

# IHPB

## ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF

OPINIONI E CONFRONTI PER UNA SANITÀ SOSTENIBILE

### OBIETTIVI E STRUMENTI PER UNA SANITÀ ORIENTATA ALLA PERSONA

#### AUTORE

**Marco Comaschi**

*Medicina Interna ICLAS – GVM Care & Research –  
Rapallo Italia*

In questi ultimi dieci anni la Comunità Internazionale pare aver preso coscienza della necessità di riformare profondamente i modelli dell'assistenza sanitaria ai cittadini. La consapevolezza dell'epidemiologia delle cronicità ha infatti dato la spinta verso la formulazione di sistemi orientati alla persona e ridotto l'approccio tecnicistico verso la pura "malattia". Molto si è scritto sul Chronic Care Model teorizzato verso la fine degli anni '90 e nei primi anni del nuovo millennio [1, 2], ma la messa in pratica del sistema ha ora bisogno di definire obiettivi, indicatori e standard, così che la riforma possa camminare con le proprie gambe e sia costantemente valutabile e migliorabile. Proviamo a smuovere le acque stilando una lista di possibili obiettivi di sistema, e, inevitabilmente, di strumenti necessari a far sì che quegli obiettivi possano essere efficacemente perseguiti dagli operatori.

#### **Obiettivo 1: ADERENZA**

- Si intende per aderenza sia quella della persona affetta da cronicità al percorso di cura identificato, sia quella degli operatori alle evidenze scientifiche delle linee guida che hanno permesso di disegnare il percorso personalizzato del paziente.

- L'indicatore di questo obiettivo è rappresentato dalla percentuale di osservanza del percorso tramite registrazione dello stesso, e dalla percentuale di osservanza delle raccomandazioni scientifiche. Sarà comunque obbligatoria una costante analisi delle varianze, al fine di individuare eventuali modifiche migliorative.

#### **Obiettivo 2: APPROPRIATEZZA**

- Si intende per appropriatezza la corretta e adeguata formulazione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) da parte degli operatori, selezionando accuratamente gli step e le sedi di erogazione dei servizi e delle singole prestazioni previste, in base allo staging di patologia individuato. La persona affetta dalla patologia cronica considerata è parte attiva nella formulazione del percorso e ne deve essere resa consapevole e corresponsabile.

- L'indicatore principale di questo obiettivo è rappresentato dal numero e dalla frequenza del ricorso all'ambito ospedaliero (accessi di pronto soccorso e ricoveri per cause correlate alla patologia di base).

- L'appropriatezza va declinata anche all'interno del contesto ospedaliero, grazie alla definizione di "percorsi di cura dell'acuzie nella cronicità" definiti "a priori" di tipo pluridisciplinare e multiprofessionale, e garantiti da personale dedicato. Tali percorsi possono facilmente essere monitorati e misurati e il grado di appropriatezza deriva dalla loro osservanza. Anche in questo caso un'attenta e periodica analisi delle varian-

ze consente un costante processo di miglioramento.

### **Obiettivo 3: PREVENZIONE**

- Obiettivo fondamentale del sistema è quello di mettere in atto azioni mirate alla prevenzione primaria su persone individuate come “a rischio” di patologia cronica, attraverso la definizione di percorsi condivisi e misurabili nei loro esiti intermedi e finali.

- È altresì fondamentale che, accanto ai sistemi di rilevazione del rischio in soggetti non ancora malati, sia perseguita sempre una strategia di prevenzione secondaria delle complicanze proprie delle patologie croniche considerate. Anche in questo caso, la definizione puntuale di un PDTA guidato dalle evidenze e la sua osservanza rappresentano l'indicatore principale.

### **Obiettivo 4: CURE DOMICILIARI**

- Obiettivo fondamentale dei sistemi di cura della cronicità è quello di mantenere il più possibile la persona malata all'interno del suo contesto di vita quotidiana e impedire, o comunque ridurre al minimo, il rischio di dover istituzionalizzare il paziente in sedi comunitarie (ospedale, residenze sanitarie). Il modello organizzativo deve quindi prevedere la possibilità di individuazione delle difficoltà nella mobilità della persona e provvedere a identificare servizi dislocati sul territorio.

- Indicatore base di questo obiettivo è il rapporto fra la totalità delle persone in carico al sistema (o al suo modulo) e quelle assistite parzialmente o totalmente a domicilio. Indicatore “proxi” è anche il numero complessivo delle

istituzionalizzazioni delle persone malate.

### **Obiettivo 5: INFORMAZIONE, EDUCAZIONE, EMPOWERMENT**

- Obiettivo irrinunciabile di un sistema di assistenza alle cronicità è il raggiungimento di una buona consapevolezza e corresponsabilità della persona nel processo di cura della sua malattia. Per ottenere un buon grado di empowerment è necessario che le informazioni fornite alla persona ed a tutti i componenti del suo contesto (familiari, caregiver) da ogni figura sanitaria siano univoche, semplici, comprensibili, omogenee e costantemente ripetute e rinforzate.

- L'indicatore (di processo) di tale obiettivo è rappresentato dal numero complessivo di contatti del team di cura con la persona e con i componenti del contesto in un arco di tempo predefinito. Può essere anche previsto periodicamente un check sulle conoscenze acquisite attraverso questionari dedicati o interviste dirette.

### **Obiettivo 6: CONOSCENZA E COMPETENZA**

• Tutto il personale dell'assistenza deve ottenere un'adeguata formazione finalizzata all'applicazione dei principi già espressi e dimostrare di avere raggiunto il grado di conoscenza e competenza necessario al raggiungimento degli obiettivi assistenziali. Questo tipo di obiettivo ha necessità di due azioni contemporanee con target diversi:

**a.** il sistema di Formazione Universitario delle Scuole di Medicina, di Scienze Infermieristiche, e di Farma-

cia deve dotarsi di strumenti didattici che prevedano sia nel livello base che in quello specialistico l'insegnamento delle tecniche di cura delle cronicità;

**b.** il sistema di Formazione Continua degli Operatori del Servizio Sanitario deve prevedere costanti aggiornamenti obbligatori su questi temi.

Avendo chiari questi principali obiettivi è dunque necessario disegnare un modello organizzativo che sia il più possibile funzionale all'applicazione pratica delle azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi stessi.

I cardini di un sistema di questo tipo sono tre:

1. Architettura del sistema di assistenza sul territorio (Cure Primarie-Servizi Distrettuali)
2. Architettura del Sistema intraospedaliero e collegamento col precedente
3. Sistemi di remunerazione

### **Architettura del sistema di assistenza sul territorio (Cure Primarie-Servizi Distrettuali)**

Di seguito i concetti base sui quali disegnare il sistema delle cure primarie, nella visuale di un modello finalizzato alla cura delle cronicità.

- L'assistenza DEVE essere erogata da un team di operatori multiprofessionale, multidisciplinare e con diversi livelli di competenza.

- L'aggregazione del team non deve essere solo funzionale, o parzialmente virtuale, ma DEVE prevedere momenti di aggregazione fisica (audit, discussioni casi, analisi delle varianze).

- L'assistenza deve avere un'accessibilità continuativa.

- I ruoli all'interno del team di lavoro sono definiti, ma molto spesso intercambiabili, con prese in carico differenziate in base allo staging di patologia o a condizioni temporanee.

- Il team, adeguatamente formato sui principi del modello di cura delle cronicità, deve saper valorizzare pienamente i sistemi di comunicazione interpersonali, compresi tutti gli strumenti della comunicazione a distanza, di cui dovrà obbligatoriamente essere dotato.

- Il team DEVE raccogliere SEMPRE tutti i dati clinici delle persone che assiste, al fine di ottenere le basi per la valutazione degli indicatori proposti. Tutti i dati raccolti devono essere a disposizione di ogni singolo componente del team e, ovviamente, della persona affetta dalla malattia o in stato di rischio. Ogni componente del team, compresa la persona malata, può introdurre dati utili ed essere riconoscibile da parte degli altri componenti. I dati raccolti serviranno anche per calcolare correttamente gli indicatori di processo e di risultato, utili alla definizione dell'adeguatezza dei processi, ma anche alla valutazione di esiti, che potranno essere utilizzati anche nei sistemi di remunerazione.

Partendo da questa piattaforma appare evidente che il modello ideale prevede:

1. Moduli di assistenza in team di almeno 10–14 operatori (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, infermieri) che svolgono attività in un'unica sede ben riconoscibile

e accessibile, possibilmente in un'area pubblica distrettuale ove si trovino anche sedi di erogazione di prestazioni di secondo livello (consulenze, laboratorio, imaging);

2. orario di accesso almeno sulle 12 ore per sette giorni alla settimana;

3. sistemi ICT dotati di database, agende elettroniche, sistemi di richiamo, connessione al web;

4. almeno uno degli infermieri con compiti di "care management", che prevedono il richiamo periodico dei pazienti, l'individuazione e l'attivazione della necessità di assistenza a domicilio, il collegamento diretto con il tutor ospedaliero, la partecipazione a programmi educativi di gruppo;

5. un modulo di questo tipo è in grado di agire su una platea di assistibili potenziale di circa 10.000 cittadini, in cui è prevedibile che la patologia cronica sia presente in circa il 50% dei soggetti;

6. normalmente, un distretto sanitario copre in media una popolazione di circa 100.000 cittadini e deve, quindi, prevedere almeno dieci moduli con queste tipologie.

### **Architettura del Sistema intraospedaliero**

L'attuale sistema organizzativo ospedaliero italiano è basato sulla suddivisione in Unità Operative (UO) Specialistiche, talvolta pluritematiche (Chirurgia Generale, Medicina Generale), ma più spesso monotematiche, sia in ambito medico che chirurgico. Tale strutturazione prevede uno spazio degenziale dedicato, con personale medico specialistico nella disciplina considerata, e un corpo infermieristico ed ausiliario

teoricamente interscambiabile, ma il più delle volte con attitudini specifiche per l'unità operativa considerata. Entrambi i comparti del Personale sono vincolati ad un sistema gerarchico verticistico (per la parte medica rappresentato dal Direttore di UO, per quella infermieristica ed assistenziale dal Coordinatore, a sua volta dipendente dal Dipartimento delle Professioni).

Questo modello organizzativo mantiene una sua validità ed efficacia di fronte a situazioni di acuzie in pazienti privi di comorbidità e soprattutto privi di malattie croniche precedentemente già presenti e spesso condizionanti lo stato di acuzie che ha provocato il ricovero. Nel caso di un paziente con polmonite lobare pura, l'Unità Operativa di Pneumologia sarà totalmente autosufficiente, ma se quello stesso paziente sarà anche iperteso, con diabete o con artrite reumatoide, la complessità del caso richiederà obbligatoriamente la competenza di altri specialisti. Oggi, tale necessità è coperta dall'istituto della "consulenza", con la quale il singolo specialista viene chiamato al letto del paziente per esprimere un parere specialistico di sua competenza, che, di fatto, si traduce in un semplice referto di visita con alcune indicazioni terapeutiche e/o diagnostiche aggiuntive. Oppure, in ipotesi peggiori, il processo del paziente sfocia nel "trasferimento" ad altra UO, dove viene nuovamente ripreso l'iter clinico, questa volta in relazione alla patologia di competenza, spesso non riconducibile a quella che ha provocato il ricovero. Questa seconda UO richiamerà un nuovo consulente in un tortuoso circolo vizioso. Il "monadismo autocratico" delle UO

monotematiche è quindi assolutamente inadatto alla soluzione di problematiche di cronicità, qualsiasi sia l'acuzie che ha provocato il regime degenziale.

È oggi ampiamente riconosciuto che l'approccio più adeguato alle cronicità è quello della definizione di "percorso clinico" o PDTA in parte standardizzabile sulla base delle linee guida dettate dalla evidence based medicine (EBM), in parte obbligatoriamente da personalizzarsi sulla scorta dello staging clinico del paziente stesso. Tale visione ha ormai preso ampio campo per quanto riguarda l'assistenza extraospedaliera del paziente affetto da cronicità, realizzando modelli di sistema "patient-centered" con PDTA co-gestiti dalla medicina primaria sul territorio in integrazione con la medicina specialistica a carattere ambulatoriale. Nel momento in cui una persona affetta da una o più cronicità giunge invece in ospedale trova un'organizzazione completamente differente, che, proprio per tali differenze, appare quasi del tutto incomunicabile col resto del sistema.

Contestualmente alla citata modificazione "culturale" dell'approccio alle cronicità a livello territoriale, da molto tempo si parla di una modificazione anche degli assetti organizzativi ospedalieri, basata sulla cosiddetta "intensità di cura" [3]. Secondo tale concetto gli ospedali dovrebbero attrezzare almeno tre livelli diversi di intensità di cura (alta, media, bassa), di cui il primo con caratteristiche di indistinta competenza dei diversi professionisti specialisti (cardiologo, neurologo, ri-

animatore, ecc.), che si trovano contemporaneamente al letto del paziente in una sede unica e non più suddivisa per Unità Operative Specialistiche. I due livelli "inferiori", invece, mantengono il modello monospecialistico preesistente, organizzando al loro interno sistemi di differenti livelli di "intensità assistenziale" gestiti prevalentemente dal corpo infermieristico, sulla scorta dei bisogni assistenziali ricavabili da semplici scale di valutazione, con la formulazione di "piani personalizzati di assistenza". Il disegno è certamente interessante, ma contiene in sé alcuni difetti non trascurabili.

**1.** Le condizioni strutturali edilizie dei nostri ospedali non sono adeguate al modello. Questi sarebbe facilmente applicabile solo ad ospedali di nuova costruzione, con soluzioni architettoniche idonee. Nei casi invece di "vecchi" ospedali sarebbe necessario un intenso lavoro di revisione strutturale, comunque con risultati non ottimali.

**2.** L'organizzazione per intensità di cura è completamente orientata all'acuzie. È prevista la figura del "medico/infermiere tutor", ma solo finché il paziente resta nel livello di alta intensità indifferenziata. Tali figure sono importantissime, dal momento che garantiscono la gestione dei diversi specialisti e di tutto l'iter diagnostico e terapeutico del paziente, ma, ancora una volta, soltanto nel periodo di alta intensità.

**3.** Una volta che il paziente esce dal livello alto, entra nuovamente nell'organizzazione monotematica, con tutte le problematiche citate in precedenza nel caso che abbia una o più patologie croniche.

Sembra quindi necessario ripensare

il sistema alla luce del fatto che circa il 70-75% dei degenti ospedalieri in Italia appartengono alla categoria dei "cronici acutizzati con polimorbilità".

Esistono già, ed in buona parte sono anche già applicati, modelli di funzionamento ospedaliero organizzati per "percorsi di cura" [4]. Basti pensare all'esempio dei "percorsi dell'Emergenza Urgenza" [5], che, partendo dalla prima diagnosi presuntiva del triage, aprono in automatico un percorso predeterminato del paziente, che segue l'iter diagnostico e l'intervento terapeutico con tempi e modalità certe, gestite direttamente dal medico dell'emergenza e dall'infermiere tutor, o, in alcuni casi, da team multiprofessionali dedicati (Trauma Team, Chest Pain Team, Stroke Team). Quando ben costruiti, tali percorsi hanno specifici indicatori di processo che ne monitorizzano la messa in opera, e sono corredati da adeguate check list che consentono il rispetto del processo a garanzia del paziente. Questo è un esempio relativo a problematiche squisitamente "acute", che non tengono conto, proprio a causa dell'urgenza clinica, delle eventuali comorbilità presenti, ma in altre situazioni (Modello Prometheus degli Ospedali della Johnson Foundation USA) la definizione dei percorsi travalica il momento emergenziale per interessare le filiere produttive dell'ospedale stesso [6]. Gli esempi più calzanti sono quelli relativi al campo oncologico. In tali casi il team Pluridisciplinare (DMT: Disease Management Team - Oncologo Medico, Chirurgo Oncologo, Immunologo, Medico dell'Imaging Diagnostico, Radioterapista, Medico Internista)

definisce il percorso “a priori” e, al momento dell’inizio della degenza, il programma di lavoro è già definito. Il paziente viene a questo punto affidato ad un medico tutor (in genere un internista), che garantisce il regolare e rapido espletamento del percorso, assemblando l’equipe che di volta in volta deve eseguire l’intervento richiesto. Un simile sistema è assolutamente compatibile, anzi molto adeguato, al modello dei livelli di intensità di cura, dal momento che è sempre l’equipe che segue il paziente nel suo percorso interno. È un superamento delle Unità Operative monotematiche gerarchicamente definite, che vengono rese inutili dalla multidisciplinarietà dei team. Diventa, tutto sommato, anche superflua, l’Unità Operativa Generalista di Medicina Interna, dal momento che il compito degli internisti è quello di tutoraggio di tutti i pazienti in tutte le equipe pluridisciplinari. Proprio la figura del tutor assume un valore ancora maggiore al momento della previsione della fine del ricovero, perché a lui spetta di contattare l’infermiera distrettuale “Care Manager” del paziente, per la continuità sostanziale della prosecuzione delle cure.

È quindi necessario che gli ospedali si organizzino nel seguente modo:

**1.** Definizione, il più possibile omogenea, di percorsi interni dedicati per pazienti che presentino una o più patologie croniche prevalenti, qualunque sia la causa che ha provocato il ricovero, urgente o programmato che sia. Oltre ai già citati percorsi oncologici, si possono portare ad esempio Percorsi Cardio Vascolari, Endocrino Metabo-

lici, Pneumologici, Gastroenterologici, Ematologici.

**2.** Istituzione della figura del “medico/infermiere tutor”, che si rende garante del percorso, segue il paziente nel suo iter intraospedaliero, attiva le equipe specialistiche identificate come attori del percorso e contatta l’infermiere Care Manager del Paziente prima della dimissione.

**3.** Raccolta completa di tutti i dati clinici relativi all’episodio ospedaliero del paziente su supporto informatico, con contestuale trasmissione al Team di Cura Territoriale. I dati raccolti costituiranno anche la base per il calcolo degli indicatori di appropriatezza e di efficacia, e quella per l’analisi delle varianze.

**4.** Valgono anche per l’attività ospedaliera tutti gli obiettivi enunciati all’inizio (Aderenza, Appropriatezza, Conoscenza e Competenza).

Anche gli obiettivi di Prevenzione, in questo caso secondaria o terziaria, e di Domiciliarità, debbono vedere il coinvolgimento del Personale e delle Tecnologie Ospedaliere, in un’ottica di continuità consulenziale con il Sistema delle Cure Primarie.

**5.** In un simile sistema organizzativo, essenzialmente basato sulla clinical governance, l’ospedale è in grado di costruire, sulla base dell’epidemiologia rilevata sul territorio di competenza e sulla base dello storico, un bilancio previsionale dei propri costi di attività per l’anno successivo.

### **Sistemi di remunerazione**

Nel contesto di un modello come quello qui disegnato, è necessario fare una profonda riflessione e revisione dei

sistemi di remunerazione dei servizi. Attualmente il Sistema delle Cure Primarie è remunerato in modo disomogeneo nelle sue diverse componenti:

- i MMG e PLS hanno un contratto di convenzione nazionale [7] che prevede una quota pro capite fissa per ogni cittadino assistibile, il che configura una sorta di pagamento per caso trattato. Circa il 70% della remunerazione complessiva è coperto da questa modalità. Il restante 30% è determinato dalle Regioni e dalle Aziende ASL sulla base di obiettivi definiti a livello locale, con differenze anche sostanziali tra le diverse aree italiane.

- Gli Specialisti Ambulatoriali hanno un contratto nazionale di convenzione che prevede il pagamento a ore delle prestazioni erogate.

- I Servizi Specialistici intraospedalieri in funzione ambulatoriale sono retribuiti “a prestazione” sulla base di un nomenclatore tariffario nazionale, che poi ogni Regione ha rivisto e modificato. Il Personale operante in queste Strutture è remunerato con contratto nazionale di dipendenza, in modo totalmente svincolato dagli esiti e dall’efficacia delle prestazioni rese.

- Tutto il Personale afferente ai Distretti Territoriali ha lo stesso tipo di contratto nazionale (Contratto Nazionale della Sanità Pubblica), in cui le eventuali incentivazioni sono esclusivamente legate o all’anzianità di servizio, o allo svolgimento di compiti aggiuntivi o a particolari inquadramenti “gerarchici” nel sistema (straordinario, prestazioni orarie aggiuntive, posizioni organizzative raggiunte, dirigenza ai vari livelli).

Appare evidente che questi sistemi di remunerazione non sono funzionali all'assistenza delle persone affette da cronicità. Il pagamento "a prestazione" può rimanere attivo solo per quelle attività che sono erogate a soggetti occasionali, senza patologie croniche diagnosticate, o che per la loro stessa natura non si pongono all'interno di nessun percorso assistenziale predefinito, così come per le reali urgenze ed emergenze mediche, chirurgiche o traumatologiche non inseribili in un pregresso quadro di patologia preesistente. Per tutto il resto, relativo ai sistemi di remunerazione, può essere ipotizzato uno schema della seguente tipologia, che qui si riporta a puro titolo di esempio.

**A.** Per il Sistema delle Cure Primarie, fatta 100 la quota capitaria concordata nell'ultima precedente convenzione con la MG e la PLS, si procederà ad una revisione:

1. la quota capitaria base per ogni assistibile del Team sarà 60;
2. per ogni assistibile affetto da una malattia cronica di quelle considerate, la quota sarà incrementata a 100;
3. per assistibile con due comorbidità la quota sarà 120;
4. per assistibile con tre o più comorbidità la quota sarà 150;
5. per ogni intervento occasionale erogato ad assistibili base, con quota 60, si dovrà prevedere un pagamento a prestazione (notula);
6. la quota complessiva relativa ad ogni assistibile con patologia cronica (1, 2, o 3) sarà incrementata del 20% se gli indicatori di processo ed esito avranno raggiunto lo standard previ-

sto dalla nuova convenzione (in genere almeno l'80% in media), del 30% se gli standard raggiunti supereranno i due terzi degli obiettivi proposti;

7. la stessa quota complessiva sarà invece decurtata del 10% in caso di mancato raggiungimento dello standard minimo richiesto, e del 20% se gli standard resteranno al di sotto della metà degli obiettivi proposti;

8. la quota di persone assistite a domicilio comporterà un incremento della quota complessiva del singolo paziente del 20%;

9. un ventesimo del monte complessivo della retribuzione del team sarà di spettanza del Personale non medico.

**B.** Per gli Ospedali:

1. il pagamento delle tariffe a prestazione in regime ambulatoriale resta invariato per tutte quelle prestazioni che non rientrano nei percorsi definiti, che hanno carattere di occasionalità, e per le emergenze e urgenze non correlate alla/alle patologie croniche considerate e/o alle loro complicanze;

2. il pagamento dei ricoveri con regime DRGs resta invariato per i ricoveri di persone non affette dalle malattie croniche considerate, sia in regime ordinario che in urgenza;

3. si devono invece tariffare in modo completamente diverso i "Percorsi Clinici Intraospedalieri" relativi ai pazienti affetti dalle patologie croniche considerate, sia che il ricovero sia causato dalla malattia stessa o da una sua complicanza, sia che sia invece provocato da evento collaterale di altra natura. In tal caso la tariffa di percorso sarà determinata "a priori" dalla somma dei costi di attività delle singole

prestazioni che caratterizzano il percorso come definito. Tale tariffa potrà essere aumentata di una percentuale variabile tra il 10 ed il 20% se saranno stati osservati gli standard predefiniti (Multidisciplinarietà, osservanza del percorso, varianza bassa). Sarà ridotta del 10 o 20% in caso opposto. Inoltre, va previsto un incentivo, e contestualmente un disincentivo, diretto a tutto il personale delle equipe multiprofessionali e multidisciplinari in base all'esito a 30 giorni dalla data dell'ammissione in ospedale (assenza di rricovero, non recidive, complicanze tardive, morte).

**BIBLIOGRAFIA**

- [1] Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. JAMA. 2002 Oct 16;288(15):1909-14.
- [2] Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA. 2002 Oct 9;288(14):1775-9.
- [3] LORENZO BARAGATTI, GABRIELE MESSINA, FRANCO CECCARELLI, LUIGI TONELLI, NICOLA NANTE  
Organizzazione ospedaliera per intensità di cure e di assistenza: proposta di un metodo per la stima del fabbisogno di unità di assistenza nelle aree di degenza e correlazione con la complessità assistenziale Organizzazione Sanitaria 1/2009, 5-35.
- [4] Panella, M (2003). "Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work?". Int J Qual Health Care 15 (6): 509–521.
- [5] Cinzia Barletta, Skender Brataj, M. Antonietta Bressan, Maurizio Chiesa, Giovanna Esposito, Giovanni Evangelisti, Luca Gelati, Stefano Grifoni, Mauro Marziali, Gianni Messi, Paolo Moscatelli, Aldo Panegrossi, Roberta Petrino, Carlo Piccolo, Vito D'angelo, Alessandro Rosselli, Carmine Sinno, Mirella Triozzi Standard organizzativi delle Strutture di Emergenza-Urgenza FIMEUC 2012.
- [6] Health Care Incentives Improvement Institute, Inc. Prometheus Payment – igniting payment reform - ECR® Manual Version 3. May, 2011.
- [7] ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 e successive modificazioni ed integrazioni.

---

**Italian Health Policy Brief**

Anno VI  
Speciale 2016

***Direttore Responsabile***  
Stefano Del Missier

***Direttore Editoriale***  
Marcello Portesi

***Editore***



Altis Omnia Pharma Service S.r.l.  
Viale Sarca, 223  
20126 Milano

***Contatti redazione***  
Tel. +39 02 49538300  
info@altis-ops.it

[www.altis-ops.it](http://www.altis-ops.it)

***Comitato degli esperti:***

Achille Caputi  
Claudio Cricelli  
Nello Martini  
Antonio Nicolucci  
Annarosa Racca  
Francesco Ripa Di Meana  
Ketty Vaccaro  
Antonello Zangrandi

---

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. **Nota dell'Editore:** nonostante l'impegno messo nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.