

di una determinata condizione, definire gli standard per la durata attesa della degenza e per l'utilizzo dei saggi diagnostici e dei trattamenti, analizzare le relazioni tra i differenti passaggi nel processo di cura con la finalità di individuare modalità per coordinare e ridurre il tempo impiegato nelle tappe limitanti la rapidità del processo stesso, fornire a tutto il personale sanitario un piano comune dal quale sia possibile evincere i vari ruoli specifici nell'ambito del processo di cura. I PC possono, inoltre, essere utilizzati come strumenti per una valutazione della appropriatezza degli interventi diagnostico-terapeutici, anche in considerazione della loro struttura, che richiede la compilazione di tutti i campi presenti da parte di ogni componente del gruppo multidisciplinare coinvolto, così da rendere facilmente ricavabili a posteriori i dati che testimoniano gli atti svolti. Un'altra funzione di questi strumenti è la facilitazione dell'implementazione delle linee guida, in quanto rappresentano una traduzione delle raccomandazioni direttamente "al letto del paziente".

### Technology assessment

L'analisi critica delle tecnologie sanitarie, che va sotto il nome di "Technology Assessment", è un'attività tecnico-scientifica multidisciplinare condotta con l'obiettivo di valutare l'applicabilità, la sicurezza, l'efficacia ed i costi, come pure l'impatto sulla qualità della vita, delle tecnologie sanitarie utilizzate nell'assistenza dei pazienti. Per tecnologie sanitarie si intendono sia le procedure diagnostiche, che i presidi terapeutici farmacologici che gli interventi clinici invasivi. L'analisi viene condotta attraverso un approccio multidisciplinare e permette la produzione di resoconti strutturati (report) utili per la diffusione della valutazione basata sulle evidenze dei presidi sanitari disponibili. La raccolta di tali report consente anche di creare archivi di conoscenza condivisa. Le attività di Technology Assessment sono coordinate a livello internazionale dall'International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), una rete creata nel 1993 di cui fanno attualmente parte almeno 36 agenzie di tutto il mondo. Nella cornice metodologica della Medicina Basata sulle Evidenze, il Technology Assessment si staglia dunque come un nuovo strumento di valutazione, che permette di verificare quanto le tecnologie sanitarie siano utili per migliorare la qualità della salute, includendo l'analisi delle procedure e dei supporti organizzativi necessari per determinarne l'applicabilità e quindi l'impatto nelle diverse realtà cliniche, in termini complessivi di costo/utilità.

## S4.3

### INTEGRAZIONE TRA COMPETENZE MICROBIOLOGICHE E INFETTIVOLOGICHE NELLA FORMULAZIONE DI RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA CLINICA

**Rizzi M.**

*Unità Operativa Malattie Infettive,  
Ospedali Riuniti di Bergamo*

Tra i principi metodologici usualmente citati come irrinunciabili per l'elaborazione di linee guida ricorre quello della interdisciplinarietà: nell'ambito delle malattie infettive, questo principio si deve tradurre nella gran parte dei casi nella collaborazione tra infettivologi e microbiologi.

Attualmente, in ambito infettivologico la raccolta di linee guida più importante per ampiezza e qualità è quella curata dalla Infectious Diseases Society of America (IDSA): nell'ambito di tale società, al 15 giugno 2003 erano stati elaborati 35 documenti (ed altri 21 erano in corso di elaborazione), per alcuni tra i problemi infettivologici più rilevanti; anche la IDSA, in due appositi documenti metodologici sulla preparazione di linee guida, ha citato la necessità di un approccio multidisciplinare: "... a range of experts that is sufficiently broad enough to adequately explore the topic ... it is desirable to include members of related disciplines ... to include members of relevant professional societies ...".

L'analisi di quanto prodotto nel corso del programma linee guida della IDSA permette di individuare alcuni problemi cruciali nella collaborazione tra infettivologi e microbiologi; il caso delle diarree di origine infettiva è particolarmente interessante, poiché in questa area la variabilità nella pratica clinica è ampia, è frequente il ricorso a procedure inappropriate, e molti degli accertamenti che vengono eseguiti sono poco rilevanti per la cura del paziente.

#### Gli obiettivi delle linee guida

Per molte sindromi infettive, come le diarree, gli obiettivi clinici e quelli di sanità pubblica coincidono solo in parte: alcune indagini microbiologiche possono essere irrilevanti per la cura del paziente, ma utili per l'igienista; l'elaborazione di linee guida richiede la collaborazione di clinici (che nel sistema di pagamento per prestazioni sono disincentivati dall'esecuzione di accertamenti non rilevanti per la cura del paziente ricoverato) e laboratoristi (all'opposto incentivati ad estendere il volume di attività) ed igienisti (per il quale reparti clinici ambulatori e laboratori costituiscono irrinunciabili fonti di informazioni); obiettivi e priorità devono venire chiaramente definiti.

### I destinatari delle linee guida

Anche limitando il campo alla fattispecie più semplice (e più comune) del paziente immunocompetente con diarrea acuta acquisita in comunità, le linee guida devono essere diversamente articolate per le diverse figure di clinici: ad esempio, in ambito ospedaliero possono più facilmente venire proposti approcci "multisteps" (ad esempio test per la lattoferina fecale, ed esami colturali per *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia* solo in caso di risultati positivi), l'esecuzione di emocolture, indagini invasive. Ove sono presenti specialisti in malattie infettive, gli iter diagnostici proposti possono e devono essere più articolati e flessibili (più "careful clinical assessment", e meno "automatic orders").

### La popolazione

L'applicazione indiscriminata di procedure diagnostiche standard è assai poco efficiente (in molte serie risulta positivo approssimativamente solo l'uno per cento dei campioni di feci sottoposti ad esame colturale): l'iter diagnostico deve essere differenziato secondo l'età del paziente, la sua situazione immunitaria, e la eventuale ospedalizzazione; negli ospedali italiani pare sia largamente ignorata la "regola dei tre giorni", elaborata nei primi anni novanta, che prescrive di non eseguire di routine coproculture standard (per *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*) nei pazienti con diarrea ospedalizzati da più di 3 giorni; un'altra ben nota "regola", che sembra più diffusamente applicata, riguarda la ricerca di *Clostridium difficile* nei pazienti con diarrea ospedalizzati da più di tre giorni.

### BIBLIOGRAFIA

1. Gross PA. Practice guidelines for infectious diseases: rationale for a work in progress. Clin Infect Dis 1998;26:1037-1041.
2. Kish MA. Guide to development of practice guidelines. Clin Infect Dis 2001;32:851-854.
3. Guerrant RL, Van Gilder T, Steiner TS, et al. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. Clin Infect Dis 2001;32:331-350.

## S4.4

### ACCERTAMENTI MICROBIOLOGICI PREVENTIVI ALL'INGRESSO IN COMUNITA' CHIUSE E IN OSPEDALE: L'EVIDENZA DISPONIBILE IN VIROLOGIA

**Pauri P.**

Servizio di Virologia, Ospedale Regionale Torrette, via Conca, Azienda Umberto I, 60100 Ancona

Negli ultimi venti anni è stata posta un'attenzione particolare alla valutazione delle strategie di screening nella prospettiva di un miglioramento della qualità del

servizio e del rapporto costo-efficacia: l'evidenza ha dimostrato che i test dovrebbero essere utilizzati razionalmente e selettivamente. L'argomento è strettamente legato agli studi di *outcome*, termine con cui si intendono i risultati di interventi medici in termini di salute o di costi. (Linee Guida UK National Institute for Clinical Excellence 1993, Bissell 2000).

### Aspetti da considerare

Effettuare uno screening significa rilevare ad uno stadio precoce della sua storia naturale una malattia a possibile carattere evolutivo, perciò accompagnata da sostanziale morbilità e mortalità in assenza di trattamento prima della comparsa della sintomatologia. Nella **valutazione** di qualsiasi screening bisogna tenere conto dell'*outcome* da misurare: riduzione della mortalità, miglioramento della qualità della vita, numero di soggetti da esaminare per prevenire un effetto avverso. Problemi diversi riguardano gli screening per l'ingresso in ospedale e quelli in comunità: in questi ultimi a guidare la scelta è il tasso di trasmissione dell'infezione ad altri soggetti, mentre nei primi prevalgono altre considerazioni, come l'utilità per il singolo paziente o la protezione dell'operatore. Bisogna inoltre tenere conto dei **potenziali danni** di uno screening dovuti a effetti collaterali del trattamento, alla scarsa utilità dello stesso nelle malattie non evolutive, agli effetti avversi della diagnosi precoce (es. ansietà), ai costi correlati ai test di conferma. Si deve peraltro sottolineare che uno screening su **popolazioni non a rischio** esalta la rilevazione di falsi positivi (probabilità pre-test molto basse). Infine non è da sottovalutare l'aspetto della corretta informazione per il paziente, che deve poter esprimere liberamente il proprio parere. Sono state proposte strategie per migliorare l'appropriatezza della richiesta (Linee Guida UK National Institute for Clinical Excellence 1993): **1.** educazione alla appropriata indicazione clinica e al ragionamento probabilistico; **2.** monitoraggio della richiesta da parte del laboratorio, con informazioni per il richiedente sul numero delle richieste e i costi correlati; **3.** modifica della scheda di richiesta per scoraggiare un'indiscriminata selezione di esami.

### Accertamenti al momento del ricovero in ospedale

In particolare l'uso routinario di test all'ingresso in ospedale rappresenta un rilevante spreco, specie per quanto riguarda i pazienti chirurgici. I test al ricovero dovrebbero essere utili per rilevare condizioni occulte e per facilitare la diagnosi. L'evidenza dimostra però che i test non richiesti in base alla logica clinica sono raramente utili per la diagnosi differenziale, con rese molto basse ai fini di una modifica della gestione del paziente (Bareford 1990). Bisogna anche segnalare che, più che per il beneficio dei ricoverati, i test di screening infettivologico sono richiesti spesso per il supposto beneficio degli operatori (soprattutto nei reparti chirurgici), secondo un criterio di *medicina difensiva*.