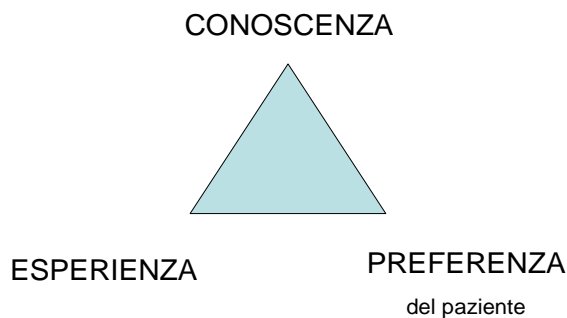


Il triangolo della decisione

Mantenendo, come “logo” del capitolo, lo schema del triangolo decisionale, tentiamo di analizzare più in dettaglio alcuni elementi che entrano nelle tre componenti chiave



PRIMA COMPONENTE: IL PAZIENTE (e la sua famiglia).

Centro e fulcro del sistema, giustamente protagonista del sistema sanitario, è portatore di valori, dunque di preferenze; ma anche di una sua conoscenza e di una sua esperienza. Si pensi al lattante febbrile con sospetta infezione delle vie urinarie; di bambino con wheezing o con asma; di famiglie spaventate dalle convulsioni dei loro bambini; di fastidiosi sinusiti che potrebbero forse giovare della terapia antibiotica; anche di bambini perfettamente sani cui viene proposto lo screening della fibrosi cistica.

Il paziente talvolta ci consulta per la prima comparsa di nuovi e sconosciuti sintomi, altre volte per una malattia cronica dalla quale è affetto da anni. Nel primo caso la sua esperienza è nulla e anche la sua conoscenza (ma forse una sbirciatina in Internet o in qualche Enciclopedia medica è già stata data); nel secondo caso, la conoscenza dei genitori sulla malattia cronica in causa è senza dubbio superiore a quella del pediatra. E purtroppo anche l'esperienza di terapie provate, di speranze, di fallimenti, di reparti, di medici, di infermieri, di benefici, di effetti collaterali.

Quello che certamente il paziente porta con sé, oltre a questo bagaglio di esperienze e di conoscenze, sono anche le sue preferenze: meglio due gastroscopie che tre, se il protocollo diagnostico non ne risente; meglio il farmaco per bocca, meglio una o due somministrazioni che tre o quattro; meglio quella terapia che non fa perdere i capelli, meglio quell'intervento che disturba di meno; meglio crescere di più di statura; meglio una dieta che non richieda troppi sacrifici...

Forse si può tentare di perdere qualcosa in efficacia, ma guadagnare in qualità della vita; certamente l'efficacia teorica (secondo i risultati dei trial) o efficacy deve fare i conti con la compliance del paziente, trasformandosi in efficacia pratica o effectiveness.

SECONDA COMPONENTE: L'ESPERIENZA

L'affermazione "armonizzare le conoscenze corrette, esaustive e aggiornate con l'esperienza del medico" rischia di restare una frase vuota. Capita a tutti i cultori dell'epidemiologia clinica e della medicina delle evidenze di dialogare con i clinici, che spesso manifestano un atteggiamento ambivalente: da una parte un dichiarato (spesso sincero) interesse misto ad ammirazione verso l'epidemiologia clinica; dall'altra, quando si arriva al dunque della decisione clinica, la filosofia dominante e sottintesa è del tipo "ora tocca a me, si facciano da parte gli epidemiologi", come se ci fosse uno sdoppiamento tra i discorsi teorici (inutili?) e la pratica clinica.

Eppure non vi dovrebbe essere alcuna soluzione di continuo tra la conoscenza fornita dalla letteratura scientifica e l'esperienza che tale letteratura contiene, l'esperienza di centinaia e migliaia di colleghi che si sono dovuti misurare con lo stesso problema nel quale il medico si sta dibattendo; è grottesco nel terzo millennio ascoltare ancora frasi come "ti consiglio di usare questo farmaco antiasmatico, nella mia esperienza mi sono trovato bene". Qual è la tua esperienza? Quanti pazienti asmatici hai curato? Hai provveduto a misurare la loro malattia, il tuo intervento, l'esito ottenuto, con tecniche e metodi al riparo da errori metodologici? Non pensi che i cento o mille lavori contenuti in letteratura siano il frutto di tanti medici che hanno pazientemente misurato tutto ciò nella cura dei loro pazienti, e registrato i risultati perché tu te ne servissi?

Allora, a che serve l'esperienza? In parte questa domanda non ha risposta; Kassirer (citare art del 1989 su Annali of Internal Medicine) direbbe che certamente serve a costruire le "semantic networks" le reti semantiche in grado di dare ai reperti isolati un senso, un filo che li trasformi in conoscenza: segni e sintomi per un clinico esperto portano a un'interpretazione diagnostica.

Inoltre l'esperienza può essere utile nell'esercitare comunque una sorveglianza sulla letteratura, talvolta troppo precipitosa nel dichiarare efficace (o non efficace) un intervento.

E poi senz'altro l'esperienza serve a capire le persone, a intuire quando è il momento di proporre un trattamento, qual è il vero problema del paziente; spesso il vero problema non è neppure di tipo strettamente clinico, ma sociale, psicologico, o altro ancora. Dietro al bambino con infezioni ricorrenti delle alte vie respiratorie spesso, sappiamo, si cela la necessità di assicurazione. Quest'arte di capire i pazienti, che ha come effetto il fatto che essi capiscano che il medico li ha capiti, per cui si instaura un rapporto fecondo di scambio, nel quale il paziente sa che i propri problemi sono avvertiti dal medico, che li fa propri, va sotto il nome di EMPATIA. Solo l'esperienza, oltre che la predisposizione innata di alcune persone, la possono dare.

TERZA COMPONENTE: LA CONOSCENZA

Conoscenza di che?

- In primo luogo, ma non solo, **della letteratura scientifica**: inutile dilungarsi su questo aspetto che costituisce la base dell'intero libro.

Ma anche, conoscenza:

- **delle basi biologiche.**

L'importanza dei meccanismi fisiopatologici che stanno alla base delle malattie è stata fin troppo stressata in passato. I testi sui quali il medico si è formato sono

pieni di biochimica, di istologia, di cascate della coagulazione, di meccanismi regolatori umorali, di membrane cellulari, di canali del sodio, di genetica, e di tanti schemi causali sia di livello macroscopico sia micro o ultramicroscopico.

Nessuno nega certo l'importanza di tali basi; tuttavia sono giustamente nati in epoche recenti critiche all'esasperazione di questa visione meccanica della medicina, dimenticando la necessità di un'interpretazione olistica delle persone, della salute e delle malattie.

Un'altra critica viene proprio dall'epidemiologia clinica e dall'EBM. Esse, lungi dal voler negare l'importanza della fisiopatologia, ci ricordano tuttavia come l'enorme sviluppo della ricerca sui meccanismi che 'spiegano' le malattie espone al rischio che gli studiosi si accontentino, in ambito terapeutico, di farmaci o di altri interventi che rispondano ai requisiti della plausibilità biologica (il razionale) e dell'azione in vitro, dimenticando quanto sia importante mostrarne l'attività anche in vivo. Se ad esempio un farmaco ha proprietà antibatteriche, questo non è sufficiente a impiegarlo come antibatterico nella pratica clinica quotidiana; l'esempio della terapia antibiotica della salmonellosi ne è un chiaro esempio.

- **Del linguaggio.**

Ogni ambito di attività ha un suo linguaggio. Anche all'interno della medicina, che già si distingue per il suo gergo, operativamente utile ma terribilmente poco comunicativo per gli estranei al mondo medico, vi sono dei sotto-linguaggi tipici di ogni specialità. Così il linguaggio della genetica è poco comprensibile per i non genetisti, ma anche il linguaggio dei neuroradiologi può talvolta risultare oscuro al medico di base

- **Dell'epidemiologia clinica.**

Questa oggi appare la parte più delicata dell'intero processo conoscitivo. Capita che i medici e i pediatri si convincano dell'utilità di porre correttamente i quesiti clinici, di condurre ad arte un'anamnesi e un esame obiettivo; capita anche che si appassionino alle ricerche della letteratura in Medline. I guai cominciano quando si deve leggere e valutare un articolo scientifico. Di questo aspetto si parlerà diffusamente nei prossimi capitoli.

CONCLUSIONI - VERSO UNA CONOSCENZA OGGETTIVA

Al termine di questa disamina, pare opportuno assumere, come definizione di conoscenza, quella di "organizzazione dell'esperienza", attraverso le fasi ben espresse dai seguenti verbi, e senza perdere d'occhio il modello qui assunto del "triangolo decisionale":

- esperire
- interpretare
- classificare
- applicare

Per una conoscenza oggettiva in medicina, è importante che non si trascurino

La fonte principale della conoscenza: la letteratura scientifica, senza tuttavia dimenticare le altre fonti tradizionalmente snobbate dai medici (le altre professioni, i media, i pazienti...)

Un metodo ben preciso, quello dell'epidemiologia e della statistica: sarà oggetto di trattazione successiva, ma già si capisce come cruciale per la dimostrazione di un nesso causale tra un trattamento e un esito, la scelta di un appropriato disegno di studio, di una valida definizione dello stato di malattia prima e dopo l'intervento, dell'intervento stesso, e inoltre l'utilizzo di adeguate tecniche che sappiano dare un senso alle frequenze con le quali i fenomeni si presentano.

Uno stile particolare, un atteggiamento di predisposizione alla verità, alla neutralità, all'apertura a qualsiasi tipo di risultato, e soprattutto libero da legami di natura economica. Quest'ultimo problema, qui solo abbozzato, rischia di far crollare alla base molta parte della letteratura scientifica.

In conclusione, alcune considerazioni finali:

- La conoscenza in medicina deve poter poggiare su basi scientifiche, ma anche sfociare in realizzazioni di natura tecnica. La clinica, scienza dell'individuale, è un misto di sapere e di saper fare.
- Essa non può prescindere da considerazioni di tipo economico, soprattutto quando dal singolo soggetto si passa alla comunità dei soggetti. Non si può più sostenere al giorno d'oggi il primato del singolo paziente sull'intera collettività dei pazienti.
- Il tutto per una considerazione squisitamente etica, l'amore verso i nostri simili e verso noi stessi. Va infatti ribadito con vigore che, medici di ieri e di oggi, cultori dell'Evidence based Medicine o suoi critici, puntano da sempre al raggiungimento di valori quali: la promozione della salute in tutti i suoi aspetti, la continuità dell'assistenza; l'integrazione dell'assistenza; il rispetto dell'autonomia dei pazienti; la cura delle persone nel giusto ambiente, la partecipazione della comunità alle scelte sulla salute.