

Il cambiamento dei modelli di assistenza primaria: scenari generali e aspetti specifici del paziente fragile

di *Alberto F. De Toni*¹ e *Stefano Ivis*²

¹ Professore di Gestione dei sistemi complessi e Preside della Facoltà di Ingegneria dell'Università di Udine (detoni@uniud.it)

² Medico di Medicina Generale e Direttore del Centro Studi di Assistenza Primaria Keiron del Veneto (stivis@alice.it)

Sommario

Gli autori descrivono come il cambiamento di contesto economico e sociale implica un cambiamento del modello tradizionale di assistenza primaria. Sono individuati tre diversi modelli di articolazione dell'assistenza primaria evidenziandone punti di forza e di debolezza. Successivamente gli autori evidenziano come l'assistenza al paziente fragile richieda una complessa decodifica dei bisogni e una difficile scelta della risposta assistenziale.

Parole chiave

assistenza primaria, paziente fragile, cambiamento, approccio analitico, approccio sistemico.

Summary

The authors describe how a change in the economic and social context implies a change in the traditional model of primary care. They identified three different models of articulation in primary care, highlighting strengths and weaknesses. Then the authors show how frail patient care requires a complex decoding of the needs and a difficult choice of the welfare response.

Keywords

primary care, frail patient, change, analytical approach, system approach.

1. Introduzione

In analogia ad altri paesi europei, anche l'Italia è oggi alle prese con una fase di grande cambiamento strutturale del sistema paese, dettato da ragioni di tipo economico, istituzionale, organizzativo, epidemiologico e di visione per quanto attiene la futura articolazione del welfare (Istat, 2009).

E' quindi più che mai opportuno che i protagonisti della vita politica, sociale, professionale, delle società scientifiche, delle istituzioni di studio e ricerca intervengano nel dibattito con riflessioni, strategie e proposte di strumenti di governo (De Toni, Giacomelli, Ivis, 2010).

Il Welfare, per motivi di costo e d'importanza attribuita dai suoi cittadini, è certamente - tra i vari temi in discussione - uno di quelli per i quali si avverte

maggiormente la necessità di cambiamento, a causa dei suoi costi non più sostenibili e di un'attesa di performance più adeguate.

Il parere di alcuni autorevoli analisti sanitari (Maciocco, 2011; Ricciardi, 2012) è quello di dedicare maggiori attenzioni al miglioramento dell'organizzazione dell'Assistenza Primaria comunemente conosciuta come "medicina di famiglia", perché tali miglioramenti in altri Paesi sono stati in grado di aumentare gli esiti di salute delle popolazioni e trainare un miglioramento delle performance dell'intero sistema. Nei Paesi dove esiste un'assistenza primaria molto organizzata, il sistema delle cure ospedaliere raggiunge eccellenti risultati sanitari con standard di posti letto da 1-2,5/1000, molto minori di quelli italiani di 4-5/1000 abitanti (Maciocco et al., 2010), con intuibili ripercussioni sulla sostenibilità dei bilanci statali.

Cercheremo ora di analizzare alcuni aspetti del cambiamento in ambito sanitario. Dichiariamo subito che a nostro giudizio i margini di miglioramento a isocosto ci sono, purché vi sia da un lato una lettura analitica dei bisogni e dall'altro un approccio risolutivo sistemico, unito al coraggio di disinvestire in certi ambiti e investire in altri.

2. Cosa si intende per Assistenza Primaria?

Per Assistenza Primaria (AP) s'intende abitualmente quell'insieme di investimenti, prestazioni ed iniziative finalizzate a produrre salute che uno Stato rende direttamente accessibili al cittadino attraverso il suo medico di fiducia - chiamato Medico di Assistenza Primaria (MAP) - o l'organizzazione di cui si avvale.

Un primo elemento di complessità è dovuto al fatto che in Italia l'insieme di queste funzioni è erogato dai MAP. in modo non univoco, in quanto esiste una parte delle loro attività standardizzata e disciplinata da un Accordo Collettivo Nazionale con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (Sisac, 2010), e un'altra rilevante ottenuta grazie all'elevamento degli standard assistenziali grazie ad Accordi integrativi locali finanziati dai Servizi Sanitari Regionali (SSR) (Regione del Veneto, 2005) o dalle singole Az.Ulss.

Ecco dunque spiegato come mai un cittadino Italiano può trovarsi ad essere assistito da tipologie diverse di AP con Medici che lavorano in studi singoli, in rete o in medicine di gruppo supportati o meno da segreteria, assistente di studio, infermiere, call center ecc.

I MAP nella loro attività quotidiana erogano tre grosse tipologie d'intervento: la medicina di attesa e l'assistenza domiciliare – come attività prevalenti - e la medicina d'iniziativa come attività presente in alcuni territori come sperimentazioni. Per medicina d'attesa s'intende l'attività erogata nei confronti di quegli assistiti che si recano allo studio medico per problemi di salute. Per assistenza domiciliare si intende quell'attività di assistenza effettuata a domicilio a pazienti fragili con disabilità. Per medicina d'iniziativa s'intendono quegli interventi di prevenzione effettuati su chiamata da parte del curante di gruppi di popolazione affetta da un determinato problema o rischio di salute.

3. Cosa si intende per problema di salute?

Un tempo non molto lontano il paziente si recava dal medico di famiglia perché malato, in genere di una sola malattia e tendenzialmente organica e acuta. Ora i pazienti si recano dal medico perché portatori di problemi di salute.

Per problema di salute intendiamo in senso esteso tutti quei sintomi e preoccupazioni correlati al rischio di salute. Secondo questa moderna interpretazione, tipica della medicina universalistica, appartengono ai problemi di salute le malattie acute e quelle croniche, la loro prevenzione e i follow-up, la riabilitazione, l'approvvigionamento di farmaci, presidi e ausili, la gestione delle parti amministrative e previdenziali correlate alla disabilità.

In sintesi, il paziente con problemi di salute che si rivolge al MAP è oggi un cliente complesso per la grande variabilità dei suoi bisogni. Quel che rende ancora più intricato il tutto è che questo cliente è anche portatore di una visione della relazione medico-paziente che sarà quello che alla fine lo renderà realmente soddisfatto o insoddisfatto (Valcanover, 2003).

4. Il punto di vista dei medici nel cambiamento dell'assistenza primaria

I MAP italiani - in accordo con le loro società scientifiche internazionali come la WONCA (World Organization of Family Doctors) - quando descrivono le competenze più significative del loro lavoro si riferiscono a quelle applicate nell'area clinica, comunicativa e gestionale dell'ambulatorio (WONCA, 2012).

Quando parlano del loro tipo di approccio professionale si riferiscono alla modalità olistica, di tipo bio-psico-sociale, in perfetta sintonia con i loro colleghi anglosassoni che parlano di *disease* (malattia), *illnes* (percezione di malattia), *sickness* (aspetti certificativi e sociali correlati alla malattia).

Altre tradizionali definizioni, usate per differenziare l'assistenza primaria dagli altri servizi erogati dal S.S.N., utilizzano il termine cure generaliste e specialiste (le prime aperte a tutti e a tutti i problemi di salute, le seconde limitate a problemi di apparato singolo o a specifica malattia di tipo organico).

Da un punto di vista organizzativo le cure territoriali e quelle ospedaliere vengono differenziate, le prime per avere un libero accesso da parte del paziente allo studio del MMG generalmente collocato vicino al proprio domicilio, le seconde per avere un ambiente organizzato per il ricovero, cioè per la permanenza del paziente per un certo periodo di tempo in un posto letto con presenza continua medica, infermieristica e di altre figure professionali.

Un discorso a parte è rappresentato dall'assistenza domiciliare, che a seconda della gravità della situazione viene effettuata dal MAP da solo o in collaborazione con infermieri distrettuali.

In una posizione intermedia, che andrebbe meglio definita, tra assistenza ospedaliera e cure primarie è collocata l'assistenza specialistica ambulatoriale e la cosiddetta assistenza intermedia, cioè quell'organizzazione residenziale non ospedaliera, dedicata a pazienti anziani fragili o terminali, che si avvale dei medici di assistenza primaria organizzati con presenza oraria quotidiana.

Se a questa mappatura delle relazioni esistenti tra organizzazioni del SSN correliamo l'eccessiva concentrazione e centralizzazione degli strumenti diagnostici e dei medici specialisti in ospedale, ben si comprende l'origine delle lamentele e delle difficoltà che incontrano i pazienti a muoversi nella giungla delle contraddizioni dovute a grande offerta assistenziale e l'irraggiungibilità della stessa per le lunghe liste di attesa, ma diventa anche facilmente intuibile come tali difficoltà vengano immediatamente scaricate nelle scrivanie dei MAP che li assistono.

Un altro aspetto critico del MMG moderno è quello dell'organizzazione del suo tempo lavorativo; egli infatti non lavora ad orario fisso, ma come libero professionista

che non fa lista d'attesa. Se un 30 anni fa, il lavoro del MMG poteva essere semplicemente correlato all'attività ambulatoriale e alle visite domiciliari, oggi lo stesso va declinato in molte altre variabili correlate alla complessità delle esigenze degli utenti e delle risposte fornite dal Servizio Sanitario al quale il MAP appartiene. Il risultato concreto è un aumento dell'attività in *front-office* con prolungamento degli orari di chiusura degli studi per la crescente difficoltà a soddisfare le esigenze dei pazienti che:

- aumentano i loro accessi periodici;
- necessitano durante la visita medica di maggior ricorso a telefonate e connessioni a specialisti, distretto, ospedale, strutture protette e altro;
- aumentano l'attività di back-office del medico per preparare e concordare con collaboratori di studio la pianificazione delle attività della giornata;
- obbligano a frequenti attività di aggiornamento e manutenzione dei software e hardware, strumenti oggi indispensabili a garantire standard certi di qualità.

Finita l'attività di ambulatorio, il MAP prosegue la sua giornata con l'esecuzione delle visite domiciliari urgenti e dell'assistenza domiciliare che talora viene erogata con l'integrazione di altri professionisti principalmente infermieri e palliativisti domiciliari, fatto questo che, seppur utile, rallenta molto l'efficienza e allunga molto i tempi operativi.

Il risultato di quanto sopra è quello che il MAP si trova - come un criceto - a correre a velocità crescente senza però riuscire a soddisfare gli altri e se stesso. Corre e fatica, ma è come se stesse fermo e non facesse niente. Questo tema è stato oggetto di numerose autorevoli riflessioni e pubblicazioni in riviste internazionali ed è stato definito "la sindrome del criceto". Questa situazione apparentemente ironica, preoccupa molto in quanto è accompagnata da una scarsa attrazione dei giovani medici per l'assistenza primaria, proprio nel momento di grandi fughe verso il pensionamento dei medici più anziani.

Per fronteggiare la problematica della sostenibilità individuale del carico di lavoro da parte del medico di famiglia e per garantire al cittadino un'accessibilità più ampia agli studi durante le 12 ore diurne, si stanno sperimentando modelli organizzativi che puntano a centralizzare o a collegare in rete gruppi di 20-30 medici con i loro collaboratori di studio, infermieri e altri fattori produttivi.

5. Modelli emergenti nel cambiamento dell'assistenza primaria

Tutti i sistemi sanitari stanno attraversando un momento di crisi dovuto all'aumentata richiesta di prestazioni, all'aumentato costo delle stesse e alla penuria di risorse per le crisi economiche.

Tra le varie modalità di assistenza esistenti sostanzialmente si impongono due tipologie: quelle private o quelle pubbliche.

Nei sistemi ad assicurazione privata il singolo cittadino attraverso il suo contratto lavorativo assicura se stesso o la propria famiglia con massimali variabili in funzione del reddito e della durata del lavoro. Il limite intuibile di questo sistema è che quando non si lavora non si è assicurati, ma ci si può ugualmente ammalare.

L'altra tipologia di assistenza definita "universalistica" è quella dove il cittadino è assicurato con contributi versati da tutti, in una logica solidaristica che permette una protezione in ogni momento della vita a prescindere dall'essere occupati o disoccupati. I sistemi universalistici, rispetto a quelli assicurativi, sono accompagnati da esiti di salute

migliori per la popolazione, ma sono in forte crisi per l'insostenibilità dei loro costi, e hanno quindi bisogno di un continuo monitoraggio.

Tra i vari paesi europei dotati di sistemi solidaristici, l'Inghilterra, la Spagna, l'Olanda sono di riferimento per il loro buon funzionamento e per la capacità di assistere i cittadini con un basso numero di posti letto grazie a forti investimenti nelle cure territoriali. Anche in America il sistema privato non a scopo di lucro, chiamato Kaiser Permanente, si sta muovendo secondo la stessa logica ottenendo un buon equilibrio di bilancio.

In Italia il sistema sta funzionando abbastanza bene, ma ha un grosso problema di efficienza e di sostenibilità dei costi; la probabile via d'uscita sta proprio nel delocalizzare l'assistenza e la diagnostica e affidarsi maggiormente ai medici di famiglia riorganizzati in modo diverso.

In un recente Convegno organizzato ad Arezzo e dedicato al Risk Management, Filippo Palumbo, funzionario del ministero della Sanità, ha dichiarato che i medici di medicina generale avranno un ruolo centrale e innovativo "per aiutare a prevenire e soprattutto per curare il malato nel luogo che gli è più caro, ovvero la sua casa".

La dichiarazione è molto attuale - in particolare nelle Regioni in completa riorganizzazione della rete di assistenza primaria - e offre importanti spunti di dibattito per definire le conseguenti scelte organizzativo-professionali.

La dichiarazione del Dott. Palumbo, offre anche l'opportunità di un approfondimento per capire quanto le Regioni siano intenzionate ad investire nelle sedi centrali e negli studi periferici delle future Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) (Regione Veneto, 2011).

In particolare il dibattito dovrebbe chiarire se attribuire alle sedi centrali delle AFT un ruolo coordinativo o invece, per ragioni di efficienza economico-organizzativa, una funzione erogativa, sostitutiva in toto di quella attualmente prodotta dagli studi medici periferici, che ovviamente andrebbero ridotti o chiusi.

Al contrario, in una visione di valorizzazione della rete degli studi medici periferici, andrebbero definiti standard strutturali, di dotazione e di organizzazione, commisurati alle attività assistenziali programmate, con una indispensabile attenzione alla definizione di attività gestibili con strumenti e risorse pensate per la "disseminazione" in rete.

I tre modelli di riferimento potrebbero essere:

1. Centralizzare tutta l'offerta ambulatoriale delle AFT in grosse medicine di gruppo integrate con sede unica anche nelle zone disaggregate come colli, campagne valli e montagne, al fine di dare alla cittadinanza una risposta efficiente h12, facendole però pagare lo scotto di un disagio dovuto all'aumento della distanza media tra abitazione del paziente e le sedi di erogazione dell'assistenza primaria. Ulteriore elemento di grave disagio, questa volta per il medico, sarebbe sicuramente rappresentato dagli spostamenti richiesti per le visite domiciliari.
 - Punti di forza: maggiore efficienza organizzativa, maggiore livello di complessità prestazioni erogabili
 - Punti di debolezza: limitazione al modello attuale di accessibilità alle Cure Primarie.
2. Dislocare in tutti gli studi periferici, risorse e idee organizzative pensate per la rete, tali da accrescerne gli standard di dotazione. L'obiettivo è quello di migliorare le performance cliniche della medicina d'attesa e di creare attività basate sulla medicina d'iniziativa con l'uso generalizzato dei fattori produttivi (coordinatore, call

center, assistenti di studio e l'infermiere). Presupposto di una razionale ed efficace distribuzione di attività standardizzate sono alcuni servizi e supporti gestionali centralizzati quali:

- Server cartelle pazienti: funzione sostituto, funzione elaborazione dati.
 - Call center per appuntamenti, prenotazioni, prescrizioni continuative, informazioni sui servizi offerti dalla rete.
 - Blog-Database professionale implementato dai medici.
 - Coordinamento medico.
 - Fornitura e Coordinamento fattori di produzione (Cooperativa Sociale e/o Ulss).
 - Gestione forma societaria (Cooperativa sociale).
- Punti di forza: Tutela, accessibilità, e rapporto fiduciario, valorizzazione strumenti di connessione IT.
- Punti di debolezza: percezione utenti, logistica organizzativa sfavorevole riguardo a
- Standard strutturali di partenza.
 - Dislocazione fattori di produzione.
 - Controllo standard di attività.
 - Fattori di relazione e di coesione.

3. Mixare in modo equilibrato elementi contenuti nei due modelli precedenti, potenziando gli standard di accessibilità e localizzando nella sede centrale attività non sostenibili a livelli di sedi periferiche, nonché una parte dei supporti gestionali elencati nel punto precedente.
- Punti di forza: accettabilità "politica" e normativa;
 - Punti di debolezza: possibili difficoltà nella costruzione di un modello equilibrato.

Partendo dallo scopo primario di accrescere gli obiettivi e gli standard assistenziali del territorio, appare evidente che negli ambiti ad alta concentrazione demografica la scelta del modello non può che concretizzarsi in quello della sede centralizzata.

Negli ambiti ad elevata dispersione, a cui quasi sempre si associa una sfavorevole situazione oro-geografica, risulta necessario definire dei criteri-guida quali:

- a. Definizione di obiettivi assistenziali rilevanti. Obiettivi già in atto e altri ipotizzabili: incremento accessibilità attraverso il governo della stessa, prevenzione di rischio cardiovascolare e cadute anziani, gestione terapia anticoagulante orale, gestione diabete mellito tipo 2, gestione broncopneumopatia cronico-ostruttiva, miglioramento gestione standard assistenziali, ipertensione arteriosa, verifica e sostegno alla *compliance* comportamentale farmacologica e nell' utilizzo di presidi e *device*)
- b. Valutazione di sostenibilità dei processi di cura necessari agli obiettivi individuati.
- c. Scelta appropriata e utilizzo intensivo dei fattori di produzione necessari.

A scopo di sintesi seguono due tabelle. La tabella 1 confronta le 3 opzioni organizzative in una realtà ad elevata dispersione demografica. La tabella 2 prova a delineare l'organizzazione e le attività possibili in un ambulatorio periferico integrato in una rete.

MODELLI ORGANIZZATIVI PER AREE A BASSA CONCENTRAZIONE DEMOGRAFICA			
	SEDE CENTRALE UNICA	RETE DI SEDI SINGOLE	SEDE CENTRALE + SEDI PERIFERICHE
ACCESSIBILITA'	Penalizzata	Favorita	
REPUTAZIONE	Elevata	Bassa (da promuovere)	Media
COSTO DEI FATTORI DI PRODUZIONE	Basso (la concentrazione di utilizzo dei fattori di produzione determina una riduzione dei costi)	Alto (da contenere attraverso modalità organizzative che determinino un utilizzo intensivo dei fattori di produzione)	
ORGANIZZAZIONE DEI FATTORI DI PRODUZIONE	Favorita dalla centralizzazione	Da disegnare con strumenti idonei alle necessità ed alle potenzialità della rete	Da disegnare con strumenti idonei alle necessità ed alle potenzialità della rete. Possibili elementi di semplificazione legati alla collocazione nella sede centrale di alcuni aspetti organizzativi.
FATTORI DI RELAZIONE E COESIONE			
DEFINIZIONE E MONITORAGGIO STANDARD			
ORGANIZZAZIONE ATTIVITA'			
INTERVENTI INFORMATIVI SULL' UTENZA	Meno necessari	Necessari, importanti, sistematici, attraverso canali differenziati	

Tabella 1 – Confronto tra modelli organizzativi per aree a bassa concentrazione demografica

ORGANIZZAZIONE E ATTIVITA' EROGATE DA UNO STUDIO MEDICO' INTEGRATO IN UNA RETE		
	CARATTERISTICHE	ESEMPI
FATTORI DI PRODUZIONE E RISORSE APPLICABILI ALL'ORGANIZZAZIONE IN RETE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dislocazione e conseguente mobilità appropriate. ➤ Forte connessione Web e telefonica ➤ Acquisizione centralizzata dei fattori di produzione ➤ Definizione di criteri di omogeneità per tutta la rete ➤ Procedure di monitoraggio degli standard 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Assistente di studio 3 ore\die, ➤ IP da Cooperativa Sociale per attività domiciliari programmate e ambulatoriali su appuntamento Call center con agenda Web ➤ Gestione societaria proporzionata Server cartelle di tutti gli utenti accessibile per utilizzo clinico (“funzione sostituto”) ed elaborazione dati
ATTIVITA' CLINICO- ASSISTENZIALI APPLICABILI ALL'ORGANIZZAZIONE IN RETE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Programmate, ➤ Dedicare, ➤ Di iniziativa, ➤ Con strumenti di alert favorenti l' approccio opportunistico. ➤ Sessioni di lavoro di almeno 2-3 ore, ad elevata produttività, con ridotti spostamenti (salvo domiciliari). ➤ Equivalenza prestazioni\ore. ➤ Si spostano i professionisti ma non troppo spesso 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Governo dell'accessibilità ➤ ADI ➤ Gestione DMT2 ➤ BPCO ➤ Avvio e monitoraggio TAO ➤ Sostegno alla distribuzione diretta ➤ Sostegno alla compliance farmacologica e comportamentale ➤ Prevenzione Primaria RCV ➤ Prevenzione Cadute

Tabella 2 – Caratteristiche ed esempi in un ambulatorio periferico integrato in una rete.

Risulta in conclusione evidente che l'adozione di uno dei tre modelli delineati risulta condizionata dalle caratteristiche oro-geografiche del territorio e dal conseguente grado di dispersione della popolazione.

Il 3° modello potrebbe configurarsi come quello più equilibrato, in grado di rispondere alle esigenze di realtà demografiche variegata e di utilizzare gli elementi positivi propri della centralizzazione dell'organizzazione, ma anche di quelli che caratterizzano la costruzione di una rete di servizi.

A tale proposito noi riteniamo che le Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT) possano funzionare come un gestore flessibile dello sviluppo quali-quantitativo delle Cure Primarie, adottando scelte organizzative compatibili con standard assistenziali realisticamente individuati.

Risulta comunque difficile, per gli ambulatori periferici, pensare ai due scenari completamente opposti che qualcuno prospetta: da una parte la loro "estinzione" a favore di sedi centralizzate poste a grande distanza dalle abitazioni degli utenti, dall'altra un sostanziale status quo, ovvero studi medici isolati non in rete.

6. Il paziente fragile come ulteriore elemento di complessità dell'assistenza primaria.

L'adozione di uno dei tre modelli non risolve comunque la complessità dell'assistenza ai pazienti fragili, in quanto questi ultimi necessitano in gran parte di assistenza domiciliare o residenziale. La soluzione organizzativa di risposta a queste esigenze rinvia alla costruzione di metriche che consentano di associare ad un certo grado di fragilità una appropriata assistenza primaria.

Tra le molte definizioni di fragilità disponibili in letteratura (Fried et al., 2004), i medici di famiglia considerano la fragilità come una condizione che coinvolge soggetti di età avanzata o molto avanzata, cronicamente affetti da patologie multiple, con stato di salute instabile, frequentemente disabili, in cui gli effetti dell'invecchiamento e delle malattie possono essere complicati da problemi di tipo socio economico (solitudine, basso reddito, difficoltà relazionali). Tale condizione, caratterizzata da maggior suscettibilità ad eventi avversi e contemporanea incapacità o ritardo di reazione al cambiamento, è potenzialmente suscettibile di prevenzione e cura mirate attraverso una rete di gestione integrata.

		2. RELAZIONI TRA VARIABILI DEI PROBLEMI				3. INSTABILITÀ CLINICA
		poche	molte	moltissime		
1. PROBLEMI	molti di varia natura (salute, disabilità, gestione, contesto)			PAZIENTE FRAGILE (F)	strutturale e di solito medio-alta	
	uno o più di salute		PAZIENTE CRONICO (C)		possibile e di solito medio-bassa	
	unico di salute	PAZIENTE ACUTO (A)				
		limitata	illimitata			
4. DURATA DELL'ASSISTENZA						

Figura 1 – Pazienti acuti, cronici e fragili

Più in generale possiamo distinguere tre classi di pazienti: acuto, cronico e fragile. Essi si caratterizzano per i diversi valori assunti dalle quattro variabili di figura 1. Il paziente fragile può definirsi un paziente complesso, mentre quello acuto semplice e quello cronico complicato

7. Metrica proposta dei determinanti della fragilità

Gli autori propongono di considerare la fragilità come una condizione di salute - caratterizzata da instabilità - e determinata da problemi appartenenti ad una o più delle quattro seguenti tipologie:

- problemi di salute (S) fisica e psichica: patologie rilevanti per sintomatologia e/o rischio di eventi a rapida progressione e instabilità, ansia, depressione e psicosi, comprensive di quadro reattivo alla prognosi e perdita di ruolo-immagine;
- problemi di disabilità (D) fisica e cognitivo-comportamentale: perdita di autonomia significativa, dipendenza nelle ADL e IADL, perdita di memoria, perdita di equilibrio;
- problemi di gestione (G) del paziente: gestione dei farmaci, alimentazione, igiene, trasporto (accompagnamento), approvvigionamento, gestione economica, rapporti con il sistema socio-sanitario;
- problemi di contesto (C) familiare e socio-ambientale: presenza inadeguata della famiglia, vedovanza, assenza della badante, relazioni sociali deboli o assenti (isolamento), problemi di contesto (barriere architettoniche, precarietà della rete sociale etc.), problemi economici.

All'aumentare dell'età aumenta sia il rischio di diventare fragili, sia il livello di fragilità di un paziente fragile. Ma non per questo l'età è da ritenersi una variabile determinante. In altre parole anche un giovane può essere fragile.

Con riferimento alle quattro tipologie individuate di determinanti della fragilità (Salute, Disabilità, Gestione, Contesto) in sigla SDGC, viene proposta in Tabella 3 una metrica con valori compresi tra 0 e 3.

SCALA DEI DETERMINANTI DELLA FRAGILITÀ (SDGC)				
S - problemi di salute (gravità, comorbilità, politrattamento)	S0 - assenza di patologie	S1 - patologia/e di gravità lieve o media	S2 - patologia/e di gravità elevata	S3 - patologia/e instabili di gravità elevata
D - problemi di disabilità fisica e cognitiva/comportamentale (ADL / IADL)	D0 - assenza di disabilità	D1 - disabilità lievi (fisica: uso del bastone; cognitiva/comportamentale: deficit lieve)	D2 - disabilità parziali (fisica: uso della carrozzina; cognitiva/comportamentale: deficit medio)	D3 - disabilità gravi (fisica: allettamento; cognitiva/comportamentale: deficit grave)
G - problemi di gestione del paziente (sanitaria e non)	G0 - assenza di problemi di gestione del paziente	G1 - problemi di gestione del paziente risolvibili con interventi di un singolo professionista	G2 - problemi di gestione del paziente risolvibili con interventi multiprofessionali	G3 - problemi di gestione del paziente risolvibili con interventi multiprofessionali ad alta integrazione
C - problemi di contesto familiare e socio-ambientale (incluse le badanti)	C0 - assenza di problemi di contesto familiare e socio-ambientale	C1 - problemi di contesto lievi (famiglia e relazioni deboli)	C2 - problemi di contesto medi (famiglia e relazioni molto deboli)	C3 - problemi di contesto gravi (famiglia e relazioni assenti)

Tabella 3 – Metrica proposta dei determinanti della fragilità

Si assume che i determinanti possano assumere valore da 0 (problemi assenti) a 3 (problemi gravissimi) come descritto in tabella 3. Quindi:

- S = problemi di Salute ≤ 3
- D = problemi di Disabilità ≤ 3
- G = problemi di Gestione del paziente ≤ 3
- C = problemi del Contesto familiare e socio-ambientale ≤ 3

Nella definizione della metrica si è privilegiato un approccio macro-analitico rispetto ad uno micro-analitico. Ad esempio rispetto alle 22 variabili proposte dai ricercatori della RAND nel progetto ACOVE (Shekelle et al., 2001), gli autori - analogamente al sistema di classificazione dei tumori TNM che utilizza solo 3 variabili con valori compresi tra 0 e 4 - propongono qui l'utilizzo di 4 variabili determinanti con valori compresi tra 0 e 3.

8. Metrica proposta della fragilità

Una volta individuati i quattro determinanti della fragilità e una volta proposta una loro metrica con valori da 0 a 3, verrebbe quasi naturale definire la fragilità come risultante della somma (o del prodotto o altro) dei quattro valori assunti dai determinanti. Ad esempio, utilizzando per semplicità l'operazione di somma, si otterrebbe: Fragilità Minima = $0+0+0+0 = 0$ e Fragilità Massima = $3+3+3+3 = 12$.

Tuttavia l'interazione tra i determinanti non è nota e non è lineare. Anzi è probabile che la fragilità sia una funzione f non solo dei determinanti proposti (Salute, Disabilità, Gestione, Contesto), ma anche di altre variabili - tra cui ad esempio la sarcopenia - la quale viene qui in prima approssimazione trascurata. Si aggiunga inoltre che f è in realtà non conosciuta nella sua esplicitazione matematica, con possibili retroazioni positive o negative tra le variabili.

In sintesi riteniamo di poter affermare che:

Fragilità = F = funzione $f(S,D,G,C, \text{altre variabili})$ con funzione f non nota

In altre parole riteniamo che non sia corretto ottenere il valore della fragilità come risultato di una elaborazione (ad esempio la somma) del valore dei determinanti, perché innanzitutto non conosciamo la funzione f che mette in relazione la fragilità con i quattro determinanti e inoltre perché probabilmente agiscono - in generale e in via contingente - anche altre variabili come concause della fragilità.

Gli autori suggeriscono quindi di rinunciare ad ottenere un risultato del valore della fragilità a partire dal valore attribuito ai quattro determinanti. Gli autori propongono altresì di attribuire un valore alla fragilità per via sintetica - cioè indipendentemente dal valore precedentemente attribuito ai quattro determinanti - sulla base della metrica proposta in Tabella 4.

SCALA DELLA FRAGILITÀ				
Classe	Fragilità	Tipo di paziente	Stato del paziente	Azione prevalente
F0	Assente	Sano	-	Prevenzione
F1	Lieve	Pre-fragile	Reversibilità	Cura e riabilitazione
F2	Media	Fragile	Reversibilità/Irreversibilità	Presa in cura
F3	Grave	Fragile grave	Irreversibilità	Accompagnamento
T	Estrema	Terminale	Terminalità (indice di Karnofsky < 40%)	Cure palliative

Tabella 4 – La scala della fragilità (F)

La valutazione di Tabella 3 - relativa ai determinanti della fragilità - è “relativamente” oggettiva in quanto è basata su categorie “relativamente” diverse; nell’esempio della disabilità fisica si ha: D1 uso del bastone, D2 uso della carrozzina, D3 allettamento. La valutazione di Tabella 4 - relativa alla fragilità - è “relativamente” soggettiva in quanto è basata su categorie la cui differenziazione è più sfumata: ad esempio reversibilità o irreversibilità dello stato del paziente.

La metrica proposta della fragilità consente a nostro avviso di descrivere in modo chiaro e semplice il livello di fragilità di un paziente. La metrica suggerita individua tre classi di fragilità F1, F2, F3 e due classi ulteriori agli estremi F0 (pazienti sani) e T (pazienti terminali). In Tabella 4 si nota che:

- F0 = fragilità assente, tipica dei pazienti sani
- F1 = fragilità di classe 1, ovvero fragilità lieve, tipica dei pazienti pre-fragili
- F2 = fragilità di classe 2, ovvero fragilità media, tipica dei pazienti fragili
- F3 = fragilità di classe 3, ovvero fragilità grave, tipica dei pazienti fragili gravi
- T = fragilità estrema, tipica dei pazienti terminali.

Se il paziente è sano, l’azione tipica è la prevenzione. La caratteristica della fragilità di classe F1 è la sua reversibilità e l’azione prevalente è la cura e la riabilitazione. La fragilità di classe F2 può essere reversibile oppure irreversibile e l’azione prevalente è la presa in cura. La caratteristica della fragilità di classe F3 è la sua irreversibilità e l’azione prevalente è l’accompagnamento. Se il paziente è in fase terminale (T) l’azione prevalente è costituita dalle cure palliative.

Giunti a questo punto sorge spontanea una domanda: a cosa serve attribuire per via analitica (e relativamente oggettiva) i valori ai quattro determinanti della fragilità, se poi attribuiamo per via sintetica (e relativamente soggettiva) - e indipendente dalla prima attribuzione - un valore alla fragilità?

Risposta: perché i valori attribuiti ai determinanti della fragilità consentono di individuare - secondo uno schema proposto nei successivi paragrafi - la risposta assistenziale più appropriata, mentre il valore attribuito alla fragilità indica lo stato del paziente (vedi figura 2).

In figura 2 le strutture/modelli di assistenza sono distinte in: ambulatoriale (A) articolata in 5 diverse strutture, domiciliare (D) articolata in 3 diversi modelli e residenziale (R) articolata in 5 diverse strutture.

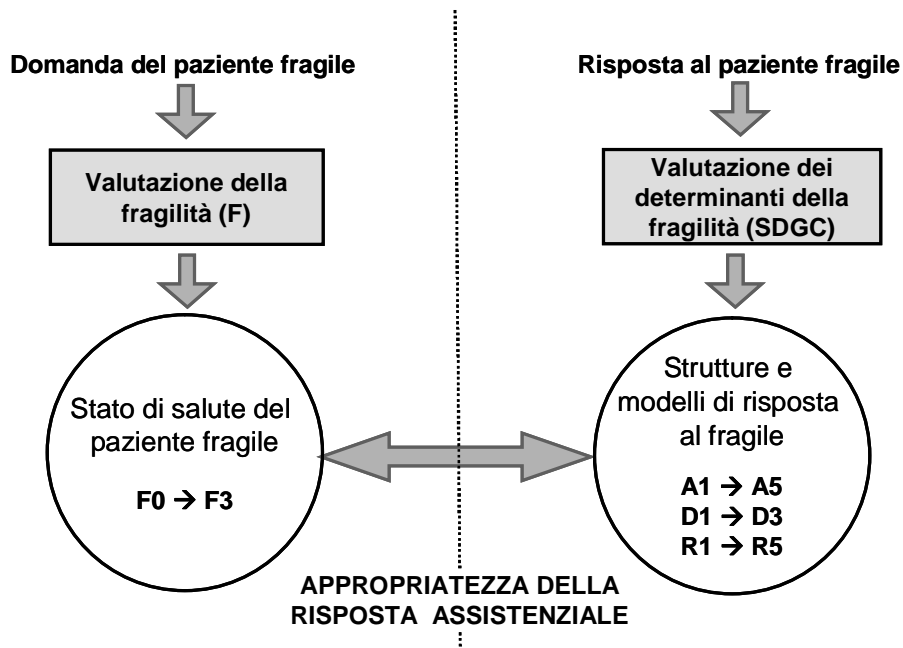


Figura 2 – Appropriata della risposta assistenziale

9. Rappresentazione tridimensionale di determinanti e fragilità

In figura 3 viene illustrata una rappresentazione bidimensionale dei determinanti della fragilità. Nel piano cartesiano sono riportate le quattro tipologie di problemi che determinano la fragilità: problemi di salute (S), disabilità (D), gestione del paziente (G) e contesto familiare e socio-ambientale (C) con i relativi valori 1, 2, 3. In figura 3 è visualizzata in grigio il valore della fragilità nell'ipotesi semplificativa che la fragilità risultante sia l'area sottesa dal quadrilatero individuato dai valori assunti dai quattro determinanti; nell'esempio: salute 3, disabilità 1, gestione del paziente 2, contesto familiare e socio-ambientale 2. Quando tutti e quattro i determinanti hanno valore 3, l'area è massima (rombo bianco).

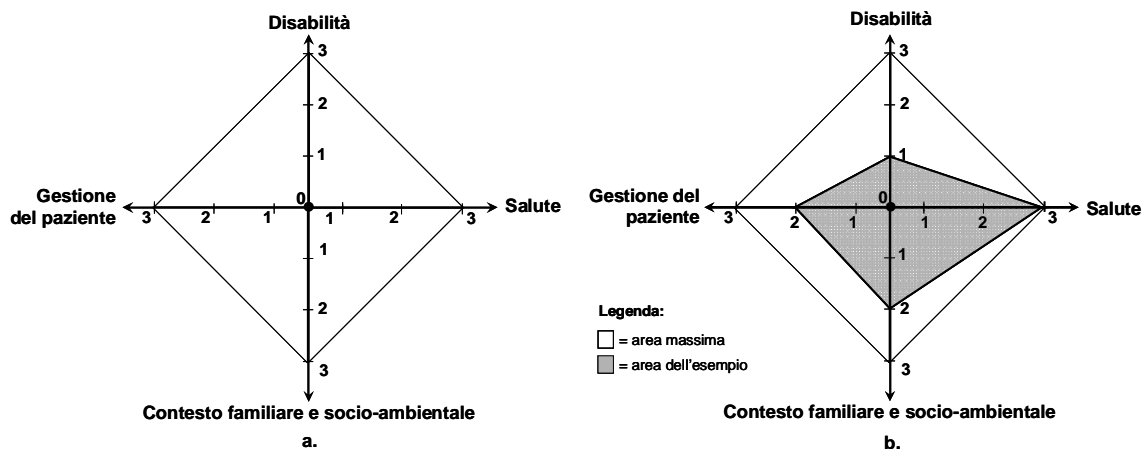


Figura 3 - Rappresentazione grafica dei determinanti della fragilità

A partire dalla rappresentazione bidimensionale del valore dei determinanti (il rombo), la rappresentazione tridimensionale della fragilità è ottenuta mediante una piramide a base quadrangolare (vedi figura 4): la base è individuata dal valore attribuito ai quattro determinanti della fragilità (come in figura 3b) mentre l'altezza è individuata dal valore attribuito alla fragilità.

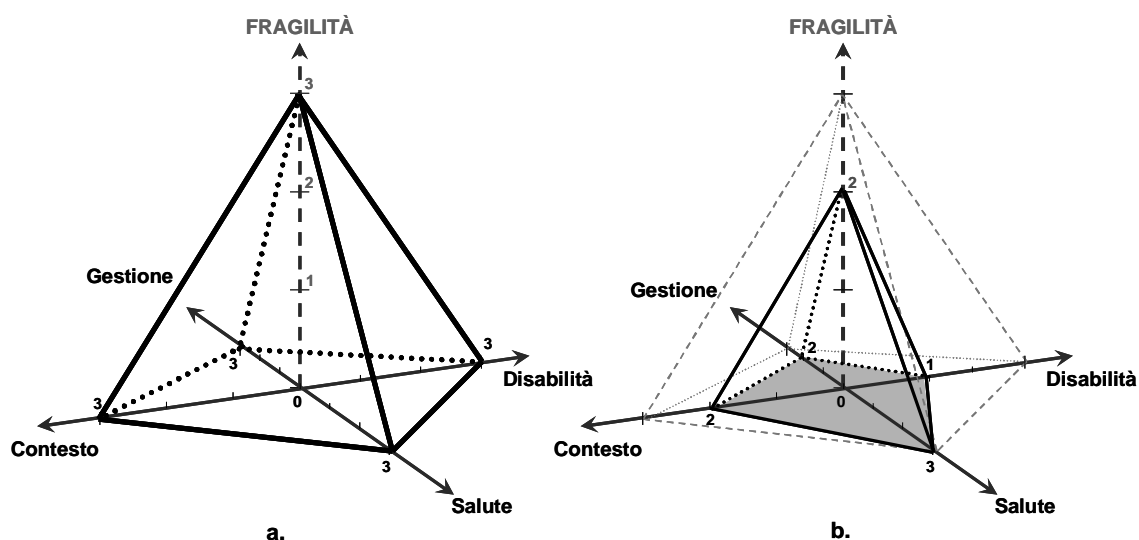


Figura 4 – La piramide della fragilità: rappresentazione tridimensionale della correlazione tra determinanti (SDGC) e fragilità (F)

Il volume della piramide rappresenta graficamente in modo unitario la correlazione tra determinanti e fragilità; infatti:

- i valori attribuiti ai quattro determinanti - ottenuti mediante una valutazione prevalentemente di natura *oggettiva* (vedi Tabella 3) - individuano la base della piramide;
- il valore attribuito alla fragilità - ottenuto mediante una valutazione di natura prevalentemente *sogettiva* riconducibile ad una percezione (vedi Tabella 4) - individua l'altezza della piramide.

Nell'ambito dello studio del fenomeno fragilità, il volume della piramide rappresenta in modo unitario:

- l'approccio *analitico*, utilizzato per individuare i valori dei quattro determinanti della fragilità;
- l'approccio *sintetico*, utilizzato per valutare in modo sistemico la fragilità, che è una funzione non nota dei quattro determinanti.

In figura 4a è rappresentato il caso in cui il valore dei quattro determinanti e della fragilità è massimo, ovvero pari a 3. In figura 4b è rappresentato il medesimo esempio di Figura 3b con gli stessi valori dei determinanti (salute 3, disabilità 1, gestione del paziente 2, contesto familiare e socio-ambientale 2) e con il valore della fragilità pari a 2.

10. Classi di assistenza

A partire dalla classificazione proposta nel precedente paragrafo dei determinanti e della fragilità, gli autori intendono ora proporre un percorso volto ad individuare le strutture e i modelli di assistenza primaria idonei a fronteggiare la fragilità, e quindi definire i livelli necessari di integrazione tra attori e strutture dell'assistenza socio-sanitaria.

Le classi di assistenza primaria possono essere individuate incrociando due delle quattro variabili determinanti della fragilità: in figura 5 l'incrocio delle due variabili determinanti della fragilità -disabilità (D) e contesto familiare e socio-ambientale (C) - consente di identificare le tre classi di assistenza primaria: ambulatoriale A, domiciliare D e residenziale R.

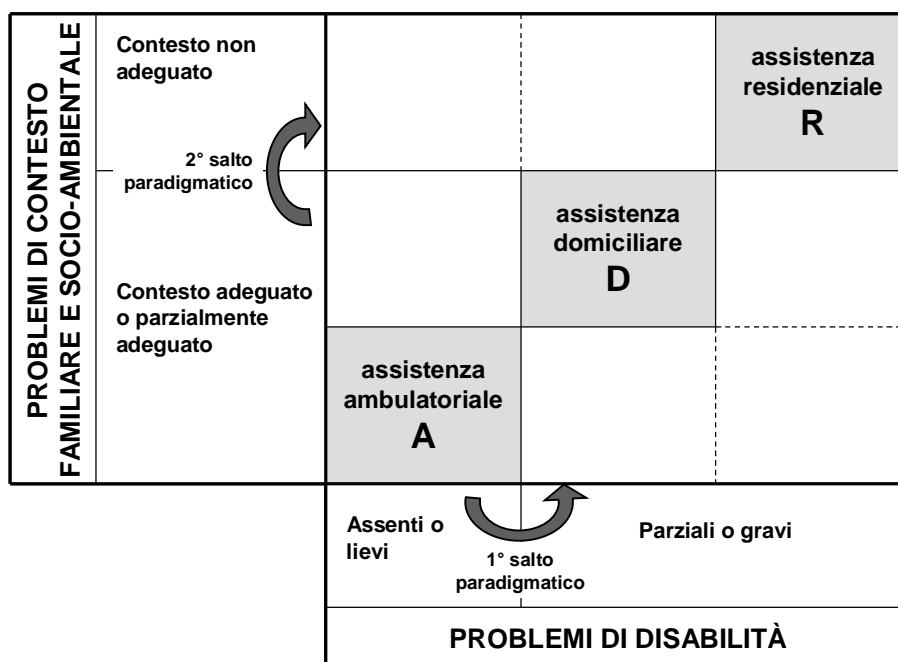


Figura 5 – Classi di assistenza primaria: ambulatoriale A, domiciliare D, residenziale R

Nella figura 5 si sono evidenziati due salti paradigmatici. Il primo salto paradigmatico è correlato all'assenza o presenza (parziale o totale) di problemi di disabilità. La prima definizione dell'ambito appropriato di assistenza non è la malattia, bensì la capacità o meno dell'assistito di recarsi autonomamente in ambulatorio. Venendo a mancare l'autonomia funzionale c'è la necessità di ricevere assistenza presso il proprio domicilio o presso una residenza assistenziale. Questo primo salto paradigmatico comporta il passaggio da una cura non dedicata (ambulatoriale) ad una cura dedicata (domiciliare o residenziale).

Il secondo salto paradigmatico è costituito dalla presenza o assenza di un contesto familiare e socio-ambientale adeguato alle esigenze del paziente. Infatti la persona non autonoma, ma dotata di sufficiente supporto familiare e socio-ambientale, può beneficiare di cure presso la propria abitazione, mentre in assenza di un appropriato supporto l'unica alternativa possibile è quella di essere curato presso una struttura residenziale oppure in ospedale.

11. Classi e metrica di integrazione organizzativa

Caratteristiche fondamentali che qualificano l'assistenza primaria sono il livello di integrazione ed il grado di formalizzazione tra attori e strutture. Più precisamente le variabili fondamentali dell'integrazione organizzativa sono quattro:

1. numero e diversità degli attori;
2. livello di integrazione tra gli attori;
3. livello di integrazione tra le strutture;
4. grado di formalizzazione dell'integrazione.

In tabella 5 viene proposta la metrica da I0 a I1 distinta tra assistenza da un lato ambulatoriale e domiciliare e dall'altro residenziale. È chiaro che maggiore è il livello di integrazione e maggiore è il livello di servizio erogato e maggiori sono i costi per sostenerlo.

SCALA D'INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA PER L'ASSISTENZA			
Classe	Integrazione	Descrizione	
		AMBULATORIALE E DOMICILIARE	RESIDENZIALE
I0	Nulla	Nessun coordinamento tra attori	Nessun coordinamento tra attori
I1	Bassa	Coordinamento tra paziente, famiglia e operatori mediante diario clinico assistenziale	Coordinamento tra paziente, famiglia, MMG e operatori residenziali mediante registro delle consegne
I2	Media	Coordinamento tra paziente, famiglia e operatori mediante diario clinico assistenziale, telefonate e incontri	Coordinamento tra paziente, famiglia, MMG e operatori residenziali mediante registro delle consegne e PAI (Piano Assistenziale Individuale)
I3	Alta	Coordinamento tra paziente, famiglia e operatori e mediante diario clinico assistenziale, telefonate, incontri e piano assistenziale	Coordinamento tra paziente, famiglia, MMG e operatori residenziali mediante registro delle consegne, PAI (Piano Assistenziale Individuale) e incontri periodici della UOI (Unità Operativa Interna)

Tabella 5 – Metrica proposta dell'integrazione organizzativa

12. Corrispondenza tra strutture e modelli di assistenza e classi di fragilità

Se incrociamo le tre classi di assistenza - ambulatoriale, domiciliare e residenziale - individuate a partire da due variabili determinanti di fragilità, con le tre classi di integrazione organizzativa identificate dalle quattro variabili di integrazione, si ottiene una classificazione delle strutture e dei modelli di assistenza (vedi figura 6).

Si noti come le strutture e i modelli si dispongano lungo la diagonale e come il livello di integrazione cresca all'interno della stessa classe di assistenza, rispettivamente da A-I1 fino ad A-I3, da D-I1 fino a D-I3 e da R-I1 fino a R-I3.

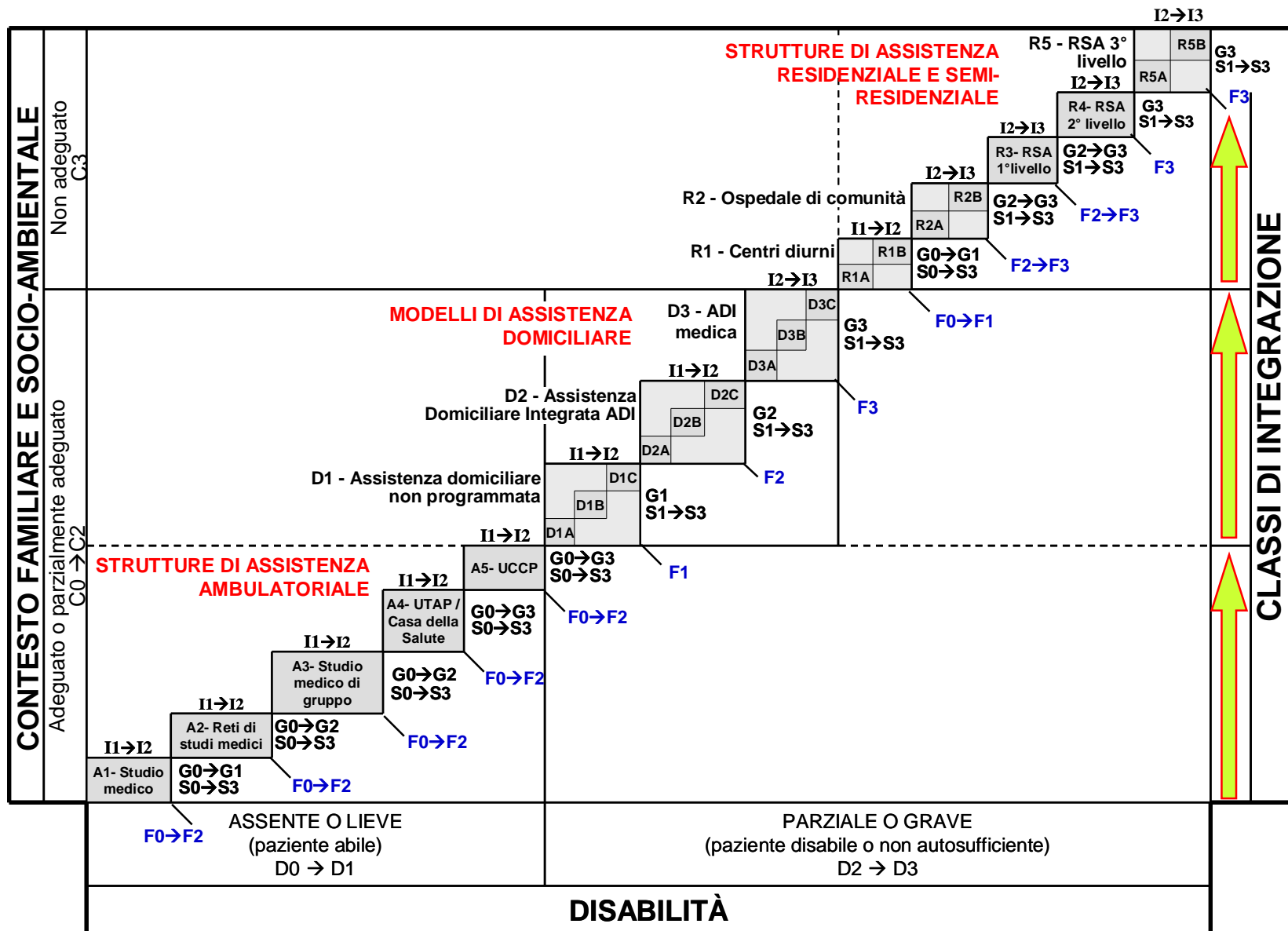


Figura 6 – Corrispondenza tra strutture/modelli, classi di assistenza, integrazione e fragilità (NB: in figura sono indicate le fragilità e le integrazioni massime)

Nella figura 6 sono riportati le strutture e i modelli di assistenza primaria - distinte in strutture di assistenza ambulatoriale, modelli di assistenza domiciliare e strutture di assistenza residenziale - esistenti oggi in Regione Veneto. A livello nazionale esistono delle varianti che comunque sono riconducibili alle tipologie evidenziate.

In conclusione si individuano tre classi di assistenza, con l'ordinata a sinistra che specifica la presenza o l'assenza di un sostegno familiare e/o sociale (rete informale) mentre l'ordinata a destra individua il livello dell'integrazione tra attori e strutture.

All'interno dell'assistenza ambulatoriale vengono identificate cinque strutture di servizio assistenziale indicate da A1 fino a A5, all'interno dell'assistenza domiciliare vengono identificati tre modelli di assistenza domiciliare indicati da D1 fino a D3 e all'interno dell'assistenza residenziale vengono identificate cinque strutture di servizio assistenziale indicate da R1 fino a R5.

Sempre in figura 6 è proposta una corrispondenza tra classi di fragilità (che individuano uno stato e quindi un bisogno del paziente) e classi di strutture e modelli di assistenza primaria comprensive delle classi di integrazione (che individuano un risposta assistenziale). L'ambizione è quella di formulare una corrispondenza "appropriata", nel senso che ad una certa classe di fragilità sia associata una risposta assistenziale appropriata. Per semplicità grafica in figura 6 sono indicate le classi di fragilità e le classi di integrazioni massime per ogni struttura/modello di assistenza. Ad esempio l'ADI si caratterizza per pazienti al massimo di fragilità F4 con livello massimo di integrazione tra attori e strutture pari a I3; lo studio medico di gruppo e le reti di studi medici si caratterizzano per pazienti al massimo di fragilità F2 con livello massimo di integrazione tra attori e strutture pari a I3.

La figura 6 rappresenta un punto di arrivo, nel senso che riassume l'utilizzo delle metriche di fragilità (e dei suoi determinanti) e delle classificazioni delle risposte assistenziali al fine di individuare una risposta appropriata alle esigenze del paziente fragile.

Si noti come nel determinare la risposta assistenziale:

- problemi di Disabilità e problemi di Contesto familiare e socio-ambientale sono variabili di primo livello in quanto determinano le classi di assistenza: A-D-R (le due variabili sono infatti rispettivamente l'asse x e l'asse y della figura 6)
- problemi di Salute e problemi di Gestione del paziente sono variabili di secondo livello in quanto - all'interno della classe di assistenza (A, D, R) - determinano rispettivamente struttura /modello di assistenza (A1→A5, D1→D3, R1→R5) e classe di integrazione (I1→I3).

13. Conclusioni

Nella prima parte del presente lavoro abbiamo tentato di descrivere come il cambiamento di contesto economico, sociale e relazionale implica un cambiamento del modello tradizionale di assistenza primaria basato su sedi periferiche non in rete. Abbiamo individuato tre diversi modelli di articolazione dell'assistenza primaria (sede centrale, reti di sedi singole, sede centrale + sedi periferiche) evidenziandone punti di forza e di debolezza.

Nella seconda parte del contributo abbiamo tentato di evidenziare come l'assistenza al paziente fragile richieda non solo assistenza ambulatoriale, ma anche e soprattutto domiciliare e residenziale, con aumento della complessità di decodifica dei bisogni (derivanti da problemi di salute, disabilità, contesto familiare e gestione) e di scelta della risposta assistenziale.

Per risolvere questa difficoltà gli autori hanno proposto una codifica della fragilità secondo due approcci: uno analitico finalizzato ad individuare le risposte assistenziali e uno sintetico o sistemico orientato a descrivere in modo olistico lo stato del paziente. Questo è un esempio di come i due approcci possano coesistere in modo efficace nella soluzione di problemi non banali.

Dal punto di vista dell'organizzazione sanitaria, nel contributo sono state proposte varie riflessioni volte a:

- lato domanda
 - definire il paziente fragile differenziandolo dal paziente acuto e dal paziente cronico;
 - proporre una metrica dei determinanti della fragilità con l'individuazione di quattro classi distinte;
 - proporre una metrica della fragilità con l'individuazione di cinque classi distinte;
- lato offerta
 - classificare le strutture e i modelli di risposta di assistenza primaria, con l'individuazione di cinque classi di strutture di assistenza ambulatoriale, tre classi di modelli di assistenza domiciliare e cinque classi di strutture di assistenza residenziale;
 - classificare l'integrazione tra attori e strutture con l'individuazione di quattro classi distinte di integrazione;
- incrocio domanda-offerta
 - individuare le corrispondenze tra domanda (classi di pazienti fragili) e offerta (classi di strutture-modelli di risposta e classi di integrazione) al fine di garantire una risposta appropriata ed efficace.

Le riflessioni e le proposte sviluppate nel lavoro si avvalgono di anni di sperimentazioni di nuove modalità di organizzazione dell'assistenza primaria maturate da un gruppo di medici di famiglia a partire dal 2000. Essi hanno operato in collaborazione con altri professionisti sanitari nel quadro di progetti regionali e di unità sanitarie locali del Veneto. Con la pubblicazione di un libro sul tema (2010) gli autori hanno colto l'occasione per raccogliere, organizzare e presentare i risultati ottenuti e di proporre nuovi e più avanzati modelli organizzativi dei servizi sanitari primari rivolti ai pazienti fragili. Queste sperimentazioni sono state finalizzate da un lato ad aumentare l'efficacia della risposta e dall'altro ad evitare un numero eccessivo di ricoveri ospedalieri inappropriati.

E' stata sviluppata una scheda di valutazione multidimensionale del paziente fragile (denominata SVAFRA), formulata sulla base dell'impianto teorico descritto. La scheda è stata presentata, discussa e migliorata nei corsi regionali di formazione del Veneto rivolti a 4.500 medici di medicina generale tra giugno e novembre 2009. La scheda è stata quindi sperimentata da un gruppo di 50 medici di medicina generale del Veneto su un totale di circa 1.000 loro assistiti tra Dicembre 2009 e Marzo 2010. Oggi è stata informatizzata ed è utilizzata in via sperimentale in alcune gruppi organizzati di medici di medicina generale del Veneto.

La descrizione, l'interpretazione e la modellizzazione dell'esperienza maturata è stata possibile grazie al fertile incontro delle diverse competenze degli autori: quelle sanitarie di assistenza primaria e quelle manageriali di organizzazione dei servizi. Il denominatore comune che ha generato la collaborazione tra i due mondi è stato di natura metodologica, ovvero l'applicazione di un approccio sistemico. Si sono utilizzati modelli e teorie dell'organizzazione e del management, sia classiche che avanzate,

secondo i principi delle recenti scienze della complessità. I sistemi adattativi complessi sono stati una chiave di lettura importante per comprendere e rappresentare i fenomeni evolutivi che caratterizzano i pazienti, i pazienti fragili e i modelli di assistenza primaria.

Biblio-sitografia

American Medical Association, 2009. “What do patients really want from you?”, <http://www.ama-assn.org/amednews/2009/04/27/>.

Cornaglia Ferraris P., 2002. Il buon medico, chi come e dove, Laterza Editore, Roma.

De Toni A. F., Giacomelli B. Francesca, Ivis Stefano, 2010. Il mondo invisibile del paziente fragile, UTET, Torino.

Fried L. P., Ferucci Luigi, Darer Jonathan et al., 2004. “Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care”, J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci., volume 59 (3): 255-63.

Maciocco G., redazione salute internazionale, info, 2011. “Assistere le persone con condizioni croniche”, 23 giugno. <http://saluteinternazionale.info>

Maciocco G., Salvadori P., Tedeschi P., 2010. “Le sfide della sanità americana”, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

Regione del Veneto, 2006. “Accordo Regionale in attuazione dell'ACN reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella Conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale”, DGR 4395 del 30/12/05, Allegato A: BUR n. 16 del 14/02/2006. <http://www.regione.veneto.it/>

Regione del Veneto, 2011. DRG 1666 del 18-10-2011. assistenza territoriale tramite le cure primarie, Linee di indirizzo e operative per l'attuazione della DGR n. 41 del 18-1-2011 - Medicina generale, www.regione.veneto.it.

Ricciardi W., 2012. Il futuro ruolo di manager per il Medico di famiglia. Esperienze esistenti e prospettive”, Convegno Keiron, Il management nell'Assistenza Primaria, Padova, marzo.

Shekelle P. G., MacLean C. H., Morton S. C., Wenger N. S., 2011. “Assessing Care of Vulnerable Elders: Methods for Developing Quality Indicators”, Annals of Internal Medicine, Volume 135, Numero 8 (Parte 2): pp. 647-652, 16 ottobre.

SISAC “Accordo Collettivo Nazionale, 2010. Disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale”, 8 luglio, www.sisac.info.

Valcanover F., 2003. in Caimi V., Tombesi M., a cura di, Medicina Generale, UTET, Torino.

WONCA, 2002. Definizione di Medicina Generale/di Famiglia, http://www.medicinagenerale.org/wonca_europe.html.