

Cosa c'entra l' EBM ?

di Rosanna Vagge

Stimolata dall'articolo postato da Giuseppe Belleri sul gruppo face book di Slow Medicine dal titolo *"Prescrizioni inutili di antibiotici: il ruolo di medici e pazienti"* il mio pensiero è volato agli innumerevoli episodi in cui mi sono trovata a fare delle scelte che nulla avevano a che vedere con le prove di efficacia. Il sorprendente è che la scelta "fuorviante" avveniva con una frequenza maggiore, seppur ad occhio e croce, quando il paziente era, a sua volta, un medico.

Questa constatazione mi ha scatenato una serie infinite di domande, tra cui: "Sta a vedere che abbiamo ancora una volta a che fare con i fattori umani? E quindi anche con i fattori umani specifici del medico?"

Ma, cerchiamo di andare con ordine, elencando per prima cosa, le frasi dell'articolo (leggibile in italiano su <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/prescrizioni-inutili-di-antibiotici-il-ruolo-di-medici-e-pazienti> e in inglese su [BBC News Health](#) e [JAMA Internal Medicine](#)) che mi hanno indotto a riflettere e che sono state pronunciate da un medico malato, quindi in veste di paziente:

1. *"[...]Ma la conoscenza non è sufficiente. Quando sei un paziente, ci si trova in una posizione di dipendenza. In quel momento di confronto, seduto di fronte a un prescrittore, mi sentivo troppo male per discutere sia in merito alla prescrizione di un antibiotico sia sulla scelta del farmaco.[...]"*.
2. *"[...]Ripensandoci, la mia volontà di seguire "gli ordini del medico", o almeno di non discutere con lui su quanto scritto sulla ricetta, mi ha dato un barlume di comprensione di quanto sia difficile per i pazienti esprimere le preoccupazioni quando si è in presenza di un figura autorevole da cui essi dipendono.[...]"*.
3. *"[...]Tutte le conferenze di tutto il mondo non intaccheranno mai l'uso eccessivo degli antibiotici a meno che la professione medica non affronti il problema e cambi le proprie abitudini.[...]"*.

La conoscenza non è sufficiente

Come posso pensare che Maurizio, anestesista esperto di mezza età, ricoverato d'urgenza in Ospedale per una imponente perdita di sangue tale da dimezzare i livelli di emoglobina, non sapesse che non è prudente tornarsene a casa propria? E non solo perché semplicemente non si è in grado di stare in piedi, ma anche perché tutti gli organi soffrono, cuore compreso, tanto più quando si è già stati in precedenza colpiti da infarto.

Come posso pensare che non sapesse quanto fosse opportuno stabilire il perché e per come si era verificata l'emorragia? Altrimenti come fare a porre rimedio?

Eppure Maurizio non voleva sentire ragioni. Voleva uscire e basta. *"Ma perché?"* Chiedo io: *"Forse l'anemia acuta ti ha reso meno lucido minando la consapevolezza dei rischi a cui potevi andare incontro?"*.

Risposta di Maurizio: *"Io ero consapevole dei rischi, ma semplicemente non ce la facevo più a stare in ospedale"* Poi aggiunge, sorridendo: *"Quella volta mi hanno detto di tutto, davvero! C'è mancato poco che mi facessero un coatto!"*

Anni fa ero stata male, molto male, avevo mal di pancia, febbre alta e vomito, ma non volevo sentire ragioni di andare in Ospedale. *"Fossa comune! Come Mozart" urlavo ogni qualvolta qualcuno osava valicare la porta della camera. All'ospedale, a quell'ospedale mai!"*. La disperazione sui volti di amici e parenti era evidente, la coglievo anche io, ma, non so come spiegare, niente era in grado di scalfire minimamente la determinazione, unica, assoluta, che mai e poi mai mi sarei affidata a quel luogo che aveva osato liquidarmi. Non erano le persone, giuro, non erano certo i colleghi che vi lavoravano e avevano lavorato accanto a me. Di loro mi fidavo, ciecamente. Era il luogo, l'istituzione. Il mio corpo lì non ci doveva andare.

Nessuno al mondo mi avrebbe potuto convincere. Non ricordo altro che questo: il dolore, la nausea, la sensazione di debolezza erano passati in secondo piano, anzi non esistevano affatto.

In un pomeriggio di domenica, in un attimo di cedimento del mio delirio di onnipotenza, in cui la ragione era riuscita ad affiorare, mi convinsi che, in fondo, una telefonata precauzionale agli amici chirurghi di Genova, poteva essere opportuna in una situazione del genere. Decisi di chiamare Edoardo ed esordii così: “ *Scusa se ti disturbo, ma ho un po’ di addome acuto, domani farò le analisi di laboratorio e, qualora fosse necessario, potrei venire in Clinica a farmi vedere?*”.

Se Edo non avesse risposto in modo dolce, ma perentorio: “*Tu gli esami te li fai adesso e se hai i globuli bianchi mossi, appena mossi, ti ricoveri entro stasera.*”, forse non sarei qui a scrivere e riflettere sui fattori umani.

Dunque la conoscenza non è sufficiente. Ma conoscenza di che cosa?

Quando si parla di conoscenza, in medicina, ci si riferisce alla conoscenza della malattia e precisamente dell’etichetta dotta, la “disease”, con la sua fisiopatologia, la storia naturale, la prognosi e la terapia che può essere, come diceva il prof. Carlo Queirolo, medica o chirurgica, mentre la malattia non può accettare distinzioni precostituite. Scendendo più nello specifico, oggi è fondamentale la conoscenza della evidence base medicine, cioè della medicina basata sulle prove di efficacia dalla quale derivano le linee guida che sono necessariamente “disease oriented” e non “patient oriented”. Infatti le linee guida sono formulate attingendo a materiale proveniente da una valutazione statistica di una casistica accuratissimamente stratificata, che non può che essere retrospettiva. E queste sono parole del Prof. Giandomenico Sacco. Insomma, per una buona pratica clinica, si fa riferimento più alla statistica che alla clinica stessa. Detto così, non mi convince affatto, anzi mi sembra paradossale. Che sempre ci si debba trovare di fronte a dicotomie, inconciliabili tra loro? Forse sta proprio qui il nocciolo della questione.

Mi tornano in mente tutte le dicotomie sviscerate dal gruppo di lavoro slow a Montegrotto sul tema, tanto arduo quanto attraente, SCIENZA – SUPERSTIZIONE. Se ben ricordo, Satolli sosteneva che il ragionamento scientifico è basato sulle smentite, mentre il ragionamento intuitivo è basato sulle conferme. Da ciò deriva che il ragionamento scientifico è contro-intuitivo.

Il medico, quando sceglie, deve avvalersi di un ragionamento scientifico. Questo assunto mi sembra irrinunciabile. Ma è possibile annientare il ragionamento intuitivo? La risposta non può essere che no, dal momento che l’intuizione fa parte dei cosiddetti fattori umani che, ben sappiano, hanno discreta voce in capitolo nei processi decisionali in genere.

D’altra parte i fattori umani hanno ben poco a che vedere con la scienza, semmai s’incastano meglio con la superstizione, definita da Wikipedia come “ *Credenze di natura irrazionale che possono influire su un pensiero e un comportamento*”. Infatti, facendo riferimento agli esempi sopra riportati, le argomentazioni intuitive più gettonate, che per così dire possiamo assimilare a quelle che sono le prove di efficacia per la scienza, sono del tipo: “*Non potrò mai guarire se non esco da questo ospedale*” oppure “*Io non andrò mai in quell’ospedale, preferisco la fossa comune ...*” Su queste convinzioni, giuste o sbagliate che siano, non è applicabile il criterio di falsificabilità che distingue la scienza dalla non scienza, mentre implode il dogmatismo che trasforma la non scienza in superstizione vera e propria.

E allora?

Fermo restando che la conoscenza (scientifica) non è sufficiente, non ci resta che andare avanti a riflettere su quanto pronunciato dal medico col mal di gola.

Quando sei un paziente, ci si trova in una posizione di dipendenza

Mi è successo la stessa cosa quando mi sono trovata di punto in bianco incapace di produrre suoni con la voce. Dovevo smontare di lì a poco dalla guardia in clinica, stavo lavorando al computer, in pieno benessere, quando hanno bussato alla porta per chiedermi non so bene cosa. Ebbene, in quel momento, ho

provato a parlare e non usciva voce. Ero totalmente afona. Una sensazione, vi assicuro, piuttosto sgradevole. Prova, riprova, usciva solo un filo di voce rauca a fronte di una fatica immensa. E la scarica di adrenalina, ormone principe dello stress incominciava a lasciare i suoi effetti: tachicardia, tremori, sensazione di nausea, sbandamento, pensiero bloccato che mi impediva di fare quello che mi era stato richiesto come medico di guardia. Per fortuna, mentre vagavo nell'atrio della clinica con qualcosa in mano (mi pare fosse una sacca di sangue) alla stregua di quello che fanno i pazienti "wandering", ho incontrato un collega e ho cercato di dire "Sto male!". Luca, strabuzzando gli occhi, segno che era visibilmente preoccupato, mi ha tolto di mano quello che avevo e mi ha condotto a un piano, facendomi una serie di domande a raffica alle quali potevo rispondere solo con un cenno del capo: "Respiri bene? Ti manca l'aria? Ma cosa ti è successo? Quando?". Io ero inerme, impaurita, incredula e pensavo: "Così come si sono attorcigliate le corde vocali, potrebbero attorcigliarsi le vie respiratorie e impedirmi di respirare!" E una sensazione di calore in volto mi invadeva: paura o presagio di qualcos'altro ancora peggiore? No, forse era l'effetto del cortisone che mi stavano iniettando nella vena, cortisone che mi avrebbe preservato dal peggio, da una crisi respiratoria, perché sì, ci sono anche quelle fulminanti, come quella che era capitata ad un paziente, alla prima emodialisi che era riuscito a dire con un filo di voce "A-s-m.a.!" e poi era morto lasciandoci di stucco, Fosco ed io. Sindrome del polmone serrato, causata (forse) da reazione allergica all'eparina. Caso interessante, da pubblicare. E così abbiamo fatto. Ma cosa mi poteva assicurare dal fatto che non succedesse anche a me? "Bentelan, ancora Bentelan!", urlavo con il pensiero. "Fin che sono sdraiata sul lettino, con accanto il medico, le infermiere, le OSS, non può succedermi il peggio ...". E così è stato. La voce non era tornata, ma, per lo meno, era passata la paura di rimanere senza respiro. E nel frattempo era finita anche la guardia e di lì a poco avrei potuto farmi valutare dal collega ORL, che lavorava nel mio stesso poliambulatorio. Uscii con una prescrizione perentoria: antibiotico, cortisone, riposo vocale assoluto, il tutto per 8 giorni. E il corso di formazione ai ragazzi dell'Accademia che avrei dovuto tenere il giorno successivo? Riposo assoluto per 8 giorni? Impossibile. Doveva tornarmi la voce, sì o sì. Una ragione in più di attenersi alle prescrizioni, anche se non vedevo alcun razionale sull'uso di antibiotici, anzi avevo la certezza che non si trattasse di una infezione, né virale, né batterica, né fungina, ma di una anomala funzionalità delle mie corde vocali che avevano deciso di attorcigliarsi, forse in conseguenza del fatto che mi ero trattenuta dall'urlare al mondo la mia indignazione professionale riguardo ad un episodio di cui ero venuta a conoscenza.

Mi andò bene con un raffazzonato training autogeno e tenetti la lezione di 8 ore con una certa raucedine, ma senza antibiotici o antinfiammatori vari, anche perché non ebbi neanche il tempo di comprarli.

In sintesi, come posso non concordare con quanto scritto sull'articolo ?

"In quel momento di confronto, seduto di fronte a un prescrittore, mi sentivo troppo male per discutere sia in merito alla prescrizione di un antibiotico sia sulla scelta del farmaco[...]".

Nel mio caso emblematico, mi era proprio impedito di parlare.

Il barlume di comprensione delle difficoltà del paziente di fronte alla figura autorevole del medico

Se anche nel medico malato la conoscenza insufficiente e la dipendenza dal collega prescrittore sono in grado di scatenare una serie infinita di preoccupazioni, dubbi, perplessità che condizionano pesantemente la compliance terapeutica, figuriamoci quello che può avvenire in chi di conoscenza non ne ha del tutto.

In questi casi la dipendenza si trasforma inevitabilmente in sudditanza e, visto che i re buoni e benvenuti esistono solo nelle favole, si può facilmente prevedere in cosa possa sfociare questo tipo di relazione.

E ancora una volta abbiamo a che fare con gli inarrestabili fattori umani.

Più che un barlume, mi verrebbe da dire voragine di comprensione, della serie, se tanto mi dà tanto ...

Ed arriviamo così all'ultima frase che ho sottolineato in premessa che crea, generalizzando, il titolo sottostante.

La professione medica deve affrontare il problema e cambiare le proprie abitudini

Altrimenti non sarà efficace, perché semplicemente non può esserlo.

A questo proposito copio di sana pianta le parole del mio vecchio amico Giandomenico Sacco che scrive: *"L'approccio tradizionale "patient oriented" è stato, soprattutto in Italia supinamente - e spesso tragicamente ! - sostituito dalle biblizzate linee guida "disease oriented", che risparmiano sicuramente al medico la fatica di ragionare nella assoluta dimenticanza della verità del proverbio "non esiste la malattia, ma il singolo malato.", cioè la singola, irripetibile e concreta persona sofferente che ti sta di fronte!"*.

Parole sacrosante, che accolgo col cuore e col la mente, e che, a mio parere, rappresentano il vero succo della questione.

L'apporto conoscitivo da parte delle linee guida "disease oriented" - continua ancora l'amico neurologo - la cui eclatante assurdità consiste dal partire dal traguardo dell'iter diagnostico e non dalla sua linea di partenza [...] non va scartato, a condizione che venga usato sempre complementariamente ed in modo assoluto mai alternativamente, al metodo diagnostico tradizionale "patient oriented", costituito da un iter mai totalmente identico a quello di qualsiasi altro paziente [...]".

Ben venga l'Evidence Based Medicine, familiarmente EBM, ben vengano le linee guida, i protocolli e gli algoritmi, ma devono essere complementari e non alternativi all'approccio empirico antichissimo che ha portato Ippocrate ad esprimersi così: *"Non mi interessa che tipo di malattia ha quell'uomo, ma che tipo di uomo ha quella malattia"*.

E ... e, direbbero Giorgio e Silvana, maestri del counselling sistemico, mai o ... o. Questo credo di averlo assimilato bene, anche se ho dovuto interrompere gli studi dopo il secondo anno.

"Due punti di vista complementari, quello di medico e paziente, che sul tema del corretto uso degli antibiotici (e di tutti i farmaci più in generale) devono convergere verso l'appropriatezza prescrittiva e la giusta informazione, in un dialogo aperto e paritario." Questa la conclusione dell'autore sul giornale dell'Agenzia Italiana del Farmaco.

E io concludo cercando di rispondere al quesito specifico del Prof. Sacco relativo alla determinazione delle troponine sieriche a intervalli di 4 ore per la diagnosi di insufficienza coronarica acuta.

Per prima cosa faccio riferimento all'algoritmo del dolore toracico ischemico che propone di effettuare sempre, in **prima istanza, valutazione clinica**, reperimento di un accesso venoso, prelievo di sangue per il dosaggio dei markers cardiaci, elettrocardiogramma a 12 derivazioni. A seconda del risultato dell'ECG le procedure diagnostico-terapeutiche si diversificano. Il prelievo seriato delle troponine compare solo nel caso che il paziente abbia un ECG normale e non diagnostico ed è comunque abbinato alla osservazione clinica e al monitoraggio elettrocardiografico, oltre alla considerazione di ipotesi alternative. Negli altri casi è sempre d'obbligo la presa in carico da parte dello specialista cardiologo e l'eventuale ricovero in terapia intensiva.

Non me ne voglia Archibald Cochrane, illustre epidemiologo, e, tanto meno, l'amico Nino Cartabellotta, di cui ho grande stima, se, da clinico, sottolineo che i valori delle troponine entrano in gioco nella diagnosi differenziale, permettendoci qualche elemento in più per escludere che il dolore sia di pertinenza cardiaca, ma, come peraltro lo stesso algoritmo riporta, non sono affatto dirimenti nel proseguo del percorso, in caso di dolore di natura ischemica accertato o fortemente sospetto. Semmai hanno un valore prognostico che può essere confermato solo da una analisi retrospettiva.

Se il ragionamento empirico, intuitivo si dà la mano, sempre e comunque, con il ragionamento scientifico, in una continua integrazione, l'algoritmo non può che risultare di grande utilità per l'arduo e insidioso compito di coloro che stanno in prima linea, come, ad esempio, i medici di Pronto Soccorso.

Se invece, per la fretta o per qualsiasi altra ragione, il ragionamento clinico obbligatoriamente orientato al paziente, viene saltato in tronco per procedere con l'uno o altro ramo dell'algoritmo, l'errore medico è sempre in agguato e solo la cieca fortuna può essere d'aiuto ad entrambi, medico e paziente.

Le linee guida private del pensiero critico, quello senza sconti per nessuno e con particolare attenzione alle derive, che è alla base della valutazione clinica, sortiscono paradossalmente l'effetto contrario a quello per cui sono state istituite e finalizzate: la sicurezza del medico e del paziente.

“Non ho vergogna a dire che quando devo prescrivere un antibiotico ad un mio paziente, la prima cosa che penso è di non avere grane con l’ASL che ci sta col fiato sul collo. Sono avvilito, conto i giorni per poter andare in pensione perché questo non è fare il medico.” dice Pino, medico di famiglia da mezza vita e poi aggiunge:” Nell’immaginario collettivo noi siamo liberi professionisti, ma liberi di che? Ho sempre la sensazione di essere preso di mira e di dover scansare pallottole che arrivano da ogni dove: dall’ ASL, dalla magistratura, dai pazienti. Scegliere la cura migliore? Questo passa in secondo piano. E’ prioritario difendersi dagli attacchi”.

“Se ti muore un paziente oggi, è colpa del medico. Se ti va bene finisci sul giornale, altrimenti ti ritrovi in cella”. Altra frase che ho sentito ripetere più volte dai colleghi di medicina generale.

In questo contesto, l’appropriatezza prescrittiva e la giusta informazione, in un dialogo aperto e paritario, restano solo una utopia. Facile a dirsi, impossibile a farsi.

Eppure una soluzione ci deve essere per uscire da questo inghippo.

Nella mia mente si concretizzano, con forza prorompente, le dicotomie e le parole chiave che sono emerse durante l’incontro del gruppo di lavoro slow, alla continua ricerca di una medicina sobria, rispettosa e giusta: scienza- superstizione, conferma-smentita, malattia-costrutto, costruito-fatto, storia-istoricità e poi medicina difensiva, medicalizzazione, potere, finanze, conflitto di interessi, incompetenza, malafede, ricerca del profitto. Parole che pesano enormemente sulle nostre scelte e sono in grado di alterare i nostri comportamenti.

Ecco perché la conoscenza (scientifica) non è sufficiente.

Occorre **andare oltre** ... considerando l’esistenza dei fattori umani che includono tutte le parole che abbiamo nominato, parole di cui spesso ci riempiamo la bocca, senza cogliere del tutto l’influenza che esse hanno sul nostro agire quotidiano.

Mi fermo qui e mi sento invasa dalla stessa sensazione che ho avuto a Montegrotto: stanca, ma felice; confusa, ma consapevole; dubbiosa, ma sicura; speranzosa, ma disillusa.

Con una convinzione in più: i nostri pensieri non sono inutili e, insieme, possiamo cambiare il mondo.

La vita è una maratona: c’è una partenza ed un traguardo. Tra questi due estremi ci sono 42,195 km, migliaia di passi, ore di corsa, litri di sudore, trappole, insidie, inganni della mente e del fisico. Se li correrai in modo slow, ricercando ad ogni istante ciò che è sobrio, rispettoso e giusto, li potrai gustare tutti con soddisfazione, altrimenti, solo il ricordo di seppur pochi infelici passi, sarà fonte di sofferenza. La partenza e l’arrivo si risolvono in un attimo, eppure per quell’attimo ci giochiamo tutto.