

Dalla cura del paziente alla cura del sistema

La rete di assistenza di AMD

Sandro Gentile

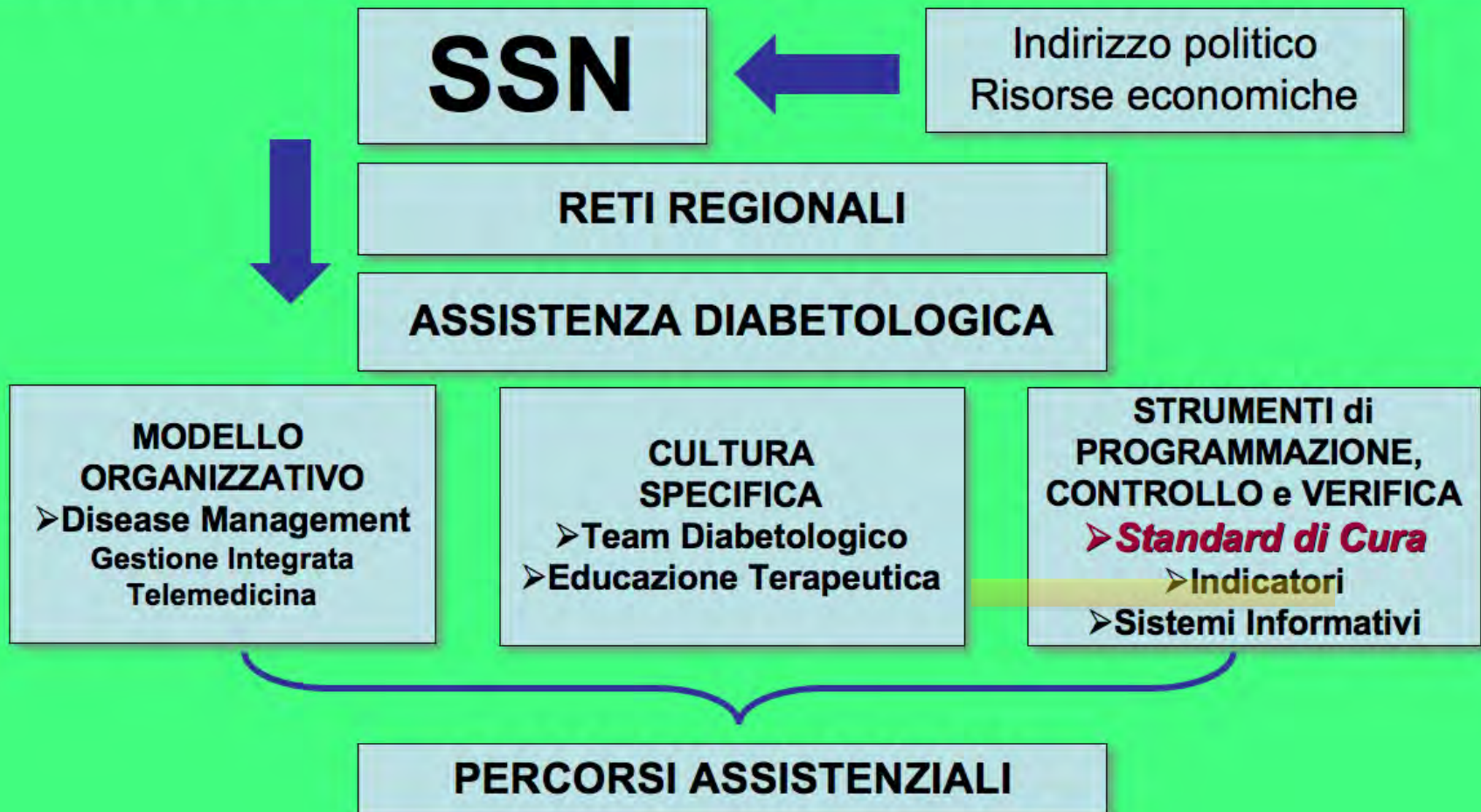
Seconda
Università
di Napoli

AOU
Seconda Università degli studi di Napoli



L'assistenza diabetologica in Italia

L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA

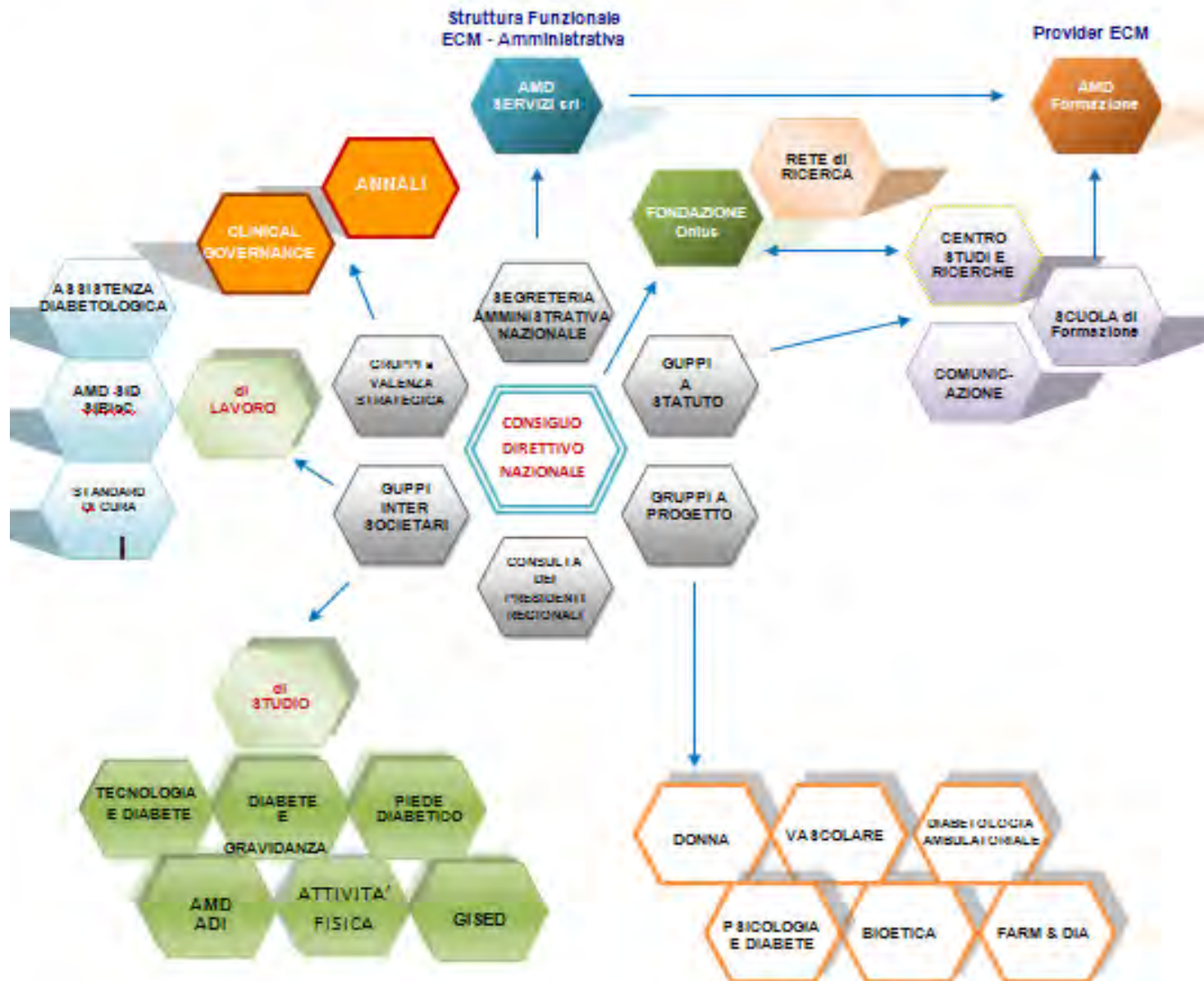


Per garantire Assistenza di qualità...

Bisogna darsi:

- Strumenti efficienti ed efficaci
- Un pensiero unificante
- Un'organizzazione funzionale agli scopi

Soci Ordinari AMD



Psicologia e Diabete

Coordinatore
Paolo Gentili

- Mariano Agrusta
- Paolo Di Berardino
- Giuseppina Guarino
- Francesco Gentile
- Tiziana Bufacchi

Obiettivi raggiunti

- Master in counseling in diabetologica (a.a. 2010-2011). In collaborazione AMD (Psicologia GISED, Scuola di Formazione Università "Sapienza
- Questionario per i centri di diabetologia sulla presenza del diabetologo

Obiettivi futuri

- IPOTESI di indagine sulle aspettative, bisogni ed esperienze concrete di uno psicologo nel team diabetologico

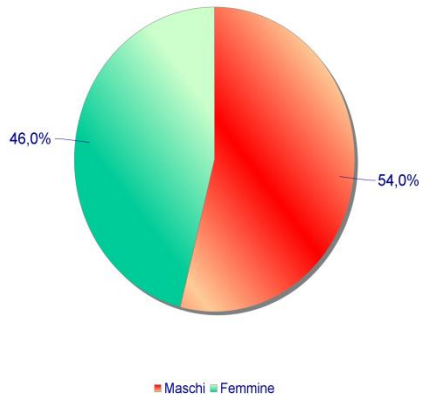
GRUPPO DONNA



Distribuzione per sesso della popolazione assistita

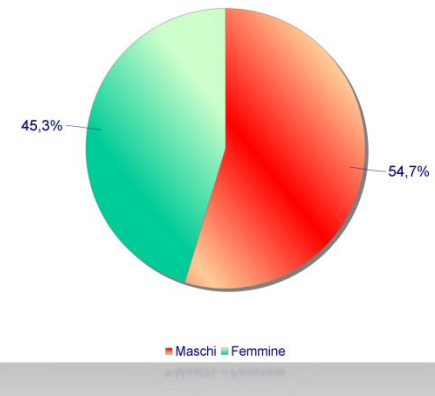


DM1



Maschi Femmine

DM2



Maschi Femmine

Nella popolazione assistita presso le strutture specialistiche si conferma una lieve predominanza del sesso maschile. (46-54%)

Sia nel DM1 che nel DM2 non sono emerse differenze fra i sessi per quanto riguarda gli indicatori di processo considerati

L'analisi per genere mostra riguarda le classi di score di qualità:

nel DM1, non ci sia alcuna differenza tra i sessi

nel DM2, la quota di soggetti con punteggi <15 e fra 15 e 25 è leggermente superiore nelle donne

Diabetologia Ambulatoriale

Francesco Mario Gentile
Coordinatore

- Vincenzo Armentano
- Iole Gaeta
- Maria Franca Mulas

Mandato CDN

creare un modello di attività clinica per la diabetologia ambulatoriale

- **operare in collaborazione stretta con la Clinical Governance e il gruppo Normative**
- **valorizzare la figura del diabetologo del territorio e il suo ruolo nella realizzazione del progetto "Subito",**

Elaborazione di un documento che prevede l'integrazione del diabetologo territoriale e la valorizzazione del suo ruolo nel miglioramento della qualità dell'assistenza

**Mappatura della specialistica ambulatoriale Diabetologica nelle regioni
(numero ambulatori, ore per abitanti)**

Già avviata con collaborazione SUMAI

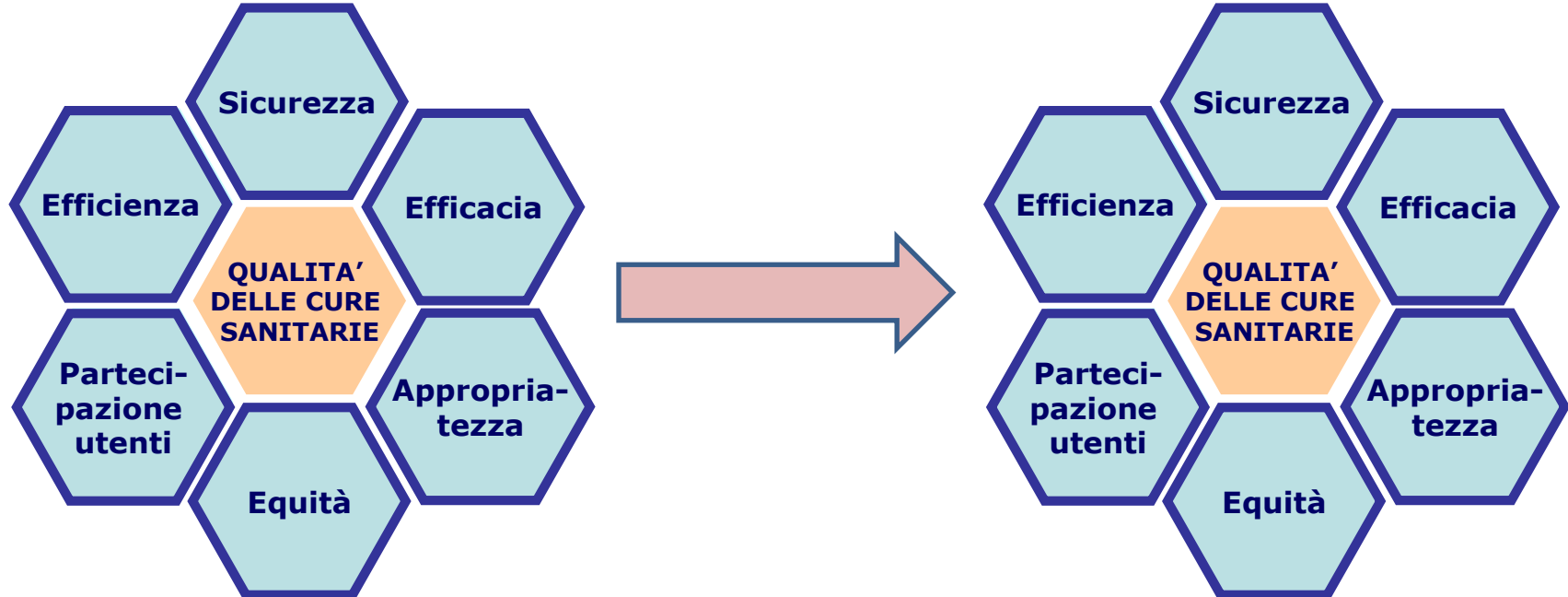
CLINICAL: le professioni sanitarie

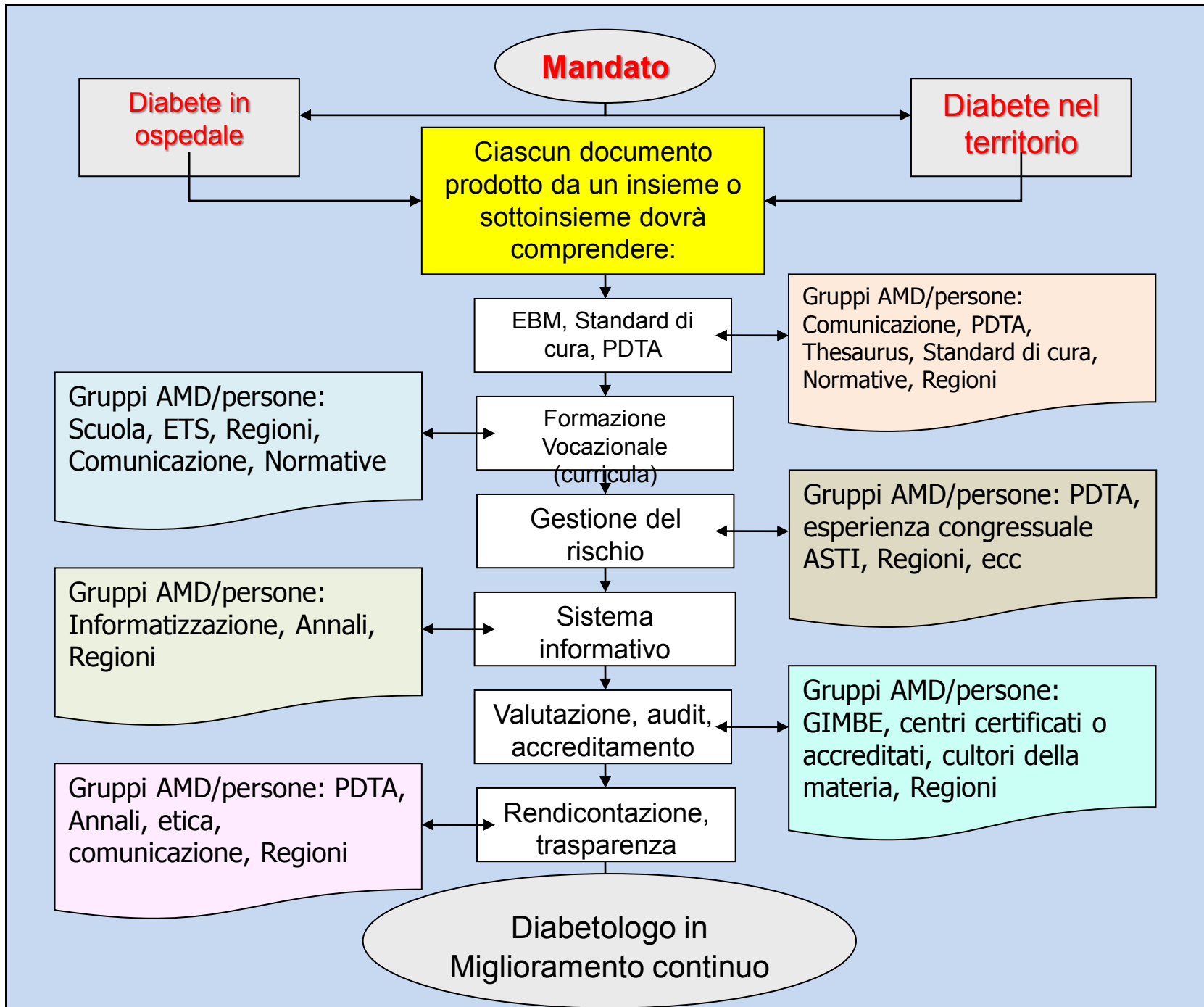
GOVERNANCE: gestione dei processi ... per il miglioramento

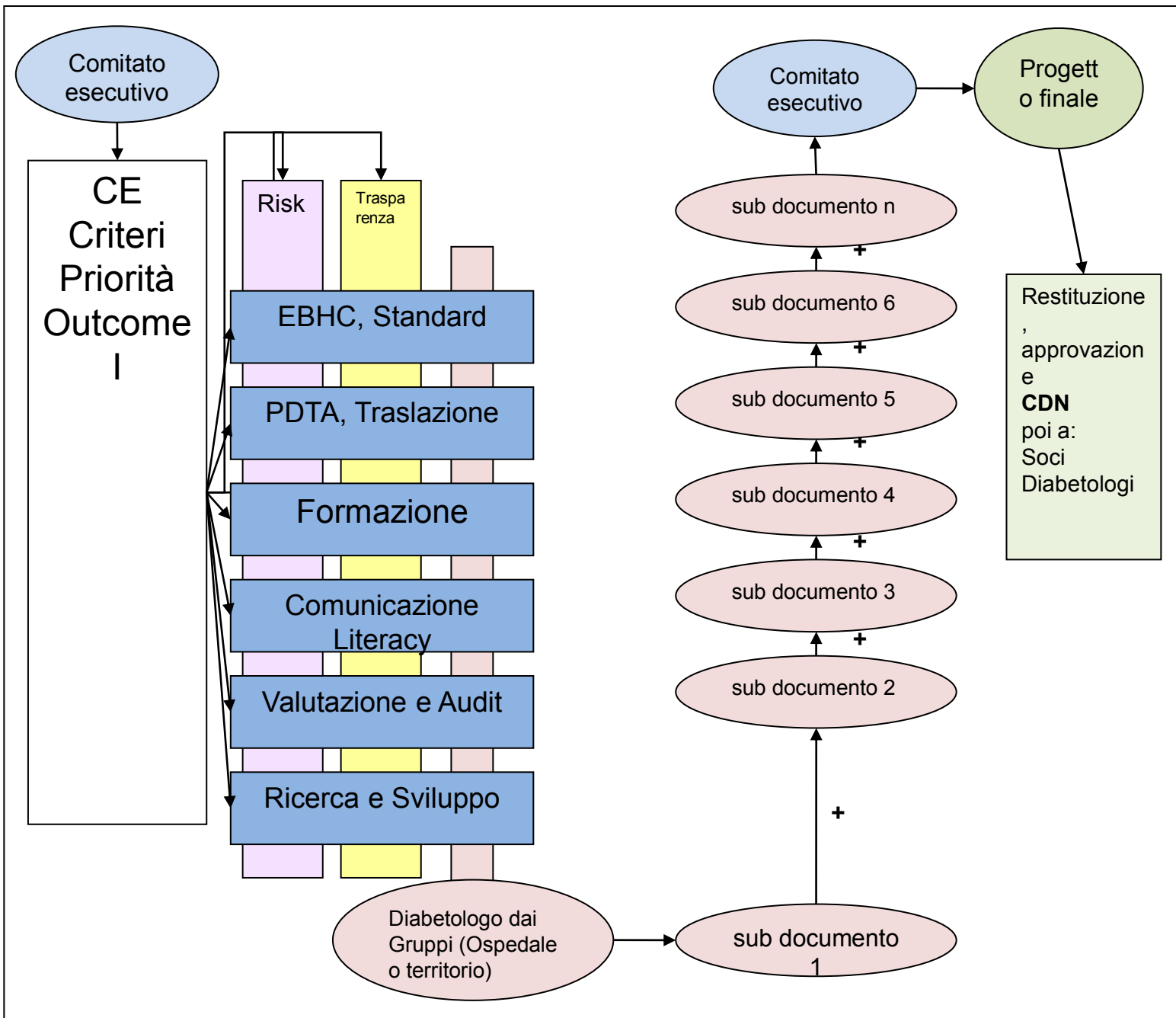
GESTIONE (MANAGERIALE -ORGANIZZATIVA) CLINICA DELL'ASSISTENZA

CG è un sistema di valori e strumenti per migliorare la qualità della pratica clinica: un insieme di obiettivi, strategie, responsabilità, strumenti finalizzati ad "allineare" i processi clinici a mete di qualità, sicurezza per migliorare gli esiti di salute in risposta ai criteri di equità, accessibilità, partecipazione, efficacia, efficienza, appropriatezza, sostenibilità che sono richiamati nei PSN

Da declinazione Teorica a Metodo applicabile ad ogni Processo

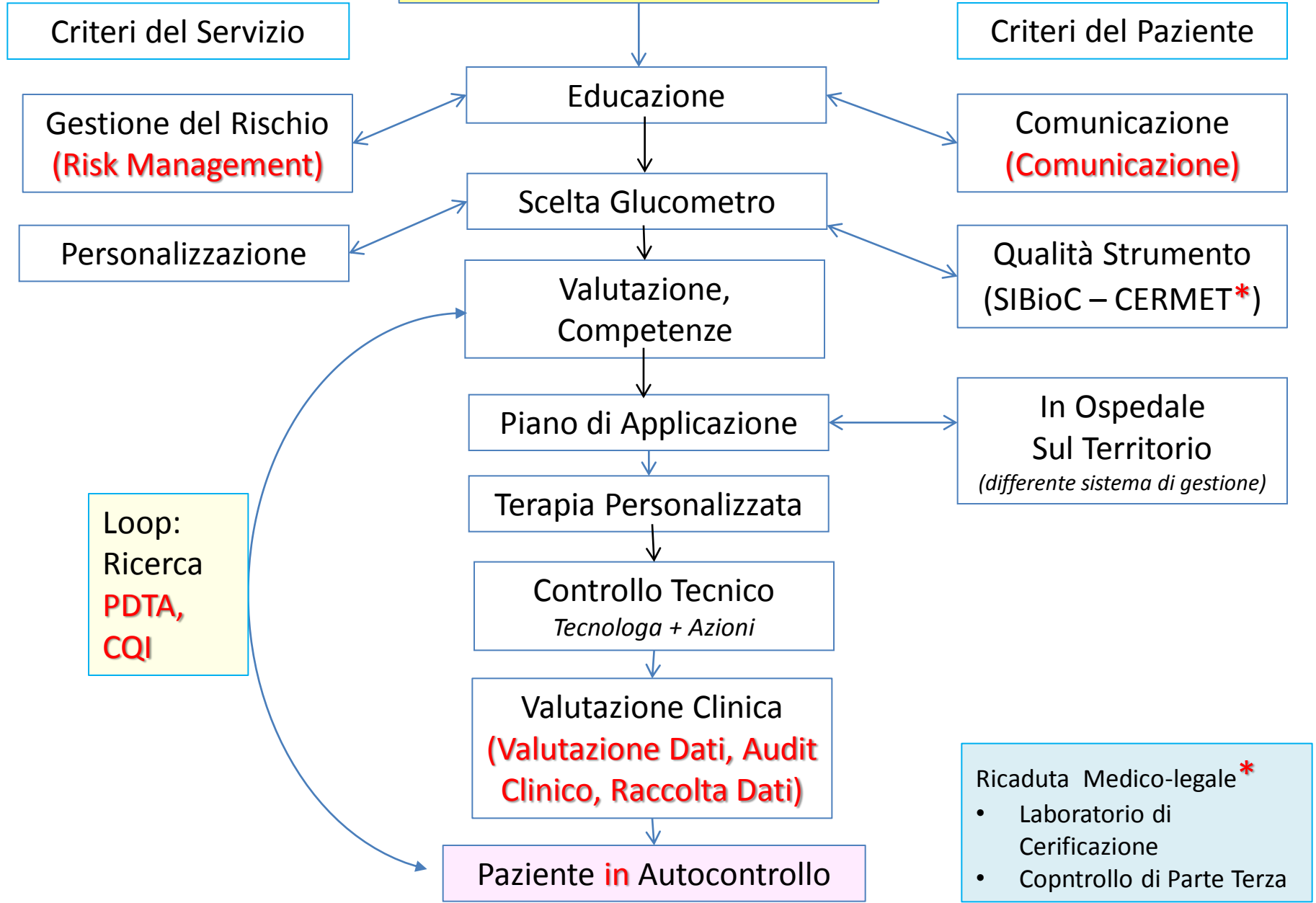






EBHC

Paziente **da** Autocontrollo



Ricaduta Medico-legale*

- Laboratorio di Certificazione
- Copntrollo di Parte Terza

IL DIABETOLOGO MODERNO

E' il gestore della cronicità

Ne ha la vocazione e le competenze

Lavora in team:

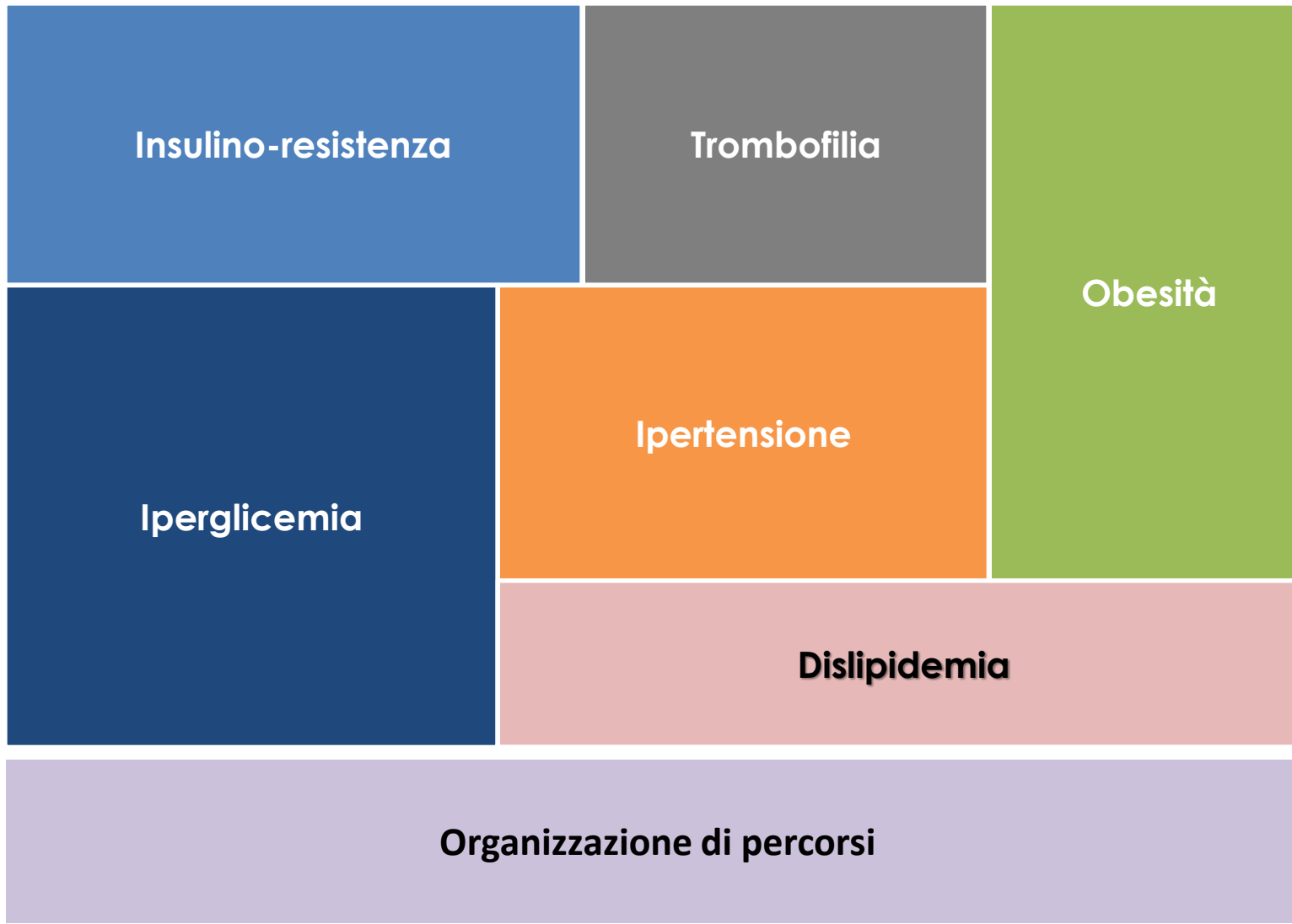
- Équipe multiprofessionale
- Rete di professionisti collegati funzionalmente (territorio)

IL DIABETOLOGO MODERNO

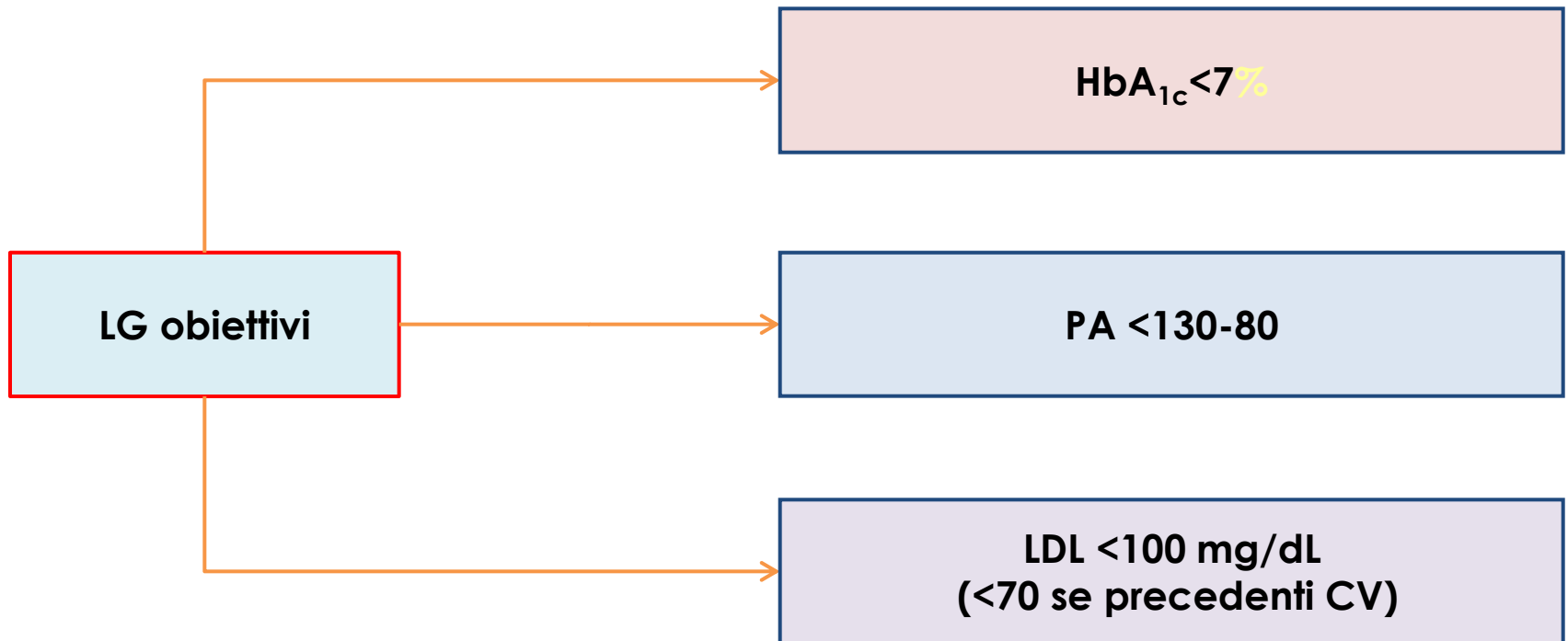
Descrive percorsi complessi in relazione con altre entità



DA CONTROLLORE DELLA GLICEMIA A GESTORE DELLA COMPLESSITA'



Che cosa deve fare



Cultura e Competenza non bastano: bisogna renderle operanti attraverso una adeguata organizzazione

GLI STRUMENTI

Competenze

- Sa gestire i farmaci e tecnologie
- Sa interagire con altre competenze professionali
- Sa interloquire con la Direzione Aziendale
- Ragiona per obiettivi e non per singole prestazioni

Strumenti

- Organizzazione
- Informatizzazione
- Verifica periodica
- Management

GLI STRUMENTI

Sul territorio

Il diabetologo moderno può regolare il flusso delle ospedalizzazioni

In Ospedale

E' strumento della Direzione Aziendale per l'ottimizzazione delle degenze di tutti i reparti

GLI STRUMENTI

Ottimizza strumenti di gestione clinica

AUTOCONTROLLO

- Peculiarità della diabetologia
- Ne ottimizza il significato clinico ed educativo
- Lo gestisce in team
- Ne controlla efficacia e affidabilità

Ottimizza il peso economico degli strumenti che adopera

Quello che serve, quando serve, nella misura in cui serve

FLESSIBILITA' ORGANIZZATIVA

Percorsi differenziati in risposta ai bisogni

- primi accessi
- prevenzione delle complicanze
- screening delle complicanze
- ambulatori dedicati per temi

In una logica di rete integrata e non di duplicazione di funzioni

Abbiamo gli strumenti?

- **Standard di cura**
- **Qualità, PDTA, governance**
- **Scuola di formazione**
- **Annali**

Indicatori

NCQA Measuring the Quality of America's Health Care

Diabetes Quality Improvement Project Initial Measure Set (Final Version)

Background
Rationale for DQIP
Definitions and Assumptions
Synopsis of the DQIP Measure Set

Note on Final Version

On the following pages, diabetes-specific process Quality Improvement Project key components of quality minimize the burden of reviewed all public comment version.

This measure set is tentatively, a number of other field tested. These pages prior to being incorporated.

The DQIP measures are minimal or maximal level of care provided within diabetes. The measure is available for assessing

Codice AMD	Nome / Gruppo	Nome	Unità misura	Tipo
File Dati 2004 rev. 9ott_04				
<p>Il codice che descrive pienamente il campo è il codice AMD: quindi una cartella informatizzata può l'utente inserisce nella cartella il dato "retinopatia diabetica non proliferante" che genera, al momento d Nel caso venga invece seguito il percorso: dato inserito -> codice (ICD9-CM, tariffario, ATC) -> cod indicati i codici da utilizzare nella cartella per generare il codice AMD. Si noti che:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Esami di laboratorio (tipo numerico): per una identificazione certa si è usato l'elenco allegato all' dal codice tariffario nazionale DM 22/7/96. 2) Esami strumentali (tipo testo): anche in questo caso si è usato l'elenco allegato all'ICD9-CM ("Pr tariffario nazionale DM 22/7/96. Uno o più codici generano lo stesso codice AMD (a sua volta Normale che identifica esattamente la prestazione (es. tre diversi tipi di test da sforzo generano il codice AMD04 3) Patologie (tipo testo): uno o più codici ICD9-CM generano lo stesso codice AMD; nella cartella fir morbosa (es. 14 codici diversi generano il codice AMD044 "Insufficienza cardiaca"; è comunque circol generano il codice AMD. Nel caso di cartelle che associano direttamente la patologia al codice AMD, i essere un punto di riferimento per l'associazione) 4) Patologie (tipo testo) che non hanno un preciso codice ICD9-CM: per non perdere la precision il relativo codice AMD: è un artificio che permette comunque di analizzare i dati, se necessario, utilizza codice AMD065 "Nefropatia incipiente" si passa per il codice 583.81 "Nefropatia diabetica" + il codice A entrambi i codici. 5) Farmaco (tipo testo): il codice ATC è il "valore" che accompagna il codice AMD. In fase di elabora <p>Fondo giallo (AMDA006, AMDA007, AMDA009, AMDA011, AMDA017, da AMD102 a AMD107): campi esportati. Se la colonna denominata "Codice/Provenienza codice" è vuota: solo il codice AMD può descrivere il ca</p>				

Prima colonna a sinistra:

"P" indica che il dato è "permanente" (cioè se è positivo rimane tale fino a cancellazione)

"O" indica che il dato deve essere obbligatoriamente gestibile dalla cartella ed esportabile (**non significa** che l'utente sia obbligato ad inserirlo)

Link utili: per i codici ICD9-CM: www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/sezApprofondimenti.jsp?id=13&label=cod; per i codici ISTAT: www.istat.it

AMD Annali 2006



Indicatori di qualità dell'assistenza diabetologica in Italia




a cura di:
 Antonino Cimino, Carlo Giorda,
 Ilidio Meloncelli, Antonio Nicolucci,
 Fabio Pellegrini, Maria Chiara Rossi,
 Giacomo Vespasiani

AMD
 Associazione Medici Diabetologi

STANDARD DI CURA E PERCORSO ASSISTENZIALE

ARGOMENTO	INDICATORE SELEZIONATO	TIPO DI INDICATORE	DENOMINATORE
Screening e diagnosi	Numero di pazienti con nuova diagnosi di DM2 nell'anno	Descrittivo generale	Numero totale di pazienti con DM2 visti nell'anno
Erogazione dell'assistenza	Numero medio di visite/paziente/anno in accordo alla classe di trattamento (solo dieta, iporali, insulina ± iporali)	Processo	Numero totale di pazienti con DM2 visti nell'anno

ARGOMENTO	RISULTATO	DATI DA RACCOGLIERE PER IL CALCOLO DELL'INDICATORE	FORMATO DEI DATI
Screening e diagnosi	% di pazienti con nuova diagnosi di DM2 rispetto al numero totale di pazienti con DM2 visti nell'anno	Classificazione del DM	Codici ICD-9-CM 250.x0 or 250.x2
		Anno di diagnosi del DM	Data aaaa
Erogazione dell'assistenza	Numero medio di visite/paziente/anno in accordo alla classe di trattamento (solo dieta, iporali, insulina ± iporali)	Date delle visite nel corso dell'anno	aaaa-mm-gg
		Tipo di trattamento antidiabetico in base ai codici ATC	Iporali = Codici ATC A10Bxxx Insulina = Codici ATC A10Axxx Solo dieta = NO Codici ATC A10Bxxx e NO Codici ATC A10Axxx



Obiettivi generali degli Standard Italiani

- Gli Standard di Cura sono **gli obiettivi clinici** da raggiungere, **basati sulle evidenze** della letteratura scientifica;
- sono **i riferimenti a cui puntare** per ottenere la miglior efficacia terapeutica,
- un conciso documento **“globale”** sulla cura del diabete.

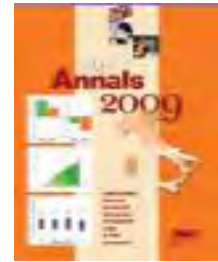
Riccardo Vigneri, Umberto Valentini, Adolfo Arcangeli, Paolo Cavallo Perin, 2007

Standard italiani per la cura del diabete mellito, Diabete Italia, AMD, SID, 2007

Self-audit



GLI ANNALI AMD LA PIU' AMPIA BANCA DATI SUL DIABETE



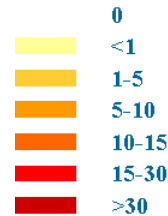
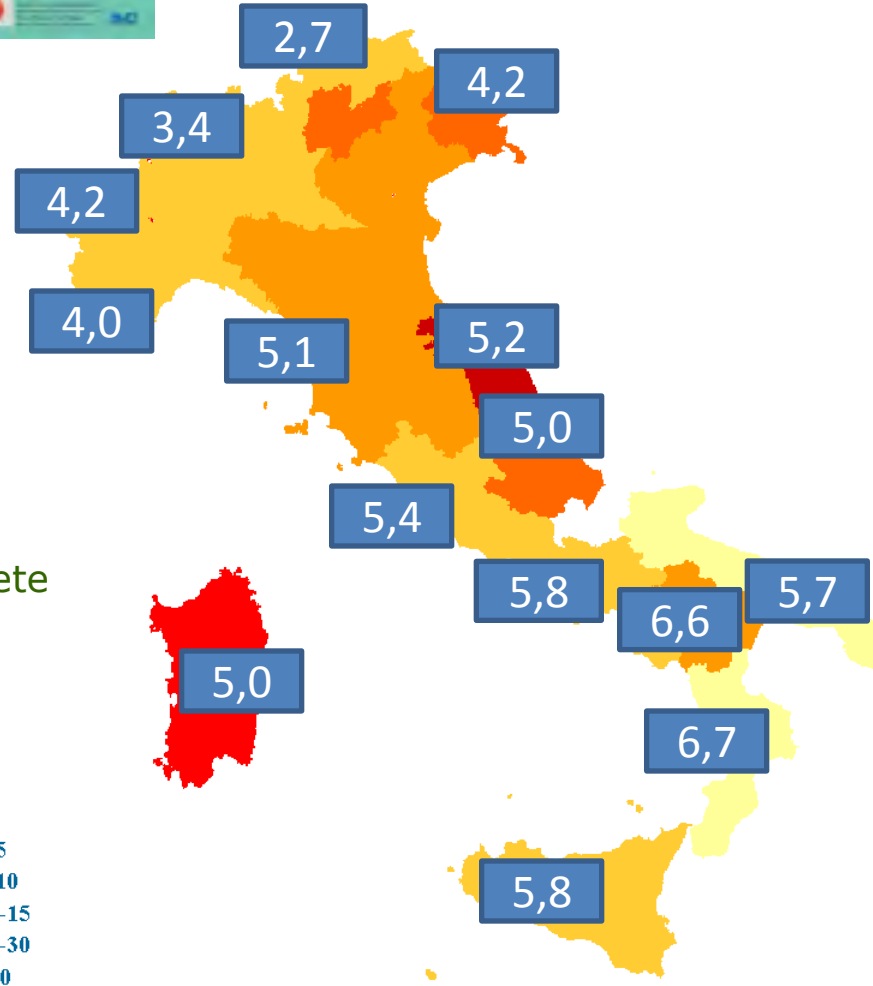
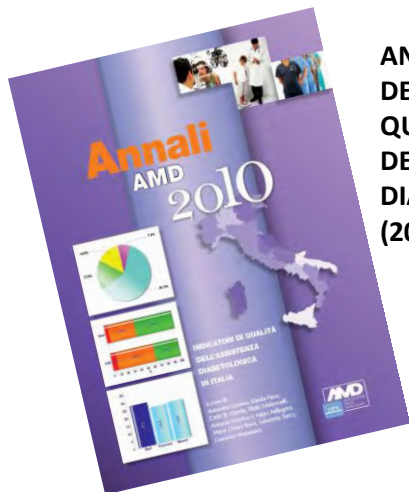
La prevalenza del Diabete in Italia:

> 6%

253 Centri

423.908 pazienti con diabete

ANALISI PROSPETTICA
DEGLI INDICATORI DI
QUALITÀ
DELL'ASSISTENZA DEL
DIABETE IN ITALIA
(2004-2007)



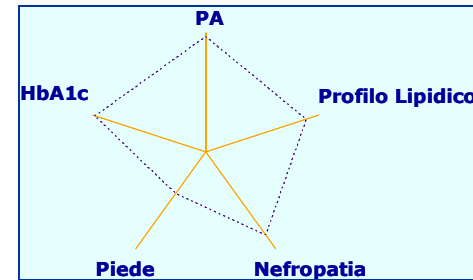
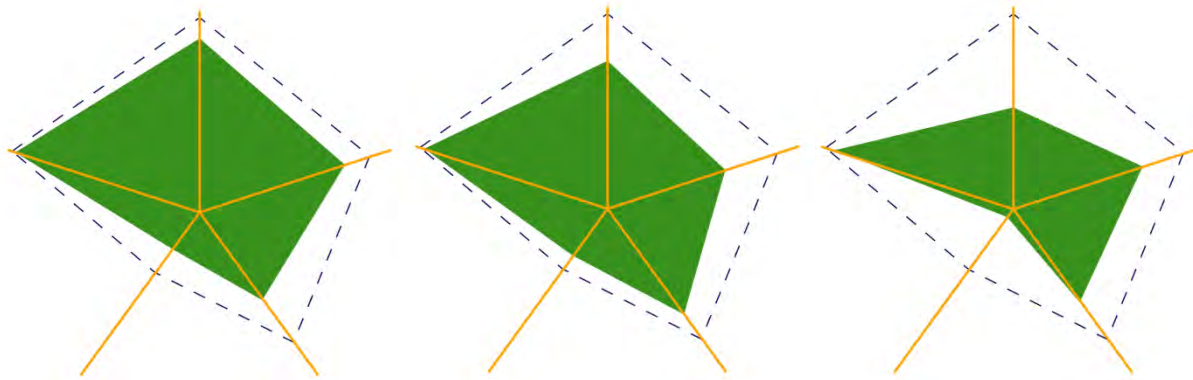
Indicatori di processo

Quante volte viene effettuata una prestazione

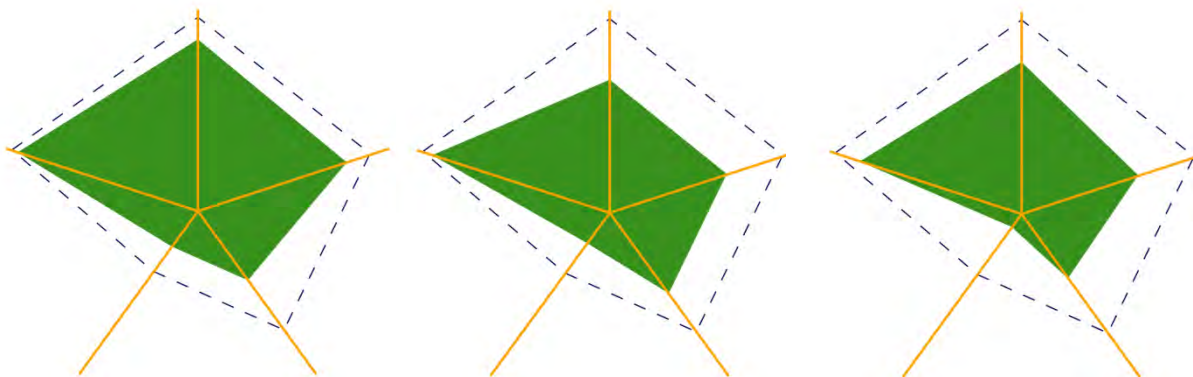
Indicatori di processo

Campione diviso per tipo di diabete e area geografica

DM1



DM2



Nord

Centro

Sud

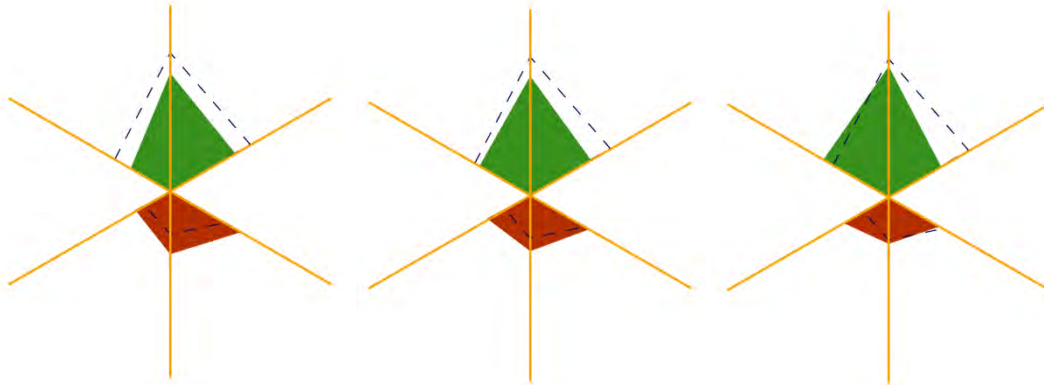
Indicatori di esito intermedio

Quante volte si e' raggiunto il target terapeutico

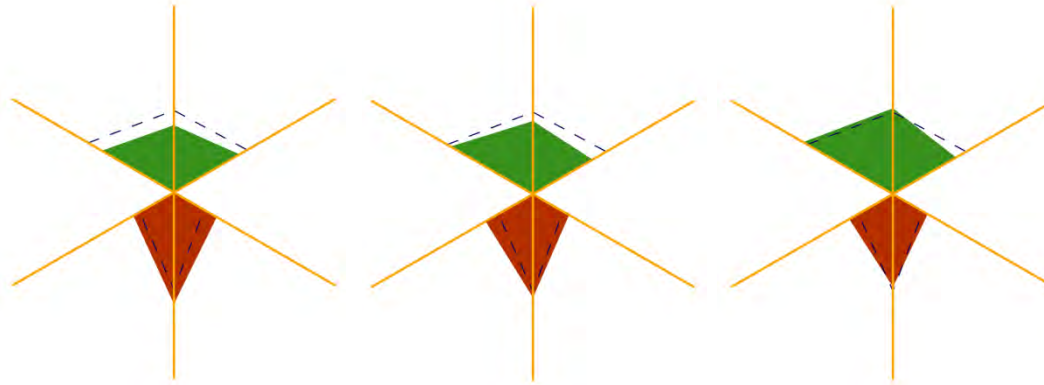
Indicatori di esito intermedio

Campione diviso per tipo di diabete e area geografica

DM1



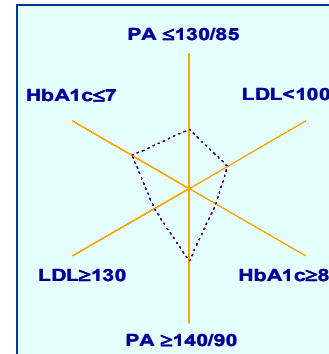
DM2



Nord

Centro

Sud



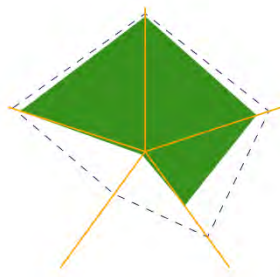
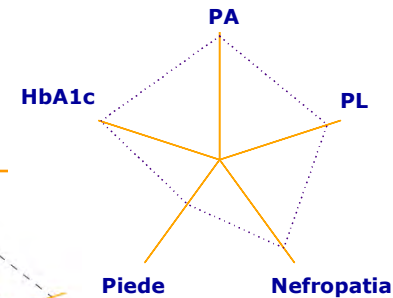
Analisi

regionali

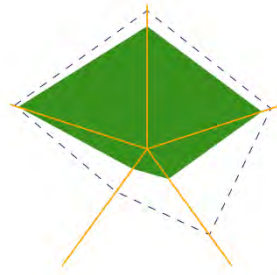
Variabilità fra le regioni

Indicatori di processo per tipo di diabete

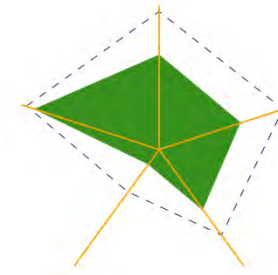
DM2



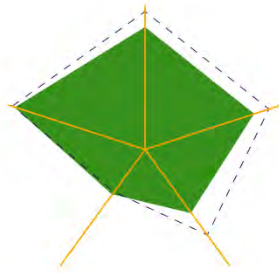
Piemonte



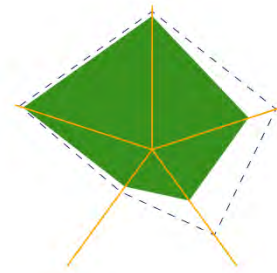
Veneto



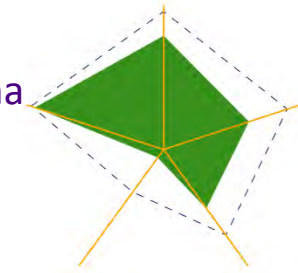
Emilia Romagna



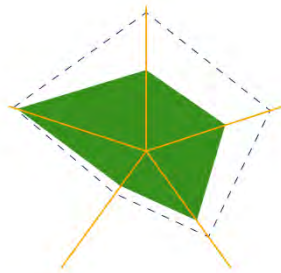
Lombardia



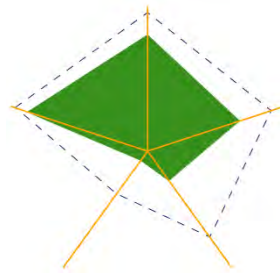
Friuli Venezia Giulia



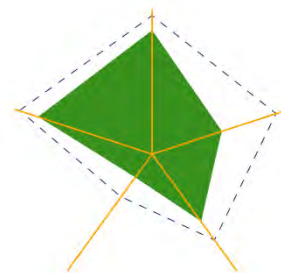
Toscana



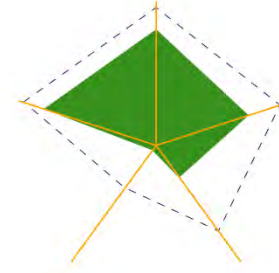
Marche



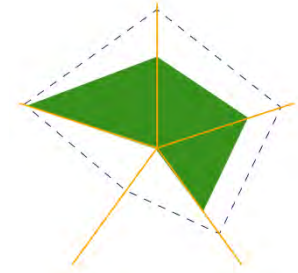
Lazio



Campania

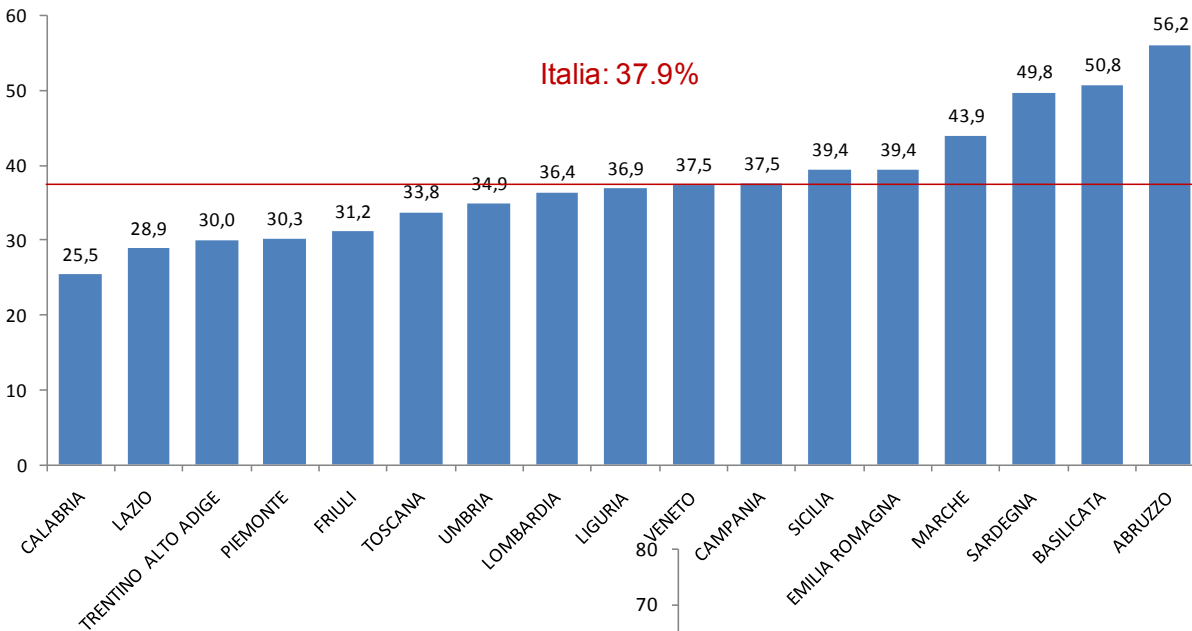


Sicilia



Sardegna

Controllo metabolico



% pazienti con
HbA1c ≤ 7%



% pazienti con
HbA1c > 8%

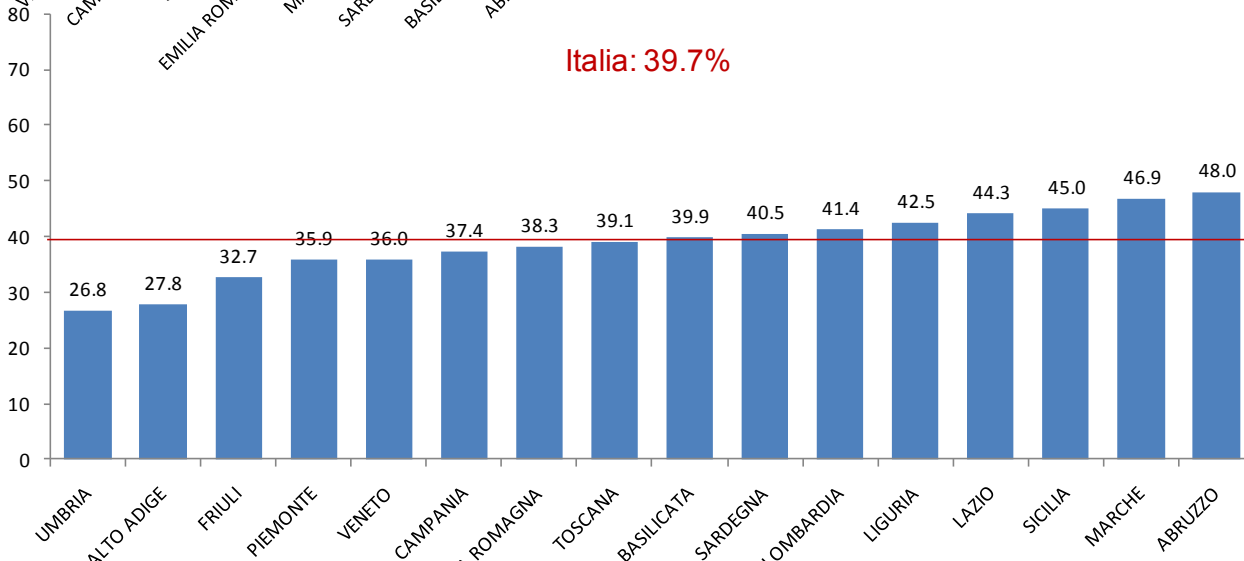


Tabella riassuntiva HbA_{1c}

	Anno di raccolta del dato	Tipo di diabete	Forma di trattamento	Geografia	Numero dei pazienti	HbA _{1c} (media)	Distribuzione HbA _{1c}		
India						n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Israele	2007	T1 e T2	Tutte	Nazionale	187.000	n.d.	< 7% 40,0%	7-9% 46,0%	> 7% 14,0%
Italia	2006	T1 e T2	Tutte	Nazionale	139.147	7,4 (1,4)	< 7% 44,0%	7-9% 43,8%	< 9% 12,2%
Giappone	2000-2004	T1 e T2	Tutte	Nazionale	16.934	7,1 (1,3)	n.d.	n.d.	n.d.
SVEZIA	2006 (ospedali)	T1(25-30%) e T2 (70-75%)	Tutte	Nazionale	34.293	n.d.	< 6% 23,0%	6-7.5% 44,0%	> 7.5% 33,0%
	2006 (servizi di base)	T1 (2-4%) e T2 (96-98%)			79.164	n.d.	< 6% 51,0%	6-7.5% 37,0%	> 7.5% 12,0%
U.S.A	2007 (privato)	T1 e T2	Tutte	Nazionale	n.d.	n.d.	< 7% 41,8%	7-9% 28,6%	> 9% 29,6%
	2007 (Medicare)	T1 e T2			n.d.		45,9%	26,8%	27,3%
	2007 (Medicaid)	T1 e T2			n.d.		30,2%	21,1%	48,7%

N.B.: La misurazione svedese di HbA_{1c} è stata convalidata da una collaborazione tra laboratori chiamati Equalis, con la calibrazione sul metodo svedese standard Mono S. Di conseguenza, i valori dei risultati svedesi di HbA_{1c} sono di circa un'unità inferiori rispetto alle misurazioni effettuate in conformità con gli standard del DCCT.

I riconoscimenti internazionali

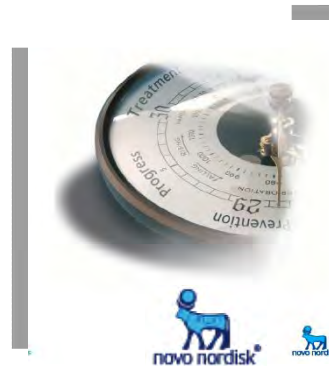
■ Changing Diabetes Barometer

■ Linee-guida IDF



■ Pubblicazioni scientifiche:

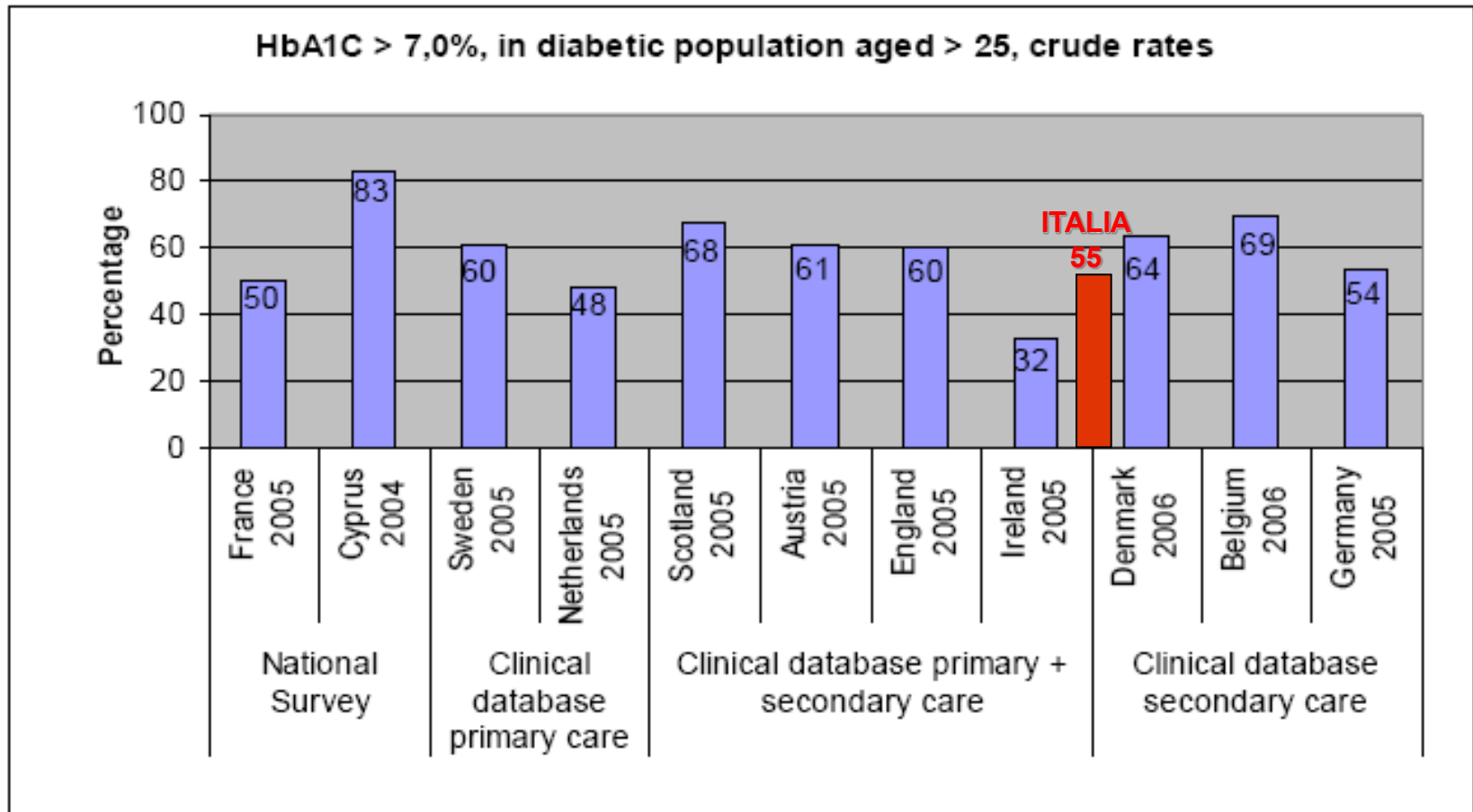
■ Publica Affairs Award, 5 luglio 2011, Senato della Repubblica



Diabetes Care 2008; 31: 2166-2168

Diabetic Med 2010; 27: 1041-1048

Figura 2



DIABETOLOGIA TERRITORIALE

La risposta del SSN alla necessità di capillarizzazione dei servizi d'assistenza specialistica in risposta ai bisogni di accessibilità dei cittadini, di screening, diagnosi precoce

Specialistica Ambulatoriale

dall' assistenza individualistica all' integrazione
per competenze

Accordo Collettivo Nazionale

Biennio economico 2008-2009

Art. 30 bis – Aggregazione

Funzionale Territoriale

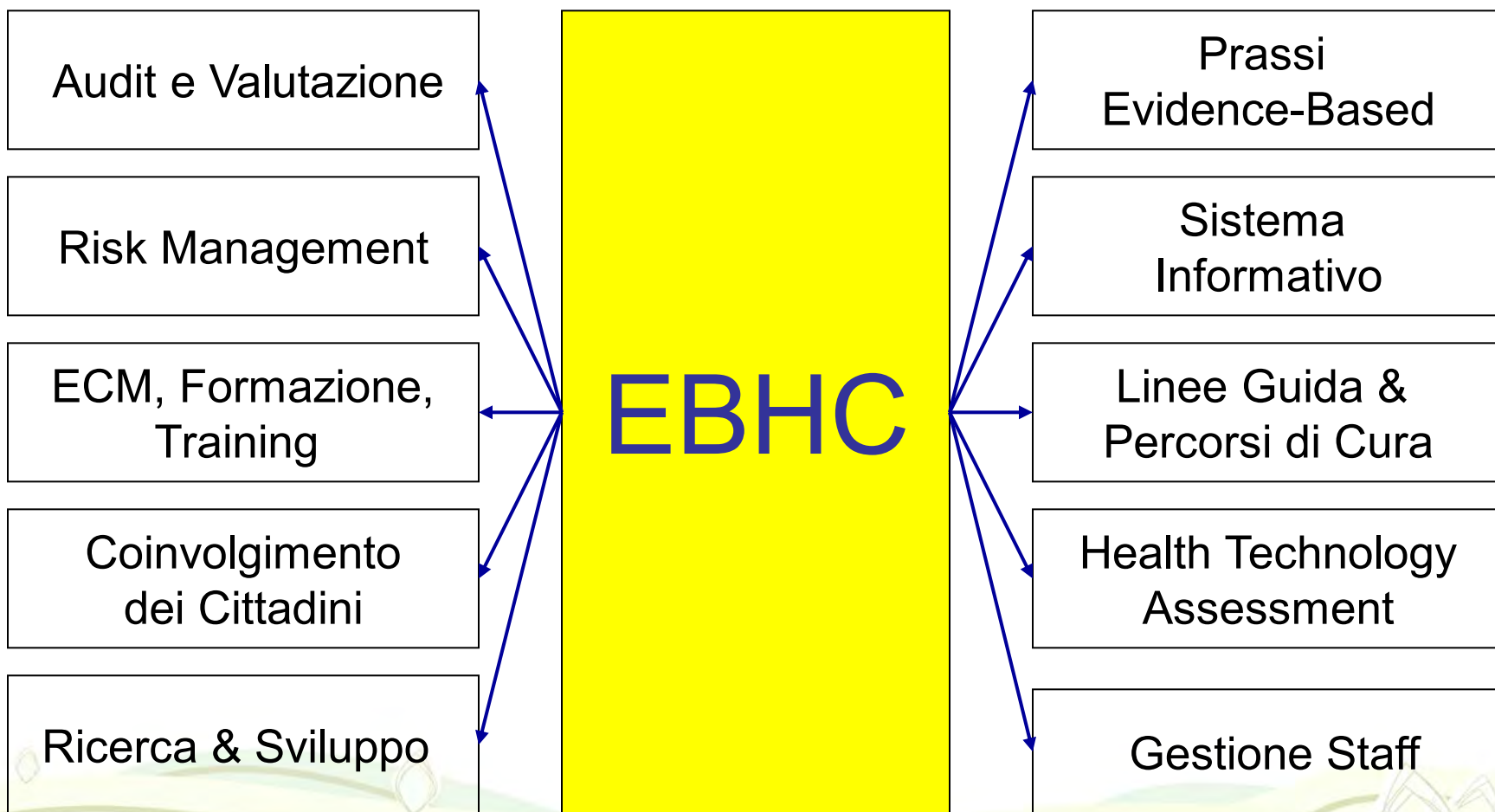
dei Medici Specialisti Ambulatoriali

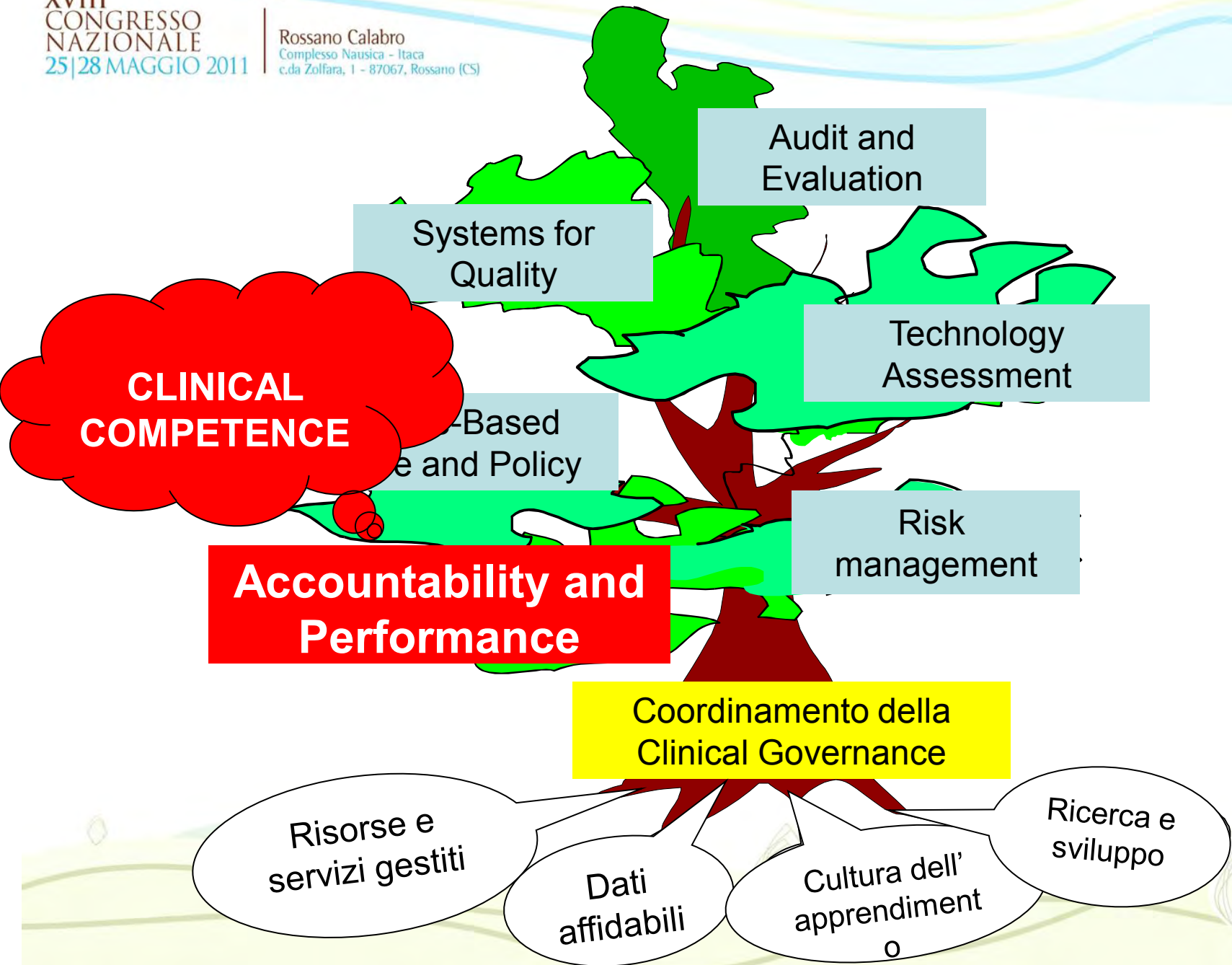
e delle altre professionalità

1.1 RIORIENTAMENTO DEI SERVIZI SANITARI

Dalla cura passiva della malattia..	All'assistenza che valorizza l'autonomia della persona
Dalla produzione di singole prestazioni..	Alla progettazione e realizzazione di processi assistenziali integrati
Dall'approccio individuale	Alla dimensione del servizio erogato a un'intera popolazione
Dalla conta delle prestazioni erogate (output)	Alla valutazione sugli esiti della salute (outcome)
Dalla frammentarietà delle specializzazioni	Alla globalità della persona

1.1 EVIDENCE BASED HEALTH CARE





COMPETENCE: modello



1.2 DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- A) Documento interassociativo **“Organizzazione dell’assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio”**
- B) Documento AMD del Gruppo di **Diabetologia del Territorio**
- C) **Accordo Collettivo Nazionale 2006-2009** per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali.
- D) **Documento AMD – SID – SIMG** di indirizzo politico e strategico per la buona assistenza alle persone con diabete

LA PROPOSTA DI AMD

Documento Diabetologia ambulatoriale AMD

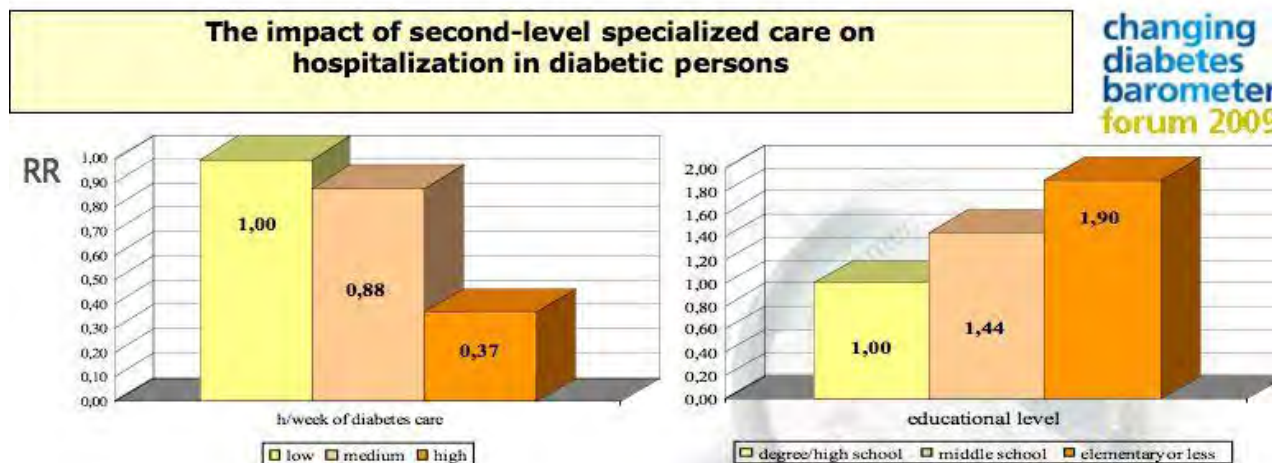
Rossano 2011



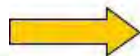
VANTAGGI DI LAVORARE INSIEME

Cure integrate	
Miglioramento degli outcomes	<ul style="list-style-type: none">• Articolo 1 comma 8 Va costruita organizzazione sanitaria..per intercettare bisogni, dare risposte appropriate ... organizzare secondo PA.• Articolo 13bis comma 1, 3 Concorrere e assicurare la tutela della salute sec i LEA ... assumere il governo del processo assistenziale ... perseguire gli obiettivi di salute con il miglior impiego delle risorse
Servizi che rispondono a i criteri di costo efficacia	
Migliori risultati di self management dei pazienti	
Equità delle cure	
Clinical Governance Bulletin; Vol 6 n°4, 2006	
ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE	

1.4 EFFICACIA DI UN MODELLO EBHC



RR



Ospedalizzazione più frequente se:
le ore di assistenza diabetologica erogate sul territorio sono basse,
la classe socio-economica è bassa

The impact of second-level specialized care on hospitalization in persons with diabetes: a multilevel population-based study

C. Giorda, A. Petrelli*, R. Gnani*, and the Regional Board for Diabetes Care of Piemonte†

Metabolism and Diabetes Unit ASL 8 and
*Epidemiology Unit ASL 5 Regione Piemonte, Italy

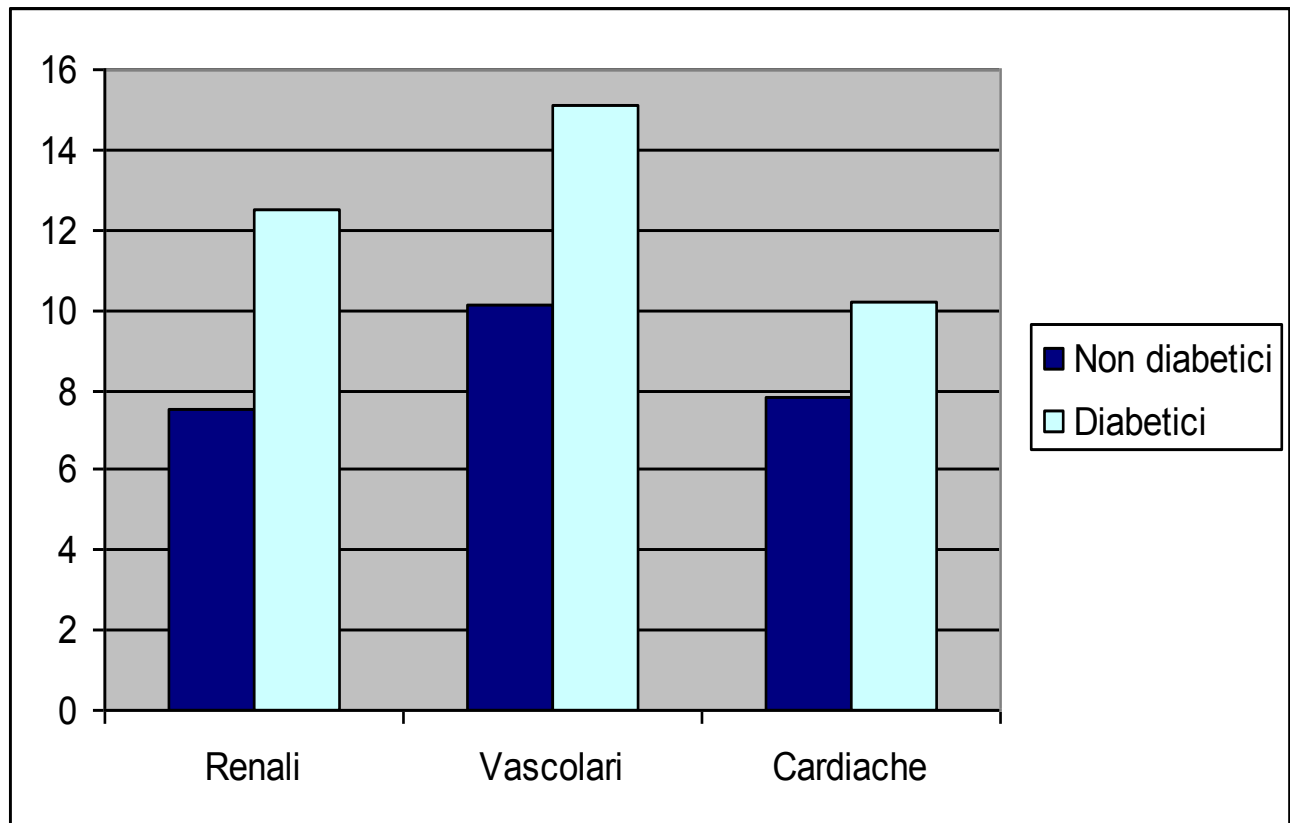
Accepted 6 December 2005

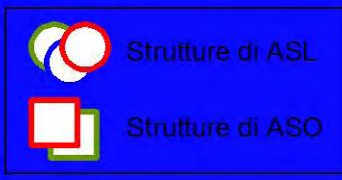
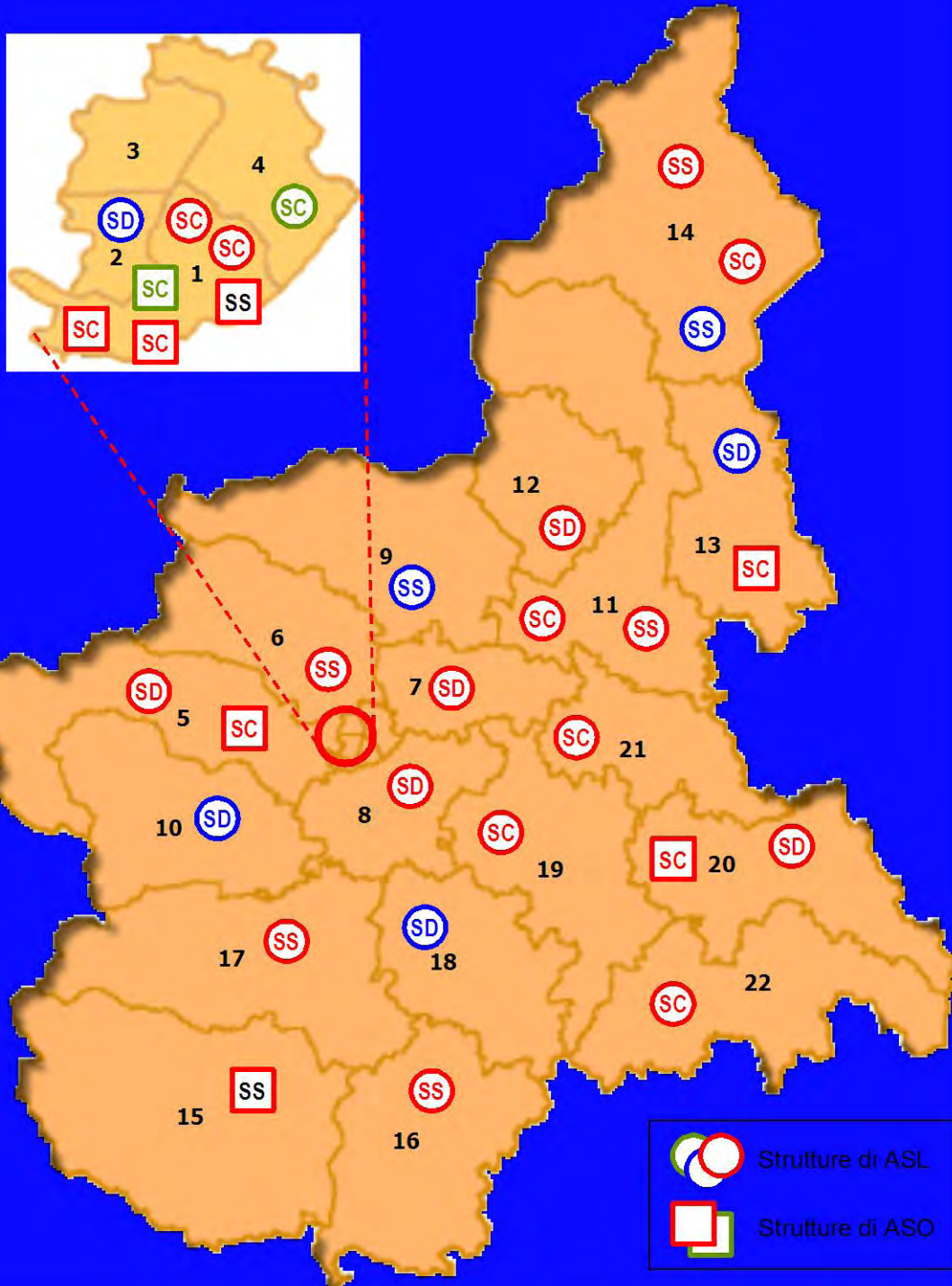
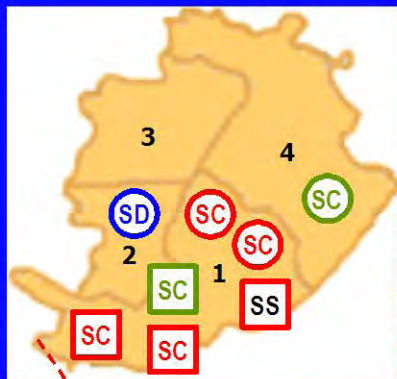
Abstract

Aims We evaluated whether differences in the use of specialized care have an impact on rates of hospitalization for diabetes.

Methods In 2001 we determined the number of hours of second-level diabetes

Effetti della presenza di diabete sulla degenza media ospedaliera per alcune cause di ricovero nella Regione Piemonte





Rete dei Servizi di Diabetologia del Piemonte

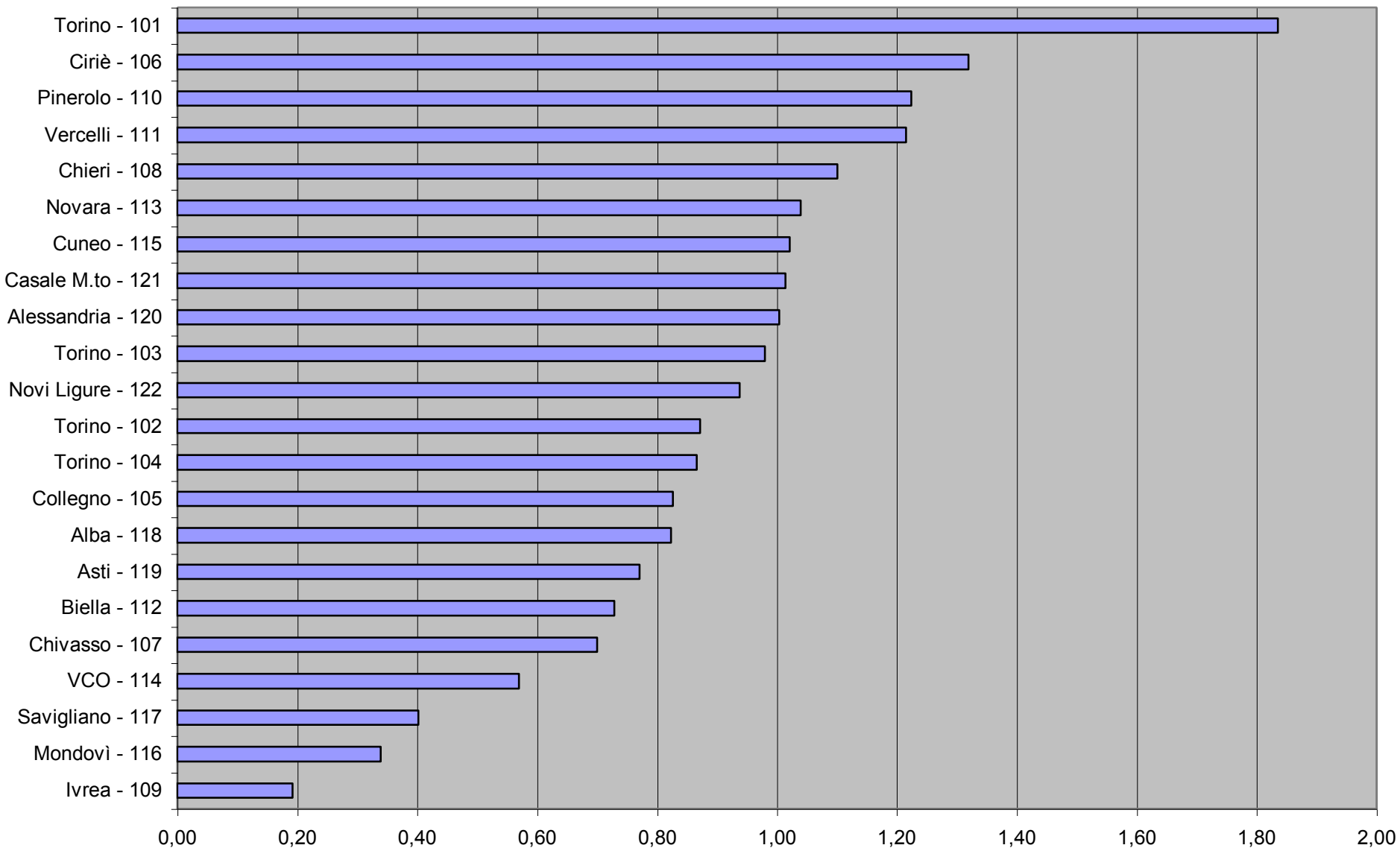
101	Torino	SC Ospedali Oftalmico, Valdeese	H
102	Torino	SSD Ospedale Martini	D
104	Torino	SC Ospedale San Giovanni Bosco	P
901	Torino	SC Ospedale Molinette	P
902	Torino	SC Ospedale CTO	H
903	Torino	SCDU Ospedale OIRM	H
908	Torino	SS Ospedale Mauriziano	H
105	Collegno	SSD Ospedale di Susa	H
904	Orbassano	SCDU Ospedale San Luigi	H
106	Cirié	SS Ospedale di Cirié	H
107	Chivasso	SSD Ospedale di Chivasso	H
108	Chieri	SSD Ospedale di Chieri	H
109	Ivrea	SS Ospedale di Ivrea	D
110	Pinerolo	SSD Ospedale di Pinerolo	D
111	Vercelli	SC Ospedale Sant'Andrea	H
111	Vercelli	SS Ospedale di Borgosesia	H
112	Biella	SSD Ospedale di Biella	H
113	Novara	SSD Ospedale di Borgomanero	D
905	Novara	SC Ospedale Maggiore	H
114	VCO	SC Ospedale di Verbania	H
114	VCO	SS Ospedale di Domodossola	H
114	VCO	SS Distretto di Omegna	D
906	Cuneo	SS Ospedale Santa Croce	H
116	Mondovì	SS Ospedale di Mondovì	H
117	Savigliano	SS Ospedale di Savigliano	H
118	Alba	SSD Ospedale di Alba	D
119	Asti	SC Ospedale Cardinal Massaia	H
120	Alessandria	SSD Ospedale di Tortona	H
907	Alessandria	SC Ospedale SS Antonio e Biagio	H
121	Casale	SC Ospedali Riuniti	H
122	Novi Ligure	SC Ospedale San Giacomo	H

L'indicatore chiave della ricerca

Tutte le ore REALI (ovvero detratte quelle impegnate in altre attività) di assistenza dei medici (M. metaboliche e diabetologia intra e extra ospedaliera, ambulatori di Medicina Interna o Endocrinologia, ore SUMAI)

diviso per la popolazione dell'ASL

Ore di assistenza medica per settimana/1000 residenti (media r. 0,90)



Obiettivo del lavoro:

Valutare la presenza di correlazione tra indicatori di assistenza diabetologica sul territorio (espressa in ore medico x abitanti) e alcuni indicatori di esito

Popolazione in studio:

Dimessi da strutture ospedaliere del territorio nazionale nel corso del 2001 residenti in Piemonte con diagnosi di diabete mellito (circa 8.500 ricoveri), per ASL di residenza, con esclusione della città di Torino (circa 2000 ricoveri)

Diagnosi di diabete:

presenza di codice ICD9CM 250 in diagnosi principale della SDO

Indicatori di esito utilizzati

Degenza media

Degenza mediana

Degenza media trimmata

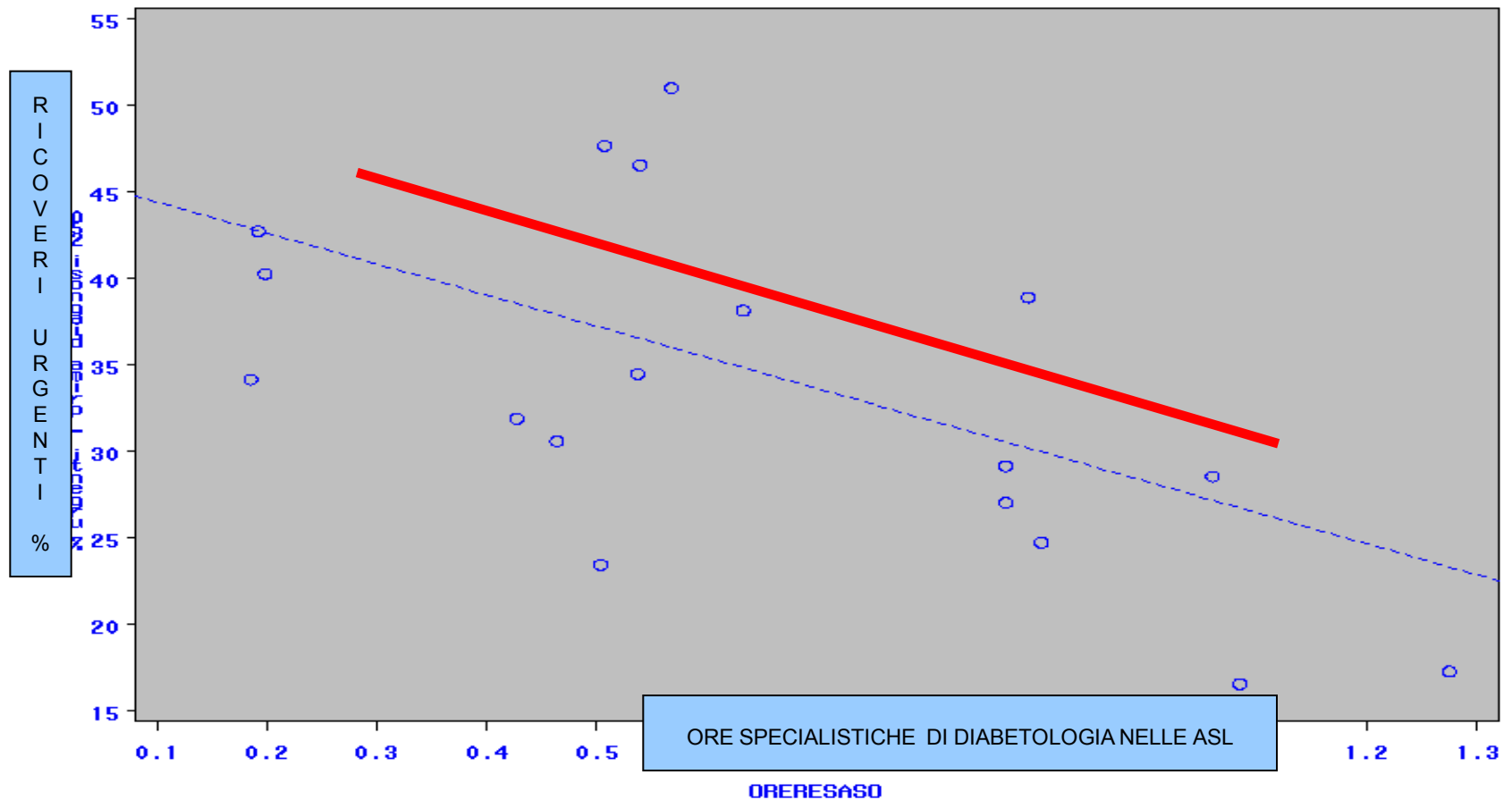
Tasso di ospedalizzazione

Percentuale di ricoveri in day hospital

Percentuale di ricoveri urgenti

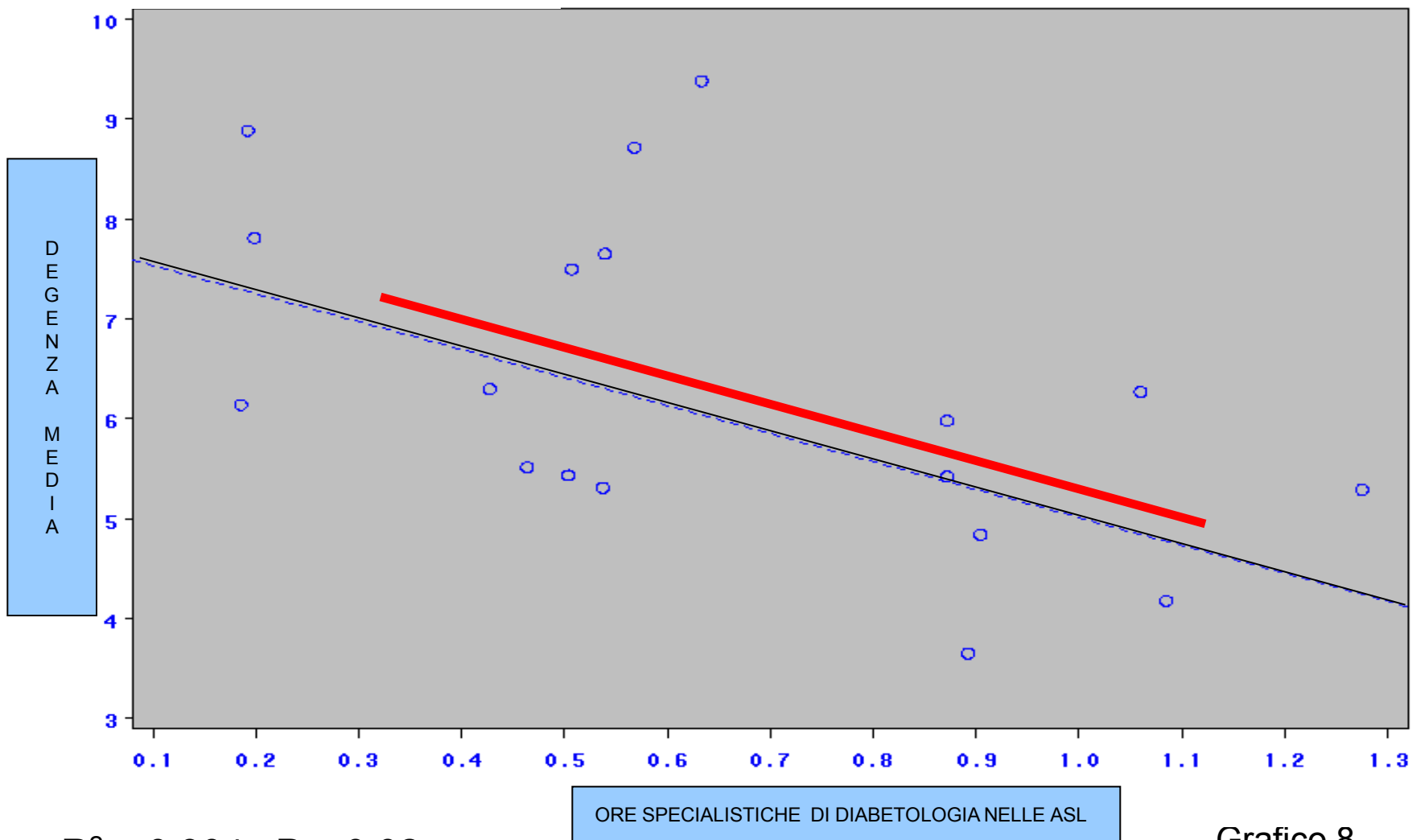
Altri.....

Percentuale di ricoveri in **urgenza** in pazienti con diagnosi principale alla dimissione “diabete” e ore medico specialistiche x 1.000 residenti



$R^2 = 0,345$ $P = 0.01$

Degenza **media** in pazienti con **diagnosi principale**
alla dimissione “diabete” e ore medico specialistiche x 1.000
residenti



$R^2 = 0,304$ $P = 0.02$

Grafico 8

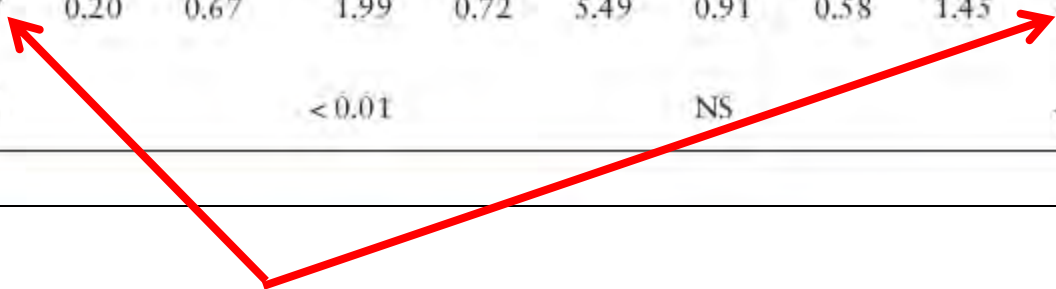
Effetti di alcuni determinanti sui ricoveri di pazienti diabetici

Table 3 Results of hierarchical models

Base

	Emergency/unplanned			Day hospital			Re-admission (6 months)			Hospital stay (days)		
	OR	95% CI		OR	95% CI		OR	95% CI		Coefficient	95% CI	
Age group (years)												
20-44	1											
45-64	0.64	0.49	0.84	1.57	1.24	1.99	1.80	0.78	4.17	0.36	0.11	0.61
65-75	0.85	0.64	1.14	1.15	0.89	1.50	1.93	0.81	4.61	0.50	0.24	0.76
Complications (<i>n</i>)												
0	1			1			1			0		
1	1.33	1.11	1.60	0.42	0.36	0.50	2.44	1.49	4.01	0.12	-0.02	0.25
2 or more	1.52	1.19	1.94	0.26	0.21	0.33	2.85	1.63	5.00	0.09	-0.07	0.25
Educational level												
Degree/high school	1			1			1			0		
Middle school	1.44	1.07	1.92	0.71	0.56	0.91	1.30	0.66	2.58	0.09	-0.13	0.31
Elementary or less	1.90	1.43	2.53	0.60	0.47	0.76	0.87	0.46	1.67	-0.01	-0.22	0.19
Hours of diabetes care (weekly)												
Low	1			1			1			0		
Medium	0.88	0.52	1.50	0.63	0.26	1.51	0.71	0.44	1.15	-0.12	-0.29	0.06
High	0.37	0.20	0.67	1.99	0.72	5.49	0.91	0.58	1.45	-0.26	-0.45	-0.06
Intercept variance												
<i>P</i>	< 0.01			< 0.01			NS			< 0.01		

NS, not significant.

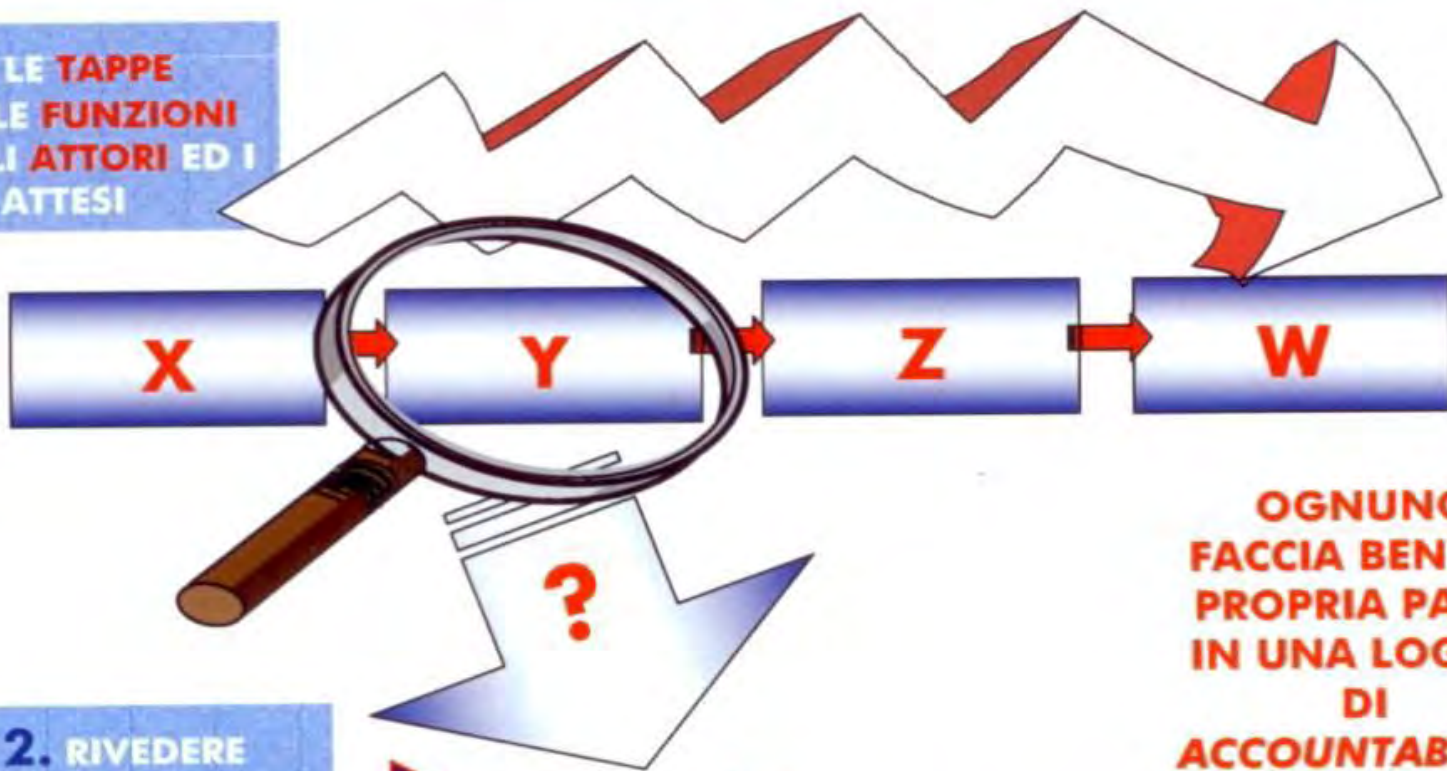


CONCLUSIONI (ricoveri)

- Il diabete aumenta frequenza e lunghezza dei ricoveri ospedalieri
- La disponibilità di ore di diabetologia riduce sino al 70% i ricoveri (soprattutto urgenti) e la degenza
- L'effetto della diabetologia è il determinante più forte, superiore a età del malato e gravità della malattia

IL PERCORSO ASSISTENZIALE COME BASE PER CREARE SISTEMA E PER GARANTIRE CONTINUITA' ASSISTENZIALE ...

1. DEFINIRE LE TAPPE ASSISTENZIALI, LE FUNZIONI APPROPRIATE, GLI ATTORI ED I RISULTATI ATTESI



**OGNUNO
FACCIA BENE LA
PROPRIA PARTE
IN UNA LOGICA
DI
ACCOUNTABILITY**

2. RIVEDERE CRITICAMENTE L'APPROPRIATEZZA DELLE FUNZIONI SVOLTE DALLE TAPPE ASSISTENZIALI E ANALIZZARLE IN DETTAGLIO



3. VALUTARE I RISULTATI DELLE SINGOLE TAPPE ASSISTENZIALI E DEL SISTEMA