

VIII Convegno
IL CONTRIBUTO DELLE UNITÀ DI VALUTAZIONE ALZHEIMER (UVA)
NELL'ASSISTENZA DEI PAZIENTI CON DEMENZA
7 novembre 2014

Il Percorso Diagnostico-Terapeutico- Assistenziale per le Demenze nella ASL Roma D: punti di forza e di debolezza

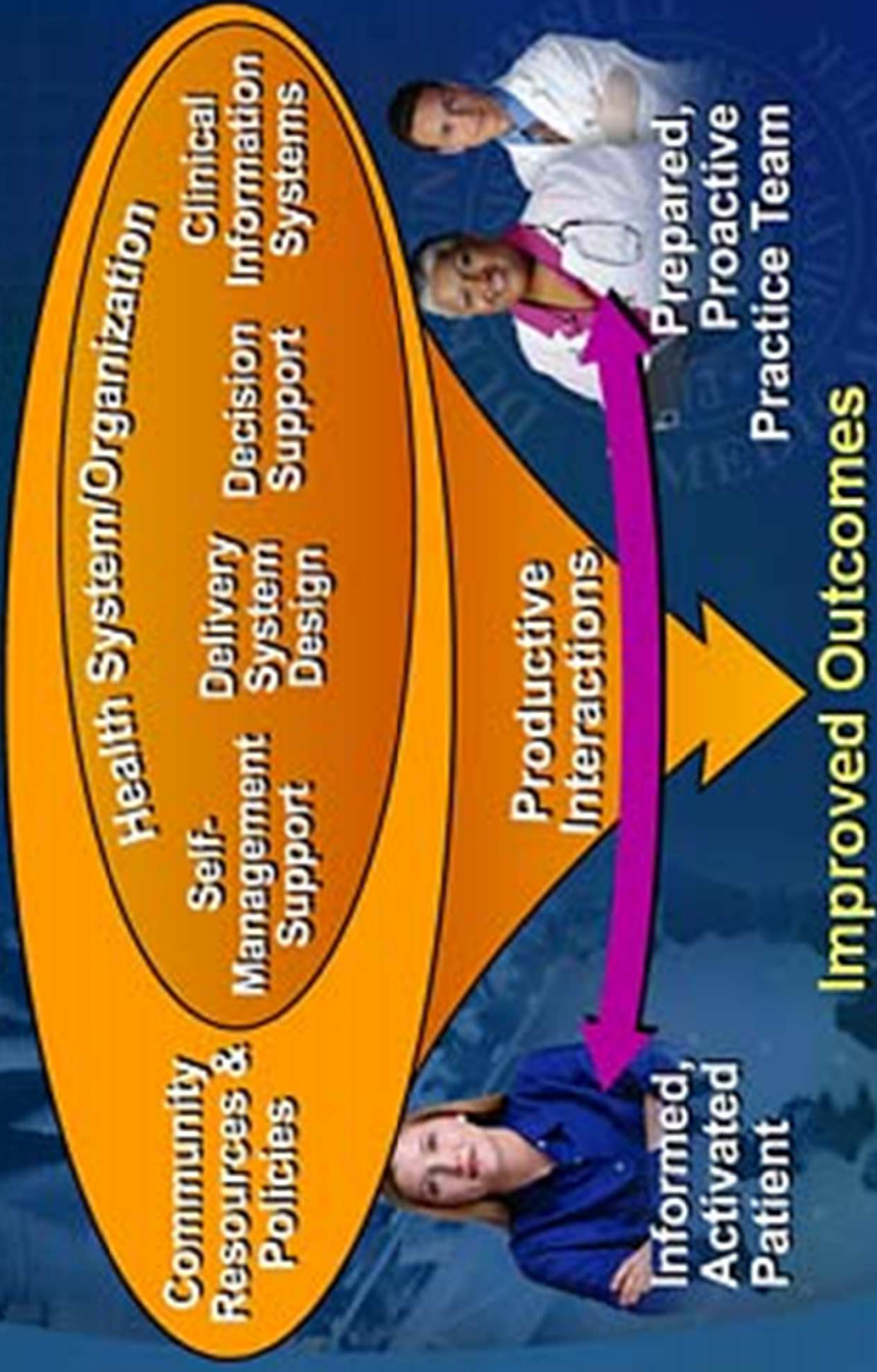
Giovanni Mancini, Antonio Mastromattei,
Domenico Trentino, Giovanna De Bellis, Daniela
Sgroi, Vittorio Chinni

Rete Professionale per le Demenze – ASL RM D

Chronic Care Model

- Il Chronic Care Model (CCM) è un modello di assistenza medica dei pazienti affetti da malattie croniche sviluppato dal professor Ed Wagner e dai suoi colleghi del McColl Institute for Healthcare Innovation, in Seattle nel 1998.
- Il modello propone una serie di cambiamenti a livello dei sistemi sanitari utili a favorire il miglioramento della condizione dei malati cronici e suggerisce un **approccio “proattivo”** tra il personale sanitario e i pazienti stessi, con questi ultimi che diventano parte integrante del processo assistenziale.
- Questo percorso per i pazienti cronici è stato suggerito con l'obiettivo di passare da un modello di **“Medicina d'attesa”**, dove il bisogno si trasforma in domanda, ad una **“Sanità d'iniziativa”**

Chronic Care Model



Le sei direttive del Chronic Care Model

1. **Le risorse della comunità:** analisi dei fattori che determinano le condizioni di salute
2. **Le organizzazioni sanitarie:** organizzazione dei servizi sanitari per aumentare le capacità di risposta ai cittadini affetti da patologie croniche e migliorarne la qualità;
3. **Il supporto all'auto-cura:** coinvolgimento dei cittadini per diffondere la conoscenza delle malattie e la capacità di autogestione delle stesse;
4. **L'organizzazione degli interventi del team:** programmazione degli interventi (prevenzione, diagnosi, cura e controlli) per migliorare la gestione delle malattie croniche in tutti i loro stadi (la cosiddetta "sanità di iniziativa") in modo da prevenire la comparsa delle malattie e, quando esse si manifestino, in modo da gestirle al meglio e prevenirne le complicanze.
5. **Il supporto alle decisioni.** La definizione di **Percorsi Assistenziali** per le malattie croniche e l'adozione di **Linee Guida** basate sull'evidenza offrono gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici. Nel percorso assistenziale i diversi operatori concordano il tipo di intervento e le modalità di attuazione (**chi fa che cosa, come e quando**). Inoltre il cittadino informato (**empowerment del paziente**) condivide e partecipa attivamente alla definizione del percorso assistenziale.
6. **I sistemi informativi** computerizzati costituiscono il supporto, in ogni fase del percorso, per ottimizzare la raccolta e la gestione dei dati clinici.

Qualità e Sostenibilità del Sistema Assistenziale Socio-Sanitario

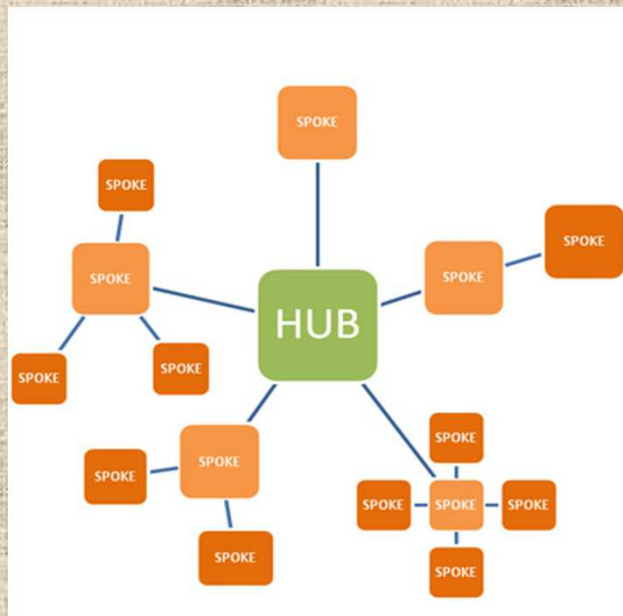
- **Efficacia:** raggiungimento degli obiettivi minimi assistenziali per tutte le persone affette da riduzione della autosufficienza
- **Efficienza:** rapporto tra risultati di efficacia da raggiungere e risorse disponibili, in modo da favorire l'esito migliore
- **Qualità:** misura di efficacia ed efficienza con indicatori di processo e di esito
- **Equità:** accessibilità ai servizi e capacità di evitare discriminazioni sia in riferimento ai costi sia alle modalità di erogazione delle prestazioni assistenziali
- **Soddisfazione (Responsiveness):** in che misura si risponde alle aspettative dell'utenza, qualità percepita
- **Appropriatezza:** capacità del servizio di essere centrato rispetto al bisogno che si intende soddisfare.

I PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALI (PDTA)

- Sono macroprocessi che rappresentano l'intero iter gestionale di un problema di salute.
- Sono piani multidisciplinari e interprofessionali relativi ad una specifica categoria di pazienti in uno specifico contesto locale, che prevedono spesso una **Rete Assistenziale**, e la cui attuazione è valutata mediante indicatori di processo e di esito.
- Hanno lo scopo di:
 - eliminare il più possibile i ritardi e gli sprechi
 - contenere le variazioni non necessarie nei trattamenti
 - assicurare la continuità e il coordinamento della assistenza
 - ridurre al minimo i rischi per i pazienti
 - migliorare gli esiti

La Rete Professionale nella ASL RM D

La **Rete Professionale per le Demenze** è stata istituita nel 2008 allo scopo di **collegare e coordinare** un insieme di professionisti, UU.OO. e/o loro articolazioni, **organizzati su base non gerarchica** attorno a processi ed interessi comuni, con il fine di raggiungere obiettivi di salute e benessere sociale, attraverso la collaborazione ed il confronto tra operatori dei servizi sanitari e sociali, che attuano la **presa in carico** mediante percorsi assistenziali di continuità (**Chronic Care Model**)



Il **modello di rete hub & spoke** nei servizi sanitari è un **sistema organizzativo gerarchico** che prevede la concentrazione dei casi che necessitano di assistenza ad elevata complessità in centri di eccellenza (centri hub), che sono fortemente integrati con i centri periferici (spoke), cui compete sia l'assistenza per i casi meno complessi sia la selezione dei pazienti da "centralizzare", quando si supera una certa soglia di complessità clinico-assistenziale

La Legge Reg. n.6 del 12/06/2012 ed il Piano Sanitario Regionale del Lazio 2013-2015

- Presa in carico globale del paziente con demenza e della sua famiglia attraverso la **Integrazione socio-sanitaria** dei servizi dedicati
- Riorganizzazione delle 34 UVA regionali in **Centri Diagnostici Specialistici per le demenze** e **Centri Esperti per le demenze (Distrettuali o polidistrettuali)**, in base alle figure professionali e competenze presenti, alla disponibilità di prestazioni specialistiche di secondo livello e alla possibilità di attivazione tempestiva di una **rete assistenziale** adeguata
- Nella equipe della **Unità Valutativa Territoriale (Centro Esperto)** dovrà far parte il MMG, insieme al medico specialista nelle demenze (Neurologo, Geriatra, Psichiatra), neuropsicologo, assistente sociale, infermiere professionale, che accompagneranno il paziente attraverso percorsi assistenziali in funzione dell'evoluzione della malattia

Gli Attori della Rete per le Demenze

- Paziente
- Caregivers e vicini solidali
- Associazioni di Volontariato Sociale
- Medico di Medicina Generale
- Specialisti UVA
- Psicologo
- Operatori del PUA
- Operatori Sanitari Ospedalieri
- Operatori socio-sanitari dei Centri Diurni
- Operatori Sociali a domicilio
- Operatori di RSA e Case di Riposo

Il PDTA per le demenze della ASL Roma D



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA D



REGIONE
LAZIO

Fase 1: Prediagnostica

Obiettivo: pervenire ad una diagnosi precoce

Attori principali: Medico di Medicina Generale, Specialista Ambulatoriale
(Neurologo, Psichiatra, Geriatra)

Strumenti: Questionario AD8; Valutazione del Bisogno Assistenziale;
Protocollo diagnostico per sospetta demenza; Documento Sanitario Sintetico

Screening diagnostico dei casi di sospetta demenza con un semplice questionario (AD8); inviare alla UVA già con un protocollo diagnostico espletato secondo le **Linee Guida della Società Italiana di Neurologia** (2004) che comprenda:

TAC cranio senza mdc o RM encefalo per i casi di età inferiore ai 75 anni o con disturbi sensitivo-motori; ECG; esami ematici per escludere demenze secondarie (emocromo, VES, sodio, potassio, calcio, glicemia, creatinina, ALT, GammaGT, elettroforesi proteica, colesterolo LDL, dosaggio Vitamina B12, Acido Folico, TSH)

- 2) Invio presso le sedi UVA dei pazienti a rischio per decadimento cognitivo, accompagnati da un **Documento Sanitario Sintetico** preparato dal MMG, contenente le principali patologie e terapie in corso (oppure **Fascicolo Sanitario Elettronico** quando sarà disponibile);
- 3) Indicazione del grado di priorità con cui dovrà essere effettuata la visita presso la UVA (urgente o non-urgente), in base alla valutazione della problematicità assistenziale del caso.

Questionario AD8

- Il Questionario AD8 è stato dimostrato essere adatto a rilevare segni precoci di demenza. Con il Questionario AD8 al familiare informatore viene richiesto di valutare qualsiasi cambiamento che abbia notato nelle seguenti aree di funzionamento personale:
 1. Ci sono stati problemi di giudizio delle situazioni (ad es. problemi decisionali, decisioni finanziarie sbagliate, problemi di giudizio o di pensiero) ?
 2. E' diminuito l'interesse per i suoi hobby o altre attività in precedenza svolte ?
 3. Il presunto pz. ripete spesso le stesse cose, come storie, frasi o domande?
 4. Ha problemi nell'imparare ad usare strumenti o elettrodomestici, quali il telecomando TV, il computer o il forno a microonde ?
 5. Dimentica spesso il mese o l'anno in cui siamo ?
 6. Ha notato qualche difficoltà nel gestire affari finanziari (ad esempio far quadrare i conti di casa, pagare tasse o bollette) ?
 7. Dimentica appuntamenti più spesso che in passato ?
 8. Si notano significativi problemi quotidiani di memoria o nel ragionamento ?
- I familiari "Informatori" devono solo rispondere con "SI" o "NO". Il "SI" vale un punto.
- Se il questionario totalizza almeno due punti, si consiglia di procedere ad una ulteriore valutazione clinica.

Adattato da: Galvin JE et al. The AD8, a brief informant interview to detect dementia. *NEUROLOGY* 2005; 65: 559-564.

Valutazione dei pazienti alla prenotazione nel Centro per le Demenze o presso il MMG

SCALA DI VALUTAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI (VBA)

1. Sono presenti alterazioni comportamentali disturbanti (agitazione psicomotoria, aggressività, insonnia ostinata)?
(2 punti: agitazione/aggressività/insonnia non gestibili; 1 punto: A/A/I gestibili; 0 punti: non A/A/I)
2. Il paziente vive solo o con caregiver unico in difficoltà (burn out)?
(2 punti: paziente solo o con caregiver poco presenti; 1: caregiver in difficoltà; 0 punti: paziente ancora autosufficiente o con buona rete sociale)
3. Ha perso la autonomia nella vita quotidiana?
(punti 2: non autosufficiente; 1 punto: parzialmente autosufficiente; 0 punti: discretamente autosufficiente)
4. Ha comorbidità che non sono gestibili dal suo medico curante?
(punti 2: più malattie invalidanti o che richiedono terapie complesse; 1 punto: una malattia invalidante o con terapia complessa; 0 punti: non patologie invalidanti concomitanti)

STRATIFICAZIONE DEL PUNTEGGIO TOTALE VBA

- **VBA = 0 (Codice Bianco):** prenotare Visita Neurologica o Geriatrica ambulatoriale sul territorio con la normale lista di attesa (non necessariamente visita CENTRO PER LE DEMENZE);
- **VBA = 1-2 (Programmabile):** Assistenza poco problematica, può attendere l'appuntamento programmato secondo la regolare lista di attesa, se possibile istruire la famiglia a stimolare o gestire il paziente in modo appropriato
- **VBA = 3-4 (Differibile):** Assistenza mediamente problematica: inserire nella CENTRO PER LE DEMENZE entro 1 mese
- **VBA 5-6 (Breve):** Assistenza discretamente problematica: inserire entro 10 gg presso la sede CENTRO PER LE DEMENZE di competenza territoriale o presso la Neurologia dell'Osp. Grassi, anche per avviare la rete assistenziale attraverso il PUA Distrettuale o richiedere un ricovero di sollievo in Centro Alzheimer
- **VBA >6 (Urgente):** Assistenza molto problematica: visitare presso la Neurologia dell'Osp. Grassi entro 72 ore (esclusi festivi) per terapie tempestive sui disturbi comportamentali ed avvio della rete assistenziale attraverso il PUA o richiesta di ricovero di sollievo in Centro Alzheimer o RSA.

Fase 2: Diagnostica

- **Obiettivo:** pervenire ad una conferma diagnostica e all'avvio dei trattamenti sia farmacologici che non-farmacologici
- **Attori:** Sedi UVA aziendali presso l'Ospedale Grassi e i Distretti Sanitari
- **Strumenti:** Esame Neuropsicologico, Visita Neurologica, compilazione della Scheda Diagnostico - Terapeutico-Assistenziale SDTA

Fase 2: Diagnostica

- **Presa in carico** del paziente demente presso la UVA se confermata la diagnosi di demenza
- Prescrizione dei Piani Terapeutici regionali per i farmaci per la demenza di Alzheimer, consegna delle prime confezioni gratuite
- Ascolto delle problematiche assistenziali del paziente e dei familiari
- Compilazione di un documento sintetico denominato “**Scheda Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale o SDTA**”
- La SDTA serve a proporre, d'accordo con il paziente e i suoi familiari, la tipologia di intervento ritenuta più opportuna per ciascun caso sulla base di criteri clinici e/o socio-economici di accesso alle **prestazioni assistenziali domiciliari sanitarie e/o sociali**, che comportano necessariamente il coinvolgimento del **PUA Distrettuale** e del **MMG**
- La SDTA può anche contenere l'indicazione a richiedere l'accesso presso un **Centro Diurno per demenza** o presso un **Nucleo Alzheimer di ricovero**, che non dovrà necessariamente passare per il PUA-UVM



SISTEMA SANITARIO REGIONALE F

ASL
ROMA D



REGIONE
LAZIO

U.V.A. Unità Valutativa Alzheimer ASL RM D

Sede di
Tel.

Fax

E-mail:

SCHEDA DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE

Data _____ Visita n. _____

Cognome e Nome _____

Nato il _____ Abitante in _____

Medico MG Dr. _____ Tel.pz. _____

Diagnosi presuntiva:

Comorbidità rilevanti

Punteggio Mini-Mental State Examination = /30 corretto per età e scolarità=
Punteggio ADL = /6 Punteggio IADL = /8 Punteggio CDR =
Eventuali altri test cognitivi o di autonomia funzionale:

Status neurologico sintetico:

Disturbi psicocomportamentali:

Terapia neurologica:

Altre terapie farmacologiche:

Trattamenti non farmacologici proposti:

Esami da effettuare:

Data prossima visita:

Firma e timbro

Altre finalità della SDTA

La SDTA serve anche da documento per:

- **il Medico di Medicina Generale (diagnosi, parametri clinici e prescrizioni terapeutiche)**
- **Certificazione ai fini del riconoscimento della Invalidità Civile**
- **Certificazione per eventuale nomina dell'amministratore di sostegno o per la inabilitazione del paziente**
- **Informazioni clinico-terapeutiche opportune per altri eventuali interventi medici, per accessi in Pronto Soccorso o in caso di ricovero ospedaliero:**
 - Schema delle terapie del paziente per familiari e badanti;**
 - Promemoria degli esami da effettuare o programmare per il follow-up**
- **Promemoria dell'appuntamento per il follow-up**

FASE 3: INTEGRAZIONE DEGLI INTERVENTI

- **Obiettivo:** garantire precisi riferimenti al paziente e alla sua famiglia, fornire interventi appropriati per la fase di malattia e per i bisogni assistenziali ed intervenire in modo integrato nella gestione dei problemi clinici intercorrenti
- **Attori:** PUA, Unità Valutativa Multidimensionale UVM, MMG, Centri Diurni, Nuclei Alzheimer, Servizi Sociali Comunali o Municipali
- **Strumenti:** Assistenza domiciliare da parte del MMG, CAD, Servizi Sociali; nel caso di interventi che necessitino di integrazione socio-sanitaria la Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) del PUA formulerà un **Progetto di Assistenza Individuale (PAI)** per la programmazione degli interventi necessari

FASE 3: Attivazione della Integrazione Socio-Sanitaria attraverso il PUA

- **Valutazione** da parte degli operatori del PUA ed eventualmente della **Unità Valutativa Multidimensionale (UVM)**, che formulano un **Progetto di Assistenza Individuale (PAI)** per attivare le varie tipologie di assistenza domiciliare sociale o sanitaria (counseling, FKT, logopedia, assistenza infermieristica o specialistica, inserimento in Centro Diurno Alzheimer);
- Ciclo di Interventi di **counseling addestrativo a domicilio** per i caregivers dei pazienti con demenza a cura del personale dei CAD distrettuali (**empowerment**);
- **Cure Domiciliari** per la parte **Sociale** (a gestione diretta da parte dei Municipi o di organismi sociali da loro delegati), che prevedano interventi articolati su livelli di prestazioni **diversificati per pazienti di grado lieve-medio e per quelli di grado severo:**
 - 1) assistenza domiciliare specializzata Alzheimer per le condizioni di demenza lieve-media ($MMSE \geq 14/30$), con prevalenti interventi riabilitativi e di formazione e potenziamento dei caregivers;
 - 2) assistenza domiciliare di tipo prevalentemente tutelare (con interventi di assistenza alla persona) per i pazienti con demenza moderato-severa ($MMSE < 14/30$), in quanto queste fasi tardive di demenza presentano differenti esigenze assistenziali per l'utente e per i suoi familiari

FASE 4: FOLLOW UP DEGLI INTERVENTI

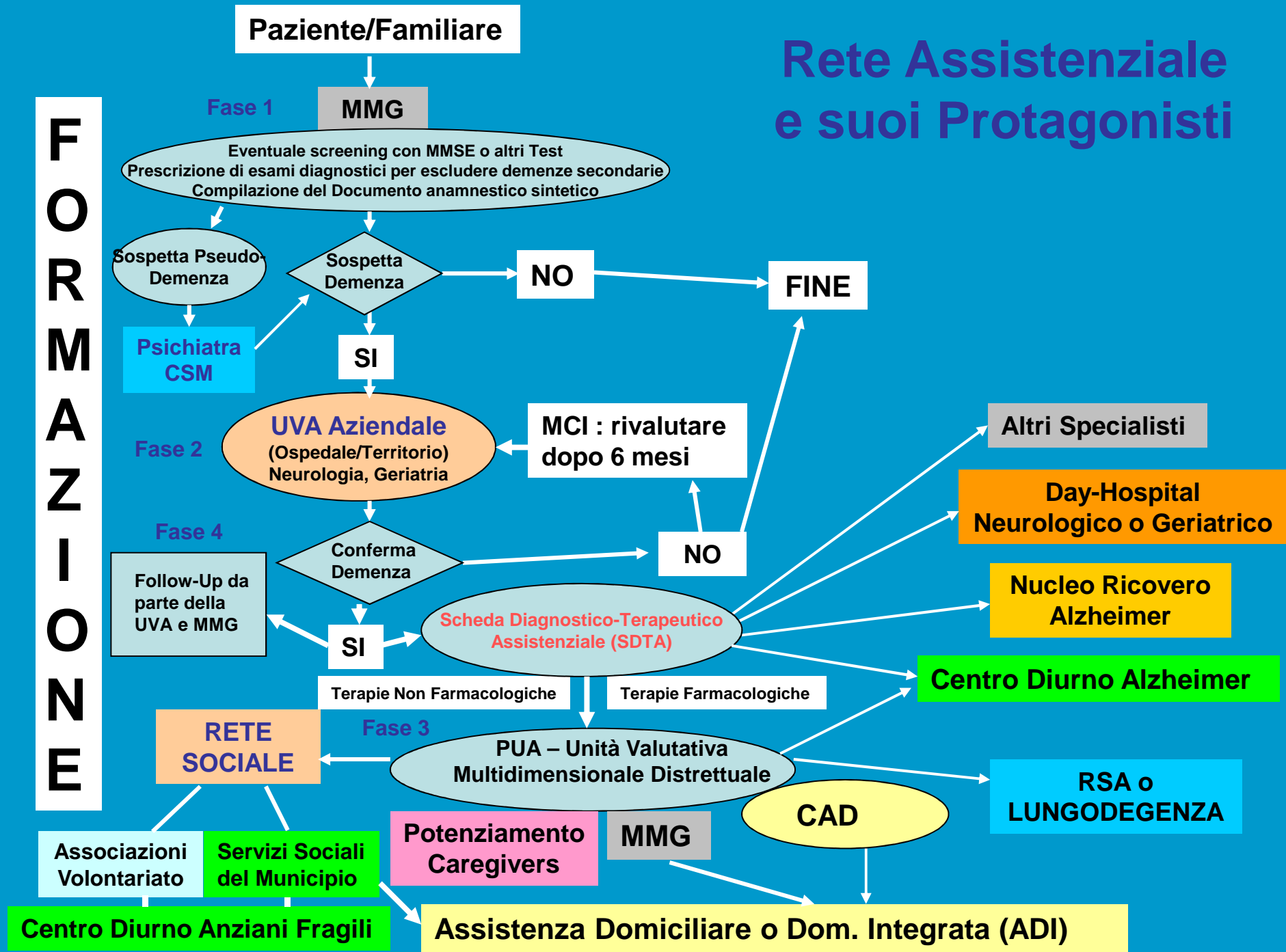
- **Obiettivo:** controllo delle terapie farmacologiche e della adeguatezza ed efficienza della rete assistenziale per il demente e i suoi caregivers
- **Attori:** Sedi UVA aziendali, MMG, Associazioni di volontariato
- **Strumenti:** Visite almeno semestrali per il rinnovo della Scheda Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale SDTA; visite almeno semestrali da parte del MMG

FASE 4: FOLLOW UP DEGLI INTERVENTI

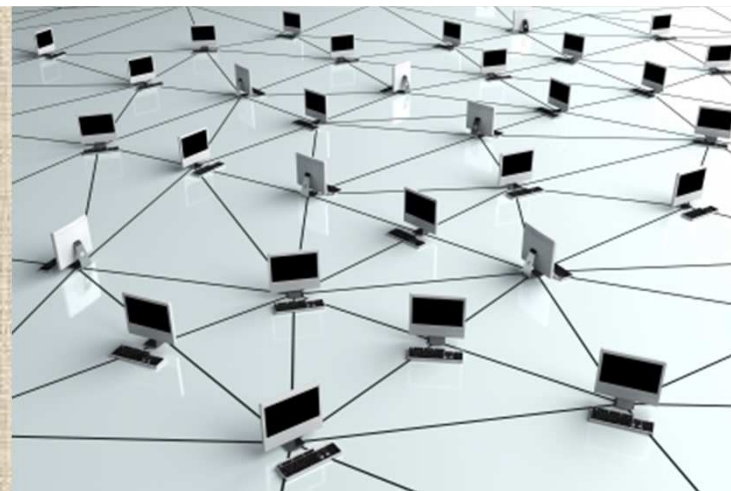
- Dopo la prima visita il paziente viene ricontrollato almeno ogni 6 mesi presso la sede della UVA ASL RM D che ha posto la diagnosi.
- Anche il MMG del paziente dovrà visitare il paziente almeno una volta nel periodo intercorrente tra una visita e l'altra presso l'UVA, per valutare e segnalare eventuali problematiche intercorrenti o emergenti.
- Per le eventuali necessità intercorrenti tra le visite di follow-up dovrà essere attiva la possibilità di **Teleassistenza** mediante consulenza telefonica non programmata per i caregivers o per il MMG da parte della UVA o Sub-UVA, migliorando così la qualità dell'assistenza e fungendo da filtro per richieste di visite domiciliari evitabili;
- Per le eventuali necessità di prescrizione di presidi protesici con l'aggravamento della demenza, questi potranno essere richiesti presso la sede UVA che segue il paziente.

Rete Assistenziale e suoi Protagonisti

**F
O
R
M
A
Z
I
O
N
E**



Opportunità di una Rete Informatica dedicata alle Demenze



- **Cartella Clinica Ambulatoriale dei pazienti**
- **Cartella Sociale**
- **Facilitazione dello scambio di dati tra gli attori della rete assistenziale (MMG, UVA, PUA-CAD, Servizi Sociali Municipali o Comunali, Centri Diurni, Nuclei Alzheimer)**
- **Possibilità di Teleassistenza a Domicilio mediante dispositivi telefonici**

INDICATORI GENERALI DI VERIFICA

- **Indicatori di Processo**

- **Per la Fase 1:** Numero di prime visite per il CENTRO PER LE DEMENZE / Totale Pazienti annui segnalati dai MMG
- Numero di pazienti afferenti al CENTRO PER LE DEMENZE con documento sintetico e protocollo diagnostico da parte del MMG / Numero totale dei pazienti afferenti alla CENTRO PER LE DEMENZE.
- **Per la Fase 2:** Numero di pazienti che ricevono la SDTA/ Numero di pazienti visitati presso il CENTRO PER LE DEMENZE in 3 mesi. Valore atteso >90%
- **Per la Fase 3:** Numero di pazienti esaminati presso il PUA/ Numero di pazienti per i quali il CENTRO PER LE DEMENZE ha richiesto l'intervento del PUA. Valore atteso >90%
- **Per la Fase 4:** Numero di pazienti effettivamente sottoposti a follow-up semestrale presso la CENTRO PER LE DEMENZE / Numero di pazienti previsti al netto dei deceduti. Valore atteso >75%

- **Indicatori di Esito**

- **Tasso di ricovero** presso Ospedali per acuti dei pazienti in carico alla rete
- **Tasso di istituzionalizzazione** dei pazienti in carico alla rete

La Rete per le Demenze nella ASL RM D: punti di forza

- **Costituzione formale della rete professionale per le demenze tra specialisti neurologi e geriatri (Deliberazioni ASL RM D n.608 del 07/08/2008 e n.335 del 02/04/2010)**
- **Definizione di varie procedure e strumenti operativi**
- **Funzionamento di due Centri Diurni dedicati ai pazienti dementi nel territorio della ASL RM D**
- **Rapporto consolidato con l'associazionismo delle famiglie e canale di comunicazione aperto (Riunioni periodiche formali semestrali della rete professionale per le demenze della ASL RM D, incontro annuale con i familiari dei pazienti afferenti alla UVA)**
- **Istituzione delle UOS Integrazione Socio-sanitaria e dei Punti Unici di Accesso PUA nei vari Distretti, dove sono individuate figure professionali specifiche (Case-Manager) per garantire la gestione condivisa con il Municipio delle problematiche di integrazione socio-sanitaria**
- **Realizzazione di corsi per badanti a cura di alcuni Municipi – Distretti Sanitari e/o Associazioni di Volontariato sociale**

La Rete per le Demenze nella ASL RM D: punti di debolezza

- **Insufficiente coinvolgimento del MMG prima e dopo la presa in carico dei pazienti da parte dei CENTRI PER LE DEMENZE**
- **Liste di attesa per la prima valutazione eccessivamente lunghe per i pazienti che accedono per la prima volta ai CENTRI PER LE DEMENZE o agli Ambulatori Specialistici Dedicati, soprattutto a causa dell'insufficiente numero di ore di specialistica neurologica, geriatrica e neuropsicologica attualmente disponibili (secondo il Documento di Indirizzo del Gruppo regionale per le demenze sarebbero necessarie 2,5 ore/anno di specialista neurologo o geriatra, 2,0 ore/anno di psicologo e 1,5 ore/anno di Infermiere, per ogni paziente affetto da demenza residente nel territorio).**
- **Mancanza di Centro Diurno nel Distretto sanitario di Fiumicino**
- **Mancanza di posti letto in strutture di cure intermedie per ricoveri anche brevi di "sollievo" per le famiglie o per ricoveri in corso di riacutizzazioni di patologie croniche associate**
- **Collegamento ancora poco efficiente tra rete sanitaria e rete sociale nella gestione dei pazienti**
- **Insufficienza numerica e formativa di figure socio-assistenziali esperte indispensabili per la corretta gestione dei casi ad elevato livello di assistenza (fisioterapisti, terapisti occupazionali, assistenti sociali, educatori)**
- **Mancanza di una gestione unitaria dei dati di attività e della cartella del paziente**

Organizzare l'Altruismo

(dal libro di M. Ceruti e T. Treu, Laterza 2010)



- Etica della solidarietà e della sostenibilità
- Promuovere il passaggio dalla globalizzazione dei Profitti alla globalizzazione dei Diritti delle persone, per la coniugazione di progresso con qualità di vita globalmente migliori per tutti (**Ecosofia** = saggezza ecologica)
- Gli Stati non sembrano più in grado di coprire i fabbisogni assistenziali ed è necessaria una **integrazione ben organizzata** con altri interlocutori differenziati (ad es. cooperative sociali, associazioni di volontariato, cittadini coinvolti a vario titolo)
- La progettualità umana non può più prendere in considerazione i soli bisogni individuali, ma quelli della comunità, nella prospettiva di una solidarietà planetaria

CONCLUSIONI

- Noi riteniamo che solo da un approccio in rete non gerarchica, dove i vari operatori possano svolgere il loro lavoro capillarmente e liberamente nel territorio, sia pure in modo ben organizzato ed integrato, si possa ottenere un miglioramento delle prestazioni assistenziali per poter raggiungere il maggior numero di utenti bisognosi **senza sperequazioni tra chi ottiene molto e chi non viene affatto raggiunto dal sistema.**

“I malati li curano con grande affetto e non tralasciano proprio nulla che li renda alla buona salute, regolando le medicine e il vitto; anzi alleviano gli incurabili con l’assisterli, con la conversazione e porgendo loro infine ogni sollievo possibile”

Da “Utopia o la migliore forma di Repubblica” di Tommaso Moro, 1516





GRAZIE PER L'ATTENZIONE !!