

Le reti cliniche ieri, oggi e domani

Descrizione

Maurizio Dal Maso, Healthability Società Benefit, Firenze

Stephen W. Hawking definiva l'intelligenza come *"la capacità di adattarsi al cambiamento",* quindi dobbiamo sperare di essere tutti molto intelligenti nei prossimi anni per governare il cambiamento necessario del nostro SSN/SSR ma anche per evitare la sua trasformazione "non governata" e quindi potenzialmente dannosa come avviene in tutti i cambiamenti subiti e non guidati. Da dove cominciare, però, visto che ci servirebbe un "grande progetto", come scriveva S. Harari il 29 dicembre 2023 sul Corriere della Sera e, francamente, non sembra di vedere all'orizzonte dei grandi "*project managers*" capaci di governare a tutti i livelli istituzionali e professionali la riforma del SSN/SSR. Da dove potremmo partire avendo "le persone giuste al posto giusto"? Come in tutti i progetti bisognerebbe seguire tre passi fondamentali:

1. Cosa fare e chi fa cosa?
2. Con che cosa fare e come fare?
3. Quanto costa?

Alla prima domanda ci troveremmo subito in difficoltà. Eppure da questi primi 46 anni di SSN/SSR dovremmo avere ricavato tutti gli elementi di conoscenza necessari per realizzare questo progetto. Facciamo alcune considerazioni sulle reti cliniche e la collocazione dei diversi attori del sistema al loro interno, dato che questo potrebbe essere un modo corretto e coerente per rispondere alla prima strategica domanda e provare a superare la difficile situazione in cui ci troviamo oggi.

L'OMS nel 1998 definiva la rete come "*un raggruppamento di individui, organizzazioni o agenzie organizzate su base non-gerarchica intorno a problemi o obiettivi comuni, alimentate in modo proattivo e fondate su impegno e fiducia"*. Nel 2000 il NHS definiva le reti cliniche quelle costituite da *"gruppi di professionisti collegati, provenienti da cure primarie, secondarie e terziarie, che lavorano in modo coordinato, non vincolati dai confini professionali e/o organizzativi esistenti, per garantire la fornitura equa di servizi efficaci e di alta qualità".*

Nel Piano sanitario nazionale 2011-2013 le reti cliniche sono considerate funzionali al miglioramento dell'efficacia ed efficienza del sistema di cura perché consentono di erogare cure integrate e continue in termini di azioni clinico-assistenziali multidisciplinari e multiprofessionali, facilitano la condivisione di *good* e *best practice* e la maggiore equità di accesso ai servizi per favorire il reale diritto alla salute e la centralizzazione dei pazienti nei percorsi di cura con l'uso ottimale di tutte le risorse, permettono lo sviluppo di economie di scopo e di scala, facilitano la condivisione dei costi assistenziali e anche di quelli di ricerca e sviluppo, favoriscono una maggiore circolazione delle informazioni e della comunicazione interprofessionale, con conseguente accelerazione dei processi di diffusione della innovazione. Ne deriva che costruire reti cliniche è uno dei modi principali per fare contestualmente "*Clinical Governance* e Integrazione", i due *asset* principali di sviluppo, grazie ai quali le questioni della continuità delle cure, della presa in carico completa di "quello specifico paziente" per determinate aree di bisogno/domanda sono condivise tra il livello politico-istituzionale, quello aziendale e quello tecnico-professionale.

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

Nell'ottica aziendale la realizzazione delle reti si colloca nella dimensione della programmazione (gestione, attività, riprogrammazione) e riconosciamo reti di tipo verticale, orizzontale e quelle dei servizi. Le prime nascono e si sviluppano in un contesto di forte integrazione istituzionale che pone al centro il risultato di salute come valore atteso per il singolo o per una comunità, sono strutturate in maniera trasversale rispetto ai PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) patologie, discipline collegate a specifici stati di bisogno ad es, reti tempo dipendenti, riabilitative o simili. Le seconde sono quelle che pongono al centro il problema di salute del cittadino e i relativi esiti di cura, attraverso risposte qualificate in percorsi assistenziali il cui fattore guida è rappresentato dalla integrazione professionale di attori diversi del sistema di cura all'interno di teams multidisciplinari e multiprofessionali ad es. le reti oncologiche, dell'IMA, cardiologica e altre. Infine troviamo le reti dei servizi ad es. dei centri trasfusionali, dei laboratori, dei trapianti, delle anatomie patologiche.

Il modello di rete clinico-assistenziale (RCA), previsto dal DM 70/2015 aveva come obiettivo quello di assicurare che la presa in carico globale del paziente avvenisse in condizioni che definisco "dei 4 assi" ovvero appropriatezza, sostenibilità, sistema e innovazione. Considerava le RCA lo strumento principale per migliorare la qualità dell'assistenza socio-sanitaria, la collaborazione fra tutti i professionisti, la presa in carico completa e non parziale o, peggio, solo formale, la risposta migliore nei confronti dei loro diversi e sempre più integrati bisogni sanitari e sociali al punto che spesso è difficile capire quali sono e dove finiscono quelli sanitari o quelli sociali visto il loro complesso livello di integrazione. Negli anni abbiamo sviluppato le loro caratteristiche essenziali quali l'integrazione e il coordinamento, la definizione di nodi e connessioni, il sistema di *governance*, la validazione dei piani di rete, il sistema di monitoraggio e valutazione e l'ottimizzazione delle risorse. Abbiamo poi definito le reti cliniche ospedaliere spinti dalla considerazione che l'invecchiamento della popolazione e il quadro epidemiologico dominato da malattie cronico-degenerative richiedessero una riorganizzazione pesante dei processi di cura con una completa integrazione clinica tra ospedali e la rete dei servizi territoriali attraverso l'adozione di linee guida per la gestione dei diversi PDTA, ma non solo. Le reti cliniche ospedaliere riconoscono due modelli organizzativi di cui il primo, modelli "in rete", ha valenza clinico-scientifica e si può concretizzare a livello dipartimentale o di una specifica area clinica, mentre il modello "a rete" prevede due sub-modelli: quello *hub-spoke* e quello *poli-antenne* (F. Lega, 2003). Il primo si fonda sulla differenziazione degli ospedali in base al loro *case–mix*: *hub* è il perno del sistema che tratta, avendone tutte le risorse necessarie, la casistica di media-alta complessità, mentre *spoke* rappresenta le strutture che effettuano trattamenti di medio-bassa complessità in *setting* assistenziali diversi. Il secondo modello si costituisce in base alla ricerca della complementarietà tra vocazioni specialistiche dove i *poli* sono i centri ospedalieri che si specializzano in determinate discipline e sono il perno del sistema per quella specialità, mentre le *antenne* svolgono la funzione di primo accesso, diagnosi e trattamento di bassa complessità per le discipline trattate dai poli. Definiti i modelli di rete che potremmo creare, bisogna passare alla loro realizzazione quindi ad una serie di azioni che nel 2012 una pubblicazione della Fiaso, coordinata dalla SDA Bocconi, riassumeva nel decalogo della Tabella 1, indagine che aveva interessato lo sviluppo di 88 reti cliniche allora censite nelle 12 Regioni analizzate (al 2022 ne registriamo in Italia circa 220).

Tab. 1 – DIECI PUNTI PER LA REALIZZAZIONE DELLE RETI CLINICHE NEL SSN/SSR

1	Coinvolgere la componente professionale nella progettazione e definire chiaramente il suo esatto posizionamento nell'intero sistema *– revisione dell'esistente e ideazione condivisa e ufficializzazione dei (nuovi) PDTA e non solo quelli*
2	Valorizzare la rete come opportunità di confronto e di crescita professionale per tutte le figure sanitarie coinvolte *– progetti, formazione, simulazione, audit clinici, benchmark…..*
3	Definire chiaramente il sistema di *governance* della rete : regole, responsabilità, risorse, risultati *– definire "chi fa cosa" dove, come e quando, ruoli, autonomia, funzioni e responsabilità dei singoli nodi della rete.*
4	Allineare in fase di definizione gli obiettivi della rete con quelli aziendali e sovraziendali *– allineare le azioni cliniche e assistenziali agli obiettivi preventivamente concordati (budget integrati)*
5	Definire con chiarezza il sistema di finanziamento della rete, prevedendo anche le modalità di intervento per le necessità emergenti nel corso del funzionamento *– elencare chiaramente le risorse (umane, materiali, tecnologiche e finanziarie) che dovranno integrare e garantire migliorandola l'azione di una offerta già qualitativamente strutturata.*

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

6	Sostenere il modello da parte della Direzione aziendale prevedendo per il proprio nodo : *budget*, sistema di verifica, sistema premiante, formazione in coerenza con il progetto della rete *– rendere evidente il forte commitment delle Direzioni strategiche regionali e delle Aziende sanitarie e ospedaliere coinvolte.*
7	Considerare la relazione tra il nuovo sistema a rete e gli assetti organizzativi «storici» costituendo questi un possibile quanto prevedibile ostacolo
8	Impostare fin dalla fase di progettazione un sistema «esplicito e condiviso» di valutazione dei risultati ottenuti, chiarendo bene e prima quali sono quelli attesi. *– definire gli indicatori di processo e di esito che devono essere «sfidanti» e realizzabili integrandosi con quelli aziendali.*
9	Definire gli strumenti informatici di connessione e l'onerosità sui diversi nodi della rete *– prima decidere il nuovo modello organizzativo e poi adottare le tecnologie necessarie*
10	Adottare da subito tutti i precedenti punti pena la non realizzazione dell'intero «progetto» che andrà gestito e realizzato con logiche di *"project management"*

Alla fase di realizzazione/implementazione delle RCA segue, doverosamente, quella della loro valutazione per verificare il livello di miglioramento raggiunto per il paziente valutando l'efficacia della rete in termini di *outcome* per l'utente finale e per la comunità di riferimento. Si tratta di valutare dimensioni quali il conseguimento della centralità del paziente nel processo di cura e di conseguenza il miglioramento della «*patient experience*» e l'incremento della qualità delle cure, ma anche la percentuale di utenti che ha trovato risposta ai propri bisogni attraverso servizi erogati dalla rete o la maggiore equità, geografica o sociale, di accesso ai servizi intendendo quindi l'efficacia della rete anche in termini sociali e ri-distributivi. Oppure si può valutare *l'outcome* di processo, ovvero il livello di sviluppo e l'efficacia dei meccanismi di funzionamento delle reti, ad es. la presenza di strutture di governance chiare che rappresentino tutti i vari *stakeholder*, l'effettivo coinvolgimento di tutte le organizzazioni nella rete, la presenza di una pianificazione strategica di rete e della programmazione operativa aziendale, l'intensità degli scambi tra i diversi nodi della rete o la messa in atto di meccanismi di collaborazione e coordinamento efficace tra tutti i nodi della rete. Nella Tabella 2 sono riportati i diversi indicatori dei sistemi di valutazione in base ai diversi *stakeholder* delle reti cliniche (Fiaso-SDA Bocconi, 2012)

Tab. 2 – SISTEMA DI VALUTAZIONE PER I PRINCIPALI *STAKEHOLDER* DELLE RETI CLINICHE

Pazienti / Utenti	Standard di percorso: rispetto degli standard previsti come azioni, tempi, priorità, … Equità in accesso: uguale offerta senza distinzioni geografiche, sociali, culturali, … Continuità di cura e presa in carico effettiva: unico interlocutore come referente dell'intero ciclo di trattamento, … Informazione e comunicazione: conoscenza e coinvolgimento attivo nelle varie fasi o luoghi di cura ….. Attenzione al paziente: coinvolgimento e sua partecipazione attiva alle scelte terapeutiche, … Riduzione costi anche sociali per la famiglia: minori costi diretti ed indiretti sopportati.
Istituzioni	Qualità ed appropriatezza dei servizi: supporto EBM scelte terapeutiche, volumi minimi per garantire casistica adeguata, percentuale di pazienti trattati all'interno dei vari PDTA, … Recupero di efficienza: offerta adeguata alla domanda, ottimizzazione dell'uso di tutte le risorse, riduzione costi generali, … Attività delle strutture: potere di attrazione attiva e riduzione di quella passiva, … Integrazione Territorio-Ospedale-Territorio: integrazione dei diversi livelli di cura, previsione sedi di erogazione, scambio di conoscenze fra i professionisti coinvolti, … Integrazione assistenziale sanitaria e socio-sanitaria: coinvolgimento e verifica della effettiva operatività di figure professionali diverse, in sede diverse di istituzioni diverse, … Appropriatezza uso risorse: verifica su dati aggregati di spesa divisi per paziente, percorso, struttura, unità organizzativa, … Rapporto con gli utenti: coinvolgimento loro rappresentanti nelle sedi di governance della rete….

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

Professionisti	Sviluppo delle conoscenze: preparazioni nuove linee guida, protocolli di cura, … Trasferimento delle conoscenze e formazione: nuove conoscenze, competenze, capacità, comportamenti, abilità, ruoli, funzioni, diversi sistemi di sviluppo formativo.. Incremento attività di didattica e ricerca: nuove conoscenze, nuovi sistemi di valutazione della rete stessa, nuove evidenze,.. Accesso ad innovazioni tecnologiche: nuovi modelli di cura e sviluppo di nuovi rapporti multidisciplinari e multiprofessionali, … Integrazioni professionale: sviluppo team clinici, uso di second opinion, … Sviluppo comunità professionali: possibilità di partecipare a tavoli di programmazione, aziendali, interaziendali, regionali, nazionali e in generale riconoscimento nelle diverse comunità professionali che compongono la rete, …

Nel 2021 l'OMS Europa descriveva in un suo rapporto gli impatti economici-finanziari e quelli sociali con i relativi benefici generati dai sistemi sanitari, concludendo che il settore sanitario:

1. è essenziale nel determinare la *performance* economica e la stabilità di un Paese;
2. ha un impatto positivo sul risultato economico di altri settori dell'economia nazionale, attraverso i posti di lavoro generati e gli acquisti di beni e servizi;
3. ha un ruolo importante da svolgere nella riduzione dell'esclusione sociale a livello locale, a causa del suo impatto sulla occupazione, le condizioni di lavoro e il reddito delle famiglie;
4. può aumentare il suo status di settore chiave per portare avanti l'attuazione degli obiettivi locali e nazionali per uno sviluppo sostenibile, migliorando le sue funzioni inerenti l'occupazione, la formazione e gli acquisti.

Questi sono anche i motivi per cui diventa importante misurare, a distanza di anni dalla loro implementazione, l'efficienza anche economica delle RCA nel nostro SSN/SSR rispetto ai modelli di cura abituali. In questa area di ricerca la bibliografia non presenta dati divergenti per cui si può concludere che i percorsi di cura sono da adottare perché riducono gli errori di sistema, migliorano la qualità dell'assistenza e riducono, contestualmente, i costi generali. Sfortunatamente la qualità non elevata degli studi sulla loro efficacia limita la capacità di avere una misura oggettiva delle reti cliniche come strumento per migliorare l'assistenza sanitaria e la misura del "valore" per il paziente. L'obiettivo finale è che decisori politici, clinici, ricercatori e pazienti lavorino sempre di più insieme per progettare valutazioni precise per potere dimostrare il loro reale impatto, anche sotto il punto di vista finanziario. Quali sono le prospettive della loro progressiva implementazione e quali sono le criticità attuali? Una prima considerazione parte dall'analisi delle configurazioni organizzative di H. Mintzberg da cui emerge che, anche nel mondo sanitario e socio-sanitario, è in atto il passaggio dalle forme attuali totalmente verticalizzate, accentrate funzionalmente e gerarchicamente formalizzate, con processi decisionali di tipo top-down (burocrazie professionali), a strutture sempre più progressivamente di tipo adhocratico (*top–down* e *bottom–up* in equilibrio dinamico) in cui domina l'elevata integrazione delle mansioni e delle diverse competenze professionali. Questo è il tipo di configurazione adatta per le innovazioni delle "organizzazioni complesse", quali sono quelle sanitarie, perché in grado di diffondere competenze diverse in gruppi di lavoro integrati e coordinati verso specifici obiettivi che possono cambiare anche rapidamente nel tempo.

Una prima conseguenza di questo cambiamento, peraltro già in atto, porterà l'attuale "middle management" delle Aziende sanitarie ad avere una posizione nuova, diversa e molto strategica essendo loro i professionisti che detengono l'autorità formale e le competenze professionali che gli permettono di essere il collegamento fra il vertice strategico e il nucleo operativo. Per questo motivo saranno al centro delle nuove funzioni aziendali ovvero i processi/progetti, l'integrazione, il coordinamento e lo sviluppo di piattaforme produttive. Le 5 famiglie professionali coinvolte e i 12 profili in cui troviamo oggi raccolto tutti i "*middle managers*" delle Aziende sanitarie saranno sempre più coinvolti nelle sinergie per l'efficacia, nelle garanzie degli outcome, nella continuità delle cure, nella integrazione multidisciplinare e multiprofessionale, nelle nuove azioni assistenziali sempre più orientate al paziente, nella sicurezza e qualità delle cure, nella valorizzazione e sviluppo delle risorse umane, nell'ottimizzazione nell'uso delle risorse, nella responsabilizzazione economica-finanziaria, nella organizzazione e sviluppo della ricerca. In questo quadro il middle management sarà sempre più visto con un forte connotato strategico in quanto gli sarà affidato anche il compito di negoziare/gestire obiettivi di *budget* e di performance.

Un secondo punto di analisi delle reti cliniche come risposta alla richiesta di *Clinical governance* e integrazione nel SSN/SSR ci porta a pensare a nuovi modelli di RCA altamente flessibili, decentrate e de-verticalizzate fondate sull'interdipendenza tra unità organizzative, su continui scambi di informazioni e su sistemi decisionali decentrati, conosciuti, condivisi e coordinati. A questo proposito si potranno sperimentare nuovi strumenti nelle organizzazione sanitarie "adhocratiche" tipo la *value creation structure*, il *job sharing* o il *task shifting*, processo di delega in base al quale i compiti vengono spostati, se del caso o per necessità, da forza lavoro altamente specializzata a operatori sanitari meno

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

specializzati. Questi sono i presupposti per abbattere stabilmente i mitici “silos” che ancora oggi governano pesantemente tutto il nostro SSN/SSR.

Accanto ai vari silos della assistenza sanitaria, che da sempre ostacolano i processi di disinvestimento e riallocazione delle risorse, esite un primo grande silos che contiene varie tipologie di spesa sociale di interesse sanitario che è in continua crescita, che oggi vede due contenitori separati per la spesa sanitaria e per quella sociale e che rimanendo come forma separata e non organizzata di risposta ai bisogni “complessi e integrati” dei pazienti non potrà mai essere davvero performante non permettendo l’integrazione della assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale e di quella domiciliare e territoriale. Questo modello organizzativo comporta da sempre problemi di diverso genere come si evince da studi diversi, infatti già nel 2016 uno studio dell’OCSE *(Improving care pathways for elderly people)* aveva dimostrato che il costo dei ricoveri evitabili negli ospedali da parte delle strutture di lungodegenza (LTC) era, in Europa, di circa 18 miliardi di dollari, e questa cifra equivaleva al 2.5% di tutta la spesa per l’assistenza ospedaliera ovvero al 4.4% della spesa LTC. Un chiaro esempio di costi della “Non Qualità” ovvero risorse consumate per fare bene cose inutili o sbagliate. Questi studi permettono di fare alcune considerazioni circa la necessità di ridefinire i budget delle strutture secondo percorsi di cura, non limitandosi solo a retribuire le singole prestazioni erogate, creando bilanci unici e integrati di cura e LTC, unificando regole, procedure e, magari, arrivando ad usare una cartella clinica digitale unica per ogni paziente. (*https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1694596546.pdf*)

E’ necessario un approccio sistemico per cambiare i paradigmi e ragionare seguendo “il flusso di pazienti” fuori e dentro gli ospedali e ciò richiede l’impegno e la collaborazione di team multidisciplinari per lavorare verso obiettivi comuni durante l’intero percorso clinico-assistenziale del paziente. Poiché gli ospedali si dovranno concentrare sempre più sull’assistenza basata sul valore *(high cost, high tech, high performance)* e non potranno continuare a vicariare altri *setting* assistenziali, è probabile che gli incentivi continuino a crescere per i cambiamenti gestionali fatti per migliorare il flusso di pazienti attraverso tutte le strutture sanitarie “in rete”. Gli ospedali che supportano questi cambiamenti culturali e gestionali saranno nella posizione migliore per migliorare il flusso di cura completo dei loro pazienti. Una gestione efficace del flusso dei pazienti negli ospedali aumenta la velocità di erogazione e la qualità dell’assistenza ai pazienti, migliora la loro soddisfazione e quella dei dipendenti e riduce complessivamente tutti i costi sanitari. Per tutti questi motivi, e non solo, è evidente che non può esistere una rete clinica senza ospedali ma anche non esistono e non potranno resistere, ospedali senza una rete, ovvero senza una reale e ben strutturata integrazione territoriale. Questi cambiamenti saranno necessari e inevitabili e gli strumenti per realizzarli sono già oggi presenti e sono quelli tecnici (pianificazione, programmazione e controllo) ma anche, e soprattutto, quelli “non tecnici” ovvero le “*soft skills*”. Il loro uso sapiente e integrato permetterebbe in poco tempo di fare quello che non abbiamo fatto negli ultimi decenni e riconoscere il punto fondamentale, e vincente, delle reti cliniche, ovvero quello di essere “reti di persone”. Quindi dovremo pensare a diversi piani di formazione come forme e contenuti, sapendo che anche il mondo sanitario sarà sempre più “ VUCA “ ovvero volatile, incerto, complesso e ambiguo. Non potremo quindi continuare a dimenticarci di uno strumento come il *project management* che è una soluzione vincente perché è uno strumento di gestione manageriale che permette di affrontare situazioni nuove e complesse, coordinando persone, tecnologie e strutture per realizzare soluzioni efficaci ed innovative in un periodo definito e con un budget predeterminato. Ma il vero valore per le organizzazioni sanitarie che deriva dall’uso costante del project management è quello di essere uno strumento potente di cambiamento organizzativo e il cambiamento organizzativo si ottiene lavorando sulla cultura e quindi sulle competenze individuali che sono alla base delle organizzazioni, non il ruolo o la funzione.

Concludo con alcune indicazioni contenute nel Rapporto OASI-Bocconi del 2023 che tracciano alcuni passi non indolori ma necessari da fare subito:

- una analisi dettagliata dei consumi dei pazienti con profili di salute omogenei, per individuare le aree di *over* e *under-treatment*, considerando nel conteggio anche quanto erogato nel regime privato *(out of pocket e sanità intermediata);*
- una limitazione delle prescrizioni a quanto effettivamente erogabile;
- uno snellimento delle procedure facendo coincidere il momento della prescrizione e della prenotazione;
- una riorganizzazione dei servizi passando dalla logica prestazionale a quella del percorso di cura, una modalità di spendere i fondi PNRR in modo più efficiente di un semplice potenziamento dei servizi a modello invariato, che non avrebbe possibilità di rivelarsi sostenibile nel lungo, ma anche nel breve periodo.

Le reti cliniche sono dunque uno strumento vincente per fare davvero *Clinical governance* & Integrazione nel SSN/SSR a patto di usare nella loro costruzione, o manutenzione, 3 fattori essenziali: i dati, *“senza dati sei una persona con un opinione* ”, come scriveva W.E. Deming; i leader ovvero coloro che sanno fare le cose giuste non semplicemente farle bene e le azioni perché per il nostro SSN/SSR è finito il tempo delle parole, ora dobbiamo agire.

maurizio.dalmaso@gmail.com

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

CATEGORY

1. Scienza e professione

POST TAG

1. Politiche sanitarie

Categoria

1. Scienza e professione

Tag

1. Politiche sanitarie

Data di creazione
19/03/2024
Autore
redazione-toscana-medica
Campi meta
Nome E Cognome Autore 1 : Maurizio Dal Maso
Views : 8261

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze