

Linee guida La discussione sul ricorso alla «Evidence based medicine»

Come si stabilisce se una terapia è efficace

Da almeno 20 anni si parla della medicina basata sulle prove di efficacia

Se c'è una cosa che piace a chi va dal medico è sentirsi preso in considerazione come caso specifico e individuale. Piace meno essere trattati secondo schemi prefissati. Negli ultimi venti anni si è sviluppata la cosiddetta *Evidence Based Medicine* (EBM), la Medicina basata sulle prove di efficacia, grazie alla quale per molti disturbi sono disponibili precise indicazioni provenienti dalla ricerca clinica su cosa è efficace e cosa non lo è.

È possibile che la disponibilità di linee guida cosiddette *evidence based* possa aver ridotto l'attenzione dei medici verso le aspettative del singolo paziente? Se lo sono chiesti Pamela Hartzband e Jerome Groopman dell'Harvard Medical School di Boston in un editoriale pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, nel quale affermano che ci sarebbero due "scuole" nel pensiero medico contemporaneo: il *medical humanism* che si focalizza sui valori personali e le preferenze del paziente; la pratica medica *evidence based* che avrebbe invece l'obiettivo della scientificità.

Dice in proposito il professor Roberto D'Alessandro re-

sponsabile del programma di Evidence Based Medicine - Medicina orientata al paziente del Policlinico S.Orsola Malpighi di Bologna: «Ascoltare il paziente, sì, anche se un medico troppo condiscendente non è augurabile. Si sa, ad esempio, che gli strumenti diagnostici tecnologici sono guardati favorevolmente dai pazienti, che magari chiedono di poter effettuare una Tomografia Computerizzata, la cosiddetta TAC, o una Risonanza Magnetica, per una migliore definizione diagnostica del loro mal di schiena. Ma le prove derivanti dall'EBM indicano che queste esplorazioni diagnostiche sono spesso inappropriate e possono portare a esiti peggiori in chi le fa che in chi non le fa. Infatti, dopo una TAC o una Risonanza Magnetica è più facile finire sotto i ferri del chirurgo anche per mal di schiena che dal chirurgo non sarebbero mai dovuti arrivare. In questi casi il medico dovrebbe avere la fermezza di dire al paziente che quel tipo di indagine diagnostica per il

suo caso non è indicata. Ma se il paziente insiste alla fine il medico cede». «In questi casi il medico deve essere sufficientemente autorevole per affrontare la questione sul piano dell'EBM — dice ancora il professor D'Alessandro — e deve spiegare al paziente che un esame non appropriato può generare più problemi che soluzioni. Tuttavia, sono molte le variabili che possono influire sulla risposta: il medico deve essere disponibile e rivedere il paziente in casi di evoluzione non favorevole, deve sentirsi sicuro delle proprie capacità cliniche, non deve essere troppo preoccupato degli aspetti medico legali. Talora è accettabile eseguire un esame solo per tranquillizzare il paziente, quando è chiaro che questi non starà mai bene fino a che l'esame non sarà stato eseguito. Comunque, come per le decisioni riguardanti la terapia, è cruciale il rapporto medico-paziente: capacità d'ascolto e autorevolezza del medico da una parte, fiducia e autonomia del paziente dall'altra».

Certamente più egualitaria

sta diventando la relazione tra medico di famiglia e paziente, ma quando si arriva in ospedale, la comunicazione tende a ridiventare diseguale. Fino a che punto questo possa accadere lo mostra Lucia Fontanella, autrice di un libro intitolato proprio «La comunicazione diseguale» (Il Pensiero Scientifico Ed.). Nel libro viene riportata l'esperienza di un ricovero ospedaliero dell'autrice, che è stata docente di filologia e linguistica all'Università di Torino. «Ero, come tutti i malati, in una situazione di grande svantaggio — dice Lucia Fontanella —. Questa è la comunicazione diseguale. Prendiamo l'ospedale. Alcuni ci lavorano, magari da tanto tempo, e più il tempo passa più pensano davvero che quel posto sia loro, che quella gente che arriva lì per essere curata



sarebbe anche una cosa bella che non arrivasse per niente: sono troppi, dei perfetti estranei, hanno i parenti, vogliono ciò che non si può o non si vuole fare. Ma il mondo dell'ospedale ha imparato a difendersi: il tempo te lo concede quando e come vuole, ti parla quando e come vuole».

Insomma, in ospedale gli operatori sanitari sono a casa loro, i malati no. Secondo Lucia Fontanella questo si vede soprattutto nell'espropriazione nei confronti del malato del suo spazio ("questo posto è mio, tu sei un intruso...") e del suo tempo ("tu vieni e vai quando lo dico io"), ma anche nel modo di comunicare tendenzialmente imperativo, come quando il medico di Pronto Soccorso, a lei che aveva timore di farsi visitare per il troppo dolore all'addome, ha detto: "Se non le va, poteva starsene a casa...".

Danilo di Diodoro

© RIPRODUZIONE RISERVATA