

Scenari clinici, la consultazione di un esperto competente: la letteratura

Salvo Fedele

Centro per la Salute del Bambino - ONLUS, Unità locale di Palermo

La risposta o la domanda?

Ogni giorno un pediatra affronta una mole notevole di domande reali che provengono dai suoi pazienti sotto forma di enigmi clinici o di quesiti ragionevoli: il dubbio scientifico è (o dovrebbe essere) l'elemento fondamentale della nostra professione.

In realtà così non è. Più di un articolo ha sottolineato bene uno dei problemi fondamentali che derivano dalla nostra "sicurezza di massa": *l'incapacità di farsi domande*.

Non la difficoltà di trovare risposte, che è invece il problema maggiormente affrontato dalla letteratura "modernista"; non l'eccesso di informazione che ci sommerge o la difficoltà per il medico pratico di districarsi tra questo eccesso di informazione.

L'eccesso di informazione è certamente un problema reale, non tanto grande quanto quello che qui si vorrebbe sottolineare: rivoliamo a noi stessi, ogni giorno, un numero sufficiente di domande in grado di mantenere la nostra capacità di pensare, la nostra capacità di difenderci da un comportamento massificato e non sempre ragionevole? Abbiamo la capacità di aiutare il paziente e la famiglia in scelte consapevoli e scientificamente corrette? E ancora: sappiamo quantificare il grado di certezza scientifica che c'è dietro un nostro consiglio? Quel che si cercherà di dimostrare è che l'eccesso di informazione è un problema risolvibile se ci si pone prima l'obiettivo di saper fare le domande.

Le tipologie di domande che un professionista della salute dovrebbe quotidianamente farsi sono riconducibili secondo la letteratura a due: domande di *background* e domande di *foreground* (1). Come per un'immagine fotografica *background* e *foreground* esprimono bene l'idea di sfondo e di primo piano che caratterizza gli scenari clinici che ci troviamo di fronte. Ogni scenario clinico ha uno sfondo di conoscenze che generalmente affrontiamo grazie alla nostra preparazione di base e all'esperienza che ci siamo fatti. Ma non è certo una novità ricordare che il *background* di

conoscenze mediche è in continua evoluzione e che le nostre risposte (o le risposte dei libri) meritano di essere verificate. In più ogni paziente ci pone dei problemi che sono tipicamente suoi: le motivazioni per cui lo vediamo, le opzioni tra le quali dobbiamo scegliere, gli esiti possibili del nostro intervento che dobbiamo prendere in considerazione. Le domande che mettono in primo piano il paziente e le sue caratteristiche sono le domande di *foreground*.

Alcuni esempi renderanno chiare le differenze tra queste tipologie di domanda.

Una bambina di 10 anni presenta acutamente un dolore in sede sacrale. Il dolore le impedisce di stare seduta, si accentua quando si siede o si alza. La bambina non presenta febbre. È presente una posizione antalgica che mette in risalto una lieve scoliosi lombare. L'anamnesi è negativa per traumi o episodi febbrili recenti.

Questo scenario clinico riguarda certamente un problema non comunissimo, ma ci consente subito di porre l'attenzione su un deficit di conoscenze tipicamente da "background". Ognuno di noi ha nel suo ambulatorio un certo numero di fonti informative. La cosa più verosimile è che prima di ogni progetto diagnostico e terapeutico un pediatra di fronte a questo scenario, consulti rapidamente le sue fonti. Comincia quindi l'affannosa ricerca di indici analitici e, a seconda dell'abilità di ricerca, in un tempo "ragionevole" sarà in grado di avere una discreta quantità di ipotesi diagnostiche, di segni clinici da ricercare, di indagini da effettuare. Potrebbe decidere di delegare il problema a qualcun altro, ma per quel che ci serve discutere qui, questo è irrilevante. Anche quest'altro verosimilmente non si troverebbe in una situazione molto diversa. Nel frattempo dove starà la bambina?

Se il rapporto con la famiglia lo consente potrebbe tornare tranquillamente a casa e attendere la nostra affannosa ricerca di "sapere di background". Se non conosciamo la famiglia, verosimilmente l'avremmo ricove-

rata subito o inviata a fare la prima indagine che ci salta in mente per "togliercela di torno", anche se solo per qualche ora. Ma quale indagine? Vale la pena fare la prima indagine che ci salta in mente? Magari una radiografia, senza conoscere esattamente quel che cerchiamo? Conoscendo il carico radioattivo di un Rx che indaga il sacro, ci comporteremo così di fronte a nostra figlia? In realtà alcune risorse ci consentirebbero nel giro di poco tempo di prendere una decisione di primo impatto saggia e scientificamente corretta.

L'eccesso di informazione che tanto preoccupa ci consentirebbe di arrivare piuttosto presto a un programma diagnostico-terapeutico "giusto" e "razionale", a partire dalla domanda giusta:

"Quali sono le cause di dolore sacrale acuto in una bambina di 10 anni?".

Il ragionamento che abbiamo fatto fin qui ci permette di vedere subito alcune caratteristiche delle "domande di background".

La domanda di background che proviene dalla professione reale mette a fuoco un vuoto di conoscenza che non lascia margini a dubbi. Certo, c'è una differenza fondamentale tra un medico esperto e uno studente di medicina. La domanda di background per lo studente di medicina sarà più facilmente qualcosa di simile a:

"Qual è la patogenesi del dolore sacrale acuto nel bambino?"

La domanda di background del medico pratico sarà invece centrata sulle cause, in funzione dell'urgenza del problema che ci troviamo di fronte. Sarà più rivolta al programma da attuare. Questo *semplice* passaggio è frutto dell'esperienza concreta, è difficile (non impossibile) da insegnare in un contesto educativo formale.

L'altra caratteristica fondamentale che ci interessa sottolineare a proposito di una domanda di background è la ricerca della fonte informativa giusta.

La fonte informativa non è difficile da imma-

Per corrispondenza:

CSB Palermo

e-mail: csbdipa@tiscalinet.it

leggere e fare

Abstract

Si può realizzare un modello di formazione permanente "povero" ma culturalmente avanzato? Il leggere e fare è dedicato alla soluzione di scenari clinici. È solo l'inizio di un nuovo percorso fatto di EBM, banche dati, riviste elettroniche, abc del leggere e fare e con qualche ambizione in più: sanità pubblica e malastampa che affronteremo nei prossimi numeri. Un'innovazione, all'interno del percorso tradizionale di "interessi" della nostra rivista.

Quaderni acp 2002; vol IX n°1: 40-42

ginare, è una fonte informativa *tradizionale*: un libro, un articolo di review. Difficile per una domanda di background trovare qualcosa di "più evidente". Forse un protocollo, più spesso qualcosa che si definisce presuntuosamente "una linea guida". La risposta a una domanda di background difficilmente può esser in realtà qualcosa di *meglio e di più* di un review dell'argomento. Spesso solo la "presunzione" del gruppo di lavoro di turno trasforma una "review" in una "linea guida". In poche occasioni questa trasformazione si realizza davvero. In quel caso, per quanto a bassa prevalenza, il problema ha suscitato l'interesse di un gruppo di lavoro al punto da mettere in moto tutti i meccanismi di consenso collettivo che sono alla base di "una linea guida" vera.

Per i pediatri c'è un problema in più, poco affrontato dalla letteratura: si può estendere una linea guida dell'adulto a un problema pediatrico? Non è un problema teorico, più di una volta ci siamo trovati a dover affrontare un quesito simile.

Ma anche la fonte informativa tradizionale può essere consultata ormai più facilmente ed efficientemente con poco sforzo. Solo con un po' di addestramento specifico.

Certamente in maniera più proficua: nessuno di noi ha a casa (e nessuno potrebbe pretendere) le ultime edizioni aggiornate dei principali libri di pediatria. Nessuno ha l'elenco aggiornato degli articoli di review che riguardano l'argomento a bassa prevalenza su cui ci siamo appena imbattuti. Tutti però potremmo avere, in considerazione del fatto di far parte di un *gruppo di formazione lungimirante*, l'accesso in *full-text* a una biblioteca elettronica di interesse pediatrico. Tutti potremmo avere l'accesso elettronico in *full-text* alle principali riviste pediatriche, in modo da poter ricercare la review giusta sull'argomento che ci interessa. Esistono anche biblioteche elettroniche di libri, sono database indicizzati automaticamente che consentono l'accesso contemporaneo ad alcuni libri elettronici (in genere una versione elettronica di un libro tradizionale). Ma interessanti sviluppi si stanno attuando anche in questo campo.

Non sono ancora una risorsa molto conosciuta in Italia, per la verità sono una risorsa ancora largamente sottoutilizzata persino nel mondo anglosassone. Ce ne sono ormai diverse. Alcune richiedono un investimento economico molto alto e sono alla portata soltanto di società scientifiche [qualche società scientifiche

ca fornisce l'accesso ad Ovid e ai suoi innumerevoli database tra i quali anche Books@Ovid (<http://gateway.ovid.com>)]. Altre sono alla portata anche di piccoli gruppi di formazione come MD Consult (<http://www.mdconsult.com>) [MD Consult mette a disposizione degli abbonati una invidiabile biblioteca di libri elettronici e consente un accesso di prova per dieci giorni che include, oltre alla biblioteca elettronica in cui sono inseriti ad esempio il Nelson o il Red Book, un accesso semplificato a Medline e il full-text per 40 riviste, tra le quali il Journal of Pediatrics, Pediatrics, Pediatrics in Review, Clinical Pediatric of North America]. Altre risorse elettroniche stanno sviluppando il loro interesse per la pediatria, tra le più promettenti, ad esempio, Up to Date (<http://www.uptodate.com>), (anche per questa risorsa è previsto un accesso di prova). C'è poi Clinical Evidence, ormai qualcosa in più di una promessa, sia per il pediatra ambulatoriale che per il sub-specialista di settore.

In generale, esempi di risorse per piccoli gruppi di formazione sono ormai innumerevoli e probabilmente sarà utile fornire al lettore, in uno dei prossimi numeri di *Quaderni acp*, un elenco aggiornato e completo dei loro costi di accesso.

Ma procediamo con ordine e torniamo al nostro esempio. La consultazione dei libri che trattano il dolore sacrale ci restituisce un lungo elenco di cause. Il sapere di background ci porta ad altre domande che riguardano la semeiotica, la diagnostica differenziale, le indagini diagnostiche da effettuare. Questo esempio ci consente di trarre una prima conclusione provvisoria: un primo obiettivo potrebbe essere quello di saper affrontare e risolvere le domande che provengono dalla professione reale.

Quanti nuclei di formazione permanente si riuniscono periodicamente ed esaminano le domande reali che provengono dal proprio lavoro? Le domande devono essere trasformate in domande per la letteratura. Questo passaggio richiede una fase di addestramento specifico? Probabilmente sì.

In questa rubrica ci occuperemo di fare esempi concreti per aiutare a sviluppare questa metodologia. Come si vede, fin qui si è tenuta volutamente fuori l'EBM. Non perché non ci sia utile, ma perché prima vorremmo chiederci: *serve sviluppare la capacità di interrogare un esperto competente di nome: "la letteratura medica"?*

L'impressione è che talvolta si vada svilup-

pando tra i colleghi l'idea che il telefono o l'e-mail possano sostituire efficacemente la capacità di saper rivolgere domande alla letteratura. In realtà, senza nulla voler togliere all'enorme valore educativo della discussione di gruppo dei casi clinici (pratica semmai troppo poco praticata in Italia, se non con rilevanti ed estremamente istruttive eccezioni), la capacità di saper chiedere soluzioni alla letteratura è pratica ancora meno diffusa, come se "la tradizione orale", il "colloquio informale" potesse essere sempre un'alternativa efficace e realizzabile.

Torniamo al nostro esempio e diamo per scontato che la progressiva acquisizione di sapere di background ci ha portato a risolvere alcuni quesiti sulle cause possibili e le manovre semeiotiche di base; inevitabilmente ci troveremo di fronte a domande che riguardano "il nostro paziente":

Come scoprire il valore di uno o dell'altro test diagnostico? Che valore dare ad un test per escludere con certezza un problema che ci preoccupa? Che valore dare a un test per confermare una patologia che potrebbe essere trattata con un farmaco relativamente innocuo ma per un periodo lungo? Quale terapia proporre? Quale prognosi formulare? Tutto questo richiede l'acquisizione di competenze specifiche proprie del "saper leggere la letteratura"; l'EBM che è stata messa da parte fin qui, non può che tornarci utile: *come si affronta senza l'EBM l'eccesso di informazione che caratterizza la letteratura medica?*

Questa nuova rubrica nasce per rispondere a due quesiti fondamentali:

- Come formulare le domande per saper condurre una buona ricerca bibliografica?

- Come interpretare i dati della letteratura per risolvere i nostri quesiti clinici?

Non sarà facile, ma è un progetto che ci appassiona. L'esperienza maturata con il leggere e fare ci ha insegnato molto sui nostri difetti, ci auguriamo di migliorare almeno un po' con questa nuova rubrica.

Gli esempi che leggerete in questo numero sono tratti dalla sperimentazione avviata all'interno del *Centro per la Salute del Bambino* e del gruppo di *Quaderni acp* negli ultimi tre anni. Speriamo di stimolare la vostra curiosità e di aiutare a diffondere un metodo che per noi (ma forse ancor più per i nostri pazienti) si è rivelato estremamente proficuo. Preferiamo non dilungarci sullo schema che abbiamo scelto per proporre la presentazione dei quesiti e delle soluzioni. Si vuol solo pre-

Nota

Per facilitare la lettura degli scenari del leggere e fare abbiamo preparato un **glossario**, si veda **pagina 48**, dove troverete **tutti i termini marcati in MAIUSCOLETTO ROSSO**. Molte spiegazioni verranno inoltre fornite contestualmente alla presentazione degli scenari nei box in grigio.

cisare (ma ci torneremo diffusamente in seguito) che l'esposizione è una variante di quella proposta dai Critically Appraise Topic (CAT) di Sackett (2), solo leggermente modificata. L'esperienza internazionale ha infatti dimostrato che questo modello è quello più vicino al medico pratico che si trova a dover affrontare spesso molti quesiti per i quali difficilmente avrà la possibilità di fare riferimento a **METANALISI O RCT DI ALTA QUALITÀ**. Gli "scenari clinici del leggere e fare" non escluderanno pertanto dalla loro analisi articoli che non raggiungono l'apice della **scala dell'evidenza**, ma si farà attenzione a sottolineare costantemente le debolezze degli articoli scelti e il grado di "certezza scientifica" che è dietro ad ogni affermazione.

Ognuno di noi ha sperimentato, come medico pratico, il senso di impotenza che si prova di fronte ad affermazioni nettamente contrastanti che derivano dalla lettura di articoli di autori diversi, anche se sullo stesso argomento. Non ci sono soluzioni facili rispetto a questo problema: l'esercizio alla lettura critica è l'unica soluzione.

Tuttavia, per cominciare e fare riferimento a un linguaggio condiviso minimo abbiamo deciso di marcare le affermazioni fatte nelle conclusioni con un "grado di evidenza" estremamente semplificato.

In accordo all'esperienza dei medici di medicina generale del Galles (3) (4) utilizzeremo una gerarchia molto semplificata (e imprecisa). Diremo che le conclusioni raggiungono gradi di evidenza da 4 a 1:

4 molto bassa, 1 molto alta. (**tabella 1**)

Mentre le conclusioni che fanno riferimento a una linea guida verranno marcate con la lettera G, proprio per l'enorme difficoltà di discernere tra linee guida di diversa qualità cui si faceva riferimento prima in questo articolo: l'intelligenza critica del lettore è l'unica garanzia che siamo riusciti ad individuare.

Un'evidenza molto bassa non significa necessariamente che la qualità dello studio è molto bassa. Per alcuni problemi è pressoché impossibile raggiungere evidenze molto alte. Chi sottoporrebbe suo figlio a uno studio metodologicamente perfetto per scoprire il carico radioattivo necessario a causargli la leucemia linfatica acuta?

Per certi problemi dobbiamo fare riferimento a "evidenze epidemiologiche più modeste". Per altri problemi invece, per lo più di terapia (in specie laddove la pressione del marketing è più forte), non prenderemo in considerazione

ne articoli di livello inferiore agli **RCT**.

Marcare una affermazione scientifica facendo riferimento a una scala gerarchica è sempre operazione difficile e dubbia, ma è il dubbio e non la certezza il pregio maggiore della metodologia scientifica; è il dubbio e non la certezza quel che avvicina di più la medicina moderna alla scienza moderna. Lasciamo le certezze ai cattivi maestri (categoria rigorosamente distinta da quella degli esperti) non dimenticando che ce ne sono anche tra i "cultori dell'evidenza" (5) e avviciniamoci ai problemi con cautela, incertezza, passione e rispetto per i nostri pazienti.

Tabella 1: Gerarchia semplificata dell'evidenza (4)

Grado di evidenza	Tipo di studio
1	Review sistematica metanalisi
2	RCT
3	Studi di coorte Studi caso-controllo Survey Case report
4	Opinione di esperti
G	Linee guida pubblicate

NOTE FINALI

1. A pagina 50 pubblichiamo una sintesi del processo metodologico utilizzato per la soluzione degli scenari; un processo, ovviamente, in itinere che non pretende di essere completo o metodologicamente "perfetto". Il lettore "curioso" troverà utile confrontarsi con la nostra proposta e analizzare i punti critici di questo processo.

2. Le abbreviazioni utilizzate negli scenari e riprese nel glossario di pagina 48 sono quelle della letteratura internazionale EBM perché ci siamo accorti che il tentativo (fatto nei numeri precedenti di *Quaderni acp*) di tradurre in italiano le sigle genera frequentemente confusione.

PREREQUISITI PER LA LETTURA DEGLI SCENARI DEL LEGGERE E FARE

1. Il glossario pubblicato a pagina 48 è un invito alla verifica della conoscenza di concetti di base che non possono esaurirsi in semplici definizioni. Il glossario completo è disponibile sul web all'indirizzo di *Quaderni acp*: www.quaderniacp.it

2. Gli scenari che presentiamo in questo numero riguardano problemi di terapia. Abbiamo preferito presentare i risultati, laddove possibile, in termini di eventi, confrontando il numero di insuccessi nel gruppo sperimentale (**EER: EXPERIMENTAL EVENT RATE**) con quello del gruppo controllo (**CER: CONTROL EVENT RATE**).

3. Sono disponibili on line numerosi articoli-guida alla lettura critica di problemi di terapia. Contemporaneamente alla versione su carta, di questo articolo sarà realizzata una versione per il sito di *Quaderni acp* con attivi una selezione di link didattici.

4. I concetti di base che il lettore deve preliminarmente conoscere per avvicinarsi alla lettura sono oltre all'**EER** (EXPERIMENTAL EVENT RATE), al **CER** (CONTROL EVENT RATE), all'**INTERVALLO DI CONFIDENZA (IC)**, quello di **DIFFERENZA STATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA**, di **RRR** (RELATIVE RISK REDUCTION) **ARR** (ABSOLUTE RISK REDUCTION) E DI **NNT** (NUMBER NEEDED TO TREAT), concetti tutti ripresi nel glossario cui si rimanda anche per la bibliografia di riferimento.

Bibliografia

- (1) Sackett D et al. How to practice and teach EBM Churchill Livingstone 2000
- (2) Centre for Evidence-Based Medicine What is a Cat? <http://cebmljr2.ox.ac.uk/docs/cats/catabout.html> (accesso 2 febbraio 2002)
- (3) Brassey J et al. Just in time information for clinicians: a questionnaire evaluation of the ATTRACT project *BMJ* 2001;322:529
- (4) Attract project EBM, Hierarchies of Evidence <http://www.attract.wales.nhs.uk/about/HOE.htm> (accesso 5 febbraio 2002)
- (5) Sackett D The sins of expertness and a proposal for redemption *BMJ* 2000;320:1283