini della corresponsione della quota corrispondente all'obiettivo intermedio), purché nelle misurazioni successive non vi siano riduzioni di valore

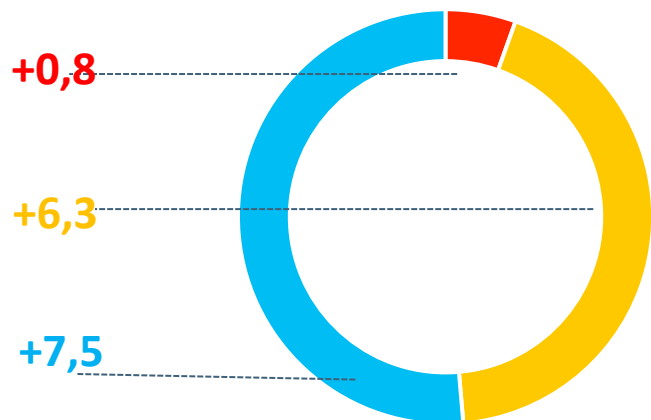
Tempistica

Trimestrale (i tempi sono indicati alle ultime diapositive). Le valutazioni a 3, 6 e 9 mesi vengono effettuate per finalità di monitoraggio. Il valore annuale è quello da considerare ai fini dell'incentivazione; se lo standard viene raggiunto prima, viene riconosciuto raggiunto l'obiettivo (ai fini della corresponsione della quota corrispondente all'obiettivo intermedio). purché nelle misurazioni

LA SANITÀ D'INIZIATIVA - DIABETE

gli assistiti dei mmg che hanno aderito alla sanità d'iniziativa nel periodo 2011-2014

HANNO CONSUMATO
+ PRESTAZIONI TERRITORIALI



- visite diabetologiche
- farmaci
- diagnostica laboratorio
-

HANNO RICEVUTO CURE PIÙ APPROPRIATE

adesione al GCI **+ 58 %**

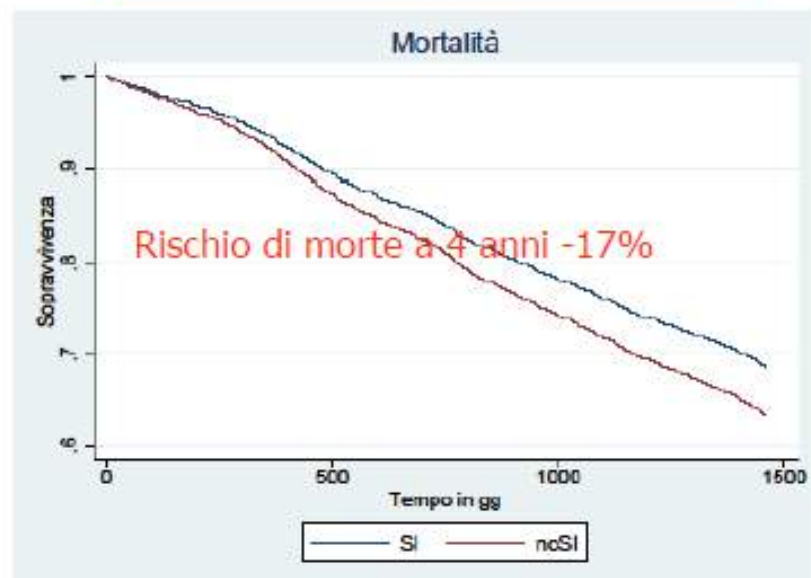
HANNO RICEVUTO ESITI MIGLIORI

tasso **eventi cardio-cerebrovascolari** acuti **- 19%**

rischio di decesso a 4 anni **- 12%**

Scompenso – gli assistiti dei mmg (arruolati nel 2010) che hanno aderito alla sanità d’iniziativa, nel periodo 2010-2013:

Sono sopravvissuti di più:



Hanno fatto più ricoveri ospedalieri:

•tasso ricoveri per cause cardiologiche + 20%

(IRR)

•tasso ricoveri per scompenso cardiaco + 25%

(IRR)

CRITICITA' DEL CCM

- **Mancanza di personalizzazione:** cura delle singole patologie (PDTA) e non della persona nella sua complessità sociale e sanitaria
- **Autoreferenzialità** delle varie figure del team: frammentazione delle cure
- **Mancanza di un collegamento** strutturato H/T

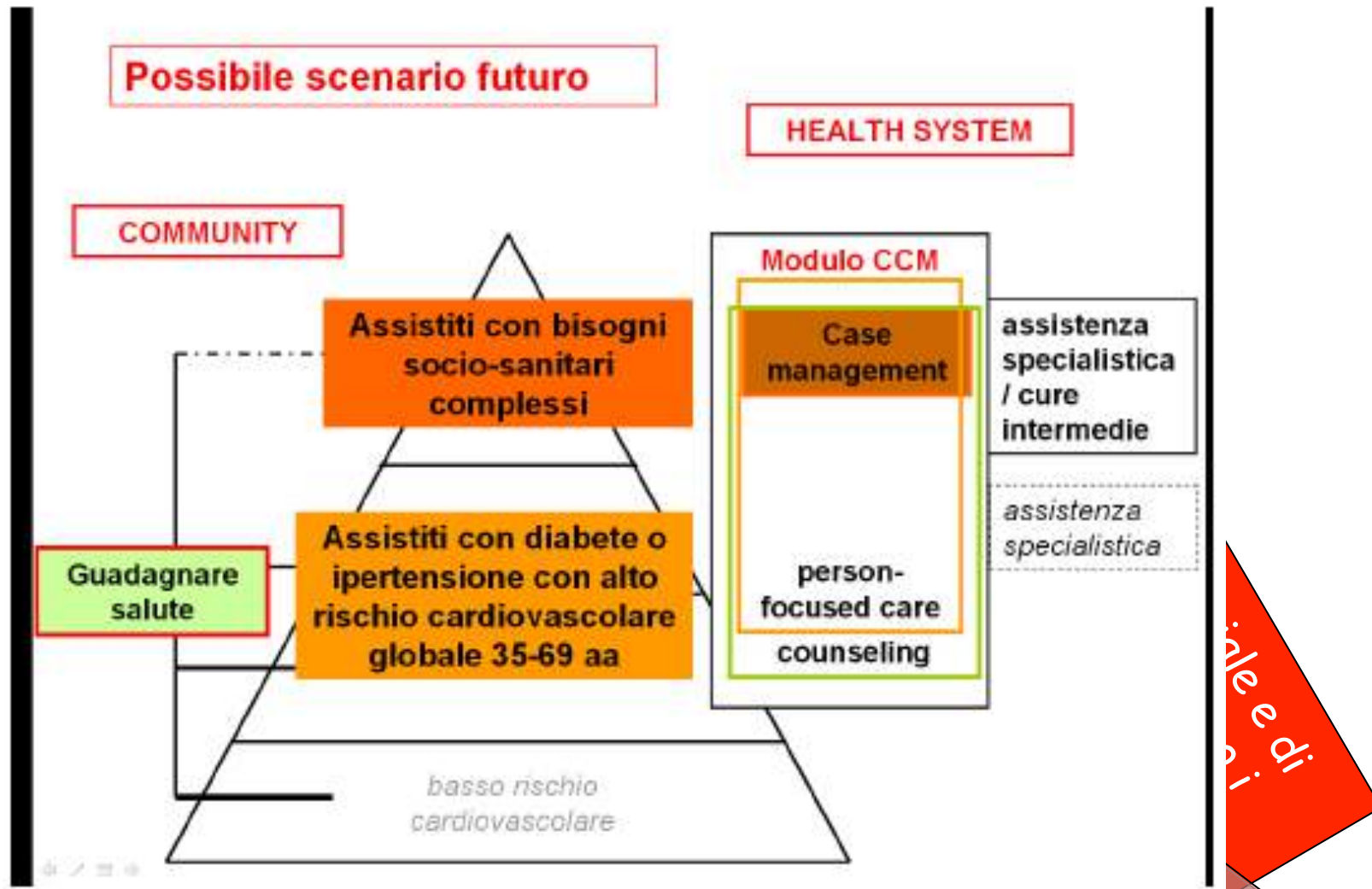
Road map

- Il Contesto: aspetti demografici e cronicità
- Sanità di Iniziativa e PDTA
- Scenari in cantiere

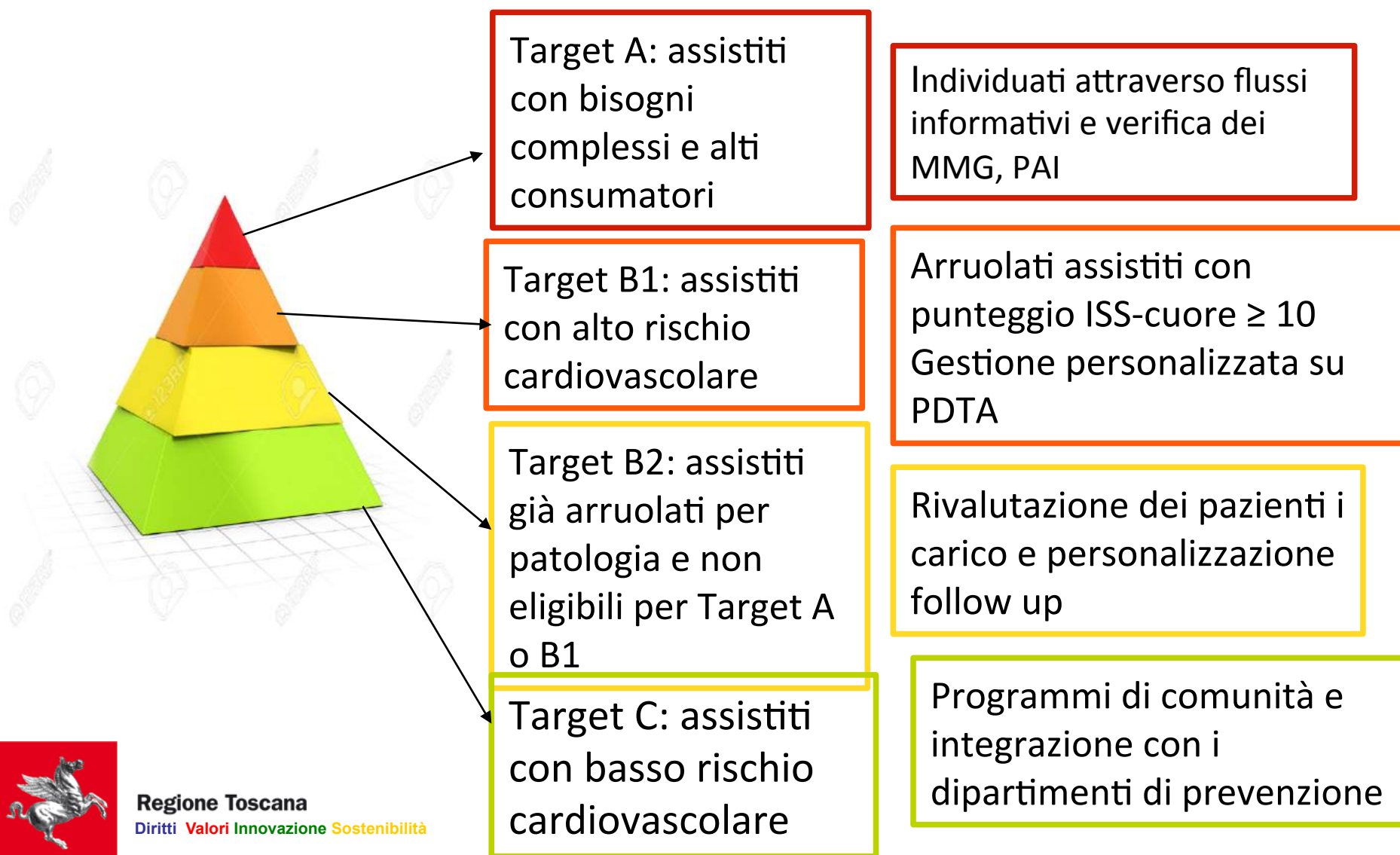


Evitiamo di salire e allarghiamo la base

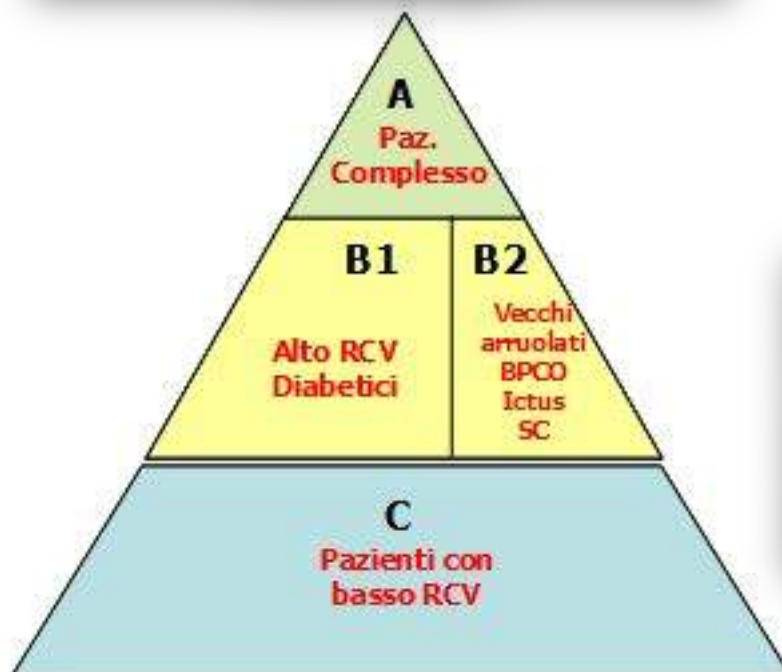
Figura 3.



Il nuovo modello di Sanità di Iniziativa (DGR 650/2016)



il care management : processo di pianificazione, coordinamento, gestione e revisione dell'assistenza cucita/taylored sull'assistito in base ai suoi bisogni



sistema di supporto all'autogestione, che preveda di sviluppare azioni tendenti a migliorare la qualità della vita rispetto all'attività motoria, all'alimentazione, all'alcol, al fumo di sigarette ovvero a più corretti stili di vita.



**-misure preventive che agiscano cambiando gli stili di vita degli individui a rischio
-l'offerta di cure appropriate secondo i PDTA consolidati e specifici per patologia
Il modello assistenziale è incentrato sulla persona (person focused care) e sull'empowerment del paziente**

Lo sviluppo dell'autogestione nella sanità d'iniziativa "nuovo modello"

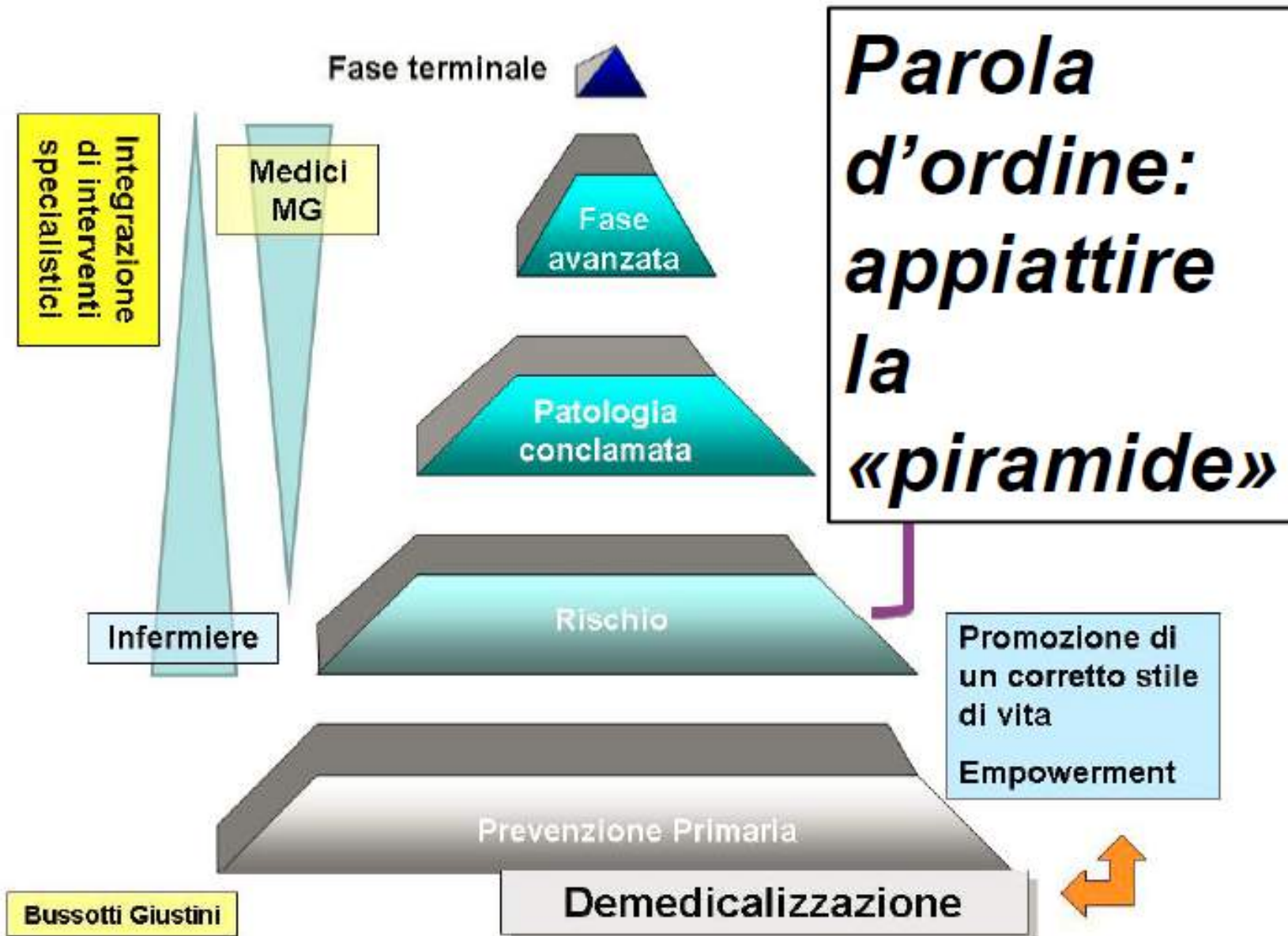
Progetto CCM



Il self-management per la persona con diabete.
 Dalla progettualità alla pianificazione e implementazione strutturata dei programmi di educazione

Progetto « Un intervento di implementazione strutturata e sistematica di educazione della persona diabetica: agire su alimentazione, attività fisica e gestione auto-efficace della malattia cronica per incidere sul controllo del peso degli indicatori di malattia» finanziato dal Ministero della Salute - CCM





La piramide del rischio: il case-mix della popolazione



STRUMENTI DI GESTIONE

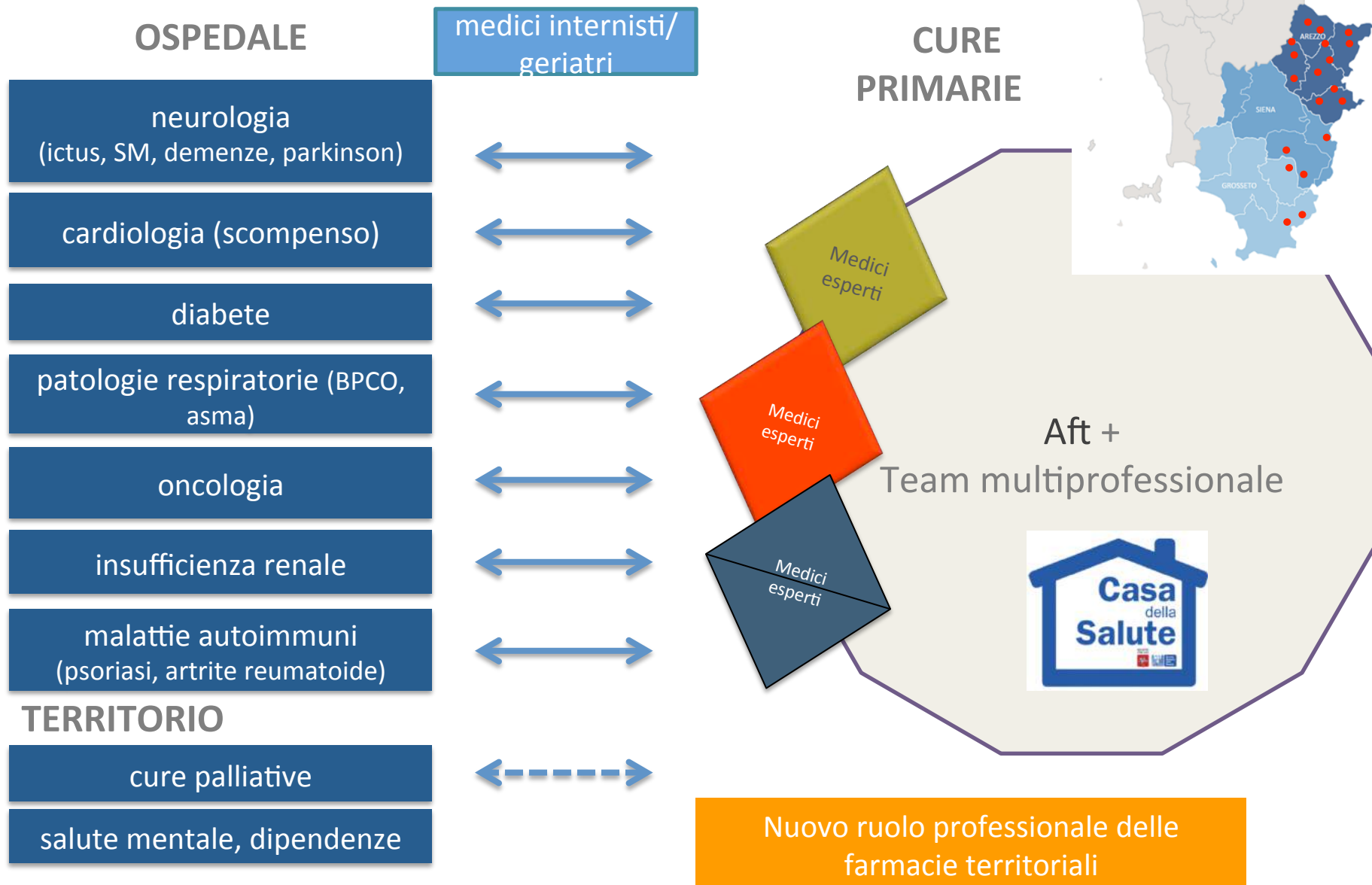
LUOGO E TIPO DI CURA

Delibera n. 632 del 12/06/2017

Gara d'appalto indetta dalla Regione Veneto per l'acquisizione della licenza d'uso di un sistema di classificazione del **case-mix territoriale** e dei servizi di supporto per la Regione Veneto, la Regione Friuli Venezia Giulia, la Regione Toscana, la Provincia Autonoma di Trento e la Provincia Autonoma di Bolzano

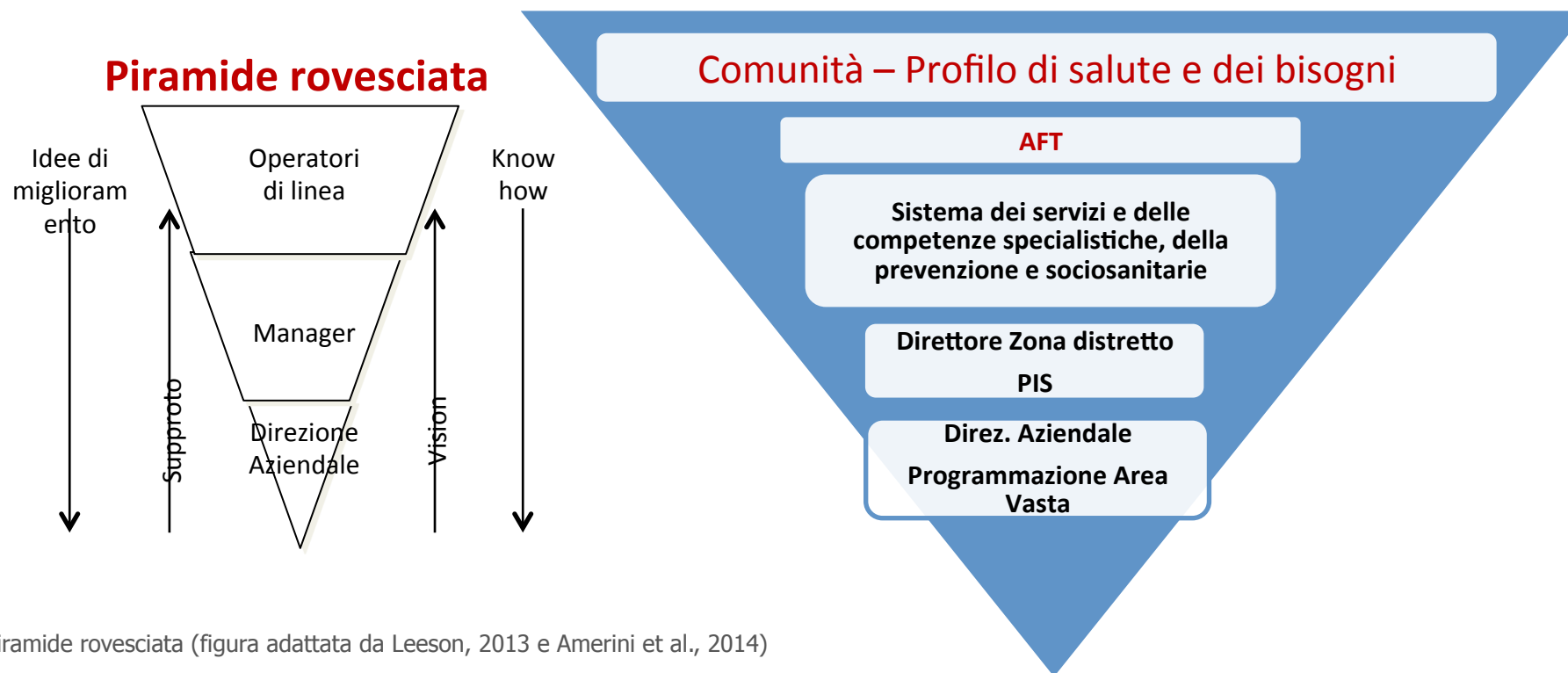
Per ogni Zona Distretto: RETI CLINICHE INTEGRATE E STRUTTURATE

Fonte: S. Dei, R. Turillazzi, Pisa 2017



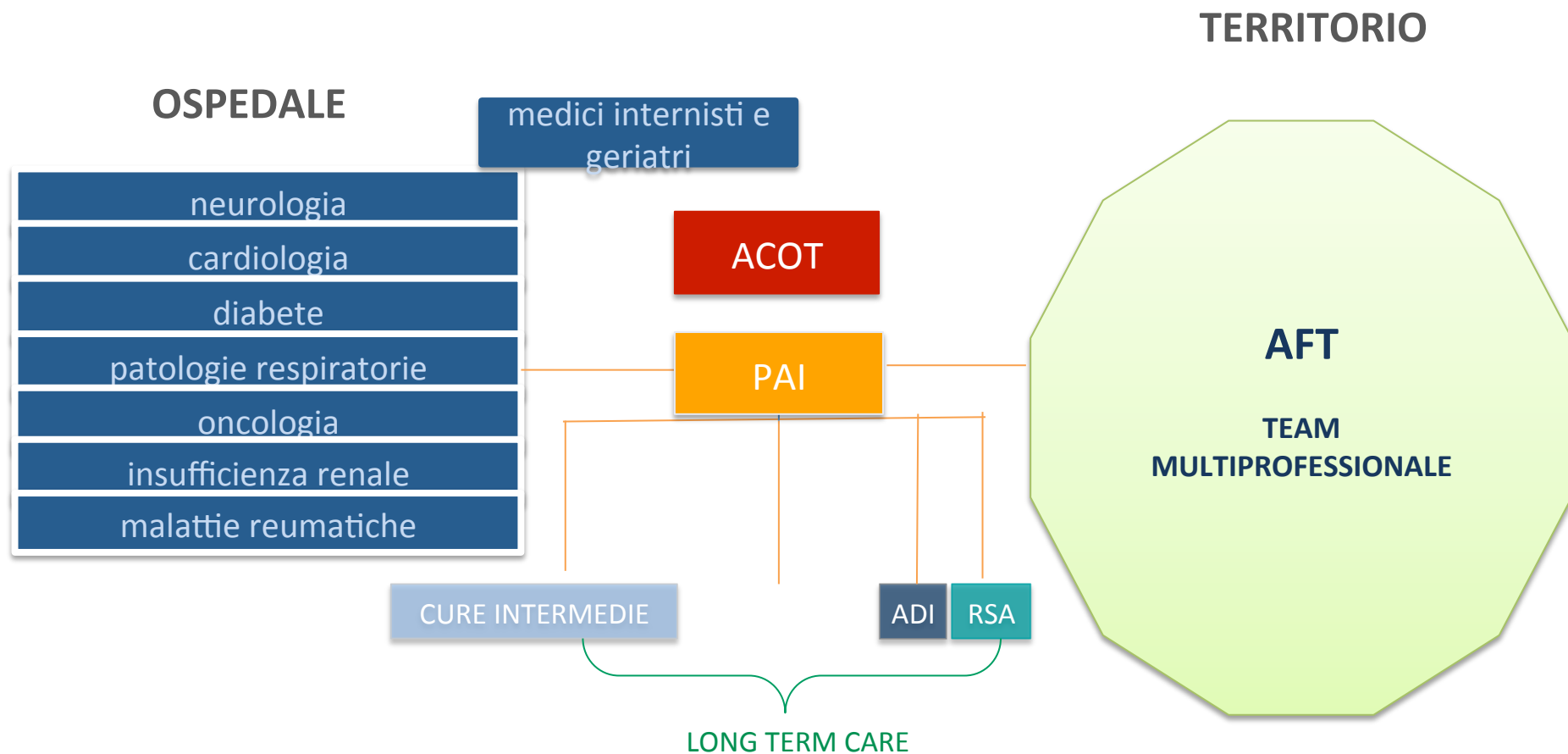
... E le sfide della nuova riforma ...

Spazi, opportunità, scelte di allocazione delle risorse che possano garantire migliori risultati di esito per la nostra popolazione grazie al coordinamento e all'integrazione delle cure, adeguata organizzazione dei setting assistenziali, innovazione sostenibile possono essere individuati se **l'impostazione organizzativa del sistema si modifica:**



INTEGRAZIONE OSPEDALE – TERRITORIO

(apice della piramide)



1. **Individuazione della popolazione e stratificazione per complessità** (presa in carico anche sociale per intensità di cura)
2. **Comunità di pratica:** professionisti del team **nominalmente** individuati (Umanizzazione della cure)
3. Dal **PDTA** al **Piano individuale di assistenza** su valutazione multidimensionale: **personalizzazione** delle Cure
4. **Miglioramento dell'aderenza terapeutica e farmacovigilanza:** Efficacia e sicurezza delle cure
5. **Appropriatezza** nella prescrizione e «**dove si prescrive si prenota**»: riduzione dei tempi di attesa
6. **Prossimità della cura (AFT) e centralizzazione delle conoscenze specialistiche**(Ospedale)



**ELEMENTI IRRINUNCIABILI
DELLE RETI CLINICHE INTEGRATE E STRUTTURATE**

RCT/Linee guida



Piano di cura personalizzato



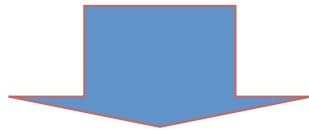
PDTA →



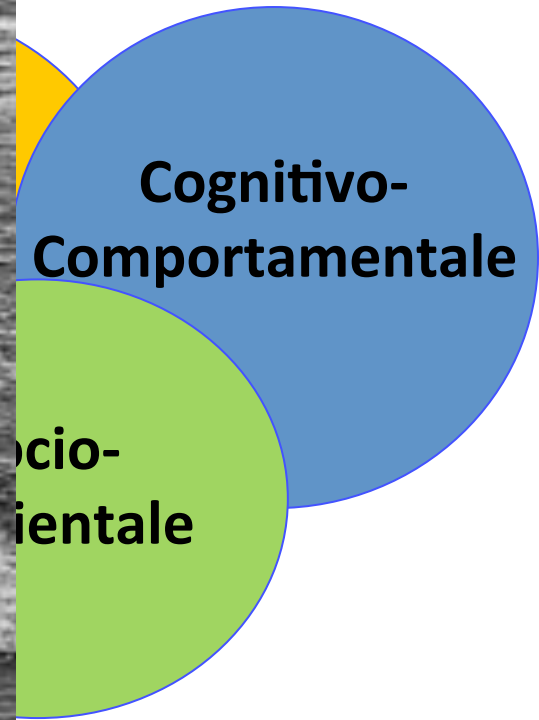
La Salute globale

Gli stili di vita per la salute

- Le abitudini alimentari
- Il consumo di alcool
- Il consumo di tabacco
- Comportamenti sessuali a rischio
- La cura delle relazioni e la partecipazione
- Vivere bene in famiglia
- L'attività fisica
- Un consumo più consapevole



- Prevenire la disabilità
- Prevenire (stabilizzare)



La Casa della Salute è la sede pubblica dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano **prestazioni sanitarie** (Medici di Medicina Generale, Medici Specialisti, Infermieri, ecc.) e **socio-assistenziali** per una porzione di popolazione; in essa si vuole realizzare la **presa in carico** delle persone e si attuano **azioni di diagnosi e cura, di prevenzione** per tutto l'arco della vita ed di promozione della salute.

La CdS diventa l'unità di base della produzione/integrazione socio-sanitaria nel territorio.



Key Conclusions

Integrated care is essential to sustaining our health systems. It is a multi-level, multi-modal, demand-driven and patient-centred strategy designed to address complex and costly health needs by achieving better coordination of services across the entire care continuum. Not an end in itself, integrated care is a means of optimizing system performance and attaining quality patient outcomes.

Invecchiamento attivo, Toscana premiata dalla Commissione europea

7 dicembre 2016 | 16:00
Scritto da *Lorenza Pampaloni*



FIRENZE - La Toscana è stata premiata oggi a Bruxelles dalla Commissione Europea per l'innovazione e l'attività fisica. Altre nove regioni (Friuli Venezia Giulia, Puglia, Veneto, Lombardia, Emilia Romagna, Basilicata, Marche, Umbria e Abruzzo) sono state premiate nell'ambito del progetto EIP ON AHA for Active and Healthy Ageing, a fuoco, con

ICT, delegati di OMS, OCSE, ONG e imprese private, trasformare l'assistenza sanitaria in Europa e contribuire a nuove opportunità di crescita economica.

Il premio, conferito



Committee of the Regions
COR INTERREGIONAL GROUP ON HEALTH & WELLBEING
Topic - Active and Healthy Ageing
Bruxelles, Belgium

Toscana
Adapted Physical Activity Programme

Andrea Sanquerin
Settore Organizzazione delle Cure e Percorsi Cronicità
Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale
Regione Toscana, Italy

Francesco Benvenuti
UOC Cura e Riabilitazione delle Fragilità
USL Toscana Centro
Regione Toscana, Italy



Le buone pratiche premiate

- Sanità d'iniziativa
- Attività Fisica adattata
- Soluzioni innovative per la prevenzione delle cadute



Gestione delle principali patologie croniche



EmilysQuotes.Com

“If you think you are too small to make a difference,
try sleeping with a mosquito.”

~ Dalai Lama