

I profili di competenze nelle nuove forme organizzative della Medicina generale



Atelier di Medicina

1

I profili di competenze nelle nuove forme organizzative della Medicina generale



Coordinamento Atelier di Medicina

Marco Clerici
Antonella Graiff

Comitato scientifico

Marco Clerici
Gianfranco Gensini
Antonella Graiff
Mauro Larcher
Cinzia Piciocchi
Simona Sforzin

Questa pubblicazione è stata realizzata in collaborazione con



scuolamgtn
formazione specifica
in medicina generale Trento

Direzione editoriale

Chiara Zanoni

Progetto grafico e realizzazione

Moira Osti

Indice

Presentazione	7
Gli incontri	9
I L'approccio generalista nella cura dei pazienti ad alta complessità	10
<i>Lecture</i>	11
• Teoria ed epidemiologia della multimorbidità	12
• L'identificazione precoce della fragilità nel malato cronico	13
• Le implicazioni delle variabili sociali, culturali, di etnia sul progetto di cura	14
• Tener conto della multimorbidità: la specificità della Medicina generale	15
<i>Workshop</i>	16
• Mandato del workshop	16
• Report dei gruppi di lavoro	19
• Spunti organizzativi e cornici di competenza	19
<i>Focus</i>	
• Il caso	17
• Priorità critiche	22

II Appropriatelyzza o adeguatezza? La sfida della prescrizione in Medicina generale	24
<i>Lecture</i>	25
• Teoria e epidemiologia della sovradiagnosi e del sovratrattamento	26
• L'adeguatezza tra medicina difensiva e <i>disease mongering</i>	27
• Politerapia: per una ragionata de-prescrizione	28
<i>Workshop</i>	29
• Mandato del workshop	29
• Report dei gruppi di lavoro	32
• Sintesi dei risultati	34
• Profilo delle competenze	38
<i>Focus</i>	
• Realizzazione di un'unità funzionale ottimale di Medicina generale in area urbana	30
• Raccomandazione per la progettazione della planimetria	31
• Vincoli strutturali di un centro di Medicina generale	37
Conclusioni	41

Presentazione

La Medicina generale in Italia sta attraversando un'interminabile fase di cambiamento organizzativo che dovrebbe portare alla ridefinizione della sua funzione di punto di accesso privilegiato al sistema sanitario. Si tratta di riuscire ad adeguare i profili di competenza del medico di Medicina generale ai mutamenti epidemiologici dei pazienti, dove domina ormai la cronicità complessa, salvaguardando il peculiare rapporto di continuità di cura che costituisce la specificità del medico di "famiglia". Si tratta anche di identificare quali siano le azioni "pubbliche", sia di prevenzione primaria che secondaria, che la Medicina generale può mettere in campo per migliorare lo stato di salute di tutta la popolazione assistita.

Ormai è sufficientemente chiaro che, anche per rispondere adeguatamente all'aumento progressivo dei bisogni reali o percepiti, il medico di Medicina generale deve evolvere dal modello di medico autonomo e autosufficiente a quello di professionista che opera come parte di un'*équipe* di curanti che condividono un *set* di competenze ben definite e articolate tra loro, mantenendo comunque un approccio generalista. Questa evoluzione appare altresì necessaria anche per far fronte alla carenza di medici nel prossimo futuro.

Non basta però semplicemente aggregare, e i fallimenti di vari esperimenti associativi lo dimostrano. Occorre definire in modo condiviso quali sono gli obiettivi assistenziali dell'*équipe* in un dato territorio, quali le conoscenze necessarie per raggiungere tali obiettivi, quali le abilità conseguenti da garantire.



Gli incontri

Il programma FBK per la Salute, in stretta collaborazione con l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari e con l'apporto dell'Ordine dei Medici, della Scuola di formazione specifica in Medicina generale e dell'Università di Trento, ha organizzato due incontri su altrettanti ambiti rilevanti per la Medicina generale con la finalità di giungere, attraverso una discussione tra pari, alla condivisione di possibili soluzioni organizzative realistiche.

L'obiettivo è di iniziare a costruire un modello pratico di unità operativa aggregata e multidisciplinare di cure primarie, in grado di perseguire al meglio un'assistenza globale e personalizzata per tutte le dimensioni dei bisogni di salute.

Ciascuna giornata è stata organizzata in forma di Lecture per la presentazione teorica dei temi chiave, seguite da un workshop interattivo che delineasse profili di competenza affermati, sostenuti e condivisi. I due seminari hanno trattato dei seguenti temi:

- l'approccio generalista nella cura dei pazienti ad alta complessità;
- la cultura condivisa dell'adeguatezza prescrittiva.

Presentiamo nel documento, dopo le letture e le idee, la "storia" degli incontri.

PRIMO INCONTRO**L'approccio generalista nella cura dei pazienti ad alta complessità**

Le patologie cronic-degenerative, o per meglio dire la presenza simultanea di più patologie croniche nello stesso paziente, costituiscono il problema assistenziale più rilevante del nostro tempo. In condizioni di multimorbilità limitarsi al ricorso alla specialistica di riferimento per ciascuna patologia cronica crea problemi di frammentazione, di rischio di effetti collaterali per politerapie addizionali, di costi non necessari per accertamenti inutili.

Più che ricercare per ogni condizione patologica l'aderenza ad una specifica linea guida per garantire la qualità dell'assistenza, l'approccio generalista, tipico e specifico della Medicina generale, non si focalizza su una specifica combinazione di malattie croniche, ma cerca di adottare processi di personalizzazione in cui definire i bisogni dei pazienti affetti da multimorbilità creando percorsi di cura individualizzati e condivisi.

L'approccio generalista richiede capacità di agire in situazioni complesse quali:

- i momenti di transizione e instabilità;
- le circostanze che sono (ancora) indefinite;
- i casi in cui la relazione e la personalizzazione importano e in cui la totalità è più che la somma delle parti;
- le situazioni in cui gli effetti dei contesti sociali e culturali, le diversità delle preferenze dei pazienti incidono sulla valutazione dei rischi e dei benefici.

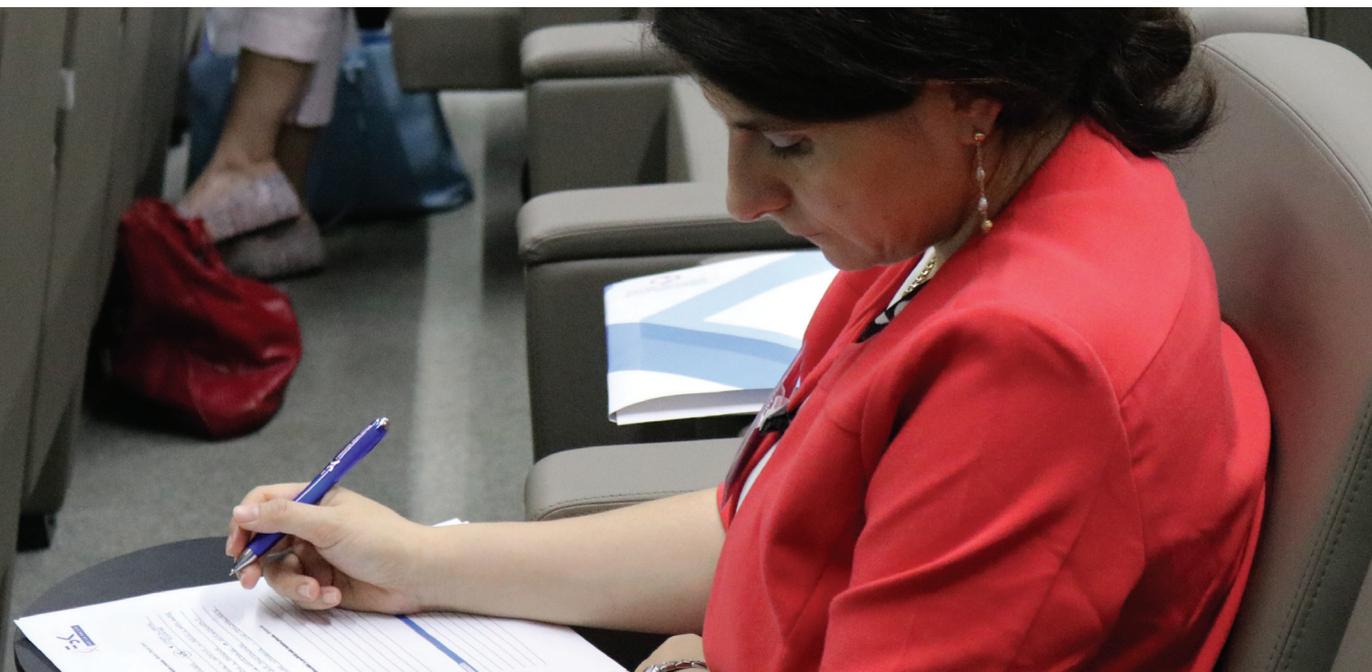
Definire in modo preciso e articolato i profili di competenza individuali e dell'intero team di curanti per l'assistenza ai pazienti affetti da multimorbilità è una priorità ineludibile per caratterizzare organizzativamente le nuove forme associative della Medicina generale.

26 maggio 2018
9.00 - 17.00

LECTURE

Il tema dell'incontro è stato presentato attraverso quattro lezioni, riportate di seguito in sintesi, che ne hanno affrontato gli aspetti più importanti, toccando concetti fondamentali quali la multimorbidità, la fragilità e le implicazioni delle variabili non cliniche sul progetto di cura, ponendo l'attenzione alle evidenze più significative nella specificità della Medicina generale.

Per la presentazione integrale delle letture si rimanda a: <https://formazionealute.fbk.eu>, nella sezione Alta formazione 2018.



Teoria ed epidemiologia della multimorbidità

Il professor Landolfi ha analizzato i mutamenti epidemiologici che sono avvenuti negli ultimi anni e mostrato come il progressivo invecchiamento della popolazione finisca con il determinare un deciso aumento della prevalenza della multimorbidità. La frequenza di multimorbidità nella popolazione produce a sua volta un impatto enorme sulla qualità della vita di tutto il tessuto sociale e sull'utilizzo delle risorse di cui si avverte sempre di più la finitezza. È quindi necessario rivedere l'intero modello di assistenza che è "specializzato" per singole e distinte patologie. La diretta conseguenza è che multiple diagnosi conducono inevitabilmente a politerapie complesse ed ogni singola condizione patologica è trattata singolarmente ed in maniera semplicisticamente addizionale a tutte le altre.

Va ridefinita la "ragionevolezza" delle evidenze scientifiche, che fino ad ora si sono basate su risultati di *trial* in cui predominano i criteri di esclusione di pazienti non "puri" e su linee guida che conseguentemente non tengono in conto della prevalenza della multimorbidità nella popolazione reale dei malati.

La multimorbidità introduce un'incertezza che difficilmente può essere superata con l'elaborazione di linee guida più sofisticate ma piuttosto richiede una capacità di giudizio clinico basato sulla specificità di ogni singolo paziente e sulla condivisione dei suoi bisogni e valori. È questo un approccio che inevitabilmente privilegerà l'importanza delle competenze generaliste. Strategico diventa sempre di più riqualificare il rapporto con il paziente, a cui va attribuito il ruolo centrale nelle scelte terapeutiche e nella definizione delle priorità di trattamento.



RAFFELE LANDOLFI

Professore Ordinario presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, direttore dell'Area di Medicina Interna e dell'Urgenza della Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli di Roma



MARIA CHIARA CORTI

Direttrice dell'Unità operativa complessa, Servizio Epidemiologico Regionale e Registri Azienda Zero Regione Veneto

L'identificazione precoce della fragilità nel malato cronico

La dottoressa Corti ha analizzato il problema emergente della multimorbilità che produce maggiore domanda di assistenza sanitaria, aumenta le aspettative di risposte complesse in un quadro però di forte sviluppo di tecnologie costose associato ad una riduzione delle risorse disponibili. In questo contesto è essenziale riuscire ad identificare precocemente i soggetti più fragili che, pur essendo una piccola porzione degli assistiti, necessitano dell'utilizzo di una quota molto significativa delle risorse assistenziali. Sono i pazienti anziani affetti da pluripatologie ad alto tasso di ospedalizzazione che spesso ricevono cure frammentate ed inefficienti a richiedere una progettualità avanzata e innovativa che riesca ad identificarli precocemente utilizzando algoritmi alimentati da dati amministrativi esistenti.

La dottoressa Corti ha illustrato l'applicazione nella Regione Veneto del modello ACG (Adjusted Clinical Group) che identifica e raggruppa la popolazione degli assistiti in funzione del carico di multimorbilità. L'utilizzo integrato di questi dati centrati sulla persona consente una maggiore personalizzazione delle cure, garantisce la possibilità di effettuare lo *screening* dei pazienti ad alto rischio, favorisce la costruzione di servizi assistenziali centrati sulle preferenze individuali. La progettualità del modello permette inoltre di disegnare nuovi assetti organizzativi tra ospedale e territorio, di creare nuove strutture intermedie di cura di residenzialità temporanea, di favorire reti non gerarchiche di curanti.

Le implicazioni delle variabili sociali, culturali, di etnia sul progetto di cura

Il professor Costa ha preso in esame le variabili non cliniche che, in particolare per il malato con multimorbilità cronica, possono avere un'influenza anche determinante sugli *outcome* di salute. Per illustrare questo tema, ha ripercorso l'epidemiologia della salute della città di Torino negli ultimi 40 anni mettendo in evidenza le variazioni geografiche di morbilità e mortalità relative alle differenti condizioni socio-economiche dei quartieri cittadini.

I fattori di rischio che hanno diversa prevalenza in funzione delle condizioni socio-economiche sono essenzialmente: lo stress delle condizioni di lavoro e il relativo tasso di infortuni, gli stili di vita (in particolare l'abitudine al fumo, il sovrappeso), l'esposizione ad inquinanti ambientali, le differenze nella possibilità di accesso alle cure. Anche nell'analisi di dati epidemiologici italiani emerge come le traiettorie di malattia variano significativamente in funzione delle condizioni sociali: dal tasso di ricovero per psicosi nei figli di immigrati alla prevalenza di malattia coronarica nelle donne occupate con figli, alle modifiche del tasso di incidenza del diabete in relazione al tempo di migrazione.

Nell'intervento del professor Costa sono state anche identificate le possibili azioni di politica generale per contrastare il peso dei determinanti non clinici sugli *outcome* di salute e le iniziative "dal basso" per aumentare la consapevolezza, tra cui di particolare interesse è l'HEA (*Health Equity Audit*), che mira a verificare sistematicamente la presenza di iniquità nell'accesso e negli esiti di prestazioni sanitarie, ad individuare le conseguenti azioni di contrasto e a verificarne il loro impatto.



GIUSEPPE COSTA

Professore Ordinario di Sanità pubblica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Torino



STEFANO IVIS

*Medico di Medicina generale
Presidente dell'Associazione
Italiana di Medicina
e Sanità Sistemica*

Tener conto della multimorbidità: la specificità della Medicina generale

Il dottor Stefano Ivis ha analizzato la specificità di approccio che la Medicina generale adotta nei confronti dei pazienti a multimorbidità complessa.

La peculiarità delle soluzioni che il medico di Medicina generale può mettere in campo deriva dalle caratteristiche stesse dell'assistenza primaria: struttura di rete, assenza sostanziale di tempi di attesa, approccio a soluzioni sintetiche piuttosto che analitiche, organizzazione "empatica" poco complessa, prevalenza di cultura generalista anziché specialistica. È con un'interazione virtuosa tra la Medicina generale e la specialistica che può essere affrontata efficacemente la sostenibilità della stessa assistenza sanitaria, anche per dare un senso ai confini tra salute e multimorbidità, dal contenimento del *disease mongering* alle potenzialità di cura della medicina di iniziativa.

In questo senso il medico di Medicina generale è in una posizione privilegiata per poter esplorare "l'elevata complessità del modello bio-psico-sociale, dove si tratta di contestualizzare il singolo malato in relazione a molteplici variabili: dai sintomi, da come è vissuto il problema, a quali sono i supporti sociali e assistenziali possibili. E dove si tratta di mettere in rapporto corretto le traiettorie di malattia e le proporzionalità di cura, di ricondurre le attese alla realtà, di avere dimestichezza con i molteplici ambiti da indagare, di saper presidiare i momenti di fragilità (quali le dimissioni ospedaliere, gli eventi familiari inattesi), di ricomporre il più possibile la frammentazione delle strutture curanti.

Durante il workshop sono stati organizzati tre gruppi di lavoro, ciascuno con 10 partecipanti tra MMG, infermieri e medici dell'azienda.

L'obiettivo era la definizione dei profili di competenza dell'*équipe* di curanti per il paziente ad alta complessità, partendo dall'analisi delle priorità critiche, formulando delle proposte e verificando l'applicabilità delle proposte. Base di partenza è "Il caso".

WORKSHOP

Mandato del workshop

"Il caso" descriveva un paziente con multimorbilità complessa e andava analizzato come paradigmatico di una popolazione di pazienti impegnativi sotto il profilo del senso complessivo da dare ad un progetto assistenziale che richiedeva un approccio generalista di lunga durata, tipico della Medicina generale. Sul caso sono stati poi posti ai gruppi di lavoro i seguenti quesiti:

- quali commenti/osservazioni generali vi suggerisce il caso?
- quali sono gli "eventi" del paziente che individuate come ad alta complessità decisionale e gestionale per la vostra *équipe*?
- come organizzare la vostra *équipe*, sia all'interno che in relazione con tutto il "sistema", perché sia in grado di rispondere al meglio a questa complessità?

È stato chiesto quindi ai partecipanti dei gruppi di lavoro di provare a rispondere alle domande pensando di far parte di un'*équipe* multidisciplinare (che preveda almeno, oltre ai colleghi, anche competenze infermieristiche e amministrative, ma eventualmente anche altre che ritenessero utili/necessarie).

FOCUS

Il caso

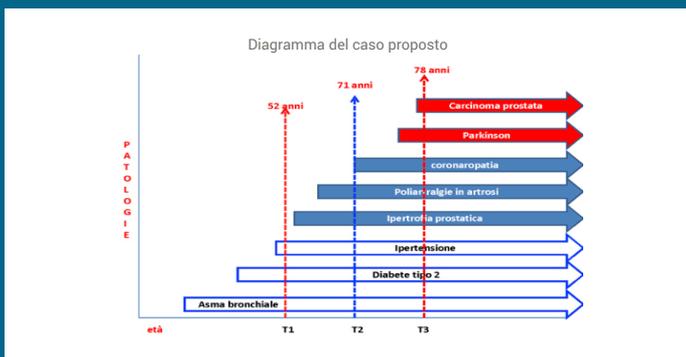
Il signor F. ha 78 anni, è sposato e vive a casa con la moglie. Non ha avuto figli. Si è laureato in legge e ha esercitato come avvocato. È stato sempre molto attivo e un grande appassionato di montagna. La sua priorità è sempre stata quella di mantenere una buona condizione di forma fisica per fare sport o almeno per poter frequentare quelle che chiama le "sue" montagne. Una difficoltà con cui si è dovuto confrontare fin dalla giovane età è l'asma di cui soffre "da sempre". È anche stato, e lo è tuttora, un uomo dalle molte curiosità intellettuali e ha sempre affermato di amare molto la vita, di voler vivere a lungo, ma solo finché capace di muoversi autonomamente e di pensare lucidamente. Della sua lunga storia clinica abbiamo selezionato tre momenti paradigmatici.

Al tempo T1 (52 anni) il signor F. e il medico di Medicina generale sono concentrati sul suo diabete di tipo II e sull'ipertensione. Si misura quotidianamente pressione e glicemia e gli obiettivi di cura sono specifici per queste due "malattie". Assume antidiabetici orali e anti-ipertensivi e segue rigorosamente una dieta appropriata. Ha smesso anche di fumare. Per l'asma utilizza un LABA e in caso di crisi particolarmente acute uno steroide per via inalatoria. Tutto questo non gli impedisce di mantenere la stessa vita attiva di sempre.

Al tempo T2 (71 anni) esercita ancora ma viene ricoverato in urgenza per un episodio anginoso che comporta un intervento di posizionamento di due stent coronarici. Vengono aggiunti alla terapia un beta bloccante e una serie di farmaci di prevenzione cardiovascolare come da linee guida. I farmaci da assumere quotidianamente passano da 5 a 10. Da qualche anno inoltre gli è stata diagnosticata una ipertrofia prostatica che rimane però solo lievemente disturbante, in particolare sul ritmo del sonno. Più fastidioso per lui è il comparire di poliartralgie persistenti che, dopo una lunga serie di accertamenti, vengono attribuite a fenomeni artrosici diffusi. Il dolore è limitante, di difficile controllo, e anche irritante perché il medico, con cui ha sempre avuto un ottimo rapporto, sembra resistere alle sue richieste di prescrizioni di FANS, che lui invece "ama" molto perché palesemente efficaci. Ha preso l'abitudine di assumerne, all'insaputa del medico, in via "preventiva" prima di ogni gita in montagna. Ma anche il beta bloccante lo disturba moltissimo: si sente subito affaticato al minimo sforzo.



Al tempo T3 (78 anni) le cose sono molto cambiate. Da poco tempo si è arrivati ad una diagnosi di sindrome parkinsoniana. Soffre di tosse stizzosa, ha problemi di ipersalivazione e di deglutizione, aumento della rigidità, severo dolore lombare, pressione arteriosa fluttuante, tono dell'umore depresso. Si trova in sempre maggiore difficoltà a seguire la terapia prescritta, che ora è di 14 farmaci per os più due per via inalatoria con complessivi sette momenti giornalieri di assunzione. È stato ricoverato per questo presso un centro specializzato per il Parkinson, dove tra l'altro è stata cambiata totalmente la terapia specifica. La somministrazione di Amantadina ha provocato una ritenzione acuta urinaria con necessità temporanea di posizionamento di catetere vescicale. A causa di questo episodio è stato ripetuto il PSA che è risultato di valore doppio (10ng/ml) rispetto al precedente di tre anni prima. Ecografia e ago biopsia hanno posto diagnosi di carcinoma prostatico localizzato. Viene dimesso con suggerimento di approfondimento specialistico urologico per valutare il da farsi. La situazione motoria ora è leggermente migliorata rispetto a prima del ricovero. È molto rallentato nei movimenti, ma ha riacquisito maggiore capacità di svolgere autonomamente le funzioni del vivere quotidiano e al momento non ha deficit cognitivi. Il suo obiettivo specifico, che confida al medico, è ancora quello di vivere il più a lungo possibile "purché in autonomia e dignità". E dice esplicitamente al medico. "Forse lei è l'unico che può aiutarmi a questo punto. Crede di poterlo fare?"



Report dei gruppi di lavoro

Il workshop, analizzando in gruppi di lavoro un caso paradigmatico di malato affetto da multimorbilità complessa, si è proposto di approfondire una iniziale descrizione di come potrebbe e dovrebbe configurarsi un approccio di assistenza di *équipe* nei confronti dei pazienti con multimorbilità complessa, che costituiscono una quota significativa dal punto di vista sia numerico che soprattutto dell'impegno di risorse economiche e di tempo per il sistema sanitario.

Spunti organizzativi e cornici di competenza

Il tema e le relative problematiche analizzate e condivise durante la fase di discussione in plenaria dei lavori di gruppo, hanno prodotto delle indicazioni che riportiamo come primi risultati.

○ La prima osservazione riguarda la questione della definizione di quando un paziente, da sano o da malato cronico non particolarmente complesso (nel caso specifico non affetto da pluripatologie, il cui unico referente rimane il proprio medico di medicina generale), diventa un malato complesso che ha come referente l'*équipe* della forma aggregativa di medicina generale.

○ A questo punto l'*équipe* prende in esame il caso cambiando la prospettiva assistenziale: più che la sommatoria delle patologie viene discussa la "traiettoria di multimorbilità", cercando di evidenziare, sulla base di una previsione e di una valutazione dei possibili futuri momenti critici (legati ai fattori di rischio clinici e non clinici), una strategia personalizzata di cura. L'*équipe* da questo punto di vista ha la consapevolezza che la complessità del paziente affetto da multimorbilità non corrisponde necessariamente al concetto di gravità clinica.



- Viene quindi formulato un progetto di cura, che andrà nel tempo continuamente aggiornato/ridefinito in riunione di *équipe* dedicata, finalizzato a prevenire/ritardare i nodi critici della traiettoria della multimorbilità (attività prevalente di prevenzione secondaria).
- Il progetto di cura condurrà alla formulazione di un patto di cura (o patto di presa in carico), attraverso un percorso di *decision making* condiviso tra il paziente e il proprio medico di medicina generale.
- Tutti i “nodi critici” della traiettoria di multimorbilità del paziente (es. nuove patologie, stadi di aggravamento, modifica di terapia di fondo, etc.) verranno presidiati dal proprio medico di medicina generale, mentre tutte le urgenze non differibili che dovessero insorgere saranno presidiate a turno dai medici di medicina generale dell'*équipe*, o dalla continuità assistenziale. Con la continuità assistenziale va definito il rapporto con l'*équipe* per quanto riguarda il raccordo ante e post intervento sui malati presi in carico dall'*équipe*. Il concetto generale rimane comunque quello che l'apparire di nodi critici della traiettoria di multimorbilità (nuovo evento correlato, perdita di autonomia, ricoveri/dimissioni, sovraccarico della rete etc.) sono gestiti collettivamente dall'*équipe*, che ridefinisce gli obiettivi del patto di cura. La gestione del paziente con multimorbilità complessa cambia anche in funzione delle condizioni ambientali, familiari ed economiche del paziente. L'*équipe* è quindi garante anche dell'equità di erogazione della cura.
- I momenti di *follow-up* periodico non innescati da eventi critici sono presidiati dall'infermiere dell'*équipe*. In questo senso il *follow-up* nel malato con multimorbilità va considerato come attività di controllo e di prevenzione secondaria (educazione agli



stili di vita, monitoraggio dei sintomi/segni/dati laboratoristici di instabilità, gestione della terapia in atto sotto il profilo della *compliance* e delle eventuali criticità).

○ Le figure costitutive ed essenziali dell'*équipe* sono: il medico di medicina generale, l'infermiere, l'assistente di studio. Va posta particolare attenzione al personale amministrativo che deve essere detentore di capacità/abilità alla soluzione di problemi non obbligatoriamente delegabili al personale clinico. Va approfondita una ridefinizione della figura di assistente di studio.

○ Le figure "satelliti" dell'*équipe* per l'assistenza ai pazienti con multimorbilità complessa sono: il fisioterapista, il palliativista per le cure palliative di secondo livello, lo psichiatra, il cardiologo, l'internista-geriatra, lo psicologo dell'*équipe* e per l'*équipe*, l'assistente sociale.

○ È prevista la figura del medico di medicina generale con *special interests*, ovviamente certificati da un percorso di formazione. Gli *special interests* da attivare in via prioritaria sono: la gestione del dolore cronico e le cure palliative di primo livello.

L'*équipe* valuta di volta in volta le modalità differenziate di accesso allo specialista ospedaliero di riferimento per specifici quesiti relativi alle fasi critiche della traiettoria di cura.

Priorità critiche

FOCUS

I lavori di gruppo hanno inoltre delineato e affrontato a grandi linee un'ulteriore serie di argomenti, indicate come priorità critiche e riportate in sintesi tabellare, che dovranno in futuro essere tenuti presente per affrontare la complessità dell'approccio di un'*équipe* multidisciplinare di medicina generale.

- La formulazione del **progetto di cura**, e il successivo patto di presa in carico con il paziente, attraverso un percorso di *decision making* condiviso, va considerato come **tempo di cura**.
- Va garantito un tempo protetto di **riunione periodica** dell'*équipe* sui casi clinici in assistenza, anche in questo caso con riconoscimento del tempo dedicato come tempo di cura.
- È necessario costruire, con idonei percorsi di formazione, la **migliore omogeneità possibile**, sia in termini di capacità clinica che di comunicazione, dei membri dell'*équipe*. Va approntato periodicamente un **piano per la formazione continua del personale**, sia in relazione alle problematiche cliniche sul lavoro in *équipe*.
- Va posta particolare attenzione al personale amministrativo, detentore di capacità/abilità alla soluzione di problemi non obbligatoriamente delegabili al personale clinico. È necessaria una **ridefinizione della figura di assistente di studio**.
- **L'infermiere è figura chiave** dell'*équipe* e come tale lavora esclusivamente sullo stesso pool di pazienti dei medici dell'*équipe*. Va quantificato il fabbisogno di infermieri per l'*équipe*.

- È fondamentale per l'*équipe* la formulazione iniziale e l'aggiornamento continuo della propria **carta dei servizi**, in cui vengono autocertificate le prestazioni garantite.
- Va affrontata la questione della **leadership** e della funzione del coordinatore dell'*équipe* di cui va definito il profilo.
- Va esplicitato che il modello organizzativo di ogni forma aggregativa della medicina generale è flessibile in relazione alle caratteristiche del territorio e della popolazione assistita.
- Il **modello organizzativo**, in particolare in relazione alle figure "satelliti" dell'*équipe*, deve essere **flessibile** anche in relazione al patto di cura individuale per ogni paziente.
- L'*équipe* analizza i problemi assistenziali dei pazienti in carico, si organizza, si auto valuta (es. con metodi di *audit*), si descrive pubblicamente con documentazione periodica, utilizzando indicatori validati di *outcome* di processo e di esito.
- La gestione del paziente con multimorbilità complessa deve cambiare anche in funzione delle condizioni ambientali, familiari ed economiche del paziente. **L'*équipe* va vista come garante anche dell'equità di erogazione della cura.**
- Vanno identificati gli strumenti comuni, tra cui priorità va data alla questione del **database condiviso**.

SECONDO INCONTRO

Appropriatezza o adeguatezza? La sfida della prescrizione in Medicina generale

Il medico di Medicina generale, più che un esperto che persuade, è il professionista che supporta il proprio paziente nel conoscere l'equilibrio relativo dei rischi e dei benefici di ogni trattamento.

Descrivere l'adeguatezza vuol dire identificare le dimensioni dell'agire deontologicamente corretto in mezzo a fenomeni culturalmente complessi quali l'esplosione della medicina difensiva, del *disease mongering*, dell'ipermedicalizzazione per sovradiagnosi e sovra trattamento.

Significa saper identificare i dati della ricerca clinica e saperli trasferire al singolo paziente in modo che il beneficio previsto di una scelta terapeutica superi di un margine non futile le possibili conseguenze negative, e contribuire, all'interno del sistema sanitario, a individuare gli indicatori misurabili, che possono essere usati per verificare una reale aumentata qualità di vita delle persone derivante dai processi di cura.

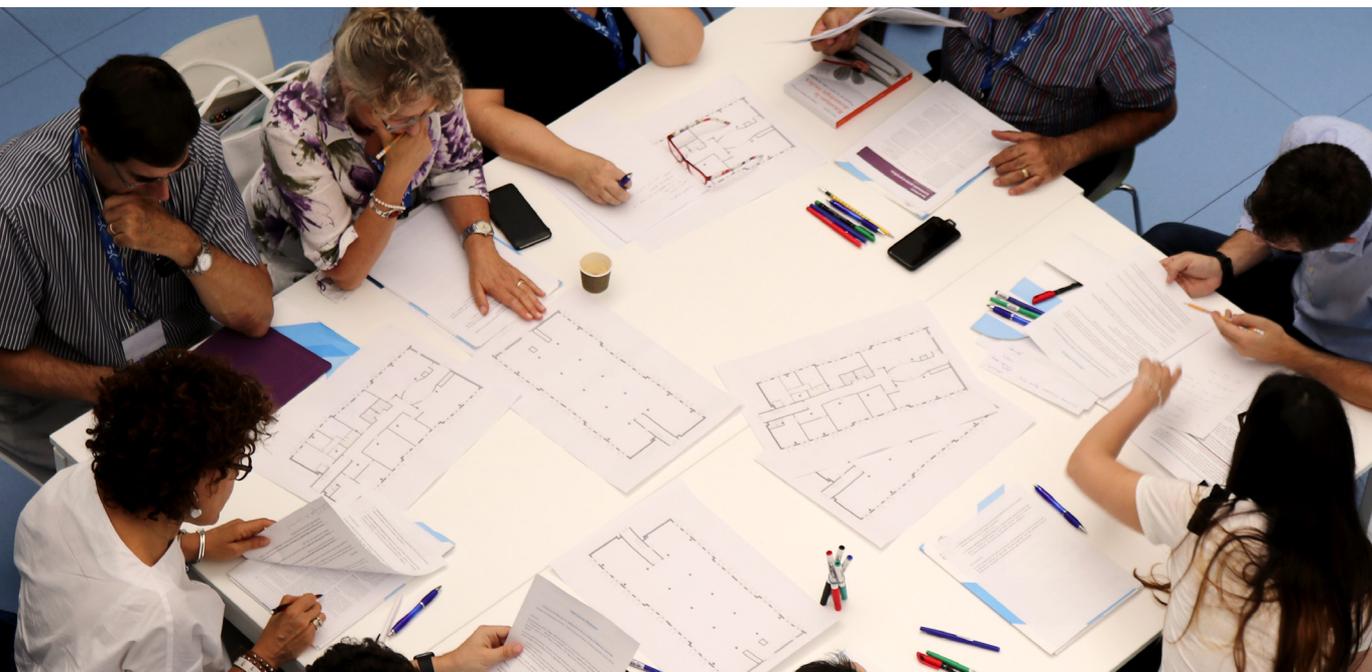
Definire, in modo preciso e articolato, i profili di competenza individuali e dell'intero *team* di curanti per un'attività prescrittiva scientificamente rigorosa, compatibile con le risorse disponibili, condivisa con un paziente correttamente informato, è necessario per giustificare l'importanza strategica delle nuove forma associative della Medicina generale.

22 settembre 2018
9.00 - 17.00

LECTURE

Il tema dell'incontro è stato presentato attraverso tre lezioni, riportate di seguito in sintesi, che ne hanno affrontato gli aspetti più importanti, toccando concetti fondamentali quali la sovradiagnosi e il sovratratteggio, la medicina difensiva e il disease mongering, la politerapia e la conseguente necessità della de-prescrizione, ponendo - anche in questo caso - l'attenzione alle evidenze più significative nella specificità della Medicina generale.

Per la presentazione integrale delle letture si rimanda a: <https://formazionealute.fbk.eu>, nella sezione Alta formazione 2018.



Teoria e epidemiologia della sovradiagnosi e del sovratrattamento

Il professor Landolfi ha introdotto il tema della sovradiagnosi e del sovratrattamento, tema che finora non sembra avere avuto in Italia l'attenzione che invece gli è stata dedicata dalla letteratura medica internazionale, anche se siamo ancora lontani da una precisa definizione riconosciuta dei due termini. Certamente uno degli ambiti maggiormente discussi è quello della sovra-identificazione (*overdetection*) di casi di cancro, istologicamente maligno, nelle procedure di *screening*, che per certi versi hanno contribuito al cambiamento di paradigma, da "sei sano fino a prova contraria" a "sei malato, fino a prova contraria". L'esempio più eclatante è quello dello *screening* per cancro della tiroide in Corea del Sud dove, a fronte di una bassissima mortalità rimasta invariata, si è assistito ad un incremento esponenziale di nuove diagnosi di cancro con l'introduzione di una campagna di *screening* di massa con ecografia. Lo stesso fenomeno è presente anche in *screening*, ufficiali e non, condotti in Italia su larga scala, come quello per il cancro della prostata, per il melanoma, per il cancro della mammella. Il problema si presenta, ad esempio, anche per un eccessivo utilizzo di test diagnostici quali la risonanza magnetica prescritta per una lombalgia semplice o l'angi-TC per la diagnosi di embolia polmonare in soggetti a basso rischio clinico e con D-dimero negativo. La questione è ancora più generale se si analizzano le conseguenze di una eccessiva medicalizzazione della popolazione ottenuta con l'abbassamento dei valori soglia di malattia o la trasformazione di semplici fattori di rischio in vera e propria patologia. Il prof. Landolfi illustra numerosi esempi di questa "troppa" medicina. Forse una possibile risposta per migliorare l'assistenza sanitaria sta nel rivalutare il paziente come risorsa, nel coinvolgerlo nella complessa e sistemica relazione che esiste tra la domanda per bisogni necessari e l'offerta di servizi. L'educazione e il coinvolgimento sia dei medici che degli utenti è ineludibile per la sicurezza e la sostenibilità del nostro sistema sanitario.



RAFFELE LANDOLFI

Professore Ordinario presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, direttore dell'Area di Medicina Interna e dell'Urgenza della Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli di Roma



CARLO NOZZOLI

*Direttore del Dipartimento
Assistenziale Integrato DEA-
Medicina e Chirurgia Generale
e d'Urgenza dell'Azienda
Ospedaliero-Universitaria di
Careggi a Firenze*

L'adeguatezza tra medicina difensiva e *disease mongering*

Il professor Nozzoli ha approfondito i concetti di appropriatezza e di adeguatezza della prescrizione di farmaci ed esami. Si intende appropriato un intervento sanitario di provata efficacia, prescritto solo per le condizioni cliniche sperimentalmente studiate, con possibili effetti avversi accettabili rispetto ai comprovati benefici e con un impiego di risorse ritenuto ragionevole. Nel malato complesso però coesistono pluripatologie croniche che determinano fenotipi clinici influenzati non solo da fattori biologici ma anche da determinanti non biologici. Inoltre l'appropriatezza prescrittiva di un farmaco viene di fatto certificata dai risultati dei *trial* che, per rendere più omogenea la popolazione in studio, utilizzano criteri di inclusione e di esclusione che finiscono per ridurre significativamente la sovrapposibilità dei soggetti studiati con la condizione dei pazienti che si incontrano nella pratica clinica reale.

Il termine adeguatezza tiene invece conto che l'atto medico della prescrizione di farmaci ed esami deve essere coerente alla complessità individuale del paziente con multimorbilità cronica, che rappresenta di fatto oggi la "norma" epidemiologica.

Il medico nella prospettiva di perseguire l'adeguatezza deve saper identificare il profilo di senso complessivo di un progetto di cura condiviso con il paziente, non affidarsi meccanicamente a percorsi predefiniti e standardizzati. E soprattutto cercare di non cadere nella medicina difensiva da una parte o nel *disease mongering* dall'altra, di cui nell'intervento del professor Nozzoli vengono forniti molti esempi concreti.

Politerapia: per una ragionata de-prescrizione

Il professor Bernabei ha analizzato le possibili motivazioni e le conseguenti strategie per una de-prescrizione ragionata in situazioni di politerapia complessa.

L'opportunità di procedere ad una de-prescrizione va presa in considerazione non tanto in relazione alla presenza di multimorbilità quanto alla comparsa della condizione di fragilità. Identificare la popolazione anziana ad alto rischio di fragilità nella pratica clinica è il primo passo da compiere, tenendo presente le manifestazioni cliniche di specifiche condizioni patologiche (es. insufficienza cardiaca, BPCO, arteriopatia periferica ecc.) e associandole alla riduzione delle *performance* funzionali relative (es. velocità del cammino, perdita di peso, riduzione della forza, facile esauribilità ecc.). Esemplificativo è il fatto, ad esempio, che il 16% dei pazienti con multimorbilità è in condizioni di fragilità, mentre ben il 72% dei pazienti fragili è affetto da multimorbilità. È la fragilità, più che la multimorbilità, l'indicatore predittivo di mortalità nei soggetti anziani (> 80 anni).

Nel suo intervento il professor Bernabei ha presentato una rassegna di dati relativi alla polifarmacia negli anziani, ai regimi terapeutici frammentati in molteplici assunzioni giornaliere, alle potenziali interazioni pericolose tra farmaci. Da queste osservazioni e considerazioni emergono alcuni principi guida per la cura del paziente fragile e affetto da multimorbilità, quali considerare la complessità del paziente e la fattibilità dei trattamenti, usare terapie che ottimizzino i benefici e minimizzino i rischi, tener conto di obiettivi di miglioramento della qualità di vita, incorporare le preferenze dei pazienti nel processo di *decision-making* (es. privilegiare la mobilità o il controllo dei sintomi o il mantenimento di ruolo sociale ecc.).



ROBERTO BERNABEI

Professore ordinario di Medicina Interna alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, direttore del Dipartimento di Geriatria Neuroscienze e Ortopedia della Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli" di Roma. Direttore della Scuola di Specializzazione in Geriatria dell'Università Cattolica del Sacro Cuore

WORKSHOP

Obiettivo del workshop è stato progettare assieme la forma associativa più adeguata per la Medicina generale, con attenzione ai pazienti ad alta complessità e al miglioramento della cultura prescrittiva. Sono stati organizzati tre gruppi di lavoro, ciascuno composto da 10 partecipanti tra MMG, infermieri e medici dell'azienda. Base di partenza è il progetto organizzativo: realizzare una nuova Unità Funzionale Ottimale di Medicina generale in area urbana.

Mandato del workshop

È stato chiesto a ciascun gruppo di lavoro di progettare su planimetria (vedi immagini pagina successiva) i percorsi, indicare gli attori e le loro attività/competenze per le diverse tipologie di pazienti sopra definite. Il progetto doveva tenere conto di alcuni vincoli di contesto:

- il numero di medici di Medicina generale del centro (ipotizzabile tra 10-12 con un numero complessivo di pazienti di 13-15 mila);
- il numero di infermieri del centro (l'idea è partire dal numero di infermieri sul territorio per abitanti, aumentati di una unità);
- il numero necessario degli assistenti di studio per il centro (tenendo presente che ciascun MMG dell'*équipe* dispone di un assistente amministrativo - fisicamente presente o meno - ereditato dalla sede di lavoro precedente);
- l'orario del centro (il centro è aperto dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00, 8 ore in modalità operativa completa e 4 ore in modalità "reperibilità");
- il numero massimo di contatti per MMG (ciascun MMG dovrebbe idealmente gestire ogni giorno un massimo di 25 contatti tra visita medica presso il centro o a domicilio, consulenza telefonica).

Realizzazione di un'unità funzionale ottimale di Medicina generale in area urbana

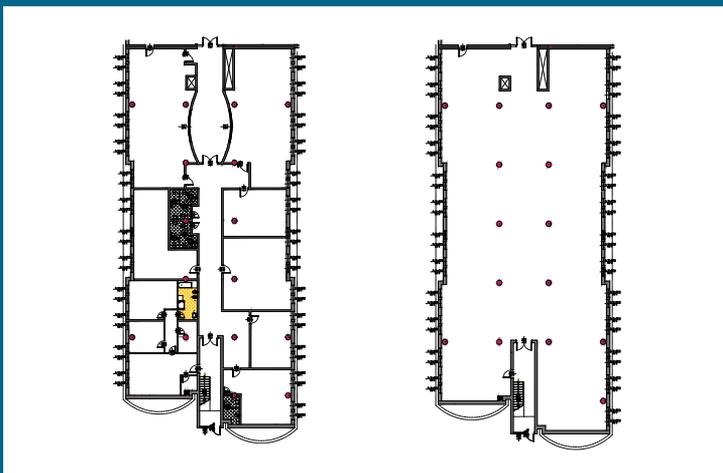
FOCUS

Nel primo workshop abbiamo definito le modalità assistenziali e organizzative dell'*équipe* di Medicina generale nella cura del malato complesso, che rappresenta il punto più articolato del lavoro di *équipe*.

In prima approssimazione, tenendo conto delle implicazioni organizzative, gli utenti di un centro di Medicina generale potrebbero essere raggruppati nelle seguenti tipologie:

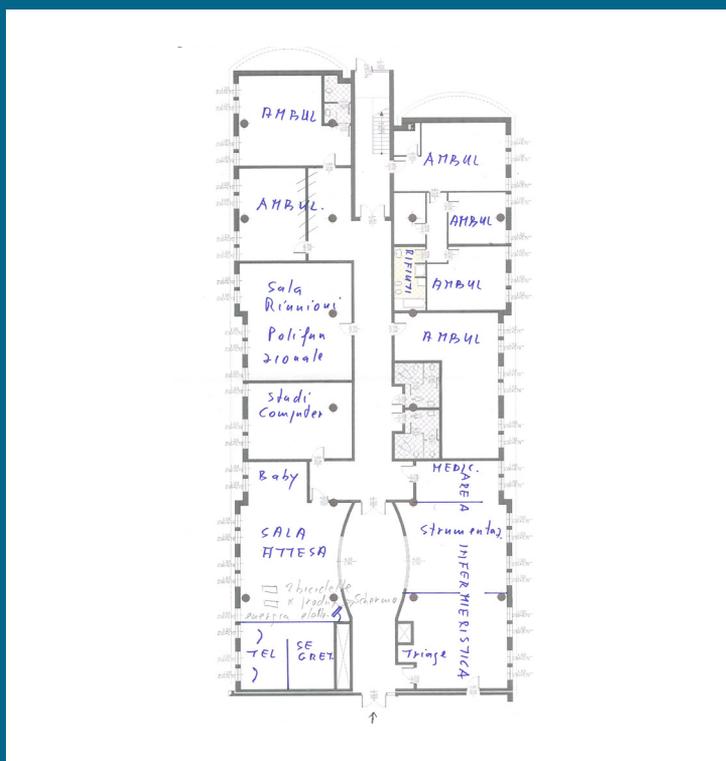
- il malato complesso (analizzato nel workshop precedente);
- il malato acuto o con con bisogni indifferibili;
- il malato cronico senza particolari complessità;
- il malato da visitare al domicilio.

Per ognuna di queste tipologie, come può organizzarsi al meglio un'*équipe* multidisciplinare composta almeno da medici di Medicina generale, da infermieri e da assistenti di studio?



FOCUS Raccomandazione per la progettazione della planimetria

La fase di progettazione del centro andava preceduta dall'individuazione, da parte di ciascun gruppo partecipante al concorso per idee, della "filosofia progettuale" che doveva essere adottata in sede di progettazione. Tale filosofia andava esplicitata in poche righe di presentazione.



Report dei gruppi di lavoro

Il workshop si è proposto come obiettivo quello di giungere, attraverso un'attività simulata di vera e propria progettazione architettonica condotta da tre distinti gruppi di lavoro, ad una chiarificazione "visiva" delle attività quotidiane di un ipotetico Centro di Medicina generale gestito da un'*équipe* multidisciplinare composta da medici di Medicina generale, infermieri e assistenti di studio. La visualizzazione delle attività è stata poi utilizzata dai gruppi di lavoro per definire il profilo di competenze dei vari membri dell'*équipe*, che è poi l'obiettivo principale dell'intero ciclo di seminari.

Come prima approssimazione si è convenuto che gli utenti di un Centro di Medicina generale potrebbero essere raggruppati nelle seguenti tipologie:

- il malato complesso;
- il malato acuto o comunque con bisogni indifferibili;
- il malato cronico senza particolari complessità;
- il malato da seguire al domicilio.

L'approccio assistenziale dell'*équipe* nei confronti del malato complesso è stato l'oggetto del workshop del 26 maggio 2018, a cui si rimanda. Viene ribadito, anche nel workshop del 22 settembre 2018, che l'assistenza al malato complesso costituisce il momento di maggiore integrazione dell'*équipe*, che gestisce collettivamente tutti i "nodi critici" delle traiettorie di multimorbilità di questi pazienti.

Nella prospettiva di *équipe* così pensata va inserito il possibile ruolo di integrazione svolto da alcuni medici di Medicina generale, che sviluppino degli *special interests* ben definiti, finalizzati al supporto clinico di tutti i membri dell'*équipe*.

Gli *special interests* identificati come prioritari, e che richiedono una specifica formazione curricolare, sono:

- le cure palliative;
- il dolore cronico nei pazienti complessi.

Le altre eventuali competenze particolari (es. ecografia ecc.), comunque da incoraggiare e prendere in considerazione dall'*équipe*, non vengono presi in esame nella progettazione di un modello-tipo di Centro di Medicina generale.

Si è convenuto inoltre che la progettazione dovesse focalizzarsi su un Centro di Medicina generale da collocarsi in un'area di tipo urbano. Questo per evitare, in questa fase, tutte le implicazioni e complicazioni determinate dai vincoli orografici oggettivi, che nelle aree periferiche possono essere determinanti nella costruzione di una forma aggregata di Medicina generale.

Si è infine stabilito che il progetto di realizzazione di un Centro di Medicina generale dovesse tenere conto di alcune caratteristiche predefinite e di alcuni vincoli strutturali che vengono presentati a pagina 37.

Sintesi dei risultati

Criterio trasversale che i gruppi di lavoro hanno esplicitamente indicato come indispensabile è stato di mantenere il più possibile il rapporto fiduciario del singolo paziente con il proprio medico di Medicina generale. Tale mantenimento va garantito come segue:

- malato complesso: tutti i “nodi critici” della traiettoria di multimorbilità del paziente (es. nuove patologie, stadi di aggravamento, modifica di terapia di fondo ecc.) verranno gestiti dal medico di Medicina generale del singolo paziente, anche se l'intera *équipe* ne verrà informata per la condivisione anche operativa;
- malato cronico senza particolari complessità: anche in questo caso i momenti più rilevanti della storia clinica del paziente (diagnosi, impostazione terapia, rivalutazione in caso di instabilizzazione ecc.) saranno presidiati dal medico di Medicina generale del paziente.

Analizzando il processo assistenziale del Centro di Medicina generale sotto il profilo della pratica quotidiana, i gruppi di lavoro nelle loro progettazioni in generale concordano quanto segue.

Filtro di accesso

Nelle ore di apertura in modalità operativa completa (es. solo indicativo 8.00-12.00 e 14.00-18.00) due assistenti di studio contemporaneamente presenti costituiscono il primo filtro di accesso sia telefonico che fisico per gli utenti, che generalmente si presentano solo su appuntamento per visita medica o controllo infermieristico programmato. Solo gli utenti con bisogni acuti o non differibili possono presentarsi senza appuntamento, e in questo caso vengono presi in carico (*triage*) dall'infermiera (ed eventualmente dal medico) dell'*équipe* in turno per questa specifica attività, che si svolge in un locale ambulatorio appositamente dedicato.

○ **Visite ambulatoriali**

Per i rimanenti giorni della settimana di attività il medico di Medicina generale visita in ambulatorio i propri pazienti su appuntamento. Ad intervalli predefiniti provvede anche alle consultazioni telefoniche nel frattempo filtrate e "prenotate" dall'assistente di studio. Gli orari per questa attività ambulatoriale possono essere flessibili in funzione delle necessità, anche stagionali, di eseguire le visite domiciliari che, anche se non all'unanimità, i gruppi di lavoro hanno ritenuto di lasciare in carico al medico di Medicina generale di ogni singolo paziente. Per visite domiciliari si intendono sia le visite per patologie acute sia tutte le forme di assistenza programmata. Andrà valutata la eventuale presenza di un MMG nell'*équipe* con *special interests* in cure palliative per il supporto anche a domicilio dei pazienti inseriti nell'assistenza dell'U.O. di Cure Palliative dell'APSS.

○ **Gestione a turni**

L'ambulatorio per le prestazioni acute e/o non differibili viene gestito a turno (indicativamente l'equivalente di un giorno alla settimana) da un medico e da un'infermiera dell'*équipe*, che operano per tutti i cittadini utenti del Centro.

○ **Assistente di studio**

Nelle ore di apertura del Centro in modalità reperibilità (es. indicativo dalle 12.00 alle 14.00 e dalle 18.00 alle 20.00), fatta salva la possibilità di presenza di altri operatori sanitari (MMG, infermiere) per attività varie, comunque da programmare di volta in volta, è prevista la presenza fisica di un assistente di studio che provvede a contattare in casi urgenti il medico dell'*équipe* reperibile di turno.

Personale infermieristico

Il personale infermieristico del Centro svolge durante la settimana le seguenti attività lavorative:

- l'equivalente di un giorno lavorativo è dedicato a turno alla gestione, assieme ad un medico di Medicina generale, dell'ambulatorio dedicato alle prestazioni acute e/o non differibili;
- negli altri giorni della settimana, con apposita organizzazione del lavoro, alle infermiere/i è affidata la gestione degli ambulatori infermieristici dedicati al paziente cronico stabile che comunque necessita, secondo protocolli validati, di periodico *follow-up* infermieristico (es. diabete, ipertensione, BPCO ecc.);
- con opportuna turnistica è affidata alle infermiere/i la gestione delle visite domiciliari ai pazienti nelle varie forme di assistenza infermieristica programmata definite con procedura UVM distrettuale.

FOCUS**Vincoli strutturali di un centro di Medicina generale**

- **10/12 Medici di Medicina generale**
per un numero complessivo di 13-15 mila pazienti
- **5 Infermieri del centro**
numero che tiene conto del numero di infermieri attualmente operanti nei servizi territoriali in relazione al numero di abitanti
- **2 assistenti di studio**
contemporaneamente presenti nelle ore di piena attività del centro (con opportuna divisione del lavoro)
- **8-20 orario di apertura**
dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00. 8 ore in modalità operativa completa (tutte le figure dell'*équipe* presenti nel centro) e 4 ore in modalità di "reperibilità"
- **Massimo ideale di contatti: 25**
ciascun MMG dovrebbe idealmente gestire ogni giorno un massimo di 25 contatti (visita medica presso il centro o a domicilio, consulenza telefonica). Il numero di 25 contatti è riferito a dati di letteratura, che indicano in questo valore il *cut-off* per garantire al medico di Medicina generale la possibilità di svolgere al meglio il proprio lavoro

Profilo delle competenze

L'esplicitazione progettuale delle attività pratiche dell'*équipe*, obiettivo del workshop, consente una prima approssimazione del profilo delle competenze, che potremmo definire "aggiuntive" rispetto alle competenze consuete delle varie figure professionali coinvolte.



Assistente di studio

- capacità di gestire la comunicazione con gli utenti in relazione alla funzione di filtro delle richieste (prioritarizzazione delle domande, NON *triage*);
- capacità di gestire database multipli per l'espletamento di tutte le attività amministrative (appuntamento, ripetizione terapie in atto, estrazione elenchi per patologie e liste relative di appuntamenti periodici ecc.);
- capacità di gestione della turnistica di tutto il personale;
- capacità di estrazione di dati di processo ed esito delle attività del Centro, su indicazione dell'*équipe*.



Infermiere/a

- capacità di *triage* in relazione alle prestazioni acute e/o non differibili tipiche della Medicina generale;
- capacità di gestione infermieristica dei pazienti con multimorbilità complessa, diabete, ipertensione, BPCO, secondo linee guida *evidence-based*;
- capacità di gestione delle attività di medicina di iniziativa identificate dall'*équipe*;

- capacità di lavoro in *équipe*;
- capacità di gestire percorsi educativi singoli o di gruppo;
- capacità di *self-audit* e di *audit* di sistema.



Medico di Medicina generale

- capacità di *self-audit* e di *audit* di sistema;
- capacità di elaborazione procedure/protocolli clinici interni all'*équipe*;
- capacità di ideazione di specifiche attività di medicina di iniziativa in relazione alla specificità epidemiologica della popolazione assistita;
- capacità di revisione/riconciliazione delle politerapie dei pazienti;
- capacità di lettura "epidemiologica" dei dati di processo e di esito delle attività assistenziali del Centro.

Da ultimo va considerato che nel workshop non è stato affrontato il tema della funzione di responsabilità e di coordinamento di una struttura che, quale un Centro di Medicina generale delle dimensioni di quelle previste nell'esercitazione progettuale, certamente richiede, sia in relazione all'attività interna del Centro, che in relazione ai rapporti con tutto il sistema sanitario. È comunque questo un tema ineludibile che, anche in fase di elaborazione progettuale puramente teorica, dovrà essere affrontato.



Conclusioni

In questo diario dei lavori abbiamo cercato di riportare il più fedelmente possibile tutto quanto è stato dibattuto nei due seminari che abbiamo organizzato sul tema delle nuove competenze che la Medicina generale del prossimo futuro dovrà possedere.

Le idee, le osservazioni, le proposte che sono emerse sono davvero molte, a volte precise e definite, a volte solo accennate. Alcune indicazioni di fondo sembrano però costituire la trama della storia che andrà costruita.

○ **Mix di competenze**

Le cure primarie di alta qualità dovranno essere garantite da team multidisciplinari, con un calibrato mix di competenze mediche, infermieristiche e gestionali.

○ **Gruppo di professionisti**

Il medico di Medicina generale dovrà evolvere dal modello novecentesco di medico autonomo e "onni-competente" e dovrà operare come parte di un gruppo di professionisti che condividono un set di competenze acquisite con una aumentata formazione generalista.

○ **Capacità assistenziali**

La competenza generalista dovrà manifestarsi come aumento della capacità di individualizzare l'assistenza nel mondo reale, riconoscendo la varietà delle presentazioni cliniche, la realtà delle multiple coesistenze di patologie, la variabilità della biologia, gli effetti dei contesti sociali e culturali, le diversità delle preferenze dei pazienti nella valutazione dei rischi e dei benefici.

Flessibilità organizzativa

La flessibilità organizzativa dei gruppi e dei servizi costruiti sulla base di esigenze locali ben definite migliorerà l'accesso degli utenti marginali e aumenterà l'adeguatezza delle cure, riducendo l'attuale frammentazione del sistema.

Così tanti spunti di riflessione sono potuti emergere grazie alla peculiarità del modello organizzativo delle giornate di seminario, che ha consentito di mescolare contributi teorici di alto livello con momenti di discussione in cui tutti hanno potuto sintetizzare in idee di miglioramento le proprie esperienze lavorative di medici di Medicina generale, di medici e infermieri delle cure primarie. E ciò è avvenuto in una specie di progressione sistematica, in cui tutti hanno imparato e insegnato, hanno lavorato assieme in una dimensione creativa, producendo una possibile immagine di quello che potrebbe essere il futuro dell'organizzazione della Medicina generale.

Alla fine si è spontaneamente costituito una specie di "Atelier" di medicina. E così l'abbiamo chiamato.

Hanno contribuito al successo degli incontri

Angela Alb, Seyedeh Soheila Arshad, Giulia Berloff, Roberto Bernabei, Paolo Bordon, Simone Boschele, Renata Brolis, Alfonso Campochiaro, Michela Capelli, Rosa Carbone, Fabio Chesani, Francesco Paolo Chiumeo, Marco Clerici, Maria Chiara Corti, Giuseppe Costa, Monica Costantini, Giovanni de Pretis, Vittoria Facchinelli, Elena Fachinat, Lorena Filippi, Alberto Galuppi, Oliviana Gelasio, Gianfranco Gensini, Monica Ghezzi, Matteo Giuliani, Antonella Graiff, Isabel Inama, Marco Ioppi, Stefano Ivis, Raffaele Landolfi, Emil Larcher, Mauro Larcher, Marzia Lucianer, Alessandra Maggioni, Margherita Marra, Alberto Meggio, Cristina Moletta, Alberto Moser, Carlo Nozzoli, Slobodan Obradovic, Daniele Ortolani, Nadia Oss Papot, Viviana Antonella Maria Palmigiano, Giuseppe Parisi, Salvatore Piazzese, Cosimo Politano, Leonardo Polizzi, Claudia Prevedello, Lorena Rizzi, Mario Romanelli, Nadia Santuari, Norma Sartori, Morena Scottini, Pietro Severino, Simona Sforzin, Fulvio Spagnolli, Walter Spagnolli, Angela Enrica Spanu, Carla Sperandio, Paola Stenico, Stefano Toccoli, Maurizio Virdia, Claudio Zorzi.

Finito di stampare per conto della Fondazione Bruno Kessler
nel mese di marzo 2019
da Almaca Srl - Baselga di Piné

<https://formazionesalute.fbk.eu/>