

n° 97 gennaio 2010

Indice

Review e linee guida

- Acute Bloody Diarrhea: A Medical Emergency for patients of All Ages. Lori R. Holtz, *et al.* Gastroenterology 2009;136:1887-98

Lavori

- Prospective Validation of the Pediatric Appendicitis Score in a Canadian Pediatric Emergency Department. Bhatt M *et al.* Academic Emergency Medicine 2009; 16: 591-596
- Syncope while driving: clinical characteristics, causes and prognosis. Sorajja D *et al.* Circulation 2009; 120: 928-934
- A randomized clinical trial of ibuprofen versus acetaminophen with codeine for acute pediatric arm fracture pain Amy L. Drendel *et al.* Ann Emerg Med 2009; 54: 553-560
- Validation and clinical implications of the IDSA/ATS minor criteria for severe community-acquired pneumonia. J Phua, *et al.* Thorax 2009;64:598-603
- Coronary bypass surgery in patients treated with clopidogrel. Is it safe? Carrel T, Engiberger L. Curr Opin Cardiol 2009; 24: 539-543.
- Food, Shelter and Safety Needs Motivating Homeless Persons' Visits to an Urban Emergency Department. Robert M Rodriguez, *et al.* Ann Emerg Med 2009;53:598-602 {seguito dall'editoriale Social Welfare in the Hospital Emergency Department: The Challenge of Integrated Community Health Care. Gordon, James A. Ann Emerg Med 2009;53:603-4}
- Public Reporting of Discharge Planning and Rates of Readmissions. Ashish K. Jha, M.D *et al.* N Engl J Med 2009;361:2637-45

Aggiornamenti

- Rapporto ACI – ISTAT: Incidenti stradali - Anno 2008. A cura di Daniele Camisa
- Siamo medici e infermieri non siamo spie. A cura di Luca Iaboli

Direzione Redazionale: Mauro Fallani¹ maurofallani@yahoo.it Andrea Fabbri²
dr.andrea.fabbri@gmail.com

Redazione: Carlo Arrigo³ carrigo@vodafone.it Rodolfo Ferrari⁴ dr.rofer@libero.it Luca Iaboli⁵
liaboli@hotmail.com Rita Previati⁶ preri@libero.it

¹U.O. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza ASUR Marche Zona Territoriale 3 Fano, ²Dipartimento Emergenza, Presidio Ospedaliero Morgagni-Pierantoni, Azienda USL di Forlì, ³DEA Montichiari (BS), ⁴DEA S.Orsola-Malpighi Bologna, ⁵DEA Carpi, ⁶DEA Ferrara

i numeri già usciti sono disponibili all'indirizzo

<http://www.simeu.it/regioni/EmiliaRomagna/index.html>

- **Review e linee guida**

Acute Bloody Diarrhea: A Medical Emergency for patients of All Ages.

Lori R. Holtz, *et al.* **Gastroenterology 2009;136:1887-98**

La diarrea ematica acuta (ABD - di origine infettiva o meno) rappresenta, nella fase di approccio diagnostico e terapeutico, un'emergenza medica sia per la correlazione con patologie ad alto rischio di mortalità, sia per l'eventuale necessità di misure urgenti di controllo epidemico per la comunità. I casi di infezione acquisita in comunità nel cosiddetto "mondo sviluppato" sono spesso causati da *Campylobacter*, *Escherichia coli* O157:H7 (in grado di causare una grave sindrome emolitico uremica), altri *E coli* produttori di tossine, *Salmonella*, *Shigella* e *Yersinia*.

L'articolo si sofferma sulla gestione nel DEA dei casi pediatrici di ABD, e ne emergono numerosi elementi chiave cui prestare attenzione: la raccolta dei dati nella fase precoce di presentazione, visto che l'iniziale differenziazione tra cause batteriche o meno si pone su criteri essenzialmente anamnestici; la notifica dei casi epidemiologicamente sospetti o accertati; la valutazione dello stato di perfusione, della febbre, dell'obiettività addominale (con scarsa utilità dell'esplorazione rettale o del posizionamento di una sonda nasogastrica); le indagini colturali mirate all'identificazione dei patogeni e delle tossine più comuni e del *Clostridium difficile* (di rado è giustificata la ricerca di parassiti e virus); l'analisi dei dati di laboratorio non microbiologici per indirizzare la diagnosi ed avviare la correzione terapeutica (spesso inutili gli esami sulle urine); la ridotta, mirata capacità della diagnostica per immagini (ecografica o tomografica) di aggiungere informazioni; l'indicazione al ricovero con approccio terapeutico empirico e sintomatico tramite soluzione salina endovenosa o cristalloidi isotonici, evitando antidolorifici narcotici, antispastici ed antibiotici; la risoluzione clinica spesso spontanea, con dimissibilità a fronte del miglioramento laboratoristico (elettroliti, funzionalità renale, piastrine) e dell'esclusione dell'*E Coli* O157:H7 (o della conferma di un patogeno differente).

Per la ABD negli adulti al DEA: è maggiore l'incidenza di cause non infettive; è cruciale valutare i sintomi all'esordio clinico (età, caratteristiche dell'evacuazione delle feci e del sangue, dolore addominale e rettale, febbre, precedenti anamnestici, comorbidità e situazione psico-sociale, terapie, alimentazione); nella stratificazione diagnostica è necessaria attenzione all'*E Coli* O157:H7 (il cui isolamento di routine non è possibile in tutti i laboratori) ed al *C difficile*, ai viaggi nelle 2 settimane precedenti (o ancora prima in aree endemiche per amebiasi e schistosomiasi), al fatto che il 40% dei cancri coloretali operabili esordiscono con ematochezia o melena, all'intussuscezione che per quanto rara è una emergenza chirurgica; il ricovero è indicato nei pazienti con malattia severa, immunocompromessi, con coagulopatia o sanguinamento attivo intenso; feci con pus o muco vanno sottoposte ad indagine colturale (anche per malattie infiammatorie croniche intestinali con acuzie di particolare severità o in caso di mancata risposta al trattamento); test per uova e parassiti vanno eseguiti qualora le colture batteriche risultino negative ed in caso di sospetto anamnestico; la diagnosi differenziale nei soggetti più anziani deve considerare colite infettiva, colite ischemica, diverticolite, cancro del colon (l'esecuzione di tomografia con mezzo di contrasto può condizionare la valutazione microscopica e microbiologica delle feci); all'obiettività vanno valorizzate febbre, ipotensione e caratteristiche del dolore; la successiva diagnostica per immagini può prevedere, caso per caso, priorità differenti tra tomografia (in grado di fornire numerose preziose informazioni su sede, estensione e complicità della malattia), endoscopia (raramente indicata nelle forme infettive), angiografia.

Commento di Rodolfo Ferrari

• Lavori

Prospective Validation of the Pediatric Appendicitis Score in a Canadian Pediatric Emergency Department. Bhatt M et al. Academic Emergency Medicine 2009; 16: 591-596

La sola diagnosi clinica di appendicite acuta non è semplice. Secondo le stime di diversi studi si sbaglia nel 28-57% dei casi e l'utilizzo di esami strumentali, pur se migliora l'accuratezza della diagnosi, ha ovvi limiti. Gli ultrasuoni sono operatore dipendente e possono essere resi difficoltosi da condizioni del paziente come dolore e obesità; la TAC, molto accurata (e molto usata negli Stati Uniti), espone i pazienti a radiazioni ionizzanti correlate ad un aumentato rischio di neoplasia.

In questo contesto, nel 2002, il londinese dr. Samuel ha validato un sistema a punteggio (1), conosciuto con l'acronimo PAS (Pediatric Appendicitis Score), per migliorare la diagnosi clinica di appendicite acuta. Secondo l'evidenza preliminare del suo inventore, un chirurgo pediatrico, il sistema, quando il punteggio è ≥ 6 , ha una sensibilità del 100% e un'elevata specificità nella diagnosi di appendicite acuta.

Un risultato un po' troppo ottimistico secondo altri lavori in cui viene validato da medici non specialisti in chirurgia pediatrica. Infatti, quando è usato da medici d'emergenza-urgenza l'accuratezza è decisamente inferiore (2), tale per cui il 12% delle appendiciti non sarebbero state riconosciute e il 45% dei pazienti sarebbe stato sottoposto ad appendicectomia senza motivo.

In questo studio prospettico il PAS viene nuovamente valutato da medici d'emergenza in un campione di 246 pazienti pediatrici (dai 4 ai 18 anni) con dolore addominale insorto acutamente (da meno di 3 giorni) e sospetto di appendicite acuta. Come altri in precedenza, questo lavoro non replica i troppo brillanti risultati di Samuel, ma aggiunge alcune utili informazioni.

Gli autori propongono due cut-off differenti: un punteggio PAS <4 permette di dimettere il paziente senza eseguire ulteriori accertamenti (sensibilità 97.6%, VPN 97.7%), mentre un punteggio > 8 richiede appendicectomia (specificità 95.1% e VPP 85.2%).

Tra i pregi dello score, quello di ridurre la necessità di diagnostica per immagini, non necessaria per i punteggi estremi (<4 o >8), ma limitata a punteggi intermedi (5-7). Usando questa strategia la frequenza di appendicectomie negative si riduce all'8.8% e la probabilità di non diagnosticare un'appendicite è del 2.4%. Labili certezze permettendo, di seguito il Pediatric Appendicitis Score.

Diagnostic Indicators	Score Value
Cough <i>or</i> percussion <i>or</i> hop tenderness	2
Anorexia	1
Pyrexia	1
Nausea/emesis	1
Tenderness in RLQ	2
Leukocytosis $> 10,000$	1
Polymorphonuclear neutrophilia	1
Migration of pain	1
<i>Total</i>	10

PAS = Pediatric Appendicitis Score; RLQ = right lower quadrant.

Una curiosità. A lungo considerata superflua, residuo vestigiale di un altro organo, l'appendice viene in effetti rimossa senza apparenti effetti sulla salute dei pazienti. Tenendo poi conto che se infiammata/infetta diventa pericolosa e potenzialmente letale, è normale chiedersi perché qualcosa di così inutile sia presente nel corpo umano.

La domanda non è banale considerando che non è presente nei nostri "antenati", pochi mammiferi la possiedono e in quei pochi che la possiedono non assomiglia a quella umana.

Solo in anni recenti alcuni lavori hanno mostrato una funzione dell'appendice che, quasi isolata dal resto del canale alimentare, lunga e con una stretta apertura, sarebbe una sorta di "rifugio sicuro" per i batteri commensali. Quando l'organismo viene colpito da un'infezione che altera la flora intestinale (ad esempio cause di diarrea severa come il colera o la dissenteria amebica), i patogeni non riuscirebbero a colonizzare l'appendice e i batteri commensali lì contenuti, una volta risoltasi l'infezione, avrebbero la funzione di ripopolare l'intestino (3).

La diarrea è stata sino ad anni recenti un problema grave nella storia della nostra specie e continua ad esserlo in paesi a basso reddito, essendo una delle 5 cause di mortalità infantile.

Questa funzione protettiva avrebbe risparmiato il piccolo organo dal bisturi della selezione naturale.

Bibliografia

1. Samuel M. Pediatric appendicitis score. *J Pediatr Surg.* 2002; 37:877–81
2. Schneider C, Kharbanda A, Bachur R. Evaluating appendicitis scoring systems using a prospective pediatric cohort. *Ann Emerg Med.* 2007; 49:778–84
3. Bollinger RR et al. "Biofilms in the large bowel suggest an apparent function of the human vermiform appendix" *Journal of Theoretical Biology* 2007; 249(4):826-31

Commento di Luca Iaboli

Syncope while driving: clinical characteristics, causes and prognosis. Sorajja D et al. *Circulation* 2009; 120: 928-934

La sincope è la manifestazione clinica di una interruzione temporanea della perfusione cerebrale che causa una transitoria perdita di coscienza. E' un evento frequente che rappresenta dal 3 al 5% degli accessi nei Pronto Soccorso. La sincope di per sé non costituisce un fattore predittivo di aumentato rischio di mortalità, ma la sincope durante la guida rappresenta un ovvio pericolo anche per la sicurezza altrui. In questo articolo vengono analizzate le caratteristiche cliniche, le cause e la prognosi della sincope alla guida, al fine di ricercare se esistano differenze rispetto alla sincope in altri momenti della giornata. Alcuni accessi in PS per traumi da incidente stradale in realtà sono dovuti a episodio sincopale del conducente stesso.

Sono stati valutati 381 pazienti con sincope alla guida (9.8% su un totale di 3877 pazienti con sincope) . Paragonato al gruppo di pazienti con sincope non alla guida, il gruppo con sincope alla guida aveva una prevalenza del sesso maschile, un'età più giovane, una lieve maggiore incidenza di patologie cardiovascolari e neurologiche. La presenza di prodromi (nausea, palpitazioni, dispnea) era più comune nel gruppo con sincope alla guida. La percentuale di ospedalizzazione era simile. La causa più comune era la sincope neuro-mediata (vasovagale) (37,3%), seguita dalle aritmie (11.8%). Il fatto che la causa più comune di sincope sia quella neuromediata (al pari delle sincopi non alla guida), e non quella aritmica, come si sarebbe indotti a ipotizzare, può sembrare strano visto che il paziente in auto sta in posizione seduta. Ciò viene spiegato, in assenza del trigger dato dall'ortostatismo, con il ristagno venoso declive nella posizione seduta in assenza di pompa muscolare, con un ambiente caldo nell'abitacolo dell'auto (che causa vasodilatazione), con stress emotivi alla guida. Le percentuali di sincopi ricorrenti dopo il primo episodio non erano differenti nei due gruppi e si verificavano prevalentemente dopo almeno 6 mesi .

Conclusioni. Il fatto che le cause di sincope alla guida siano simili a quelle non alla guida suggerisce che il solo dato anamnestico che l'episodio sincopale si sia verificato alla guida non deve modificare l'iter d'approccio diagnostico standard del medico d'urgenza secondo le attuali linee guida di fronte a questi pazienti (al di là ovviamente degli eventuali traumi riportati). Il fatto poi che la maggior parte delle sincopi ricorrenti si verifichi dopo 6 mesi dal primo episodio, pone in dubbio la raccomandazione generale comune che la guida possa essere ripresa dopo 6 mesi di assenza di episodi. Poiché poi la percentuale di ricorrenza di sincope è simile nel gruppo alla guida e nel gruppo non alla guida, le stesse indagini sono appropriate per entrambi i gruppi. Solo la presenza di patologie cardiache, alterazioni del sistema di conduzione e l'età avanzata sono fattori predittivi di prognosi peggiore.

Commento di Rita Previati

A randomized clinical trial of ibuprofen versus acetaminophen with codeine for acute pediatric arm fracture pain Amy L. Drendel et al **Ann Emerg Med** 2009; 54: 553-560

Il dolore dovuto ad una frattura del braccio nei bambini, dovrebbe essere trattato con una sicura ed efficace analgesia iniziata sin dal Dipartimento d'urgenza (ED). Gli analgesici maggiormente raccomandati per il controllo del dolore in questo subset di pazienti sono IBUPROFENE e PARACETAMOLO + CODEINA. Fino ad oggi, non è stata studiata l'efficacia di nessun'altro farmaco. Oggetto di questo trial clinico, randomizzato, in doppio cieco, è stato determinare l'efficacia dei due principali medicamenti prescritti per il trattamento dei pazienti pediatrici dimessi con fratture delle braccia, per le prime 72h dopo l'evento traumatico. Le dosi utilizzate sono state 10mg/kg per dose l'IBUPROFENE, e 1 mg/kg per dose di PARACETAMOLO/CODEINA. I dati sono stati raccolti prospettivamente e registrati dai piccoli pazienti e dai genitori in un diario giornaliero durante le 72h dopo la dimissione dal ED. Sono stati randomizzati 336 bambini, divisi in due gruppi, 169 trattati con ibuprofene (I), 167 paracetamolo/codeina (P/C), ma tra quelli non eleggibili e quelli persi dopo il follow up ne sono stati studiati 244 (116 P/C, 128 I). Entrambi i gruppi hanno utilizzato quattro dosi nelle 24h. La percentuale di trattamento insufficiente è stata minore nel gruppo con I (20.3%) vs P/C (31.0%), benché non statisticamente significativo. La percentuale di bambini che avevano una delle funzioni prese in esame (gioco, sonno, alimentazione, scuola) compromesse dal dolore nei giorni successivi all'evento trauma, era significativamente più bassa nel gruppo con I. Viceversa, i bambini che ricevettero P/C riferirono una serie di effetti avversi (noti) che portarono gli stessi ad affermare di non volere più utilizzare questa associazione farmacologica in futuro. In conclusione, è stata riportata un'analgesia sovrapponibile nei due gruppi, minori effetti collaterali con ibuprofene, nonché migliori outcomes funzionali e maggiore soddisfazione da parte dei piccoli pazienti e dei genitori. Limiti di questo studio sono il numero dei pazienti presi in esame, il dosaggio farmacologico somministrato. Le dosi riflettono lo standard di trattamento presso il ED dove lo studio è stato condotto, e riflettono le dosi consigliate dall'azienda produttrice, benché l'aumento del dosaggio degli stessi medicamenti potrebbe dare risposte diverse nel controllo del dolore. Variabile che aggiunge limite a questo studio sono i genitori, gli stessi somministravano il farmaco al bambino secondo il loro orientamento che spesso non coincideva con le raccomandazioni dei Medici. In definitiva, l'ibuprofene si è dimostrato in questo subset preferibile al paracetamolo/codeina nel trattamento dei bambini con frattura non complicate del braccio.

Commento di Carlo Arrigo

Validation and clinical implications of the IDSA/ATS minor criteria for severe community-acquired pneumonia. J Phua, *et al.* Thorax 2009;64:598-603

L'inquadramento della polmonite acquisita in comunità (CAP) alla sua presentazione pone numerosi dilemmi decisionali al medico del DEA, vista anche l'assenza di una chiara e condivisa definizione di CAP severa. Tra i vari scores proposti per definire la classe di rischio ed orientare a ricovero o dimissibilità, i più diffusi sono CURB-65 e PSI, la cui accuratezza è inferiore per quanto riguarda invece il rischio di mortalità e la necessità di in unità di terapia intensiva (ICU). Le linee guida 2007 IDSA/ATS (Infectious Disease Society of America/American Thoracic Society) hanno individuato 2 criteri maggiori (necessità di ventilazione meccanica o vasopressori) o 9 criteri minori (di cui 3 soddisfatti; frequenza respiratoria ≥ 30 /min, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250$, infiltrati multilobari, confusione, $\text{BUN} > 7$ mmol/l, $\text{WBC} < 4000/\text{mmc}$, $\text{Plt} < 100000/\mu\text{l}$, temperatura $< 36^\circ\text{C}$, ipotensione) per definire la CAP severa. Questa analisi, eseguita a Singapore sulla presentazione della CAP in 1242 pazienti in 4 anni (esclusi i casi con criteri maggiori IDSA/ATS già presenti), confronta la capacità dei tre scores nell'identificare i soggetti a più alto rischio (definiti in presenza di: numero di criteri minori IDSA/ATS ≥ 3 , classe PSI $\geq \text{IV}$, score CURB-65 ≥ 3) per mortalità e ricovero in ICU. La mortalità è risultata del 14.7%, con maggiore capacità predittiva per i criteri minori IDSA/ATS, rispetto a PSI e CURB-65 (area sotto la curva ROC 0.88, 0.86, e 0.82, rispettivamente). Tra i casi di CAP risultano definiti come severi il 50.1% dei casi secondo PSI, 26.6 secondo IDSA/ATS, 23.3% con CURB-65. Sensibilità, specificità, valore predittivo positivo e valore predittivo negativo per la mortalità risultano rispettivamente per IDSA/ATS 81.4% - 89.2% - 45.2% - 96.3%, per PSI 96.2% - 57.9% - 28.3% - 98.3%, e per CURB-65 61.2% - 83.3% - 38.8% - 92.5%.

Anche riguardo l'ammissione in ICU (esclusi i 225 casi in cui vi era dissenso agli atti invasivi o rianimatori) la predittività risulta superiore per i criteri minori IDSA/ATS rispetto a PSI e CURB-65 (area sotto la curva ROC 0.85, 0.75, e 0.68). Sensibilità, specificità, valore predittivo positivo e negativo per ricovero in ICU risultano per IDSA/ATS 58.3% - 90.6% - 52.9% - 92.3%, per PSI 72.4% - 65.3% - 27.4% - 92.9%, e per CURB-65 26.3% - 88.3% - 28.9% - 86.9%. Il ritardato ricovero in ICU (pazienti inizialmente ricoverati dal DEA a reparti di degenza convenzionale sotto la responsabilità di uno Pneumologo e solo successivamente trasferiti in ICU) correla con maggiore mortalità e ne risulta il solo fattore predittivo indipendente.

In conclusione, quindi, la presenza di 3 o più criteri minori IDSA/ATS in soggetti affetti da CAP severa che non presentino indicazione alla ventilazione meccanica o all'infusione di vasopressori, mostra maggior potere predittivo per mortalità o indicazione al ricovero in ICU rispetto a PSI $\geq \text{IV}$ (poco specifico) e CURB-65 ≥ 3 (poco sensibile).

Commento di Rodolfo Ferrari

Coronary bypass surgery in patients treated with clopidogrel. Is it safe? Carrel T, Engiberger L. Curr Opin Cardiol 2009; 24: 539-543.

Il trattamento con clopidogrel fa ormai parte integrante della terapia delle sindromi coronariche acute, sia STEMI che NSTEMI/UA. Le Linee Guida ACC/AHA e le Linee Guida della Associazioni cardiocirurgiche europee e americane raccomandano però di interrompere la somministrazione del clopidogrel almeno 5-7 giorno prima di un intervento cardiocirurgico. Queste ultime indicazioni risultano spesso disattese nella pratica, in particolar modo nel caso si renda necessario un intervento cardiocirurgico urgente, ad esempio in corso di Sindrome coronaria acuta (in cui il trattamento con clopidogrel è già stato instaurato, magari nello stesso dipartimento d'emergenza, in associazione agli altri

farmaci raccomandati). In questo articolo vengono valutate le eventuali complicanze emorragiche nei pazienti sottoposti a intervento cardiocirurgico e in cui il trattamento con clopidogrel non era stato interrotto. E' stato rilevato un rischio moderatamente elevato di complicanze emorragiche nei pazienti sottoposti a intervento chirurgico dopo trattamento con clopidogrel (percentuale da 2 a 3 volte maggiore di necessità di reintervento o di trasfusioni). D'altra parte, l'interruzione o la non somministrazione di clopidogrel ha evidenziato una maggiore durata dell'ospedalizzazione e una percentuale maggiore di eventi coronarici ischemici. E' opportuna dunque una valutazione caso per caso del rapporto rischio/beneficio dalla sospensione o non somministrazione del clopidogrel.

Conclusioni. Per il medico d'urgenza, che si trova a trattare per primo le sindromi coronariche acute e a valutare eventuali percorsi di ripercussione con i colleghi emodinamisti, può rappresentare motivo di dubbio o contrasto la decisione di somministrare il clopidogrel in particolare in quei pazienti che debbano essere sottoposti a PTCA primaria (con eventuale, anche se basso, rischio di un intervento cardiocirurgico d'emergenza) . Le prime Linee Guida pubblicate su *Circulation* nel dicembre 2005 proponevano il clopidogrel nello STEMI solo nei casi in cui la ripercussione sarebbe stata con la fibrinolisi e non con la PTCA (proprio per il riportato maggior rischio emorragico dopo il farmaco). Indicazioni successive sia AHA che ESC hanno poi proposto il clopidogrel in ogni caso nello STEMI (300 o 600 mg) , privilegiando l'utilità dell'effetto antiaggregante sull'eventuale rischio emorragico. Questo articolo dissipa ulteriormente i dubbi sulla necessità della terapia antiaggregante in corso di sindromi coronariche acute.

Commento di Rita Previati

Food, Shelter and Safety Needs Motivating Homeless Persons' Visits to an Urban Emergency Department. Robert M Rodriguez, *et al.* **Ann Emerg Med 2009;53:598-602** {seguito dall'editoriale **Social Welfare in the Hospital Emergency Department: The Challenge of Integrated Community Health Care.** Gordon, James A. **Ann Emerg Med 2009;53:603-4**}

I soggetti senza fissa dimora (SFD) si rivolgono al DEA sia nella fase acuta di patologie croniche, che per l'assenza di altri canali di accesso alla sanità (anche al di fuori dell'urgenza), ma anche perché il DEA ha tra i propri doveri e caratteristiche la valutazione ed il trattamento a qualsiasi ora di chiunque vi si rivolga. E' ovvio che ogni accesso per ragioni non mediche o non urgenti condiziona il sovraffollamento del sistema d'emergenza condizionando i tempi e le risorse a disposizione dei pazienti critici. Questo studio prospettico caso controllo svolto in California ha sottoposto un questionario a 234 soggetti SFD reclutati tra i 503 visitati in 14 settimane, ed a 63 controlli. Per i SFD, tra i bisogni irrisolti che emergono come prioritari al momento della presentazione al DEA sono i pasti, un alloggio, il vestiario, la sicurezza personale per le strade, tanto da motivare il 29% dei casi in cui ci si reca al DEA (rispetto al 10% nei controlli) e specificando che nel 24% ci si rivolgerebbe altrove se vi fosse un'alternativa adeguata di risposta a queste richieste. La soluzione per ridurre questi utilizzi "impropri" o inappropriati del DEA sta verosimilmente nel fornire alternative valide, attraverso una diversa politica di assistenza sanitaria e sociale che garantisca da un lato prevenzione, dall'altro un punto di riferimento disponibile ad ogni ora del giorno e della notte. Ancora oggi il DEA rappresenta per le persone SFD un elemento cardine nella rete di servizi sociali e del welfare per il quale non esistono ancora alternative con caratteristiche di accesso, fruibilità, organizzazione ed assistenza sovrapponibili.

Commento di Rodolfo Ferrari

Public Reporting of Discharge Planning and Rates of Readmissions. Ashish K. Jha, M.D
etr al. *N Engl J Med* 2009;361:2637-45

Le organizzazioni dei Sanitarie negli USA sono molto occupate a dare riposta a due difficili problemi: da un lato la necessità di un miglioramento della prestazioni, dall'altra la necessità una riduzione dei costi di gestione.

Sfortunatamente, i tentativi di miglioramento della qualità del servizio comportano spesso inevitabili incrementi di costo che anche se vantaggiosi non riescono ad ottenere risultati così consistenti da giustificare un aumento della spesa, e costringono gli amministratori a ridurre i costi al punto da ridurre inevitabilmente la qualità della prestazione finale perché l'organizzazione non è in grado di sostenerne i costi.

La riduzione del numero dei ricoveri successivi ad una dimissione ospedaliera per un analogo motivo rispetto al precedente rappresenta un obiettivo fondamentale per le organizzazioni ospedaliere.

Gli studi del passato hanno segnalato un'ampia variabilità di risultati ed hanno evidenziato come la probabilità di riammissione per lo stesso motivo fosse largamente dipendente da problemi organizzativi nei passaggi in cura fra le organizzazioni ospedaliere e quelle ambulatoriali territoriali. Tali criticità pare fossero associate ad una insufficiente qualità di comunicazione nella procedura di dimissione, ad un insufficiente coordinamento fra la documentazione di dimissione e quella di presa ambulatoriale, ad un'insufficiente capacità delle strutture ambulatoriali nel gestire il follow up dei soggetti dimessi.

Tali aspetti sono stati a lungo oggetto dell'attenzione dei responsabili delle organizzazioni sanitarie al punto da portarli a pubblicare i dati per cercare di capire il fenomeno.

In questo studio gli Autori hanno tentato di dare risposta a 5 domande: 1) la qualità della relazione di dimissione influenza la performance dell'organizzazione ospedaliera? 2) quali sono le caratteristiche di un ospedale associate ad una buona efficacia della dimissione? 3) Quale la variabilità dei ricoveri per un analogo motivo dopo la dimissione nelle diverse organizzazioni? 4) una migliore qualità della relazione di dimissione si associa ad una minor probabilità di riammissione per lo stesso motivo? 5) ammesso che esista una relazione, quante riammissioni si potrebbero evitare migliorando la qualità dell'organizzazione della dimissione?.

Per dare risposta sono stati utilizzati 2 indicatori: l'adeguatezza della lettera di dimissione e in particolare le istruzioni fornite ai soggetti dimessi e la percezione da parte del paziente relativamente all'organizzazione. Per testare l'ipotesi sono stati considerati i soggetti riafferiti dopo la dimissione con diagnosi di scompenso cardiaco e broncopolmonite.

L'analisi indica che nonostante la significatività statistica ($r = 0.05$, $P < 0.001$) esiste solo una scarsa correlazione fra gli outcome e le variabili testate. I piccoli ospedali e quelli con un indice più favorevole personale/degente presenterebbero migliori risultati in termini di percezione della qualità della cura da parte degli utenti. Nonostante una migliore qualità della documentazione rilasciata dai grandi ospedali, nessuna correlazione viene rilevata fra efficacia della documentazione e probabilità di riammissione per scompenso cardiaco (frequenza di riammissione fra ospedali (quartile superiore vs. quartile inferiore, 23.7% vs. 23.5%; $P = 0.54$). Da segnalare infine una modestissima associazione fra percezione della cura e probabilità di riammissione: scompenso cardiaco (22.4% vs. 24.7%; $P < 0.001$), broncopolmonite (17.5% vs. 19.5%, $P < 0.001$).

Conclusioni: i tentativi ad oggi di raccogliere informazioni su indicatori di qualità ed efficienza della dimissione dopo una diagnosi di scompenso cardiaco e broncopolmonite non danno informazioni sulla probabilità o meno di riammissione per lo stesso motivo.

Commento di Andrea Fabbri

• **Aggiornamenti**

Rapporto ACI – ISTAT: Incidenti stradali - Anno 2008. Consultabile al sito: http://www.aci.it/fileadmin/documenti/notizie/Comunicati/Rapporto_ACI_Istat_2009.pdf
A cura di Daniele Camisa, Simeu Lombardia

Ogni giorno in Italia si verificano in media 598 incidenti stradali, che provocano la morte di 13 persone e il ferimento di altre 849. Nell'anno 2008 gli incidenti stradali rilevati sono stati 218.963. Essi hanno causato il decesso di 4.731 persone, mentre altre 310.739 hanno subito lesioni di diversa gravità. Rispetto al 2007, si riscontra una diminuzione del numero degli incidenti (-5,2%) e dei feriti (-4,6%) e un calo più consistente del numero dei morti (-7,8%).

In Italia, tra il 2000 e il 2008, si è registrato un calo per quanto riguarda il numero di incidenti, di feriti e di morti in incidente. Si è registrata anche una costante riduzione della gravità degli incidenti. L'Unione Europea prevedeva la riduzione della mortalità del 50% entro il 2010: l'Italia ha raggiunto quota -33,0%.

Il 76,8% del totale degli incidenti si sono verificati sulle strade urbane, ma gli incidenti più gravi avvengono sulle strade extra urbane (escluse le autostrade).

Il maggior numero si è verificato a luglio, mentre a dicembre si registra il valore assoluto più basso.

Il venerdì si conferma il giorno in cui si concentra il maggior numero di incidenti e di feriti, mentre la frequenza più elevata di morti si osserva il sabato. Complessivamente nel week-end si concentra un quarto degli incidenti e oltre un terzo dei decessi.

Analizzando la distribuzione durante l'arco della giornata, un primo picco si riscontra tra le ore 8 e le ore 9 del mattino; un secondo picco si osserva tra le ore 12 e le 13. La punta massima di incidentalità si registra infine intorno alle ore 18.

L'indice di mortalità mostra come lo scontro frontale sia la tipologia più pericolosa, seguita dalla fuoriuscita di strada, dall'urto con ostacolo accidentale e dall'investimento di pedone.

Tra le cause accertate o presunte di incidente, lo stato psico-fisico alterato del conducente ed in particolare l'ebbrezza da alcool, pur non rappresentando una percentuale elevata del totale dei casi (3,1%), vanno segnalati per la gravità degli eventi.

Le differenze tra i livelli di rischio per le diverse categorie di utenti emergono dal rapporto tra numero di morti e di feriti: l'indice di gravità, che mediamente risulta pari a 1,6, si riduce a 1,1 per i passeggeri e a 1,6 per i conducenti, ma sale a 3,0 per i pedoni. Il pedone è certamente il soggetto più debole fra le persone coinvolte. Tra i conducenti morti a seguito di incidente stradale i più colpiti sono i giovani: la fascia di età che presenta il valore massimo è quella tra 25 e 29 anni.

Siamo medici e infermieri non siamo spie. A cura di Luca Iaboli

Gli ultimi giorni di novembre dell'anno passato, nascosta come nota nelle ultime pagine di alcuni quotidiani, chi cercava poteva leggere qualcosa di simile: circolare "definitiva" sulle cure ai clandestini: nessuna denuncia.

La notizia si riferisce a una circolare, emanata dal Ministero dell'Interno (figura a lato), che ribadisce il divieto di segnalazione di extracomunitari senza permesso di soggiorno che afferiscono alle strutture sanitarie. Viene ribadito che l'accesso alle cure non può comportare alcun tipo di segnalazione, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con i cittadini italiani (1).

E' un peccato che un'informazione così importante non abbia avuto maggiore rilevanza, anche perchè questa circolare è la conclusione di una campagna iniziata oltre dieci mesi fa: *“Siamo medici e infermieri non siamo spie”* (2-3).

La campagna è stata la risposta a un emendamento del “pacchetto sicurezza” approvato alcuni mesi fa dal governo che, introducendo il reato di ingresso e soggiorno irregolare, poneva dubbi interpretativi e poteva essere causa della segnalazione/denuncia all'autorità giudiziaria di extracomunitari senza permesso di soggiorno che accedevano alle strutture sanitarie (2-3).

Nei mesi scorsi molte regioni avevano emanato note di chiarimento sul divieto di segnalazione (4), ma non dappertutto, e la confusione restava. La circolare del Ministero chiarisce ogni dubbio.

Si è trattato soprattutto di una bella e compatta risposta della classe medica (*ndr: la prima da anni?*), che ha visto mobilitati gli ordini professionali degli operatori sanitari (medici, infermieri, ostetrici, psicologi, assistenti sociali), i sindacati, i settori della società civile, le organizzazioni no profit oltre a semplici cittadini contro l'abrogazione del “divieto di segnalazione”.

In dignità, in serietà, con competenza (5).

Bibliografia

1. **Circolare del Ministero dell'Interno** – dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione. Prot n° 780/A7, circolare n°12/09, 27 novembre 2009 2: “Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale”. **Reperibile al sito:** http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/inverno_09/12-circ_min_int_n.12_09.pdf
2. Vedi ad esempio: <http://www.divietodisegnalazione.medicisenzafrontiere.it/>
3. Vedi “Salute e immigrazione, ovvero medicina e politica” Novità in urgenza n° 83 (novembre 2008), reperibile all'indirizzo <http://www.simeu.it/emiliaromagna/Novita83.PDF>
4. http://www.divietodisegnalazione.medicisenzafrontiere.it/circolari_regionali.asp
5. Si tratta di una citazione tratta dalle “raccomandazioni finali” espresse nell'VIII Congresso Nazionale della SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni – www.simmweb.it) del febbraio 2009. Reperibile al sito: http://www.cvx.it/public/documenti/Raccomandazioni_Congresso%20SIMM%202009.pdf

