

Carlo Poggiali

**MEDICINA BASATA SULLA CERTEZZA DELLE VERIFICHE,
MEDICINA BASATA SUI RESOCONTI DEI PAZIENTI, CASISTICHE
CLINICHE ED OMEOPATIA NELLA LETTERATURA MEDICA
RECENTE**

VORREMMO AVER TUTTI A DISPOSIZIONE UNA BELLA DOSE DI CERTEZZA
QUANDO SIAMO SUL PUNTO DI PRENDERE UNA DECISIONE

Attualmente il termine EBM (evidence based medicine = medicina delle evidenze = medicina delle prove certe = medicina basata sulla sicurezza delle verifiche) è diventato un cliché ed è usato come sinonimo di *buona medicina* o di *medicina scientifica*. La chiave dell'EBM risiede nella scala gerarchica della sicurezza delle verifiche: all'apice stanno le revisioni sistematiche dei trial controllati e randomizzati, seguono i singoli trial controllati e randomizzati, e, giù giù, i trial non randomizzati, gli studi osservazionali ed infine le casistiche cliniche. Le sperimentazioni cliniche controllate e randomizzate che siano in grado di mettere in luce il nesso primario tra un intervento specifico e un risultato clinico specifico sono ritenute il metro di riferimento, il migliore in assoluto, lo standard aureo di questo modello gerarchico di certezza ^[9].

Tuttavia questo schema che è in massima parte proteso all'apice della gerarchia e che considera i livelli sottostanti come apporti di verifiche progressivamente più deboli non è altrettanto efficiente nel dare una chiara rappresentazione di quanto rilevanti siano poi gli interventi sulla salute, ritenuti sicuri e verificati, per i pazienti stessi, né di ciò che avviene tra medico e paziente nella pratica clinica di ogni giorno.

L'EBM si propone di offrire al medico le informazioni più aggiornate sull'accuratezza e la precisione dei test diagnostici, sulla potenza dei marcatori prognostici e sull'efficacia e sicurezza di programmi terapeutici e preventivi. La certezza clinica esterna alla consultazione diagnostico-terapeutica, che l'EBM mette via via a disposizione, rende man mano non più validi i test diagnostici e le terapie precedentemente accettate e li sostituisce con altri test e terapie che sono più potenti, più efficaci e più sicure ^[6].

Tuttavia, secondo le parole degli stessi fondatori, l'EBM: “non è né può essere utilizzata come il libro delle ricette di cucina. Poiché implica un'impostazione che parte dalla periferia (bottom up approach), che è l'ambiente dove si affrontano i problemi concreti e dove vengono amalgamate attivamente le migliori certezze esterne con la perizia individuale e con le scelte del paziente, non può ridursi all'adeguarsi servile ad un repertorio di precetti che predeterminino come affrontare la cura dei singoli. L'evidenza clinica che proviene dall'esterno può improntare, ma mai sostituire, la perizia clinica individuale ed è questa perizia che decide se la certezza esterna è completamente applicabile a quel preciso paziente e, quando questo accade, come debba entrare a far parte nella decisione clinica” ^[6].

Dall'EBM derivano, come logica conseguenza, le linee guida diagnostico-terapeutiche che non sono sempre applicabili in ogni singola circostanza: per esempio è stato calcolato che solo il 10% dei pazienti affetti da ipertensione e che si rivolgono al medico di base è affetto da quel tipo di ipertensione non complicata e di media gravità che può essere trattata in modo conforme alle linee guida standard della medicina delle evidenze ^[3].

Le ragioni per le quali i pazienti si ammalano o migliorano sono assai complesse e non possono venir isolate appieno nelle situazioni controllate in cui si svolgono i trial. Nelle pubblicazioni attinenti ai “grandi trial” che stanno alla base della medicina delle prove certe i singoli pazienti vengono rappresentati come dei puntini nei diagrammi, le leggi più generali che se ne possono dedurre (di solito rappresentate da una linea, possibilmente retta, equidistante ai punti) sono pertinenti alla cronaca del campione statistico oggetto del trial (e si presume anche dell'intera popolazione), non alla storia dei singoli soggetti reclutati per la ricerca ^[3]. La medicina, invece, così come vien praticata dai medici pratici nei luoghi a ciò preposti si occupa dei singoli pazienti ognuno con caratteristiche peculiari che possono esser difforni da quelle dei campioni omogenei oggetto dei trial. In questi casi la miglior evidenza deriva dall'accumularsi dei dati di osservazione raccolti nelle circostanze in cui si svolge la pratica clinica di ogni giorno: questi permettono di stimare la probabilità di guarigione in una situazione più realistica rispetto a quella “di laboratorio” in cui si svolgono i trial ^[9].

Non solo, le malattie dei singoli pazienti sono delle esperienze considerevolmente articolate di natura fisica, psicologica e sociale che spesso non possono esser descritte adeguatamente con singoli dati oggettivi di misura ^[3-5-9]. La migliore evidenza, in tal caso, è data dal significato che il paziente dà alla sua malattia ed alla sua guarigione ^[9]. Per cogliere questo aspetto la medicina attuale si rivolge di nuovo con interesse all'arte, che sembrava perduta, di prestare un orecchio attento alla narrazione che il paziente fa della propria malattia. Questo indirizzo metodologico che ha preso il nome di Narrative Based Medicine (NBM) ha dato consistenza alle ragioni per cui si deve porre di nuovo attenzione alle storie narrate dai pazienti ^[4] :

I. **Nella fase diagnostica della consultazione il racconto:**

1. è la forma concreta con cui il paziente esprime la propria esperienza di cattiva salute
2. favorisce l'empatia e la comprensione tra medico e paziente
3. permette di dare un significato agli eventi
4. può fornire utili indizi e prefigurare categorie [in cui collocare gli eventi]

II. **Nella fase terapeutica il racconto:**

1. promuove un approccio terapeutico che tenga conto di corpo, mente, emozioni, spirito, contesto dei valori appartenenti alla comunità in cui vive il paziente
2. è intrinsecamente terapeutico o palliativo
3. può prefigurare o far adottare da subito opzioni terapeutiche aggiuntive

III. **A livello educativo il racconto:**

1. è spesso memorabile
2. è radicato nell'esperienza
3. spinge a riflettere

IV. **Nel settore della ricerca il racconto:**

1. aiuta nel mettere a punto un'agenda centrata sul paziente

2. può mettere in discussione il sapere ricevuto dall'esterno
3. può generare nuove ipotesi ^[8-7].

Il racconto del paziente, a sua volta, è parte di una *rappresentazione* complessa nella cui redazione confluiscono vari testi ^[3]:

1. Il testo dell'esperienza della malattia che è narrato dal paziente: questo testo ingloba il significato che il paziente attribuisce ai vari sintomi, le sue considerazioni e le sue aspettative.
2. Il testo dell'anamnesi, ovvero ciò che il medico interpreta essere il nocciolo del problema nella storia narrata dal paziente. (Ampiamente trattato nell'*Organon* ^[1: §§. 84-89]).
3. Il testo delle percezioni fisiche che il medico raccoglie qua e là dall'esame obbiettivo.
4. Il testo dell'apparato strumentale ovvero ciò che *dicono* gli esami del sangue o le radiografie. In questo caso *le macchine* sono usate come co-autrici di una storia più ampia.
5. Il testo degli eventuali consulenti.
6. Il testo della prescrizione.

Fisicamente questi testi vengono assemblati in un fascicolo che tien conto delle vicende successive del caso clinico fino allo sciogliersi della commedia o del dramma. Ma, cosa più importante, i nuclei a cui riferirsi (*script*) di queste *rappresentazioni* verranno conservati nella memoria del medico insieme alla descrizione dei casi esemplari trasmessi dai maestri o narrati o discussi dai colleghi e, prontamente scorsi a livello subliminale di fronte ad ogni nuovo caso, ispireranno la condotta che porterà alla decisione clinica più appropriata. In ciò consiste la perizia clinica ^[3], che è chiamata ad un rapporto dialettico con gli apporti dell'EBM e con le aspettative e le preferenze del paziente ^[3-6].

L'omeopatia nel suo modo di procedere ha da sempre fornito un ampio spazio a ciò che riferiscono i pazienti mediante la tecnica della doppia anamnesi: spontanea e provocata ^[1: §§. 84-89], pur non trascurando l'esame obbiettivo ^[1: §. 90] ed ha attribuito notevole importanza alla descrizione dei casi clinici ^[8]:

1. Un buon caso è in grado di aggregare in una storia clinica coerente tutti quegli elementi che nelle materie mediche e nelle patogenesi sperimentali sembrano dei brandelli sconnessi d'informazione.
2. I casi clinici descrivono l'attuazione pratica del modo di procedere dell'omeopatia: il senso della cura, la strategia della prescrizione, la scelta della diluizione/dinamizzazione.
3. Con la descrizione dei casi apprendiamo le ragioni di chi li descrive nello scegliere il modello utilizzato per esplorare i rapporti tra corpo, mente e ambiente.
4. Un caso clinico ben condotto fa apprezzare la parte che compete all'omeopatia all'interno di un approccio integrato alla cura includendo i dettagli degli esami clinici, la diagnosi ed il trattamento proposti dalla medicina convenzionale ed il ruolo che questi rivestono nel processo terapeutico.

5. I casi clinici raccolti con regole uniformi in appositi database da molti omeopati ^[2-4-5] offrono la possibilità di raccogliere informazioni epidemiologiche ed informazioni sui modelli prescrittivi, sugli esiti del trattamento e sui costi dello stesso. Permettono altresì di formulare nuove ipotesi ^[7], di mettere in discussione il sapere ricevuto e di contribuire alla trasformazione ed alla manutenzione del bene omeopatia.

Attualmente la ricerca epidemiologico/qualitativa privilegia la raccolta prospettica dei casi ^[2] per l'ovvia ragione di evitare sia l'universale scotomizzazione dei casi che hanno avuto esito negativo sia le più frequenti ragioni del bias da pubblicazione. Ma anche la raccolta dei casi retrospettivi ha una funzione che occupa un suo spazio ^[7-8]:

- a. In questo momento in cui la Medicina convenzionale sta scoprendo il valore dei resoconti dei pazienti la Medicina omeopatica può farle conoscere e proporre molto di ciò che ha fatto e sta facendo in questo ambito.
- b. Il proporsi di dare comunicazione pubblica dei casi clinici ben condotti oltre ad essere utile a tutta la Comunità omeopatica ha, quanto meno, una ricaduta benefica sulla tenuta delle cartelle cliniche e con ogni probabilità anche sui pazienti stessi.
- c. Anche se non si può dire con certezza come funzioni l'Omeopatia è sempre possibile mostrare alla Comunità medica in senso lato che l'Omeopatia è in grado di proporre forme di cura molto concrete che non sono da attribuire ad altri fattori estranei a questa metodica.
- d. L'impegno profuso nella descrizione rigorosa dei casi è un ottimo allenamento per partecipare alle ricerche prospettiche di ampio respiro che vanno reclutando omeopati di vari paesi ^[2].

Andrebbero però osservati dei requisiti minimi per la presentazione dei casi ^[8]:

1. ogni caso dovrebbe fornire informazioni cliniche minuziose
2. nella descrizione dovrebbe esservi inclusa l'anamnesi spontanea del paziente ed idealmente dovrebbe includerne alcune frasi significative
3. dovrebbe essere esposto in dettaglio l'esame del caso dal punto di vista della metodica specifica adottata: a griglie successive, costituzionale, repertoriale
4. dovrebbe esservi tratteggiata la diagnosi differenziale tra i medicamenti e discussa la strategia del trattamento e le sue basi razionali.
5. dovrebbe comprendere un follow up adeguato [nei casi cronici di almeno sei mesi, un anno]
6. dovrebbe comprendere delle opportune triangolazioni ^[5-8] con l'intento di consolidare o di contraddire le conclusioni. Fonti di triangolazione, ad esempio, sono le informazioni fornite dal genitore, dal coniuge o dal medico di famiglia. Altre fonti possibili di triangolazione per valutare gli esiti della cura (come variazioni da una base) sono le misure semi-quantitative ottenibili con i questionari della QoL e quelle oggettive fornite dagli esami strumentali
7. andrebbero ben soppesate tutte le cause di mutamento sullo stato di salute del paziente e non si dovrebbe attribuirlo automaticamente, come d'abitudine, al trattamento omeopatico di per sé.

Nonostante che la raccolta dei casi clinici anche ben fatti sia situata nel punto più basso dalla teoria dell'EBV tuttavia una maggiore diffusione di questa pratica oltre che motivo

di crescita sia interiore che professionale può costituire un fenomeno nient'affatto trascurabile ^[7]. Tutto sommato l'AIDS ha cominciato ad esser riconosciuto come entità nosologica a sé stante attraverso l'accumularsi di singole segnalazioni pubblicate via, via sul *NEJM*.

Bibliografia:

1. Hahnemann S “Doctrines Homœopathique ou Organon de l'Art de Guérir”, Grivet, Genève, 1952, pg. 107-113
2. Marianne Heger “Data collection in homeopathic practice using the Internet. A first step in creating a valid and systematic multinational database on clinical cases”, atti della Conferenza Internazionale “Improving the Success of Homeopathy 3: Reuniting Art and Science” a cura del British Homœopathic Hospital, Febbraio 2000, pg. 18-21
3. Trisha Greenhalgh “Narrative based medicine in an evidence based world”, *BMJ*, 318, 1999, pg. 323-325
4. Trisha Greenhalgh, Brian Hurwitz “Why study narrative?”. *BMJ*, 318, 1999, pg. 48-50
5. Kirsti Maltherud “Clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers”, *The Lancet*, 358, 2001, pg. 397-400
6. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS “Evidence based medicine: what it is and what it isn't”, *BMJ*, 312, 1996, pg. 71-72
7. Suler JR “Intensive Case Studies in Cyberspace”, www.rider.edu/user/psycyber/psycyber.htm
8. Thompson T, Owen D, Swayne J “The case for cases: publishing high-quality case reports in homeopathy”, *Homeopathy*, 91, 2002 pg. 1-2
9. Wayne B Jonas “The evidence house: how to build an inclusive base for complementary medicine”, *West J Med*, 175, 2001 pg. 79-80

Carlo Poggiali