

Implicazioni economiche di diverse strategie di trattamento delle infezioni urinarie nella donna

Turner D, Little P, Raftery J et al

Cost-effectiveness of management strategies for urinary tract infections: results from randomised controlled trial

BMJ 2010; 340: c346 doi: 10.1136/bmj.c346

Dal punto di vista epidemiologico, le infezioni delle vie urinarie costituiscono indubbiamente un problema rilevante di sanità pubblica. Questo tipo di infezione si presenta una volta nella vita in almeno il 50% delle donne e l'esame microbiologico delle urine finisce così per essere la richiesta più frequente inoltrata ai laboratori di microbiologia.

La migliore strategia da adottare di fronte ad una donna che si presenta dal medico di medicina generale (MMG) con sintomi riferibili ad una infezione delle vie urinarie – curare subito in modo empirico o attendere un riscontro diagnostico dall'esame delle urine – resta tuttora controversa perché, se da un lato la presenza di sintomi è altamente predittiva di infezione (nel 62% delle donne sintomatiche la diagnosi viene confermata dall'urinocoltura), è anche vero che la strategia di curare subito con antibiotici, senza attendere i risultati del laboratorio, può avere conseguenze non trascurabili sui costi del trattamento.

In questi casi risposte attendibili in termini di costo-efficacia del trattamento si possono ricavare solo da studi ben disegnati condotti su casistiche di pazienti reclutati in ambulatori di medicina generale. In Gran Bretagna, dove la rete territoriale dei MMG è tradizionalmente

ben organizzata, lo studio è stato effettuato da un team di esperti di economia sanitaria e sanità pubblica, i quali hanno messo a confronto cinque diverse strategie di trattamento in una popolazione di 309 donne adulte (età 18-70 anni) non gravide, giunte all'osservazione del MMG con sintomi riferibili ad una infezione urinaria.

Le strategie investigate includevano il trattamento empirico con antibiotici, immediato o dilazionato di 48 ore, la somministrazione di antibiotici mirata in base ad un punteggio sintomatico specifico o infine una terapia scelta in base ai risultati dell'esame delle urine con stick o previa urinocoltura con antibiogramma.

La valutazione statistica è stata effettuata dopo un follow-up di 30 giorni, indispensabile per poter includere anche le eventuali ricadute della sintomatologia, calcolando i costi sulla base degli standard relativi al Servizio Sanitario Nazionale e includendo tutte le visite e i contatti avvenuti nell'arco di un mese riguardanti la gestione dell'infezione urinaria.

I dati ottenuti hanno indicato che, con tutte le strategie di trattamento esaminate, i costi erano alla fine sostanzialmente sovrapponibili, oscillando in media fra un minimo di 30 e un massimo di 37 sterline nell'arco di un mese, con una durata dei sintomi molto simile, sebbene la strategia basata sulla somministrazione di antibiotici dopo un esame delle urine con stick positivo si correlava ad un numero inferiore di giorni con sintomi di grado moderato-severo.

Per poter passare da questa analisi 'grezza' ad una valutazione più approfondita della costo-efficacia delle singole opzioni di trattamento, è stato necessario attribuire un valore economico ad ogni giorno trascorso senza sintomi, cioè all'impatto dei trattamenti sulla rapidità di scomparsa dei sintomi legati all'infezione, per-

COSTI MEDI TOTALI (IN STERLINE) ED EFFICACIA DI DIVERSE STRATEGIE DI TRATTAMENTO DELLE INFEZIONI URINARIE IN REGIME AMBULATORIALE

	Antibiotici subito	Dopo urinocoltura	Dopo stick sulle urine	Dopo punteggio dei sintomi	Somministrazione empirica ritardata
Costi totali in un mese	30,6	37,1	35,3	32,3	31,9
Efficacia (giorni con sintomi moderati/severi)	3,63	4,17	3,14	3,92	3,92

ché questi incidono in ultima analisi sui costi sociali della stessa.

Pertanto, se il risparmio ottenuto da ciascun giorno trascorso senza sintomi viene calcolato nell'ordine di 10 sterline o più, gli analisti concludono che la strategia basata sulla somministrazione empirica di antibiotici dopo un esame positivo delle urine con stick risulta la strategia più costo-efficace, laddove un costo inferiore a 10 sterline rende la somministrazione immediata di antibiotici la strategia più conveniente.

In linea con analisi precedenti effettuate sullo stesso argomento, lo studio inglese conclude pertanto che l'esecuzione di analisi prima di un eventuale trattamento comporta – come è ovvio – costi aggiuntivi, ma abbrevia la durata della sintomatologia e pertanto la sua costo-efficacia finisce per essere strettamente correlata al valore economico attribuito ad ogni giorno ulteriore di malattia, che può variare ovviamente da individuo a individuo. ■ GB

Paradigma 'colpa-responsabilità': un equilibrio raggiungibile?

Wacher RM, Pronovost PJ

Balancing 'no blame' with accountability in patient safety

NEJM 2009, 319: 1401-1406

Q uest'anno ricorre il decennale del report dell'Institute of Medicine statunitense *To err is human*, una pietra miliare che ha definito e lanciato il movimento per la sicurezza dei pazienti. Anche se tale documento ha poi seguito una miriade di obiettivi fra loro diversi, il suo tema principale è comunque rimasto invariato nel corso del tempo ed è il seguente: la maggior parte degli errori viene commessa da bravi clinici, che svolgono il loro lavoro onestamente credendo di fare la cosa giusta.

Londra a 30 km all'ora: meno incidenti e meno morti

Grundy C, Steinbach R, Edwards P et al

Effect of 20 mph traffic speed zones on road injuries in London, 1986-2006: controlled interrupted time series analysis

BMJ 2009; 339: b4469 doi: 10.1136/bmj.b4469

Gli incidenti stradali rappresentano una delle principali cause di morte in tutto il mondo, di cui sono vittima in particolare i pedoni, soprattutto bambini e ragazzi. In alcune strade di Londra abbassare i limiti di velocità a 32 km/h (20 miglia all'ora) – secondo uno studio del *British Medical Journal* – ha portato a una riduzione degli incidenti stradali del 42%. La riduzione ha interessato in particolar modo i più giovani (<15 anni) e gli incidenti più gravi, anche mortali, rispetto a semplici tamponamenti o collisioni meno violente.

Le analisi, eseguite sui rapporti della polizia stradale nell'intervallo tra il 1986 e il 2006, hanno smentito una delle maggiori critiche posta a questo sistema: non c'è stata evidenza di una 'migrazione' degli incidenti nelle aree adiacenti; al contrario le aree intorno al traffico rallentato hanno mostrato una flessione di circa l'8% della presenza di automobili. Nel 2005-2006 in tutta Londra ci sono stati 31.202 incidenti. Le zone con i limiti di circo-



lazione rallentata a 32 km/h hanno permesso una riduzione di 203 incidenti all'anno, di cui 51 avrebbero coinvolto pedoni e 27 sarebbero stati mortali. Se i limiti fossero estesi a tutte le altre zone della città con un tasso di incidenti automobilistici pari a 0,7/km, la riduzione salirebbe a 692 incidenti di cui 100 morti evitabili. I ciclisti, che normalmente rappresentano una Cenerentola nel panorama del traffico cittadino, sono un'altra categoria che sembra beneficiare di questi nuovi limiti. Quello che non si sa – concludono gli autori –, e su cui sono necessarie ulteriori ricerche, è quanto questi limiti funzionino rispetto alle altre forme di controllo del traffico, come le nuove proposte per ridisegnare gli spazi delle strade, assegnando corsie maggiormente delimitate a macchine, biciclette e pedoni.

Domitilla Di Thiene

Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica

G. Sanarelli, 'Sapienza' Università di Roma