- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.191.132.194 Sun, 28 Apr 2024, 00:29:16

Dalla letteratura

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

Per un'oncologia saggia

La spesa sanitaria è giunta a un livello critico in molti Paesi del mondo, soprattutto in considerazione della progressiva riduzione delle risorse destinate alla salute. Negli Stati Uniti, le terapie oncologiche assorbono una quota compresa tra il 5 e l'11% del budget complessivo. In un'approfondita nota di commento pubblicata nel novembre 2013, quattro prestigiosi autori (tra i quali il bioeticista Ezekiel Emanuel) hanno voluto sottolineare come «una parte sostanziale della spesa oncologica sia da attribuire al costo di terapie che garantiscono un valore limitato al malato e all'utilizzo di tecnologie che danno benefici marginali e non significativi dal punto di vista clinico al paziente»[1]. Per questo, la comunità oncologica dovrebbe farsi parte diligente per non ricorrere più alle terapie e alle tecnologie a scarso valore aggiunto: per ottenere questo obiettivo è necessario stabilire degli standard chiari che permettano di giudicare l'utilità delle "innovazioni" nel prolungare realmente la sopravvivenza o nel migliorare la qualità di vita del malato. Allo stesso tempo, gli oncologi dovrebbero motivare gli altri stakeholder della sanità ad attivarsi nella stessa direzione.

L'articolo prima citato, pubblicato sul *Journal of the National Cancer Institute*, inquadra il problema della spesa sanitaria in una cornice più ampia, sottolineando come il supporto al programma Medicaid sottragga finanziamenti alla educazione in molti Stati nordamericani. Ma l'urgenza di intervenire sulla spesa è dettata da ragioni sia economiche sia politiche perché l'attuale tendenza dovrebbe necessariamente comportare un aumento della tassazione con un conseguente devastante impatto sulla crescita economica del Paese.

Secondo gli autori, il comportamento più avveduto del singolo medico virtuoso ha scarse probabilità di incidere riducendo il costo dell'assistenza oncologica. Per questo, è necessario un approccio più sistematico che faccia leva su quattro punti: 1) perseguire la qualità delle cure premiando gli interventi ad alto valore aggiunto capaci di garantire una sopravvivenza maggiore, migliore qualità di vita, minori effetti collaterali e minor costo; 2) tenere sempre presente il complesso del costo dell'assistenza: per esempio, non finanziare le cure domiciliari a vantaggio dell'ospedalizzazione è una scelta da non incoraggiare; 3) non erogare prestazioni di cui non si disponga di prove robuste di efficacia tali da giustificarne la spesa o per le quali esistano alternative a costo uguale o minore; 4) incoraggiare lo shared decision-making tra medico e malato, confrontandosi sull'efficacia delle cure, la tollerabilità e i costi.

La campagna Choosing Wisely ha il merito di indicare le prestazioni il cui utilizzo non è giustificato ma, sostengono gli autori, è necessario andare oltre redigendo delle linee-guida o delle raccomandazioni più stringenti che riducano la discrezionalità del singolo clinico.

A distanza di poco più di un anno, il *Journal of Clinical Oncology* ha pubblicato due contributi che si confrontano con le stesse problematiche, sostenendo punti di vista leggermente diversi tra loro. Daniel Sulmasy (University of Chicago) e Beverly Moy (Massachusetts General Hospital di Boston) aprono l'articolo citando il dilemma proprio di ogni oncologo: fare fino in fondo il proprio dovere

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.191.132.194 Sun, 28 Apr 2024, 00:29:16

nei confronti del malato o nei riguardi della società nel suo complesso. Nessun dubbio al riguardo: al centro dell'attenzione del clinico deve esserci il paziente[2]. «Neghiamo con forza che il contenimento della spesa possa essere realizzato al letto del malato, perché nello svolgere il nostro lavoro non ci occupiamo di politiche pubbliche o di economia» e la *bedside medicine* riguarda il singolo paziente e non le popolazioni. Ciò premesso, Sulmasy e Moy sottolineano però che due sono gli obiettivi da seguire: di nuovo, sostenere il progetto Choosing Wisely, ma promuovere anche una *engaged citizenship*. Nell'assumere decisioni, il bravo medico deve fare riferimento a una "therapeutic parsimony and diagnostic elegance" facendo l'interesse del malato e, proprio per questo, evitando ogni forma di sovratrattamento, non ricorrendo a prestazioni non basate su prove di efficacia e rifiutando interventi a basso valore aggiunto. Il contenimento dei costi, spiegano, sarà un effetto naturale di un approccio di questo tipo.

Il secondo punto – la cittadinanza partecipe – riconosce un ruolo politico dell'oncologo, chiamato a dialogare con la società nel suo insieme per dare una risposta non individuale al problema della spesa e della appropriatezza delle cure.

Reshma Jagsi – della University of Michigan – ha un approccio dichiaratamente più attento alla responsabilità sociale del clinico oncologo e ricorda come la maggiore aggressività delle cure – soprattutto se erogate nel fine vita – non si accompagni a un maggior beneficio per il paziente[3]. Il ruolo politico del medico si traduce in un coinvolgimento attivo nelle attività di *comparative effectiveness research*, nella partecipazione ai panel per la stesura di linee-guida e raccomandazioni, nella discussione informata dalle proprie competenze professionali che può essere condotta a livello politico.

Non c'è conflittualità, sostiene Jagsi, tra attenzione al paziente e rispetto del mandato sociale della professione: basti pensare alle conseguenze economiche che certi trattamenti di dubbia o molto parziale utilità comportano anche a livello delle famiglie dei singoli malati.

Dalla lettura di questi contributi – che pur non riportando opinioni sovrapponibili si richiamano a principi e a esperienze comuni – si ha la conferma dell'impatto che il confronto degli ultimi anni ha avuto sulla comunità degli oncologi. La condizione perché questa crescita culturale si consolidi e prosegua il difficile percorso per conseguire i risultati desiderati è nel raggiungimento di quella indipendenza da qualsiasi interesse che possa condizionare le decisioni cliniche.

Bibliografia

1. Ramsey SD, Ganz PA, Shankaran V, Peppercorn J, Emanuel E. Addressing the American health-care cost crisis: role of the oncology community. J Natl Cancer Inst 2013; 105: 1777-81.
2. Sulmasy D, Moy B. Debating the oncologist's role in defining the value of cancer care: our duty is to our patients. J Clin Oncol 2014; 32: 4039-41.
3. Jagsi R. Debating the oncologist's role in defining the value of cancer care: we have a duty to society. J Clin Oncol 2014; 32: 4035-9.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.191.132.194 Sun, 28 Apr 2024, 00:29:16

Il peccato originale della comunicazione della ricerca

Le notizie sulla salute pubblicate dai giornali esagerano e in molti casi questo dipende da come sono fatti i comunicati stampa prodotti da università e centri di ricerca.

Su dieci *press release*, quattro contengono affermazioni eccessive rispetto ai contenuti degli articoli realmente pubblicati sulle riviste scientifiche, articoli che i comunicati stessi dovrebbero promuovere. Più di tre presentano associazioni causali non provate e ancora più spesso (nel 36% dei casi) si lascia intendere che il successo di sperimentazioni condotte su animali possa tradursi di per sé in un vantaggio per l'uomo.

Lo studio condotto su 20 università britanniche da Petroc Sumner et al.[1] ha confermato quanto già sapeva chi lavora nella comunicazione scientifica: la responsabilità di ciò che di scienza leggiamo sui quotidiani non è (solo) dei giornalisti. Le conclusioni dell'articolo pubblicato su *The BMJ* sono misurate e non vanno oltre lo scopo della ricerca. Leggere tra le righe dello studio sollecita però qualche riflessione in più.

Dei 4093 comunicati stampa prodotti nel 2011, 3631 non sono stati considerati nella ricerca vuoi perché l'argomento non riguardava la medicina, vuoi perché le press release non facevano riferimento a studi pubblicati su riviste indicizzate. Sarebbe interessante conoscere in quanti casi i centri di ricerca chiedono attenzione ai media per questioni che non passano al filtro della revisione accademica tra pari. Ancora: i risultati suggeriscono che la lettura delle fonti originali – anche quando suggerita da una press release – è poco praticata dai giornalisti scientifici. Infatti, dai computer dei giornalisti i risultati delle ricerche escono ancora più ingigantiti rispetto ai già molto ottimistici comunicati stampa.

Nonostante la sezione conclusiva dell'articolo di *The BMJ* faccia riferimento alle "implicazioni dei risultati per la pratica", gli autori non suggeriscono vie concrete per correggere la situazione. Nell'editoriale di commento, Ben Goldacre[2] chiede che i comunicati stampa siano firmati dagli autori che collaborano alla loro stesura, che quasi sempre coincidono con i responsabili della ricerca stessa. In una Rapid Response all'articolo di Sumner, Paolo Vercellini, Paola Viganò e Edgardo Somigliana (Clinica Mangiagalli, Università di Milano) si augurano di vedere in calce ai comunicati la dichiarazione di conflitto di interessi di chi ha condotto lo studio, così che possa essere segnalata anche dal giornalista che riprende la notizia: del resto, l'origine di molti entusiasmi è spesso proprio nelle relazioni pericolose tra ricercatori e industria.

Si potrebbe andare oltre e chiedere maggiore trasparenza anche per i conflitti di interesse interni alla istituzione stessa: non è infrequente, infatti, vedere annunciati con grande enfasi i risultati di studi che potrebbero concretamente portare vantaggi all'ente che ne ha promosso lo svolgimento, per esempio in termini di ampliamento del numero delle prestazioni eseguite.

Il problema principale – competizione e necessità di finanziamenti – è proprio degli istituti di ricerca. La soluzione non può che venire dall'interno: occorre considerare la disseminazione dei risultati alla stregua delle altre fasi della conduzione della ricerca (progetto, disegno, raccolta dei dati, analisi e interpretazione) sottoponendo anche gli elementi chiave della comunicazione dei risultati al giudizio dei comitati etici (evidentemente in forme tali da tutelare la tempestività della valutazione), o quantomeno alla loro responsabilità. È in gioco la reputazione di istituzioni importanti e sarebbe nel loro interesse – oltre che in quello dei cittadini – aumentare la vigilanza.

Bibliografia

1. Sumner P, Vivian-Griffiths S, Boivin J, et al. The association between exaggeration in health related science news and academic press releases: retrospective observational study. BMJ 2014; 349: g7015.
2. Goldacre B. Preventing bad reporting on health research. BMJ 2014; 349: g7465.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.191.132.194 Sun, 28 Apr 2024, 00:29:16

Social media: usarli o no in sanità pubblica?

L'atteggiamento accademico nei confronti dei social media è, nel migliore dei casi, sintetizzabile nel "vorrei, ma non posso". Anche quando una rivista indicizzata si decide a dare spazio all'argomento, l'articolo viene puntualmente accompagnato da commenti editoriali che prendono le distanze dagli autori. È quanto è successo anche sul *Journal of Public Health*. Amelia Burke-Garcia e Gabriel Scally[1] hanno difeso quelle che a loro giudizio sono le principali caratteristiche dei social media che rendono particolarmente augurabile il loro impiego nella comunicazione di sanità pubblica.

- Grazie ai social media (SM) possiamo entrare in contatto con interlocutori difficili da raggiungere: i giovani, le minoranze etniche e i gruppi a rischio come le giovani madre sole.
- La rapida velocità di disseminazione dei contenuti è un valore aggiunto importante.
- È già stata oggetto di studio l'utilità dei SM nel supporto a interventi sanitari e in campagne per favorire il cambiamento dei comportamenti a rischio.
- Disponiamo di evidenze robuste sull'utilità di messaggi sanitari diffusi attraverso dispositivi mobili (per esempio in tema di campagne di disassuefazione dal fumo, dipendenze, decision-making sanitario).
- Gli autori ammettono la mancanza di una valutazione sistematica efficace, in parte dovuta alla indisponibilità di metodologie mirate. È necessario un approccio basato sulle prove ma le prospettive sono promettenti, soprattutto per i motivi elencati di seguito.
- I SM permettono di monitorare emozioni e aspettative degli utenti (*web sentiment*).
- Riducono la distanza tra utente e servizio sanitario.
- Permettono una maggiore capillarità delle campagne di sensibilizzazione e il raggiungimento di target più mirati.
- Coinvolgono nella comunicazione partner solitamente estranei alle campagne di sanità pubblica, come per esempio le compagnie telefoniche.
- Favoriscono la condivisione dei dati sanitari e il progresso della e-health a beneficio non solo della popolazione ma anche del singolo cittadino.
- Promettono molto in termini di ancoraggio tra profilo individuale di salute e geolocalizzazione.

Si tratta di argomenti fondati su prove di variabile affidabilità e forse anche per questo i commenti usciti sul *Journal of Public Health* non sono benevoli. Peter J. Aspinall[2] (University of Kent) sostiene che gli autori della rassegna tacciano i molti problemi sul tappeto (dalla qualità delle informazioni alla tutela della riservatezza) e teme soprattutto che la sovrabbondanza di dati generata dal flusso di conversazioni sui SM renda indispensabile un'interpretazione automatizzata dei contenuti, tale da pregiudicare la qualità dell'analisi del dato. Inoltre, Aspinall sembra non credere alla "saggezza della folla" e ritiene che la democrazia del web premi l'aneddoto più che le prove.

Oyinhole Oyebode[3] (University College, London) vede i SM come un'opportunità utile al contenimento dei costi delle campagne di sanità pubblica ma sostiene che il divario digitale comprometta l'equità di qualsiasi attività comunicazionale che preveda il loro utilizzo, dal momento che poveri e anziani risulterebbero penalizzati. Aggiunge un altro argomento più volte utilizzato: la vulnerabilità degli operatori sanitari nel mettersi a nudo nella presenza nei SM frequentati da pazienti. Come se il problema del medico fotografato ubriaco sia nel fatto che il paziente ne venga a conoscenza e non, piuttosto, nella tendenza del clinico ad alzare il gomito.

Continua il confronto ma non si vedono passi avanti decisivi.

In questa e nelle pagine precedenti, fotografie di Julia Hetta.

Bibliografia

1. Burke-Garcia A, Scally G. Trending now: future directions in digital media for the public health sector. J Public Health 2014; 36: 527-34.
2. Aspinall PJ. Commentary on trending now. J Public Health 2014; 36: 535-6.
3. Oyebode O. Editor's choice: commentary on trending now: future directions in digital media for the public health sector. J Public Health 2014; 36: 537-8.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.191.132.194 Sun, 28 Apr 2024, 00:29:16

Le top health stories del 2014

Il *NEJM Journal Watch* segnala le top stories 2014 in medicina ospedaliera: sul sito del *Watch* – uno dei più apprezzati strumenti internazionali di "letteratura secondaria", per ogni storia selezionata si possono leggere una sintesi e un commento della redazione. Nel riquadro, ecco gli articoli di riferimento e il messaggio chiave. Tra gli argomenti trattati: shock settico, BPCO, embolia polmonare, delirio e ictus.

Molto diverso, ovviamente, l'approccio di *Huffington Post*: nel segnalare le proprie Most exciting 2014 Health Stories è stato dato spazio a questioni anche non strettamente legate alla clinica (come lo straordinario finanziamento liberale del filantropo statunitense Ted Stanley: 650 milioni di dollari donati al Massachusetts Institute of Technology e all'università di Harvard) e più direttamente connesse ad una visione di sanità pubblica (è il caso della diminuzione dei fumatori negli Stati Uniti o l'imminente avvio di una sperimentazione sull'uomo del vaccino contro l'HIV.

Nella classifica di *Medscape*, Ebola è la questione di maggior rilievo dell'anno passato. Al primo posto nelle discussioni sui social media, il richiamo di partite di frutta possibilmente contaminate da Listeria.

Il quadro che esce da queste più o meno plausibili graduatorie è probabilmente fedele alla realtà. Tra le considerazioni più leggere è la constatazione che, ancora una volta, ad agosto la scienza riposa: forse è l'ennesima conferma che le riviste preferiscono non pubblicare nei periodi di vacanza gli articoli che ritengono di maggior valore…

Fotografia di Elisabeth Toll

Le top stories della medicina ospedaliera

- Nei pazienti con shock settico bisognerebbe adottare strategie trasfusionali conservative.
  Holst LB et al. Lower versus higher hemoglobin threshold for transfusion in septic shock. N Engl J Med 2014; 371:1381
- Lo studio ARISE conferma i risultati dello studio ProCESS: nello shock settico il trattamento standard è efficace quanto l'EGDT (Early Goal Directed Therapy).
  ARISE Investigators and the ANZICS Clinical Trials Group. Goal-directed resuscitation for patients with early septic shock. N Engl J Med 2014; 371:1496-1506.
- I pazienti con arresto cardiaco non trattabile con shock elettrico hanno più probabilità di sopravvivere con una somministrazione precoce di adrenalina.
  Donnino MW et al. Time to administration of epinephrine and outcome after in-hospital cardiac arrest with non-shockable rhythms: Retrospective analysis of large in-hospital data registry. BMJ 2014; 348:g3028.
- Nei pazienti con embolia polmonare di rischio intermedio la terapia trombolitica è associata con una mortalità inferiore ma con un aumento del rischio di sanguinamento maggiore e di emorragia intracranica.
  Chatterjee S et al. Thrombolysis for pulmonary embolism and risk of all-cause mortality, major bleeding, and intracranial hemorrhage: A meta-analysis. JAMA 2014; 311:2414.
- Nei pazienti con esacerbazioni della COPD ricoverati nei reparti di medicina intensiva si hanno risultati migliori con corticosteroidi a basso dosaggio.
  Kiser TH et al. Outcomes associated with corticosteroid dosage in critically ill patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 2014; 189:1052.
- Al momento della dimissione del paziente potrebbe essere utile fare il punto con un team multidisciplinare che includa un farmacista clinico per prevenire errori di prescrizione.
  Beardsley JR et al. Implementation of a standardized discharge time-out process to reduce prescribing errors at discharge. Hosp Pharm 2013; 48:39.
- Una nuova scala per valutare la severità del delirio (Confusion Assessment Method-Severity, CAM-S) potrebbe avere importanti ripercussioni sulla clinica.
  Inouye SK et al. The CAM-S: Development and validation of a new scoring system for delirium severity in 2 cohorts. Ann Intern Med 2014; 160:526.
- Uno studio pubblicato sul JAMA suggerisce che, nei pazienti che hanno avuto un ictus ischemico acuto, è meglio rimandare il più possibile eventuali interventi di chirurgia non cardiaca, per diminuire il rischio di complicazioni postoperatorie cardiovascolari.
  Jørgensen ME et al. Time elapsed after ischemic stroke and risk of adverse cardiovascular events and mortality following elective noncardiac surgery. JAMA 2014; 312:269.
- Secondo uno studio osservazionale multicentrico, molti clinici non sanno quali dei loro pazienti hanno un catetere venoso centrale.
  Chopra V et al. Do clinicians know which of their patients have central venous catheters? A multicenter observational study. Ann Intern Med 2014; 161:562.
- Ricoveri più lunghi e costi maggiori sono tra le conseguenze di un eccessivo numero di pazienti per ogni medico ospedaliero.
  Elliott DJ et al. Effect of hospitalist workload on the quality and efficiency of care. JAMA Intern Med 2014; 174:786.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.191.132.194 Sun, 28 Apr 2024, 00:29:16

Quando smettere di prevenire?

H. Gilbert Welch,
Lisa Schwartz, Steven Woloshin
Sovradiagnosi
304 pagine. € 25,00

Il Pensiero Scientifico Editore
www.pensiero.it

Numero Verde
800-259620