

4-14

MENSILE
XLXII ANNO

70° Congresso nazionale Fimmg- Metis – Santa Magherita di Pula, Forte Village, 6-11 ottobre 2014

NOI, ORGOGLIOSAMENTE MEDICI DI FAMIGLIA

Fiducia, innovazione, competenza, organizzazione



**Governo e Regioni siglano
il Patto per la Salute**

am

AVVENIRE MEDICO

FI MG
FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI DI FAMIGLIA

Federazione Italiana Medici
di Medicina Generale

Formula innovativa!

{
tocotrienoli
+
acido clorogenico
+
berberina
}

↓ LDL
= ↓ TRIGLICERIDI
↓ GLICEMIA

=
TRIXY



Scoperta la vera sinergia per un metabolismo in equilibrio



Il mix vincente di 3 principi attivi naturali nella modulazione delle vie metaboliche di colesterolo, trigliceridi e zuccheri. Tutto questo è **TRIXY**

Informazioni riservate ai signori medici e farmacisti

NATHURA.COM


NATHURA[®]
Nutrizione Scientifica

Patto per la salute: un importante passo avanti per il Ssn. Ma è necessario un cambio di rotta da parte delle Regioni

di Giacomo Milillo

Segretario nazionale Fimmg

Dopo quasi tre anni di gestazione il Patto per la salute è stato chiuso. Finalmente le Regioni, in ritardo, hanno accettato di assumere impegni nei confronti del governo. Se lo avessero fatto prima, mettendo in atto gli interventi necessari mirati alla sostenibilità e in particolare alla riorganizzazione territoriale, la disponibilità di risorse per il Ssn oggi sarebbe stato ancora superiore all'attuale. Anche il nuovo ACN sarebbe forse già firmato. Anche la revisione del Titolo V avrebbe forse potuto recuperare maggiori autonomie alle Regioni. Assolutamente incomprensibile e arrogante la politica espressa dalla Conferenza delle Regioni in questi ultimi anni e dunque, nell'imminente cambio della guardia, ci auguriamo un decisivo cambio di rotta.

Non sappiamo ancora valutare con esattezza il contenuto di un accordo di cui sono state date versioni radicalmente diverse più volte e di cui non conosciamo ad oggi il testo esatto. È purtroppo vero, infatti, che il coinvolgimento dei professionisti e dei cittadini, tanto promesso, non è avvenuto. Tutto ciò che è stato elaborato è stato mantenuto religiosamente e accanitamente segreto dall'apparato funzionariale, come se un dibattito sul tema potesse profanare i luoghi in cui maturano i provvedimenti.

Siamo certi che il Patto è stato terreno per una dura battaglia fra varie istituzioni e che ha coinvolto diversi ministeri, alla fine però, se le informazioni che abbiamo sono vere, è comunque stato un importante passo avanti per il Ssn.

Un solo neo, non marginale: la cancellazione del comma 14 dell'art. 5. Ancora una volta i più deboli, coloro che più danno in rapporto a quanto ricevono pagano lo scotto: i medici in formazione. Sottopagati rispetto ai colleghi specializzandi, tassati dove i colleghi sono esenti, si sono visti negare la possibilità di un adeguamento delle loro borse di studio e un perfezionamento del loro corso, pur di fronte alle assicurazioni della categoria dei medici di medicina generale di volersene fare carico nell'ambito del nuovo ACN, senza un euro di aumento per le casse dello Stato e per le tasche dei contribuenti.

Sotto gli occhi di tutti si è manifestata non solo la voracità dell'Università, ma anche quella di associazioni di giovani medici che, guidate da universitari in carriera, pur di non riconoscere una concreta soluzione hanno lanciato campagne razziste contro la sindacalizzazione della formazione specifica.

Le demagogiche affermazioni di queste associazioni raccolgono il consenso da una rete incontrollabile, sostengono di difendere gli interessi dei giovani medici in formazione e all'ingresso nella professione, ma le loro battaglie hanno come solo obiettivo quello di portare risorse all'Università, a un sistema di specializzazioni che già macina più di 500 milioni di euro e che ancora ne vuole per rilasciare titoli di specializzazione sempre più squalificati, rifiutando di riconoscere al Ssn la capacità di formare sul campo gli specialisti di domani.

Continueremo a lavorare per offrire ai medici in formazione la soluzione contrattuale ai loro problemi. Con il loro sostegno, se lo vorranno, potremo trovare soluzioni concrete e sostenibili.

EDITORIALE

Governo e Regioni siglano il Patto per la Salute

Lorenzin: “Per rendere efficiente il sistema, i medici di famiglia sono fondamentali”

Risolte alcune tensioni sui fondi per il personale, il Patto è stato siglato il 10 luglio scorso. Per la ministra della Salute si tratta di un passo importante che mette “in in sicurezza il sistema sanitario italiano per le prossime generazioni, affrontando grandi temi come quello della longevità, la riorganizzazione del territorio e del personale, la garanzia di una maggiore efficienza dei servizi”. E per ottenere tutto questo i mmg saranno fondamentali, anche se non sono state previste risorse per migliorare le condizioni dei giovani in formazione

Soddisfazione dei protagonisti per un risultato non scontato e che, viste le richieste del ministero dell’Economia, sembrava allontanarsi. Ma alla fine si è trovata una soluzione per consentire maggiore flessibilità nelle assunzioni del personale anche nelle Regioni in Piano di rientro.

Per Beatrice Lorenzin il 10 luglio è stata “una grande giornata per la sanità italiana, perché abbiamo messo in sicurezza il sistema sanitario italiano per le prossime generazioni, affrontando grandi temi come quello della longevità, la riorganizzazione del territorio e del personale, la garanzia di una maggiore efficienza dei servizi e nuovi sistemi di controllo ed efficientamento sia della qualità che della quantità”, sottolineando inoltre che “il patto rimette al centro le politiche sanitarie che guardano alla qualità dell’assistenza ed alla prevenzione dopo anni in cui avevamo solo l’ossessione del costo”.

E per raggiungere questo risultato, ha spiegato ancora la ministra in un’intervista a Il Mattino, occorre “rendere digitale tutto il sistema sanitario. In questo modo, attraverso un controllo reale, il governo potrà intervenire se non lo faranno le Regioni. Non credo ai commissariamenti, ma alle correzioni in tempo reale. Nascerà un network digitale dell’assistenza, dove il ricorso ospedaliero dovrà essere residuale e dove si dovrà privilegiare la prevenzione”. Per realizzare questo programma, ha



Beatrice Lorenzin

aggiunto Lorenzin: “I medici di base sono fondamentali. Abbiamo concordato la necessità di una formazione sempre maggiore, considerando che molti medici andranno in pensione”. Ma purtroppo dall’articolo 5 del Patto, che ribadisce il ruolo delle Aft e rinvia ai rinnovi convenzionali, è stato eliminato il comma 14, che avrebbe consentito ai medici in formazione in MG di svolgere attività remunerate nelle Cure Primarie. Una scelta che ha sollevato la protesta dei giovani medici, come è detto nell’articolo a pagina 7. Soddisfazione anche da parte regionale per la definizione del Patto. “Con l’intesa raggiunta – ha spiegato Luca Coletto, assessore alla

sanità del Veneto e coordinatore degli assessori in Conferenza delle Regioni – sono stati sciolti i nodi sui tagli del Fondo sanitario. Questo significa che se il Governo decidesse per futuri tagli dovrà dirci dove saranno fatti, non saranno più le Regioni a sforbiciare. In questo modo il Governo si prende in carica anche la possibilità di rimodulare il fondo e il Patto stesso”.

In sostanza: fondi chiari (anche se pochi), responsabilità governative più nette.

Vediamo ora, in estrema sintesi, le principali indicazioni contenute nel Patto per la Salute 2014.

Fondo sanitario nazionale (art. 1)

Per il 2014 lo stanziamento è confermato in 109,928 miliardi, salirà a 112,062 nel 2015 e a 115,444 nel 2016 “salvo – precisa il testo – eventuali modifiche che non si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazione del quadro macroeconomico”. Il riparto delle risorse dovrà tenere conto dell’accordo sui costi e i fabbisogni standard, per i quali bisognerà lavorare a nuove modalità di pesature da definire entro il 31 luglio 2014.

Entro il 31 dicembre 2014 dovrà anche essere pronto un documento di proposte elaborato dal ministero della Salute, su cui dovrà esserci l’intesa Stato Regioni, contenente proposte per implementare “un sistema adeguato di valutazione della qualità delle cure e del-

l'uniformità dell'assistenza sul territorio nazionale".

I risparmi restano alla sanità (art. 1)

La conferma nel comma 4 dell'articolo 1 del Patto. In cui si stabilisce anche la possibilità che eventuali risparmi nella gestione del servizio sanitario nazionale effettuati dalle Regioni rimandano nella disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie.

Assistenza ospedaliera (art. 3)

Va adottato, senza ulteriori rinvii, il regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi in attuazione del decreto 95/2012 dell'ex ministro Balduzzi. Entro il 31 dicembre 2014 Stato e Regioni dovranno anche stipulare un'intesa sugli indirizzi per la piena realizzazione della continuità assistenziale ospedale-territorio. Entro 6 mesi dalla stipula del Patto sarà inoltre definito un documento di indirizzo sull'appropriatezza riabilitativa, "per garantire alla persona con disabilità un percorso riabilitativo integrato all'interno della rete riabilitativa".

Umanizzazione delle cure (art. 4)

Il Patto vi dedica un intero articolo, prevedendo uno specifico impegno in questo senso da parte delle Regioni e la predisposizione di un programma annuale di umanizzazione delle cure che comprenda un progetto di formazione del personale e un'attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo, indirizzato prioritariamente all'area critica, alla pediatria, alla comunicazione, all'oncologia e all'assistenza domiciliare. Il grado di soddisfazione dei cittadini sarà monitorato in maniera continuativa e omogenea tra le Regioni, così da consentire l'avvio di azioni correttive.

Assistenza territoriale (art. 5)

Accelerata sulla costituzione delle Uccp e Aft per la medicina convenzionata, che, entro 6 mesi dalla stipula dei nuovi contratti, o comunque non oltre la vigenza del Patto, costituiranno "le uniche forme di aggregazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta" in cui "confluiscono" quindi "le diverse tipologie di forme associative" realizzate nelle varie Regioni.

Le Uccp saranno caratterizzate dal lavoro multi professionale, garantito dal coordinamento tra le varie professionalità con particolare ri-



Luca Coletto

guardo all'integrazione tra medicina generale e medicina specialistica. Ogni Aft della medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata all'Uccp. Stabilito poi che le Aft della medicina generale coprono un bacino di utenza non superiore a 30.000 abitanti.

Presidi territoriali / ospedali di comunità (art. 5)

Stato e Regioni dovranno stipulare entro il 31 ottobre 2014 un accordo per la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi di tali presidi, in cui l'assistenza medica sarà assicurata dai medici di Medicina Generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il Ssn e che effettuano ricoveri brevi per casi non compressi.

Emergenza-urgenza (art. 5)

Per quanto concerne le attività del 118 si stabilisce che l'Agenas debba occuparsi di definire il bacino di utenza delle centrali che coordinano e gestiscono le richieste di soccorso in relazione alla disponibilità di nuove tecnologie informatiche e telefoniche allo scopo di rendere più efficiente il sistema. Un accordo Stato Regioni dovrà poi definire i criteri per l'accreditamento dei servizi di trasporto e soccorso sanitario, definendo la dotazione delle attrezzature e dei presidi, l'allestimento dei mezzi di soccorso e i requisiti di dotazione organica quali-quantitativa del personale, per livello funzionale di base e avanzato per garantire l'erogazione uniforme e in linea con le norme europee. Sarà poi introdotto il numero unico europeo di emergenza 112, che sarà recepito dalle centrali operative del 118.

Specialistica ambulatoriale (art. 5)

Dovrà raccogliere quanti più Drg possibili tra quelli a rischio di inappropriata.

Le Regioni assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in ricovero ordinario, in ricovero diurno o, previo inserimento nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale, in regime ambulatoriale. Sarà istituito un tavolo di lavoro Salute-Economia e Regioni per rendere omogenea la codifica delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e per aggiornare e ottimizzare il sistema di rilevazione e di trasmissione delle informazioni sulle prestazioni erogate.

Valorizzazioni di ruoli e competenze professionali (art. 5)

Per un efficientamento del settore delle cure primarie, il Patto conviene sull'importanza di ridefinire ruoli, competenze e relazioni professionali "con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe", accantonando "una logica gerarchica" per "perseguire una logica di governante responsabile dei professionisti coinvolti". A questo scopo prevede "sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo".

Ticket (art. 8)

Nel Patto si evidenzia la necessità di una revisione del sistema "che eviti che la partecipazione rappresenti una barriera per l'accesso ai servizi e alle prestazioni così da caratterizzarsi per equità e universalismo". Il sistema, in fase di prima applicazione, dovrà considerare la condizione reddituale e la composizione del nucleo familiare. Successivamente "potrà essere presa in considerazione la condizione 'economica' del nucleo familiare". I contenuti della revisione dovranno essere definiti entro il 30 novembre 2014.

Il nuovo sistema dovrà garantire per ciascuna regione il medesimo gettito previsto dalla legislazione vigente nazionale, "garantendo comunque l'unitarietà del sistema".

Lea (art. 10)

Previsto un aggiornamento dei Lea entro il 31 dicembre 2014.

Quanto alla verifica dei Lea, il Patto prevede che il mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Lea stabiliti per i direttori generali costituisce un "grave inadempimento contrattuale" per la quale si prevede la decadenza automatica dei direttori generali.

Varato lo Statuto dell'Ente di previdenza dei medici italiani

Oliveti: “Con il nuovo Statuto le scelte dell'Enpam saranno tutte nelle mani dei medici”

di Eva Antoniotti

Il Consiglio nazionale dell'Enpam ha varato il 28 giugno scorso un nuovo Statuto, completando così il percorso di riforma che era stata la piattaforma elettorale della attuale dirigenza, guidata da Alberto Oliveti, vicepresidente dalle elezioni del 2010 e presidente dal 2012 dopo le dimissioni di Eolo Parodi. Dopo la riforma del patrimonio, che parte dalla regola dello “zero virgola” scegliendo investimenti con costi di commissione bassissimi e una più stringente metodologia nelle procedure, e la riforma della previdenza, che ha risposto alla crescita dell'aspettativa di vita e alla richiesta della parte pubblica di garantire la copertura pensionistica in una proiezione a 50 anni, arriva ora la riforma degli organi di indirizzo, gestione e controllo dell'Ente. In sintesi, il nuovo Statuto, che dovrà ora passare al vaglio dei ministeri vigilanti (Lavoro ed Economia), prevede: l'allargamento del Consiglio nazionale, attualmente formato dai 106 presidenti degli Ordini provinciali che verranno affiancati da una rappresentanza delle Commissioni degli Albi degli odontoiatri (Cao), da una rappresentanza dei diversi profili professionali (convenzionati, liberi professionisti, dipendenti) e dai membri (senza diritto di voto) dei neonati Osservatori, uno dedicato ai pensionati e l'altro ai giovani medici; una riduzione dei membri del CdA, che passeranno da 27 a 16 escludendo tutti i componenti non medici; l'eliminazione dell'Esecutivo, struttura intermedia ritenuta non necessaria. Confermata la struttura di controllo, ovvero il Collegio dei sindaci. “Sono soddisfatto di aver portato a termine le tre riforme che erano nel nostro programma

elettorale di quattro anni fa – ha dichiarato Alberto Oliveti in un'intervista pubblicata da Quotidiano Sanità online – ma per poter fare le prossime elezioni, previste per la metà del prossimo anno, con le nuove regole, i ministeri vigilanti dovranno vagliare lo Statuto al più tardi entro febbraio”.

I ministeri vigilanti potrebbero sollevare obiezioni in particolare riguardo all'ampliamento del Consiglio nazionale, scelta dettata dalla volontà di ampliare la rappresentanza democratica, consentendo agli iscritti di votare direttamente una propria rappresentanza nel Consiglio, ma che appare in controtendenza in una fase in cui si cerca di contenere i costi. Il presidente dell'Enpam assicura però che questo non accadrà: “Abbiamo approvato una delibera che ci vincola a mantenere i costi in linea con i costi storici. Faremo tagli lineari sui compensi. Quindi il Consiglio nazionale, anche se più numeroso, non costerà neanche un euro in più”.

L'approvazione dello Statuto è stata accompagnata da qualche strascico polemico, tanto che dieci presidenti di Ordine non hanno partecipato alla votazione finale, lamentando di non aver potuto presentare i propri emendamenti. “Gli emendamenti – spiega Oliveti – sono stati raccolti nei mesi precedenti e vagliati dal CdA, modificando la bozza di Statuto iniziale. Alcuni degli emendamenti proposti dai presidenti “critici” sono infatti stati accolti, proprio perché volevamo arrivare ad uno Statuto che fosse davvero condiviso. In sede di Consiglio nazionale era prevista, come estrema ratio, la possibilità di presentare ancora emendamenti, ma soltanto con una



Alberto Oliveti

quota di firme che ne giustificasse la messa in discussione. Quindi, considerando che lo Statuto doveva essere approvato con la maggioranza qualificata dei due terzi, abbiamo stabilito che l'emendamento fosse sostenuto almeno da un terzo del Consiglio. Altrimenti ci si sarebbe esposti ad un'inutile ed estenuante sequela di votazioni, dall'esito scontato”.

Infine Oliveti risponde anche a chi lamentava l'esiguità delle “quote rosa” previste dal nuovo Statuto, secondo cui tutti gli organismi dovranno prevedere almeno il 20% del genere meno rappresentato: “Credo che sia stata una scelta realistica, che mira a stimolare la crescita di rappresentanza delle donne medico tenendo conto delle condizioni di partenza. Per essere eletti nel CdA occorre dimostrare la propria competenza in materia previdenziale e attualmente sono poche le donne che hanno avuto la possibilità di maturarla. Prevedere una quota più alta sarebbe stata una scelta di facciata, mentre noi puntiamo davvero ad avere una maggiore presenza di donne, facendole “crescere” a partire ad esempio dall'Osservatorio giovani”.

Al Forte Village di Santa Margherita di Pula
il 70° Congresso nazionale Fimmg Metis

Noi, orgogliosamente medici di famiglia

Si svolgerà da lunedì 6 a sabato 11 ottobre il 70° Congresso nazionale Fimmg –Metis che quest'anno sarà anche l'occasione per il rinnovo dei vertici sindacali. Il titolo completo dell'evento, **Noi, orgogliosamente Medici di Famiglia. Fiducia, innovazione, competenza, organizzazione**, indica già chiaramente il senso che si vuol dare a queste giornate: affermare il ruolo della Medicina Generale nel quadro di difficile cambiamento della sanità italiana.

Previsti dibattiti, tavole rotonde con interlo-

cutori politici e istituzionali, workshop e occasioni di confronto tra esperienze della Medicina Generale.

Durante il Congresso si terranno anche molti Corsi di formazione: Corso di Ecografia generalista (realizzato in collaborazione con Siemg), Corso di primo livello di medicina della coppia per medici di medicina generale, Seminario Teorico Pratico per utilizzo strumentazione: elettrocardiografo – holter pressorio, Seminario Teorico Pratico per utilizzo strumentazione per diagnostica minima di la-

boratorio, Seminario Teorico Pratico per utilizzo strumentazione: pulsossimetro-spirometro, Corso di ossigeno-ozono terapia – Master SIOOT di primo livello.

Nelle giornate congressuali si svolgerà anche il 3° Congresso nazionale della Simpesv (Società Italiana di Medicina di Prevenzione e degli Stili di Vita), organizzato in collaborazione con la Scuola Nazionale di Medicina degli Stili di Vita Fimmg-Metis, dal titolo: **Il mmg nell'alimentazione e nelle patologie correlate**. Il Programma formativo, dedicato ai medici di famiglia e formulato secondo le loro esigenze, prevede un Corso Base di 23 ore e 5 Moduli di Approfondimento (4-7 ore) e si completerà con una Tavola Rotonda. L'obiettivo è anche quello di “costruire” una figura professionale di riferimento che, nel contesto delle Modalità Associative (AFT, UCCP), possa promuovere le tematiche della Prevenzione e dei Sani Stili di Vita.

Per maggiori informazioni e per prenotazioni: www.fimmg.org

La protesta per l'eliminazione del comma 14

2.000 firme in 48 ore: la partecipazione è social

di Giulia Zonno*

Di fronte a un fatto politico o di cronaca la partecipazione è a portata di click. Twitter, Facebook, blog, siti internet, newsletter dedicate, quotidiani online ovunque c'è spazio per intervenire e dire la propria. Figure del linguaggio quasi dimenticate ed ironia hanno gioco facile per dare effetto eclatante alla brevità di un tweet. Cambiano le regole della lingua, cambiano gli equilibri d'immagine, cambia la visibilità dove le sigle lasciano spazio a nomi e persone con cui il movimento d'opinione in divenire s'identifica. E il sindacato non fa ecce-

zione, s'immerge in questo secondo livello di realtà, sotto al quale tutto pare essere uguale a prima. Ed è così che per amplificare la propria voce Fimmg Formazione ha lanciato una petizione online contro l'ennesimo schiaffo ricevuto: l'eliminazione del comma 14, che avrebbe permesso ai medici che si stanno formando in Medicina Generale di svolgere, nelle Cure Primarie, attività “professionalizzanti integrative remunerate”, ora non possibili per incompatibilità, ottenendo così una fonte aggiuntiva di reddito, per integrare una borsa di studio che attualmente è la metà di quella per-

cepita da chi svolge un'altra specializzazione. Raggiunte in 48 ore più di 2.000 firme, in qualche giorno si sono sfiorate le 5.000 sottoscrizioni.

Se non l'obiettivo, il movimento di tensione per il suo raggiungimento diventano centrali. La speranza è che riuscendo a muovere un coinvolgimento social, smettendo la massima per cui “tutto cambia affinché nulla cambi”, si possa effettivamente determinare un cambiamento.

*Fimmg Formazione

Per seguire la protesta:
www.fimmgformazione.org



Cyborg Practice: la capacità clinica del medico potenziata dalla tecnologia

Dalla collaborazione tra membri del Centro Cochrane italiano, della Società Italiana di Telemedicina, del Centro Studi Fimmg Verona, del network europeo di ricerca sulla Continuità Assistenziale (EurOOH Net) e di diverse Università italiane ed europee nasce la prima sperimentazione italiana, in una Azienda Ulss di Verona, di un software di supporto decisionale al triage telefonico per i medici di Continuità Assistenziale.

Alberto Vaona, Giulio Rigon*

In tempi non sospetti Albert Einstein scriveva: “I computer sono incredibilmente veloci, accurati e stupidi. Gli uomini sono incredibilmente lenti, inaccurati e intelligenti. Insieme sono una potenza che supera l’immaginazione”.

Da allora sono passati molti anni e a maggio 2014, su Health Informatics Journal, Catherine Pope, dell’Università di Southampton ha pubblicato un articolo dal titolo: “Cyborg Practice: operatori e sistemi di supporto decisionale nella medicina di urgenza e di emergenza”. Nell’articolo si parla di Cyborg Practice come di una nuova interazione tra medico e computer in cui la capacità clinica è “potenziata” dalla sua combinazione con la tecnologia (Health Informatics Journal 2014; 20:118). I supporti decisionali sono già utilizzati dai medici di famiglia italiani per alcuni aspetti dell’attività prescrittiva (ad esempio il controllo automatico delle interazioni farmacologiche) mentre sono completamente assenti nei Servizi di Continuità Assistenziale dove il loro utilizzo potrebbe venire in aiuto ai medici che vi lavorano per alcuni aspetti molto delicati della loro attività.

Nell’ambito delle cure primarie (e non solo) l’attività medica in cui l’incertezza è certamente massima è la consultazione telefonica nel Servizio di Continuità Assistenziale: in pochi minuti il medico deve prendere una decisione circa il caso clinico prospettato (presentato non di rado non direttamente dal paziente perché spesso è un familiare che chiama);

tuttavia il medico non conosce il paziente, non lo vede, non ha dati sanitari a disposizione: può contare solo su quello che ascolta (informazioni e segnali acustici non verbali). Chi chiama generalmente è preoccupato (e se non lo è potrebbe sottovalutare), ha delle convinzioni non sempre corrette sul funzionamento del servizio e il tutto può avvenire in un momento in cui sia il medico che il paziente potrebbero non essere perfettamente lucidi (la notte) o in condizioni di elevato carico assistenziale in rapporto alle risorse umane disponibili (festività).

Quanto bene se la cavano i medici in situazioni come queste?

Gli studi che sono stati condotti dimostrano che gli operatori che lavorano in queste condizioni porgono al paziente/chiamante circa il 30% delle domande che in condizioni di “laboratorio” (per così dire a “bocce ferme”) considererebbero “indispensabili” (Derckx H, et al, Quality of clinical aspects of call handling at Dutch out of hours centres: cross sectional national study. BMJ 2008;337:a1264): questa percentuale è stata confermata anche da uno studio condotto a Verona (Pasini et al, Journal of Telemedicine and Telecare in press) nel Servizio di Continuità Assistenziale dell’ULSS 20.

È inutile considerare quanto possa essere rischioso dover decidere in poco tempo con solo il 30% dell’informazione disponibile e con una gran parte dell’informazione non disponibile. Per questo la Regione Veneto ha ap-

provato uno studio randomizzato e controllato proposto da ULSS 20 e dalla milanese Beta80 Spa nell’ambito di un bando di chiamata per progetti di ricerca (PRIHTA) con cui valutare l’efficacia e la sicurezza di un software di supporto decisionale al triage telefonico per i medici di Continuità Assistenziale.

Il contesto

Il contesto in cui lo studio si svolge è l’Azienda ULSS 20 di Verona che serve 470.000 abitanti, dispone di 7 postazioni di Continuità Assistenziale, dove operano 58 medici di cui 15 contemporaneamente in servizio nei turni notturni e 20 contemporaneamente in servizio nei turni diurni. Sette sono gli operatori telefonici contemporaneamente in attività, uno per postazione. Il Servizio eroga circa 50.000 prestazioni all’anno, di cui il 50% sono consultazioni telefoniche.

Il software: Odyssey Teleassess

Esistono al mondo 3 tipi di software di questo tipo e il comitato scientifico del progetto ha scelto di testare Odyssey Teleassess – prodotto da ACS, ditta inglese che produce anche Adastra, il software gestionale più utilizzato dai Servizi di Continuità Assistenziale nel Regno Unito. Lo sviluppo del software è iniziato oltre 20 anni fa e ora Odyssey è utilizzato in molti paesi del mondo (UK, USA, Australia, Nuova Zelanda, Olanda, Svizzera, Irlanda, India, ecc). Ha recentemente ricevuto la prestigiosa certificazione NICE e in oltre

20 milioni di consultazioni telefoniche non ha mai comportato problematiche medico legali o reclami da parte del pubblico. È stato studiato come supporto a personale infermieristico ma mai come supporto a personale medico per il semplice fatto che solo in Italia il Servizio di Continuità Assistenziale è fornito in prima linea da medici mentre in tutti i paesi europei al telefono c'è un infermiere (che spesso può, entro certi limiti, prendere decisioni autonome) mentre il medico è disponibile in seconda linea. Da questo punto di vista la sperimentazione condotta a Verona è del tutto originale.

Come funziona

Una volta che il medico avrà registrato (o recuperato) l'anagrafica del paziente e classificato la prestazione come telefonica, nel 50% dei casi comparirà un avviso che informa il medico che – se lo desidera – per quella telefonata è disponibile il supporto decisionale. Il medico avrà la possibilità di accettarlo o di non accettarlo. Se lo accetta, il medico avrà a disposizione oltre 460 scenari clinici interconnessi tra di loro a cui accedere attraverso una rapida lista dei distretti corporei o digitando semplicemente il sintomo prevalente.

Quando il medico avrà individuato lo scenario che più corrisponde a quanto riferito dal paziente/chiamante il software presenterà una lista di domande (contrassegnate da 3 livelli di priorità) e, dopo che il medico avrà inserito le risposte fornite dal paziente, il software fornirà un suggerimento sul livello di urgenza del caso. Il medico sarà libero di accettare o meno il suggerimento e la sua decisione ver-

rà registrata. Qualora il medico prenda una decisione che riduce il livello di urgenza suggerito dal software, il software chiede di registrare la motivazione del “downgrading” in modo che tutto il processo decisionale sia tracciato.

Cosa si vuole valutare

Lo studio è finalizzato a capire se, quando il software è disponibile, il medico al telefono ricorre meno all'invio diretto in pronto soccorso: su questo outcome verrà condotta una analisi di sottogruppo relativamente ai pazienti fragili. Si vuole valutare anche l'impatto dell'utilizzo del software sulla durata della chiamata. Verrà condotta inoltre una analisi relativa al numero di domande indispensabili che il medico al telefono pone quando è supportato dal software rispetto a quando non lo è.

L'impatto dello studio sul lavoro del medico

Le consultazioni telefoniche per le quali il software sarà disponibile saranno la metà del totale. Il medico non è “obbligato” a utilizzare il software (ma è incentivato economicamente per farlo), né ad accettare il suggerimento che il software fornisce.

L'ULSS 20 ha fornito tutte le sedi del servizio di tutte le dotazioni informatiche necessarie perché lo studio possa essere condotto (compresa una nuova versione di EmMa Web, l'applicativo informatico in uso).

I medici che hanno accettato di partecipare allo studio sono stati chiamati a partecipare ad appositi corsi di formazione (anche per la partecipazione ai corsi di formazione i medici

erano incentivati economicamente).

Perché lo studio raggiunga i suoi obiettivi sarà sufficiente che ogni medico utilizzi il software in media in 2-3 consultazioni telefoniche a turno.

Informativa al paziente

Il paziente sarà informato dello studio in corso dal messaggio registrato che ascolta al telefono prima di essere messo in contatto con il medico, potrà esprimere il diniego alla partecipazione allo studio e il medico sarà chiamato a registrarlo contrassegnando l'apposita casella che sarà disponibile sull'applicativo informatico.

Impatto sulla relazione medico-paziente al telefono

La consultazione telefonica supportata deve avere una struttura precisa. Infatti il paziente deve essere condotto alla fase di triage in modo che sia il più disponibile possibile a fornire la informazioni che servono al medico per prendere decisioni in merito al caso che egli pone. Per questa ragione è stato offerto ai medici un percorso formativo in cui è stata spiegato il modello RICE di struttura della consultazione telefonica che prevede anche che il medico esplori le preoccupazioni del paziente, le sue convinzioni circa il problema che lo spinge a chiedere aiuto, le limitazioni che egli incontra nel cercare di risolverlo o nell'accettare la soluzione che gli viene proposta. Lo studio rappresenta quindi anche l'occasione per fornire ai medici alcune “skills” che li aiu-

segue a pag.11

brevi brevi brevi brevi brevi brevi

Al via la campagna di informazione “Curare la Salute”

Pfizer e Pfizer Consumer Healthcare hanno avviato una campagna di informazione e sensibilizzazione dell'opinione pubblica, Curare la Salute, con l'obiettivo di diffondere una maggiore consapevolezza sull'importanza di adottare uno stile di vita corretto, a partire da una sana alimentazione.

Nelle farmacie i cittadini potranno trovare materiali informativi e un breve test di autovalutazione, disponibile anche online in una versione più ampia, per misurare il proprio livello di consapevolezza in tema di sane abitudini alimentari.

Inoltre, sul sito Internet www.curarelasalute.com gli utenti interessati potranno inoltre compilare la versione integrale del test di autovalutazione e trovare informazioni e consigli per scegliere gli alimenti più ricchi di quei nutrienti essenziali che non devono mai mancare nel menù quotidiano, anche in funzione dell'età, del sesso o di altri elementi che possono influenzare il fabbisogno nutrizionale, ricorrendo ai consigli del proprio medico di famiglia per attivare la migliore strategia di salute.



PROTEGGI LA COSA PIÙ PREZIOSA CON LA TECNOLOGIA PIÙ EVOLUTA AL PREZZO PIÙ VANTAGGIOSO.

Olevia, a base di acidi Omega-3 esteri etilici*, unisce il prezzo di un equivalente alla tecnologia innovativa di una grande marca. Ibsa, azienda leader nella produzione delle softgel, può infatti offrire, grazie alla sua costante ricerca scientifica, un prodotto di altissima qualità a base di acidi Omega-3 esteri etilici.

*Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto



segue da pag.9

tano nella gestione del caso e che diversi studi dimostrano migliorare la soddisfazione del paziente e la sua propensione a seguire i consigli ricevuti o ad aderire alla proposta terapeutica.

Incentivi economici

Nell'ambito del patto aziendale, ULSS 20 e OO.SS hanno concordato che i medici che parteciperanno allo studio riceveranno un in-

centivo di 0,70€/h a fronte dell'utilizzo del software in almeno il 75% delle consultazioni telefoniche in cui questo sarà disponibile (50% del totale).

Durata dello studio

Lo studio partirà il 1° luglio 2014 e terminerà il 28 febbraio 2015. Nel caso in cui non si dovessero raggiungere le dimensioni campionarie sufficienti, verrà chiesta alla Regione un'estensione dello studio nel 2015. I primi due mesi saranno considerati una "fase di

riscaldamento" e la raccolta vera e propria dei dati inizierà al 1° settembre 2014.

Finanziamento

Lo studio è finanziato da Beta80 Spa con lo stanziamento di:

- 38.000 euro, che saranno utilizzati per pagare gli ingegneri informatici di Beta80 per le operazioni necessarie all'integrazione del software di supporto decisionale nel software in uso;
- 4.500 euro, che finanzieranno la traduzione del software (affidata a due medici italiani con comprovata conoscenza dell'inglese medico, supervisionati da un medico che lavora nel servizio in cui il software verrà sperimentato in modo da garantire non solo la traduzione ma anche la contestualizzazione).

L'ULSS 20 finanzierà il progetto con uno stanziamento di 30.000 euro "in kind" (ovvero un "fondo massimo" per retribuire il proprio personale coinvolto) e utilizzerà un residuo di un fondo messo a disposizione da una Fondazione per acquisire consulenze esterne per finanziare la formazione ai medici e l'analisi dei dati.

Il Centro Studi Fimmg Verona bandirà 6 borse di studio per valutatori dello studio.

Il responsabile scientifico e i dirigenti dell'ULSS 20 non percepiranno alcun compenso come espressamente previsto dal bando PRIHTA (allegato B DGR 2461 del 4.12.2012).

Da chi è stato progettato lo studio

Lo studio è stato progettato da un comitato internazionale che vede la partecipazione di membri del Centro Cochrane Italiano, della Società Italiana di Telemedicina, del Centro Studi Fimmg Verona, del network europeo di ricerca sulla Continuità Assistenziale (EurOOH Net) e di diverse Università Italiane e europee.

Maggiori informazioni

È possibile avere ulteriori approfondimenti sulla sperimentazione contattando il responsabile scientifico dello studio: Alberto Vaona – aisamaisa@gmail.com

*mmg, Verona

Il Comitato Scientifico del progetto

Alberto Vaona, Azienda ULSS 20 – MD –Responsabile scientifico Hay Derkx, Trainer – Ha.De. Training Director

Roberto D'Amico, Modena Reggio Emilia University – Statistics Professor – Italian Cochrane Centre Director

Jeremy Dale, Warwick University – Primary Care Professor – ACS Director of Clinical Knowledge Unit

Andreas Meer, Bern University

Chiara Bovo, Azienda ULSS 20 – Health Director

Graziano Preite, Azienda ULSS 20 – Health District n.3 Director

Piergiorgio Trevisan, Azienda ULSS 20 – Primary Care Department Director

Giulio Rigon, Azienda ULSS 20 – MD

David Fasoletti, Azienda Provinciale Servizi Sanitari Trento - MD

Alberto Pasini, Azienda ULSS 22 – Bussolengo - MD

Lorenzo Moja, Milan University – Public Health Professor

Francesco Delzotti, FIMMG Verona Study Centre Director

Guglielmo Frapporti, FIMMG Verona

Philips Hilde, Antwerpen University – EurOOH Net

Bondevik Gunnar Tschudi, Bergen University – EurOOH Net

Linda Huibers, Nijmegen University - Aarhus University

Francesco Gabbrielli, Italian Society of Telemedicine

Silvestro Scotti, FIMMG - National Deputy Secretary

Corrado Cuccurullo, Naples II University "Federico II" - Professor

Andrea Oliani, Azienda ULSS 20 Verona – Direttore Servizi Informatici

Laura Lodde, SNAMI Verona

Alfredo Granito, SMI - Regional Secretary

Francesco Silanos, Beta80 Group - Project Manager

Alberto Vezzoso, Beta80 Group - Product Manager

Matteo Riva, Beta80 Group - Developer Manager

Andrea Rossini, Beta80 Group - Developer

Gentile Ignazio, Beta80 Group - Developer

Daniele Michalski, Beta80 Group - Developer

I risultati di un progetto realizzato nella provincia di Roma

Il progetto ABC: Appropriatelyzza in Broncopneumopatie Croniche

Ugo Montanari*

1. Premessa

Il progetto ABC è consistito nella realizzazione di un Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) che applicasse quanto indicato dalla Linea Guida NICE (National Institute for Health and Care Excellence) per gestire a livello territoriale i pazienti affetti da Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO). L'obiettivo principale era verificare se e come fosse possibile applicare una Linea Guida e l'impatto di tale attività nella vita del medico ed, in subordine, nell'assetto delle cure territoriali; un altro obiettivo era valutare la qualità del servizio percepita dal paziente. Il progetto è durato 36 mesi con una fase preparatoria di 24 mesi, ed ha coinvolto 19 medici di famiglia due specialisti ospedalieri, due specialisti territoriali e due infermieri; è stato totalmente autogestito senza supporto di sponsor e nella totale indifferenza delle istituzioni.

2. La formazione

Il primo atto della fase preparatoria è consistito in una lunga attività formativa, durata quasi due anni dal 2004 al 2005, a cui hanno partecipato 32 medici di medicina generale e 4 infermieri, finalizzata a far conoscere ai partecipanti i principi basilari della EBM (Evidence Based Medicine) ed a costituire un team di operatori il più omogeneo possibile ed aperto al confronto ed alla condivisione di idee e progettualità.

3. La Linea Guida

Alla conclusione della prima parte del percorso formativo è stata individuata di comune accordo una patologia da affrontare in modo più specifico, la BPCO (in quanto patologia di rilevante impatto clinico e sociale, in progres-

sivo aumento e tale da porre complessi problemi di disease management).

Si è quindi proceduto ad individuare la Linea Guida di riferimento, applicando quanto appreso in precedenza, ed applicando la metodologia sintetizzata nell'acronimo FAIAU (Finding, Appraising, Integrating, Adapting, Updating).

- ♦ **Finding:** è stata svolta da tutti i partecipanti una ricerca per via telematica presso le principali banche dati per trovare tutte le Linee Guida pubblicate in tema di BPCO dall'anno 2000 all'anno 2005), individuandone dodici.

- ♦ **Appraising:** è stata effettuata una valutazione preliminare tra tutte le linee guida trovate, scegliendo solo quelle che rispettassero almeno due dei tre "criteri di Grilli" necessari per garantire una buona qualità della LG stessa (gruppo multidisciplinare, descrizione del metodo, definizione del grading delle evidenze); quattro Linee Guida risultavano con queste caratteristiche. Dividendo i partecipanti alla ricerca in quattro gruppi di valutazione, si è poi proceduto ad applicare lo strumento AGREE ad ognuna delle quattro LG, discutendo le eventuali discrepanze eccessive tra valutatori ed arrivando all'individuazione di un punteggio percentuale finale per ognuna di esse, indicativo della sua qualità; la Linea Guida col punteggio più elevato è risultata la LG NICE del 2004, per cui si è deciso di adottarla.

- ♦ **Integrating:** è consistito nel processo, previsto dalla metodologia EBM, per cui – una volta individuata una LG di riferimento – si integrano le sue indicazioni con quelle di altre pubblicazioni scientifiche, ritenendole essenziali ad un corretto approccio del

problema; nel caso specifico non è stato necessario procedere in tal senso.

- ♦ **Adapting:** ogni LG produce un certo numero di raccomandazioni, alcune delle quali non applicabili in uno specifico contesto, con questa attività sono state prese in considerazione tutte le raccomandazioni della LG, ne è stata valutata l'applicabilità, sono state scartate quelle improponibili ed è stata prodotto un documento con le 167 raccomandazioni possibili nel contesto nazionale e territoriale dove operavano i medici di famiglia partecipanti.

- ♦ **Updating:** l'aggiornamento è consistito sia in periodici incontri di audit tra i partecipanti al progetto, sia mentendosi aggiornati sul processo di upgrade della LG stessa messo in atto dalla fondazione NICE.

4. Il Percorso Diagnostico Terapeutico

Al termine del processo formativo generale e della ricerca ed individuazione della Linea Guida, si è deciso di proporre l'applicazione ai 32 partecipanti alla prima fase. Hanno aderito 21 medici di famiglia, per cui nei primi mesi del 2006 è stato individuato un gruppo di coordinamento per il progetto e sono iniziati gli incontri con altre figure professionali (essenzialmente specialisti ospedalieri e territoriali) al fine di stabilire come applicare le raccomandazioni, i compiti di ogni singola figura professionale ed i modi per effettuare in tempi accettabili gli eventuali interventi di secondo livello richiesti.

Si è anche reso necessario definire un sistema di flusso delle informazioni ed una condivisione di dati, utilizzando lo strumento informatico e producendo un prototipo di software che rendesse possibile il tutto; sono stati an-

che definiti i criteri per valutare il lavoro svolto, individuando degli indicatori essenzialmente di struttura e processo.

Il lavoro preparatorio per la “costruzione” del PDTA, la produzione ed il collaudo del SW e l’individuazione degli indicatori e dei metodi di valutazione è durato per tutto l’anno 2006 ed i primi mesi del 2007.

Dal 1° luglio 2007 al 30 giugno 2010 è stato applicato il PDTA basato sulla LG NICE, si sono svolti sei incontri di audit strutturato per garantire il confronto tra gli operatori ed apportare le necessarie misure correttive all’attività di ognuno e si sono raccolti i dati in un

apposito server per poter poi procedere all’analisi degli stessi ed alla valutazione del lavoro svolto.

Dei 21 medici che avevano aderito preliminarmente al progetto, 19 sono stati in grado di portarlo a termine ed i dati finali sono riferiti ad essi ed ai loro circa 26.000 pazienti.

5. Il metodo di lavoro

Il medico di famiglia individuava il paziente con possibile BPCO, in base ai criteri stabiliti dalla Linea Guida ed inviava il paziente ad effettuare un esame spirometrico, in base al quale si perveniva alla diagnosi (Tabella 1).

L’esame era effettuato in tempi rapidi presso le strutture di riferimento, dove operavano gli specialisti coinvolti nel progetto coi quali si erano concordate le modalità di lavoro ed intervento.

Tutti i pazienti così reclutati restavano in ogni caso sotto osservazione e registrati nel database del medico di famiglia:

- ◆ con la diagnosi di BPCO (ICD9 491.2) se i parametri spirometrici erano indicativi di tale diagnosi (FEV1/FVC<0,7);
- ◆ con la diagnosi di TOSSE (ICD9 786.2) o DISPNEA (ICD9 786.0) in base al sintomo predominante, ma senza parametri spiro-

Tabella 1: Sintesi del progetto ABC

Obiettivo	Valutare tramite indicatori ed analisi di un pool di dati pre-determinato come e quanto l'applicazione della LG NICE sulla BPCO modifichi la pratica clinica del Medico di famiglia.
Target	Il Medico di famiglia (MDF), la cui attività pratica quotidiana viene valutata prima e dopo la sua decisione di applicare la LG NICE BPCO
Durata	Tre anni (giugno 2007 – giugno 2010)
Dimensione	19 MDF partecipanti con circa 26.000 pazienti circa
Preparazione	Fase preparatoria di circa diciotto mesi in cui è stata individuata la LG secondo metodologia EBM, ne è stata verificata e pianificata l'applicabilità, è stato predisposto un idoneo percorso assistenziale ed è stato impostato un programma formativo prima di reclutare i MDF
Metodo di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> ● Il MDF individua i pazienti con possibile diagnosi secondo i criteri NICE ● successivamente conferma la diagnosi in base ai criteri della LG ● i pazienti con diagnosi confermata entrano a far parte della sottopopolazione “BPCO” (ICD9 491.2) ● i pazienti con diagnosi non confermata restano in osservazioni suddivisi in due sottopopolazioni distinte “Dispnea” (ICD9 786.0) o “Tosse” (ICD9786.2) ● per tutti i pazienti arruolati il medico applica nell'attività quotidiana le raccomandazioni della LG NICE e coordina, quando necessario, i suoi interventi con le strutture di secondo e terzo livello in base al percorso assistenziale concordato e condiviso all'inizio del progetto ● per tutti i pazienti arruolati il medico correla ogni prestazione relativa alla malattia (prescrizione farmaci, accertamenti, ecc.) con la diagnosi ICD9 ● per tutti i pazienti arruolati il medico registra tutti i referti relativi alla malattia oggetto dello studio ● con periodicità almeno mensile il MDF invia i dati ad un server dedicato al progetto tramite un piccolo applicativo messogli a disposizione ● con periodicità almeno semestrale un incaricato estrae dal server i dati sistematizzati secondo specifiche queries ed i dati necessari per definire gli indicatori ● un apposito “gruppo di progetto” provvede a tutti gli aspetti organizzativi con suddivisione in vari ruoli ● è prevista un'attività di formazione continua attraverso momenti di audit almeno semestrali, dopo il periodo preparatorio di studio della LG
Finanziamento	Il progetto è totalmente finanziato dalla Cooperativa sociale a r.l. “Medicina del Territorio” (Medi.Ter) di Fiumicino

I numeri del progetto ABC

In nero after in **azzurro**, difetto in **rosso**

Medici

- Medici coinvolti nel percorso formativo = **31**
- Medici che hanno fornito la propria disponibilità iniziale = **28**
- Medici che hanno aderito al progetto = **22**
- **Medici che hanno portato a termine il progetto = 19**
- Assistiti dei 22 medici aderenti = 28.884
- Assistiti dei 19 che hanno concluso il progetto = **25.069**

Pazienti arruolati

- totale = **867**
- con BPCO confermata da spirometria registrata = **190**
- con diagnosi BPCO codificata ICD9 (491.2) = **276**
- con diagnosi BPCO codificata ma senza spirometria = **86** (276 - 190)
- con altre diagnosi codificate ICD9 (786.0 Dispnea - 786.2 Tosse) = **591**
- altre diagnosi confermate da spirometria registrata = **375**
- altre diagnosi non confermate da spirometria registrata = **216** (591 - 375)
- con dato spirometria mancante = **302** (86 + 216)

Spirometrie nei pazienti arruolati

- Pazienti arruolati = **867**
- Pazienti con Spirometria registrata nel periodo After = **565**
- Pazienti con Spirometria registrata nel periodo Before = **2**

Inserimento dato "BMI" nel database del medico

- Pazienti arruolati = **867**
- Dato presente già nel Periodo Before = **29**
- Pazienti arruolati con dato inserito a fine progetto = **592**
- Pazienti arruolati senza dato inserito a fine progetto = **272**
- Pazienti arruolati senza dato inserito ad inizio progetto = **838**

Inserimento dato "FUMO" nel database del medico

- Pazienti arruolati = **867**
- Registrato nel Periodo Before = **57**
- Pazienti arruolati con dato inserito a fine progetto = **615**
- Pazienti arruolati senza dato inserito a fine progetto = **252**
- Pazienti arruolati senza dato inserito ad inizio progetto = **810**

Rx Torace in tutti i pazienti arruolati:

- Pazienti arruolati = **867**
- Pazienti con richiesta Rx torace periodo Before = **136**
- Pazienti che hanno almeno un Rx Torace nel periodo After = **543**

Rx Torace nei pazienti BPCO:

- Pazienti BPCO = **276**
- Pazienti BPCO con richiesta Rx torace periodo Before = **55**
- Pazienti BPCO che hanno almeno un Rx Torace periodo After = **161**

Collaborazione con specialista pneumologo:

- Pazienti arruolati = **867**
- Pazienti con richiesta consulenze pneumologiche periodo Before = **71**
- Pazienti con richiesta consulenze pneumologiche periodo After = **572**

Collaborazione con specialista pneumologo in pazienti BPCO:(vedi Grafico 8)

- Pazienti BPCO = **276**
- Pazienti con richiesta consulenze pneumologiche periodo Before = **31**
- Pazienti con richiesta consulenze pneumologiche periodo After = **128**

Relativamente ai trattamenti farmacologici, abbiamo osservato un notevole incremento di prescrizioni terapeutiche, conseguenza del fatto che il paziente non è stato più ignorato, ovvero che non è stato delegato ad altri il trattamento della patologia, come indicato chiaramente nelle tabelle seguenti, anche se dalle medesime emergono ancora elementi di incongruenza (sicuramente migliorabili) nell'applicazione di quanto indicato dalla LG.

Legenda

Pezzi = numero totale di pezzi prescritti nel periodo a tutti i pazienti con la diagnosi indicata
Pazienti = numero totale di pazienti reclutati con la diagnosi indicata

Pezzi per paziente all'anno = media annuale di pezzi prescritti al paziente con la diagnosi indicata
Altre diagnosi = Somma dei pazienti arruolati non affetti da BPCO

metrici che permettessero la diagnosi di BPCO.

In tal modo si sono generate tre sotto popolazioni da mantenere sotto osservazione ed eventualmente da confrontare relativamente ad accertamenti richiesti, terapie eseguite e decorso clinico.

Il medico di famiglia instaurava, poi, il trattamento del caso in base agli algoritmi decisionali della IG ed in accordo con gli specialisti

coinvolti.

In caso di ulteriori accertamenti o consulenze, il paziente veniva di norma inviato agli specialisti o presso il centri coinvolti nel progetto (Ospedale San Camillo, Ambulatorio ASL RmD, Poliambulatorio Medi.Ter) nei quali veniva seguita la stessa metodologia ricavata dalla LG e veniva garantito il flusso informativo di ritorno.

Era compito del medico di famiglia registra-

re nel proprio database referti, risultati degli accertamenti, terapia, eccetera, nonché vigilare sia per una corretta e costante assunzione della terapia, sia per un eventuale invio ad accertamenti di secondo e terzo livello. Era compito degli altri operatori eseguire gli accertamenti nei tempi e nei modi desunti dalla LG e preventivamente concordati, nonché garantire esauriente flusso informativo di ritorno.

Tabella 2: Anticolinergici Inalatori (sama e lama)

				pezzi	pazienti
Pezzi per paziente all'anno	0,82 BPCO	Before Anni 6	491.2 (BPCO)	1.359	276
	0,13 786.0		786.0 (DISPNEA)	278	368
	0,04 786.2		786.2 (TOSSE)	51	223
Pezzi per paziente all'anno	0,09 Altre		Altre diagnosi	329	591
	0,32 Totale		Totali	1.688	867
Pezzi per paziente all'anno	3,54 BPCO	After Anni 3	491.2 (BPCO)	2.935	276
	0,56 786.0		786.0 (DISPNEA)	615	368
	0,48 786.2		786.2 (TOSSE)	321	223
Pezzi per paziente all'anno	0,53 Altre		Altre diagnosi	936	591
	1,49 Totale		Totali	3.871	867

Tabella 3: Beta2-Agonisti a lunga durata d'azione (laba)

				pezzi	pazienti
Pezzi per paziente all'anno	0,23 BPCO	Before Anni 6	491.2 (BPCO)	387	276
	0,03 786.0		786.0 (DISPNEA)	66	368
	0,01 786.2		786.2 (TOSSE)	20	223
Pezzi per paziente all'anno	0,02 Altre		Altre diagnosi	86	591
	0,09 Totale		Totali	473	867
Pezzi per paziente all'anno	0,38 BPCO	After Anni 3	491.2 (BPCO)	316	276
	0,11 786.0		786.0 (DISPNEA)	116	368
	0,19 786.2		786.2 (TOSSE)	127	223
Pezzi per paziente all'anno	0,14 Altre		Altre diagnosi	243	591
	0,21 Totale		Totali	559	867

Tabella 4: Associazione laba con ics (corticosteroidi inalatori)

				pezzi	pazienti
Pezzi per paziente all'anno	0,23 BPCO	Before Anni 6	491.2 (BPCO)	386	276
	0,08 786.0		786.0 (DISPNEA)	171	368
	0,07 786.2		786.2 (TOSSE)	99	223
Pezzi per paziente all'anno	0,08 Altre		Altre diagnosi	270	591
	0,13 Totale		Totali	656	867
Pezzi per paziente all'anno	1,65 BPCO	After Anni 3	491.2 (BPCO)	1.369	276
	0,68 786.0		786.0 (DISPNEA)	755	368
	0,68 786.2		786.2 (TOSSE)	456	223
Pezzi per paziente all'anno	0,68 Altre		Altre diagnosi	1.211	591
	0,99 Totale		Totali	2.580	867

L'operatività di tutti veniva verificata con audit strutturati periodici ed il livello di "qualità percepita" dal paziente è stato valutato con la somministrazione a campione del "Questionario S.George" all'inizio ed alla fine del progetto; per tale intervento erano coinvolte due infermiere professionali (che come tutti i partecipanti al progetto erano coinvolte nell'attività di audit).

6. I risultati

I medici che hanno portato a termine il progetto sono stati 19 per un carico di assistiti di circa 26.000.

Sono stati analizzati i dati riportati nelle loro cartelle cliniche relativamente ad un periodo "before", antecedente al progetto, della durata di sei anni (dal 1 gennaio 2000 al 31 dicembre 2005) ed un periodo "after", che com-

prendeva i tre anni in cui il progetto era attivo (dal 1 luglio 2007 al 30 giugno 2010).

Il risultato più evidente che emerge consiste nel fatto che nel periodo "before" praticamente del paziente con BPCO non veniva registrato nulla e non esisteva traccia di "presa in carico", nel periodo "after" si osserva un consistente aumento di dati nella presa in carico e della responsabilizzazione del medico nei

Tabella 5: ICS (corticosteroidi inalatori)

				pezzi	pazienti
Pezzi per paziente all'anno	0,68 BPCO	Before	491.2 (BPCO)	1.132	276
	0,16 786.0		786.0 (DISPNEA)	357	368
	0,14 786.2		786.2 (TOSSE)	187	223
Pezzi per paziente all'anno	0,15 Altre	Anni 6	Altre diagnosi	544	591
	0,32 Totale		Totali	1.676	867
Pezzi per paziente all'anno	2,04 BPCO	After Anni	491.2 (BPCO)	1.688	276
	0,49 786.0		786.0 (DISPNEA)	538	368
	0,57 786.2		786.2 (TOSSE)	382	223
Pezzi per paziente all'anno	0,52 Altre	3	Altre diagnosi	920	591
	1,00 Totale		Totali	2.608	867

Tabella 6: Beta2-Agonisti a breve durata d'azione (saba)

				pezzi	pazienti
Pezzi per paziente all'anno	0,41 BPCO	Before	491.2 (BPCO)	678	276
	0,07 786.0		786.0 (DISPNEA)	156	368
	0,04 786.2		786.2 (TOSSE)	57	223
Pezzi per paziente all'anno	0,06 Altre	Anni 6	Altre diagnosi	213	591
	0,17 Totale		Totali	891	867
Pezzi per paziente all'anno	1,52 BPCO	After Anni	491.2 (BPCO)	1.259	276
	0,27 786.0		786.0 (DISPNEA)	302	368
	0,48 786.2		786.2 (TOSSE)	322	223
Pezzi per paziente all'anno	0,35 Altre	3	Altre diagnosi	624	591
	0,72 Totale		Totali	1.883	867

suoi riguardi, come evidenziato dai dati riportati nello schema (before in nero after in azzurro, difetti in rosso).

7. Conclusioni

Premesso che si tratta di un esperimento tra "non addetti", condotto nel corso della quotidiana attività professionale, risulta comprensibile come i risultati ottenuti non siano ottimali e presentino un notevole margine di miglioramento; sono però risultati "veri", ottenuti su popolazioni non selezionate e nel corso di un'attività quotidiana non finalizzata alla ricerca.

Va rilevato che dati relativi ad ospedalizzazioni o costi indiretti non sono stati rilevati per il mancato coinvolgimento delle Istituzioni che avrebbero potuto fornirli.

Appare, comunque, evidente che i medici partecipanti al progetto non utilizzavano in maniera "intensiva" il proprio Sw cartella medica e che la partecipazione al progetto ha considerevolmente cambiato le loro abitudini, per cui alla fine si dedicavano con maggiore attenzione sia al rilevamento che alla registrazione dei dati, segno di maggiore attenzione ai problemi da affrontare e di crescita professionale. Tutto tenderebbe a dimostrare che è possibile applicare una Linea Guida ed è possibile organizzare un PDTA già con le risorse presenti; servono, tuttavia, molto tempo da dedicare alla formazione, una buona organizzazione con referenti ben individuabili ed una certa disponibilità finanziaria, in quanto i costi aumentano in un primo momento.

Emerge anche la tendenza del medico di fa-

miglia a ridurre il proprio operato ad atti puramente amministrativi, se non gli si fornisce uno spunto o una motivazione per interventi più patient oriented o più finalizzati alla gestione dei problemi di salute, la cui gestione richiede sempre più una reale integrazione ospedale-territorio, che preveda il confronto e l'adozione di un linguaggio comune e di un metodo di lavoro omogeneo tra gli attori di queste due realtà sanitarie: lo specialista pneumologo e il medico di medicina generale.

Quanto si è realizzato con il gruppo di lavoro che ha individuato la Linea Guida, valutato le raccomandazioni, quindi prodotto il percorso di gestione della patologia BPCO ha voluto rappresentare un tentativo di fornire una risposta concreta proprio a tale tipo di bisogno, anche e soprattutto per offrire al paziente una

Tabella 7: saba con anticolinergici

				pezzi	pazienti
Pezzi per paziente all'anno	0,03 BPCO	Before Anni 6	491.2 (BPCO)	48	276
	0,01 786.0		786.0 (DISPNEA)	23	368
	0,00 786.2		786.2 (TOSSE)	1	223
Pezzi per paziente all'anno	0,01 Altre		Altre diagnosi	24	591
	0,01 Totale		Totali	72	867
Pezzi per paziente all'anno	0,18 BPCO	After Anni 3	491.2 (BPCO)	150	276
	0,01 786.0		786.0 (DISPNEA)	9	368
	0,03 786.2		786.2 (TOSSE)	18	223
Pezzi per paziente all'anno	0,02 Altre		Altre diagnosi	27	591
	0,07 Totale		Totali	177	867

Tabella 8: saba con ics

				pezzi	pazienti
Pezzi per paziente all'anno	0,05 BPCO	Before Anni 6	491.2 (BPCO)	88	276
	0,01 786.0		786.0 (DISPNEA)	13	368
	0,00 786.2		786.2 (TOSSE)	6	223
Pezzi per paziente all'anno	0,01 Altre		Altre diagnosi	19	591
	0,02 Totale		Totali	107	867
Pezzi per paziente all'anno	0,59 BPCO	After Anni 3	491.2 (BPCO)	490	276
	0,09 786.0		786.0 (DISPNEA)	100	368
	0,15 786.2		786.2 (TOSSE)	98	223
Pezzi per paziente all'anno	0,11 Altre		Altre diagnosi	198	591
	0,26 Totale		Totali	688	867

Tabella 9: ICS (corticosteroidi inalatori)

				pezzi	pazienti
Pezzi per paziente all'anno	0,68 BPCO	Before Anni 6	491.2 (BPCO)	1.132	276
	0,16 786.0		786.0 (DISPNEA)	357	368
	0,14 786.2		786.2 (TOSSE)	187	223
Pezzi per paziente all'anno	0,15 Altre		Altre diagnosi	544	591
	0,32 Totale		Totali	1.676	867
Pezzi per paziente all'anno	2,04 BPCO	After Anni 3	491.2 (BPCO)	1.688	276
	0,49 786.0		786.0 (DISPNEA)	538	368
	0,57 786.2		786.2 (TOSSE)	382	223
Pezzi per paziente all'anno	0,52 Altre		Altre diagnosi	920	591
	1,00 Totale		Totali	2.608	867

continua garanzia della “presa in carico”, attraverso la presenza di un operatore in grado di “prendersi cura” della sua patologia in tutte le fasi della sua evoluzione.

Resta da augurarsi che simili tentativi per migliorare le proprie performances professionali vengano ripetuti in più contesti e che ne possa scaturire un confronto operativo,

in modo da permettere di trovare linee di indirizzo utili a migliorare l’assistenza medica territoriale.

*mmg, Fiumicino (Roma)

Feel All-Bran New



La scelta della crusca di frumento per la regolarità gastrointestinale

Di Angie Jefferson, dietologa

Secondo il terzo sondaggio nazionale sui consumi alimentari degli italiani, l'apporto di fibre della popolazione risulta insufficiente, in quanto il valore medio assunto da un Italiano adulto è pari a circa 17-20 g al giorno¹. Questo vuol dire che rispetto alle quantità giornaliere raccomandate (EFSA/INRAN) di 25-30 g^{2,3}, la maggior parte della popolazione avrebbe bisogno di un incremento giornaliero di fibre di almeno 5-10 g.

Uno scarso apporto di fibre può essere causa di una cattiva funzionalità gastrointestinale, un problema che interessa fino al 50% degli adulti in tutta Europa⁴. Circa un terzo (29%)⁵ della popolazione adulta lamenta infatti un transito intestinale rallentato o costipazione e quasi la metà (44%) dichiara di soffrire regolarmente di disagi gastrointestinali e/o gonfiori⁶. Oltre ai sintomi addominali, viene inoltre riscontrato associata ad un aumento di stress, stanchezza, cattivo umore e malessere in genere⁷.

La crusca di frumento è la fibra da preferire?

Per alleviare i sintomi dei disturbi intestinali, l'incremento dell'apporto di fibre nella dieta rimane comunque la soluzione più utile⁸. La fibra di crusca di frumento è una fibra efficace nel migliorare la regolarità intestinale⁹. L'UE ha confermato che la fibra di crusca di frumento contribuisce ad aumentare la massa fecale e a ridurre il tempo di transito intestinale. Ha inoltre stabilito che per ottenere tali effetti è necessario consumare almeno 10 g al giorno di fibra di crusca di frumento in una o più porzioni¹⁰.

Ai fini di un miglior benessere, una buona parte della popolazione Italiana, e addirittura l'intera popolazione Europea, dovrebbe aumentare l'apporto di fibre nella dieta. Uno dei modi più efficaci per farlo è consumare alimenti ricchi di crusca di frumento.

Come inserire la crusca di frumento nella dieta

La colazione e la merenda sono le due occasioni alimentari più importanti in cui poter inserire le fibre¹¹. È stato infatti dimostrato che mangiare cereali per la colazione, naturalmente ricchi di crusca di frumento, almeno una volta al giorno aiuta a ridurre sensibilmente i problemi gastrointestinali e la sensazione di gonfiore, nonché a migliorare il benessere generale¹².

Dei semplici accorgimenti a colazione o a merenda possono incrementare rapidamente l'apporto di fibre. La crusca di frumento si trova ormai in un'ampia gamma di prodotti squisiti, il che ne fa una scelta semplice e gustosa. Infine, non dimenticare che i cereali per la colazione ricchi di crusca di frumento possono essere facilmente aggiunti alle ricette per ottenere snack gustosi e a base di fibre.



Tabella 1: dei semplici accorgimenti nella dieta possono incrementare l'apporto di fibre e di crusca di frumento

Al posto di	Prova	Aumento dell'apporto di fibre per porzione
A colazione:		
Cornflakes	Bastoncini di cereali di crusca	10,5 g
Fiocchi multicereali	Fiocchi di crusca	5,4 g
Pane bianco	Pane integrale	2,8 g/2 fette
Croissant	Cereali di frumento al cioccolato (con crusca)	2,6 g
Muffin ai mirtili	Muffin di crusca al miele (vedi ricetta sotto)	2,5 g
Merenda:		
Barretta ai cereali	Biscotti di crusca per la colazione	4,5 g
Barretta di cioccolato	Barretta di cereali al cioccolato (con crusca)	3,5 g
Merendina	Merendina integrale (con crusca)	2,8 g
Wafer	Biscotti di frumento (tipo digestivi)	0,9 g/2 biscotti
Cracker salati	Cracker di crusca	1 g/4 cracker

Ricetta in evidenza Muffin di crusca al miele

PER 12 MUFFIN

- 225 g di farina integrale
- 12 g di lievito in polvere
- 1 g di sale
- 2 albumi
- 50 g di zucchero
- 50 g di All-Bran Bastoncini
- 300 ml di latte scremato
- 44 g di miele
- 50 ml di olio vegetale (mais)

1. Mescolare farina, lievito, sale e zucchero e mettere da parte.
2. Mettere gli All-Bran, il latte e il miele in una ciotola capiente e mescolare, quindi lasciare riposare per 3 minuti o fino a quando i cereali non si saranno ammorbiditi.
3. Aggiungere gli albumi e l'olio e sbattere bene.
4. Aggiungere il composto a base di farina e mescolare fino ad amalgamare.
5. Rivestire una teglia da muffin con dei pirottini in carta oppure ungere la teglia e dividere il composto uniformemente.
6. Cuocere a 200 °C per circa 20 minuti o fino a quando non risulteranno dorati.

Per porzione: 614 kJ/146 kcal, 4,3 g proteine, 4,8 g grassi, 22,8 g carboidrati e 3,5 g fibre

www.kelloggsnutrition.com

¹ Sette S et al (2010) The Third Italian National Food Consumption, INRAN-SCAI 2005-06 -Part1: Nutrient Intakes in Italy. Nutr Metab Cardiovasc Dis 21:922-32 ²EFSA (2010) Scientific Opinion on Dietary Reference Values for carbohydrates and dietary fibre. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA). EFSA Journal 2010; 8:1462 ³Inran (2003) LINEE GUIDA PER UNA SANA ALIMENTAZIONE ITALIANA ⁴ Quigley EMM et al (2006) Prevalence and management of abdominal cramping and pain: a multinational survey. Aliment Pharmacol Ther 24: 411-419 ⁵Taylor Nelson & Sofres (TNS) Research International. Internal Report to Kellogg Marketing & Sales, 2010. Data available on request ⁶ YouGov. Online survey carried out in April 2010 involving a nationally representative sample of 2,287 adults (aged 18+ years). Data on file ⁷ O'Sullivan K (2012) The superior benefits of wheat bran fibre in digestive health. European Gastroenterology & Hepatology Review 8: 3-6 ⁸Tursi A, Papagrigoriadis S (2009) Review article: the current and evolving treatment of diverticular disease. Alimentary Pharmacology and Therapeutics 30:532-546 ⁹Jenkins DJ et al (1987) Wheat fibre and laxation: dose response and equilibrium time. Am J Gastroenterol 82: 1259-1263 ¹⁰EFSA Journal 2010; 8(10):1817 [18 pp.]. doi:10.2903/efsa.2010.1817 ¹¹ Clemmens R et al (2012) Filling America's Fiber Intake Gap: Summary of a Roundtable to Probe Realistic Solutions with a Focus on Grain-Based Foods. J. Nutr 142: 1390S-1401S ¹²Lawton CL et al (2013) Short term (14 days) consumption of insoluble wheat bran fibre-containing breakfast cereals improves subjective digestive feelings, general wellbeing and bowel function in a dose dependent manner. Nutrients 5: 1436-1455

Crioglobulinemia e vasculite

Quando si infiammano i piccoli vasi

Stefano A. Nobili*

Il caso

Alfredo ha 75 anni, pensionato da 10 anni, peso 70kg, altezza 173cm. Nessun problema di salute fino ai 65 anni quando è stato sottoposto a stent coronarico per cardiopatia ischemica da stenosi del 90% del tratto distale del ramo discendente anteriore sinistro. È in terapia con ASA 100mg, enalapril 5mg e atenololo 50mg. Giunge all'attenzione del medico curante per dispnea, manifestazioni purpuriche e ulcere cutanee agli arti inferiori. Riferisce che la dispnea è presente da alcuni giorni, mentre la porpora già da un paio di mesi mentre le ulcere cutanee sono comparse 3 settimane prima della visita dal medico.

All'esame obiettivo sono presente febbre, artromialgie, un franco quadro di scompenso cardiaco, edemi declivi con manifestazioni purpuriche alle gambe e due ulcere cutanee apparentemente venose tibiali bilaterali.

Il medico propende per il ricovero ospedaliero.

Il quadro radiografico conferma lo scompenso, all'ECG non ci sono segni elettrocardiografici ischemici acuti; troponina negativa. L'emocromo mostra leucocitosi (15.000 GB), piastrinopenia (29.000 piastrine) che nel corso del ricovero peggiora fino a giungere a 5000. Per questo motivo viene sospeso l'ASA e introdotto prednisone 75mg e in breve le piastrine salgono a 120.000. È presente positività agli anticorpi anti-piastrine e aumento delle IgA senza componenti monoclonali. HbsAg e HCV negativo, crioglobuline positive, C3 e C4 negativi così come ANCA, AECA, ANA, Fattore reumatoide, fattori della coagulazione, anticorpi antifosfolipidi. La VES è 35. Il paziente è trattato con successo per

lo scompenso cardiaco e viene dimesso con terapia a base di prednisone 50mg fino al successivo controllo reumatologico a 60 giorni, quando è presente ancora leucocitosi (18.000GB) e le lesioni purpuriche agli arti inferiori diventano necrotizzanti. Interrogando a fondo il paziente, si scopre che presenta da un mese circa un fenomeno di Raynaud completo. Nelle urine è presente proteinuria. Si imposta terapia con ciclofosfamide 500mg la settimana (1 mg/kg/die - *Reumatismo*, 2008; 60(3):163-173) e prednisone 25mg con netto miglioramento delle lesioni cutanee che si rimpiccioliscono e nel contempo si ha un abbassamento del numero dei globuli bianchi che si attestano a 9800. L'emoglobina è 12. Permane, però la proteinuria con creatinina normale e lieve diminuzione del GFR. Transaminasi lievemente mosse (GPT 50), non indici alterati di stasi epatica.

Alla scadenza delle 12 settimane di terapia come da protocollo, il paziente presenta episodio di emoftoe, indagata con TC toracica che mette in evidenza un quadro di fibrosi polmonare. La ricerca di cellule neoplastiche nell'escreato è negativa. Alla PFR risulta una sindrome restrittiva.

Il quadro clinico rimane quiescente per un anno circa, quando ai controlli ematochimici, la creatinina sale a 1,5, all'ecografia renale si nota un assottigliamento corticale e al color doppler vi sono indici di resistenza aumentati da iniziale nefroangiosclerosi. I successivi controlli della creatinina mostrano valori fino a 1,7 e proteinuria; la TC polmonare a 1 anno di distanza fa notare un quadro di interstiziopatia. Compare da ultimo ipostenia agli arti inferiori con difficoltà alla deambulazione.

All'elettromiografia è presente screezio miopatico ai muscoli glutei di ndd senza segni di neuropatia crioglobulinemica. Il paziente viene sottoposto a cicli di fisioterapia assistita con miglioramento soggettivo della sintomatologia ipostenica periferica.

Il quadro generale però peggiora con la recrudescenza delle ulcere vasculitiche cutanee, oltre alla dispnea da scompenso cardiaco che richiede ossigenoterapia.

Commento

La vasculite crioglobulinemica è un quadro causato dall'infiammazione di arteriole e venule, ove si formano depositi di crioglobuline. Fa parte di un gruppo eterogeneo di affezioni che portano a un danno ischemico nei confronti degli organi interessati. Ne fanno parte la porpora di Schoenlein-Henoch, la malattia di Kawasaki, la poliarterite nodosa, l'arterite temporale, l'arterite di Takayasu, la granulomatosi di Wegener, ecc. Diagnosi e classificazione sono spesso difficili per l'embricarsi di sintomi appartenenti alle diverse forme cliniche.

La crioglobulinemia con vasculite è associata a sindrome febbrile, ulcere cutanee, artromialgie, sindrome di Raynaud e/o sindrome di Sjogren, neuropatia periferica, macroglobulinemia di Waldenström, mieloma multiplo ed Epatite C. Frequentemente può portare a glomerulonefrite, che può degenerare fino all'insufficienza renale.

Gli esami di laboratorio mostrano leucocitosi, anemia normocitica da malattia cronica, aumento della VES, alterazione della funzionalità renale ed epatica. Può essere presente positività per gli ANCA (An-

segue a pag.26

Feel All-Bran New



Kellogg's All-Bran *un aiuto per la tua regolarità*

Alcuni sintomi e disturbi gastrointestinali, come gonfiore o alterazioni della motilità intestinale, possono essere legati a una mancanza di regolarità quotidiana. Non aspettare di soffrire di costipazione, segui i nostri consigli per mantenere l'apporto di fibre ad un livello ottimale.

Nella maggior parte dei casi infatti, tali problemi possono essere facilmente risolti cambiando le proprie abitudini, in particolare adottando una dieta equilibrata e ricca di fibre, aumentando l'assunzione di liquidi e facendo un po' di moto. 10 g di fibra di crusca di frumento al giorno contribuiscono ad aumentare la massa fecale ed a ridurre il tempo di transito intestinale¹.

È un modo naturale per prevenire e alleviare i problemi gastrointestinali e può essere incluso facilmente nella tua dieta quotidiana.

Kellogg's All-Bran *la tua fonte di fibra*

La linea Kellogg's All-Bran comprende diversi prodotti. Cereali ricchi di fibra naturale di crusca di frumento che ti offrono il quantitativo giusto di fibre senza rinunciare al gusto. Per esempio, una porzione di Kellogg's All Bran Plus Bastoncini contiene 11 g di fibre.

Seguire una dieta ricca di fibre non è mai stato così facile e gustoso!

www.kelloggsnutrition.com

Una riflessione su appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica

Dagli indicatori di consumo agli indicatori di percorso

Luca Degli Esposti, *Clicon Srl, Health, Economics & Outcomes Research*

Walter Marrocco, *Responsabile scientifico Fimmg*

Pierluigi Russo, *Ufficio Coordinamento OsMed ed attività di HTA, Aifa*

Dagli indicatori di consumo (variabilità prescrittiva) agli indicatori di percorso (aderenza al trattamento)¹

Una prescrizione farmacologica può essere considerata appropriata se effettuata all'interno delle indicazioni cliniche per le quali il farmaco è stato dimostrato essere efficace e, più in generale, all'interno delle indicazioni d'uso (dose e durata del trattamento). Generalmente, l'appropriatezza è valutata mediante l'analisi della variabilità prescrittiva e/o dell'aderenza delle modalità prescrittive a standard predefiniti.

Nel primo caso, la variabilità prescrittiva è solitamente espressa in termini di volumi (DDD per 1.000 abitanti die) oppure di spesa (spesa pro-capite) ed evidenzia lo scostamento delle unità in valutazione ri-

spetto alla media del contesto di valutazione: le Regioni nel contesto nazionale, le Aziende Sanitarie Locali (ASL) nel contesto regionale, i singoli Medici Specialisti o di Medicina Generale nel contesto locale. Tuttavia, si deve ricordare che se la variabilità prescrittiva non spiegata (in eccesso o in difetto rispetto alla media di riferimento) indica potenziali problemi di appropriatezza, una maggiore omogeneità rispetto alla media non è di per sé sinonimo di appropriatezza prescrittiva.

Per definire l'appropriatezza prescrittiva in senso stretto sono necessarie analisi che permettano di confrontare le modalità prescrittive con standard predefiniti (analisi dell'aderenza). L'importanza di tali analisi appare giustificata da alcune principali considerazioni:

Appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica: elementi totalmente inconciliabili?

Walter Marrocco

Si parla tanto di appropriatezza. Ma a cosa si fa riferimento?

Da un punto di vista etimologico, il termine è stato messo in relazione all'inglese propriety, ovvero qualcosa di "appropriato alle circostanze", qualcuno legato a qualcun altro da "simpatia" (L.Andreozzi, *Abitudini, mode e costumi*). Altra cosa è la nostra "appropriatezza", quella che, come dice Federspil (*I fondamenti del metodo in medicina clinica e sperimentale*, Piccin, Padova, 1980), è applicata ad un procedimento clinico e valutata in rapporto ai suoi costi e alla sua efficacia.

In pratica, i comportamenti dei soggetti di una relazione clinica sono ridotti e sostituiti dai loro effetti strumentali,

per cui l'idea di giustizia che regola gli atti e le azioni è, di fatto, sostituita con quella di rispondenza economica (ciò che è economicamente giustificato è giusto) che lega il procedimento clinico alla valutazione dei benefici, subordinandoli alla valutazione dei costi.

L'appropriatezza rischia di divenire un problema degli amministratori, cioè di tecnici specializzati nelle valutazioni economico-sanitarie, che amministrano le scelte dei medici dentro una razionalità che considera il giusto non come automaticamente giustificato sul piano economico. È questo l'ambito della valutazione esclusiva dei consumi.

La famosa lotta agli sprechi, alle inutilità, alle improprietà, ma anche i DRG,

i criteri per l'appropriatezza, le note limitative, gli incentivi alle prescrizioni più economiche, le linee guida, i protocolli diagnostici, ecc., si potrebbero considerare, sotto un certo aspetto, come atti volti a tagliare quote di medicina considerate (a torto o a ragione) superflue o ingiuste.

Il nodo cruciale è che i costi di questa "demedicalizzazione" (ovvero la riduzione degli spazi decisionali del medico) sono decisamente molto alti, in particolare se si guarda alla cura complessivamente intesa e che deve dunque tener conto di ricoveri, eventuali riacquittizzazioni, grado di autonomia del paziente, ecc. Una scelta miope, visto che oggi si tende a demedicalizzare la medicina per risparmiare, e non per reinvestire in prevenzione.

- la scarsa aderenza delle modalità prescrittive a standard predefiniti è la principale causa di non efficacia della terapia farmacologica e rappresenta, di conseguenza, un fattore modificabile essenziale per il miglioramento dello stato di salute del paziente (esito clinico) e la ottimizzazione del consumo di risorse sanitarie (esito economico);²
- l'aderenza al trattamento e, più in generale, il trasferimento delle evidenze scientifiche in pratica clinica, risulta generalmente insoddisfacente e, soprattutto, non presenta un andamento di significativo miglioramento negli ultimi anni ancorché l'attenzione verso tale problematica sia diffusa ed in aumento³.

Tali indicatori di aderenza si caratterizzano per un cambio di prospettiva nella misurazione e valutazione dell'appropriatezza prescrittiva rispetto ai più tradizionali indicatori di consumo. Tali indicatori, infatti, provvedono alla misurazione della modalità d'uso dei farmaci (piuttosto che del consumo) e prendono come obiettivo di riferimento, come benchmark di appropriatezza, la modalità raccomandata (piuttosto che un valore medio di consumo). Si passa, in altri termini, da un sistema che identifica come inappropriato un uso dei farmaci che induce un consumo in eccesso (o in difetto) rispetto a un consumo medio, non provvedendo una spiegazione di tale variabilità, a un sistema che, viceversa, identifica come inappropriato un uso dei farmaci effettuato al di fuori delle raccomandazioni per cui ne è stata sperimentata l'efficacia o concessa la rimborsabilità.

Proprio al fine di spiegare la variabilità prescrittiva, gli indicatori di

aderenza sono un necessario completamento nell'interpretazione dei risultati descritti attraverso indicatori di consumo. Di seguito, sono approfonditi alcuni elementi a supporto dell'utilità di estendere le attività di valutazione anche agli **indicatori di aderenza** (Figura 1)⁴.

- **Correlazione agli esiti clinici.** L'aderenza delle modalità prescrittive a standard predefiniti, intese come quelle modalità prescrittive per cui esiste una raccomandazione scientifica, è un fattore positivamente associato al miglioramento dello stato di salute del paziente (esiti clinici) e alla ottimizzazione/minimizzazione del consumo di risorse sanitarie (esito economico). In altri termini, l'incremento dell'aderenza, cioè la riduzione dello scostamento tra pratica clinica e raccomandazioni terapeutiche, è associata ad un miglioramento degli indicatori di esito.
- **Razionalizzazione delle risorse.** Gli indicatori di aderenza delle modalità prescrittive a standard predefiniti offrono una spiegazione qualitativa della spesa sostenuta, evidenziando le modalità attraverso cui tale spesa è stata sostenuta. Di conseguenza, tali indicatori tenderanno a identificare le aree di sotto-utilizzo, in cui esiste raccomandazione ma non c'è stata prescrizione (e.g., la ridotta continuità terapeutica nei trattamenti cronici) e, al contempo, le aree di sovra-utilizzo delle terapie, in cui, al contrario, non esiste raccomandazione ma c'è prescrizione (l'uso di molecole inutilmente potenti, e costose, nei pazienti a ridotta severità di malattia) (Figura 2).
- **Commisurazione del fabbisogno.** Gli indicatori di aderenza delle modalità prescrittive a standard predefiniti offrono la possibilità di

È quindi importante, per garantire la massima qualità delle cure senza rinunciare al rispetto di vincoli di sostenibilità, che la valutazione della prescrizione passi da una valutazione di consumi alla valutazione del percorso.

Solo in questo modo si potrà evitare quella che potremmo definire "l'espropriazione della Medicina Generale" implicita nell'accezione più comune, ma anche impropria, del termine appropriatezza, se intesa come legittimazione a "scavalcare" il medico perché ritenuto (a torto o a ragione) inaffidabile a garantire un controllo economico, recuperando, invece, il significato di appropriatezza come property, che richiama alla mission principale del medico, offrire la massima e migliore salute possibile ai cittadini. Una accezione che servirà a orientare correttamente le scelte mediche verso interventi di razionalizzazione piuttosto che di semplice razionamento delle

risorse disponibili: garantire al paziente il miglior accesso al bene farmaco e contemporaneamente la sostenibilità del Sistema.

Diventa quindi assolutamente necessario passare ad un'angolazione diversa, quella di una valutazione del percorso, attraverso appositi indicatori.

L'analisi di questi indicatori risulta sviluppare una sorta di audit valutativo dei nostri comportamenti prescrittivi nel rispondere ai reali bisogni del paziente; perché si deve ricordare che, se da un lato, la variabilità prescrittiva (in eccesso o in difetto rispetto alla media di riferimento), non altrimenti spiegata, può rappresentare potenziali problemi di appropriatezza, dall'altro, una maggiore corrispondenza rispetto alla media non è necessariamente garanzia di appropriatezza prescrittiva.

Infatti, per ottenere un miglioramento degli indicatori di esito, ciò che serve è

tendere ad un incremento dell'aderenza, cioè la riduzione dello scostamento tra pratica clinica e raccomandazioni terapeutiche.

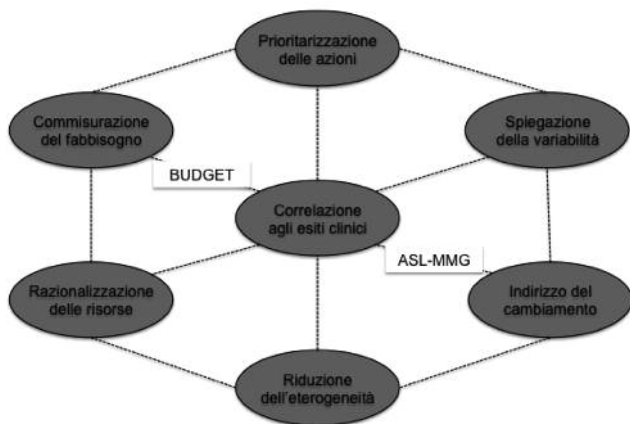
In altri termini, bisogna passare da un sistema che identifica come inappropriato esclusivamente un uso dei farmaci che induce un consumo in eccesso (o in difetto) rispetto a un consumo medio, ad un sistema che, viceversa, identifica come inappropriato un uso dei farmaci effettuato al di fuori delle raccomandazioni per cui ne è stata sperimentata l'efficacia e la sicurezza d'uso.

È una sorta di "rivoluzione culturale" dei sistemi/strumenti valutativi della prescrizione dei farmaci, più attenti ai tanti elementi che la modellano e condizionano, sicuramente più congeniali alle modalità operative del mmg e, contemporaneamente, un percorso formativo che migliora le performance prescrittive del medico.

calcolare un fabbisogno per la copertura dell'area terapeutica di riferimento. Noto il valore attuale degli indicatori di aderenza, fissato un valore obiettivo e quantificata la spesa attuale per la categoria di farmaci di riferimento è possibile stimare l'impatto sulla spesa farmaceutica per la categoria di farmaci di riferimento nell'ipotesi in cui gli indicatori di aderenza passassero dal valore attuale al valore obiettivo.

- **Prioritarizzazione degli interventi.** Gli indicatori di aderenza delle modalità prescrittive a standard predefiniti descrivono la situazione attuale e la situazione raccomandata. Con ciò esprimono, in misura immediata e quantificata, la distanza tra situazione attuale e situazione ideale e, quindi, la priorità di intervento.
- **Spiegazione della variabilità.** Come riportato in precedenza "se una variabilità prescrittiva non spiegata indica potenziali problemi

Figura 1. Razionale al cambiamento di prospettiva dagli indicatori di consumo agli indicatori di percorso

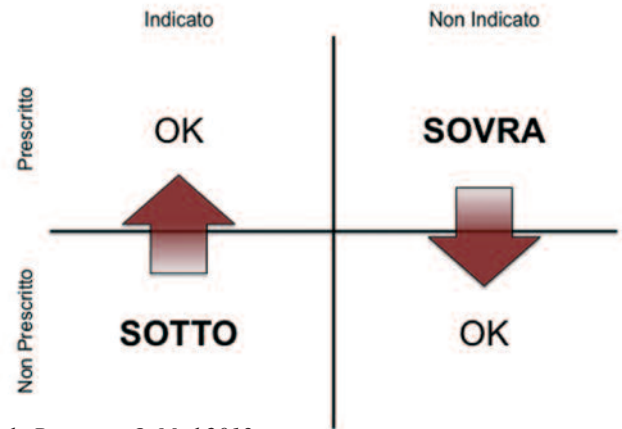


da Rapporto OsMed 2013

di appropriatezza, una maggiore omogeneità rispetto alla media non è di per sé sinonimo di appropriatezza prescrittiva". L'assenza di una correlazione tra indicatori di consumo e indicatori di aderenza (e di esito) implica una difficoltà interpretativa ed operativa per l'operatore (e.g., il medico o l'amministratore).

- **Indirizzo del cambiamento.** La possibilità di disporre, in modo periodico, di indicatori di aderenza delle modalità prescrittive a standard predefiniti rappresenta una forma di audit clinico. Gli indicatori di aderenza, misurando il grado di scostamento tra modalità prescrittive e standard predefiniti sulla base delle raccomandazioni scientifiche, si configurano come uno strumento attraverso cui l'operatore identifica il benchmark terapeutico di riferimento e valuta il proprio scostamento.
- **Riduzione dell'eterogeneità.** Gli indicatori di aderenza delle modalità prescrittive a standard predefiniti identificano, per definizione, un benchmark. Ciò comporta due principali implicazioni, l'una sulla centralità e l'altra sull'efficacia del processo di governo. Stabilendo un riferimento in termini di modalità prescrittiva, l'indicatore limita potenziali differenze tra gli operatori e tende a garantire

Figura 2. L'utilità degli indicatori di percorso nel processo di razionalizzazione della spesa farmaceutica



da Rapporto OsMed 2013

un comportamento omogeneo (tendente al benchmark).

La combinazione di alcune di queste caratteristiche rendono gli indicatori di aderenza uno strumento decisionale. In particolare, la correlazione con gli esiti clinici, la razionalizzazione delle risorse, la commisurazione del fabbisogno e la prioritarizzazione delle risorse possono essere strumentali ai fini delle attività di budget. O anche, la correlazione con gli esiti clinici, la spiegazione della variabilità, l'indirizzo del cambiamento e la riduzione dell'eterogeneità possono essere strumentali ai fini delle discussioni tra Aziende Sanitarie Locali e Medici di Medicina Generale in merito all'appropriatezza prescrittiva.

Il caso dei farmaci per il trattamento dell'ipercolesterolemia

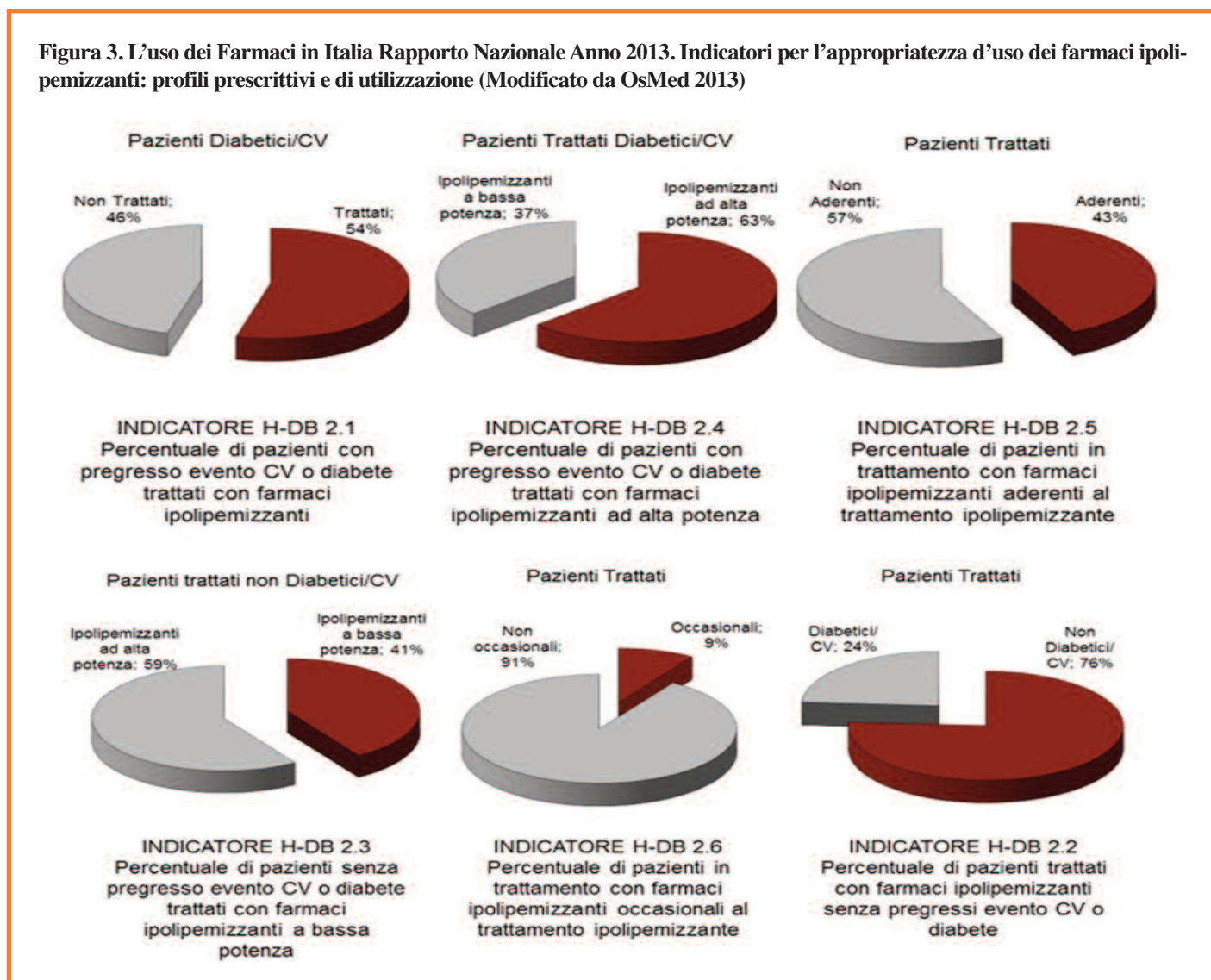
Nell'ambito del Rapporto OsMed 2013⁵, allo scopo di descrivere la situazione in Italia, sono stati calcolati un insieme di indicatori di appropriatezza d'uso dei farmaci ipolipemizzanti⁶ sui dati contenuti nei flussi amministrativi correnti messi a disposizione da parte di un gruppo selezionato di ASL (Progetto Health-DB)⁷.

Tra gli indicatori di aderenza sono inclusi sia gli indicatori di aderenza alle modalità d'uso dei farmaci (e.g., l'uso continuativo dei farmaci nei trattamenti cronici) sia gli indicatori di aderenza alle indicazioni terapeutiche dei farmaci (e.g., la prescrizione dei farmaci con specifica indicazione per la tipologia di paziente considerato).

Di seguito, a titolo di esempio, sono riportati gli indicatori calcolati in relazione ai farmaci per il trattamento dell'ipercolesterolemia:

- INDICATORE H-DB 2.1, pazienti con pregresso evento cardiovascolare o diabete in trattamento con ipolipemizzanti (Figura 3);
- INDICATORE H-DB 2.2, pazienti in trattamento con ipolipemizzanti senza pregresso evento cardiovascolare o diabete (Figura 3);
- INDICATORE H-DB 2.3, pazienti senza pregresso evento cardiovascolare o diabete in trattamento con ipolipemizzanti a bassa potenza (Figura 3);
- INDICATORE H-DB 2.4, pazienti con pregresso evento cardiovascolare

Figura 3. L'uso dei Farmaci in Italia Rapporto Nazionale Anno 2013. Indicatori per l'appropriatezza d'uso dei farmaci ipolipemizzanti: profili prescrittivi e di utilizzazione (Modificato da OsMed 2013)



scolare o diabete in trattamento con ipolipemizzanti ad alta potenza (Figura 3);

- INDICATORE H-DB 2.5, pazienti in trattamento con ipolipemizzanti aderenti al trattamento (Figura 3);
- INDICATORE H-DB 2.6, pazienti in trattamento con ipolipemizzanti occasionali al trattamento (Figura 3).

Le implicazioni economiche dell'appropriatezza d'uso dei farmaci ipolipemizzanti sono valutabili nel medio-lungo termine e nel breve termine.

Rispetto alla prima prospettiva, quella di medio-lungo termine, una maggiore aderenza al trattamento è associata ad una riduzione delle ospedalizzazioni per motivi cardio-cerebrovascolari e, conseguentemente, ad una riduzione, o quanto meno ad un differimento, dei costi assistenziali del paziente in prevenzione cardiovascolare. Una maggiore aderenza al trattamento ipolipemizzante determina, da un lato, un incremento del costo per il trattamento farmacologico e, dall'altro,

in modo oltre che commisurato un decremento del costo per le altre prestazioni assistenziali (accertamenti, visite e, soprattutto, ospedalizzazioni). Ferma restando la centralità di tale prospettiva di medio-lungo termine, risulta importante prendere in considerazione alcune delle criticità del nostro Servizio Sanitario Nazionale. In primo luogo, l'attuale sistema di remunerazione delle attività sanitarie non è orientato al rimborso della patologia quanto piuttosto al rimborso dei suoi singoli "fattori di produzione" (in altre parole, esiste un centro di costo "farmaco ipolipemizzante" e non un centro di costo "dislipidemie" con la conseguenza che l'ottimizzazione del primo non coincide necessariamente con l'ottimizzazione del secondo)⁸. In secondo luogo, la prospettiva temporale di valutazione degli interventi assistenziali per cui i tempi della patogenesi (anni nel caso delle patologie croniche) non coincidono con i tempi di gestione dei costi assistenziali. Rispetto alla seconda prospettiva, quella di breve termine, una maggiore aderenza al trattamento è funzionale al miglioramento del pro-

cesso di allocazione delle risorse attraverso lo spostamento delle risorse stesse dalle aree di sovra-spesa (Figura 3: INDICATORE H-DB 2.3, pazienti senza pregresso evento cardiovascolare o diabete in trattamento con ipolipemizzanti a bassa potenza; INDICATORE H-DB 2.6, pazienti in trattamento con ipolipemizzanti occasionali al trattamento; INDICATORE H-DB 2.2, pazienti in trattamento con ipolipemizzanti senza pregresso evento cardiovascolare o diabete) alle aree di sotto-spesa (Figura 3: INDICATORE H-DB 2.1, pazienti con pregresso evento cardiovascolare o diabete in trattamento con ipolipemizzanti; INDICATORE H-DB 2.4, pazienti

con pregresso evento cardiovascolare o diabete in trattamento con ipolipemizzanti ad alta potenza; INDICATORE H-DB 2.5, pazienti in trattamento con ipolipemizzanti aderenti al trattamento).

In conclusione, sebbene l'analisi complessiva di una malattia di medio-lungo termine, nelle sue diverse componenti gestionali ed economiche, rappresenterebbe l'approccio ideale nella valutazione dei modelli assistenziali, l'individuazione già nel breve termine di percorsi di efficientamento dell'uso dei farmaci rappresenta uno strumento essenziale nella programmazione sanitaria e nella tutela della salute.

- 1 I contenuti del presente articolo sono stati sviluppati ed in gran parte estratti dal Rapporto Osmed-Aifa "L'uso dei farmaci in Italia. Anno 2013".
- 2 Degli Esposti, L., Valpiani, G., Baio, G.L. (2002). Valutare l'efficacia degli interventi in sanità. Guida alla raccolta ed alla gestione dei dati clinici ed amministrativi. Roma: Il Pensiero Scientifico. Degli Esposti L, Valpiani G. Pharmacoeconomic burden of undertreating hypertension. *Pharmacoeconomics* 2004; 22 (14): 907-28. Osterberg L. Adherence to Medication. *N Engl J Med* 2005 353: 487-97. Sokol MC et al. Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost. *Medical Care* 2005; 43 (6): 521-530.
- 3 Lenfant. *Clinical Research to Clinical Practice – Lost in Translation?* *N Engl J Med* 2003. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies. Evidence for action.* Geneva: World Health Organization 2003.
- 4 Degli Esposti L. L'equilibrio tra appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica. Dagli indicatori di consumo (variabilità prescrittiva) agli indicatori di percorso (aderenza al trattamento). *Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione* 2014; 6(2).
- 5 Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali. L'uso dei farmaci in Itali. Rapporto nazionale 2013. Roma, Agenzia italiana dei farmaci, 2014 (disponibile online: <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/uso-dei-farmaci-italia-rapporto-osmed-2013>).
- 6 Per l'analisi sono stati considerati gli inibitori della HMG-CoA reductasi (statine: ATC C10AA) e le statine in associazione (ATC C10BA). Tali farmaci sono stati classificati in statine ad alta potenza: atorvastatina (codice ATC C10AA05), rosuvastatina (codice ATC C10AA07), simvastatina ed ezetimibe (codice ATC C10BA02) e statine a bassa potenza: simvastatina (codice ATC C10AA01), lovastatina (codice ATC C10AA02), pravastatina (codice ATC C10AA03), fluvastatina (codice ATC C10AA04).
- 7 Rapporto nazionale, anno 2013. L'uso dei farmaci in Italia. In: *Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.*
- 8 Garrison. *The Drug Budget Silo Mentality in Europe: An Overview.* *Value in Health*, 2003.

segue da pag.20

ticorpi citoplasmatici antineutrofili), gli AECA (Antiendothelial cell antibody), più raramente gli ANA (Anticorpi antinucleo). Possono essere alterati anche il Fattore reumatoide, il fattore VIII, gli anticorpi antifosfolipidi e i markers della coagulazione come PTT, Proteina C ed S, Antitrombina III'. La diagnostica per immagini si serve di RX del torace, TC, RM, ecodoppler renale e TSA. Di secondo livello, a seconda dei casi, biopsia renale, cutanea, polmonare. In caso di sospet-

to di neuropatia viene eseguita l'EMG. Riguardo l'epidemiologia, a livello internazionale la prevalenza varia a secondo dei paesi. La crioglobulinemia è associata nei paesi del mediterraneo quasi al 90% con la positività per HCV.

Il trattamento deve porsi l'obiettivo principale di diminuire l'infiammazione dei vasi e mantenere un'adeguata perfusione degli organi vitali e della cute, limitando quanto più possibile gli effetti collaterali. Di solito i cor-

ticosteroidi permettono di tenere sotto controllo le forme infiammatorie sistemiche medio-lievi. Nei casi avanzati il trattamento immunosoppressivo prevede l'utilizzo di ciclofosfamide, azatioprina, methotrexate o agenti bloccanti il tumor necrosis factor (anti TNF). L'impegno del MMG nelle patologie croniche è quello di seguire il paziente nel follow-up e di essere "sentinella" di eventuali nuovi sintomi della malattia.

*mmg, Milano

am
AVVENIRE MEDICO

Mensile della Fimmg
piazza G. Marconi 25 00144 Roma
Telefono 06.54896625
Telefax 06.54896645
Fondato nel 1963
da Giovanni Turziani
e Alberto Rigattieri

Direttore
Giacomo Milillo
Direttore Responsabile
Fiorenzo Corti
Comitato di redazione
Esecutivo nazionale Fimmg

Editore
Edizioni Health Communication
Via V. Carpaccio, 18 - 00147 Roma
Tel 06.594461 Fax 06.59446228
e.mail: avveniremedico@hcom.it
Coordinatore editoriale
Eva Antoniotti

Hanno collaborato
Gennaro Barbieri,
Lucia Conti,
Luca Degli Esposti,
Luciano Fassari,
Paolo Giarrusso,
Ester Maragò,
Walter Marrocco,
Ugo Montanari,
Stefano A. Nobili,
Giulio Rigon,
Giovanni Rodriguez,
Pierluigi Russo,
Alberto Vaona,
Giulia Zonno

Ufficio grafico
Barbara Rizzuti
Daniele Lucia

Stampa
Union Printing - Viterbo
Finito di stampare
nel mese di luglio 2014

Registrazione
al Tribunale di Bologna
n. 7381 del 19/11/2003
Costo a copia 1,50€

Editore



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

FINANZIAMENTI RISERVATI A MEDICI DIPENDENTI E MEDICI CONVENZIONATI



Genius Romagna Srl, agente in attività finanziaria (con numero iscrizione OAM A3211) monomandataria esclusiva della Dinamica Retail S.p.A. propone alla categoria dei medici dipendenti e medici convenzionati finanziamenti della durata da 36 mesi a 120 mesi, con restituzione mensile delle rate trattenute direttamente in busta paga.

FACILE E DISCRETO

Pochi documenti (*carta d'identità, codice fiscale, ultima busta paga e ultimo modello unico*).
Anche con altri finanziamenti in corso.

VELOCE

Erogazione del finanziamento tramite bonifico in conto corrente o a mezzo assegno circolare.

FLESSIBILE

Possibilità di estinguere prestiti in corso con altre banche o finanziarie ottenendo liquidità aggiuntiva e versando una sola rata mensile ridotta rispetto a quella attualmente in corso.

NESSUNA GARANZIA RICHIESTA

I nostri preventivi sono comprensivi di tutti i costi, anche quello assicurativo e non prevedono spese aggiuntive.

È SUFFICIENTE LA FIRMA SINGOLA

**CHIAMMI IL NUMERO E POTRÀ OTTENERE SUBITO UN PREVENTIVO GRATUITO
NON IMPEGNATIVO E PERSONALIZZATO**

dal lunedì al venerdì
09.00/13.00 14.00/18.00

☎ 0541 307621

Mail : rimini@prtoffice.com
Fax: 0541 392540



lo posso

essere orgogliosa di far parte di un team in cui ognuno garantisce la qualità dei nostri prodotti, indipendentemente dal luogo di produzione.

lo posso...

perché

Mylan è una delle maggiori e affermate aziende al mondo produttrici di farmaci equivalenti e specialistici. I nostri team conducono accurati controlli su tutti i medicinali, dal principio attivo alla distribuzione.

In Mylan, la priorità siete voi e i vostri pazienti.

Visitate YourMylan.com

Veronique

Mylan Plant Senior Director

**La nostra
Mylan
è la vostra
Mylan.**

 **Mylan**

Seeing
is believing

AVVETU
DU