

n° 60 dicembre 2006

## indice

### Review ed editoriali

- Reducing the Door-to-Balloon Time for Myocardial Infarction with ST-Segment Elevation N Engl J Med 2006
- Amyloidosis and the Heart A Comprehensive Review Arch Intern Med. 2006; 166: 1805-1813.

### Lavori

- Bypassing the emergency room reduces delays and mortality in ST elevation myocardial infarction: the USIC 2000 registry. Heart 2006; 92: 1387-1383
- Mortality after the 2003 invasion of Iraq: a cross-sectional cluster sample survey. Lancet 2006; 368: 1421-28.
- Propofol by infusion protocol for ED procedural sedation." American Journal of Emergency Medicine (2006) 24, 599-602.
- Surgical vs. Nonoperative Treatment for Lumbar Disk Herniation. The Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT): a Randomized Trial. JAMA 2006; 296:2441-2450.
- Surgical vs Nonoperative Treatment for Lumbar Disk Herniation. The Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT) Observational Cohort. JAMA 2006; 296: 2451-2459.
- Underinvestigation and Undertreatment of Carotid Disease in Elderly Patients with Transient Ischaemic Attack and Stroke: Comparative Population Based Study. BMJ 2006; 333: 525-527.
- Data Collection on Patients in Emergency Departments in Canada. CJEM 2006; 8: 417-424.

### In breve

- Meta-analysis of furosemide to prevent or treat acute renal failure. BMJ 2006; 333: 420-25 con editoriale di accompagnamento: Early intervention in acute renal failure. BMJ 2006; 333: 406-7. • Prognostic value of symptoms during a normal or non specific electrocardiogram in ED patients with potential acute coronary syndrome. Acad Emerg Med 2006; 13: 1034-39. • Acute renal failure. BMJ 2006; 333: 786-90 • How to measure renal function in clinical practice. BMJ 2006; 333: 733- • Accuracy of B-Type Natriuretic Peptide Tests to Exclude Congestive Heart Failure Systematic Review of Test Accuracy Studies Arch Intern Med. 2006; 166: 1073-1080. • Cost-effectiveness of B-Type Natriuretic Peptide Testing in Patients With Acute Dyspnea Arch Intern Med. 2006;166:1081-1087.

### Corsi e Convegni

- Management infermieristico: riflessioni e prospettive etico-deontologiche nel contesto sanitario attuale

### Aggiornamenti

- "The "Statint" wonder of bubble about to burst." Journal of Negative Results in BioMedicine 2005, 4:3. A cura di Luca Iaboli
- STP, questo sconosciuto. A cura di Luca Iaboli e Francesca Zuccaro
- Attivazione di una Medicina d'Urgenza e Osservazione Breve Intensiva in un Ospedale di rete. Esperienza della Zona Territoriale 3 ASUR Marche: Criticità. A cura di Mauro Fallani, Alessio Gamboni, Maria Capalbo e Aldo Ricci.

---

**Redattore Capo:** Mauro Fallani<sup>1</sup> [mauro.fallani@asl3.marche.it](mailto:mauro.fallani@asl3.marche.it) **Redazione:** Andrea Fabbri<sup>2</sup> [andrea.fabbri@formulatre.it](mailto:andrea.fabbri@formulatre.it) Paolo Groff<sup>3</sup> [p.groff@virgilio.it](mailto:p.groff@virgilio.it) Luca Iaboli<sup>4</sup> [liaboli@hotmail.com](mailto:liaboli@hotmail.com) Paolo Mule<sup>3</sup> [mulepaolo@aosp.bo.it](mailto:mulepaolo@aosp.bo.it) **Supervisore:** Alberto Vandelli<sup>2</sup> [a.vandelli@ausl.fo.it](mailto:a.vandelli@ausl.fo.it)

<sup>1</sup>U.O. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza ASUR Marche Zona Territoriale 3 Fano, <sup>2</sup>DEA AUSL di Forlì, <sup>3</sup>DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna, <sup>4</sup>DEA Policlinico di Modena

---

i numeri già usciti sono disponibili all'indirizzo <http://simeu.it/emiliaromagna/index.html>

- **Review ed editoriali**

### **Reducing the Door-to-Balloon Time for Myocardial Infarction with ST-Segment Elevation N Engl J Med 2006**

Editoriale che commenta una analisi di Bradley e coll. sulle strategie ospedaliere tese a ridurre i tempi door-to-balloon per i pazienti che devono essere trattati con angioplastica primaria (PCI) nello STEMI.

A distanza di 27 anni dai primi successi della terapia trombolitica nei pazienti con infarto miocardico acuto e dopo 20 anni di possibilità e sicurezza della PCI, negli ultimi 10 anni la PCI è gradualmente stata preferita nei pazienti con STEMI.

Per la PCI lo standard per l'efficacia dell'intervento è la misura del tempo "door-to-balloon" definito come l'intervallo fra l'arrivo del paziente al Pronto Soccorso e la prima dilatazione della coronaria chiusa. Da trial clinici e analisi di registri si è stabilito che il gold standard è un tempo inferiore a 90 min.

Lo spostamento della terapia dalla trombolisi all'angioplastica ha aggiunto nuove sfide al già complesso trattamento dell'IMA STEMI.

Recenti indagini hanno evidenziato che solo il 20% circa degli ospedali negli USA è in grado di raggiungere questo standard di 90 min.

Sei semplici strategie emergono come importanti: la attivazione del laboratorio di emodinamica sulla base dell'ECG effettuato durante il trasporto all'ospedale, l'attivazione da parte del medico di PS senza aspettare la consulenza del cardiologo, l'attivazione dell'emodinamica con una sola chiamata telefonica, uno staff pronto in reperibilità in grado di giungere in 20 min (paragonato ad uno staff con tempo di arrivo superiore a 30 min.), un cardiologo sempre presente in ospedale, un feed back in tempo reale sul tempo door-to-balloon sui pazienti recentemente sottoposti a PCI.

Per ogni strategia il tempo guadagnato varia da 8,2 a 19,3 min.

Alcune di queste strategie sono difficilmente applicabili su larga scala e sono molto costose.

L'attivazione del laboratorio di emodinamica sulla base dell'ECG eseguito prima dell'arrivo in ospedale, e il permesso al medico di PS di allertare l'emodinamista senza consultare il cardiologo sono semplici e sicuri step che sembrano avere un effetto importante nella riduzione del tempo door-to-balloon. Il prezzo da pagare è un occasionale falso allarme o una attivazione inopportuna che però è stata rara nella studio di Bradley con una mediana di 2 falsi allarmi in 6 mesi.

I dati che supportano la definizione di questo gold standard di 90 min., l'inclusione di questo indicatore nelle linee guida, e i benchmarking per la performance hanno creato incentivi per gli ospedali. In aggiunta una recente decisione di una giuria dell'Illinois provoca una spinta aggiuntiva a evitare implicazioni legali per ritardo di trattamento. In questa sentenza la giuria ha deciso che la morte di un paziente che ha aspettato circa 2 ore in una sala di attesa di un Pronto Soccorso prima di una diagnosi e di un trattamento per un attacco cardiaco costituisce un potenziale omicidio.

Credo che questo editoriale lanci un sasso nel già tormentato stagno della terapia ripercussiva dello STEMI. Sicuramente apre un ampio spazio di azione e di responsabilità per Medici di emergenza.

**Commento di Carlo Zanotti**

### **Amyloidosis and the Heart A Comprehensive Review Arch Intern Med. 2006; 166: 1805-1813.**

L'infiltrazione cardiaca da depositi di amiloide sfocia più spesso in una cardiomiopatia restrittiva che si manifesta nello stadio finale con scompenso e disturbi della conduzione. Pur se raro e comunque ben caratterizzato l'interessamento cardiaco della amiloidosi primaria, la forma senile dell'amiloide prevalente nella 7<sup>a</sup> decade di età frequentemente coinvolge il cuore. Purtroppo tale diagnosi è difficile e richiede la dimostrazione dell'amiloide su prelievo biptico; in base al tipo di

amiloide sarebbero possibili alcuni approcci terapeutici con chemioterapici, trapianto di cellule staminali o trapianto di fegato.

**Commento di Mauro Fallani**

- **Lavori**

**Bypassing the emergency room reduces delays and mortality in ST elevation myocardial infarction: theUSIC 2000 registry. Heart 2006; 92: 1387-1383**

Questo articolo evidenzia come il pronto soccorso possa essere una trappola per alcune patologie. Una volta che un paziente con IMA con ST sopra vi entra, è difficile che ne esca come dovrebbe.

In questo studio vengono presi in esame circa 1.200 pazienti con STEMI: il 67% è ammesso direttamente in Unità Coronarica o in Laboratorio di Angioplastica, il restante 33% è passato dal PS prima dell'ammissione in unità coronaria.

Nei fortunati che hanno saltato il PS c'è una forte associazione con un ridotto tempo di ammissione, un ridotto tempo di trattamento ed un più frequente uso di terapia ripercusiva.

Questo può essere, in parte, spiegazione del beneficio che hanno questi pazienti in termini di prognosi: una migliore sopravvivenza a breve (mortalità a 5 giorni: 4.9% vs 8.5%) e lungo termine.

La decisione di indirizzare il paziente direttamente verso un'Unità Coronarica o un Laboratorio di Angioplastica varia secondo la disponibilità e la pratica locale, ma saltare il PS è un metodo pratico e semplice per ridurre il tempo del trattamento ripercusivo: un'osservazione che ha importanti implicazioni per l'organizzazione del percorso preospedaliero (ed in cui probabilmente la teletrasmissione di un ecg è un elemento chiave).

**Commento di Luca Iaboli**

**Mortality after the 2003 invasion of Iraq: a cross-sectional cluster sample survey. Lancet 2006; 368: 1421-28.**

Questa ricerca su campione stima più di mezzo milione di morti dall'inizio dell'invasione dell'Irak. Dal marzo 2003, ogni 40 persone della popolazione irachena, 1 sarebbe morta di causa violenta. Il 31% del numero delle vittime è ascritto alle forze di coalizione: è diminuito nel 2006, ma il totale è aumentato di anno in anno. Le vittime sono soprattutto uomini tra i 15 e i 44 anni. Causa di morte più comune è da arma da fuoco, ma sono in aumento le morti da esplosioni. Gli autori del dipartimento di salute pubblica della Johns Hopkins Bloomberg School di Baltimora e dell'Università al Mustansiriya di Baghdad, avevano già fatto uno studio simile in Irak.

Come nel precedente articolo, le stime sono in eccesso rispetto a quanto basato sulla sorveglianza passiva (al settembre 2006 sono stati contati tra i 43.000 ed i 48.000 cadaveri di iracheni uccisi). La stima è che fra il 18 marzo 2003 ed il giugno 2006 654.965 iracheni siano morti in eccesso rispetto a quanto ci si sarebbe aspettato sulla base della frequenza di mortalità pre-invasione (p value < 0,0001; IC 95% 392'979-942'636). Di queste morti si stima che 601.027 (p value < 0,0001; IC 95% 426'369-793'663) siano dovute a causa violenta.

**Commento di Luca Iaboli**

**Propofol by infusion protocol for ED procedural sedation." American Journal of Emergency Medicine (2006) 24, 599-602.**

Componenti delle cure nel dipartimento d'urgenza sono la sedazione e l'analgesia.

Questo piccolo studio (50 pazienti) riguarda un protocollo di infusione di Propofol: una novità dato che in studi precedenti nei DEA americani il farmaco era usato in bolo alla tipica dose di 1-2 mg/kg.

Questo agente ipnotico-sedativo, comunemente usato in anestesia, ha una maneggevolezza che lo rende utile per l'uso in procedure dolorose/fastidiose di breve durata (manipolazioni ortopediche,

incisione/drenaggio di ascessi, cardioversione, ...). Sono discussi gli effetti collaterali (ipotensione e depressione respiratoria) che richiedono un monitoraggio costante durante l'infusione.

**Commento di Luca Iaboli**

**Surgical vs. Nonoperative Treatment for Lumbar Disk Herniation. The Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT): a Randomized Trial. JAMA 2006; 296:2441-2450.**

L'intervento chirurgico di discectomia per ernia del rachide lombo-sacrale rappresenta uno degli interventi più frequenti negli USA per patologia del rachide lombo-sacrale. Esistono ampie dimostrazioni di una significativa regressione del quadro doloroso con corrispondente miglioramento TC senza alcun provvedimento chirurgico. Nei casi con ernia discale esiste un'ampia variabilità sulle indicazioni all'intervento chirurgico, con coefficienti di variazione negli studi pubblicati fino a 15 volte. A questo proposito sono stati tentati confronti fra soggetti sottoposti a terapia chirurgica rispetto a quelli sottoposti a terapia medica senza risultati apprezzabili, sia in termini di risultato a breve che a lungo termine, causa la scarsa qualità degli studi disponibili. Nel presente studio SPORT (Spine Patient Outcomes Research Trial) sono stati randomizzati fra il marzo 2000 e il novembre 2004 tutti i soggetti trattati in 13 strutture ad alta specializzazione per patologie del rachide lombo-sacrale di 11 stati USA. Sono stati studiati 501 soggetti di età media 42 anni, 42% di sesso femminile, con ernia del rachide lombo-sacrale documentata alla CT e con segni e sintomi di radicolopatia da almeno 6 settimane. Obiettivo dello studio era quello di mettere a confronto il trattamento chirurgico (discectomia tradizionale) con il trattamento medico. L'outcome consisteva in un confronto fra una serie di items che consideravano la qualità di vita, l'intensità del dolore ed infine gli aspetti funzionali (Medical Outcomes Study 36-item Short-Form health Survey) a 6 settimane, 3 mesi, 6 mesi, 1 e 2 anni dall'inizio dello studio. Lo studio considerava infine anche alcuni outcome secondari come la gravità della sciatalgia, il benessere e la regressione del dolore, il livello di efficienza in termini di attività fisica.

I risultati dimostrerebbero che il livello di aderenza al tipo di trattamento assegnato è risultato insufficiente, dal momento che il 50% dei soggetti assegnati al trattamento chirurgico sono poi stati sottoposti all'intervento entro 3 mesi dall'arruolamento, ed il 30% dei soggetti assegnati al trattamento medico sono stati sottoposti invece al trattamento chirurgico dopo un analogo periodo. I risultati documenterebbero che il miglioramento sarebbe simile per entrambi i trattamenti, sia considerando gli outcome principali sia quelli secondari, pur con un minimo vantaggio per il gruppo trattato chirurgicamente, senza tuttavia differenza significativa.

Le conclusioni sosterrrebbero che sia una terapia medica così come un trattamento chirurgico producono benefici a 2 anni nei pazienti con ernia discale sintomatica del rachide lombo-sacrale. Poiché un significativo numero di pazienti hanno operato nel corso dello studio un cross-over sul tipo di trattamento la superiorità o meno di un trattamento sull'altro non trova supporto nell'analisi statistica con metodo intention-to-treat.

**Commento di Andrea Fabbri**

**Surgical vs Nonoperative Treatment for Lumbar Disk Herniation. The Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT) Observational Cohort. JAMA 2006; 296: 2451-2459.**

I risultati dello studio precedente (SPORT) attraverso un'analisi intention-to-treat sosterrrebbero il mancato vantaggio nell'ernia discale del rachide lombo-sacrale di un trattamento chirurgico rispetto ad un trattamento medico. In questo ulteriore studio (prospettico di coorte) si è proceduto ad un confronto fra i candidati al trattamento chirurgico e i candidati alla randomizzazione iniziale dello studio SPORT che avevano rifiutato l'arruolamento. L'obiettivo era un confronto utilizzando alcuni outcome (questionari su qualità di vita - Medical Outcome Study Short-Form Health Survey - SF-

36; intensità del dolore e tipo di attività fisica consentita, e questionari sul livello di disabilità come il Oswestry Disability Index ; American Academy of Orthopedics Surgeons / Modems version). I risultati documentano che su 743 soggetti arruolati, 528 sono stati sottoposti al trattamento chirurgico, mentre 191 al trattamento medico. Dopo 3 mesi i soggetti trattati chirurgicamente hanno presentato un vantaggio in termini di regressione del dolore nel 40.9% dei casi rispetto al 26.0% dei casi trattati con terapia medica, miglioramento dell'efficienza fisica nel 40.7% per la terapia chirurgica vs. 25.3% per la terapia medica, miglioramento del Oswestry Disability Index nel 36.1% dei casi chirurgici rispetto a solo il 20.9% dei casi trattati con terapia medica.

Le conclusioni sosterebbero che i soggetti con sciatalgia persistente causata da un'ernia del rachide lombosacrale beneficerebbero in modo analogo sia con terapia chirurgica che con terapia medica, ad un follow up di 2 anni. I miglioramenti sarebbero però più consistenti per i soggetti sottoposti a terapia chirurgica. Va considerato però che le conclusioni derivate dai risultati di uno studio non randomizzato potrebbero essere inficiate da fattori di confondimento e quindi dovrebbero essere valutate con cautela.

**Commento di Andrea Fabbri**

### **Underinvestigation and Undertreatment of Carotid Disease in Elderly Patients with Transient Ischaemic Attack and Stroke: Comparative Population Based Study. BMJ 2006; 333: 525-527.**

Studi osservazionali del passato indicherebbero una bassa frequenza di trattamenti di prevenzione nei soggetti anziani a rischio di evento cerebro-vascolare acuto. Tale atteggiamento sembrerebbe derivare da una scarsa evidenza clinica di prove di efficacia. In questo studio è stata valutata la frequenza di indagini diagnostiche di imaging e procedure di rivascolarizzazione carotidea nei soggetti con evento ischemico recente, causato da stenosi carotidea. Obiettivo ulteriore è stato quello di verificare se l'effetto era dipendente da un atteggiamento rinunciatario legato all'invecchiamento o se tale effetto fosse la conseguenza di una mancata prevenzione nei soggetti anziani. Considerata infine la possibilità che la bassa frequenza di trattamento nei soggetti anziani potesse inoltre essere la conseguenza di una riduzione dell'incidenza del fenomeno stenosi carotidea nelle fasce di età più avanzata, di controindicazioni a procedure chirurgiche o infine di una difficoltà dei soggetti stessi ad accettare procedure chirurgiche. In questo studio sono state messe a confronto la frequenza dei test di imaging nei soggetti anziani, la diagnosi di stenosi ( $\geq 50\%$ ) carotidea sintomatica, le procedure di rivascolarizzazione in soggetti con attacco ischemico transitorio o stroke. Considerate 2 diverse popolazioni: nella prima venivano eseguiti test di verifica secondo norme della pratica clinica nei servizi specialistici di un'area dell'Oxfordshire, mentre nella seconda venivano eseguiti test di imaging in tutti i soggetti anziani (studio Oxford vascular study – OXVASC). Studiati dall'aprile 2002 al marzo 2003 un totale di 589.899 soggetti sottoposti a test di imaging per ischemia retinica o attacco ischemico transitorio o stroke. Outcome principali la frequenza di test di imaging in relazione alle fasce di età, ad una stenosi carotidea  $\geq 50\%$  sintomatica, al numero di procedure di rivascolarizzazione. I risultati hanno evidenziato che un totale di 575 soggetti nel gruppo trattato secondo le norme della comune pratica clinica e 402 soggetti inclusi nell'Oxford Vascular Study erano stati sottoposti nella stessa percentuale di casi a test di imaging. L'incidenza di stenosi carotidea sintomatica è risultata correlare strettamente con l'età, in particolare nel gruppo di età  $>80$  anni. La frequenza di imaging, il numero di diagnosi di stenosi carotidea sintomatica e il numero di procedure di rivascolarizzazione sono risultate meno rappresentate nel gruppo sottoposto a indagini secondo le comuni norme della pratica clinica. I risultati di questo studio documenterebbero che 1) l'incidenza della stenosi carotidea sintomatica aumenterebbe in rapporto all'età, 2) nonostante una buona evidenza di vantaggi anche nei soggetti anziani per le procedure di rivascolarizzazione vi è una tendenza nei soggetti con stenosi carotidea sintomatica o stroke ischemico a non indagare con sufficiente accuratezza questa patologia.

**Commento di Andrea Fabbri**

## **Data Collection on Patients in Emergency Departments in Canada. CJEM 2006; 8: 417-424.**

La capacità delle Organizzazioni Sanitarie ad ottenere informazioni sull'attività dei Dipartimenti di Emergenza è uno strumento indispensabile per disegnare strategie di miglioramento. Nonostante la disponibilità di una grande quantità di dati su mortalità, numero di ricoveri, rimborsi e prestazioni, la maggior parte di questi dati sono di scarso significato nel fornire elementi utili alla soluzione di problemi come i percorsi diagnostici e di trattamento o il sovraffollamento delle strutture dell'emergenza. Anche l'insufficiente livello di informazione in termini di attività dei DEA impedisce alle Organizzazioni Sanitarie di monitorare i flussi di prestazioni e di richieste da parte dei cittadini e quindi di individuare le soluzioni. Lo scopo di questa indagine è stato un censimento di dati attività raccolti da una serie di DEA su 13 province Canadesi allo scopo di studiare alcuni fenomeni relativi all'attività. Il censimento prevedeva 3 gruppi di informazioni relative a tutti i direttori dei DEA canadesi di comunità superiori a 10.000 abitanti, ai sistemi informatici utilizzati con particolare riferimento alla trasmissione di dati a livello nazionale, ai dati di attività di tutte le giurisdizioni coinvolte nel censimento.

I risultati ottenuti da 243 direttori contattati sono stati forniti solo da 158 (65% di quelli contattati). Solamente il 39% di questi ha dichiarato peraltro di utilizzare un sistema informatico con possibilità di trasferimento dati a livello nazionale. Tutti i 13 rappresentanti delle province interessate hanno portato a termine le inchieste. Solo 9/13 (69%) delle province e territori sono stati in grado di raccogliere i dati completi. I dati sulle codifiche di triade sono stati rilevabili solo in 5 province, mentre i dati di attività completi erano disponibili in solo 3 province. Solo il 39% dei DEA nelle comunità più rappresentative del Canada sono risultate essere in grado ottenere un follow up dei propri pazienti.

Questo censimento ha documentato che l'ampia variabilità dei metodi e di raccolta dei dati ha impedito un confronto di attività fra i vari Dipartimenti Emergenza. In presenza di dati insufficienti, sia per rappresentatività del campione sia per insufficiente omogeneità, le informazioni relative al sovraffollamento risulterebbero non verificabili. Nelle conclusioni si auspica una politica di raccolta dati strutturata e sistematica allo scopo di fornire le basi e i criteri per un ragionamento sui problemi fondamentali che affliggono le organizzazioni dell'urgenza. Conclusioni: in fondo tutto il mondo è paese.

**Commento di Andrea Fabbri**

### **• In breve a cura di Mauro Fallani e Paolo Mulè**

**Meta-analysis of furosemide to prevent or treat acute renal failure. BMJ 2006; 333: 420-25 con editoriale di accompagnamento: Early intervention in acute renal failure. BMJ 2006; 333: 406-7.**

Metanalisi su 9 trial controllati e randomizzati che mette in evidenza come la somministrazione di furosemide non migliori l'outcome dei pazienti con IRA né in termini di mortalità intraospedaliera né di ricorso alla dialisi. Viene ancora una volta messo in evidenza come il punto cruciale sia garantire una idratazione adeguata alla situazione clinica, un corretto equilibrio elettrolitico, e trattare le problematiche che sono a monte.

**Prognostic value of symptoms during a normal or non specific electrocardiogram in ED patients with potential acute coronary syndrome. Acad Emerg Med 2006; 13: 1034-39.**

Studio che ha coinvolto 2.593 pazienti con dolore toracico. L'aspettativa da validare era che i pazienti che si presentavano con dolore toracico ma ECG negativo fossero a minor rischio di eventi di coloro che avevano alterazioni ECGrafiche. Aspettativa soddisfatta a metà: i pazienti sintomatici con ECG negativo o aspecifico avevano eventi avversi in proporzione simile ai paz asintomatici, ma

di contro, un ECG negativo non è in grado di escludere una sindrome coronarica acuta nei soggetti sintomatici.

**Acute renal failure. BMJ 2006; 333: 786-90 e How to measure renal function in clinical practice. BMJ 2006; 333: 733-**

Due belle “clinical review”, utile soprattutto la prima per noi medici dell’Urgenza. Schematizza la diagnosi differenziale tra le varie forme, pone alcune indicazioni utili per un primo trattamento e chiarisce quando c’è veramente bisogno dello specialista.

**Accuracy of B-Type Natriuretic Peptide Tests to Exclude Congestive Heart Failure Systematic Review of Test Accuracy Studies Arch Intern Med. 2006; 166: 1073-1080.**

L’uso di test per il BNP, nella medicina primaria, per escludere lo scompenso congestizio porta ad una riduzione delle richieste di ecocardiogrammi. Restano gli alti costi dei test.

**Cost-effectiveness of B-Type Natriuretic Peptide Testing in Patients With Acute Dyspnea Arch Intern Med. 2006;166:1081-1087.**

Il dosaggio del BNP induce importanti modificazioni nella gestione del Pz con dispnea acuta nel dipartimento di emergenza, che includono riduzione dei ricoveri e di quelli in TI. In questo setting il dosaggio è costo/effettivo.

**Influenza vaccination: policy versus evidence.” British Medical Journal 2006;333;912-915.**

Questo articolo di Tom Jefferson, esperto di politiche di vaccinazione, farà sicuramente discutere. Evidenzia il gap esistente tra politiche di salute pubblica ed evidenza scientifica. Viene indagato l’uso del vaccino per l’influenza: la scarsa evidenza di efficacia e sicurezza, contro la pratica di estendere sempre più l’indicazione alla vaccinazione. La semplice idea che si deve usare solo ciò che è evidenza sembra, ancora oggi, un pensiero quanto mai innovativo.

## **Corsi e Convegni**

**Management infermieristico: riflessioni e prospettive etico-deontologiche nel contesto sanitario attuale** 31 marzo 2007 Circolo il Tondo via Lumagni 32 Lugo (RA) Segreteria organizzativa fax 0544 84216 e-mail [ass.ampess@libero.it](mailto:ass.ampess@libero.it)

## **Aggiornamenti**

**“The “*Statinth*” wonder of bubble about to burst.” Journal of Negative Results in BioMedicine 2005, 4:3. A cura di Luca Iaboli**

Questa neonata rivista, poco conosciuta, ha l’indubbio pregio di pubblicare risultati negativi.

Dal punto di vista scientifico non è importante il risultato positivo, ma quello negativo (la falsificabilità): *“per quanto numerosi siano i casi di cigni bianchi che possiamo aver osservato, ciò non giustifica la conclusione che tutti i cigni sono bianchi.”* (1)

Dopo l’introduzione delle statine come farmaci per ridurre i lipidi, queste hanno dimostrato anche altri effetti, a cui ci si riferisce genericamente come alla “azione pleiotropica delle statine”.

Oltre all’indicazione principale: dislipidemia con associata malattia coronaria, il pleiotropismo delle statine è il razionale che giustifica le altre indicazioni per cui sono in commercio.

In questa revisione sono esaminati criticamente sia i dati a favore che quelli contro queste indicazioni. Molti sono gli studi contraddittori; inoltre molti trial sono inadeguatamente

rappresentativi, misurano solo endpoint minori, o hanno una durata troppo breve per essere conclusivi. In definitiva l'evidenza per ciascuna di queste indicazioni è piuttosto debole, anche là dove sono stati effettuati studi controllati e randomizzati (in tabella una sintesi della review).

<b>Indicazioni</b>	<b>Livello di evidenza</b>
<b>Aritmia</b>	L'evidenza è insufficiente per raccomandarlo come agente antiaritmico.
<b>Scompenso cardiaco</b>	L'uso routinario nello scompenso cardiaco congestizio è prematuro.
<b>Cardiomiopatia</b>	L'uso in cardiomiopatia ischemica/non ischemica è consigliato.
<b>Dislipidemia diabetica</b>	Secondo un importante studio effettuato sull'Atorvastatina, questa dovrebbe essere usata in "tutti i pazienti con diabete tipo 2 a meno che il paziente non abbia un rischio di malattia coronarica sufficientemente basso". Comunque generalizzazioni dei risultati di questo studio sono discutibili.
<b>Pre-diabete</b>	L'evidenza è insufficiente.
<b>Maculopatia diabetica</b>	Alcuni dati, sebbene importanti, derivano da studi poco potenti, e non permettono una conclusione definitiva.
<b>Claudicazio</b>	Alcuni studi suggeriscono un beneficio, ma sono necessari ulteriori trial ben disegnati per avere evidenza dell'efficacia.
<b>Sclerosi Multipla</b>	Necessari ulteriori trial.
<b>Ictus</b>	Qualsiasi giudizio conclusivo è prematuro. Necessari ulteriori trial.
<b>Alzheimer</b>	Nessuna sicura conclusione basata sull'evidenza è disponibile.
<b>Depressione</b>	La depressione non è né più né meno comune fra chi assume statine.
<b>Artrite Reumatoide</b>	Alcune studi promettenti, ma con dei limiti che possono esagerare l'impressione di efficacia delle statine nell'artrite reumatoide.
<b>Osteoporosi</b>	E' inappropriato concludere che le statine hanno un significativo beneficio.
<b>Tumore</b>	E' necessario cauto scetticismo per un potenziale ruolo delle statine .
<b>AIDS</b>	Solo pochi dati sperimentali: qualsiasi giudizio conclusivo è prematuro.
<b>Altre indicazioni: fibrosi polmonare idiopatica, sepsi, anemia cellule falciformi, glomerulonefrite, dislipidemia farmaco indotta post-trapianto, promozione per la guarigione delle fratture in trapianto osseo da donatore</b>	Limitati dati preliminari sono disponibili per sostenere l'uso routinario di statine in queste condizioni. Nessuna raccomandazione può essere fatta ad oggi.

(1) Popper K. "Logica della scoperta scientifica" Edizione Einaudi, 1971.

## **STP, questo sconosciuto.** A cura di **Luca Iaboli** e **Francesca Zuccaro\***

(\*Field Coordinator Medici Senza Frontiere, Missione Italia, progetto Calabria)

*"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti" (1)*

La legge italiana garantisce l'accesso alle cure per stranieri irregolari sin dal 1998 (2).

*"Ai cittadini stranieri sprovvisti di permesso di soggiorno, sono assicurate, ..., le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative..."*

Cure urgenti sono quelle che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona. Cure essenziali sono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti). Le cure continuative, quelle tese ad assicurare all'infermo il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso.

Anche la recente legge del 2002 (3), la così detta Bossi-Fini, pur prevedendo una più restrittiva politica degli ingressi, non ha cambiato la parte riguardante i diritti sanitari degli immigrati senza permesso di soggiorno.

La normativa garantisce, in particolare, la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, la tutela della salute del minore, le vaccinazioni, gli interventi di profilassi internazionale, la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive, i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.

Lo straniero senza permesso di soggiorno accede al Servizio Sanitario Nazionale tramite il codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente).

Tale codice identificativo – che sostituisce il codice fiscale – è costituito da sedici caratteri: tre caratteri per la sigla STP, sei caratteri costituiti dal codice ISTAT, relativo alla Regione e alla struttura pubblica erogante le prestazioni, e sette caratteri come numero progressivo attribuito al momento del rilascio.

Il codice STP va assegnato qualunque sia il domicilio indicato dagli stranieri – sia esso nel territorio di competenza della ASL o meno – ed è riconosciuto su tutto il territorio nazionale; ha validità semestrale ed è rinnovabile. Ai fini del rilascio del codice STP non è necessario esibire un documento di identità, ma è sufficiente una dichiarazione delle proprie generalità. Le prestazioni sono erogate a parità di condizioni con il cittadino italiano per quanto attiene la partecipazione alla spesa senza oneri a carico dello straniero se privo di risorse.

In generale, lo straniero irregolare non ha diritto al medico di famiglia; la normativa, però, lascia ai diversi Sistemi Sanitari Regionali la possibilità di organizzare i servizi di primo livello ad accesso diretto.

Sono due i modelli di riferimento: o medicina di base sul territorio o servizi accentrati in strutture definite. Ad esempio, la regione Umbria assegna allo straniero in possesso di codice STP un medico di famiglia. La Sicilia garantisce ambulatori di prima accoglienza, o giorni/ore riservate in poliambulatori e nelle strutture ospedaliere. Ci sono poi ambulatori di base gestiti da associazioni di volontariato, anche in convenzione con le ASL.

Ma questo è vero solo in parte: in molte realtà servizi di assistenza di base non sono previsti. Medici Senza Frontiere sta lavorando in Italia dal 2003 per implementare i servizi di 1° livello, ad accesso diretto, previsti dalla normativa, e poi passare il servizio alle ASL locali (Agrigento, Caserta, Napoli, Roma, Palmi).

### **Cosa può fare il pronto soccorso per questi pazienti?**

Il PS è spesso la prima e talvolta l'unica struttura sanitaria cui si riferisce lo straniero senza permesso di soggiorno. E' dunque fondamentale attivare la procedura di rilascio del codice STP (Tab.1), e indicargli altre strutture dedicate sul territorio (*ndr: possono essere ambulatori dedicati STP gestiti dalle ASL o dalle Associazioni di Volontariato, a voi il compito di identificarle!*), oppure inviarlo ad altre strutture del SSN a seconda delle necessità (tab.2).

Tab 2: dove sono erogate le prestazioni STP
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambulatori dedicati di Medicina generale</li> <li>- Consultori familiari</li> <li>- Sert</li> <li>- DSM</li> <li>- Strutture ospedaliere</li> <li>- Laboratori e poliambulatori specialistici (inclusi i privati convenzionati/accreditati)</li> </ul>

Insomma, se rilevate un uso improprio o eccessivo del PS da

parte di cittadini stranieri senza permesso di soggiorno, probabilmente questo si verifica perchè le strutture di base dedicate o non ci sono o non sono sufficienti. Segnarlo in maniera costruttiva può essere utile per avviare o supportare la creazione di strutture di base. E' inoltre possibile prescrivere farmaci e/o prestazioni specialistiche su apposito ricettario regionale, utilizzando il codice STP.

Tab 1: dove si assegna il codice STP
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anagrafe dei distretti sanitari</li> <li>- Aziende Ospedaliere (PS e/o Reparti)</li> <li>- Ambulatori dedicati di Medicina generale</li> </ul>

E' importante sapere che l'accesso alle strutture sanitarie non può comportare alcun tipo di segnalazione alle autorità di pubblica sicurezza, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con i cittadini italiani.

Tutto questo tenendo conto delle difficoltà oggettive di una persona che spesso parla male la lingua italiana, è irregolare ed ha quindi paura di rivolgersi alle strutture pubbliche, spesso non ha una rete di sostegno sociale (famiglia, affetti, ...), e spesso è vulnerabile (vittima di maltrattamenti, insulti, percosse, intimidazioni, con orario di lavoro massacrante, scarsamente retribuito).

In fondo le migrazioni possono essere volontarie, per cercare una condizione migliore, ma spesso sono obbligate, causate da difficili condizioni economiche, disastri naturali, guerre, persecuzioni.

*"Volevamo braccia, sono arrivati uomini." (4)*



**“Per un italiano che approda in Svizzera è reato portare troppe valigie” (5)**

1) Articolo 32 Costituzione italiana

2) Articolo 35 D.lgs 286/98 (Turco-Napolitano) e regolamento di attuazione (Art 43 DPR 394/99)

Nella circolare del Ministero della Sanità' (n°5/2000) viene esplicitato alle strutture sanitarie come applicare la legge.

3) Legge 189/02 (Bossi-Fini)

4) Max Frisch, citato in Gian Antonio Stella “L'orda. Quando gli albanesi eravamo noi.”

5) Corriere della Sera, 6 marzo 1971

## **Attivazione di una Medicina d'Urgenza e Osservazione Breve Intensiva in un Ospedale di rete. Esperienza della Zona Territoriale 3 ASUR Marche: Criticità.**

**Mauro Fallani\***, **Alessio Gamboni\***, **Maria Capalbo\*\*** e **Aldo Ricci\*\***.

\* UOC Pronto Soccorso ZT3 Fano ASUR Marche

\*\*Direzione di Zona - ZT3 Fano ASUR Marche

La riorganizzazione delle attività degli Ospedali, con progressiva riduzione dei posti letto per acuti, ha comportato una sostanziale modifica del modello culturale del Pronto Soccorso (PS). Di fatto, i PS sono passati da una attività dicotomica, ricovero sì o no, decisa sulla presenza o meno di una

patologia che necessitava di diagnosi e/o terapia, ad una attività complessa che necessita di tempi più o meno lunghi. L'osservazione breve intensiva (OBI) ha come termine temporale le 24 ore ed è volta ad inquadrare, sia in senso diagnostico che terapeutico, quelle situazioni gestibili out of hospital con la collaborazione dei Medici di Medicina Generale. L'Unità Operativa di Medicina d'Urgenza (MURG), con degenza media di 3 giorni, ha il compito di far gestire al Medico d'Urgenza, con un accesso privilegiato ai Servizi (Laboratorio Analisi, Radiologia, Consulenze Specialistiche, etc..) situazioni patologiche risolvibili in tempi brevi senza impegnare ulteriormente i Medici dei reparti ospedalieri, con il chiaro obiettivo di risparmiare giorni di degenza.

Il processo che porta però all'applicazione di quanto descritto presenta dei punti critici che vengono di seguito elencati:

1. allestimento degli spazi e dei posti letto
2. dotazione tecnologica
3. adeguamento e formazione del personale
4. protocolli con le altre Unità operative
5. accettazione da parte dell'Utenza

### **Allestimento degli spazi**

Nell'ottica della massima integrazione fra le diverse funzioni di PS, OBI e Medicina d'Urgenza la vicinanza dei vari spazi assume valore fondamentale; quando rispettata, come nel caso della Zona territoriale 3 di Fano della *Azienda Sanitaria Unica Regione Marche* (ASUR), permette di non sprecare in risorse umane e tecnologiche. L'organico unico costituisce un valore aggiunto, specie in senso di coesione per il raggiungimento degli obiettivi che ci si propone.

All'Unità Operativa Complessa (UOC) di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza sono stati riconosciuti n° 6 posti letto di MURG, organizzati in 3 camere da 2 letti adiacenti il PS, e n° 8 posti letto di OBI, allocati in 4 stanze, sempre adiacenti il PS, di cui 2 a 2 letti dedicate all'OBI e le altre 2 condivise con i Pazienti del PS.

Il n° di posti per l'OBI è stato calcolato secondo il criterio di un posto letto ogni 5.000 accessi al Pronto Soccorso. I posti letto per la funzione di OBI non sono compresi nella tabella allegata alla Legge regionale 36/98 e non rientrano nel conteggio dei posti letto dedicati nell'attività di ricovero. Di fatto è in via di stesura definitiva il regolamento dell'OBI, frutto di una collaborazione dei rappresentanti della *Società Italiana di Medicina d'Emergenza e Urgenza-SIMEU* delle Marche, e la reale attivazione dell'OBI, con riconoscimento di un compenso pari a 220 € per Paziente è prevista per il 1° gennaio 2007.

Per i posti letto OBI è emersa come criticità l'allocazione in camere che non hanno finestra esterna e con n° 2 servizi igienici per le 4 stanze di OBI o attesa/terapia per i Pazienti del PS.

Tali criticità sono la conseguenza di una progettazione cronologicamente troppo antecedente agli attuali modelli organizzativi. Allo stato attuale il vincolo strutturale non permette soluzioni alternative migliorative.

### **Dotazione tecnologica**

La dotazione tecnologica necessaria per l'apertura della Medicina d'Urgenza richiede un budget di spesa cospicuo poiché secondo i criteri della SIMEU sono previsti, sia per la MURG che per l'OBI, dispositivi per somministrare O<sub>2</sub> e per aspirazione, almeno il 50% dei posti letto con monitoraggio emodinamico e respiratorio; è inoltre prevista la presenza all'interno della UOC della seguente dotazione tecnologica:

- monitor defibrillatore/stimolatore
- ventilatore meccanico non invasivo in grado di lavorare almeno in modalità PSV/PEEP
- ecografo pluridisciplinare
- elettrocardiografo
- pulsiossimetro
- glucometer
- sfigmomanometri

- pompe di infusione, in numero adeguato
- set per intubazione/RCP

Un investimento così cospicuo ha richiesto di essere diluito nel tempo ed al momento attuale sono in corso l'acquisizione di ulteriori 3-4 monitorizzazioni, previsti in un sistema di monitorizzazione integrato con le UO di Cardiologia e Terapia Intensiva, di un ecografo e di un ventilatore meccanico non invasivo, in grado di lavorare almeno in modalità PSV/PEEP.

### **Adeguamento e formazione del personale**

La attivazione della MURG e la prossima attivazione dell'OBI hanno ovviamente comportato, a fronte di un aumento dell'attività svolta dall'Unità Operativa, un adeguamento numerico del personale medico ed infermieristico (che ha consentito anche l'attivazione del Triage 24 ore su 24); gli aumenti numerici sono stati contenuti in virtù della contiguità degli spazi messi a disposizione, adottando il criterio dell'organico complessivo. Nell'anno 2005 la UOC ha visto potenziato l'organico infermieristico, passato da 18 a 25 unità, potendo così garantire un turno assistenziale adeguato per i Pazienti ricoverati in MURG o presenti nelle stanze previste per l'OBI. Il personale medico vedrà passare il suo organico dalle 10 figure attualmente presenti a 14 dirigenti medici; tale incremento porterà ad organizzare i turni notturni con 2 medici (attualmente la doppia copertura non è garantita dalle 23.30 alle 08.00) che potranno fornire un'adeguata assistenza sia al PS che alla MURG e all'OBI.

Ben più oneroso, in termini di impegno economico, considerato il costo dei corsi di aggiornamento, risulta invece l'adeguamento culturale che amplia le competenze mediche ed infermieristiche a settori, precedentemente demandati, quali la tossicologia, l'equilibrio acido-base, i diselettrolitismi, la ventilazione non invasiva e il monitoraggio nel paziente critico.

Oltre alla tradizionale formazione, all'interno della UOC è stato creato uno spazio di incontro, che ha preso la denominazione di "Parliamo di ...", cui hanno partecipato esperti dall'esterno e gli operatori dell'UOC. Sono stati invitati all'interno di questo spazio anche dirigenti medici di altre UO dell'Ospedale ma per il momento non si è riusciti, per i molteplici turni ed impegni a concretizzare un aggiornamento in alcuni settori specialistici.

Attualmente la criticità è rappresentata dal reperimento di una equipe medica adeguata sia per numero che per formazione. Non solo per la UOC di Fano, ma anche a livello nazionale, in assenza di una scuola di specializzazione in Medicina d'Urgenza, il numero di medici che possono accedere ad un posto ospedaliero in PS e MURG è limitato. Infatti da una parte vi è un ridotto numero di medici che conseguono una specializzazione e fra le specializzazioni un esiguo numero permette di accedere ai bandi di concorso indetti per "dirigente medico di medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza - area medica e delle specialità mediche"; ne consegue una drastica limitazione del numero di medici che possono aspirare ad essere assunti nella materia; se a ciò si aggiunge che, anche per l'area di lavoro usurante attribuita al PS, spesso i medici specialisti si rivolgono verso la specifica area di formazione è facile comprendere la serietà del problema.

### **Protocolli con le altre UO**

L'apertura di nuove forme di ospedalizzazione, quali quelle dell'OBI e della MURG, con l'obiettivo di ridurre il numero di ricoveri e le giornate di degenza per patologie a bassa intensità, comporta delle modifiche nei flussi di ricovero verso le altre UO dell'Ospedale. Da una parte vi è una riduzione totale del n° dei ricoveri, necessità primaria in un sistema sanitario che ha ridotto i posti letto per acuti da 8 per 1000 nel 1970 ai 3,7 nel 2003; dall'altra un filtro più rigoroso sui ricoveri porta a selezionare una popolazione più anziana e più malata, con allungamento delle degenze medie e problematiche più complesse. A ciò va aggiunto la sempre maggiore richiesta di *sanità*, con richiesta di esami sempre più complessi ed in tempi più rapidi.

Di fatto l'UOC PS/MURG necessita di una maggiore integrazione ed "accettazione" all'interno dell'ospedale per poter far fronte ai molteplici impegni. Non senza difficoltà reciproche l'UOC ha trovato accordi di collaborazione, di cui alcuni messi a protocollo, con le altre UO dell'Ospedale.

### **Accettazione da parte dell'Utenza**

Il radicale cambiamento sopra descritto, realizzato nel giro di pochi anni e oltretutto su un modello preformato, ha modificato l'interfaccia con l'utenza con allungamento dei tempi di prestazione e con riduzione dei ricoveri, visto che molte patologie vengono risolte o "impostate" in PS. Non sempre la percezione che la popolazione riceve di questo cambiamento è positiva; il lavoro svolto è stato indirizzato a spiegare i motivi del cambiamento e i vantaggi economici che ne derivano, consentendo di continuare ad erogare un elevato n° di prestazioni. Nonostante gli sforzi complessivi prodotti, con partecipazioni ad iniziative, interviste radiofoniche locali e costante informazione, tuttora persistono sacche di resistenza all'opera svolta della UOC.

### **Riferimenti bibliografici**

Commissione SIMEU standard strutturali e tecnologici organizzativi e di personale delle strutture di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Coordinatore Dr Mario Ravaglia: Standard strutturali e tecnologici organizzativi e di personale delle strutture di Pronto Soccorso e Medicina **d'Urgenza**. Tipolito Stear Ravenna, 2005PSR 2003-2006: Un'alleanza per la salute

Berwick DM: **Continuous improvement a san ideal in health care**. *N Engl J Med* 1989; 320: 53-56.

**Evolution in progress: From quality assurance to continuous quality improvement**. *The Quality Letter for Healthcare Leaders* 1989; 1:1.

**Clinical applications of continuous quality improvement: A progress report**. *The Quality Letter for Healthcare Leaders* 1990; 2: 1.

Roberts JS, Schyve PM: **From QA to QI: The views and role of the Joint Commission**. *The Quality Letter for Healthcare Leaders* 1990; 2: 9-12.

Lohr K (ed): Institute of Medicine. Medicare. **A Strategy for Quality Assurance**, Vol 1. Washington, DC: National Academy Press, 1990, p 44.

Re RN, Krousel-Wood MA: **How to use continuous quality improvement theory and statistical quality control tools in a multispecialty clinic**. *QRB* 1990; 16: 391-397.

Deming WE: **Out of the Crisis**. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology Press, 1989.

Juran JM, Gyrona FM, Bingham RS: **Quality control Handbook**. 4<sup>th</sup> ed. Manchester, MO: McGraw-Hill, 1988.

O'Leary DS: CQI: **A step beyond QA**. *Joint Commission Perspectives* 1990 ; 10: 2-3.

**Is what's good for Ford Motor Co good for Healthcare?** *The Quality Letter for Healthcare Leaders* 1989; 1: 2-7.

Schneiderman N, Wiseman M (eds): **American College of Emergency Physicians Quality Assurance Manual for Emergency Medicine**. Dallas: American College of Emergency Physicians, 1987, p 15.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Emergency Services. **Accreditation Manual for Hospitals, Volume I**, 1991 ed Oakbrook Terrace, IL, 1990, pp 29-46.

Leape LL: **Practice guidelines and standards: An overview**. *QRB* 1990; 16: 43.

American College of Emergency Physicians: **Clinical Policy for Management of Adult Patients with a Chief Complaint of Chest Pain with No History of Trauma**. Dallas, 1990.



A  
chi  
ama  
dormire  
ma si sveglia  
sempre di buon  
umore, a chi saluta  
ancora con un bacio, a  
chi lavora molto e si diverte di  
più, a chi va in fretta in auto ma  
non suona ai semafori, a chi arriva  
in ritardo ma non cerca scuse, a chi spegne  
la televisione per fare due chiacchiere, a chi è  
felice il doppio quando fa a metà, a chi si alza presto  
per aiutare un amico, a chi ha l'entusiasmo di un bambino  
e pensieri da uomo, a chi vede nero solo quando è buio  
A chi non aspetta Natale  
per essere  
Migliore

**Buon Natale**