CARE
costi dell'assistenza e risorse economiche
regioni

PATOLOGIA CARDIOMETABOLICA: UN APPROCCIO INTEGRATO AL PAZIENTE

a colloquio con **Giorgio Sesti**
Ordinario di Medicina Interna dell'Università degli Studi di Catanzaro "Magna Graecia"

Professore, patologia cardiovascolare metabolica e sindrome metabolica: spesso si fa confusione. Ci spiega quali sono le differenze di fondo e, in particolare, ci fornisce una descrizione più approfondita della prima?

La sindrome metabolica è un cluster, un'associazione di più fattori di rischio, quali l'obesità di tipo viscerale – quella che si misura in modo semplice con il famoso girovita – l'ipertensione, la dislipidemia (alti valori di trigliceridi e bassi livelli di colesterolo HDL, il cosiddetto colesterolo 'buono') ed elevati livelli di glicemia, anche con valori non diagnostici per diabete, ma diagnostici per le forme di prediabete quali l'alterata glicemia a digiuno. La diagnosi di sindrome metabolica ha il grande pregio di consentire al medico di medicina generale, con misurazioni molto semplici e con l'esecuzione di esami di routine, di individuare se il paziente è a rischio per il futuro sviluppo di diabete e di patologie cardiovascolari.

La patologia cardiovascolare metabolica è ben più complessa, prevedendo la contemporanea presenza di alterazioni metaboliche, quali il diabete noto e non noto, l'aumento del colesterolo 'cattivo' LDL e l'obesità viscerale, e patologia cardiovascolare, a cui contribuiscono fattori di rischio quali l'età, il genere, il fumo, l'ipertensione arteriosa e l'infiammazione. Un tipico esempio è il paziente ricoverato per infarto del miocardio in unità coronarica, che in un numero elevato di casi ignora di avere il diabete o altri fattori di rischio, quali ipertensione non controllata, ipercolesterolemia e fattori infiammatori, e che inizia tardivamente le necessarie modifiche dello stile di vita e l'adeguato trattamento farmacologico.

Il motivo per cui si parla di patologia cardiovascolare metabolica è che la patogenesi, i meccanismi che sottendono alla patologia metabolica (obesità, diabete e dislipidemia) e al danno vascolare sono comuni, tanto è vero che alcuni tipi di interventi farmacologici sono molto efficaci perché riescono attraverso diverse vie ad affrontare il meccanismo comune di malattia.

segue a pag 2

SUPPLEMENTO a
Care n. 3 maggio-giugno 2009

PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE METABOLICA TRA ASPETTI CLINICI E SOCIOECONOMICI

■ **Incontri**
Un approccio integrato al paziente *a colloquio con G Sesti* 1
Un percorso, diversi traguardi *di AP Peracino e A Lombardi* 5
Focus sull'ipercolesterolemia *a colloquio con A Corsini* 7
Focus sul diabete *a colloquio con M Di Mauro* 10
Interventi farmacologici globali *a colloquio con F Rossi* 13
Gli indicatori intermedi *a colloquio con E Degli Esposti* 16
Le richieste del paziente *a colloquio con R Scotto di Santolo* 19

■ **Focus sulle iniziative regionali**
Emilia-Romagna 21
Friuli-Venezia Giulia 22
Lombardia 25
Lazio 28

■ **L'angolo dell'ANMDO** 30
■ **Centri di eccellenza regionali** 32
■ **La comunicazione in Sanità** 34

Il Pensiero Scientifico Editore

www.careonline.it

Bimestrale - Poste Italiane SpA - Spedizione Abbonamento Postale - 70% - DCB Roma
In caso di mancato recapito inviare a CRP di Roma Romanina Stampe per la restituzione al mittente previo pagamento resi
ISSN 1128 5524

> “La patologia cardiovascolare metabolica è una patologia complessa”

Volendo riassumere, la sindrome metabolica rappresenta una sorta di campanello d'allarme per richiamare l'attenzione sul rischio di patologie importanti, quali il diabete e le malattie cardiovascolari, e per allertare meglio il paziente a seguire un corretto stile di vita. La patologia cardiovascolare metabolica è, invece, una patologia complessa, che integra diverse manifestazioni patologiche caratterizzate dalla presenza di comuni meccanismi patogenetici, alcuni dei quali sottendono anche alla sindrome metabolica.
Un'ulteriore differenza tra patologia cardiovascolare metabolica e sindrome metabolica risiede nel fatto che nella valutazione del rischio cardiovascolare metabolico vengono presi in considerazione alcuni fattori di rischio non inclusi nella definizione di sindrome metabolica: per esempio, l'età, il genere maschile, il fumo di sigaretta, il valore del colesterolo LDL e i fattori legati alla cosiddetta infiammazione di basso grado, cioè lo stato infiammatorio che costituisce una delle patogenesi fondamentali dell'aterosclerosi.

Esistono dati epidemiologici nazionali sulla patologia cardiometabolica?

Esistono sicuramente dati relativi a studi epidemiologici sulla sindrome metabolica, ma non mi risulta nulla di simile per quanto riguarda la patologia cardiovascolare metabolica. Possono sicuramente estrapolarsi alcuni dati dai DRG e dalle schede di dimissione, ma in quel caso non si tratta di dati di popolazione generale, ma di popolazione esclusivamente ospedaliera con un inevitabile aumento della prevalenza dovuto all'arricchimento dei ricoverati per questa patologia rispetto ad altre patologie. Allo stesso tempo, si rischia di non avere una corretta stima della prevalenza della patologia in quanto alcune patologie associate al rischio cardiovascolare metabolico quali il diabete, la dislipidemia e l'ipertensione vengono trattate a livello ambulatoriale senza avere la possibilità di una sistematica raccolta dei dati.

La patologia cardiovascolare metabolica sta assumendo, secondo alcuni osservatori, connotazioni epidemiche negli ultimi anni. Quali le cause di questo preoccupante trend?

Le cause di un trend crescente sono molteplici. Innanzitutto una maggiore ricchezza ha determinato negli anni un cambiamento dello stile di vita (ridotta attività motoria, iperalimentazione meno sana). Un effetto di questo fenomeno è stato, ad esempio, l'aumento del peso già in età pediatrica, che è un fattore di rischio per lo sviluppo di patologie cardiovascolari. Inoltre, oggi sono migliorate le capacità di diagnosi precoce, il che fa emergere casi 'sommersi', precedentemente non diagnosticati, e contemporaneamente consente un intervento terapeutico più precoce con conseguente allungamento della sopravvivenza.
Corollario di questo trend epidemiologico è, evidentemente, un incremento delle risorse pubbliche destinate alla sanità, assorbite dalla cura di questa patologia.

In un'ottica di razionalizzazione delle risorse, esistono percorsi diagnostico-terapeutici ottimali da proporre o su cui a suo avviso sarebbe importante riflettere (diagnosi precoce, prevenzione, integrazione territorio-ospedale, altro)?

Credo che un elemento critico sia la prevenzione. Ad oggi esiste in Italia una scarsa cultura della prevenzione, a fronte di una eccessiva e spesso ingiustificata attenzione alla spesa strettamente farmacologica. Manca una cultura dello sport (ad esempio, strutture dedicate nelle scuole e incentivi alle famiglie per indurre i propri figli all'attività motoria). Ugualmente, mi sembra che non si faccia molto per promuovere una sana e corretta alimentazione (si pensi alla diffusione di distributori automatici di merendine nelle scuole e/o negli ospedali). Altro elemento fondamentale è la poca attenzione e gli scarsi investimenti per lo studio del rischio genetico.
La patologia cardiometabolica ha una forte componente genetica: se avessimo una più accurata mappatura del rischio genetico, si potrebbe intervenire prima e meglio in soggetti geneticamente a rischio. Questo significa che, con investimenti compatibili con le risorse del Servizio Sanitario Nazionale, potrebbe essere realizzata una raccolta sistematica di questo tipo di informazioni almeno sulla popolazione a maggiore rischio, ottenendo benefici significativi in termini di salute soprattutto nel medio-lungo periodo.

CAREregioni

CAREregioni nasce come supplemento a CARE per approfondire tematiche sanitarie a livello di singole Regioni, con l'intento di fornire a medici, amministratori e operatori sanitari un'ulteriore opportunità di riflessione su come conciliare l'esistenza di risorse limitate con l'irrinunciabile esigenza di garantire al cittadino il diritto fondamentale all'assistenza.

Supplemento a
Care n. 3 maggio-giugno 2009

Direttore Responsabile
Giovanni Luca De Fiore

Redazione
Antonio Federici (editor in chief), Cesare Albanese, Giancarlo Bausano, Mara Losi, Maurizio Marceca, Fabio Palazzo

Stampa
Arti Grafiche TRIS - Roma

Progetto grafico
Doppiosegno - Roma

Immagini
©2009 Jupiterimages Corporation
©2009 Dreamstime
Registrazione del Tribunale di Roma n. 00472/99 del 19 ottobre 1999
Periodicità bimestrale.

Finito di stampare giugno 2009

Il Pensiero Scientifico Editore
Via Bradano 3/c, 00199 Roma
Tel. (06) 862821
Fax (06) 86282250

E-mail: info@careonline.it
Internet://www.careonline.it

Per incominciare, potrebbe essere già un grande passo avanti anche solo predisporre questionari semplici da sottoporre al paziente del tipo: 1. Hai un genitore diabetico?, 2. Hai un genitore che ha avuto un infarto prima dei quarantacinque anni?, 3. Hai familiari in sovrappeso?
Con informazioni derivanti da domande di questo tipo si può restringere la fascia di popolazione in cui il rischio è più elevato e si possono di conseguenza predisporre interventi mirati più appropriati. L'individuazione dei soggetti a maggior rischio indurrà ad un immediato intervento sullo stile di vita e, se necessario, sulla terapia con una probabile impennata dei costi nell'immediato a fronte, però, di vantaggi in primo luogo in termini di salute, ma anche in termini economici se si adotta una prospettiva di medio-lungo periodo. Se il paziente è trattato prima e meglio si potranno, infatti, evitare sia i costi diretti di terapie più invasive più tardi, quando il rischio non adeguatamente trattato si sarà risolto in evento cardiovascolare, sia i costi indiretti, associati agli eventi cardiovascolari (lunghe assenze dal posto di lavoro, disagio psicologico e sociale per chi si riscopre menomato nelle funzioni essenziali dopo episodi di ictus, etc).

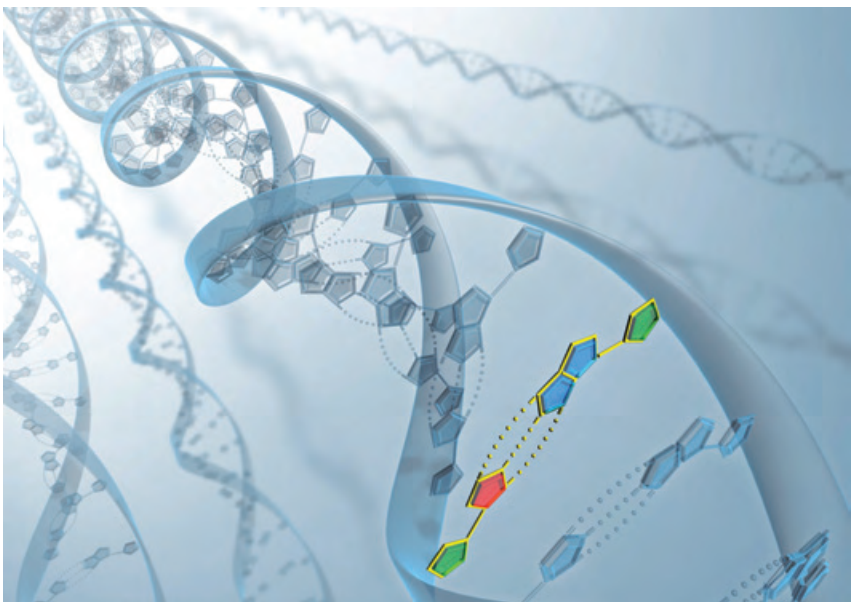
“Se il paziente viene trattato prima, si potranno evitare i costi diretti di terapie più invasive più tardi e i costi indiretti associati agli eventi cardiovascolari”

La comorbilità propria della patologia cardiovascolare metabolica richiede, più che in altre patologie, la necessità di una visione globale della stessa da parte del medico e, conseguentemente, di una gestione integrata della stessa, per esempio con il coinvolgimento di diversi specialisti e/o l'impiego di diverse classi di farmaci?

Da quanto detto finora, la gestione integrata della patologia cardiovascolare metabolica mi sembra un'ovvia conseguenza. Questa patologia, una volta che si è sviluppata, richiede un'integrazione tra diversi specialisti, anche per il danno d'organo associato alla patologia e per il tipo di trattamento farmacologico e interventistico necessario. È importantissimo, in un'ottica di gestione costo/efficiente della patologia, valutare il rischio cardiovascolare metabolico globale e non guardare solo alla patologia prevalente. Nelle fasi più avanzate occorre, inoltre, un lavoro di équipe, perché il paziente avrà bisogno di figure differenziate: l'internista, il diabetologo, il cardiologo, il nefrologo, il neurologo e, non ultimo, lo psicologo.

Con riferimento specifico al trattamento farmacologico, ritiene che la disponibilità e l'accesso tempestivo a farmaci innovativi — e più in generale ad un più ampio ventaglio di opportunità terapeutiche — sia un passaggio importante rispetto all'obiettivo di progredire verso cure sempre più 'a misura' di paziente in quest'area patologica?

Sono estremamente favorevole alla cosiddetta 'sartoria farmacologia', ossia all'uso di farmaci che agiscono con meccanismi diversi e colpiscono diversi bersagli fisiopatologici. Sono favorevole ad un uso dei farmaci intelligente e individualizzato. A tale proposito, mi auguro che in futuro si possa arrivare ad una sempre maggiore diffusione della cosiddetta farmaco-genetica, ovvero di quella disciplina emergente che si occupa di come differenze genetiche influenzino, negli individui, la variabilità della risposta ai farmaci e che permette, quindi, attraverso lo studio del DNA, di costruire nel singolo individuo un profilo di risposta al trattamento farmacologico. Questo nuovo approccio consentirà, nel prossimo futuro, da una parte l'acquisizione di informazioni sulla probabilità di efficacia e sicurezza di un dato farmaco in un dato paziente e dall'altra sarà utilizzato per le opportune valutazioni di farmacoeco-



nomia. Darà, inoltre, un sostanziale impulso allo sviluppo di nuovi farmaci che, se pur differenti tra loro, possono concorrere alla cura della stessa patologia in pazienti con differente assetto genetico. Quanto detto è sicuramente un'estremizzazione dell'individualizzazione della terapia che necessita di tempi di applicazione piuttosto lunghi. Si può pensare a qualcosa di più immediato realizzando un migliore inquadramento fisiopatologico del paziente e una conseguente individualizzazione della terapia sulla base del difetto patogenetico predominante (per esempio, nel diabete soggetti con predominante difetto di secrezione insulinica o di predominante difetto di sensibilità insulinica).

“A mio parere il maggior difetto del nostro sistema sanitario è l’incapacità di una programmazione pluriennale”

Per concludere, professore, appropriatezza terapeutica è sinonimo di gestione virtuosa — in termini di salute e costi — della patologia?

Appropriatezza terapeutica è un termine associato, nell'accezione comune, ad un significato 'politico'. Viene molto utilizzato nelle leggi, ma in modo improprio, laddove vengono imposti comportamenti prescrittivi in nome dell'appropriatezza e/o si limita la disponibilità di categorie di farmaci o specifici farmaci nei Prontuari Terapeutici Regionali/Ospedalieri. Mancata disponibilità che si può tradurre talvolta nella necessità di acquisti da parte dell'ospedale presso le farmacie territoriali con ovvi aggravi di costi.
Spesso il concetto di appropriatezza del decisore politico-amministrativo è diverso da quello del clinico. Per me significa avere a disposizione tutti i presidi farmacologici potenzialmente utili a rispondere al meglio alle esigenze specifiche del paziente, correttamente individuate all'inizio del processo di cura, e che devono essere usati in "scienza e coscienza" nell'esclusivo interesse del cittadino/paziente. Ciò è importantissimo anche in un'ottica di ottimizzazione di allocazione delle risorse disponibili.
È strano che decisore pubblico e clinico abbiano punti di vista così divergenti, dato che esistono commissioni ad hoc a livello regionale e ospedaliero a cui sono invitati a partecipare anche i clinici per la definizione dei prontuari terapeutici. Uno dei problemi maggiori, che ho avuto modo di constatare personalmente, è legato al fatto che i lavori delle commissioni procedono talvolta a rilento. Le faccio l'esempio della Calabria, la Regione presso cui opero: io sono stato convocato otto o nove anni fa come esperto presso l'Assessorato alla Sanità della Regione per esprimere un parere sui farmaci antidiabetici da inserire nel Prontuario Regionale.
Da allora, a mia conoscenza, non è stato ulteriormente aggiornato il Prontuario Regionale attraverso i lavori di una commissione di esperti, ma si è adottato un sistema automatico di approvazione da pare della Regione di tutti i farmaci approvati dall'AIFA. In questo modo tutti i farmaci che ottengono l'autorizzazione da parte dell'AIFA entrano direttamente nel Prontuario Regionale senza il vaglio di una commissione regionale che fornisca delle indicazioni e dei limiti alla prescrivibilità. A rendere paradossale la situazione è che il Prontuario Terapeutico Ospedaliero di alcuni ospedali della Calabria, quale quello del Policlinico Universitario "Mater Domini" di Catanzaro, non è aggiornato da diversi anni, creando una dissonanza rispetto al rapido aggiornamento del Prontuario Terapeutico Regionale.
A mio parere il maggior difetto del nostro sistema sanitario è l'incapacità di una programmazione pluriennale, che consenta di avere una visione più strategica e di allontanarsi da ingiustificate logiche di contenimento della spesa nell'immediato senza un'adeguata e congrua valutazione delle ripercussioni che queste scelte possono avere sulla salute della popolazione e, quindi, indirettamente sui costi futuri e sulla stessa sostenibilità del sistema sanitario. ■ *ML*

VERSO IL RISCHIO CARDIOVASCOLARE METABOLICO: UN PERCORSO, DIVERSI TRAGUARDI

di **Andrea P. Peracino*** e **Alberto Lombardi****
**Fondazione Italiana per il Cuore; **Fondazione Giovanni Lorenzini*

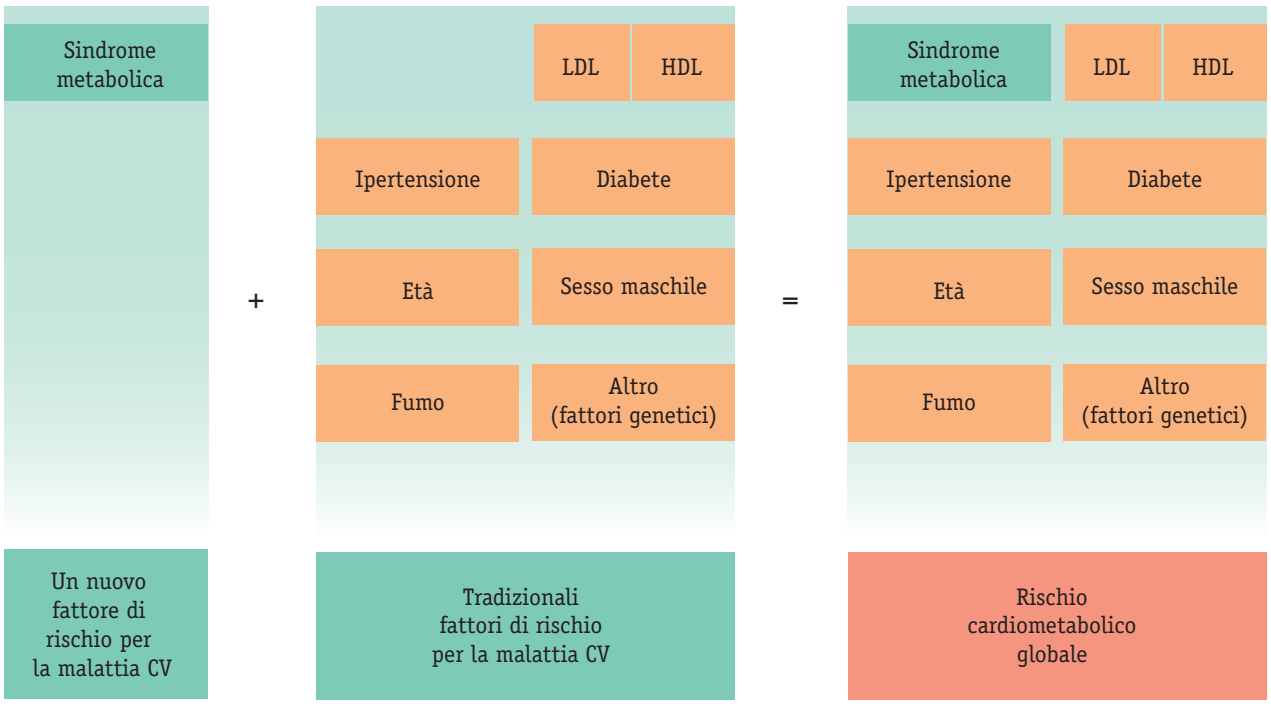
Fin dalle prime descrizioni, si è assistito a diversi tentativi di identificare in una denominazione comune l'insieme dei sintomi raggruppati nella cosiddetta sindrome metabolica, espressione clinica dell'alterazione cardiometabolica.

- Nel 1956 Jean Vogue era impressionato dall'obesità addominale alta e dimostrava che questa predisponeva a diabete mellito, aterosclerosi, gotta e calcolosi renale (Am J Clin Nutr 1956; 4: 20-34).
- Nella sua Banting Lecture del 1988, David Raven rilevava il legame tra le tre maggiori condizioni (diabete mellito non insulino-dipendente, ipertensione e malattia coronarica) e la chiamava 'sindrome X'.
- Molti anni dopo lo stesso Raven contribuiva a coniare il termine di 'sindrome metabolica', che prima timidamente, poi con frequenza maggiore, veniva adottato da quasi tutti gli autori (Ann Int Med 2003; 139: 802-809).

Difficile è stata anche l'individuazione dell'area specialistica di appartenenza della sindrome. Sono stati proposti in successione criteri per la diagnosi clinica.

- Nel 1988 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 1999 l'European Group for Study of Insuline Resistence (EGSIR), nel 2001 il National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III (NCEP/ATPIII), nel 2003 l'American Association of Clinical Endocrinologists (AACE), nel 2005 l'International Diabetes Federation (IDF) e, di nuovo nel 2005, il NCEP/ATPIII hanno pubblicato i criteri che, secondo i rispettivi punti di vista, andavano usati per inquadrare un paziente nella

Il rischio cardiometabolico globale include la presenza della sindrome metabolica e dei tradizionali fattori di rischio cardiovascolare.



> “Rischio cardiometabolico ossia la conciliazione tra metabolismo e malattia cardiovascolare”

sindrome metabolica (Circulation 2005; 112: 2735-52). Raffinatissime differenze hanno portato nel 2005 a un interessante dialogo tra gruppi di esperti che vedeva schierati da un lato l'American Diabetes Association (ADA) con l'European Association for the Study of Diabetes (EASD) e dall'altro l'American Heart Association e il National Heart, Lung, and Blood Institute.

- Nell'estate 2006, al congresso dell'International Society of Atherosclerosis a Roma [Atherosclerosis 2006; 7 (Supp): 79], Scott Grundy, dopo aver identificato i percorsi paralleli dei due schieramenti dialoganti che portavano la sindrome metabolica da un lato verso il diabete di tipo II e dall'altro verso la malattia aterosclerotica a espressione cardiovascolare, apriva una via di conciliazione verso il rischio cardiometabolico, riprendendo quanto da tempo andava proponendo il gruppo canadese di Jean-Pierre Després (Nature 2006; 444: 881-887): l'importanza del concetto di rischio cardiometabolico ossia la conciliazione tra metabolismo e malattia cardiovascolare.
- Julian Segura (http://www.escardio.org/knowledge/cardiology_practice/ejournal_vol5/vol5n37.htm) propone con molta determinazione l'ingresso ufficiale della sindrome metabolica come nuovo fattore di rischio di malattia cardiovascolare nel rischio cardiometabolico globale.

Una ricaduta interessante degli studi sulla sindrome è l'importanza data al grasso viscerale che, dopo anni di etichettatura quale semplice deposito energetico inerte, ha visto riconosciuto il suo ruolo attivo nell'infiammazione e nel rischio cardiometabolico, rischio per il quale gioca sicuramente una funzione importante il dispendio energetico dovuto all'esercizio fisico, associato alla restrizione calorica.

È opportuno, d'altra parte, non banalizzare l'approccio terapeutico, che non è – né deve essere – un "fai da te" più o meno legato a diete esoteriche. Il mix di obesità, insulinoresistenza e rischio cardiovascolare (senza dimenticare l'ipertensione arteriosa) indica una sua chiara collocazione medica, non solo ai fini della stratificazione dei pazienti, ma anche – e soprattutto – dell'approccio clinico al singolo individuo. È il paziente che va trattato – come sempre, d'altronde – e non la malattia.

APPROCCI FARMACOLOGICI ALLA PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE METABOLICA: FOCUS SULL'IPERCOLESTEROLEMIA

a colloquio con **Alberto Corsini**
Dipartimento di Farmacologia, Università di Milano

Professore, quando si parla di paziente cardiovascolare metabolico a che tipo di paziente si fa riferimento?

È molto importante fare un distinguo tra paziente cardiovascolare metabolico e paziente con sindrome metabolica. La sindrome metabolica è solo un esempio di patologia cardiovascolare metabolica. Quando, invece, si parla di patologia cardiovascolare metabolica si fa riferimento a un concetto molto più esteso nell'ambito del quale si vuole considerare il rischio di obesità, i livelli elevati di pressione arteriosa, l'iperglicemia e l'intero profilo lipidico (non solo LDL e trigliceridi, ma anche colesterolo HDL). Il paziente cardiovascolare metabolico è un paziente più 'completo' rispetto ad un paziente con sindrome metabolica. Parlo di completezza e non di complessità, perché ritengo che la visione completa da parte del medico consenta di studiare strategie mirate e vincenti. Parlare in termini di complessità significherebbe dare un'accezione di problema difficilmente risolvibile. Non è così, e se lo si comprende si può curare in modo appropriato.

> **"L'intervento farmacologico appropriato deve avere come obiettivo quello di controllare al meglio i vari fattori"**

Ad oggi quali strumenti farmacologici abbiamo a disposizione e come andrebbero correttamente utilizzati per la migliore gestione della patologia cardiovascolare metabolica?

L'intervento farmacologico per la gestione del paziente cardiovascolare metabolico prevede inizialmente l'individuazione dei parametri a rischio. In altri termini non esiste la strategia migliore in assoluto, ma la strategia deve essere personalizzata allo specifico paziente. È di estrema importanza personalizzare la terapia. Se il paziente ha un colesterolo LDL elevato, cui è associata una pressione arteriosa altrettanto elevata, mentre ha una glicemia normale ed è normopeso, dovrò considerare i due parametri modificati come motivo di un intervento terapeutico personalizzato. In termini generali, disponiamo di un armamentario farmacologico molto variegato sia per l'ipertensione, sia per il diabete e per le dislipidemie, ma ciò che è davvero fondamentale è inquadrare bene i pazienti. Se la diagnosi è fatta correttamente, altrettanto correttamente e appropriatamente potrò intervenire farmacologicamente, disponendo di tanti presidi farmacologici: gli antipertensivi, i tanti farmaci per la cura del diabete (oltre all'insulina, tutti gli ipoglicemizzanti orali comprese le molecole più recenti, che hanno una grande efficacia sul profilo glicemico), i tanti anticolesterolemici.

Nell'ambito della patologia cardiovascolare metabolica, che ruolo ha o può avere l'ipercolesterolemia?

Il colesterolo LDL è un fattore di rischio cardiovascolare molto importante. Per esempio, l'ipercolesterolemia è il fattore di rischio principale per l'insorgenza di eventi cardiovascolari nel paziente diabetico. Credo sia comunque importante ricordare che, prima di impostare un intervento farmacologico, è fondamentale tenere presente la sinergia dei fattori di rischio. Un paziente con 120 di colesterolo LDL risulta a rischio basso, ma se è anche diabetico quello stesso valore è troppo elevato. Il messaggio è che la presenza di più fattori di rischio non comporta un risultato additivo, ma sinergistico nella determinazione del rischio cardiovascolare complessivo. Si amplifica in modo importante il rischio globale. L'intervento farmacologico appropriato deve avere come obiettivo proprio quello di controllare al meglio i vari fattori, perché nel controllo globale dei fattori posso aspettarmi un beneficio superiore di quello ottenibile agendo su un solo parametro. L'ipercolesterolemia all'interno di queste considerazioni non solo è un fattore prognostico primario di rischio di coronaropatia, ma è anche un

“È importante avere a disposizione più opzioni terapeutiche per migliorare la capacità di definire e implementare terapie ‘tagliate’ sul paziente”

elemento che, insieme ad altri (ipertensione, fumo), scatena sinergie e amplifica gli effetti di altri fattori.

Quali sono i presidi farmacologici da utilizzare e in quali fasi della malattia per una gestione costo-efficiente dell’ipercolesterolemia?

Esistono due principali strategie terapeutiche. Da un lato le statine, utilizzate da ventidue anni, ben consolidate e studiate. Tuttavia, in alcuni casi la monoterapia è fallimentare perché non si riescono a portare i pazienti a quegli obiettivi di LDL che potrebbero consentire una cardioprotezione. In questo caso è gioco forza ricorrere, come in tutte le terapie farmacologiche, ad una combinazione di più farmaci. Abbiamo avuto tanti esempi di terapie di combinazione, dalla terapia antitumorale alla cura dell’ipertensione, per il trattamento della quale oggi molte autorità regolatorie suggeriscono di usare una combinazione di principi attivi.
Se l’obiettivo è abbassare i livelli di LDL, e con la monoterapia non ci si riesce, o perché l’alto dosaggio ha effetti collaterali o perché genera problemi di tollerabilità con più elevati rischi di tossicità, è corretto pensare alla somministrazione di una combinazione.
In questo ambito la combinazione ezetimibe + statina ha caratteristiche dal punto di vista farmacologico molto interessanti, trattandosi di principi attivi con meccanismi d’azione molto diversi: uno blocca la sintesi del colesterolo (statine), un altro (ezetimibe) ne controlla l’assorbimento; inibendo i due fenomeni, posso ottenere un miglior controllo del colesterolo. Inoltre, esistono evidenze cliniche che l’impiego della combinazione consente di portare più pazienti ad obiettivo e che nelle ipercolesterolemie primitive (quelle primarie non secondarie ad altre situazioni) il controllo di entrambe le determinanti dell’ipercolesterolemia riduce sensibilmente il rischio cardiovascolare.
Infine, l’opportunità di ricorrere alla combinazione emerge chiaramente dall’esperienza clinica: le statine sono in commercio da ventidue anni, sono nella cultura e nella ‘penna’ del medico, ma se non riusciamo ad avere pazienti target o pazienti aderenti, evidentemente stiamo fallendo con la monoterapia ed è gioco forza introdurre la combinazione.

AGENZIA REGIONALE SOCIO SANITARIA DEL VENETO

GOVERNO DEL FARMACO

Elementi organizzativi e tecnologie

Esperienze a confronto

a cura di Giovanna Scroccaro, Virgilio Castellani

Prefazione dell’Onorevole Francesca Martini
Sottosegretario di Stato al Lavoro, alla Salute e alle Politiche Sociali

“La presente pubblicazione si propone di offrire agli operatori del Sistema Sanitario Nazionale uno strumento che possa contribuire positivamente ed oggettivamente al processo decisionale, di analisi e di valutazione, orientato all’acquisizione ed alla applicazione di tecnologie per la sicurezza nella somministrazione del farmaco.”

Dalla prefazione di Francesca Martini

Il Pensiero Scientifico Editore
www.pensiero.it
Numero verde 800-259620

Si tratta, come già dicevo prima, dell'ennesimo esempio di come la farmacologia clinica debba prevedere terapie combinate. Lo si è visto per l'oncologia, l'ipertensione, l'epilessia. Per diverse tipologie di pazienti, proprio per la complessità dell'eziologia delle cause della malattie, le terapie combinate sono risultate vincenti.

Quanto è importante agire sui tre parametri lipidici in modo mirato e differenziato per raggiungere migliori risultati sia in termini di salute del paziente che di costi della terapia?

Questa strategia credo sia senz'altro vincente. L'epidemiologia da sempre suggerisce che un intervento su tutto il profilo lipidico non può che essere migliore di un intervento solo su LDL. D'altro lato gli studi sulle statine hanno mostrato che se riduco il colesterolo in modo molto aggressivo, fino a portarlo a livelli di colesterolo plasmatico 50 ml/dl, il 55% dei pazienti va ancora incontro a eventi cardiovascolari. Quindi c'è un rischio residuo, che prevede un intervento più articolato; abbassando solo l'LDL non riesco a risolvere tutto. C'è spazio per risultati migliori. Ci sono buone premesse di ottenere un beneficio ulteriore da un farmaco che migliora globalmente il profilo lipidico. In alcuni Paesi europei è già stato approvato – in Italia credo lo sarà il prossimo anno – un farmaco caratterizzato dalla combinazione di acido nicotinico e laropiprant, che migliora HDL e trigliceridi oltre che LDL.
Disporre di un farmaco di questo tipo è sicuramente importante. Io farei questa lettura positiva del nuovo farmaco: il farmaco agisce su tutto il profilo lipidico e questo dovrebbe costituire un valore aggiunto in termini generali, ma – ricollegandomi a quanto detto in precedenza – sta al medico decidere, avendo a disposizione tanti e diversi armamentari terapeutici (statine, ezetimibe/statine, acido nicotinico + laropripant) e in base al profilo lipidico specifico, la terapia migliore per il singolo paziente. In altri termini, è importante avere a disposizione più opzioni terapeutiche per migliorare la capacità di definire e implementare terapie 'tagliate' sul paziente. Ciò che è importante, nell'appropriatezza della terapia, è la sua personalizzazione.

Per concludere, professore, quanto è importante l'appropriatezza della terapia farmacologica rispetto ad obiettivi di razionalizzazione delle risorse pubbliche destinate al controllo e alla cura delle patologie cardiovascolari?

Importantissima. Bisogna fare, a questo proposito, un distinguo tra costo e vantaggio economico. Una combinazione costa di più della monoterapia, ma arreca vantaggi superiori: protegge i pazienti meglio, e questo si traduce in un minor rischio di eventi, quindi meno ospedalizzazione, meno spese per l'infarto, per interventi di angioplastica e via discorrendo.
Il vantaggio economico è nettamente superiore al modesto aumento di spesa che una combinazione comporta. Si tratta di molecole che costano comunque poco, se paragonate al costo di altre terapie per altre patologie: una terapia con la combinazione viene a costare quanto due caffè al giorno. Lei capisce che questo aumento di costo è davvero modesto rispetto ai vantaggi nel medio e lungo termine, ma questo, in un Paese in cui la lungimiranza non va oltre i tre mesi, è un discorso difficile. ■ *ML*

APPROCCI FARMACOLOGICI ALLA PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE METABOLICA: FOCUS SUL DIABETE

a colloquio con **Maurizio Di Mauro**
Professore Aggregato di Medicina Interna, Università degli Studi di Catania
Responsabile Ambulatorio Diabetologia e Medicina Interna

> “Un utilizzo sempre più appropriato di farmaci ha radicalmente modificato le aspettative di vita del paziente cardiometabolico”

Professore, quando si parla di paziente cardiovascolare metabolico, a che tipo di paziente si fa riferimento?

Sono molteplici le condizioni che possono identificare un paziente cardiovascolare metabolico in virtù del fatto che la malattia cardiovascolare rappresenta oggi la maggior causa di morte a livello mondiale. Un ruolo molto importante gioca indubbiamente l'obesità ed in particolare l'adiposità addominale (semplicemente misurabile con la circonferenza della vita).
L'obesità, la cui prevalenza nel mondo è in continuo aumento per inattività fisica e disordini alimentari, attiva infatti determinati meccanismi di insulinoresistenza responsabili del rischio cardiometabolico. Essa si associa così alla sindrome plurimetabolica, patologia molto eterogenea che raggruppa diversi fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione, dislipidemia, alterazioni glicemiche, disfunzione endoteliale, trombosi, etc.), ma che in atto non presenta criteri di diagnosi standardizzati e condivisi. La sindrome metabolica individua pertanto un'importante categoria di soggetti ad elevato rischio cardiovascolare metabolico.

Ad oggi, quali strumenti farmacologici abbiamo a disposizione e come andrebbero correttamente utilizzati per la migliore gestione della patologia cardiometabolica?

Prima di tentare qualsiasi trattamento farmacologico, dovrebbe essere attuato un intervento sullo stile di vita. Si deve intervenire farmacologicamente soltanto quando gli obiettivi primari non vengono raggiunti. L'aumento della vita media dimostra come un utilizzo sempre più appropriato di farmaci abbia radicalmente modificato le aspettative di vita del paziente cardiometabolico.
Idealmente il trattamento dovrebbe riguardare tutte le componenti della sindrome metabolica e non le sole componenti individuali. Un approccio globale produrrebbe di certo il più grande beneficio clinico rispetto alla concentrazione su singoli fattori di rischio. Oggi si tenta di impiegare più farmaci, che tuttavia espongono ad un maggior numero di effetti collaterali ed indesiderati.
Tutto ciò ha così un prezzo da pagare: i pazienti, soprattutto quelli anziani obbligati ad assumere quotidianamente più farmaci, spesso disattendono la terapia, sono scarsamente collaborativi e si espongono maggiormente al rischio di malattie cardiovascolari.
Un corretto impiego dei farmaci spesso non esiste, anche se si conviene che questi debbano essere impiegati precocemente, 'personalizzati' sulla base del singolo rischio cardiovascoalre metabolico (diabete, obesità, insulinoreistsenza, ipertensione, dislipidemia), delle risposte individuali dei pazienti e con l'obiettivo di evitare o ridurre il rischio cardiovascolare.

Nell'ambito della patologia cardiovascolare metabolica che ruolo ha o può avere il diabete?

Il diabete assume sicuramente un ruolo fondamentale in virtù dell'aumento della sua prevalenza. Essendo una patologia multifattoriale che nel tempo espone al rischio di complicanze croniche (micro e macroangiopatiche), si comprende bene come giochi un ruolo importante nel paziente cardiovascolare metabolico. L'80% della popolazione diabetica è obeso, il 50% presenta una o più complicanze alla diagnosi, il 70% è iperteso, l'85% ha uno scarso controllo metabolico e oltre il 90% è insulinoresistente. L'impatto della malattia è davvero impressionante: riduce l'aspettativa di vita di 5-10 anni, rappresenta la sesta causa di morte, la maggior causa di amputazione non traumatica, di cecità e di dialisi, ed espone alle malattie cardiovascolari da 2 a 4 volte di più rispetto alla popolazione non diabetica. Si comprende bene allora come sia fondamentale inter-

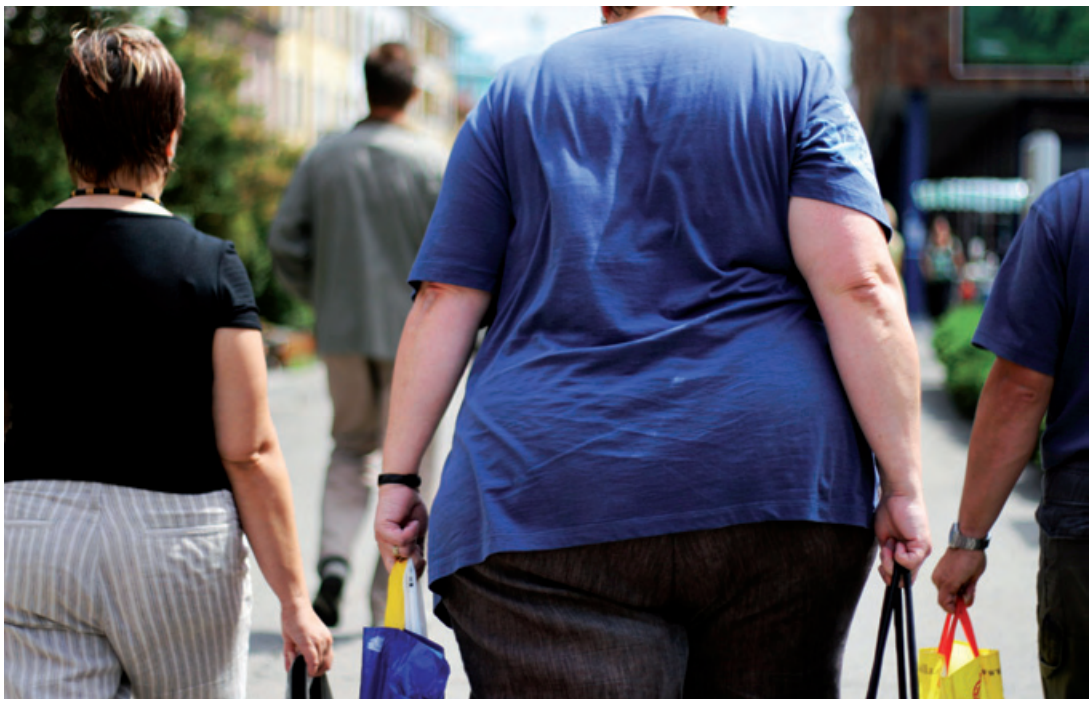
venire precocemente per limitare le conseguenze invalidanti della malattia.

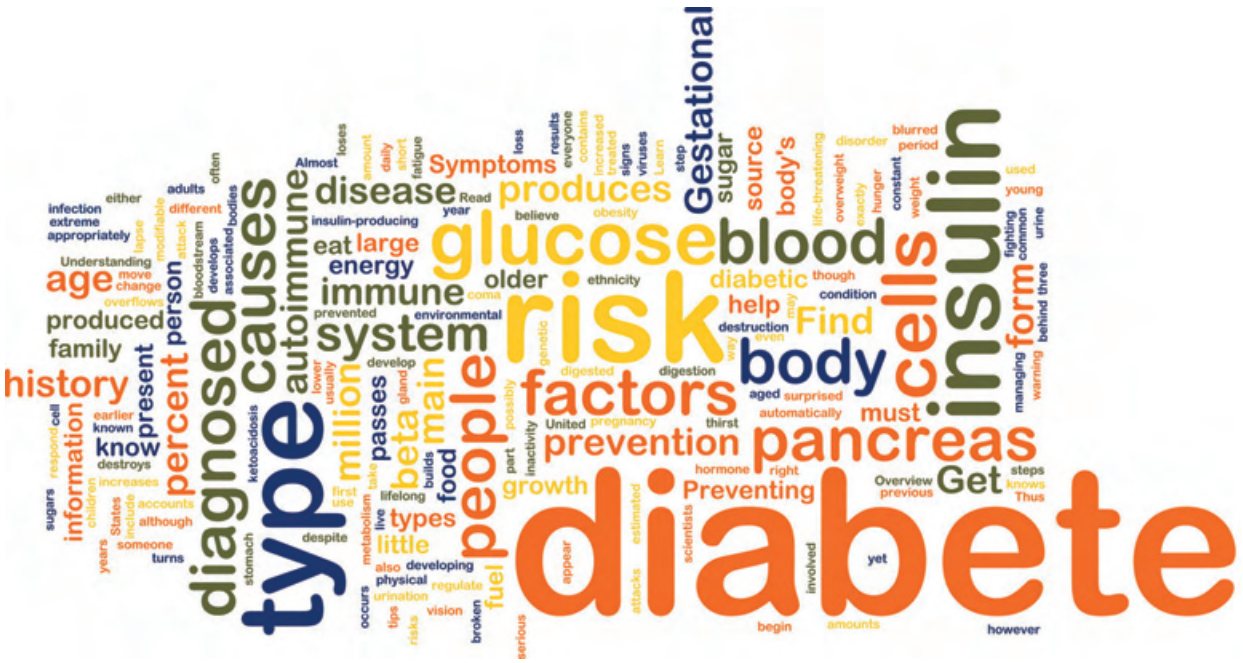
La comorbilità tra diabete e altre patologie cardiovascolari che caratterizza il paziente cardiovascolare metabolico rende l'approccio terapeutico più complesso sia dal punto di vista delle competenze professionali richieste che delle terapie farmacologiche da utilizzare?

Indubbiamente un paziente con una pluripatologia è un paziente complesso e come tale solo un intervento multidisciplinare potrebbe essere efficace nel raggiungimento dei target stabiliti dalle linee guida internazionali, e che riguardano parametri come emoglobina glicosilata, LDL-colesterolo, trigliceridi, HDL, PCR <5 mg/dl, etc.
La sinergia tra più figure professionali diventa quindi indispensabile, sia nel lavoro in team sia nella condivisione di percorsi terapeutici assistenziali, con il coinvolgimento del medico di medicina generale nella gestione integrata, del cardiologo per le sue specifiche competenze di tipo interventistico e del diabetologo, che dovrebbe avere il ruolo di gestire e supervisionare tutto il corredo clinico e di monitorare le complicanze micro e macroangiopatiche.

Professore, negli ultimi anni si è assistito ad una crescita della prevalenza nel mondo del diabete di tipo 2 (legata soprattutto all'aumento del benessere e dello stile di vita) con ovvie implicazioni in termini di spesa pubblica allocata alla cura di questa patologia. Quali sono gli elementi essenziali per una gestione costo-efficiente del diabete di tipo 2 (diagnosi precoce, prevenzione, terapia appropriata, etc)?

Sì, è vero, la prevalenza è in continuo aumento. Basti pensare che fra poco più di 15 anni la malattia nel mondo raddoppierà dagli attuali 150 milioni agli oltre 350 milioni di diabetici nel 2025. I costi sociali che ne derivano saranno enormi. L'Organizzazione Mondiale della Sanità dichiara che, senza azioni correttive concrete, le morti per diabete aumenteranno di oltre il 50% nel corso dei prossimi 10 anni (l'80% delle quali nei Paesi a reddito medio-alto, che oggi includono i cittadini provenienti da Paesi a reddito basso).
L'ONU riconosce il diabete come un'epidemia silenziosa che ha costi umani, sociali ed economici immensi, non risparmiando nessuna nazione.
L'Assemblea Generale dell'ONU nella Risoluzione approvata il 20 dicembre 2006 ha invitato tutti, dagli Stati membri dell'ONU alla società civile, comprese le organizzazioni non governative ed il





“L’ONU riconosce il diabete come un’epidemia silenziosa che ha costi umani, sociali ed economici immensi, non risparmiando nessuna nazione”

settore privato, a sviluppare politiche nazionali per la prevenzione, il trattamento e la cura del diabete.

I costi sociali sono enormi sia in termini di spesa sanitaria (nel 2007 la spesa globale per il diabete è stata stimata tra 168 e 292 miliardi di euro) che di aumento delle condizioni di morbilità e mortalità.

La prevenzione pertanto dovrebbe avere un ruolo importante sin dall’età scolare. Stili di vita corretti, alimentazione equilibrata, attività fisica controllata e supervisionata e approcci terapeutici mirati e finalizzati. Si potrebbero ridurre così i costi della malattia attraverso la diminuzione dei ricoveri ospedalieri o dei giorni di lavoro persi.

Farmaci più innovativi sono necessariamente più costosi, ma in un’ottica di medio-lungo periodo e di gestione globale della patologia, il loro costo rappresenta un investimento importante per garantire obiettivi elevati di salute e risparmio di risorse (evitando, per esempio, l’ospedalizzazione). In che modo questa affermazione vale — se ritiene che valga — con riferimento specifico ai nuovi presidi farmacologici disponibili per la cura del diabete II (inibitori della DPP-4)?

Una terapia innovativa, con presupposti scientifici ben delineati e confermati, anche se più costosa darebbe alla lunga vantaggi concreti in termini di risparmio in salute e quindi anche economico. Purtroppo ciò non viene spesso preso nella giusta considerazione dalle politiche nazionali. I dati statistici prodotti sul breve termine, spesso relativi al numero dei ricoveri annui, ai tassi di mortalità, alla spesa sanitaria parlano chiaro.

Gli investimenti a medio e lungo termine, anche se con risultati spesso non tangibili nell’immediato, potrebbero essere la chiave di volta, segno cioè di una programmazione efficace su percorsi assistenziali corretti.

I nuovi presidi farmacologici, quindi, come gli inibitori della DPP-4, potrebbero rientrare in questa considerazione sulla base delle evidenze scientifiche più recenti. Gli studi clinici sembrano confermare il ruolo ‘etiopatogenetico’ degli inibitori della DPP-4 attraverso la regolazione dell’omeostasi glucidica, il potenziamento della secrezione insulinica glucosio-dipendente e l’inibizione dell’apoptosi delle beta-cellule con effetti insulinotropici. Credo che oggi, alla luce delle maggiori conoscenze di fisiopatologia del metabolismo, si stia sviluppando una nuova era di farmaci potenzialmente utili nella gestione della malattia diabetica e quindi nella riduzione del rischio cardiometabolico. ■ *ML*

APPPROPRIATEZZA TERAPEUTICA NELLA PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE METABOLICA: L'IMPORTANZA DI INTERVENTI FARMACOLOGICI GLOBALI

a colloquio con **Francesco Rossi**
Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Farmacologia "L. Donatelli"
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Seconda Università degli Studi di Napoli

Professore, quando si parla di patologia cardiovascolare metabolica si fa riferimento ad uno stato patologico complesso. Il paziente può presentare uno o più fattori di rischio cardiovascolare, essere trattato per la prevenzione primaria e/o secondaria, etc. La comorbilità che caratterizza questa patologia rende l'approccio farmacologico più complesso?

La patologia cardiometabolica, ha oggi una prevalenza e una rilevanza clinico-epidemiologica impressionante e rappresenta una condizione ad elevato rischio cardiovascolare (confronta l'Adult Treatment Panel III - ATP III - del National Cholesterol Education Program). Infatti, è caratterizzata dalla presenza contemporanea di molteplici fattori di rischio cardiovascolare, quali obesità centrale, iperglicemia, dislipidemia, aumento dei valori di pressione arteriosa. Queste comorbilità rendono sicuramente l'approccio farmacologico più complesso, in quanto evidenze scientifiche hanno mostrato la necessità di individuare, in ogni soggetto, non più il singolo fattore di rischio, ma la molteplicità dei determinanti che possono condurre allo sviluppo della patologia. L'approccio terapeutico dell'individuo, che deriva da questa visione, esula pertanto dalla correzione del singolo fattore di rischio presente, ma si pone l'obiettivo di affrontare i problemi del soggetto nella loro globalità.

"L'approccio terapeutico prevede un intervento multidisciplinare, che associa una modifica dello stile di vita a un approccio di tipo farmacologico"

Ad oggi, quali strumenti — farmacologici e non — abbiamo a disposizione, e come andrebbero correttamente utilizzati per la migliore gestione della patologia cardiometabolica?

La diagnosi precoce e l'impostazione di una terapia adeguata sono di fondamentale importanza nella riduzione degli eventi cardiovascolari. Pertanto, scopo principale della terapia è la riduzione del rischio per eventi cardiovascolari e la riduzione del rischio di sviluppare diabete mellito. L'approccio terapeutico di questi pazienti preve-

> “La terapia deve essere decisa ed adattata valutando le caratteristiche cliniche e i fattori di rischio di ogni singolo paziente”

de un intervento multidisciplinare, che associa una modifica dello stile di vita a un approccio di tipo farmacologico, al fine di ridurre il rischio di incorrere in malattie cardiovascolari. La terapia farmacologica deve essere diretta verso i processi patogenetici alla base della patologia, identificando ogni singolo componente ed indirizzando verso questo un trattamento mirato.
Esistono numerosi indirizzi terapeutici ma, ad oggi, non esiste ancora un consenso universalmente accettato per il trattamento farmacologico dei diversi fattori di rischio e per una migliore gestione della patologia cardiovascolare metabolica; la terapia deve essere decisa ed adattata valutando le caratteristiche cliniche e i fattori di rischio di ogni singolo paziente.
L'utilizzo di numerose classi di farmaci disponibili ormai da diversi anni (per esempio, le statine) ha permesso di ridurre notevolmente incidenza e mortalità delle malattie cardiovascolari, prima causa di morte e invalidità ormai in tutto il mondo.

In quali fasi della patologia cardiovascolare metabolica classi di farmaci più vecchi, ma non per questo meno efficaci, andrebbero correttamente utilizzate?

Sicuramente un intervento precoce, capace di agire sui fattori ambientali dell'insulinoresistenza e i meccanismi che la sostengono, è indispensabile per prevenire la comparsa della sindrome plurimetabolica e le successive complicanze vascolari. L'utilizzo di numerose classi di farmaci, disponibili da diversi anni, ha sicuramente contribuito ad una significativa riduzione della morbilità e mortalità cardiovascolare nei pazienti affetti da sindrome metabolica. Stabilire in quali fasi della patologia utilizzare le suddette classi di farmaci non è sempre facile. Le statine sono farmaci da utilizzare sia in prevenzione primaria che in prevenzione secondaria, ed il loro beneficio nei pazienti con insulino-resistenza e diabete tipo 2 è inequivocabile. Invero, poiché la sindrome metabolica può essere facilmente identificata e curata, grazie a efficaci trattamenti farmacologici e non farmacologici, è necessario che i medici indaghino e trattino con aggressività i soggetti a rischio non limitandosi ai soli obesi, in considerazione del fatto che vi possono anche essere individui normopeso, ma metabolicamente obesi (Metabolically Obese Normal Weight, MONW).
Ad oggi non abbiamo a disposizione un farmaco ideale, cioè un farmaco ad alta efficacia, basso rischio e basso costo. Le evidenze scientifiche ci debbono, comunque, guidare nell'utilizzare al meglio quanto abbiamo a disposizione, soprattutto nel trattare in modo immediato e intensivo le complicanze metaboliche, una volta diagnosticate.

Nonostante i farmaci attualmente impiegati siano efficaci su una parte della popolazione, esiste una percentuale non trascurabile di pazienti per i quali è necessario migliorare la risposta alla terapia. Quali le strade da perseguire (per esempio, approcci farmacologici innovativi e/o conoscenze più approfondite sui processi patologici e sui bersagli da colpire)?

La comprensione dei meccanismi molecolari risulta indispensabile per i seguenti obiettivi:

- identificare i soggetti a rischio di sviluppare la sindrome metabolica e/o la patologia cardiovascolare;
- identificare strategie preventive da applicare ai soggetti a rischio;
- identificare i soggetti con maggiore e minore responsività a terapie farmacologiche già in uso nel trattamento della sindrome metabolica, dell'obesità e del diabete mellito (farmacogenetica).

Inoltre, recenti evidenze scientifiche identificano uno stato proinfiammatorio. Il tessuto adiposo, ritenuto in passato un semplice deposito, oggi è considerato un vero e proprio organo, capace di produrre sostanze ormonali e mediatori dell'infiammazione: tra le prime ricordiamo la leptina, l'adiponectina e la resistina; tra i secondi ricordiamo il TNF9, le interleuchine e il fibrinogeno. Il tessuto adiposo 'disfunzionale', tipicamente rappresentato dal grasso viscerale, si caratterizza per una alterata produzione di ormoni e mediatori dell'infiammazione, che inducono insulinoresistenza e aumentato rischio cardiovascolare.
L'utilizzo di vecchie molecole (tiazolidinedioni, tra cui pioglitazone e rosiglitazone, e farmaci

antipertensivi quali gli ACE-inibitori e i sartani), ma soprattutto di nuove classi di farmaci in grado di contrastare i suddetti processi infiammatori, potrebbe rappresentare una svolta nel trattamento della patologia cardiovascolare metabolica.

Uno tra i più importanti fattori di rischio cardiovascolare metabolico è la dislipidemia. È importante agire sui tre parametri lipidici in modo mirato e differenziato per raggiungere migliori risultati sia in termini di salute del paziente che di costi della terapia?

La dislipidemia si associa all'insulinoresistenza. Vi è un consenso esteso sul fatto che il paziente cardiometabolico dovrebbe seguire una serie di raccomandazioni dietetiche: basso apporto di grassi saturi, di acidi grassi trans, di colesterolo, riduzione del consumo di zuccheri semplici, aumento dell'apporto di frutta, vegetali e fibre.
La considerazione che un numero rilevante di pazienti non presenta livelli elevati di LDL-C ha attirato l'interesse scientifico verso approcci farmacologici ipolipemizzanti efficaci nei riguardi di altre frazioni lipidiche, in particolare HDL-C, nonché risultassero in grado di ridurre i trigliceridi e migliorare le proprietà fisicochimiche delle LDL (ridurre le LDL piccole e dense).

Per concludere, professore, ritiene che in termini generali l'appropriatezza della terapia farmacologica sia la strada privilegiata per garantire il migliore stato di salute del paziente cardiovascolare metabolico e, al contempo, un più razionale impiego delle risorse pubbliche dedicate a questa patologia?

In generale l'appropriatezza terapeutica rappresenta lo strumento ideale per garantire il migliore beneficio al paziente e nel contempo razionalizzare le risorse sanitarie destinate alla cura di tale patologia. Non sempre è possibile, nel paziente cardiovascolare metabolico, stabilire una corretta terapia farmacologica, poiché spesso il clinico si trova a dover fronteggiare i multiformi aspetti che richiedono un approccio terapeutico globale aggressivo. Gestire le malattie croniche significa coordinare le cure, interfacciandosi con altre specialità e concorrere in misura determinante all'utilizzo più efficiente delle risorse sanitarie non solo con la funzione di *gatekeeping*, ma cercando – attraverso l'applicazione personalizzata di linee guida, di percorsi diagnostico-terapeutici e facendo uso della pratica basata sulle prove scientifiche – di realizzare cure appropriate, tenuto conto anche dell'analisi dei rapporti costo/beneficio (CBA), costo-efficacia (CEA) e costo-utilità (CUA), indispensabili per la prevenzione e la gestione corretta e sostenibile. ■ *ML*

GESTIONE COSTO-EFFICIENTE DELLA PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE METABOLICA: IL RUOLO DEGLI INDICATORI INTERMEDI

a colloquio con **Ezio Degli Esposti**
Centro Studi e Ricerche di Esito, Direzione Aziendale, Policlinico Umberto I, Roma

> “Manca ancora oggi una raccolta sistematica di dati e informazioni rilevanti così come l’esistenza di metodologie condivise”

Dottore, ritiene appropriato parlare di paziente cardiovascolare metabolico?

Sicuramente. Si tratta di una definizione che consente di correggere una visone del paziente cardiovascolare che oggi è determinata dall’espressività clinica prevalente (paziente iperteso, paziente diabetico, etc). Questi aspetti vanno correttamente evidenziati, quando presenti, ma va anche considerato che nella maggioranza della popolazione sono presenti fattori ambientali (stile di vita, abitudini alimentari, etc.), i quali — interagendo con le caratteristiche genetiche individuali — condizionano la comparsa dell’uno o dell’altro quadro clinico. In altre parole, da un’origine e un lungo percorso comune, la malattia cardiovascolare si rende manifesta attraverso molteplici quadri clinici.

Ci descrive meglio cosa intende per storia naturale della patologia cardiovascolare e in che modo essa acquista rilievo rispetto a obiettivi di costo-efficienza?

La malattia cardiovascolare è la punta di una piramide che ha alla base aspetti genetici (dei quali sappiamo ancora poco) e aspetti acquisiti già in fase neonatale, quali il peso alla nascita (di cui conosciamo il valore predittivo per le alterazioni metaboliche e la morbilità cardiovascolare nell’adulto), sui quali si sovrappongono, nel corso della vita, cattive abitudini alimentari, fumo di sigaretta, modesta attività fisica, eccesso ponderale, etc. È l’interazione tra questi fattori, che avviene in tempi più o meno precoci, ma sempre misurabili in decenni, che determina la comparsa di ipertensione arteriosa e/o dislipidemia e/o diabete mellito e la successiva incidenza di morbilità e mortalità cardiovascolare.
Se consideriamo la storia naturale della malattia cardiovascolare, esistono almeno tre possibili interventi per cercare di evitare un evento clinico:

1. riduzione del rischio (per esempio, attraverso corretti stili di vita — alimentazione, attività motoria, etc.);
2. identificazione precoce (per esempio, attraverso programmi di screening di popolazione mirati — cioè effettuati solo sulla popolazione che geneticamente e per fattori già presenti alla nascita è a maggiore rischio);
3. ottimizzazione del trattamento farmacologico iniziale (adottando precocemente i migliori presidi terapeutici disponibili in rapporto alle caratteristiche del singolo paziente, educando il paziente all’aderenza ed alla persistenza al trattamento, raggiungendo quei target che la letteratura scientifica ha dimostrato efficaci per la prevenzione cardiovascolare).

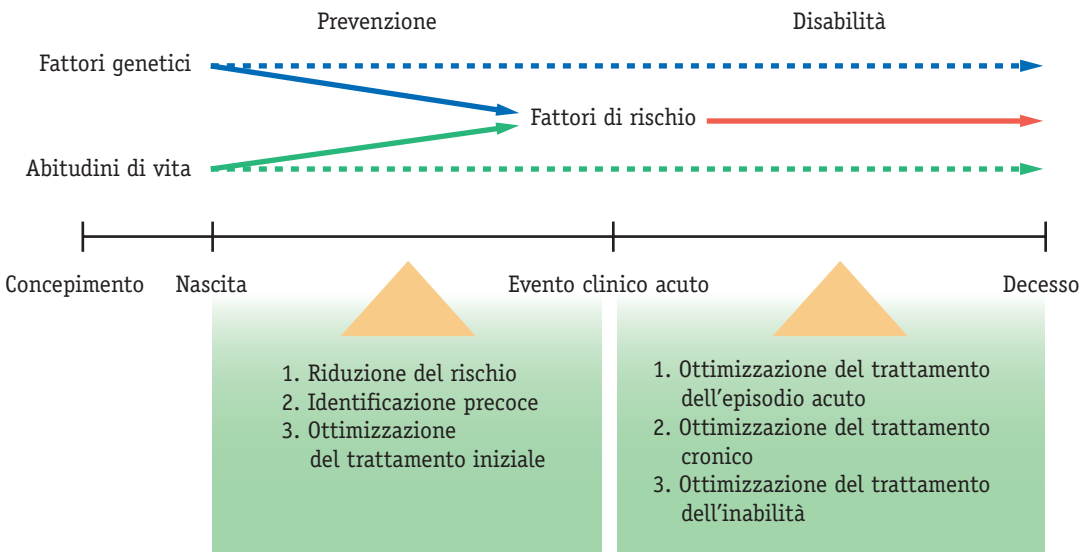
Tuttavia, manca ancora oggi una raccolta sistematica di dati e informazioni rilevanti del tipo descritto, così come l’esistenza di metodologie condivise che consentano di avere dati omogenei e confrontabili nel tempo, in modo da costruire le basi di quella che dovrebbe essere una conoscenza epidemiologica indispensabile per la pianificazione degli interventi di politica sanitaria.
Se un paziente obeso e/o dislipidemico va dal proprio medico, questo potrà indirizzare correttamente e con successo il paziente, ma si tratterà di un intervento sull’individuo che non impatta sulla popolazione, e di conseguenza non ha effetti significativi in termini di prevenzione cardiovascolare e di contenimento dei costi di gestione complessiva della patologia a livello sociale. In alte parole, per essere efficace e costo-efficace, la prevenzione deve essere in grado di agire su grandi numeri di soggetti.
In modo analogo è difficile poter pensare all’identificazione precoce dei fattori di rischio cardiovascolare, che dovrebbe essere effettuata nell’ambito della medicina generale territoriale, e quindi dal medico di medicina generale che, con 1300-1500 assistiti, ha un’attività clinica amministrativa e burocratica, che rende problematico

avviare anche iniziative per identificare i soggetti portatori di fattori di rischio. Infine, con riferimento all'ottimizzazione del trattamento farmacologico, c'è sicuramente ancora tanta strada da fare. Solo a titolo esemplificativo, si considerino i dati sull'aderenza alla terapia antipertensiva pubblicati dall'OSMED: nel 2003 era del 44,5% e dopo quattro anni era variata solo dell'1,1%. Questi dati dimostrano non solo la limitata efficacia dei nostri interventi terapeutici farmacologici, ma anche una cattiva utilizzazione delle risorse monetarie, in quanto la spesa sostenuta per terapie non assunte continuativamente, come dovrebbe essere, rappresenta un costo e non un investimento su un futuro benessere.
Oggi si investe poco e non sempre in modo appropriato nella prevenzione, con un'inevitabile crescita della spesa per l'ottimizzazione della cura dell'evento acuto, dell'evento cronico e del trattamento dell'inabilità, ovvero le fasi terminali della storia della malattia cardiovascolare.

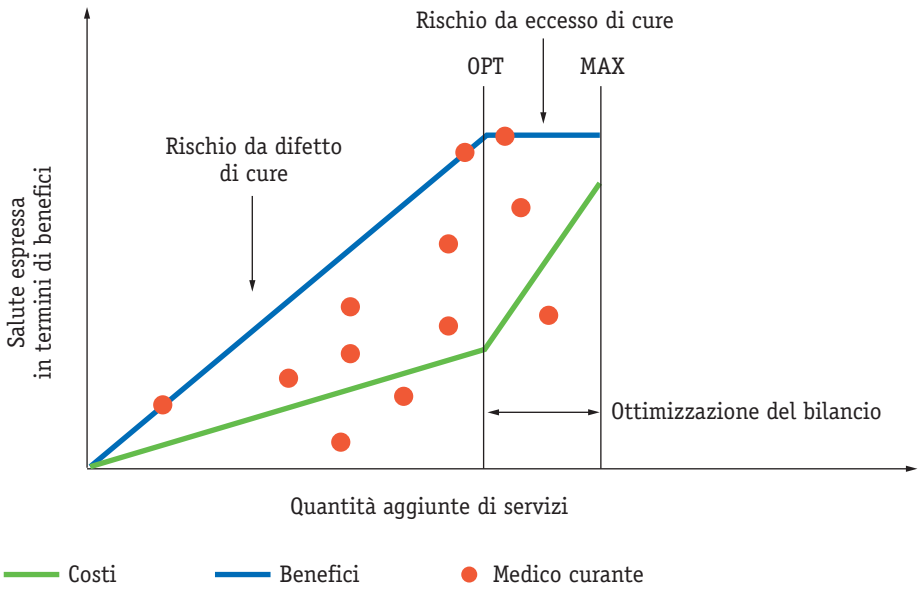
Cosa fare per correggere questa inefficiente allocazione delle risorse?

Un fattore critico ritengo sia la valorizzazione della memorizzazione di indicatori intermedi (pressione arteriosa, colesterolemia, etc.), che ci consentono di comprendere meglio gli esiti dei comportamenti prescrittivi, soprattutto nelle fasi iniziali del trattamento, in termini sia di salute che di spesa. Solo indicatori di questo tipo potranno correttamente indirizzare le direzioni generali nella definizione ed implementazione di politiche sanitarie che effettivamente consentano di perseguire obiettivi di costo-efficacia.
Per capire l'importanza di questi indicatori, a titolo esemplificativo, posso menzionare i risultati di uno studio retrospettivo su dati 2007 e 2008 provenienti da archivi amministrativi (anagrafica assistibili, farmaceutico-territoriale, nosologica-ospedaliera, laboratorio d'analisi) di alcune ASL distribuite sul territorio nazionale, effettuato con l'obiettivo di verificare se nella pratica clinica i pazienti con ipercolesterolemia vengono o meno trattati secondo quanto prescritto dalle linee guida (trattamento con farmaci modificatori dei lipidi per i pazienti con un rischio cardiovascolare significativamente elevato e target di colesterolo LDL da raggiungere al di sotto di 100 mg/dl). I risultati mostrano che, nonostante le raccomandazioni cliniche, il numero di pazienti con un elevato rischio CV senza adeguato controllo dell'ipercolesterolemia è elevato. La figura a pag. 18 esemplifica bene quest'ultimo concetto: i singoli medici curanti possono posizionarsi in diversi punti del diagramma: c'è chi spende poco e raggiunge risultati insoddisfacenti in termini di salute (area 'difetto di cure') e chi spende troppo in modo ingiustificato rispetto agli obiettivi che dovrebbe correttamente perseguire (area 'eccesso di cure'). Obiettivo dell'amministratore pubblico dovrebbe essere quello di trovare soluzioni orga-

Storia naturale della malattia cardiovascolare.



La gestione della patologia cardiovascolare: dall'individuo alla popolazione.



"Obiettivo dell'amministratore pubblico dovrebbe essere quello di trovare soluzioni organizzative e gestionali che lo aiutino a individuare i comportamenti virtuosi ed a condurre tutti i medici al comportamento ottimale che massimalizzi i risultati di salute"

nizzative e gestionali che lo aiutino a individuare i comportamenti virtuosi ed a condurre tutti i medici al comportamento ottimale che massimalizzi i risultati di salute, garantendo un'allocazione appropriata, quindi efficiente, delle risorse. Questo obiettivo non è perseguibile se non si dispone di indicatori intermedi.

A che punto siamo rispetto allo sviluppo di questa tipologia di indicatori?

Insieme ad un gruppo di medici romani e campani, stiamo sviluppando un progetto per individuare gli strumenti organizzativi e gestionali in grado di identificare precocemente i soggetti portatori di fattori di rischio cardiovascolare e di ottimizzare la terapia iniziale nel paziente trattato con statine. A mio avviso, il fatto che siano state immesse nel mercato anche statine generiche, quindi a un costo relativamente basso, può rappresentare una grande opportunità se il risparmio conseguente all'uso appropriato delle stesse potrà essere utilizzato per incrementare il numero di pazienti ad alto rischio trattati ed il raggiungimento di livelli di colesterolo ottimali.

Per concludere, dottore, esistono progetti in essere o in partenza che riguardano più realtà regionali in cui è coinvolta anche qualche ASL romana?

Sì, certo: stiamo strutturando un progetto che si realizzerà in diverse Regioni italiane, fra le quali il Lazio, che vede il coinvolgimento di alcune ASL territoriali. Obiettivo del progetto è sviluppare una metodologia condivisa di raccolta e analisi dei dati ed individuare indicatori comuni che siano più significativi di quelli attualmente disponibili (tipicamente indicatori di spesa come spesa per assistibile o, meno di frequente, spesa per soggetto esposto al trattamento). Fondamentalmente, gli indicatori cui pensiamo sono di appropriatezza: corretta selezione dei pazienti esposti al trattamento e appropriata aderenza e persistenza allo stesso.
Si tratta evidentemente di qualcosa di assolutamente innovativo, posto che oggi abbiamo a disposizione le evidenze prodotte da studi osservazionali prima, da trial clinici poi e, infine, le linee guida nazionali/internazionali formulate dalle società scientifiche, che documentano l'efficacia e la costo-efficacia dell'uso delle statine, ma manchiamo di dati derivanti dalla pratica clinica che permettano agli amministratori pubblici di verificare i risultati ottenuti nel breve periodo e quindi la prospettiva positiva anche nel lungo periodo.
Ci auguriamo che, mettendo insieme più Regioni, sia possibile pervenire, a parità di indicatori condivisi, in primo luogo all'individuazione delle possibili diverse situazioni, e quindi all'identificazione degli interventi di gestione sanitaria da attuare per riuscire a replicare quella o quelle realtà che emergeranno come i modelli operativi più virtuosi. ■ *ML*

LE RICHIESTE DEL PAZIENTE DIABETICO: DIAGNOSI PRECOCE, PREVENZIONE E ACCESSO AI FARMACI

a colloquio con **Rosaria Scotto di Santolo**
Presidente dell'Associazione Team Diabetologici Flegrei - ATDF

“La persona con diabete è protagonista del suo percorso di assistenza”

Il diabete è una delle patologie 'concomitanti' nella definizione della più ampia patologia cardiovascolare metabolica. Quali sono, a suo avviso, le principali problematiche che deve gestire un paziente cardiovascolare metabolico e, nello specifico, diabetico?

La persona con diabete – il diabete "è una condizione, non una malattia", come è stato definito nella legge 115/87 – è particolarmente fragile e lo avverte appieno. "Sa" di essere a rischio, ma non trova intorno gran conforto: lunghe liste di attesa per consulti specialistici; difficoltà nel comunicare con i medici e, peggio, nel far comunicare i medici fra loro; ostacoli burocratici di frequente disarmanti, sempre tediosi (prescrizione sì/no, esenzione ticket sì/no, prenotazione sì/no, etc.).

La lettura dei lavori clinici, che le riviste di settore puntualmente riportano, ci fa sentire un po' (!!) cavie da esperimento: "Rosiglitazone? No, causa infarto!", "Rosiglitazone? Sì, è cardioprotettivo!", "Glargine? Sì, ma con attenzione. Pare che qualcuno dica che potrebbe indurre eccitazione cellulare e quindi cancro; ma 'i diabetologi' continuano ad utilizzarlo con attenta sorveglianza...!", "Sulfaniluree? Beh, sì, ma forse no o non sempre..." e via così...

Come e perché nasce l'associazione di cui lei è presidente?

L'Associazione Team Diabetologici Flegrei (ATDF) nasce per la constatazione che la persona con diabete è protagonista del suo percorso di assistenza e che il team diabetologico ha nella persona con diabete il proprio perno. Ciò non accade per decreto o per editto: va realizzato con una forte presa di coscienza del proprio stato e ruolo: noi diabetici dobbiamo costruire con tutti i membri del team una solida, orizzontale, aperta, piena comunicazione, che si basa sull'identificazione di obiettivi comuni definiti e chiari a tutti; dobbiamo sorvegliare che i nostri percorsi di prevenzione e cura siano ben delineati e perseguiti al di là di logiche politico-amministrative locali: la miglior cura per tutti, uguale per tutti, ovunque si sia.
Nell'ambulatorio di diabetologia del nostro Distretto Sanitario (ASL Napoli 2, distretto 55, Bacoli, Napoli) sono presenti molti ragazzi con diabete tipo 1, soprattutto in quella fascia d'età (20-40 anni) che sfugge ai controlli; il giovane con diabete è refrattario ai controlli clinici: sa – crede di saper – gestire il proprio stato, ricorrendo più frequentemente al glucometro e a frequenti modificazioni della terapia insulinica, legge su internet le novità, si tedia nel far attesa in una sala d'aspetto frequentata da anziani che si lamentano del "140 di diabete" o del "dolce che mangio

solo la domenica". Le nostre attività costituiscono un motivo di attrazione e il poter contare su personale giovane (io stessa ho 38 anni) dà una maggiore forza alla nostra iniziativa.

Qual è l'area geografica di attività dell'associazione?

L'associazione nasce nel nostro Distretto Sanitario, che comprende tre Comuni per un totale di oltre 150.000 abitanti. Il nostro intento, e questo spiega la F di Flegrei, è di coinvolgere tutta la fascia flegrea di Napoli, che comprende oltre 400.000 abitanti. Considerando le percentuali di persone con diabete dichiarate, sono oltre 40.000 i cittadini diabetici (faccio riferimento alla percentuale dell'oltre 11% riportata dai medici di medicina generale, unica attendibile vista l'accuratezza dell'informatizzazione dei curanti).

Diagnosi precoce e prevenzione: due strumenti fondamentali per una gestione costo-efficiente della patologia diabetica. ATDF ha condotto programmi educazionali volti alla sensibilizzazione su questi due aspetti?

La nostra associazione svolge dal suo nascere programmi educazionali che hanno avuto caratteristiche e svolgimenti differenti per poter raggiungere la maggiore efficacia possibile: corsi in aula di tipo tradizionale e screening in piazza con rilievi glicemici ed antropometrici; partecipazione a programmi scolastici e a sagre locali; un nostro vanto è il giornalino trimestrale ("doce doce"), la cui redazione è costituita da ragazzi con diabete a cominciare dalla direttrice, che è una farmacista.

Altro pilastro fondamentale di una gestione efficiente della patologia è un adeguato trattamento farmacologico. Esiste, a suo avviso, un problema di accesso alle cure più appropriate e più innovative per il paziente diabetico?

L'accesso alle cure è purtroppo di sicuro non omogeneo: la presenza di Piani Terapeutici online, per esempio, ostacola in alcuni ambulatori la prescrizione di farmaci innovativi. Purtroppo la situazione economica (ed anche organizzativa) di molte ASL non permette la presenza capillare di computer o di collegamenti in rete. La nostra associazione, per esempio, ha ricevuto una donazione di due computer dismessi da un'industria che ha sede nella nostra città: di questi, uno è nel nostro ambulatorio, l'altro in un altro Distretto Sanitario, e grazie a ciò i pazienti possono ottenere le prescrizioni. Crediamo sia assolutamente discriminante ed anacronistico ostacolare l'accesso a terapie farmacologiche con la pretesa di monitorare la spesa senza dare neanche i mezzi ai medici di poter operare in maniera omogenea.

Per concludere, ci vuole descrivere uno dei progetti dell'associazione già sviluppato o in programmazione che ritiene particolarmente utile per il paziente diabetico dell'area flegrea?

Voglio fra tutti indicare il progetto del corso per "Diabetico-guida", che sarà particolarmente impegnativo per tutti: il team al completo (il diabetologo e gli altri specialisti, l'infermiere, la nutrizionista, il podologo) avrà degli incontri/lezione con 5 persone con diabete, che si svolgeranno secondo il dettato dell'educazione terapeutica strutturata, quindi con questionari valutativi 'in' e 'out': al termine del corso sosterremo un esame e ci verrà consegnato un patentino di 'Diabetico Guida', che ci consentirà di partecipare ai corsi successivi come docenti!
Stiamo anche perfezionando l'adesione al progetto dell'AMD e Slowfood "Orto in condotta", che ci permetterà di entrare nelle scuole a fare prevenzione nutrizionale.
Ancora, abbiamo in programma incontri di screening in piazza che hanno più obiettivi: prevenzione, informazione, aggregazione attraverso il gioco (sono confezionati a guisa di spettacolini tipo "Corrida" o "Bingo"), di raccolta fondi per il progetto di acquisto di un apparecchio ecocardiografo di cui il nostro Distretto è privo. Ed infine ci stiamo preparando al 14 novembre, la Giornata Mondiale del Diabete, che quest'anno dall'OMS ha avuto un mandato eccezionale: "Educazione e conoscenza". ■ *ML*

EMILIA-ROMAGNA

Il centro cardiometabolico: un modello virtuoso di gestione della patologia

A colloquio con **Maria Grazia Modena**

Direttore della Cattedra e della Divisione di Cardiologia, Policlinico di Modena

Professoressa, la malattia cardiovascolare metabolica è una condizione che sta assumendo connotazioni 'epidemiche' in conseguenza di profondi e diffusi mutamenti nello stile di lavoro e di vita. Esistono dati a livello regionale (Emilia-Romagna) dell'incidenza della patologia?

Sì, è vero: la patologia cardiovascolare metabolica e la sindrome metabolica in essa contenuta stanno assumendo caratteristiche molto più simili a una vera e propria 'pandemia' soprattutto e inaspettatamente nei Paesi occidentali, come denuncia una review sull'argomento pubblicata su *ATVB* (eccellente rivista di medicina cardiovascolare) meno di un anno fa.
Secondo il NCEP-ATP III, circa un terzo degli uomini e delle donne di mezza età nei Paesi occidentali ha questa patologia. E ciò rappresenta un potenziale rischio per la salute, dato che la sindrome metabolica si associa a un'aumentata mortalità per cause cardiovascolari. Le cause sono da ascriversi ai profondi cambiamenti nello stile di vita che abbiamo intrapreso già da vent'anni. Quindi l'aumentata prevalenza di obesità e diabete, che ha avuto inizio negli anni Ottanta, oggi si è trasformata in patologia cardiovascolare metabolica e conseguentemente malattia cardiovascolare. Secondo le stime della Società Italiana sulla Prevenzione Cardiovascolare (SIPREC), in Italia la patologia cardiovascolare metabolica interessa circa il 25% degli uomini ed addirittura il 27% delle donne. In Emilia-Romagna (da dati provenienti dai medici di medicina generale) la situazione rispecchia quella nazionale; anche le stime sembrano migliori rispetto al sud Italia (soprattutto per quanto riguarda l'obesità).

Quali sono, a suo avviso, le problematiche chiave di un paziente cardiovascolare metabolico e quali i principali strumenti farmacologici e non per una gestione ottimale della patologia (che, massimizzando la qualità/appropriatezza delle cure, razionalizzi la spesa)?

Fino all'80% dei quasi 200 milioni di adulti diabetici nel mondo morirà di patologie cardiovascolari. Allo stesso modo i pazienti con sindrome metabolica hanno un rischio tre volte maggiore di sviluppare patologie cardiovascolari (infarto e/o ictus) soprattutto all'aumentare dei parametri metabolici alterati. Allo stesso modo i pazienti con sindrome metabolica corrono un rischio quasi venti volte superiore di sviluppare diabete mellito tipo 2. Per tali motivazioni risulta, a mio parere, estremamente urgente la gestione di queste problematiche, visto il loro drastico impatto sociale. A tale proposito è fondamentale la presa in carico dei pazienti presso dei centri di competenza e di eccellenza per la patologia che, attraverso programmi di modificazione dello stile di vita (consulenza nutrizionistica adeguata e programmi di attività motoria specializzati) e interventi terapeutici appropriati, possano ridurre il rischio cardiovascolare del paziente cardiometabolico.

Presso il Policlinico di Modena, nell'area Cardiologia, è attivo il Centro Cardiometabolico da lei diretto. Quando e perché nasce questo Centro?

Il Centro Cardiometabolico del Policlinico di Modena è nato nel 2006 e ha offerto, con grande professionalità e competenza, la possibilità di un programma completo di stratificazione del rischio cardiovascolare in pazienti affetti da sindrome metabolica. Obiettivo principale di questo Centro è quello di realizzare, sul modello americano, una vera e propria Early Atherosclerotic Clinic, dove pazienti provenienti da diverse realtà cliniche hanno la possibilità di avere un inquadramento globale per lo studio, la diagnosi e la prevenzione delle patologie aterosclerotiche. L'idea è quella di costruire un recipiente enorme, che abbia la possibilità di contenere una variegata quantità di popolazioni ad alto rischio cardiovascolare. Per tali motivi è stato possibile valutare, in tre anni, circa 1000 pazienti sia in prevenzione primaria che secondaria, provenienti da diverse realtà, dalla medicina generale, alla cardiologia, al Centro Benessere Donna del nostro Istituto (Centro per lo Studio delle Patologie correlate alla Menopausa), alla diabetologia.

Come è strutturato attualmente (figure professionali coinvolte, organizzazione, etc.) e quali ritiene siano i fattori che lo rendono un centro di eccellenza per la cura del paziente cardiometabolico?

Il centro ha disposizione uno spazio dedicato all'interno della nostra clinica cardiologica, completo di ogni strumentazione utile alla valutazione cardiovascolare del paziente. Esiste una figura medica responsabile (cardiologo specialista) e un referente (cardiologo specialista), che valutano il paziente nella sua com-

pletezza; un tecnico di cardiologia dedicato al centro, che si occupa dei parametri antropometrici del paziente ed esegue una raccolta preliminare dei dati; due o tre medici in formazione specialistica, che affiancano il responsabile medico nella gestione diagnostica e terapeutica dei pazienti. Inoltre frequentano il Centro alcuni laureandi di medicina con dei progetti di ricerca. Tutti i pazienti con forme di obesità moderato-severa che, a nostro giudizio, hanno bisogno di un regime alimentare controllato, eseguiranno una consulenza nutrizionistica presso il nostro centro in collaborazione con il Servizio di Dietologia del Policlinico. Tutti i pazienti con diabete mellito (prevenzione primaria) conclamato in terapia o meno, con segni di scompenso glicemico (per ottimizzazione della terapia) oppure diabete in prima diagnosi (per conferma o diagnosi differenziale) eseguono una consulenza diabetologica presso il nostro centro in collaborazione con una collega endocrinologa. Tutti i pazienti che hanno bisogno di un programma di attività motoria programmata eseguono una consulenza con un nostro medico specializzato in scienze motorie.

Quali sono stati i principali risultati attesi e ottenuti (per esempio, tempestività delle diagnosi, possibilità di iniziare percorsi terapeutici ad hoc, etc.) dall'approccio diagnostico-terapeutico offerto dal suo centro?

I pazienti valutati in questi anni hanno avuto la possibilità di ottenere una stima precisa e dettagliata del proprio rischio cardiovascolare, e l'occasione di migliorare notevolmente il proprio stato di salute attraverso dei percorsi di prevenzione cardiovascolare dettagliati.
Oltre a questo, il mio centro ha oggi a disposizione un database scientifico forse unico in Italia, che consente di analizzare tutti i dati a disposizione offrendoci la possibilità di pubblicare il risultato della nostra esperienza.

Per concludere, professoressa, ritiene importante — rispetto ad obiettivi di gestione costo-efficiente della patologia cardiometabolica — che il 'modello' proposto dal Centro di Modena sia replicato in altre realtà locali/regionali?

Ritengo che il modello di 'centro cardiometabolico' del mio Istituto sia assolutamente utile nel progetto di prevenzione cardiovascolare globale ormai in voga nella società scientifica, con un rapporto costo/beneficio pienamente favorevole. Si tratta di un modello semplice e ripetibile in qualunque realtà locale regionale, anche se di piena realizzazione e compimento solo in un ambiente che abbia a disposizione anche competenze universitarie. ■ *ML*

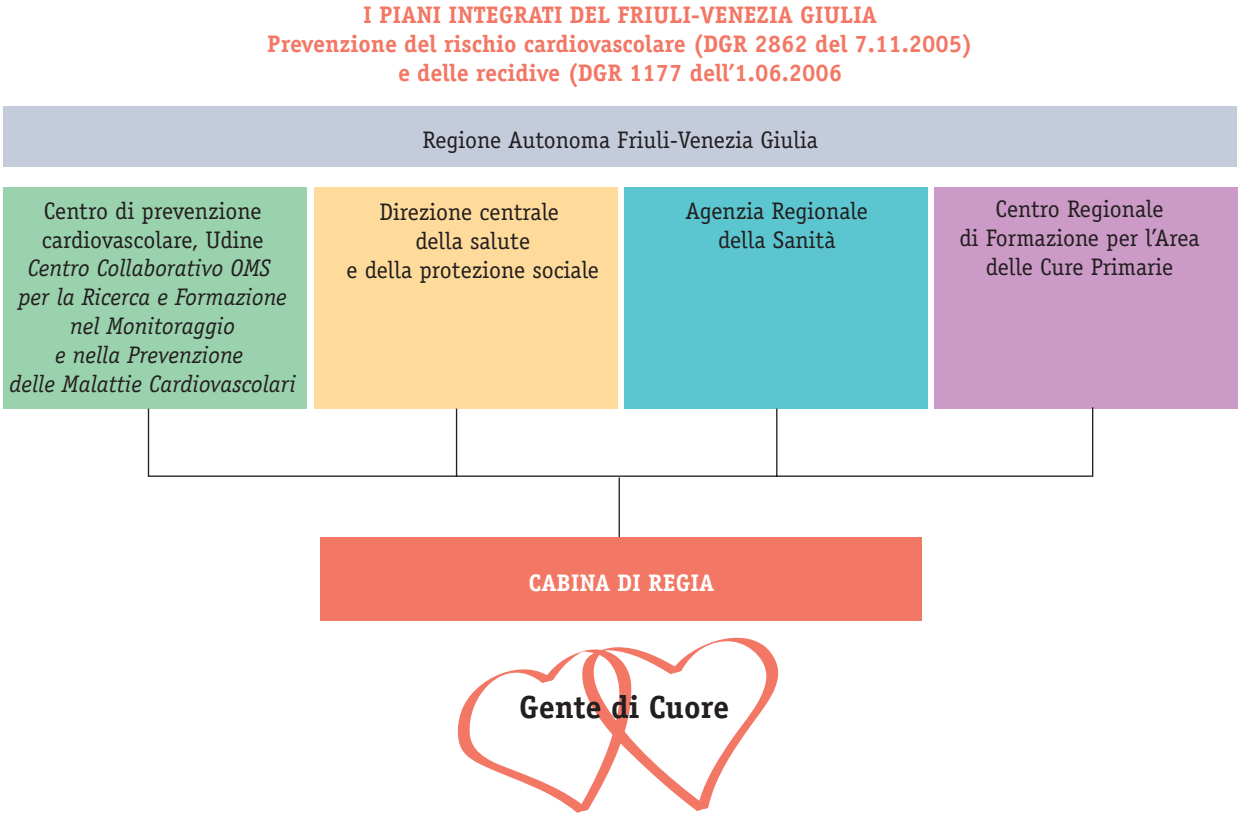
FRIULI-VENEZIA GIULIA

Gente di cuore
Un programma per una prevenzione cardiovascolare sostenibile ed efficace

In Italia, nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, prorogato a tutto il 2009, è operativo dal 2005 un grande piano di prevenzione cardiovascolare, concordato fra Ministero della Salute, Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) e le Regioni, che prevede per ogni Regione piani regionali specifici. La Regione Friuli-Venezia Giulia, in questo contesto, ha deliberato sia il Piano di Prevenzione del Rischio Cardiovascolare (DGR 2862 dd. 7.11.2005), sia il Piano di Prevenzione delle Recidive di Accidenti Cardiovascolari (DGR 1177 dd. 1.6.2006), affidandone la responsabilità al dottor Diego Vanuzzo.
Per dare attuazione a questi piani la Direzione Centrale della Salute e Protezione Sociale del Friuli-Venezia Giulia, l'Agenzia Regionale della Sanità ed il Centro di Prevenzione Cardiovascolare di Udine hanno innanzitutto reperito adeguate risorse finanziarie ed insediato una cabina di regia composta, oltre che dal dottor Vanuzzo, dalla coordinatrice regionale dei piani di prevenzione, dottoressa Clara Pinna, della Direzione Centrale Salute e Protezione Sociale della Regione, dai capo-area Epidemiologia e Clinical Governance dell'Agenzia Regionale della Sanità, rispettivamente dottor Loris Zanier e dottor Giorgio Simon, e dal responsabile del Centro Regionale di Formazione per l'Area delle Cure Primarie, dottor Luigi Canciani (figura 1).
La cabina di regia ha steso un programma attuativo dei piani definito Gente di Cuore, che prevede, in sintesi:

1. la ricognizione degli indicatori epidemiologici delle malattie cardiovascolari e dei loro fattori di rischio più recenti, pubblicata come atlante e base per una sorveglianza continua;
2. la mappatura standardizzata delle azioni di promozione della salute nella comunità;
3. il coinvolgimento dei medici di medicina generale (MMG), dei cardiologi e dei medici dei Dipartimenti di Prevenzione della Regione per corsi di formazione congiunti, inchieste sugli strumenti di prevenzione cardiovascolare e sui metodi di promozione di sani stili di vita;
4. la creazione di un portale per la valutazione del rischio cardiovascolare degli assistiti dai 35 ai 69 anni, utilizzabile sia dai MMG sia dagli specialisti, connesso all'Osservatorio del Rischio Cardiovascolare dell'Istituto Superiore di Sanità di Roma ed arricchito periodicamente dalle informazioni rilevanti provenienti dalle basi dati amministrative routinarie regionali, in particolare i pregressi eventi cardiovascolari, le esenzioni per patologia pertinente, i farmaci erogati;

Figura 1. Schema della cabina di regia.



5. il coinvolgimento del volontariato cardiovascolare nelle azioni di promozione di sani stili di vita nella comunità.

I punti più innovativi del programma sono sicuramente 3 e 4 (formazione Mmg e sviluppo del portale).

In relazione alla formazione, si è proceduto coinvolgendo i direttori generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere regionali, chiedendo loro di nominare un referente aziendale dei Piani Regionali di Prevenzione Cardiovascolare: sono stati individuati sei cardiologi per le Aziende Territoriali e tre cardiologi per le Aziende Ospedaliere. Con la loro collaborazione il dottor Diego Vanuzzo ha identificato ulteriori 11 cardiologi formatori, per un totale di 20, in relazione ai rispettivi Distretti Sanitari della Regione.
Il Piano di Formazione triennale ha previsto la costituzione di una commissione responsabile per la programmazione didattica, la produzione dei materiali e la stesura di un programma di eventi formativi. La commissione ha deciso di operare con medici qualificati a livello di ciascuno dei 20 Distretti Sanitari della Regione, costituendo una task force regionale composta da 20 cardiologi designati, 20 MMG dall'elenco dei formatori del Centro Regionale di Formazione per l'Area delle Cure Primarie e 20 medici dei Dipartimenti di Prevenzione.

Si è proceduto quindi alla "formazione dei formatori" innanzitutto per la medicina generale, e successivamente per infermieri e farmacisti. I 60 medici della task force sono stati coinvolti, in due giornate seminariali, per la produzione dei materiali per la formazione obbligatoria di tutti i medici di medicina generale della Regione e per la costituzione di terne di formazione a livello distrettuale (un MMG formatore, un cardiologo, un medico dei Dipartimenti di Prevenzione). È stato deciso di tenere la formazione dei MMG in un'unica giornata, contemporaneamente in tutti i Distretti Sanitari della Regione. Per la formazione dei MMG sono stati prodotti i seguenti 8 set di diapositive: Introduzione generale, Dal CCM ai Piani Regionali di Prevenzione Cardiovascolare, La valutazione del rischio cardiovascolare, Una scheda operativa per la valutazione del rischio cardiovascolare, Gli stadi del cambiamento, Il Consiglio Breve ed il Colloquio Motivazionale Breve, Un'indagine sui MMG, Conclusioni.
I materiali a stampa predisposti, oltre a pre e post-test e valutazione dei docenti, sono stati: la scheda operativa, il minimanuale per compilarla ed un questionario di inchiesta per valutare le opinioni dei MMG sui materiali proposti, la possibilità di raccogliere indicatori di processo ed esito intermedio (fattori di rischio), materiali di educazione sanitaria e promozione della salute, e sui metodi per l'aggiornamento continuo in prevenzione cardiovascolare e promozione della salute. Per far capire le pos-

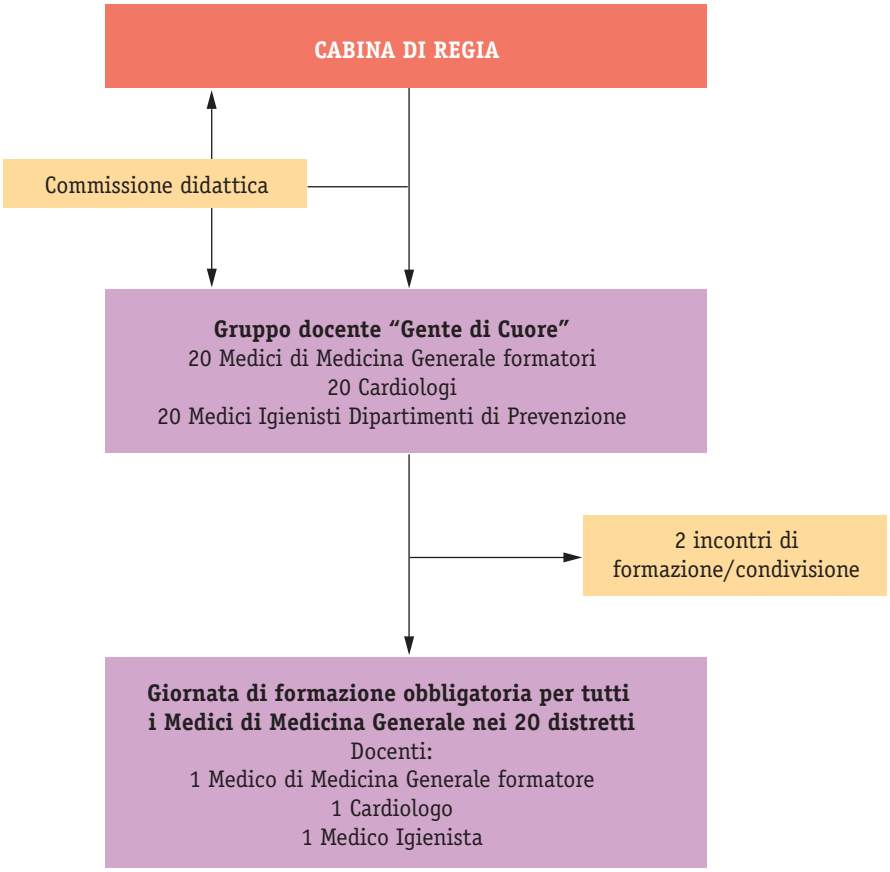


Figura 2. Schema dell'evento formativo a cascata per la medicina generale.

sibilità del colloquio motivazionale breve nella proposta agli assistiti sugli stili di vita salutari, è stato prodotto un DVD con role-plays. Il corso ha visto la partecipazione del 70% dei MMG della Regione (figura 2).

La decisione di allestire il portale **Gente di cuore** si è basata sull'accurata valutazione dei risultati dell'indagine svolta sui MMG. L'eterogeneità dei software gestionali ambulatoriali della medicina di base, l'impossibilità di condividere informazioni con gli specialisti, in particolare cardiologi, se si usa il software monoutente cuore.exe scaricato dal sito dell'Istituto Superiore di Sanità di Roma, talora la difficoltà di reperire informazioni valide su esenzioni, pregressa patologia, farmaci assunti, hanno indotto l'89,3% dei partecipanti a chiedere il portale, che risiederà nel server dell'Agenzia Regionale della Sanità e la cui versione beta è stata testata al Centro di Prevenzione Cardiovascolare di Udine.

Come previsto, le operazioni sul campo per l'utilizzo del portale, accessibile online sia al medico di medicina generale, sia al cardiologo e ad altri specialisti, con le dovute tutele per la privacy, si svolgono nella seconda metà del 2009 e nel 2010.

In conclusione possiamo affermare che in un'intera Regione, sia pure di dimensioni contenute (1.200.000 abitanti), è possibile impiantare un programma multidimensionale e multidisciplinare per la riduzione del rischio cardiovascolare globale, che abbia come punti di forza la formazione degli operatori sanitari sui temi della prevenzione cardiovascolare e promozione della salute, e l'utilizzo di strumenti elettronici semplici, condivisi tra MMG e specialisti, nell'ottica di una prevenzione cardiovascolare efficace e sostenibile nel tempo.

Diego Vanuzzo[1,2], Luigi Canciani[3], Clara Pinna[4], Lorenza Pilotto[1], Fabio Samani[3], Pierluigi Struzzo[3], Giorgio Brianti[5], Francesca Tosolini[6], Giorgio Simon[2] e Loris Zanier[2]

[1]Centro di Prevenzione Cardiovascolare ASS 4 "Medio Friuli", Udine

[2]Agenzia Regionale della Sanità del Friuli-Venezia Giulia, Udine

[3]Centro Regionale di Formazione per l'Area delle Cure Primarie, Monfalcone (GO)

[4]Direzione Centrale Salute e Protezione Sociale, Trieste

[5]Dipartimento di Prevenzione ASS 4 "Medio Friuli", Udine

[6]Servizio Assistenza Farmaceutica, Direzione Centrale Salute e Protezione Sociale, Trieste

LOMBARDIA

Equilibrio tra corretti stili di vita e approccio farmacologico nella patologia cardiometabolica

A colloquio con **Andrea Poli**
Direttore Nutrition Foundation, Milano

Dottor Poli, come e perché nasce Nutrition Foundation of Italy?

Nutrition Foundation of Italy (NFI) nasce circa 35 anni fa perché alcune aziende alimentari acquisirono consapevolezza dell'importanza di avere un'interfaccia di comunicazione con il mondo della ricerca scientifica, per essere informati sugli sviluppi della ricerca stessa sia in ambito nutrizionale sia, più in generale, salutistico, anche per poter di conseguenza calibrare le proprie attività di ricerca, di sviluppo e di mercato in armonia con le più recenti informazioni scientifiche.

Quali sono le principali attività di NFI?

Come accennavo, il nostro è un ruolo di interfaccia tra il mondo della ricerca scientifica e le aziende alimentari associate alla nostra Fondazione. Molti soci di NFI sono chiaramente dotati di strutture interne deputate a tenere informato il mondo aziendale degli sviluppi della ricerca nutrizionale. Questi dipartimenti sono spesso orientati soprattutto alla ricerca e alla formulazione di nuovi alimenti, alla variazione della formulazione degli alimenti sul mercato; spesso manca, invece, in queste strutture il contatto diretto con l'area della ricerca scientifica che, tra l'altro, ha visto negli ultimi anni una crescita esponenziale nel campo della nutrizione, soprattutto laddove si parli di nutrizione e malattie degenerative (aterosclerosi, demenze, tumori). Di fronte a questa crescita esponenziale della letteratura scientifica, il mondo aziendale si trova spesso privo di adeguati strumenti di lettura. È in questo gap che si inserisce la Fondazione, proponendosi di 'filtrare' per le aziende la letteratura scientifica, di identificare le aree di maggiore interesse, di aiutarle a pianificare in maniera più attenta i tempi e lo sviluppo di nuovi prodotti, per far in modo che siano più in sintonia con le indicazioni che vengono dalla ricerca.
Altra attività critica della Fondazione è la comunicazione per i medici e per il pubblico. Nel sito della fondazione[1] pubblichiamo ogni quindici giorni quattro estratti della ricerca nutrizionale più recente, commentati in modo da renderli comprensibili per un pubblico vasto e non solo per gli 'addetti ai lavori'; pubblichiamo anche monografie compatte, messe a punto basandosi sulle evidenze più recenti relative a temi specifici. Ultimamente abbiamo, per esempio, pubblicato un documento di consenso realizzato l'anno scorso in collaborazione con una quindicina di società scientifiche sul controllo non farmacologico dell'ipercolesterolemia; recentemente, inoltre, abbiamo prodotto un analogo documento sul ruolo della prima colazione in relazione al mantenimento di un buono stato di salute. Questo secondo documento di consenso verrà pubblicato presumibilmente all'inizio del periodo autunnale. In entrambi i casi abbiamo coordinato con molta soddisfazione il lavoro di varie società scientifiche, elaborando un documento condiviso destinato ad essere diffuso sia ai medici che al pubblico. Oltre ad attività educative e comunicative c'è, quindi, anche un'attività di definizione di argomenti di interesse intorno ai quali costruiamo documenti di consenso, strumento ormai molto utilizzato dalla comunità scientifica.
Ulteriore tassello del mosaico di attività della Fondazione è la ricerca nell'ambito nutrizionale: abbiamo pubblicato alcuni lavori su come si modifica l'indice glicemico di un alimento variandone la formulazione, un altro sugli effetti del consumo di noci, ricche di un acido grasso particolare (l'acido alfa-linolenico, o ALA), sul profilo degli acidi grassi nel sangue; abbiamo anche appena completato un progetto, finanziato in parte dal Comune di Milano, che ha prodotto informazioni dettagliate di natura nutrizionale, biochimica e funzionale su circa 500 soggetti milanesi di età compresa tra i 40 ed i 79 anni: i dati saranno presentati a breve.
Ultima, ma non per questo meno importante, la nostra attività

congressuale: sia 'chiusa' (e riservata quindi solo ai soci), che 'aperta' su argomenti di grande attualità nell'area della nutrizione (per esempio, l'etichettatura degli alimenti, gli *health claims*, la legislazione europea sull'alimetazione, etc.).

Chi fa parte della Fondazione?

Circa 20 soci, grandi aziende del mondo alimentare. Sia aziende italiane, sia consociate di multinazionali, sia aziende straniere che si occupano di prodotti intermedi. Complessivamente sono rappresentate molte delle principali aziende del mondo alimentare italiano[2].

La Fondazione si inserisce in un network internazionale di ricerca sui temi dell'alimentazione?

Esistono Nutrition Foudations in diversi Paesi europei. Si tratta di realtà molto differenziate: che vanno da strutture estremamente attive come la British Nutrition Foundation ad altre con un profilo più basso. Attualmente, il nostro Presidente, il professor Rodolfo Paoletti, si è fatto promotore di un'iniziativa che intende riunire in una federazione le Nutrition Foundations europee, sia per coordinare i progetti di ricerca che per potenziare la capacità di interloquire con le istituzioni a livello europeo su temi di grande interesse, che hanno a che fare con gli aspetti della legislazione sugli alimenti (per esempio, etichettatura, *health claims*) e sui temi della comunicazione al pubblico, sulla relazione tra alimenti e salute.

Lei è anche Direttore Scientifico della Fondazione Italiana per il Cuore. Le attività delle due Fondazioni sono in qualche modo collegate e/o complementari?

Sicuramente esistono importanti sinergie. Anche la Fondazione Italiana per il Cuore è collocata 'a metà strada' tra il mondo della scienza medica (e cardiologica in particolare) ed il grande pubblico. Entrambe le Fondazioni sono ben consapevoli dell'importanza di modificare il proprio stile di vita per migliorare la salute dei cittadini: e del fatto, in particolare, che è importante creare un'alleanza in quella che potremmo definire la 'filiera della conoscenza': dal mondo della ricerca, che deve fornire le necessarie informazioni scientifiche di base, al mondo delle aziende alimentari, che devono recepire questi stimoli ed introdurli nel mercato, comunicando in maniera più accurata e precisa le caratteristiche degli alimenti e le loro valenze nutrizionali e salutistiche.
La normativa che si sta sviluppando sugli *health claims* sarà certamente di grande aiuto, a questo proposito, perché 'costringerà' le aziende alimentari a dimostrare con progetti di ricerca i vantaggi di salute dei propri prodotti. Infine, è importante informare correttamente il pubblico su questi temi: e questo sta espressamente nella 'mission' sia di NFI che della Fondazione Italiana per il Cuore. Si pensi, per esempio, alla "Giornata mondiale del cuore", organizzata annualmente dalla Fondazione Italiana per il Cuore, che ha l'obiettivo principale di trasmettere al pubblico i motivi per cui vanno modificate le strategie di stile di vita e quali indicazioni andrebbero seguite per ridurre il rischio cardiovascolare.

In base alla sua esperienza, ritiene che il cambiamento negli stili di vita abbia concorso in modo significativo al mutamento degli scenari epidemiologici delle patologie metaboliche ed in particolare cardiometaboliche?

La comunità scientifica ha probabilmente sottovalutato le difficoltà insite nel modificare lo stile di vita di una popolazione. Non possiamo invece trascurare che, sul piano genetico, siamo figli di una evoluzione che ci ha costruito nel corso di milioni di anni per essere 'risparmiosi': per accumulare calorie, visto che la storia della nostra specie si è sviluppata in un contesto in cui era spesso molto difficile raggiungere l'apporto di calorie necessarie per sopravvivere, e (per lo stesso motivo) geneticamente 'pigri'.
Negli ultimi cento anni abbiamo assistito ad una vera e propria rivoluzione dal punto di vista della disponibilità di calorie e della disponibilità di macchine che fanno per l'uomo ciò che prima l'uomo stesso faceva con la sua energia fisica. Si è creato un contesto in cui la maggior parte della popolazione ha a disposizione una quantità praticamente illimitata di calorie, e si è diffusa una serie di tecnologie (*in primis* l'automobile) che consentono di ridurre il dispendio calorico. Ma i nostri geni continuano a funzionare come migliaia di anni fa, per cui si continua spesso a mangiare troppo, ed a muoversi troppo poco. Con questi presupposti è inevitabile lo scenario che si è delineato negli ultimi anni, di diffuso aumento del sovrappeso e dell'obesità, con tutte le implicazioni sul rischio di sviluppare la sindrome metabolica, la malattia diabetica e le malattie cardiovascolari oggi ben note.
Per modificare lo stile di vita bisogna riuscire a 'scalzare' comportamenti determinati geneticamente: un obiettivo molto complesso da perseguire. Non è un caso che siano soprattutto gli strati della popolazione più 'attrezzati' dal punto di vista socioculturale ad avere un minor rischio cardiovascolare, per la maggiore attenzione che le persone di questi gruppi sociali prestano ad una corretta alimentazione e ad una adeguata attività fisica.
L'aumento della scolarizzazione e della cultura è quindi senza dubbio molto importante per il raggiungimento di obiettivi di salute: se non c'è 'conoscenza', ben difficilmente si faranno scelte corrette. Diffondere cultura è forse la strategia più importante ed efficace per portare ad un benessere duraturo.

Almeno un terzo della popolazione adulta, in Italia, ha bisogno di una combinazione tra terapia farmacologica ed un appropriato stile di vita per raggiungere i 'valori di sicurezza' della colesterolemia aterogena (LDL) che le linee guida internazionali hanno ormai chiaramente definito. L'equilibrio tra i due approcci, naturalmente, passa comunque attraverso il medico, che deve essere informato e ben aggiornato su questi temi.

Esistono progetti specifici o ricerche del Centro sulla patologia cardiometabolica?

Abbiamo prestato molta attenzione ad inserire regolarmente sul nostro sito i risultati di studi scientifici sul ruolo di specifici alimenti o stili alimentari sul controllo del rischio cardiometabolico. In particolare, un tema cui prestiamo particolare attenzione è il legame tra fenomeni infiammatori e sindrome metabolica: è infatti noto che il grasso addominale, che si accumula nella sindrome metabolica, ha una specifica capacità di attivare fenomeni dell'infiammazione, attraverso meccanismi che abbiamo solo in parte compreso. Molte categorie di alimenti (penso, per esempio, agli acidi grassi omega 3 o all'alcol in dosi moderate) hanno d'altra parte un'azione antinfiammatoria riconosciuta: ed alcuni lavori recenti confermano il ruolo di questi alimenti nella prevenzione della sindrome metabolica stessa.

Quanto è importante, a suo avviso, la combinazione e l'equilibrio tra approccio farmacologico e non, nella gestione efficiente della patologia cardiometabolica?

È necessario prendere atto che esistono risultati effettivamente ottenibili modificando lo stile di vita, mentre altri, oggettivamente, non lo sono. Penso, per esempio, al controllo della colesterolemia, diventato uno dei capisaldi della prevenzione cardiovascolare. È ragionevole attendersi che la colesterolemia si riduca, con un intervento dietetico corretto, del 5-10%, e l'aggiunta di alimenti funzionali può portare questa riduzione al 15-20%. Ma per chi ha bisogno di un calo della colesterolemia stessa di ampiezza maggiore è indiscutibile che l'unico approccio ragionevole sia quello farmacologico. Al tempo stesso il farmaco deve affiancarsi, senza sostituirlo, ad un corretto stile di vita.

Per concludere, dottor Poli, crede che l'introduzione di farmaci innovativi, aumentando le opzioni terapeutiche disponibili, possa concorrere a migliorare la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici più appropriati e a 'misura' del paziente cardiometabolico e dello specifico stato patologico?

Sicuramente "tanta strada è stata fatta", ma c'è ancora molto da lavorare prima di arrivare a un intervento veramente personalizzato sul singolo paziente. Le cito un esempio banale nell'ambito della sindrome cardiometabolica: i bassi valori di HDL sono sicuramente uno dei determinanti principali di rischio in questi pazienti, ma cominciamo a renderci conto che le HDL sono una famiglia di particelle molto eterogenee, che gli interventi che si possono fare per aumentarne la quantità sono numerosi e differenti tra di loro, che non tutti funzionano, e specialmente che non tutti funzionano in tutti.
In modo analogo, la possibilità di affiancare un inibitore dell'assorbimento del colesterolo ad un inibitore della sintesi del colesterolo stesso rappresenta sicuramente un avanzamento importante dal punto di vista culturale, perché apre la strada ad un intervento personalizzato e mirato nel controllo della colesterolemia nel singolo paziente. Tuttavia è importante anche sviluppare test affidabili, e non eccessivamente costosi, che permettano di definire meglio il profilo metabolico delle varie persone, per implementare terapie sempre più a misura di paziente. ■ *ML*

1 http://www.nutrition-foundation.it/
2 Barilla, Branca, Campari Italia, Coca Cola Italia, Cognis Gmbh, Cremonini, Danone, Ferrero, Galbani/Gruppo Lactalis Italia, Galbusera, Indena, Kellogg Italia, Kraft Foods Italia, Martini & Rossi, Montenegro, Nestlè Italiana, Beneo/Palatinit Gmbh, Parmalat, Unilever.

LAZIO

Empowerment del paziente, care manager e strategia d'équipe nella patologia cardiovascolare metabolica

La prevenzione delle malattie cardiovascolari aterosclerotiche rappresenta un punto critico per una gestione della sanità pubblica, particolarmente per la patologia cardiovascolare-metabolica, che si caratterizza per una maggiore complessità e impatto dei fattori di rischio; infatti oltre a quelli 'classici', dobbiamo considerare la sindrome metabolica e la sempre più frequente disfunzione renale.

Quando si parla di prevenzione, bisogna distinguere quella indirizzata alla popolazione in generale, esempi tipici della quale sono tutte le campagne di sensibilizzazione e promozione di corretti stili di vita (dieta equilibrata, riduzione del consumo di sale, adeguata attività motoria, astensione dal fumo), e quella mirata a soggetti con rischio elevato di sviluppare eventi cardio-cerebro-vascolari o a rischio di recidive; in tali pazienti, oltre a promuovere uno stile di vita più 'virtuoso', bisogna correggere i fattori di rischio cardiovascolare modificabili, come l'ipertensione arteriosa, la dislipidemia, il soprappeso, il diabete mellito. Comunque, è essenziale che le due strategie siano combinate e promosse/implementate parallelamente per ottenere risultati migliori e su una popolazione più estesa. Non meno importante, nell'ambito della compliance del paziente, è l'aderenza alla terapia farmacologia, che, come mettono in evidenza numerosi studi internazionali, è molto bassa, con ricadute spesso drammatiche sia sui pazienti sia sul budget del sistema sanitario.

Per cercare di ottenere risultati più incoraggianti e duraturi, nel mondo anglosassone da alcuni anni sperimentano un nuovo approccio alla prevenzione che prevede l'empowerment del paziente, preso 'in carico' da un'équipe assistenziale composta dal medico di medica generale, da altri specialisti e soprattutto dal *care manager*.

Quella del *care manager* è una nuova figura professionale, già esistente in selezionate realtà regionali/locali (Puglia, Marche, ASL E di Roma), che può aiutare a migliorare alcune criticità note nell'ambito della prevenzione cardiovascolare.

Si tratta di un infermiere selezionato in base a competenze ed esperienze adeguate nell'ambito della prevenzione cardiovascolare e sulla base dell'inclinazione a sviluppare attività di monitoraggio e di coaching nei confronti del paziente. Il *care manager* è una figura 'dedicata al paziente', che mette in pratica il piano clinico formulato dal medico di medicina generale (MMG), seguendo il paziente in modo appropriato attraverso un vero e proprio 'piano di salute'; aiuta il paziente nel suo percorso di cura, dedicandogli il tempo necessario per renderlo consapevole dell'importanza dei fattori di rischio, dell'aderenza alla terapia farma-

Fiorella Battaglia
Fabrizio Bianchi
Liliana Cori

AMBIENTE E SALUTE: UNA RELAZIONE A RISCHIO

Riflessioni tra etica, epidemiologia e comunicazione

Ambiente, Rischio e Salute: nelle corsie, nelle aule di tribunale, nelle stanze del potere politico, nei consigli di amministrazione delle industrie, è questo il triangolo magico che oggi condiziona la qualità della vita di intere popolazioni.
Dalla prefazione di Eugenio Picano

Presentazione di Giuseppe Cantillo
Postfazione di Pietro Greco

Il Pensiero Scientifico Editore *www.pensiero.it* Numero verde 800-259620

cologia prescritta dal medico e, più in generale, delle indicazioni anche non strettamente farmacologiche fornite da quest'ultimo; svolge nei confronti del paziente un'attività di monitoraggio dei target fissati dal MMG e dell'aderenza alla terapia; rappresenta un punto di riferimento costante e prontamente disponibile per il paziente; svolge per lui un'attività di *coaching* a 360 gradi e, in termini più generali, funziona sostanzialmente come interfaccia con il MMG, che rimane evidentemente il *driver* di tutto il processo assistenziale.

L'introduzione della nuova figura rappresenta, in altri termini, un'innovazione organizzativa e gestionale funzionale a perseguire obiettivi di costo-efficienza nella gestione della patologia, nel rispetto delle competenze specifiche di ciascuno degli attori coinvolti nel processo di cura, primo tra tutti il medico.

Infine, altra parola chiave di un efficiente *disease management* è l'équipe assistenziale. Per una patologia così articolata e complessa come quella cardiovascolare-metabolica, caratterizzata da una o più comorbilità, la capacità di una gestione integrata della stessa, mediata dalla presenza di un'équipe con competenze differenziate, ma tra loro fortemente complementari (per esempio, MMG, diabetologo, cardiologo, dietologo, psicologo, etc.) è essenziale. In questo contesto, che coinvolge spesso la presenza di diversi professionisti, evidentemente assume un ruolo ancora più critico, soprattutto nell'ambito della comunicazione con il paziente, la figura del *care manager*.

Esistono evidentemente problemi concreti di implementazione di questi modelli organizzativi, primo tra tutti i problemi di accreditamento del *care manager* nei confronti del paziente, tendenzialmente orientato ad esigere una relazione diretta con il medico, e di 'accettazione' del *care manager* da parte del medico, che potrebbe sentirsi, anche se erroneamente, depauperato di qualche ruolo o funzione nei confronti del paziente. Credo, tuttavia, che entrambi gli ostacoli possano essere opportunamente superati attraverso un'adeguata comunicazione dei vantaggi concretamente ottenibili dall'introduzione di questa nuova figura e da una adeguata strutturazione dei processi di formazione del *care manager* in collaborazione con lo stesso MMG.

Come accennavo precedentemente, sono in atto processi di sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali nuovi, che prevedono la figura del *care manager* in selezionate realtà regionali/locali. In ciascuna di queste, al di là di specifiche esigenze territoriali, la figura del *care manager* ha essenzialmente la responsabilità di facilitare e coordinare l'assistenza dei pazienti durante la loro presa in carico. Sarebbe utile guardare ai risultati delle diverse sperimentazioni in atto per individuare modelli virtuosi o che sarebbe opportuno e auspicabile replicare per perseguire in modo strutturato obiettivi di salute pubblica e maggiore efficienza del sistema di assistenza.

Antonio Pagano
Cardiologo e dirigente Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio

Da questo numero inauguriamo uno spazio dedicato alla voce dell'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere, con l'obiettivo di approfondire sistematicamente tematiche di economia e politica sanitaria attraverso gli occhi di chi è protagonista nella gestione della sanità.

'Medici manager' e 'manager medici': quali ruoli?

di **Gianfranco Finzi[1], Ugo Luigi Aparo[2], Claudio Lazzari[3]**

1 Direttore Medico di Presidio, Area Igiene, Prevenzione e Protezione/Coordinamento Servizi Ospedalieri di Supporto, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Policlinico Sant'Orsola-Malpighi, Bologna;

2 Direttore Sanitario, Istituto Dermopatico dell'Immacolata - IDI, Roma;

3 Dirigente Medico, Area Igiene, Prevenzione e Protezione/Coordinamento Servizi Ospedalieri di Supporto, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Policlinico Sant'Orsola-Malpighi, Bologna

Il medico è il professionista che si occupa della salute umana, prevenendo, diagnosticando e curando le malattie al fine di tutelare la salute della popolazione.

Il manager è una persona che nell'azienda (sia essa pubblica o privata) ha la responsabilità del *management*, ossia del processo di definizione degli obiettivi aziendali e di guida della gestione aziendale verso il perseguimento di tali obiettivi, attraverso l'assunzione di decisioni sull'impiego delle risorse disponibili e, in particolare, delle risorse umane.

Con l'aziendalizzazione del sistema sanitario queste due figure professionali hanno intrapreso un processo di integrazione continuo attraverso la diffusione della cultura e dei metodi del management e della leadership medica nelle organizzazioni sanitarie a più livelli del sistema.

I medici di Direzione Sanitaria sono pertanto al contempo medici e manager; tale integrazione rappresenta un valore aggiunto nell'ambito della gestione ed organizzazione dei servizi sanitari.

È un concetto che può apparire banale, ma che non deve essere dimenticato al fine di chiarire la corretta interpretazione dei ruoli.

Viene riportata di seguito la posizione dell'ANMDO nella quale vengono definiti i ruoli dei medici di Direzione Sanitaria.

«Le leggi di riforma del SSN italiano hanno chiaramente individuato nell'ambito dell'aziendalizzazione delle organizzazioni sanitarie l'affidamento di tali compiti. Il Direttore Generale assume le decisioni; il Direttore Sanitario di Azienda è il responsabile della produzione e collabora alla definizione delle strategie; il Direttore Amministrativo è il responsabile delle adempienze amministrative; il Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero è il responsabile operativo dell'ospedale; il Direttore di Dipartimento e i Direttori di Unità Operativa sono responsabili dell'operatività clinica e dell'appropriatezza.

L'appropriatezza costituisce l'obiettivo della *clinical governance*. Per essere conseguita è necessario che i medici e tutti i professionisti, sanitari e non, che svolgono la loro attività nelle organizzazioni sanitarie, giochino un ruolo attivo nelle decisioni strategiche delle organizzazioni sanitarie, costituendo una presenza forte che affianchi la Direzione, ma senza stravolgere i principi della *governance* e del *management* delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

L'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (ANMDO) ribadisce che sia di prioritario interesse del SSN, ed in particolare dell'efficace ed efficiente conduzione delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, l'esistenza, nei livelli direzionali, di figure mediche con professionalità organizzative e di *management* alle quali affidare compiti di *governance* e di *management* delle componenti sanitarie del sistema operativo.

I presupposti normativi già esistono (Collegio di Direzione, Consiglio dei Sanitari, Comitato Tecnico-Scientifico negli IRCCS) ed occorre farli rispettare laddove vengono ignorati.

Considerando che *governance* significa sostanzialmente che le persone giuste ricoprono i ruoli giusti, l'ANMDO richiede che vengano individuati per tutte le figure della governance (Direttore Generale, Direttore Sanitario di Azienda, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero, Direttore di Dipartimento, Direttore Tecnico) percorsi formativi indispensabili per garantire che ruoli chiave del SSN vengano ricoperti da persone che possiedono le competenze indispensabili per esercitare, nell'interesse dei cittadini, le proprie funzioni.

Accanto al problema della *compliance* di organizzazioni e professionisti, in questo decennio un nuovo tema emerge nel funzionamento dei servizi sanitari ed è quello della dialettica tra manager e professionisti.

Non a caso il tema della *clinical governance* nasce in risposta alla grande enfasi posta negli anni Novanta agli aspetti organizzativi, alle funzioni manageriali ed alla questione dei costi.

Parlare di *clinical governance* e di tutte le sue articolazioni, in effetti, altro non è che il riconoscere come i professionisti debbano essere attori rispetto a scelte ed azioni a valenza clinico-assistenziale nelle organizzazioni sanitarie e, volendo arrivare ad una semplificazione estrema, si tratta di un sistema per orientare le azioni professionali e riportare al centro dell'attenzione il paziente ed i professionisti che se ne prendono cura.

Nel contesto italiano l'esempio più eclatante è quello dei medici di direzione sanitaria. Il SSN infatti non ha avuto bisogno di particolari *training*, ma in larga parte ha trovato al proprio interno delle figure mediche che per vocazione hanno fatto una scelta professionale tecnico-organizzativa e si sono preparate, attraverso corsi di specializzazione specifici, all'uso di logiche e strumenti di sanità pubblica. Storicamente, inoltre, i medici di Direzione Sanitaria sono identificati come l'interfaccia tra la realtà assistenziale e quella politico-amministrativa e, proprio in virtù di questo, hanno un taglio fortemente orientato all'interesse dell'insieme piuttosto che a quello di una singola parte. L'esperienza italiana mostra inoltre come, laddove figure come quella del Direttore Medico di Presidio non sono state adeguatamente valorizzate o si è preferito utilizzare professionisti non specificamente preparati al fine di ottemperare ai soli obblighi di legge, il sistema nel suo insieme non ha tratto particolari vantaggi e, al contrario, ha dovuto intervenire successivamente per ripristinare il corretto funzionamento delle strutture.

Relativamente a questa dialettica, non va dimenticato che nel modello inglese non esistono figure sanitarie mediche equivalenti, vocate e formate per porsi a ponte tra le esigenze della sanità pubblica e, in definitiva, della comunità e quelle dei professionisti.

Anche per questo molto successo hanno alcune associazioni professionali che forniscono al professionista, impegnato prioritariamente nella clinica, strumenti di *training* per comprendere ed acquisire competenze manageriali progressivamente più complesse.

Va comunque ricordato che la figura del clinico, che assume ruoli manageriali, progressivamente perde quote di *expertise* clinica a favore di quella manageriale, venendosi alla fine a configurare come un medico esperto in organizzazione, simile, ma non sempre equivalente in termini di prospettiva di lettura e di esperienza, alle figure di medici di direzione sanitaria attualmente esistenti. In altri termini quando una figura clinica assume progressivamente maggiori responsabilità manageriali, questo implica un altrettanto progressivo abbandono (o quanto meno una riduzione della capacità di mantenere l'eccellenza) delle competenze cliniche.

La dipartimentalizzazione degli ospedali e dei presidi ed il loro collegamento con le strutture territoriali, rende necessario esplicitare i rapporti tra il responsabile dell'ospedale e i responsabili dei dipartimenti. Nell'evoluzione degli ospedali italiani si è verificato un progressivo processo di frammentazione delle discipline specialistiche che ha portato alla moltiplicazione delle Unità Operative Complesse, dotate di 'alta autonomia'. La segmentazione delle competenze ha generato un bisogno di integrazione e di coordinamento in affiancamento a quello della specializzazione medica. Il nuovo assetto organizzativo ospedaliero spinge verso l'adozione di scelte di accorpamento di Unità Operative con specializzazioni complementari o con strette interrelazioni specialistiche, producendo una condivisione delle risorse tecniche ed umane, una maggiore flessibilità organizzativa, uno snellimento delle procedure di gestione ed un recupero della centralità del paziente.

Pertanto anche i Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa hanno assunto nel tempo competenze e responsabilità di tipo manageriale e gestionale. Tale 'nuovo atteggiamento' coinvolge sempre più anche i clinici ed i coordinatori infermieristici, che organizzano e sovrintendono importanti attività svolte all'interno dell'Unità Operativa al fine di perseguire un reale e costante bilanciamento tra efficacia ed efficienza delle prestazioni, con particolare attenzione ai costi.

Negli ultimi anni quindi tutti i medici sono stati investiti dalla necessità di sviluppare una capacità manageriale (medici manager), primi fra tutti i medici delle Direzioni Sanitarie.

Il Direttore Sanitario Aziendale ed il Direttore Medico di Presidio Ospedaliero, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze, assumono oggi un ruolo nuovo che si caratterizza per compiti manageriali di grande importanza, che richiedono una formazione culturale specifica e ben diversa dai canoni tradizionali, ma solidamente innestata in una formazione igienista. Non va pertanto dimenticato che si tratta sempre di professionisti medici che utilizzando le proprie conoscenze in ambito medico e garantiscono la corretta organizzazione e gestione di ogni servizio clinico e di tutto il sistema sanitario. A seconda del ruolo svolto, i medici saranno più o meno richiamati ad adottare competenze manageriali, ma non va dimenticato che tutti i medici sono prima di tutto 'medici' e solo secondariamente 'manager'.

La gestione degli ospedali e dell'organizzazione del sistema sanitario prevede una forte e fattiva collaborazione dei medici con tutte le parti coinvolte, favorendo integrazione ed interscambio culturale.

Ci hanno insegnato che una buona formazione alla professione di manager deve essere in grado di operare su tre fronti: "sapere, saper fare e saper essere". A questo andrebbe aggiunto anche "saper ascoltare": ovvero essere in grado di captare le informazioni e le necessità di tutti gli stakeholder coinvolti in ambito sanitario, elaborando ed interpretando le stesse informazioni al fine di sostenere una crescita condivisa, consapevole ed argomentata, dando il più possibile spazio alla discussione ed al confronto.

Tale interscambio deve essere biunivoco: i 'medici manager' devono conoscere e sensibilizzarsi a tematiche non puramente cliniche, quali per esempio problemi amministrativi, strutturali, logistici, contrattuali, politici, etc.

Al contempo le altre Direzioni che insistono all'interno del sistema sanitario devono contribuire, ognuna per quanto di competenza, alla corretta gestione degli ospedali e al processo di ammodernamento della sanità italiana, sforzandosi di avvicinarsi maggiormente ai problemi di natura clinico-diagnostica, divenendo così 'manager medici'.»

Questa nuova rubrica è dedicata ai centri di eccellenza regionali nella prospettiva di promuovere un processo di condivisione e diffusione di best practice implementate a livello locale e regionale in diversi ambiti della sanità: dalla ricerca, alla clinica fino al management sanitario.
Inaugura questo numero l'Umbria, con il polo di eccellenza clinica e di ricerca della città di Terni. A parlarcene il dottor Ciano Ricci Feliziani (segretario Associazione Culturale per Terni Città Universitaria) e Piero Simoni (presidente regionale ASPAM)

UMBRIA

La genesi e l'auspicabile futuro del polo di eccellenza

di **Ciano Ricci Feliziani**

Nel 2001-2002, potendo vantare la presenza a Terni di un Dipartimento di Scienze Neurologiche di profilo clinico e scientifico di alto livello, inaugurammo una progettualità per lo sviluppo della ricerca nelle malattie neurologiche con la Fondazione Agarini e con un centro di ricerca americano della John Hopkins University. La carta vincente di questa iniziativa è stato, a mio avviso, il trinomio pubblico, privato e internazionale. Attraverso questo trinomio siamo stati in grado di sviluppare molteplici iniziative scientifiche e culturali che si sono avvalse della concreta e continuativa collaborazione di illustri scienziati americani in neurochirurgia e nelle malattie neurologiche. Inoltre, in quegli anni, abbiamo avuto a Terni la presenza di un illustre professore, Giulio Maira, attualmente direttore del Dipartimento di Neurochirurgia del Policlinico Gemelli. L'eccellenza scientifica e clinica ci ha consentito di ottenere un'autorizzazione regionale, con il conferimento alla Direzione Generale di allora, nella mia persona, del compito di organizzare e strutturare meglio un consorzio tra l'Università, la Fondazione Agarini e Baltimora; un'entità che promuovesse, e di fatto negli anni ha promosso, una serie di iniziative di carattere scientifico con risonanza regionale e nazionale.

Ultimo tassello di questo polo di eccellenza avrebbe potuto essere il neonato Centro di Ricerca sulle Cellule Staminali che, tuttavia, e lo dico con profondo rammarico, si è sviluppato come entità indipendente sia dalla Regione che dall'Università, strutturandosi come una fondazione che vede la presenza del Comune di Terni, della Fondazione Diocesana, della Camera di Commercio, ma non, appunto, della Regione e dell'Università. L'assenza di questi due attori nella struttura organizzativo/amministrativa ritengo possa essere un elemento di debolezza su cui mi auspico si possa lavorare. Credo, infatti, che la coesione tra le diverse forze istituzionali sia fondamentale per poter capitalizzare sull'eccellenza scientifica del polo ternano e massimizzare la qualità e quantità dei risultati ottenibili e degli obiettivi concretamente perseguibili.
In un'ottica di più ampio respiro e più a medio lungo termine mi auspico, inoltre, che tutte queste attività confluiscano nella costituzione di IRCSS – tali da consentire la differenziazione dei filoni di ricerca, con Perugia impegnata sulle malattie cardiologiche e Terni sulla neurologia – con il coinvolgimento del Ministero e dell'Istituto Superiore di Sanità.

Il progetto Umbria Heart of Science

di **Piero Simoni**

Il progetto Umbria Heart of Science nasce dalle sinergie di intenti tra l'Associazione Culturale Terni Città Universitaria, presieduta dal dottor Ciano Ricci Feliziani, e i medici di medicina generale dell'ASPAM – società medico-scientifica a carattere nazionale che si interessa di formazione e aggiornamento medico – di Terni, di cui sono il presidente regionale. Lo scopo dell'evento è far

diventare annualmente Terni punto di incontro per l'universo della salute. La scelta di Terni come sede congressuale non è casuale. La nostra città ha, lo sappiamo tutti, un passato industriale con spiccata vocazione siderurgica, ed ora, in un momento storico in cui l'industria pesante è comunque in crisi, trova con estrema difficoltà una sua identità culturale.

Noi medici ASPAM, sfruttando la presenza sul territorio di un avanzato centro di ricerca sulle cellule staminali, di un nascente polo oncologico e di una università, quella di Perugia, particolarmente attenta ai temi della ricerca, proponiamo la nostra città come sede di una manifestazione scientifico-culturale in cui il mondo accademico, la quotidianità sanitaria (ospedale, ASL e MMG) e le aziende farmaceutiche affrontino annualmente i punti scottanti della sanità.

Siamo giunti alla seconda edizione e, dopo i successi dell'anno passato, quando abbiamo contato in aula 250 medici provenienti sia dall'Umbria sia dalla Toscana, dal Lazio, dalle Marche e dalla Calabria, siamo riusciti a coagulare intorno al nostro progetto l'intera città: le istituzioni, il mondo imprenditoriale, i giovani, il volontariato, le associazioni; un grandissimo aiuto lo ha fornito il professor Adolfo Puxeddu, Preside della Facoltà di Medicina dell'Università di Perugia.

Partendo dal dato di fatto che l'Università di Perugia e di Terni ha tra le priorità di ricerca le cellule staminali, in presenza di un centro dedicato alle cellule staminali che sta muovendo i primi passi su Terni sotto la direzione del professor Vescovi, abbiamo ritenuto opportuno che il 'filo rosso' dell'evento fosse appunto quello delle 'cellule staminali'.

L'evento, strutturato in tre giornate (26-28 novembre 2009), offre un ampio spazio in cui dibattere di biologia, filosofia, etica.

Avremo a disposizione relatori di fama nazionale come il professor Redi. Spazi espositivi a tema saranno lasciati all'industria farmaceutica e alle industrie umbre al fine di far conoscere quanto di positivo si sta facendo nel campo delle biotecnologie; ci saranno momenti importanti di confronto attraverso tavole rotonde e forum e il pubblico avrà parte attiva, essendo invitato, come in un gioco, ad appropriarsi di nozioni che potranno apparire scontate, ma che, se applicate quotidianamente, possono concorrere in modo significativo al miglioramento dello stato di salute e alla razionalizzazione della spesa sanitaria.

Il primo giorno prevede una sessione a carattere divulgativo, culturale ed etico dove personaggi di fama nazionale affronteranno il tema delle cellule staminali dal punto di vista della ricerca, della filosofia e dell'etica. In questa giornata il convegno è aperto a tutta la cittadinanza (associazioni culturali e di volontariato, studenti, etc.). Nel pomeriggio si parlerà di ricerca umbra in campo biotecnologico attraverso un coinvolgimento della Facoltà di Ingegneria della città di Terni. Chiuderà il primo giorno un confronto tra i diversi attori nell'area della ricerca e della salute (i pazienti attraverso il Tribunale dei Diritti del Malato, i medici di medicina generale, la ASL, l'Azienda Ospedaliera, le aziende farmaceutiche e le istituzioni locali), attraverso una tavola rotonda sul tema dell'appropriatezza prescrittiva.

Il secondo giorno vedrà coinvolti il Reparto di Neurologia dell'Ospedale di Terni e la Facoltà di Medicina di Perugia sul tema dell'applicazione delle cellule staminali in campo neurologico. Il pomeriggio sarà invece dedicato all'oncologia (biologia molecolare e carcinoma colorettale, epidemiologia, screening e ruolo di terapie e nuove tecniche chirurgiche) con il coinvolgimento del reparto diretto dal professor Francesco Sciannameo, direttore del Dipartimento di Chirurgia di Terni e presidente nazionale della Società di Chirurgia Geriatrica.

Nel terzo giorno sarà dato largo spazio alla medicina preventiva. In particolare, abbiamo ritenuto interessante focalizzarci, attraverso un forum ad hoc, sui temi dell'alimentazione, dell'obesità e delle malattie collegate, prime tra tutte quelle cardiovascolari, ponendo la giusta enfasi sull'importanza di corretti stili di vita e sull'appropriatezza delle terapie farmacologiche in un'ottica di ottimizzazione della prevenzione primaria e secondaria, e di razionalizzazione della spesa sanitaria complessiva.

Siamo infatti fermamente convinti come ASPAM che un'azione preventiva sui più conosciuti fattori di rischio, associata ad un corretto uso di una idonea terapia farmacologica, conducano di sicuro nel tempo ad una marcata riduzione della spesa sanitaria assicurando al contempo la migliore qualità delle cure al paziente.

Infine, importante e diverso sarà il ruolo delle aziende farmaceutiche, non viste come sponsor passivo ma come attore coinvolto direttamente nell'evento, sia attraverso uno spazio espositivo a tema (per esempio, iniziative di responsabilità sociale d'impresa, patologie specifiche) che con il diretto coinvolgimento nei momenti di confronto (tavola rotonda e forum).

DUE PASSI... NEL CUORE DEL DIABETE

A Tropea due giornate dedicate al diabete e al cuore

Educare il medico e sensibilizzare correttamente il paziente sono due fattori chiave per migliorare la gestione delle patologie cardiovascolari e del diabete.

Questi gli scopi principali dell'iniziativa Diabete e rischio cardiovascolare promossa dal dottor Crispino a Tropea il 16 e il 24 maggio scorsi.

Nel corso della prima giornata si è svolto un corso di formazione accreditato con ricadute essenzialmente pratiche sul piano delle nuove strategie terapeutiche. Contestualmente sono stati individuati i punti chiave e i percorsi da praticare per una gestione integrata del paziente affetto da patologie croniche da parte dei medici di assistenza primaria, specialisti del territorio e ospedale.

Il focus dell'evento è stato 'Diabete e rischio cardiovascolare', con l'obiettivo di comunicare alcuni messaggi chiave relativi alla patologia.

1. Il diabete mellito di tipo 2 (circa il 90% di tutte le forme di diabete) è una malattia cronica multifattoriale, la cui diffusione sta raggiungendo proporzioni epidemiche.
2. Pur essendo nella maggioranza dei casi, almeno nelle fasi iniziali, quasi completamente asintomatica, richiede sin dal momento della diagnosi (e forse anche prima!) un approccio terapeutico precoce al fine di evitare le temibili complicanze micro e macro-angiopatiche della malattia.
3. Il diabete è una malattia cardiovascolare e, come tale, va trattata sin dall'inizio in modo appropriato, avendo una visone globale del paziente che dia il giusto peso a tutti i fattori di rischio cardiovascolare quali ipertensione, ipercolesterolemia, obesità, fumo di sigaretta, sedentarietà.

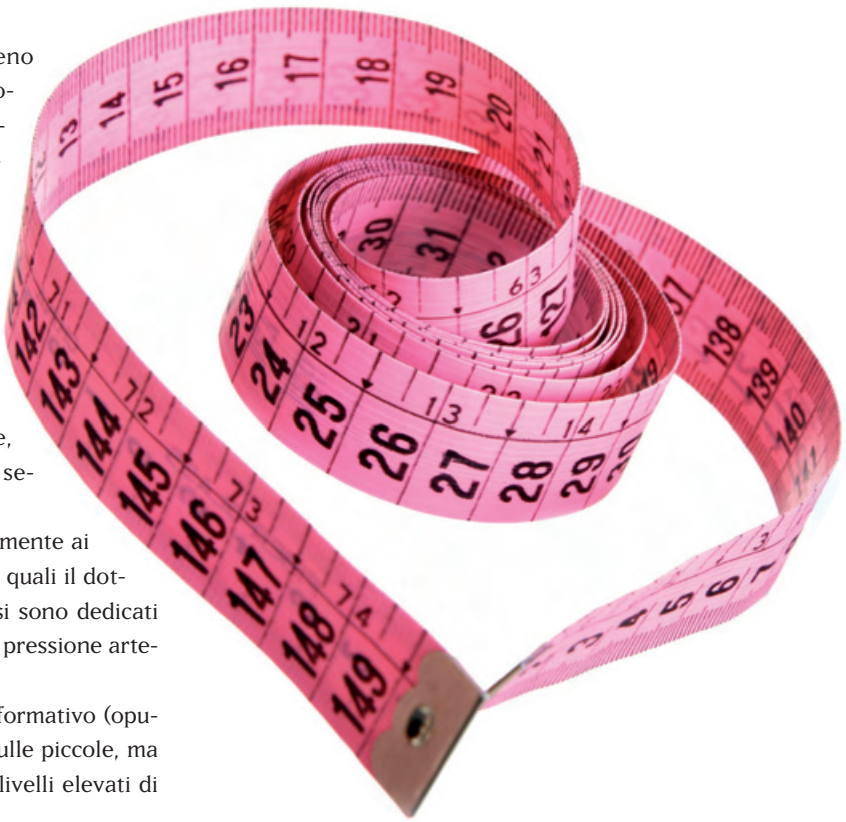
La seconda giornata è stata invece dedicata interamente ai pazienti, con l'allestimento di alcuni stand presso i quali il dottor Crispino e alcuni operatori sanitari volontari si sono dedicati alla misurazione dei valori di glicemia, colesterolo, pressione arteriosa, peso e circonferenza vita.

Contestualmente è stato distribuito il materiale informativo (opuscoli e schede paziente) sui corretti stili di vita e sulle piccole, ma importanti regole da seguire nei casi di diabete e livelli elevati di pressione arteriosa e colesterolo.

La giornata è stata un successo: è stato possibile eseguire lo screening di una popolazione di circa 400 pazienti e prendere coscienza della reale incidenza di alcuni fattori di rischio cardiovascolare. È stata anche un'importante occasione per sensibilizzare l'opinione pubblica su patologie spesso asintomatiche come il diabete, l'ipercolesterolemia e l'ipertensione. È interessante sottolineare come non siano mancati pazienti che, ignari della loro condizione, hanno avuto la possibilità di scoprire valori di colesterolo fino a circa 400 mg/dl o valori anomali di glicemia e pressione arteriosa. Per questi ultimi è stata predisposta il giorno successivo una visita più accurata con il dottor Crispino presso l'ambulatorio specialistico di diabetologia di Tropea.

Il bilancio dell'iniziativa è senz'altro stato molto positivo, perché, come sottolinea il dottor Crispino, "lo scopo è stato quello di sensibilizzare ed informare l'opinione pubblica su patologie quali diabete, ipertensione, ipercolesterolemia particolarmente serie, diffuse e in esponenziale crescita nel nostro territorio, potenzialmente anche molto pericolose; patologie che proprio per questo devono essere prevenute e curate modificando il proprio stile di vita e/o con l'ausilio di semplici interventi farmacologici".

Giuseppe Crispino
Endocrinologo-Diabetologo, ASP Vibo Valentia



CARDIOMETABOLICA.ORG: PERCHÉ UN SITO SUL CARDIOMETABOLISMO

Innovare, applicare e disseminare. L'aumento dell'aspettativa di vita negli ultimi 50 anni è un fenomeno che si spiega in parte con lo sviluppo della scienza e della tecnologia medica e in parte con la divulgazione delle nuove conoscenze. Infatti gli investimenti in innovazione e tecnologia medica non possono sviluppare completamente le proprie potenzialità se non si accompagnano a una disseminazione delle conoscenze riguardanti gli interventi più efficaci, in termini di salute pubblica, di natura medica, farmacologica, relativi agli stili di vita, alla programmazione di politica sanitaria e così via. La disseminazione dell'informazione, insieme con la volontà e la capacità di agire su di essa, si dimostrano infatti più efficaci di quanto sia il solo investimento in tecnologie.

Medicina traslazionale: cos'è? Il dominio, la diffusione e l'applicazione dell'enorme massa di informazioni che lo sviluppo della conoscenza medica sta producendo costituisce la vera sfida della medicina odierna. In questo scenario si sta sviluppando la cosiddetta 'medicina traslazionale' dal laboratorio al letto del malato, che non si limita a produrre i risultati della ricerca e dello studio di nuove molecole, nuovi sviluppi clinici e nuovi approcci terapeutici, ma si allarga allo studio delle metodologie e degli interventi che consentono di selezionare le nuove proposte e renderle utilizzabili non solo dal ricercatore clinico, ma da tutti i medici, sia in ospedale sia sul territorio.

Medicina e comunicazione. La medicina, però, non si realizza solo tra le mura degli ospedali o nella rete degli operatori sanitari del territorio: essa trova il suo massimo impatto nella comunità degli utenti, del mondo politico, della finanza e della gestione. Appare quindi sempre più critica l'opera dell'esperto in comunicazione, necessaria innanzitutto per collegare tra loro gli operatori sanitari, ma importante anche per trasferire le informazioni al cittadino, come singolo e come comunità.

In quale campo? Nel processo di comprensione e di controllo delle malattie cardiovascolari sta prendendo sempre più importanza uno stretto collegamento tra la patologia cardiovascolare stessa, il metabolismo del tessuto adiposo, la resistenza all'insulina e le risposte infiammatorie. Ne emerge una combinazione di azioni e reazioni la cui interpretazione appare sempre più complicata e comunque sempre meno dominata. Eppure, la conoscenza di questi momenti fisiopatologici apre prospettive del tutto nuove nella valutazione della patologia cardiovascolare, della sua prevenzione e del suo trattamento.

Il cardiometabolismo della donna: un punto interrogativo? Sempre maggiore appare l'evidenza che la donna abbia una posizione diversa nel contesto della grande costellazione delle malattie cardiovascolari. Anche se il genere maschile viene indicato come uno dei fattori di rischio non modificabili di dette malattie, i punti interrogativi sulla posizione della donna sono sempre più numerosi. Il genere donna infatti contribuisce alla mortalità di dette malattie più del genere uomo nel complesso di tutte le fasce di età, e non solo in Italia.

Un nuovo sito. Ci è sembrata quindi assai stimolante l'ipotesi di sviluppare un sito attivo in cui si trattino questi temi complessi, cercando di renderne facile la conoscenza e quindi il trasferimento al pubblico, senza scavalcare comunque il medico di medicina generale, che nella sua funzione di terapeuta ed educatore è il primo produttore ed erogatore di comunicazione scientifica al proprio assistito. Certo: anche in campo medico siamo sommersi da informazioni che spesso non riusciamo a combinare tra loro, selezionare, comprendere e interpretare. In questa prospettiva possono essere utili un nuovo sito, un nuovo punto di informazione? Noi riteniamo di sì, ma la risposta definitiva è affidata a quanti risponderanno in modo (inter)attivo alla nostra proposta.

Ufficio Stampa ***Fondazione Italiana Cuore***