

**ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**

I Convegno

**IGEA: dal progetto al sistema.  
L'integrazione delle cure per le persone  
con malattie croniche**

Istituto Superiore di Sanità  
Roma, 22-23 aprile 2013

**RIASSUNTI**

A cura di  
Flavia Lombardo e Paola Ruggeri

*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute*

ISSN 0393-5620  
**ISTISAN Congressi**  
**13/C3**

Istituto Superiore di Sanità

**I Convegno. IGEA: dal progetto al sistema. L'integrazione delle cure per le persone con malattie croniche. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 22-23 aprile 2013. Riassunti.**

A cura di Flavia Lombardo, Paola Ruggeri  
2013, vii, 76 p. ISTISAN Congressi 13/C3

Nel presente volume sono riportati i riassunti dei lavori che saranno presentati nelle due giornate del convegno come relazioni orali o poster. Il convegno è dedicato alla presentazione e discussione dei modelli organizzativi orientati al miglioramento della qualità dell'assistenza per le persone con malattie croniche. Verranno presentate alcune esperienze in corso in Italia e si discuterà di modalità organizzative, operative e di governance, di strumenti tecnologici adottati e della possibile riproposizione delle esperienze di successo. Una relazione specifica sarà dedicata al tema delle disuguaglianze di salute in Italia.

*Parole chiave:* IGEA, Malattie croniche, Modelli organizzativi, Chronic care model

Istituto Superiore di Sanità

**I Congress. IGEA: integrated model of care for people with chronic diseases. Istituto Superiore di Sanità. Rome, April 22-23, 2013. Abstract book.**

Edited by Flavia Lombardo and Paola Ruggeri  
2013, vii, 76 p. ISTISAN Congressi 13/C3 (in Italian)

This book includes the abstracts that will be presented during the two-day congress, as oral presentations or posters. The congress is focused on the organizational model to improve the quality of care for people with chronic diseases. Strategies in the Italian regions will be presented and possible replication and exchange of identified good practices will be discussed. A specific presentation is dedicated to the discussion of health inequalities in Italy.

*Key words:* IGEA, Chronic diseases, Organizational model, Chronic care model

Per informazioni su questo documento scrivere a: [paola.ruggeri@iss.it](mailto:paola.ruggeri@iss.it)

Il rapporto è disponibile online sul sito di questo Istituto: [www.iss.it](http://www.iss.it).

Citare questo documento come segue:

Lombardo F, Ruggeri P (Ed.). *I Convegno. IGEA: dal progetto al sistema. L'integrazione delle cure per le persone con malattie croniche. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 22-23 aprile 2013. Riassunti.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013 (ISTISAN Congressi 13/C3).

---

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Enrico Garaci*  
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Redazione: *Paola De Castro, Egiziana Colletta e Patrizia Mochi*  
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

© 2013 Istituto Superiore di Sanità  
Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma



## INDICE

<b>Programma</b> .....	iii
<b>Note per la consultazione</b> .....	vii
<b>Comunicazioni e poster</b> .....	1
<b>Indice degli autori</b> .....	73



## PROGRAMMA

### Lunedì 22 aprile

- 9.30 Registrazione dei partecipanti
- 10.00 Saluto di benvenuto
- 10.15 Presentazione del Convegno  
**M. Maggini, F. Pricci**
- 10.45 Lettura magistrale  
*Assistere le persone con condizioni croniche*  
**G. Maciocco**

### Prima sessione

#### LE TERAPIE

*Coordinatore: A. Pizzini*

- 11.30 *Polipatologie e politrattamenti*  
**G. Onder**
- 11.50 *Raccomandazioni sui farmaci per il diabete: monitoraggio regionale  
basato su indicatori di prescrizione*  
**F. Nonino**
- 12.10 *Impatto sociale delle ipoglicemie nelle persone anziane con diabete*  
**A. Nicolucci**
- 12.30 *Uso dei farmaci nella popolazione diabetica anziana*  
**F. Trotta**
- 12.50 Discussione
- 13.00 Pranzo e visione poster
- 14.15 Lettura magistrale  
*Presenta: M. Comaschi*  
*Il Piano Nazionale sulla malattia diabetica*  
**P. Pisanti**

## **Seconda sessione**

### **LE INFORMAZIONI**

*Coordinatore: R. Raschetti*

- 15.00 *Dal Progetto Mattoni al Progetto MATRICE*  
**M.D. Bellentani**
- 15.15 *Modelli informativi per le patologie croniche*  
**R. Gini**
- 15.30 *Le "reti" per il miglioramento della qualità e dell'efficienza dell'assistenza*  
**A. Rossi Mori, G. Mercurio**
- 15.50 *Sistema BIRO e progetto EUBIROD*  
**M. Massi Benedetti, F. Carinci**
- 16.10 *La cooperazione informativa-Il sistema della Regione Friuli Venezia Giulia*  
**P. Romor**
- 16.30 *Il sistema di sorveglianza Passi per osservare le malattie croniche*  
**V. Minardi**
- 16.50 *Discussione generale*
- 17.30 *Chiusura della giornata*

## **Martedì 23 aprile**

- 8.30 *Pausa e visione poster*

## **Terza sessione**

### **I MODELLI ORGANIZZATIVI**

*Coordinatore: G. Noto*

- 9.40 *Come i sistemi possono osservare le malattie croniche*  
**L. Simonato**
- 10.00 *La sanità d'iniziativa nel Chronic Care Model*  
**S. Giustini**
- 10.20 *Le Case della salute: le azioni di sistema nella Regione Emilia-Romagna*  
**A. Brambilla**

10.40 *Il progetto CREG - i primi risultati nella Regione Lombardia*  
**C. Zocchetti**

11.00 Pausa e visione poster

11.30 Lettura magistrale  
*Presenta: P. D'Argenio*  
*Disuguaglianze di salute e modelli assistenziali*  
**G. Costa, T. Spadea**

#### **Quarta sessione**

#### **I MODELLI ORGANIZZATIVI**

*Coordinatore: T. Spinosa*

12.15 *Progetto GIFT-Gestione Integrata ospedale territorio del paziente affetto da scompenso cardiaco*  
**F. Spadaro**

12.30 *Gestione della cronicità ad elevata complessità*  
**V.D. Tozzi**

12.45 *L'integrazione delle cure per il diabete nella ASL di Oristano*  
**M.F. Mulas**

13.00 Discussione

13.15 *Conclusioni - IGEA: dal progetto verso il sistema*  
**M. Maggini**

13.30 Pranzo

14.30 Chiusura del Convegno





## **NOTE PER LA CONSULTAZIONE**

Il presente lavoro raccoglie tutti gli abstract corrispondenti ai poster che verranno esposti al I Convegno “IGEA: dal progetto al sistema. L’integrazione delle cure per le persone con malattie croniche”. Alcuni di questi, che riguardano argomenti di particolare interesse, sono stati scelti per la presentazione orale.

Per comodità di consultazione gli abstract sono presentati in ordine alfabetico del primo autore. Alla fine del lavoro è comunque incluso un indice di tutti gli autori di ogni singolo contributo.



**Comunicazioni e poster**



## LA FARMACIA NEL MONITORAGGIO DELLE CURE PER LE PERSONE CON MALATTIE CRONICHE: L'ESEMPIO DEL DIABETE

Annetta Antonino, Cicconetti Andrea  
FEDERFARMA Lazio

**Introduzione.** Il sistema applicativo di monitoraggio webcare, è uno strumento informatico nato da un accordo tra la Regione Lazio e Federfarma Lazio, l'Associazione delle farmacie, per: consentire ai pazienti affetti da diabete di ritirare i prodotti diagnostici previsti dal proprio piano di autocontrollo glicemico nelle farmacie della Regione, evitando loro di recarsi presso gli uffici territoriali delle ASL; permettere un monitoraggio in tempo reale dell'andamento prescrittivo; consentire una reale ed aggiornata quantificazione degli assistiti che utilizzano questi presidi ai fini della spesa farmaceutica.

**Metodi.** L'accesso al sistema avviene è di tipo multi *tasking*: ciascun operatore, ASL, diabetologo, Regione e Farmacia, possono avere un accesso tramite collegamento ad un indirizzo web e l'introduzione di una coppia di credenziali. Il diabetologo può inserire i piani prescrittivi e controllare i consumi del singolo paziente; la ASL può inserire i piani prescrittivi e monitorare l'andamento della spesa; la Regione Lazio è l'amministratore di sistema e può operare tutte le interrogazioni che ritiene opportune; le farmacie possono erogare i prodotti ai pazienti, accedendo alla parte applicativa, rilevando i dati della ricetta tramite un modulo di dispensazione e scalando le quantità erogate dal totale annuo del piano prescrittivo.

**Risultati.** L'accordo tra la Regione Lazio e le farmacie ha presentato, già nel periodo di sperimentazione, aspetti di convenienza economica ed organizzativa in quanto l'analisi della spesa sostenuta dalla Regione nel periodo gennaio-luglio 2010, confrontata con analogo periodo 2009, ha evidenziato un risparmio complessivo che ammonta ad € 7.372.42,88 per arrivare ad un risparmio di € 14.800.221,12 (dati Regione Lazio) nel periodo di confronto 2011/2012. Gli assistiti diabetici attivi al 30.11.2012, suddivisi per diagnosi, erano:

- diabete tipo 2 in trattamento dietetico o con insulinosensibilizzanti: 42.708;
- diabete con ipoglicemizzanti orali con o senza insulina: 91.200;
- diabete gestazionale in trattamento con sola dieta: 1.060;
- diabete gestazionale in trattamento insulinico: 655;
- diabete tipo 1 <18 anni: 1.327;
- diabete tipo 1 con microinfusore: 1.674;
- diabete tipo 1 o 2 >18 anni in trattamento insulinico: 54.703;
- disturbo del metabolismo e trasporto dei carboidrati: 18;
- iperinsulinismo: 24.

**Conclusioni.** Il sistema applicativo webcare ha dimostrato di essere un valido strumento di monitoraggio permettendo un contenimento della spesa sanitaria, ottenendo, nel contempo, la piena gratificazione dei pazienti per la qualità del servizio erogato soprattutto in termini di capillarità sul territorio. Si potrebbe quindi ipotizzare la possibilità, in un prossimo futuro, di utilizzare tale strumento informatico per la dispensazione di altri prodotti.

## LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DI GENERE NELLE PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI

Antifora Rosa Maria Paola, Ancona Domenica Daniela  
Area Farmaceutica Territoriale, ASL BAT-Trani, Trani

**Introduzione.** Negli ultimi trent'anni si è assistito a un'importante diminuzione della mortalità per malattie cardiovascolari nell'uomo ma non altrettanto nella donna. L'infarto è ancor oggi considerato una patologia squisitamente maschile. Invece è la prima causa di morte nella donna sopra i 65 anni. Va quindi richiamata l'attenzione dei medici e delle donne stesse sulla corretta diagnosi, ma ancor di più, sulla prevenzione di queste patologie gravi e disabilitanti.

**Metodi.** Con l'ausilio dell'associazione femminile FIDAPA BPW Italy (Federazione Italiana Donne Arti Professioni Affari - *Business and Professional Women*), sono stati distribuiti questionari articolati in semplici domande a risposta multipla riferite a fumo, peso, attività fisica, alimentazione e alcool. Il questionario è stato rivolto alla popolazione femminile, di età non inferiore a 16 anni e residente nei comuni di Bisceglie e Trani. Nel rispetto dell'anonimato del campione, questo è stato stratificato mediante variabili socio-epidemiologiche, quali età, titolo di studio e professione.

**Risultati.** Sono stati validati 707 questionari che hanno permesso di individuare un campione di 707 donne eterogeneo per età (anni 16/24 pari al 19%, anni 25/39 il 19%, anni 40/54 il 43%, anni  $\geq 55$  il 19%), per titolo di studio (diploma inferiore 29%, diploma superiore 50%, laurea 21%) e per professione (casalinga 17%, studentessa 17%, pensionata 6%, lavoro dipendente 18%, professioni afferenti all'artigianato e commercio 12%, al mondo della scuola 12% e della sanità 9%, libero professionista 4%, disoccupata 2%). Il 26% del nostro campione dice di fumare meno di un pacchetto al giorno, il 19 più di un pacchetto al giorno; il 33% afferma di avere un paio di chili di troppo, il 5% di esser in sovrappeso; il 40% ammette di non svolgere alcun tipo di attività fisica, il 48% solo in modo occasionale, solo il 12% di andare in palestra tutti i giorni; il 31% dice di bere solo un bicchiere di vino o di birra al giorno, il 7% di superare i due bicchieri di alcol al giorno.

**Conclusioni.** Risulta evidente la necessità di attuare strategie di promozione di una cultura della salute di genere mediante programmi di *gender approach* che mirino ad un coinvolgimento attivo della popolazione femminile. Le conoscenze epidemiologiche e le evidenze cliniche dovranno essere di supporto a strumenti più innovativi e consoni ai tempi attuali per il raggiungimento di tale obiettivo. Il percorso di educazione sanitaria messo in atto, in questo caso, dalla ASL in sintonia con associazioni private, ne rappresenta un esempio.

## CURA DELLO SCOMPENSO CARDIACO PEPTIDE NATRIURETICO - GUIDATA: UNO STUDIO CASO-CONTROLLO

Ariano Carmelina (a), De Vecchis Renato (a), Palmisani Leonardo (b), Esposito Claudia (c), Fusco Adelaide (a), Giasi Anna (a), Cioppa Carmela (a), Cantatrione Salvatore (a)  
(a) *Unità Operativa di Cardiologia, Presidio Sanitario Intermedio Elena d'Aosta, Napoli*  
(b) *Direzione Sanitaria, Presidio Sanitario Intermedio Elena d'Aosta, Napoli*  
(c) *Istituto di Igiene e Medicina Preventiva, Seconda Università, Napoli*

**Introduzione.** È attualmente oggetto di dibattito la questione se la terapia assistita da determinazioni seriate dei livelli ematici di peptide natriuretico di tipo B (BNP) possa migliorare gli *outcome* clinici nei pazienti con scompenso cardiaco cronico (CHF) rendendo più efficace la prevenzione degli episodi, talora letali, di destabilizzazione emodinamica e clinica della insufficienza cardiaca (ADHF: *Acutely Decompensated Heart Failure*).

**Metodi.** È stato effettuato uno studio caso-controllo, arruolando dei pazienti reduci da ADHF e analizzati per un periodo medio di *follow-up* di 4 mesi. I pazienti che morivano o che erano interessati da sintomi di scompenso cardiaco riacutizzato venivano assunti come casi; per ogni caso, veniva reclutato come controllo almeno un paziente, vivo ed esente da nuovi episodi di insufficienza cardiaca. Inoltre, casi e controlli erano appaiati per alcune variabili, così da ridurre il più possibile il confondimento. È stato esplorato il possibile ruolo della terapia BNP-guidata come predittore di diminuito rischio di morte da tutte le cause e di nuovi ricoveri correlati a scompenso cardiaco.

**Risultati.** Sono stati arruolati 22 casi e 38 controlli. La caduta del BNP >60% rispetto al livello basale, misurata al 5° giorno del ricovero ospedaliero per ADHF, è risultata capace di predire una diminuzione statisticamente significativa del rischio dello *endpoint* composito "morte da tutte le cause e nuove ospedalizzazioni, scompenso cardiaco-correlate" (*hazard ratio*=0,1143 95% IC: 0,0314-0,4159 p=0,0011). Inoltre, un basso volume di filtrato glomerulare/min al momento del ricovero (<60ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) è risultato associato ad un aumentato rischio del predetto *endpoint* composito, alla fine di quattro mesi di *follow-up* (*hazard ratio*=6,65 IC 95%: 1,4301-0,9084 p=0,0162). Al contrario, la terapia BNP-guidata si è rivelata associata con un rischio simile di morte e/o ospedalizzazione scompenso cardiaco-correlata, rispetto allo approccio convenzionale basato sulla valutazione esperta di sintomi e segni.

**Conclusioni.** In pazienti ambulatoriali con CHF, una caduta del BNP >60% rispetto al livello basale riscontrata al 5° giorno dopo il ricovero per ADHF è apparsa associata a favorevole *outcome* clinico al termine di un *follow-up* di 4 mesi. Al contrario, nei medesimi pazienti ambulatoriali con CHF reduci da episodio di ADHF, nessun significativo miglioramento dello *endpoint* "morte da tutte le cause e ospedalizzazioni da scompenso cardiaco" è stato rilevato nel gruppo con terapia BNP-guidata rispetto a quello trattato con terapia modulata sulla base dei sintomi.

## ALLEANZA PER IL DIABETE: UN PROGETTO DI *CHRONIC CARE MODEL* DI AMD-SIMG CAMPANIA

Armentano Vincenzo° (a), Arpino Giovanni° (b), De Camillis Umberto° (b), De Rosa Nicoletta° (a), Perrelli Andrea° (a), Piccinocchi Gaetano° (b), Gentile Sandro° (c)

(a) *Associazione Medici Diabetologi Campania, Napoli*

(b) *Società Italiana di Medicina Generale Campania, Napoli*

(c) *Seconda Università, Napoli*

**Introduzione.** L'Associazione Medici Diabetologi (AMD) e la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) Campania hanno attivato un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale condiviso di *Chronic Care model* sul Diabete Mellito (DM) sperimentando un sistema di formazione controllata, valutabile mediante Strutture Informatiche (SI) fondato su indicatori di struttura, processo ed esito, individuando competenze di I e II livello e valutando l'appropriatezza delle prestazioni.

**Metodi.** Il Consorzio Campania Medica (CCM) ha fornito supporto organizzativo, informatico e logistico per la valutazione del proprio *database*. Il ciclo formativo ha coinvolto 18 diabetologi e 560 medici di medicina generale di 13 Cooperative del CCM operanti su 600.822 diabetici (su 76.800 pazienti totali) secondo linee guida (Standard di Cura AMD-SID) e Accordo Nazionale AMD-SIMG-SID. Le *performance* sono state rilevate mediante audit clinico. Gli indicatori sono stati valutati a partire dal 2007 e confrontati con quelli del 2008, 2009, 2010 e 2011.

**Risultati.** Le prevalenze nel 2011 sono: 8% per DM, (70% coesistenza di ipertensione arteriosa), 4% per *Impaired Fasting Glucose* e nel 26% dei non diabetici è presente uno o più fattori di rischio per diabete. La completezza nella raccolta dei dati è significativamente maggiore rispetto al 2007. In miglioramento clinicamente significativo sono i pazienti che hanno raggiunto i *target* negli anni che vanno dal 2007 al 2011 (\* $p < 0,01$ ): 1) HbA1c < 7: 54,44%, 60,31%, 61,51%, 64,13%\* e 66,89%; 2) PA < 130/80 mmHg: 44,35%, 47,52%, 50,84%, 53,22%\*, 55,96%\*; 3) LDL < 100mg/dl: 36,41%, 38,2%, 42,01%, 41,29%\*, 46,33%\*; 4) stabili i pazienti con insufficienza renale cronica ed in riduzione quelli trattati con metformina (da sola o in associazione) sebbene con VFG  $\leq$  45ml/min: 45,27%, 41,87%, 42,12%, 41,29, 37,05. I dati del 2012 sono in corso di elaborazione.

**Conclusioni.** Questi risultati documentano come percorsi condivisi tra diabetologi e medici di medicina generale sulla base di linee guida e di audit sistematici dei dati descrivano un ciclo virtuoso che testimonia l'utilità dell'integrazione di differenti figure professionali volto al miglioramento dell'assistenza ed all'appropriatezza delle cure alle persone diabetiche.

° AMD Campania e SIMG Campania



## VALUTAZIONE DELLA TERAPIA DELL'ASMA ALLERGICO GRAVE INTEGRATA CON OMALIZUMAB

Azzarà Vincenza Giuseppina, Naddeo Chiara, Arduini Enrica  
*Azienda Policlinico Umberto I, Roma*

**Introduzione.** L'asma è una patologia infiammatoria cronica delle vie respiratorie. I sintomi durante gli episodi ricorrenti sono tosse, dispnea, respiro difficoltoso e breve, causati da ipersensibilità delle vie aeree. La terapia farmacologica comprende un trattamento antinfiammatorio precoce in tutti i pazienti e a seconda della ricorrenza e tipo di attacchi segue le linee guida basate sulle evidenze disponibili. Omalizumab può essere particolarmente utile nell'asma allergico grave e persistente per i pazienti che non sono adeguatamente controllati nonostante l'efficacia della terapia convenzionale comprendente un corticosteroide e un  $\beta$ 2-agonista a lunga durata d'azione somministrati per via inalatoria. Omalizumab è un anticorpo monoclonale che lega selettivamente le Immunoglobuline E (IgE), sottraendole al legame ad alta affinità con il loro recettore. Segue una diminuzione della liberazione dei mediatori della reazione allergica. Per ottenere una risposta il trattamento con Omalizumab deve essere considerato solo con livelli di IgE basali  $>76$ UI/ml rilevati prima di iniziare il trattamento o con accertata inequivocabile reattività *in vitro* ad un allergene perenne.

**Metodi.** È stata fatta una valutazione del successo del trattamento dei pazienti seguiti presso il Policlinico Umberto I di Roma in base ai dati riportati sulle schede di monitoraggio del farmaco raccolte negli ultimi quattro anni. Le variabili prese in considerazione sono state: numero di esacerbazioni asmatiche; ricorsi al pronto soccorso; ricoveri ospedalieri; IgE totali sieriche e funzionalità respiratoria (FEV1).

**Risultati.** Pazienti trattati dal 2009 ad oggi sono 26 di cui 4 pediatrici. 6 pazienti hanno smesso il trattamento, ma di questi solo 2 per motivi legati all'efficacia del farmaco. Omalizumab ha ridotto: la frequenza delle esacerbazioni asmatiche del 46% rispetto alla sola terapia antiastmatica; i ricoveri e le visite d'emergenza al pronto soccorso legate all'asma (rispettivamente -55% e -42%); i livelli sierici di IgE libera in modo dose-dipendente. Ha migliorato la sintomatologia asmatica e la funzionalità polmonare (FEV1+20%) dando la possibilità di ridurre le dosi di corticosteroidi per via inalatoria. È stata notata un'inattesa miglior efficacia rispetto ai suddetti parametri per i pazienti di età  $<12$  anni.

**Conclusioni.** Allo stato attuale Omalizumab non costituisce un farmaco di prima linea a causa del suo alto costo e delle limitazioni riguardanti la tipologia di pazienti che può essere trattata, ma dai dati ottenuti nel nostro policlinico possiamo affermare che costituisce sicuramente una valida opportunità per integrare la terapia migliorandone la qualità e poter gestire ed assistere i soggetti con grave asma allergico ottenendo risultati che si possono riscontrare nel tempo.

## USO DEGLI SCORES NELLA VALUTAZIONE DELL'ANZIANO RICOVERATO IN OSPEDALE

Baldaccini Alberto, Di Giacomo Antonella, Peppe Tania, Magro Valerio Massimo, Cabobianco Giovanni, Scala Giovanni

*Unità Operativa Complessa di Geriatria, Ospedale S. Eugenio, ASL Roma C, Roma*

**Introduzione.** La stratificazione dei pazienti geriatrici si avvale di un set valutativo composto da strumenti validati e condivisi. La Valutazione Multidimensionale (VMD) rappresenta il processo interdisciplinare, specifico, che tende ad identificare nell'anziano le capacità e le limitazioni per migliorarne le cure e quindi lo stato funzionale e la qualità della vita. Essa consente di uscire dalla dimensione soggettiva per passare ad una quantizzazione oggettiva, ripetibile, confrontabile.

**Metodi.** UOC Geriatria Ospedale S. Eugenio attua un preciso protocollo che si basa, oltre che sulla VMD, sull'impiego di scores e scale valutative. Nel considerare le patologie associate vengono utilizzati l'Indice di Charlson, il *Geriatric Index of Comorbidity* (GIC), l'*Apache II Acute Physiology Score* (APS) e il *Blaylock Risk Assessment Screening* (BRASS). GIC e Charlson tengono conto del numero e della severità delle patologie; il GIC è validato in pazienti anziani con malattia in fase subacuta. Sono previste per entrambi 4 classi di comorbidità somatica, di cui, per il GIC, le ultime 2 sono predittive di mortalità a 6 mesi. L'APS è un indice di severità basato su un punteggio di 14 *items*, dei quali 12 fisiologici, uno riguardante l'età, uno la presenza di patologie croniche: un aumento dello score è direttamente proporzionale alla mortalità ospedaliera; inoltre è utile nella valutazione della disabilità, della prognosi dei pazienti acuti, dell'appropriatezza dei ricoveri, dell'efficacia delle terapie, dell'uso delle risorse ospedaliere. Il BRASS, attraverso 3 classi di rischio, consente di identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata e di dimissione difficile, quelli che avranno bisogno dell'attivazione di altri servizi o risorse assistenziali.

**Risultati.** Abbiamo analizzato i dati della attività dell'Unità di Geriatria per Acuti (UGA), sia all'inizio (2009) che durante il periodo 2009-2012. Nel 2009 è stata operata la valutazione di 286 pazienti: il GIC medio era pari a 3,5, l'APS era 12,37, l'indice di Charlson 8,7, il BRASS 21. Questo dato iniziale indicava la tipologia media del paziente preso in carico: paziente con diverse comorbidità, più di una patologia non adeguatamente controllata dalla terapia farmacologica (o con una o più patologie al massimo livello di gravità), con alterazioni fisiopatologiche e disabilità di grado severo, necessitante una continuità delle cure, rischio significativo di mortalità, alto peso del DRG e, di conseguenza, appropriatezza dei ricoveri. La complessità del profilo clinico dei pazienti afferenti all'UGA è confermata durante tutto il periodo di attività, in quanto i valori degli indici esaminati permangono sui livelli citati. Un importante outcome è rappresentato dall'elevato numero di dimissioni a domicilio (oltre il 70%) nonostante l'alto valore del BRASS all'inizio del ricovero.

**Conclusioni.** I pazienti anziani fragili sono caratterizzati da comorbidità e le malattie concomitanti sono correlate ad una maggiore durata della ospedalizzazione. È importante utilizzare specifici strumenti di valutazione e quantificazione delle comorbidità per un

corretto inquadramento dello stato di benessere fisico, psichico, sociale e funzionale. Dai nostri dati si evince l'alto livello di complessità dei pazienti ricoverati e l'elevato numero di soggetti rientrati a domicilio, che riflette indirettamente il corretto utilizzo di risorse sanitarie ospedaliere e territoriali.

## PROFILO DEI PAZIENTI CON CRONICITÀ

Bernardi Davide, Berti Alessandra, Cinconze Elisa, Rossi Elisa  
CINECA, Casalecchio di Reno, Bologna

**Introduzione.** A causa del progressivo invecchiamento della popolazione il numero di pazienti con multi cronicità è in costante aumento con un crescente impatto nel consumo di risorse sanitarie.

**Metodi.** L'osservatorio ARNO è un osservatorio multicentrico delle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale al singolo cittadino che raccoglie informazioni su circa 11 milioni di abitanti. In un sottocampione di 2.463.845 assistibili, per i quali si avevano a disposizione i flussi amministrativi della farmaceutica, dei ricoveri e delle prestazioni specialistiche nell'anno 2011, è stata identificata una coorte di pazienti affetti da malattie croniche al fine di studiarne diffusione delle patologie e costi nella popolazione.

**Risultati.** Considerando le seguenti patologie croniche: dislipidemia, ipertensione, scompenso, diabete, depressione, BPCO/Asma ed osteoporosi; dalle analisi si evidenzia come circa un terzo della popolazione complessiva (33,1%) sia affetto da almeno una di esse. Tale percentuale ha un minimo dell'8% nella fascia d'età più giovane (0-39 anni) mentre tocca l'83,5% in quella più anziana ( $\geq 80$  anni). La percentuale di spesa assorbita dai pazienti affetti da patologie croniche si attesta al 79% nel farmaceutico, al 52% nei ricoveri ed al 53% nelle prestazioni specialistiche. Tra i pazienti affetti da patologie croniche il 54% è affetto da solo una patologia, il 27% da due, il 14% da 3 mentre il restante 5% ha 4 o più patologie croniche. Tra le multi-patologie croniche la più diffusa (19% dei casi) risulta essere la dislipidemia associata ad ipertensione, seguita da ipertensione e scompenso (9%) ed ipertensione e diabete (9%). Le multi-patologie croniche coinvolgono il 54% della popolazione con età superiore ad 80 anni, mentre interessano l'1% della popolazione nella fascia d'età 0-39 anni. La spesa farmaceutica *pro capite* incrementa all'aumentare del numero di patologie croniche concomitanti, passando da una media di € 377 *pro capite* (una patologia) a € 2.919 (cinque o più). In modo analogo ciò avviene per i ricoveri (€ 810 una patologia e € 7.062 cinque o più) e per le prestazioni specialistiche (€ 196 una patologia, € 523 cinque o più).

**Conclusioni.** Riuscire a prevedere in maniera precisa l'evolversi delle malattie croniche e definire un modello strategico che comprenda sia la loro prevenzione che una loro corretta gestione del rischio, assume una rilevanza sempre maggiore. È mediante l'utilizzo di *database* amministrativi, come quelli dell'Osservatorio ARNO, che è possibile ottenerli per mezzo di indicatori economici ed informazioni cliniche indispensabili per la gestione corretta del paziente cronico in un'ottica di maggior attenzione ai costi e alla razionalizzazione delle risorse.

## AMBULATORIO INFERMIERISTICO NELLA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE IN EMILIA-ROMAGNA

Capelli Oreste (a), Niero Loredana (b), Pirazzini Maria Cristina (c), Cammi Emilio (d), Bulgarelli Giuliana (b), Rolfini Maria (a), Vaccaro Michelangela (a), Cacciapuoti Imma (a), Brambilla Antonio (a)

(a) Servizio Assistenza Distrettuale, Regione Emilia-Romagna, Bologna

(b) Azienda Sanitaria Locale, Modena

(c) Azienda Sanitaria Locale, Bologna

(d) Azienda Sanitaria Locale, Parma

**Introduzione.** Il *self-management* nelle patologie croniche è riconosciuto come componente fondamentale dell'assistenza integrata con evidenze crescenti di efficacia. I modelli organizzativi per la gestione delle malattie croniche pongono pertanto al centro del percorso assistenziale il paziente e i suoi *caregiver*, adeguatamente informati ed educati. Gli infermieri che operano negli ambulatori della gestione integrata della cronicità possono fornire, oltre all'assistenza sanitaria proattiva, un supporto essenziale all'educazione terapeutica e al *self-management* degli utenti. La realizzazione di un programma educativo a gestione infermieristica sostiene i principi del *Chronic Care Model* e permette di organizzare incontri educativi mirati alla logica del *self-management*.

**Metodi.** Per esplorare questo aspetto è stata condotta un'indagine conoscitiva nella Regione Emilia-Romagna mediante questionario sulle attività degli ambulatori infermieristici per la gestione integrata del diabete mellito.

**Risultati.** Hanno risposto al questionario 61 ambulatori infermieristici delle 11 Aziende della Regione Emilia-Romagna: il 50% appartenenti a strutture ospedaliere, il 30% a centri diabetologici territoriali e il 20% alle case della salute. Il 95% degli ambulatori infermieristici dichiara di garantire interventi di educazione sanitaria individuale sull'autocontrollo glicemico e l'uso dei dispositivi medici e delle tecnologie avanzate. Altri interventi educativi riguardano il corretto stile di vita (74%) e l'utilizzo del diario glicemico (84%). Lo *screening* del piede diabetico avviene nel 36% degli ambulatori a fronte di interventi educativi sull'igiene e la cura del piede nel 54% dei casi. Gli infermieri che garantiscono interventi educativi sono stati appositamente formati per l'acquisizione di conoscenze-competenze scientifiche nell'82% dei casi, comunicative-relazionali nel 54% e ad attività di *counselling* nel 46%.

**Conclusioni.** Per un'efficace *self-management* e prevenzione delle complicanze la persona con diabete richiede ripetuti interventi educativi, che per essere realmente efficaci si devono basare non solo sulla corretta informazione, come di regola avviene, ma su metodologie strutturate, come l'approccio cognitivo-comportamentale, che tengano conto dell'esperienza di vita della persona e della sua personale motivazione al cambiamento. Dall'indagine presentata emergono disomogeneità sia di approccio assistenziale che educativo, non giustificate dai diversi setting assistenziali. Le criticità emerse devono pertanto diventare obiettivi di miglioramento attraverso la pianificazione di adeguate strategie formative degli operatori.

## REGISTRO DI PATOLOGIA PER IL DIABETE NELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA

Chiatamone Ranieri Sofia (a), Ballotari Paola (b), Vicentini Massimo (b), Caroli Stefania (a), Greci Marina (c), Gardini Andrea (d), Busani Corrado (d), Giorgi Rossi Paolo (b), Manicardi Valeria (e)

(a) *Laboratorio Analisi Chimico Cliniche ed Endocrinologia, ASMN, IRCCS, Reggio Emilia*

(b) *Servizio Interaziendale di Epidemiologia, AUSL, Reggio Emilia*

(c) *Dipartimento Cure Primarie, AUSL, Reggio Emilia*

(d) *Servizio Farmaceutico, AUSL, Reggio Emilia*

(e) *Unità Operativa Complessa di Medicina, Ospedale di Montecchio, AUSL, Reggio Emilia*

**Introduzione.** Le “Linee guida regionali per la gestione integrata del Diabete Tipo 2” della Regione Emilia-Romagna prevedono la costituzione del Registro Diabete in ogni provincia per monitorare la gestione integrata. Scopo dello studio è di descrivere la metodologia di costruzione del Registro del Diabete nella provincia di Reggio Emilia.

**Metodi.** Per l’identificazione dei casi si è utilizzato un algoritmo che ha integrato 5 flussi informativi. I casi sono stati identificati utilizzando i seguenti criteri: 1) Banca dati esenzioni: esenzione 013. 2) Schede di Dimissioni Ospedaliere (SDO): 1 o più dimissioni nell’anno, con una diagnosi di diabete in qualsiasi posizione. 3) Banca provinciale esami ematochimici: 1 o più determinazioni di emoglobina glicata (HbA1c) nell’anno con un valore  $\geq 6,5\%$ . 4a) Flusso Farmaceutica ad Erogazione Diretta (FED): almeno una prescrizione di farmaci ATC A10A e A10B nell’anno. 4b) Flusso Assistenza Farmaceutica Territoriale (AFT): almeno due prescrizioni di farmaci nell’anno. 5) Banca dati dei centri di diabetologia (*EuroTouch* - ET): almeno una prestazione clinica nell’anno e/o essere inseriti in gestione integrata. È stato utilizzato il registro di mortalità (causa di morte compresa tra E10 ed E14 secondo ICD10) quale misura della completezza del registro. La validazione dei criteri di identificazione, in assenza di *gold standard*, è stata effettuata a posteriori calcolando per ogni fonte/criterio il valore predittivo positivo rispetto alla esenzione per diabete.

**Risultati.** Nell’anno 2009 sono stati identificati 25.425 soggetti diabetici residenti. L’82,3% dei casi è presente in almeno due fonti e ben il 35,8% in almeno 4 fonti. La prevalenza è pari a 4,8%, con una differenza per genere (5,3% nei maschi e 4,8% nelle femmine) e per età (15,5% per età  $>75^\circ$ ). Il 91,2% ha diagnosi di DMT2, il 3,8% di DMT1. Il 23,8% dei pazienti con DMT2 è in gestione integrata, il 34,3% è seguita dal medico di medicina generale, il 41,8% è in carico solo al Servizio di Diabetologia (SD). L’HbA1c media è più bassa nei pazienti in gestione integrata (7,3%) e nei pazienti in carico ai soli medici di medicina generale (7,4%), rispetto a quella dei pazienti in carico alla sola diabetologia (7,9%).

**Conclusioni.** La prevalenza del diabete riscontrata nel 2009 è in linea con i dati regionali e nazionali. Il registro è una fonte informativa idonea per monitorare nel tempo il *trend* della prevalenza e della mortalità dei diabetici. Inoltre sarà possibile integrare tale fonte con altri *database* al fine di valutare la qualità delle cure e gli esiti di salute.

## GESTIONE INFERMIERISTICA DEL PAZIENTE CON PIEDE DIABETICO: MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA CASA DELLA SALUTE DI COLORNO

Cimicchi Maria Cristina, Azzi Anna, Bellingeri Silvia, Colla Giovanna, Busi Simona, Risolo Tiziana, Percudani Carlo  
*Casa della Salute di Colorno, Dipartimento Cure Primarie Distretto di Parma, AUSL, Parma*

**Introduzione.** Il piede diabetico è una delle complicanze più temibili per l'alto rischio di amputazione e di mortalità; lo *screening* precoce e la presa in carico adeguata rappresentano una possibilità di prevenzione anche di recidive.

**Metodi.** La Casa della Salute di Colorno è inserita in un territorio di 36.500 abitanti; all'"Ambulatorio del piede" accedono pazienti inviati dall'Ambulatorio Diabetologico e/o dal medico di medicina generale per *screening* e/o presa in carico; le procedure di accoglienza prevedono 2 differenti modalità standardizzate ad esclusiva gestione infermieristica per valutare presenza/assenza di neuropatia con monofilamento di Semmes-Weinstein e Neuropad; e/o di arteriopatia con l'indice caviglia braccio (ABI) e la misurazione dell'ossimetria transcutanea con Ossimetro MTC. Nell'Ambulatorio di II livello le infermiere effettuano medicazioni, terapie topiche e sistemiche, esami strumentali e prelievi ematici o colturali con un protocollo predefinito sul grado della lesione (classificazione di Wagner), presenza di arteriopatia, neuropatia, ed infezione. Il medico effettua la prima visita alla presa in carico poi interviene solo se necessaria prescrizione di terapia antibiotica e/o *debridement* chirurgico o prescrizione di scarico. Il fisiatra prescrive le ortesi e cura la riabilitazione quando necessario. La responsabilità educativa, lo *screening* delle recidive, la ordinaria medicazione delle lesioni e il confezionamento del gesso da scarico sono di esclusiva competenza infermieristica.

**Risultati.** I 64 pazienti (15 femmine e 49 maschi, età media 70±11 anni) valutati nel 2012 sono stati seguiti per un periodo medio di 9,8 settimane ±11 (1-55); 2 pazienti (3,1%) hanno effettuato più accessi per recidiva, 9 (14%) trasferiti per ricovero ospedaliero. 51 pazienti (79,7%) presentavano arteriopatia periferica, 45 (70,3%) neuropatia da sola o in associazione; 15 pazienti (23,4%) presentavano lesioni trofiche in III-IV classe di Wagner. Sono state effettuate 4 (7,8%) amputazioni minori, confezionati 10 (19,6%) apparecchi gessati e prescritte 14 scarpe da scarico; realizzate in altra sede 10 (19,6%) procedure di rivascularizzazione con angioplastica.

**Conclusioni.** Questo modello condiviso nel territorio, multidisciplinare e multiprofessionale, integra la gestione infermieristica con differenti profili medici e favorisce la presa in carico tempestiva di un maggior numero di pazienti; migliora l'efficienza del sistema con una oculata distribuzione delle risorse disponibili e fornisce l'assistenza appropriata al momento opportuno per prevenire, ove possibile, la progressione della complicanza verso condizioni più gravi per il paziente e più onerose per il sistema assistenziale. L'efficacia clinica è adeguata come dimostrato dal basso numero di amputazioni.

## **“CASE DELLA SALUTE“ IN EMILIA-ROMAGNA: AZIONI DI SISTEMA E CONFRONTO CON I PROTAGONISTI DEL CAMBIAMENTO**

Curcetti Clara, Tassinari Maria Chiara, Matacchione Pasquale, Parisini Luisa, Brambilla Antonio  
*Assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna, Bologna*

**Introduzione.** L'Emilia-Romagna ha sviluppato negli ultimi anni strategie e programmi di sviluppo delle cure primarie per garantire una presa in carico della persona senza soluzioni di continuità in tutto il percorso di cura. La scelta di realizzare la Casa della Salute nasce dall'idea che occorre definire una sede di riferimento “certa” per l'accesso e l'erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali rivolti alla popolazione, facilmente identificabile e con caratteristiche omogenee sul territorio regionale. L'obiettivo consiste nell'assicurare risposte adeguate e di qualità alla cronicità e a tutte le forme di fragilità sociale e sanitaria, strutturando la Casa della Salute come sistema che si prende cura delle persone fin dal momento dell'accesso con un approccio globale ai bisogni della persona. In questa prospettiva sono state emanate Linee di Indirizzo per la realizzazione e l'organizzazione funzionale delle Case della Salute (DGR 291/2010).

**Metodi.** Per delineare come si configura nel quadro regionale lo sviluppo delle Case della Salute a livello territoriale e le modifiche introdotte sull'organizzazione dei servizi, sono stati individuati alcuni strumenti di sistema:

- attivazione di un monitoraggio regionale, attraverso specifici questionari, per verificare le progettualità presenti in ogni Distretto, la tipologia di Case della Salute programmate e lo stato di attuazione sui contenuti organizzativi ed assistenziali introdotti;
- costituzione di un gruppo regionale di monitoraggio e valutazione;
- realizzazione di incontri di approfondimento qualitativo nelle Case della Salute funzionanti.

**Risultati.** Nel 2012 sono state pianificate 111 Case della Salute, di cui 49 funzionanti e 62 programmate, con una prevalenza a dimensione piccola (49%), rispetto alla dimensione media (28%) e grande (23%). Sono stati effettuati incontri di approfondimento in 5 Case della Salute per facilitare l'interattività con i protagonisti locali del cambiamento. Dal confronto con i professionisti coinvolti sono emersi caratteri distintivi delle singole Case della Salute ed aspetti comuni, quali: contesti decentrati, presenza di segnaletica con logo "Casa della Salute", afferenza al Direttore di Distretto, motivazione dei professionisti, presenza di medicine di gruppo, condivisione di obiettivi e partecipazione alle attività da parte di tutti i medici di famiglia del Nucleo delle cure primarie, formazione e strumenti di comunicazione.

**Conclusioni.** La realizzazione delle Case della Salute in tutto il territorio regionale rappresenta un processo di grande cambiamento e innovazione, coerente con la crescente complessità dei bisogni di salute e di assistenza alle comunità, che si prefigge lo scopo di approdare ad un modello di assistenza basato sull'integrazione e sulla valorizzazione delle diverse professionalità impegnate nelle cure primarie.



## **BORSA LAVORO. UN INTERVENTO COORDINATO A TUTELA DEI PAZIENTI CON PSICOSI**

Damiani Tiberio (a), Concetti Giuseppina (b), Siliquini Michela (c), Ruggeri Benedetta (d), Nespeca Maria Teresa (d)

(a) *Dipartimento di Salute Mentale, Area Vasta 5, Ascoli Piceno*

(b) *Coordinatore dell'Ambito Territoriale Sociale XXIV Regione Marche, Ascoli Piceno*

(c) *Ambito Sociale Territoriale XXIV, Comunanza, Ascoli Piceno*

(d) *Area Vasta 5, Asur Marche, Ascoli Piceno*

**Introduzione.** La Legge regionale 18 della Regione Marche prevede, per la integrazione ed il sostegno per i pazienti con disabilità, la borsa lavoro ed i tirocini formativi. Nel corso degli ultimi tre anni 18 pazienti ne hanno beneficiato. La patologia psicotica rende necessaria un'azione integrata, sociale e sanitaria, affinché il paziente possa trovare la forma migliore di espressione nella propria comunità e affinché si possano superare, fin dove possibile, gli elementi di frattura sociale e familiare che ostacolano la partecipazione attiva al processo di cure e riabilitazione. Si tratta di un complesso intervento di protezione sociale per i pazienti più gravi, che acquisiscono o recuperano un ruolo di cittadini attivi ed esprimono un sé valido ed attivo nella comunità. Il semplice strumento legislativo non ha efficacia senza la costante collaborazione della rete produttiva ed istituzionale, che accolgono e favoriscono l'inserimento lavorativo dei pazienti.

**Metodi.** La spesa per le borse lavoro negli ultimi tre anni è stata rivolta a 18 pazienti, di cui 8 hanno interrotto la propria esperienza senza incorrere in recidive. È da specificare che la borsa lavoro prevede la copertura INAIL. La restituzione dei diritti civili e sociali al paziente è l'obiettivo condiviso, come anche la restituzione di diritti alle famiglie, perché abbiano un sostegno specifico che riduca il rischio di emarginazione sociale, mai scongiurata sia in passato sia ancora oggi.

**Risultati.** Il potenziamento delle funzioni proprie degli utenti in relazione a bisogni, desideri e stili di vita consente loro di sperimentare appagamento, soddisfazione e realizzazione, in ragione delle condizioni determinate dalla patologia. Allo stesso tempo i colleghi di lavoro hanno una immagine diversa del concittadino, non solo ammalato o assistito ma soggetto attivo con necessità di protezione, ciò è un ulteriore fattore di promozione sociale. Qualche volta è avvenuto che alcuni pazienti ricevessero offerte di lavoro da concittadini "meravigliati" per i lavori effettuati.

**Conclusioni.** Si osserva la partecipazione congrua ed adeguata del paziente alla vita familiare e sociale e la riduzione delle urgenze. Nel corso di questi tre anni un solo paziente, peraltro con una doppia diagnosi, ha avuto due ricoveri specialistici, per nessun paziente è stata richiesta la interruzione dell'impegno da parte dell'ente o della ditta che ospitava la borsa lavoro. La sede di effettuazione delle borse lavoro è stata solo in quattro casi un ente pubblico, mentre per gli altri è stata privilegiata una ditta privata, che fra l'altro prevede un maggior rimborso regionale. Purtroppo al momento nessuno dei due pazienti che hanno effettuato il tirocinio formativo ha avuto la possibilità di essere assunto. È da considerare l'impegno importante condiviso in un periodo di crisi e stagnazione economica, che condiziona pesantemente la situazione economica e sociale dell'Ambito territoriale XXIV.

## **INVESTIRE NELLA SALUTE MENTALE. INTERVENTI SOCIALI E SANITARI COORDINATI PER PREVENIRE L'EMARGINAZIONE E L'ESCLUSIONE DEL PAZIENTE PSICHIATRICO CHE SI SCONTRA CON LA GIUSTIZIA**

Damiani Tiberio (a), Concetti Giuseppina (b), Luciani Laura (c), Siliquini Michela (c), Ruggieri Benedetta (d), Nespeca Maria Teresa (d)

*(a) Dipartimento di Salute Mentale, Area Vasta 5, Ascoli Piceno*

*(b) Coordinatore dell'Ambito Territoriale Sociale XXIV, Regione Marche, Ascoli Piceno*

*(c) Ambito Sociale Territoriale XXIV, Comunanza, Ascoli Piceno*

*(d) Area Vasta 5, Asur Marche, Ascoli Piceno*

**Introduzione.** Uno dei cosiddetti eventi sentinella nella clinica della patologia psichiatrica maggiore è l'atto criminoso. A fronte di tale realtà si pongono una serie di interrogativi di ordine diverso: per il giudice, attraverso la perizia, è necessario stabilire se la situazione clinica del paziente consente di sostenere un processo? Oppure è necessario un rinvio per permettere la stabilizzazione delle condizioni cliniche? La capacità di intendere e volere al momento del fatto esisteva oppure no? La pericolosità sociale sussiste? Gli accertamenti peritali portano a diverse soluzioni: non è imputabile perché non in grado di intendere e di volere, ma sussiste la necessità di cure; è giudicato pericoloso socialmente e quindi ha necessità di protezione; è imputabile e quindi va processato.

**Metodi.** La funzione di cura del terapeuta o del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è di erogare le cure al paziente, cercando di instaurare un progetto terapeutico ed una relazione terapeutica concordati con il paziente, fin dove possibile, ed aperti alla collaborazione della rete sociale, al fine di prevenire uno o più eventi sentinella come l'atto criminoso.

**Risultati.** Nell'esperienza di questi anni nell'Ambito Sociale Territoriale XXIV sono stati 10 i pazienti che hanno avuto procedimenti penali per reati vari. Per tre pazienti la decisione del giudice è stata quella di far effettuare al paziente cure regolari sotto la sorveglianza del DSM, viste le condizioni cliniche di compenso durante le varie perizie effettuate da specialisti esterni al DSM medesimo. Un paziente che proveniva dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) vi è stato riammesso dopo due ricoveri specialistici. In un caso è stata effettuata la richiesta di affidamento in cura dall'avvocato difensore ed è stato stilato un programma riabilitativo concordato anche con l'amministrazione comunale. Il paziente è stato ricondotto in carcere a fine affidamento durante l'udienza ... e poi una volta conclusa l'ultima parte della pena ha ripreso il programma sociale e sanitario, per questa persona sono state attivate le condizioni di tutela previste dalla Regione Marche per i detenuti con condanna definitiva. Due persone trasferitesi agli arresti domiciliari recentemente nel distretto hanno iniziato il percorso riabilitativo pur provenendo da altra provincia. Nella comunità agricola di Amandola una persona ha espletato il suo programma riabilitativo. Nel corso di questi 15 anni si registrano due ricoveri specialistici per i pazienti che hanno ricevuto l'obbligo di effettuare cure regolari, e due ricoveri a carico del paziente che proveniva dall'OPG e che vi è stato riammesso.

**Conclusioni.** Il lavoro congiunto delle istituzioni sociali sanitarie, nonché della rete sociale permettono il recupero di energie ed abilità personali, anche nei casi particolarmente difficili in cui il paziente delinque a causa della grave patologia psichiatrica.

## AUSILIO DI DATABASE AMMINISTRATIVI PER MONITORARE UNA PATOLOGIA CRONICA COME IL DIABETE, LA “PANDEMIA” DEI NOSTRI GIORNI

De Magistris Paolo (a), Verlengo Maria Cristina (a), Osella Sara (a), Logrippio Mauro (b),  
Leggieri Anna (a)

(a) *Struttura Complessa Farmacia Ospedaliera, Ospedale San Giovanni Bosco, ASLTO2,  
Torino*

(b) *Medico di Medicina Generale, Torino*

**Introduzione.** Lo stile di vita sedentario, l'obesità, la dieta alimentare sono le cause principali dell'aumento di diagnosi di diabete. Tale patologia sta assumendo numeri sempre più importanti ed un supporto informatico ci permette di monitorare e di vigilare i pazienti “fragili” arruolati nel progetto di distribuzione domiciliare della ASL TO2.

**Metodi.** L'analisi è stata condotta interfacciando i *database* delle ricette, del progetto e il Registro Regionale dei Diabetici mettendo in relazione i codici fiscali e i dati del 2012.

**Risultati.** I pazienti arruolati nel progetto sono 843, 484 donne (16<35 anni, 81 tra 35-70 e 387>70) e 359 uomini (15<35 anni, 84 tra 35-70 e 260>70). 11 di questi pazienti non hanno ricevuto prescrizione dal proprio medico di medicina generale e 18 non hanno avuto prescrizioni di medicinali per il diabete (A10). Gli altri 814 pazienti sono stati suddivisi in base alla classe di appartenenza indicata sul PAG: Classe 1 (terapia insulinica intensiva), 300 di cui 3 in trattamento con soli ipoglicemizzanti orali e 30 con una sola insulina, Classe 2 (terapia insulinica convenzionale o mista), 201 di cui 12 con ipoglicemizzanti e 25 con insulina, Classe 3 (terapia ipoglicemizzante orale con farmaci secretagoghi), 306 di cui 14 con metformina e 8 con insulina e Classe in Deroga (in caso di scopenso con prevedibile avvio alla terapia insulinica, uso di farmaci diabetogeni, avvio all'utilizzo di microinfusore) 7 di cui 4 hanno avuto più rinnovi consecutivi. Il risparmio della ASL TO2 nel 2012 è stato di € 88.623,78.

**Conclusioni.** Il progetto continua a produrre risparmio da ormai 5 anni, una realtà consolidata che permette di monitorare i consumi e l'aderenza all'autocontrollo. Il confronto con i *database* ha permesso di rilevare anomalie tra i PAG e la terapia reale dei pazienti (pazienti in classe 3 in trattamento con sola metformina o addirittura con insulina). Sulla base di questi dati il farmacista si riserverà di comunicare sia ai medici di medicina generale che ai diabetologi tali incoerenze, fungendo da *triat-d'union*. Un'altra anomalia riscontrata è il PAG in deroga rinnovato (in un caso anche per un anno consecutivo), perdendo così il suo utilizzo di eccezionalità. La possibilità di interfacciare più *database* fra di loro permette di avere una visione più reale e più completa del paziente in modo da poter intervenire in caso di anomalie, ottimizzare le risorse e ridurre i costi.

## DOSAGGIO DEI PEPTIDI NATRIURETICI COME GUIDA PER LA CURA DELLO SCOMPENSO CARDIACO: UNA METANALISI

De Vecchis Renato (a), Palmisani Leonardo (b), Esposito Claudia (c), Ariano Carmelina (a), Giasi Anna (a), Cioppa Carmela (a), Cantatrione Salvatore (a)

(a) *Unità Operativa di Cardiologia, Presidio Sanitario Intermedio Elena d'Aosta, Napoli*

(b) *Direzione Sanitaria, Presidio Sanitario Intermedio Elena d'Aosta, Napoli*

(c) *Istituto di Igiene e Medicina Preventiva, Seconda Università, Napoli*

**Introduzione.** Si è sostenuto che misurazioni seriate di peptidi natriuretici (NPs), cioè peptide natriuretico di tipo B (BNP) o frammento amino-terminale del pro-peptide natriuretico di tipo B (NT-pro BNP), potrebbero essere utilmente impiegate come guida operativa per modulare l'intensità del trattamento farmacologico nei pazienti con insufficienza cardiaca cronica (CHF). Tuttavia, una notevole incertezza rimane circa il presunto ruolo utile della terapia NP-guidata in questo contesto. Pertanto abbiamo deciso di eseguire una meta-analisi degli studi randomizzati e controllati (RCTs) pertinenti, per verificare l'ipotesi che un miglioramento degli esiti clinici nei pazienti ambulatoriali con CHF sia conseguibile mediante la regolazione del dosaggio farmacologico eseguita sulla base dei valori di NPs periodicamente misurati in corso di terapia.

**Metodi.** Gli studi in materia sono stati raccolti attraverso una ricerca attraverso il *database* Pubmed che abbracciava l'arco temporale gennaio 1996-dicembre 2012. Nella nostra ricerca, includente esclusivamente RCTs, i pazienti erano eligibili per la metanalisi qualora fossero soddisfatti i seguenti criteri: gli studi inclusi avrebbero dovuto arruolare pazienti con CHF; in tutti gli studi i pazienti avrebbero dovuto essere randomizzati ad una strategia di titolazione della terapia farmacologica sulla base del livello sierico di un NP circolante (BNP o NT-pro BNP) confrontata con il trattamento convenzionale guidato dai sintomi attuato nel gruppo di controllo; in ogni studio avrebbero dovuto essere riportate tutte le cause di mortalità. Inoltre, ogni RCT avrebbe dovuto avere più di 60 partecipanti e un *follow-up* maggiore di 90 giorni. Per la nostra metanalisi venne prescelto l'*endpoint* combinato di mortalità da tutte le cause più ospedalizzazione correlata a scompenso cardiaco.

**Risultati.** Sei RCTs vennero selezionati per il processo di *pooling* e di valutazione metanalitica dei dati (n. totale di pazienti inclusi =1.775). La terapia NP-guidata mostrò di essere associata ad un ridotto rischio di morte da tutte le cause e di ricoveri ospedalieri correlati a scompenso cardiaco riacutizzato (*Odds Ratio* - modello degli effetti *random* -: 0,64 95% IC: 0,43- 0,95 p=0,026).

**Conclusioni.** Questa metanalisi supporta l'ipotesi che la terapia guidata da determinazioni sieriche periodiche dei NPs sia superiore alla valutazione clinica esperta guidata dai sintomi per migliorare mortalità totale ed ospedalizzazioni da scompenso cardiaco in pazienti ambulatoriali con CHF. Tuttavia, alcuni RCTs di grandi dimensioni non hanno documentato un significativo miglioramento clinico in termini di mortalità e morbilità con la strategia NP-guidata: pertanto ulteriori ricerche su questo approccio terapeutico ancora controverso sarebbero raccomandabili in futuro.

## ULTRAFILTRAZIONE VS DIURETICI ENDOVENA NELLO SCOMPENSO CARDIACO: REVISIONE SISTEMATICA E METANALISI

De Vecchis Renato (a), Palmisani Leonardo (b), Esposito Claudia (c), Sorrentino Assunta (b), Ariano Carmelina (a), Giasi Anna (a), Cioppa Carmela (a), Cantatrione Salvatore (a)  
(a) *Unità Operativa di Cardiologia, Presidio Sanitario Intermedio Elena d'Aosta, Napoli*  
(b) *Direzione Sanitaria, Presidio Sanitario Intermedio Elena d'Aosta, Napoli*  
(c) *Istituto di Igiene e Medicina Preventiva, Seconda Università, Napoli*

**Introduzione.** I diuretici dell'ansa endovena (iv Diu) rappresentano il trattamento usuale per pazienti con insufficienza cardiaca acutamente scompensata (ADHF). Questi farmaci hanno però effetti collaterali, tra cui squilibri elettrolitici, ipotensione, marcata attivazione neuro-ormonale e sindrome cardio-renale iatrogena. L'Ultrafiltrazione Isolata (UFI) è un metodo alternativo per rimuovere sodio e acqua in eccesso. Abbiamo valutato mediante revisione sistematica e meta-analisi di *trials* randomizzati controllati (RCTs) l'efficacia e la sicurezza di UFI rispetto a quelle del trattamento convenzionale con iv Diu in pazienti con ADHF.

**Metodi.** Gli studi pertinenti sono stati ricercati attraverso i *database* Medline- Pubmed and Ovid (gennaio 1990-dicembre 2012). Solo i RCTs che mettevano a confronto UFI vs iv Diu in corso di ADHF sono stati inclusi. La eleggibilità degli studi e la loro qualità metodologica sono state attentamente valutate per estrarre successivamente i dati inerenti gli *endpoints* di decorso clinico e di sicurezza. È stata poi eseguita una meta-analisi degli studi giudicati idonei al pooling dei rispettivi dati.

**Risultati.** Nella rassegna sistematica sono stati inclusi 6 RCTs per complessivi 477 pazienti. Invece nella meta-analisi sono entrati soltanto 3 studi per complessivi 219 pazienti, risultando esclusi 3 degli studi precedentemente compresi nella rassegna sistematica, a causa di eccessive difformità constatate nel confronto tra studi (mancanza di omogeneità di *end-point* di efficacia nel confronto tra studi e/o differenze notevoli nella presentazione dei dati e/o uso di *end-point* composito non omologabile). Sulla base della meta-analisi dei dati aggregati, UFI ha dimostrato di essere significativamente superiore a iv Diu per volume liquido rimosso a distanza di 48 h [differenza media pesata (WMD)=1,20 litri 95% IC: 0,73-1,67 litri p<0,001] e per perdita di peso a 48 ore (WMD=1,77 kg 95% IC: 1,18-2,36 kg p<0,001). La proporzione di pazienti UFI interessati da aumento della creatininemia a 48 h clinicamente rilevante (>0,3 mg/dl) era simile a quella riscontrata nei pazienti trattati con iv Diu (OR=1,33, 95% IC: 0,81-2,16 p=0,26).

**Conclusioni.** Il volume di liquidi corporei rimosso e la perdita di peso sono risultati significativamente maggiori con UFI rispetto a iv Diu, mentre non sono emerse differenze significative confrontando i due approcci terapeutici per quanto riguarda la sicurezza a livello renale (aumento iatrogeno della creatininemia). RCTs ben standardizzati sono necessari in futuro per consentire ulteriori confronti tra studi muniti di dimensioni campionarie maggiori.

## IMPORTANZA DELLA POLIPATOLOGIA E DELLA POLIFARMACOLOGIA NELL'ANZIANO FRAGILE

Di Giacomo Antonella, Baldaccini Alberto, Magro Valerio Massimo, Capasso Silvia,  
Capobianco Giovanni, Scala Giovanni  
*Unità Operativa Complessa di Geriatria, Ospedale S. Eugenio, ASL Roma C, Roma*

**Introduzione.** La condizione del paziente anziano è complicata da comorbidità che incidono sul percorso diagnostico e terapeutico, specie se in soggetti fragili e con demenza, come recentemente sottolineato da Zuliani. Altra caratteristica di questi pazienti è la polifarmacoterapia. È stato stimato che un anziano istituzionalizzato assuma circa 8 farmaci, mentre Schubert ha osservato che pazienti con demenza seguiti nel setting delle Cure Primarie presentano in media 5,4 condizioni croniche ed assumono 5 farmaci. La polifarmacoterapia sottopone il paziente ad un maggior rischio di sviluppare reazioni avverse ai farmaci, e conseguentemente ad una prognosi peggiore anche dal punto di vista funzionale.

**Metodi.** Abbiamo esaminato i *report* annuali delle caratteristiche dei pazienti ricoverati presso l'Unità di Geriatria per Acuti (UGA) dal 2009 al 2012 valutando l'aspetto di comorbidità e il numero di farmaci assunti per tracciare il *pattern* di complessità clinico-farmacologico.

**Risultati.** L'UGA ha preso in carico nel 2009 pazienti provenienti dal Pronto Soccorso, dalla Accettazione o dalla Breve Osservazione. Di questi il 49% era affetto da demenza; il dato è stato confermato negli anni, con un *trend* in crescita, registrando, nell'arco di tempo 2009-2012, un 62% di pazienti con *Mini Mental State Examination* (MMSE) <22. Sono state studiate le comorbidità: la preminenza è spettata all'insufficienza cardiaca ed allo *shock*. Sono seguite le malattie degenerative del SNC. Dalla analisi dei DRG è stata ricavata la frequenza delle altre comorbidità, in ordine di frequenza, rilevate sul totale dei pazienti presi in carico, dementi e non dementi: polmoniti e pleuriti, edema polmonare acuto ed insufficienza respiratoria, stroke ed insufficienza renale. Sono state poi prese in considerazione le comorbidità presenti nei soli pazienti affetti da demenza afferiti all'UGA nel corso del 2011: dall'analisi dei *report* delle diagnosi secondarie, la più frequente comorbidità rilevata risultava essere l'ipocinesia, in accordo con la Letteratura, seguita dalla ipertensione arteriosa, dalla patologia gastrointestinale, dalla insufficienza renale e dalla fibrillazione atriale; seguivano, per frequenza, polmoniti e diselettrolitemie, scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica, anemia, broncopneumopatia cronica ostruttiva, diabete, distiroidismo, delirium. Con minore frequenza venivano osservate malnutrizione, epilessia e la presenza di neoplasie. L'osservazione delle lettere di dimissione ha mostrato una media di 6+2 farmaci assunti.

**Conclusioni.** L'analisi dei *report* sia annuali che complessivi del periodo 2009-2012 è stata messa in luce la dimissione al domicilio di oltre i ¾ dei pazienti presi in carico complessivamente dal servizio, evitando per quanto possibile l'istituzionalizzazione. Indubbiamente, le comorbidità e la polifarmacoterapia rappresentano un fattore che influisce significativamente sulla prognosi del paziente anziano affetto da patologia acuta o

cronica riacutizzata, specie se con demenza. I dati qui esposti mettono in luce la complessità del paziente che affrisce in UGA; essi comunque forniscono anche la evidente testimonianza di una esperienza di lavoro positiva da parte dell'UOC Geriatria del S. Eugenio quale *management* del paziente ricoverato in ospedale, anche nell'ottica della gestione complessiva di tutte le sue comorbidità, sia acute che croniche.



## CRESCERE E LAVORARE INSIEME: UN PERCORSO CONDIVISO ED INTEGRATO

Di Stefano Carla (a), Capitan Vulgo Sebastian Aurora (b), Giorgia Antonia (b), Benanti Valeria (b), Parise Maria Teresa (b), Morri Mariella (b), Oricchio Belinda (b), Sorce Ivana (b), Bartoloni Paola (b), della Rovere Piera (a)

(a) *Medico UOSD/9, Medicina Preventiva dell'Età Evolutiva, ASL RMC, Roma*

(b) *Docente Istituto Comprensivo Lusitano, Roma*

**Introduzione.** Il diabete di tipo 1 è una forma di diabete che si manifesta prevalentemente nel periodo dell'infanzia e dell'adolescenza. Ogni anno con le nuove iscrizioni degli alunni alle prime classi della scuola primaria oppure con i nuovi inserimenti di alunni da altre scuole giungono presso il team dei medici della medicina preventiva richieste da parte dei Dirigenti Scolastici di interventi di formazione/ informazione sul diabete a tutto il personale scolastico (personale docente e non docente ed ATA) Le problematiche che emergono da queste richieste sono varie, ma la più classica è quella di avere informazioni riguardante la crisi ipoglicemica durante le ore scolastiche e con quali modalità soccorrere il piccolo alunno/a.

**Metodi.** Dal 2007 ad oggi sono state effettuate circa tre giornate di formazione/ informazione presso l'Istituto Comprensivo Lusitano e presso la Scuola Materna Comunale di via Populonia. La formazione è stata possibile grazie ad un team di medici della medicina preventiva dell'età evolutiva che è presente sul territorio con l'integrazione di alcuni diabetologi del Policlinico Umberto I, sono state formate circa 50 tra docenti / non docenti/ e personale ATA. I partecipanti ci chiedevano come riconoscere i sintomi di una crisi ipoglicemica che spesso non venivano riconosciuti da loro, ma venivano riconosciuti inizialmente dall'alunno/a che si sentiva debole e non riusciva a concentrarsi sul lavoro scolastico, e li identificava con la seguente terminologia "maestra sono basso" questa terminologia non veniva compresa dalla maestra, fin quando il piccolo ripeteva più volte la frase e veniva accompagnato dall'insegnante nell'ambulatorio scolastico dal medico. È corretto fare ingerire i seguenti alimenti: 1) somministrare 1 o più bustine zucchero, 2) consentire all'alunno di bere alla bottiglia direttamente una bevanda zuccherata tipo aranciata oppure coca-cola oppure versare la bevanda in un bicchiere di carta per controllare il giusto quantitativo, 3) è corretto fare assumere anche dei carboidrati insieme alla bevanda zuccherata, 4) è utile avvertire subito i genitori, 5) è giusto che l'alunno esegua l'attività fisica? Inoltre questi "soccorsi" avvengono solo durante le ore di lezioni da parte delle insegnanti, in quanto il controllo della glicemia e la somministrazione dell'insulina prima del pranzo viene effettuata dall'infermiere del servizio CAD dell'ASL di riferimento.

**Risultati.** Grazie a questi interventi di formazione/informazione gli insegnanti riescono a soccorrere i piccoli utenti senza farsi prendere dal panico, senza chiedere l'aiuto telefonico ai genitori, correggendo correttamente con la somministrazione di alimenti a loro a disposizione il basso valore glicemico. Inoltre da parte nostra abbiamo consegnato un piccolo protocollo da seguire e abbiamo consigliato prima di iniziare a somministrare qualsiasi alimento sempre di controllare la glicemia e di ricontrollare di nuovo la glicemia dopo venti minuti dall'aver fatto ingerire alimenti per correggere il basso valore per verificare se i sintomi di tale crisi si sono attenuati o sono scomparsi.

## PROFILI DI CURA PER I MMG E PRESA IN CARICO DELLE PATOLOGIE CRONICHE IN EMILIA-ROMAGNA

Donatini Andrea (a), Maio Vittorio (b), Del Canale Stefano (c), Sforza Stefano (a),  
Brambilla Antonio (a)

(a) *Assessorato Politiche per la Salute, Regione Emilia-Romagna, Bologna*

(b) *Jefferson School of Population Health, Thomas Jefferson University, Philadelphia, USA*

(c) *Azienda USL, Parma*

**Introduzione.** La Regione Emilia-Romagna ha riorganizzato l'assistenza territoriale individuando nei Nuclei di Cure Primarie (NCP) le unità organizzative di base del sistema delle cure primarie. I NCP, formati dai medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti territoriali ed infermieri, promuovono l'integrazione professionale e permettono di perseguire obiettivi di gestione delle patologie croniche. Attualmente sono presenti 215 NCP, costituiti in media da 15 Medici di Medicina Generale (MMG) con una popolazione di assistiti pari a circa 17.800 persone. Per promuovere la collaborazione all'interno dei NCP la Regione, in collaborazione con la Thomas Jefferson University di Filadelfia (USA), fornisce ai NCP uno strumento, il Profilo di Cura, che utilizzando metodi epidemiologici, confronta, per ogni NCP, le pratiche assistenziali sulla base di indicatori di qualità del servizio offerto.

**Metodi.** I contenuti del Profilo sono concordati da un gruppo regionale composto da medici di organizzazione, MMG ed epidemiologi. Gli indicatori sono selezionati mediante una revisione della letteratura, adattati alle caratteristiche del sistema sanitario regionale e coprono aree diverse, ma comunque riconducibili, alle attività dei MMG. Forniscono informazioni preziose per valutare, in maniera retrospettiva, i percorsi assistenziali intrapresi dai pazienti. Relativamente alla gestione delle patologie croniche, il Profilo riporta informazioni sui ricoveri per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale, sulla qualità della presa in carico delle malattie cardiovascolari (scompenso e Infarto Miocardico Acuto), del diabete e delle malattie respiratorie. Tutti gli indicatori sono standardizzati e confrontati con il dato distrettuale, regionale ed aziendale. I Profili vengono elaborati annualmente a livello regionale utilizzando esclusivamente i flussi informativi sanitari (ricoveri, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, assistenza domiciliare) e messi a disposizione delle Aziende USL. Attualmente sono disponibili i profili relativi al periodo 2008-2011.

**Risultati.** Tutti gli indicatori prescelti evidenziano una forte variabilità tra Aziende USL e NCP. Per esempio, la percentuale di pazienti dimessi per scompenso e trattati appropriatamente con ACE-inibitori è compresa nei NCP, nel 2011, tra il 45% ed il 100%, mentre il monitoraggio annuale del profilo lipidico nel paziente diabetico è compreso, nei NCP, tra il 44% e l'86% dei pazienti diabetici.

**Conclusioni.** Anche se il progetto è stato avviato solo da pochi anni, il Profilo è stato accolto e accettato dai MMG nelle Aziende USL molto positivamente. Per la prima volta questo strumento non viene percepito come un "controllo", probabilmente anche grazie alla scelta di non includere dati di spesa, ma come uno strumento di supporto ai professionisti.

Il Profilo rappresenta uno strumento di stimolo della discussione tra professionisti e di promozione del lavoro di gruppo all'interno del NCP per migliorare l'accesso e qualità delle prestazioni e realizzare forme di assistenza specifica per le patologie croniche.

## PERCORSO DI GESTIONE DELLE PERSONE CON DEMENZA NELLE CURE PRIMARIE: IL MODELLO DELLA AUSL DI MODENA

Fabbo Andrea, Castagna Alberto, De Girolamo Gianfranco, Feltri Gaetano, Spanò Andrea,  
De Luca Maria Luisa

*Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena, Dipartimento Cure Primarie, Modena*

**Introduzione.** In considerazione dell'impatto epidemiologico della demenza nella nostra ASL è stato realizzato un protocollo per la presa in carico delle persone con alterazioni cognitive e delle loro famiglie da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG).

**Metodi.** Il protocollo operativo si articola in 2 fasi: 1) *screening* e presa in carico da parte del MMG rivolta sia a pazienti con patologia all'esordio, mai studiato prima (e quindi con invio al Centro Specialistico) sia a pz in stadio avanzato; 2) *follow-up* con attivazione di eventuale programma di ADI per le persone non deambulanti. Il MMG può avvalersi nel *follow-up* dello specialista per una valutazione del quadro clinico e del progetto assistenziale complessivo, per la gestione dei farmaci e dei disturbi del comportamento, eventuale invio del *caregiver* al servizio di consulenza psicologica, segnalazione all'assistente sociale per l'attivazione di servizi domiciliari o strutture semiresidenziali o residenziali.

**Risultati.** I dati del progetto hanno evidenziato che circa il 63% (385 MMG) di tutti i MMG dell'AUSL di Modena (610) hanno aderito al programma nel periodo 2002-2010; vi sono 6.902 pazienti arruolati (F=4.744; 68,73%; M=2.158; 31,27%) e 9.542 schede presentate (2.194 moduli A "*screening* e/o presa in carico", 7.348 moduli B *follow-up* rivalutazione annuale) con età media dei pazienti di 82 anni (DS+8,4), molti dei quali con comorbilità elevata (40% in classe 4). Attraverso tale progetto si sta sperimentando in alcuni Distretti una modalità di monitoraggio e rinnovo dei piani terapeutici (neurolettici atipici, a cadenza bimestrale ed inibitori delle colinesterasi a cadenza semestrale) senza effettuare una visita di controllo al Centro Demenze ma con l'intervento del MMG. Pochi giorni prima della scadenza dei PT, il MMG, tramite sistema informatico, invia le notizie anamnestiche e quelle relative al quadro clinico del paziente (eventi avversi, intolleranza, eventi intercorrenti, scarso o buon controllo dei sintomi) al Centro Demenze; i medici del Centro, dopo aver visionato la cartella clinica, rinnovano i piani terapeutici e, lo re-inviano, firmato e timbrato, al MMG che provvede a consegnarlo al familiare. Per le situazioni di "urgenza" i MMG hanno a disposizione, un numero telefonico dedicato; per prenotare un'urgenza è il MMG che direttamente contatta il medico del Centro Demenze con cui concorda tempi e modalità di intervento.

**Conclusioni.** La gestione complessiva del soggetto affetto da demenza e della sua famiglia trova nel MMG il "naturale interlocutore" trattandosi di patologia molto diffusa, ad alta cronicizzazione, con interazioni molto rilevanti con altre patologie tipiche dell'anziano e con i bisogni assistenziali complessi che ne derivano. La presa in carico di questi pazienti richiede per altro una interazione fra vari soggetti ed una rete di servizi ed opportunità che permetta di dare risposte adeguate alle varie fasi di malattia. Viene ribadito che le UVA hanno una funzione specialistica di 2° livello che deve consolidarsi come tale e sempre più devono svolgere una attività consulenziale più che di presa in carico e gestione diretta del paziente.

## CONSUMO DI STATINE E RISCHIO DI INSORGENZA DI DIABETE IN UNA COORTE DI ADULTI RESIDENTI NELLA ASL ROMA D. STIMA DA FONTI INFORMATIVE CORRENTI

Fano Valeria (a), Blasi Alessandra (b), Bontempi Katia (a), Berti Alessandra (c), Gualandi Lucia (c), Pagnozzi Eugenia (b), Filogna Marco (a), Miceli Maria (a), Di Turi Roberta (b)  
(a) *Unità Operativa Complessa Programmazione Sanitaria, Sistemi Informativi ed Epidemiologia, Asl Roma D, Roma*  
(b) *Area Politiche del Farmaco, Asl Roma D, Roma*  
(c) *Sistemi Informativi e Servizi per la Sanità, CINECA, Bologna*

**Introduzione.** La letteratura concorda nel riconoscere un ruolo protettivo delle statine sull'insorgenza di patologie cardiovascolari, mentre è ancora aperto il dibattito sull'aumentato rischio di incidenza di diabete associato all'uso di statine. Obiettivo di questo lavoro è la valutazione del rischio di insorgenza di diabete associato all'uso di statine in una coorte di pazienti non diabetici residenti nella Asl Roma D (RMD) nel periodo 2007-2011.

**Metodi.** In una coorte di adulti di età 35+, vivi e residenti nella RMD, con diagnosi di diabete precedentemente stimata tramite integrazione di sistemi informativi (prevalenza di diabete al 2007=8,3%), si è accertato l'uso di statine nel periodo 2007-2011. Per il periodo 2008-2011 si è stimata l'incidenza di nuovi casi di diabete associata all'uso di statine. I pazienti sono stati classificati in: "non utilizzatori" di statine (nessuna prescrizione), "utilizzatori continui" (copertura >80% in tutto il periodo) o "utilizzatori discontinui" (alternanza d'uso nel periodo). L'incidenza di diabete è stata confrontata nelle diverse categorie di utilizzo di statine mediante un modello di Poisson aggiustato per variabili socio-demografiche.

**Risultati.** Tra i non diabetici (n=308.281) l'incidenza di nuovi casi di diabete nel periodo 2008-2011 è risultata pari al 4,2% (n=12.869), con RR significativamente più elevati negli utilizzatori continui di statine rispetto ai non utilizzatori (RR=4,9; p-value<0,05), e tra gli utilizzatori continui rispetto ai discontinui (RR=1,7; p-value<0,05). Tra gli anziani i RR sono sempre significativi ma meno elevati (RR continui vs non utilizzatori=3,1, RR continui vs discontinui=1,7); per coloro che hanno avuto precedenti ricoveri per patologie cardiovascolari i RR sono ancora più bassi (RR continui vs non utilizzatori=2,5, RR continui vs discontinui=1,7).

**Conclusioni.** Negli adulti residenti nella RMD si è osservato un aumento di insorgenza di diabete associato all'uso di statine. I RR più elevati si registrano tra coloro che assumono statine in modo continuo e concordano con alcune metanalisi dove si confrontano terapie a dosi elevate con terapie a dosi moderate.

## LA SANITÀ D'INIZIATIVA NEL *CHRONIC CARE MODEL*

Giustini Saffi

*Centro Facoltà Alta Formazione e Ricerca Translazionale in Medicina Generale  
Università degli Studi Firenze; Medico di Medicina Generale, ASL 3 Montale, Pistoia*

Le basi culturali di un percorso di cura sulla fragilità si riconoscono nella sanità d'iniziativa e nel *Chronic Care Model*. Il *Chronic Care Model*, è basato sulla interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di formazione e di addestramento ed il team multiprofessionale composto da operatori socio sanitari, infermieri e medici di medicina generale (da: Piano Sanitario Regionale 2008/2010). Il nocciolo del modello consiste in un lavoro in *équipe* supportato/affiancato da figure come l'infermiere e l'operatore sociosanitario, finalizzato ad una sanità d'iniziativa e soprattutto a una nuova organizzazione del lavoro, in cui il medico si libera di funzioni che non gli appartengono e si dedica interamente alla clinica e all'ipotesi diagnostica. L'errore sta nell'erogare ad alcuni pazienti servizi non necessari o non richiesti e negare ad altri servizi necessari o che avrebbero scelto. Tutto questo ha come conseguenza degli alti costi per l'abuso o il sottoutilizzo di determinate prestazioni. Al Mulley, 2010 *Director of the Dartmouth Center for Health Care Delivery Science at Dartmouth College*. I medici di medicina generale possono/devono stratificare i loro pazienti in base al rischio vascolare globale misura indispensabile per una proposta razionale di interventi preventivi trattandosi di una procedura semplice, compatibile con la normale pratica clinica dei medici di medicina generale. Un approccio sistematico alla valutazione del rischio vascolare consentirebbe in breve tempo d'identificare i soggetti maggiormente meritevoli d'intervento e di utilizzare razionalmente le risorse umane ed economiche disponibili.

## **SANITÀ DI INIZIATIVA IN TOSCANA: ANALISI DI UNA POPOLAZIONE DI PAZIENTI AFFETTI DA DIABETE MELLITO DI TIPO2**

Giustini Saffi (a), Bussotti Alessandro (b), Gori Michela (c), Tenaglia Antonio (d), Salvadori Roberta (e)

(a) *Centro Facoltà Alta Formazione e Ricerca Translazionale in Medicina Generale, Università degli Studi Firenze, Medico di Medicina Generale, ASL 3 Montale, Pistoia*

(b) *Centro Facoltà Alta Formazione e Ricerca Translazionale in Medicina Generale, Università degli Studi Firenze, Agenzia di Continuità Assistenziale Extraospedaliera, AOU Careggi, Firenze*

(c) *Medico di Medicina Generale, Pistoia*

(d) *Medico Specializzato in Medicina Generale, Pistoia*

(e) *Medico di Comunità, Coordinatore eCCM, ASL 3, Pistoia*

**Introduzione.** Il *Chronic Care Model* è un approccio ai pazienti affetti da malattie croniche nell'ambito dell'assistenza primaria che si basa sull'interazione fra operatori che lavorano in maniera proattiva nella cura del paziente attivo esecutore della propria cura, con un suo richiamo periodico (passaggio dalla "medicina di attesa" alla "sanità di iniziativa [SdI]"). Gli ultimi due Piani Sanitari della Regione Toscana propongono la SdI come nuovo modello assistenziale per la presa in carico "proattiva" dei cittadini. Lo studio ha valutato l'andamento della SdI ad un anno dal suo inizio, usando dati delle cartelle informatizzate dei MMG, aderenti al progetto. Sono stati presi in considerazione alcuni aspetti poco esplorati dei pazienti affetti da DM2: comorbilità e qualità dell'assistenza al cronico.

**Metodi.** È stato scelto il territorio della ASL 3 di PT, Zona Distretto di Pistoia (PT centro, Agliana, Montale), scegliendo 3 moduli (sui 5 in essere) e 33 MMG (su un totale di 37). Lo studio esamina gli assistiti di 27 MMG, per un totale di 35.950 pazienti, dei quali 2.724 con DM2 (prevalenza 7,58%). Mediante apposito SW sono stati estratti: diagnosi di DM2, principali comorbilità, accertamenti correlati alla patologia di base, terapie indice di buon controllo, prendendo in considerazione il periodo dal 01/01/2010 al 30/06/2011 comprendendo l'attività di tutti i medici dei moduli fin dall'inizio della loro adesione al progetto.

**Risultati.** È notevole la variabilità fra i MMG della prevalenza del DM2 (dal 4,3% al 11,1%) dovuta ad una diversa accuratezza nella registrazione della diagnosi. Abbiamo migliori risultati dove il rapporto con il personale infermieristico si è affinato sia culturalmente sia operativamente. Buono il compenso del DM2 anche se migliorabile: i pazienti con HbGlic. <7% sono la maggioranza ma resta un 40% con valore superiore al 7%. Da migliorare il controllo dei valori lipidici ed il trattamento con statine e aspirina: le LG raccomandano questi farmaci a tutti i pazienti diabetici; la maggioranza non trattata e, fra i trattati, un 1/3 riceve la prescrizione di meno di 4 confezioni nell'anno dello studio. Il C-LDL è superiore al livello raccomandato nella maggioranza dei pazienti. Notevoli le comorbilità.

**Conclusioni.** Il lavoro in team, con MMG ed infermieri si sta dimostrando vincente anche se occorre rivalutare il richiamo dei pazienti affetti dalle singole patologie valutando il paziente nel suo insieme e nella sua complessità, come è maggiormente consono alla logica della Medicina Generale.



## INDAGINE SULL'ACCESSO ALLE CURE IN BASE ALLO STATO SOCIALE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO

Imbevaro Silvia (a), Bortolami Alberto (b), Mazurek Magdalena (a), Rescigno Paola (a), Jirillo Antonio (a), Giacobbo Maria (b)

(a) Centro di Valutazione Farmaci Oncologici, Istituto Oncologico Veneto, IRCCS, Padova

(b) Direzione Sanitaria, Istituto Oncologico Veneto, IRCCS, Padova

**Introduzione.** Il Servizio Sanitario Nazionale è un sistema pubblico di carattere universalistico che garantisce l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini. Un aspetto che potrebbe influenzare la qualità delle cure è il comportamento del medico, che in ambito economico-sanitario viene definito un "agente imperfetto" perché il suo ruolo risente di fattori non associati ai bisogni assistenziali del paziente (ambizione professionale, desiderio di prestigio, remunerazione economica, ansia di apparire capace e di fornire aiuto, preparazione scientifica, vocazione umanitaria, esperienza clinica). Pochi studi italiani mettono in relazione le cure ricevute dal paziente oncologico con il suo stato socio-economico, pertanto ci siamo proposti di analizzare la situazione dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV) IRCCS di Padova.

**Metodi.** È un'indagine monoistituzionale condotta su 886 pazienti curati allo IOV e inseriti nel registro onco-AIFA nel periodo maggio 2006-dicembre 2011. Dal registro abbiamo ricavato dati anagrafici, di patologia e di trattamento, mentre dalle schede di dimissione ospedaliera e dalle cartelle cliniche informazioni socio-demografiche e il numero di prestazioni sanitarie. Abbiamo verificato l'esistenza di eventuali differenze di accesso alle cure in associazione ai determinanti socio-economici in termini di numero di esami diagnostico-strumentali e trattamenti chemioterapici, visite specialistiche e di controllo. Abbiamo analizzato le differenze di sopravvivenza dei pazienti in base alle caratteristiche demografico-cliniche. L'analisi statistica è stata svolta attraverso il test di Kruskal-Wallis e il modello di Cox.

**Risultati.** Degli 886 pazienti selezionati 520 risultano valutabili: 42% affetto da carcinoma del colon-retto, 28% polmone e 30% mammella. L'età mediana è 63 anni (41% di sesso maschile). Relativamente alla professione il campione è così suddiviso: 34% commercianti/artigiani/operai, 25% professioni tecniche/di ufficio, 14% professioni ad elevata specializzazione, 25% pensionati/casalinghe. L'analisi statistica non evidenzia differenze significative nel numero di esami diagnostico-strumentali e nelle prestazioni in relazione alla professione del paziente, eccetto una nel numero medio di infusioni chemioterapiche (25 professioni manuali vs 20 altre professioni,  $p=0,007$ ). Le variabili socio-economiche non influenzano la sopravvivenza, a differenza dell'età (*Hazard Ratio* [HR], 1.42;  $p<0,001$ ) e del tipo di carcinoma (HR, 0,72;  $p<0,001$ ). La spesa media delle prestazioni per paziente è circa 4.600,00 euro/anno; si registra una spesa maggiore per commercianti/artigiani/operai rispetto alle altre professioni (+19%).

**Conclusioni.** Dall'analisi del campione dei pazienti oncologici non sono emerse differenze significative in merito all'accesso alle cure, quindi il sistema sembrerebbe non discriminatorio. Probabilmente tali differenze risultano omogeneizzate dallo stato di benessere economico finora goduto dai pazienti afferenti allo IOV. Ci proponiamo, comunque, di valutare se questo *trend* venga confermato anche per il biennio 2012-2013.

# **RUOLO DEI NUOVI FARMACI PER IL TRATTAMENTO DELLA BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA NELL'ADERENZA ALLE LINEE GUIDA GOLD**

Katz Pablo, Heiman Franca  
CSD Medical Research S.r.l, Milano

**Introduzione.** Le raccomandazioni delle linee guida GOLD sono attualmente il *gold standard* per la terapia della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) sia dal punto di vista clinico ed economico che da quello della *safety*. L'obiettivo di quest'analisi era la valutazione del rispetto delle linee guida GOLD nella gestione del trattamento dei pazienti con BPCO da parte dei medici di medicina generale; nello specifico si è osservato l'andamento nel tempo dell'utilizzo di terapie contenenti corticosteroidi inalatori (ICS) nelle classi di pazienti con BPCO lieve e moderata, ovvero di una pratica considerata inappropriata.

**Metodi.** L'analisi retrospettiva è stata condotta su pazienti con almeno una diagnosi di BPCO tra gennaio 2005 e dicembre 2008 (coorte 1) e tra gennaio 2009 e dicembre 2011 (coorte 2) che avessero nello stesso periodo almeno un valore di FEV1 riportato dal medico di medicina generale nella cartella clinica computerizzata. I pazienti dovevano inoltre presentare almeno una prescrizione in classe ATC R03 alla data dell'esame spirometrico o entro 2 mesi, ed essere di età uguale o superiore a 40 anni. La severità della malattia è stata definita secondo i criteri definiti dal GOLD. Le due coorti sono state messe a confronto allo scopo di individuare eventuali variazioni nell'aderenza alle linee guida.

**Risultati.** La prima coorte si componeva di 2.103 pazienti BPCO, mentre la seconda comprendeva 1.647 soggetti affetti da BPCO. Il confronto delle due coorti ha evidenziato come nella coorte selezionata più recentemente ci sia stata una riduzione nell'utilizzo di terapie contenenti ICS dell'8,4% e dell'1,6% a favore rispettivamente dei pazienti appartenenti alle classi lieve e moderata. Considerando tutte le classi di severità la riduzione nell'utilizzo di terapie contenenti ICS è stata all'incirca del 4%.

**Conclusioni.** L'ingresso nel mercato di nuove alternative terapeutiche ha favorito il trattamento dei pazienti BPCO di severità lieve o moderata con terapie maggiormente aderenti alle linee guida.

## PROMOZIONE DELL'EMPOWERMENT IN PERSONE CON MALATTIE CARDIOVASCOLARI: RISULTATI DI UNA RICERCA-INTERVENTO

Lazzari David, Pisanti Renato, Bartoli Stefano, Meloni Sara, Petrini Silvia  
*Servizio di Psicologia, Azienda Ospedaliera S. Maria, Terni*

**Introduzione.** Le malattie cardiovascolari sono tra le principali cause di mortalità nel nostro Paese, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi. In particolare, la cardiopatia ischemica risulta essere la prima causa di morte in Italia (28%), mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 13% dopo i tumori (dati Epicentro, Istituto Superiore di Sanità). Le linee guida di cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari affermano che i programmi di cardiologia riabilitativa dovrebbero includere interventi sia di tipo psicologico che di tipo educativo come parte di un programma riabilitativo complesso e interdisciplinare. Nel presente studio ci proponiamo di valutare un programma di promozione dell'empowerment tra pazienti con malattie cardiovascolari basato sul modello della Bilancia dello stress. Il modello considera lo stress come prodotto finale del percepito sbilanciamento tra richieste (esterne e della persona) e risorse (esterne e della persona).

**Metodi.** Il gruppo di soggetti è costituito da 137 pazienti (maschi=78, 57%; età media=68, +10,4), suddivisi in due gruppi: gruppo sperimentale (n=77; maschi=45, 58%) e gruppo di controllo (n=60; maschi=33, 55%). Il disegno dello studio è longitudinale con tre misure ripetute nel tempo: T1 (baseline); T2 (subito dopo l'intervento); e T3 (*follow-up* a sei mesi). Lo strumento di indagine è costituito dal questionario BIAS che misura i due ordini di richieste e di risorse del modello BIAS; e dall'*Hospital Anxiety and Depression Scale*, che misura due dimensioni indipendenti e intercorrelate ansia (7 item) e depressione (7 item).

**Risultati.** Le analisi della MANCOVA (*Multivariate Analysis of Covariance*) hanno evidenziato tre effetti significativi nell'interazione Trattamento X Tempo sulla dimensione Ansia (Wilks' Lambda=0,93, F (2, 127)=9,38, p=0,003, *partial eta squared*=0,76) sulla percezione delle richieste (Wilks' Lambda=0,86, F (2, 127)=7,64, p=0,008, *partial eta squared*=0,63) e delle risorse (Wilks' Lambda=0,82, F (2, 127)=6,63, p=0,02, *partial eta squared*=0,58). Per quanto concerne la depressione l'interazione Trattamento X Tempo non ha mostrato un effetto significativo, bensì un effetto principale della dimensione Tempo.

**Conclusioni.** L'intervento si è mostrato efficace nel gestire lo stress e l'ansia dei pazienti con disturbi cardiologici. Le risultanze sottolineano l'importanza di promuovere interventi che aiutano il paziente ad apprendere tecniche di gestione dello stress e di modulazione degli stati affettivi in cardiologia.

## Q-HOME: DAL CONFRONTO TRA QUALITÀ DEI DATI ALLE DECISIONI PER IL FUTURO

Lorenzini Monica (a), Riccomi Silvia (b), Scarpa Marina (b), Giansante Chiara (c), Capelli Oreste (d), Bonesi Maria Grazia (b), De Luca Maria Luisa (a), Bellelli Francesco (a), Solfrini Valentina (c)

(a) Dipartimento Aziendale Cure Primarie AUSL, Modena

(b) Medico di Medicina Generale AUSL, Modena

(c) Unità Operativa Governance Clinica-Direzione Generale AUSL, Modena

(d) Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali Regione Emilia-Romagna, Bologna

**Introduzione.** L'Emilia-Romagna con il progetto SOLE (Sanità On LinE) ha informatizzato tutti i Medici di Medicina Generale (MMG). SOLE consente l'invio elettronico di quanto prescritto dal MMG agli enti erogatori dei servizi e fornisce il ritorno dei referti nella Cartella Clinica Informatizzata (CCI). Nello studio Q-home i ricercatori hanno confrontato la qualità dei dati derivanti dalle 2 fonti (cartacea-elettronica tramite *query*) dei resoconti dei pazienti diabetici in gestione integrata per identificare quale sia la modalità migliore di estrazione dei dati. La qualità dei dati è misurata dalla percentuale di *missing* e dalla percentuale di raggiungimento del compenso secondo i parametri dello score Q.

**Metodi.** Nel *database* dello studio Q-home per ogni paziente è nota l'origine del dato.

**Risultati.** Sono stati raccolti dati per 12.112 pazienti, di cui 49,2% cartacei e 50,8% elettronici. Cartaceo ed elettronico non differiscono per quanto riguarda score Q medio, percentuale di pazienti a *target* per HbA1c e valori medi di pressione arteriosa. Differiscono i valori medi di HbA1c (cartaceo 7,06 vs 6,97;  $p<0,0001$ ) e LDL (115,2 vs 118,4;  $p<0,0001$ ). La percentuale di *missing* è minore nel cartaceo per HbA1c, LDL, microalbuminuria (rispettivamente  $p<0,0001$ ;  $p=0,0178$ ;  $p<0,0001$ ).

**Conclusioni.** Le differenze per valori medi hanno un significato statistico ma non clinico. Le differenze sui *missing* possono essere imputate a varie cause, tra cui irregolarità di invio da SOLE, valori di HbA1c inviati come allegato, prescrizione cartacea di esami o esecuzione dei medesimi presso laboratori privati. In ciascun caso spetta al MMG imputare manualmente il dato. Se però l'imputazione manuale è formalmente scorretta la *query* non estrae il dato. Inoltre la compilazione manuale focalizza l'attenzione sui *missing*, mentre l'estrazione elettronica richiede un controllo da parte del MMG sul file generato, che conta numerosi campi. Tuttavia, a patto che i dati siano archiviati in CCI, il resoconto cartaceo individuale richiede 30-40 minuti, mentre la *query* in 5 minuti restituisce dati per tutti i pazienti. Il tempo risparmiato con la *query* può essere impiegato per verificare i *missing* e colmare il vuoto conoscitivo. La padronanza d'uso della CCI e delle sue potenzialità è un'area critica di miglioramento della Medicina Generale. Poiché l'estrazione dati con *query* si presta a monitorare qualsiasi patologia cronica e favorisce percorsi di audit, l'Unità Operativa Governance Clinica, il Dipartimento di Cure Primarie e i rappresentanti dei MMG hanno sottoscritto per il futuro questa modalità di lavoro da parte di tutti i MMG e saranno organizzati corsi di informatica ad hoc per singola CCI.

## PERSONE CON MALATTIE CRONICHE: MODELLO PREDITTIVO DEL RISCHIO DI OSPEDALIZZAZIONE

Louis Daniel (a), Maio Vittorio (a), Keith Scott (a), Del Canale Stefano (b), Robeson Mary (a), Gonnella Joseph (a), Grilli Roberto (c)

(a) *Thomas Jefferson University, Philadelphia, USA*

(b) *Azienda Unità Sanitaria Locale, Parma*

(c) *Agenzia Sanitaria e Sociale, Regione Emilia-Romagna, Bologna*

**Introduzione.** Una sfida per i sistemi sanitari riguarda il passaggio da un approccio assistenziale re-attivo ad uno pro-attivo (“medicina di iniziativa”). La identificazione dei pazienti che maggiormente potrebbero beneficiarne rappresenta uno dei punti cruciali. L’Agenzia sanitaria e sociale regionale dell’Emilia-Romagna in collaborazione con i ricercatori della Thomas Jefferson University (USA) hanno messo a punto dei modelli predittivi di rischio di ospedalizzazione per i pazienti con malattie croniche.

**Metodi.** La fonte dei dati è rappresentata dal *database* amministrativo regionale dell’Emilia-Romagna che raccoglie i dati sulle prestazioni sanitarie (ricoveri, farmaci, visite specialistiche, esami di laboratorio e strumentali) erogate da strutture pubbliche e private accreditate per conto del Servizio Sanitario Regionale, linkabili con le caratteristiche demografiche, di circa 3.600.000 residenti adulti. La variabile dipendente sarebbe stata definita o come ricorso al ricovero per condizioni nelle quali è potenzialmente evitabile o come decesso. Sono stati esclusi i ricoveri per alcune tipologie di cause, come ad esempio, il parto, le complicanze associate ad un disturbo acuto, e problemi relativamente minori (es. problemi dentali). Le variabili indipendenti includono aspetti demografici (es. sesso, età) e misure di morbilità e di qualità dell’assistenza. Il periodo analizzato riguarda gli anni 2005-2010. I modelli predittivi sono stati sviluppati mediante regressione logistica stratificata per sesso e classe di età rispetto ad ogni singolo anno, per predire il rischio di ospedalizzazione (o di decesso) nell’anno successivo.

**Risultati.** La capacità di discriminazione e la calibrazione dei modelli possono essere ritenute molto soddisfacenti: la C-Statistic è compresa tra 0,828 e 0,832 in tutti i modelli ed è possibile predire in modo accurato la proporzione di pazienti a rischio di ospedalizzazione (o di decesso) per ciascuna categoria di rischio. Ad esempio, nella categoria con il rischio “più elevato”, definita come la proporzione di pazienti in cui vi è una probabilità di ospedalizzazione o decesso nell’anno successivo  $\geq 25\%$ , la proporzione attesa e quella osservata sono risultate identiche, e pari al 39,6%, come identiche sono state le proporzioni, attesa e osservata, per la categoria con il rischio “più basso”, pari al 2,6%.

**Conclusioni.** Sulla base di dati amministrativi è stato possibile elaborare dei “profili” di rischio di ospedalizzazione di persone sofferenti di malattie, soprattutto croniche, gestibili a livello territoriale. Tali informazioni sono state messe a disposizione dei medici di medicina generale che operano nelle Case della Salute dell’Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma per valutarne l’utilizzo, con particolare riferimento agli assistiti “ad alto rischio”.

## UTILITÀ DEL QD-SCORE® NELLO SCREENING DEL DIABETE IN UNA POPOLAZIONE STRANIERA DELLA PERIFERIA DI ROMA

Magro Valerio Massimo

*Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, Roma*

**Introduzione.** Recenti linee guida NICE raccomandano l'utilizzo di uno strumento validato per identificare soggetti che possono essere ad alto rischio di diabete di tipo 2. Il QDiabetes® score è stato sviluppato, a tale scopo, nell'ambito Universitario (Nottingham, Edinburgo, Bristol) e delle Cure Primarie del *UK National Health Service*, basandosi su un *database* di 2,5 milioni di assistiti raccolto da 355 Medici di Medicina Generale (MMG) in tutto il Paese.

**Metodi.** Si è voluta verificare l'utilità del QD® score nell'ambito delle Cure Primarie in Italia, dove è in aumento il numero degli assistiti stranieri. È stata utilizzata l'*utility* per iPhone Doctot Diabetes® (Sanofi Aventis), che calcola tramite 3 variabili (età, sesso ed etnia) il rischio di sviluppare la malattia nei successivi 10 anni. L'indagine è stata effettuata in 6 studi di MMG situati tra Piazza Vittorio e via Tuscolana, dove sono residenti molti stranieri. Durante la visita è stato calcolato lo score per 90 pazienti, 53 uomini e 39 donne, con età media  $42 \pm 12$  anni, 41% stranieri (37, 29 maschi e 8 femmine, di cui 11 soggetti del Bangladesh, 10 cinesi, 8 africani, 4 indiani, 3 sudamericani e 1 pakistano) e 59% italiani (53), 24 maschi e 29 femmine. Ai soggetti con rischio elevato ( $\geq 10\%$ ) venivano prescritte glicemia a digiuno (FPG) ed emoglobina glicata (HbA1c) con dosaggio secondo il DCCT, in conformità con le Linee Guida ADA, con eventuale integrazione con OGGT (WHO) nei casi dubbi.

**Risultati.** Dei 37 assistiti stranieri, veniva trovato un alto rischio in 12 soggetti, 10 maschi e 2 femmine. Di questi, 10 venivano convinti a fare i successivi esami ematici: si riscontravano valori patologici della glicemia in 7 maschi [4 del Bangladesh, 2 indiani ed 1 africano], in cui venivano formulate 2 diagnosi di diabete, 1 di alterata glicemia a digiuno (IFP) e 2 di ridotta tolleranza al glucosio (IGT), secondo i criteri ADA] e 2 femmine [(del Bangladesh e del Pakistan), con 1 diagnosi di diabete ed 1 di IFP]. Degli assistiti italiani, non veniva messo in luce alcun soggetto con aumento del rischio, per cui la prescrizione della FPG veniva effettuata sulla base della esecuzione o meno dei routinari test ematochimici di controllo annuali, rilevando 2 casi di diabete, 3 casi di sospetto diabete (1 sola FPG alterata, non ripetuta, senza esecuzione dell'HbA1c o OGTT), 2 casi di IFP e 1 di IGT.

**Conclusioni.** I risultati dell'indagine, anche se su un campione di piccole dimensioni, sembrano confermare l'utilità del QD® score per la valutazione del rischio di diabete di tipo 2 nella popolazione straniera. Interessante il dato di una maggiore vulnerabilità alla malattia dei pazienti del sud-est asiatico, a parità di età, rispetto al resto della popolazione studiata. Lo score, semplice, immediato, adatto ad una vasta gamma di popolazione (25-79 anni), può essere un aiuto per il medico di MMG per lo *screening* degli assistiti non italiani e per sensibilizzare questa popolazione alla prevenzione e cura del diabete, molto spesso misconosciuto.

## VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA INTEGRATA ALLA CRONICITÀ NELLE CASE DELLA SALUTE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Maio Vittorio (a), Brambilla Antonio (b), Capelli Oreste (b), Cacciapuoti Imma (b), Curcetti Clara (b), Cioni Alessandra (b), Rossi Giuseppina (c), Cagossi Patrizia (c), Ferrari Luciano (c)  
(a) *Jefferson School of Population Health, Thomas Jefferson University, Philadelphia, USA*  
(b) *Servizio Assistenza Distrettuale, Regione Emilia-Romagna, Bologna*  
(c) *Servizio Sviluppo ed Integrazione dei Servizi Sanitari Territoriali, USL, Parma*

**Introduzione.** Le Case della Salute (CdS), così come disegnate dalla Regione Emilia-Romagna (RER), si propongono come un modello logistico/funzionale in cui strutturare un sistema integrato di servizi che si prenda carico della cronicità dei pazienti attraverso un team di professionisti che ne condivida i percorsi assistenziali. Di fatto, le CdS diventano il luogo ideale per applicare i principi del *Chronic Care Model* (CCM). Lo scopo di questa ricerca è stato quello di sviluppare e testare uno strumento di valutazione dell'assistenza integrata alla cronicità secondo i canoni del CCM nelle CdS della RER.

**Metodi.** La ricerca in letteratura ha portato all'individuazione e adozione per lo studio del questionario ACIC versione 3.5 (*Assessment of Chronic Illness Care*), uno strumento validato di *self-assessment* per un team di professionisti basato sui principi del CCM. L'ACIC comprende sei sezioni corrispondenti agli elementi di cura del CCM: organizzazione del sistema, risorse della comunità, supporto all'auto-cura, supporto alla decisione clinica, organizzazione dell'assistenza, e sistema clinico informativo. Inoltre, l'ACIC include una sezione terminale che definisce il grado con cui il team integra gli elementi del CCM. L'ACIC prevede un punteggio medio per ogni sezione che va da 0 a 11, dove 11 indica il supporto ottimale alla cronicità. L'ACIC è stato tradotto secondo le linee-guida internazionali sulla traduzione e adattamento di strumenti valutativi, e quindi testato per la gestione integrata del diabete in 6 CdS della AUSL di Parma.

**Risultati.** Alcune difficoltà sono sorte nell'adattamento dell'ACIC per le differenze esistenti fra l'organizzazione del sistema sanitario USA e italiano. Tuttavia, dal test nelle CdS, la versione italiana dell'ACIC (I-ACIC) emerge come uno strumento valutativo implementabile. Il punteggio medio ottenuto nelle diverse dimensioni è stato: organizzazione del sistema, 7,39 (SD 2,07); risorse della comunità, 4,89 (SD 2,40); supporto all'auto-cura, 5,96 (SD 3,25); supporto alla decisione clinica, 6,75 (SD 3,08); organizzazione dell'assistenza, 6,81 (SD 3,52); sistema clinico informativo, 5,20 (SD 2,91); integrazione delle componenti del CCM, 5,03 (SD 3,69). In generale, CdS più grandi e attive da più tempo hanno mostrato punteggi migliori.

**Conclusioni.** La ricerca dimostra come l'I-ACIC è uno strumento utile per valutare in un team le modalità di assistenza alle cronicità secondo i principi del CCM. Nelle CdS testate, si riscontra una discreta variabilità nell'applicazione del CCM per il diabete, con ampi margini di miglioramento. Per l'implementazione dello strumento, la RER si propone di somministrare l'I-ACIC in altre CdS di altre AUSL, e di applicarlo anche in altri setting assistenziali, come i Nuclei di Cure Primarie.

## USO PRATICO DI INFORMAZIONI RELATIVE A PAZIENTI A RISCHIO DI OSPEDALIZZAZIONE

Maio Vittorio (a), Louis Daniel (a), Del Canale Stefano (b), Rossi Giuseppina (b), Brianti Ettore (b), Fabi Massimo (b)

(a) *Thomas Jefferson University, Philadelphia, USA*

(b) *Servizio Sviluppo ed Intergrazione dei Servizi Sanitari Territoriali, Azienda USL, Parma*

**Introduzione.** La Regione Emilia-Romagna (RER), in collaborazione con Thomas Jefferson University, ha sviluppato dei modelli statistici che identificano i pazienti a rischio di ospedalizzazione (ROH), pazienti che potrebbero beneficiare di programmi di chronic care management. L'obiettivo di questo progetto è stato quello di sviluppare una reportistica su tali pazienti ROH e di sperimentarne l'applicabilità pratica nelle Case della Salute (CdS).

**Metodi.** Utilizzando i dati del 2010 della banca sanitaria amministrativa della RER, e applicando i modelli statistici ai soggetti adulti ( $\geq 18$  anni) di 6 CdS della AUSL di Parma, la popolazione è stata divisa in base al ROH previsto in tre categorie: pazienti a ROH alto ( $\geq 25\%$ ), a ROH moderato (10-24%), e a ROH basso ( $< 10\%$ ). Per la reportistica, sono stati considerati i pazienti a ROH alto, perché ritenuti a maggior bisogno di programmi di gestione della cronicità. Per ogni paziente a ROH alto, è stato creato un "profilo" utilizzando le informazioni estratte dalla banca dati sulle risorse sanitarie utilizzate, quali ricoveri ospedalieri, farmaci, visite specialistiche, e assistenza domiciliare. Tali profili sono stati quindi utilizzati per creare due reportistiche per CdS: una scheda informativa per singolo paziente da destinare al proprio MMG, e un sommario informativo anonimo per i pazienti da destinare al personale sanitario. Le reportistiche sono state presentate e disseminate nelle 6 CdS in due incontri per CdS nel 2012.

**Risultati.** In media, nelle 6 CdS, i pazienti a ROH alto rappresentano il 5% della popolazione, in gran parte con età superiore a 65 anni, ugualmente distribuita fra maschi e femmine. La gran parte dei pazienti è risultato affetto da patologie cardiovascolari, seguito da gastro-intestinali, psichiatriche ed endocrine. Circa una metà dei pazienti è stato ricoverato in regime ordinario almeno una volta nell'anno 2010, in ordine, per ipertensione, malattie coronariche o insufficienza renale; una metà dei pazienti sopra 65 anni sono stati esposti a farmaci ritenuti potenzialmente inappropriati negli anziani. In genere, circa un terzo dei pazienti risultava già inserito in programmi di assistenza domiciliare. I dati, inseriti nelle due reportistiche, hanno suscitato estremo interesse in tutte le CdS dove sono state presentate, e stimolato i professionisti ad intraprendere iniziative congiunte di gestione delle patologie croniche, laddove necessarie, sia per il singolo paziente, sia per pazienti accumulati da medesime patologie.

**Conclusioni.** Informazioni strutturate sui pazienti a ROH alto, provenienti da modelli statistici, si dimostrano utili come strumento organizzativo nelle CdS per implementare programmi di medicina di iniziativa per la gestione della cronicità.



## ASSISTENZA RESIDENZIALE E MONITORAGGIO LEA IN CALABRIA

Malara Alba, Bonaddio Angelo, Ceravolo Francesco, Curinga Giuseppe, Renda Grazia  
Francesca, Rispoli Vincenzo, Spadea Fausto, Sgrò Giovanni

*Coordinamento Scientifico Associazione Nazionale Strutture Terza Età, ANASTE Calabria,  
Lamezia Terme, Catanzaro*

**Introduzione.** Con il DPGR n. 101 del 22.9.2011, la Regione Calabria ha approvato il documento sulla Direttiva dei Flussi Informativi Sanitari, rendendo obbligatoria la trasmissione dei dati sanitari ed economici delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sia ospedaliere che territoriali. Il set minimo informativo, individuato dal progetto "Mattoni del SSN, è completo di tutti i contenuti necessari per una efficace programmazione tecnico-sanitaria regionale e per il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Data la particolare valenza rivestita dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) per gli organi istituzionali, il Coordinamento Scientifico ANASTE Calabria ha condotto una prima analisi descrittiva dei flussi informativi sulle prestazioni residenziali erogate nell'anno 2011 in 37 strutture residenziali del territorio calabrese.

**Metodi.** L'analisi ha coinvolto 2.064 utenti su 768 posti letto di RSA e 650 di Casa Protetta, occupati a gennaio del 2011. Gli indici di *case-mix* sono stati valutati su un campione di 357 utenti secondo RUG III.

**Risultati.** Il campione esaminato risulta femmina nel 68% (età media 81 anni) e maschio nel 32% (età media 74 anni). Il 72% dei pazienti era già ricoverato prima del 2011. Il 98,56% è stato valutato dall'Unità di Valutazione territoriale per l'inserimento in struttura. Il 61,5% dei pazienti proviene dalla propria abitazione, il 11,7% da altra struttura socio-sanitaria, il 1,6% da struttura sociale, il 14,8% da struttura ospedaliera, il 4,6% da strutture di riabilitazione. L'iniziativa al ricovero risulta propria nel 5,8% dei casi, di un familiare/affine nel 75,8%, di soggetto civilmente obbligato nel 1,7%, dall'assistente sociale nel 5,6%, dal medico di medicina generale nel 4,5%, infine, dal medico ospedaliero 6,6%. Il numero di persone dimesse nel 2011 è pari al 16% dei ricoverati di cui il 12% risulta dimesso a domicilio senza assistenza, il 29% a domicilio con assistenza, il 6% trasferito a struttura ospedaliera per acuti, il 18% dimesso ad altro tipo di residenza e il 35% deceduto in struttura. Dei dimessi il 68,43% è donna (età media 82 anni), il 31,56% è uomo (età media 76 anni); dei decessi il 66,10% è donna (età media 85 anni) il 33,89% è uomo (età media 84 anni). L'indice di *case-mix* calcolato in min/assistenza attraverso il RUG III ha evidenziato un'evoluzione della complessità clinico-assistenziale nel 2011 (*high care* 50,70%) rispetto al 2010 (*high care* 45,56%).

**Conclusioni.** Il quadro generale emerso da questa indagine, evidenzia la necessità di promuovere il confronto con gli organi competenti e potenziare l'integrazione tra i diversi setting assistenziali a garanzia della continuità della cura, nel rispetto dei LEA ed a maggiore supporto e sostegno alle famiglie.

## **INIZIATIVA DI DISEASE MANAGEMENT DOCTORPLUS: IL PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE DIABETICO**

Malci Francesco  
*Azienda Sanitaria Locale Roma G, Roma*

**Introduzione.** L'Azienda Unità Sanitaria Locale Roma G ha mostrato interesse ad implementare sul territorio di propria competenza soluzioni per il miglioramento delle prestazioni assistenziali e della continuità di cura nella gestione dei pazienti cronici, anche mediante una più efficiente gestione integrata tra la medicina generale e i presidi specialistici. In questo senso, la pubblicazione della Delibera n. 1104 del 6 novembre 2012 ha approvato il progetto di *disease management* denominato *DoctorPlus* con l'obiettivo di promuovere l'auto controllo di parametri clinici attraverso misurazioni effettuate dal paziente in remoto ed il supporto alla compliance terapeutica erogato da personale infermieristico qualificato in un sistema di coordinamento con gli specialisti ed i Medici di Medicina Generale (MMG). In particolare, i pazienti sono equipaggiati tramite dei dispositivi certificati (ad es. per la misurazione della glicemia, pressione arteriosa, peso, ecc.) collegati ad una centrale operativa, dove il personale infermieristico monitora le misurazioni dei pazienti e, sulla base di un protocollo di servizio predefinito e delle impostazioni previste dallo specialista e MMG per lo specifico paziente, attua le necessarie azioni. Per questa iniziativa, è stato nominato un Gruppo di Lavoro per il quale il Dott. Francesco Malci è stato individuato quale referente con l'obiettivo di monitorare la coerenza con gli obiettivi e definire i criteri per l'inclusione dei pazienti e supportare il coordinamento con gli attori sul territorio.

**Metodi.** I pazienti sono stati coinvolti da più distretti appartenenti al territorio di Roma G (Monterotondo, Palestrina, Palombara, Subiaco): 33 pazienti diabetici (diabete di tipo 2, ~65 anni età media, uomini e donne, con emoglobina glicata inferiore a 8%) intervistati rispetto ad un questionario validato dal gruppo di lavoro in sede di attivazione del servizio e dopo due mesi di fruizione.

**Risultati.** Prima di utilizzare il servizio: i pazienti dichiaravano di apprezzare in generale le cure ricevute, ma facevano emergere una certa insoddisfazione sull'efficacia del sistema tradizionale. Dopo due mesi di fruizione, i pazienti hanno dichiarato che il servizio:

- ha reso più efficace e migliorato il rapporto con il suo medico curante;
- ha avuto un impatto positivo sulla gestione della patologia;
- ha aumentato la sua sicurezza e quella dei suoi cari.

**Conclusioni.** I pazienti risultano molto soddisfatti del servizio fornito e se potessero continuerebbero ad usufruirvi.

## **INTEGRAZIONE PROFESSIONALE: PRESUPPOSTO INDISPENSABILE PER L'EFFICACIA DEI PERCORSI ASSISTENZIALI**

Marisi Valeria, Granchelli Carla, Consoli Agostino, La Penna Giuliana, Cucco Lia, Di Berardino Paolo, Pomante Paolo, Antonacci Elena, Seller Renato, Volpone Damiano, Cortesi Valerio

*Azienda Unità Sanitaria Locale Pescara, Università degli Studi G. D'Annunzio, Chieti*

**Introduzione.** Il PRP 2010-2012, prorogato al 2013, della Regione Abruzzo prevede l'individuazione di percorsi integrati di cura tra i Servizi delle AUSL ed i Medici di Medicina Generale (MMG) in grado di migliorare l'assistenza a persone affette da diabete mellito tipo 2. I percorsi integrati sono cruciali per un corretto approccio terapeutico a tutte le patologie croniche.

**Metodi.** La AUSL di Pescara ha avviato il progetto, sulla base del percorso IGEA, nel febbraio 2012. Si è costituito il Comitato Aziendale ed è stato stipulato un accordo con i 270 MMG della AUSL di Pescara prevedendo modalità incentivanti al raggiungimento degli obiettivi: inserimento in gestione integrata di almeno il 50% dei pazienti diabetici. È stato avviato il percorso formativo, al quale hanno partecipato anche rappresentanti delle associazioni dei pazienti diabetici. È in atto la procedura di acquisto di un software di gestione che, permettendo la "comunicazione" tra le cartelle elettroniche dei servizi di diabetologia ed i software di gestione dei MMG faciliterà enormemente l'integrazione dei percorsi diagnostici e terapeutici.

**Risultati.** 157 MMG (58%) hanno aderito al progetto di gestione integrata del diabete tipo 2; hanno partecipato al percorso formativo (che pure non erogava crediti ECM) e stanno inserendo in gestione integrata i loro pazienti diabetici. Il Comitato Aziendale, nei suoi incontri periodici, ha affrontato le criticità emerse e, ad oggi, ha fornito soluzioni adeguate.

**Conclusioni.** La possibilità di attuare percorsi assistenziali efficaci che vedano al centro la persona con patologie croniche è fortemente condizionata dalla piena condivisione di tutti i soggetti coinvolti. La costituzione di un Comitato Aziendale, voluto dalla Direzione Sanitaria Aziendale, del quale fanno parte gli operatori del Dipartimento di Prevenzione e dei Servizi di Diabetologia, i MMG, gli infermieri, ha consentito di raggiungere, in un tempo relativamente breve, promettenti risultati iniziali che hanno alta probabilità di sfociare in un sistema di gestione integrata per la malattia diabetica ampio, efficace ed efficiente.

## SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI PER IL MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE CRONICHE

Minardi Valentina, Lombardo Flavia Lucia, Ferrante Gianluigi, Possenti Valentina, Quarchioni Elisa, Masocco Maria  
*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

**Introduzione.** A causa del progressivo invecchiamento della popolazione e della persistenza di alcuni fattori di rischio quali sedentarietà, fumo, consumo eccessivo di alcol e cattive abitudini alimentari, è in aumento la prevalenza di persone affette da una o più patologie croniche (multi-cronicità).

**Metodi.** Un campione mensile di residenti di 18-69 anni, estratto con metodo casuale stratificato dalle anagrafi delle ASL delle 21 Regioni/Province Autonome italiane, è intervistato al telefono da personale sanitario, specificamente formato. Il questionario somministrato indaga: stili di vita, adesione a *screening* e vaccinazioni, comportamenti adottati in fatto di sicurezza e percezione dello stato di salute. Nello specifico, agli intervistati viene anche chiesto se sia stata diagnosticata da un operatore sanitario una delle seguenti patologie: insufficienza renale, diabete, patologia respiratoria (bronchite cronica, asma bronchiale, enfisema, insufficienza respiratoria), patologia cerebro-cardiovascolare (ictus o ischemia cerebrale, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie o altre patologie del cuore, per es. scompenso, valvulopatia), tumore, malattie croniche del fegato, ipertensione in trattamento, ipercolesterolemia in trattamento. Per maggiori informazioni: [www.epicentro.iss.it/passi](http://www.epicentro.iss.it/passi).

**Risultati.** Nel periodo 2008-2011, nelle 126 ASL partecipanti (in cui vive circa l'85% della popolazione italiana), sono state raccolte 150.359 interviste. Il 27,5% delle persone riferiva la diagnosi di almeno una patologia cronica. Negli anni è stato osservato un lieve ma significativo aumento di tale percentuale, dal 26,9% nel 2008 al 28,3% nel 2011. La malattia cronica più diffusa è l'ipertensione (14,0%), seguita da bronchite cronica (7,5%), ipercolesterolemia (5,5%) e diabete (4,7%). Complessivamente, il 18,0% presenta una sola patologia, il 6,2% almeno due e il restante 3,3% tre o più patologie. Le condizioni più frequentemente associate sono ipertensione e ipercolesterolemia, patologie cerebro-cardiovascolari e ipercolesterolemia, e diabete e ipertensione. La compresenza di più patologie croniche varia con l'età e interessa il 23,1% dei 50-69enni. Non sono rilevate differenze di genere, mentre si osserva un lieve gradiente geografico (Nord 9,0%, Centro 9,4% e Sud 10,4%). Relativamente agli stili di vita adottati da chi riferisce almeno una patologia cronica, il 25,7% fuma, il 40,1% è in sovrappeso e il 21,0% obeso, il 34,2% è sedentario e il 54,1% consuma alcol.

**Conclusioni.** A fronte dell'elevata presenza di patologie croniche nella popolazione generale, si rende indispensabile una gestione integrata delle cure. La descrizione del profilo di salute delle persone affette da cronicità permette una valutazione opportuna dei fabbisogni rispetto ai quali ottimizzare l'investimento delle risorse disponibili. Inoltre, il monitoraggio continuo dei fattori di rischio modificabili rende possibile la realizzazione di appropriati interventi preventivi delle malattie croniche.

## **INTEGRAZIONE DELLE CURE PER IL DIABETE NELLA ASL DI ORISTANO**

Mulas Maria Franca (a), Meloni Mariano (b), Madau Gianfranco (a), Cossu Marina (a), Mastinu Francesco (a)

*(a) Unità Operativa Complessa di Diabetologia e Malattie del Metabolismo, Ospedale San Martino, ASL 5, Oristano*

*(b) Direzione Generale ASL 5, Oristano*

La Legge n. 115/87, il successivo Piano Sanitario della Regione Sardegna (2006-2008), i Piani di Prevenzione del Diabete del 2010, 2012 (gli anni successivi) hanno sottolineato la necessità di adottare nella pratica clinica criteri di struttura, organizzazione, dei processi di diagnosi e terapia uniformi, mediante un coordinamento di tutti i servizi sanitari. Questa attività d'integrazione è stata sottolineata dal recente Piano Nazionale del Diabete. Nella ASL 5 sono stati realizzati numerosi incontri fra i Diabetologi operanti con diverse posizioni contrattuali allo scopo di condividere percorsi assistenziali e le modalità per realizzarli. I riferimenti adottati sono stati i documenti pubblicati dalla Associazione Medici Diabetologi (AMD) che descrivono i requisiti per una avanzata organizzazione dell'assistenza al diabete sia in ospedale e sia sul territorio. In questo modo il gruppo di lavoro ha elaborato una propria proposta organizzativa dell'assistenza al diabete nei diversi Distretti aziendali. La Direzione Generale, condivise le finalità e allineate le stesse ai programmi della ASL, il 10.09.2012 ha emanato la delibera n. 775: "Istituzione della rete aziendale di Malattie Metaboliche e Diabetologia". Attualmente la rete di Diabetologia si caratterizza come un'area organizzativa funzionale dei servizi di prevenzione, diagnosi e cura del diabete, finalizzata a rendere più efficaci e efficienti, gli sviluppi dei processi, più appropriate le risposte ai bisogni, più coordinate e uniformi le attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie metaboliche. Tale programmazione, svolta tramite la U.O. di Diabetologia e la Specialistica Ambulatoriale e Convenzionata, articola tutte le attività su base territoriale in stretta collaborazione con i Distretti Sanitari. I molteplici punti di erogazione delle prestazioni, intervengono secondo intensità di cura. Al fine di assicurare una assistenza secondo requisiti di qualità il modello organizzativo si basa sul lavoro in team multiprofessionale dedicato e sull'utilizzo di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA). Per poter valutare il miglioramento delle condizioni di salute indotte dagli interventi sanitari e quindi la conformità alle migliori conoscenze scientifiche, la rete di diabetologia necessita di azioni di misura, di analisi e di monitoraggio. Per raggiungere questo obiettivo la rete si avvale di un sistema informativo che con l'utilizzo di una serie di indicatori validati scientificamente, il CD File Dati AMD, permette di effettuare un controllo qualità attraverso il calcolo del Q SCORE. La rete persegue le seguenti finalità: innalzamento dello standard assistenziale; miglioramento della qualità della vita, riduzione dei ricoveri inappropriati; riduzione delle complicanze del DM, razionalizzazione e ottimizzazione della spesa.

## DEMENZA NEL PAZIENTE STRANIERO: UNA PATOLOGIA INESISTENTE O SOTTOSTIMATA?

Nardelli Marco, Ferretti Alessia, Mosticone Roberta, Frazzini Nirvana, Magro Valerio Massimo  
*Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, Roma*

**Introduzione.** La Società attraversa un periodo contraddistinto da cambiamenti, tra i quali il progressivo invecchiamento della popolazione italiana (e residente, in generale) e l'aumento di quella straniera, con implicazioni sulle comorbidità dei residenti e sul *management* della *care* degli stessi. Ciò è vero in particolare per coloro che sono affetti da declino cognitivo, un problema sempre più frequente la cui incidenza è drasticamente in aumento.

**Metodi.** Abbiamo avviato un'indagine conoscitiva del fenomeno nel Territorio della ASL RMC, dove operano gli Autori, per osservarne le dimensioni e possibilmente quantificarne il "peso" all'interno della popolazione residente, con interesse particolare per quella straniera. Sono stati quindi esaminati i *database* di 10 Medici di Medicina Generale (MMG) e sono stati intervistati altri 5 MMG, per un totale di 12.139 pazienti presi in carico.

**Risultati.** La popolazione residente nei Distretti della ASL RMC conta più di 500.000 soggetti, con un andamento incrementale della fascia di età superiore ai 65 anni di circa il 2%/anno ed un 13% circa di individui con età superiore ai 75 anni. La popolazione straniera conta circa 12.000 soggetti (9.629 censiti al 2002), in massima parte asiatici ed africani (fonte: Supplemento ordinario n. 60 al BURL n. 21. 7-6-2008). Non rientrava nel calcolo la popolazione nomade, con 12 campi censiti ed una popolazione adulta di quasi 1.400 soggetti (fonte: stima ASP 2006). Dei 5 medici interpellati, due hanno rifiutato l'intervista, mentre gli altri 3 hanno dichiarato di non avere alcun assistito di nazionalità non italiana affetto da demenza o che ha assunto farmaci per la demenza (inibitori dell'acetilcolinesterasi, memantina, antipsicotici). L'esame dei 10 *database* metteva in luce una diagnosi codificata di patologia dementigena in 72 soggetti (90% malattia di Alzheimer; 9% demenza vascolare, 1% demenza fronto-temporale). Di questi, si registravano 2 casi di demenza in soggetti non italiani (2 donne di più di 70 anni, residenti da molto in Italia).

**Conclusioni.** I numeri osservati sembrerebbero mostrare una incidenza di demenza bassa se non nulla nella popolazione straniera del Territorio della RMC. Nel campione considerato dal *report* regionale PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) del Lazio, del 2010 (che non prende in considerazione specificatamente la demenza), la percentuale costituita da stranieri era solo del 4% (127) e di questi solo una minoranza (il 3% delle donne e l'1% degli uomini) aveva una età "avanzata" (50-69 anni). Di conseguenza, il dato potrebbe essere spiegato dal basso numero di soggetti anziani censiti, che sono più a rischio di demenza. Oltre a ciò, malgrado la lingua inglese possa agevolare il rapporto medico-paziente, molti pazienti non italiani non in grado di sostenere né il colloquio anamnestico né la valutazione multidimensionale, che pertanto forniscono informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro Paese, come dimostra la diagnosi di demenza in stranieri da tempo residenti sul territorio nazionale. I risultati sono preliminari di una ricerca che si vuole condurre nel Territorio della ASL RMC su un campione più cospicuo, sia nel setting della Medicina Generale che più ampiamente sul Territorio (pazienti stranieri in carico ad UVA, UGA ed ambulatori STP). Riteniamo

infatti che possa essere anche messa luce una potenziale sottostima del fenomeno, all'interno del tessuto sociale, che potrebbe forse giovare di approfondimenti in tema di monitoraggio (socio-demografico, sanitario) e prevenzione ed opportuni interventi e politiche di salute.

## DIFFERENZE DI GENERE NELLA DEMENZA: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE NEL SETTING DELLA MEDICINA GENERALE

Nardelli Marco, Ferretti Alessia, Mosticone Roberta, Frazzini Nirvana, Magro Valerio Massimo  
*Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, Roma*

**Introduzione.** La demenza si caratterizza per la presenza del deterioramento, acquisito e di natura organica, delle facoltà intellettive, con riferimento sia alle funzioni cognitive che comportamentali, tale da interferire con le attività quotidiane, sociali ed occupazionali della persona, rendendo l'individuo dipendente e costretto alla supervisione da parte di altri soggetti. Alcune malattie dementigene, tra cui la malattia di Alzheimer colpiscono i due sessi in misura non uguale anche se i meccanismi biologici alla base di tali differenze non sono ancora ben conosciuti.

**Metodi.** Abbiamo avviato una indagine conoscitiva al Territorio della ASL RMC, dove operano gli Autori, mediante la consultazione dei *database* di 10 MMG e l'intervistati di altri 3 MMG, per un totale di 12.139 pazienti presi in carico. Abbiamo poi esteso l'indagine sul fenomeno per rilevare differenze di genere sul Territorio Italiano, consultando i dati provenienti dall'*Italian Longitudinal Study on Aging* (ILSA) e più recentemente dal *database Health Search 7° report* (2011/2012) della Società Italiana di Medicina Generale.

**Risultati.** L'esame dei 10 *database* metteva in luce l'esistenza di 72 assistiti con una diagnosi codificata di demenza. Di questi, 29 erano maschi e 43 femmine. Venivano inoltre intervistati 3 MMG, che riferivano di avere in carico 15 pazienti affetti da demenza, per un totale di 5 maschi e 10 femmine. I dati, benché parziali (non sono stati presi in esame i *database* di tutti i MMG sul Territorio considerato) sembrano essere in linea con quanto osservato sul Territorio sia su scala regionale [dai dati dell'ILSA, sulla popolazione laziale, al 1997 (5.410.179), 56.559 soggetti erano affetti da demenza, con una prevalenza totale del 6,8% nella sola RMC, in maggioranza donne; inoltre i dati preliminari del 2006 del progetto "Un modello di stima dell'occorrenza della malattia di Alzheimer per la costruzione di un registro regionale e la valutazione del bisogno assistenziale", dell'ASP Lazio, facevano osservare una netta maggioranza del sesso femminile sia dei soggetti segnalati (71%) dai MMG sia di quelli valutati nelle UVA (71,6%)] sia su scala nazionale, con riferimento ai dati dell'ILSA e di Health Search: in Italia, al 2011, vi è una prevalenza totale della patologia dementigena del 2,2% (in aumento rispetto all'2% del 2010), maggiore nelle donne (2,8% vs l'2,6% del 2010) rispetto agli uomini (1,5% vs 1,4%), con un andamento della patologia crescente negli anni (l'1% nel 2003), specialmente nel sesso femminile (dall'1,3% del 2003) rispetto ai maschi (0,7%). Nel Lazio la prevalenza, rispetto ad altre Regioni, si attesta su valori più bassi, rispettivamente del 2,1-2,3% per il sesso femminile e del 1,1-1,3% per quello maschile.

**Conclusioni.** I dati del nostro studio osservazionale e delle fonti consultate, puramente epidemiologici, confermano la presenza sul Territorio di una più alta prevalenza della demenza nella popolazione di sesso femminile. Rimangono necessari ulteriori studi, retrospettivi e ancora di più prospettici, per confermare la maggiore vulnerabilità delle donne e definirne i meccanismi fisiopatologici.



## MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE IN MEDICINA INTERNA: GOVERNO DELLA DOMANDA DI ASSISTENZA

Nenna Saverio (a), Carbone Lara (a), Leuci Domenico (a), Reda Rosario (b)  
(a) *Unità Operativa Complessa Medicina Interna, Ospedale L. Bonomo, ASL BT, Andria ,  
Barletta*  
(b) *Unità Operativa Complessa Controllo di Gestione, Azienda Sanitaria Locale BT,  
Andria, Barletta*

**Introduzione.** Le patologie respiratorie croniche rappresentano le malattie maggiormente diffuse ed in crescita in tutto il mondo. I cittadini dovrebbero trovare nel loro territorio risposte adeguate ai bisogni di salute, mentre l'ospedale dovrebbe fornire prestazioni sanitarie di media ed alta complessità di carattere acuto. Un numero elevato di ricoveri per abitante indica sia un problema nella capacità di orientare la domanda, sia la difficoltà a riallocare le risorse. Chiudere posti letto e strutture in ospedale senza una preventiva attivazione dei servizi territoriali alternativi all'ospedalizzazione non solo non rappresenta la migliore soluzione, ma potrebbe peggiorare il governo clinico.

**Metodi.** Sono stati valutati i ricoveri in medicina interna per malattia polmonare cronica ostruttiva (MDC 4, DRG 088) nel I quadrimestre degli anni 2009, 2010, 2011 e 2012. Tali ricoveri sono stati poi messi in relazione con l'attivazione nel 2011 di un ambulatorio per la gestione delle malattie respiratorie croniche in grado di fornire prestazioni sanitarie in modalità *day service*.

**Risultati.** Nell'ospedale di Andria nel I quadrimestre del 2009 si ricoveravano 107 pazienti, per 11 giorni di degenza media; età media 80 anni; 72% uomini/28% donne (nel 2009 nella ASL BT si ricoveravano 148 broncopatici su 100.000 residenti; in Puglia oltre 350; in Italia mediamente 166). Nel 2010 furono ricoverati 102 pazienti broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), per 10 giorni di degenza media, età media 79 anni, 71% uomini/29% donne. Nel 2011 furono ricoverati 80 pazienti BPCO, per 8 giorni di degenza media, età media 80 anni, 63% uomini/37% donne. Nel 2012 furono ricoverati 60 pazienti BPCO, per 6 giorni di degenza media, età media 81 anni, 61% uomini/39% donne. L'ambulatorio specialistico ha assunto la gestione di 350 pazienti broncopatici. Nel 2011 e 2012 si è registrato *trend* positivo rispetto al 2009 e al 2010, con decremento sia del numero dei ricoveri, sia della degenza media.

**Conclusioni.** I risultati di questo studio evidenziano che l'attivazione di un Ambulatorio che fornisce prestazioni in modalità *day-service* migliora l'assistenza sanitaria erogata, con decremento del numero dei ricoveri ospedalieri per malattia respiratoria cronica (indicatore di assistenza sanitaria territoriale) e riduzione delle giornate di degenza. L'attivazione di modelli organizzativi sanitari misti con aggregazione funzionale integrata tra medicina di base, distretti socio-sanitari ed ospedale, insieme all'implementazione dei flussi informativi a rete (ospedale-territorio) potrebbero essere una valida alternativa al ricovero per il governo clinico e la gestione integrata di tutte le patologie intermediche croniche complesse e tra loro complicanti (BPCO, diabete, ipertensione).

# GOVERNO DELLA DOMANDA DI ASSISTENZA DELLE MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE ATTRAVERSO EROGAZIONE DI PRESTAZIONI IN MODALITÀ DAY SERVICE. PROPOSTA DI ATTIVAZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI SANITARI MISTI

Nenna Saverio (a), Carbone Lara (a), Leuci Domenico (a), Reda Rosario (b)

(a) *Unità Operativa Complessa Medicina Interna, Ospedale L. Bonomo, ASL BT, Andria, Barletta*

(b) *Unità Operativa Complessa Controllo di Gestione, ASL BT, Andria, Barletta*

**Introduzione.** Le patologie respiratorie croniche rappresentano le malattie maggiormente diffuse ed in crescita in tutto il mondo. I cittadini dovrebbero trovare nel loro territorio risposte adeguate ai bisogni di salute, mentre l'ospedale dovrebbe fornire prestazioni sanitarie di media ed alta complessità di carattere acuto. Un numero elevato di ricoveri per abitante indica sia un problema nella capacità di orientare la domanda, sia la difficoltà a riallocare le risorse. Chiudere posti letto e strutture in Ospedale senza una preventiva attivazione dei Servizi territoriali alternativi all'ospedalizzazione non solo non rappresenta la migliore soluzione, ma potrebbe peggiorare il governo clinico.

**Metodi.** Sono stati valutati i ricoveri in Medicina Interna per Malattia Polmonare Cronica Ostruttiva (MDC 4, DRG 088) nel I quadrimestre degli anni 2009, 2010, 2011 e 2012. Tali ricoveri sono stati poi messi in relazione con l'attivazione nel 2011 di un Ambulatorio per la gestione delle malattie respiratorie croniche in grado di fornire prestazioni sanitarie in modalità *day service*.

**Risultati.** Nell'ospedale di Andria nel I quadrimestre del 2009 si ricoveravano 107 pazienti, per 11 giorni di degenza media; età media 80 anni; 72% uomini/28% donne (nel 2009 nella ASL BT si ricoveravano 148 broncopatici su 100.000 residenti; in Puglia oltre 350; in Italia mediamente 166). Nel 2010 furono ricoverati 102 pazienti BPCO, per 10 giorni di degenza media, età media 79 anni, 71% U/29% D. Nel 2011 furono ricoverati 80 pazienti BPCO, per 8 giorni di degenza media, età media 80 anni, 63% U/37% D. Nel 2012 furono ricoverati 60 pazienti BPCO, per 6 giorni di degenza media, età media 81 anni, 61% U/39% D. L'Ambulatorio specialistico ha assunto la gestione di 350 pazienti broncopatici. Nel 2011 e 2012 si è registrato *trend* positivo rispetto al 2009 e al 2010, con decremento sia del numero dei ricoveri, sia della degenza media.

**Conclusioni.** I risultati di questo studio evidenziano che l'attivazione di un Ambulatorio che fornisce prestazioni in modalità *day-service* migliora l'assistenza sanitaria erogata, con decremento del numero dei ricoveri ospedalieri per malattia respiratoria cronica (indicatore di assistenza sanitaria territoriale) e riduzione delle giornate di degenza. L'attivazione di modelli organizzativi sanitari misti con aggregazione funzionale integrata tra Medicina di Base, Distretti Socio-Sanitari ed Ospedale, insieme all'implementazione dei flussi informativi a rete (ospedale-territorio) potrebbero essere una valida alternativa al ricovero per il governo clinico e la gestione integrata di tutte le patologie internistiche croniche complesse e tra loro complicanti (BPCO, Diabete, Ipertensione).

## **CREAZIONE DEL BASILICATA BAROMETER DIABETES OBSERVATORY**

Nicolucci Antonio (a,b), Canitano Giovanni (b), Caputo Salvatore (a), Comaschi Marco (a,b), Di Nardo Francesco (c), Dotta Francesco (a,b), Ferriero Anna Maria (c), Furia Giuseppe (c), Montagano Giuseppe (b), Ricciardi Walter (a,b), Sabino Gabriella (b), Sesti Giorgio (a,b), Spandonaro Federico (a,b), Specchia Maria Lucia (c), Vaccaro Ketty (a,b), Lauro Renato (a,b)  
(a) *Italian Barometer Diabetes Observatory, Università degli Studi Tor Vergata, Roma*  
(b) *Basilicata Barometer Diabetes Observatory, Potenza*  
(c) *Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

**Introduzione.** La Basilicata rappresenta la Regione italiana con la più alta prevalenza di diabete di tipo 2 e fra le regioni con la più elevata prevalenza di obesità.

**Metodi.** In collaborazione con l'*Italian Barometer Diabetes Observatory* (IBDO), nel 2012 è stato istituito il primo osservatorio regionale per il diabete (BBDO). Il BBDO si è dotato di un comitato scientifico che vede la partecipazione dei referenti regionali dell'Assessorato alla salute e delle Aziende Sanitarie, rappresentanti locali della medicina generale e della diabetologia, ed esperti in campo epidemiologico, sociale, sanitario e clinico identificati in accordo con l'IBDO. Il comitato scientifico ha già identificato le aree prioritarie di intervento, in linea con il Piano Nazionale per il Diabete recentemente ratificato.

**Risultati.** Un'analisi preliminare dei *database* amministrativi e delle fonti informative correnti confermano la elevata prevalenza regionale di diabete (7,8%, rispetto al dato medio nazionale del 4,9%), di sedentarietà (48,1%, dato medio nazionale 38,3%), di persone in sovrappeso (41%, dato medio nazionale 36%) o francamente obese (13%, dato medio nazionale 10%). In Basilicata risulta più bassa rispetto alla media nazionale la percentuale di soggetti che consuma regolarmente frutta e verdura.

**Conclusioni.** L'istituzione di un osservatorio regionale rappresenta un'importante iniziativa per una più profonda conoscenza dei bisogni inesiati riguardo la prevenzione, la diagnosi precoce e la cura del diabete. A partire dai dati esistenti sarà possibile istituire un registro regionale del diabete e promuovere iniziative che vedano coinvolti tutti gli attori in ambito regionale.

## IMPATTO SOCIALE DELLE IPOGLICEMIE NELLE PERSONE ANZIANE CON DIABETE

Nicolucci Antonio (a,b), Messina Roberto (c), Dotta Francesco (b), Sesti Giorgio (b), Caputo Salvatore (b), Lauro Renato (b)

(a) *Conorzio Mario Negri Sud, Santa Maria Imbaro, Chieti*

(b) *Italian Barometer Diabetes Observatory, Università degli Studi Tor Vergata, Roma*

(c) *FederAnziani, Roma*

**Introduzione.** Le ipoglicemie ripetute possono accrescere nell'anziano il rischio di morte improvvisa, di danno cardiovascolare, cerebrovascolare, di demenza e di incidenti e cadute, con importanti risvolti clinici e sociali. Questi dati sono particolarmente preoccupanti se si considera che due terzi delle persone con diabete hanno più di 65 anni.

**Metodi.** Lo studio è stato condotto da FederAnziani in collaborazione con il Consorzio Mario Negri Sud e l'*Italian Barometer Diabetes Observatory*. Si tratta di un'inchiesta fra le persone di età  $\geq 65$  anni, rivolta a valutare la frequenza e i fattori di rischio per ipoglicemia sintomatica ed ipoglicemia maggiore e di valutarne l'impatto sulla qualità di vita. Con un campionamento proporzionale alla prevalenza di anziani nelle diverse regioni, sono stati coinvolti 1.323 soggetti.

**Risultati.** Complessivamente, l'8,1% dei soggetti ha riferito di avere avuto nei 12 mesi precedenti uno o più episodi di ipoglicemia severa, che ha portato all'ospedalizzazione nel 63,5% dei casi. Gli episodi severi erano più frequenti fra i soggetti seguiti solo dal proprio medico di famiglia. Solo il 31,7% dei partecipanti ha dichiarato di non aver presentato nessun sintomo di ipoglicemia nelle 4 settimane precedenti. La frequenza dei sintomi di ipoglicemia è risultata associata al livello di benessere psicologico (questionario WHO-5), al peso percepito del diabete (questionario PAID-5) e alla paura delle ipoglicemie (questionario FHQ). Fra i soggetti con sintomatologia più frequente, la percentuale di coloro che guidano ancora l'auto risulta più bassa (35,2%) rispetto a chi non ha sintomi (59,9%). Per quanto riguarda l'autogestione del rischio di ipoglicemie, la quasi totalità dei partecipanti ha dichiarato di praticare l'automonitoraggio della glicemia. Circa il 60% degli anziani che hanno riferito sintomi ha dichiarato di portare sempre con sé delle bustine di zucchero, mentre fra coloro che riferivano più frequentemente sintomi, quasi uno su quattro ha dichiarato di non essere stato informato da nessuno di questa necessità. Poco più della metà degli anziani che hanno avuto sintomi ha dichiarato di portare sempre con sé un tesserino che attesti il loro stato di persona affetta da diabete.

**Conclusioni.** Le ipoglicemie sono un fenomeno estremamente frequente fra le persone anziane con diabete, e sono responsabili di un impatto negativo sulla qualità di vita e sullo svolgimento delle attività quotidiane. L'educazione all'autogestione del rischio di ipoglicemie è carente in un'elevata percentuale di casi. È necessario aumentare l'attenzione al problema ipoglicemie negli anziani, attraverso un uso più razionale delle terapie ed una maggiore formazione sia del personale sanitario che dei pazienti.

## RACCOMANDAZIONI SUI FARMACI PER IL DIABETE: MONITORAGGIO REGIONALE BASATO SU INDICATORI DI PRESCRIZIONE

Nonino Francesco, Voci Claudio, Magrini Nicola, Marata Anna Maria, Pasi Elisabetta, Giroladini Roberta

*Area Valutazione del Farmaco, Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna, Bologna*

**Introduzione.** La validità delle linee guida dipende dall'adozione di una metodologia *evidence-based* ed esplicita che garantisca trasparenza nel processo decisionale del Gruppo di Lavoro (GdL). La presenza di indicatori consente di monitorare l'applicabilità e l'impatto sulla qualità dell'assistenza delle raccomandazioni. Il potenziale informativo e la precisione degli indicatori della prescrizione di farmaci possono essere limitati, specie in caso di terapie croniche con farmaci in diverse linee terapeutiche, in mono-terapia e in associazione. L'Area Valutazione Farmaco dell'Agenzia Sociale e Sanitaria e il Servizio Politiche del Farmaco della Regione Emilia-Romagna hanno prodotto raccomandazioni sui farmaci incretino-mimetici per il Diabete Mellito (DM) e i relativi indicatori, basati su dati aggregati di prescrizione.

**Metodi.** Utilizzando il metodo GRADE il GdL ha votato una serie di *outcome* rilevanti e ha prodotto 5 raccomandazioni sull'uso di farmaci ipoglicemizzanti e incretino-mimetici nelle persone con DM, qualora la mono-terapia con metformina non consenta più un adeguato controllo glicemico. Per ciascuna raccomandazione sono stati formalizzati "livello di prova" e "forza". Le raccomandazioni riguardano: l'uso di sulfaniluree e incretino-mimetici in aggiunta alla metformina; l'uso di incretino-mimetici, in aggiunta alla metformina, in specifiche fasce d'età; la strategia terapeutica nelle persone con DM già in bi-terapia con metformina+sulfanilurea in cui sia necessario sostituire quest'ultima con un altro farmaco.

**Risultati.** Per ciascuna raccomandazione è stato prodotto un indicatore di prescrizione il cui valore sarà relativo a un anno solare. Verranno considerati gli assistiti affetti da DM, registrati all'anagrafe sanitaria in Emilia-Romagna, con almeno 2 prescrizioni di farmaco nell'arco dell'anno di rilevazione. Gli indicatori relativi a un regime terapeutico stabile nel tempo saranno espressi mediante una "prevalenza prescrittiva" (ad es. il rapporto tra fasce d'età diverse nell'ambito di una popolazione trattata con farmaci incretino-mimetici). Gli indicatori che invece riguardano il passaggio da una mono-terapia (metformina) a una bi-terapia (metformina+sulfaniluree o incretino-mimetici) saranno espressi mediante una "incidenza prescrittiva", identificando la coorte che nell'anno precedente assumeva monoterapia con metformina e che nell'anno di rilevazione ha ricevuto per la prima volta prescrizioni di metformina+secondo farmaco. Per ogni indicatore è stato condiviso con il GdL un tasso prescrittivo atteso, definito a partire da dati correnti (prescrizioni farmaceutiche rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale e di dispensazione diretta).

**Conclusioni.** Un metodo esplicito ed *evidence-based* consente di produrre in modo trasparente raccomandazioni valide. La formalizzazione della "forza" delle raccomandazioni è necessaria ma può non essere sufficiente a garantirne l'applicazione. La definizione condivisa di indicatori e dei relativi tassi attesi può consentire il monitoraggio di raccomandazioni e la quantificazione del loro impatto sulla prescrizione di farmaci.

## EDUCAZIONE TERAPEUTICA DEL PAZIENTE DIABETICO: L'ESPERIENZA DI UN TEAM MULTIPROFESSIONALE TERRITORIALE

Orieucua Claudia, Benedetti Erika, Vidotto Luigino, Margarita Pamela, Loszach Paola, Braulin Jessica, Bosco Glenda, Czeslava Pawlega, Crisetig Flavia, Graziella Mauro  
*Azienda per i Servizi Sanitari 4 Medio Friuli, Distretto Sanitario di Cividale del Friuli, Udine*

**Introduzione.** Il diabete mellito è una malattia cronica con una prevalenza del 5,6%. La durata e la complessità dei quadri clinici richiedono misure preventive efficaci. Adeguati controlli e cure riducono il rischio di complicanze, rallentano la progressione della malattia e contribuiscono al miglioramento della qualità di vita. Per la prevenzione e tutela delle malattie croniche viene adottato il *Chronic Care Model*. L'obiettivo del programma di educazione terapeutica è quello di accrescere le conoscenze dei pazienti sui fattori di rischio e sulla malattia, e di modificare gli stili di vita non corretti. Il programma viene gestito in modo integrato da un team multiprofessionale composto dal Medico di Medicina Generale (MMG), dall'infermiere del distretto e dalla dietista del dipartimento di prevenzione.

**Metodi.** L'intervento educativo prevede: 1) la selezione dei pazienti (diabete di recente insorgenza, età <70 anni, attitudine del paziente a modificare il suo stile di vita) da parte del MMG; 2) reclutamento con chiamata attiva dei pazienti e familiari; 3) incontri di educazione terapeutica di gruppo (10-15 persone), 4 incontri di 2 ore, lezioni frontali e discussione di gruppo presso le sedi dei MMG; 4) *follow-up* a 6 mesi. L'intervento di educazione terapeutica comprende: la somministrazione di un questionario pre intervento educativo relativo a conoscenze sulla corretta alimentazione; la compilazione di un diario alimentare per rendere il paziente più consapevole sulla propria alimentazione; l'attività educativa integrata dell'infermiere e della dietista sulla base dei risultati emersi nella fase di *follow-up* pre intervento: patologia e complicanze, compliance alla terapia e autocontrollo glicemico, alimentazione, attività fisica e fumo di sigaretta; la rilevazione delle conoscenze acquisite con questionario *post*-intervento.

**Risultati.** I pazienti arruolati al *follow-up* medico-infermieristico pre-intervento nel biennio 2011-2012 sono stati 325. La valutazione pre-intervento comprendeva: BMI, pressione arteriosa, l'abitudine al fumo, l'attività fisica, il controllo glicemico, le abitudini alimentari. Gli utenti *target* che hanno aderito al percorso educativo sono stati 146, suddivisi in 5 gruppi nel 2011 e 5 gruppi nel 2012. La valutazione *pre* e *post* intervento ha misurato un aumento delle conoscenze relative alla patologia, alla corretta alimentazione ed alla necessità di eseguire almeno 3 volte alla settimana esercizio fisico aerobico. Il *follow-up* a 6 mesi ha misurato una diminuzione del peso, un miglior controllo della Hb glicata, ed un aumento dell'attività fisica.

**Conclusioni.** L'approccio multiprofessionale nella medicina di iniziativa è centrato sulla persona affetta da malattia cronica. La finalità del *patient empowerment* è di fornire all'assistito tutti gli strumenti (sapere) per poter assumere un ruolo attivo (saper fare, saper essere) nella gestione del proprio stato di salute. Alla parità di tutti gli altri fattori, un diabetico che conosce di più la propria malattia vive più a lungo e con una qualità di vita migliore.

## VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEI PERCORSI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Palestini Luigi (a), Anzivino Fernando (b), Nicoli Maria Augusta (a), Zoli Marco (c), Gardellini Aldina (d), Zurlo Amedeo (e)

(a) Agenzia Sanitaria e Sociale, Regionale Emilia-Romagna, Bologna

(b) AUSL, Ferrara

(c) Azienda Ospedaliero-Universitaria, Bologna

(d) AUSL, Bologna

(e) Azienda Ospedaliero-Universitaria, Ferrara

**Introduzione.** L'obiettivo del progetto è quello di valutare l'esito dell'implementazione di un modello di intervento assistenziale secondo l'approccio del *chronic care model* per i percorsi relativi alla frattura di femore e allo stroke. Lo studio valuta l'impatto del modello assistenziale in termini di esito clinico-funzionale e modificazioni sulla qualità della vita degli assistiti, utilizzando uno strumento di valutazione multidimensionale validato nel progetto di modernizzazione "La continuità assistenziale: applicazione del set minimo di scale per la valutazione del paziente anziano e del percorso di presa in carico" (2008/2009).

**Metodi.** Il disegno dello studio è di tipo quasi-sperimentale di tipo *pre- vs post*-trattamento con gruppo di controllo. In questo caso il "trattamento" è da intendersi come l'introduzione di un modello di *chronic care*, mentre l'assenza dello stesso coincide con il mantenimento dell'attuale percorso assistenziale. È stata effettuata una prima rilevazione *cross-sectional* sui pazienti in ingresso nei percorsi assistenziali; a questa segue una prima rilevazione di *follow-up* a 1 mese dal reclutamento dei pazienti partecipanti e un secondo *follow-up* a 6 mesi dal reclutamento, in seguito all'introduzione del modello di *chronic care*.

**Risultati.** Gli indici clinico-funzionali seguono un *pattern* in cui si evidenzia un peggioramento a 1 mese dall'ingresso nel percorso assistenziale, seguito da un recupero significativo a 6 mesi dalla prima rilevazione; tale recupero, tuttavia, non raggiunge il livello precedente all'evento acuto. Il livello di dolore percepito invece decade già a 1 mese dalla prima rilevazione e non subisce ulteriori modifiche nei mesi successivi; parallelamente non ci sono oscillazioni nella percezione di qualità della vita a 1 mese e questa tende ad aumentare significativamente a 6 mesi. Per quanto riguarda i risultati della sperimentazione, non si riscontrano differenze sensibili tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo.

**Conclusioni.** I partecipanti si presentano all'ingresso dei percorsi assistenziali con un quadro mediamente non compromesso che appare beneficiare in linea generale dell'assistenza ricevuta. Nell'organizzazione dello studio, tuttavia, la declinazione sperimentale dei percorsi assistenziali secondo il *chronic care model* non ha potuto rispecchiare appieno il modello teorico: il percorso assistenziale ha incorporato elementi di sostegno all'autocura e ai processi decisionali dei pazienti, mentre altri aspetti del CCM non si prestano a diventare condizioni sperimentali manipolabili in termini di presenza *vs* assenza. Semplificando, il rischio è che non ci siano state grosse differenze tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo e che pertanto i dati non abbiano consentito di cogliere questa sfumatura.

## IPOVITAMINOSI D RIDUCE L'EFFICACIA CLINICA DELLA MEMANTINA NELLA DEMENZA

Palummeri Ernesto, Prete Camilla, Senesi Barbara, Cocchella Alessandro, Giusti Andrea  
*Dipartimento di Gerontologia e Scienze Motorie, Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, Genova*

**Introduzione.** Numerosi studi hanno dimostrato una correlazione tra ipovitaminosi D e rischio di demenza. La carenza di vitamina D, estremamente prevalente nell'anziano e nel grande vecchio, sembrerebbe anche responsabile di una ridotta risposta clinica alla memantina nella demenza moderata o severa. Per testare la potenziale correlazione tra valore sierico di 25-idrossi-vitamina D (25-OH-D) e risposta clinica alla memantina abbiamo condotto un'analisi retrospettiva in pazienti anziani dementi non supplementati con vitamina D nei primi 6 mesi di terapia con memantina.

**Metodi.** Abbiamo considerato pazienti di età >75 anni affetti da demenza di Alzheimer severa e trattati per almeno sei mesi con memantina presso l'Unità di Valutazione Alzheimer del Dipartimento di Gerontologia e Scienze Motorie dell'Ospedale Galliera (Genova). Abbiamo escluso i soggetti che avevano assunto supplementi di vitamina D nei primi sei mesi di terapia. I dati demografici e clinici sono stati raccolti dalle cartelle. In particolare abbiamo registrato: età, genere, stato funzionale nelle attività di base e strumentali del vivere quotidiano, valore sierico di 25-OH-D prima dell'inizio della terapia con memantina, score del *Mini Mental State Examination* (MMSE) basale e dopo sei mesi di terapia con memantina. Abbiamo stratificato i soggetti in due gruppi sulla base del valore di 25-OH-D basale: <20 ng/ml o ≥20 ng/ml. La variazione media del MMSE nei due gruppi e la percentuale di pazienti che a sei mesi presentava un incremento del MMSE di almeno un punto erano i due *outcome* principali.

**Risultati.** L'analisi delle cartelle cliniche ha permesso di individuare 28 pazienti con le caratteristiche prestabilite. L'età media era 80,9±6,2 anni. I pazienti presentavano un valore medio di MMSE al basale pari a 15±5. Il 71,4% dei pazienti presentava un valore di vitamina D inferiore al *cut-off* prestabilito (20 ng/ml). I due gruppi di pazienti stratificati sulla base del valore di 25-OH-D erano sovrapponibili rispetto alle principali caratteristiche basali. Dopo sei mesi di terapia con memantina, l'incremento medio del MMSE risultava maggiore nei pazienti con valori di 25-OH-D ≥20 ng/ml (1,7±4,4) rispetto ai quelli con valori <20 ng/ml (0,2±3,5), tale differenza risultava ai limiti della significatività (p=.089). A 6 mesi, inoltre, un numero maggiore di pazienti nel gruppo 25-OH-D ≥20 ng/ml presentava un incremento del MMSE di almeno un punto: 67% vs 54% (p=0,121).

**Conclusioni.** Sebbene preliminari i nostri dati supportano la conduzione di *trials* randomizzati e controllati per accertare i potenziali benefici della terapia di associazione memantina con colecalciferolo nel trattamento della demenza di Alzheimer.



## METOTRAXATO: INTERAZIONI FARMACOLOGICHE NEL PAZIENTE CON ARTRITE REUMATOIDE

Patanè Marinella (a), Leporini Christian (a), Rende Pierandrea (a), Saullo Francesca (a), Russo Emilio (b), De Sarro Giovambattista (b)

(a) *Centro Regionale di Documentazione, Informazione e Formazione sul Farmaco, Regione Calabria, Azienda Ospedaliera Policlinico Universitario Mater Domini, Catanzaro*

(b) *Cattedra di Farmacologia, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi Magna Graecia, Catanzaro*

**Introduzione.** L'artrite Reumatoide (AR) è una patologia infiammatoria cronica, autoimmune, con processo evolutivo non prevedibile; interessa articolazioni e cartilagini, riducendo aspettative e qualità di vita. Per il suo trattamento possono essere utilizzati numerosi farmaci: antiinfiammatori non steroidei (FANS), glucocorticoidi, farmaci antireumatici modificanti il decorso della malattia (DMARDs: *Disease-modifying antirheumatic drugs*) ed i nuovi farmaci biologici. Il Metotrexato (MTX) determina un buon controllo della malattia e sicurezza. Le interazioni farmacologiche rappresentano un fattore limitante nella gestione del trattamento, soprattutto in politerapia.

**Metodi.** Utilizzando i *database* Pubmed e Cochrane Library abbiamo revisionato la letteratura scientifica relativa alle più comuni interazioni del MTX con gli altri farmaci utilizzati nella AR: FANS, glucocorticoidi, DMARDs e farmaci biologici. I lavori considerati sono stati quelli pubblicati su riviste caratterizzate da Impact Factor e numero di citazioni più elevati.

**Risultati.** Il MTX presenta importanti interazioni farmacocinetiche con i FANS, attraverso la competizione per l'escrezione renale tubulare mediata dal trasportatore delle proteine umane hOAT-3 (human organic anion transporter-3). Le interazioni riguardano soprattutto i seguenti FANS: Ketoprofene, Indometacina, Naprossene e Diclofenac. Inoltre, un recente studio ha evidenziato come l'Etoricoxib sia in grado di inibire competitivamente il trasportatore hOAT-3 in un rapporto dose-dipendente, determinando un lieve aumento della concentrazione plasmatica del MTX. La tossicità da MTX dovrebbe essere monitorata quando la dose di etoricoxib supera i 90mg. L'uso concomitante di glucocorticoidi incrementa i livelli sierici di amminotrasferasi e induce nausea; ciò è attribuibile alla loro capacità di inibire il metabolismo del MTX. L'associazione di MTX e Leflunomide o Sulfasalazina in pazienti *non responders* migliora l'efficacia clinica, ma aumenta gli eventi avversi. La sulfasalazina spiazza il MTX dal sito dell'albumina plasmatica, aumentandone la dose libera ed il rischio di tossicità. Le più comuni interazioni tra MTX e Leflunomide determinano aumento della tossicità epatica e discrasie ematiche; invece l'associazione con Ciclosporina determina incremento della tossicità renale. L'utilizzo del MTX con agenti anti-TNF $\alpha$ , migliora l'efficacia clinica ma aumenta il rischio d'infezioni. La somministrazione di MTX e Adalimumab ha determinato un aumento degli enzimi epatici, mentre non sono state riscontrate interazioni cliniche rilevanti nel caso di assunzione contemporanea con Rituximab, Golimumab, Tocilizumab e Certolizumab pegol.

**Conclusioni.** L'utilizzo del MTX deve essere preceduto da un'attenta valutazione dell'eventuale presenza di patologie renali, epatiche ed ematologiche. Inoltre le interazioni farmacologiche in politerapia possono determinare un incremento del rischio di reazioni avverse, riducendo la qualità della vita dei pazienti. Una attenta anamnesi è necessaria al fine di ottimizzare il dosaggio terapeutico più appropriato.

## EMPOWERMENT DEL PAZIENTE "DIFFICILE" NELLA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO

Pedroni Dante (a), Bonaretti Marinella (a), Crema Eliana (a), Capelli Oreste (b), Cacciapuoti Imma (b), Rovatti Elisabetta (b), Brambilla Antonio (b)

(a) Azienda Sanitaria Locale, Reggio Emilia

(b) Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna, Bologna

**Introduzione.** Da 12 anni è attivo nel distretto di Correggio il percorso di cura integrato (nuclei cure primarie - servizio di diabetologia) del paziente con Diabete Mellito (DM) che, nell'ottica della Medicina d'Iniziativa, prevede anche azioni di *empowerment*, con il coinvolgimento attivo del paziente nella promozione di corretti stili di vita, sviluppo di consapevolezza e responsabilizzazione all'autogestione della propria salute. In questa ottica sono stati attivati, tra i pazienti di due nuclei di cure primarie, affetti da patologie croniche, gruppi di Auto-Aiuto Guidato (AAG), con l'obiettivo del miglioramento dell'efficacia degli interventi clinici, della promozione di uno stile di vita attivo e consapevole e il supporto ai pazienti sedentari più refrattari e più resistenti al cambiamento, al fine di migliorarne la motivazione.

**Metodi.** Dopo un intervento fatto dai medici di famiglia sulla promozione di uno stile di vita attivo e salutare di tutti i pazienti diabetici in gestione integrata e dopo l'attivazione di strumenti di automonitoraggio (es. diario comportamentale dell'attività fisica, peso e PA) i gruppi AAG sono rivolti a 10 pazienti con DM che abbiano dimostrato difficoltà al cambiamento (es. sedentarietà persistente o poco motivati all'auto-monitoraggio) per una durata di 7 incontri. Gli incontri sono condotti da operatori appositamente formati all'approccio cognitivo-comportamentale e prevedono l'utilizzo di un manuale di auto-aiuto guidato per uno stile di vita attivo.

**Risultati.** L'attività di AAG ha coinvolto nel corso del 2012, 38 pazienti diabetici sugli oltre 200 in carico, di età media 58 anni. Il tasso di *drop-out* è stato sempre inferiore al 20%; i pazienti che hanno ultimato il percorso hanno raggiunto tutti i 30 minuti di attività fisica strutturata/die; oltre il 90% ha mantenuto questa abitudine salutare a 6 mesi e ad un anno. Gli utenti terminati gli incontri, vengono re-inseriti nella procedura di auto-monitoraggio e partecipano a periodici bilanci di salute ogni tre mesi. I tassi di ricovero per complicanze del diabete sono dello 0,38 per mille abitanti/anno verso lo 0,5 per mille abitanti/anno in regione.

**Conclusioni.** I gruppi di auto-aiuto guidato rappresentano un efficace complemento alle procedure di auto-monitoraggio dei pazienti affetti da diabete mellito, inseriti nella rete della gestione integrata, per la promozione di uno stile di vita salutare e consapevole, anche nei casi di "difficile" gestione.

## **ANALISI DEI TRATTAMENTI DEI PAZIENTI CON MORBO DI ALZHEIMER NELL'ASP DI COSENZA**

Piro Brunella, Carbone Claudia, Garreffa Maria Roberta, Vulnera Marilù  
*Ufficio Farmacovigilanza, Azienda Sanitaria Provinciale, Cosenza*

**Introduzione.** Il Morbo di Alzheimer è la malattia neurodegenerativa più diffusa che interessa circa 800.000 persone in Italia e 27 milioni nel mondo. L'incidenza è correlata all'età: il 5-10% della popolazione di età superiore ai 65 anni soffre di questa malattia, ma la percentuale aumenta progressivamente con l'invecchiamento, arrivando a colpire quasi il 50% degli individui di oltre 85 anni. Il nostro obiettivo è valutare l'utilizzo dei farmaci anti-demenza, ATC - N06D, nei pazienti affetti da Morbo di Alzheimer nel territorio dell'ASP di Cosenza.

**Metodi.** Sono state elaborate ed analizzate, mediante supporti elettronici Excel ed Access, le prescrizioni di farmaci con ATC N06D relative al territorio dell'ASP di Cosenza (circa 780.000 abitanti) per il periodo gennaio 2011-ottobre 2012. È stata valutata la dispensazione di tali medicinali sia in Distribuzione Per Conto (DPC), avviata dal novembre 2010, che in regime di convenzionata, al fine di verificare anche l'impatto della modalità distributiva.

**Risultati.** I pazienti trattati con farmaci della classe N06D sono 2.517 (0,32% della popolazione totale), di cui il 57,65% donne (1.451) e il 42,35% uomini (1.066). Solo 89 (36 maschi e 53 femmine) hanno età inferiore a 65 anni, corrispondenti al 3,53% dei pazienti trattati. Il numero totale di confezioni erogate è 25.622; di questi solo l'1,35% è dispensato in convenzionata per una spesa pari a € 35.072,32. Il principio attivo più prescritto è la Rivastigmina con 11.389 confezioni (44,45%) per 1.170 pazienti trattati, seguito da Memantina con 7.209 confezioni (28,14%) per 766 pazienti, Donepezil con 6.210 confezioni (24,24%) per 500 pazienti e Galantamina con 814 confezioni (3,18%) per 81 pazienti. Rispetto alla distribuzione convenzionata il medicinale maggiormente erogato risulta la Memantina (125 confezioni), seguito da Rivastigmina e Donepezil (entrambi 98) ed infine Galantamina (25). Sono in elaborazione i dati relativi ad eventuali variazioni di trattamento, al fine di verificarne le motivazioni, oltre che l'incrocio con i dati dei Piani Terapeutici pervenuti.

**Conclusioni.** L'analisi differenziata dei dati di prescrizione di questa classe di farmaci ci ha permesso di verificare l'impatto della nuova modalità distributiva e verificarne eventuali criticità. In realtà solo una piccola percentuale di prescrizioni (1,35% di confezioni) non è stata erogata in DPC, andando a gravare, invece, sulla spesa della convenzionata per un importo lordo di € 35.072,32. Risulta particolarmente interessante il dato relativo alla continuità ed alla sicurezza dei trattamenti che stiamo analizzando.

## VALUTAZIONE DELLE PRESCRIZIONI DEI FARMACI ANDIABETICI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO AIFA

Riberi Andrea, Avataneo Maria Margherita  
*Azienda Sanitaria Locale Cuneo2, Alba-Bra, Cuneo*

**Introduzione.** Lo sviluppo di nuove classi di ipoglicemizzanti ha aumentato le opzioni di trattamento per il diabete mellito di tipo2. Con questo lavoro si è voluto appurare che i Piani Terapeutici (PT), fossero conformi alle indicazioni, nel rispetto delle limitazioni imposte dalle indicazioni terapeutiche approvate, e verificare, da un punto di vista formale, che i PT fossero compilati in modo corretto e completo.

**Metodi.** I PT pervenuti dalla Struttura Semplice Dipartimentale Diabetologia e malattie metaboliche, presso il distretto di Bra del Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ASL CN2, sono stati analizzati sulla base dei seguenti parametri: età e sesso dei pazienti, molecola e prescrizione.

**Risultati.** Nel periodo agosto 2012-gennaio 2013 sono pervenuti all'ASL CN2 210 PT relativi a 196 pazienti (105 donne), di cui 130 pazienti di età  $\leq 65$  anni, 49 di età  $\geq 65$  a  $\leq 75$  anni e 17 di età  $> 85$  anni. Il 68,6% delle donne di età  $\leq 65$  anni (72 pazienti), il 25,7% di età  $\geq 65$  a  $\leq 75$  anni (27 pazienti) e il 5,7% di età  $> 75$  anni (6 pazienti). Il 67,0% degli uomini di età  $\geq 65$  sono (61 pazienti), il 23,1% di età  $\geq 65$  a  $\leq 75$  anni (21 pazienti) e 9,9% di età  $> 75$  anni (9 pazienti). I PT relativi al registro globale dei farmaci antidiabetici sono 68, di cui il 66% per liraglutide e il 34% per saxagliptin. Liraglutide è per il 69% in combinazione con metformina, il 4% con sulfanilurea, il 2% con un glitazone, il 4% con altro, il 20% in combinazione con metformina e sulfanilurea. Saxagliptin, invece risulta per il 66% in combinazione con metformina, il 26% con sulfaniluree, il 4% con glitazone, il 4% con metformina e sulfaniluree. I PT relativi ad una prima prescrizione sono 42, di cui il 93% per sitagliptin e il 7% per vildagliptin. Quest'ultimo per il 66% in associazione con metformina. Sitagliptin è per il 61% in duplice terapia con metformina (28%), sulfanilurea (31%), insuline (3%). In triplice terapia per il 23%, con metformina/sulfanilurea (18%), metformina/insulina (3%), sulfanilurea/glitazone (3%). Nel 5% dei PT in combinazione con metformina/sulfanilurea e glitazoni e nel 10% con altro. I PT relativi a prosecuzione di terapia sono 100, il 90% dei quali, relativi a sitagliptin, il 9% relativi a vildagliptin in associazione a metformina e l'1% sono PT per prosecuzione di terapia con exenatide. Sitagliptin risulta per l'83% in combinazione con metformina (45%), sulfanilurea (32%), insuline (5%) e per l'11% in triplice associazione con metformina/sulfanilurea (10%) e metformina/glitazone (1%). Nell'1% dei PT sitagliptin è in associazione con metformina/sulfanilurea e glitazone e nel 4% con altro.

**Conclusioni.** Il monitoraggio dei piani terapeutici, recanti indicativi elementi per la verifica, continua ad essere fondamentale per la valutazione della conformità prescrittiva dei farmaci dalle particolari condizioni di impiego, per la tutela dell'assistito e per il contenimento delle prescrizioni.

## MONITORAGGIO SULL'UTILIZZO DEI FARMACI ANTIDIABETICI PRESSO L'ASL CN2

Riberi Andrea, Avataneo Maria Margherita  
Azienda Sanitaria Locale Cuneo2, Alba-Bra, Cuneo

**Introduzione.** Lo sviluppo di nuove classi di ipoglicemizzanti ha aumentato le opzioni di trattamento per il diabete mellito di tipo2.

**Metodi.** Piani Terapeutici (PT) pervenuti presso il Servizio Farmaceutico Territoriale dalla Struttura Semplice Dipartimentale Diabetologia dell'ASL CN2 Alba-Bra, analizzati sulla base dei seguenti parametri: età e sesso dei pazienti, molecola e tipologia di prescrizione.

**Risultati.** Nel periodo agosto 2012-gennaio 2013 sono pervenuti all'ASL CN2 220PT relativi a 206 pazienti (110 donne), di cui 137 pazienti di età  $\leq 65$ anni, 51 di età  $\geq 65$  a  $\leq 75$  anni e 18 di età  $> 85$  anni. I PT per Terapia di Prima Linea (TPL) sono 78. I PT per TPL con liraglutide sono 45, di cui uno in monoterapia, 13 PT con in associazione metformina, 9 PT metformina/sulfanilurea, 7 PT glibenclamide/metformina, 6 PT glimepiride e metformina, 2 PT sulfanilurea, 1 PT glibenclamide/metformina e acarbiosio, 1 PT glibenclamide/metformina, repaglinide e acarbiosio, 1 PT con glimepiride, 1 PT metformina e repaglinide, 1 PT pioglitazone. 2 PT dello stesso paziente per liraglutide in associazione con gliclazide e metformina. I PT per saxagliptin sono 23, di cui 15 PT con in associazione metformina, 6 PT sulfaniluree, 1 PT metformina/sulfaniluree e 1PT con glitazoni. 6PT per sitagliptin. 3 PT per sitagliptin/metformina. 1 PT vildagliptin/metformina. I PT relativi ad un prima prescrizione sono 42. 22 PT sono relativi ad una prima prescrizione di sitagliptin, di cui uno senza (TPL), 1 PT con TPL con insulina, 5 PT con metformina, 1 PT con metformina/insulina, 4 PT con metformina/sulfanilurea, 2 PT con metformina/sulfanilurea e glitazoni, 5 PT con sulfanilurea, 1 PT con sulfanilurea e glitazone e 2 PT con terapia per pazienti intolleranti alla metformina. 17 PT sono per una prima prescrizione sitagliptin/metformina, di cui uno senza TPL, 6 PT con TPL con metformina, 7 PT con sulfanilurea, 3 PT con metformina/sulfanilurea. 2 PT sono per una prima prescrizione di vildagliptin, di cui uno senza TPL e uno in cui è presente invece la metformina. Inoltre, è presente 1 PT di prima prescrizione di vildagliptin/metformina senza TPL. I PT relativi a prosecuzione di terapia sono 100. 43 PT per prosecuzione di terapia con sitagliptin in cui 19 PT in cui è presente una TPL con metformina, 1 PT con insulina, 11 PT con sulfanilurea, 7 PT con metformina/sulfanilurea, 1 PT con metformina/sulfanilurea e glitazone, 2 PT con terapia per pazienti intolleranti alla metformina e 2 PT senza TPL. 47 PT per prosecuzione di terapia con sitagliptin/metformina, di cui 12 PT con TPL con metformina, 4 PT con insulina, 18 PT con sulfanilurea, 2 PT con metformina/sulfanilurea, 1 PT con metformina e glitazone e 10 PT senza TPL. 9 PT di prosecuzione di terapia con vildagliptin/metformina, di cui 7 PT una TPL con metformina, 1 PT sulfanilurea e 1 PT senza TPL. 1 PT per exenatide di prosecuzione con TPL con metformina e sulfanilurea.

**Conclusioni.** Il Piano Terapeutico continua ad essere fondamentale come supporto per il monitoraggio delle terapie, per la sicurezza dei pazienti e per il contenimento delle prescrizioni inappropriate.

## ANALISI DEI PIANI TERAPEUTICI PRESSO LA ASL CN2 ALBA-BRA E VALUTAZIONE FARMACOEPIDEMIOLOGICA

Riberi Andrea, Avataneo Maria Margherita  
*Azienda Sanitaria Locale Cuneo2, Alba-Bra, Cuneo*

**Introduzione.** Lo sviluppo di nuove classi di ipoglicemizzanti ha aumentato le opzioni di trattamento per il diabete mellito di tipo2. L'obiettivo di questo lavoro è stato verificare quali siano stati i farmaci maggiormente prescritti e secondo quale tipologia prescrittiva.

**Metodi.** I dati presenti nei Piani Terapeutici (PT), pervenuti presso il Servizio Farmaceutico Territoriale dalla Struttura Semplice Dipartimentale Diabetologia e malattie metaboliche dell'ASL CN2 Alba-Bra, sono stati analizzati sulla base dei seguenti parametri: fasce d'età e sesso dei pazienti, principio attivo in monoterapia o in associazione e tipologia di prescrizione.

**Risultati.** Nel periodo agosto 2012-gennaio 2013 sono pervenuti all'ASL CN2 220 PT relativi a 206 pazienti (110 donne e 96 uomini), di cui 137 pazienti di età  $\leq 65$  anni, 51 di età  $\geq 65$  a  $\leq 75$  anni e 18 di età  $> 85$  anni. Il 69,1% delle donne di età  $\leq 65$  anni (76 pazienti), il 25,4% di età  $\geq 65$  a  $\leq 75$  anni (28 pazienti) e il 5,4% di età  $> 75$  anni (6 pazienti). Il 67,7% degli uomini di età  $\geq 65$  sono (65 pazienti), il 21,9% di età  $\geq 65$  a  $\leq 75$  anni (21 pazienti) e 10,4% di età  $> 75$  anni (10 pazienti). La maggior parte dei PT sono relativi a Liraglutide (20,4%) e Saxagliptin (10,4%), entrambi in monoterapia o in associazione con altre molecole come terapia di prima linea. Inoltre, il 23,2% dei PT sono di prescrizione di terapia di prima linea per metformina non in associazione (51 pazienti), il 20,9% per sulfanilurea (45 pazienti), il 8,2% metformina in associazione con sulfanilurea (18 pazienti) e solo il 2,7% dei pazienti assume insulina in monoterapia (5 pazienti). Il 2,3% dei piani terapeutici sono relativi ad una terapia di prima linea per pazienti intolleranti alla metformina o che presentano controindicazioni alla metformina (5 pazienti). I PT relativi a prosecuzione di terapia, con una terapia di prima linea in atto, 100, di cui il 43% per sitagliptin non in associazione (42 pazienti), 48% sitagliptin in associazione con metformina (47 pazienti), l'9% vildagliptin in associazione con metformina (9 pazienti) e l'1% exenatide (1 paziente). I PT relativi ad una prima prescrizione, con una terapia di prima linea in atto, sono 42 dei quali il 52,4% sitagliptin non in associazione (22 pazienti), il 40,5% sitagliptin in associazione con metformina (17 pazienti), il 4,7% vildagliptin (2 pazienti) e il 2,4% vildagliptin in associazione con metformina (1 paziente).

**Conclusioni.** Il piano terapeutico risulta essere un valido strumento, per monitorare la sicurezza delle terapie nel paziente diabetico.

## Q-HOME: APPLICARE LO SCORE Q IN MEDICINA GENERALE. STUDIO OSSERVAZIONALE DELLA ASL DI MODENA

Riccomi Silvia (a), Lorenzini Monica (b), Capelli Oreste (c), Scarpa Marina (a), Bonesi Maria Grazia (a), De Luca Maria Luisa (b), Bellelli Francesco (b), Goldoni Carlo Alberto (d), De Girolamo Gianfranco (d), Solfrini Valentina (e)

(a) *Medico di Medicina Generale, AUSL, Modena*

(b) *Dipartimento Aziendale Cure Primarie, AUSL, Modena*

(c) *Servizio Assistenza Distrettuale, Regione Emilia-Romagna, Bologna*

(d) *Servizio di Epidemiologia, Dipartimento Sanità Pubblica, AUSL, Modena*

(e) *Unità Operativa Governance Clinica, Direzione Generale, AUSL, Modena*

**Introduzione.** Da oltre 10 anni in Emilia-Romagna è attivo il “Progetto Diabete” che prevede la gestione integrata dei pazienti diabetici di tipo 2 non insulino-dipendenti in medicina generale. Lo score Q (strumento sintetico che correla compenso metabolico con qualità di cura e rischio cardiovascolare nel diabete) è stato applicato nei pazienti dei Servizi Diabetologici (SD). Il Dipartimento Cure Primarie dell’ASL di Modena ha avviato uno studio osservazionale che applica lo score Q ai pazienti diabetici in gestione integrata e ne promuove l’uso come strumento di analisi dell’efficacia dei percorsi di cura in medicina generale.

**Metodi.** Dai resoconti annuali che ciascun Medico di Medicina Generale (MMG) ha inviato all’ASL per ogni paziente diabetico in carico, relativamente all’assistenza fornita nel corso del 2011, è stato costruito un *database* per calcolare lo score Q (valore 0 massimo negativo, valore 40 massimo positivo).

**Risultati.** Sono stati raccolti i dati di 12.112 diabetici, raggiungendo la rappresentatività del 79% dei Nuclei di Cure Primarie (NCP) e del 63% dei MMG. Lo score Q medio della popolazione è 29,3. *Range* dello Score Q medio per distretto: 27-30,8, *range* per NCP: 25,8-33,3, *range* per MMG: 15-40. Non c’è correlazione tra score Q medio per MMG e carico assistenziale. Il 65% della popolazione è in fascia di punteggio 30-40, il 31% in fascia 15-25, il 4% in fascia 0-10, che corrisponde al maggior rischio relativo cardiovascolare. Valori medi: per HbA1c 7%, per PA 134-79 mmHg, per LDL 117 mg/dl. *Dato missing* per HbA1c: 8,9% (di cui 37,5% in terapia ipoglicemizzante); per pressione arteriosa: 11,4% (di cui 54,8% in trattamento antiipertensivo); per LDL 11,7% (di cui 33,4% in terapia ipolipemizzante); per microalbuminuria 15,5%. Il report prodotto per ogni MMG si compone di (A) un confronto (per ognuno dei 4 item dello score) tra la popolazione assistita dal medico e i risultati di Nucleo, Distretto e ASL e (B) di un’analisi dettagliata per ogni paziente in carico.

**Conclusioni.** Lo score Q si propone come valido e semplice strumento per migliorare le cure al paziente diabetico anche in medicina generale. I MMG hanno apprezzato la reportistica e la utilizzeranno per svolgere audit tra pari in incontri di NCP, allo scopo di ridurre la quota di dati missing, per favorire il controllo metabolico e per un’attenta farmacovigilanza. Complessivamente la coorte mostra un discreto livello di compenso glicemico, pressorio e lipemico, mentre rimane sottostimata l’area della nefroprotezione.



## REAZIONI AVVERSE DA ANTIDIABETICI SEGNALATE NELLA ASL 4 PRATO - ANNO 2010/12

Rimoli Francesco Antonio, Cappellini Valentina, Marigliano Anna Lucia, Pittorru Mario, Bonuccelli Marina, Toccafondi Sara, Galloni Cristina, Arzilli Paola, Peruzzi Ginetta, Viligiardi Lia, Puliti Maristella, Zingarini Isabella, Anichini Alberto  
*Azienda Unità Sanitaria Locale 4, Prato*

**Introduzione.** La Regione Toscana ha istituito nell'anno 2006 un Centro regionale di Farmacovigilanza (DRT n. 1180/05 e 968/06); il Centro è articolato in tre livelli in stretta collaborazione con le Aziende Sanitarie Regionali e l'Università (Firenze, Pisa e Siena).

**Metodi.** L'analisi dei dati è stata eseguita in base alle schede ADRs pervenute all'unità di Farmacovigilanza della ASL 4: dopo avere controllato la congruità dei dati, le schede sono state registrate nel data base della Rete Nazionale di Farmacovigilanza. Particolare attenzione è stata dedicata alle ADRs da antidiabetici. Utilizzando le *query* presenti nel data-base è stato possibile estrapolare i risultati.

**Risultati.** Nell'analisi per tipologia di farmaci, le ADRs riguardanti i farmaci usati nel diabete (ATC: A10) nel periodo considerato sono state 16, di cui il 69% considerate gravi, poiché hanno richiesto e/o prolungato l'ospedalizzazione. Di queste, nel 27% dei casi si è avuto un miglioramento, ma, nel restante 73% dei casi, il dato non è disponibile. Se utilizziamo la classificazione *Adverse Reaction Terminology* (ART) il 55% delle ADRs riguardano episodi di ipoglicemia, dato riscontrabile sia a livello regionale che nazionale. metformina (A10BA02) ed insulina glargine (A10AE04) hanno causato entrambe il 25% delle sospette ADRs seguite da glimepiride (17%) ed insulina lispro (13%). Questa la fonte della segnalazioni: per il 75% dai medici ospedalieri, per il 19% dai farmacisti, per il 6% dagli infermieri.

**Conclusioni.** La collaborazione attiva e costante tra segnalatori e farmacisti responsabili della Farmacovigilanza permette di sensibilizzare gli operatori sanitari verso una reale cultura della della Farmacovigilanza, intesa come completamento della professione: medici, farmacisti e infermieri, opportunamente informati e motivati dimostrano attenzione e interesse verso un problema fino a poco tempo fa sottovalutato.

## **EMPOWERMENT DI COMUNITÀ NELLE CASE DELLA SALUTE: UN ESEMPIO IN EMILIA-ROMAGNA**

Rodelli Paolo Maria (a), Cavalli Paola (a), Bocchi Bruno (a), Nicoli Maria Augusta (b), Capelli Oreste (c), Cacciapuoti Imma (c), Curcetti Clara (c), Brambilla Antonio (c)

(a) Azienda Sanitaria Locale, Parma

(b) Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale Emilia-Romagna, Bologna

(c) Servizio Assistenza Distrettuale, Regione Emilia-Romagna, Bologna

**Introduzione.** L'empowerment del Paziente e della Comunità sono elementi fondanti del *Chronic Care Model* (CCM), per sostenere l'efficacia di un approccio proattivo e integrato alla malattia cronica e, per migliorare lo stato di salute della intera popolazione. Il cittadino informato e responsabilizzato può infatti assumere sia un ruolo attivo nella gestione della propria salute, sia partecipare alla definizione dei percorsi assistenziali e di cura della comunità. Lo sviluppo della gestione integrata dell'assistenza tra i diversi attori della cura, comprese le iniziative di *empowerment*, trova nel modello organizzativo e assistenziale delle Case della Salute (CdS) un luogo elettivo per realizzarsi.

**Metodi.** Presso la Casa della Salute di S. Secondo Parmense, si realizza da quasi due anni un percorso di empowerment comunitario, denominato "Tè del Giovedì", sotto forma di incontri periodici mensili aperti a tutta la popolazione su tematiche socio-assistenziali (percorsi di cura, servizi alla persona, conoscenza dei servizi, ecc) al fine di migliorare la competenza degli utenti e ottenere una migliore qualità dell'assistenza.

**Risultati.** I Tè del Giovedì, iniziati nel 2011 con 10 incontri, sono proseguiti nel 2012 con altri 11 incontri, di cui 2 in lingua araba. I corsi sono stati tenuti dai professionisti operanti all'interno della CdS (medici di famiglia, specialisti, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali). Hanno partecipato circa 50 cittadini per incontro, di cui circa 5% stranieri. Complessivamente le iniziative hanno coinvolto oltre 1.000 cittadini, con un gradimento espresso molto elevato.

**Conclusioni.** Dare utili informazioni, educare alla prevenzione e alla tutela della salute, implementare il clima di fiducia tra professionisti sanitari e cittadini sono le finalità di ogni organizzazione sanitaria che ponga al centro dell'attenzione il cittadino. In una piccola realtà assistenziale come quella su cui insiste la CdS di San Secondo (circa 15.000 cittadini) questa iniziativa punta sia all'integrazione della assistenza sanitaria con il territorio che all'integrazione culturale e professionale tra i diversi operatori, secondo le indicazioni del CCM.

## INTERVENTI DI TERAPIA NUTRIZIONALE NEL PAZIENTE ANZIANO

Ruggiero Rita, Ondeggia Antonella, Madonna Maria, Malaspina Carmela, Maresca Anna  
*Unità Operativa Farmacia, ASL NA 3 Sud, Distretto 57, Torre del Greco, Napoli*

**Introduzione.** Nei pazienti a rischio di malnutrizione gli interventi nutrizionali si diversificano in terapia orale, enterale per somministrazione degli alimenti nello stomaco e nell'intestino, parenterale per somministrazione nel circolo sanguigno. Il trattamento della malnutrizione migliora stabilmente il decorso clinico, la qualità di vita, la prognosi di numerose patologie influenzandone significativamente morbilità e mortalità. Il presente lavoro ha lo scopo di effettuare una indagine conoscitiva sui trattamenti nutrizionali e patologie in relazione all'età e al genere.

**Metodi.** Il campione oggetto dello studio è costituito dagli assistiti in assistenza domiciliare integrativa di età superiore a 65 anni a cui nell'anno 2011 la Farmacia del Distretto 57 di Torre del Greco dell'ASL Napoli 3 Sud ha erogato direttamente alimenti. Un registro informatico riporta per ogni assistito dati anagrafici, dati anamnestici, piani terapeutici nutrizionali, data di arruolamento e di cessione fornitura. Il *database* 2011 in formato excel è stato analizzato con programma statistico SPSS 18.02.

**Risultati.** Il campione analizzato si compone di 210 pazienti, 126 femmine (60%) e 82 maschi (40%). L'età media risulta 74 anni in un *range* da 67 a 81 anni e l'età modale è 67 anni. Le patologie per cui viene richiesta la terapia nutrizionale sono: disfagia 35,2%, neoplasie 17,1%, insufficienza renale cronica, IRC, 14,3%, demenza senile 11%, ictus cerebrale 4,3%. La terapia orale comprende il 56,7% delle erogazioni, la nutrizione parenterale il 24,8%, la nutrizione enterale l'1,4%. L'analisi di regressione nel rapporto diagnosi ed età riporta i seguenti risultati di rischio in termini di *Odds Ratio* (OR): Alzheimer 1,073 (0,93-1,23), demenza senile 0,962 (0,872-1,062), disfagia 1,021 (0,94-1,108), ictus cerebrale 1,116 (0,975-1,278), IRC 1,031 (0,941-1,129), neoplasie 1,029 (0,941-1,125). Non vi sono risultati significativi tra patologie e genere.

**Conclusioni.** I valori di OR non sono statisticamente significativi in relazione all'IC al 95% in quanto il campione in esame richiede una numerosità superiore a quella studiata. Tuttavia vi è un segnale di aumento di rischio di assistenza nutrizionale all'aumentare dell'età per le patologie legate all'invecchiamento della popolazione. Questo possibile rischio è del 10% per disfagia, 13% IRC, Alzheimer 23%, ictus cerebrale 28%. L'attenzione va rivolta alla disfagia la quale, rappresentando il 35% dei pazienti in trattamento nutrizionale, raccoglie pazienti anziani e pluritrattati per più patologie. Con questa osservazione possiamo concludere che il paziente geriatrico ed in politerapia vada seguito anche dal nutrizionista al fine di evitare complicanze sullo stato di salute generale.

## CARDIOVASCULOPATIE E SCHEDA ISTAT: INDAGINE SU UN CAMPIONE

Salesi Marialucia, Massoni Francesco, Simeone Claudio, Troili Giulia Maria, Onofri Emanuela, Pelosi Marcello, Ricci Serafino

*Dipartimento di Scienze Anatomiche Istologiche, Medico Legali e dell'Apparato Locomotore, Università di Roma Sapienza, Roma*

**Introduzione.** In Italia lo studio delle cause di morte, per ottenere informazioni di carattere sanitario e demossociale sui decessi avvenuti, viene effettuato sulle schede ISTAT. Al fine di migliorare le statistiche sulle cause di morte ed in risposta al nuovo Regolamento del Parlamento e del Consiglio Europeo n. 1338/2008 sulle Statistiche Comunitarie in materia di Sanità Pubblica e di Salute e Sicurezza sul luogo di Lavoro, nel 2011 sono stati introdotti i nuovi modelli D4. Le novità riguardano soprattutto la Parte A, nella quale al medico è richiesta obbligatoriamente la causa iniziale scatenante la sequenza che ha provocato la morte, tralasciando la distinzione causa naturale o violenta, seguita eventualmente da indicazione su altri stati morbosi rilevanti. Si è condotta un'indagine su un campione di schede relative all'attività necroscopica svolta presso l'obitorio comunale di Roma.

**Metodi.** Sono state analizzate 50 schede ISTAT relative a persone decedute nel biennio 2011-2012 considerando: medico certificatore, sesso, età, sequenza morbosa.

**Risultati.** Il 23% delle schede sono state compilate da medici di medicina generale ed il restante dopo indagine necroscopica. Il 42% riguardava il sesso femminile, con decesso avvenuto nell'82% dei casi in età >70 anni, ed il 58% il sesso maschile con decesso tra i 50 ed i 65 anni. Nella quasi totalità delle schede l'evento finale della sequenza morbosa è "insufficienza cardiocircolatoria" od "insufficienza cardiorespiratoria", mentre le cause iniziali sono miocardiosclerosi (26%), coronaropatia aterosclerotica (24%), ipertrofia ventricolare (19%), valvulopatia sclerotica (11%) ed altro (20%), fornendo una migliore informazione ai fini statistici.

**Conclusioni.** Le statistiche di mortalità si riferiscono alla "causa iniziale" della sequenza che ha condotto al decesso, definita utilizzando la classificazione ICD-10 e codificate dall'Istat mediante le tavole di decisione ACME del National Center for Health Statistics, garantendo così la possibilità di effettuare confronti nello spazio e nel tempo. Da questo studio emergono una serie di considerazioni circa l'apprezzamento dello strumento in questione come mezzo di indagine statistica. Le cardiovasculopatie rappresentano la principale causa di morte, anche in funzione del fatto che gli esiti della patologia sono facilmente riscontrabili necroscopicamente, a differenza dei disturbi funzionali, quali aritmie e delle malattie sistemiche, come il diabete, che nonostante il coinvolgimento multi-organo producono lesioni aspecifiche. Infine, rimane la perplessità sulla certificazione delle cause di morte da parte dei medici di medicina generale sulla base esclusiva delle conoscenze ante mortem dello stato di salute del paziente, in quanto vengono escluse aprioristicamente le altre possibili cause obiettivamente invece autopicamente.

## FRAGILITÀ E MODELLI DI CURA: ESEMPIO DELL'UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI GERIATRIA DELL'OSPEDALE S. EUGENIO DI ROMA

Scala Giovanni, Magro Valerio Massimo, Monini Patrizia, Baldaccini Alberto, Peppe Tania, Di Giacomo Antonella, Imbasciati Chiara, Capasso Silvia, Capobianco Giovanni  
*Unità Operativa Complessa di Geriatri, Ospedale S. Eugenio, ASL Roma C, Roma*

**Introduzione.** L'aumento della popolazione anziana si è correlato inevitabilmente al problema dell'incremento dei ricoveri in ospedale in caso di patologia acuta o cronica riacutizzata, e se in tali soggetti sono noti da un lato gli effetti negativi dell'ospedalizzazione (aumentata incidenza di delirium, infezioni, disturbi depressivi), d'altro lato l'attuale periodo di razionalizzazione delle risorse esige la riconsiderazione del ruolo stesso dei servizi specialistici e ad alta tecnologia, particolarmente per l'utenza geriatrica. I moderni modelli assistenziali prevedono oggi, superata l'acuzie, il monitoraggio al di fuori dell'ospedale stesso, mediante servizi che siano presenti sul territorio (post-acuzie, centri diurni, centri sanitari integrati, riabilitazione, ADI, RSA).

**Metodi.** Già dal 2002 la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) e la Società Italiana di Geriatri Ospedalieri (SIGOS) hanno intrapreso un percorso volto a definire le caratteristiche dell'Unità Geriatrica per Acuti (UGA): l'obiettivo principale è la risoluzione della patologia acuta o cronica riacutizzata, coniugata al mantenimento del più alto livello possibile di salute, autosufficienza e qualità di vita del soggetto anziano, con l'obiettivo del ritorno a domicilio. Presso l'Ospedale S.Eugenio, l'UGA è stata attivata nel 2009. L'ambiente è contraddistinto dalla assenza di barriere architettoniche e da dotazioni per favorire l'orientamento spazio-temporale (diffusione sonora, grandi orologi, corridoio "funzionale"). L'equipe è multiprofessionale (medici geriatri, infermieri professionali, fisioterapisti, psicologa, assistente sociale, assistenti amministrativi, ausiliari socio-sanitari).

**Risultati.** Sin dall'inizio della sua esperienza professionale, durante il 2009 c'è stato un significativo numero di pazienti presi in carico (289), con una età media di 84,5 anni, di cui quasi la metà affetti da *deficit* cognitivo; i pazienti, valutati tramite diversi indici di interesse geriatrico (l'indice di Charlson, il *Geriatric Index of Comorbidity-GIC*, l'*Apache II Acute Physiology Score-APS*, il *Blaylock Risk Assessment Screening-BRASS*), sono contraddistinti da elevata complessità: GIC 3,5, APS 12,37, Charlson 8,7, BRASS 21. L'86% dei pazienti (227) veniva dimesso al proprio domicilio, mentre solo per il 14% (38) era programmato il trasferimento ad altro ambiente residenziale. Dal 2011 l'UGA è stata ricollocata in continuità con il *Day Hospital* Geriatrico (DHG), consentendo non solo un ambiente di cura unico e non decentrato per gli anziani, ma anche un *case management* dei casi particolarmente complessi, meritevoli di continuità di cure e monitoraggio, per cui il DHG rappresenta un servizio essenziale ed utile, anche per ridurre le riospedalizzazioni in UGA stessa. Quindi, il modello organizzativo per le malattie croniche del paziente anziano si configura quale graduale passaggio tra diversi settings in continuità tra loro: dall'UGA al DHG alle Unità Valutative Geriatriche (UVG) ed Alzheimer (UVA) ai Centri Diurni Alzheimer (CDA). Nel 2011 (dati ASP Lazio), l'UGA prendeva in carico 276 pazienti, il 97,8% provenienti dal Pronto

Soccorso, mentre il DHG 336 anziani: dalla sua attivazione ad oggi (2012) l'UGA ha preso in carico un totale di 987 pazienti di età media 85,6 anni, con una degenza media di 13 giorni; il MMSE medio era di 18,4 ed i pazienti affetti da deficit cognitivo rappresentavano il 62% della popolazione. Alla permanenza dell'alta complessità (GIC 3,4, APS 10,7, Charlson 8,3, BRASS 19,8), che giustifica il periodo di degenza ospedaliera medio, ha fatto comunque seguito un inalterato rapporto nelle dimissioni domiciliari, che si sono mantenute elevate (786 pazienti, l'87% del totale).

**Conclusioni.** Malgrado i pazienti ricoverati in UGA si caratterizzino per un elevato livello di complessità il servizio ha assicurato un alto numero di pazienti dimessi (la maggior parte a casa) con un miglioramento di tutti gli indici valutativi esaminati, testimonianza anche della efficacia dei protocolli adottati e dell'assolvimento della propria mission. Nell'ambito di una più ampia visione gestionale delle risorse ospedaliere, l'introduzione dell'UGA ha permesso inoltre la disponibilità di posti letto in altre unità, quali il Dipartimento di Emergenza ed Accettazione, l'Osservazione Breve Intensiva e Sub-Intensiva, da riservare ai malati di maggiore gravità, ad immediato rischio di exitus e necessitanti di un pronto intervento. I dati riportati nel presente lavoro trasmettono quindi una esperienza che, al di là dell'alta performance richiesta ai professionisti coinvolti, si è rivelata positiva dal punto di vista dell'impatto sugli outcomes, proponendosi come un efficiente modello di cura tra acute e *long-term care*, a beneficio degli anziani fragili del Territorio.

## PROGETTO GIFT - GESTIONE INTEGRATA OSPEDALE TERRITORIO DEL PAZIENTE AFFETTO DA SCOMPENSO CARDIACO

Spadaro Francesca (a), Falzone Rosalba (b), De Bastiani Elisabetta (a), Marchetti Pierpaolo (c),  
Roni Riccardo (a), Mattarei Mauro (b)

(a) Servizio Farmaceutico, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

(b) Unità Operativa di Medicina Interna, Ospedale, Rovereto, Trento

(c) Sezione di Epidemiologia e Statistica Medica, Università degli Studi, Verona

**Introduzione.** Il progetto sperimentale GIFT, realizzato grazie alla collaborazione di alcune unità operative (medicina, cardiologia, geriatria) dell'Ospedale di Rovereto (334 posti letto) ed i farmacisti delle farmacie territoriali del Distretto Sanitario della Vallagarina (89.500 abitanti), si propone di migliorare l'*empowerment* del paziente affetto da una patologia cronica come lo Scompenso Cardiaco (SC) attraverso un percorso multidisciplinare di presa in carico iniziato a livello ospedaliero e consolidato a livello territoriale interessando la professionalità dei farmacisti operanti nelle farmacie territoriali appositamente formati.

**Metodi.** Punti di forza del progetto sono un'intensa attività di *counselling* e di educazione del paziente e dei *caregiver* sulla gestione della patologia che il farmacista territoriale effettua a rinforzo del percorso educativo iniziato durante il ricovero ospedaliero.

**Risultati.** Durante la fase di arruolamento durata 12 mesi sono stati inseriti nel progetto 53 pazienti affetti da SC ricoverati nel corso del 2010 presso le unità operative partecipanti. 26 pazienti appartenenti al Gruppo di Intervento (GI) sono stati seguiti dal farmacista territoriale (di riferimento/fiducia), secondo un percorso programmato e strutturato. Rispetto ai 27 pazienti appartenenti al Gruppo di Controllo (GC) durante l'anno di *follow-up* non ci sono state differenze significative nel numero medio di ricoveri. L'efficacia degli interventi educativi dei farmacisti si è dimostrata nei confronti degli stili di vita, in particolare, nella diminuzione dell'assunzione delle bevande alcoliche e dell'utilizzo del sale. I pazienti GI sono stati in generale più aderenti alla terapia farmacologica cardiovascolare prescritta. In particolare, l'85% dei pazienti GI sono stati aderenti alla terapia diuretica, mentre soltanto il 62% dei GC ( $p=0,04$ ). Anche se la percezione della qualità di vita è risultata simile tra i due gruppi di pazienti, i pazienti appartenenti al GI, a cui è stato somministrato un questionario di soddisfazione, hanno riconosciuto al farmacista un ruolo di educatore e figura di riferimento soprattutto per la gestione ed il monitoraggio della terapia farmacologica e della salute del paziente (voto medio di soddisfazione pari a 9).

**Conclusioni.** Questo progetto dimostra che quante più sono le figure professionali che in un processo terapeutico si interfacciano con il paziente, tanto più il paziente si sente responsabilizzato nella gestione della propria malattia. Questo progetto, inoltre, ha permesso di delineare un percorso di evoluzione della farmacia territoriale verso il nuovo modello di "Farmacia dei Servizi" che vede il farmacista intervenire nell'assistenza al paziente con un ruolo sempre più rilevante.

## **OGESTIONE DELLA CRONICITÀ AD ELEVATA COMPLESSITÀ**

Tozzi Valeria, Pacileo Guglielmo  
*SDA Bocconi School of Management, Milano*

**Introduzione.** La Sclerosi Multipla (SM) colpisce in Italia circa 57 mila persone, con circa 1.800 nuovi casi ogni anno. La SM rappresenta una patologia ad elevato impatto sociale. La rilevanza sociale della SM è legata innanzitutto all'elevato impatto in termini di disabilità, alla sua progressività e alla lunga durata della malattia. Nel corso del 2012 è stato analizzato il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) presso il Centro di Riferimento Regionale per la SM (CReSM) dell'Azienda Ospedaliera di Orbassano. Il PDTA rappresenta l'insieme dei servizi erogati per una data patologia allo scopo di diagnosticare, trattare e monitorare la malattia nel rispetto di specifici standard di efficienza ed efficacia. Comprendere il mix medio di prestazioni erogate, gli ambiti assistenziali all'interno dei quali sono stati erogati i servizi e per quale livello di severità del fabbisogno di salute, consente di raccogliere informazioni importanti per valutare la sostenibilità e l'appropriatezza del modello assistenziale offerto.

**Metodi.** Il PDTA è stato analizzato in modo retrospettivo attraverso *focus group* in cui sono stati coinvolti gli specialisti, il personale sanitario non medico, la direzione sanitaria e il controllo di gestione. L'analisi è stata fatta attraverso la mappatura del percorso, l'individuazione delle aree di miglioramento e di un set di indicatori.

**Risultati.** L'individuazione delle aree di miglioramento ha consentito di formulare una serie di proposte volte a migliorare efficienza ed efficacia del percorso del paziente con SM. Gli indicatori hanno avuto lo scopo di individuare l'attuale livello di performance del percorso, ma soprattutto di poter verificare in futuro l'impatto dei cambiamenti apportati nella gestione del paziente con SM.

**Conclusioni.** La SM per le sue caratteristiche rappresenta un'ottima occasione per ragionare sul tema della cronicità ad alta complessità. La SM infatti presenta un lungo decorso ma anche una notevole differenziazione dei bisogni in base al livello di disabilità. Negli stadi a bassa o moderata disabilità l'assistenza sanitaria si connota per un elevato grado di specializzazione da parte dei neurologi. Quando la disabilità diventa grave il ruolo del neurologo si modifica, diventando principalmente il coordinatore di un ampio *range* di servizi necessario per rispondere a bisogni estremamente diversi tra loro. In questo quadro, l'integrazione tra ospedale e territorio diventa essenziale per garantire continuità assistenziale e ridurre il ricorso all'ospedalizzazione che causa un elevato assorbimento di risorse. Per queste ragioni il PDTA per la SM può rappresentare un primo passo verso la creazione di un più generale modello di gestione delle cronicità ad elevata complessità.



## IMPLEMENTAZIONE DI UN MODELLO “COMPRENSIVO” DI PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI AFFETTI DA BPCO NELL'AZIENDA USL DI RAVENNA

Varliero Riccardo (a), Bravi Francesca (a), Fantini Maria Pia (b), Pieri Giulia (b), Carradori Tiziano (c)

(a) Azienda USL, Ravenna

(b) Alma Mater Studiorum, Università degli Studi, Bologna

(c) Direzione Generale, Sanità e Politiche Sociali Regione Emilia-Romagna, Bologna

**Introduzione.** Nella letteratura recente, il *Chronic Care Model* (CCM) è stato indicato più volte come sistema organizzativo efficace, responsivo, sicuro ed efficiente, capace di focalizzare l'attenzione sulle patologie croniche e sulla loro prevenzione con un orientamento integrato tra cure primarie e secondarie. L'Ausl di Ravenna ha dedicato molta attenzione all'approccio *person-oriented care*. Obiettivo generale del Progetto era implementare in tre Nuclei di Cure Primarie (NCP) dei Distretti dell'AUSL di Ravenna un modello “comprensivo” di presa in carico di pazienti affetti da Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) e con fragilità sociosanitaria.

**Metodi.** La prima fase del Progetto ha previsto l'identificazione, da flussi amministrativi correnti, dei pazienti affetti da BPCO, con successiva verifica da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG). Ai pazienti con diagnosi di BPCO confermata è stato somministrato un questionario per raccogliere informazioni dettagliate circa le condizioni cliniche, l'abitudine al fumo, le condizioni socio-ambientali e la qualità della vita. La seconda fase del Progetto ha previsto l'acquisizione degli strumenti tecnici e organizzativo-gestionali per rendere operativa la presa in carico interdisciplinare.

**Risultati.** Sono stati identificati 1.721 pazienti con sospetta BPCO, 1.458 dei quali verificati dai MMG; di questi, 798 (54,7%) sono stati confermati come pazienti con BPCO. Solo il 38,6% dei pazienti BPCO confermati dai MMG aveva effettuato una spirometria. È stato organizzato un percorso formativo interdisciplinare dedicato e sono stati allestiti gli ambulatori territoriali a gestione infermieristica (spirometro e ECG, cartella clinica informatizzata condivisa MMG-infermiere, ecc.).

**Conclusioni.** Dai dati raccolti è emerso un sottoutilizzo della spirometria: per meno del 40% dei pazienti confermati dai MMG come pazienti con BPCO la diagnosi era in realtà basata sulla disponibilità di un referto spirometrico. Il Progetto ha confermato l'impegno dell'Azienda rispetto all'implementazione di un modello di gestione integrata della patologia cronica. Il Progetto ha evidenziato la necessità di valorizzare il ruolo del MMG, di riconoscere nuovi ruoli per l'infermiere e per altri professionisti sociali e sanitari coinvolti nella gestione del paziente con patologia cronica, identificando il medico di organizzazione come "facilitatore" all'interno dei NCP, nell'ottica di una riorganizzazione dell'assistenza primaria centrata sul paziente e basata su team interdisciplinari per la presa in carico proattiva dei pazienti cronici.

## PROGETTO DIABETE NELL'AZIENDA ULSS 10 "VENETO ORIENTALE"

Zanon Dario (a), Teker Andrea (b), Cappellina Romana (a), Zago Lisa (a)  
(a) *ULSS 10 Veneto Orientale, San Donà di Piave, Venezia*  
(b) *Scuola di Specializzazione di Igiene e Medicina Preventiva, Padova*

**Introduzione.** Descrivere lo stato di salute della popolazione con Diabete Mellito 2 in cura ai Medici di Assistenza Primaria (MAP), l'adesione ai Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) concordati secondo Patto Aziendale, la spesa farmaceutica e per ricoveri per i diabetici. Determinare la prevalenza di diabetici tra la popolazione mediante l'incrocio di *database* Aziendali.

**Metodi.** Si sono analizzati i dati inviati dai 113 MAP (89,7% del totale) aderenti al Patto Aziendale con almeno 1 paziente diabetico di tipo 2 preso in carico alla azienda relativi al periodo dal 01.07.2010 al 30.06.2011 riguardante i parametri clinici e di laboratorio rilevati sui loro assistiti diabetici, per un totale di 10 indicatori/parametri, i dati relativi ai ricoveri dove vi fosse in diagnosi principale o secondaria l'indicazione di "Diabete" (codici 250.XX), i dati relativi alla spesa farmaceutica per farmaci antidiabetici confrontando gli elenchi di assistiti così ottenuti tra loro e con l'Anagrafe delle esenzioni (codice 013). Per i dati relativi ai diabetici in carico ai MAP si è provveduto ad una analisi dei profili di salute e presa in carico.

**Risultati.** L'analisi incrociata dei *database* disponibili presso l'Azienda permette di modificare la prevalenza della malattia, che risulta essere sottostimata per qualsiasi fonte utilizzata singolarmente. La presa in carico del diabetico da parte dei MAP garantisce il raggiungimento di *target* elevati per gli indicatori di processo e di esito intermedio. Il 77,7% dei diabetici in carico ai MAP aveva un consumo di farmaci antidiabetici per una spesa media di 136,4 €, mentre i diabetici non in carico ai MAP aveva per il 83,1% un consumo di farmaci antidiabetici, con spesa media procapite di 188,2 €. Il tasso di ospedalizzazione dei diabetici in carico ai MAP è pari a 11,3 ricoveri ogni 1.000 assistiti, inferiore 27,3 ricoveri ogni 1.000 diabetici non in carico ai MAP.

**Conclusioni.** il Progetto Diabete ha evidenziato una buona risposta dei MAP con un elevato livello di registrazione e buone performance degli indicatori di *outcome* intermedi. Ha evidenziato anche gli aspetti su cui congiuntamente con i MAP lavorare per una migliore assistenza complessiva. A partire da luglio 2013 l'azienda intende introdurre nel nuovo Patto con i MAP indicatori di esito/*outcome* e l'attività clinica del MAP verrà sostenuta da interventi di supporto all'attività fisica nella comunità. Attraverso l'utilizzo dei data base aziendali nel progetto sarà data evidenza all'aspetto della comorbilità del paziente diabetico. L'integrazione con il Centro Assistenza Domiciliare aziendale attraverso la definizione di nuovi percorsi alla ed una migliore tracciabilità del paziente è necessaria luce dei risultati attuali per una corretta analisi dei costi e dell'efficienza/efficacia del sistema locale.

## INDICE DEGLI AUTORI

Ancona Domenica Daniela.....	4	Cammi Emilio.....	11
Anichini Alberto.....	63	Canitano Giovanni.....	49
Annetta Antonino.....	3	Cantatrione Salvatore.....	5; 19; 20
Antifora Rosa Maria Paola.....	4	Capasso Silvia.....	21; 67
Antonacci Elena.....	41	Capelli Oreste.....	11; 34; 37; 57; 62; 64
Anzivino Fernando.....	53	Capitan Vulgo Sebastian Aurora.....	23
Arduini Enrica.....	7	Capobianco Giovanni.....	21; 67
Ariano Carmelina.....	5; 19; 20	Cappellina Romana.....	72
Arzilli Paola.....	63	Cappellini Valentina.....	63
Avataneo Maria Margherita.....	59; 60; 61	Caputo Salvatore.....	49; 50
Azzarà Vincenza Giuseppina.....	7	Carbone Claudia.....	58
Azzi Anna.....	13	Carbone Lara.....	47; 48
Baldaccini Alberto.....	8; 21; 67	Caroli Stefania.....	12
Ballotari Paola.....	12	Carradori Tiziano.....	71
Bartoli Stefano.....	33	Castagna Alberto.....	26
Bartoloni Paola.....	23	Cavalli Paola.....	64
Bellelli Francesco.....	34; 62	Ceravolo Francesco.....	39
Bellingeri Silvia.....	13	Chiatamone Ranieri Sofia.....	12
Benanti Valeria.....	23	Ciconetti Andrea.....	3
Benedetti Erika.....	52	Cimicchi Maria Cristina.....	13
Bernardi Davide.....	10	Cinconze Elisa.....	10
Berti Alessandra.....	10; 27	Cioni Alessandra.....	37
Blasi Alessandra.....	27	Cioppa Carmela.....	5; 19; 20
Bocchi Bruno.....	64	Cocchella Alessandro.....	54
Bonaddio Angelo.....	39	Colla Giovanna.....	13
Bonaretti Marinella.....	57	Comaschi Marco.....	49
Bonesi Maria Grazia.....	34; 62	Concetti Giuseppina.....	15; 16
Bontempi Katia.....	27	Consoli Agostino.....	41
Bonuccelli Marina.....	63	Cortesi Valerio.....	41
Bortolami Alberto.....	31	Cossu Marina.....	43
Bosco Glenda.....	52	Crema Eliana.....	57
Brambilla Antonio.....	11; 14; 24; 37; 57; 64	Crisetig Flavia.....	52
Braulin Jessica.....	52	Cucco Lia.....	41
Bravi Francesca.....	71	Curcetti Clara.....	14; 37; 64
Brianti Ettore.....	38	Curinga Giuseppe.....	39
Bulgarelli Giuliana.....	11	Czeslava Pawlega.....	52
Busani Corrado.....	12	Damiani Tiberio.....	15; 16
Busi Simona.....	13	De Bastiani Elisabetta.....	69
Bussotti Alessandro.....	29	De Girolamo Gianfranco.....	26; 62
Cabobianco Giovanni.....	8	De Luca Maria Luisa.....	26; 34; 62
Cacciapuoti Imma.....	11; 37; 57; 64	De Magistris Paolo.....	18
Cagossi Patrizia.....	37	De Sarro Giovambattista.....	55

De Vecchis Renato.....	5; 19; 20
Del Canale Stefano.....	24; 38
della Rovere Piera .....	23
Di Berardino Paolo.....	41
Di Giacomo Antonella .....	8; 21; 67
Di Nardo Francesco .....	49
Di Stefano Carla.....	23
Di Turi Roberta .....	27
Donatini Andrea.....	24
Dotta Francesco .....	49; 50
Esposito Claudia .....	5; 19; 20
Fabbo Andrea.....	26
Fabi Massimo.....	38
Falzone Rosalba .....	69
Fano Valeria.....	27
Fantini Maria Pia.....	71
Feltri Gaetano.....	26
Ferrante Gianluigi .....	42
Ferrari Luciano.....	37
Ferretti Alessia .....	44; 46
Ferriero Anna Maria .....	49
Filogna Marco .....	27
Frazzini Nirvana.....	44; 46
Furia Giuseppe.....	49
Fusco Adelaide.....	5
Galloni Cristina.....	63
Gardellini Aldina.....	53
Gardini Andrea.....	12
Garreffa Maria Roberta .....	58
Giacobbo Maria.....	31
Giansante Chiara .....	34
Giasi Anna.....	5; 19; 20
Giorgi Rossi Paolo .....	12
Giorgia Antonia.....	23
Giroldini Roberta .....	51
Giusti Andrea .....	54
Giustini Saffi .....	28; 29
Goldoni Carlo Alberto .....	62
Gori Michela .....	29
Granchelli Carla .....	41
Graziella Mauro .....	52
Greci Marina .....	12
Gualandi Lucia .....	27
Heiman Franca .....	32
Imbasciati Chiara .....	67
Imbevaro Silvia.....	31
Jirillo Antonio .....	31
Katz Pablo.....	32
La Penna Giuliana.....	41
Lauro Renato .....	49; 50
Lazzari David.....	33
Leggieri Anna .....	18
Leporini Christian .....	55
Leuci Domenico.....	47; 48
Logrippa Mauro .....	18
Lombardo Flavia Lucia.....	42
Lorenzini Monica.....	34; 62
Loszach Paola .....	52
Louis Daniel.....	38
Luciani Laura .....	16
Madau Gianfranco .....	43
Madonna Maria .....	65
Magrini Nicola.....	51
Magro Valerio Massimo ....	8; 21; 36; 44; 46; 67
Maio Vittorio .....	24; 37; 38
Malara Alba .....	39
Malaspina Carmela .....	65
Malci Francesco .....	40
Manicardi Valeria .....	12
Marata Anna Maria .....	51
Marchetti Pierpaolo .....	69
Maresca Anna .....	65
Margarita Pamela .....	52
Marigliano Anna Lucia .....	63
Marisi Valeria .....	41
Masocco Maria .....	42
Massoni Francesco.....	66
Mastinu Francesco .....	43
Matacchione Pasquale .....	14
Mattarei Mauro .....	69
Mazurek Magdalena.....	31
Meloni Mariano .....	43
Meloni Sara.....	33
Messina Roberto .....	50
Miceli Maria .....	27
Minardi Valentina .....	42
Monini Patrizia .....	67
Montagano Giuseppe .....	49
Morri Mariella.....	23
Mosticone Roberta .....	44; 46
Mulas Maria Franca .....	43

Naddeo Chiara.....	7	Risolo Tiziana.....	13
Nardelli Marco.....	44; 46	Rispoli Vincenzo.....	39
Nenna Saverio.....	47; 48	Rodelli Paolo Maria.....	64
Nicoli Maria Augusta.....	53; 64	Rolfini Maria.....	11
Nicolucci Antonio.....	49; 50	Roni Riccardo.....	69
Niero Loredana.....	11	Rossi Elisa.....	10
Nonino Francesco.....	51	Rossi Giuseppina.....	37; 38
Ondeggia Antonella.....	65	Rovatti Elisabetta.....	57
Onofri Emanuela.....	66	Ruggiero Rita.....	65
Oricchio Belinda.....	23	Russo Emilio.....	55
Orieucua Claudia.....	52	Sabino Gabriella.....	49
Osella Sara.....	18	Salesi Marialucia.....	66
Pacileo Guglielmo.....	70	Salvadori Roberta.....	29
Pagnozzi Eugenia.....	27	Saullo Francesca.....	55
Palestini Luigi.....	53	Scala Giovanni.....	8; 21; 67
Palmisani Leonardo.....	5; 19; 20	Scarpa Marina.....	34; 62
Palummeri Ernesto.....	54	Seller Renato.....	41
Parise Maria Teresa.....	23	Senesi Barbara.....	54
Parisini Luisa.....	14	Sesti Giorgio.....	49; 50
Pasi Elisabetta.....	51	Sforza Stefano.....	24
Patanè Marinella.....	55	Sgrò Giovanni.....	39
Pedroni Dante.....	57	Siliquini Michela.....	15; 16
Pelosi Marcello.....	66	Simeone Claudio.....	66
Peppe Tania.....	8; 67	Solfrini Valentina.....	34; 62
Percudani Carlo.....	13	Sorce Ivana.....	23
Peruzzi Ginetta.....	63	Sorrentino Assunta.....	20
Petrini Silvia.....	33	Spadaro Francesca.....	69
Pieri Giulia.....	71	Spadea Fausto.....	39
Pirazzini Maria Cristina.....	11	Spandonaro Federico.....	49
Piro Brunella.....	58	Spanò Andrea.....	26
Pisanti Renato.....	33	Specchia Maria Lucia.....	49
Pittorru Mario.....	63	Tassinari Maria Chiara.....	14
Pomante Paolo.....	41	Teker Andrea.....	72
Possenti Valentina.....	42	Tenaglia Antonio.....	29
Prete Camilla.....	54	Toccafondi Sara.....	63
Puliti Maristella.....	63	Tozzi Valeria.....	70
Quarchioni Elisa.....	42	Troili Giulia Maria.....	66
Reda Rosario.....	47; 48	Vaccaro Ketty.....	49
Renda Grazia Francesca.....	39	Vaccaro Michelangela.....	11
Rende Pierandrea.....	55	Varliero Riccardo.....	71
Rescigno Paola.....	31	Verlengo Maria Cristina.....	18
Riberi Andrea.....	59; 60; 61	Vicentini Massimo.....	12
Ricci Serafino.....	66	Vidotto Luigino.....	52
Ricciardi Walter.....	49	Viligiardi Lia.....	63
Riccomi Silvia.....	34; 62	Voci Claudio.....	51
Rimoli Francesco Antonio.....	63	Volpone Damiano.....	41

Vulnera Marilù.....	58	Zingarini Isabella.....	63
Zago Lisa.....	72	Zoli Marco.....	53
Zanon Dario.....	72	Zurlo Amedeo.....	53

*Stampato da Tipografia Facciotti srl  
Vicolo Pian Due Torri 74, 00146 Roma*

*Roma, gennaio-marzo 2013 (n.1) 7° Suppl.*