

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

Gli autori non sostengono che tale affermazione sia falsa quanto piuttosto che una corrente di pensiero di questo tipo abbia favorito la formazione di una 'teoria della non-colpa' subito accolta a braccia aperte dalla classe medica, con conseguenti problemi legati ai rischi nella cura dei pazienti e nei trattamenti delle loro patologie. Prendiamo ad esempio l'igiene delle mani: circa dieci anni fa il tasso di igiene nella maggior parte degli ospedali americani era spesso al di sotto del 20%. Numerosissime le campagne del governo, accompagnate anche da processi di disseminazione delle informazioni per poter raggiungere un numero di operatori sanitari quanto maggiore possibile. Nonostante questi sforzi, molte strutture continuano ad avere un tasso di igiene delle mani che va dal 30% al 70% e solo pochi ospedali sostengono di avere un tasso superiore all'80%.

Gli amministratori degli ospedali, quando vengono chiamati in causa, rispondono che stanno cercando di 'migliorare il sistema' ma questa è una replica che, ad oggi, non è più accettabile. Gli autori sostengono che, nel 2009, l'igiene delle mani non è più una questione di 'sistema' quanto piuttosto un problema di responsabilità. Queste trasgressioni non sono considerate da un punto di vista clinico ma un punto di vista amministrativo, motivo per cui ad esse non segue una punizione. Tuttavia non è più possibile ignorare quanto i costi di queste mancanze siano reali e minaccino la sicurezza dei pazienti: molti esperti hanno evidenziato come molti casi di morte dovuti ad infezioni nelle strutture ospedaliere, possano essere prevenute solo attenendosi ai protocolli di buona pratica contro le infezioni, fra cui, ovviamente, anche il lavaggio delle mani. Finché alle trasgressioni non seguiranno punizioni, gli operatori continueranno ad ignorare le regole, poiché sono consapevoli di non essere esposti a rischi per i loro errori.

Gli autori sostengono anche che le eventuali punizioni debbano essere giuste e soprattutto commisurate al tipo di errore o dimenticanza. Al tempo stesso, tuttavia, difendono la posizione di quanto sia fondamentale trovare l'equilibrio fra colpa e responsabilità, consapevoli che si tratta di un obiettivo molto ambizioso ma che porta alla salvaguardia di vite umane.

Letizia Orzella

Vaccinazione anti-HPV nelle donne americane tra i 35 e i 45 anni di età

Kim JJ, Ortendahl J, Goldie SJ et al
Cost-effectiveness of Human Papillomavirus vaccination and cervical cancer screening in women older than 30 years in the United States
 Ann Intern Med 2009; 151: 538-545

Il rischio medio per una donna americana di contrarre un carcinoma della cervice nel corso della propria vita è dello 0,7%¹. Da quando è disponibile il test per determinare la positività allo *Human Papilloma Virus* (HPV) sono state stabilite precise raccomandazioni sullo screening delle donne al di sopra dei 30 anni, che sembrano ridurre oltremodo il rischio di carcinoma rispetto alla sola citologia (PAP-test). Il test per l'HPV-DNA è raccomandato in tutti i casi di citologia dubbia e, comunque, ogni 2-3 anni in combinazione con il PAP-test². Nel 2006 la FDA ha autorizzato l'uso di un vaccino tetra-valente rivolto ai ceppi 16 e 18, responsabili del 70% dei carcinomi della cervice, e dei ceppi 6 e 11, che provocano il 90% delle lesioni verrucose genitali³.

La vaccinazione è stata condotta in tutte le bambine di un'età che si presume antecedente al primo rapporto sessuale (11-12 anni)⁴. Il programma di prevenzione nelle donne che hanno già avuto rapporti sessuali è tuttora oggetto di discussione, soprattutto per ciò che riguarda la fascia di età da sottoporre a vaccinazione: sembra infatti che le ragazze al di sopra dei 21 anni non abbiano alcun vantaggio dal ricevere il vaccino e che la sua efficacia diminuisca al crescere dell'età⁵.

Al momento non esiste alcun test in grado di distinguere le donne che hanno già contratto il virus rispetto a quelle che non si sono mai infettate. La storia sessuale di questi soggetti, evidentemente, da sola non è sufficiente a stabilire questa differenza.

Gli autori di questo lavoro hanno studiato la *cost-effectiveness* del vaccino anti-HPV nelle donne americane di età compresa tra i 35 e i 45 anni, che hanno partecipato al programma nazionale di screening⁶. È stato utilizzato come parametro il costo per ogni anno di vita guada-