Dalla riforma alla presa in carico della cronicità: quali prospettive per il SSR lombardo

Brescia 28 settembre 2017

Dr. G.Belleri, MMG a Flero

SOMMARIO

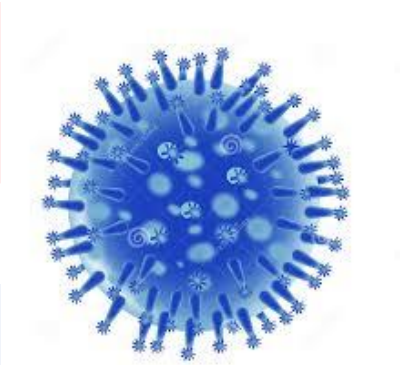
1. Differenza tra malattia acuta e cronica
2. Quali problemi pone la malattia cronica
3. Il modello gestionale del Governo Clinico (GC)
4. Il modello gestionale della Presa in Carico (PiC)

SOMMARIO

1. Differenza tra malattia acuta e cronica
2. Quali problemi pone la malattia cronica
3. Il modello gestionale del Governo Clinico (GC)
4. Il modello gestionale della Presa in Carico (PiC)

L'influenza: il prototipo di malattia acuta

Fase del contagio: asintomatica



Fase di incubazione (1 gg): breve con sintomi vaghi (malessere, dolori etc..)

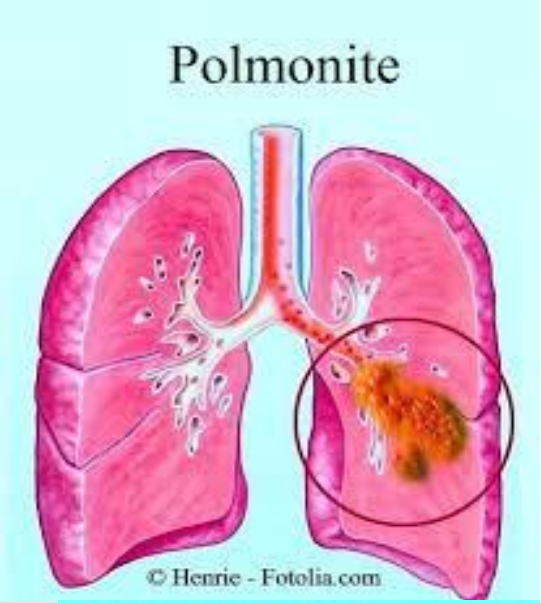
Esordio brusco febbre elevata pre-ceduta da brividi, astenia, tosse secca

Fase di stato (3-5 gg): tosse, febbre continua, rinite, mialgie, inappetenza

Remissione: regressione della febbre Postumi: tosse, astenia, complicanze

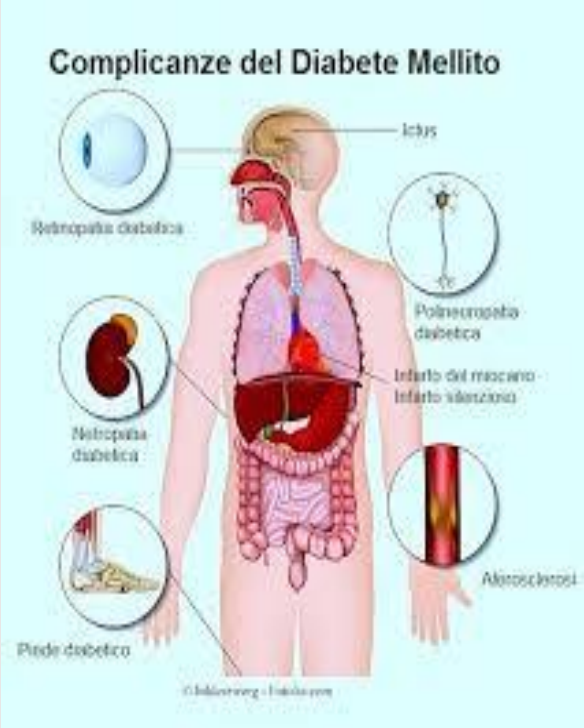
La malattia acuta per il medico e per il paziente, secondo il prof. Assal

- **sintomi evidenti e improvvisi**, segno di una crisi e di grande pericolo, anche per la vita
- la **diagnosi deve essere rapida**, individuando la causa, per dare inizio al trattamento razionale
- è il modello di riferimento della **formazione universitaria** e influenza l'identità professionale



La sfida della malattia cronica
secondo il prof. Assal

- Spesso è **silente** al di fuori delle crisi/eventi acuti
- **manca una causa** e una relazione tra sensazioni fisiche e dati biologici
- se sono presenti **dolori** tendono a persistere
- spesso è **impossibile guarire** e può avere un'evoluzione incerta e variabile
- può dipendere da **fattori di rischio** ed essere influenzata dallo **stile di vita**



Malattia acuta e cronica: la prospettiva organizzativa

- L'organizzazione ospedaliera è attrezzata e orientata **all'evento acuto/intensivo**

- L'incremento della cronicità è la conseguenza **dell'efficacia negli eventi acuti**

- **L'esperienza individuale** è allineato con lo pratiche organizzative

Il territorio come luogo «naturale» di gestione della cronicità

- **prossimità spaziale, continuità temporale e facilità di eccesso**
- **Relazione fiduciaria basata sulla presa in carico** e non su prestazioni isolate e sporadiche
- **regolarità** nelle prescrizioni e nei controlli periodici
- **visione unitaria** sia organica che socio-relazionale

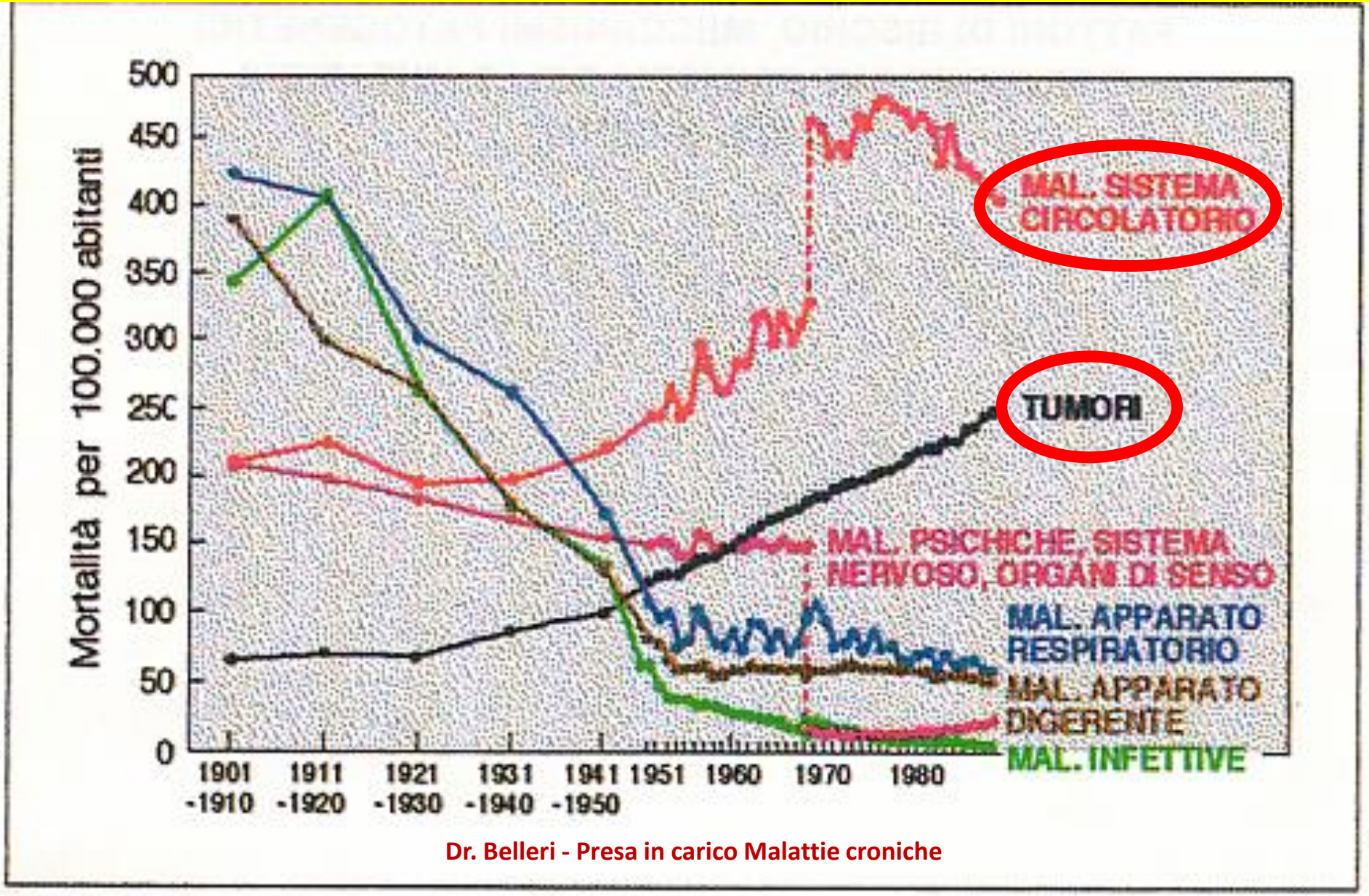
SOMMARIO

1. Differenza tra malattia acuta e cronica
2. Quali problemi pone la malattia cronica
3. Il modello gestionale del Governo Clinico
4. Il modello gestionale della Presa in Carico

Malattia acuta/cronica

CARATTERISTICHE	PATOLOGIA INFETTIVA	PATOLOGIA CRONICA-DEGENERATIVA
FATTORI causali e di rischio	Naturali, unici, specifici, in genere ad azione rapida	Ambientali,comportamentali, multipli, aspecifici, in genere ad azione lenta
Durata del periodo di latenza	Per lo più breve (giorni o settimane)	Per lo più lunga (anni o decenni)
Esordio	Per lo più clamoroso	Spesso subdolo e lento
Decorso	Acuto	Cronico
Esito	Favorevole (in genere)	Sfavorevole (in genere)
Terapia	Abbrevia il decorso (è risolutiva)	Allunga il decorso (più malati)

Evoluzione della mortaltà



COME SI «DIVENTA» CRONICI

Dopo controlli della Pressione arteriosa, esami ematici etc..

Dopo una visita per sintomi aspecifici

Dopo un evento acuto

Fattori di rischio

Percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale

Modifica degli stili di vita

Farmaci e con-trolli periodici

Stadiazione diagnostica

Le reazioni dei pazienti

- **Negazione/rifiuto** del problema
- Adesione alla cura con **interruzioni** per presunta "guarigione"
- **Autoriduzione** della terapia e **rinvio** dei controlli
- **Continuità** nella adesione alla terapia e ai controlli (**autogestione della malattia**)

Obiettivi educativi per la gestione appropriata della cronicità

- Per la **diagnosi precoce** in fase asintomatica sono necessari accertamenti diagnostici
- Il **decorso** non può essere valutato soggettivamente, tranne casi particolari

- **L'efficacia/inefficacia** della terapia può essere monitorata solo con alcuni indicatori clinici (esami, PA, peso, ECG etc)

L'EVOLUZIONE DELLA CRONICITA

Fattori di rischio: aumento glicemia, PA, colesterolo, fumo, obesità etc..

↓

La malattia: eventi acuti o danni d'organo

↓

Aumento del rischio di ricadute, complicazioni

↓

Comorbilità e/o peggioramento funzionale

↓

Fragilità, disabilità, non autosufficienza

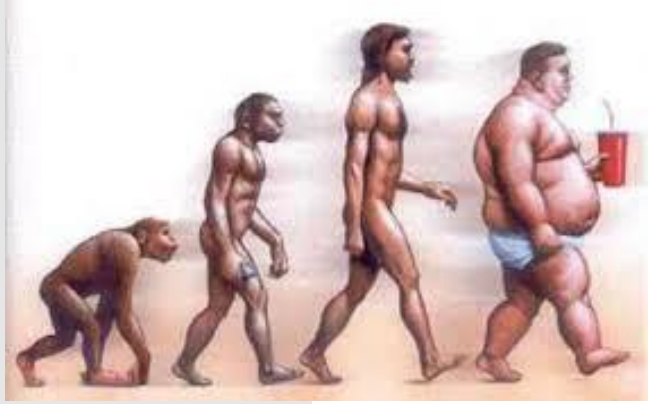
TEMPO

20
30

ANNI

Obiettivi e fasi della cura

- **Diagnosi precoce e controllo dei fattori di rischio**: modifica stili di vita e interventi su popolazioni
- inizio della **cura: farmaci e stili di vita**, per prevenire complicanze



- **intensificazione della terapia** dopo complicanze o aggravamento

Le sfide della cronicità
(complessità?)

Per i pazienti: cambiamenti degli stili di vita, aderenza alla terapia e ai controlli, autogestione della malattia

Per i servizi sanitari: garantire la continuità delle cure, migliorare l'integrazione, ristrutturare l'organizzazione oltre il modello della malattia acuta

Per gli operatori: educazione dei pazienti, farsi carico dei singoli e delle popolazioni, monitorare i processi assistenziali per garantire efficacia e qualità

SOMMARIO

1. Differenza tra malattia acuta e cronica
2. Quali problemi pone la malattia cronica
3. Il modello gestionale del Governo Clinico
4. Il modello gestionale della Presa in Carico

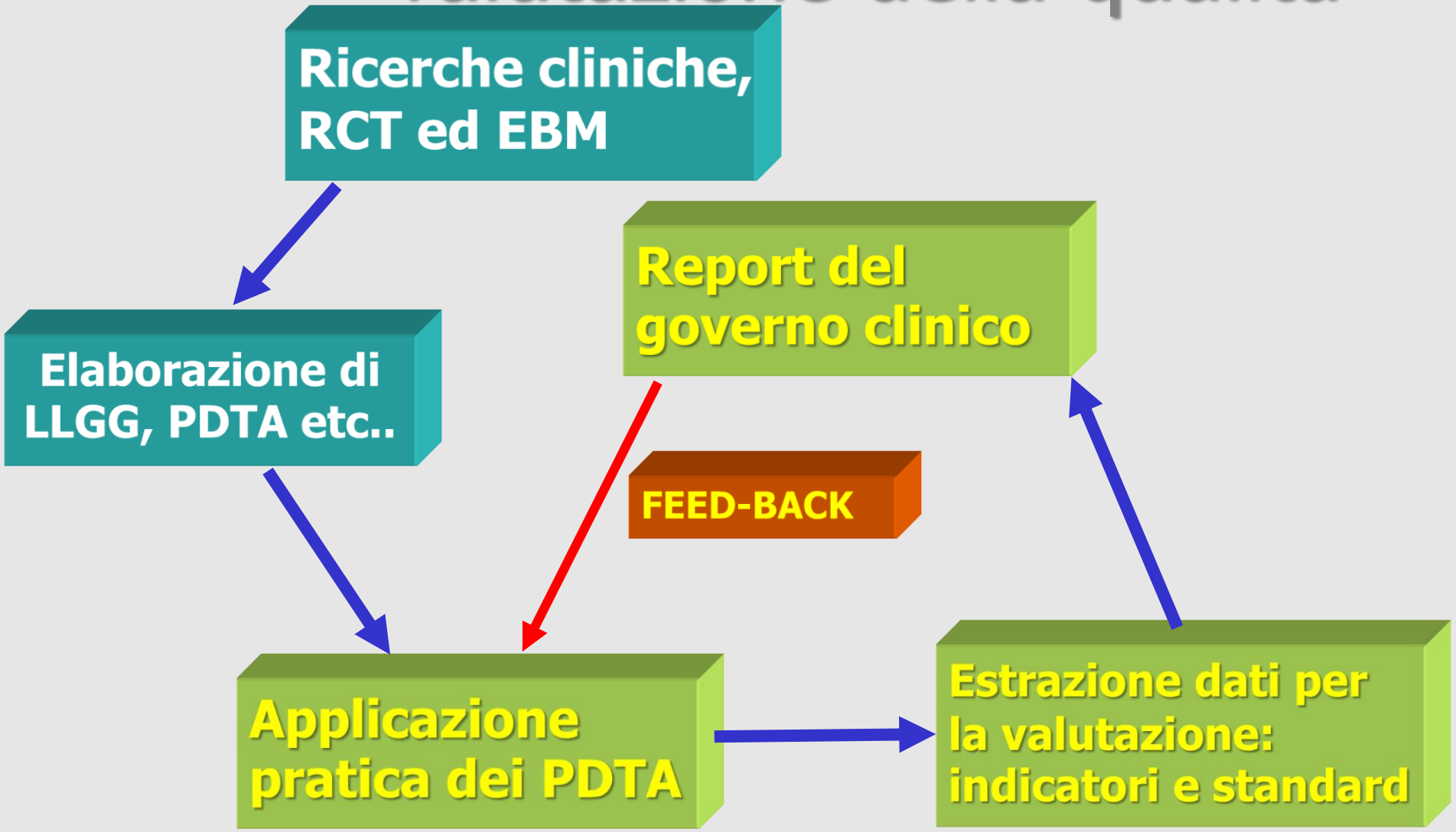
Accordo sul "Governo clinico" ASL Brescia – 2005 - OBIETTIVI

Promuovere la **qualità dei servizi erogati dalle Cure Primarie** e specificamente:

- migliorare **l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza** degli interventi sanitari attuati dai MMG per i cronici
- **verificarne** il raggiungimento attraverso il **monitoraggio** di **indicatori** di processo ed esito

Il ciclo di Governo Clinico

Fasi della valutazione della qualità



Accordo sul "Governo clinico" - 2005
Quali ricadute positive per gli attori?

Per gli *assistiti:* garanzia di una migliore presa in carico da parte del proprio medico curante

Per i *MMG*: possibilità di confrontarsi con i colleghi e riconoscimento del proprio ruolo nell'ambito del sistema di offerta sanitario;

Per l'*ATS*, agire da regia di sistema, possibilità di avere la visione completa dello stato di salute dell'intera popolazione assistita, individuando eventuali criticità del sistema.

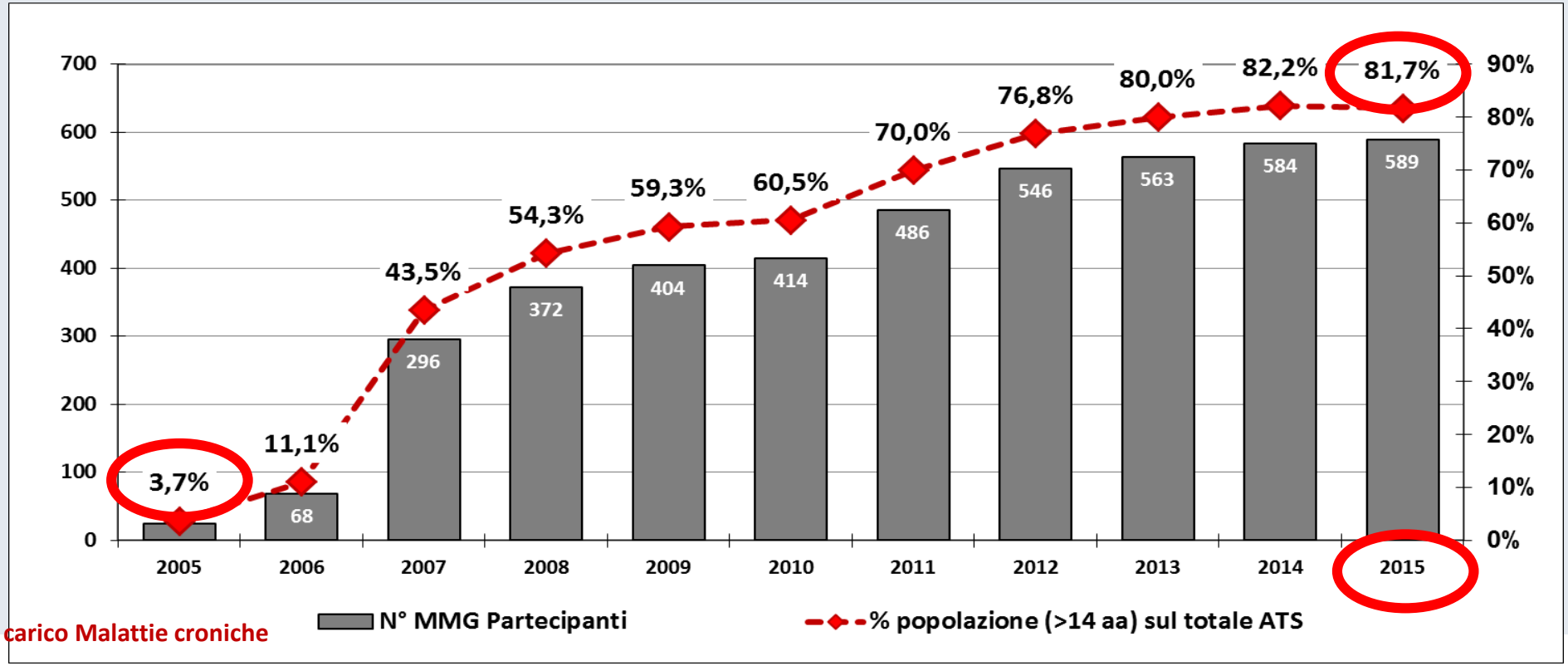
LE TAPPE DEL PERCORSO

- 2001-2004→introduzione PDTA diabete ed ipertensione
- 2005-2006→Fase sperimentale del GC: primi report diabete ed ipertensione

- 2007-2008. Formazione a tappeto nei distretti per l'arruolamento dei MMG
- 2008-2012. Introduzione di altri PDTA: BPCO, scompenso cardiaco, demenza, artrite e insuff. renale cronica

Ed ora qualche numero…

- **ATS di BS: 1.168.168 abitanti, di cui: 65-74enni: 117.618 - ultra74enni: 107.355 - stranieri: 168.011**
- **MMG in attività: 720 circa**
- **Aderenti al Gov. Clinico: 600 (81,7%)**
- **Popolazione coinvolta: 824.000**



Prevalenza % delle patologie

Indicatori di inquadramento

Di seguito si riporta la prevalenza delle principali patologie croniche sulla base dei dati registrati in cartella dai Medici di Medicina Generale **(Tabella 1)**.

Analizzando il trend temporale degli indicatori di inquadramento si nota l'invecchiamento della popolazione ed il consistente aumento dei soggetti identificati come diabetici o ipertesi. È invece sostanzialmente stabile la percentuale di soggetti con scompenso cardiaco. Per la BPCO, dopo il calo registrato negli anni passati, si è raggiunta una certa stabilità dal 2012 ad oggi. La percentuale di soggetti identificati come dislipidemici ha avuto nel tempo un andamento piuttosto irregolare.

Tabella 1: GC 2015- Descrizione della popolazione assistita – Anno 2015

		2009	2011	2012	2014	2015	
						N° soggetti	Indicatore
		287 MMG	408 MMG	534 MMG	581 MMG	589 MMG	
Popolazione assistita	**Totale assistiti in carico al MMG (anagrafica ASL)**	**432.705**	**594.426**	**763.116**	**824.734**	**824.894**	
	donne	51,2%	52,0%	51,1%	51,3%	422.845	51,3%
	> 64enni	21,3%	23,3%	24,2%	25,3%	209.166	25,4%
	Età media (anni)	46,7	47,5	49,0	49,6 anni	49,6 anni	
	Assistiti di cui sono pervenuti i dati	[illegible]	95,6%	99,6%	98,8%	822.309	99,7%
Prevalenza malati cronici presi in carico	**Diabetici**	6,1%	6,8%	7,0%	7,5%	62.970	7,6%
	con diag. negli ultimi 12 mesi	0,6%	0,6%	0,8%	0,7%	4.793	0,6%
	Ipertesi	20,6%	20,7%	21,8%	23,5%	197.176	23,9%
	con diag. negli ultimi 12 mesi	1,7%	1,5%	2,2%	2,0%	13.202	1,6%
	Con diabete e/o ipertensione	22,7%	23,1%	24,2%	26,0%	217.926	26,4%
	Dislipidemici	9,3%	10,0%	9,7%	10,6%	90.438	11,0%
	Con scompenso cardiaco	[illegible]	1,2%	1,1%	1,1%	9.594	1,2%
	Con fibrillazione atriale	1,7%	1,8%	1,9%	2,0%	17.646	2,1%
	Con BPCO	3,0%	2,9%	2,6%	2,6%	21.874	2,7%
	con diag. negli ultimi 12 mesi	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%	2.188	0,3%
	Con scompenso + BPCO	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	2.084	0,3%

Indicatori di stile di vita

Indicatori di processo

Tra gli indicatori di processo (**Tabella 2**) che nel tempo sono migliorati vi è la registrazione del dato fumo, che dal 38% del 2009 è passata al 71,6% nel 2015, superando l'85% per gli assistiti con patologie croniche (ipertensione, diabete, scompenso o BPCO). Un risultato sicuramente positivo è il calo dei fumatori confermato dal confronto per dati appaiati sugli stessi assistiti. Solo negli assistiti più giovani (15-29 anni) si è registrato un aumento della prevalenza di fumatori. Rimangono alcune difficoltà nella registrazione dei dati relativi al BMI e all'attività fisica svolta dagli assistiti, per cui negli anni si sono registrati solo aumenti minimi.

Non bisogna dimenticare che la popolazione di MMG partecipanti (e quindi dei loro assistiti) è dinamica e sempre diversa e che alcuni MMG hanno effettuato per la prima volta la trasmissione dei dati.

Il problema principale dei dati qui

Tabella 2: indicatori di processo – anno 2015 vs 2009

		2009	2015 N° soggetti	2015 indicatore
	Numero MMG partecipanti	287	589	
	Totale assistiti in carico al MMG (anagrafica ASL)	432.705	824.894	
Fumo	Dato fumo registrato	38,1%	590.720	71,6%
	fumatori	*23,5%*	115.876	19,6%
	ex-fumatori	*17,2%*	76.176	12,9%
	Non fumatori	*59,3%*	398.668	67,5%
Attività motoria	Dato att. motoria registrato	25,6%	245.377	29,7%
	attività assente	*34,0%*	91.752	37,4%
	attività leggera	*45,3%*	108.433	44,2%
	attività media	*18,8%*	41.014	16,7%
	attività pesante	*1,9%*	4.178	1,7%
BMI	Dato BMI registrato	33,7%	325.088	39,4%
	BMI <19	*6,4%*	20.741	6,4%
	BMI 19-25	*42,5%*	147.230	45,3%
	BMI 25-30	*33,9%*	106.092	32,6%
	BMI >30	*17,2%*	51.025	15,7%
	BMI calcolato ultimo anno	12,0%	104.271	12,6%

Report Diabete (2008 372 MMG)

	Indicatori	parte di 372 MMG		(popolazione dei 372MMG)		
descrizione	tot assistiti	552.890		Criteri BDA	N.	differenza
	n. diabetici	33.796	6,1%		29.177	-13,7%
	n. diabetici donne	15.397	45,6%		13.522	-12,2%
	n. diabetici ultimi 12 mesi	4.098	0,7%		2.455	-40,1%
processo	registraz fumo	22.451	66,4%	Test diagnostici eseguiti nei 12 mesi precedenti secondo 28SAN		
	registr BMI	15.400	45,6%			
	registraz PA	20.934	61,9%			
	registraz. valore HB gl	17.727	52,5%		22.344	26,0%
	registraz LDL	13.460	39,8%		20.062	49,0%
	registraz colesterolo	20.522	60,7%		21.536	4,9%
	registraz creatinemia	13.122	38,8%		14.863	13,3%
	registraz microalb	7.478	22,1%		17.377	132,4%
	registraz fundus	14.414	42,7%		11.486	-20,3%
	registraz ecg	10.589	31,3%		11.564	9,2%
farmaci	senza farmaci	9.117	27,0%	Farmaceutica ASL	5.172	-43,3%
	Biguanide sola	6.457	19,1%		18.820	-5,3%
	altri ipoglicemizzanti orali	5.472	16,2%			
	Orali associati	7.947	23,5%			
	insulina sola	2.056	6,1%		2.837	38,0%
	Insulina + Orali	2.747	8,1%		2.348	-14,5%
risultato (% sui pazienti con dato registrato)	n. fumatori	3.331	14,8%			
	BMI 25-30	6.498	42,2%			
	BMI>30	5.886	38,2%			
	Hba1C >8	3.302	18,6%			
	Hba1C <7	10.059	56,7%			
	pa < 130/80 ultima	9.105	43,5%			
	PA > 140/90	5.424	25,9%			
	LDL <100	5.025	37,3%			
	LDL >130	4.226	31,4%			
	creatinina >1.4 (M) o >1.3 (F)	1.494	11,4%			
	microalbuminuria >30 mg/dl	1.649	22,1%			
	ACE se microalbum. > 30	608	36,9%			
	ricovero anno precedente	4.305	12,7%	Hospitalised in 2006	6.739	
	ricovero 5 anni precedenti	8.377	24,8%			
	con evento CV ultimo anno	536	1,6%	First Hospitalisation for CCV problem	584	

SOMMARIO

1. Differenza tra malattia acuta e cronica
2. Quali problemi pone la malattia cronica
3. Il modello gestionale del Governo Clinico
4. Il modello gestionale della Presa in Carico (PiC)

GLI OBIETTIVI DELLA PiC

Far evolvere il servizio sanitario regionale da un sistema orientato all'offerta

- verso un **sistema proattivo**, orientato alla PiC di fasce diverse di utenza
- in relazione ai rispettivi **bisogni di cura e assistenza** e
- finalizzato a **migliorare l'accessibilità** ai servizi per
- assicurare la **gestione integrata dell'intero percorso di cura** del paziente cronico.

PiC: Delibere 6164 e 6551

STRATIFICAZIONE DELLA DOMANDA

1. **Livello: 150.000 soggetti ad elevata fragilità** una patologia principale e almeno altre 3 o più patologie (es. ipertensione, scompenso, diabete, FA e IRC)
2. **Livello: 1.300.000 soggetti con** 2-3 patologie associate; es. esempio e diabete ed ipertensione etc.
3. **Livello: 1.900.000 cronici in fase iniziale**, una patologia principale (es: ipertesione o diabete mellito isolati)

PiC: le categorie interessate

Le **11 patologie** individuate dalla **Del. 6164 del 31 genn. 2017**

- **diabete tipo I e tipo II**
- **cardiopatia ischemica**
- **Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva**
- **ipertensione arteriosa**
- **Insufficienza respiratoria/ossigenoterapia**
- **scompenso cardiaco**
- **vasculopatia arteriosa o cerebrale**
- **miocardiopatia aritmica (fibrillazione atr.)**
- **Insufficienza renale cronica**

Prevalenza ATS di BS 2016: 30-35%

Patologie croniche	Prevalenza %	Variabilità
Ipertensione	23,6 %	+/- 6,1
Diabete mellito	7,5 %	+/- 2,3
BPCO	2,9 %	+/- 2,3
Dislipidemia	10,8 %	+/- 10,1
Scompenso	1,2 %	+/- 0,9
Fibrillazione atriale	1,9 %	+/- 0,7

PiC: gli attori della PiC

- I cittadini affetti a 1 o più patologie croniche
- Il gestore della Presa in carico (PiC)
- Il medico di MG dell'assistito
- La cooperativa dei MMG gestori
- I fornitori delle prestazioni diagnostiche
- Il provider tecnologico (centro servizi)
- L'ATS come regista amministrativo, controllore e garante

PiC: compiti del gestore

- Definizione del Piano Assistenziale Individuale
- Sottoscrizione del Patto di Cura con il pz.
- presa in carico proattiva, anche attraverso la prenotazione delle prestazioni
- coordinamento e attivazione della rete dei servizi
- erogazione delle prestazioni del PAI
- implementazione di servizi innovativi
- monitoraggio aderenza e gradimento del percorso

Il mio piano di cura da Luglio 2016 a Giugno 2017

	Prestazioni	Frequenza	Luglio 2016	Agosto 2016	Settembre 2016	Ottobre 2016	Novembre 2016	Dicembre 2016	Gennaio 2017	Febbraio 2017	Marzo 2017	Aprile 2017	Maggio 2017	Giugno 2017
MEDICO MEDICINA GENERALE	VALUTAZIONE CLINICA DA MMG	ogni 6 mesi		✓						✓				
	PRESSIONE ARTERIOSA	ogni 6 mesi		✓						✓				
	RILEVAZIONE PARAMETRI CLINICI MMG	ogni 6 mesi		✓						✓				
ESAMI DI LABORATORIO	COLESTEROLO LDL (CALCOLO INDIRETTO)	ogni anno		✓										
	COLESTEROLO HDL	ogni anno		✓										
	COLESTEROLO TOTALE	ogni anno		✓										
	CREATININA	ogni anno		✓										
	GLUCOSIO (GLICEMIA)	ogni anno		✓										
	EMOGLOBINA GLICATA	ogni 6 mesi		✓						✓				
	MICROALBUMINURIA NELLE URINE	ogni anno		✓										
	POTASSIO	ogni anno		✓										
	SODIO	ogni anno		✓										
	TRIGLICERIDI	ogni anno		✓										
	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	ogni anno		✓										
	EMOCROMO COMPLETO CON FORMULA	ogni anno		✓										
ALTRE PRESTAZIONI	ECOCARDIOGRAFIA	ogni 2 anni		✓										
	ELETTROCARDIOGRAMMA	ogni anno		✓										

	Prestazioni	Frequenza	Luglio 2016	Agosto 2016	Settembre 2016	Ottobre 2016	Novembre 2016	Dicembre 2016	Gennaio 2017	Febbraio 2017	Marzo 2017	Aprile 2017	Maggio 2017	Giugno 2017
	ESAME DEL FUNDUS OCULI	ogni 2 anni		✓										

La scelta del gestore

PiC: il MMG gestore

RUOLO DEL MMG NELLA PiC

- Il MMG mantiene il **ruolo di riferimento del paziente**, assicurando le funzioni previste dall' ACN
- Può diventare sia **gestore diretto della PiC** sia **cogestore** in collegamento con il gestore scelto dal proprio paziente

ALTRE FUNZIONI DEL GESTORE

1. **valutazione multidimensionale del bisogno (VMD)**
2. **case management (gestione del caso)**
3. **gestione clinica (clinical manager).**

PiC: il centro servizi (provider)

Supporta il gestore nell'aderenza al PAI, al fine di assicurare:

- il supporto nella gestione delle prestazioni, anche in telemedicina;
- le prenotazioni degli accertamenti in rapporto con gli erogatori
- il contatto telefonico per ricordare appuntamenti e accertamenti;
- la gestione dei dati statistici
- la fornitura a domicilio di presidi sanitari e sociosanitari.

PiC: DGR 6164 del 4.5.2017

Ruolo e opzioni del MMG nella PiC

1. Gestore diretto come socio una Coop di MMG
2. Co-gestore in collaborazione con un gestore pubblico o privato
3. Non aderente alla presa in Carico

PARTE ECONOMICA (DRG 6551)

Tariffe, comprensive di 10 € a PAI

- Livello 1 45 €
- Livello 2 40 €
- Livello 3 35 €

Cronoprogramma e modalità applicative

- **Entro il 30 settembre.** Presentazione delle manifestazione di interesse dei gestori e pubblicazione:
  - ❑ dell'elenco degli idonei al percorso di PiC (gestore o co-gestore)
  - ❑ dell'elenco degli idonei per il ruolo di erogatore

- **Entro 31 ottobre 2017.** I MMG/PLS in forma aggregata esplicitano l'elenco degli erogatori
- **Entro 30 novembre 2017.** ATS valuta la filiera erogativa dei MMG/PLS in forma aggregata
- **Dal gennaio 2018.** Invio delle lettere con la proposta di scelta del gestore

PiC: da portare a casa - 1

- La **PiC** è rivolta agli assistiti affetti da una o più **malattie croniche** (ipertensione, diabete, BPCO etc.) e consiste nella **scelta di un gestore**;
- l'adesione alla PiC **è facoltativa ed ha durata annuale**, rinnovabile per un triennio complessivo;
- Il **gestore della PiC** verrà scelto dal cittadino da un elenco proposto dall'ATS (ex ASL) **dal 2018**;
- Il gestore può essere sia il **medico di MG**, aderente ad una cooperativa, sia un **ente accreditato (ospedale, clinica, RSA etc..)**

PiC: da portare a casa - 2

- La PiC consiste nella sottoscrizione con il gestore del **Patto di cura annuale**, da rinnovare alla scadenza;

- nell'obbligo di eseguire gli accertamenti previsti dal **Piano Assistenziale Individuale o PAI**, redatto a cura del gestore, comprendente **esami e visite periodiche**:

- Il **medico di MG** può svolgere il ruolo di gestore, di **co-gestore** in collegamento con un gestore accreditato e **non aderire** alla PiC;

- In **caso di problemi** il paziente può cambiare gestore o recedere dal patto al termine della sua validità

PiC: da portare a casa - 3

- La **prescrizione dei farmaci** per la patologia cronica o per ogni altro problema di salute, sia acuto che cronico, il malato continuerà a fare riferimento, ad essere seguito e curato dal proprio medico di MG;

- Da un decennio **i MMG bresciani si fanno carico attivamente dei problemi** di salute, della prevenzione e della cura delle malattie croniche dei propri assistiti applicando i

- **Percorsi Diagnostico-Terapeutici ed Assistenziali (PDTA)** per le patologie croniche più diffuse, nell'ambito del **Governo Clinico provinciale**.

Grazie per l’attenzione!

CRITICITA' DELLA PiC

- La farraginosità burocratica e amministrativa rendono **impossibile assumere il ruolo di gestore** da parte del MMG singolo o in gruppo non associato ad una Cooperativa
- La PiC presuppone solo prestazioni sanitarie erogate dalle strutture accreditate, senza la considerazione per **interventi preventivi** di educazione terapeutica, la promozione degli stili di vita, l'integrazione socio-sanitaria etc.

CRITICITA' DELLA PiC

- Manca il raccordo **con strutture fisiche di integrazione** interprofessionale e di continuità assistenziale sul territorio, a vantaggio del centro servizi avulso dal contesto locale

- La PiC **non contempla la dimensione sociale**, centrale ad esempio nel CCM (empowerment del paziente, associazio-nismo, volontariato etc) e il ruolo dei comuni per l'integrazione socio-sanitaria

CRITICITA' DELLA PiC

- Il disegno complessivo della PiC è **debole sul piano dell'integrazione tra I° e II° livello** e interprofessionale dell'assistenza sanitaria, in quanto privilegia prestazioni centralizzate e non di prossimità
- Vi sono rischi di **deriva privatistica e di marginalizzazione della MG** a vantaggio delle grandi organizzazioni private. Sarebbe perdente per la MG non accettare la sfida e chiamarsi fuori dalla PiC, lasciando spazio ai privati.

CRITICITA' DELLA PiC

- Sovraccarico burocratico per il MMG a scapito della clinica (PAI/patto di cura annuale, incombenze burocratiche etc..)

- La stratificazione dei pazienti del 2° e del 3° gruppo, per mera sommatoria di patologie individuate con criteri amministrativi, non tiene conto della variabilità clinica individuale, dei bisogni psico-sociali, della disabilità e dei deficit funzionali etc..