

## LETTI PER VOI

### **A systematic examination of the citation of prior research in reports of randomized controlled trials**

Un trial controllato randomizzato (RCT) non dovrebbe essere avviato o interpretato senza considerare le evidenze scientifiche disponibili che rispondono alla stessa *research question*. Robinson e Goodman identificano un campione di 227 meta-analisi che includono 1523 trial pubblicati dal 1963 al 2004. Questi studi citano meno del 25% dei trial già pubblicati; la mediana delle citazioni è 2, indipendentemente dal numero dei trial pubblicati; la media varia tra 1-1.6 sino alla fine degli anni '90 e raggiunge 2.4 nel 2000-2004. Questo preoccupante fenomeno ha enormi implicazioni: pianificazione di nuovi trial eticamente non giustificati, spreco di risorse, rischi inutili per i partecipanti, conclusioni errate per mancata interpretazione dei risultati alla luce di studi già pubblicati. Infine, un quadro incompleto delle evidenze disponibili viola anche il contratto etico con i partecipanti, il cui coinvolgimento in un trial è finalizzato anche a fornire informazioni agli studi successivi.

Ann Intern Med 2011;154:50-55

### **Is bigger better? An argument for very low starting doses**

McCormack et coll. ritengono che le dosi iniziali di numerosi farmaci siano troppo elevate per molti pazienti. In assenza di condizioni severe e/o che mettono a rischio la vita dei pazienti, le terapie farmacologiche dovrebbero essere iniziate a dosaggi inferiori (da metà a un quarto di quelle raccomandate). Questo approccio offre numerosi vantaggi: riduzione degli eventi avversi, maggior coinvolgimento dei pazienti, maggiore compliance e riduzione dei costi.

CMAJ 2011;183:65-69

### **What is value in health care?**

Il miglioramento delle performance e l'*accountability* delle organizzazioni dipendono da esigenze e punti di vista di tutti i portatori di interesse (*stakeholders*). In sanità, i numerosi *stakeholders* hanno obiettivi conflittuali: accessibilità ai servizi, profitti, qualità dell'assistenza, contenimento dei costi, aumento della sicurezza, soddisfazione degli utenti, etc. Di conseguenza, la mancata definizione di obiettivi condivisi tra tutti gli *stakeholders* determina approcci divergenti rallentando i progressi sul miglioramento delle performance. Michael Porter, riportando due esempi concreti (carcinoma della mammella e protesi d'anca), ribadisce che l'obiettivo principale dell'assistenza sanitaria è ottenere un *high value* per i pazienti, da intendersi come il miglior risultato di salute per unità monetaria utilizzata.

N Engl J Med 2010;363:2477-81

### **Variability in the measurement of hospital-wide mortality rates**

Il tasso di mortalità ospedaliera (MO) è uno degli indicatori di qualità più utilizzato, nonostante la sua affidabilità sia stata spesso messa in discussione. La *Massachusetts Division of Health Care Finance and Policy* ha fornito a quattro produttori di *data management software* le stesse informazioni ottenute da 2.528.624 pazienti ricoverati negli ospedali del Massachusetts dal 2004 al 2007. Ciascun produttore ha applicato il proprio algoritmo di *risk-adjustment* e fornito dati probabilistici sulla MO per ciascun paziente. Gli Autori, confrontando numero e caratteristiche dei pazienti e degli ospedali inclusi, hanno dimostrato che ciascuno dei quattro metodi produce differenze sostanziali nel tasso aggiustato di MO. Un'ulteriore perdita di affidabilità per l'indicatore principe?

N Engl J Med 2010;363:2530-9

### **Analysis of overall level of evidence behind Infectious Diseases Society of America practice guidelines**

Anche se condotte con metodi rigorosi, quanto sono *evidence-based* le linee guida (LG)? Dong Heun Lee e Ole Vielemeyer hanno esaminato 4.218 raccomandazioni cliniche (RC) contenute in 41 LG pubblicate dalla *Infectious Diseases Society of America* dal 1994 al 2010. Di tali RC solo il 14% sono di livello I, il 31% di livello II e ben il 55% di livello III; inoltre, tra le RC di classe A (le più forti) solo il 23% sono supportate da evidenze di livello I, mentre il 37% solo dal livello III (opinione degli esperti); infine, l'aumento del numero assoluto di RC in edizioni successive delle LG è sostenuto in larga parte da evidenze di livello II e III. Considerato che oltre la metà delle RC sono basate sul parere degli esperti, gli Autori suggeriscono ai professionisti una certa cautela nell'utilizzare le LG come unica fonte d'informazione per assistere il paziente individuale.

Arch Intern Med 2011;171:18-22

### **An international registry of systematic-review protocols**

Dal 22 febbraio è disponibile online PROSPERO, la prima banca dati per la registrazione dei protocolli di revisioni sistematiche (RS), finalizzata ad incoraggiare la collaborazione tra ricercatori evitando la duplicazione di sforzi e il conseguente spreco di risorse. PROSPERO è realizzato e mantenuto dal Centre for Reviews and Dissemination, con il supporto di altre numerose istituzioni. Analogamente ai registri di trial, è richiesto agli Autori un dataset standardizzato relativo alle RS in progress. La banca dati, ad accesso gratuito, è accessibile a: [www.metaxis.com/PROSPERO](http://www.metaxis.com/PROSPERO)

Lancet 2011;377:108-109