

CRISI SANITARIA E MODELLI SOSTENIBILI: TRA NUOVA ETICA PROFESSIONALE E RIORGANIZZAZIONE

Come uscirà il nostro sistema sanitario dalla crisi? Succederà come in Inghilterra dove l'offerta assistenziale è stata quasi interamente privatizzata, o come in Spagna dove si è tornati alle assicurazioni, o come in Grecia dove il sistema sanitario è completamente collassato e i cittadini hanno difficoltà a procurarsi i farmaci essenziali?

In questi anni in molti hanno auspicato una riforma del nostro sistema sanitario (SSN) che partisse dal basso: dal maggiore senso di responsabilità dei singoli medici, da una sanità che cercasse di "accorparsi", basandosi su una medicina di gruppo più efficiente, cercando di evitare duplicati, di arginare in questo modo il dilagare di fantomatiche cliniche o servizi convenzionati che, pur di dare una buona immagine di sé, hanno sperperato patrimoni pubblici con una idea di "salute" a volte puramente cosmetica; da una politica del farmaco più rigorosa e non più intesa, come è stato per anni, come prodotto di scambio, soprattutto in alcune Regioni.

Gli appelli per la pediatria, anche e soprattutto sulle pagine di questa rivista, sono stati numerosi. L'ultimo, rivolto al nuovo auspicabile modello di pediatria di famiglia, è quello di Giorgio Tamburlini, pubblicato sul numero di giugno (*Medico e Bambino* 2012;31:347-8) che vi invitiamo a rileggere.

Oggi il nostro SSN non è più minacciato da pesanti tagli finanziari, drastiche riduzioni di servizi. Oggi il nostro SSN rischia, con la nuova e pesante *spending review*, una sua fine indecorosa. La *spending review* ha come presupposto un tentativo di auspicati e necessari tagli razionali, ma il rischio è quello di tenere conto solo di "numeri" e non di "qualità" e di produzione di salute da parte dei servizi. L'insostenibilità finanziaria del sistema è di fatto (finalmente) dichiarata, ma non è affatto scongiurato il rischio di garantire ancora una volta i profitti ai mercati e agli interessi privati (anche politici) che si occupano di sanità. Gli esempi, passati e presenti, sono stati tanti.

In questi anni non si è tenuto conto del rischio di inseguire in ambito sanitario altri modelli molto meno virtuosi di quello italiano, che hanno portato la spesa sanitaria in USA al livello record del 18% del PIL (contro il 9% di quello italiano, tra i più bassi d'Europa). «Noi non tolleriamo l'incertezza - scrive un medico americano sul *NEJM* - Non volendo che niente di male possa accadere, di riflesso eccediamo nei test e nelle terapie al fine di proteggere i nostri pazienti - e noi stessi. Ci sentiamo giudicati da tutti - da noi stessi, dai nostri colleghi, dai nostri pazienti, dal sistema sanitario, e dagli avvocati. Il significato di "primo non nuocere" è cambiato per noi. Pensiamo che "fare ogni cosa possibile" sia la migliore pratica e la strada per prevenire un danno, con l'idea che ciò ci proteggerà dalle critiche. Noi prescriviamo esami e terapie solo perché sono disponibili, a prescindere dall'appropriatezza, dalla sicurezza e dalla valutazione costo-beneficio. (...) Chi è realmente il beneficiario quando noi ordiniamo un esame: il paziente, il laboratorio, la compagnia che l'ha prodotto, gli amministratori dell'assicurazione sanitaria, o i loro azionisti? E chi priviamo dell'assistenza sanitaria quando noi spendiamo quei dollari? (...) Tutto ciò sta mandando in bancarotta il nostro sistema sanitario, privando molte famiglie dall'accesso all'assistenza sanitaria. (...) Noi dobbiamo insegnare ai nostri pazienti che "più medicina" non è "migliore medicina" e che è il

cattivo sistema sanitario a indurre i medici a prescrivere troppi esami e troppi farmaci, e che interventi costosi non significano affatto una migliore assistenza sanitaria. Allo stesso modo con cui ci interessiamo dei loro bisogni personali, noi dobbiamo spiegare ai nostri pazienti che si devono usare le nuove tecnologie mediche con prudenza e saggezza. Una spesa sanitaria indiscriminata non è fiscalmente sostenibile e di fatto impedisce di raggiungere la copertura universale».

Un modello di sanità nuovo, completamente diverso da quello attuale (basato sempre di più su una medicina difensiva e come tale poco professionale), economicamente sostenibile, attento ai bisogni delle persone e delle comunità, basato su una "migliore medicina" e non su "più medicina", non solo è desiderabile ma è l'unica soluzione possibile per preservare nel tempo un SSN universalistico.

Questo appello è stato in qualche modo raccolto oltreoceano e nella primavera del 2012 è stata lanciata la campagna "choosing wisely" (scegliere con saggezza) da parte dell'*American Board of Internal Medicine Foundation*. Nove società scientifiche (e altre otto hanno annunciato per l'autunno il loro contributo) hanno individuato le "Five Things Physicians and Patients Should Question", invitando pazienti e medici a discutere sull'appropriatezza di una certa indagine diagnostica o di un determinato trattamento terapeutico. Certo, sappiamo bene come non sia facile passare dal mondo della letteratura scientifica al mondo reale dei singoli pazienti. Ma certamente questa è una strada da perseguire, perché ci invita a scegliere "saggiamente" piuttosto che tagliare indiscriminatamente, a sostituire alla politica del razionamento quella della vera riduzione/abolizione degli sprechi ("dalla *spending review* alla *choosing wisely*").

Questo è il primo passo, una dichiarazione di indispensabile principio etico che deve sposarsi con nuovi modelli culturali e strutturali proiettati al futuro. Il principio che invece sta passando negli ultimi anni è che è necessario tagliare la spesa per poi riorganizzare. Peccato però che la riorganizzazione non arrivi mai.

I principi di una possibile riorganizzazione dovrebbero tenere conto che la medicina si sta dividendo in grandi aree: quella a carattere preventivo e diagnostico, la gestione della cronicità e la cura del paziente acuto e grave. In questa visione l'ospedale deve svolgere principalmente una funzione terapeutica e di qualità diagnostica (diagnosi e terapia), utilizzando nei casi che lo richiedono (e solo in quelli) strumenti di alta qualità e i medici devono essere messi in condizione di stare al passo con la rapidità dei processi scientifici e tecnologici. Al territorio spetta un progetto di medicina necessariamente integrata (le case della salute sono il modello ideale?) che accresce le proprie capacità, conoscenze e competenze, con ambiti di specialistica ambulatoriale, in stretta collaborazione con gli altri medici e le altre figure professionali sanitarie (gli infermieri, gli assistenti sociali) di quel determinato territorio (la visione di un nuovo modello di medicina di comunità). La co-gestione organizzativa tra ospedale e territorio dovrebbe essere una regola di reciproco principio professionale e di profondo rispetto di quelli che sono i bisogni dei pazienti.

I tagli messi in atto terranno conto delle effettive esigenze locali (e professionali) per rispondere a questi bisogni? Il rischio è che un intervento che parte dalla riduzione del finanziamento della sanità, comporta una riduzione solo temporanea della spesa (pubblica), tagliando dove vi sono meno resistenze, dove i

poteri di interdizione sono più deboli e non introduce risparmi strutturali.

Ci si porrà finalmente nella condizione di trovare strumenti di valutazione che riescano a coniugare una gestione accurata dei conti con la produzione di salute? Ci sarà la possibilità di avere un efficace controllo delle prestazioni che tenga conto di principi basilari e non differibili di un ragionevole rapporto tra i benefici, i rischi e i costi degli interventi? (ad esempio nella razionalità della prescrizione farmaceutica, basata sui principi, non più di scelta opzionale, che si ritrovano nelle linee guida). Scrive Marco Geddes su *Salute Internazionale*: «Il tema che abbiamo di fronte è: come usciamo da questa crisi? Con la consapevolezza che l'universalismo si basa sul rigore; che lo si mantiene se vi è la capacità di combattere diritti acquisiti e privilegi consolidati; che dobbiamo intraprendere una operazione di revisione della spesa che richiede il bisturi e non l'accetta e in particolare che necessita di una idea del Paese, e non una ideologia di cassa». I pediatri sono nella condizione culturale e professionale di guidare e accelerare, nel loro piccolo, questo processo di cambiamento, senza più indugi o proposte "di maniera"?

Federico Marchetti

TRAUMA CRANICO MINORE IN ETÀ PEDIATRICA: UNA SFIDA ANCORA APERTA PER IL MEDICO DI PRONTO SOCCORSO

Individuare, tra i numerosi bambini che ogni giorno affollano il Pronto Soccorso, quelli a "rischio vero" di malattia severa, costituisce una delle sfide più importanti del medico di Pronto Soccorso, unito alla sfida di un uso ragionato di esami non sempre utili e potenzialmente dannosi. Nel processo decisionale utilizzato quotidianamente nella pratica clinica, i medici seguono da sempre in modo naturale e intuitivo la teoria bayesiana, ovvero della probabilità. Se i singoli dati anamnestici e obiettivi ricavati dalla visita medica vengono considerati come test diagnostici separati, ognuno con il suo specifico contributo nell'influenzare la probabilità della condizione di interesse, la probabilità finale ottenuta sarà il risultato del contributo che ogni singolo dato apporta quando aggiunto agli altri. Ispirandosi a questo principio, ovvero di assistere il clinico nel suo naturale ragionamento bayesiano, la ricerca si è da anni dedicata allo sviluppo di "clinical prediction rules", ovvero combinazioni di dati anamnestici e obiettivi, allo scopo di aumentare la probabilità di identificazione di specifiche condizioni cliniche, rispetto ai dati singoli.

L'approccio al trauma cranico minore (TCM) rappresenta un modello emblematico di tali sfide, e rimane pertanto uno dei temi di grande impatto nella pratica clinica e di attualità nella ricerca pediatrica. Come ben emerge dal lavoro di La Fauci e colleghi, pubblicato nella presente edizione di *Medico e Bambino* (pag. 436), la sfida per il pediatra consiste nell'identificare da un lato quel ristretto numero di bambini con lesione endocranica, dall'altro nel limitare l'esposizione radiante conseguente alla TAC cerebrale e i rischi legati all'eventuale sedazione nella maggior parte dei bambini che non presentano rischio di complicanze. Il fervore scientifico che da sempre caratterizza la ricerca in ambito di TCM ha portato allo sviluppo di molteplici "clinical prediction rules", con lo scopo di creare

strumenti utili per supportare il processo decisionale del medico di Pronto Soccorso nella pratica clinica.

Come riportato nel lavoro di La Fauci e colleghi, nell'ultimo decennio sono state sviluppate le 3 migliori *prediction rules*, da un punto di vista metodologico, per l'approccio diagnostico al TCM in età pediatrica: la CHALICE rule¹, derivata su oltre 20.000 bambini nel Regno Unito; la CATCH rule², derivata su quasi 4000 pazienti ad opera della rete di ricerca in pediatria d'urgenza canadese, e la PECARN rule³, derivata su oltre 30.000 bambini ad opera della rete di ricerca in pediatria d'urgenza nord americana. È già stato sottolineato come il confronto tra queste *prediction rules* risulti difficile per i diversi criteri d'inclusione e l'obiettivo con il quale questi strumenti sono stati sviluppati. Mentre, infatti, la CHALICE¹ e la CATCH rule² hanno lo scopo di identificare i bambini a più alto rischio di lesione intracranica per i quali è raccomandata la TAC cerebrale, la PECARN rule³ si propone di identificare quei bambini a bassissimo rischio di lesione per cui la TAC non è indicata.

Prima che tali strumenti possano essere utilizzati nella pratica clinica è necessario testare la loro "bontà" su una popolazione diversa da quella su cui sono stati derivati, per confermarne l'accuratezza diagnostica. Tale processo, definito *validazione*, costituisce un passaggio imprescindibile all'implementazione delle *prediction rules* nella realtà clinica.

Ad oggi l'unica *prediction rule* per la quale siano stati pubblicati i risultati di una validazione prospettica risulta la PECARN rule che, su oltre 8000 pazienti valutati sempre nel contesto nord americano, ha confermato l'elevata accuratezza diagnostica rilevata nella popolazione di derivazione³.

Dai dati di una recente revisione sistematica⁴ emerge come anche la CHALICE rule sia stata oggetto di studi di validazione, entrambi retrospettivi, condotti su popolazioni più piccole di circa 500 e 1000 bambini, rispettivamente in Finlandia e Australia. Tali studi non ne hanno tuttavia confermato l'originale accuratezza diagnostica, e mettono in luce l'attuale mancanza di una robusta validazione prospettica delle *rules* considerate. Gli sforzi della più recente ricerca si stanno dunque focalizzando nel colmare tale carenza. Il network di ricerca canadese ha recentemente validato la CATCH rule su una coorte prospettica di oltre 4000 bambini, ottenendo un'elevata sensibilità nel predire la presenza di lesione endocranica, ma una sensibilità più bassa nell'identificare i bambini che necessitavano di intervento neurochirurgico⁵. Ricercatori australiani sono attualmente impegnati nella validazione prospettica di tutte e tre le *rules*. Dopo un iniziale studio pilota monocentrico⁶ è attualmente in corso la validazione prospettica multicentrica all'interno del network di ricerca in pediatria d'urgenza comune ad Australia e Nuova Zelanda.

In alcuni centri nord americani è invece in corso l'implementazione della PECARN rule, introdotta nei programmi informatizzati per la gestione della cartella clinica, ma già da giugno 2010 presso il Pronto Soccorso di Padova si è scelto di implementare una versione adattata della PECARN rule, quale nuovo protocollo per la gestione del trauma cranico minore. L'elevato rigore metodologico (inclusa la validazione prospettica su un'ampia popolazione), l'accuratezza degli algoritmi diagnostici proposti, la suddivisione per fasce d'età e la semplicità degli stessi ci hanno spinto a sostituire la precedente linea guida interna che, pur risultando accurata nel corso degli anni, era più articolata e complessa e meno adatta a un contesto di Pron-

to Soccorso. Nei primi sei mesi di implementazione abbiamo osservato un'aderenza ottimale (>90%) del personale medico alle indicazioni suggerite dalla rule, un'elevata soddisfazione del personale stesso in termini di utilità e facilità di utilizzo per il supporto decisionale, nonché la sua sicurezza ed efficacia nell'identificare i pazienti con lesione intracranica⁷. La percentuale di TAC e di lesioni intracraniche è rimasta invariata rispetto ai 6 mesi precedenti l'implementazione (8% circa e 1% circa rispettivamente in entrambi i periodi). Il monitoraggio del secondo semestre di utilizzo ha confermato l'elevata aderenza del personale medico. I dati relativi alla percentuale di TAC eseguite e di lesioni intracraniche identificate sono risultati sovrapposti⁸. È stato invece registrato un caso di lesione intracranica diagnosticata tardivamente, che non ha tuttavia necessitato di intervento neurochirurgico.

Benché frutto delle migliori evidenze scientifiche finora prodotte nell'ambito del TCM e utile strumento decisionale per la pratica clinica, la nostra pur limitata esperienza suggerisce pertanto cautela nella gestione nei pazienti che rientrano nel gruppo di rischio intermedio per lesione intracranica della PECARN rule.

Strumenti diagnostici non invasivi e non irradianti potrebbero essere d'ausilio nel tentativo di migliorare la definizione del rischio di lesione intracranica in questo eterogeneo gruppo di pazienti. A questo proposito interessanti studi sono stati recentemente condotti sul possibile ruolo dell'ecografia nell'identificare le fratture craniche nei bambini con TCM⁹. Anche l'infra-scanner (rilevatore portatile di raccolte ematiche intracraniche tramite raggi infrarossi), finora studiato prevalentemente su adulti con trauma cranico maggiore¹⁰, potrebbe avere un ruolo importante nel selezionare in modo più accurato i bambini con TCM da sottoporre a TAC cerebrale. L'utilizzo di tale strumento è attualmente oggetto di uno studio pilota nei centri pediatrici di Padova e Treviso.

Nonostante gli importanti progressi e traguardi raggiunti dalla ricerca in tema di TCM negli ultimi anni, non esiste a tutt'oggi uno strumento perfetto che guidi l'approccio al bambino con TCM nella pratica clinica. Un'attenta valutazione, l'utilizzo critico degli strumenti diagnostici disponibili e la possibilità di uno stretto monitoraggio clinico per meglio definire il rischio di lesione intracranica e la reale necessità della TAC, continueranno ad accompagnare la nostra pratica clinica fino a quando ulteriori dati sulla validazione prospettica delle "clinical prediction rules" e sugli strumenti diagnostici non radianti non saranno disponibili.

Bibliografia

1. Dunning J, Daly JP, Lomas JP, et al. Children's head injury algorithm for the prediction of important clinical events study group. Derivation of the children's head injury algorithm for the prediction of important clinical events decision rule for head injury in children. *Arch Dis Child* 2006;91:885-91.
2. Osmond MH, Klassen TP, Wells GA, et al; Pediatric Emergency Research Canada (PERC) Head Injury Study Group. CATCH: a clinical decision rule for the use of computed tomography in children with minor head injury. *CMAJ* 2010;182:341-8.
3. Kuppermann N, Holmes JF, Dayan PS, et al; Pediatric Emergency Care Applied Research Network (PECARN). Identification of children at very low risk of clinically-important brain injuries after head trauma: a prospective cohort study. *Lancet* 2009;374:1160-70.
4. Pickering A, Harnan S, Fitzgerald P, et al. Clinical decision rules for children with minor head injury: a systematic review. *Arch Dis Child* 2011;96:414-21.
5. Osmond MH, Correll R, Stiell IG, et al. Multicenter Prospective Validation of the Canadian Assessment of Tomography for Childhood Head Injury (CATCH) Rule. *E-PAS2012:3155.4 PAS Meeting 2012, April 28-May 1, Boston*.
6. Lyttle DM, Cheek JA, Blackburn C, Oakley E, Babl FE and on behalf of the PREDICT network. Applicability of the CATCH, CHALICE and PECARN pediatric head injury clinical decision rules: pilot data from a single Australian centre. *Congrence Abstract, ICEM 2012, June 27-30, Dublin*.
7. Bressan S, Romanato S, Mion T, Zanconato S, Da Dalt L. Implementation of Adapted PECARN Decision Rule for Children with Minor Head Injury in the Pediatric Emergency Department. *Acad Emerg Med* 2012;19:801-7.
8. Bressan S, Berlese P, Romanato S, Mion T, Da Dalt L. Implementation of adapted PECARN Decision Rule for Children with Minor Head Injury in the Pediatric Emergency Department: results of one-year practice. *Conference Abstract, ICEM 2012, June 27-30, Dublin*.
9. Parri N, Crosby BJ, Glass C, et al. Ability of Emergency Ultrasonography to Detect Pediatric Skull Fractures: A Prospective, Observational Study. *J Emerg Med* 2012 May 10. [Epub ahead of print]
10. Robertson CS, Zager EL, Narayan RK, et al. Clinical Evaluation of a Portable Near-Infrared Device for Detection of Traumatic Intracranial Hematomas. *J Neurotrauma* 2010;27:1597-604.

Liviana Da Dalt

Unità di Pediatria, Dipartimento Materno-Infantile
Ospedale Cà Foncello, Treviso

Silvia Bressan

Pronto Soccorso Pediatrico, Dipartimento della Salute della
Donna e del Bambino, Azienda Ospedaliero-Universitaria,
Padova