

Dalla letteratura

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

Visita medica: la qualità non è nella maggior durata

Dieci minuti sono troppo pochi: secondo un'indagine condotta dalla British Medical Association su 15.560 medici di medicina generale, la durata di una visita medica dovrebbe essere maggiore della media attuale.¹ Risultati in linea con la convinzione del Royal College of General Practitioners che raccomanda una durata di almeno 15 minuti, compreso il tempo da dedicare agli esami clinici.² È una questione molto sentita, spesso al centro della discussione dei decision maker sanitari, basata più sui principi che su vere e proprie evidenze derivanti da studi robusti che abbiano dimostrato che una visita più lunga è davvero ciò che vuole il paziente.

Benvenuta dunque la ricerca da poco pubblicata che ha analizzato 440 interviste video registrate in 13 ambulatori di medicina generale in Inghilterra.³ Dal momento che indagini di questo tipo spesso presentano problemi di tipo metodologico, dovuti alla difficoltà di determinare un campione rappresentativo e all'impossibilità di mascherare l'intervento, è stata posta particolare attenzione a limitare le distorsioni. Risultati? Non emerge una

associazione tra la durata della visita e il gradimento dell'utente. Il paziente, infatti, può riportare un'eccellente impressione dell'incontro con il curante anche dopo un colloquio breve. Nessuna relazione, anche, tra il tempo e il livello della fiducia nel medico da parte del malato. Una maggiore lunghezza del colloquio può dare benefici dal punto di vista della sicurezza del paziente, dal momento che il tempo può essere impiegato dal medico per spiegare con maggiore dettaglio l'assunzione di medicinali o lo svolgimento di procedure.

Sorpresi? Mica tanto. I risultati di questo studio confermano quanto già era emerso da una revisione Cochrane che aveva mostrato che visite più lunghe non rendevano i pazienti più soddisfatti. Inoltre, la maggior durata non implicava lo svolgimento di più esami, la prescrizione di più medicinali né suggeriva più spesso richieste di secondo parere specialistico.⁴

Bibliografia

1. ICM Unlimited on behalf of the British Medical Association. British Medical Association national survey of GPs: the future of general practice 2015. Full report. BMA, 2015.

2. Royal College of General Practitioners. The 2022 GP compendium of evidence. London: RCGP, 2013.
3. Elmore N, Burt J, Abel G, et al. Investigating the relationship between consultation length and patient experience: a cross-sectional study in primary care. *Br J Gen Practice* 2016; DOI: 10.3399/bjgp16X687733
4. Wilson AD, Childs S. Effects of interventions aimed at changing the length of primary care physicians' consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;1:CD003540.

Cure primarie, palestra di letteratura

Čechov, Bulgakov, Conan Doyle, Somerset Maugham. Ancora, più di recente: Michael Crichton, Khaled Hosseini, Abraham Verghese e, in Italia, Andrea Vitali. Scrittori e medici. Un articolo sul *Guardian*¹ riprende una questione nota, attualizzandola: la professione di medico favorisce la vocazione narrativa? A scriverlo è, ovviamente, un medico scrittore, Phil Whitaker, che sostiene che nelle cure primarie si ha l'opportunità di vivere in diretta gli eventi cruciali dell'esistenza: l'attesa di un figlio, la nascita, l'infanzia, il matrimonio, la separazione, la malattia, l'invecchiamento, la morte. Intendiamoci: nulla di particolarmente originale, verrebbe da pensare, trattandosi dopo tutto degli eventi che segnano la vita. Il medico, forse, ha la possibilità di osservare tutto questo non in sequenza, ma come una serie di istantanee apparentemente scordate. «Each patient's illness is a narrative», spiega l'autore, e nasce da qui la propensione del curante per lo storytelling.

Bibliografia

1. Whitaker P. Prescribed reading: why medicine is good training for writing fiction. *Guardian* 20 ottobre 2016.

La serie *New vedute*, di Simon Roberts, è tra le mostre del festival Fotografia di Roma, appena aperto nella capitale. A vedute tradizionali della città, Roberts sovrappone degli snapshot contemporanei che lui stesso ha scattato. Il risultato può apparire spesso disorientante ma il più delle volte prevale uno sguardo ironico. Il festival sarà aperto fino all'8 gennaio 2017.



Medicina di precisione: cinque punti per farla decollare

Nell'ambito di un fascicolo del *JAMA* curato dall'Institute of Medicine sul futuro della medicina negli Stati Uniti, una *Viewpoint* ha proposto una sorta di road map operativa per consentire alla medicina di precisione (PM) di affermarsi superando le difficoltà che sembra oggi attraversare, dopo l'iniziale entusiasmo.¹

In primo luogo, occorre prendere atto di come sia difficile "provare" efficacia, costo-efficacia e sostenibilità della PM. Occorre trovare un accordo, sostengono gli autori, per definire nuovi metodi per generare le evidenze, anche spostando la raccolta delle prove alla fase post-marketing dei prodotti approvati. Secondo, il problema dell'accesso ai dati va affrontato facilitandone la condivisione e incoraggiando l'interoperabilità tra i diversi sistemi di archiviazione delle cartelle cliniche elettroniche. È fondamentale che la raccolta del dato sia centrata sul paziente e non sulle caratteristiche del sistema informativo delle singole istituzioni sanitarie. Terzo, le informazioni genetiche del paziente dovrebbero entrare a far parte della routine assistenziale, cessando di essere percepite come elementi tecnologicamente avanzati e dunque separati dal resto delle informazioni cliniche che riguardano il malato. Quarto, l'attuale sistema di rimborso dell'innovazione non è tale da premiare sufficientemente l'impegno delle aziende nella ricerca, perché basato sui costi di sviluppo e non sul valore generato: dev'essere ripensato, in favore di un regolatorio più generoso nei riguardi dell'industria. Infine, i vantaggi della PM dovrebbero essere illustrati ai cittadini in maniera più intensa e dettagliata, promuovendo partecipazione e



consenso nei confronti di questa nuova frontiera della ricerca.

Seppur sintetico, il contributo illustra con chiarezza il punto di vista di una parte della medicina statunitense, quello più vicino ai programmi delle industrie biotecnologiche e farmaceutiche e più distante dallo sguardo critico di numerosi autorevoli osservatori.^{2,3}

Bibliografia

1. Dzau VJ, Ginsburg GS. Realizing the full potential of precision medicine in health and health care. *JAMA* 2016; 316: 1659-60.
2. Prasad V. Perspective: the precision-oncology illusion. *Nature* 2016; 537: S63.
3. Joyner MJ, Paneth N, Ioannidis JP. What happens when underperforming big ideas in research become entrenched? *JAMA* 2016; 316: 1355-6.

La ricerca indipendente parte male?

«C'è una buona notizia nel panorama dei finanziamenti della ricerca indipendente: dopo 4 anni di interruzione – l'ultimo bando era del 2012 – è uscito il nuovo bando Aifa per la ricerca indipendente sui farmaci. Le buone notizie finiscono qui. Nel nuovo bando è difficile individuare una logica complessiva, le priorità e le attese dell'AIFA». L'intervento di Nerina Dirindin e Giuseppe Traversa uscito il 24 ottobre 2016 sul *Sole 24 Ore Sanità*¹ è fortemente critico: ecco le sette domande che i due autori rivolgono alla direzione dell'Agenzia.

Chi ha suggerito i temi selezionati? Perché l'AIFA non ha sentito la necessità di dotarsi di un comitato indipendente che garantisca la qualità e la trasparenza del processo adottato? Perché è stato eliminato il requisito che gli studi fossero mirati a indagare i farmaci. Perché è stato scelto un bando su temi così generici, privi di quesiti clinici e regolatori specifici? Come sarà condotta la valutazione comparativa tramite study session su temi così ampi? Perché è stata eliminata la possibilità di finanziare revisioni sistematiche. A quali esiti degli studi è interessata l'AIFA, considerata la durata massima dei contratti di 3 anni? Perché il 75% del finanziamento è condizionato alla verifica delle spese effettuate e non allo stato di avanzamento, mettendo al centro dell'attenzione le verifiche di tipo amministrativo anziché quelle relative allo stato di avanzamento degli studi?

Bibliografia

1. Dirindin N, Traversa G. Ricerca, i mille dubbi dei bandi AIFA. *Sole 24 Ore Sanità* 24 ottobre 2016.



Dylan, il Nobel e il Karolinska

Lo scrittore torinese Alessandro Baricco non l'ha mandata giù: «Premiare Bob Dylan con il Nobel per la Letteratura è come se dessero un Grammy Awards a Javier Marias perché c'è una bella musicalità nella sua narrativa». Anche la reazione del poeta e critico letterario, Valerio Magrelli, non è meno risentita: «Non vedo il bisogno di correre in aiuto delle star, dei divi del rock, con un premio Nobel». Simile il commento di Tiziano Scarpa: «Poesie destinate esclusivamente a un apparato amplificatore e riproduttore elettrico (dal vivo o registrato); poesie in forma esclusivamente di canzoni, cioè con strofa e ritornello; poesie legate esclusivamente alla forza motrice musicale; poesie legate esclusivamente alla voce di Dylan».

Ricordando una canzone realmente indimenticabile - *I want you* - Dave Remnick sul *New Yorker* mostra di pensarla in modo opposto: «All I can tell you is that song was all I had to hear and that I was lost, and remain happily lost, in Dylan's musical and lyrical world. It gave me most of everything: a connection to something magical and mysterious and human, connections to countless other artists. Somewhere along the way, if you're very young and lucky, something, or someone, maybe an artist, points you in some direction, gives you a hint of where things are to be found and seen and listened to. Dylan's records led me to so many other things of value: the Modernists and the Beats, the early music he incorporated into his own, a general sense of freedom and possibility. It has been that way for millions of others, and that's part of what the Nobel honors»¹.

Resta la sensazione di una scelta imprevedibile. Ma è davvero così? Forse, la



decisione dell'Accademia svedese potrebbe non aver colto di sorpresa Carl Gornitzki, Agne Larsson e Bengt Fadeel del Karolinska Institute, che nello scorso dicembre avevano svelato la passione degli svedesi per il grande autore americano. In un articolo uscito sul numero di natale del *BMJ*,² raccontavano che un gruppo di autori della stessa istituzione di Stoccolma aveva l'abitudine di impreziosire i propri articoli scientifici con citazioni da canzoni di Dylan a partire da una prima rassegna uscita su *Nature Medicine*: Nitric oxide and inflammation: the answer is blowing in the wind.³

Un vezzo comune a parecchi altri autori in giro per il mondo. Titoli appena modificati (*Knockin' on pollen's door* o *Like a rolling histone*) o brani memorabili utilizzati come incipit o punti chiave

di un'analisi scientifica: «Come editors and authors throughout the land...». Grande rispetto della comunità scientifica per il fresco premio Nobel. Rispetto ricambiato se è vero - notano Gornitzki e i suoi coautori - che la canzone *Don't fall part on me tonight* sembra addirittura mostrare un qualche rimpianto di Dylan per una professione che avrebbe potuto regalargli la soddisfazione di fare del bene: «I wish I'd have been a doctor Maybe I'd have saved some life that had been lost | Maybe I'd have done some good in the world | Stead of burning every bridge I crossed».

Perfetti svedesi, dunque, quei parucchioni degli accademici che assegnano il Nobel. È, forse più di altre volte, sono andati controcorrente. È proprio vero che *The times they are a-changin'...*



Bibliografia

1. Remnick D. Let's celebrate the Bob Dylan Nobel win. *New Yorker* 2016; 13 ottobre. <http://www.newyorker.com/culture/cultural-comment/lets-celebrate-the-bob-dylan-nobel-win> Ultimo accesso 30 ottobre 2016.
2. Gornitzki C, Larsson A, Fadeel B. Free-wheelin' scientists: citing Bob Dylan in the biomedical literature. *BMJ* 2015;351:h6505.
3. Lundberg JO, Lundberg JM, Alvin K, Weitzberg E. Nitric oxide and inflammation: the answer is blowing in the wind. *Nat Med* 1997;3:30-1.