



**FOLLOW UP  
OF EARLY BREAST CANCER:  
WORKING FOR A 2023 CONSENSUS**

**ROMA**

**31 Marzo 2023**

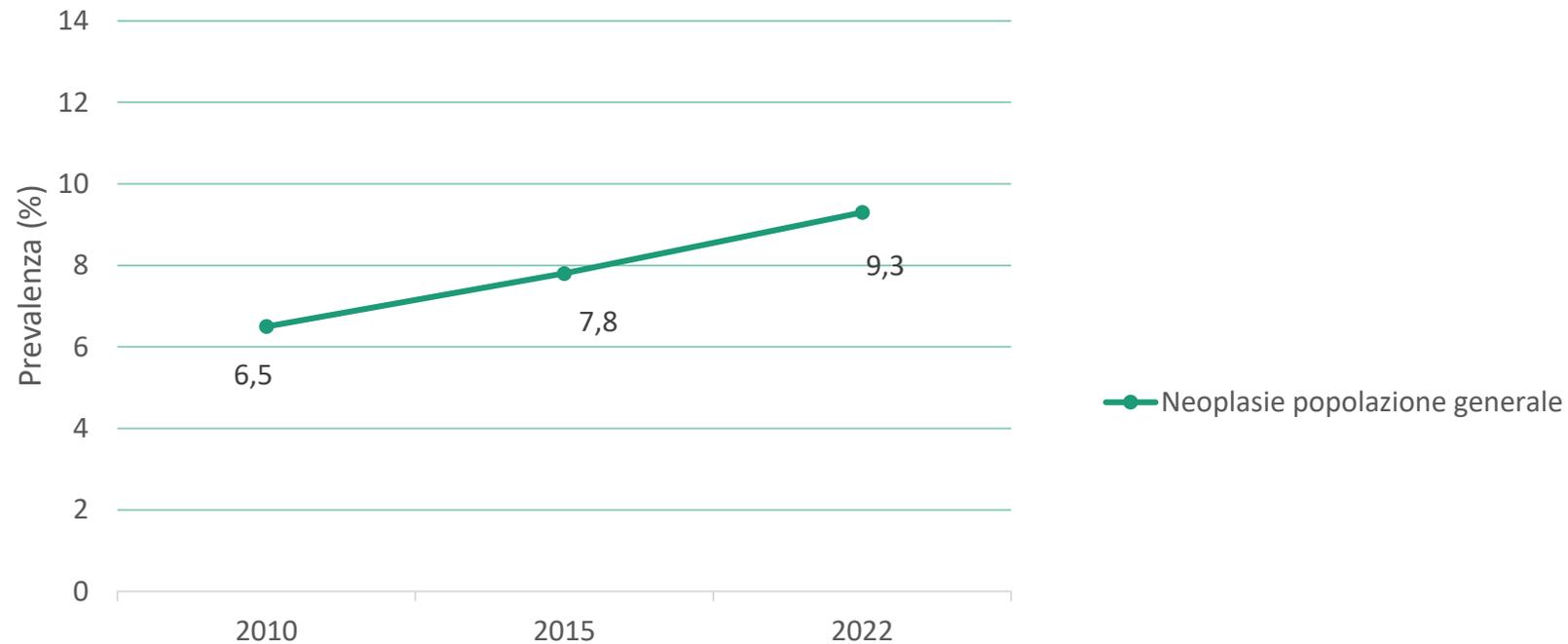
**Maurizio Cancian**

**MMG, Conegliano TV**

**S.I.M.G. Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie**

# Personne avec des diagnostics de néoplasie/prévalence

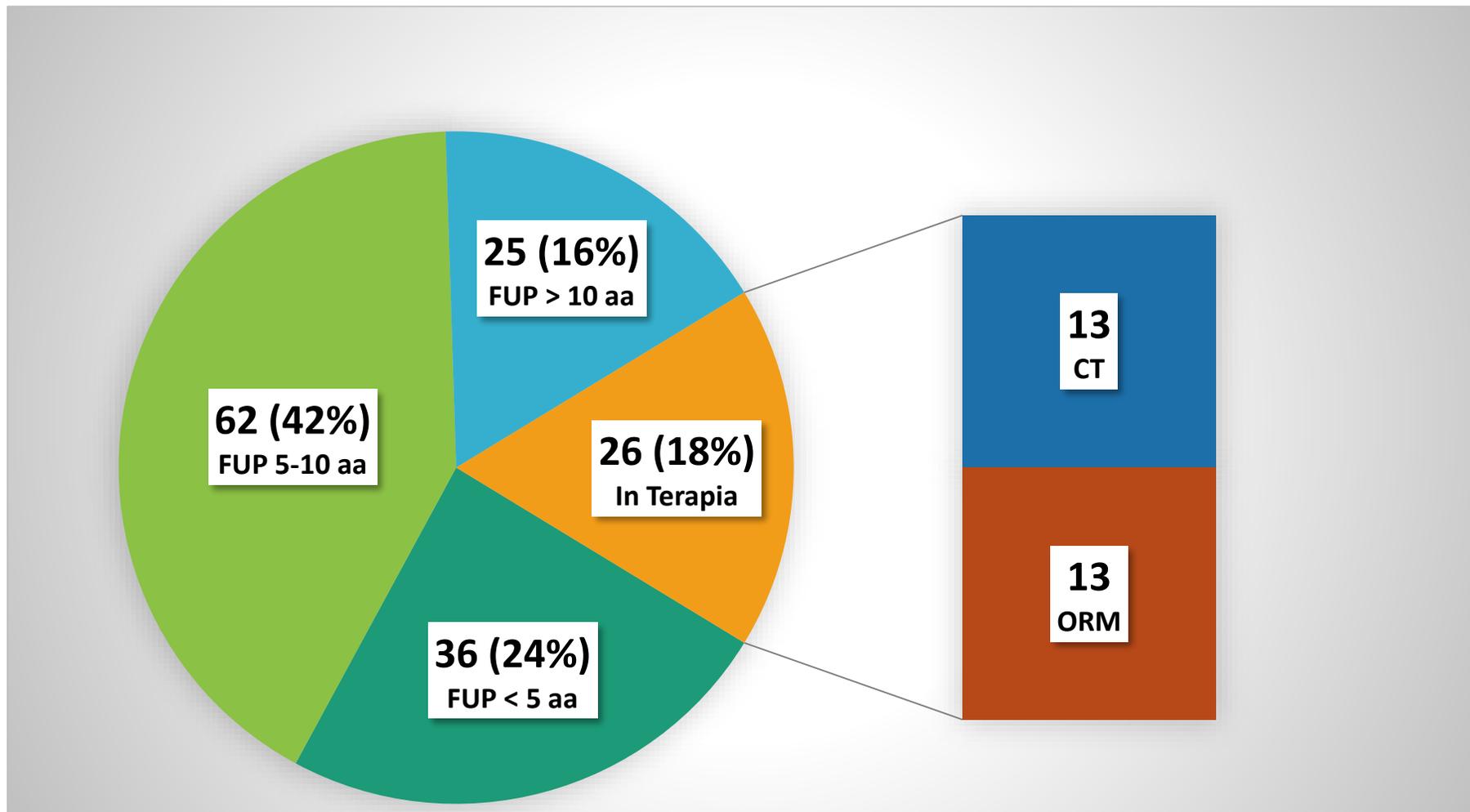
Fonte: Health Search, data base di S.I.M.G.



# Persone con neoplasia: FUP e terapia

Popolazione di 1 MMG con 1589 assistiti, in Veneto

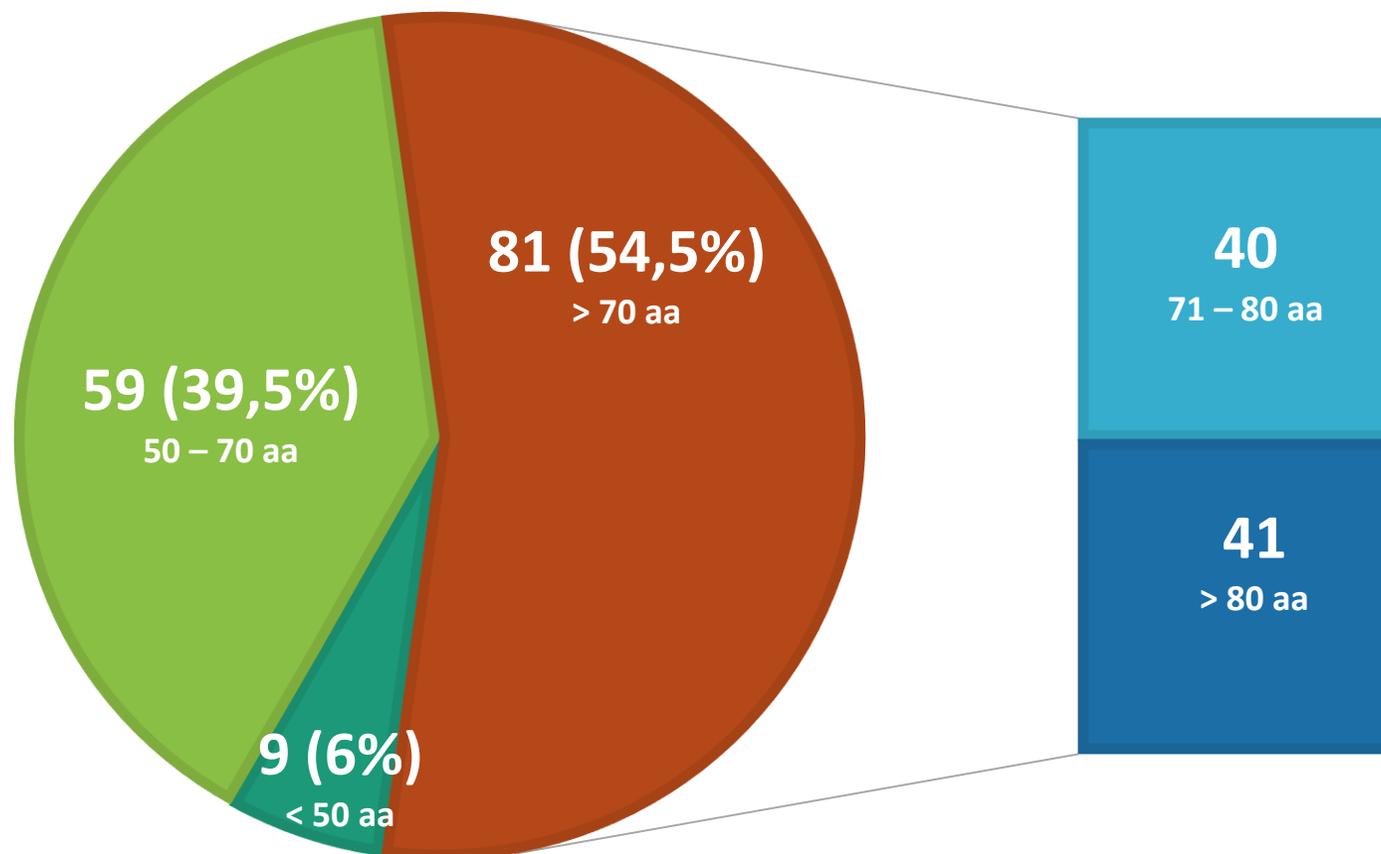
*149 persone con diagnosi neoplasia, esclusi tumori cutanei non melanomi*



# Persone con neoplasia per classi di età

Popolazione di 1 MMG con 1589 assistiti, in Veneto

*149 persone con diagnosi neoplasia, esclusi tumori cutanei non melanomi*



# Caratteristiche dei pazienti con diagnosi di neoplasia nel corso della vita

- Molti pazienti di età >70 aa., > 80 aa.
- Molti pazienti con elevati gradi di co-morbidità (diabete, scompenso cardiaco, demenza, artrosi, insufficienza d'organo...)
- Molti pazienti con autonomia funzionale e/o cognitiva ridotta

**Fonte: Health Search – Data Base Medicina Generale Italiana**



Cosponsored by



# 2016 Cancer Survivorship Symposium: Advancing Care and Research

A Primary Care and Oncology Collaboration

JANUARY 15-16, 2016

SAN FRANCISCO MARRIOTT MARQUIS  
SAN FRANCISCO, CA

REGISTER &  
RESERVE A HOTEL

INVITE A COLLEAGUE  
TO ATTEND

## Register and Reserve Your Hotel

Join the American Academy of Family Physicians (AAFP), the American College of Physicians, Inc. (ACP), and the American Society of Clinical Oncology (ASCO) for the inaugural [Cancer Survivorship Symposium: Advancing Care and Research, A Primary Care and Oncology Collaboration](#), taking place January 15-16 in San Francisco, California. This unique collaboration will provide education for primary care physicians, oncologists, nurses, and allied health professionals on how to provide optimal care for their patients throughout the survivorship continuum. The Symposium represents an innovative approach to education and patient care.



Jon Emery

# Cancer survivorship – the role of the GP

## Background

Improvements in cancer detection, treatment and an ageing population mean that there are increasing numbers of people living with and beyond cancer. Current hospital-centred models of cancer follow-up have tended to focus on detection of cancer recurrence, which may result in significant unmet needs, particularly psychosocial needs.

## Objective

This paper discusses the evidence from previous studies

The number of people living with and beyond cancer, or 'cancer survivors', is increasing in all developed countries. This reflects an ageing population, increased cancer detection and improvements in treatment with consequent higher survival rates. The most recent estimates of cancer prevalence show that in 2007 there were approximately 775,000 people living in Australia who had been diagnosed with cancer in the previous 26 years, including 339,000 in the previous 5 years.<sup>1</sup>

---

# German general practitioners' views on their involvement and role in cancer care: a qualitative study

Anne Dahlhaus<sup>a,b,c,\*</sup>, Nicholas Vanneman<sup>a</sup>, Corina Guethlin<sup>a</sup>, Johanna Behrend<sup>a</sup> and Andrea Siebenhofer<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Institute of General Practice, Goethe University Frankfurt, Frankfurt am Main and <sup>b</sup>German Cancer Research Center (DKFZ) and <sup>c</sup>German Cancer Consortium (DKTK), Heidelberg, Germany.

\*Correspondence to Anne Dahlhaus, Institute of General Practice, Goethe University Frankfurt, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main, Germany; E-mail: [dahlhaus@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:dahlhaus@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)

Received October 7 2013; revised December 12 2013; Accepted December 23 2013.

## Abstract

**Background.** The multidisciplinary and sequential nature of cancer care makes continuity of care for patients difficult. Cancer patients have often known their general practitioners (GPs) for years and are often in constant contact with them.

**Objective(s).** We examined German GPs' views on their involvement in the care of cancer patients.

**Methods.** We conducted semi-structured interviews with 30 German GPs. Purposeful sampling was applied to secure maximum heterogeneity. Interviews were recorded, transcribed and then analyzed using qualitative content analysis according to Mayring.

**Results.** GPs perceive a clear involvement in the latter phase of cancer care but a mainly sporadic role (as and when required) in earlier phases. They think that greater care contributions from GPs are generally beneficial to cancer patients, as their ability to take the patient's history, surroundings and co-morbidities into account enables them to provide more patient-centred care. GPs want to stay involved and to know how their cancer patients are progressing, and they complain about slow or non-existent information sharing between providers, as well as insuffi-

RESEARCH ARTICLE

Open Access

# Health care needs of cancer survivors in general practice: a systematic review

Renske A Hoekstra, Marianne J Heins\* and Joke C Korevaar

## Abstract

**Background:** The number of cancer survivors is increasing due to improved treatments. Consequently, general practitioners will treat more and more cancer survivors in the upcoming years. Only little is known about the care needs of these survivors and guidelines to support general practitioners in their treatment of these patients are lacking. The aim of this study was to gain insight in the health care needs of cancer survivors in general practice.

**Methods:** A systematic review on cancer survivors' general practice needs was conducted in PubMed, Embase and the Cochrane Library of Systematic Reviews. Eligible studies could be qualitative or quantitative studies examining cancer survivors' needs in general practice. Studies of adult survivors, with any cancer type, considered free of active disease and no longer receiving active treatment, were included. For each study a quality score was given using a form developed specifically for this study. Statements about survivors' general practice needs were collected and corresponding themes were grouped.

**Results:** Fifteen studies were included, of which twelve were qualitative. Most mentioned general practice needs were psychosocial needs, mainly being support received from the GP, followed by a need for help with medical issues, and a need for information on cancer, recovery, late treatment effects and on adjusting to life after treatment.

**Conclusions:** Cancer survivors have different types of general practice needs that are currently not or insufficiently met. This review provides a starting point for the development of new guidelines for general practitioners to support in cancer survivorship.

Review Articles

*Primary Care*

---

PRIMARY CARE FOR SURVIVORS  
OF BREAST CANCER

HAROLD J. BURSTEIN, M.D., PH.D.,  
AND ERIC P. WINER, M.D.

**T**HERE are more than 2 million women in the United States alone who are living with a history of breast cancer.<sup>1,2</sup> Screening programs have increased the number of women in whom invasive or noninvasive breast cancer has been diagnosed, and earlier detection and better treatment have led to

recurrences are not uncommon.<sup>3</sup> Symptoms suggestive of recurrence include changes in the breast or chest wall, adenopathy, weight loss, persistent cough, cardiopulmonary symptoms, and musculoskeletal pain. These symptoms are nonspecific and, even in survivors of cancer, are frequently attributable to benign conditions. Because many long-term follow-up studies have shown that more than 75 percent of recurrences are heralded by symptoms or by findings on physical examination,<sup>4,5</sup> symptoms should be carefully evaluated.

Physicians may detect local or regional recurrences in the breast, chest wall, or lymph nodes on physical examination. On the other hand, routine laboratory tests, chest roentgenography, and bone scanning rarely identify metastatic disease in asymptomatic patients. Even with intensive surveillance, asymptomatic recurrences constitute only a fraction (15 to 25 percent) of all cases of metastatic disease.<sup>6</sup> Earlier detection has

# Gruppo di lavoro intersocietario

*AIOM, CIPOMO, SIMG, AAROI, FAVO, SIPO*

***Most importantly, oncology and primary-care professional societies need to collaborate in developing evidence -based guidelines and educational resources regarding follow-up care of cancer survivors.***

*Oeffinger J Clin Oncol 2006*

1. Tavolo permanente di studio e confronto
2. Raccomandazioni sul «survivorship care management» per patologia  
**Maggiore evidenza nella raccomandazione degli esami appropriati**
3. Elaborazione di materiale informativo
4. Corsi di formazione itineranti
5. Interazione con le istituzioni regolatorie
6. Promozione della ricerca

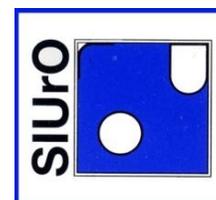
## ONCOLOGI



## RADIOTERAPISTI



## CHIRURGHI



## EPIDEMIOLOGI



## MMG



## PSICOLOGI



## PAZIENTI





Maurizio Cancian  
Medico di famiglia

Società Italiana di Medicina Generale  
e delle Cure Primarie

# Perché la sorveglianza dopo la cura

Consensus Conference – Roma, 10-11 settembre 2015

1. Aumentato rischio di recidiva o secondo tumore
2. Possibili tossicità tardive
3. Valutazione esiti delle cure
4. Impatto sugli aspetti emotivi
5. Recupero del ruolo sociale

# Caratteristiche dell'approccio generalista

*FUP = Riabilitazione della persona*

- **Piano di assistenza individuale** per monitorare:
  1. Il rischio di *ripresa di malattia*, locale o sistemica, in base alle caratteristiche biologiche del cancro
  2. La comparsa di *complicanze dei trattamenti*, precoci o tardive
  3. Gli eventuali *esiti*, morfologici e/o funzionali, delle cure
  4. Il *recupero psicologico*
  5. La *ripresa del ruolo sociale e professionale*

# Un programma ...su misura

*Consensus Conference – Roma, 10-11 settembre 2015*

- 1. Una persona guarita dopo terapia oncologica deve poter ricevere la proposta di un programma di cura, riabilitazione e controlli periodici, concordata tra gli specialisti di riferimento e il proprio Medico di Medicina Generale, se e nella misura in cui sono ritenuti opportuni. Tale eventuale programma deve tenere conto delle caratteristiche della malattia e delle cure ricevute, essere proporzionato alle condizioni generali di salute ed essere attento ai bisogni psicologici e sociali del paziente.**

**Le modalità di interazione tra ospedale e territorio possono essere modulate sulla base del rischio di ricaduta, degli effetti collaterali tardivi e del contesto clinico. I pazienti a basso rischio o con comorbidità rilevanti possono essere reindirizzati precocemente al Medico di Medicina Generale. I pazienti a rischio intermedio possono essere seguiti con un modello sequenziale o di alternanza tra lo specialista e il Medico di Medicina Generale. I pazienti ad alto rischio richiedono un maggiore e più continuativo coinvolgimento dello specialista, almeno nei primi anni dalla terapia primaria. L'applicazione di un modello personalizzato, modulato sulla base del rischio di recidiva e sulle utilità dei trattamenti prevedibili, consente plasticità organizzativa, contenimento dei costi e facile applicabilità.**



# Le risposte organizzative

## La programmazione



MODULI DI PROGRAMMAZIONE DEL FOLLOW UP



### 2. Neoplasie della mammella

Denominazione del Centro	Denominazione dell'Unità Operativa	Cognome e Nome
Gentile Signora,  subbene nella maggior parte dei casi i trattamenti determinano la completa guarigione, rimane nel tempo un rischio che il tumore della mammella si ripresenti o ne insorga uno nuovo. Inoltre, in alcuni casi, possono manifestarsi conseguenze a lungo termine della malattia o dei trattamenti ricevuti. Per queste ragioni è consigliabile eseguire dei controlli periodici secondo lo schema riportato più sotto, fino a quando sia considerato appropriato dal medico curante. E' inoltre utile riferire al proprio medico la presenza di sintomi o segni (in particolare noduli sulla cicatrice, al seno operato o in quello opposto) che destano sospetto. Questo consentirà al medico di valutare la necessità di richiedere esami di approfondimento.	Per il medico di Assistenza Primaria  La visita generale è utile per la valutazione dei sintomi e dei segni che possono suggerire una ricaduta di malattia. Tra i segni obiettivi di sospetto vanno considerati i seguenti: noduli mammari o a livello della cicatrice chirurgica; linfonodi palpabili, specie se a livello ascellare o sopraclavicolare; dolorabilità alla pressione dello scheletro; equinovagialità di recente insorgenza; segni di versamento pleurico; segni neurologici centrali o periferici. In tali casi è necessario suggerire un approfondimento con esami strumentali specifici. Nel caso di sospetto confermato di recidiva è opportuno contattare il centro oncologico di riferimento ed avviare la paziente ad un percorso specialistico. E' utile che sia rilevato periodicamente il livello di disagio emozionale della paziente e, in caso di sofferenza significativa sia invitata ad un servizio di psico-oncologia. Ogni altro bisogno di riabilitazione e di recupero dell'integrità fisica va raccolto e indirizzato agli specialisti competenti. Si raccomanda inoltre di suggerire l'adozione di corretti stili di vita (controllo del peso corporeo, attività fisica, dieta equilibrata, astinenza dal fumo, limitazione del consumo di alcool) e l'adesione agli screening oncologici consigliati per altre patologie (tumore della cervice uterina e del colon-retto).	

L'esecuzione delle procedure sotto riportate è indicata periodicamente, anche in assenza di segni clinici.

PROCEDURA	RACCOMANDAZIONE
Esame clinico	Anzitutto ad esame obiettivo ogni 3-6 mesi nei primi tre anni dal trattamento primario, ogni 6-12 mesi nei successivi 2 anni e ogni anno nel periodo successivo.
Mammografia	Una mammografia ad un anno dopo la mammografia diagnostica della neoplasia (ma dopo almeno 6 mesi dalla fine della radioterapia), poi una volta all'anno.
Auto-esame della mammella	Ogni mese (questa procedura non sostituisce la mammografia).
Controllo ginecologico	E' consigliabile eseguire visita, ecografia ginecologica e Pap-test regolarmente. Nel caso di assunzione di tamoxifene è necessario riferire al medico ogni episodio di "sanguinamento" vaginale.
Consulta genetica	Riferire al medico la presenza in famiglia di altri casi di neoplasia. In particolare, le seguenti caratteristiche possono indicare una "possibile" predisposizione ereditaria: - Storia personale o familiare di tumore ovarico o/mammario. - Storia personale o familiare di tumore mammario bilaterale. - Insorgenza del tumore mammario in età inferiore a 36 anni. - Insorgenza del tumore mammario in età inferiore a 50 anni in una donna con un parente di primo grado con tumore mammario o ovarico. - Insorgenza del tumore mammario ad una età superiore a 50 anni e presenza di tumore mammario o ovarico in due o più parenti di primo grado. - Storia di neoplasia della mammella in un parente maschio. In ognuno di questi casi è infatti consigliata una valutazione di oncologia genetica.
In caso di assunzione di inibitori dell'enzima aromatasi	- Controllo annuale dei livelli ematici di colesterolo e trigliceridi. - Densitometria ossea basale: in caso di osteopenia/osteoporosi trattamento specifico e monitoraggio periodico della densità minerale ossea.
Procedure non raccomandate	In assenza di indicazioni cliniche i seguenti esami sono "sconsigliati": RMN della mammella; TC: metastasi-torace-addome; TC-PET con FDG; esami del sangue: radiografia del torace; ecografia addominale; scintigrafia ossea; determinazione dei marcatori tumorali (CEA, CA 15.3, CA 125 ecc.).

- ▶ Descrizione delle caratteristiche della malattia e dei trattamenti.
- ▶ Informazioni sulle possibili tossicità dei trattamenti ricevuti e i possibili sintomi di recidiva neoplastica.
- ▶ Indicazioni relative al responsabile delle visite di follow-up e alla loro periodicità;
- ▶ Esplicitazione delle modalità di contatto con i medici e con il centro di cura.
- ▶ Programmazione dei test indicati.
- ▶ Indicazioni pratiche di prevenzione terziaria legata agli stili di vita.

# In caso di sospetta recidiva.....

**In caso di segni o sintomi sospetti per recidiva di malattia o di nuova patologia oncologica è necessario procedere alla richiesta di approfondimenti mirati.**

**I Servizi Sanitari dovrebbero prevedere percorsi di accesso agli accertamenti con codici di priorità facilitanti.**

**E' inoltre raccomandata la definizione di canali di comunicazione formali e diretti tra Medico di Medicina Generale e Specialista di riferimento al fine di favorire rapide consultazioni e decisioni condivise.**

# Caratteristiche del setting generalista

- Accessibilità
- I controlli clinici periodici, ambulatoriali o domiciliari, sono inseriti in una valutazione complessiva:
  1. Stato funzionale,
  2. Aspettativa di vita,
  3. Co - morbidità,
  4. Proporzionalità di accertamenti e cure,
  5. Desideri e priorità del paziente



## Barbara Starfield, MD

Pediatra e Professore di Sanità Pubblica  
presso la Johns Hopkins School  
of Public Health, Baltimora (USA)

*“Contribution of Primary Care  
to Health Systems and Health”*

*a) “Vi sono **chiare evidenze** che le Cure Primarie aiutano  
a prevenire le malattie e a ridurre la mortalità.*

*b) Le evidenze mostrano inoltre che le Cure Primarie (a  
differenza delle attività specialistiche) sono associate a  
**una più equa distribuzione della salute nella  
popolazione”.***

**Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary  
Care to Health Systems and Health.**

**The Milbank Quarterly 2005;83(3):457–502**



*“un numero crescente di ricerche collega la frequentazione dello stesso medico nel tempo a una serie di benefici significativi: maggiore soddisfazione del paziente, maggiore aderenza ai consigli medici e ai farmaci, migliore accettazione dei vaccini, riduzione del ricorso ai servizi fuori orario, tempi di attesa inferiori, migliore soddisfazione sul lavoro e fidelizzazione dei medici, minori accessi in pronto soccorso e persino, secondo uno studio su larga scala condotto in Norvegia, una riduzione fino al 25% della mortalità tra i pazienti per i quali vi era una continuità di cura a lungo termine” (Polly Morland The Guardian 15 agosto 2022)*

## **The big idea: why modern medicine can't work without stories**

Few of us see the same GP twice, but the doctor-patient relationship saves lives





# Strumenti di sorveglianza della persona



La modalità originale del lavoro del MMG è la relazione nel tempo con i propri assistiti, non riguarda una sola malattia ma affronta tutti i problemi di ogni singola persona

Consensus Conference  
Roma, 10-11 settembre 2015

Almeno una volta l'anno è raccomandata una periodica valutazione anamnestico – clinica da parte del medico generalista nelle persone guarite dopo una terapia per malattia oncologica.

**Obiettivi della valutazione:** promuovere uno stile di vita sano, valutare bisogni espressi ed inespressi, indagare segni o sintomi potenzialmente collegati con recidiva o con insorgenza di effetti collaterali della terapia ricevuta dal/dalla Paziente, favorire attività di riabilitazione funzionale e psicosociale.

# Alleanza e Consapevolezza

Consensus Conference

Roma, 10-11 settembre 2015

**Una efficace comunicazione del MMG centrata sul paziente, in occasione delle visite di follow up, può alleviare il senso di incertezza, il distress causato dalla paura della recidiva e soddisfare bisogni di informazione non corrisposti.**

**Interventi psicoterapeutici specifici possono essere proposti in particolari condizioni**



# La tempesta perfetta...

Il Contesto : il Servizio Sanitario Nazionale Italiano

**La lista dei passeggeri sul treno della cronicità aumenta ...**

**Più vecchi, più cronici, più malati complessi, più malati con bisogni di cure palliative**

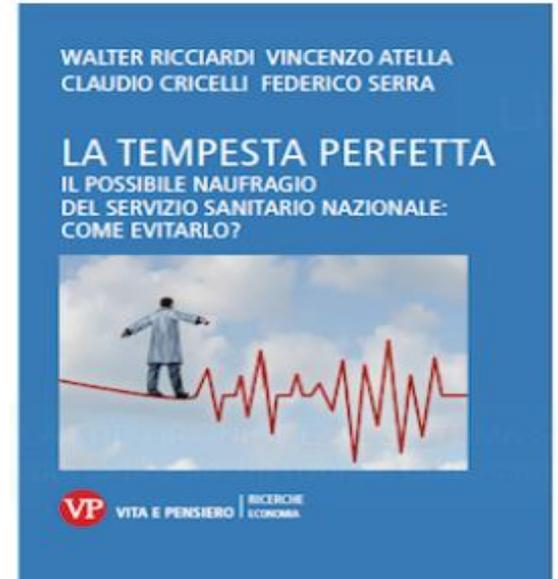
## **Allarme !**

*Se “la riduzione delle provviste” non viene compensata da un ottimale efficientamento dei sistemi di programmazione ed organizzazione*

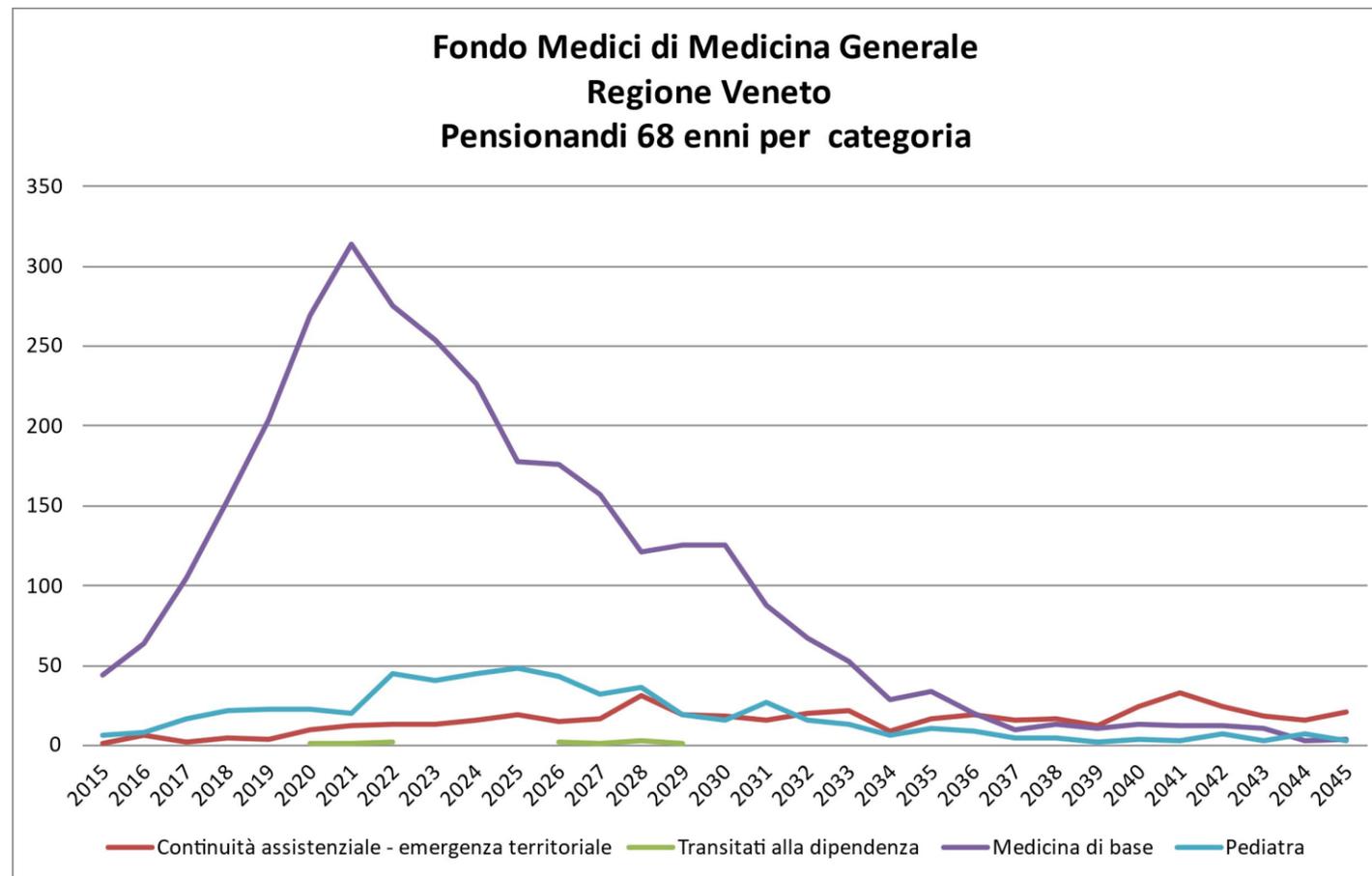
## **E' necessario...**

*ridisegnare la geografia dei servizi ... sistemizzando modelli assistenziali sulla logica della “presa in carico”*

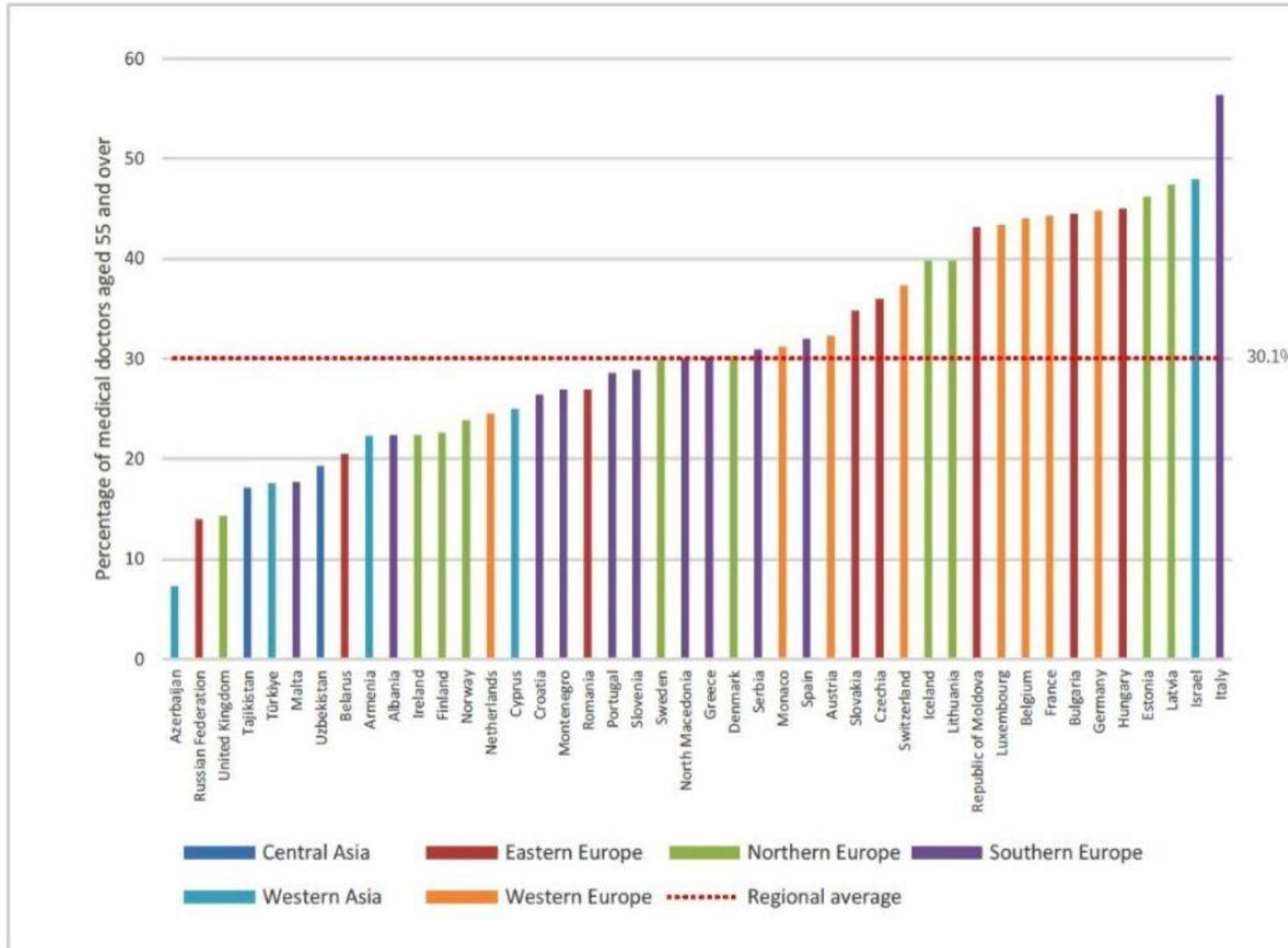
Il Welfare State, e i Servizi Sanitari hanno necessità di fornire risposte nuove e adeguate ai bisogni di una popolazione crescente di malati sempre più anziani, affetti da patologie cronic-degenerative in fase avanzata o terminale, in condizioni cliniche di estrema fragilità e di grave sofferenza



# La «gobba» pensionistica dei MMG nel Veneto, dati ENPAM



**Fig. 3.** Percentage of medical doctors aged 55 and over, 2020 or latest year



Source: WHO (3).

COPIA RISERVATA  
DR. MAURIZIO CANCIAN

**MilleinRete**

*Qualità dell'assistenza  
Ricerca  
Audit*

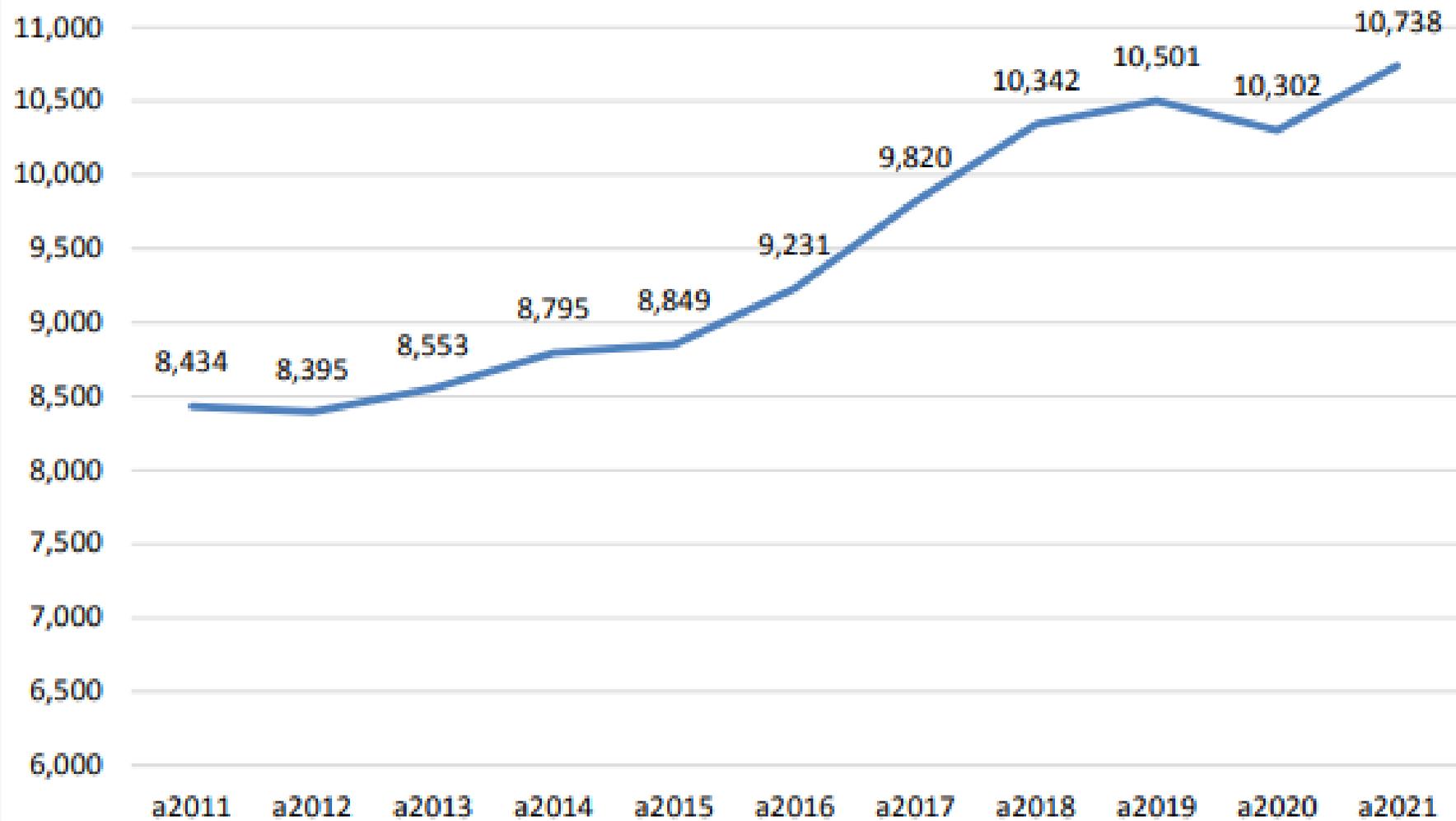
**Network Veneto tra MMG**



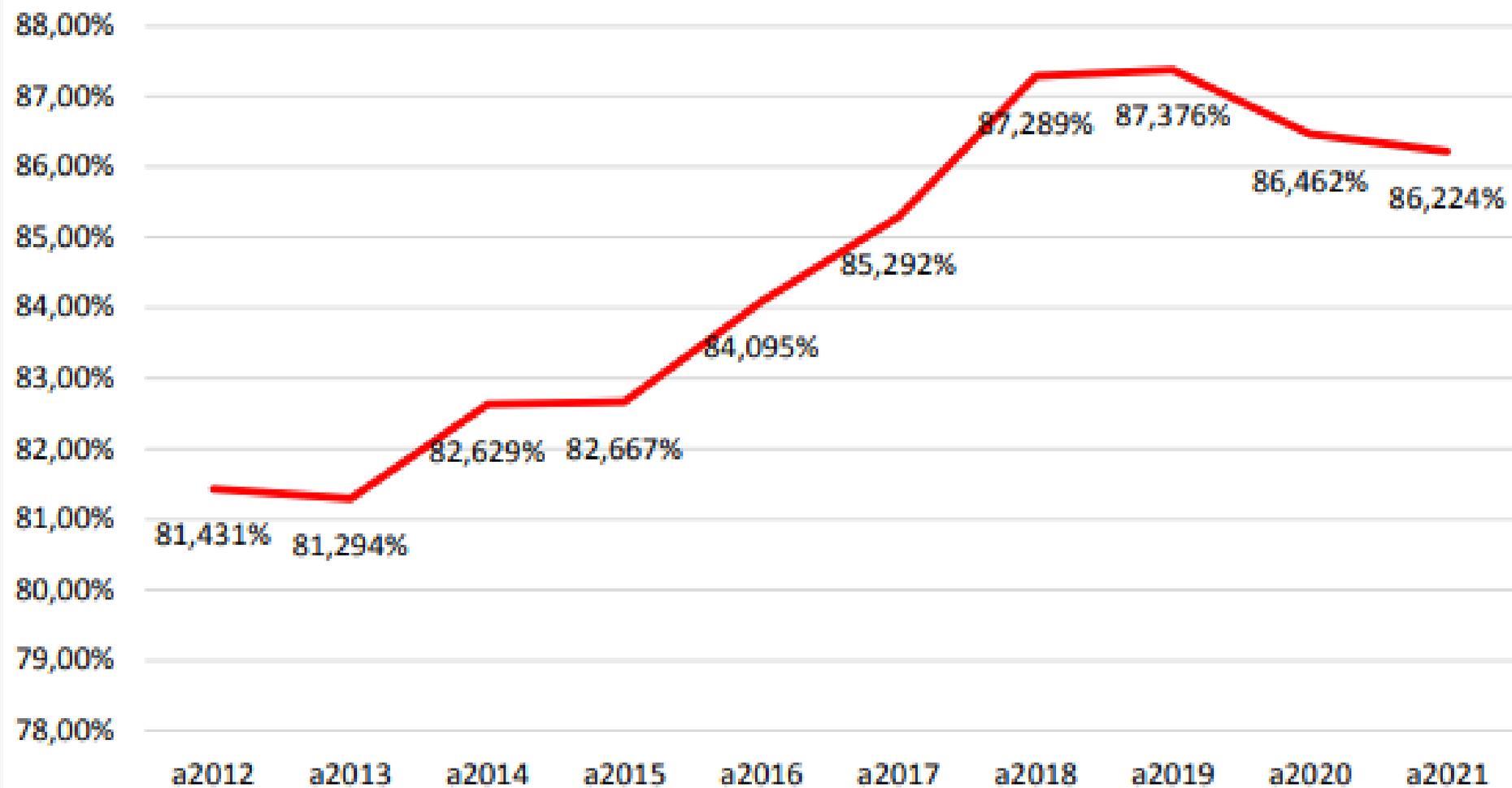
**SVEMG**  
Scuola Veneta  
di Medicina Generale

**REPORT  
MILLEINRETE  
2022**

## NUMERO MEDIO DI CONTATTI ANNUI PER PAZIENTE

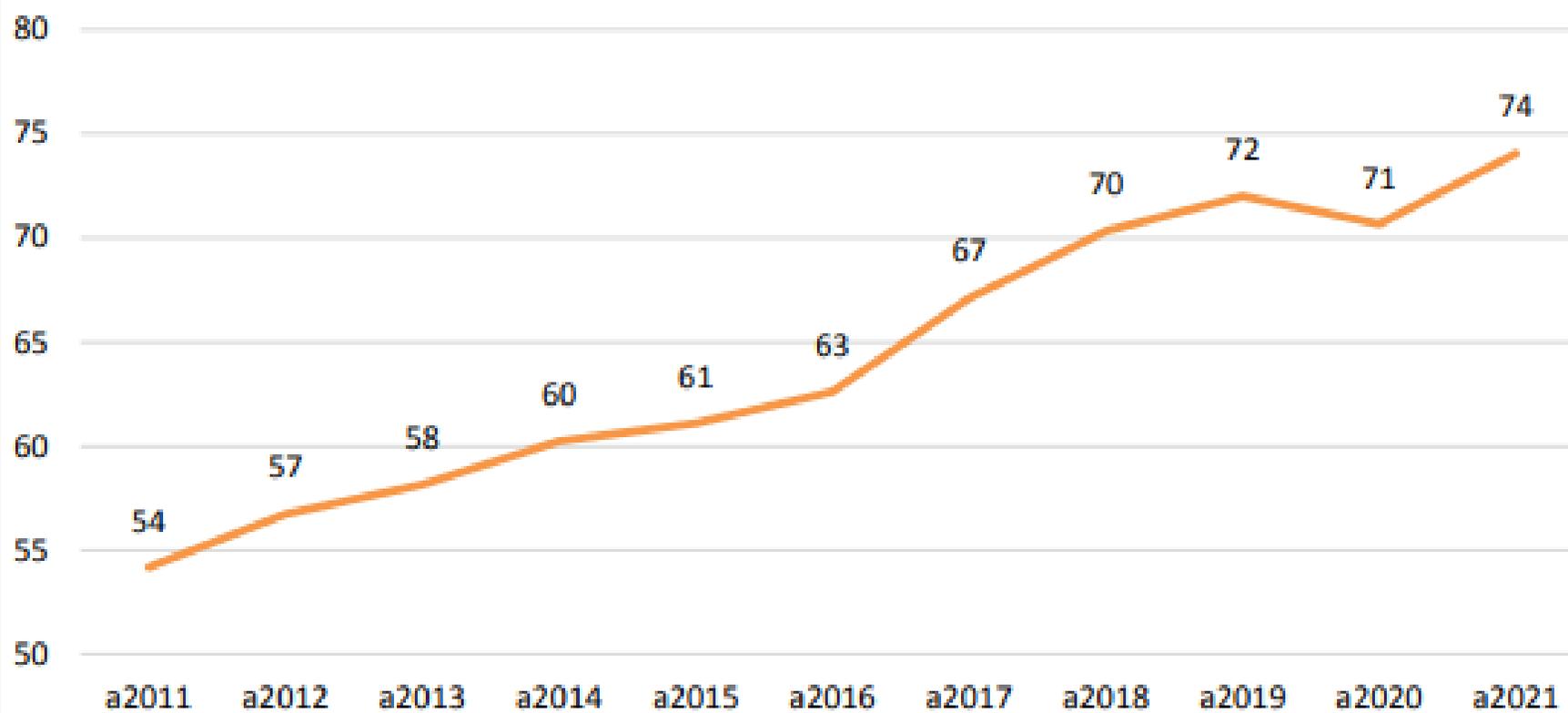


## Percentuale di pazienti con almeno un contatto nell'anno indice



## NUMERO MEDIO DI CONTATTI GIORNALIERI PER SINGOLO MEDICO

72 medici "MilleinRete" - calcolati su 249 giorni di apertura dello studio



# L'organizzazione del MMG 'costretto' a lavorare da solo va in panne



La presa in carico, ovvero come mettere in pratica il prendersi cura

La **presa in carico**: significa assumere su di sé la responsabilità di programmare e gestire un intervento in modo intenzionale e strategico, utilizzando strumenti e risorse per risolvere il problema e superare gli ostacoli che l'utente da solo/a non è in grado di gestire



## Le dimensioni del problema e l'attività delle Infermiere : in una MGI con 10 MMG = 1.426 persone con diagnosi di neoplasia /15.236 assistiti



- Attività infermieristica generalista nel PAI del paziente con attiva/pregressa neoplasia, e spesso con altri problemi, nella valutazione multidimensionale:

1. Contatto attivo e programmato ogni 6-12 mesi
2. Rilevazione parametri clinici
3. Verifica programma FUP
4. Verifica Aderenza Terapia
5. Educazione care giver
6. Consigli personalizzati su stili di vita a rinforzo del counselling del MMG
7. Gestione accessi venosi, medicazioni, monitoraggio telefonico dopo la terapia

**Queste attività vanno garantite in ogni «spoke», sia MMG singolo che Gruppo che MGI**

# Integrazione

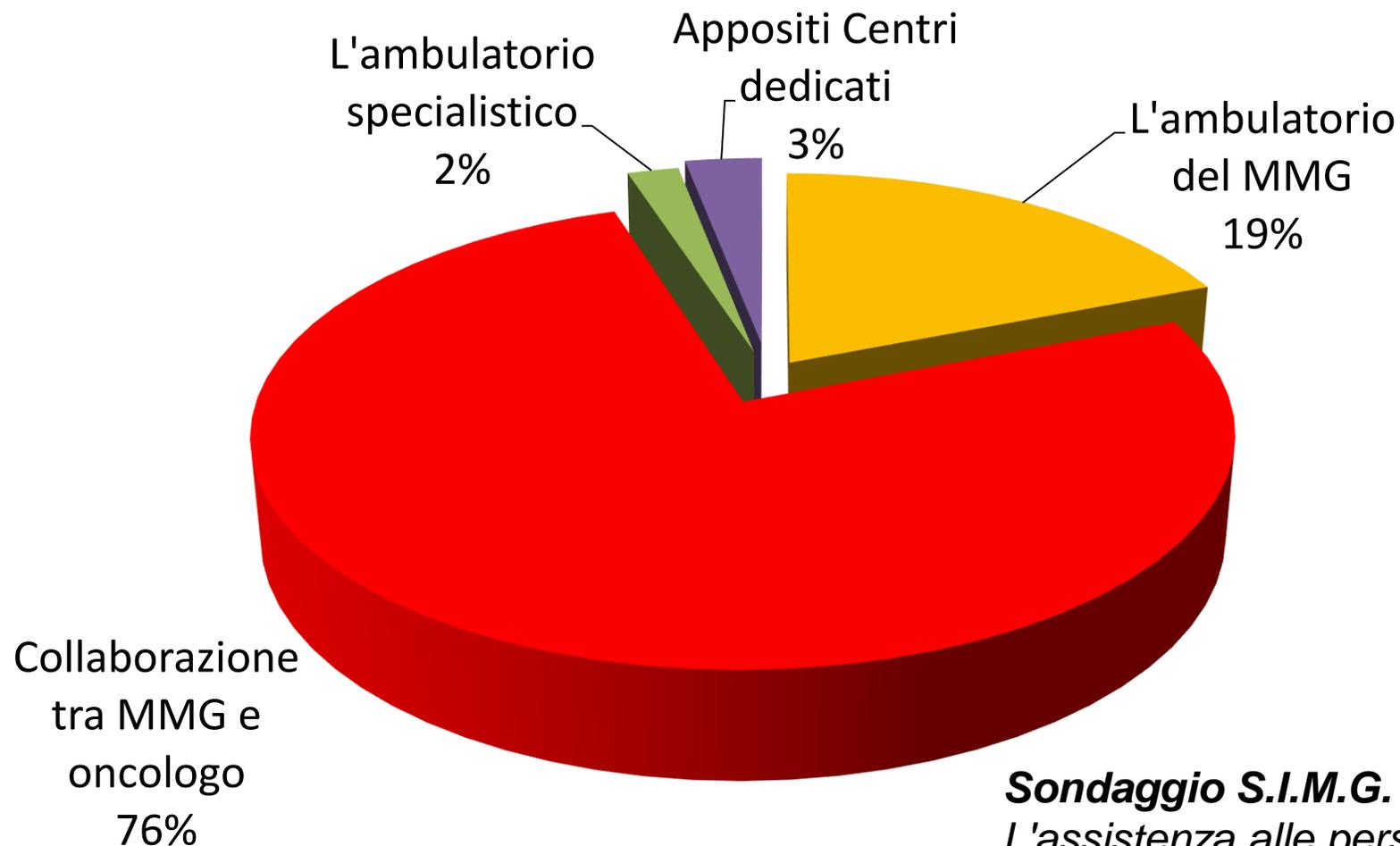
## Cure Primarie – Cure Specialistiche

Se **il sistema** non crea **le condizioni** per una adeguata collaborazione tra Medicina Generale e Specialistica nelle persone guarite dal tumore, le **conseguenze** sono:

1. Mancata definizione e condivisione degli obiettivi del FU
2. Formazione non adeguata, conseguenza della non disponibilità di obiettivi chiari e condivisi
3. Mancato avvio di programmi di ricerca e di fattibilità
4. Scarsa attenzione agli aspetti psicosociali
5. Costi inutili
6. Insoddisfazione dei pazienti
7. Aumento del tasso di conflittualità tra i medici



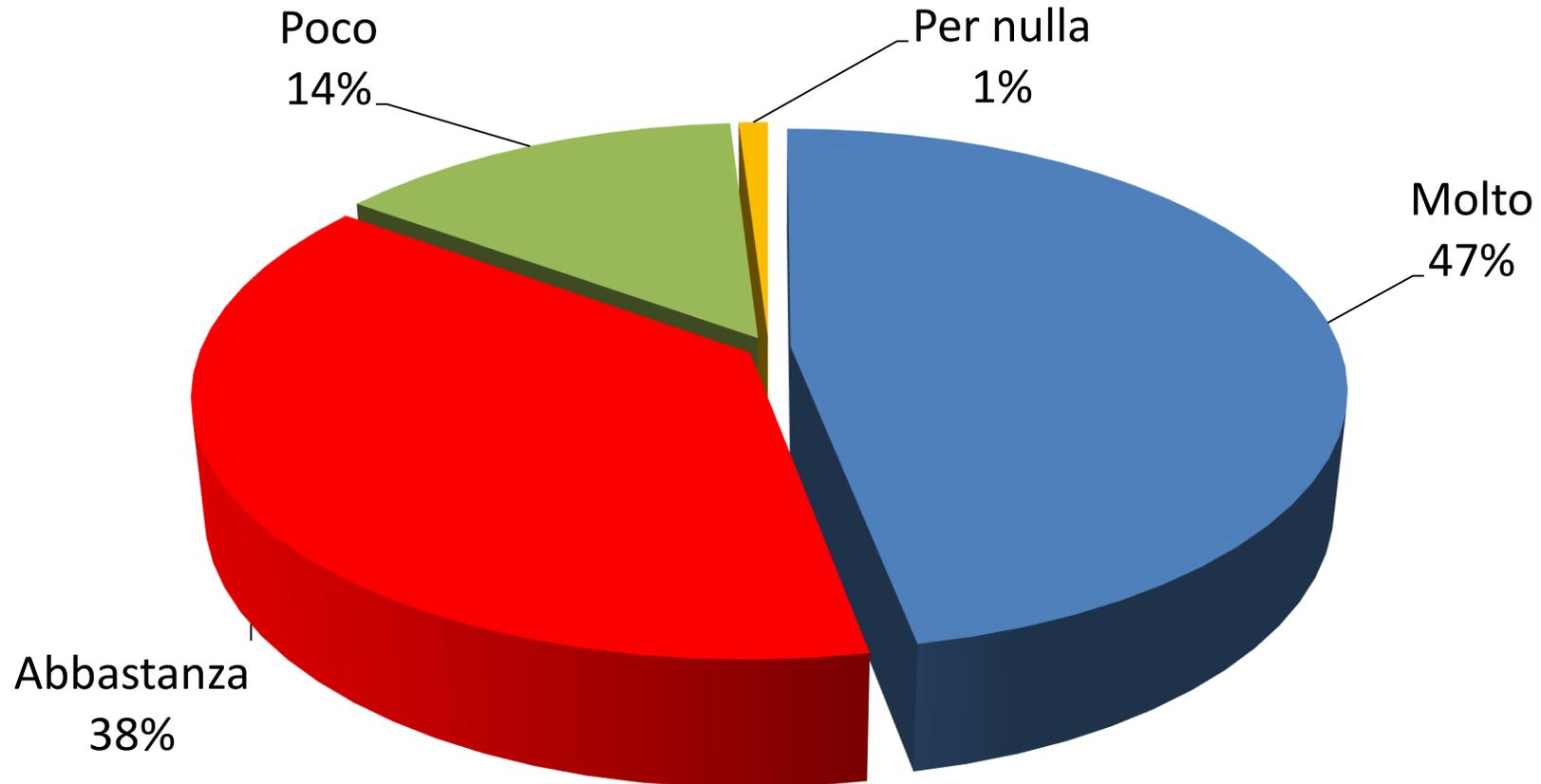
**Qual è, secondo lei, il setting di assistenza più adatto ad assistere le persone guarite da malattia neoplastica, trascorsi 2-3 anni liberi da malattia ?**



**Sondaggio S.I.M.G.**

*L'assistenza alle persone libere da malattia dopo la cura di una malattia oncologica*

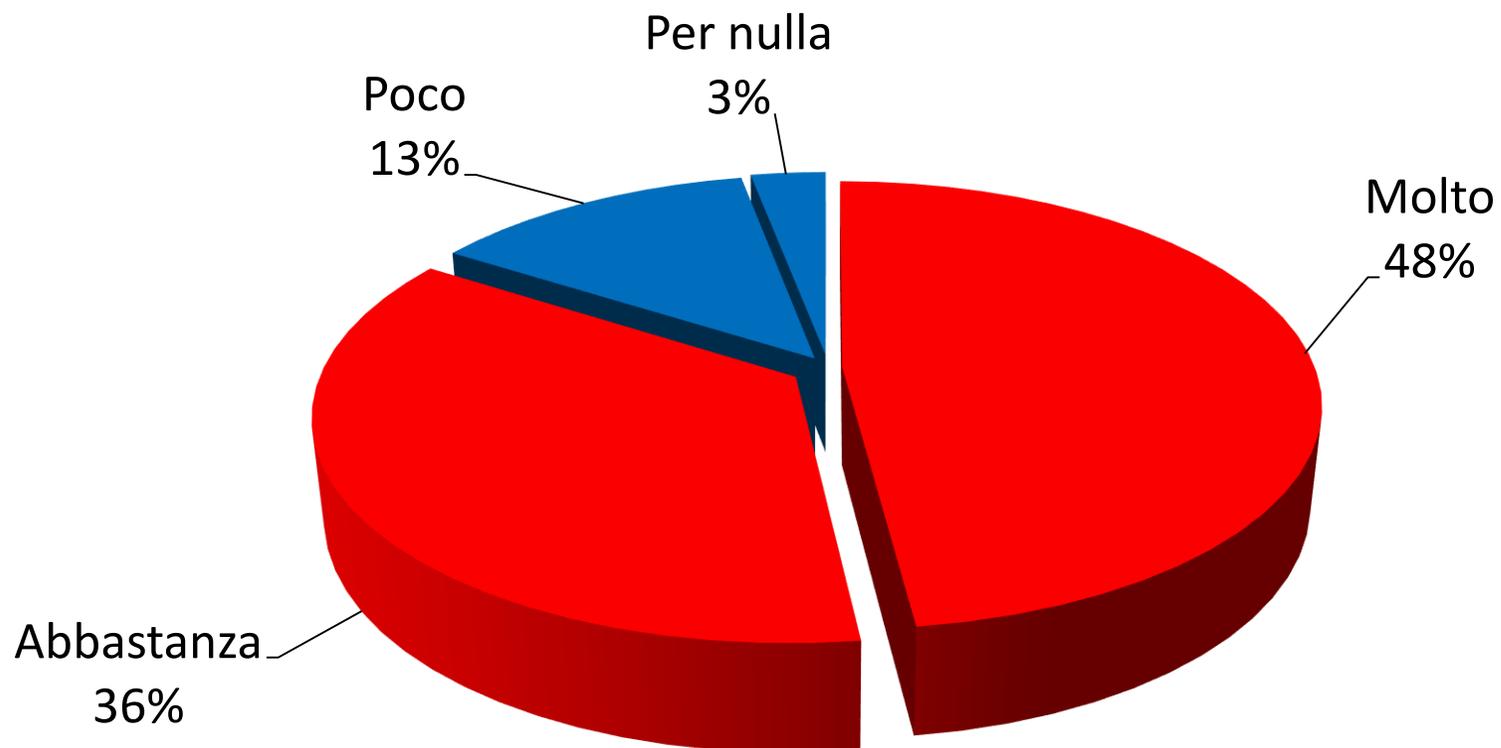
**Nell'ipotesi di un follow up in medicina generale per i pazienti  
guariti dal cancro, quanto ritiene sia rilevante la  
collaborazione con l'oncologo?**



**Sondaggio S.I.M.G.**

*L'assistenza alle persone libere da malattia  
dopo la cura di una malattia oncologica*

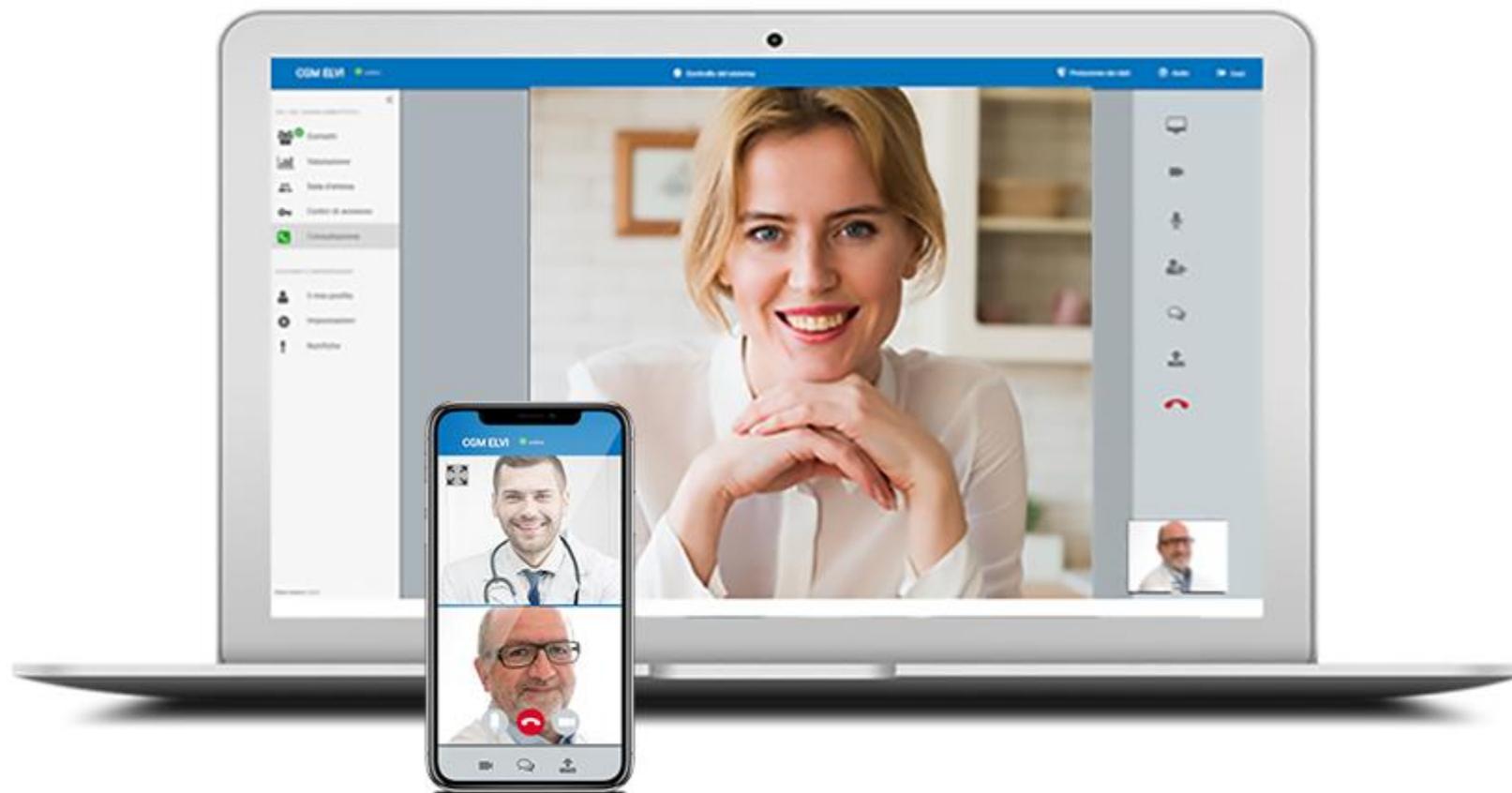
**Nella riorganizzazione della medicina di famiglia è prevista  
una attività di segreteria e di personale infermieristico.  
Secondo lei, in che misura questo potrebbe ridurre le  
difficoltà di gestione del follow up dei pazienti guariti da una  
neoplasia**



**Sondaggio S.I.M.G.**

*L'assistenza alle persone libere da malattia  
dopo la cura di una malattia oncologica*

Strumenti di comunicazione innovativi:  
Teleconsulto MMG/Medico Specialista. Tutto bene ?



# La Casa di Comunità

Ha una funzione integrativa e non sostitutiva delle attività che DEVONO essere realizzate in ogni Spoke (Ambulatorio del singolo MMG, Medicina di Gruppo, MGI\_UCCP), e rese disponibili/accessibili per ogni cittadino.

Può rappresentare il secondo livello delle Cure Primarie, dove con un approccio generalista vengono erogate prestazioni/parti di processi di cura pianificabili che per esigenze di competenza e/o tecnologia non possono essere attivi in tutti gli spoke

Gestione integrata tra Cure Primarie e Cure Specialistiche,  
integrando il Terzo Settore : è ciò di cui i pazienti hanno bisogno.





# Sensibilizzazione/Formazione/Ricerca «Cerchiamo insieme le risorse»

- Progetto Nazionale di formazione/azione integrata tra MMG e Oncologi:
  - 1 FAD ECM – SIMG Digital
  - 1-2 eventi per ogni Regione
  
- Progetto Nazionale di ricerca:  
SIMG Health Search/AIGOM/AIOM

Grazie per l'attenzione !



[cancian.maurizio@simg.it](mailto:cancian.maurizio@simg.it)