

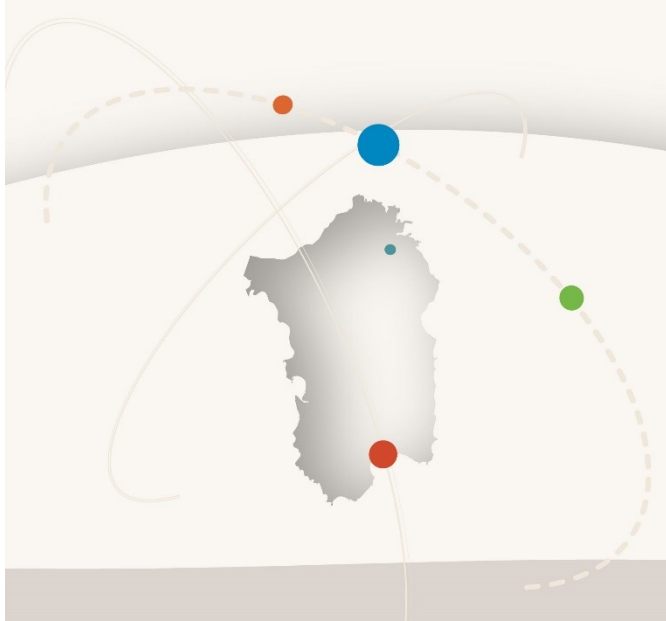


XXI° CONGRESSO NAZIONALE CARD

VII CONFERENZA NAZIONALE CURE DOMICILIARI - XXI CONGRESSO CARD

19-20 | OTTOBRE | 2023

CAGLIARI
Hotel Regina Margherita



La partecipazione e la co-produzione nelle Case di Comunità

Michele Tancredi Loiudice

*Dirigente della UOSD Qualità, Sicurezza e Buone Pratiche
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*



CONGRESSO CARD NAZIONALE

Partecipazione - recenti riferimenti internazionali



Framework for Action - The 7x5 Matrix

1		Policies to eliminate avoidable harm in health care	1.1 Patient safety policy, strategy and implementation framework	1.2 Resource mobilization and allocation	1.3 Protective legislative measures	1.4 Safety standards, regulation and accreditation	1.5 World Patient Safety Day and Global Patient Safety Challenges			
			2		High-reliability systems	2.1 Transparency, openness and No blame culture	2.2 Good governance for the health care system	2.3 Leadership capacity for clinical and managerial functions	2.4 Human factors/ergonomics for health systems resilience	2.5 Patient safety in emergencies and settings of extreme adversity
						3		Safety of clinical processes	3.1 Safety of risk-prone clinical procedures	3.2 Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm

4

Coinvolgimento del paziente e della famiglia

4.1 Sviluppo di politiche e programmi con i pazienti

4.2 Imparare dall'esperienza del paziente per migliorare la sicurezza

4.3 Accrescere il ruolo e la capacità di advocacy dei pazienti/familiari che hanno subito incidenti

4.4 Comunicazione trasparente e onesta degli incidenti di sicurezza alle vittime

4.5 Informazione ed educazione ai pazienti e alle famiglie

17 settembre 2023
V giornata mondiale della sicurezza dei pazienti: coinvolgimento attivo dei pazienti, dei familiari e dalla comunità nella sicurezza dell'assistenza

Monitoraggio delle Buone Pratiche

CALL FOR GOOD PRACTICE 2023 - ENGAGING PATIENTS FOR PATIENT SAFETY

CALL FOR GOOD PRACTICE 2023 - ENGAGING PATIENTS FOR PATIENT SAFETY RAZIONALE

La raccolta delle buone pratiche per la sicurezza del paziente del 2023 è incentrata sul tema del coinvolgimento attivo dei pazienti, dei familiari e della comunità nella sicurezza dell'assistenza tematica scelta dalla World Health Organization (WHO) per celebrare la quinta Giornata mondiale della sicurezza dei pazienti del 17 settembre 2023 ("Engaging Patients for Patient Safety").

Area riservata

Per accedere all'area riservata dell'Osservatorio delle Buone Pratiche indicare Username e Password, e premere il pulsante Accedi

<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1360307/retrieve>
<https://buonepratiche.agenas.it>

Partecipazione - riferimenti nazionali

LEGGE 833/1978
Istituzione del SSN

- **Partecipazione dei CITTADINI** a Programmazione, Gestione e Controllo
- **degli UTENTI** all'attuazione dei servizi

confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

D.Lgs 502/92 ss.mm.ii.
DPCM Carta dei servizi

- **TITOLO IV: Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini**
«Architettura» partecipazione dei cittadini e pazienti ai servizi
- **DPCM:** sistema di informazione, tutela e partecipazione

Piano Sanitario Nazionale
2006 - 2008

Si dovranno favorire forme di valutazione dei servizi in comune tra cittadini ed operatori del SSN, diffondendo metodiche partecipate di raccolta di informazioni, che dovranno costituire, una volta effettuata la valutazione partecipata, la base per realizzare percorsi ed interventi di miglioramento.

Intese Stato-Regioni
ACCREDITAMENTO

Criteri 5 Comunicazione - 6 Sicurezza - 8 Umanizzazione:
coinvolgimento dei pazienti nelle scelte clinico-assistenziali e nell'intero processo assistenziale

PATTO PER LA SALUTE
2019 - 2021

SCHEDA 14: Strumenti di accesso partecipato e personalizzato del cittadino ai servizi sanitari

DM 77/2022
assistenza territoriale

- valorizzazione della **co-progettazione con gli utenti**;
- valorizzazione della **partecipazione di tutte le risorse della comunità** (...pazienti e caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.).

DM 77/2022: riforma

È necessario un rafforzamento della capacità del SSN «di operare come un sistema vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone.»

Il SSN persegue una visione in cui l'Assistenza primaria è definita come «l'erogazione di servizi universalmente, **accessibili, integrati, centrati sulla persona** in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita»

Il SSN persegue tale visione:

- *attraverso la valorizzazione della **co-progettazione con gli utenti**;*
- *attraverso la **valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, **pazienti e loro caregivers, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.**)***

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana	
Serie generale - n. 144	
<p>le procedurali di zia provvede con all'adeguamento</p> <p>del codice iden- è adottato sentito acimenti l'utiliz- n materia di ana- ze del Ministero decreto è adottato con decreto diri-</p> <p>a prevenire e cor- missione e con- na informatizzato</p> <p>impronte digita- un procedimento ea, che non abbia mente all'Unione nza o ad un apo- stizia, di concer- del Consiglio dei gie - e il Garante gole tecniche che l'adozione di un ema di riconosci- stero dell'interno, nativa di attuazio- n. 189, e succes-</p> <p>ossono essere de- revisto dall'art. 2 195, convertito, 22, e il casellario</p> <p>gislativo 12 mag- GAI che istituisce ziari (ECRIS), in 2016/17</p>	<p>7. L'Ufficio centrale indica il parametro "decisioni non penali" soltanto nei casi in cui lo Stato membro di cui la persona interessata ha la cittadinanza fornisca, su base volontaria, informazioni su dette decisioni in risposta a una richiesta di informazioni sulle condanne.</p> <p>— Per l'articolo 42 del citato decreto del Presidente della Repubblica 14 novembre 2002, n. 313, si vedano le note all'articolo 3.</p> <p>22G00083</p> <hr/> <p>MINISTERO DELLA SALUTE</p> <p>DECRETO 23 maggio 2022, n. 77.</p> <p>Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.</p> <p>IL MINISTRO DELLA SALUTE</p> <p>DI CONCERTO CON</p> <p>IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE</p> <p>Visto l'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di</p>

DM 77/2022: partecipazione nelle Case di Comunità

22-6-2022

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 144

- Servizi infermieristici sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Programmi di screening
- Collegamento con la Casa della Comunità *hub* di riferimento;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

Tabella 4: Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg
	OBBLIGATORIO	
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	

L'AGENAS monitora semestralmente lo stato di implementazione degli standard delle strutture dedicate all'assistenza territoriale

STANDARD DI QUALITÀ OBBLIGATORIO per le Case di Comunità sia Hub che Spoke: Partecipazione della Comunità e la valorizzazione della co-produzione

Art. 2. Monitoraggio

Il monitoraggio semestrale degli *standard* previsti nel presente Regolamento è assicurato dal Ministero della Salute per il tramite dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas).

L'Agenas, procederà ad elaborare una relazione, che verrà al Ministero della salute semestralmente sullo stato di implementazione, in ogni singola regione e provincia autonoma di Trento e di Bolzano, degli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

UOSD QUALITÀ, SICUREZZA E BUONE PRATICHE Toolkit valutazione OSPEDALI e RSA 2022

Ministero della Salute

age.na.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Seguici su:

Cerca...

AGENAS ▾ AREE TEMATICHE ▾ PROGETTI DI RICERCA ▾ COMUNICAZIONE ▾ PNRR ▾ PORTALE COVID-19

CONDIVIDI

Gli strumenti per la valutazione partecipata dell'umanizzazione e sicurezza negli Ospedali e nelle RSA – anno 2022-2023

In questa pagina sono disponibili due toolkit ("cassette degli attrezzi") grazie ai quali è possibile - per Regioni-Pa/ Aziende/ strutture - realizzare autonomamente la valutazione partecipata dell'umanizzazione e sicurezza negli **ospedali** e nelle **RSA per anziani**, ottenendo i risultati in tempo reale.

I toolkit sono stati predisposti in continuità con l'esperienza maturata da AGENAS in collaborazione con Regioni/Pa, professionisti e cittadini nella valutazione partecipata dell'umanizzazione e sicurezza e sono a completa disposizione delle Regioni /Pa e delle Aziende che intendono costituire un Gruppo di Coordinamento della valutazione partecipata.

I toolkit contengono tutti i **materiali** necessari alla realizzazione delle attività di valutazione e miglioramento partecipati:

- manuali con indicazioni operative per i Gruppi di Coordinamento e per le équipes locali che realizzeranno la valutazione delle strutture;
- strumenti di valutazione dell'umanizzazione e sicurezza
- strumenti per la trasmissione dei dati e l'elaborazione automatica dei risultati.

I risultati della valutazione potranno essere inviati dal Gruppo di Coordinamento (Regione/Pa o ASL) ad AGENAS che avrà cura di costruire un **data base nazionale** sul grado di umanizzazione e sicurezza nelle strutture di ricovero per acuti e nelle RSA italiane in corso di pandemia da Sars-Cov-2. A tal fine, i dati raccolti dal Gruppo di Coordinamento regionale o aziendale potranno essere inviati all'indirizzo mail (qs@agenas.it).

AGENAS pubblicherà periodicamente, con cadenza semestrale, i dati raccolti, insieme ai punteggi nazionali di umanizzazione e sicurezza così da favorire il benchmark e la contestualizzazione dei dati rilevati a livello regionale/aziendale.

<https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/qualita-e-sicurezza/empowerment-del-cittadino/valutazione-partecipata-2022-2023>

CONGRESSO CARD NAZIONALE

PERCHÉ un Gruppo di lavoro sulla partecipazione e co-produzione nelle Case di Comunità?

ESISTE INTERESSE E BISOGNO DI LAVORARE SUL TEMA per

- **definire** i processi di partecipazione e di co-produzione nell'ambito delle Case di Comunità
- **supportare** le realtà regionali/locali

Predisporre un documento di supporto alle nascenti Case di Comunità e alle Regioni/PA per declinare sul piano pratico le attività di partecipazione dei pazienti, cittadini e della comunità locale nell'ambito delle Case di Comunità.

IL Gruppo di lavoro sulla partecipazione e co-produzione nelle Case di Comunità

Referenti Regionali esperti sui temi della partecipazione dei cittadini e dei pazienti (COMMISSIONE SALUTE Conferenza delle Regioni e Pa)



Esperti del mondo accademico e CARD

Gruppo di lavoro interregionale sull'empowerment



Centro Studi

OBIETTIVI del Gruppo di lavoro sulla partecipazione e co-produzione nelle Case di Comunità



1- Raccolta di esperienze realizzate a livello nazionale (ed eventualmente internazionale) per la promozione della partecipazione dei pazienti, dei cittadini e della comunità/ co-produzione nell'ambito delle Case di Comunità.



2- Realizzazione di un documento di indirizzo contenente indicazioni a supporto delle Regioni/PA, Aziende e Distretti per la promozione della partecipazione e della co-produzione nelle Case di Comunità predisposto sulla base dall'analisi delle esperienze.
(entro dicembre 2023)





PRIMO OBIETTIVO - RACCOLTA DELLE ESPERIENZE



Modello di analisi per la classificazione delle esperienze

3. Modello di analisi per la classificazione delle esperienze

Il termine **partecipazione** è un termine ombrello che raccoglie numerose e differenti pratiche. Dal confronto tra i diversi modelli di analisi della partecipazione, si è scelto di utilizzare una classificazione in 4 livelli più puntuali fare riferimento al modello di analisi

Tabella 1 - Definizione dei livelli di partecipazione

Livelli di partecipazione	Definizione
Informazione	Processo obbiettivo che può avvenire in qualsiasi momento. Quando l'organizzazione ha informazioni
Consultazione	Processo alla persona. La persona ha informazioni e può esprimere le sue opinioni
Partecipazione	Processo sanitario di soluzione. Le persone di alterna la decisione. Se si tratta di definire
Empowerment	Processo che porta alla propria decisione. Le persone progettano e realizzano

Tabella 2 - Tipologie di co-produzione

Con il termine **Co-produzione in sanità** si intende l'assistenza che è erogata nell'ambito di una relazione paritaria e reciproca tra professionisti, persone che usano i servizi assistenziali, le loro famiglie e le comunità alle quali appartengono. Implica una relazione di lungo termine tra le persone, erogatori dei servizi e sistemi sanitari dove le informazioni, il processo decisionale e l'erogazione del servizio diventano condivise¹.

La co-produzione, dunque, si caratterizza per la partnership tra le persone, per l'alleanza con la comunità locale nella quale possono essere individuate, valorizzate e messe in rete risorse preziose capaci di fornire risposte ai bisogni di salute ben più ampie di quelle che potrebbero fornire le sole istituzioni pubbliche.

Nella Tabella 2 sono riportate le diverse tipologie in cui può essere classificata la co-produzione.

Tabella 2 - Tipologie di co-produzione

Tipologie di co-produzione
▪ Co-programmazione: include co-programmazione, co-prioritarizzazione dei servizi, co-finanziamento.
▪ Co-progettazione
▪ Co-erogazione: include la co-gestione e co-esecuzione
▪ Co-valutazione: include il co-monitoraggio e co-valutazione

Fonti

- WHO (2002), Community participation in local health and sustainable development: Approaches and techniques, Copenhagen.
- Davidson S. (1998) Spinning the wheel of empowerment, Planning, vol 1262, 3: pp14-15.
- Loeffler E, Power G, Bovaird T, Hine-Hughes F, eds. Co-production of health and wellbeing in Scotland. Birmingham, UK: Governance.
- Zimmermann M.A. (2000), Empowerment theory: psychological, organizational and community levels of analysis. In: Rappaport J., Seidman E., eds. Handbook of community psychology. New York, Kluwer Academic/Plenum Publisher: 43-63.
- Wallerstein, N. (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/364209>
- Regione Emilia-Romagna (2009), Partecipare e decidere. Insieme è meglio. Quaderni della partecipazione (<https://partecipazione.regione.emilia-romagna.it/tutte-le-pubblicazioni/publicazioni/partecipazione-1/partecipazione-partecipare-decidere1.pdf>).
- OECD (2001), Citizens as Partners: Information, Consultation and Public Participation in Policy-Making, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264195561-en>
- WHO – Regional Office for Europe (2019) Participation as a driver of health equity. Copenhagen.

¹ Definizione formulata sulla base della ricerca di IAP² – International Association for Public Participation.
² Wallerstein, N. (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? World Health Organization. Regional Office for Europe.



Scheda per la raccolta e analisi delle esperienze di partecipazione/co-produzione

v. 26/06/2023

Scheda descrittiva dell'esperienza di partecipazione/coproduzione relativa alle Case di Comunità

Regione/ Provincia autonoma	
ASL	
Distretto	
Denominazione della Casa di Comunità	
Indirizzo della Casa di Comunità	
Ambito di realizzazione	L'esperienza è stata realizzata in: <input type="checkbox"/> singola Casa di Comunità <input type="checkbox"/> più Case di Comunità nel Distretto <input type="checkbox"/> più Case di Comunità nella ASL <input type="checkbox"/> più Case di Comunità nella Regione/Pa
Eventuali altre istituzioni partner (ad es. Comune, Scuole, ecc.)	<input type="checkbox"/> Sì (specificare)..... <input type="checkbox"/> No
Periodo di realizzazione	Data di inizio:(mese/anno) Data di fine:(mese/anno) A regime (S/NO)
Soggetti coinvolti	<input type="checkbox"/> Pazienti <input type="checkbox"/> Familiari <input type="checkbox"/> Associazioni <input type="checkbox"/> Comunità <input type="checkbox"/> Altro (specificare).....
Livello di Partecipazione:	<input type="checkbox"/> Informazione <input type="checkbox"/> Consultazione <input type="checkbox"/> Partecipazione: <input type="checkbox"/> co-programmazione <input type="checkbox"/> co-progettazione <input type="checkbox"/> co-erogazione <input type="checkbox"/> co-valutazione <input type="checkbox"/> altre tipologie di partecipazione (specificare)..... <input type="checkbox"/> Empowerment
Documentazione (link a documento, pagina web ecc)
Referente e contatti (nome e cognome) (e-mail e telefono)

Scheda condivisa con :

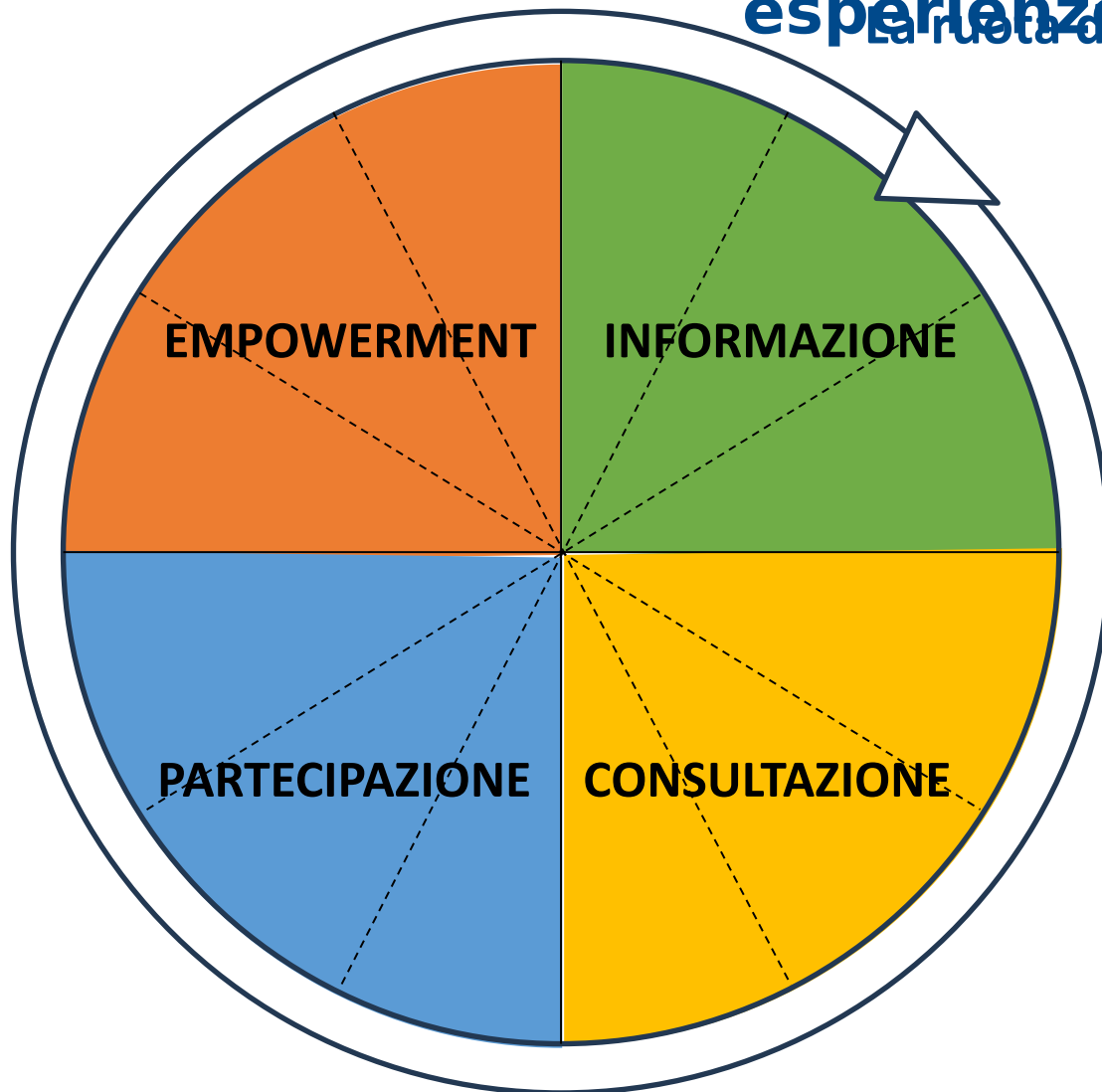
- Componenti gruppo di lavoro (reti di esperti/referenti ciascuna componente)
- Rete referenti del gruppo interregionale sull'empowerment
- Rete referenti AGENAS PON GOV cronicità



PRIMO

OBBIETTIVO

Modello di analisi per la classificazione delle esperienze della partecipazione



- **Partecipazione** è un **termine ombrello** che raccoglie numerose e differenti pratiche
- Modello di analisi della partecipazione ispirato alla «**Ruota della partecipazione**» (superamento del concetto di “scala”)
- *Informazione, Consultazione, Partecipazione ed Empowerment* sono processi che **si possono avvicinare** come se costituissero una «ruota»



PRIMO

OBIETTIVO Analisi per la classificazione delle esperienze

Co-produzione in sanità

- assistenza erogata in una **relazione paritaria e reciproca** tra professionisti, persone che usano i servizi assistenziali, le loro famiglie e le comunità alle quali appartengono.
- implica una relazione di lungo termine tra le persone, erogatori dei servizi e sistemi sanitari dove le **informazioni, il processo decisionale e l'erogazione del servizio diventano condivise.**

Tipologie di co-produzione

- **Co-programmazione:** include co-programmazione, co-prioritarizzazione dei servizi, co-finanziamento.
- **Co-progettazione**
- **Co-erogazione:** include la co-gestione e co-esecuzione

CONGRESSO CARD NAZIONALE



PRIMO OBIETTIVO Raccolta delle esperienze attraverso la scheda

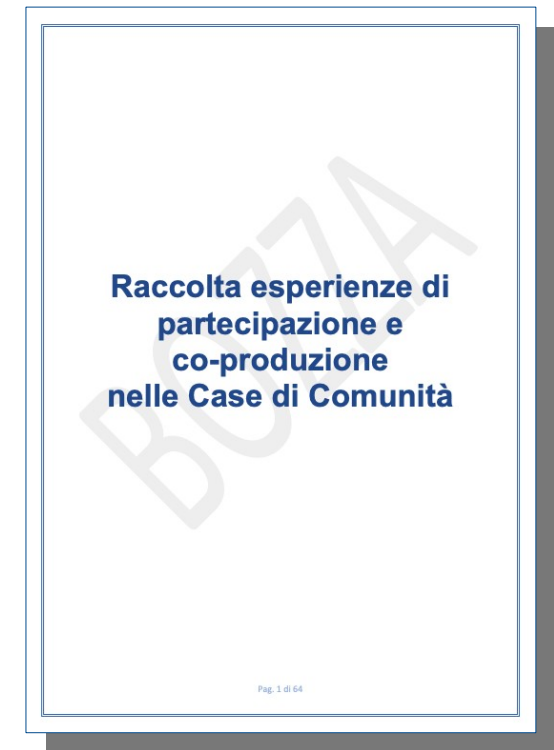


Documento di raccolta delle esperienze di partecipazione/co-produzione :

Esperienze raccolte (giugno-luglio)

17 esperienze – 4 Regioni

+ **Ricerca desk** (che ha incluso la lettura dei Piani Regionali di Programmazione dell'assistenza territoriale adottati in attuazione del D.M. N. 77 del 23 maggio 2022)

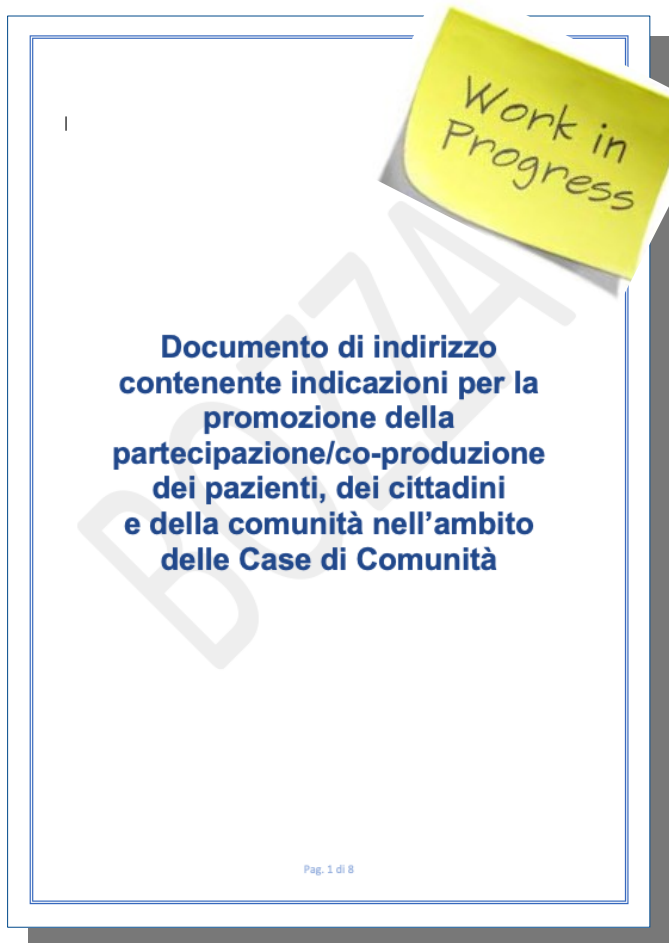




SECONDO OBIETTIVO - DOCUMENTO DI INDIRIZZO



PRIMA BOZZA in revisione, aggiornamento, discussione



ALCUNI PRIMI SUGGERIMENTI SU ASPETTI DA APPROFONDIRE/ SOTTOLINEARE

- L'obiettivo innovativo del documento è la partecipazione dei **cittadini, pazienti e comunità**.
- Approfondire **articolo 55 e 56 del Codice del Terzo Settore** che norma le modalità con cui gli enti pubblici possono coinvolgere gli enti del terzo settore compresa la co-programmazione e la co-progettazione.
- Importanza di prevedere una **formazione** specifica dei professionisti sui temi della partecipazione e co-produzione. Utile la formazione rivolta congiuntamente a professionisti e cittadini.
- Le **associazioni** di cui si promuove la partecipazione nelle CdC sono sia quelle che realizzano attività in supporto all'organizzazione ed erogazione dei servizi, sia quelle che svolgono azione di advocacy.
- Le CdC devono essere il luogo dove si rendono visibili le **reti di cura "invisibili"** (ad esempio volontariato, famiglia ecc..) affinché i servizi rispondano ai bisogni di salute
- Tutti devono essere «**autori dell'offerta**», mantenendo una particolare attenzione all'equilibrio tra l'offerta e la domanda.



SECONDO OBIETTIVO - DOCUMENTO DI INDIRIZZO



Attività :

- Raccolta feedback e revisione del documento nel GdL **(in corso)**
- Condivisione e feedback del Gruppo interregionale per l'empowerment e di Associazioni di cittadini/pazienti (ottobre-novembre)
- Seconda versione del Documento di indirizzo (entro novembre)
- Predisposizione della versione finale del documento **(entro dicembre)**



UNA DOMANDA CHE SI RIPRESENTA

Dunque ti rendi anche conto del fatto che, essendoci negli stati malati che sono schiavi e malati che sono liberi,

- gli schiavi curano gli schiavi, correndo spesso a casa loro o aspettandoli negli ambulatori, e nessuno di tali medici fornisce o accoglie ragione alcuna intorno alle singole malattie di ciascuno, ma prescrive ciò che gli sembra opportuno in base all'esperienza che ha, come se fosse perfettamente competente, con vanagloria come un tiranno, e quindi se ne va da un altro schiavo malato, e allevia così al padrone la cura dei malati:
- il medico libero, invece, cura e studia nella maggior parte dei casi le malattie dei liberi, esaminandole sin dal principio e secondo la loro natura, e rende partecipe l'ammalato stesso e i suoi amici della sua indagine e lui stesso apprende qualcosa dai malati, e, nello stesso tempo, per quanto gli è possibile, insegna al malato; e non prescrive nulla prima di averlo convinto, e allora, rendendo docile e preparando il paziente mediante la persuasione, tenta di riportarlo perfettamente alla salute.

E' migliore allora quel medico che procede nel primo modo o nel secondo?

Grazie!

qs@agenas.it

Michele Tancredi Loiudice

Sara Carzaniga

Flavia Cardinali

CONGRESSO CARD NAZIONALE