

Un programma di miglioramento della qualità per ridurre gli invii allo specialista per scoliosi idiopatica adolescenziale

A quality improvement program to reduce unnecessary referrals for adolescent scoliosis.

Vernacchio L, Trudell EK, Hresko MT, Karlin LI, Risko W

Pediatrics. 2013 Mar;131(3):e912-20. doi: 10.1542/peds.2012-2359. Epub 2013 Feb 18.

Abstract

Obiettivo: la scoliosi idiopatica adolescenziale (AIS) costituisce una motivazione piuttosto comune di invio al chirurgo ortopedico; tuttavia, la maggior parte dei pazienti deferiti non necessita né di corsetto né di intervento chirurgico. Abbiamo sviluppato un programma di miglioramento della qualità (QI) all'interno del Pediatric Physicians' Organization at Children's, un'associazione indipendente affiliata con il Boston Children's Hospital, per ridurre l'invio non necessario allo specialista dei pazienti con AIS. **Metodi:** il programma QI prevedeva la formazione dei medici, strumenti di sostegno al processo decisionale nei punti di assistenza e feedback longitudinale sui dati relativi al deferimento dei medici per i pazienti con AIS. Gli schemi di invio nei due anni successivi all'intervento sono stati individuati e confrontati con quelli dei due anni precedenti all'intervento. Le caratteristiche cliniche dei pazienti inviati allo specialista sono state confrontate analizzando le richieste e le cartelle cliniche. **Risultati:** le prime visite dal chirurgo ortopedico per l'AIS sono diminuite da 5,1 a 4,1 ogni 1000 adolescenti all'anno, con una riduzione pari al 20,4% ($P = ,01$). L'analisi delle cartelle cliniche ha mostrato un rapido cambiamento degli schemi di invio allo specialista dopo l'inizio del programma; il controllo è stato effettuato nei due anni successivi all'intervento e ha dimostrato che, in seguito al programma sono state evitate 66 prime visite specialistiche e un totale di 131 visite specialistiche per l'AIS. **Conclusioni:** il programma QI, il quale prevedeva la formazione dei medici, strumenti di sostegno al processo decisionale nei punti di assistenza e feedback longitudinale sui dati relativi al deferimento dei medici, ha condotto a una sostanziale riduzione degli invii non necessari per l'AIS. Il programma può servire da modello per altri programmi che desiderano spostare l'asse delle cure dagli specialisti ai medici di base.

Commento

Fabio Zaina

Una delle chiavi del successo nella terapia della scoliosi e l'unica vera forma di prevenzione è rappresentata dalla diagnosi precoce. Una volta individuati i pazienti a rischio o con scoliosi franca è necessario gestire il caso in modo appropriato, evitando gli eccessi terapeutici sia nel senso dell'over che dell'undertreatment. Ci sono casi infatti a scarso potenziale evolutivo che necessitano un semplice monitoraggio, mentre ce ne sono altri che richiedono una valutazione specialistica e un trattamento urgente. E spesso l'invio da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri è improprio. Negli USA questo problema è particolarmente sentito, ma soprattutto per motivi economici. Secondo alcuni esperti, gli invii agli specialisti sono eccessivi, rappresentando circa il 5% della popolazione

adolescenziale in riferimento a una prevalenza della patologia dell' 1-3%. Oggettivamente, mancano delle chiare linee guida per gli screening, e spesso i medici dell'assistenza primaria mancano degli strumenti per valutare e inquadrare correttamente i pazienti, con conseguenti errori nell'invio allo specialista.

Pertanto, gli autori del presente studio hanno deciso di valutare l'impatto di un programma di educazione e formazione per pediatri del servizio di base, oltre all'elaborazione di un algoritmo per facilitare l'inquadramento e il corretto invio.

I risultati sono stati interessanti, perché c'è stata una riduzione quasi immediata del numero di prime visite specialistiche di circa il 20%, cui è seguita una riduzione nel tempo delle visite complessive. Per quanto riguarda la prescrizione immediata di corsetti, questi sono aumentati dal 4 al 9% circa, e questo era un risultato atteso. Non è invece aumentata la necessità di ricorrere immediatamente all'intervento chirurgico. Anche il numero delle radiografie è aumentato e questo è conseguenza del fatto che è stata data indicazione anche ai medici generalisti di prescriverle per verificare l'entità delle curve nei casi positivi e per monitorare l'eventuale progressione nei casi al limite dell'invio allo specialista.

L'idea di fornire maggiori e migliori strumenti culturali e clinici ai medici di base e ai pediatri è eccellente in un campo dove la patologia è spesso misconosciuta e male interpretata. Si possono fare alcuni appunti sui paletti scelti e proposti dagli autori dello studio sia in generale, sia per poter pensare di estendere l'applicazione di un protocollo simile anche nel contesto italiano. In primo luogo, un aspetto negativo è rappresentato dall'indicazione all'uso delle radiografie a 3 mesi per verificare la progressione della curva. Si potrebbero, e a mio parere, si dovrebbero in prima battuta ripetere le misurazioni di superficie con lo scolimetro, in quanto sensibili e non invasive. La radiografia ha un errore di misura importante ed è invasiva, quindi il suo impiego, fondamentale e imprescindibile nel campo della scoliosi, deve essere ben ponderato. E risparmiare una visita specialistica al costo di una radiografia non necessariamente rappresenta la scelta migliore. Sono in via di sviluppo nuovi strumenti di valutazione di superficie che dovrebbero permettere presto di individuare i cambiamenti dei pazienti in modo sicuro e non invasivo.

Un altro possibile limite è il rischio di un ritardo nell'invio allo specialista, aspetto che è stato valutato dagli autori considerando il numero di casi da intervento chirurgico immediato che non è variato. Ma con maggiore frequenza un ritardo nella gran parte dei casi porterà ad un aumento dei pazienti che richiedono il corsetto, non la chirurgia.

Come in tutti i protocolli americani, non trova spazio l'indicazione all'uso degli esercizi. Nel nostro Paese sarebbe invece indispensabile tenere in considerazione anche questo aspetto, perché secondo alcuni studi, è possibile prevenire l'uso del corsetto, con adeguati esercizi fisioterapici.

Per tirare le somme del presente studio, l'idea di formare in maniera più specifica i pediatri e i medici di medicina generale è eccellente, e sotto diversi punti di vista: quello di ridurre i costi (obiettivo dello studio), ma anche quella di inviare in maniera più corretta i pazienti, e magari verificando prima l'entità del quadro clinico. Serviranno però importanti interventi educativi in tal senso e qualche verifica in più sul campo.

Domande per la Formazione a Distanza (FAD)

2014-F1-09-1) Il tasso di corsetti prescritti dopo l'intervento educativo è stato del:

- a. 9%
- b. 19%
- c. 29%
- d. 4%

Tutte le domande dei singoli articoli (identificate dal codice sopra indicato) saranno raccolte nel **questionario finale** che dovrà essere compilato nel mese di dicembre da parte di coloro che si sono iscritti (o si iscriveranno) al programma facoltativo di FORMAZIONE A DISTANZA - **FAD** (vedi www.gss.it/associa.htm) per conseguire l'ATTESTATO GSS FAD o i 50 CREDITI ECM FAD