

Una research agenda per la Medicina d'Urgenza italiana

Primiano Iannone

Direttore SC Pronto Soccorso, Ospedale di Lavagna, ASL4 Chiavarese (GE)

È opinione sempre più diffusa che, se la ricerca biomedica non è deputata al semplice accrescimento di conoscenze ma a permettere esiti sanitari sempre più rilevanti e soddisfacenti per il più vasto numero possibile di persone, nel rispetto dei principi etici fondamentali, allora essa non può esaurirsi in *curiosity driven research*, e meno che mai in *market driven research*. Bisogna invece che si trasformi in *problem driven research*, centrata sui più importanti obiettivi di salute pubblica, definiti dal concorrere delle aspettative legittime ed esplicite dei vari portatori di interessi (ricercatori, medici, altre professioni sanitarie, pazienti, manager e politici, industria, istituzioni filantropiche), e che veda i suoi risultati utilizzati con tempestività ed efficienza sul paziente, sulla popolazione, o per informare le grandi decisioni di politica e organizzazione sanitaria.

Vari ostacoli si frappongono tuttavia alla compiuta realizzazione di questa visione ottimistica sul valore e le ricadute della ricerca biomedica. Il primo e più importante è nella discrepanza fra *research questions* concepite e sviluppate dalla comunità dei ricercatori – talora commisti in modo opaco alla logica *for profit* dell'industria farmaceutica e delle biotecnologie – e *research needs* percepite dagli utilizzatori della ricerca: medici, pazienti, amministratori, politici e società in senso lato. Difficilmente questi obiettivi collimano. L'altro gap, altrettanto rilevante, è quello traslazionale, cioè il blocco che si realizza fra le ipotesi generate dalla ricerca biomedica di base e la loro sperimentazione clinica (*from bench to bedside*) – il cosiddetto blocco traslazionale T1, *translation to humans*. Vi è poi quello che impedisce il trasferimento dei risultati dalla ricerca clinica d'eccellenza (trial randomizzati e controllati, metanalisi, health technology assessments, linee guida) ai gruppi di pazienti (blocco T2, *translation to patients*), per finire con l'ultimo ostacolo (blocco T3, *translation to practice*) alla traduzione dei risultati della ricerca in politiche assistenziali

e innovazioni organizzative. È risaputo: una quota consistente della ricerca si perde in questo percorso tortuoso e non trova adeguato sbocco pratico, con costi umani e materiali enormi a causa della mancata adozione di tecnologie e pratiche sanitarie utili e il perpetuarsi di pratiche inutili, obsolete o addirittura dannose. L'“inefficienza” complessiva della ricerca biomedica nel raggiungere i suoi scopi è ulteriormente peggiorata da altri sprechi. Che cominciano con la scelta di *research questions* talora mal poste, nella più totale ignoranza delle esperienze già compiute e attingibili dalla letteratura, oltre che scarsamente rilevanti per i clinici e per i pazienti. Passano per metodi di ricerca e disegno degli studi inadeguati a rispondere alle domande. Continuano con l'*under-reporting* (soprattutto di quegli studi con risultati negativi) e il reporting selettivo (si pubblicano solo i risultati favorevoli) e poi finiscono con una distorta – quando non apertamente fraudolenta – interpretazione delle conclusioni.

Se questo è, in estrema sintesi, l'orizzonte entro cui la definizione di una *research agenda* deve necessariamente muoversi, è opportuno chiedersi come ricondurre tale discorso alla Medicina d'Urgenza in generale e a quella italiana in particolare. La prima domanda, radicale, è se sia davvero necessaria la ricerca in Medicina d'Urgenza, oppure se non sia meglio occuparsi solo di assistenza sanitaria, lasciando le incombenze della ricerca “a chi abbia tempo da dedicarvi”.

La risposta non è scontata, se ci si limita a una concezione tradizionale, *bench to bedside*, della ricerca stessa, e si considera la distanza fra Medicina d'Urgenza e ricerca di base, rivolta alla conoscenza delle “cause prime” delle malattie e dei loro meccanismi fisiopatologici intimi, o la difficoltà estrema a concepire e condurre trial clinici tradizionali, randomizzati e controllati, nel caotico e affollato mondo dei Dipartimenti di Emergenza. Per molto tempo, in effetti, è stato proprio così, con pochi

studi – e pochissimi davvero rilevanti – condotti nei Dipartimenti di Emergenza, quasi sempre in una manciata di grandi centri accademici nordamericani, dove la ricerca in Medicina d'Urgenza e sulla Medicina d'Urgenza è fiorita. Se invece consideriamo la Medicina d'Urgenza come interfaccia principale fra ospedale e cure primarie, punto di approdo dell'emergenza territoriale e snodo cruciale di percorsi assistenziali costosi e complessi, con il concorso di team multiprofessionali e multidisciplinari, e luogo per eccellenza di presentazione dell'acuzie indifferenziata, si comprende facilmente come la nuova ricerca traslazionale e valutativa trovi nella Medicina d'Urgenza stessa un terreno fertile di sviluppo (molto più che in altre discipline monospecialistiche ospedaliere), avvalendosi delle nuove metodologie (studi *after-before*, studi qualitativi, o di *comparative effectiveness*, per esempio) e allargandosi a campi di indagine quanto mai variegati e “non convenzionali” (dalla simulazione al *forecasting*, dagli studi metacognitivi al *risk management*).

Il tutto per affrontare problematiche che – in assenza di evidenze certe – dovrebbero costituire delle priorità alte nell'agenda della ricerca, perché – in un'ottica di salute pubblica – a elevato impatto in termini di costi, frequenza, rischi e, non ultimo, elevata ansia sociale. Cosa si è tuttavia finora materializzato e cosa è concretamente realizzabile, soprattutto in Italia, per evitare che tutto quanto detto sopra non sia altro che *whishful thinking*? Altrove, e parliamo soprattutto degli USA dove gran parte della ricerca in Medicina d'Urgenza è compiuta, essa è nata e decollata in pochi centri accademici e con il contributo determinante di ricercatori di altre branche biomediche, fino al raggiungimento di una invidiabile quota di oltre il 50% di tutta la ricerca biomedica mondiale in Medicina d'Urgenza, e una progressiva acquisizione di finanziamenti pubblici NIH, sebbene ancora proporzionalmente inferiori a quelli ottenuti dalle altre discipline. In quel caso, l'effetto dell'accademia, della esistenza della specialità e il contatto e la collaborazione con altre discipline hanno svolto un ruolo determinante, per l'effetto didattico ed emulativo trainante che ricercatori di esperienza hanno avuto sui medici dell'urgenza, motivati ma talvolta inesperti di ricerca clinica.

Il modello è esportabile, nella fattispecie, all'Italia? Un dato è sorprendente del panorama della ricerca in Medicina d'Urgenza nostrana: nonostante l'assenza fino a pochissimo tempo fa di una scuola di specializzazione, la ricerca italiana in questo set-

tore era – a tutto il 2005 – ai primissimi posti del panorama mondiale, fatti salvi i limiti di significato degli indici bibliometrici correnti (Impact Factor). Probabilmente, su tale risultato gradevolmente inatteso gioca un ruolo determinante il contributo di tanti medici di derivazione specialistica (soprattutto internistica) con esperienze di ricerca clinica e/o di base, confluiti nella Medicina d'Urgenza. Con il decollo della specialità, le cose non potrebbero che migliorare, in teoria, se la carenza di medici paventata nei prossimi anni non assorbirà tutte le risorse disponibili in assistenza, lasciando a secco le prospettive della ricerca. Tuttavia, anche nella migliore delle ipotesi, e cioè che si inneschi (o meglio, si amplifichi) un percorso di ricerca simile a quello nordamericano, potenziato dall'accademia, esso non garantirebbe la copertura di quei gap e sprechi che abbiamo sopra citato, e che lo stesso modello nordamericano non ha saputo evitare, quanto meno per ciò che attiene ai blocchi traslazionali T2 e T3.

Posto il bisogno di ricerca in Medicina d'Urgenza in Italia, e di sempre migliore ricerca, occorre di conseguenza pensare alla costruzione di un framework valido e moderno di supporto a questa impresa, che superi la ottimistica quanto ingenua previsione che l'ingresso dell'Università e della specialità in Medicina d'Urgenza risolva tutti i problemi. Senza pretese egemoniche, l'AcEMC potrebbe in effetti fare molto, come comunità di medici dediti alla Medicina d'Urgenza e appassionati ai problemi della ricerca sanitaria in questo specifico ambito. Per promuovere la ricerca, non per ostacolarla. Per contribuire alla compilazione di una *research agenda*, non per dettarla. Attraverso, per esempio, l'organizzazione di tavole rotonde dove, mettendo insieme tutti gli *stakeholders* (dall'Università alle Charities, dai medici ai pazienti, dai manager sanitari e decisori politici alle società scientifiche) – e non solo i ricercatori – si arrivi a una definizione il più possibile ampia e condivisa delle priorità della ricerca in Medicina d'Urgenza, oltre le prospettive di branca ospedaliera specialistica, per toccare i relevantissimi problemi di salute pubblica che la investono; fornendo il supporto metodologico per individuare le *research questions* più rilevanti, promuovere la valutazione critica della letteratura, l'identificazione delle aree grigie e l'interpretazione corretta dei risultati alla luce delle conoscenze complessive; consigliando i disegni di studio più opportuni e idonei a rispondere alle questioni poste (inclusa l'eticità della ricerca stessa); fornendo strumenti di ausilio (e conoscenza) per la parteci-

pazione ai bandi di finanziamento pubblico della ricerca, a livello regionale, nazionale o europeo; incentivando la collaborazione con le società scientifiche di discipline tradizionalmente limitrofe e spesso con maggiore tradizione ed esperienza di ricerca, per progetti comuni; contribuendo alla costruzione di un registro della ricerca della Medicina d'Urgenza italiana che eviti la duplicazione e frammentazione degli sforzi, favorendo il contatto e la collaborazione fra ricercatori di città e regioni diverse, anche attraverso i nuovi strumenti del Web 2.0; fornendo un data-base dove far convergere la raccolta di dati epidemiologici liberamente accessibili; dedicandosi alla *knowledge translation*, e alla ricerca su quali siano le migliori strategie traslazionali, senza le quali il portato della ricerca "alta" è del tutto vano.

La recente attenzione del sistema sanitario pubblico anche italiano a queste tematiche, con la acquisita consapevolezza che la ricerca, soprattutto traslazionale – oltre che l'assistenza sanitaria – sia prerogativa essenziale e interesse strategico del servizio pubblico oltre che dell'accademia, come è stato già riconosciuto dalla Roadmap nordamericana del NIH, dal Canadian Institute for Health Research, o dal Department of Health del Regno Unito, non può che favorire la promozione e il governo della ricerca al di fuori del suo alveo tradizionale per migliorarne la qualità, la fruibilità, e la rilevanza sociale. Non resta che intercettare e interpretare al meglio queste tendenze, con l'occasione irripetibile di rendere la ricerca in Medicina d'Urgenza un nuovo paradigma per la sanità italiana del XXI secolo.

Avviso a tutti i soci AcEMC

Il giorno 3 luglio 2010, presso l'Aula del Dipartimento di Emergenza ed Accettazione dell'Azienda Ospedaliera Policlinico S. Orsola Malpighi (Via Massarenti, 9 - Bologna), alle ore 9.30 in prima convocazione e alle ore 11.00 in seconda convocazione si terrà l'assemblea dei Soci AcEMC per il rinnovo delle cariche direttive.

Prof. Federico Miglio
Presidente AcEMC