

## Project work

### **Ipotesi di percorso assistenziale per un paziente iperteso nell'era della Information Communication Technology (ICT)**

“E-Health è un campo emergente nell'interfaccia dell'informatica medica, salute pubblica e business, .... In un senso più ampio il termine caratterizza non soltanto uno sviluppo tecnico, ma anche uno stato della mente, uno stile di pensiero, un'attitudine.... , mediante l'utilizzo di informazioni e comunicazioni tecnologiche”(9).

Sicuramente l'ICT introduce nuovi modelli di erogazione dei servizi e produce cambiamenti nell'organizzazione del lavoro (ad es. un modello tradizionale basato su piani di intervento prestabilito deve adattarsi a rispondere ai bisogni del paziente ad hoc e subito) (16 -20); inoltre, ampiamente utilizzata nel follow-up di malattie croniche, dimostra di fornire un miglior utilizzo dei servizi sanitari, migliore cura e prognosi con riduzione della mortalità (10 – 17 – 6 - 26). Sebbene occorra essere cauti nell'adottare varie forme di cibermedicina , Internet ha le potenzialità per creare le condizioni necessarie ad una reale leadership tra medico e paziente, migliorando cure e prognosi (2 - 31).

#### Proponenti:

6 Medici di MG dell'ASL di Imola (BO)  
Andrea Barducci - Comune di Medicina,  
Daniela D'angelo - Comune di Imola,  
Gino Faccani - Comune di Borgo Tossignano,  
Shirley Ehrlich - Comune di Imola,  
Terziano Mita - Comune di Castel Guelfo,  
Antonietta Plazzi - Comune di Imola

#### Ruolo dei proponenti - partecipanti:

Ai fini dell'elaborazione il gruppo si è riunito 16 volte dall'inizio del corso del Master e-health (2007-2008) seguendo un metodo di lavoro che ha fatto:

- emergere l'esperienza di ogni componente nel corso della proprio attività di MMG (media 20 anni)
- prevedere dinamiche assistenziali nel prossimo futuro (o “prossima al futuro” ) (23).

Una volta scelto il tema si sono cercate le voci bibliografiche (con la ricerca dei testi completi on line e nella Biblioteca dell' Ospedale di Imola) che potessero testimoniare esperienze simili nel mondo; sono risultati preziosi tutti gli input forniti dai Docenti del Master e il materiale bibliografico consigliato.

Negli incontri, tipo brainstorming<sup>(\*)</sup> , oltre a confrontarsi sul percorso ideale per il paziente, si sono valutate tutte le conoscenze ad oggi sulle potenzialità della rete. La sua interoperabilità: ambulatori dei MMG (singoli o del NCP – dove potrebbe operare anche l'infermiera e l'assistente sociale) con ambulatori distrettuali, ospedalieri e con i singoli cittadini. Ogni incontro

si è contraddistinto per la volontà di tutti di cercare degli output di triplice soddisfazione (23): ambientale (i cittadini), sistemica (gli operatori, i medici), della rete (la riduzione del tasso di intermediazione burocratica, l'elevamento della comunicazione – e della personalizzazione). Il gruppo ha sentito profondamente di poter dimostrare con questo project work un miglioramento assistenziale ove la meccanicità dei vecchi rapporti verrà sostituita dell'organicità delle nuove relazioni, le informazioni si personalizzeranno e ogni persona potrà diventare proprietaria dei propri dati di salute e malattia (electronic health record), mentre l'organizzazione potrà conservarne una parte sola ai fini legali, generali, di ricerca (electronic medical record) (24).

### Prefazione

La decisione di affrontare il problema dell'ipertensione (killer silenzioso che ogni anno in Italia provoca 220 mila ictus, 90 mila infarti del miocardio e 180 mila casi di scompenso cardiaco –dati SIIA) all'interno di un progetto che preveda l'utilizzo di strumenti di telemedicina è giustificata dai seguenti motivi:

1. patologia molto frequente (l'ipertensione arteriosa -oltre 140/80- è un problema che colpisce in Emilia Romagna: 41% degli uomini - 30% delle donne e in “condizioni di rischio” -(oltre 160/90) - sono : 20% degli uomini - 17% delle donne, dati SIIA)
2. patologia cronica che necessita di monitoraggio a lungo termine (16)
3. patologia che coinvolge il MMG fin dall'esordio
4. patologia che richiede il coinvolgimento di molte figure sanitarie.

Una patologia di questo tipo si può avvalere efficacemente degli strumenti di telemedicina.(17)

### Stato attuale del lavoro del MMG – il contesto

La maggior parte dei MMG della nostra realtà lavora con l'ausilio di un software – programma per la gestione dell'attività ambulatoriale impostata sui problemi; la gestione dell'ipertensione trova un insostituibile punto di riferimento nel MMG in quanto egli è a conoscenza della storia globale del paziente. Pertanto affrontare il problema dell'ipertensione arteriosa all'esordio permette di attivare percorsi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

Attualmente non ci sono canali istituzionali di condivisione della cartella clinica con specialisti nelle varie fasi e nemmeno con gli altri MMG: nell'interfaccia con le varie figure sanitarie coinvolte si rischia di perdere molte informazioni utili; questo aspetto può essere ancora più evidente quando i pazienti sono anziani con problemi cognitivi gravi .

La presenza crescente nel nostro territorio di MMG organizzati a lavorare in “medicina di gruppo” o all'interno dei Nuclei di Cure Primarie porta a condividere percorsi diagnostici e terapeutici e a valorizzare le conoscenze e le esperienze dei diversi professionisti oltre che a snellire le comunicazioni nell'interesse del paziente.

## Obiettivi:

### Primari:

1. collaborare con i vari specialisti del caso condividendo, tramite cartelle informatizzate, conoscenze e percorsi
2. ridurre il rischio di errori nei percorsi diagnostici e terapeutici
3. ridurre la burocratizzazione (promuovere burocratizzazione leggera)
4. promuovere prevenzione primaria,secondaria e terziaria
5. razionalizzare le risorse umane e economiche
6. partecipare e collaborare a studi epidemiologici longitudinali.

### Secondari:

1. prevedere la standardizzazione di tutti i dati di un paziente nelle diverse fasi della storia clinica e nei vari contatti con le diverse figure sanitarie
2. prevedere la condivisione del metodo nei diversi comparti sanitari con strumenti interattivi
3. prevedere una fase sperimentale di 24 (4) mesi in un ambito definito
4. prevedere i tempi della verifica,il volume del lavoro e la qualità del lavoro svolto (anche customer satisfaction) verso un precedente periodo con caratteristiche equivalenti
5. perfezionare il modello adottato per renderlo riproducibile in altri contesti.

Questo progetto si avvale non solo di nuove tecnologie ma di uno stile ed una comunicazione diverse senza per questo perdere efficacia, efficienza e soprattutto valorizzando ancor di più il rapporto medico-paziente.

## Percorso diagnostico terapeutico del paziente che presenta il problema dell'ipertensione arteriosa (32)

- 1) Verificare Anamnesi completa (anche quella familiare,clinica e lavorativa) presente già o da completare. A richiesta il software ripropone le linee guida aggiornate.
  - Le pluripatologie croniche , allergie, intolleranze, eventi vascolari, interventi chirurgici, malattie pregresse concluse, invalidità
  - I dati antropometrici (altezza, peso, BMI, circ. vita)(telemedicina, e-care)
  - Le abitudini voluttuarie – fumo, vino, droghe....
  - I problemi segnalati in precedenza vengono inseriti automaticamente nell'anamnesi.
  - Il Calcolo del rischio relativo e assoluto in automatico.
  - La registrazione della pressione arteriosa, frequenza, Indice di Windsor(telemedicina e-care)
  - L'analisi genetica (polimorfismo DNA)
  - La valutazione di eventuale danno d'organo.
- 2) Accertamenti da richiedere e quelli di immediata effettuazione – per stabilire “l'anno zero”:  
prenotazione automatica per il tempo d'attesa richiesto:
  - a) Esami di laboratorio secondo linee guida e protocolli del software che tengono conto dei dati già registrati sull'assistito. Inserimento automatico della risposta in cartella con codifica.

- b) ECG – in telemedicina o ambulatoriale: risposta che viene inserita automaticamente e contestualmente all'esame e sua codifica.
  - c) Ecodoppler carotideo con trasferimento diretto della risposta in cartella (anche immagini) e sua codifica.
  - d) Ecodoppler cardiaco con trasferimento diretto della risposta in cartella (anche immagini) e sua codifica.
  - e) SpO2% - tramite saturimetro che inserisce autonomamente la risposta in cartella e sua codifica (telemedicina e-care )
  - f) Esame Fundus Oculi ( nel caso di ipertensione severa) con lettore automatico che inserisce i dati autonomamente nella cartella e sua codifica (telemedicina e-care )
  - g) Holter pressorio nei casi secondo linea guida e suo inserimento in cartella e sua codifica
  - h) Misurazione della pressione arteriosa domiciliare ( invio telematico – e care)
- 3) Somministrazione del messaggio Educazionale Breve con diversi obiettivi:
- Fornire maggiore conoscenza del problema al paziente
  - Informare al meglio sulla prevenzione secondaria e terziaria – oltre agli stili di vita corretti da adottare (27, 3)
  - Sollecitare il paziente a compilare un “Diario dell’ipertensione” predisposto per la lettura di penna ottica (nel limite del possibile secondo le capacità del paziente)(27)
  - Eventuale consegna di materiale stampato di approfondimento oppure inviato per e mail a chi lo desidera
  - Corsi di educazione a piccoli gruppi (“medicina di iniziativa” al massimo 20 assistiti)
- 4) La programmazione della visita successiva per iniziare un follow up (a seconda dei valori pressori riscontrati)
- a) avviso inviato dal software di gestione della cartella a scadenze stabilite dal personale infermieristico preposto
  - b) avviso inviato per e-mail al paziente ( o per posta tramite un avviso in tempi utili dal personale di Segreteria)
- 5) Il paziente torna alla Visita Medica programmata in studio. Il MMG trova
- a) la classificazione del rischio cardiovascolare globale e relativo dell'utente codificata e standardizzata,
  - b) gli esami di laboratorio già inseriti con il valore e la codifica (color verde per normale e rosso per l'alterato),
  - c) i valori pressori del Diario inseriti (se l'utente ha inserito in apposita scheda i suoi valori) altrimenti si procede ad inserire (con una penna –lettore ottico) i dati portati dal paziente
  - d) se i valori si normalizzano (per adozione di stili di vita salutari) si invita il paziente a tornare dopo 3-6 mesi con un diario compilato
  - e) se viene confermata la diagnosi di ipertensione: il software elabora autonomamente una tabella con i farmaci ANTIPERTENSIVI adeguati e suggeriti – per le caratteristiche dell'utente e secondo le linee guida condivise (32)
- Inoltre il software
- f) ricorda gli effetti collaterali che possono manifestarsi e le attenzioni che si devono suggerire al paziente per effetti aggiuntivi che si possono manifestare.

- g) suggerisce anche i farmaci consigliati per la prevenzione secondaria (tipo antiaggreganti e statine)
  - h) programma gli esami laboratoristici necessari per monitorare gli effetti del farmaco
  - i) programma un successivo appuntamento alla data stabilita dall'inizio della assunzione del farmaco per valutare l'efficacia della terapia, gli effetti collaterali e motivare l'assistito.
- 6) Il paziente torna dal MMG alla data stabilita.
- a) i valori pressori vengono cercati nel diario (se l'utente ha inserito in apposita scheda i suoi valori) altrimenti si procede ad inserirli (con una penna –lettore ottico)
  - b) il software (per le caratteristiche del paziente )suggerisce UN FARMACO ALTERNATIVO se vengono riferiti effetti collaterali
  - c) il software suggerisce un secondo farmaco da aggiungere se non è stato raggiunto il target pressorio ottimale
  - d) il paziente viene invitato a tornare alla visita programmata dopo l'assunzione del nuovo farmaco e continua a compilare il Diario
- 7) Lo Specialista (Cardiologo, Nefrologo, Neurologo, Internista, Anestesista Rianimatore ecc..) interagisce con il MMG mediante la cartella informatizzata.
- (a) al primo incontro con il paziente – trova la richiesta del MMG on line con il quesito preciso o l'inquadramento diagnostico
  - (b) viene altresì segnalato il contesto familiare-sociale del paziente, per non avviare terapie senza l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare qualora ce ne fosse la necessità.
  - (c) l'esame obiettivo del paziente e gli accertamenti effettuati vengono inseriti nella cartella e-Health con le codifiche che permettono la stadiazione della patologia utile ai fini terapeutici e epidemiologici
  - (d) l'analisi delle allergie del paziente o eventuali intolleranze vengono segnalate subito – con un "warning" per orientare le scelte terapeutiche
  - (e) la terapia viene corretta on line (con il prodotto più appropriato, efficace ed economico -visionare il prontuario in uso di quel periodo) possibilmente con il nome della molecola
  - (f) il monitoraggio dello stato di salute del paziente viene affidato INTERAMENTE al MMG
  - (g) lo specialista se vuole conoscere l'andamento della malattia o la compliance alla terapia, può entrare nella cartella informatica(salvo parere contrario del paziente-normativa privacy)
  - (h) il MMG richiederà la consulenza specialistica ogni volta che la riterrà necessaria o secondo linee guida previste dal programma o come da richieste di altri specialisti
- In caso di scarsa adesione al percorso Assistenziale:
- non risultano misurazioni della P.A. negli ultimi trenta giorni né dal medico né dal infermiere né dal paziente
  - non risultano registrazioni di esami di laboratorio da circa 6 mesi
  - non risulta la prescrizione del farmaco in uso da 45-90 giorni
- l'assistito verrà richiamato.

## 8) Il Farmacista

- (a) Il paziente iperteso si reca in farmacia per un problema di salute (medicina di opportunità)
- (b) Se il farmacista misura la pressione art.,registra il dato nell'apposita tabella della cartella on-line
- (c) Se suggerisce un prodotto da banco o di automedicazione può entrare,tramite un link, nella terapia del paziente
- (d) Il software avvertirà se il prodotto proposto interagisce con la terapia abituale del paziente e suggerirà un prodotto alternativo
- (e) Il farmaco viene registrato nella cartella elettronica del paziente: il medico curante è così in grado di conoscere il farmaco da banco che il paziente ha assunto (1)

## Conclusione

### Consapevoli del

- diffondersi di patologie tipiche della società industriale: le cosiddette “patologie della modernità”, vecchie e nuove, legate al mutamento della struttura demografica della popolazione conseguente al forte invecchiamento (malattie cardiovascolari e cronico-degenerative più in generale, disabilità ecc..) che è la “transizione epidemiologica” (12). Questi malati cronici consumano l’88% delle prescrizioni, il 72% delle visite mediche, il 75% delle giornate ospedaliere ( 28)
- peggioramento dell’habitat ambientale e sociale, con forti effetti di stress sugli individui (tumori, incidenti stradali, domestici e sul lavoro) e di malattie del sistema nervoso (patologie relazionali ..., ecc.)( 12)
- gli effetti iatrogeni di tipo clinico, sociale e culturale che un eccessivo sviluppo delle tecnologie mediche e del complesso sanitario produce, specie per quanto riguarda le nuove patologie relazionali: la medicalizzazione della vita - Illich 1991- (12)
- la “transizione sanitaria” (come estensione del concetto della “transizione epidemiologica”(25)) che comprende i cambiamenti dei fattori di rischio
- nuovo concetto della “fragilità” - rappresenta la perdita della capacità di far fronte allo stress quotidiano, di qualsiasi tipo esso sia (eventi sociali, cambi di stagione, patologie minori) e qualunque sia la causa (esaurimento delle riserve o perdita della capacità di mobilitarle e sfruttarle) da non confondere con la disabilità
- le modificazioni virtuose dell’ambiente e degli stili di vita potrebbero avere un impatto considerevole – se pensiamo che una diminuzione di 5 mmHg della pressione sistolica, nell’insieme della popolazione, può portare ad una riduzione del 9% della mortalità coronarica e del 14% della mortalità dovuta a malattie cerebrovascolari (29).

Possiamo affermare che ogni sforzo per contribuire al cambiamento culturale e alla propagazione orizzontale dei percorsi assistenziali mediante una condivisione organica con gli altri operatori sanitari non può che migliorare la qualità della vita dei nostri pazienti oltre che la nostra (24).

## **Bibliografia**

- 1) Ballantyne Peri J, The role of pharmacistis in primary care (editorials) BMJ 2007; 334: 1066-1067
- 2) Bauer KA, using the intrnet to empower patients and to develop partnerships with clinicians: Word Hosp Health Serv 2002; 38(2):2-10
- 3) Bobrie G. et Al. Self-measurement and self-titritien in hypertension: a pilot telemedicine study Am. J. Hypertension 2007 Dec; 20(12): 1314-1320
- 4) Bower DJ, Barry N, Reid M, Norrie J Designing and implementing E-health applications in the UK's National Health Service University of Dundee, Dundee,Scotland J Health Commun. 2005 Dec;10(8):733-50
- 5) Chiong JR: controlling hypertension from a public perspective: Int.J Cardiol 2008 Jan
- 6) Clark R.A. Et Al. Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: systematic review and meta-analysis BMJ 2007 May 5; 334(7600): 948
- 7) Djounè L. et Al. Relation of albuminuria to left ventricular mass (from the HyperGEN Study) Am J Card. 2008 Jan 15; 101(2): 212-6
- 8) Doolittle GC, Spaulding RJ Defining the needs of a telemedicine service Kansas University Medical Center, Department of Internal Medicine, Division of Hematology/O ncology, Kansas City, USA J Telemed Telecare, 2006; 12(6): 276- 284
- 9) Eysenbach G. "What is e-health?" J.Med.Internet Res. 2001; 3(2): e20
- 10) García-Lizana F, Sarría-Santamera A. New technologies for chronic disease management and control: a systematic review Agency for Health Technology Assessment, Institute of Health Carlos III, Madrid, Spain. J Telemed Telecare. 2007;13(2):62-8
- 11) Germany R Murray C Use of device diagnostics in the outpatient management of heart failure Am J Card 2007 May 21; 99(10A): 11G-16
- 12) Giarelli G. "Il malessere della medicina – un confronto internazionale" Editore Franco Angeli srl Milano, Italy 2003
- 13) Green CJ, Fortin P, Maclure M, Macgregor A, Robinson S, Information system support as a critical success factor for chronic disease management: Necessary but not sufficient School of Health Information Science, University of Victoria, Victoria, Canada Int J Med Inform, 2006 Dec; 75(12): 818-28. Epub 2006 Aug 17
- 14) Halifax NV, Cafazzo JA, Irvine MJ, Hamill M, Rizo CA, McIssac WJ, Rossos PG, Logan AG - Telemanagement of hypertension: a qualitative assessment of patient and physician preferences Centre for Global eHealth Innovation, University Health Network, Mount Sinai Hospital, Toronto, Ontario Can J Cardiol, 2007 May 15; 23(7): 591-4
- 15) Kertanie A. telemedicine in primary health care Stud Health Technol Inform, 2008; 31:171-7
- 16) Lamothe L, Fortin JP, Labbè F, Gagnon MP, Messikh D. Impacts of telehomecare on patients, providers, and organizations Health Administration Department, Faculty of Medicine, University of Montreal, Montreal, Canada Telemed J E Health, 2006 Jun; 12(3):363-9
- 17) Liddy C.et altri Telehomecare for patients with multiple chronic illnesses Can.Fam.Physician, 2008,vol.54(1):58-65
- 18) Paus Jenssen AM et Al. Cardiovascular risk reduction via telehealth: a feasibility studt Can. J. Cardiol. 2008 Jan; 24(1): 57-60

- 19) Maglaveras N. Contact centers, pervasive computing and telemedicine: a quality health care triangle Aristotle University, The Medical School, Lab of Medical Informatics, 54124 Thessaloniki, Greece *Stud Health Technol Inform.* 2004; 108:149-54
- 20) Matusitz J, Breen GM Telemedicine: its effects on health communication Nicholson School of Communication, University of Central Florida, Orland, FL 32816, USA *Health Commun.* 2007;21(1):73-83
- 21) Majeed et Al. Improving the quality of care with performance indicators *BMJ* 2007; 335: 916-918
- 22) Moehr JR, Schaafsma J, Anglin C, Pantazi SV, Grimm NA, Anglin S Success factors for telehealth - a case study School of Health Information Science, University of Victoria, Victoria, Canada *Int J Med Inform.* 2006 Oct-Nov; 75(10-11): 755-63. Epub 2006 Jan 4
- 23) Moruzzi Mauro –“internet e sanità organizzazione e mangament al tempo della rete” – Franco Angeli srl Milano Italy 2008
- 24) Moruzzi Mauro – saggio “Autoreferenzialità, reti e personalizzazione della cura” *Rivista Salute e Società - Anno VI supplemento al n.2/2007 -1341.20* F.Guarino e L. Mignardi (a cura di) *Tecnologie a rete per la salute e assistenza*
- 25) Omran A.R. (1971) “ The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change”, *The Milbank Quarterly*, 49:509-538.
- 26) Paré G, Jaana M, Sicotte C Systematic review of home telemonitoring for chronic diseases: the evidence base HEC Montréal, 3000 Chemin de la Côte-Ste-Catherine, Montreal, Quebec, Canada *J Am Med Inform Assoc.* 2007 May-Jun;14(3):269-77. Epub 2007 Feb 28
- 27) Schroeder K. Fahey T. Improving adherence to drugs for hypertension (editorials) *BmJ* 2007; 335: 1002-1003 16b Smsll RS Integrating device-based monitoring into clinical practice insights from a large heart failure clinic *Am J Card* May 21; 99(10A): 17G-22G
- 28) Small RS Integrating device-based monitoring into clinical practice insights from a large heart failure clinic *Am J Card* 2007 May 21; 99(10A): 17G-22G
- 29) Tonelli Luigi AUSL Siena ( *Rivista Salute e Territorio* n.149 – 2005)
- 30) Wang L. Fundamentals of intrathoracic impedance monitoring in heart failure *Am J Card* 2007 May 21; 99(10A): 3G-10G
- 31) Woodend AK et Al. Telehome monitoring in patients with cardiac disease who are at high risk of readmission *Heart Lung* 2008 Jan-Feb; 37(1): 36-45
- 32) BIBLIOGRAPHIC SOURCE(S)
  - Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, Grassi G, Heagerty AM, Kjeldsen SE, Laurent S, Narkiewicz K, Ruilope L, Rynkiewicz A, Schmieder RE, Struijker Boudier HA, Zanchetti A, ESC Committee for Practice Guidelines (CPG):, Vahanian A, Camm J, De Caterina R, Dean V, Dickstein K, Filippatos G, Funck-Brentano C, Hellemans I, Kristensen SD, McGregor K, Sechtem U, Silber S, Tendera M, Widimsky P, Zamorano JL, ESH Scientific Council:, Kjeldsen SE, Erdine S, Narkiewicz K, Kiowski W, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Cifkova R, Dominiczak A, Fagard R, Heagerty AM, Laurent S, Lindholm LH, Mancia G, Manolis A, Nilsson PM, Redon J, Schmieder RE, Struijker-Boudier HA, Viigimaa M, Document Reviewers:, Filippatos G, Adamopoulos S, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Bertomeu V, Clement D, Erdine S, Farsang C, Gaita D, Kiowski W, Lip G, Mallion JM, Manolis AJ, Nilsson PM, O'brien E, Ponikowski P, Redon J, Ruschitzka F, Tamargo J, van Zwieten P, Viigimaa M, Waeber B, Williams B, Zamorano JL. 2007 Guidelines for the



management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2007 Jun;28(12):1462-536. [825 references]  
PubMed

(\*) Il brainstorming (letteralmente: tempesta cerebrale) è una tecnica di creatività di gruppo per far emergere idee volte alla risoluzione di un problema. Sinteticamente consiste, dato un problema, nel proporre ciascuno liberamente soluzioni di ogni tipo (anche strampalate o con poco senso apparente) senza che nessuna di esse venga minimamente censurata. La critica ed eventuale selezione interverrà solo in un secondo tempo, quando la seduta di brainstorming è finita. Il risultato principale di una sessione di brainstorming, è in genere molto produttivo e ha molte applicazioni pratiche specie per lo sviluppo di nuovi prodotti - ottenendo idee per nuovi prodotti e migliorando i prodotti esistenti

Consegnato : il 27.03.08

Firme:

Andrea Barducci

Daniela D' Angelo

Gino Faccani

Shirley Ehrlich

Terziano Mita

Antonietta Plazzi