

Le difficili relazioni con gli ospedali Dal lamento al protagonismo culturale

Franco Del Zotti, Mario Celebrano

Medici di Medicina Generale, SIMG Verona

Per decenni gli antropologi si sono specializzati nello studiare non solo gruppi umani lontani nello spazio e dalla modernità, ma anche sottogruppi di operatori inseriti in grandi organizzazioni moderne. Così hanno evidenziato che ogni relazione di scambio di "successo" tra gruppi umani si basa su una serie di ingredienti:

- accettazione della diversità dell'altro e del suo essere comunque a pari livello;
- curiosità verso il "diverso";
- scambio orizzontale di "doni"-esperienze";
- il considerarsi appartenenti a uno stesso largo "contesto".

Dai loro insegnamenti possiamo ispirarci per capire le ragioni per cui le relazioni Medici Ospedalieri - Medici di Medicina Generale (MMG) sono disfunzionali. Forse si presuppone che l'altro da noi usi gli stessi metodi e sia solo o un po' meno uguale di noi. Forse si sottovaluta così l'esplorazione del diverso sistema dell'altro, o si trascura l'apprendimento della diversa lingua dell'altro. Forse non si ha una chiara idea delle ricchezze specifiche dell'altro gruppo, e dei "doni" che si possono scambiare. In particolare, per gli ospedalieri: ricchezza di contenuti, strumentazioni e pratiche specifiche aggiornate. Per i MMG: ricchezza di pratiche relazionali e sistemiche; uso intenso dei database.

Spesso tutta questa complessità viene ignorata, a tutto vantaggio della personalizzazione delle colpe e della creazione di "capri espiatori".

Al di là delle premesse teoriche, è necessario confrontarsi umilmente con la realtà per capire come possiamo colmare questo gap "antropologico". Intanto è comune sentire che la frequenza delle disfunzioni relazionali sia in crescita e sia in correlazione con l'aumento delle dimensioni del sistema sanitario e della necessità delle relative interdipendenze. I MMG sperimentano sempre più frustrazione e avvilito nelle relazioni con gli specialisti. Studi da noi condotti precedentemente mostrano le frequenti inosservanze dei medici specialisti pubblici, in riferimento alle note CUF/AIFA (Commissione Unica del Farmaco/Agenzia Italiana del Farmaco) o alle indicazioni della scheda tecnica, e il conseguente disagio e stress per i MMG. In queste situazioni, il migliore comportamento che il singolo MMG può adottare è quello di dire dei "no" eleganti al paziente, con strumenti di cultura sistemico-relazionale e cognitivo-comportamentale. Ma non tutti i MMG hanno la possibilità di training formativo in questo campo, e inoltre questa soluzione è idonea ad esempio nei

casi di prescrizione iniziale di terapie croniche di farmaci non urgenti, ma è meno realizzabile nelle situazioni di urgenza o quando si verifica uno stretto rapporto tra paziente e singolo medico ospedaliero.

E infine queste preziose strategie possono cambiare la richiesta del paziente, ma non agiscono a monte, sul comportamento iniziale dello specialista.

Più frequentemente il MMG usa una delle seguenti 4 strategie:

1. il *MMG, per evitare contrasti con il paziente, subisce, copia e tace*. Questa è una soluzione "passiva", che da una parte fa perdere professionalità, dall'altra espone il MMG ai rischi nelle relazioni con enti paganti (la ULS) o enti di controllo (organi ispettivi della finanza, magistratura, ecc.);
2. il *MMG rifiuta la ricopiatura*. In questo caso, il MMG, spesso non educato a dire "no" all'indicazione specialistica, rischia il contrasto con il paziente, che spesso non è attrezzato per capire che il ruolo del MMG non è quello di esecutore dei voleri della medicina "superiore", quella specialistica. Stress, litigi e compromissione del rapporto fiduciario possono quindi essere una probabile conseguenza di queste tensioni;
3. il *MMG esegue una denuncia nominativa all'Ordine dei Medici (ODM)*. Questa via in genere al massimo si esaurisce in un'ammenda formale al collega, senza ulteriori conseguenze sul suo stipendio o sulla sua carriera. Essa, infine, non coinvolge l'intero gruppo degli specialisti, apicali compresi, che dovrebbero tutti condividere le difficoltà delle regole prescrittive. In effetti, numerose volte la responsabilità potrebbe essere "scaricata" sul giovane medico, che magari risulta essere una sorta di mero esecutore delle linee guida di reparto, dettate dai medici strutturati e apicali;
4. il *MMG segnala il caso al suo sindacato*. Il sindacato in genere tende prima di tutto a raccogliere casi simili e poi a introdurli in una contrattazione a 3 parti (direzioni sanitarie ospedale, della ULS e sindacati MMG e sindacati), contrattazione che ha tempi lunghi e tende a irrigidire il gioco delle parti, con infrequente modifica dei comportamenti individuali.

Cosa hanno in comune le situazioni precedenti? Esse evitano la possibilità di un contatto culturale e relazionale profondo. Si impedisce così sia la comprensione della mappa delle diversità, sia la necessità di mettersi nei panni dell'altro, sia, infine, la

costruzione di un'opportunità di un nuovo contesto collaborativo.

Dal lamento al metodo

Per analizzare e modificare un problema ripetitivo non basta usare il moralismo o il lamento. Bisogna andare oltre i "doveri degli altri" e la "giusta rabbia", e oltre le questioni annose. Nelle esperienze che descriveremo, prima di tutto abbiamo cercato di capire cosa succede se ci astraiano dai nostri immediati sentimenti negativi. Così, forse, potremo, in maniera più oggettiva possibile, non solo individuare i comportamenti errati, ma soprattutto il rapporto tra questi e la struttura degli eventi e delle relazioni.

Allo scopo abbiamo utilizzato due metodi complementari:

1. il primo è legato agli *incidenti critici*. La tecnica di audit dell'incidente critico può essere implementata quando si verifica un importante contrasto tra medici e pazienti o tra operatori sanitari. Se restiamo nell'ambito della comunicazione tra medici, esso è legato a errori relazionali. Tra questi spicca il non rispetto di alcune regole (delle procedure diagnostiche o terapeutiche o di management del/i caso/i), il che provoca danni materiali o di immagine professionale all'altro gruppo di medici. Seguendo questa tecnica, un'occasione di contrasto viene deliberatamente spostata verso una valutazione "culturale" e relazionale delle sue cause e delle possibili soluzioni. In pratica, questo metodo ha come obiettivo l'analisi di un evento critico attraverso il coinvolgimento di un gruppo di operatori. Costoro, in uno o più incontri, individuano difetti di abilità relazionali, organizzativi, di formazione continua la cui soluzione può evitare in futuro la ripetizione della situazione studiata;
2. si tratta della messa a punto di un *modello ideale o benchmark di collaborazione* tra MMG e reparto ospedaliero. Esso può partire "opportunisticamente" dai legami amicali tra il dirigente di un reparto/ospedale e i responsabili culturali o sindacali della MG per arrivare, passo per passo, alla definizione di un modello collaborativo ideale, la cui implementazione sarà valutata nel tempo, con una sequenza di operazioni e controlli concordata.

Dall'incidente critico alla collaborazione strategica

Analizziamo due casi reali, su cui ci siamo cimentati negli scorsi 24 mesi.

Oculistica: un occhio all'anno = un contrasto all'anno

Breve cronistoria

Circa un anno fa, a un paziente che si preparava a un intervento di cataratta, era stato consegnato da parte di un reparto oculistico un foglio in cui si indicava una coppia di colliri. Dov'era il problema? Il paziente era allergico all'antinfiammatorio e l'indicazione del farmaco era fornita dalla segreteria di reparto in un foglio prestampato, che formalmente non appariva né una ricetta "bianca" per il paziente, né una diretta comunicazione al MMG. Il

MMG segnalava il problema a uno dei responsabili del reparto, ma l'inerzia dell'organizzazione aveva la meglio. Dopo un anno allo stesso paziente veniva dato lo stesso foglio, contenente lo stesso antinfiammatorio dell'anno prima.

A questo punto è scattata la via della soluzione del percorso critico. Per prima cosa la segnalazione e descrizione al presidente dell'ODM, in cui non si citava il nome di nessun MMG, ma il problema. Si definiva nel dettaglio non tanto il solito "lamento" del MMG, ma la dettagliata dinamica della "crisi professionale diadica": e cioè sia l'imbarazzo del MMG "colpito" dalle ambiguità del foglio, sia l'oggettivo rischio di caduta di immagine del MMG e del reparto.

Ma la soluzione degli "incidenti critici" ha visto la descrizione solo come il primo passo. È servita poi la messa a punto di una "leva delle dinamiche relazionali". Siamo arrivati a parlare con i colleghi apicali di reparto solo dopo un'attivazione di un circuito relazionale efficace, costituito sia da medici dell'ODM che informalmente e con costanza hanno sensibilizzato gli ospedalieri, sia da conoscenze personali di colleghi, infermieri, segretarie "interne" alla struttura.

Quale la soluzione dell'incidente critico? Il primario del reparto, sollecitato con tatto dal presidente dell'ODM, ha mostrato comprensione. Ha incontrato i MMG, con cui si è convenuto che la trasformazione simil-aziendale dei reparti oculistici (ad es. centinaia e centinaia di interventi di cataratta) deve indurre gli specialisti, aiutati dai MMG, a una maggiore attenzione alle moderne dinamiche di *public relations* e a un'attenta rivisitazione dei moduli comunicativi scritti. Il primario ha quindi delegato la questione a un collaboratore di sua fiducia. Questi si è incontrato con il MMG "segnalatore" e assieme hanno approntato una comunicazione al curante più professionale, flessibile, che contiene la firma del medico specialista e non più un numero fisso di nomi commerciali, ma un ventaglio di nomi scientifici di diversi colliri. Infine la lettera invita il MMG a personalizzare la terapia.

Vi sono state, inoltre, ulteriori ricadute positive della soluzione dell'incidente critico. Ad esempio uno degli autori ha ricevuto un paziente che ha mostrato una lettera di consenso per la fluorangiografia, ove spiccava una micrografia, particolarmente illeggibile per pazienti in genere o anziani o con problemi visivi. Alla segnalazione del problema, il primario ha prontamente risposto modificando la grandezza dei caratteri.

In conclusione, una volta stabilito il link ospedale-MMG, il reparto ha potuto subito beneficiare di MMG che forniscono un aiuto ormai dall'interno del sistema collaborativo.

Incidente critico: distorsioni relazionali tra MMG e ortopedici

L'uso dell'eparina a basso peso molecolare nel caso delle distorsioni della caviglia: dal contrasto 1-1, alla riunione di alcuni MMG con molti ospedalieri.

Descrizione dell'incidente

L'estesa dinamica dell'incidente è descritta in un precedente articolo.

Una paziente di 30 anni, sana, va al pronto soccorso (PS) di un grande ospedale per una distorsione della caviglia. L'ortopedico, giunto in consulenza al PS, le riscontra una distorsione, rx nega-

tiva, e quindi le confeziona una doccia gessata e consiglia una eparina a basso peso molecolare (EBPM) *off-label* per almeno 2 settimane.

La paziente arriva dal MMG per ottenere la ricetta "rossa", quella del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Ma egli non può copiare la ricetta nemmeno sul ricettario "bianco" non mutuabile, per svariate ragioni (legali: si tratta di un *off-topic*; amministrative: manca il consenso informato per farmaci *off-topic*; per dubbi sull'efficacia: una recente revisione della Cochrane ne contesta l'efficacia in situazioni simili).

Importante è dire che casi simili si erano già verificati altre volte nelle passate settimane.

Si può immaginare il conseguente imbarazzo relazionale e deontologico a danno del MMG.

A questo punto, invece che seguire il consiglio prevalente di svariati colleghi ("denunciare" all'ordine dei medici il giovane medico specializzando), gli autori hanno seguito la via culturale dell'attivazione del circuito virtuoso della metodologia dell'incidente critico. È stato segnalato il problema (e non il nome del collega) al presidente e ad altri colleghi dell'ODM, ed è stato chiesto il loro sostegno. Essi hanno assunto un ruolo di mediazione, facilitato dal fatto che alcuni di loro sono medici ospedalieri nello stesso nosocomio. Dopo alcune settimane è stato possibile ricevere attento ascolto da parte di un aiuto del reparto. Egli ci ha invitato a presentare le nostre ragioni in un incontro periodico con tutti i colleghi del reparto (strutturati e specializzandi).

La riunione si è svolta per circa 90 minuti alla presenza di tutto il personale strutturato della clinica, di un medico delegato dal primario di PS e di tre MMG, tra i quali il presidente della SIMG veronese e un MMG responsabile di un gruppo di progetto della ULS. I MMG avevano altresì inviato alla riunione delegati del primario del PS e una responsabile della farmacia ospedaliera.

La riunione, presieduta dal primario, ha visto una presentazione di un MMG che ha introdotto alcune *slides* sul problema, tra cui una flow-chart (Fig. 1) in cui si evidenziavano le diverse "uscite" del comportamento specialistico da codici e sistemi di evidenze. Dopo una discussione corretta e costruttiva, il primario e gli apicali della clinica hanno deciso di tenere conto delle osservazioni dei MMG, in particolare sul rischio della prescrizione degli *off-label*. A distanza di mesi possiamo testimoniare che quella decisione è stata sistematicamente messa in pratica: nei casi di distorsione della caviglia non sono stati più prescritte EBPM *off-label*.

Interessante è notare che la riunione è andata oltre il suo scopo: ha attivato una serie di vivaci colloqui alla ricerca di percorsi inesplorati tra vari reparti e settori dello stesso ospedale, in particolare tra ortopedici e medici del PS e tra medici e farmacisti ospedalieri, in riferimento alla relazione tra approvvigionamento dei farmaci per i reparti, alle modalità di prescrizione di ricette a pazienti del PS o in uscita e, infine, alla frequenza e quantità dei farmaci consegnati dalla farmacia ospedaliera (ancora insufficienti) agli stessi pazienti "in uscita". Il resoconto precedente, assieme alla relativa rappresentazione grafica della dinamica relazionale e strutturale presente nella Figura 2, mostra come l'utilizzo del metodo abbia indotto una trasformazione del diagramma delle relazioni, con uno *shift* dall'asse semplificato del "conflitto" a quello ormai "arricchito" dall'esplicitazione dell'intero sistema relazionale coinvolto.

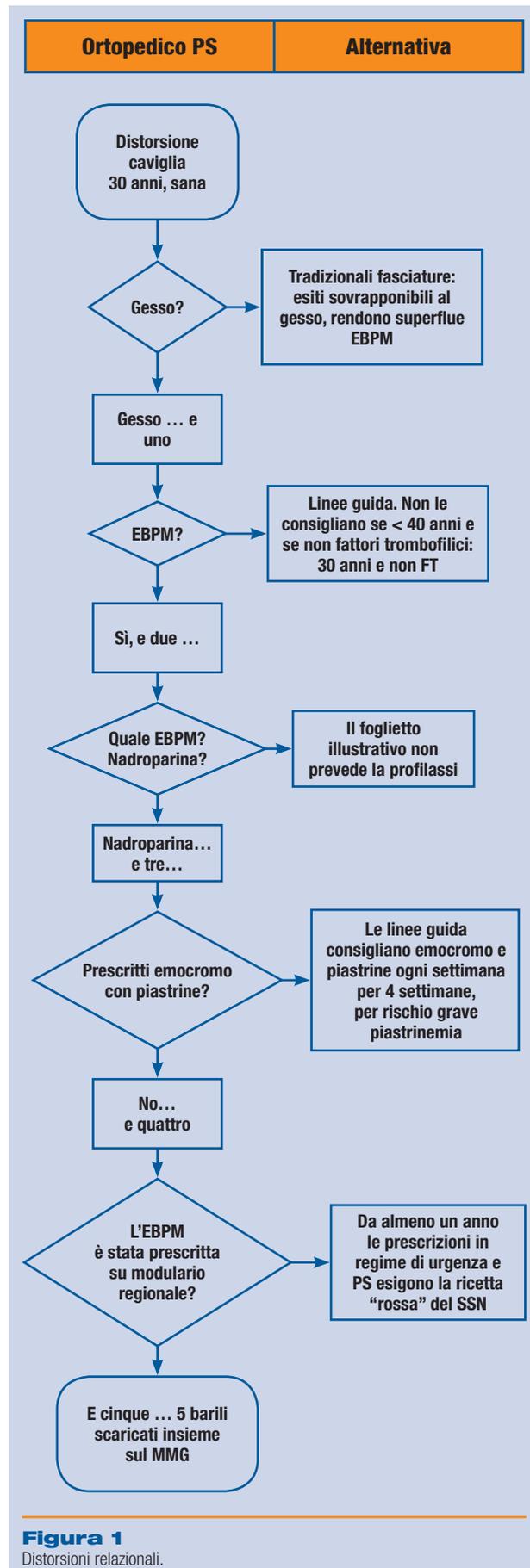


Figura 1
Distorsioni relazionali.

La collaborazione ideale: passi verso una fondazione "strutturalista"

Il secondo metodo, invece, è legato al progetto di un modello ideale di collaborazione tra un gruppo di MMG e un reparto ospedaliero.

E in realtà proprio da queste considerazioni siamo partiti per costruire con un reparto un percorso volto a fondare un modello collaborativo tra ospedalieri e MMG. Prendendo spunto da già buone relazioni tra il primario e i dirigenti SIMG provinciali, abbiamo pianificato una serie di incontri con il primario e suoi collaboratori.

Abbiamo individuato alcune direttrici per la costruzione del primo protocollo di intesa con un reparto ospedaliero:

- la comunicazione moderna: creazione di spazi e tempi idonei per migliorare l'efficacia della comunicazione nei reparti e con i MMG, uso più intensivo di fax, segreterie telefoniche, e-mail, cellulari;
- la comunicazione critica: nei momenti delicati dell'invio al reparto, della dimissione (la lettera di presentazione del caso, la lettera di dimissione ecc.) o della gestione di pazienti fragili, mediante coinvolgimento del personale infermieristico;
- l'alleanza alla lotta alla deriva burocratica (stabilire dei percorsi di semplificazione; coinvolgimento del personale di segreteria);
- la prescrizione di qualità di farmaci e analisi. In particolare, il medico ospedaliero tenderà ad argomentare le sue decisioni diagnostiche e terapeutiche ed evitare atteggiamenti prescrittivi, invece che consulenziali (ad es. evitando di fornire un unico nome commerciale, ma fornendo una rosa

di almeno 2-3 nomi o classi, oppure non scrivendo la nuda lista degli esami, ma argomentando la richiesta). A sua volta il MMG prepara la consulenza evitando la ricetta con motivazione costituita da poche parole frettolose, fornendo invece al collega informazioni cliniche, farmacologiche e psico-sociali. Si cerca di seguire il più possibile le evidenze scientifiche e le regole della *good clinical practice*. Ove necessario, si decide di creare insieme linee guida locali, per meglio implementare leggi, protocolli, note AIFA in vigore, fatta salva la possibilità che in maniera congiunta si contestino centralmente eventuali riconosciute incongruità delle medesime normative.

Al di là delle specifiche e positive contingenze, la collaborazione è stata fondata su solide basi teoriche e pratiche di valore generale. In realtà, buona parte dei problemi comunicativi deriva da un'asimmetria strutturale dei ruoli: il MMG è soprattutto un individuo con un contesto "povero", mentre nel reparto l'ospedaliero è un individuo inserito in un sistema di sottogruppi. E qui può nascere la prima disarmonia. Facciamo un esempio. È frequente che il MMG

telefoni al collega ospedaliero numerose volte, senza trovarlo. È allora probabile che nel MMG nasca un sentimento di frustrazione e un giudizio negativo sul singolo ospedaliero e su tutta la categoria: "I medici ospedalieri ci snobbano, si negano a noi MMG". In effetti, per capire l'assenza telefonica di quel singolo collega bisogna analizzare in profondità la struttura fisica e relazionale del sistema e della rete in cui è inserito (il reparto ospedaliero, l'ospedale). Il MMG, se vuole avere successo comunicativo, deve comprendere che esiste davanti a lui non una singola persona, ma un sistema, all'interno del quale esistono persone-chiave e iper-connettori. Dopo una serie di incontri con i colleghi abbiamo convenuto che è necessario identificare e "responsabilizzare" un importante piccolo sottogruppo di nodi di gran lunga più importante, a partire dal primario del reparto, che a sua volta ha il ruolo di identificare e motivare:

- un medico ospedaliero delegato per l'interfaccia con i MMG, seguendo un modello già applicato con successo nel progetto "Paziente Fragile" di 4 USL del Veneto;

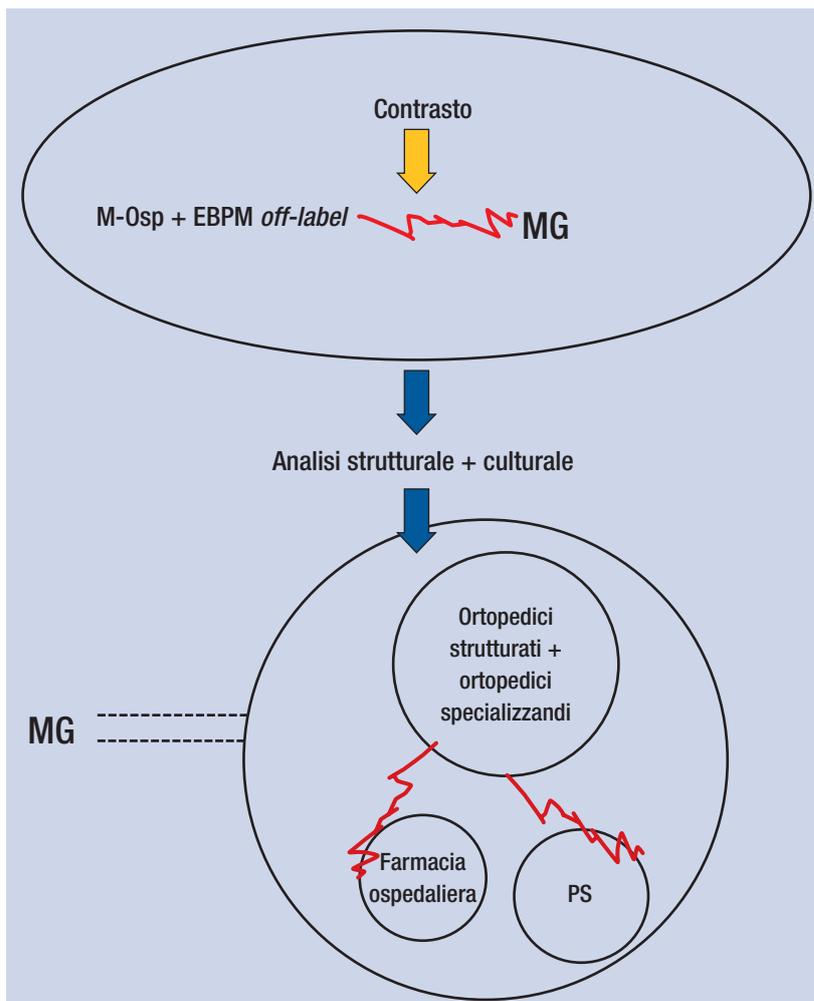


Figura 2

Nel linguaggio dei diagrammi strutturali e dei "genogrammi" le linee di zig-zag indicano "contrasto", mentre i doppi tratteggi indicano relazioni "positive" o alleanze.

La valutazione "sistemica" e culturale del contrasto (ellissi superiore) ha prodotto nella riunione tra MMG e medici ospedalieri del reparto un'evoluzione delle dinamiche relazionali, facendo emergere sia nuove possibili alleanze tra MMG e ortopedici, sia alcune valutazioni differenziate di ruolo e responsabilità nella prescrizione di EBPM (*label e off-label*) tra ortopedici strutturati e specializzandi, tra medici di pronto soccorso, farmacisti e ortopedici.

- uno o più addetti alla segreteria, spesso dotati di preziose metodologie e strumentazioni comunicative (fax, e-mail, telefono) e soprattutto dotati di abilità relazionali di interfaccia tra MMG e medici del reparto;
- la/il capo-sala o un'infermiera professionale.

Sono passati quasi due anni dall'inizio della collaborazione, che non è basata solo su incontri, ma su una comune visione strategica, su un programma scientifico (si vedano le comunicazioni nei congressi nazionali SIMG 2006 e 2007) e infine su periodiche verifiche della qualità delle interazioni, a partire da audit incrociati sulla qualità dei moduli comunicativi tra MMG e ospedalieri (le ricette, le relazioni scritte di presentazione del caso).

Commenti e conclusioni

I medici spesso pensano di condividere tutti una sola lingua e cultura, quella clinica, quella deontologica. Se vi sono errori comunicativi, questi deriverebbero solo da errori etici nel non attenersi allo stesso codice deontologico. E spesso in questo contesto i MMG sono visti dai colleghi ospedalieri come coloro che applicano la stessa lingua in un contesto "minore". È chiaro che tutto ciò è l'anticamera per superficialità relazionali, pettegolezzo, sarcasmo, revanscismi, tutti fattori dannosi per i medici e soprattutto per i pazienti. In realtà le questioni sono più complesse. Per capirsi "profondamente" i medici non devono solo chiamarsi a doveri o codici, ma condividere prima di tutto il senso della loro diversità. Le esperienze qui raccontate e i modelli utilizzati sono una testimonianza di un dato di fatto: le culture della medicina ospedaliera e quella dei MMG sono cugine più che "sorelle". Esse appartengono a due diversi continenti che necessitano di traduttori e di ponti. La relativa diversità è, comunque, inferiore alla potenza del comune mandato, del miglioramento della qualità e della collaborazione a vantaggio dei pazienti. Tutto ciò impone la ricerca di analisi e strumenti e sentimenti rinnovati. Se questa deve essere la *vision*, allora non sarà più facile distinguere tra audit esterno e audit interno. Come nel progetto con l'urologia di Verona, ogni gruppo è attivo terminale e osservatore simpatetico degli errori e della qualità dell'altro, in un gioco collaborativo ove l'incrocio degli audit alimenta un rafforzamento dell'insieme MMG - reparti ospedalieri.

Le esperienze da noi condotte hanno fornito una certa luce sulle dinamiche dei guasti relazionali. Errori ripetuti dei colleghi ospedalieri sono stati sia quello di non vedere la complessità del ruolo e della responsabilità del MMG moderno, sia quello di sottovalutare il ruolo altamente professionalizzante della conoscenza dei metodi della comunicazione e dell'*Evidence Based Medicine* (EBM) e i loro legami con le moderne legislazioni sulla prescrizione farmaceutica. Gli ospedalieri che vogliono guadagnare il rispetto dei MMG devono evitare il controllo "possessivo" della singola patologia, magari in pazienti a bassa gravità, e il controllo della prescrizione (magari con tanto di nome commerciale di farmaci e lista lunga e chiusa di test), invece della prestazione consulenziale verso il MMG.

Un frequente errore dei MMG è stato quello di oscillare tra la fretta e l'omissione di informazioni e l'eroismo solitario del confronto tra

singolo MMG e singolo ospedaliero, con l'ovvio corteo negativo di rabbia, frustrazione e blocco della professionalità. Invece, emerge dai nostri sforzi la necessità di avviare un'analisi del problema meno "sentimentale" e più strutturalista delle strategie risolutive, che per affermarsi deve basarsi sul lavoro di analisi sistemica e cognitivo-comportamentale anche di un piccolo gruppo qualificato di MMG. Su questa strada il MMG può facilmente acquisire una nuova comprensione e un ruolo decisivo, tra "esperto delle relazioni" ed "esperto conoscitore e realizzatore delle informazioni scientifiche", nell'interregno che va dall'EBM alle nuove normative sull'appropriatezza. Il tutto può avvenire al servizio non solo dei pazienti, ma anche degli stessi corpi professionali ospedalieri. Ma non basteranno solo i grimaldelli culturali dei medici. L'affinamento dei modelli informativi e relazionali sarà possibile se gruppi estesi di operatori sanitari e cittadini prenderanno prima consapevolezza del valore fondante di queste dinamiche e poi si organizzeranno per fare pressione sulle autorità sanitarie pubbliche al fine di: a) eliminare incentivi a obiettivi contrapposti; b) superare i corsi di formazione solo clinici e a compartimenti stagni, a danno di aggiornamenti e momenti di riflessione congiunti; c) ri-orientare l'intero sistema e le risorse, distanziandoli dall'eccessiva focalizzazione su servizi statici intorno alla singola malattia o singoli strumenti diagnostici o terapeutici, a vantaggio di una maggiore investimento sulla dinamica dei punti di reperi e di connessione dell'intero sistema delle relazioni.

Ringraziamenti

Un ringraziamento particolare va al prof. Zattoni e alla dott.ssa Cerruto, della clinica Urologia con cui abbiamo stabilito l'accordo tra SIMG e Reparto Urologia dell'Università di Verona. Un sentito ringraziamento, inoltre, al dott. Marcello Fazzini, presidente dell'ODM di Verona; ai colleghi Codella, Lombardo e Mora, consiglieri del suddetto ODM; ai seguenti colleghi universitari e ospedalieri di Verona: il prof. Marchini, primario del Reparto Oculistica; il prof. Ricci e il prof. Bartolozzi della Clinica Ortopedica; il dott. Pistorelli, primario del Pronto Soccorso. Infine, un grazie per la collaborazione ai colleghi MMG della SIMG di Verona: Claudio Andreoli, Carlo Peruzzini e Claudio Sovran.

Bibliografia di riferimento

Campanini A, Gottardi GB, Lemetre G, a cura di. *Strumenti e metodi per il miglioramento della qualità in Medicina Generale*. Torino: Centro Scientifico Editore 2000.

Del Zotti F. *Modi di sopravvivenza: come dire un no deciso*. Occhio Clinico 1998;1:13-7.

Del Zotti F. *Distorsioni relazionali*. MD gennaio 2007.

Del Zotti F, Mezzalana L, Anelli F, Andretta M, Battaglia A, D'Ambrosio G, et al. *Comportamento prescrittivo degli specialisti di due province. Analisi delle prescrizioni di farmaci con Nota Cuf di 121 MMG*. QA 2001;12:247-55.

Ivis S, Rossetto L. *Il paziente fragile e l'interazione forte*. www.rivistaqg.it (n. 15, dicembre 2002).