

**Bruno Agnetti, Alessandro Chiari, Mauro Bonomini**  
 CSPA- (Centro Studi Programmazione Sanitaria -  
 SMI Emilia Romagna)

**Giuseppe Vetti, Massimo Zilioli**  
 LEN -Learning Education Network - Parma (Partner per le  
 strategie comunicative)

Territorio

# I MEDICI DI FAMIGLIA SI CONFRONTANO SULLA NECESSITÀ DI UNA MODERNIZZAZIONE DEI SERVIZI

La riflessione del Centro Studi dello SMI Emilia Romagna

## A. RIORDINO DELLE CURE PRIMARIE (TERRITORIO & OSPEDALE)

### 1. ELEMENTI CULTURALI DI RIFERIMENTO PER LA MEDICINA GENERALE TERRITORIALE (MG)

Definizione di Salute contenuta nella Costituzione dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità 1948); Dichiarazione di Alma Ata 1978; Carta di Ottawa 1986; Definizione della Medicina Generale/Medicina di Famiglia Wonca Europa 2002; Raccomandazioni dell'European Forum for Primary Care 2005.

#### 1.1. CARATTERISTICHE DISTINTIVE DELLA MEDICINA GENERALE TERRITORIALE (MG) E DELLE ATTIVITÀ OPERATIVE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)

L'ambulatorio del mmg è un luogo fisico di 1° contatto con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN); l'accessibilità è illimitata e facilitata; la relazione è fiduciaria e la libera scelta è esercitata dagli assistiti; la qualità professionale rimane diffusa e omogenea ed è caratterizzata da una estrema flessibilità ed adattabilità "pronto

uso"; la diffusione degli ambulatori è capillare sul territorio; gli assistiti esprimono un alto gradimento in merito al servizio complessivo offerto dai mmg; i medici di medicina generale, hanno dimostrato, in questi anni, molta responsabilità nell'uso delle risorse ed hanno ricercato percorsi di integrazione; i mmg hanno saputo utilizzare autorevolezza nel trasferire competenze di empowerment ad assistiti e alle loro famiglie; l'orientamento culturale del medico di famiglia è olistico centrato sulla persona e non sulla malattia; il mmg attua una testimonianza diretta di comportamenti di equità assistenziale; e da questo punto di vista diviene il professionista di riferimento per il territorio nel quale pratica la medicina; affronta inoltre processi decisionali in considerazione della prevalenza e dell'incidenza delle malattie della comunità a lui affidata; infine la medicina generale territoriale, per storia e cultura, non contemplerebbe ruoli gerarchici o piramidali, utilizza una bassa tecnologia ma una altissima abilità relazionale. Quando sul territorio si "rompe" un mmg per burn-out, per problemi personali o per diffi-

coltà relazionali con l'azienda è come se in una neuroradiologia si guastasse la Risonanza Magnetica.

#### 1.2. PRINCIPI ETICI/DEONTOLOGICI/MORALI DI RIFERIMENTO: BENEFICITÀ, NON MALEFICITÀ, GIUSTIZIA, AUTONOMIA

Questi imperativi morali di base (National Commission for the protection of human subjects on biomedical and behavioural research 1974-1978) forniscono un semplice ma solido metodo in grado di permettere di affrontare i processi decisionali tipici della medicina generale. Non vuole rappresentare un pacchetto di regole in copyright o protette da brevetto, non è un diagramma di flusso o un algoritmo preconstituito ma una preziosa guida in caso le convinzioni del medico e dell'assistito non siano in sintonia. In particolare questi principi etici aiutano il professionista anche quando alcuni di questi imperativi dovessero per qualche motivo entrare in conflitto tra di loro in quanto l'autonomia dell'assistito viene considerata sempre come principio etico prioritario. In ogni caso i principi etici superano sempre,

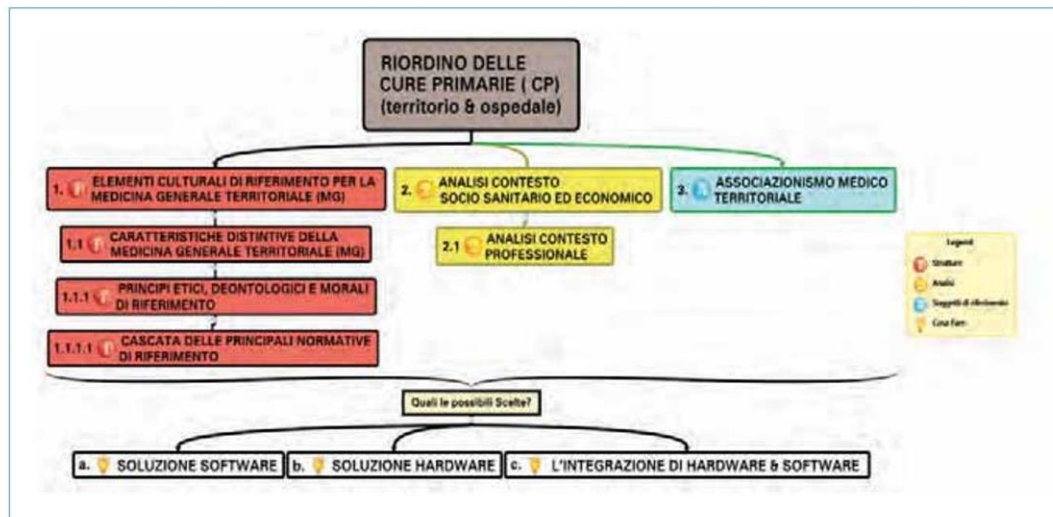
nella scala morale, i criteri e le normative organizzative.

**1.3. CASCATA NORMATIVA DI RIFERIMENTO**

Art. 32 della Costituzione Italiana; L.833/1978 stabilisce la nascita del SSN Italiano fondato sull'universalità, sull'equità e sulla solidarietà cioè sul finanziato dalla fiscalità generale; L.502/1992 e L.229/1999 riguardano la realizzazione dell'aziendalizzazione delle USL (Unità Sanitaria Locale) che diventano autonome AUSL (Aziende Unità Sanitarie Locali): le Aziende Sanitarie si trasformano quindi gestionalmente in imprese ma restano finanziate dalla fiscalità pubblica generale. Per quanto riguarda la medicina generale vengono previste, oltre ai compiti storici, anche funzioni di governo clinico e di gestione manageriale delle risorse. L'organizzazione e il funzionamento delle AUSL viene regolato dall'atto aziendale che è uno strumento di diritto privato. L'ACN -Accordo Collettivo Nazionale/Convenzione del 1981 inizia a riconoscere il fenomeno dell'associativismo come strumento adatto a regolare il fenomeno dei super massimalisti.

L'ACN del 1988 ribadisce genericamente l'utilità dell'associativismo; nell'ACN del 1996 compare il concetto di Medicina di Gruppo MdG come strumento vantaggioso per il recupero della professionalità e la diffusione della qualità operativa e quindi si prevede il miglioramento generale delle cure ipotizzando l'uso di incentivi per i livelli assistenziali raggiunti. Con l'ACN del 2000 si normano le forme associative in associazione semplice, medicina in rete e medicina di gruppo. Dal 2001 al 2003, successivi passaggi normativi, portano alla modifica del titolo V° della Costituzione: questa modifica trasforma profondamente il sistema delle relazioni tra stato e regioni, province, comuni e autonomie locali in quanto la maggior parte delle competenze del diritto sono affidate proprio agli enti locali. L'ACN del 2005 definisce le competenze dei Servizi Sanitari Regionali SSR ed in particolare viene regolato l'associativismo medico territoriale e oltre all'associativismo semplice, di rete e di gruppo viene introdotto il concetto di équipe territoriale (considerata come strumento di integrazione intra-distrettuali finalizzate

all'assistenza e all'attuazione di programmi specifici) e di UTAP (considerate Unità Territoriali di Assistenza Primaria ad alta integrazione); infine questo ACN demanda agli Accordi Integrativi Regionali AIR la definizione dei contenuti e delle modalità di realizzazione dell'intero fenomeno dell'associativismo e questo produce una profonda diversità di interpretazione e di applicazione da parte delle varie regioni tanto che si dice che in Italia vi sono 21 Servizi Sanitari nazionali-Regionali. L'ACN 2009 con relativi AIR (Accordi Integrativi Regionali) e AIL (Accordi Integrativi Locali) può essere considerato sovrapponibile all'ACN del 2005 per ciò che attiene all'associativismo. L'ACN del 2010 riprende i contenuti degli ACN pregressi ma introduce il concetto di Unità Complessa di Cure Primarie UCCP e gli AIR e agli AIL derivati dall'ACN 2010 producono ulteriori variabilità interpretative ed applicative tra le regioni. Il DL 2012 detto Decreto Balduzzi alimenta ed intensifica i ruoli dei SSR prevedendo organizzazioni Monoprofessionali corrispondenti, forse, alle Aggregazioni Funzionali Territoriali/Nuclei di Cure Prima-



rie AFT/NCP all'interno delle quali si dovrebbero condividere piani, percorsi strumenti di valutazione della performance e che per definizione dovrebbero rimanere funzionali anche se l'interpretazione e la successiva applicazione normativa di Regioni e Aziende ha prodotto molte forme di AFT/NCP miste tra funzionalità ed operatività; il DL Balduzzi prevede anche organizzazioni Multiprofessionali che sembrano essere assimilabili alle UCCP all'interno delle quali dovrebbe avvenire l'erogazione delle prestazioni tramite il coordinamento e l'integrazione di tutte le professioni inserite all'interno dell'area delle Cure Primarie (CP); per queste organizzazioni Multiprofessionali sono previsti anche finanziamenti a budget cioè con un capitale iniziale entro il quale rimanere comunque previa definizione di compiti, funzioni e criteri; tutto ciò crea strutture piramidali tanto che le Aziende sono individuate dal DL Balduzzi come le selezionatrici dei referenti/coordinatori di queste organizzazioni Multiprofessionali (c.d. primarietà); le regioni, secondo il DL, provvederanno inoltre a fornire dotazioni strumentali, strutturali e di servizio destinati verosimilmente alle organizzazioni Multiprofessionali che, in considerazione di queste dotazioni dovrebbero, per forza di DL, essere ospitate in megastrutture (es. Case della Salute). Il DL Balduzzi inoltre tiene a specificare che il personale medico coinvolto nell'erogazione dei servizi all'interno delle megastrutture è quello convenzionato (sic?); lo stesso decreto parla di ruolo unico e di valorizzazione dei mmg

in formazione, di adesione obbligatoria all'assetto informatico regionale, dell'H24 distrettuale tramite l'integrazione tra mmg, CA, PLS, spec. ambulatoriali, medici-na dei servizi.

## 2. ANALISI DEL CONTESTO SOCIO-SANITARIO-ECONOMICO

Alcuni macrofenomeni bio-psicosociali riflettono modificazioni dei comportamenti collettivi in grado di influenzare profondamente l'organizzazione dei servizi sanitari: l'assistenza territoriale è pesantemente condizionata dall'evoluzione demografica, dall'incremento delle patologie croniche ma anche dalle modificazioni strutturali degli ordinamenti sociali tradizionali (es.: le famiglie). L'inarrestabile sviluppo tecnologico comporta l'emergere di nuove problematiche bioetiche molto complesse. I processi di integrazione e multiculturalismo costringono spesso ad una revisione dei comportamenti professionali tradizionali. Le conseguenze della crisi economica che si trascina da anni crea instabilità nelle reti dei servizi e manifesta nuovi bisogni assistenziali e professionali. Nel 1989 D. Harvey ha enunciato il concetto di compressione spaziotemporale come strumento di comprensione delle velocissime modificazioni planetarie ampiamente confermate dai dati emersi dal fulmineo sviluppo dell'intero sistema che coinvolge la comunicazione ed i devices strumentali (AF De Toni 2013).

### 2.1. ANALISI DEL CONTESTO PROFESSIONALE

Le influenze dei macrofenomeni

globali e planetari sulle attività socio-sanitarie producono tempi occupazionali più allungati, complessi ed intensi; alcune esperienze di associazionismo medico (es. Medicine di Gruppo self-made) non hanno potuto usufruire di strutture o personale pubblico e dimostrano attualmente una profonda sofferenza (profilo anagrafico dei mmg vs sfide o emergenze assistenziali; problematiche generate dal personale assunto e dalla legge 81/2008 sulla sicurezza; incremento esponenziale dei costi gestionali; deriva verso la de-professionalizzazione dei mmg e proletarizzazione della categoria). La modifica incrementale dei costi gestionali di MdG self-made non permette più a queste formazioni una serena gestione del quotidiano e si prospettano due possibili vie: o il ritorno agli ambulatori storici o l'inserimento completo della medicina generale all'interno di aziende più grandi ed in grado di far fronte ai costi gestionali di routine e alle continue modifiche normative costose dal punto di vista economico e burocratico. È evidente quindi che i bisogni assistenziali e professionali (clienti esterni ed interni) abbiano subito significativi cambiamenti anche in considerazione del fatto che se la contrazione spazio temporale comunicativa è sempre più veloce quella delle necessità relazionali resta costante nei secoli e richiama più la figura del cilindro che quella dell'imbuto spazio temporale generato dalla teoria di Harvey (D. Harvey 1989). In questo contesto i modelli piramidali gerarchici e burocratici proposti up-down come risolutivi del-



le problematiche professionali e assistenziali hanno evidenziato un profondo distacco dalla realtà facendo precipitare il nostro SSN dal 2° posto al mondo al 21°.

### 3. ASSOCIAZIONISMO MEDICO TERRITORIALE

L'associazionismo medico territoriale è diventato un "soggetto di riferimento" per i medici di medicina generale (mmg). Per associazionismo si intende la realizzazione, normata dagli ACN, AIR e AIL, di una aggregazione motivata sua sponte di mmg con la finalità di favorire l'accessibilità, il pro-

nuità del servizio e delle cure. Per quanto riguarda ulteriori aspettative a suo tempo affidate al sistema dell'associazionismo (es.: integrazione, output vs out come) queste richiedono ulteriori dimostrazioni per poter uscire dal fenomeno diffuso dell'autoreferenzialità.

b) Criticità: l'incremento dell'attività burocratica continua a rappresentare una piaga insanabile a volte senza finalità comprensibili; la tecnologia attualmente disponibile non viene orientata, dai livelli decisionali, verso la ricerca convinta di una semplificazione

trebbero creare conflitti di interessi e confusione di ruoli tra posizioni rappresentative sindacali, posizioni fiduciarie, incarichi elettivi diretti da parte dei mmg per posizioni non gerarchiche e di servizio; la conseguente disomogeneità e la disparità di trattamento non solo può portare a ridurre la credibilità dei colleghi coinvolti a causa delle conseguenze economiche ineguali ma può creare diffidenza nei confronti delle Aziende che utilizzano queste modalità relazionali con i mmg con il pericolo di fare collassare ogni iniziativa riguardante l'associazionismo. Inoltre



cesso di cure agli assistiti e alcune attività professionali.

a) Valori: l'associazionismo moderato (es: le classiche medicine di gruppo composte al massimo da 8 mmg) pare rappresentare la modalità organizzativa ed operativa più adatta per poter far fronte alle nuove sfide assistenziali procurate dall'epidemia della cronicità in quanto assicurano la conservazione delle caratteristiche distintive della medicina generale ed in particolare il rapporto fiduciario e la libera scelta caratteristiche, queste ultime, che hanno la forza per sorreggere e sostenere il processo di trasformazione assistenziale che prevede passaggi decisionali complessi e non sempre popolari. La condivisione e la scelta motivata sua sponte che ogni mmg esprime per far parte di una forma associativa (es.: M.d. o le CD) rimangono comunque prerequisiti irrinunciabili. L'associazionismo medico territoriale (AFT/NCP e M.d.) ha dato risultati significativi nel campo dell'autoformazione e delle sostituzioni interne finalizzate alla conti-

affidabile e realmente a servizio dell'assistenza; la realizzazione delle strutture associative a complessità più avanzata, così dette megastrutture, palesa carente condivisione con i mmg nella progettazione e nella programmazione delle realizzazioni logistiche; questo aspetto può procurare scarsa motivazione partecipativa dei mmg che rischiano di essere convinti, forse, più da ipotizzati vantaggi economici derivati dall'incentivazione che da possibili cambiamenti radicali verso nuove modalità operative integrative. L'associazionismo medico (MdG) inserito all'interno delle megastrutture rischia quindi di rispondere più a bisogni burocratici, amministrativi, accademici e di visibilità che a reali necessità dei clienti interni ed esterni. Una seria criticità che crea notevoli perplessità, presso gli stessi addetti ai lavori, è rappresentata dalla discutibile abitudine delle Ausl di nominare, anche in tempo di crisi, consulenti aziendali tra i mmg (direttori o mmg in staff); queste iniziative, se non gestite appropriatamente, po-

alcuni modelli organizzativi territoriali in grado di coinvolgere l'associazionismo medico entrati recentemente nel dibattito culturale professionale o non sono mai effettivamente partiti e quindi non hanno potuto dimostrare la propria validità (CreG) oppure non hanno ancora potuto dare prova della loro efficacia operativa e della loro omogenea applicabilità sul territorio nazionale forse per la scarsità delle esperienze realizzate in Italia oppure proprio perché originati in territori troppo diversi da quello nazionale (Kaiser Permanente 1945 USA; Chronic Care Model CCM 2002 USA programma protetto da brevetto e da copyright che ha subito molte modifiche nei paesi che hanno tentato di applicarlo forse a causa di una sua specificità scarsamente modulabile).

### B. SOLUZIONE SOFTWARE

L'esperienza associativa moderata ha evidenziato come le organizzazioni della Medicina di Gruppo (MdG) rappresentino una modalità appropriata in grado di dare

risposte coerenti ad alcune necessità assistenziali e professionali.

Partendo dalle esperienze pregresse i mmg hanno elaborato ulteriori evoluzioni delle modalità assistenziali, perfettamente modulabili con l'esperienza dell'associazionismo e con le MdG, in grado di far fronte ai nuovi bisogni assistenziali (integrazione).

L'integrazione assistenziale territoriale in team multi professionale e multidisciplinare-settoriale (M&M) può rappresentare, in questo momento, il paradigma di riferimento più importante, la pietra angolare in grado di orientare qualsiasi attività assistenziale verso una sostenibilità ed una efficacia operativa ed economica. È ormai dimostrato che la medicina generale, ancorché in associazione, non può da sola affrontare le sfide assistenziali moderne ma nemmeno i PS (Pronto Soccorso), gli ospedali o i servizi da soli possono farcela; l'integrazione territoriale strutturata (ad es.: in team) può riuscire nella sfida in quanto può costruire una assistenza personalizzata e può realizzare una rinnovata sostenibilità low cost del SSN: questa trasformazione può essere realizzata da subito e senza richiedere necessariamente la costruzione o l'individuazione di megastrutture. L'integrazione non va intesa come surrogato di eventuali carenze nelle risorse umane e nemmeno va considerato uno strumento di negoziazione ma rappresenta una evoluzione verso l'eccellenza culturale e formativa relativa alla collaborazione tra professionisti di una stessa area. Ogni membro di un team accetta in modo spontaneamente motivato la cultura, l'impegno e l'operatività dell'altro componente, sa ciò che il collega esegue e si fida. Questo tipo di cambiamento è prima di tutto culturale e richiede tempo, formazione e maturazio-

ne in stretto collegamento con la quotidianità degli operatori.

Per integrazione M&M si intende il coinvolgimento e l'aggregazione motivata sua sponte di tutti gli attori che si trovano ad operare sulla scena delle Cure Primarie (CP) al fine di poter far fronte alle attuali necessità assistenziali-territoriali. L'integrazione M&M può proporsi come modello assistenziale effettivamente sostenibile in quanto contiene al proprio interno culture professionali, esperienze, età, ruoli diversi e tutto ciò permette di gestire in autonomia l'intero processo del governo clinico con un maggior numero di alternative o di problem solving di quelle generate da singoli individui o da aggregazioni mono professionali. Il concetto di integrazione M&M deriva da solide esperienze interne al SSN sottoposte da anni alle procedure di accreditamento senza protezioni derivate da copyright o da brevetti. Nei Team M&M gli apprendimenti (= miglioramento continuo) supportano prestazioni di qualità e sostengono la motivazione.

All'interno dei team M&M si concordano regole e criteri operativi in un gruppo di pari equivalenze professionali dove si riconoscono comunque le diverse competenze. La condivisione delle responsabilità produce inoltre una circolazione del sapere all'interno del team che a sua volta aumenta la fiducia reciproca creando il piacere di lavorare insieme senza che siano necessarie particolari negoziazioni formali. Una simile modalità organizzativa (Team M&M) soprattutto assistenziale può essere realizzata da qualunque medico (singolo, senza personale, in associazione semplice o complessa, in megastrutture o in UCCP) in quanto il sistema operativo è dato dall'integrazione e dall'integrazione tra persone.

Non sono necessarie sovrastrut-

ture per realizzare l'integrazione in Team e con una tecnologia moderna, semplice ed affidabile, che permette il lavoro di gruppo "a distanza", anche un medico isolato può dare vita, partecipare e coordinare un team composto da diversi professionisti che si occupano di quel particolare suo paziente. Una operazione di questo tipo potrebbe forse essere realizzata, in una regione presa a campione, con circa 6 milioni di e annui (vedi in google: nuovo patto-contratto tra i medici professionisti della sanità territoriale e il Servizio Sanitario Nazionale).

Alla luce del modello di integrazione M&M è possibile ipotizzare anche una revisione del compenso per i mmg che potrebbe comprendere una quota parte convenzionale, una parte riservata alla produzione dell'assistenza (completamente detraibile) ed una parte affidata alle offerte imprenditoriali/competitive e di start-up dei singoli mmg o delle associazioni esercitate in piena autonomia.

La soluzione software permette un riposizionamento della professionalità del mmg ed il superamento del sistema incentivante con le relative criticità per altro causa anche di disuguaglianze di trattamento ed opportunità tra mmg che si sono dedicati all'associazionismo self-made (e che sono stati costretti ad affrontare la limitazione dei fondi di incentivazione) e mmg che hanno ottenuto incentivi senza limitazioni, locali pubblici e personale pubblico. Le stesse difformità sembrano emergere dalle attuali programmazioni e dalle realizzazioni delle megastrutture. Di conseguenza alcuni studiosi dell'organizzazione medica territoriale propongono un "ritorno al futuro".

### C. SOLUZIONE HARDWARE

La Medicina di Gruppo è stata considerata in questi anni una for-

ma associativa efficace e quindi si è ipotizzato che la MDG potesse essere il tipo di organizzazione più adeguata per dare senso e contenuto alle megastrutture (delibera Regione E-R n.228/2010 del 04-02-2010).

In effetti senza una MdG (o 2 o 3?) la megastruttura sarebbe un distretto o un polo socio-sanitario o un poliambulatorio ... ma secondo alcuni studiosi le CdS dovrebbero rimanere effettivamente poliambulatori e centri di riferimento per il quartiere senza contenere al loro interno nessuna forma di medicina generale.

Questi autori pensano di aver individuato in questo elemento un possibile punto debole di tutto l'impianto relativo alle megastrutture: se non si riesce ad inserire tutti i mmg all'interno di una casa della salute è preferibile che nessun mmg entri all'interno di una megastruttura per non creare difformità e disuguaglianze nell'assistenza e nelle opportunità professionali.

Queste criticità non vengono risolte dal decretare che la megastruttura possa divenire punto di riferimento globale per tutti gli assistiti della zona in quanto questa disposizione porterebbe ad un peggiorando delle problematiche libero concorrenziali tra colleghi mmg. Per contro un regolamento che non permettesse il passaggio di libera scelta/ricusazione del mmg modificherebbe profondamente e definitivamente la Medicina Generale e le sue caratteristiche distintive (0.2.0).

Le megastrutture, le Case della Salute, in particolare quelle definite "Grandi", si propongono, secondo i pochi documenti ufficiali esistenti, di offrire al territorio di competenza tutti i servizi erogati da una AUSL, fatta eccezione per le degenze. In alcuni casi, molto rari, possono essere considerate anche le degenze se la CdS è

strettamente collegata a strutture di ricovero, a lungo-degenze o a Country-City hospital.

La filosofia assistenziale che sostiene la costruzione o l'individuazione delle CdS è quella di facilitare il processo integrativo attraverso una favorevole situazione logistica. Le MdG inserite nelle CdS manterrebbero comunque in tutto e per tutto le note caratteristiche distintive delle organizzazioni di gruppo e potrebbero trasferire all'interno delle megastrutture tutta la cultura dell'associativismo medico territoriale sviluppata in questi anni.

Una mancata considerazione e lo scarso coinvolgimento diretto e prioritario delle pregresse esperienze culturali dell'associazionismo medico, soprattutto quello self-made più sofferto e quindi più informato in merito alle varie criti-



crità di tutta l'esperienza, potrebbe portare al collasso e al fallimento l'intero progetto delle megastrutture.

Alcuni autori sostengono, d'altra parte, che le formazioni "di gruppo" inserite nelle megastrutture possano dimostrare come il numero dei mmg necessari per offrire una assistenza territoriale adeguata sia inferiore al previsto in considerazione dell'espressione di altre professionalità o discipline sanitarie (MD, editoriale del 30-09-2013).

Nel caso alcune caratteristiche distintive della medicina generale dovessero subire modifiche strutturali sarebbe inevitabile individuare in questo l'inizio del processo orientato al passaggio a dipendenza dell'intera area della MG. Il passaggio a dipendenza nel suo complesso potrebbe forse garantire un significativo risparmio in

una regione scelta come campione (nel modello sono stati presi in considerazione gli impegni economici derivati dagli ACN, AIR, AIL, i programmi e i progetti che comportano particolari finanziamenti, la formazione con le relative spese logistiche e di docenza, i costi per le consulenze, gli incentivi, le iniziative ecc.) e portare in equilibrio la bilancia economica in 2 anni fino ad arrivare ad un effettivo risparmio per la regione (anche se resta irrisolta la questione dei cospicui investimenti di capitale ed economici gravati sull'associazionismo self-made) di circa 60-70 milioni di euro in 6 anni.

#### D. L'INTEGRAZIONE DI HARDWARE & SOFTWARE

Appare evidente, agli autori, che la soluzione auspicabile possa essere quella della combinazione

delle due soluzioni proposte (HW - SW) all'interno di un format (sistema operativo) che possa essere rappresentato da un contenitore (hardware) che necessita nello stesso tempo di un programma assistenziale (software) costruito su criteri prettamente assistenziali frutto della reale attività erogata.

Tali indicatori risulterebbero molto più precisi di qualsiasi altra misurazione di performance o di budget perché basati sul concreto ritorno al cittadino in termini di resa assistenziale tale da poter raffigurare un ipotetica assistenza after-market basata non più solamente su una generica alleanza terapeutica ma piuttosto su un vero patto di garanzia terapeutica.

Quest'ultimo tema necessita di uno sviluppo ulteriore che sarà presentato da un articolo ad hoc in press.

