- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.175 Sat, 05 Jul 2025, 17:39:30

Dalla letteratura

In collaborazione con l'Associazione Alessandro Liberati – Network Italiano Cochrane
www.associali.it

Il professore va (ancora) al congresso?

Foto dal Congresso AIOM 2018.

Centomila congressi di medicina ogni anno nel mondo[1]. Un insieme disomogeneo di occasioni di studio, di scambio, di incontro, di promozione, di costruzione di opportunità di carriera accademica, di lotte tra opposte fazioni… Ma anche di noia: relatori che leggono le diapositive a un pubblico impegnato a dormire, controllare la posta, scrivere alla fidanzata, postare tweet, pubblicare su Instagram foto degli amici…

Le voci critiche sui convegni dei medici non sono mancate in passato e continuano a esserci: sottolineano la povertà didattica delle relazioni, la difficoltà di distinguere l'utile dall'inutile, la prevalente componente pubblicitaria, la mancata chiara distinzione tra informazione indipendente e simposi sponsorizzati[2]. Non manca però anche chi si dichiara favorevole: un buon congresso svolge un ruolo nella diffusione delle conoscenze specialistiche perché alimenta il confronto e aiuta a generare nuove ipotesi di ricerca e soluzioni di problemi[3].

Il ventesimo congresso dell'Associazione italiana di oncologia medica può essere un esempio. Secondo Francesco Perrrone, direttore della Struttura complessa di Sperimentazione clinica dell'Istituto Tumori di Napoli, «è stata un'edizione di ottimo livello scientifico, partecipata e sobria». Dunque, sobrietà: nonostante i 28 simposi satellite e l'estesa presenza di aziende negli 11 mila metri quadrati di spazi espositivi dell'Hotel Marriott di Roma. «Ho percepito (ma forse è solo dettato dal pregiudizio) incertezza rispetto al rapporto con le istituzioni», osserva Perrone. «Per l'oncologia è importante, ai fini della sostenibilità e dell'equità, e in un momento di incertezza politica ho la sensazione che qualcosa si debba ricostruire. Aumentando l'azione propositiva delle società scientifiche alla luce della mancanza (almeno per ora) di una chiara strategia degli enti governativi. E in questo senso credo si debba rinforzare la coesione tra tutti gli attori tecnici del sistema (per esempio AIOM, CIPOMO, Alleanza contro il cancro, associazioni di pazienti) per garantire credibilità alle proposte ed efficienza dei comportamenti».

Commento positivo anche quello di Massimo Di Maio, del Dipartimento di oncologia dell'azienda ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino: «Molto dibattito per declinare le innovazioni terapeutiche nella pratica clinica, ma senza dimenticare l'attenzione globale al paziente come persona». Per Ivan Moschetti e Michela Cinquini dell'Istituto Mario Negri, «il convegno è stato il coronamento di un'attività che portiamo avanti da sei anni, è questo infatti il tempo che abbiamo dedicato all'oncologia italiana con un duplice obiettivo: l'introduzione di un rigore metodologico condiviso che potesse portare alla produzione di raccomandazioni per la pratica clinica, omogenee e di buona qualità; la multidisciplinarietà nell'affrontare i quesiti generati dalla pratica clinica. Un grande sforzo che è stato premiato durante questa 20ª edizione del convegno. Il cambio di paradigma emerge con forza dalle parole chiave, ben interpretate dai big dell'oncologia italiana, che sono state: valori e preferenze dei pazienti, evidence-based medicine, GRADE. Finalmente è stata accettata l'EBM nella sua forma più realistica e matura: le prove di efficacia da sole non bastano, serve un ottimale interazione tra operatori sanitari, pazienti e prove scientifiche inquadrate non solo come dimensione del risultato di uno studio ma affiancate anche dalla fiducia/credibilità verso ogni risultato e soprattutto l'importanza del beneficio netto di un trattamento oncologico alla luce degli effetti negativi che esso provoca. Gli effetti negativi, quando nei panel decisionali sono presenti anche i pazienti e altre figure non mediche sono spesso valutati alla luce dell'impatto sulla qualità della vita».

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.175 Sat, 05 Jul 2025, 17:39:30

Quella del paziente è una figura sempre più evocata nel corso dei congressi ma sostanzialmente ancora assente. Tutt'al più, osserva un commento uscito sul *Canadian Medical Association Journal*, i malati sono coinvolti nel convegno con il ruolo del coro delle tragedie greche: che si traduce perlopiù in un'incessante attività sui social media, che amplifica i messaggi degli opinion leader senza che la presenza di voci "libere" di malati possa costituire un inciampo nel percorso congressuale[4]. C'è poco da fare: la presenza dei malati disturba, nelle occasioni e nelle sedi in cui si prendono decisioni: e la scritta "Patients included" – che dovrebbe essere una garanzia di partecipazione quando stampata sui programmi dei convegni – è al tempo stesso una sorpresa e, quando appare, un allarme. Va detto, precisa Pat Rich sul *CMAJ*[4], che molto dipende da quali associazioni vengono coinvolte e, in questo caso, non ci sono vie di mezzo: da una parte quelle completamente in linea con le posizioni *mainstream* e, dall'altra, i gruppi antagonisti. Che sono sempre più rari.

Dati per moribondi una decina di anni fa, i congressi di molte società scientifiche sono più vivi – e più numerosi – che mai. Oasi di ricchezza e di relativa serenità, in una sanità che soffre.

Bibliografia

1. Swash M, Lees A. Medical conferences: value for money? J Neurol Neurosurg Psychiatry 2018; pii: jnnp.2018-319248.
2. Ioannidis J. Are medical conferences useful? And for whom? JAMA 2012; 307: 1257-8.
3. Lassmann B, Cornaglia G. Place of international congresses in the diffusion of knowledge in infectious diseases. Clin Infect Dis 2017; Suppl 65; S70-3.
4. Rich P. Patients seeking more involvement at medical meetings. CMAJ 2018; 190: E602.

Chirurgia mininvasiva e cancro della cervice uterina

È il tipico esempio di quei medical reversal di cui hanno parlato Adam Cifu e Vinay Prasad in uno splendido libro[1]. La chirurgia mininvasiva – leggiamo sul sito dell'Istituto europeo di oncologia – «rappresenta la più innovativa e valida alternativa terapeutica sia alla laparotomia tradizionale sia alla laparoscopia nell'effettuazione di interventi complessi e delicati come l'asportazione radicale del viscere uterino in caso di tumore cervicale». Il leaflet proposto alle donne prosegue seguendo la falsariga di molta altra informazione sulle "innovazioni" proposte ai cittadini: «Il robot, grazie alla visione tridimensionale e alla presenza di bracci meccanici che sorreggono senza tremare e senza stancarsi gli strumenti che sono dotati di estrema manovrabilità, accomuna i vantaggi della chirurgia a cielo aperto e di quella mininvasiva convenzionale. I principali benefici per le pazienti sottoposte a trattamento con chirurgia robotica includono: minore dolore post-operatorio; minore perdita ematica intraoperatoria; minore degenza in ospedale; minore rischio di infezione post-operatoria; più rapida guarigione e convalescenza; piccole cicatrici chirurgiche con migliori risultati estetici.

Peccato che uno studio pubblicato sul *New England Journal of Medicine* abbia dimostrato però che la chirurgia robotica mininvasiva è molto meno efficace della chirurgia tradizionale nel trattare il cancro della cervice uterina: dopo un follow-up di 4 anni, la mortalità dopo laparatomia è stata del 5,3% contro il 9,1% registrato dopo chirurgia "innovativa"»[2].

«Al MD Anderson abbiamo subito smesso di usare la chirurgia mininvasiva per trattare il cancro della cervice», spiega Pedro T. Ramirez al Congresso nazionale della Società italiana di oncologia ginecologica, che si è svolto dal 22 al 24 novembre a Camogli. «Non siamo l'unico grande centro di assistenza oncologica ad aver preso questa decisione. Ma una cosa, soprattutto, è importante: tornare a basare le scelte cliniche, chirurgiche e di politica sanitaria sul risultato di sperimentazioni cliniche rigorose che prevedano un confronto testa a testa tra diverse alternative».

È una storia molto importante non solo per le ricadute sulla salute delle donne, ma anche perché dimostra come sia possibile fare ricerca indipendente anche in presenza di finanziamenti privati. Ramirez è uno dei maggiori esperti del mondo nel campo della chirurgia robotica e lo studio è stato co-finanziato dal MD Anderson Cancer center e dalla Medtronic.

Bibliografia

1. Prasad VK, Cifu AS. Ending medical reversal: improving outcomes, saving lives. Baltimore: Johns Hopkins UP, 2015.
2. Ramirez PT, Frumovitz M, Pareja R, et al. Minimally invasive versus abdominal radical hysterectomy for cervical cancer. N Engl J Med 2018; 379: 1895-904.