

è necessario che siano i pazienti a identificare e a valutare i determinanti della 'loro' qualità di vita. E la valutazione deve essere possibile già al momento della diagnosi: questo aspetto è sottovalutato dagli oncologi e può impedire l'accettazione da parte del paziente di un tempo inevitabilmente breve da vivere. Secondo i commentatori, l'American Society of Clinical Oncology dovrà cambiare il paradigma di cura, adottando un approccio basato sull'evidenza derivante da questo studio:

- focalizzare la qualità di vita e non la sopravvivenza nei cancro avanzati,
- incrementare i canali di comunicazione,
- accogliere e comprendere gli aspetti emozionali determinati dalla prognosi infausta,
- introdurre precocemente le cure palliative,
- evitare trattamenti aggressivi nel fine vita.

C'è di che meditare e attrezzarci a migliorare il nostro modo di operare. La legge 38 del marzo

2010 è stata voluta e pensata dai medici italiani e, superando rigidità e formalismi, può essere applicata a vantaggio anche dei morenti. Occorre un salto di qualità: quanti medici hanno capito che la comunicazione col cittadino malato è già terapia?

**Giuliano Bono**

*Medico di famiglia, Torino*

## BIBLIOGRAFIA

1. Maltoni M, Pittureri C, Scarpi E et al: Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicentre study. *Ann Oncol* 2009; 20: 1163-1169.
2. Cherny N: The use of sedation to relieve cancer patients' suffering at the end of life: addressing critical issues. *Ann Oncol* 2009; 20: 1153-1155.
3. Bono G: La sedazione palliativa non è eutanasia, *Torino Medica*, Torino 2011.
4. Zonderman AB, Evans MK: Improving patients' quality of life at the end of life. *Arch Intern Med* 2012; 172:1142-1144.

## La prescrizione farmaceutica in ospedale: uno studio osservazionale

*Ross S, Hamilton L, Ryan C, Bond C*

*Who makes prescribing decisions in hospital inpatients? An observational study*

*Postgrad Med J* 2012 May 12.

**G**li eventi avversi generati da una prescrizione farmaceutica errata rappresentano un fenomeno molto comune negli ospedali. Alcuni studi condotti nel Regno Unito hanno evidenziato che, nella maggior parte dei casi, le prescrizioni sono effettuate da medici specializzandi: in particolare, il 90% degli errori nella prescrizione si verifica quando la ricetta viene compilata da un membro junior dello staff, in genere uno specializzando, mentre il tasso di errore presenta una variabilità decisamente più contenuta (7,4%-10,3%) quando la prescrizione viene eseguita da un medico

esperto. Nonostante il fenomeno sia preoccupante (poiché la maggior parte delle prescrizioni viene redatta da un medico specializzando), a tutt'oggi non vi è ancora evidenza se la decisione sulla terapia da prescrivere sia stata presa effettivamente da chi redige la prescrizione o meno.

Lo studio condotto in un policlinico universitario inglese si propone di analizzare tutte le prescrizioni in cui chi redige e chi decide non coincidono e di esaminare il livello di dettaglio con cui le decisioni vengono comunicate specificando anche il nome della specialità, la dose, la frequenza, la modalità di assunzione e la durata della terapia.

L'indagine è stata condotta in sei diversi reparti dell'ospedale nel periodo gennaio-aprile 2011, osservando un totale di 236 prescrizioni. Di queste, il 62% (146/236) è stata compilata da un medico diverso da quello che ha deciso la terapia farmacologica. Per quanto riguarda la variabilità fra i reparti, si passa da un 71% delle prescrizioni in Ortopedia redatte dallo stesso soggetto che ha stabilito la terapia al 5% di Medicina. Rispetto alla moda-

## L'aria che respiriamo

The PLOS Medicine Editors

*The air that we breathe: addressing the risks of global urbanization on health*

PLOS Medicine 2012; 9 (8): e1001301

**P**er migliorare la salute globale sono necessari indicatori specifici, equi e trasparenti, che permettano di valutare con accuratezza il livello di rischio delle popolazioni esposte all'inquinamento atmosferico. È questo il messaggio chiave dell'editoriale di *PLOS Medicine* di agosto, che ripropone con forza il problema dell'inquinamento atmosferico e dei suoi effetti sulla salute umana. Gli ultimi dati raccolti e pubblicati dall'Oms, relativi a più di 1100 città in tutto il mondo, dimostrano come poche siano le realtà che rispettano i parametri consigliati relativamente al particolato sottile, e come questo possa rendere ragione di almeno 1,34 milioni di morti premature all'anno. Il peggior livello di inquinamento, misurando la concentrazione di PM10 (particolato del diametro di 10 micro-

grammi), non si ritrova nelle più grandi città del globo, ma in Iran (quattro città), Mongolia, India (due città), Pakistan (due città) e Botswana. I dati peggiori di concentrazione di PM2,5 (particolato del diametro di 2,5 microgrammi) si riscontrano invece in alcune città della Mongolia, Madagascar, Kuwait, Mexico, Ghana, Polonia (due città), Senegal, Italia e Perù<sup>1</sup>.

Questi dati sono probabilmente sottostimati, data l'incompletezza e la scarsa specificità delle rilevazioni, che spesso vengono effettuate solo in aree minime delle città e che quindi non permettono una valutazione corretta del rischio, trascurando probabilmente le aree cittadine più inquinate quali quelle in prossimità delle zone industriali. Si aggiungano inoltre, riferisce sempre l'editoriale, i tentativi di occultazione dei dati da parte degli enti preposti al controllo, come succede abitualmente in Cina, ma anche in Italia, come dimostrano i recenti sviluppi delle inchieste giudiziarie sull'ILVA di Taranto<sup>2</sup>. Gli indicatori saranno efficaci, concludono gli autori, solo se specifici nel loro contesto e adeguati, nonché disponibili in modo trasparente perché possano essere aperti a interpretazioni

lità di comunicazione degli elementi della ricetta, in genere il medico esperto comunica ma non sempre formalizza il conseguente regime terapeutico: ciò fa presumere che il decisore dia per scontato che chi compila una

prescrizione conosca i dettagli terapeutici come la dose, le modalità e il periodo di assunzione.

Tutto questo ovviamente comporta una gestione delle prescrizioni che è molto distante dal livello ottimale. Il problema è che gli specializzandi nella maggior dei casi non chiedono chiarimenti: la rigida struttura gerarchica dei medici rende difficile il rapporto fra medici senior e junior. Questi ultimi probabilmente ritengono piuttosto impegnativo il confronto con medici più esperti e non si sentono autorizzati a metterne in discussione le decisioni.

Gli autori concludono sostenendo che una prima differenziazione fra chi stabilisce la terapia e chi effettivamente redige la prescrizione debba essere il punto di partenza per evitare errori. Inoltre, non meno importante, è la promozione di processi di formazione e discussione sulle modalità di prescrizione tali da permettere la condivisione delle decisioni e la conseguente riduzione degli errori.

*Letizia Orzella*

### ELEMENTI DELLA PRESCRIZIONE COMUNICATI DAL MEDICO CHE DECIDE LA TERAPIA AL MEDICO CHE SCRIVE LA PRESCRIZIONE

Elementi della prescrizione	Numero di volte in cui sono stati comunicati	
	N.	%
Nome del farmaco	73	82,0
Dose	30	33,7
Frequenza della terapia	31	34,8
Via di somministrazione	15	16,9
Durata della terapia	15	16,9