



CONVEGNO NAZIONALE FNOMCeO

**VALORE
SALUTE**

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, VOLANO
DI PROGRESSO DEL PAESE

1978
I 45 ANNI
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
UN' ECCELLENZA ITALIANA
2023

23 - 24 OTTOBRE 2023

Pontificia Università San Tommaso D'Aquino
Largo Angelicum 1 - Roma

Diseguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari

Silvio Brusaferrò

Università degli Studi di Udine

Ma il quadro non è uguale per tutti



EQUITY and HEALTH



World Health
Organization

Equity is the absence of avoidable, unfair, or removable differences in health status and access to health care among groups of people, whether those groups are defined socially, economically, demographically or geographically or by other means of stratification.

"Health equity" or "equity in health" implies that ideally everyone should have a **fair opportunity to attain their full health potential** and that no one should be disadvantaged from achieving this potential.

I principi fondamentali SSN

- **Universalità**

- Significa l'estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione. In osservanza del nuovo concetto di salute introdotto dalla legge di istituzione del SSN. La salute, a partire dal 1978, è stata intesa infatti non soltanto come bene individuale ma soprattutto come risorsa della comunità..

- **Uguaglianza**

- **Equità**

- **A tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute. Questo è il principio fondamentale che ha il fine di superare le disuguaglianze di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie. Per la sua applicazione è necessario:**
- garantire a tutti qualità, efficienza, appropriatezza e trasparenza del servizio e in particolare delle prestazioni;
- fornire, da parte del medico, infermiere e operatore sanitario, una comunicazione corretta sulla prestazione sanitaria necessaria per il cittadino e adeguata al suo grado di istruzione e comprensione (consenso informato, presa in carico).



Servizio sanitario nazionale: i LEA

[Home](#) / I principi del Servizio sanitario nazionale (SSN)

I principi del Servizio sanitario nazionale (SSN)

La salute è diritto di tutti, tutelato dalla Costituzione italiana

Il Servizio sanitario nazionale (SSN) è un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art.32 della Costituzione, che recita:

"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

I principi fondamentali

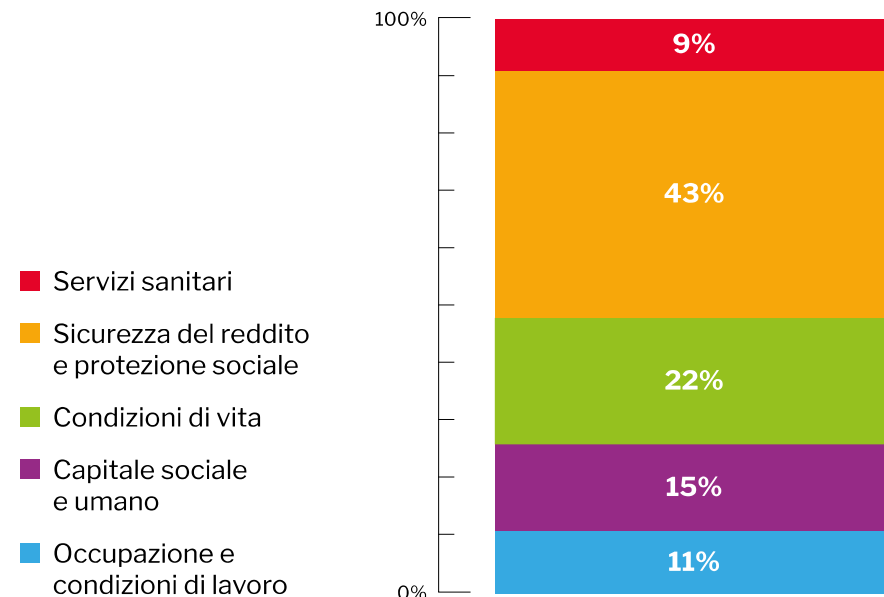
Una vita sana e prospera per tutti in Italia

Rapporto sullo stato dell'equità in salute in Italia
Relazione nazionale



Fonte: elaborazione degli autori basata sull'HESR europeo (3).

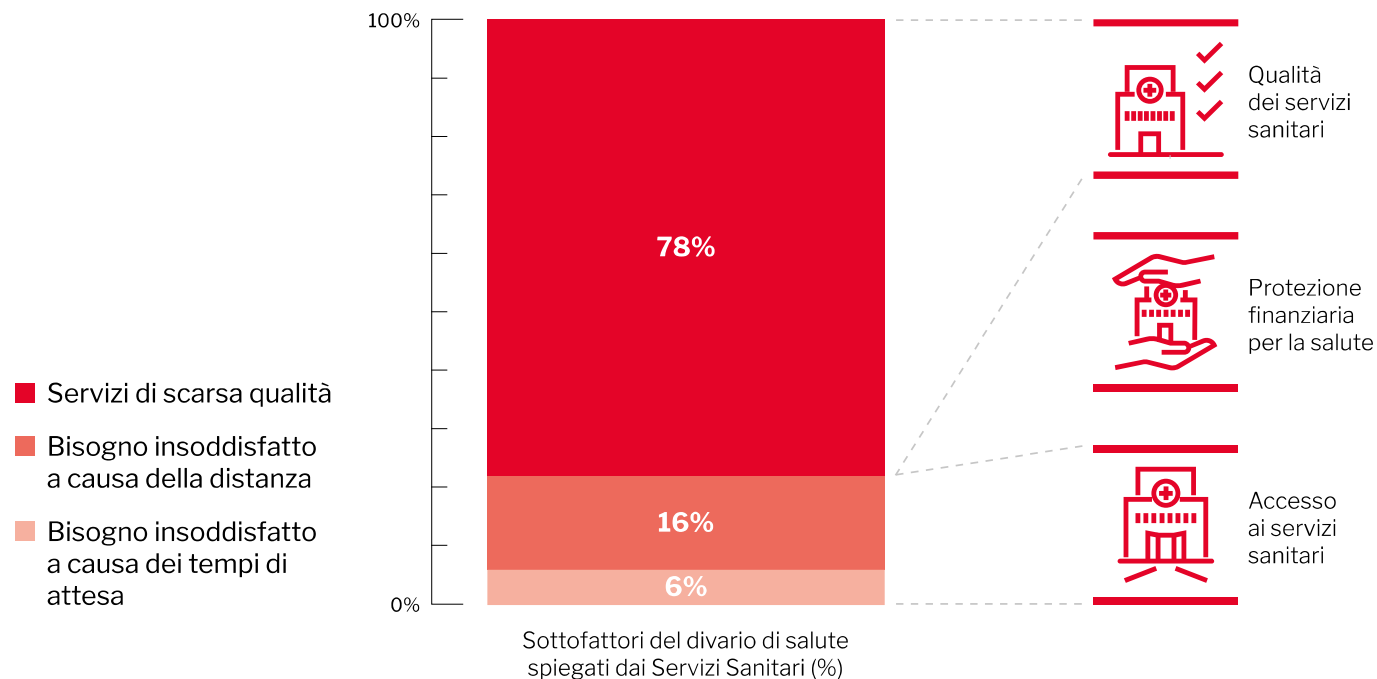
Fig. 0.1. Scomposizione dell'impatto delle cinque condizioni essenziali che influenzano il divario dello stato di salute tra il 40% più ricco e più povero in Italia



Contributo relativo al divario attribuibile alle differenze in 5 fattori, dopo gli aggiustamenti per l'età, il sesso e il numero di persone a carico

Fonte: analisi di scomposizione utilizzando i dati del campione italiano di Eurofound European Quality of Life Survey (EQLS) 2003-2016.

Fig. 0.2. Scomposizione del sottofattore servizi sanitari



Fonte: analisi di scomposizione utilizzando i dati del campione italiano di Eurofound European Quality of Life Survey (EQLS) 2003-2016.



Ridurre le disuguaglianze di salute garantendo la sostenibilità e la resilienza del sistema sanitario

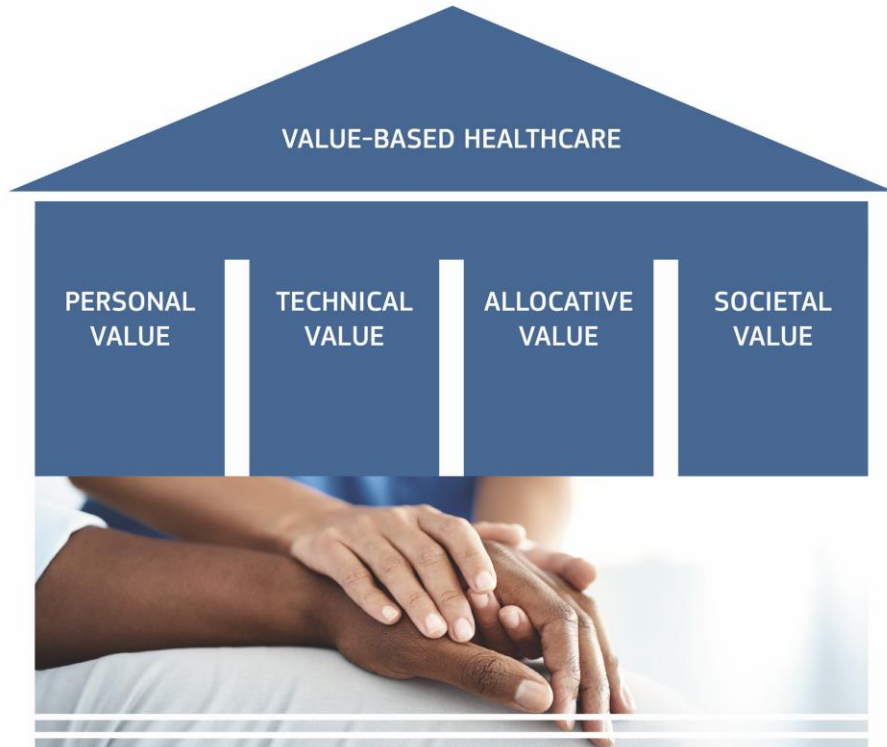
RACCOMANDAZIONI PRINCIPALI

Dovrebbe essere garantito un accesso equo all'assistenza formale e informale (compresi i servizi di salute mentale e gli aspetti relativi all'assistenza sanitaria digitale), trattando le questioni di accesso congiuntamente alle molteplici dimensioni delle condizioni essenziali necessarie per una buona salute, come la fiducia nelle istituzioni sanitarie e la flessibilità degli orari di lavoro per consentire l'accesso ai servizi sanitari che sono aperti solo durante l'orario di ufficio.

Le persone dovrebbero essere aiutati a proteggersi dai comportamenti e dai fattori di rischio dannosi per la salute, anche attraverso gli interventi delle comunità per la promozione della salute che rafforzano i servizi sanitari locali e quelli che mirano ad aiutare le donne ad orientarsi nell'intreccio dei fattori di genere e socioeconomici che hanno un impatto sui fattori di rischio e sui comportamenti dannosi.

Il ruolo delle scuole nella promozione della salute e del benessere dovrebbe essere valorizzato per attenuare le disuguaglianze in termini di alimentazione, sovrappeso e obesità, attività fisica e comportamenti rischiosi per la salute tra i bambini, oltre che per favorire il benessere e le opportunità che la vita offre ai giovani attraverso l'acquisizione di competenze.

Bisognerebbe costruire un rapporto di fiducia nei confronti della salute e delle altre istituzioni pubbliche (insieme alla fiducia tra le persone) tramite una comunicazione chiara e trasparente, facilitando le iniziative di miglioramento della salute attraverso il continuo sostegno e impegno pubblico.



DEFINING VALUE IN “VALUE-BASED HEALTHCARE”

Report of the
**Expert Panel on effective ways of
investing in Health (EXPH)**

Assistenza basata sul valore

- Assistenza basata sul valore è un concetto ampio basato su 4 pilastri:
 - **Assistenza appropriata** per raggiungere gli **obiettivi personali del paziente** (valore personale)
 - Raggiungimento del **migliore possibile esito con le risorse disponibili** (valore tecnico)
 - **Distribuzione equa** delle risorse tra tutte le categorie di pazienti (valore allocativo)
 - Contributo dell'assistenza alla partecipazione ed alle capacità di relazione (valore sociale)

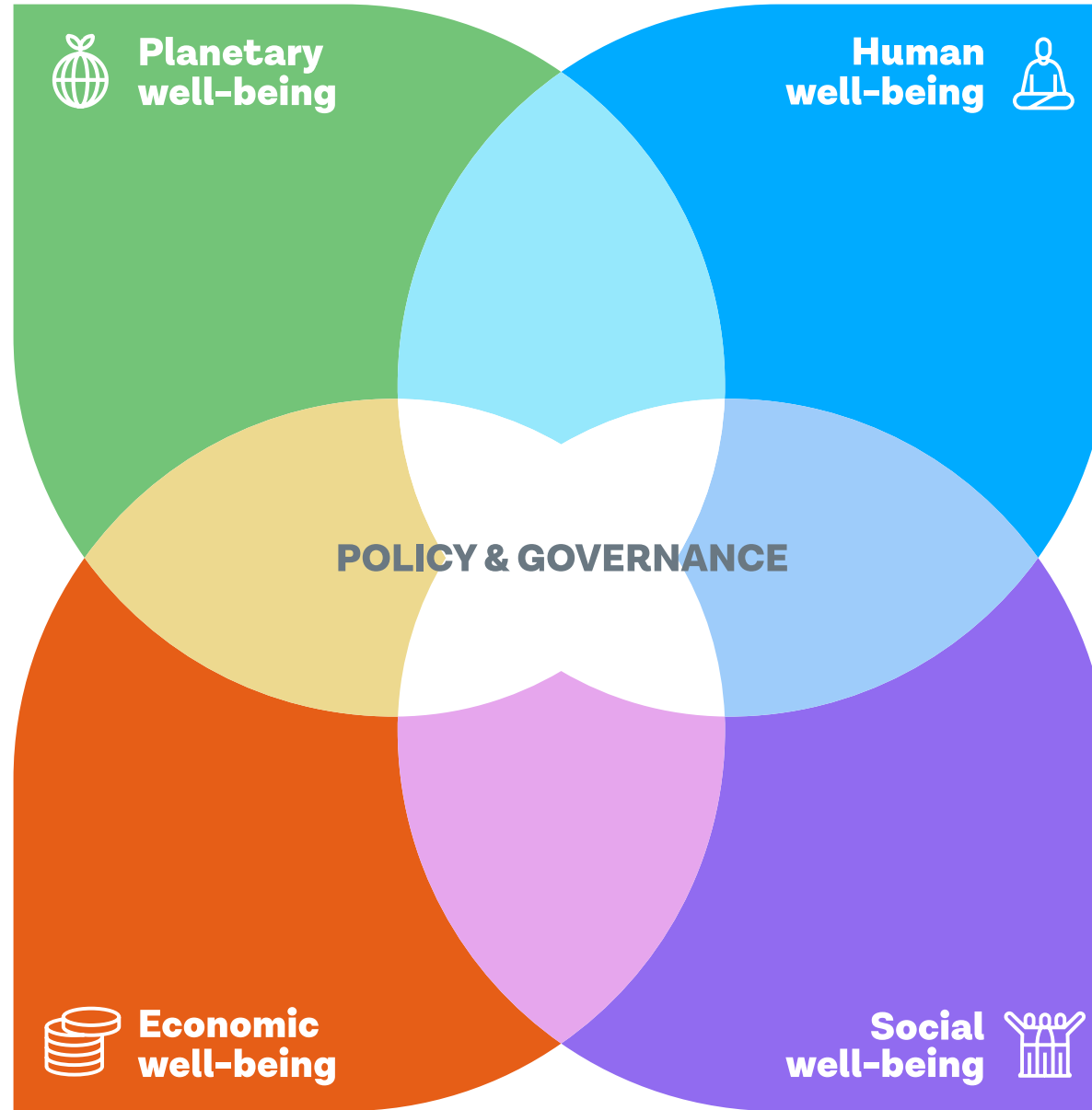
Health in the well-being economy

Background paper: working together to achieve healthy, fairer, prosperous societies across the WHO European Region

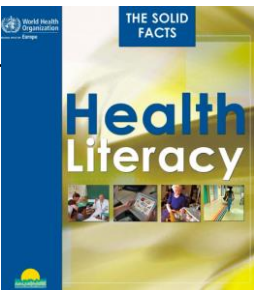


- Good air & water quality
- Healthy & sustainable living environment
- Sustainable public transport & active travel
- Access to safe green space
- Stable climate
- Biodiversity & natural capital
- Circular economy & green technology

- Living wage
- Universal social protection through the life-course
- Decent, psychologically safe work
- Gender-responsive employment
- Social dialogue & collective bargaining
- Economic cohesion & balanced development



- Healthy life expectancy
- Mental health & well-being
- Ability to carry out daily activities free from illness
- Universal Health Coverage
- Quality & non-discriminatory health & social care
- Universal policies for housing, food & fuel security
- Early childhood development
- Lifelong learning & literacy
- Safe, orderly & regular migration
- Living in safety & free from violence
- Sense of belonging ("Mattering")
- Social cohesion & embracing diversity
- Perceived ability to influence politics & decisions ("Agency")
- Social support & protection
- Building trust in others & in institutions
- Public spending on communities
- Participation in volunteering

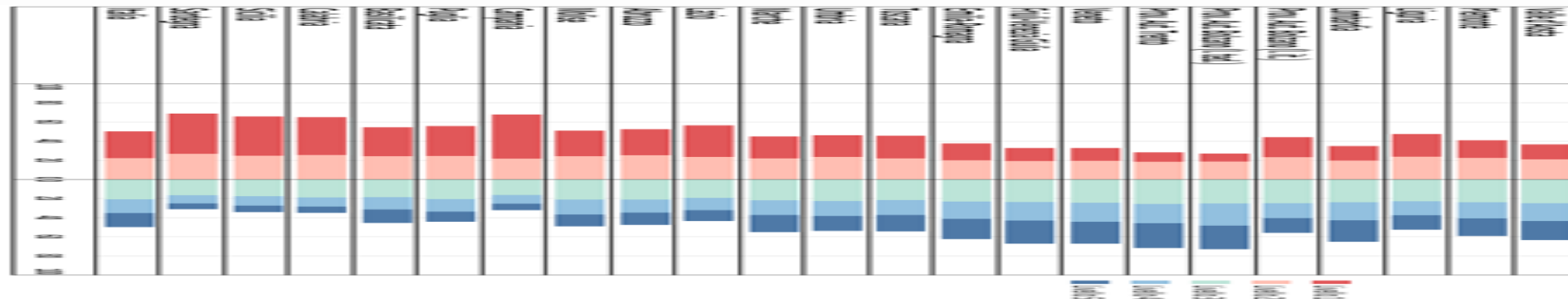
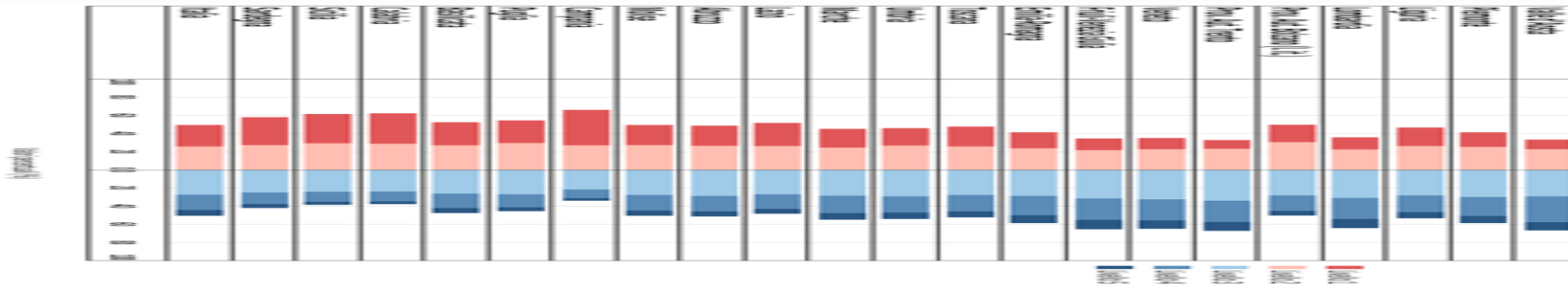
<p>Abilità di health literacy per il cittadino</p>		<p>Abilità di health literacy per il professionista sanitario</p>
<p>Trovare informazioni e servizi.</p>	<p>trovare informazioni</p>	<p>Aiutare le persone a trovare informazioni e servizi.</p>
<p>Comunicare le proprie esigenze e preferenze, e rispondere alle informazioni e ai servizi ottenuti.</p>	<p>comunicazione</p>	<p>Comunicare informazioni inerenti la salute e l'assistenza sanitaria.</p>
<p>Analizzare ed elaborare il significato e l'utilità delle informazioni e dei servizi.</p>	<p>analisi ed elaborazione</p>	<p>Analizzare ed elaborare ciò che le persone chiedono in modo esplicito o implicito.</p>
<p>Comprendere le scelte, le conseguenze e il contesto delle informazioni e dei servizi.</p>	<p>comprensione</p>	<p>Capire come fornire informazioni e servizi utili.</p>
<p>Decidere quali informazioni e servizi corrispondono alle loro esigenze e preferenze in modo da poter effettuare una scelta consapevole ed agire in modo conseguente.</p>	<p>decisione</p>	<p>Decidere quali informazioni e quali servizi siano più funzionali nelle diverse situazioni e per diversi tipi di persone, in modo da promuovere scelte consapevoli e di conseguenza determinate azioni e specifici interventi.</p>

Invalsi 2023 scuola secondaria 2° grado – ultimo anno

- **Ultimo anno della scuola secondaria di secondo grado (slide #4).**

I risultati del 2023 indicano che si è pressoché **fermato il calo in Italiano e Matematica** riscontrato tra il 2019 e il 2021, ma non si registra l'auspicata inversione di rotta. **Gli esiti di Inglese (sia *listening* sia *reading*) sono invece in costante miglioramento.** I principali risultati a livello nazionale possono essere riassunti come segue:

- In **Italiano** il 51% degli studenti (-1 punto rispetto al 2022) raggiunge almeno il livello *base* (dal livello 3 in su). Il divario tra Nord e Sud raggiunge la quota di ben 23 punti percentuali;
- In **Matematica** il 50% degli studenti (invariato rispetto al 2022) raggiunge almeno il livello *base* (dal livello 3 in su). Il divario tra le aree del Paese raggiunge i 31 punti percentuali, anche se si osserva un leggero progresso degli esiti nelle due aree del Mezzogiorno (Sud e Sud e Isole);



Fonte: Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR) - Invalsi 2023

za di
uella
+ 6

Digital Revolution

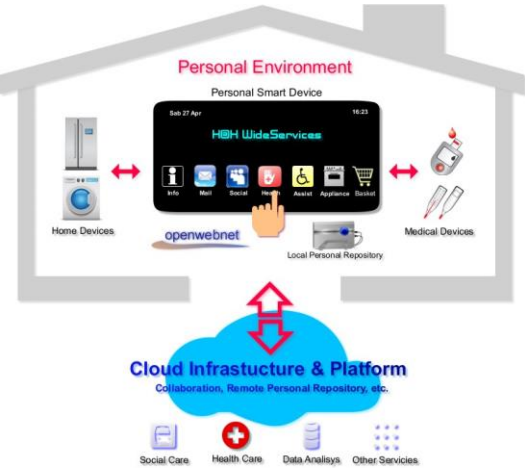
The Digital Revolution refers to the advancement of technology from analog electronic and mechanical devices to the digital technology available today. (technopedia)



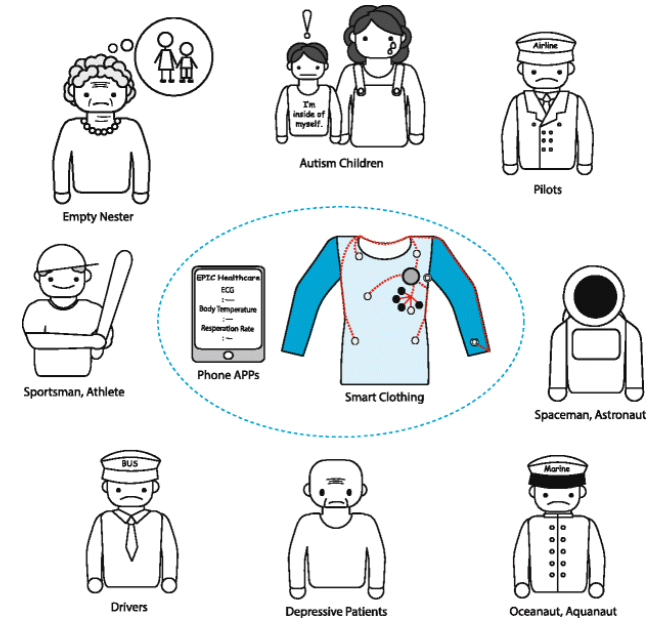
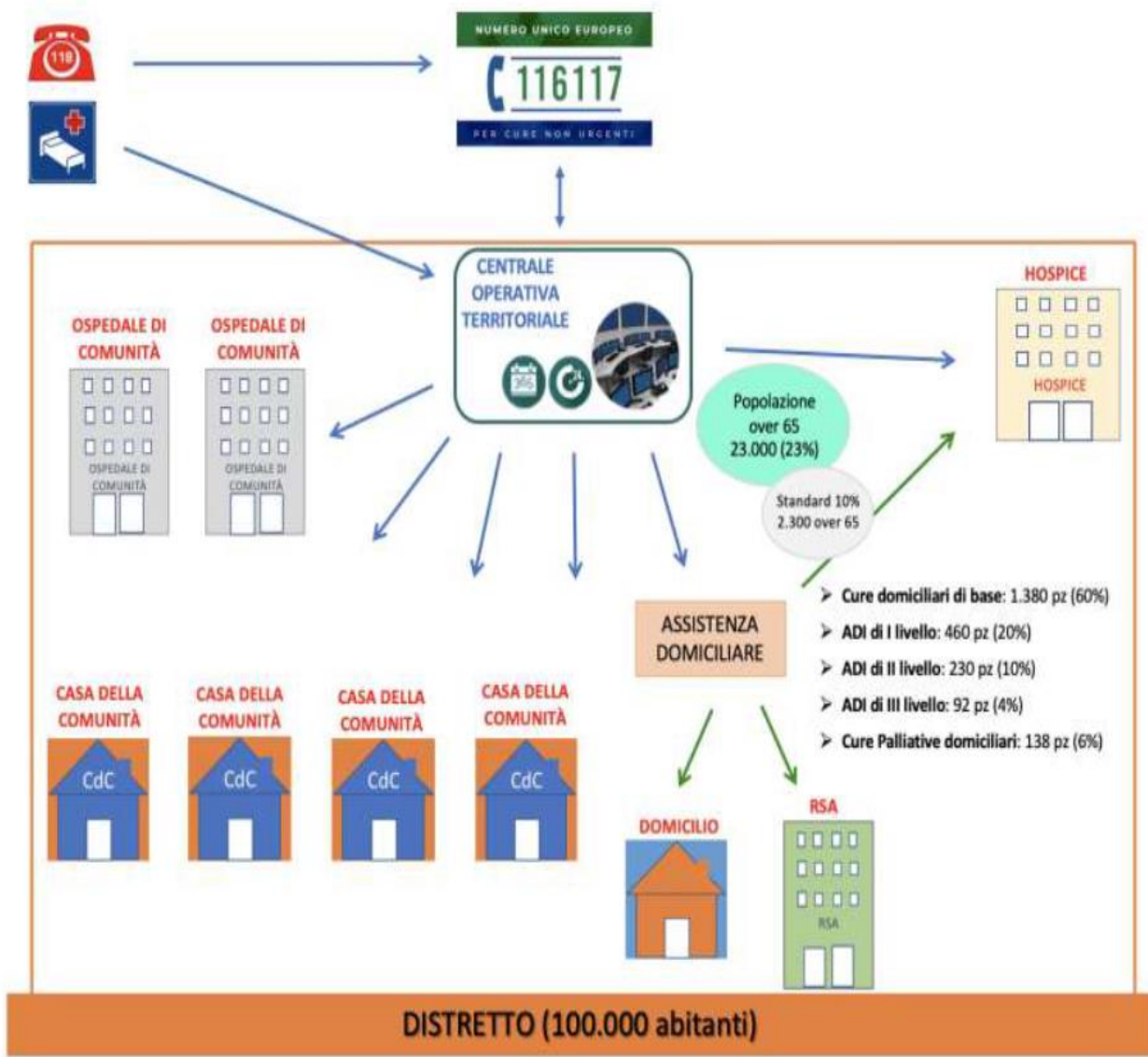
A digital divide

is any uneven distribution in the access to, use of, or impact of information and communication technologies (ICT) between any number of distinct groups

Wikipedia



La riorganizzazione territoriale



Smart Clothing



Telemedicina domiciliare

Robotica Sociale



Domotica assistenziale

Smart Cities and Smart Regions



VS
or
AND



Ethical Challenges

In a person centric model of health data management, new consequences and ethical challenges would arise. This paper identifies some broader ethical dilemmas emerging from a MyData ecosystem.

1. Selling vs. Sharing data

Selling is not the same as sharing. It can create incentives for fraud, as well as exploitation.

2. The Me in We

Rights and responsibilities are two sides of the same coin. Should individuals be allowed to deny access of their health data to public health institutions, but still benefit from societal health interventions?

3. Winners and Losers

In this new future, those with high digital literacy will navigate with ease. Those who struggle with technology, be it through age or socioeconomic disadvantage, will struggle to fulfil their data rights.



6. Precision Medicine or Health?

Transitioning from a health paradigm of treatment to prevention requires rigorous and transparent goal setting. This reflects both a cultural shift in patient perspectives and expectations, but also an economic necessity as national health budgets escalate.

5. Nudging or Coercion?

As the amount of behavioral data on us grows, behavioral interventions and public policy can slide from encouragement to persuasion to outright coercion.

4. Anonymity vs. Precision

How can we remain anonymous in the era of precision and individuality? Striking this balance will be vital to ensure evidence-based decisions are not compromised.



EUROPEAN CITIZENS' DIGITAL HEALTH LITERACY

EU28

Number of interviews: 26,566

Fieldwork: 18-20/09/2014

IT

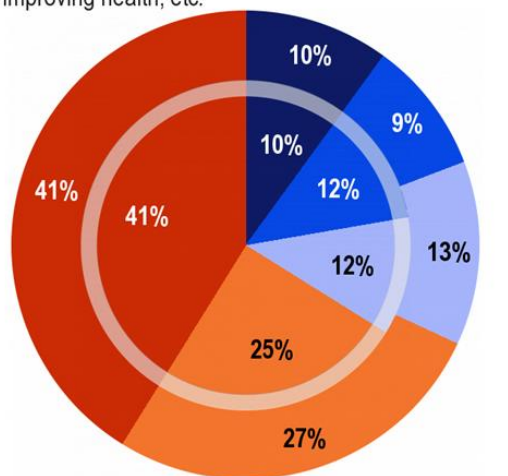
Number of interviews: 1,000

Fieldwork: 18-20/09/2014

Methodology: telephone

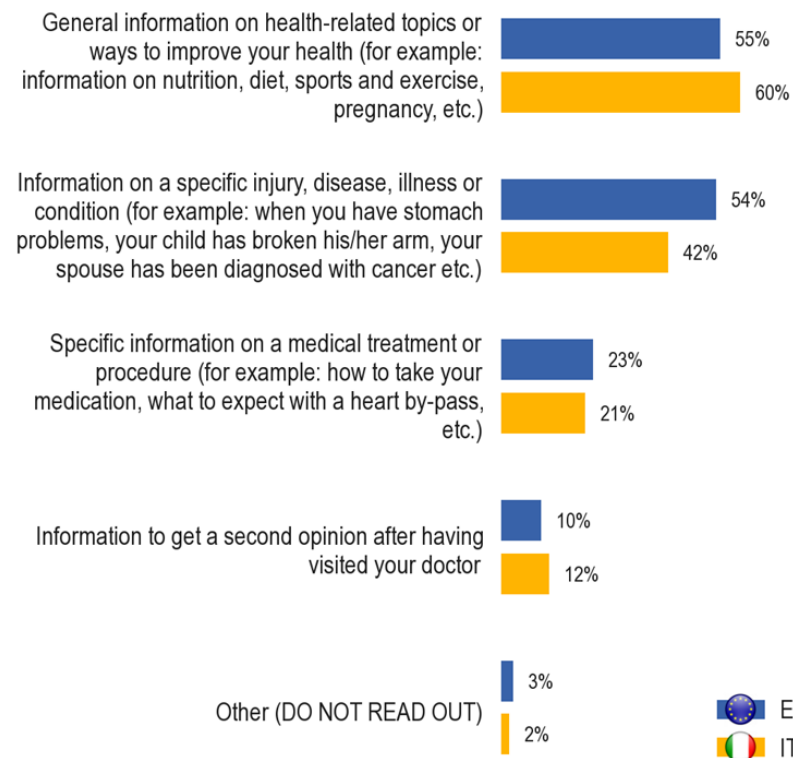
1. USE OF THE INTERNET TO SEARCH FOR HEALTH-RELATED INFORMATION

Q2TT. Within the last 12 months, have you used the Internet to search for health-related information? This could include information on an injury, a disease, illness, nutrition, improving health, etc.



- Yes, once a week or more often
 - Yes, several times a month
 - Yes, approximately once a month
 - Less than once a month
 - No, never
 - Don't know
- EU Outer pie IT Inner pie

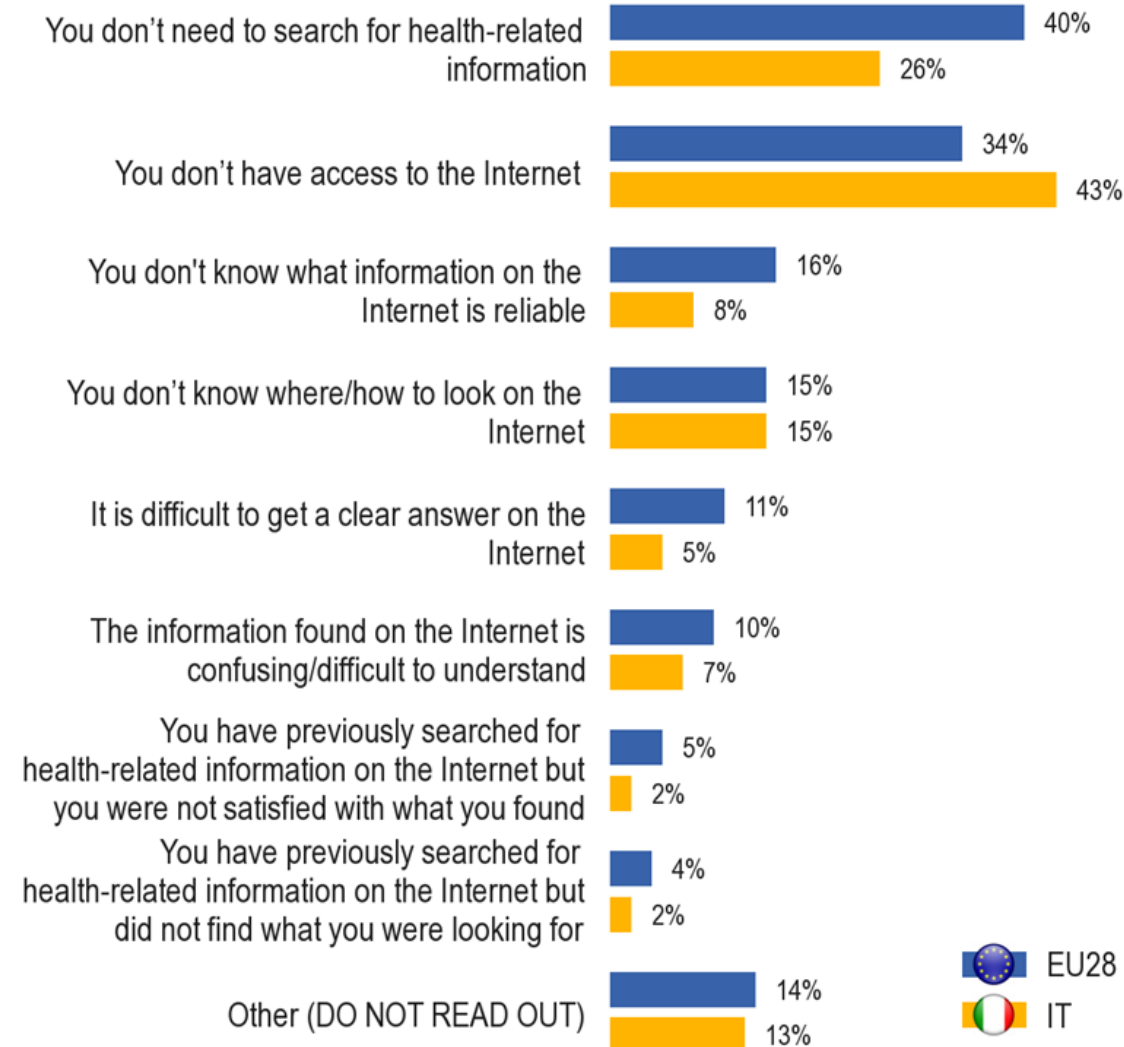
Q3. Within the last 12 months, what type of health-related information did you look for on the Internet? You searched the Internet for... (MAX. 2 ANSWERS)



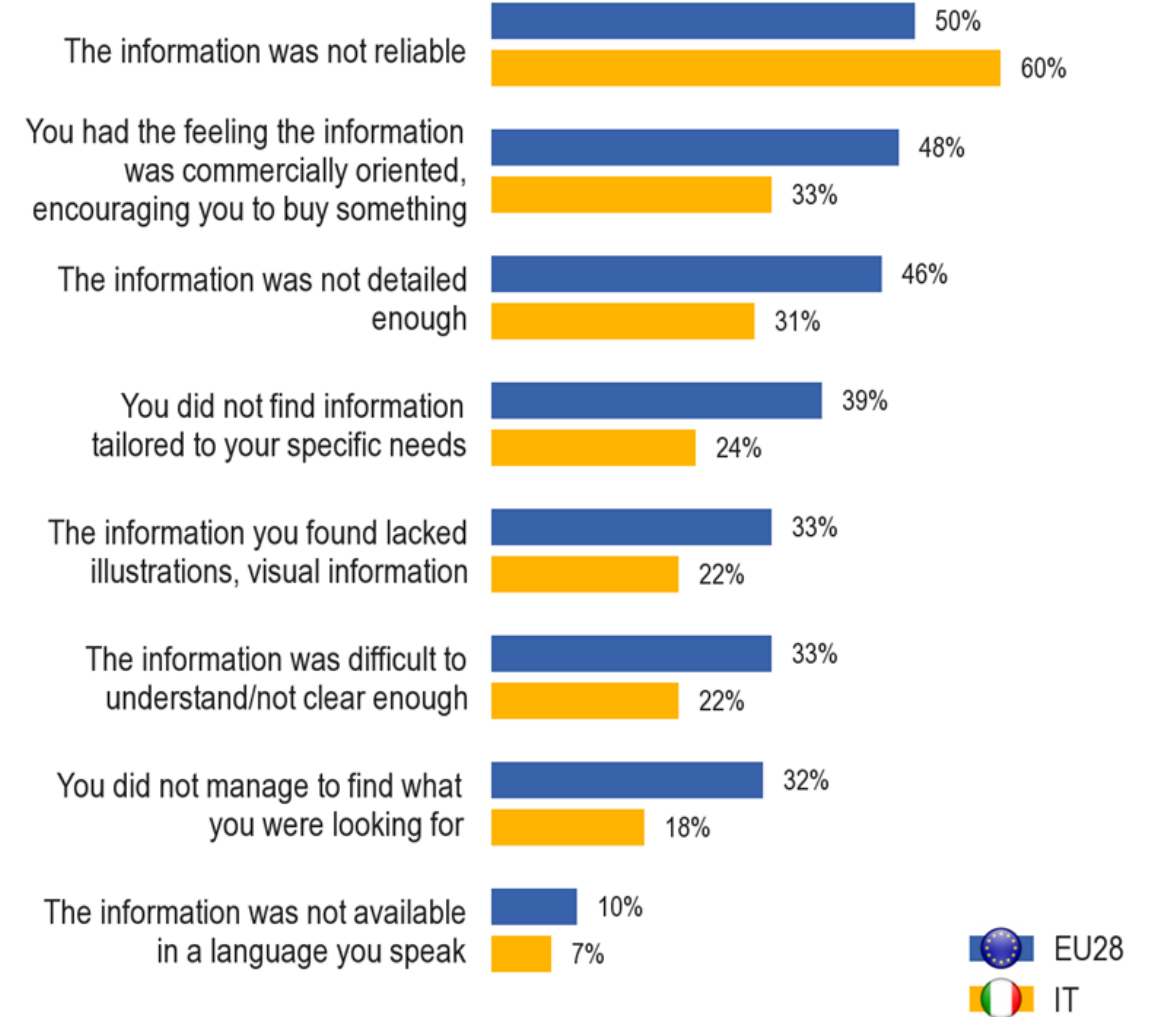
EU28
 IT

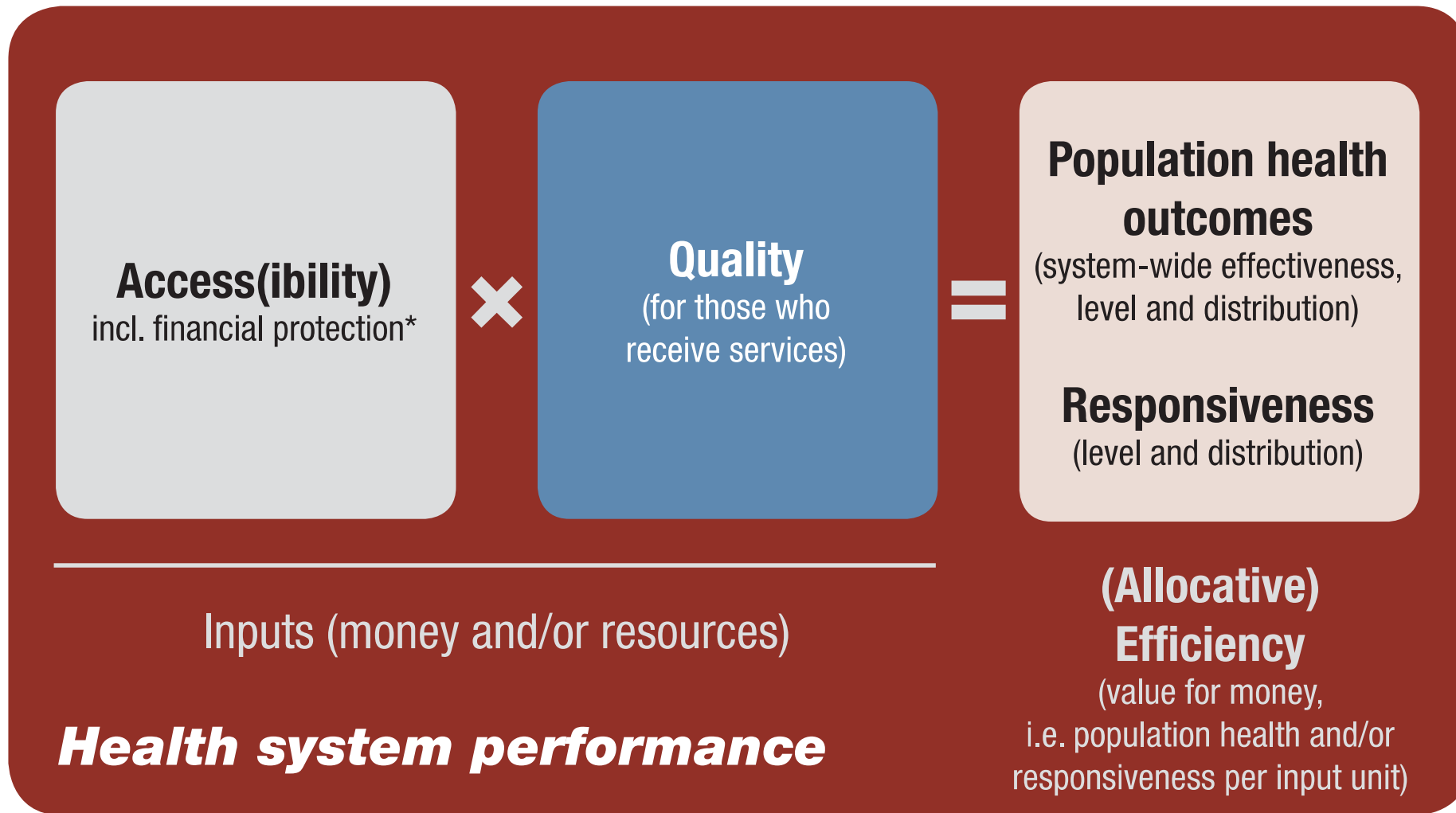
4. REASONS FOR NOT USING THE INTERNET OR FOR BEING DISSATISFIED WITH THE HEALTH-RELATED INFORMATION FOUND ON THE INTERNET

Q26. For what reasons did you not use the Internet to search for health-related information? (MULTIPLE ANSWERS POSSIBLE)



Q23. For what reasons are you not satisfied with the health-related information you found on the Internet? (MULTIPLE ANSWERS POSSIBLE)



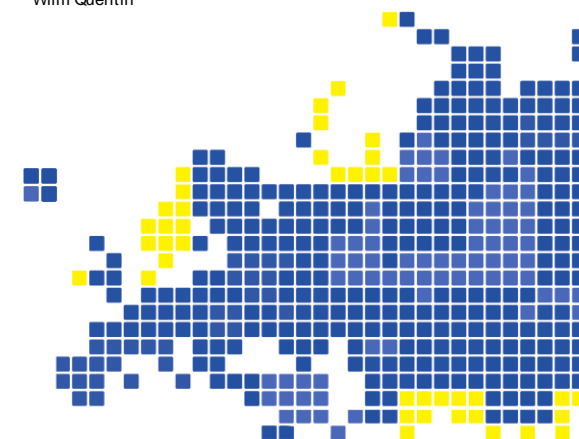


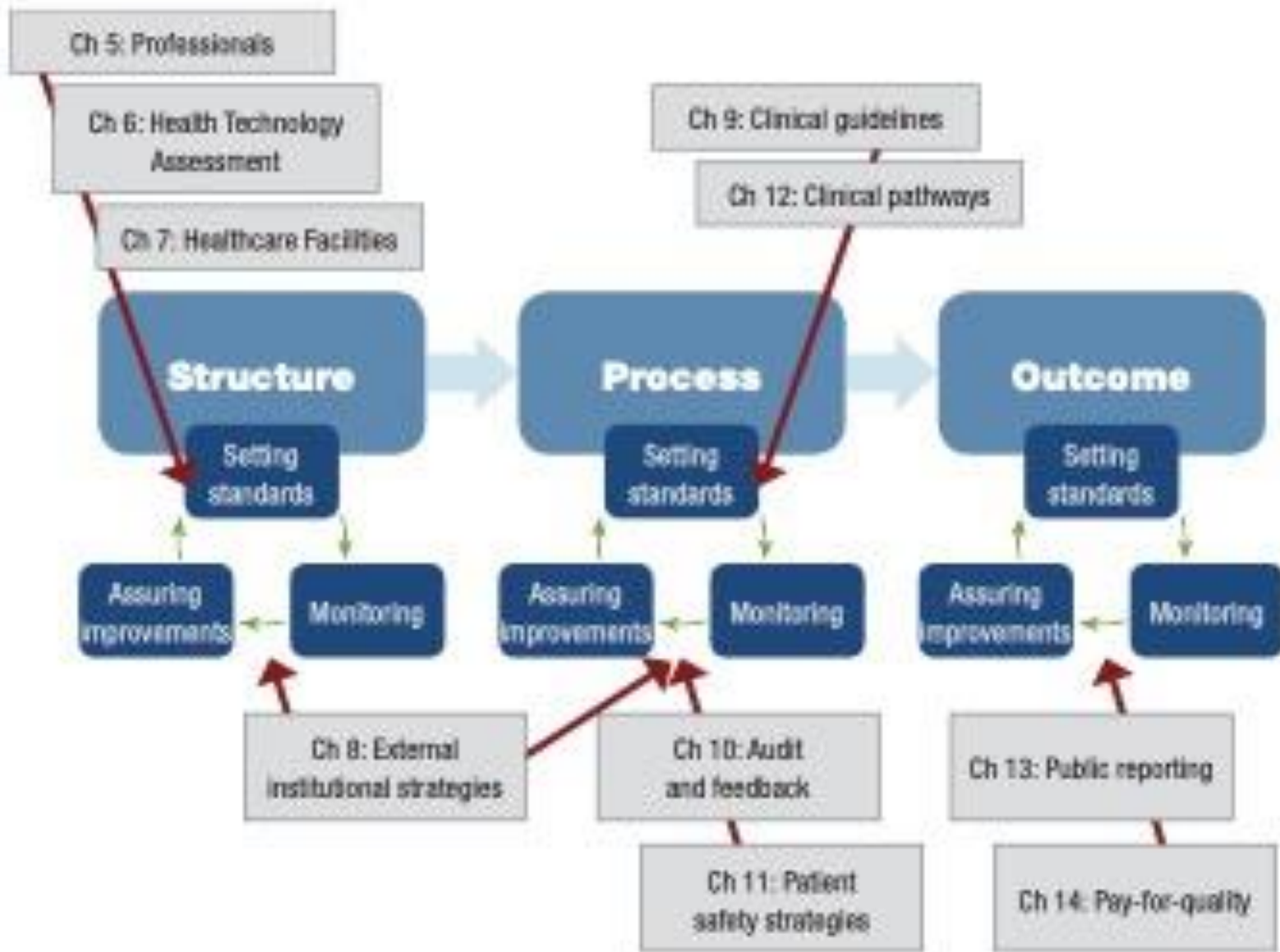
Source: Busse, 2017.

Note: *Financial protection is both an enabling condition for access as well as a final outcome.

Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies

Edited by
Reinhard Busse
Niek Klazinga
Dimitra Panteli
Wilm Quentin





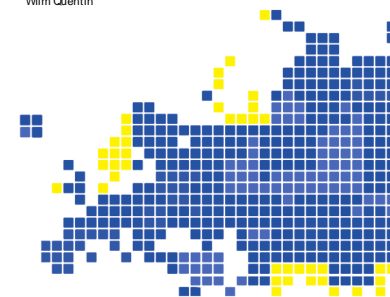
Source: authors' compilation

Complementarietà delle differenti strategie per la qualità

Improving healthcare quality in Europe 53

Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies

Edited by
Reinhard Busse
Niek Klazinga
Dimitra Panteli
Wilm Quentin



Unmet needs

Key messages

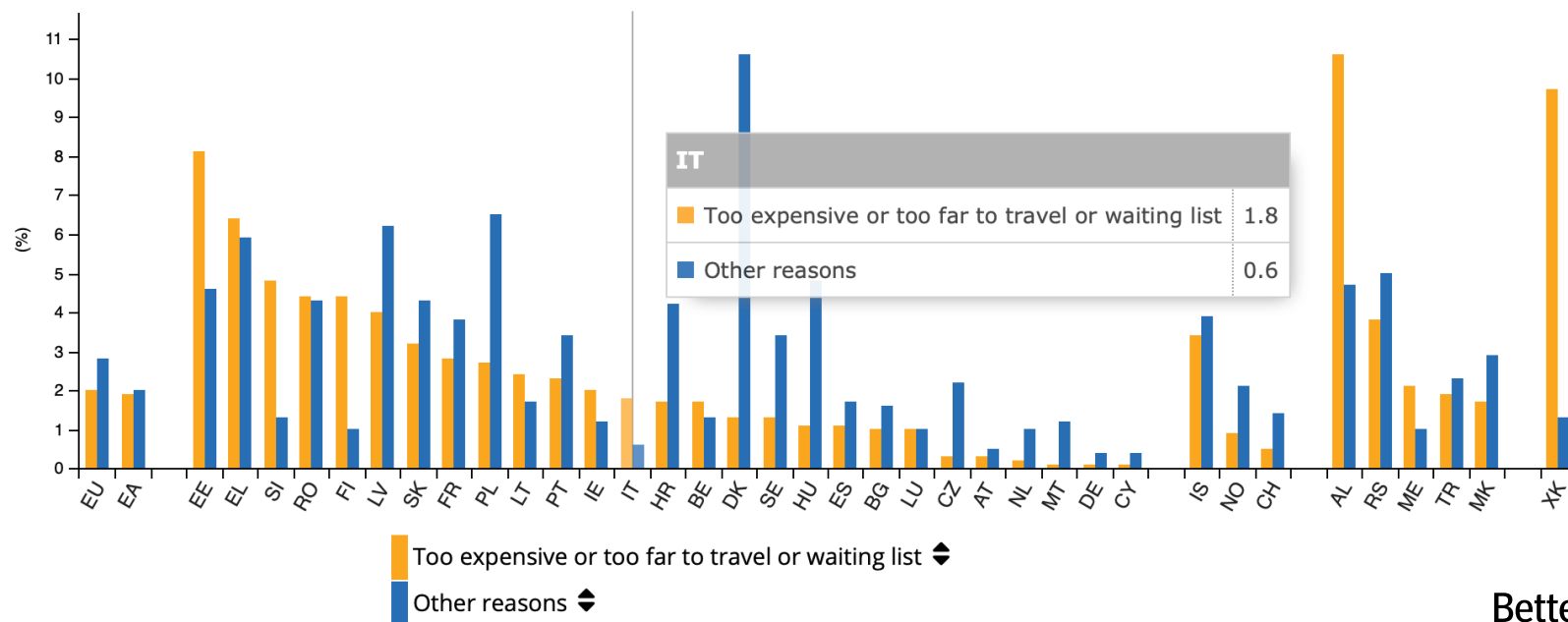
Current indicators for global monitoring of universal health coverage (UHC) do not capture levels of unmet healthcare need

A measure of unmet need for healthcare that is not bound to a single health intervention or disease and that explains access barriers would add considerable value to global UHC monitoring

Existing survey data on self-reported unmet need for healthcare could be used to estimate the prevalence of unmet need but have technical limitations

Standardised survey questions on unmet healthcare needs will facilitate comparability for global monitoring

Share of persons aged 16 years or over reporting unmet needs for medical examination or treatment, 2021



Cite this as: *BMJ* 2023;382:e075476

<http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2023-075476>

Published: 05 September 2023

Better data on unmet healthcare need can strengthen global monitoring of universal health coverage

IT and PL: provisional.

SK, NO, CH, ME, MK, AL, RS and TR: 2020.

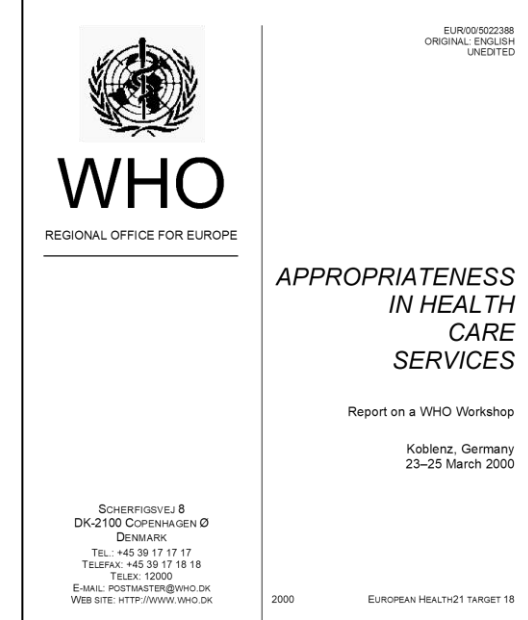
IS and XK*: 2018.

* This designation is without prejudice to positions on status, and is in line with UNSCR 1244/1999 and the ICJ Opinion on the Kosovo Declaration of Independence.

Source: Eurostat (online data code: hlth_silc_08)

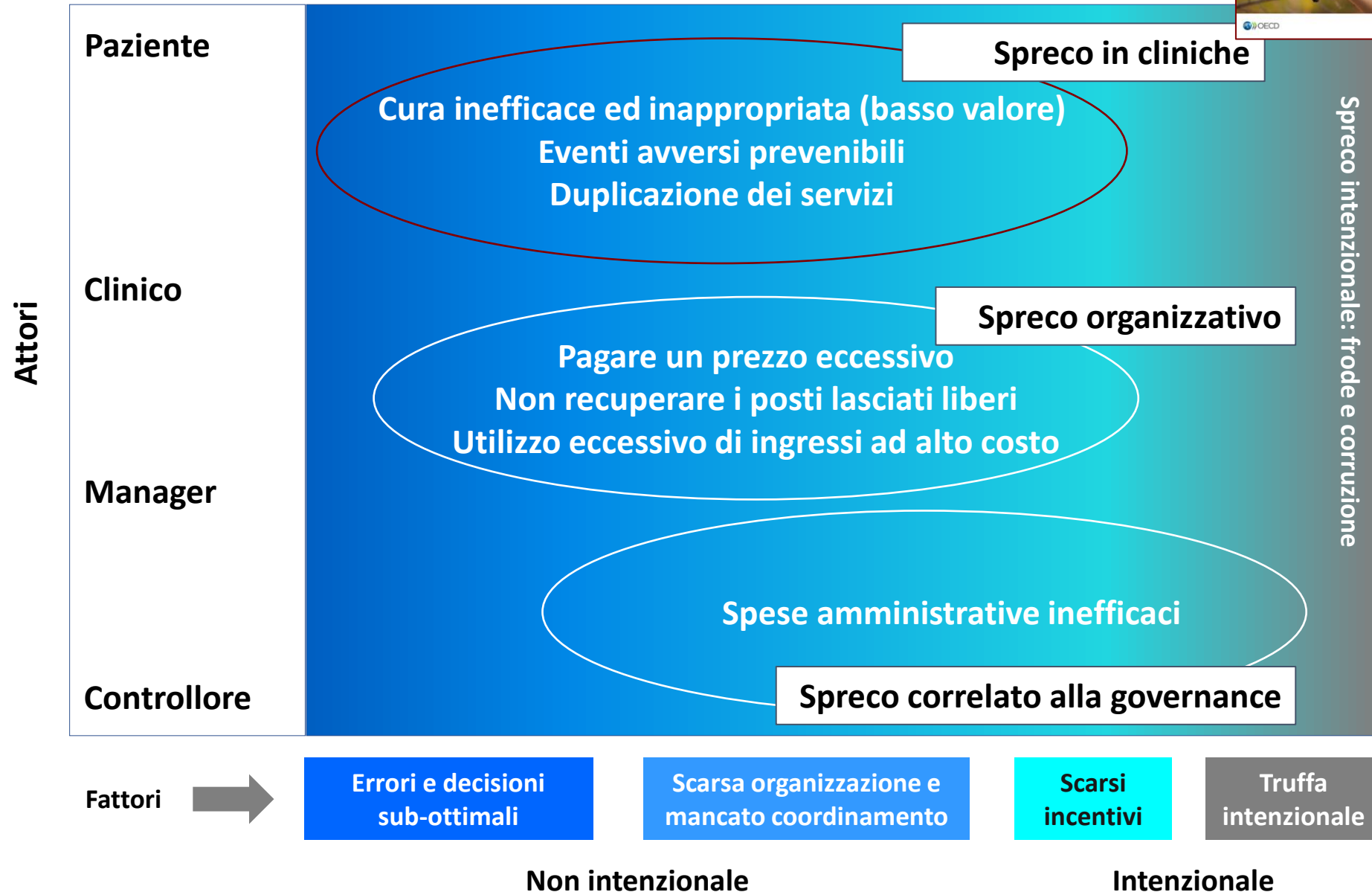
Inappropriatezza (prospettiva economica)

- Underuse:
 - quando un intervento costo-efficace e capace di generale un beneficio netto non viene effettuato
- Overuse:
 - effettuazione di un intervento di non provata efficacia o costo efficacia
- Misuse:
 - effettuazione di un intervento che ha un beneficio netto negativo



Tre categorie di spreco

(OECD 2017 stima tra la dimensione tra 20 -30%)





Differenze di genere (donne vs. uomini), per area clinica e indicatore. Italia, 2021

INDICATORE	N	OR aggiustati*	IC 95%			p-value
Area cardio e cerebro-vascolare						
Proporzione di STEMI trattati con PTCA entro 90' dall'accesso in struttura	8.534	0,75	0,71	-	0,79	<0,001**
// sul totale dei trattati con PTCA entro 12h dall'accesso in struttura	5.173	0,92	0,85	-	0,98	0,016**
Mortalità a 30 giorni da IMA (con nuove variabili cliniche)	23.484	1,01	0,95	-	1,08	0,677
Proporzione di eventi maggiori o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA	22.788	0,87	0,83	-	0,91	<0,001**
Bypass aorto-coronarico isolato: mortalità a 30 giorni (con nuove variabili cliniche)	3.350	1,75	1,39	-	2,19	<0,001**
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	18.489	1,08	0,94	-	1,23	0,271
Mortalità a 30 giorni da ictus ischemico	24.118	1,09	1,02	-	1,16	0,007**
Area muscolo-scheletrica						
Intervento entro 48h da frattura del collo del femore	58.053	1,20	1,16	-	1,24	<0,001**
Frattura del collo del femore: mortalità a 1 anno	53.950	0,48	0,46	-	0,50	<0,001**
Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	35.721	0,70	0,61	-	0,81	<0,001**
Intervento di protesi di ginocchio: revisione entro 2 anni dall'intervento	42.806	1,01	0,91	-	1,12	0,871

Dipartimento di
Epidemiologia
del Servizio
Sanitario
Regionale
del Lazio

Presentazioni di
Alessio
D'Amato e
Massimo
Annicchiarico



SALUTE ED EQUITÀ NELLA REGIONE LAZIO

I dati epidemiologici



5 • ACCESSO ALLE CURE ED ESITI

Infarto acuto del miocardio

Angioplastica coronarica percutanea transluminale

Bypass aorto-coronarico

Ictus

Cadute, fratture e protesi negli anziani

Accesso allo screening

Tumore del polmone

Uso dei farmaci

59

59

61

62

64

67

70

70

75

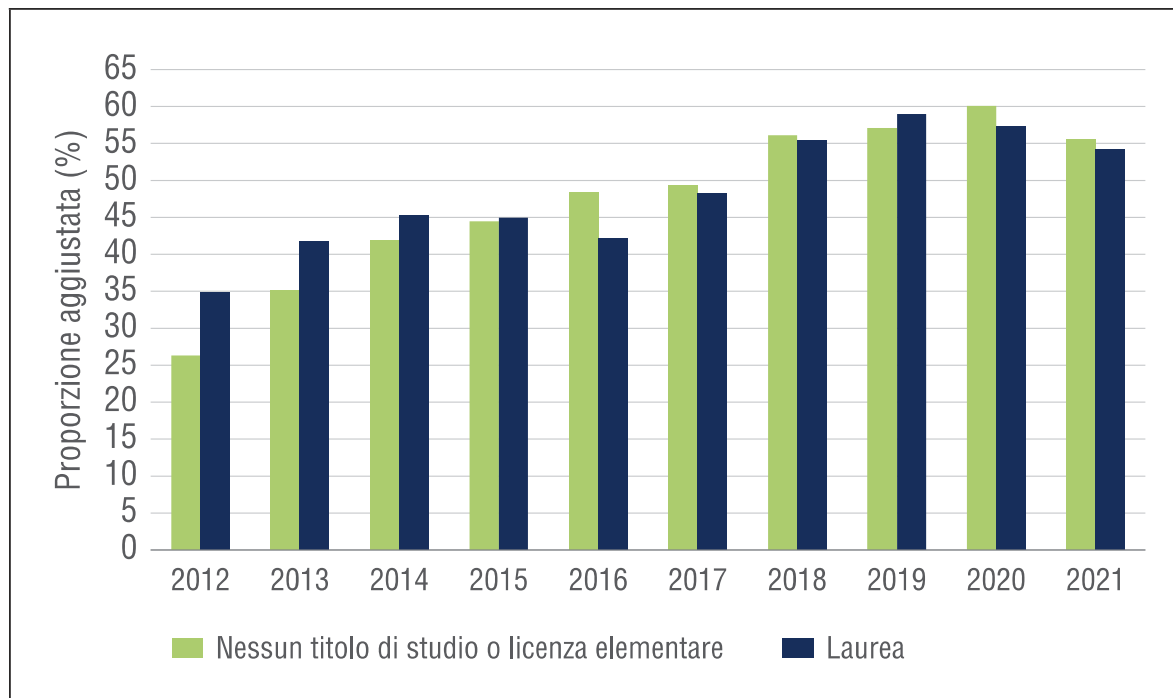


Figura 5.2 • Proporzioni di STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale entro 90 minuti (struttura di ricovero). Regione Lazio (2012-2021)

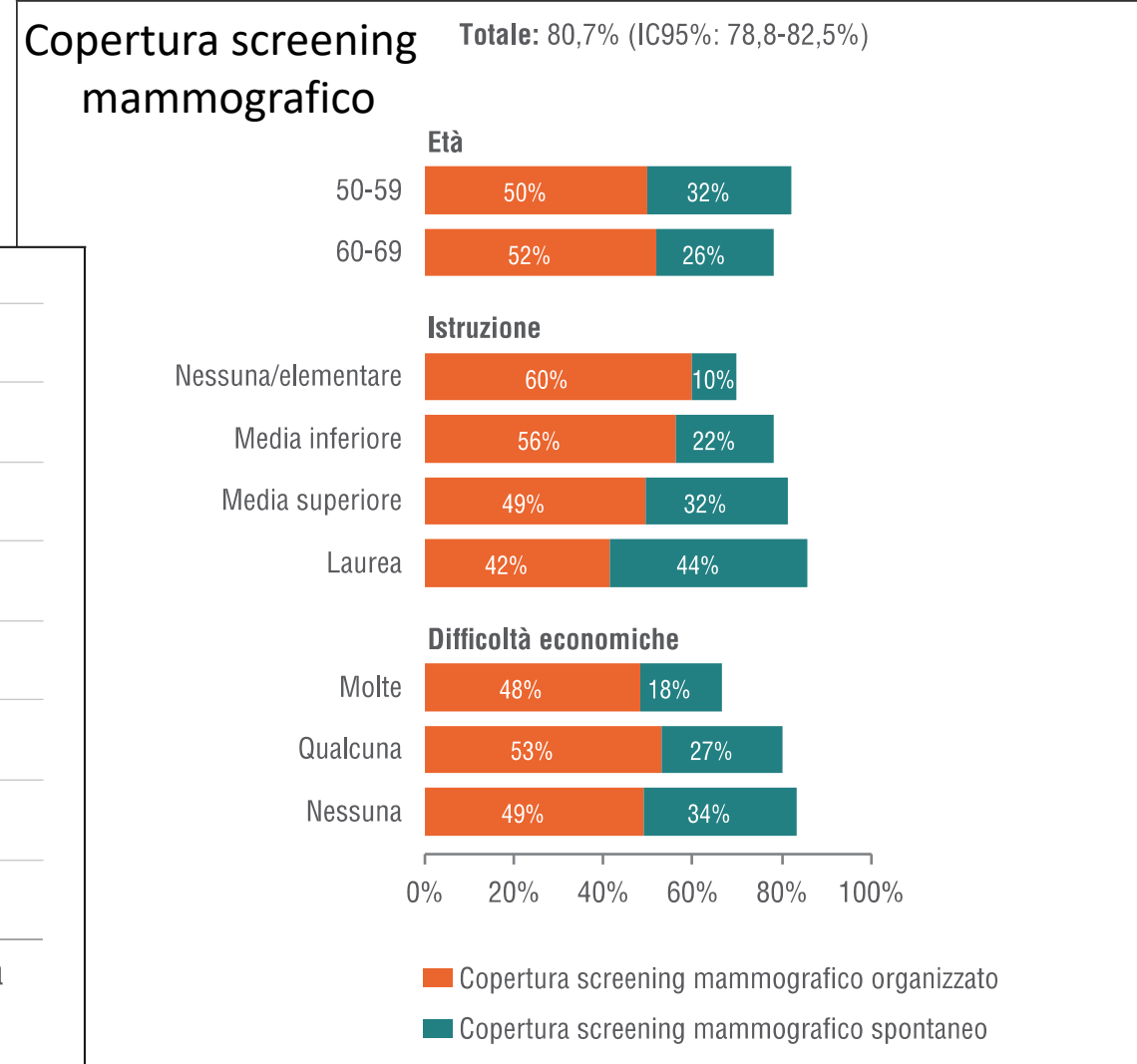
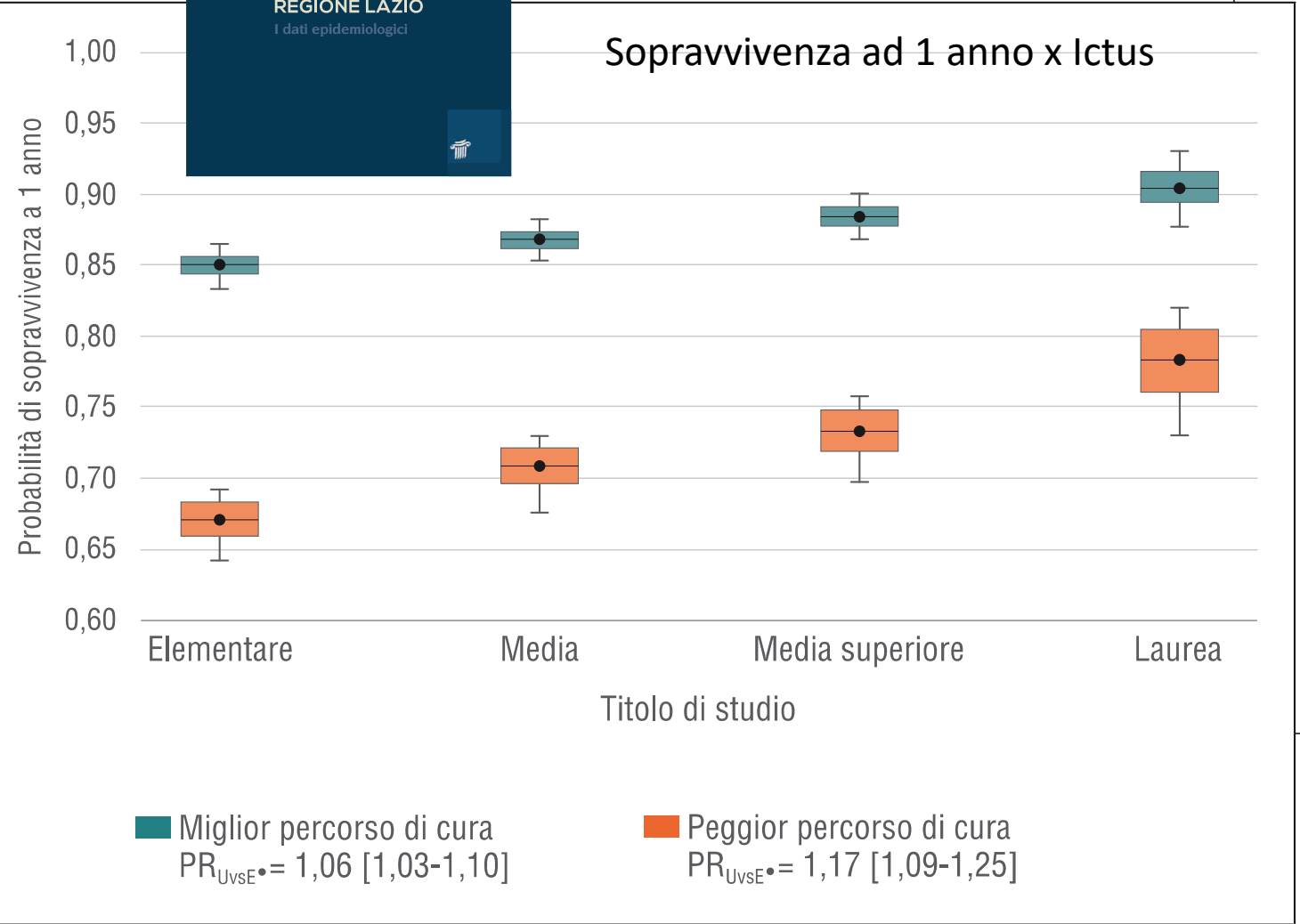
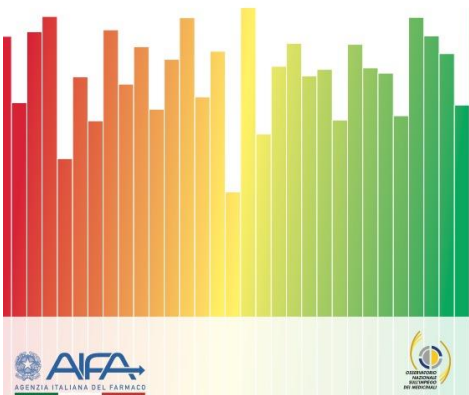


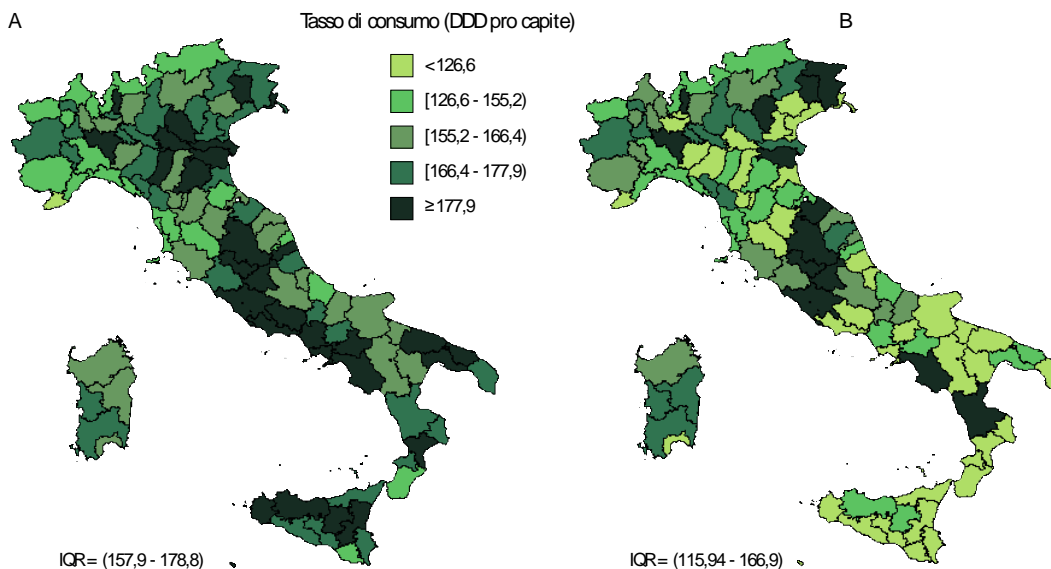
Figura 5.8 • Copertura dello screening mammografico.
 Fonte: PASSI. Regione Lazio (2017-2020)

Figura 5.5 • Sopravvivenza a un anno dall'ictus per titolo di studio e percorso terapeutico

Atlante
delle **disuguaglianze sociali**
nell'**uso dei farmaci**
per la cura delle principali
malattie croniche



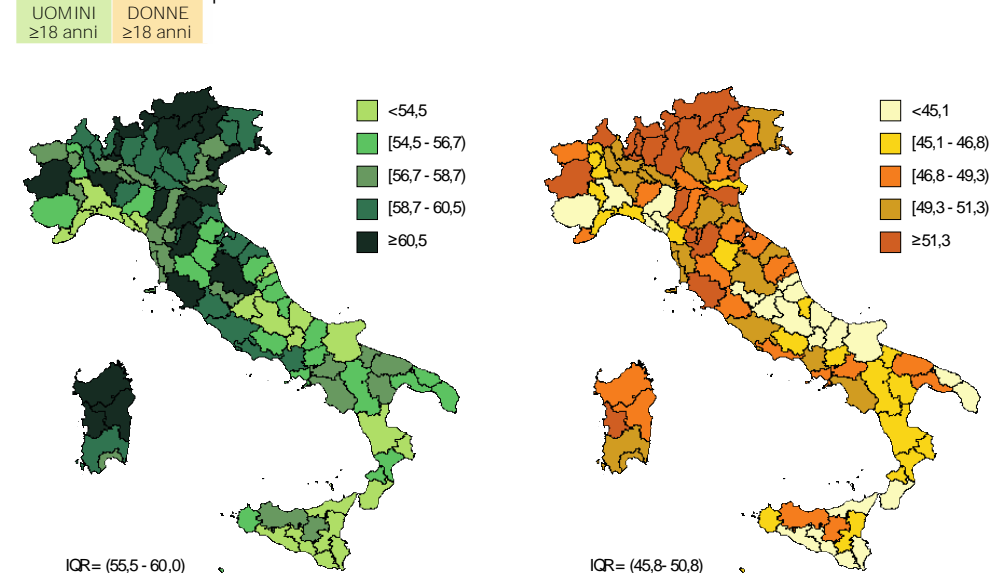
CONSUMO UOMINI ≥18 anni
Figura 1.1. Tasso di consumo (DDD pro capite) di farmaci antipertensivi, per provincia, standardizzato: (A) solo per età; (B) per età e terzile di deprivazione.



PUNTI CHIAVE

- ▶ Il **consumo di farmaci antipertensivi** in Italia è maggiore negli uomini rispetto alle donne, con differenze di rilievo tra regioni, ma senza un preciso gradiente geografico negli uomini, mentre, per le donne, il consumo è più elevato al Sud.
- ▶ Il **consumo è maggiore** nelle province più deprivate, soprattutto nelle donne.
- ▶ Differenze geografiche nella deprivazione spiegano una parte della **variabilità dei tassi di consumo**; si ipotizza che altri fattori possano avere un ruolo significativo, quali il diverso comportamento prescrittivo dei medici a livello locale, le caratteristiche cliniche dei pazienti, le diverse quote di ipertensione non diagnosticata o sottotrattata.
- ▶ Le **percentuali di aderenza e di persistenza** a un anno dall'inizio della terapia sono superiori al 50% negli uomini e inferiori nelle donne; non ci sono differenze di rilievo per livello di deprivazione.
- ▶ Le **differenze per area geografica** dei livelli di aderenza e di persistenza non sono influenzate dal livello di deprivazione dell'area di residenza.

ADERENZA UOMINI ≥18 anni DONNE ≥18 anni
Figura 1.3. Aderenza a 12 mesi (%) al trattamento con antipertensivi, per provincia, aggiustata per età.





La Scuola Sant'Anna/Laboratorio MeS è garante della validità scientifica e promuove l'aggiornamento sui temi di management sanitario. Come soggetto terzo, svolge il ruolo di agenzia di benchmarking: coordina e gestisce il processo di condivisione delle informazioni e di acquisizione dei dati mediante la piattaforma web.



performance.santannapisa.it



Le Regioni del Network condividono le decisioni, il processo, le modalità e le informazioni; ciascuna Regione è responsabile dell'elaborazione e caricamento dei propri dati.

A1
Mortalità infantile

A2
Mortalità per tumori

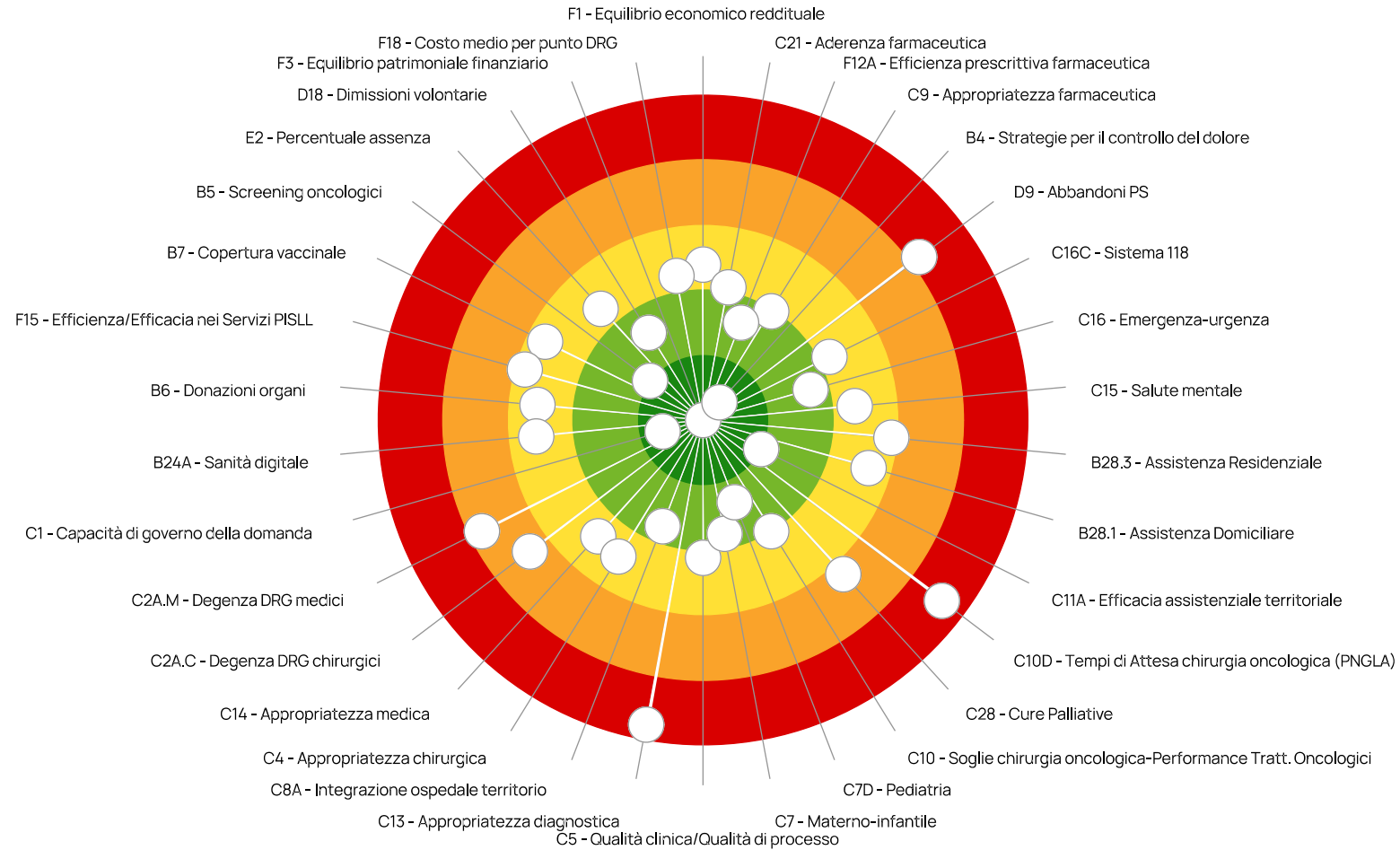
A3
Mortalità per malattie circolatorie

A4
Mortalità per suicidi

A10
Stili di vita (PASSI)

Bersaglio

Anno 2022



Numero indicatori di valutazione: 131

Indicatori Migliorati ↑

31.3 %

Indicatori Stabili =

11.5 %

Indicatori Peggiorati ↓

57.3 %

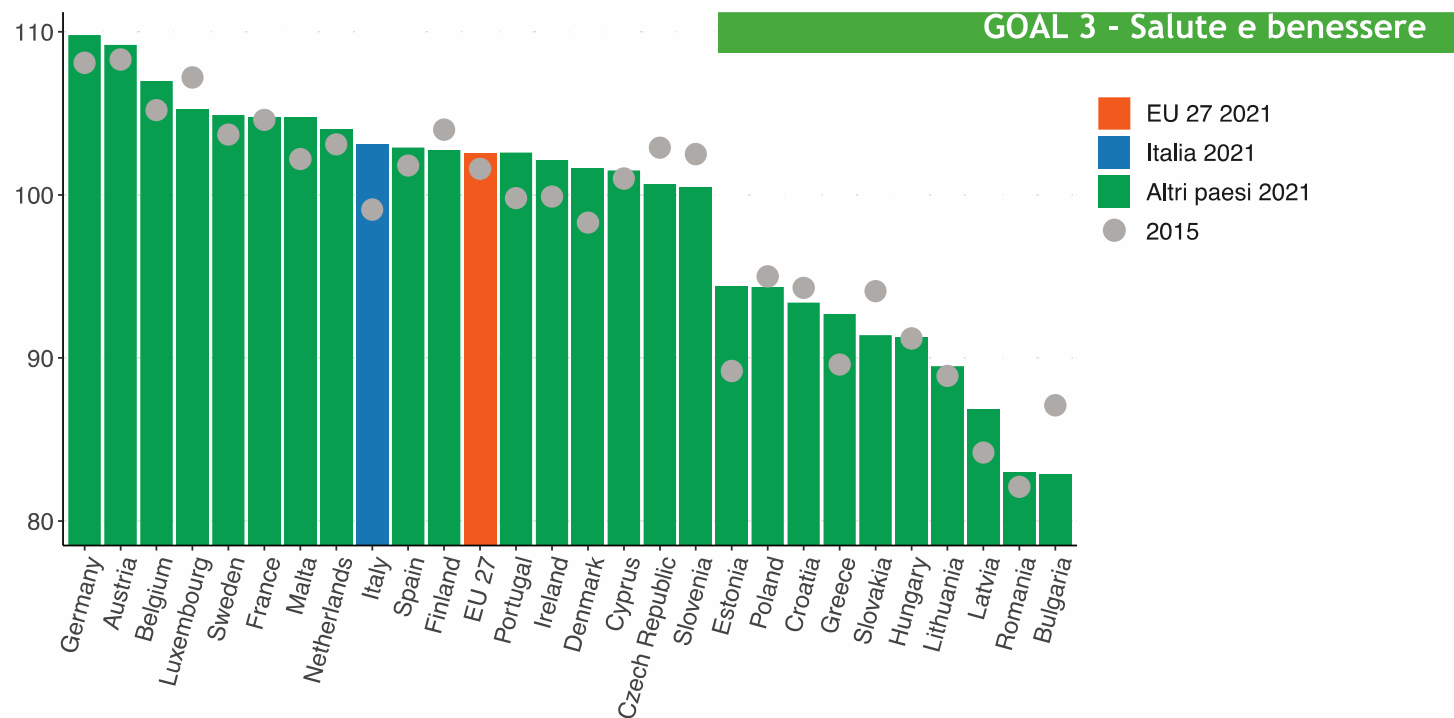


L'Italia e gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile

Rapporto ASiS 2023



Rispetto alle disuguaglianze regionali si assiste ad un aumento della differenza tra la media delle cinque regioni migliori e quella delle cinque peggiori. Ciò è dovuto al fatto che le top 5 migliorano a una velocità maggiore delle bottom 5, facendo sì che, a fronte di un miglioramento complessivo dell'indice medio nazionale, si registri un significativo aumento delle disuguaglianze interne al nostro Paese.



Cottage Industry to Postindustrial Care — The Revolution in Health Care Delivery

Stephen J. Swensen, M.D., M.M.M., Gregg S. Meyer, M.D., Eugene C. Nelson, D.Sc., M.P.H., Gordon C. Hunt, Jr., M.D., M.B.A., David B. Pryor, M.D., Jed I. Weissberg, M.D., Gary S. Kaplan, M.D., Jennifer Daley, M.D., Gary R. Yates, M.D., Mark R. Chassin, M.D., M.P.P., M.P.H., Brent C. James, M.D., M.Stat., and Donald M. Berwick, M.D., M.P.P.

Oggi i sistemi pagano per volume piuttosto che per valore e noi otteniamo quello per cui paghiamo: più esami, più procedure, più visite.

3 elementi chiave hanno trasformato altri settori:

- la standardizzazione
- la misurazione
- il reporting

3 elementi x il valore nell'assistenza sanitaria:

- Il disegno organizzativo;
- il processo
- I suoi costi nel tempo

**Il riportare pubblicamente dei dati sulle performance rispetto a processi ed esiti standardizzati lungi dall'indebolire il sistema
aiuterà a trasformare le nostre realtà in comunità alla ricerca del miglioramento continuo**

L'ITALIA *per* L'EQUITÀ nella SALUTE

2017



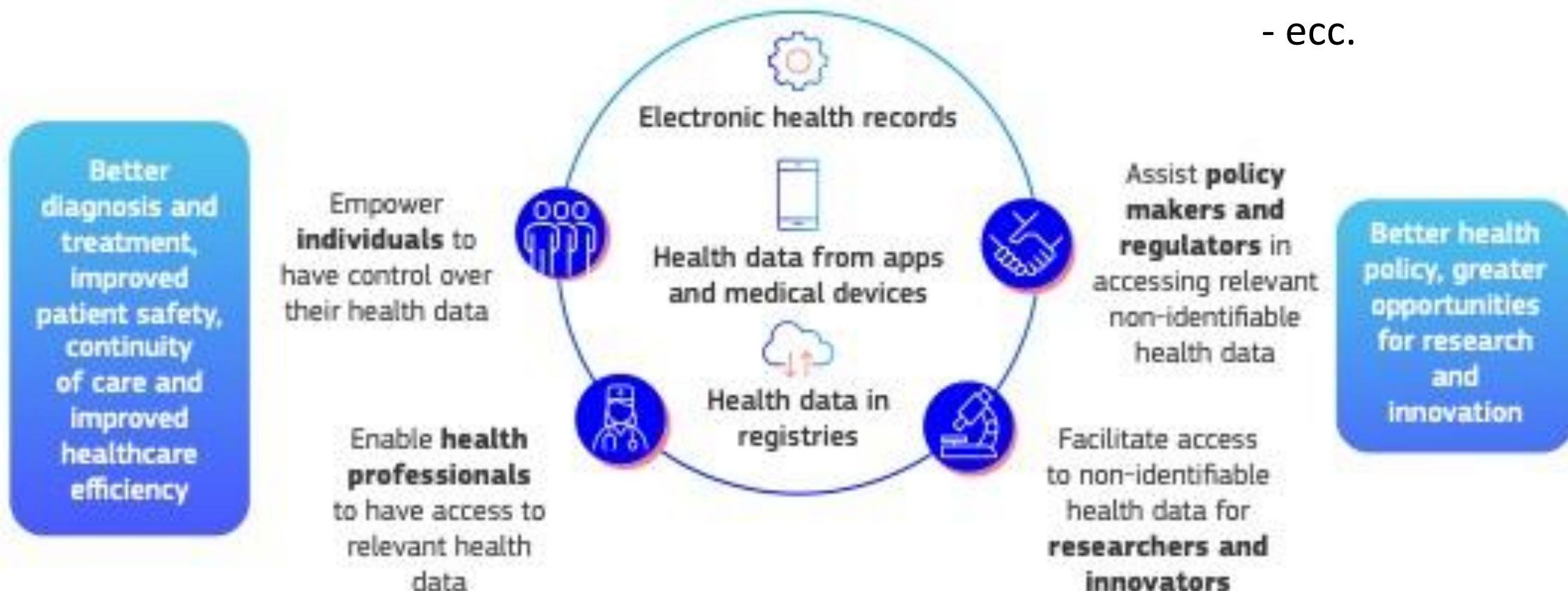
Indice

IL CONTRASTO DELLE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE	6
LA SALUTE DISUGUALE IN ITALIA	8
I dati sulle disuguaglianze socioeconomiche nella salute	8
Le disuguaglianze di salute nel contesto attuale	14
I MECCANISMI CHE GENERANO LA SALUTE DISUGUALE	18
I determinanti sociali della salute e le politiche non sanitarie	26
Le barriere nell'accesso alle cure e le politiche sanitarie	35
LE POLITICHE DI CONTRASTO DELLE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE EVITABILI	41
Riferimenti per le azioni	41
L'equità nella salute: dalle politiche ai programmi	44
VERSO UNA STRATEGIA CONDIVISA PER L'EQUITÀ NELLA SALUTE	48
A) Una proposta di azioni di sistema	49
Rendere esigibili in modo equo i diritti e le risorse	49
Moderare gli effetti diseguali delle barriere alle cure	51
Promuovere l'equità nel governo clinico	54
Promuovere l'equità nella prevenzione	56
Adottare il bilancio sociale per valutare l'impatto sull'equità	58
Sviluppare azioni intersettoriali	60
B) Le azioni strumentali	61
C) Interventi sui gruppi più vulnerabili	63
L'equità nei dispositivi non sanitari	64
Rimuovere le barriere nell'accesso alle cure dei gruppi vulnerabili	65
I migranti: un caso particolare di vulnerabilità	68
UN IMPEGNO DA COSTRUIRE	69

European health data space

In Italia

- FSE
- EDS
- ecc.





JOINT ACTION

HEALTH EQUITY EUROPE



Funded by the European Union's Health Programme (2014-2020)

L'Health Equity Audit è un processo attraverso cui è possibile esaminare eventuali diseguaglianze nelle cause di malattia o di accesso ai servizi sanitari, per un definito gruppo di popolazione, e garantire che ulteriori azioni correttive vengano concordate e inserite in specifici piani, politiche e pratiche

- Le iniziative sull'HEA promosse con JAHEE Italia hanno permesso al SSN di fare significativi passi avanti per rendere concretamente esigibile l'equità nella salute rendendo possibile farlo diventare un passaggio vincolante :
 - per la prevenzione (nel caso del PNP, dei PNPR)
 - per il finanziamento e governo del SSN (nel caso del nuovo sistema di garanzia dei LEA),
 - per il governo clinico (nel caso del PNE)
 - per la programmazione delle innovazioni nell'assistenza territoriale (nel caso del PNRR e delle Case di Comunità).
 - Attraverso i fondi di coesione europea
 - Ecc.

Elementi per un cambiamento organizzativo durevole

Grazie per l'attenzione !

silvio.brusaferro@uniud.it

Vision + Skills + Incentivi + Risorse + Piano = Cambiamento sostenibile

----- + Skills + Incentivi + Risorse + Piano = **Confusione**

Vision + ----- + Incentivi + Risorse + Piano = **Ansia**

Vision + Skills + ----- + Risorse + Piano = **Resistenza**

Vision + Skills + Incentivi + ----- + Piano = **Frustrazione**

Vision + Skills + Incentivi + Risorse + ----- = **Ripetitività**

Servono anche:
Risorse di scorta
Passi perseguibili
Piano di valutazione

Common Ground

Data
Sharing

Integrated
surveillance

Information
systems

Policy
Implementation
Practice
Evaluation

One Health Operationalization

from theory



to practice

Research

Increased
workforce
capacity

Interoperability

Grazie per l'attenzione !

silvio.brusaferro@uniud.it