

Forme organizzative territoriali della MdG

LA PERCEZIONE DEGLI UTENTI

Uno studio sul grado di soddisfazione degli assistiti

Tabella 1



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA
Dipartimento di Psicologia
Prof.ssa Olimpia Pino

Rilevazione del gradimento percepito dagli assistiti nei confronti delle forme organizzative territoriali della Medicina Generale (medici singoli e medici in gruppo) della provincia di Parma, 2010. (prima parte)

Presentazione

La relazione tecnica su quelli che sono gli esiti preliminari della ricerca (prima parte), eseguita con una metodologia corretta, richiede comunque un ulteriore approfondimento (seconda parte) al fine di reperir fattori aggiuntivi o criteri in grado di individuare le differenze esistenti tra metodi organizzativi diversificati presenti nella medicina generale territoriale.

Nella prima parte la ricerca ha esaminato gli elementi di omologazione tralasciando una valutazione più approfondita delle differenze e delle specificità, destinata ad una seconda parte, che richiederà a sua volta la costruzione di ulteriori questionari differenziati e non uniformi per operatori e assistiti che operano o che frequentano medici che lavorano individualmente, o che operano in associazione-rete o che sono organizzati in medicina di gruppo.

Dovendo indagare le differenze esistenti tra modalità organizzative dissimili nella medicina territoriale occorre preliminarmente approfondire

alcune evidenze. I dati diffusi tra le organizzazioni territoriali dei mmg pare indichino come inevitabile che una organizzazione tipo una Medicina di Gruppo con caratteristiche gestionali-organizzative veritiere (o le futuribili UCCP intese come MdG avanzate) possa produrre costi economici più elevati.

Quando invece si considerano esiti

Tabella 2

Sintesi dei dati fondamentali della ricerca (prima parte)

Lo studio è stato condotto in collaborazione tra il Centro Studi Programmazione Sanitaria (CSPS) della Regione Emilia Romagna del Sindacato dei Medici Italiani (SMI) e l'università di Parma (Dipartimento di Psicologia, Prof.ssa Olimpia Pino) con lo scopo di realizzare una ricerca di Tutte le decisioni che possono coinvolgere un intero sistema sociale-politico-economico devono essere sostenute da dati incontrovertibili e spendibili su media e nei vari tavoli istituzionali.

tra assistiti e medici della provincia di Parma con l'intento di valutare, sul campo, il gradimento espresso dagli utenti (clienti esterni e clienti interni) in merito all'organizzazione territoriale della medicina generale (medici singoli, medici in rete, medicina di gruppo).

- È stata eseguita una indagine preliminare bibliografica recente sul tema analizzato riportato al termine del testo originale della ricerca
- È stata compiuta una analisi generale dello stato dell'arte
- Sono stati posti degli endpoints
- Sono stati progettati e redatti questionari riguardanti la customer satisfaction da somministrare agli assistiti e ai medici costruiti ad hoc e testati precedentemente su campioni ridotti
- È stato utilizzato il questionario già validato questionario Europep-Ita 2007 e il test

Tabella 3

Conclusioni della ricerca (prima parte)

Il confronto tra percezione espresse dagli assistiti e dai Medici in merito alle organizzazioni che operano in gruppo e a quelle non operano in gruppo ha permesso di ottenere un questionario utilizzabile sia per gli utenti che per gli operatori.

Dai dati ottenuti non sembrano emergere differenze significative nella percezione specifica degli assistiti riguardo le due tipologie di organizzazione.

A questo punto è senz'altro necessario analizzare le caratteristiche psicometriche su un campione di soggetti più esteso (seconda parte della ricerca)

sanitari e psico-sociali gli eventuali numeri/dati prodotti tendono ad essere registrati con un segno negativo. La somma dei costi con segno + e di quelli sanitari e psico-sociali con segno - nella realtà potrebbero dare un risultato finale di costo economico complessivo ridotto.

NCP e accessi al PS e i Punti Bianchi

Paradossalmente, dai dati accumulati in questi anni, pare che alcuni NCP (Nuclei di Cure Primarie) non considerati tra i più virtuosi dal punto di vista della spesa farmaceutica-laboratoristica-specialistica abbiano poi evidenziato minori accessi al PS e ridotti ricoveri ospedalieri rispetto alle medie aziendali e distrettuali. Per altri NCP la minor spesa complessiva farmaceutica-laboratoristica-specialistica ha comportato invece un incremento degli accessi al PS e di ricoveri ospedalieri.

È possibile, quindi, che quando un assistito percepisce, anche soggettivamente, di non essere seguito adeguatamente possa esprimere una scala gerarchica dei propri bisogni nella quale, specificatamente, l'accesso al PS diventa una polarità di riferimento assoluto ed estrema: è certo infatti che il quel luogo troverà gratuità, immediatezza, competenza, l'imminenza, l'immanenza, verità e carità.

Questo presupposto (senz'altro un preconcetto) porta il cittadino a scavalcare sistematicamente e automaticamente eventuali ulteriori opportunità poste ai gradini inferiori della scala gerarchica della soddisfazione dei bisogni.

Il fenomeno è talmente reale che le autorità politiche hanno considerato utile istituire i punti bianchi cioè punti di raccolta delle non urgenze al fine di non intasare e non inquinare il concetto stesso di urgenza. Quando poi i punti bianchi sono nelle immediate vicinanze se non all'interno degli stessi PS la contaminazione comportamentale e cognitiva è semplicemente assicurata. Se il punto bianco viene invece proposto come

integrativo alla guardia medica assume un importante significato organizzativo (fino alla strutturazione dei NCP-AFT-UCCP). Quando al contrario il punto bianco H24 ha finalità di assistenza alle non emergenze, in quanto gli assistiti considerano di non avere interlocutori validi sul territorio, il servizio diventa improprio.

In un tempo di estrema attenzione all'aspetto economico è prevedibile che un passo successivo consideri la possibilità di richiedere una quota di partecipazione a chi accede al PS in modo improprio (es.: non consigliato dal proprio mmg) oppure, come già è capitato per molte sedi della ex-guardia medica potrebbe essere considerato opportuno dai decisori (Aziende Ausl) esternalizzare i punti bianchi a strutture accreditate-convenzionate (associazioni di volontariato).

Strutture intermedie

Nonostante le pressanti richieste dei mmg non vi è stato lo stesso impegno istituzionale al fine di costruire strutture intermedie territoriali che siano in grado di produrre una azione di filtro e di orientamento coerenti ai bisogni e ai consumi socio-sanitari documentati a livello di quel territorio (carenza di day hospital fruibili effettivamente dai mmg; day-hospital surrogati in modo insufficiente da strutture private accreditate; hospice malamente inseriti nella rete dei servizi senza trasparenza; mancanze di strutture/locali per forme associative complesse uniformemente distribuite in modo equanime; ridotta capacità motivazionale e coinvolgimento dei mmg che operano singolarmente per un eccesso di concentrazione, negli anni, su strumenti esclusivamente economici; mancata attivazione di progetti/iniziativa pubblicate e presentate ufficialmente alle aziende in grado di incrementare l'adesione dei mmg ai programmi e agli obiettivi aziendali, di aumentare la fiducia dei mmg nelle aziende e di far crescere la credibilità delle aziende stesse...).

Le diverse forme organizzative territoriali

È necessario a questo punto riflettere attentamente sulle differenze esistenti tra forme organizzative territoriali della medicina generale: secondo quanto viene sostenuto da coloro che vengono definiti *innovatori* le Medicine di Gruppo (NCP-MdG-UCCP) possono rappresentare un forte vantaggio assistenziale. Per i così detti *conservatori* la MdG non è un valore aggiunto ma è sovrapponibile al servizio offerto dai medici che lavorano singolarmente (conclusione della prima parte della ricerca).

Queste due tesi richiedono approfondimenti ulteriori mediante la somministrazione di nuovi questionari (che verranno inseriti nella seconda parte della ricerca) sulla soddisfazione dei consumatori-clienti. Con i nuovi modelli si tenterà di indagare le differenze e le disomogeneità: a chi frequenta, utilizza o opera in una medicina tradizionale-singola verranno rivolte domande sulla medicina di gruppo in termini di aspettative. A chi opera o frequenta una medicina di gruppo si presentano quesiti sulla medicina tradizionale. Tutto ciò per capire da un lato quante attese vi sono nei soggetti che accedono al medico organizzato in modo singolo, dall'altro per comprender eventualmente quanto di superfluo si sta offrendo e quanto questo potrebbe impattare sulla quotidianità. Queste indicazioni/informazioni sul gradimento effettivo permetteranno di superare fenomeni psico-sociali derivanti da atteggiamenti di ignoranza o di assuefazione (se non conosco come faccio a valutare se un prodotto mi serve o no).

Nel caso venissero riconfermati i dati emersi dalla prima parte di questa ricerca sarebbe necessario rivedere profondamente la politica sanitaria in atto e l'avvenuta mancata valutazione oggettiva dei bisogni territoriali. Nel caso contrario diventa assolutamente necessario validare nuovi potenziali indicatori orientati, diversa-

Tabella 4

- Alcune di queste iniziative/progetti, pubblicati, già più volte presentati, ufficialmente alle aziende con spirito di fattiva collaborazione non hanno poi ottenuto l'attenzione che i mmg si aspettavano, possono essere riassunti in questo elenco ridotto:
- le riunioni di NCP devono poter assolvere completamente ai debiti/crediti ECM per quell'anno (strutturazione di relatori, segreteria scientifica, segreteria organizzativa e contenuti economici)
 - **attività o parere di primo livello** in merito a quadri patologici definiti e condivisi espresso da colleghi componenti di un NCP con specifiche competenze che, con spirito di servizio, si mettono a disposizione dei colleghi stessi appartenenti al NCP per contribuire ad una riduzione di liste d'attesa causate da multiformi accessi non appropriati ed in grado di essere risolti a livello di cure primarie territoriali (necessità di strutturazione e di contenuti economici adeguati).
 - coinvolgimento ed integrazione fattiva della Guardia Medica/Continuità Assistenziale con i NCP ed in particolare attivazione del progetto pronta attivazione della Guardia Medica /Continuità Assistenziale in caso di **catastrofi e disastri** che attualmente sono all'ordine del giorno e che non ammettono più impreparazione di sorta
 - integrazione dei NCP con alcuni servizi territoriali come ad es.: il SerT per problematiche emergenti come la dipendenza giovanile e le degenerazioni mentali giovanili (definite per comodità demenze giovanili) rendendo operativo il progetto **prevenzione ed orientamento con una azione di sostegno ai genitori** (questo progetto è stato studiato con la collaborazione del volontariato a causa delle drammatiche emergenze che si vivono nelle periferie delle nostre città da parte di genitori e dai parenti coinvolti in problematiche di dipendenza)
 - Pronta Valutazione Infermieristica: con questo progetto il NCP considera la possibilità di un coinvolgimento dei colleghi infermieri di MdG o di UCCP per attività integrative o di supporto svolte di sabato e domenica in collegamento telefonico con i mmg dello stesso NCP o con i medici della Continuità Assistenziale operanti nel medesimo NCP
 - **Educazione Sanitaria nelle sale d'aspetto** delle medicine associate (MdG, UCCP): la finalità è quella di utilizzare il tempo d'attesa come tempo piacevole ma nello stesso tempo utile per messaggi di educazione sanitaria grazie ad un sistema già collaudato di presentazione in power point molto brevi, accompagnati da commenti vocali professionali o da musica che si mostrano a ciclo continuo ma per tempi definiti per non rischiare di confondersi con spot pubblicitari (dove l'ambiguità e l'aggressività possono non essere appropriati ad un consiglio nel quale deve trasparire la cultura medica contenuta)
 - **Omogeneità ed equità nella reperibilità di locali** adeguati all'associazionismo avanzato con il necessario contributo degli attori interessati e con esperienza in materia derivata dalle esperienze accumulate in questi anni di attività territoriale nelle MdG avanzate

mente agli indicatori ampiamente utilizzati attualmente, a considerare non solo la performance economica (ad es. di un NCP o di una MdG o di una UCCP) ma anche il valore gerarchico di elementi scelti dalla clientela interna ed esterna. Naturalmente anche i nuovi criteri necessiteranno di pesatura al fine di renderli uniformi, equivalenti e con pari dignità verso i criteri economici tradizionalmente in uso.

Il completamento della ricerca permetterà quindi di capire quanto può essere importante un NCP, una MdG o una UCCP. Ma aiuterà anche a definire come i medici di base, in qualunque configurazione essi si trovino, possano essere valutati non solo con parametri economici numerici ma anche con parametri di diversa natura che siano maggiormente corrispondenti alla qualità del servizio che si eroga.

Le organizzazioni territoriali della medicina generale (MCP, MdG, UCCP) interpretano effettivamente esigenze assistenziali espresse dai clienti interni ed esterni rispetto a quella offerta dai mmg che operano individualmente o rappresentano una

manifestazione strategica delle aziende e dei decisori per rendere sempre più sostenibile il SSN e il SSR?

L'approfondimento dello studio di customer satisfaction potrebbe far emergere definitivamente gradimenti orientati a premiare la medicina non praticata in gruppo (es.: soggetti che richiedono un individualismo particolare, una riservatezza ed una personalizzazione del servizio...).

La politica sanitaria potrebbe però, assumendosene la responsabilità, concentrare il proprio potere decisionale, indipendentemente dalle indagini sul gradimento, più sulla sostenibilità dei servizi (es.: i vari gradi di associazionismo). In questo caso il senso di equità e di responsabilità dei decisori dovrebbe poter offrire la stessa opportunità a tutti coloro (mmg) che desiderassero intraprendere questa esperienza.

Riflessioni in merito alla ricerca

La ricerca ha valutato in modo omogeneo le aspettative degli assistiti e ha dimostrato come molte persone dimostrino come le prassi siano ade-

quate per loro così come sono (medici singoli) e non notano differenze specifiche tra forme associative e medici che lavorano da soli nel proprio studio.

È possibile che questi dati siano emersi proprio per il fatto che molte organizzazioni associative (NCP, AFT, MdG, UCCP) non sono in grado di "vendere" o di mostrare, o peggio sono capaci di nascondere molto bene, le differenze ed i vantaggi concreti per gli assistiti.

Forse le persone si sono velocemente assuefatte alle modifiche organizzative (ciò è dimostrato dagli atteggiamenti di consumo del servizio *medicina di gruppo* nel suo complesso che è notevolmente aumentato) e rischiano di non ricordare più come fosse diverso il servizio prima della nuova forma di organizzazione. Il fenomeno dell'assuefazione in merito alla qualità dei servizi può inficiare le conclusioni di una ricerca se questa rimane eccessivamente concentrata sull'omogeneità.

Quando invece si organizza una ricerca in grado di analizzare le differenze, i dati che ne derivano possono aiutare a orientare o a compren-

dere obiettivamente le eventuali variabilità esistenti tra due forme organizzative di assistenza territoriale diverse tra loro.

È già stato evidenziato come in caso di uno studio ben condotto che confermasse l'assenza di differenze tra due forme di organizzazioni territoriali assistenziali costringerebbe a rivedere linee politiche sanitarie nazionali.

È ugualmente palese che alcuni standard qualitativi e oggettivi di questi servizi e queste organizzazioni territoriali dell'assistenza di base (MCP, AFT, MdG, UCCP) sono già evidenti (maggiore orario, maggiore copertu-

ra, maggiore accoglienza, maggiore accessibilità, maggiore personale, maggiore informatizzazione...) ma è il gradimento espresso da clienti e non gli standard qualitativi oggettivi di un servizio che possono effettivamente condizionare le scelte politiche: infatti dati forti come quelli estratti da una ricerca di customer satisfaction sono spendibili sui media e sui tavoli istituzionali più importanti.

L'architettura e la re-ingegnerizzazione di servizi più centralizzati favorisce certamente la sostenibilità di prestazioni integrate perché utilizzabili anche dal medico che continua

ad operare senza far parte di organizzazioni più strutturate. Infatti i mmg che operano in una Medicina di Gruppo avanzata o UCCP (Hub), tutti comunque inseriti in un NCP, possono connettersi direttamente e reciprocamente anche con medici che operano singolarmente (Spoke) condividendo servizi a misura ed in sintonia con il territorio del NCP e con le varie tipologie di assistiti. Per le zone disagiate o di montagna l'hup potrebbe addirittura essere considerato un reparto ospedaliero territoriale di medicina generale. Questo permetterebbe di creare una economia di scala in grado di massimizzare le risorse, le esperienze, i servizi, i saperi, la logistica (equamente distribuita).

D'altra parte l'esperienza recente derivata dalla gestione integrata di alcuni servizi (es.: prenotazioni presso le farmacie o la distribuzione per conto) non ha alla fine influito e non avrebbe mai potuto pesare sul valore della funzione del mmg per il SSN e il SSR in quanto a quel livello manca una cultura specifica di controllo, di filtro, di guida alla appropriatezza potenzialmente presenti invece in un cup o in una distribuzione diretta gestita all'interno di una MdG-UCCP. Inoltre questi continui passaggi tra distribuzione diretta e per conto creano confusione negli operatori e nei pazienti con l'effettivo rischio di vanificare la buona pratica creata in anni di impegno da parte dei mmg. È evidente l'interesse ed i vantaggi che questa iniziativa ha procurato alle farmacie dove il probabile impegno economico e di risorse umane è stato compensato da un consistente indotto assolutamente lecito e comprensibile (obbligatorio) per una impresa privata.

Se invece i professionisti di un NCP partecipano insieme a diffondere e a divulgare le basi della conoscenza sperimentano un senso di reciprocità di intenti e di impegni. Questo sarebbe ancor più vero se alcune idee progettuali non restassero abbandonate nei cassetti aziendali perché considerate inconsistenti (vedi tabel-

Tabella 5

Carico di lavoro

in una MdG composta da 5 medici, 2 segretarie, 1 infermiera, Capo-Sala, 1 addetto alla manutenzione e alle pulizie.

(prima parte): gli accessi

- ogni paziente si reca, in dal proprio medico curante 7-8 volte l'anno (media assoluta)
- se un medico di famiglia ha in carico 1500 (+) assistiti può raggiungere la cifra di 12.000 accessi annui.
- se il medico lavora in gruppo con altri 5 colleghi si arriva alla considerevole cifra di 60.000 accessi annui per la struttura (MdG).
- se si ipotizza un NCP avanzato cioè una UCCP nel quale operano 10-20 MMG di assistenza primaria si raggiungono valori di 120- 240.000 accessi annui per la struttura

Tabella 6

Carico di lavoro

in una MdG composta da 5 medici, 2 segretarie, 1 infermiera, Capo-Sala,

(seconda parte): i contatti

- ogni medico ha in media 40-45 contatti al giorno di assistiti regolarmente iscritti.
- per la struttura diventano 200 contatti al giorno, 1000 contatti la settimana lavorativa, 4000 al mese, 48.000 all'anno
- i prelievi sono 1600 annui
- l'attività cup 5000 all'anno
- per una UCCP nella quale operino 10 oppure 20 mmg si potranno avere gli stessi valori moltiplicati per 2 o 4 volte

Tabella 7

Carico di lavoro

Attuale suddivisione oraria settimanale per un medico di AP che operi singolarmente o in un NCP-AFT o in una Medicina di Gruppo avanzata (non sono ancora state attivate le UCCP): monte ore settimanali necessarie per svolgere il servizio e le varie attività connesse.

(terza parte): **MONTE ORE:** totali ore settimanali necessarie per svolgere il servizio assistenziale : 50.00 h/sett.

Dal conteggio sono escluse le visite domiciliari che richiedono singolarmente un tempo medio valutato in un ora (contatto, contrattazione, viaggio, posteggio, accesso alla abitazione, erogazione delle prestazione che per caratteristica del domicilio non riguarda soli il sintomo oggetto della richiesta della visita ma questioni comportamentali e psico-sociali dell'ammalato o dei vari famigliari, congedo (mai semplice), recupero auto, ritorno all'ambulatorio o ripresa delle visite domiciliari.

Vedi Il Sole24Ore Sanità n.13 del 6-12 aprile 2010)

la 4). Da questo punto di vista diventerebbero più praticabili le orbite dei singoli mmg intorno ai NCP-AFT-MdG-UCCP che a loro volta diverranno così punti di riferimento professionali ed amicali tanto che i mmg singoli potranno scegliere, autonomamente e spontaneamente, di salire a bordo delle organizzazioni (e delle iniziative) più complesse. La conclusione è quella di un'ulteriore ottimizzazione delle risorse e dei risultati ma anche di una adesione più serena e convinta agli obiettivi aziendali (spesso nel passato subiti o percepiti come up-down).

Il tema potrebbe non essere peregrino e può rappresentare anche un interesse più allargato se si considera che la tenuta politica di ogni ente locale (e regionale) consiste soprattutto in quella rete di competenze non autoreferenziali (poco o per nulla considerata negli anni recenti) che mette in condizioni la testa centrale di poter prendere decisioni omogenee, condivise, gradite ed equanime per la maggior parte degli utilizzatori (clienti interni ed esterni) nel rispetto dei singoli territori.

Occorre inoltre considerare, a sostegno di quanto affermato, che un quartiere o un isolato ha istanze specifiche in quanto la mappa e la configurazione del territorio non si risolve nel numero di giovani o di anziani o con altri dati antropologici analizzati e pesati in modo tradizionale ma si perfeziona solo ammettendo che chi abita la periferia o quartieri definiti evidenzia atteggiamenti culturalmente diversi da coloro che risiedono in zone residenziali o più esclusive. Il NCP rappresenta la struttura e l'organizzazione, probabilmente l'unica, in grado di comprendere e gestire giornalmente le informazioni sensibili riguardanti il proprio territorio.

Quando un'azienda sanitaria locale desidera informazioni reali, non autoreferenziali o settoriali, su un dato territorio ha la necessità di doversi fidare delle opinioni dei NCP e del medico singolo anche se po' appari-

re, in prima istanza, una antenna debole ma sia il medico che opera in associazione che quello singolo, vivono (irradiano e ricevono) una complessità quotidiana unica.

Nel passato alcune interpretazioni normative hanno palesato una contrapposizione tra mmg e Ausl ma questo può, a buona ragione, essere considerato un grave errore che può aver condizionato le relazioni reciproche per lunghi periodi. Il mmg non si considera un antagonista dell'ausl, ma il mmg è l'Ausl, il mmg è il SSN e il SSR proprio perché i medici, da sempre, ascoltano effettivamente il territorio con standard adeguati, sono in sintonia con il quartiere, manifestano un valore aggiunto inesauribile.

Se però fenomeni di sottocultura o l'imperio delle delibere e delle determine sovrasta in modo stancante ogni primato dell'assistenza allora viene pesantemente condizionata l'azione sanitaria complessiva in quel territorio.

Nonostante la possibile ottima immagine che un Ausl può ottenere da manovre innovative (tabella 4) persiste una forte resistenza verso possibili cambiamenti nati dal basso a causa del terrore derivato dall'ipotesi della perdita di controllo sul cambiamento. Il potere ha paura di perdere il potere.

Paradossalmente, l'assunzione convinta di iniziative innovative valide per tutti i mmg (superando arcaici modelli nepotistici che nel tempo hanno dimostrato solo di ridurre drasticamente i gradienti territoriali) non modificherebbe sostanzialmente la situazione e non potrebbe essere altrettanto: chi dispensa e pubblica le buone prassi e i risultati (graditi ai clienti interni ed esterni) rimangono le Aziende: la differenza sta nel fatto che invece di produrre le raccomandazioni in modo autoreferenziale e/o clientelare (l'oligarchia di maggioranze insensibili ai contribu-

Tabella 8

44.500	dipendenti Fiat auto naz	(2003)
659.000	dipendenti SSN naz	(2003)
55.000	dipendenti AUSL E-R	(2003)
6.250	dipendenti AUSL PR	(2008)

L'80% del bilancio regionale riguarda la sanità

ti fatti delle minoranze può produrre gravi conseguenze nei consensi) possono ascoltarle o apprenderle direttamente dai professionisti di varia estrazione o di vario retroterra culturale che operano sul territorio. La documentazione e la formalizzazione delle esperienze innovative rimarrebbero comunque all'organizzazione centrale e non al singolo NCP al quale, forse, potrebbe essere riconosciuto un modesto successo di rione.

Il vero potere politico è quello del consenso e l'azienda, ascoltando tutti gli operatori, avrebbe le informazioni necessarie per mantenerlo questo consenso (le recenti elezioni regionali dovrebbero far riflettere non pochi decisori): non ha senso contrapporre tra di loro mmg o NCP ma è il recupero di criteri non autoreferenziali, che permetteranno di distribuire solidarietà, cultura, sostegno e supporto da parte di chi presenta le migliori prassi e di chi lavora bene assicurando quotidianamente e continuamente l'assistenza territoriale verso tutti i colleghi del NCP (MdG e UCCP) senza contrapposizioni o conflittualità o gerarchie di sorta.

Centro Studi di Programmazione Sanitaria (CSPS) Regione Emilia-Romagna

Sindacato dei Medici Italiani (SMI)

Bruno Agnelli, Davide Dazzi,
Alessandro Chiari,
Lucia Monari,
Lorella Marinucci,
Maria Antonioni