



## PROGETTO PER L'ATTIVAZIONE DELL'AREA DI DEGENZA POSTACUZIE (DPA) PRESSO IL POR INRCA DI FERMO

### Premessa

In base alle previsioni di cui all'Accordo tra l'AV4 ASUR Marche e l'INRCA ( DGRM n. 977/2014 e DDG INRCA n. 21 del 27/01/2015) , presso il POR INRCA di Fermo, verrà attivata un'area di degenza post-acuzie (DPA) con una dotazione di 20 posti letto.

La dotazione verrà garantita attraverso l'utilizzo di 15 PL assegnati dalla programmazione regionale all'AV4 e di 5 PL assegnati all'INRCA di Fermo.

La gestione dell'Area di degenza post-acuzie verrà affidata all'INRCA che garantirà le risorse necessarie in termini di organizzazione e dotazioni di personale e strumentazione.

La DPA del POR INRCA di Fermo sarà organizzata come un'area di degenza dipartimentale di area medica ed accoglierà pazienti prioritariamente provenienti dal Presidio ospedaliero dell'AV4 di Fermo, nonché pazienti provenienti dagli altri reparti del POR INRCA di Fermo che presentino le condizioni cliniche appropriate che verranno di seguito dettagliate.

### Definizioni

L'assistenza nell'Area di Degenza Post Acuzie (DPA) si rivolge principalmente a soggetti affetti da patologie ad equilibrio instabile o con disabilità croniche stabilizzate che, terminata la fase acuta, necessitano ancora di assistenza medica, infermieristica e socio-sanitaria continuativa nelle 24 ore.

L'assistenza in DPA opera in stretto collegamento funzionale con le aree dell'assistenza per acuti delle strutture ospedaliere afferenti.

### Obiettivi della DPA

Sulla base delle indicazioni di cui alla DGR 1627/2005, obiettivo di fondo della degenza post-acuzie è quello di fornire un regime appropriato di assistenza a pazienti post-acuti, con diagnosi definita e stabilizzati da un punto di vista clinico, che per la loro situazione non necessitano dello stesso numero di ore/personale e dello stesso potenziale tecnologico dei pazienti con patologia acuta .

Obiettivi dell'Area di degenza post acuzie sono:

- accelerare il turn-over delle aree di degenza per acuti delle discipline di medicina e chirurgia generali e specialistiche;
- fornire, a costi inferiori a quelli sostenuti per la gestione delle degenze per acuti, assistenza qualificata a pazienti post-acuti non dimissibili, prevedendo una stretta integrazione tra degenza

post-acuzie ed unità operative di riabilitazione ospedaliera con la rete dei servizi residenziali e domiciliari del territorio.

L'Area di degenza post-acuzie si inserisce in un sistema integrato, coerente e coordinato con i servizi distrettuali (residenziali e domiciliari), verso i quali il paziente deve avere garanzia di accesso attraverso percorsi preferenziali e facilitati. Il massimo sforzo deve essere in particolare prodotto per garantire la continuità dell'assistenza con le strutture residenziali. Decisivo è in questo senso il ruolo di governo del distretto anche per quanto riguarda il coinvolgimento nelle opportune sedi e con gli opportuni strumenti del medico di medicina generale.

La DPA deve essere considerata uno spazio polifunzionale nel quale possono essere assistiti pazienti provenienti da tutte le aree di degenza per acuti di Medicina e di Chirurgia, generale e specialistica. Il ricovero del paziente nella degenza post-acuzie va considerato una naturale prosecuzione delle cure ricevute nelle aree per acuti; lo specialista che ha avuto in cura il paziente durante la fase di acuzie continua, in caso di necessità a fornire consulenza specialistica durante il periodo di ricovero in degenza post-acuzie in caso di necessità.

Il paziente che accede alla DPA è un paziente internistico. L'assistenza medica è pertanto fornita da personale con formazione internistica o geriatrica.

## **Il modello assistenziale**

### **Caratteristiche dei pazienti ricoverati in degenza post-acuzie**

La funzione di assistenza in degenza post acuzie si rivolge principalmente alla soddisfazione di necessità che si differenziano dai pazienti in condizioni di acuzie o di criticità in quanto presentano:

- un inquadramento diagnostico già esaurito;
- un programma terapeutico compiutamente definito, quando non interamente completato;
- un quadro clinico relativamente stabilizzato.

Questi pazienti, che hanno concluso la fase acuta del ricovero, abbisognano di protratti interventi a prevalente carattere medico e infermieristico, ivi compresi, quando ritenuto utile e necessario, progetti riabilitativi individuali; in questo caso la riabilitazione va considerata uno degli strumenti dell'attività assistenziale a disposizione del curante nell'ambito delle iniziative attuate per mantenere e promuovere le abilità funzionali presenti.

Nel caso in cui le condizioni cliniche del paziente necessitino di un progetto riabilitativo individualizzato, le prestazioni fisioterapiche saranno espletate dalle risorse fisioterapiche assegnate in regime integrato dalla Cardiologia Riabilitativa per problemi cardiologici e della Medicina Riabilitativa per quanto riguarda le problematiche neurologiche, ortopediche e reumatologiche.

### **Modalità di ammissione alla DPA**

La richiesta di ricovero in degenza post-acuzie viene rivolta all'equipe medica della DPA attraverso la compilazione del modulo All.1. Il ricovero è concordato tra l'UO inviante ed il personale medico della DPA, sulla base dell'effettiva corrispondenza ai criteri riportati nel presente documento. Possono essere previsti trasferimenti di pazienti tra la DPA e la riabilitazione intensiva, in relazione alla possibilità transitoria per il paziente di potere o meno eseguire trattamenti riabilitativi intensivi.

Il paziente viene trasferito in degenza post-acuzie provvisto di lettera di dimissione dalla Unità Operativa di provenienza per acuti e della scheda di cui all'allegato n. 1 che viene inviata preventivamente al trasferimento del paziente a cura dell'UO inviante.

Per il nuovo ricovero va compilata una nuova SDO. Gli eventi relativi alla storia clinica del paziente durante la degenza in DPA vengono registrati in una nuova cartella clinica.

### **Criteri di ammissione in area di degenza post acuzie**

Alla DPA è ammesso il paziente:

- a) con malattia ad andamento cronico-ricidivante, ben definita sul piano diagnostico, che necessita di accertamenti di primo livello per il controllo periodico della malattia, che siano difficilmente eseguibili in altro regime assistenziale;

- b) con pregressa malattia acuta e clinicamente stabilizzato nel quale persiste la necessità di verifica medica quotidiana anche per l'aggiustamento della terapia e il recupero dell'autonomia in tempo contenuto;
- c) convalescente con esiti non stabilizzati di malattia, non autonomo, con deficit funzionali emendabili;
- d) con deficit funzionale lieve e prognosi favorevole per il recupero a breve termine che necessita prevalentemente di assistenza infermieristica;
- e) paziente chirurgico in cui condizioni internistiche preesistenti o sopraggiunte ostacolano la guarigione

### **Criteri di esclusione dal ricovero in DPA**

E' escluso dal ricovero in DPA il paziente:

1. con forti elementi di instabilità clinica e complessità assistenziale;
2. con diagnosi non definita o con percorso terapeutico non definito;
3. per il quale si prevede una degenza di durata superiore a due mesi;
4. la cui malattia non risponde ai trattamenti curativi, ma che richiede specifiche cure palliative, per le quali vanno previste altre forme di assistenza (hospice, ecc.);
5. con un prevalente problema di deterioramento cognitivo severo ;
6. in fase post-acuta per il quale prevale l'esigenza di un'assistenza di tipo riabilitativo;
7. in stato comatoso;
8. con severi disturbi del comportamento non controllati con le terapie;
9. assistibile a domicilio da parte del nucleo familiare di provenienza.

### **Esempi di diagnosi di ammissione**

#### *Problemi medici:*

1. polmonite o altro processo infettivo a lenta risoluzione;
2. scompenso cardiaco congestizio, dopo la fase di edema polmonare, complicato da infezioni, piaghe da decubito, etc.;
3. endocardite infettiva dopo la scomparsa della febbre, a basso rischio di embolizzazione o rotture valvolari;
4. malattie neoplastiche con complicanze della chemioterapia dopo trattamento acuto;
5. cirrosi ascitogena in fase di svuotamento a basso rischio di sanguinamento di varici esofagee;
6. nefropatia stabilizzata in fase di terapia di consolidamento;
7. paziente con varie patologie, stabilizzato, in fase di convalescenza medicalizzata (recupero da malnutrizione, disidratazione, vasculopatia periferica, piede diabetico, ictus nei casi in cui non prevalga la componente assistenziale riabilitativa);
8. broncopneumopatia cronica ostruttiva con importante insufficienza ventilatoria, superata la fase acuta ipercapnica;
9. cardiopatici con parametri emodinamici non critici e con quadro clinico a lenta risoluzione (scompenso cardiaco refrattario; esiti di IMA recente; endocarditi; esiti di recente intervento cardio-chirurgico);
10. broncopneumopatici cronici con insufficienza respiratoria di grado lieve-medio che richiedono trattamenti non immediatamente eseguibili a domicilio (terapia e.v.; riabilitazione respiratoria; NIV);
11. pazienti affetti da pluripatologie con instabilità clinica relativa, richiedenti ancora, a giudizio del medico, intense cure infermieristiche e sorveglianza medica);
12. pazienti con esiti di recente ictus non immediatamente trasferibili in una riabilitazione intensiva;
13. pazienti affetti da patologie croniche soggette a frequenti riacutizzazioni e peggioramenti spesso richiedenti il ricovero ospedaliero (cirrosi epatica scompensata; arteriopatie obliteranti avanzate; complicanze del diabete, etc.);
14. pazienti oncologici non in fase terminale con problematiche cliniche intercorrenti.

#### *Problemi chirurgici:*

1. fase di recupero/convalescenza dopo interventi di chirurgia generale o specialistica (in particolare ortopedica, polmonare, etc.);
2. complicanze mediche di interventi chirurgici (complicanze metaboliche, infettive, circolatorie) superata la fase di acuzie;
3. pazienti post-chirurgici in condizioni cliniche relativamente stabili che presentano complicanze

infettive o metaboliche definite, che abbiano bisogno di terapia non eseguibile a domicilio e di riattivazione funzionale ( es. laringectomie).

## **Responsabilità organizzative e gestionali**

La responsabilità della DPA, è affidata a personale medico appositamente individuato.

Il modello organizzativo prevede una dotazione di personale medico geriatra dedicato (n. 2 Unità) sotto la responsabilità diretta del Responsabile dell'UO di Geriatria.

La continuità assistenziale medica è garantita dal personale medico del POR INRCA, con presenza diretta h 24 anche tramite guardie dipartimentali e con copertura in regime di pronta disponibilità, per le necessità aggiuntive (ad es. trasporto assistito pazienti)) nelle ore notturne e nei giorni festivi.

L'assistenza specialistica è garantita in regime di consulenza, ove necessario, dal personale medico del POR INRCA di Fermo e dell'Ospedale Civile di Fermo AV4 ASUR Marche.

All'interno della dotazione di personale afferente al Dipartimento del POR INRCA verrà individuato un coordinatore da dedicare alla degenza post-acuzie.

Tale coordinatore è il responsabile della gestione dell'assistenza infermieristica e socio-sanitaria.

Il personale di assistenza assegnato in aggiunta per l'attivazione della DPA è quantificato in 8 infermieri, 9 OSS ed 1 fisioterapista. Tale personale andrà ad integrare la dotazione delle corrispondenti qualifiche già in dotazione al POR INRCA di Fermo.

Per quanto riguarda l'assistenza fisioterapica, in base alle esigenze dei singoli progetti riabilitativi individuali dei pazienti ricoverati nei vari reparti del POR, il personale fisioterapista del Presidio eseguirà i trattamenti prescritti, sulla base degli indirizzi del coordinatore del personale fisioterapista del POR.

## **I Collegamenti funzionali**

La DPA stabilisce stretti collegamenti con le altre discipline interne al POR e, con le unità per acuti dell'ospedale dell'AV4 di Fermo, nonché con le varie strutture/funzioni della rete distrettuale dei servizi (UVI distrettuale).

La programmazione del trasferimento dalla unità per acuti alla DPA, va concordata tra l'UO per acuti e la DPA e seguirà una lista di attesa organizzata sulla base di criteri cronologici e clinici.

La richiesta di ricovero da parte dell'UO per acuti viene effettuata mediante la compilazione della scheda di cui all'Allegato 1.

## **Modalità di dimissione dalla DPA**

La degenza si conclude nel momento in cui si esaurisce la necessità di controllo medico continuativo o se si verifica una complicanza medica o chirurgica che richiede un nuovo ricovero in un'area per acuti. La dimissione ordinaria viene decisa dal medico della DPA che compila la lettera di dimissione.

Le dimissioni dei pazienti dalla DPA, qualora non sia possibile un rientro al proprio domicilio o persistano problematiche assistenziali o socio-assistenziali, sono concordate con i Distretti competenti. A tale proposito si rimanda al percorso PTDA INRCA-AV4 del 17/12/2014 "Procedura di Dimissione Protetta".

Nella dimissione straordinaria il paziente può essere ritrasferito, su richiesta del medico della degenza post-acuzie, nell'area di degenza per acuti di provenienza o in altra area o in una unità di terapia intensiva con le procedure di cui all'accordo INRCA – AV4 del 17 dicembre 2014.

## **Trasferimento ad altre UU.OO. esterne alla struttura**

In caso di urgenze interne al POR INRCA di Fermo si fa riferimento all'apposito protocollo sottoscritto dai Responsabili dei Servizi 118 di Ascoli Piceno, Pronto soccorso dell'Ospedale Civile di Fermo, Direttore Dipartimento Geriatrico Riabilitativo POR INRCA di Fermo, in data 03 dicembre 2015 "Regolamentazione dei rapporti tra centrale Operativa 118 di Ascoli Piceno, ASUR AV4 Fermo, Ospedale geriatrico INRCA Fermo".

Limitatamente alle urgenze relative a pazienti ricoverati nel reparto di Geriatria del POR INRCA di Fermo, per il quale è richiesto il trasferimento per ricovero o visita altre UU.OO di altri presidi ospedalieri (PS, UTIC, Rianimazione, Chirurgia, neurochirurgia, ecc...) il paziente deve essere accompagnato in ambulanza da un medico dell'INRCA.

Analoga procedura va seguita per i trasporti "non urgenti" presso l'ospedale Civile di Fermo dei pazienti



ricoverati negli altri reparti del POR INRCA di Fermo, per i quali, a causa della gravità della condizioni del paziente, debitamente certificate dal medico inviante, si ritiene necessaria la presenza del medico durante il trasporto.

In questi casi il paziente viene trasferito possibilmente nell'UO di competenza dopo gli accordi presi con contatti telefonici e fax con i medici dell'UO di destinazione.

Contemporaneamente al contatto telefonico (per la richiesta di trasferimento per ricovero o visita) tra il Medico dell'INRCA di Fermo e lo specialista accettante, si rende obbligatorio l'invio di un fax all'UO di destinazione per la richiesta di trasferimento descrivendo le motivazioni e i contatti telefonici presi.

Se non è definibile o disponibile una UO accettante, il paziente già assistito per il controllo e mantenimento delle sue funzioni vitali, viene portato in regime di emergenza o urgenza al Pronto Soccorso (PS) dell'Ospedale Civile di Fermo dove sarà sottoposto a Triage con gli specialisti necessari dell'OC Fermo. Il PS soccorso deve essere avvisato telefonicamente e con Fax.

Il medico dell'UO dell'Ospedale Civile di Fermo che accoglie il paziente potrà decidere per il ricovero o la sola visita, in relazione alle valutazioni delle condizioni cliniche del paziente e secondo le procedure della sua UO; se effettuerà la sola visita, il medico dell'INRCA dovrà riaccompagnare il paziente al POR di Fermo.

Tutto il percorso clinico-assistenziale di trasferimento del paziente (tempi, modalità, nomi dei medici e operatori contattati e addetti al trasferimento) deve essere descritto nella cartella clinica.

Le richieste inviate via fax devono essere allegate nella cartella clinica anche se il trasferimento non dovesse essere più eseguito per i più svariati motivi che devono essere sempre descritti nella cartella clinica.

Per eventuali consulenze che si dovessero rendere necessarie, per prestazioni non erogabili all'interno del POR INRCA di Fermo (p. es. Otorino laringoiatria, Anestesia, ecc., il personale della DPA potrà fare riferimento alle UU.OO. dell'Ospedale Civile con le modalità consuete di richiesta, rendicontazione e scambi di mobilità interaziendali. Tali procedure si applicano anche a consulenze per le quali è necessario che il medico consulente dell'ospedale Civile di Fermo si rechi presso il POR INRCA per l'impossibilità di trasporto del paziente.

### **Trasferimento ad altre UU.OO. della struttura**

Qualora il medico della DPA ravvisi la necessità di trasferire il paziente degente nella propria U.O. ad altra UO della struttura contatta il collega dell'UO di destinazione, illustrando le motivazioni di tale richiesta; inoltre, nei casi dubbi, inoltra formale richiesta di consulenza specialistica, specificando l'urgenza o meno del caso.

Il medico dell'UO di destinazione, ricevuta la richiesta, provvederà ad effettuare la consulenza (registrandola in cartella clinica nell'apposito spazio) entro 2 giorni nei casi non urgenti ed in giornata nei casi urgenti.

Qualora il consulente, nel rispetto dei criteri di appropriatezza e tenendo conto dei posti letto disponibili, ravvisi la necessità di effettuare il trasferimento, darà disposizioni in merito.

Qualora, invece, il consulente non ritenga necessario il trasferimento, ma ravvisi la necessità di un approfondimento diagnostico o di un monitoraggio clinico di propria competenza, effettuabile anche in DPA, suggerirà ai colleghi geriatri l'iter diagnostico/terapeutico e i controlli a suo giudizio opportuni.

Qualora, infine, il consulente escluda qualunque condizione di propria competenza, segnalerà in cartella la non opportunità del trasferimento o di altre forme di presa in carico.

### **Valutazione della performance della DPA**

Per verificare il rispetto dei criteri di efficacia dell'intervento e di efficienza gestionale, la DPA verrà sottoposta ad un monitoraggio periodico sulla base dei seguenti indicatori:

- pazienti con criteri di ammissione corretti / totale pazienti ricoverati;
- pazienti con durata di degenza > 30 gg / totale pazienti ricoverati;
- pazienti con durata di degenza > 60 gg / totale pazienti ricoverati;
- durata media e mediana della degenza (DM ottimale 21 gg);
- tasso di occupazione;
- indice di turnover;
- indice di rotazione dei posti letto;
- pazienti dimessi dalla DPA/ totale pazienti ricoverati;
- pazienti trasferiti in aree per acuti / totale pazienti ricoverati;
- pazienti ritrasferiti nelle aree per acuti di provenienza / totale pazienti trasferiti in altre aree per acuti;
- pazienti deceduti / totale pazienti ricoverati;

- tasso di infezioni ospedaliere;
- pazienti "affidati" al distretto/ totale dei pazienti dimessi dalla DPA post-acuzie;
- corrispondenza tra criteri di ammissione e decorso clinico effettivo del paziente;
- variazione performance-stato ingresso / ricovero (scala di Barthel);
- % di ricoveri in DPA per singola UO inviante.

31. DIC. 2015

## Richiesta di ricovero in DPA c/o INRCA Fermo



### DEGENZA POST-ACUZIE

#### Proposta di Trasferimento

Paziente..... Età..... Sesso ☐ M ☐ F  
U.O. richiedente..... Data di ricovero.....  
Residenza.....ASL appartenenza.....  
Recapito tel.....Medico Curante.....  
Problema clinico attuale .....  
.....  
.....

#### SEGNALARE TUTTO CIO' CHE INTERESSA

##### Criterio di ammissione

- paziente con malattia a comportamento cronico-ricidivante, ben diagnosticata, richiedente procedure di primo livello difficilmente eseguibili in altro regime;
- paziente con recente malattia acuta, attualmente stabilizzato dal punto di vista clinico non autosufficiente, con recupero in tempi brevi di una condizione di autonomia, richiedente verifica quotidiana per ottimizzare la terapia medica;
- paziente destinato a trattamenti periodici ad elevata frequenza giornaliera;
- paziente con prognosi favorevole a breve termine richiedente assistenza infermieristica ed interventi mirati;
- pazienti di ogni tipologia chirurgica, la cui guarigione sia ostacolata da condizioni internistiche preesistenti o sopraggiunte.

##### Prestazioni necessarie

##### A) Assistenza medico infermieristica

- ☐ medicazioni particolari \_\_\_\_\_
- ☐ ossigenoterapia( liquido, gassoso, quantità e tipologia) \_\_\_\_\_
- ☐ aspirazione tracheale
- ☐ nutrizione parenterale
- ☐ nutrizione enterale ☐ PEG posizionata il .../.../.....

- ☐ SNG posizionato il ...../...../.....  
☐ accesso venoso posizionato il ...../...../..... Tipo accesso venoso:.....  
☐ stomia urologica    ☐ stomia enterale  
☐ altro:.....

**B) Assistenza di base**

- ☐ prevenzione piaghe da decubito  
☐ necessità presidi antidecubito (specificare dispositivo):.....  
☐ necessità mobilizzazione attiva  
☐ necessità mobilizzazione passiva  
☐ paziente a rischio cadute  
☐ deficit vista ed udito (specificare):.....  
☐ altro (specificare):.....

**Condizioni cliniche**

- Stato mentale:    ☐ lucido,    ☐ collaborante    ☐ poco collaborante    ☐ disorientato  
Autonomia:    ☐ totale    ☐ con ausili    ☐ carrozzina    ☐ allettamento  
Respirazione:    ☐ normale    ☐ cannula    ☐ respiratore  
Alimentazione:    ☐ autonoma    ☐ non autonoma    ☐ disfagia  
Incontinenza urinaria:    ☐ No    ☐ Si    ☐ Catetere (data posizionamento):.....  
Incontinenza fecale:    ☐ No    ☐ Si  
Ulcere da pressione:    ☐ No    ☐ Si, specificare sede e grado:.....  
Concessione al carico per la posizione eretta:    ☐ Si    ☐ parziale    ☐ No  
Esami istologici in corso    ☐ No    ☐ Si

**Condizioni sociali**

- Vive: ☐ solo    ☐ coniuge    ☐ figli    ☐ altri familiari    ☐ Amministratore di sostegno  
☐ tutore legale

Fermo.....    Il Responsabile della U.O. ....

*N.B. compilare il modulo in tutte le sue parti*

**Esito**

- ☐ accettazione immediata  
☐ inserimento in lista di attesa  
☐ non elegibilità del paziente

Fermo.....    Il Referente della DpA .....

AGGIORNAMENTI AL MOMENTO DELLA DIMISSIONE in DPA (rispedire con FAX 0734 231353 ) tel. coordinatrice tel 0734231373

*N.B.: Il modulo va inviato al momento della richiesta di inserimento in DPA e, va reinviato al momento del trasferimento del paziente, qualora siano state apportate modifiche/integrazioni/aggiornamenti.*



Dott.ssa Serenella David

Direttore- Direzione Medica Presidio INRCA Ancona Fermo Appignano



Dott.ssa Fiorenza Anna Padovani

Direzione Medica Presidio Ospedale Murri AV4



Dott. Riccardo Luzi

Dirigente Medico Direzione Medica Presidio INRCA Ancona Fermo



Dott. Demetrio Postacchini

Direttore UOC Geriatria POR Inrca Fermo



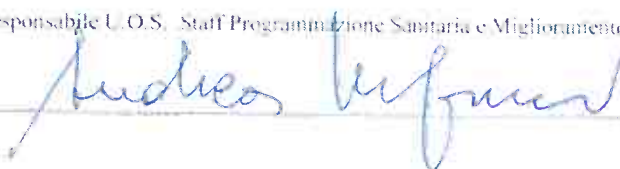
Dott. Giacomo Schinco

Dirigente Medico Direzione Medica Presidio Ospedale A. Murri AV4 Fermo



Dott. Andrea Vesprini

Dirigente Medico Responsabile U.O.S. Staff Programmazione Sanitaria e Miglioramento Qualità AV4 Fermo



Dott. Nicola Blasi

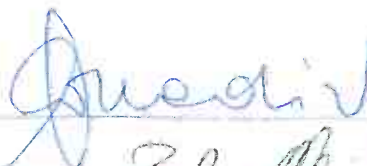
Direttore F.F. U.O.C. Medicina Interna Presidio Ospedaliero AV4 Fermo



Dott. Mario Signorino - Direttore UOC Neurologia- Presidio Ospedaliero AV4 Fermo

Dott. Gabriele Corradini

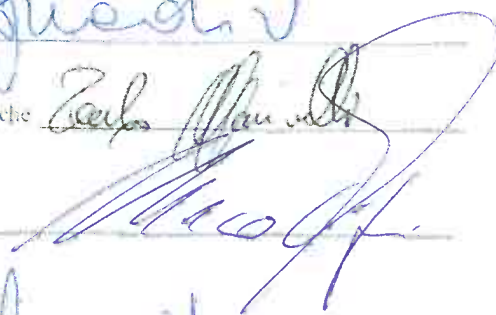
Direttore UOC Chirurgia Generale - Presidio Ospedaliero AV4 Fermo



Dott. Paolo Marinelli- Direttore Dir Professioni sanitarie - Area Infermieristiche

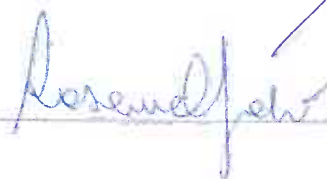


Dott. Mirco Gregorini - Dirigente Area Inferm. Ed Ostetrica AV4 Fermo



C.I. Rosanna Galie'

Posizione Organizzativa Dipartimento Discipline Mediche - AV4 Fermo



Dott.ssa Sandra Rafaiani

Posizione Organizzativa Dipartimento Discipline Chirurgiche AV4 Fermo

*Sandra Rafaiani*

C.I. Nera Perugini-

Posizione Organizzativa Dipartimentale

*Coord. Info*

C.I. Nives Teodori – Coord. Inf. UOS Riabilitazione Funzionale POR Inrea Fermo

*Perugini Nives*

Dott.ssa Cristina Ilari – Ass. Soc. Inrea Por Fermo- Segr Verbalizzante

*Ilari*