Le Cure Primarie e la Gestione della Cronicità

Il Ruolo del Medico di Medicina Generale

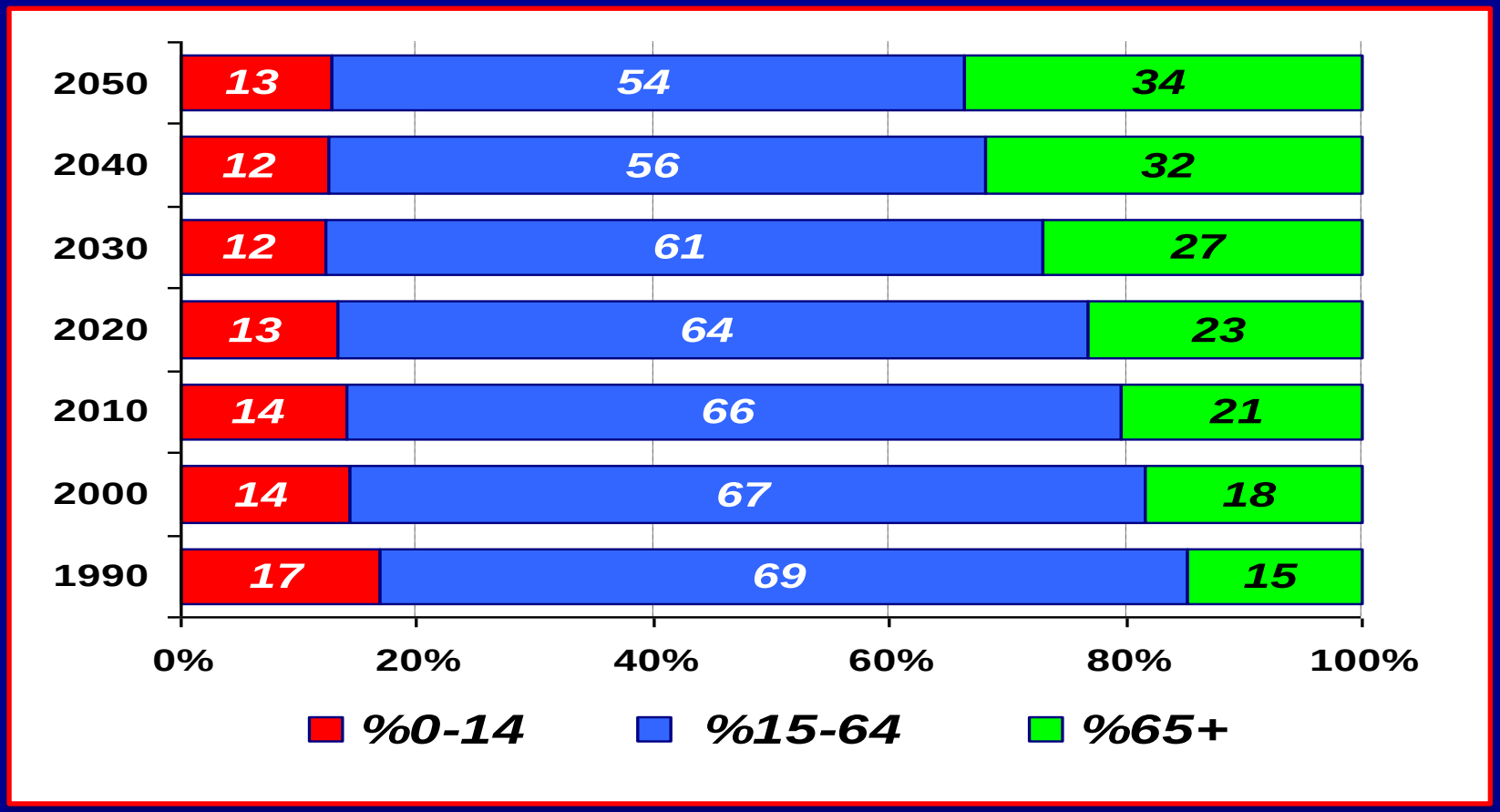
I PACC

come approccio innovativo alla gestione del diabete

Gaetano Piccinocchi

Società Italiana di Medicina Generale - S.I.M.G.

Il futuro



Fonte dati ISTAT: previsioni demografiche 2005 - 2050

Le malattie croniche: un allarme mondiale

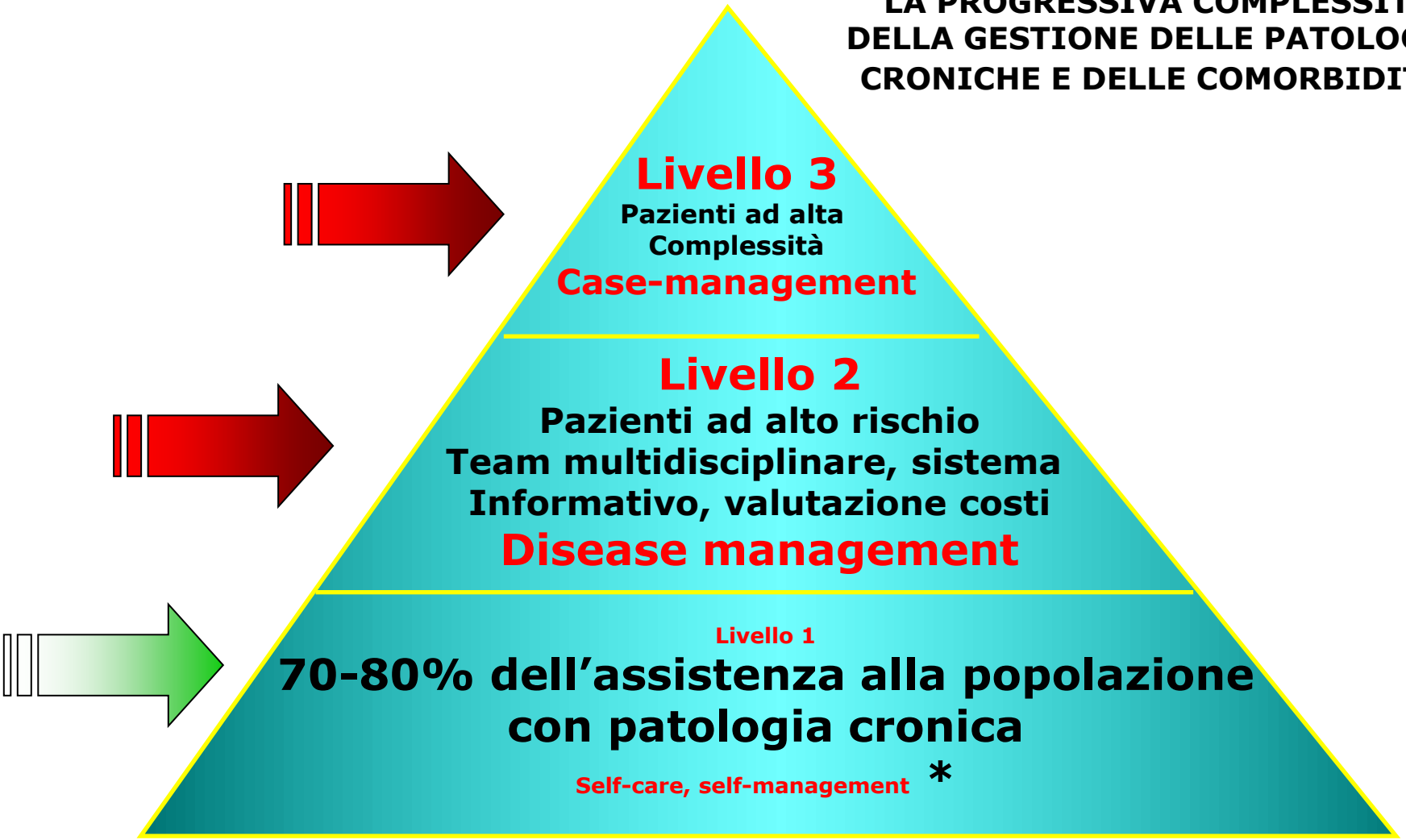
- 57 milioni di decessi nel 2008
- Il 63% (36 milioni) dovuto a malattie non trasmissibili
- Il 25% circa premature (sotto 60 anni)

- malattie cardiovascolari (48%)
- tumori (21%)
- malattie respiratorie croniche (12%)
- diabete (3,5%)

Secondo l'OMS il numero totale di decessi annuali per NCD potrebbe aumentare a 55 milioni entro il 2030

Fonte: Global status report on noncommunicable diseases 2010
- World Health Organization (Reprinted 2011)

LA PROGRESSIVA COMPLESSITÀ DELLA GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE E DELLE COMORBIDITÀ



Promozione della salute

*"l'abilità individuale a gestire sintomi, trattamento, conseguenze fisiche e psicologiche e i cambiamenti dello stile di vita inerenti al vivere con una condizione cronica".

(Barlow, citato in Newman, Self-management interventions for chronic illness-The Lancet,2004)

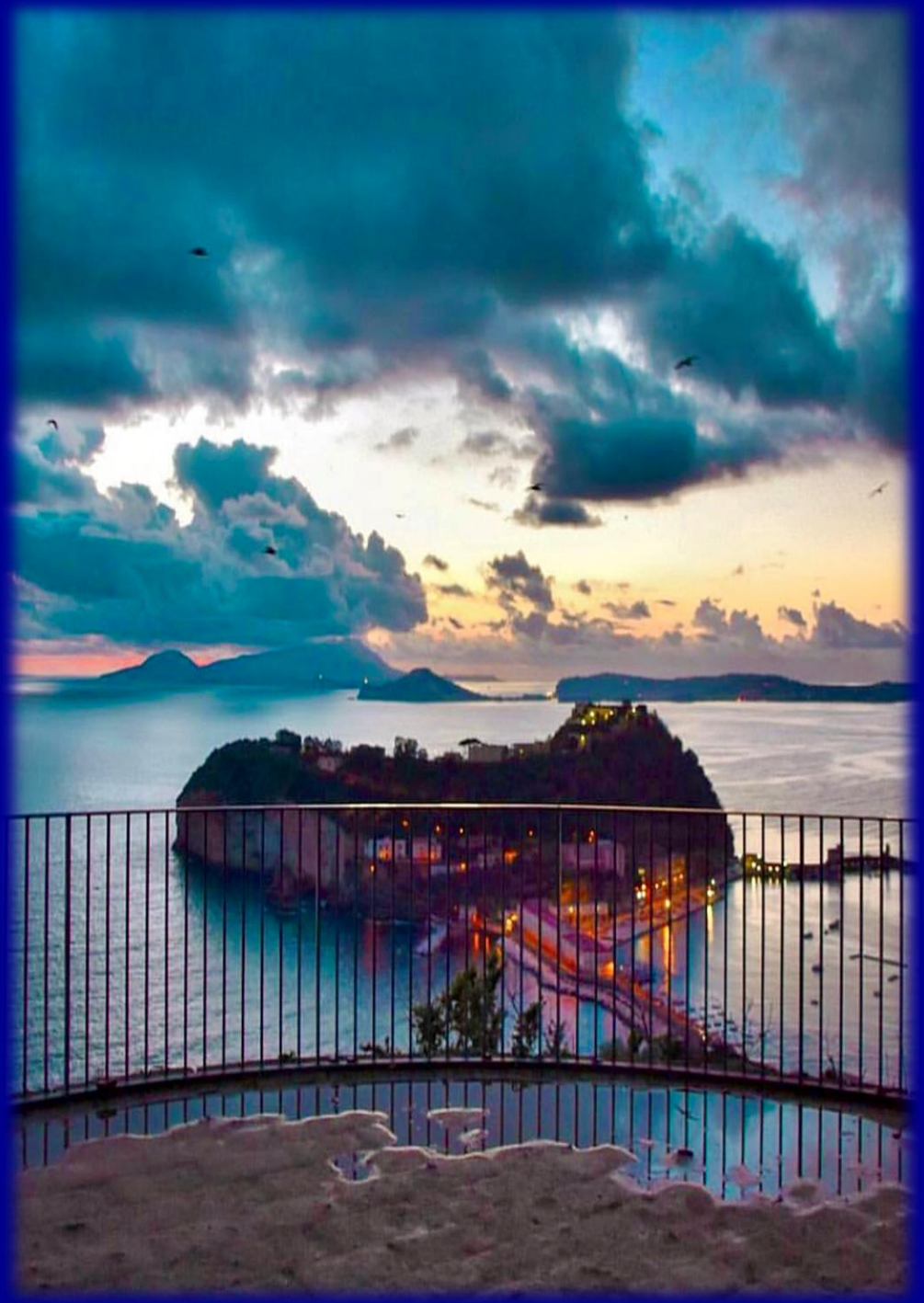
Le cronicità: il motore del cambiamento

Le malattie croniche

- Hanno sostituito quelle acute come problema dominante per la salute
- Sono diventate la principale causa di disabilità e di utilizzo dei servizi
- Assorbono il 78% dell'intera spesa sanitaria
- Hanno modificato il ruolo del medico, che da unico protagonista della cura, diventa membro di un team multiprofessionale in grado di elaborare il piano di cura che tenga conto della molteplicità dei bisogni, così come di garantire la continuità dell'assistenza
- Hanno cambiato il ruolo del paziente che, da soggetto passivo diventa protagonista attivo della gestione del proprio stato di salute, assumendo comportamenti e stili di vita adeguati.

Holman H. JAMA 2014; 292(9): 1057-59

- Quale cifra siamo disposti a pagare per curare una malattia?
- Quale cifra siamo in grado di sostenere per curare una malattia?
- Quale spesa è giusto sostenere per un trattamento?
- Spendere oggi è un investimento per domani?



LE “LEGGI” DELL’ ECONOMIA

LA SPESA PER LA SALUTE E’ GIUSTIFICATA SOLO PER IL SUO VALORE UMANITARIO ?

IL COSTO DELLA SALUTE E’ UNA SPESA O UN INVESTIMENTO ?

Approcci al problema

Razionare	vs	Razionalizzare
(contenimento della spesa)		(outcome dalle risorse disponibili)

Razionare: obiettivo monodimensionale poiché unica variabile è la spesa

Razionalizzare: obiettivo bidimensionale poiché la spesa viene rapportata all'outcome sanitario ottenibile.

Health Technology Assessment

Processo che valuta l'impatto delle nuova tecnologia assistenziale:

- **efficacia**
- **indicazioni d'uso**
- **costi**
- **costi-efficacia**
- **costi-benefici**
- **costi-utilità**
- **conseguenze sociali, economiche, etiche**

(Institute of Medicine, 1985)

Definizione di tecnologia sanitaria

Strumenti,

attrezzature,

farmaci,

presidi sanitari,

procedure mediche e chirurgiche

strutture organizzative e di supporto

utilizzate per la fornitura di prestazioni sanitarie

American Office for Technology Assessment)

Multidisciplinarità

Per definizione la valutazione di HTA è multi-disciplinare e multi-professionale. Sono necessarie competenze in:

- **clinica**
- **epidemiologia (descrittiva e clinica)**
- **economia sanitaria**
- **ingegneria clinica**
- **farmacologia**
- **management**
- **organizzazione e igiene sanitaria, nursing**
- **metodologia della ricerca scientifica basata sulle evidenze (EBM)**
- **etica (preferenze dei pazienti)**
- **risk management**

Futuro:
Innovazione e sostenibilità

- Nuovi antitumorali
- Altre terapie per l'epatite C
- MoAb per Alzheimer e per demenze
- Nuovi antiretrovirali
- Terapia genica
- Sensoristica
- 3D printing
- Cellule staminali
- Wearable devices
- Robotica
- Farmaci combinati con nanotecnologie

Come può il SSN sostenere tutto ciò?

L’assistenza sanitaria sta cambiando?

In Italia spesa già sotto controllo: non servono vecchie ricette di tagli, ma nuovi modelli

La spesa farmaceutica pubblica procapite è inferiore del 30% alla media Big Ue

I prezzi dei farmaci sono più bassi del 15-20% rispetto alla media europea

I farmaci a brevetto scaduto rappresentano il 90% delle vendite in farmacia

L'Italia è il primo Paese per vendite di biosimilari in valore e in unità

La quota di mercato dei biosimilari è superiore alla media europea

Quota di mercato dei biosimilari in Italia e nei Paesi europei

(% su somma biosimilare+prodotto di riferimento, anno 2015)

FARMINDUSTRIA

Fonte: Aifa, Cergas-Bocconi, IMS, Eurostat, OECD

Sembra un'anomalia, ma…….

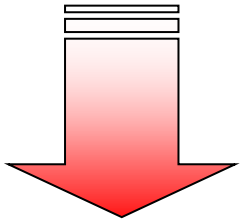
- **Il sistema italiano è capillare e molto efficace**
- **Sia gli americani che gli altri europei stanno modificando i loro sistemi ispirandosi al nostro modello**
- **Per migliorare e rendere ancora più efficace il sistema occorre armonizzare e ottimizzare i rapporti tra "primary care" e "secondary care"**

Caratteristiche della Medicina Generale

Primo contatto

- **Assistenza continuativa**
- **Approccio globale e altamente personalizzato**
- **Rapporto medico-paziente fiduciario/negoziale**
- **Gestione delle patologie croniche**
- **Problemi/Malattie alla loro prima insorgenza**
- **Facilitazione nel follow-up**
- **Funzione di coordinamento sanitario**
- **Interventi di tipo opportunistico**

- I paradigmi assistenziali necessitano di una profonda modifica a causa della prevalenza delle cronicità e delle co-morbilità
- Non possono più basarsi sul modello della malattia acuta



- ridefinizione del proprio ruolo
- nuova cultura (*self-management support)*
- modello assistenziale collaborativo (*team multidisciplinare, case-manager*)
- riorganizzazione dell'assistenza
- risorse economico-finanziarie

Ruolo della la Medicina di Famiglia…

RETE CAPILLARE

PROGETTO DI SALUTE PERSONALIZZATO

FLESSIBILITA'

QUALITA' A BASSO COSTO

FACILE ACCESSO

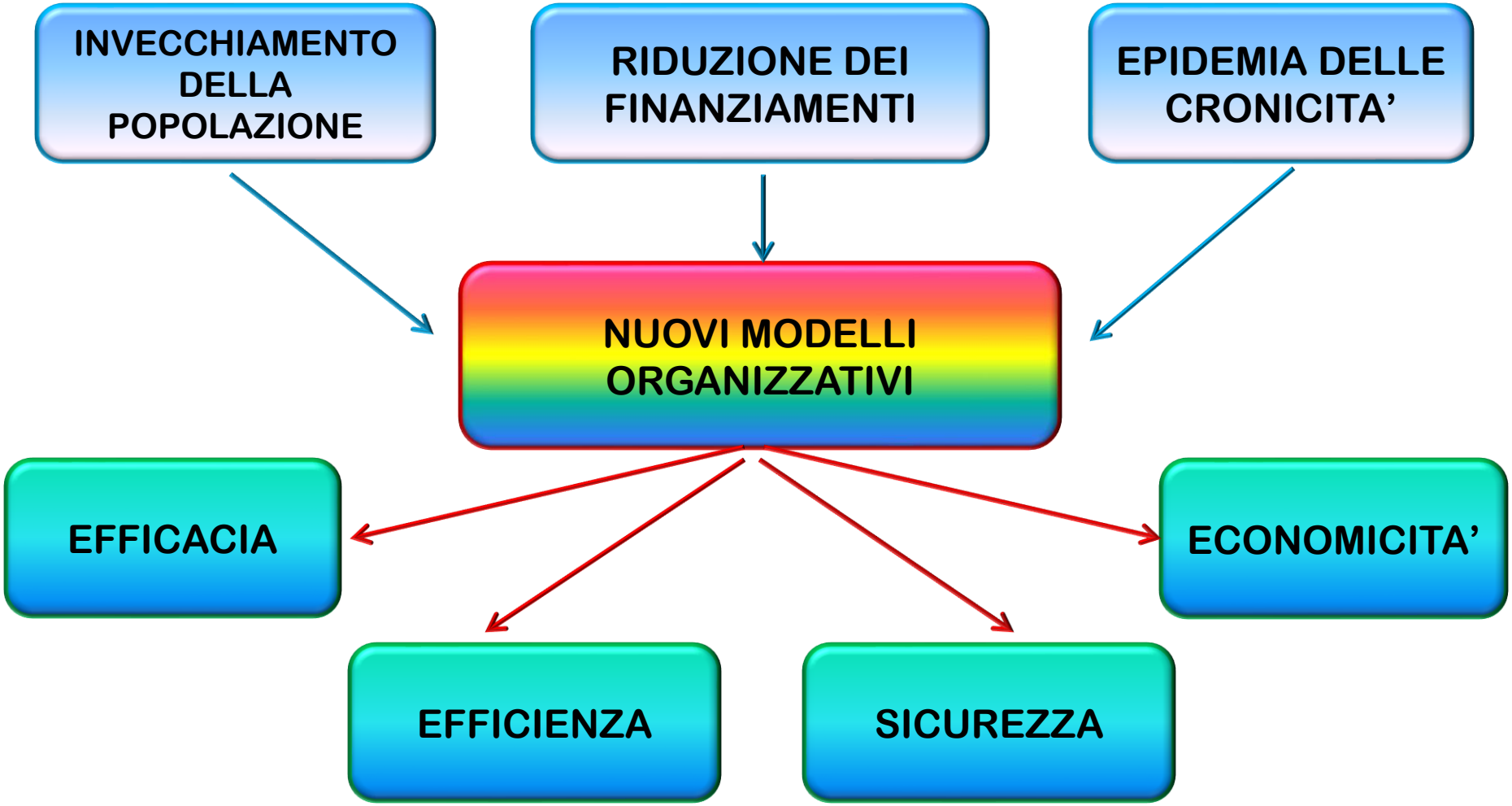
ASSISTENZA A DOMICILIO

QUALITA' VERIFICABILE

BUDGET PREVEDIBILE

CONOSCENZE GLOBALI DEL PAZIENTE

Problemi aperti e nuovi modelli organizzativi per la Medicina Generale



Home Strumenti Piano Nazionale Cr... Accedi
1 / 149 125%

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Piano Nazionale della Cronicità

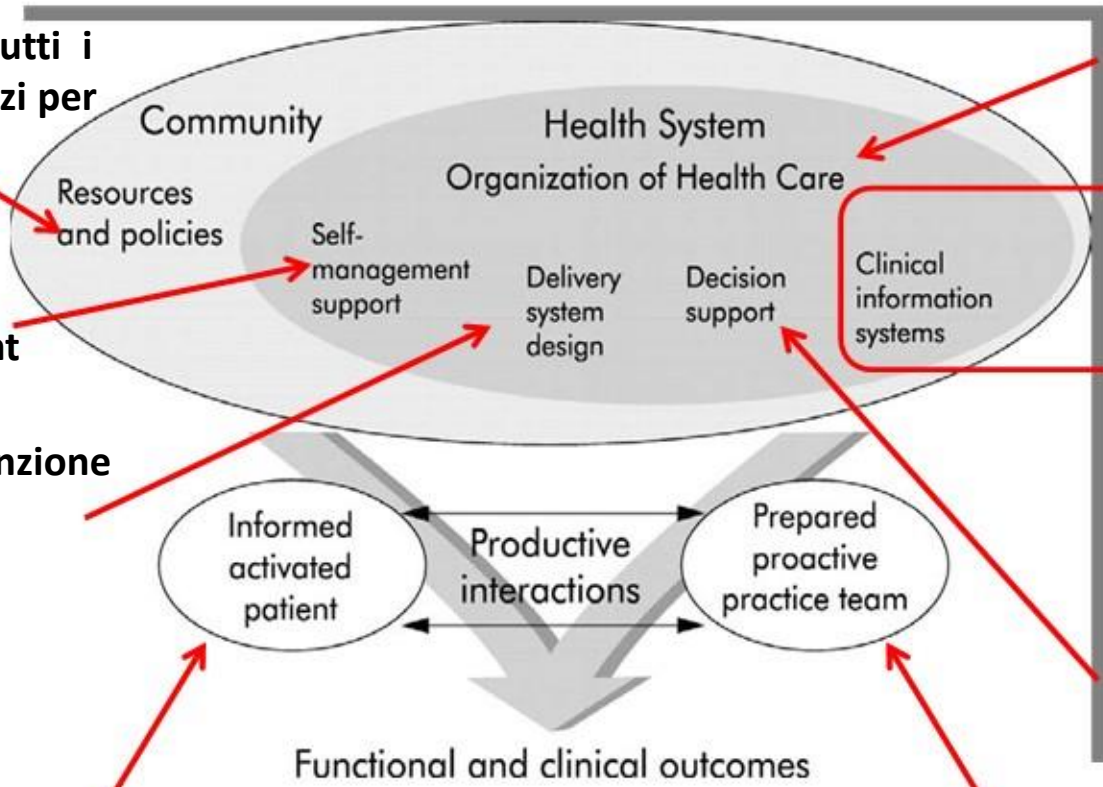
Anche l'Italia sta muovendo i primi passi in questa direzione: la SIMG, attraverso la scuola di alta formazione, intende formare i futuri dirigenti delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), cardine della nuova assistenza sul territorio e, in linea con quanto sta avvenendo in molti paesi europei, formare una nuova figura di MMG definito "*con interessi disciplinari speciali*" da integrare nell'organizzazione delle cure primarie per iniziare un percorso verso la media intensità di cura e ridurre la distanza con l'ospedale. L'obiettivo è quello di formare figure professionali in grado di coordinare al meglio le attività svolte sul territorio con quelle dell'ospedale, creando una vera e propria interfaccia, una sorta di cerniera evoluta con la medicina specialistica, già presente in altri Paesi Europei.

I medici in questione potrebbero mettere a frutto la loro competenza, nell'ambito nelle UCCP e nelle AFT riducendo i costi del Servizio sanitario e evitando spesso inutili consulenze, con abbattimento delle liste di attesa, potrebbero favorire una diffusione delle conoscenze nelle rispettive materie tra i medici di medicina generale, anche attraverso l'istruzione e formazione sul campo, risolvere alcuni problemi del paziente nel

Il Chronic Care Model per gestire le cronicità

1-promuovere la cooperazione fra tutti i produttori di servizi per malati cronici

2-finalizzare alle sole cronicità una parte delle risorse del sistema assistenziale



6-rendere l'accesso ai dati clinici completo e rapido

3-promuovere il self-management

4-affidare prevenzione e cura a team multidisciplinari

5-riferirsi a percorsi assistenziali EBM e standard assistenziali; audit e formazione

Pazienti esperti e attivi

Curanti (medici) formati, informati e proattivi

MEDICINA DI INIZIATIVA

Multidisciplinarietà

INTEGRAZIONE DEI SAPERI

COMUNICAZIONE ⟷ **COLLABORAZIONE**

CRITICITA’

Nel passaggio tra le diverse fasi assistenziali dal domicilio all’ospedalizzazione, dall’ospedale ad altra struttura o al domicilio.
Tra i diversi professionisti che intervengono sulla stessa persona nello stesso luogo o in luoghi diversi
Mancanza di strumenti di comunicazione esempio Cartella clinica elettronica condivisa con il territorio

REGIONE CAMPANIA

PIANO REGIONALE DI PROGRAMMAZIONE DELLA RETE PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE 2016-2018

CAPITOLO 2 - Le nuove articolazioni organizzative del Distretto Socio-Sanitario

2.1 - Introduzione

Le malattie croniche ormai rappresentano circa l'80% di tutte le patologie ed assorbono il 70% delle risorse; tale incremento richiede che il sistema di offerta sanitaria e sociosanitaria persegua l'integrazione dei servizi sul paziente, lo sviluppo della medicina di iniziativa, il coordinamento e la continuità delle cure.

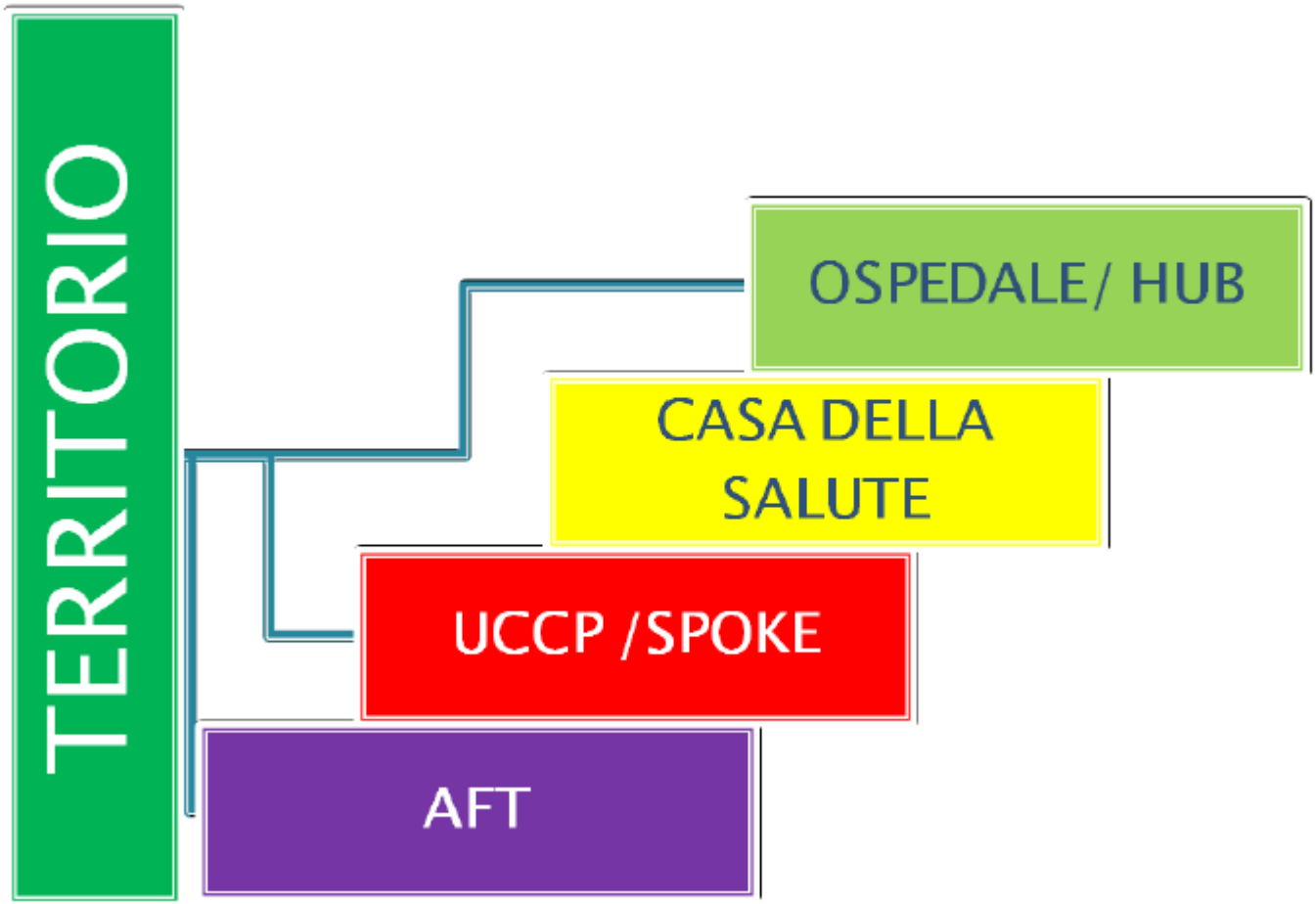
Il modello assistenziale seguito in regione Campania può essere definito ancora di tipo settoriale-specialistico, in cui ciascun professionista eroga prestazioni con diverso grado di complessità senza che vi sia una reale adozione di linee guida e/o protocolli diagnostico terapeutici condivisi.

Tale assetto organizzativo ha condotto ad una consistente differenziazione dell'offerta che, in assenza di integrazione e coordinamento, determina la frammentazione e duplicazione degli interventi con allungamento dei tempi di attesa dei livelli assistenziali più elevati.

In tale scenario non è l'organizzazione a ruotare intorno alla persona malata ma è lo stesso cittadino che cerca di ricomporre in prima persona l'offerta assistenziale presentandosi ai diversi punti di erogazione dei servizi per ricevere una risposta al proprio bisogno di salute.

Inoltre, ancora oggi è alquanto carente l'azione di filtro esercitata dal

Il Modello e… il Futuro!?



Il diabete rappresenta un esempio paradigmatico di patologia cronica

- un **approccio complesso**
- una **gestione integrata**, multidisciplinare e coordinata
- una organizzazione manageriale
- pieno utilizzo della ***Information and Communication Technology*** (**raccolta dati, registri patologia, gestione indicatori clinici e di sistema per monitoraggio e valutazione dei processi e degli esiti degli interventi, supporto alle decisioni**, sostegno all'assistenza)
- un ruolo attivo e la responsabilizzazione del paziente (***empowerment***) che deve essere al centro del processo assistenziale

Compiti del Medico di Medicina Generale

1. Identificazione della popolazione a rischio aumentato di malattia diabetica tra i propri assistiti.
2. Diagnosi precoce di malattia diabetica tra i propri assistiti.
3. Identificazione, tra i propri assistiti, delle donne con diabete gestazionale.
4. Presa in carico, in collaborazione con i CD, dei pazienti e condivisione del Piano di Cura personalizzato.
5. Valutazione periodica, mediante l'attuazione di una medicina di iniziativa, dei propri pazienti secondo il Piano di Cura adottato, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze.
6. Effettuazione, in collaborazione con il CD, di interventi di educazione sanitaria e counselling delle persone a rischio e delle persone con diabete rivolti, in particolare all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia.
7. Monitoraggio dei comportamenti alimentari secondo il Piano di Cura personalizzato.
8. Organizzazione dello studio (accessi, attrezzature, personale) per una gestione ottimale delle persone con diabete.
9. Raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con il CD di riferimento, mediante cartelle cliniche preferibilmente in formato elettronico.

Percorso

- Qual’è il modello di gestione più efficace ?
- Chi deve assistere i pazienti diabetici ?
- Quale modello per il MMG ?

L'assistenza al Paziente Diabetico

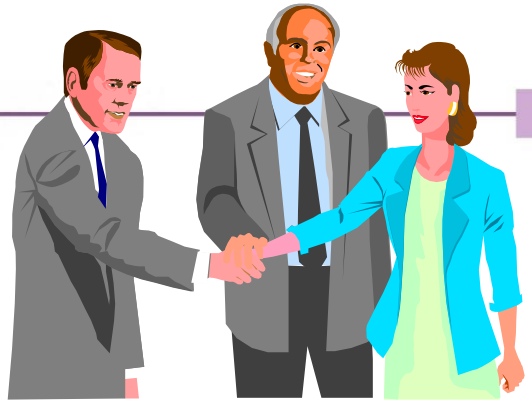
Raccomandazioni cliniche
e organizzative
di **AMD-SID-SIMG**

AMD SID

Dall'assistenza integrata
al Team diabetologico
e al Disease management
del diabete

UTET
PERIODICI

E’ fondamentale quindi:



Per il Diabetologo:

- Sacrificare la quantità e favorire la qualità delle prestazioni
- Recuperare la collaborazione del MMG cui va restituita la competenza nel gestire la “quotidianità “ del paziente diabetico

Per il Medico di medicina Generale:

- Impegno maggiore di fare diagnosi precoce di malattia in soggetti a rischio
- Inviare allo specialista per controlli periodici tutti i diabetici in carico (compresi quelli in buon compenso)

S.I.M.G.

Associazione Medici Diabetologi

ALLEANZA PER IL DIABETE

I NUMERI al 31.12.2011:

- 13 COOPERATIVE MEDICHE
- 560 MMG
- 21 DIABETOLOGI
- 768.000 CITTADINI ASSISTITI
- 60.822 PAZIENTI DIABETICI
- 7,91% PREVALENZA DIABETICI

Regione Campania

Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

DECRETO N. 31 DEL 19/4/2018

OGGETTO: Interventi tesi a migliorare l'appropriatezza organizzativa dei Ricoveri Ospedalieri: "Linee guida per l'attuazione dei percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC) – modifiche ed integrazioni del DCA n.35 del 8.8.2017 e del DCA n.4 del 17.01.2018" *(acta vii: "attuazione degli interventi rivolti all'incremento della produttività e della qualità dell'assistenza erogata dagli Enti del Servizio Sanitario Regionale ").*

Millewin

nti/campania/AIRCampania_CM01_B.pdf
Health Search https://ricaricaonlin...

Circolare esplicativa DECRETO n. 87 del 24.07.2013 (Accordo Integrativo Regionale per la Medicina generale. Approvazione) art. 9 (Disease Management del Diabete Mellito)

1. Il MMG Individua tra i suoi assistiti i pazienti affetti da Diabete di tipo 2 arruolabili al percorso di gestione integrata del Diabete di tipo 2.
2. Il MMG raccoglie il consenso informato dei pazienti che hanno aderito al percorso (allegato A).
3. Il MMG raccoglie e custodisce, ai fini di una eventuale verifica, il consenso informato e l'autorizzazione al trattamento dei dati (allegato A) e trasmette l'elenco nominativo dei pazienti arruolati (allegato B) in formato elettronico o in cartaceo (previsto solo per la fase di start up) trasmettendola al DSB di competenza. Per la retribuzione della quota arruolamento (€ 50,00 per paz./diabetico diviso in dodici mensilità) farà fede la data di ricezione del modulo da parte del DSB. Eventuali nuovi arruolamenti o variazioni (cambio scelta, decesso, uscita dal percorso, ecc) potranno essere comunicati mensilmente al DSB attraverso la compilazione di una nuova elenco integrato (allegato B) con le modifiche all'elenco precedente.
4. All'inizio dell'arruolamento e trimestralmente (entro il 15 del mese successivo al termine del trimestre) il MMG procede alla estrazione dalla propria cartella clinica informatizzata dei dati indicati nel Report Individuale (allegato b1) per singolo paziente. Tale report verrà trasmesso per via telematica all'A.R.San che darà conferma dell'avvenuta ricezione ed invierà, contestualmente, i dati alle Aziende competenti. Annualmente l'A.R.San trasferirà alle AA.SS.LL. i report contenenti gli indicatori LAP raggiunti dai singoli MMG.
5. Annualmente il MMG riporta, con autocertificazione (allegato C) trasmesso al DSB del medico, il Livello Accettabile di Performance (LAP) raggiunto secondo lo schema dell'allegato D.
6. Entro 60 gg. dalla raccolta dei dati suddetti, le AA.SS.LL. corrisponderanno ai singoli MMG le spettanze secondo quanto previsto dall'art.9 del DECRETO n. 87/13.
7. Le AA.SS.LL. in base ai report forniti dall'A.R.San potranno verificare il LAP auto certificato dai

nti/campania/AIRCampania_CM01_B.pdf
Health Search https://ricaricaonlin...

Allegato B1

GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO TIPO 2 - LEAD
Dati da estrarre per PAZIENTE

Complicanze	S/N	Data Diagnosi
Complicanze Macrovascolari:		
Cardiopatia Ischemica		
IMA		
Rivascolarizzazione		
Claudicatio		
TIA		
Ictus		
Angina		
Esame dell'Occhio:		
Esame fondo Oculare		
Retinopatia		
Cecità		
Esame del Piede:		
Ulcerazioni		
Amputazione		
Complicanze Renali:		
Nefropatia		
Dialisi		

	Start-up		3 mesi		6 mesi		9 mesi		1 anno	
	Valori	Data	Valori	Data	Valori	Data	Valori	Data	Valori	Data
Dati Antropometrici:										
Altezza										
Peso										
BMI (valore in Kg/m 2)										
Circonferenza Vita										
Pressione Arteriosa										
Verifica autocontrollo glicemico (se effetuato)										
Rinforzo educativo :										
Alimentazione										
Attività Motoria										
Autocontrollo										
Prevenzione Piede										
Ispezione del piede										
HbA1c										
Microalbuminuria										
Creatininemia										
Uricemia										
Colesterolo tot.										
Colesterolo LDL										
Trigliceridi										
AST										
ALT										

nti/campania/AIRCampania_CM01_B.pdf
Health Search https://ricaricaonlin...

SCHEDA DIABETOLOGICA

Posizione	Dimensioni	Obbligatorio/Facoltativo	Tipo	Tipologia	Descrizione
1	6	O	Numerico	Codice regionale medico	Il codice regionale del medico su 6 caratteri
7	3	F	Numerico	numero scheda	Attribuito dal medico in fase di compilazione. Tale numero resta invariato per le revisioni successive. Il dato va indicato con allineamento a Destra (Esempio 001)
10	4	O	Numerico	data	Data compilazione della scheda formato mmaa (mese a due cifre anno a due cifre)
14	45	O	Alfanumerico	Cognome	Cognome paziente
59	45	O	Alfanumerico	Nome	Nome paziente
104	16	O	Alfanumerico	Codice Fiscale	Codice Fiscale paziente
120	1	O	Numerico	Fumo	Indicare 2 per paziente non fumatore; 1 per paziente fumatore; 0=non registrato
121	1	O	Numerico	Tipo diabete	Indicare 1 per diabete di tipo 1; 2 per diabete di tipo 2; 3 per diabete secondario ad eziologia nota; 0=non registrato
122	1	O	Numerico	Gestione	Indicare: (0=non registrato) 1 se seguito da CAD Pubblico; 2 se seguito da CAD Privato; 3 se seguito da MMG; 4 se seguito da CAD Pubblico -MMG ; 5 se seguito da CAD Privato-MMG; 6 se seguito in ASL diversa da Napoli 1
123	1	O	Numerico	Terapia 1 farmaco	Indicare: (0=non registrato) 1 se SOLO DIETA; 2 se TERAPIA INSULINICA; 3 se INCRETINE 4 se METF.; 5 se SULF; 6 se GLINIDI; 7 se ACARBOSE; 8 se GLITAZONI; 9 se ASS. PRECOST.
124	1	O	Numerico	Terapia 2 farmaco	Indicare: (0=non registrato) 1 se SOLO DIETA; 2 se TERAPIA INSULINICA; 3 se INCRETINE

ds/Modello_1572103148376.pdf

Search banca bari Accesso Fatturazion... Nexi Imposta di Soggior... Nuova scheda Neos Park Colangelo - Associati

REGIONE CAMPANIA
Azienda Sanitaria ASL NAPOLI 1 CENTRO
Riepilogo Errori

Anagrafiche Diabetologiche — Da 01/09/2019 a 30/09/2019

Data caricamento:	06/10/2019 09:22	N° Righe tot.	117
Stato:	REGISTRATO	N° Righe valide	117
Nome File ANA:	CM01_GAETANO PICCINOCCHI_ANAGRAFICA_DISEASE_MANAGEMENT_06 10 2019.zip		

Codice errore	Descrizione errore	Tipo errore	Totale
ESE	Assistito non esente per diabete	Avvertimento	31

Webmail 1.3.10 :: Pos | A.S.L. Napoli 1 Centro :: verifica tr | Download | Modello_1572102930980.pdf
ds/Modello_1572102930980.pdf
Search banca bari Accesso Fatturazion... Nexi Imposta di Soggior... Nuova scheda Neos Park Colangelo - Associati

Azienda Sanitaria ASL NAPOLI 1 CENTRO

Riepilogo Errori

Anagrafiche Diabetologiche

Da 01/09/2019 a 30/09/2019

Data caricamento: 06/10/2019 09:22

Stato: REGISTRATO

Nome File ANA: CM01_GAETANO PICCINOCCHI_ANAGRAFICA_DISEASE_MANAGEMENT_06 10 2019.zip

N° Righe tot. 117

N° Righe valide 117

Codice Fiscale	Validità	Cod. Err.	Descrizione errore	Valore	Tipo
BGLPQL54B16F839T	Avvertimenti	ESE	Assistito non esente per diabete	BGLPQL54B16F839T (Cogn: BUGLIONE, Nome: PASQUALE , CF: BGLPQL54B16F839T)	A
CNFMRN37P12F839F		ESE	Assistito non esente per diabete	CNFMRN37P12F839F (Cogn: CONFESSORE, Nome: MARIANO , CF: CNFMRN37P12F839F)	A
CPLGNN43D09E054S		ESE	Assistito non esente per diabete	CPLGNN43D09E054S (Cogn: CIPOLLETTA, Nome: GIOVANNI , CF: CPLGNN43D09E054S)	A
CRLVNT41B53A228E		ESE	Assistito non esente per diabete	CRLVNT41B53A228E (Cogn: CARLO, Nome: VIOLANTA , CF: CRLVNT41B53A228E)	A
CTGMDD73L15F839R		ESE	Assistito non esente per diabete	CTGMDD73L15F839R (Cogn: CATUOGNO, Nome: EMIDDIO , CF: CTGMDD73L15F839R)	A
CTLPLA49R20F839U		ESE	Assistito non esente per diabete	CTLPLA49R20F839U (Cogn: CIOTOLA, Nome: PAOLO , CF: CTLPLA49R20F839U)	A
DFRGNE49T02F839F		ESE	Assistito non esente per diabete	DFRGNE49T02F839F (Cogn: DE FRANCO, Nome: EUGENIO , CF: DFRGNE49T02F839F)	A
DLLFME42C67F839G		ESE	Assistito non esente per diabete	DLLFME42C67F839G (Cogn: DELL'AQUILA, Nome: EUFEMIA , CF: DLLFME42C67F839G)	A
DMICLL40R63F839D		ESE	Assistito non esente per diabete	DMICLL40R63F839D (Cogn: DI MEO, Nome: CLELIA , CF: DMICLL40R63F839D)	A
DNRPRS51S02Z603R		ESE	Assistito non esente per diabete	DNRPRS51S02Z603R (Cogn: DONAIRE CISTERNAS, Nome: PEDRO SEGUNDO , CF: DNRPRS51S02Z603R)	A
DSMNNT46A49F839C		ESE	Assistito non esente per diabete	DSMNNT46A49F839C (Cogn: DE SIMONE, Nome: ANTONIETTA , CF: DSMNNT46A49F839C)	A
DVNFTN34B59F839J		ESE	Assistito non esente per diabete	DVNFTN34B59F839J (Cogn: DAVINO, Nome: FORTUNATA , CF: DVNFTN34B59F839J)	A
FRRGPP38D05F839P		ESE	Assistito non esente per diabete	FRRGPP38D05F839P (Cogn: FERRUCCI, Nome: GIUSEPPE , CF: FRRGPP38D05F839P)	A
FSCMRA38E63G309X		ESE	Assistito non esente per diabete	FSCMRA38E63G309X (Cogn: FUSCO, Nome: MARIA , CF: FSCMRA38E63G309X)	A
GRFCCT49S65F839M		ESE	Assistito non esente per diabete	GRFCCT49S65F839M (Cogn: GAROFALO, Nome: CONCETTA , CF: GRFCCT49S65F839M)	A
MFFGCR44A14L014G		ESE	Assistito non esente per diabete	MFFGCR44A14L014G (Cogn: MAFFEI, Nome: GIANCARLO , CF: MFFGCR44A14L014G)	A
PCRMRA21R48F839O		ESE	Assistito non esente per diabete	PCRMRA21R48F839O (Cogn: PECORARO, Nome: MARIA , CF: PCRMRA21R48F839O)	A
PLDGTN33T12F205D		ESE	Assistito non esente per diabete	PLDGTN33T12F205D (Cogn: PALADINO, Nome: GASTONE , CF: PLDGTN33T12F205D)	A
PLDSVN47R43F839P		ESE	Assistito non esente per diabete	PLDSVN47R43F839P (Cogn: PALADINO, Nome: SILVANA , CF: PLDSVN47R43F839P)	A
PNCDNL54S22F839J		ESE	Assistito non esente per diabete	PNCDNL54S22F839J (Cogn: PANICHI, Nome: DANILO , CF: PNCDNL54S22F839J)	A
PSCNNA32A65F839G		ESE	Assistito non esente per diabete	PSCNNA32A65F839G (Cogn: PASCALE, Nome: ANNA , CF: PSCNNA32A65F839G)	A
RCCGPP39P51F839H		ESE	Assistito non esente per diabete	RCCGPP39P51F839H (Cogn: RICCI, Nome: GIUSEPPINA , CF: RCCGPP39P51F839H)	A
RMNMRA41T54I357F		ESE	Assistito non esente per diabete	RMNMRA41T54I357F (Cogn: ROMANO, Nome: MARIA , CF: RMNMRA41T54I357F)	A
RNAGPP62E66F839L		ESE	Assistito non esente per diabete	RNAGPP62E66F839L (Cogn: ARENA, Nome:	A

Questa non è una paziente rara oggi per il MMG…

- 12 farmaci in 19 diverse somministrazioni
- 18 “attenzioni alimentari”
- 7 “attenzioni comportamentali”
- 10 elementi di performance gestionale da parte del medico curante

Paziente 79enne con artrosi, osteoporosi, diabete di tipo II, BPCO e ipertensione