



Editoriale

Mario Baruchello

mario.baruchello@tin.it

È tempo di bilanci. Questo quarto numero di QQ, mentre abbiamo già in macchina il primo del 2003, conferma la validità della formula che adottammo alla nascita di questa newsletter. Vi troverete un progetto che inizia in un campo, quello della assistenza al paziente pluriproblematico a casa che sempre più impegnerà in questi anni di spostamento della piramide demografica verso l'alto, il mmg a domicilio. "... Uno dei momenti più densi di errori in medicina è nel passaggio del paziente da un momento all'altro di assistenza". Così recitava l'editoriale del Marzo 2000 del BMJ a proposito di continuità assistenziale e errore in medicina.

Ecco che allora "Il piano di assistenza deve essere esplicito, ove possibile flessibile e i ruoli intercambiabili, negoziato fra vincoli e opportunità con tutti i componenti della rete e deve coinvolgere il malato o il suo caregiver in modo attivo (Parisi: Il malato di Cancro in medicina generale, Utet, 1999).

Nella home care, la qualità e la buona riuscita non sono più determinate dal solo atto medico. Il setting domiciliare non è standardizzato o stabile come l'ospedale, le figure numerose, la integrazione critica, background e professionalità diverse, famiglia e comunità sono variabili determinanti. Le relazioni fra questi elementi sono in continua modificazione e ognuna di queste variabili può far fallire da sola il processo assistenziale. (L. Mignoli, MD Ottobre 2002)

Ma molte volte sono le troppo ottimistiche aspettative dei pazienti a determinare il risultato, soprattutto se riflettiamo sul cosa dice, a proposito di continuità assistenziale e "medico personale", Angel Cartwright (*Patient and their Doctor*, London, Kegan Ed. - 1997) a proposito dei risultati di una survey su oltre 1550 malati:

- 66 % pensa che il medico incontrato per strada ricordi il tuo nome

- 44 % considera il rapporto amichevole più che di solo lavoro
- 28 % pensa di poter discutere problemi personali che non siano medici
- 75% ritiene che da lui ci si possa far ben spiegare le cose utili alla salute
- ma purtroppo realisticamente di deve riconoscere che:
- Solo 11% ha un medico che possiede le precedenti 4 caratteristiche.

I due lavori sulle prescrizioni e sulla insulinoterapia (la sesta ricerca del gruppo Netaudit in soli 2 anni) ci riportano, con grande capacità di analisi in senso organizzativo e clinico professionale specifico, ai temi che a nostro avviso occuperanno in futuro sempre più la medicina generale: la ricerca della **appropriatezza** e la **correttezza** nella tenuta delle cartelle cliniche sia in termini nosografici per la classificazione delle diagnosi e dei problemi che in senso operativo (dove sono i dati e come li posso recuperare per un utilizzo quotidiano per il paziente e per il quadro epidemiologico della mia popolazione assistita).

1	Editoriale
2	Misuriamo le nostre pressioni
7	Come formulare un giudizio di appropriatezza sulle prescrizioni farmaceutiche
8	Il Paziente "fragile" e l'integrazione forte: Progetto ADI e dimissioni protette nell'ASL 17: premesse teoriche e principi di organizzazione
10	L'Insulino-terapia e il MMG: un difficile ma possibile connubio

Il Piano sanitario nazionale già nel 1998-2000, insieme alla riforma *ter*, si poneva come obiettivo il miglioramento dell'[efficacia](#) e dell'[appropriatezza](#) delle prestazioni sanitarie. Questa meta sarà raggiunta attraverso tre strumenti specifici:

1. l'[accreditamento](#) dei servizi e dei professionisti
2. la definizione dei [livelli essenziali di assistenza](#)
3. lo sviluppo di [linee guida](#) cliniche

Ma due padri della promozione della Qualità in Italia, Morosini e Perraro, ammoniscono che il problema è molto complesso:

"non si tratta di scrivere documenti burocratici su quello che si fa, ma di riprogettare i processi e di avviare miglioramenti continui, sia a piccoli passi che mediante trasformazioni più complesse".

© da «Enciclopedia della gestione della qualità in sanità», 2001, Centro scientifico editore, Torino.
www.sivrq.com

A questo punto è meglio tornare a pensare con leggerezza alla medicina generale che ha bisogno di rapidità e esattezza quotidiana nel recupero della semeiotica più semplice e artigianale.

Ci aiuta in questo il lavoro sulla misurazione della pressione arteriosa che con creatività, fantasia, e immaginazione vi offrono Grassi e Del Zotti.

La Redazione tutta e gli autori vi augurano Buone Feste e ci aspettiamo con l'entusiasmo di sempre i vostri contributi nell'anno che inizia.

Vi anticipiamo che in autunno organizzeremo un Meeting internazionale sulla ricerca in medicina generale a Verona, dal 16 al 19 Ottobre 2003 (www.eprw.org) ove vi invitiamo a presentare i vostri lavori, nella prospettiva del Congresso Mondiale Wonca che si svolgerà in Italia nel 2006 e che ci vedrà tutti protagonisti e partecipi.



Misuriamo le nostre Pressioni

Questionario a 161 MMG della Provincia di Rimini sull'uso dello sfigmomanometro in ambulatorio

Marco Grassi, MMG, Santarcangelo di Romagna (RN)
(marcograssi@libero.it)

Francesco Del Zotti, MMG, Verona
(francesco.delzotti@tin.it)

Introduzione

Da una analisi della letteratura e delle più recenti linee-guida sulla diagnosi, valutazione e trattamento dell'ipertensione si rileva una certa carenza di informazioni riguardo alle problematiche legate ai criteri pratici di misurazione della pressione arteriosa. In considerazione dell'importanza data ai livelli di pressione arteriosa sistolica e diastolica come fattore di rischio cardiovascolare ci è sembrato opportuno verificare le metodologie di misurazione della pressione arteriosa in ambulatorio da parte del MMG.

L'atto di misurare la PA è infatti uno dei più frequentemente utilizzati dal MMG (talvolta anche abusato) ma nella sua semplicità, facilità e ripetibilità di esecuzione necessita tuttavia di standard di qualità di esecuzione. Il **questionario anonimo** che viene proposto cerca di valutare nell'ambito della MG come e quanto alcuni di questi criteri descritti nei trattati e riportati nelle LG sono applicati nella pratica corrente.

Il **questionario** ha richiesto alcune **semplici notizie sull'utilizzo dello sfigmomanometro**, su alcune tecniche di uso, sulla sua manutenzione.

L'obiettivo dello studio è quello di valutare sul campo, cioè nella reale pratica quotidiana del MMG, qual è l'utilizzo di uno strumento diagnostico che sebbene vecchio di 100 anni, rimane ancora fondamentale nella diagnosi e follow-up dell'ipertensione.

Lo scopo principale, essendo un **questionario anonimo**, non è quello di fare classifiche di bravi o meno bravi nel corretto utilizzo di questo strumento ma quello di valutare se e come esistono gap fra quanto si può leggere nei trattati o nelle LG e quanto viene messo in pratica quotidianamente.

Il questionario è stato sottoposto ai MMG dell'ASL di Rimini. Sono stati compilati e restituiti **161 questionari sui 192 distribuiti durante i corsi di Aggiornamento obbligatorio per MMG della provincia di Rimini**.

Caratteristiche dei medici che hanno risposto.

Il 78% dei MMG dell'ASL di Rimini sono maschi, il 40% di età compresa fra i 46 e 50 anni, solo il 20% ha età superiore ai 50 anni.

Quasi il 70% ha un numero di assistiti superiore ai 1000 pazienti ed un terzo è massimalista. Il 40% è associato in medicina di gruppo.

Nel complesso i medici di Rimini sono giovani, hanno un discreto numero di scelte e sono fortemente indirizzati verso la pratica professionale in forma associata.

Quale sfigmomanometro?

La prima domanda posta è stata indirizzata a verificare **quale tipo** di sfigmomanometro è utilizzato nella pratica ambulatoriale. Lo sfigmomanometro a mercurio è stato introdotto nell'uso clinico dall'italiano Scipione Riva Rocci oltre 100 anni fa (1896), nonostante ciò lo strumento e la tecnica d'uso sono rimasti sostanzialmente invariati nel corso degli anni. Gli sfigmomanometri aneroidi sono molto popolari (soprattutto per automisurazione a domicilio) perché più economici, più maneggevoli, meno ingombranti e di facile utilizzo.

Il loro uso routinario in ambulatorio va però scoraggiato a causa di un rapido deterioramento della accuratezza di misurazione che può portare ad una sotto-stima dei valori pressori. Il suo utilizzo, riservato perlopiù alle misurazioni in corso di visite domiciliari, è possibile se si mantiene in buono stato e si tara regolarmente in confronto con uno sfigmomanometro a mercurio. Gli sfigmomanometri elettronici stanno soppiantando gli sfigmomanometri aneroidi per automisurazione domiciliare, tuttavia mancano serie prove di affidabilità e molti di quelli in commercio non sono raccomandati dal Working Group on Blood Pressure Monitoring della European Society of Hypertension che si è occupata di validare le varie tipologie di strumentazione. Per quanto riguarda gli sfigmomanometri digitali espressamente indicati per uso professionale, solo 3 dei sei approvati per questo uso hanno ricevuto la raccomandazione d'uso dalla succitata commissione (1)

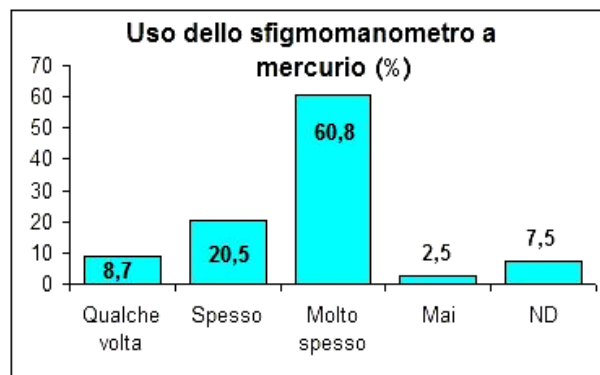
Sono state proposte le tre alternative classiche:

1. sfigmomanometro a mercurio,
2. aneroidi
3. elettronico.

richiedendo di definire quanto spesso viene utilizzato secondo la seguente legenda:

1. qualche volta
2. spesso
3. molto spesso
4. mai

Lo sfigmomanometro a mercurio è utilizzato dall'80% dei medici (somma delle risposte "spesso" e "molto spesso"), mentre lo sfigmomanometro aneroidi è utilizzato "spesso" e "molto spesso" solo dal 28% dei medici.



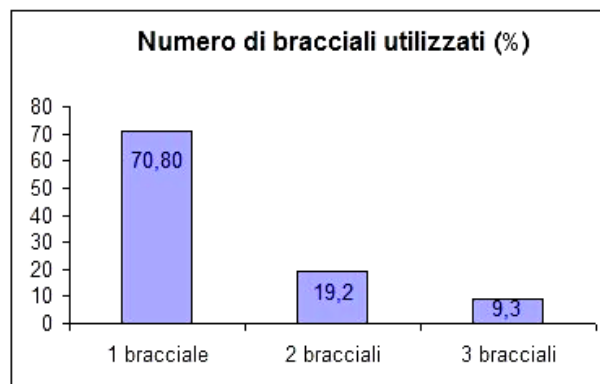
L'utilizzo routinario di uno sfigmomanometro elettronico è ridottissimo, solo una percentuale insignificante di medici (appena il 2%) utilizza questo apparecchio "spesso" e "molto spesso".

Come si vede, i MMG utilizzano in larga parte lo sfigmomanometro a mercurio, che rappresenta ancora lo strumento più affidabile per una corretta misurazione della pressione arteriosa. (2)

La misurazione della pressione arteriosa: l'uso corretto dei bracciali

Una camera d'aria troppo corta o stretta o l'una e l'altra cosa insieme (complessivamente troppo piccola) è causa di una sovrastima della pressione, mentre il contrario (camera d'aria troppo grande) fornisce una pressione falsamente bassa. L'utilizzo di bracciali con camere d'aria di dimensioni inadeguate rispetto al braccio del paziente può essere quindi causa di un eccesso o difetto di diagnosi di ipertensione. La larghezza consigliata per la camera d'aria deve essere superiore al 40% della circonferenza del braccio (3) e circa i 2/3 della distanza fra ascella e fossa antecubitale.

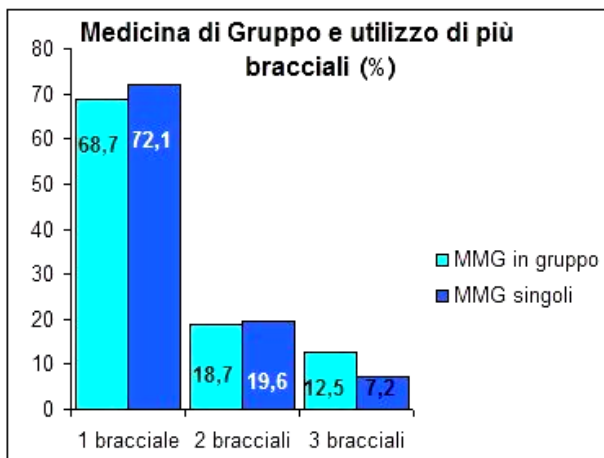
Questa elementare norma di corretto impiego di uno strumento diagnostico è largamente disattesa dai MMG che utilizzano un solo bracciale per tutti i pazienti. *Solo il 19% (31 MMG) utilizza almeno 2 bracciali e solo il 9% (15) utilizza 3 bracciali: oltre al bracciale standard anche quelli per persone magre e per obesi.*



Un ulteriore elemento preoccupante è dato dal fatto che solo 23 MMG - la metà dei 46 che posseggono più di 1 bracciale - hanno 2 diversi strumenti: questo li obbliga a sostituire sullo stesso strumento diversi bracciali; tale manovra sostitutiva può fare perdere almeno 1-2 minuti per ogni misura ai pazienti obesi e quindi può pregiudicare la frequenza di uso di un diverso bracciale per gli obesi.

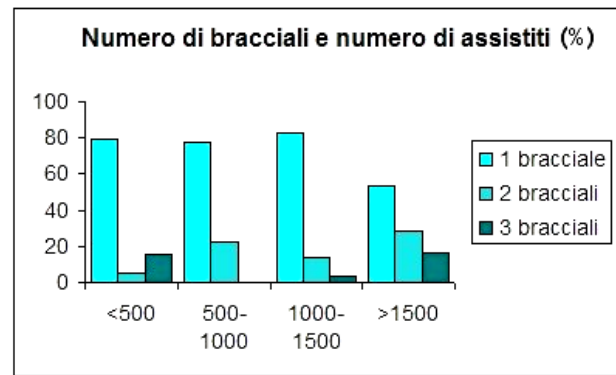
Questi dati poco incoraggianti sono peraltro in linea coi dati di letteratura. Secondo uno studio (4), in effetti, solo il 25% dei medici di base possiede un manicotto di sfigmomanometro di grosso diametro.

Su questo punto abbiamo voluto indagare quali possono essere i determinanti che spingono i medici a dotarsi di un numero di bracciali adeguato per tutte le esigenze. Mentre a lume di logica ci si sarebbe dovuti attendere una maggiore presenza di bracciali nelle medicine di gruppo, in realtà abbiamo visto che questa particolare organizzazione del lavoro non favorisce una maggiore dotazione di bracciali.



Ciò però è comprensibile se si pensa che lo sfigmomanometro è uno strumento di relativo basso costo, di uso molto frequente e perciò di proprietà personale e di uso non promiscuo.

Esiste invece una correlazione positiva e statisticamente significativa (Total $\chi^2 = 12.078064$ $|\chi| = 3.475351$ (3 DF) $P = 0.0071$) fra numero di assistiti e numero di bracciali posseduti: quasi la metà dei massimalisti possiede 2 o più bracciali ma il numeroso gruppo di medici che ha da 1000 a 1500 assistiti è anche quello meno ricco di dotazione: ben l'82% possiede un solo bracciale.



Quale braccio?

A quale braccio misurare la pressione rimane un argomento controverso. Alcuni studi, ma non tutti, hanno dimostrato una significativa differenza di pressione arteriosa misurata contemporaneamente ad entrambe le braccia. (5)

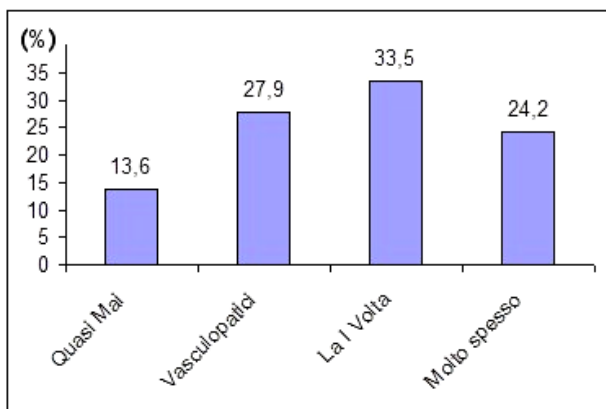
Le principali LG non danno indicazioni sull'argomento: le LG WHO e JNC VI consigliano di misurare la pressione ad entrambi gli arti superiori solo ai pazienti vasculopatici.

Tuttavia il riscontrare una pressione arteriosa diversa ai due arti superiore ai 10 mmHg è abbastanza frequente anche nei pazienti non ipertesi e ciò può porre diversi problemi quando si tratta di definire se un paziente è iperteso o meno. Una ragionevole politica di misurazione della pressione è pertanto quella di misurare la pressione ad entrambi gli arti durante la prima visita al paziente e segnalare in cartella l'arto predominante se la differenza è superiore a 10 mmHg (6)

Sulla base di queste considerazioni abbiamo chiesto ai MMG come si comportano di fronte a questa possibilità ponendo la domanda:

Misuri la pressione alle 2 braccia:

1. quasi mai
2. solo ai sospetti vasculopatici
3. la prima volta che vedo il paziente
4. molto spesso



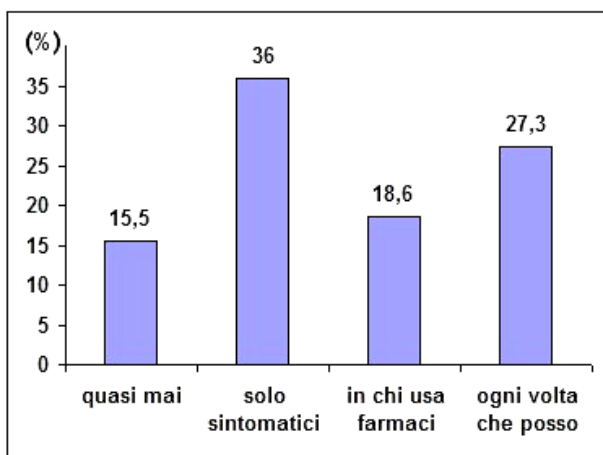
Dalle risposte fornite sembra che la pratica di misurare la pressione ad entrambi gli arti sia abbastanza diffusa; tuttavia, considerando la relativa noncuranza nell'uso dei bracciali adeguati, l'ampio utilizzo dichiarato della metodica di misurare la PA ad entrambe le braccia necessita di ulteriori e più oggettive conferme.

In quale posizione? La misurazione della pressione viene effettuata generalmente a paziente seduto (posizione assimilabile alla posizione supina (7)); tuttavia esistono condizioni e farmaci che possono produrre ipotensione posturale. Quando si verificano queste condizioni sarebbe opportuno misurare la pressione sia in clino che ortostatismo. (8)

Per verificare l'aderenza a questa raccomandazione abbiamo posto la domanda:

Misuri la pressione ai pz. anziani in due posizioni (seduto/in piedi)

1. quasi mai
2. solo in chi lamenta sintomi
3. in chi usa farmaci che possono indurre ipotensione ortostatica
4. ogni volta che posso



Anche in questo caso i MMG sembrano dimostrarsi attenti alle varie situazioni cliniche in cui può essere

appropriato misurare la pressione arteriosa in due posizioni per smascherare una ipotensione ortostatica.

Le risposte fornite non sono tuttavia facilmente interpretabili perché l'indicazione più stringente che la letteratura indica (8) è raccolta solo dal 18% dei medici.

Nel complesso, i due punti riguardanti la misurazione ai due arti e la misurazione in clino e ortostatismo forniscono dati insufficienti per valutare come i MMG applicano queste manovre, di cui peraltro non esistono indicazioni univoche e coerenti nelle varie linee guida.

Manutenzione. Un'altro dei punti critici nell'uso corretto dello sfigmomanometro è la sua manutenzione.

Lo sfigmomanometro a mercurio deve essere sempre maneggiato con cura, in particolare, lo strumento non deve essere sbattuto o trattato in modo che riceva colpi che lo possano danneggiare. Vanno effettuati inoltre controlli regolari per assicurarsi che tutti i punti di collegamento dei singoli pezzi che lo compongono siano a tenuta e non presentino perdite di pressione. In particolare occorre accertarsi che non vi siano punti di perdita di mercurio dal contenitore o dall'asta di vetro. Lo sfigmomanometro aneroidale è di per sé meno affidabile e necessita pertanto, oltre ad una ordinaria manutenzione, anche di una periodica taratura.

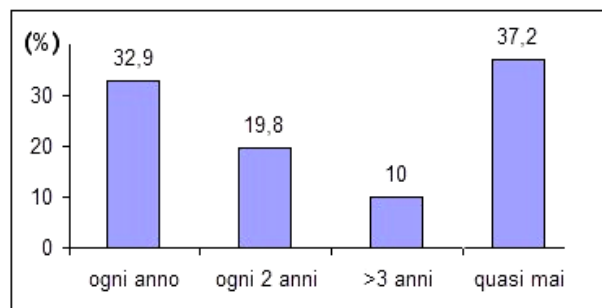
In ordine a queste problematiche sono state poste due domande:

Fai manutenzione o controllo periodico dell'apparecchio:

1. quasi mai
2. circa ogni anno
3. circa ogni 2 anni
4. circa ogni 3 anni o più

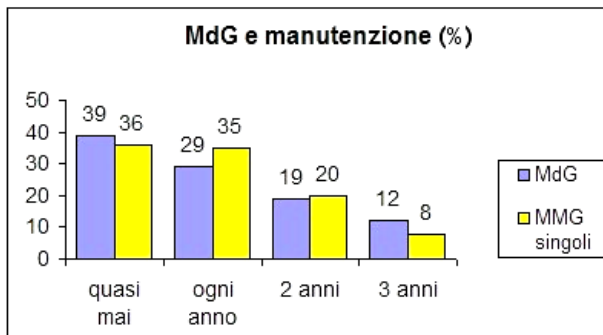
Se fai manutenzione, come:

1. da solo
2. mi affido ad un tecnico
3. non faccio manutenzione, cambio apparecchio

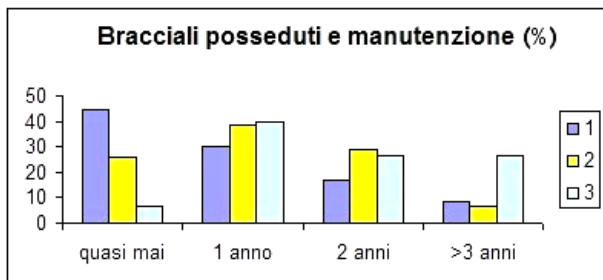
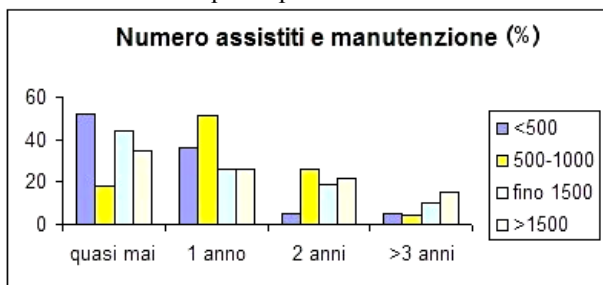


Oltre un terzo dei medici non fa "quasi mai" manutenzione, un terzo ogni 2 o più anni e solo il rimanente terzo verifica lo stato e funzionalità dell'apparecchio ogni anno.

Al di là di questi dati poco incoraggianti è interessante l'analisi eseguita per verificare se la pratica della medicina di gruppo, come ci si aspetterebbe, incoraggia la manutenzione dello strumentario che può essere usato in comune. In questo caso però appartenere ad una medicina di gruppo non aumenta la pratica di una regolare manutenzione degli strumenti, i medici singoli fanno manutenzione più spesso di quelli associati.

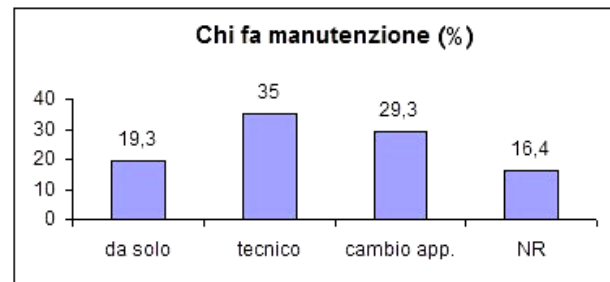


I fattori che aumentano il tasso di manutenzione degli apparecchi sono il numero degli assistiti e il numero di bracciali posseduti. I medici con più assistiti sono quelli che fanno manutenzione più spesso ed anche quelli che utilizzano più bracciali tendono ad una manutenzione frequente. Peraltro, come già visto, i medici con più pazienti sono più attrezzati ed è quindi ragionevole supporre che i medici che fanno più frequente manutenzione siano quei massimalisti che utilizzano più bracciali. A fare da contraltare a questi medici molto attenti alla tecnica di misurazione della pressione (utilizzano bracciali corretti, misurano la pressione ai due arti, in clino e ortostatismo, fanno manutenzione annuale) c'è uno zoccolo duro del 15-18% di medici che non osserva nessuna di queste pratiche corrette.



Chi fa manutenzione

Ai medici che hanno compilato il "campo libero" dichiarando di fare manutenzione da soli è stato chiesto di spiegare brevemente quali accorgimenti utilizzano.



La maggioranza dei 22 medici che hanno fornito risposte indica nella sostituzione delle parti usurate e nel confronto con apparecchi nuovi o ritenuti affidabili le misure attuate per mantenere in perfetto stato l'apparecchio. Solo 2 hanno riferito di utilizzare la corretta tecnica di tarare gli apparecchi connettendoli in parallelo e verificando se la pressione nel sistema risulta misurata uguale.

Discussione

L'atto di misurare la pressione arteriosa è uno dei più frequentemente utilizzati dai MMG ma nella sua semplicità, facilità e ripetibilità di esecuzione necessita di standard di qualità della strumentazione e della esecuzione. Alcuni punti critici riguardano il tipo di sfigmomanometro utilizzato, l'adeguatezza del bracciale rispetto alla circonferenza del braccio, la misurazione ai due arti per verificare eventuali differenze significative - già da noi indagata nel 2001 (9) - la misurazione anche in clino e ortostatismo per svelare ipotensione ortostatica e infine una adeguata manutenzione e taratura regolare dello strumento.

L'indagine effettuata ha messo in rilievo una insufficiente attenzione dei medici per quanto riguarda l'adeguatezza della strumentazione (pochi medici utilizzano bracciali adeguati alle dimensioni del braccio) e della sua manutenzione mentre essi sembrano più attenti ad alcune manovre raccomandate dalle linee guida (misura ad entrambi gli arti e in clino/ortostatismo in determinate condizioni cliniche). La frequente appartenenza alla medicina di Gruppo è un'ottima opportunità per centralizzare l'acquisto e la manutenzione degli apparecchi, ma non viene ancora sfruttata appieno.

Infine, poiché una corretta misurazione della pressione arteriosa prevede anche (e soprattutto) l'utilizzo di strumentazione adeguata (apparecchi ben funzionanti e dotati degli accessori necessari), ci sembra opportuno che i punti sollevati dai risultati della nostra indagine vengano maggiormente menzionati e messi in risalto nelle raccomandazioni delle linee guida stilati da Organismi Internazionali (WHO) o da Istituzioni culturali della Medicina generale.

Bibliografia

1. O'Brien E., Waaber B, Parat G.i, Staessen J, Myers MJ. on behalf of the European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring Blood pressure measuring devices: recommendations of the European Society of Hypertension *BMJ* 2001; 322:531-6
2. Beevers G., Lip G Y., O'Brien E. ABC of hypertension Blood pressure measurement Part II—Conventional sphygmomanometry: technique of auscultatory blood pressure measurement *BMJ* 2001; 322:1043-1047
3. Rastam 1990
4. McKay DW, Campbell RN, Parat LS Cockalingam a Fodor JC. Clinical assesment of blood pressure *J Hum Hypertens.* 1990; 4:639-645)
5. Singer AJ, Hollander JE Blood pressure. Assessment of interarm differences.)*Arch Intern Med* 1996 Sep 23; 156(17):2005-8
6. Orme S, Ralph SG, Birchall A, Lawson-Matthew P, McLean K, Channer KS The normal range for inter-arm differences in blood pressure. *Age Ageing* 1999 Oct; 28(6):537-42)
7. Reeves R. Questo paziente è o non è iperteso? Come misurare la pressione arteriosa *JAMA ed. it.* 1995 vol 7; 7: 220-232)
8. O'Brien E, Petrie J, Littler WA, de Swiet M, Padfield PD, Dillon MJ. Blood pressure measurement: recommendations of the British Hypertension Society. 3rd ed. London: BMJ Publishing Group, 1997.
9. Del Zotti F., Grassi M., Bussotti A., Pizzillo C., Murari T. The Other side of Blood pressure measurement and of audit in general practice. *European Journal of General Practice, Vol 7, March 2001* (lavoro integrale anche in Italiano: vedi link della rivista [QQ](http://www.rivistagg.it) - www.rivistagg.it Marzo 2002)

COME FORMULARE UN GIUDIZIO DI APPROPRIATEZZA SULLE PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE

*Una bozza di progetto per i medici del Gruppo
2 del Distretto 2 ULSS 20*

Dott. Alessandro Battaglia - SIMG Verona

Premesse

Questo metodo è stato già in parte sperimentato in uno studio prima-poi eseguito nel 1996 presso l'ULSS 20 con la collaborazione di un gruppo di medici di famiglia

(dott. Barbalaco, dott. Bruni, d.ssa Corsato, dott. Dal Cortivo, dott. De Vito, dott. Rigon, dott. Sfragara, dott. Simonazzi, dott. Volpi) (1). In questa esperienza un audit medico aveva permesso di riscontrare un tasso di prescrizioni incongrue di farmaci antisecretori pari al 53, 4% del volume di prescrizione di queste molecole per il gruppo intero. Un intervento formativo esercitato sui medici ha poi permesso di ottimizzare la spesa da essi indotta permettendo un risparmio pari al 30, 9% della spesa basale. In agosto 2002 questa metodologia è stata proposta dagli autori all'ULSS 20 come sussidio tecnico ad un progetti aziendale rivolto al contenimento della spesa farmaceutica.

Obiettivi del progetto

1. individuare le aree di inappropriatezza prescrittiva
2. correggere l'inappropriatezza prescrittiva attraverso interventi formativi
3. individuare cause di costo inappropriato non controllabili o poco controllabili dal medico di famiglia

Metodologia: aspetti generali

- a. Identificazione dei pazienti trattati: è importante identificare oltre a "chi prescrive il farmaco" e "che tipo di farmaco prescrive" anche "chi riceve la prescrizione" e "per quale motivo essa viene fornita". Solo correlando una diagnosi ad una terapia è possibile formulare un giudizio di appropriatezza sulla prescrizione. Il giudizio di appropriatezza deve essere esteso anche alla prescrizione indotta.
- b. In un setting professionale come quello dell'ULSS 20, che ospita nell'ambito del proprio territorio una della due Aziende Ospedaliere del Veneto (ciò consente facile accesso dei pazienti a procedure diagnostico-terapeutiche caratterizzate da alta tecnologia) la pressione esercitata dagli specialisti sul medico di medicina generale è infatti notevole (2). È d'altra parte impensabile che il medico di medicina generale sia l'unico responsabile delle inappropriatezze prescrittive (3). Anche un progetto aziendale, pertanto, dovrebbe essere tarato su queste considerazioni.

Alcune considerazioni pratiche

Per quantificare la appropriatezza di una prescrizione può essere proposta la check list raffigurata nella tabella. Per semplicità viene assunto che ciascun item abbia un peso identico agli altri. L'uso della check list permette di quantificare il livello di appropriatezza di ciascuna prescrizione e permette di analizzare in modo aggregato le singole cause di inappropriatezza prescrittiva. La scelta di una linea guida di riferimento sarà effettuata -tra la letteratura disponibile- utilizzando i tre items di qualità di

Grilli e Liberati (5) e, a parità di punteggio, sarà adottata la linea guida giudicata più applicabile al setting locale. L'analisi di minimizzazione dei costi sarà effettuata dal gruppo - una volta identificate le molecole causa di spesa - scegliendo tra esse i farmaci meno costosi a parità di efficacia.

L'efficacia dovrà essere garantita da una letteratura di sufficiente qualità.

Come individuare i pazienti a cui sono stati prescritti farmaci

Per ciascun medico di medicina generale del gruppo 2 del Distretto 2 il sistema informativo dell'ULSS 20 dovrà identificare: a) le prime cinque molecole causa di spesa farmaceutica - b) i nominativi dei pazienti a cui sono state prescritte. Il periodo di riferimento è l'anno 2001. Nell'esperienza citata in (1) tutto ciò non ha richiesto difficoltà alcuna da parte del CED dell'ULSS 20.

Come individuare le diagnosi che hanno giustificato la prescrizione

È compito dei singoli medici. Viene consegnato a ciascun medico un tabulato con i nominativi dei pazienti a cui sono stati prescritti i farmaci di cui al punto precedente. Per ciascun paziente ogni medico di medicina generale identifica a) la diagnosi principale che ha giustificato la prescrizione b) la diagnosi secondaria che ha giustificato la prescrizione c) la fonte della prescrizione (autonoma /indotta) d) la eventuale non corrispondenza della prescrizione con cinque criteri di appropriatezza (tabella). Tale metodologia, sperimentata nell'esperienza citata in (1), è stata utilizzata nelle voci a) e b) dall'ULSS di Tiene per creare un budget globale per patologia (4).

Analisi della performance basale dei medici aderenti al progetto

Attraverso questo processo di audit sarà individuato il livello basale di performance a) di ciascun medico b) dell'intero gruppo. Questa analisi potrà definire importanti aspetti dalle prescrizioni farmacologiche eseguite sul nostro territorio. L'analisi dei dati permetterà di identificare quali elementi di appropriatezza prescrittiva siano stati disattesi. La percentuale di prescrizioni inappropriate indotte dagli specialisti offrirà uno spunto per interventi più articolati da programmare per le prossime esperienze di budget.

Sarà garantita in queste procedure dal coordinatore, come nell'esperienza citata in (1), la privacy di ciascun medico.

La fase di intervento

Una volta identificate le aree critiche di inappropriatezza prescrittiva ed analizzati gli item di inappropriatezza, saranno organizzati con al collaborazione delle Società

Scientifiche interventi formativi destinati a correggere i comportamenti incongrui. Alla fine del ciclo (un anno) sarà ripetuta una analisi dell'appropriatezza delle prescrizioni con le stesse modalità e gli stessi indicatori utilizzati per la misura del baseline. Ciò consentirà una verifica della fattibilità del progetto e una verifica dei risultati ottenuti.

Bibliografia

1. Battaglia A., Del Zotti F.: Ulcera peptica - Reflusso gastroesofageo: Progetto ASL 20 Veneto - SIMG 4 2000: 24-30
2. Battaglia A. - È possibile allo stato dell'arte parlare di Budget sulla spesa farmaceutica? - Bollettino Notiziario dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli odontoiatri di Vicenza anno XII 5, agosto-settembre 1996 pag. 24
3. Del Zotti F.; Mezzalana L.; Anelli F.; Andretta M.; Battaglia A.; D'Ambrosio G.; Santini R.; Scudellari G.: Comportamento prescrittivo degli specialisti di due province: Analisi delle prescrizioni di farmaci con nota CUF giunte all'osservazione di 121 medici di Medicina Generale (MMG) - QA vol. 12 n. 4 Dicembre 2001 pag 247-255
4. Atti del Convegno di Schio - 31 maggio 1997 - Il budget per medico di base e per distretto socio-sanitario - l'esperienza della Azienda ULSS 4 dell'Alto Vicentino
5. Grilli R., Magrini N., Penna A., Mura G., Liberati A.: Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal - Lancet 2000355 9198 103-6

Tabella MOLECOLA NUMERO..									
Pazienti trattati	Malattie che hanno giustificato la prescrizione		Prescrizione autonoma o indotta?		Criteri di appropriatezza NON soddisfatti				
					diagnosi	indicazioni ministeriali	note CUF	evidenza scientifica	rapporto costo / efficacia
	Diagnosi 1	Diagnosi 2	A	I					
Paziente 1									
Paziente 2									
Paziente 3									
...									

Il Paziente “fragile” e l’integrazione forte. Progetto ADI e dimissioni protette nell’ASL 17: premesse teoriche e principi di organizzazione

Dott. **Stefano Ivis** - Medico di Famiglia - Resp. Progetto
Dimissioni Protette ASL 17

Dott. **Luca Rossetto** - Medico di Famiglia - Referente
ADI FIMMG Reg.Veneto

PREMESSE

La predisposizione di un’adeguata rete di assistenza domiciliare ai pazienti cronici multiproblematici rappresenta un ottimo esempio di ciò che si deve intendere per *appropriatezza* nell’organizzazione di un servizio sanitario.

Infatti l’ADI, se correttamente applicata e realizzata, pur rappresentando un necessario adeguamento organizzativo alla ristrutturazione della rete ospedaliera, risulta anche essere il trattamento assistenziale ottimale per alcune tipologie di pazienti.

I benefici assistenziali e terapeutici presenti al domicilio del paziente e i danni derivanti da ospedalizzazioni improprie sono ormai largamente riconosciuti e condivisi da tutti i professionisti che si occupano di cure ai pazienti fragili.

E tuttavia in questa fase di transizione vi è un’ovvia diffusa esigenza di chiarezza e di omogeneità culturale ed organizzativa.

Nell’ADI e nelle Dimissioni protette la necessità di disporre di solidi concetti di base per tipizzare i pazienti e per definire il setting e gli obiettivi assistenziali è stata condivisa da tutte le figure che se ne sono occupate in questi anni.

Si è avvertita in sostanza la necessità di creare strumenti di definizione, di linguaggio e di organizzazione che potessero supportare la specificità delle cure al paziente fragile domiciliare.

E proprio le figure professionali coinvolte, un po’ovunque, hanno iniziato a proporre progetti ed istanze di tipo organizzativo fondate tanto sui limiti osservati quanto sulle esperienze positive maturate.

REALTÀ DEMOGRAFICA SOCIALE E SANITARIA DELL’ASL 17 DELLA REGIONE VENETO

L’ASL 17, che si trova nella parte meridionale della provincia di Padova, è caratterizzata da bassa *densità*

abitativa, (178.665 abitanti su una superficie di 887.9 Km² pari a 201 ab./Km²). I comuni sono in totale 46, il più popoloso conta 17575 abitanti e 39 fra questi contano meno di 5000 abitanti.

Molti comuni hanno una *percentuale di popolazione che vive in case sparse* che va dal 30 al 40 %.

La viabilità è particolarmente difficoltosa e chiaramente inadeguata alla realtà socio-economica esistente.

La *percentuale di ultrasessantacinquenni* si attesta al 19.2% e l’*indice di vecchiaia* è pari al 147.3%.

Entrambi questi dati mostrano un chiaro incremento rispetto ai valori del 1995 e sono sensibilmente più elevati rispetto a quelli dell’intera provincia.

La rete dei servizi sanitari *erogati direttamente* dall’Azienda, attualmente in fase di riorganizzazione, è rappresentata da 4 Presidi ospedalieri e 2 Distretti suddivisi in ulteriori 2 sub distretti.

IL PROGETTO DELL’ASL 17

Nell’Asl 17, su mandato del Consiglio dei Sanitari, un gruppo di lavoro a composizione multiprofessionale (Medici e Infermieri Professionali del territorio, del Distretto e del Presidio ospedaliero) ha elaborato una proposta di organizzazione dell’ADI e delle Dimissioni protette, recepita dalla Direzione dell’Azienda e divenuta operativa dal 1\4\02.

Il protocollo operativo elaborato si fonda sulle seguenti definizioni preliminari:

1. **Descrizione e caratterizzazione del paziente eleggibile**
2. **Descrizione e caratterizzazione dei principali criteri e strumenti organizzativi**
3. **Aspetti strategici**

1. Descrizione e caratterizzazione del paziente eleggibile. Partendo dalla tradizionale difficoltà di puntualizzazione delle caratteristiche e del peso assistenziale del paziente in ADI, si è ricercato un concetto che potesse esprimere l’essenza dei problemi presentati dai pazienti gravi che vengono assistiti a domicilio. Per fornire questa rappresentazione è stato scelto il concetto di **fragilità**.

Nella **fragilità**, che in letteratura è stata oggetto di decine di definizioni, si può fondamentalmente individuare una **situazione di elevato rischio di instabilità clinica** (con conseguente probabile ospedalizzazione..) i cui fattori determinanti sono:

- a. **Gravità della patologia o delle patologie in atto**
- b. **Comorbidità**
- c. **Politerapia farmacologica**
- d. **Riduzione dell’autonomia**
- e. **Grado di protezione socio-familiare**

Come si può osservare la diagnosi clinica e la gravità della stessa è **solo uno degli elementi** su cui si fonda la

valutazione del paziente eleggibile all'ADI e/o alla Dimissione protetta.

Le esperienze fin qui condotte hanno evidenziato al di là di ogni dubbio che un piano assistenziale che non analizzi ed affronti tutti i possibili fattori determinanti la fragilità è destinato a fallire.

2. Dal punto di vista organizzativo sono stati ricercati strumenti e modalità di lavoro appropriati alle esigenze assistenziali del paziente fragile multiproblematico.

Alcune scelte sono state di carattere metodologico altre di carattere più propriamente organizzativo.

In ambito metodologico si è individuata la necessità di utilizzare le seguenti impostazioni:

- a. **Approccio per problemi assistenziali**
- b. **Modalità di lavoro transdisciplinare nella valutazione del paziente, nella costruzione e nella conduzione del piano assistenziale (Lavoro in equipe)**

3. Aspetti strategici del progetto. In ambito più strettamente organizzativo gli aspetti che sono stati ritenuti cruciali ai fini di una efficace risposta ai problemi del paziente fragile sono stati i seguenti:

- a. **Alleanza terapeutica con la famiglia del paziente:** la condivisione degli obiettivi assistenziali (senza la quale non può esistere la cura del paziente grave a domicilio!) è il nucleo e la premessa di tutte le azioni che tendono all'ottimizzazione delle prestazioni assistenziali fornite dal sistema familiare. Va da sé che queste devono corrispondere ad una scelta consapevole della famiglia stessa.
- b. **Continuità delle cure** fondata su:
 - **Personalizzazione della referenza clinica ed infermieristica:** Il MMG scelto dal paziente e l'Infermiere Professionale (IP) referente del caso, che hanno contribuito a definire il piano e gli obiettivi assistenziali e che utilizzano un rapporto di conoscenza/consuetudine con il paziente e la sua famiglia, possono garantire una appropriatezza e una "ragionevolezza" difficilmente immaginabili da parte di figure che intervengano estemporaneamente.
 - **Elevata accessibilità del servizio:** vengono definiti appositi elevati standard di accessibilità per aumentare la tutela del paziente e la percezione della stessa da parte della famiglia.

Sempre rimanendo nell'ambito organizzativo, un'altra opzione del nostro progetto che riteniamo fortemente caratterizzante è stata quella di puntare ad un apporto specialistico erogato principalmente attraverso **Unità Operative Ospedaliere** che forniscono un supporto fatto di competenze, strutture e corsie preferenziali (anche per l'aspetto dei trasporti) ai MMG e agli IP Domiciliari che gestiscono i pazienti in ADI.

Le modalità di integrazione tra questi 2 livelli sono state oggetto di un'accurata definizione.

Si è in sostanza ritenuto che tanto le situazioni intercorrenti quanto le procedure programmate possano essere gestite più efficacemente da un accesso privilegiato a un complesso di prestazioni specialistiche che da una semplice presenza del medico specialista a domicilio.

PRIME FASI ATTUATIVE

Nei mesi di marzo ed aprile è iniziato l'iter formativo rivolto tutte le figure professionali coinvolte che ha visto, nella sua prima fase, il coinvolgimento di circa 200 operatori tra medici e infermieri del territorio del distretto e dell'ospedale. La partecipazione delle diverse figure professionali era così distribuita:

- 150 MMG
- 8 Medici di Continuità assistenziale,
- 20 Dirigenti Medici ospedalieri tra cui tutti responsabili delle UOC coinvolte,
- 4 Direttori dei Dipartimenti interessati
- 2 Direttori di Distretto
- 40 I.P. territoriali
- 4 TDR territoriali

Nell'ambito del Dipartimento Medico sono state costituite **2 Unità Operative Ammissioni e Dimissioni Protette**

che, nella gestione integrata dei pazienti in ADI, utilizzano medici ed infermieri ospedalieri dedicati, e consentono accessi privilegiati ai servizi diagnostici.

È stata elaborata contestualmente alla definizione delle procedure assistenziali un nuovo modello di cartella clinica centrata su: approccio per problemi, lavoro in equipe e segnatamente rivolta all'integrazione tra IP territoriale e MMG

Il progetto è stato inserito nei contenuti del Patto aziendale con i MMG ed ha ottenuto un'adesione superiore al 95%.

È stato costituito un gruppo multidisciplinare di facilitazione, supporto e monitoraggio che ha già elaborato i primi report ed ha già diffuso le risposte alle FAQ emerse dalle giornate di formazione.

I principali indicatori di risultato, rispetto ai quali è stata definita una graduazione di incentivi economici per le figure coinvolte, sono stati individuati nell'andamento dei tassi di ospedalizzazione e della mobilità passiva.

CONCLUSIONI

Siamo convinti, che il nostro Progetto di assistenza domiciliare (la cui versione "operativa" distribuita a tutto

il personale dell'Asl 17, contiene la **definizione dettagliata delle modalità di attuazione dei principi sovraesposti**) abbia messo a fuoco alcuni degli aspetti peculiari dell'**assistenza al paziente fragile multiproblematico**, e possa aver proposto una prima serie di risposte. L'adeguatezza di queste risposte sarà naturalmente oggetto di verifica nei prossimi mesi.

L'Insulino-terapia e il MMG: un difficile ma possibile connubio

Claudio Carosino (PR), Francesco Del Zotti (VR), Italo Paolini (AP), Andrea Savino (SA), Paolo Tonello (VC) e lista Netaudit (www.netaudit.cjb.net)

La gestione del Diabete, malattia con prevalenza in continua crescita, avrà un ruolo decisivo per i MMG. È probabile quindi che il MMG si troverà sempre più sul proprio cammino professionale il dilemma: curare un numero crescente di casi di Diabete II con l'Insulina o delegare questi casi a Centri Anti-Diabete (CAD), magari lontani geograficamente dal proprio quartiere o distanti culturalmente dalla Logica della *Primary care*. Un dilemma che, dopo l'accumularsi di evidenze dell'influsso di una buona cura del diabete per la prevenzione delle complicanze (Klein, 1994), e per la sopravvivenza (UKPDS, 1998), si rende più acuto.

Nel contempo, abbiamo la sensazione che siano pochi i MMG che intraprendano da soli una terapia Insulinica, ostacolati da svariate ragioni (cognitive, emotive, comportamentali, logistiche, economiche).

Infine, l'imminente lancio sul mercato di Insuline spray ci stimola a conoscere e praticare maggiormente questa importante terapia anti-diabetica (l'insulino-terapia), in casi selezionati

La nostra Indagine di Audit ha voluto innanzitutto valutare oggettivamente il grado di coinvolgimento del MMG nella gestione della terapia Insulinica. Ed in particolare la qualità di registrazione di alcuni dati "decisivi":

- valutazione sul totale di Diabetici di tipo II in cura con Insulina il numero di Diabetici trattati principalmente da noi MMG
- presenza di chiare indicazioni all'insulina pre-terapia
- calcolo BMI
- rilevazione emoglobina glicata
- frequenza di somministrazioni/die
- eventuali associazione ad anti-diabetici orali
- ricoveri ed importanti ipoglicemie o coma ipoglicemico
- forse la domanda più importante riguarda il responsabile della gestione del caso (CAD o MMG?)

i) per finire, una domanda sul grado di giudizio del MMG sulla Qualità complessiva delle cure al paziente

Standard dell'Audit

Vista la probabile scarsa esperienza dei MMG nella terapia Insulinica, abbiamo fissato uno standard minimo di Qualità: il 25% dei pazienti con diabete II da trattare con Insulina deve essere gestito dal MMG.

Risultati

A) I MMG partecipanti

Hanno partecipato alla ricerca **43 MMG**, 27 al Nord Italia e 16 del Centro-Sud, che assistono **361 pazienti** diabetici di tipo II trattati con insulina, su un totale di 59.499 pazienti, per una media di 1383 pazienti per MMG.

L'ambulatorio dei MMG dista (con i comuni mezzi di trasporto) per 20 MMG (46,5%) meno di 20 minuti; e per 16 MMG (37,2%) da 20 a 40 minuti

Ogni MMG assiste in media 8,4 pazienti Diabetici di tipo II in insulina. Il tasso di prevalenza complessivo dei Pazienti con Insulina fra questi medici è di 6,34 per 1.000 assistiti con un intervallo di confidenza al 95% che va da 5,98 a 6,70

B) I Pazienti Diabetici di tipo II in insulina

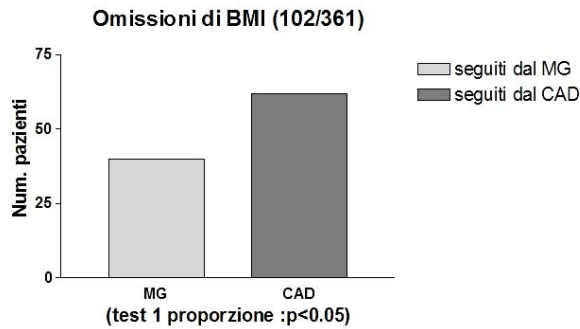
B1) Età e sesso: Per quanto riguarda i Pazienti in assistenza 252 (69,8%) sono di sesso femminile e il 77,6% ha più di 60 anni.

B2) Chiare indicazioni all'insulina: in 286 casi (79,2%) erano presenti in cartella indicazioni all'insulina nei mesi precedenti l'inizio terapia; in 31 pazienti (19%) il MMG non è riuscito a ricavare chiari segni di indicazione all'insulina; solo in soli 6 casi (1,7) i MMG si sono espressi per chiari segni di "NON-indicazione"

B3) BMI. Il dato più preoccupante di questo Netaudit è l'elevata frequenza di mancanze di BMI nella cartella del MMG: 102/361, pari al 28% (Intervallo di Confidenza da 23% a 33%), ben al di sotto dello standard ottimale per questo dato (almeno 90%).

Sul totale di BMI mancanti (102), notiamo un numero maggiore di omissioni per i pazienti seguiti dal CAD 62, rispetto a quella del BMI dei paz. gestiti dal MG (40) (Test ad 1 proporzione: $p=0,03$ con IC da 50,6% a 70%, intorno ai 60 gestiti dal CAD; vedi **Figura 1**)

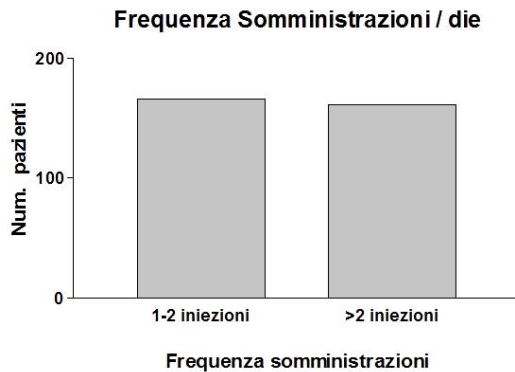
Figura 1



B4) **Hb GLICATA**: La richiesta dell'ultima Hb Glicata è stata eseguita in 144 casi (39,9%) da almeno 3 mesi e in 289 casi (80,1%) nell'ultimo anno.

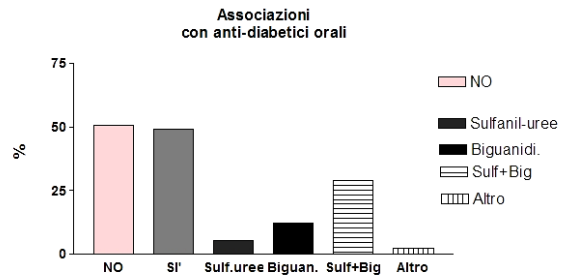
B5) **Numero di somministrazioni giornaliere (Figura 2)**: più della metà dei pazienti (202/361) pratica solo 1-2 somministrazioni di insulina, posologia gestibile dal MMG. Il MMG gestisce il 68% dei pazienti con meno di 3 dosi 83/131 (63,3%); ma anche la maggioranza dei pazienti gestiti dal CAD, 119/230 (51,7%), pratica meno di 3 dosi.

Figura 2



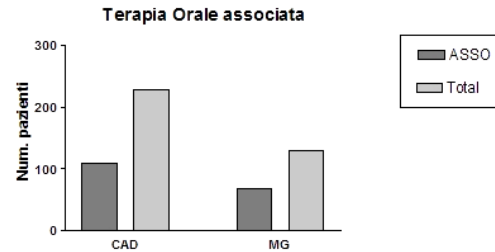
B6) **Associazioni con antidiabetici orali**: qui vi è una piccola sorpresa: più della metà dei pazienti insulinotrattati ha un'associazione di antidiabetici orali (177/361); i vari tipi di associazioni sono visibili nella **Figura 3**.

Figura 3



E, come si vede dalla **Figura 4**, complessivamente la presenza di queste associazioni non cambia significativamente e resta pressappoco la metà tra i pazienti trattati dal MMG (68/130; 52,3%) e quelli trattati dal CAD (109/231; 47,2%)

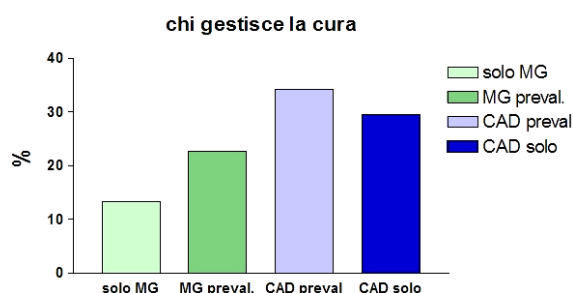
Figura 4



B7) **IPOGLICEMIA**: gli episodi di ricoveri a causa di gravi ipoglicemie o per coma ipoglicemico sono stati limitati: 34 (9,4%)

B8) **Chi gestisce la cura (Figura 5)**: nel 34,2% dei casi la cura è stata gestita solo dal MMG o prevalentemente dal MMG. Più in dettaglio: a) il MG da solo gestisce 48 casi (13,4%); b) il MG gestisce prevalentemente ma in collaborazione con il CAD 82 pazienti (22,8%); c) il CAD gestisce da solo 123 casi (34,3%); il CAD prevalentemente ma in collaborazione con il MMG 106 casi (29,5%)

Figura 5



B9) **Qualità complessiva dell'assistenza:** il giudizio sulla qualità assistenziale complessiva erogata a questi 361 casi è solamente per il 50% “abbastanza o molto soddisfacente”. Più in particolare: “Molto soddisfacente”: 28 (7,8%); “Abbastanza soddisfacente”: 152 (42,2%); “Parzialmente soddisfacente”: 122 (33,9%); “Insoddisfacente”: 58 (16,1%).

È significativamente maggiore la soddisfazione (“abbastanza” o “molto”) sulla Qualità quando la gestione è in mano al MMG (82/130 per i casi gestiti dal MMG; 97/231 per il CAD; $p < 0.0002$, con IC della differenza dal 10% al 31%)

CONCLUSIONI

Ci eravamo dati un obiettivo: verificare che i nostri pazienti diabetici di tipo II da insulina fossero gestiti almeno nel 25% dei casi dal MMG. A molti questo obiettivo può apparire basso, ma dobbiamo inserirlo nel contesto italiano. L'Italia è uno dei pochi paesi europei in cui il MMG non è affiancato in ambulatorio da personale infermieristico. Orbene, nei Paesi in cui l'assistenza ai diabetici nella “primary care” è ben consolidata, è proprio il personale para-medico a garantire alti livelli di educazione dietetica e di auto-monitoraggio con “stick” diagnostici, tutti fattori indispensabili per la presa in carico del paziente da trattare con insulina. Tornando ai risultati, potremmo essere quasi soddisfatti se andassimo a sommare due voci (“MG da solo”; “prevalentemente il MMG”): 36,2%. Ma la maggior parte dei MMG che hanno condotto l'audit ha ritenuto più importante valorizzare la voce “MG da solo” e qui siamo sotto allo standard: 13,4%.

Per questo motivo abbiamo ritenuto utile varare una II Fase dell'audit, creando la Lista telematica “Netinsu-II”, per vedere se entro un anno arriviamo ad almeno al 25%. Pensiamo che questo obiettivo sia realistico, alla luce di svariati risultati di questo Audit: la maggioranza degli stessi pazienti seguiti dal CAD è sottoposta ad un regime terapeutico non molto complesso (molti pazienti sono in terapia con non più di due dosi al giorno, associati ad antidiabetici orali; il che in buona parte spiega la infrequente presenza di complicanze da ipoglicemia).

Il cambiamento è ancora più auspicabile, alla luce di certi segni preoccupanti che abbiamo constatato nella nostra ricerca. Il risultato dei tanti BMI mancanti - e soprattutto tra i pazienti inviati al CAD - e quello relativo alla soddisfazione del MMG rispetto alla qualità delle cure (anche qui inferiore nei pazienti inviati al CAD) ci fa capire che la delega al CAD non solo significa perdere la possibilità di gestire in prima persona il farmaco “insulina”, ma implica non poche volte il rischio di un trascinarsi in basso della qualità complessiva della cartella e dell'assistenza.

Per la prossima fase dell'audit, vogliamo da una parte discutere tra Membri di netaudit l'utilizzo di agili strumenti formativi online, dall'altra varare alcune iniziative pilota di collaborazione tra i medici ed Infermieri di Distretto e le “Medicine di gruppo” e singoli MMG, per una più concertata ed efficace terapia insulinica, nell'ambito della “Primary care”, in un gruppo selezionato ma non minuscolo di pazienti diabetici più problematici

Bibliografia

Klein R et al Arch Int med 1994; 154:2169
Ohkubo Y et al Diab res Clin pract 1995; 28:103
UKPDS - Lancet 1998 352:837

a) Un particolare ringraziamento al Dr. **Pasquale Falasca**, curatore per la Lista “Netaudit” dell'uso di Epidata ed Epi-Info (www.epiinfo.it)

b) MMG della Lista netaudit (www.netaudit.cjb.net) partecipanti all'indagine:

Angelo AUGRUSO, Mario BARUCHELLO, Luciano BERTOLUSSO, Dario BONETTI, Anna BORDIN, Enzo BRIZIO, Alessandro BUSSOTTI, Angelo CAMPANINI, Claudio CAROSINO, Attilio DALLAVIA, Gaetano D'AMBROSIO, Francesco DELZOTTI, Alberto DOLCI, Modesto FANTINI, Carlo Andrea FRANCHINI, Guglielmo FRAPPORTI, Massimo FUSELLO, Bruno GLAVIANO, Marco GRASSI, Rossana IULIANO, Nicola Renzo LAURORA, Dino LEONETTI, Roberto MARCHETTI, Dino Mario MASSIGNANI, Francesco MOSTACCILO, Enzo NARGI, Italo PAOLINI, Gianpaolo PAPANDREA, Piero QUATTROCCHI, Luca RANZANI, Giuseppe RUBICINI, Daniele SALURSO, Andrea SAVINO, Paolo SCHIANCHI, Giuliana SIMIONI, Carlo STRAMENGA, Renato TAJANI, Nicola TARALLO, Paolo TONELLO, Maria Fiorenza TOTA, Rita TRAVAGLINI, Emanuele VISENTINI, Eugenio VISONA'