

Iniziative negli Stati Uniti: non sempre tutte condivisibili, ma in certi casi ... esempi da seguire!

Gemma C. Morabito

U.O.C. Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso. Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma

Gli americani "so forti"! La patria della medicina d'emergenza, avanti di almeno quattro decenni rispetto alla nostra realtà, è sicuramente un bacino di esperienza e cultura da cui attingere. A ragione si può affermare che per noi gli Stati Uniti possono essere esempi e maestri. Il sistema sanitario statunitense, però, non è tutto rose e fiori. Sicuramente discutibile è, ad esempio, l'eccessiva dipendenza che esiste tra portafoglio e "diritto alle cure". Esistono persone che non possono permettersi un medico di famiglia e che non si rivolgono a una struttura sanitaria fino a che una complicanza non li conduce in un Dipartimento d'Emergenza, altre che ricevono diagnosi di patologie severe ma non vengono assistite negli ospedali perché senza assicurazione o perché quella che hanno non "copre" quello specifico problema o terapia. Tutti guardano alla riforma della sanità come un passo indispensabile per una nazione che si propone come modello di civiltà. E, ancora, la medicina difensiva, che nel nostro Paese ha preso il largo negli ultimi anni, negli Stati Uniti ha già condotto a pratiche e protocolli routinari per non mancare le diagnosi (come l'esecuzione di TC con mezzo di contrasto per l'appendicite) che sembrano veramente esagerati e che stanno creando una generazione d'irradiati con conseguenze che solo fra qualche decennio riusciremo a comprendere fino in fondo.

Non tutto, quindi, va in un'unica direzione. Ci sono cose da copiare e cose da scartare. La lettura di un articolo comparso sul numero di Luglio degli *Annals of Emergency Medicine** mi ha offerto un punto di riflessione su una delle tante iniziative che forse dovremmo in qualche modo fare nostra.

L'articolo ricordava che negli Stati Uniti le visite annuali in Pronto Soccorso per dolore toracico acuto sono circa 6 milioni e che i medici d'emergenza sono responsabili di riconoscere precocemente i soggetti con sindrome coronarica acuta e iniziare il trattamento più appropriato. Più appropriato ai giorni nostri significa *evidence-based*

e, allora, l'evidenza noi dove la troviamo? La risposta sarebbe in realtà molto più complessa di quello che semplicisticamente sto per affermare, ma si può ben dire in generale che le notizie EBM si trovano riassunte nelle Linee guida e, nel caso specifico, in quelle che l'American College of Cardiology e l'American Heart Association regolarmente aggiornano e pubblicano (finalmente in collaborazione con le società americane di medicina d'emergenza). Per quanto riguarda queste Linee guida viene raccomandata, sinteticamente, una stratificazione del rischio tramite anamnesi, esame obiettivo ed elettrocardiogramma. Se la diagnosi iniziale non è raggiunta si procede (secondo tempi e modi determinati sulla base dell'evidenza) all'esecuzione seriata di ECG e biomarker di necrosi miocardica. Questo processo ci consente di classificare i pazienti in STEMI, NSTEMI, angina instabile, o dolore toracico non-cardiaco e scegliere l'approccio terapeutico più appropriato.

Tornando all'articolo degli *Annals*, leggevo di questo gruppo di ricercatori statunitensi che aveva condotto un'analisi secondaria dei dati di 344 ospedali per valutare se una certa "iniziativa", di cui ignoravo l'esistenza, fosse stata in grado aumentare l'applicazione da parte dei medici delle raccomandazioni esistenti in materia di *management* delle sindromi coronariche acute. Incuriosita, non tanto del risultato dello studio quanto di questa "misteriosa" iniziativa, sono andata avanti nella lettura trovando un'interessante analisi di un problema che con facilità riconoscevo anche come italiano. Nonostante la diffusione delle Linee guida dell'AHA/ACC, infatti, alcune indagini dimostrano che l'aderenza alle indicazioni *evidence-based* è molto variabile nella pratica clinica. Per questo, qualche tempo fa è nata una collaborazione tra un organismo americano noto come *Society of Chest Pain Center* (SCPC) e la *CRUSA-DE initiative* (delle due società cardiologiche americane) con l'obiettivo di implementare negli ospedali la percentuale di aderenza alle raccomandazioni sulla gestio-

*Abhinav Chandra *et al.* Analysis of the Association of Society of Chest Pain Centers Accreditation to American College of Cardiology/American Heart Association Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Guideline Adherence. *Ann Emerg Med* 2009; 54: 17-25.

ne delle sindromi coronariche acute. In seguito, nel 2003, la SCPC ha avviato anche un programma di accreditamento per gli ospedali che prevedeva la valutazione dei processi di *triage* e di diagnosi tramite otto punti chiave individuati come “critici”. Cinque di questi punti erano misure del processo di gestione in acuto che le Linee guida dell’ACC/AHA designano come di Classe I (utili ed efficaci):

1. ECG entro 10 minuti dall’arrivo; somministrazione entro 24 ore di;
2. aspirina;
3. β -bloccanti;
4. eparina non frazionata o a basso PM;
5. inibitori glicoproteine IIb/IIIa.

Lo studio aveva coinvolto oltre 33 mila pazienti trattati in 21 ospedali accreditati e 323 ospedali “normali”. Anche se ai fini di questo editoriale hanno poca rilevanza, per dovere di completezza vi riporto i risultati della ricerca. I pazienti dei centri “SCPC-certified”, rispetto a quelli gestiti nei centri “non-accreditati”, avevano maggiore probabilità di ricevere aspirina e β -bloccanti nelle prime 24 ore ma, per quanto riguarda i rimanenti punti analizzati (esecuzione di ECG in tempo, somministrazione dei GPI IIb/IIIa, somministrazione di eparina, mortalità aggiustata per il rischio), i risultati erano sovrapponibili.

Sebbene questa analisi non dimostri differenze negli *outcomes* (morte, infarto miocardico acuto, shock cardiogeno, scompenso cardiaco e sanguinamenti maggiori) e lo studio non possa essere considerato conclusivo, gli autori invitano alla prudenza sottolineando come in letteratura studi più ampi dimostrino chiaramente che una migliore aderenza alle raccomandazioni delle Linee guida si associa a tassi inferiori di mortalità.

Nonostante l’apparente inutilità di questa ricerca (soprattutto alla luce della mentalità corrente che spinge alla pubblicazione dei soli studi con esito positivo), lo stesso editore degli *Annals of Emergency Medicine* sottolinea l’importanza che questo lavoro ha nel chiarire i potenziali vantaggi di un processo di accreditamento come quello messo in atto dalla SCPC. L’esempio, scrive, potrebbe essere un ausilio per aumentare iniziative di questo tipo.

È proprio quello che pensavo! – mi sono detta, felice di aver fatto una riflessione intelligente. In un Paese come il nostro, l’Italia, in cui molto è lasciato all’iniziativa individuale, è mia opinione personale che qualcosa di più si debba fare per aumentare la valutazione di quello che le strutture e gli operatori sanitari fanno. Non si tratta di “controllare” ma di “verificare”. Non posso entrare nel merito di altre discipline e reparti cui non appartengo e conosco superficialmente. Credo, però, che in media noi medici d’emergenza, insieme a pochi altri, siamo tra quelli che più si interrogano sulla cosa giusta da fare e sono più attenti alle novità in tema di raccomandazioni e Linee guida. Abbiamo la mente elastica e siamo pronti all’autocritica (d’altro canto, come potremmo altrimenti fare questo lavoro?). Tutto, però, è lasciato al-

l’iniziativa personale, richiede tempo per l’aggiornamento (che spesso a chi lavora in emergenza non viene dato, a meno di avere un primario “illuminato”) e impone, secondo l’attuale ignobile stile diffusosi nel nostro Paese, uno sforzo economico non indifferente per partecipare a Congressi ed eventi nei quali (con le dovute eccezioni) se ti va bene impari in tre giorni ciò che avresti potuto apprendere con due ore di buona biblioteca in compagnia di una tazza di caffè.

La nostra formazione è un problema di tutti: delle nostre Amministrazioni, delle nostre Direzioni sanitarie e, in ultima analisi, della nostra società. Un medico aggiornato e ben preparato, soprattutto se lavora nell’emergenza, è una risorsa per tutti. La medicina d’emergenza, ricordano le definizioni statunitensi, oltre ad avere un ruolo insostituibile nelle emergenze cliniche ha, fra gli altri, un ruolo determinante in materia di salute pubblica. Dove se non nei nostri Dipartimenti d’Emergenza si svolge quel fondamentale ruolo sociale che è la gestione di pazienti che non hanno accesso alla sanità pubblica (o che mostrano alle volte un semplice disagio sociale), la sorveglianza delle malattie infettive, delle violenze sui minori o sulle donne, degli incidenti sul lavoro, degli interventi preventivi in tema di assunzione di sostanze d’abuso, e così via? Molti di quelli che contano e che oggi possono fare la differenza (nelle organizzazioni, negli investimenti per le risorse e, soprattutto, nella formazione) si dimenticano di essere i “pazienti” del futuro. Un giorno troveranno a curarli i medici che loro stessi hanno preparato. Sarebbe una cosa molto buona se si potesse uscire da questa fase in cui l’unica cosa che si attua è il tono inquisitorio e punitivo nel caso di eventi avversi, e si cominciasse a fare un pò di programmazione investendo i nostri soldi per aiutare i medici a rimanere aggiornati e mettere in pratica la nuova evidenza. La revisione dell’utilizzazione dei farmaci, dell’impiego della diagnostica, dell’aderenza alle Linee guida, dell’impatto della mancanza di posto letto sulla prognosi dei nostri pazienti, e così via, possono essere cose che vanno a nostro vantaggio e che possono aiutarci a crescere.

Concludendo, ci tengo anche a dire che proprio iniziative come questa della SCPC (o altre che in diversi Paesi si conducono da molto tempo) dovrebbero essere tra gli obiettivi principali delle Società scientifiche della nostra nascente medicina d’emergenza italiana. Sono anni che siamo avanti a tutti! Abbiamo lavorato e ci siamo formati (e ancora lo facciamo) da soli! Lo abbiamo fatto sulle *nostre* forze, con le *nostre* iniziative e, quasi sempre, con i *nostri* soldi. Anche se non avevamo a disposizione una preparazione formale che ci aiutasse, la nostra disciplina si è imposta come una necessità. Come negli altri Paesi del mondo in cui la storia dell’affermazione della specialità è ormai cosa passata, la medicina d’emergenza non nasce da progettazioni o idee, ma per rispondere a persone in difficoltà che si ammalano e che devono essere aiutate e curate, bene e adesso... non fra qualche anno, quando le cose cambieranno. E allora, visto che siamo “abituati”,