

Una sfida vincente

A Stefano Cagliano mi legano da anni l'interesse per la farmacologia clinica, il lavoro in Pronto Soccorso, la passione per la scrittura. È quindi con piacere che lo vedo realizzare, insieme ad Adriano Addobbati, con la collaborazione di Giovanna Tarquini, un progetto a cui pensava da tempo: un manuale di Pronto Soccorso che, pur nascendo come strumento di utilizzo pratico per i medici impegnati in questo settore, fosse anche capace di richiamarli ad un atteggiamento critico sui problemi e a scelte meditate.

L'obiettivo non è dei più semplici, la riflessione critica richiede spesso un'analisi approfondita della letteratura e dei suoi aspetti controversi, mentre la pratica quotidiana di chi si deve occupare in breve tempo di molti pazienti affetti dalle più svariate condizioni cliniche vuole indicazioni chiare e velocemente applicabili.

Nell'impostazione del loro testo, gli autori hanno scelto di elencare quelle che potremmo chiamare le "idee guida" che devono informare l'approccio ai pazienti e le scelte del medico in apertura di ogni capitolo, con una serie di affermazioni e di richiami che riassumono gli aspetti principali del ragionamento clinico. Viceversa, la strada del fare, qui e ora, trova la sua principale espressione negli algoritmi che corredano il testo e che sono opportunamente elencati in un indice dedicato, per facilitarne la rapida consultazione. Il resto della trattazione segue i più tradizionali capitoli della diagnosi e della terapia, con un'utile suddivisione tra i momenti della prima e della seconda valutazione. Una bibliografia, aggiornata ma purtroppo non sempre di facile reperibilità, è a disposizione di chi voglia approfondire.

In un mondo sempre più capillarmente informatizzato, la scelta di produrre testi scientifici cartacei ha ogni volta le caratteristiche di una sfida. Eppure è una sfida che nel campo della Medicina d'urgenza in molti continuano ad accettare, dimostrando quanto possano variare le modalità di trasmissione delle conoscenze, nell'obiettivo comune di aiutare il lavoro dei medici e, tramite loro, di garantire ai pazienti la migliore assistenza possibile.

Cagliano e Addobbati fanno con questo manuale la loro proposta, che nasce da una lunga esperienza clinica e dalla passione per la divulgazione. A loro va il mio augurio perché sia una sfida vincente.

Daniele Coen

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda,
Milano

Si può essere slow in situazioni di emergenza?

Confesso che quando l'editore mi ha proposto di scrivere la presentazione di questo volume sono rimasto piuttosto perplesso. È pur vero che nei tanti anni in cui ho svolto le funzioni di direttore sanitario ho avuto modo di occuparmi spesso di Pronto Soccorso, per disegnarne gli spazi, rivedere gli aspetti organizzativi, dirimere i contenziosi e gestire le maxi-affluenze durante i periodi influenzali, ma si trattava di questioni molto diverse.

Che cosa avrebbe potuto dire, a chi lavora in un Pronto Soccorso, uno che ha fatto della "lentezza" una regola di vita e una scuola di pensiero? Il Pronto Soccorso è l'emblema dell'urgenza, delle decisioni veloci e dell'immediatezza. Nel Pronto Soccorso il tempo è una risorsa vitale, non si può indulgere in discussioni, occorre agire subito, senza esitazione. Decisioni e omissioni sono importanti e la posta in gioco è la vita. In Pronto Soccorso bisogna applicare i protocolli e attenersi alle regole. Ci sono corpi da esaminare, organi da riparare, ferite da ricucire, esami da interpretare: nulla a che fare con un medico slow. No, no, proprio non mi riguardava.

Ci ho pensato un attimo e ho deciso di accettare. Dopotutto poteva essere una buona occasione per esporre qualche considerazione sulla medicina d'oggi, sempre più caratterizzata dall'azione, dalla crescita e dal fare. Una medicina dove pensiero e riflessione trovano scarsa considerazione perché chi propone di fare di più è ritenuto un vincente e non ha neppure l'onere della prova.

La prima riflessione riguarda l'*uso del tempo*. La nostra esistenza è scandita dal trascorrere implacabile del tempo e, in un Pronto Soccorso, il tempo sembra possedere velocità diverse: non passa mai per chi è in attesa di visita e trascorre vorticosamente per i pazienti in situazioni critiche. Il tempo è denaro, si dice, ma al contrario del denaro non si può accumulare: si può solo utilizzare, subito, in modo irreversibile e possibilmente bene. È forse per questo che siamo così frenetici. Siamo abituati a pensare che il tempo ci sfugge e per questo motivo tante più cose facciamo, tanto meglio è. Ma è sempre vero?

I Greci definivano il tempo in due modi diversi. C'era *kronos*, il tempo fisico, lineare. Il tempo che scorre e che scandisce le giornate e le azioni. È il tempo percepito

come movimento, benché allora non vi fossero strumenti adeguati per misurarlo. Questo genere di tempo è quello a cui di solito ci riferiamo e che tentiamo di controllare gestendo i singoli eventi a mano a mano che si presentano, spesso in modo disgiunto l'uno dall'altro. Selezioniamo una piccola parte degli avvenimenti e su questi frammenti, incalzati dagli eventi, decidiamo cosa fare, il più presto possibile, ignorando le connessioni e senza riflettere sulle conseguenze, anche indirette, delle nostre scelte.

I Greci avevano, però, anche un altro modo per indicare il tempo: *kairos*. Kairos era il tempo opportuno, diremmo oggi il momento giusto per fare le cose giuste. Si badi bene che questo concetto non è solo un'astrazione ma ha un potente effetto pratico. Averne consapevolezza significa, infatti, comprendere che gli eventi sono in qualche modo correlati e che i risultati delle nostre azioni dipendono non solo da noi, ma dalle circostanze e dal contesto in cui operiamo.

Imparare a percepire l'insieme, oltre che i dettagli, può essere molto utile per mantenere il controllo del contesto anche nei momenti più critici, per non cedere all'ansia e per gestire gli imprevisti e l'incertezza che caratterizzano le nostre vite. In questo modo il tempo diventa un alleato perché ci aiuta a cogliere ciò che succede al di fuori del campo d'intervento e a trasformare le reazioni in azioni. Insomma, un modo efficace per sfuggire alla tirannia della fretta e per riappropriarci del controllo di ciò che facciamo in una prospettiva sistemica. Ciò vale in particolare nel Pronto Soccorso, dove per curare un solo paziente sono coinvolte decine di operatori con ruoli e saperi diversi che interagiscono, si parlano, si influenzano a vicenda e si prendono cura di persone che desiderano essere trattate con dignità e rispetto, non semplicemente come macchine biologiche da riparare.

Il secondo aspetto di cui vorrei parlare riguarda i *protocolli di diagnosi e cura*, che peraltro costituiscono l'essenza di questo manuale.

In Pronto Soccorso i pazienti si aspettano di ricevere risposte pronte e appropriate. A questo scopo linee-guida e protocolli sono di fondamentale importanza e in tal senso gli autori non hanno lesinato nulla per mettere il medico a proprio agio. C'è tutto ciò che serve: indicazioni chiare e facilmente rintracciabili, procedure di facile applicazione e basate sulle migliori evidenze scientifiche. Inutile dire che tali strumenti costituiscono un ausilio insostituibile per gli operatori e che la loro applicazione può contribuire a salvare la vita e a ripristinare la salute di molte persone. Restano tuttavia due questioni aperte: i *limiti della conoscenza* e il *rischio di fare troppo*.

Che in Pronto Soccorso si facciano cose prodigiose per la vita e la salute delle persone è fuori discussione. Dobbiamo, però, ammettere che le conoscenze mediche sono piuttosto limitate e che la tecnologia non sempre è la risposta più adatta per risolvere i problemi di salute. Secondo il *Clinical Evidence Handbook*, meno del 15% di ciò che costituisce la pratica clinica è basato su valide prove di efficacia e due terzi delle quasi 10.000 raccomandazioni di *UpToDate* sono poco consistenti sul piano clinico e poco adatte ad essere utilizzate in modo standardizzato. Poco

sappiamo anche dei lievi disturbi, privi di base organica (*medical unexplained symptoms*), che affliggono gran parte delle persone, le quali, in cerca di sollievo, giungono spesso nel luogo meno adatto: il Pronto Soccorso, per l'appunto.

La maggior parte delle persone, però, pensa che la medicina e la tecnologia siano in grado di risolvere qualsiasi problema. I pazienti vogliono dare un nome ai sintomi che li affliggono, pretendono di individuare una causa per i loro disturbi e si aspettano di ricevere cure efficaci e prospettive di guarigione. A questo scopo si rivolgono con fiducia al Pronto Soccorso perché lì possono trovare le conoscenze, gli specialisti, le tecnologie. Inoltre il Pronto Soccorso è sempre aperto, costa relativamente poco (a parte le attese estenuanti) e soprattutto non può rifiutare nessuno. Con queste premesse il medico non può che appagare le aspettative della gente, che peraltro coincidono con ciò che gli è stato insegnato: richiedere esami diagnostici, eseguire procedure mediche e chirurgiche e prescrivere farmaci, anche quando potrebbe tranquillamente farne a meno. Così, la cultura del fare, la fretta, la mancanza di comunicazione, la paura di sbagliare, l'ansia di trascurare qualcosa di importante e magari incorrere in un contenzioso medico-legale generano un pericoloso eccesso di prescrizioni. Secondo un recente studio condotto dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), più di un terzo degli esami strumentali e di laboratorio viene prescritto a scopo difensivo e in Pronto Soccorso, molto probabilmente, anche di più.

Tutto ciò, però, non è privo di rischi. Vi sono ormai solide prove che un eccesso di prescrizioni può provocare gravi conseguenze sulla salute, a causa degli effetti dannosi dovuti alle complicanze delle procedure diagnostiche e terapeutiche, agli effetti collaterali dei farmaci, all'esposizione a radiazioni ionizzanti e soprattutto alla sovradiagnosi. Cioè al rischio di individuare una malattia di cui non saremmo mai venuti a conoscenza e che invece siamo costretti a curare. La medicina è ricca di esempi di persone che hanno avuto la vita rovinata per questo motivo.

L'estensione del paradigma riduzionistico alla biologia e alla medicina ha completamente sovvertito il modo di affrontare i problemi: l'attenzione è centrata sul funzionamento di apparati, organi e cellule, mentre le esigenze della persona sono per lo più ignorate. Ma la medicina, anche quella d'urgenza, non è solo rigorosa applicazione di procedure più o meno standardizzate. Sulle decisioni agiscono molte variabili e in alcuni casi la specificità della persona esige di uscire dagli schemi. Occorre, quindi, agire con molto giudizio e in modo flessibile, certamente per fare tutto il possibile nell'interesse del paziente, ma anche per capire quando è il momento giusto di fermarsi. Slow Medicine direbbe: agire in modo *sobrio, rispettoso e giusto*. Insomma, tra le righe dei protocolli occorre sempre intravedere la persona con i suoi valori, le sue aspettative, le sue paure, perché in medicina, come ci ricorda Tiziano Terzani, *le decisioni non sono semplicemente scientifiche o pratiche ma esistenziali*.

Antonio Bonaldi

Presidente di Slow Medicine

Un alfabeto nuovo in Pronto Soccorso

Nonostante i cambiamenti e i progressi organizzativi degli ultimi anni, il Pronto Soccorso continua essere sempre lo stesso, il Purgatorio delle nostre condizioni fisiche, il luogo dove c'è e si fa di tutto, si tenta l'impossibile e per questo non si fa altro che commettere errori. Il Pronto Soccorso è questo, un luogo proteiforme. Da un lato, è il luogo del primo contatto medico-paziente. Il luogo dell'ascolto, un'operazione che non significa inerzia intellettuale. Presuppone metodo, cultura e preparazione professionale così da permettere le prime ipotesi. Questo ascolto è il luogo delle prime ipotesi e della misericordia. Come è stato scritto: "prendersi cura dell'altro, chiunque esso sia".

Dall'altro, è l'ambiente del chiasso e del clamore: o per il richiamo di un infermiere che segnala l'urgenza di visitare un paziente con asma, o per un monitor che reclama le sue ragioni sulle condizioni di una fibrillazione atriale, o perché c'è un consulente che contesta una diagnosi o perché c'è un'infinita varietà umana, variamente sofferente.

In Pronto Soccorso può essere che in un caso occorra rimandare nel tempo la diagnosi oppure nell'altro caso serva non perdere tempo, o può darsi nel terzo caso che il quadro clinico sia compatibile con più diagnosi e che occorra escludere prima quella con la prognosi peggiore. Oppure si possono rilevare i primi segni di un altro malato appena giunto o peggiorato. Ma è solo l'inizio di una giornata come le altre.

Per rappresentare questo caos strutturato a parole occorrono metodo e preparazione. Scrivere un nuovo libro per quanti lavorano in Pronto Soccorso non è affatto semplice. Ma forse proprio per questo gli autori presentano il loro lavoro all'ombra delle parole di William Osler, "la medicina è la scienza dell'incertezza e l'arte della probabilità", aggiungendo addirittura che ciò che facciamo in Pronto Soccorso ne esemplifica al meglio il significato.

Credevo che la prima cosa di buon senso che gli autori hanno fatto nell'Introduzione sia stata proprio ricordare che quello descritto da Osler è lo scenario logico col quale si ragiona accanto e col malato.

Comunque giudichiate il libro, a me è piaciuto.

Si tratta di un connubio editoriale felice tra persone che, pur operative nel Pronto Soccorso di Belcolle, a Viterbo, hanno una (Adriano Addobbati) una preparazione e un'impostazione prevalentemente chirurgica, l'altra (Stefano Cagliano) un'esperienza in particolare medica, oltreché editoriale.

La prima cosa che mi ha convinto è stata la scelta dell'esposizione, chiara per grosse tematiche, alfabetica per singoli argomenti. Ovvero un ordine editoriale al posto del disordine clinico. Per dirla con le parole di Tommaso d'Aquino: "Sono chiamati saggi coloro che mettono le cose secondo un giusto ordine".

E così ho potuto apprezzare, per esempio, prima l'anafilassi, poi l'arresto cardiaco. Anche se molte persone pensano il contrario, condizioni di emergenza vera rappresentano una percentuale minima rispetto al resto, ovvero rispetto a quanto hanno descritto gli autori nel libro. Ma questo non solo in Pronto Soccorso, nel nostro come negli altri. Parliamo troppo di arresto cardiaco e parliamo troppo poco di aterosclerosi, "la prima vera causa di morte e disabilità prematura nei Paesi sviluppati", come sostiene Peter Libby sulle pagine dell'*Harrison*.

Così, del tutto nuova mi è parsa l'impostazione di voci impegnative come quelle del dolore addominale, del dolore toracico o del dolore articolare, importanti sia per il medico di Pronto Soccorso, sia per la prevalenza dei problemi nella popolazione anziana.

Quasi ogni capitolo dà l'attenzione dovuta ai farmaci, di cui sono menzionati davvero vizi e virtù. Degli antibiotici sono citati sempre gli opportuni riferimenti, anche se sappiamo che è più facile mettere d'accordo due personaggi politici che due infettivologi sulla scelta o il dosaggio di un antibiotico.

Anche molto ben fatti gli algoritmi, cosa del resto non sorprendente considerate le qualità della dottoressa Tarquini.

Altro aspetto meritevole è che ad ogni voce segue una bibliografia ampia e basata su fonti autorevoli. Non credo si tratti di un fatto marginale.

Innanzitutto, per la scelta stessa. Un'opzione del genere è da sottolineare considerato che in troppe altre pubblicazioni accade il contrario. Poi, per la qualità della scelta. Disseminare le qualità delle proprie fonti di riferimento significa promuovere scelte culturali più ampie, andare oltre il provincialismo di tante linee-guida.

In conclusione, può darsi ci siano altri meriti del libro che vedo con difficoltà. Forse una virtù di queste pagine è avvicinare tanti giovani medici alle sale dei nostri Purgatori. C'è molto da fare certo, c'è anche molto da imparare però.

Ma per questo sanno a chi chiedere aiuto, sanno a quale porta battere o quale libro consultare.

Bruno Mongiardo

Direttore della UOC PS e Medicina d'Urgenza
ASL Viterbo

Introduzione

“Come dicevo, ... ero di guardia al Pronto Soccorso... Era domenica ed eravamo nel pieno della classica frenesia notturna: incidenti domestici, infezioni eruttive, suicidi abortiti, aborti mancati, sbronze comatose, infarti, attacchi epilettici, embolie polmonari, coliche renali, bambini bollenti come pentole, automobilisti in polpette, spacciatori fatti a colabrodo, barboni in cerca di alloggio, donne picchiate e mariti pentiti, adolescenti fumati, adolescenti catatonici... Insomma, la tipica domenica notte al Pronto Soccorso”.¹

Con queste parole lo scrittore Daniel Pennac rappresenta molto bene la realtà del Pronto Soccorso. Ovvero la realtà fattuale delle cose che non dovrebbero essere dimenticate da chi ne parla. Per programmare o protestare, o con scarsa intelligenza o con poca misericordia.

In attesa ci sono malati che chiedono una risposta al loro quesito clinico o un letto o tutte e due le cose. Ce ne sono altri che chiedono risposte rapide in base a esami talvolta incompleti. Altri ancora semplicemente soffrono, per dolore o per non si sa bene che cosa. Mentre ogni malato chiede soluzioni caratterizzate da rapidità e chiarezza, sul piano logico i neuroni del personale sanitario preferiscono il linguaggio della provvisorietà. Il paziente chiede chiarezza, risposte rapide e partecipazione, laddove i secondi reclamano un tempo “stellare”, guardando il malato da lontano. In ogni caso, ci sono i malati per i quali non si possono dare risposte o per cui comunque il Pronto Soccorso non è il luogo adatto per cercarne una. Per molti altri, per fortuna, la medicina ha potuto fare qualcosa.

In Pronto Soccorso c'è quasi di tutto, ma può anche non esserci niente. Se, come diceva William Osler, “la medicina è la scienza dell'incertezza e l'arte della probabilità”, il Pronto Soccorso ne esemplifica al meglio il significato. Il grande clinico della Johns Hopkins era di sicuro un padre della medicina moderna, peccato che sia stato dimenticato.

Negli ultimi anni del XX secolo il Pronto Soccorso ha subito una trasformazione culturale e organizzativa passando ad essere, da “porta d’ingresso dell’ospedale” con funzione di filtro e registrazione, un Dipartimento d’emergenza e accettazione (DEA) con finalità diagnostico-terapeutiche. Un cambiamento di scenario da leggere in più modi. In breve, anche se i malati non sono cambiati, è mutato in parte il modo in cui li considera il Pronto Soccorso. Il DEA non è un reparto ospedaliero vero e proprio e questo pone diversi problemi logico-organizzativi. Questo cambiamento è intervenuto parallelamente ai progressi nella gestione di molte patologie, con conseguente contrazione del tempo tra l’esordio e la diagnosi e tra questa e la terapia, riassunto dall’*aforisma inglese door to needle* (dalla porta d’ingresso [dell’ospedale] all’ago [terapia endovenosa]). Un fatto che nell’immediato ha “sottratto” le prime cause di morte anche in Italia – le emergenze vascolari – alla cardiologia e alla neurologia. Gli operatori che lavorano in queste aree hanno però reagito sottolineando l’importanza di far giungere il prima possibile i malati in un reparto adeguato al trattamento (in Emodinamica la prima, nella Stroke Unit la seconda) così da rendere il percorso in DEA un’inutile perdita di tempo.

L’organizzazione del lavoro di Pronto Soccorso in DEA ha razionalizzato le procedure e le logiche del lavoro infermieristico e del medico rispetto a quello dei diversi reparti. Nel frattempo, però, si è strutturata sempre meglio l’idea del DEA come deputato alla gestione del paziente critico, persona in cui eventi traumatici o stati patologici causano disfunzioni o instabilità di uno o più organi o funzioni vitali, definite in medicina come le attività necessarie alla vita e identificate con vigilanza, respirazione, circolazione e funzione renale.

Sembra sia cresciuta negli ultimi anni l’attenzione della ricerca e della clinica per le persone che stanno male sul serio o che potrebbero soffrire di disturbi gravi. Per questo a partire dagli anni Settanta si sono diffusi su scala mondiale protocolli di intervento in emergenza per la gestione di eventi quali l’arresto cardiaco, il politrauma, le emergenze pediatriche (BLS-D, ALS-D, ATLS). Naturalmente sarebbe auspicabile che alla preparazione di medici e infermieri fosse riservata la stessa attenzione prestata agli aspetti organizzativi. Per poter avere un confronto dialettico con gli informatori medico-scientifici, i medici dovrebbero avere tempo e desiderio di leggere in modo regolare le riviste scientifiche e, allo stesso tempo, avere accesso alle banche dati bibliografiche e alle sintesi di pubblicazione secondaria. La cosa non è semplice, tanto più in Pronto Soccorso (ad esempio in caso di dubbio diagnostico da risolvere con estrema urgenza).

E il problema è che, a ogni interrogativo che si propone nel corso dell’incontro col paziente, non si può rispondere considerando ogni volta uno spettro di ipotesi allargato. Se il problema *dolore toracico* ha decine di spiegazioni possibili, nel valutare un malato con questo sintomo il medico al massimo può considerarne un numero molto inferiore, analizzandole una per volta.

■ UN PRONTO SOCCORSO MIGLIORE

In ogni caso, ci sono altre cose nell'organizzazione del Pronto Soccorso attuale sulle quali occorre riflettere. E ne parliamo sia perché ne discutiamo anche nel libro, sia perché ciò che è stato fatto sinora non possiamo considerarlo sufficiente. In primo luogo, tribunali e mass media si occupano troppo spesso del medico di Pronto Soccorso, non solo in Italia. Nel 2015, su 8 milioni di ricoveri verificatisi nel nostro Paese, si sono registrati 320.000 casi di danni o conseguenze più o meno gravi per il paziente provocati da errori in parte evitabili. È vero che all'inizio del 2017 le cose sembra stiano cambiando con l'approvazione del disegno di legge sulla responsabilità del medico. Ma questo è solo un aspetto della questione. Cosa si può fare per ridurre questa "epidemia di errori", anche in Pronto Soccorso? È vero che *To err is human*,² come titolava un volume nato da un progetto dell'Institute of Medicine statunitense diversi anni fa, ma questa non è una consolazione per i malati vittime di errori diagnostici, radiologici, di laboratorio, terapeutici. Se potessimo chiarire il perché di tutto questo, saremmo nell'anticamera della soluzione del problema e non è così perché non riusciamo neanche a vederne l'ingresso con il binocolo. Forse può rassicurarci sapere che finora non sono riusciti a far meglio di noi neanche i magici computer.

Secondo uno studio pubblicato sul JAMA nel 2015, dall'analisi dell'uso dei *sistemi computerizzati di supporto alle decisioni cliniche* (CDS) nell'ambito dell'imaging diagnostico avanzato emerge che i CDS non riescono a identificare efficacemente i criteri di appropriatezza diagnostica nella maggior parte degli esami prescritti.³ Concludono gli autori: "Nel mondo reale i sistemi CDS hanno ancora molte sfide da affrontare prima di contribuire a migliorare la qualità delle cure".³

Inoltre, non abbiamo ancora imparato a consumare i farmaci e a parlarne, in particolare quando causano danni. Non facciamo le domande giuste. Non invitiamo ancora le persone a comportarsi correttamente in futuro.

Un documento dell'American Heart Association (AHA) pubblicato su *Circulation* sottolinea l'importanza della comunicazione tra medico e paziente con insufficienza cardiaca sulle terapie assunte: "È fondamentale che il paziente comunichi al proprio medico l'elenco dettagliato di tutti i farmaci che assume, siano essi prescrivibili, da banco o anche fitoterapici".⁴ Inoltre, aggiungono gli autori, sarebbe bene che anche i medici di Pronto Soccorso ricordassero sempre un principio elementare: maggiore è il numero di farmaci assunti, più alto è il rischio di interazione farmacologica (che aumenta del 38% quando la politerapia quotidiana è costituita da 4 farmaci e dell'82% quando i farmaci della politerapia sono 7 o più).⁴ In breve, gli anziani aumentano, il consumo di farmaci di conseguenza, e il teatro dove si chiede per primi a noi un conforto dal possibile danno è il Pronto Soccorso. Da un'indagine statunitense del 2016 è emerso che anticoagulanti, antibiotici e antidiabetici sono stati individuati come i responsabili più frequenti di eventi avversi (addirittura nel 47% dei casi), ma con manifestazioni cliniche diverse, in

particolare con emorragie per gli anticoagulanti, reazioni allergiche da moderate a gravi per gli antibiotici e ipoglicemie da moderate a gravi con sintomi neurologici per gli antidiabetici. Inoltre, tra gli adulti di 65 anni e oltre, quattro anticoagulanti – warfarin, enoxaparina, rivaroxaban e dabigatran – insieme all’insulina e a quattro antidiabetici orali erano tra i 15 farmaci più spesso in causa.⁵ L’incontro con i malati in queste condizioni richiederebbe non solo la soluzione dei problemi, ma anche un’informazione adeguata al paziente per ridurre le probabilità che queste emergenze finiscano col ripetersi.

Terzo, non abbiamo ancora risolto il problema dei casi difficili. È stato trovato cosa fare e come procedere, ad esempio, in caso di arresto cardiaco o di condizioni di periarresto. In generale, però, i pazienti con comportamenti problematici aumentano il rischio dei medici di porre diagnosi errate (a prescindere dal tempo impiegato e dall’effettiva complessità del caso clinico). E popolazioni del genere non mancano in Pronto Soccorso... Un’indagine pubblicata di recente su *BMJ Quality & Safety* ha studiato questo tipo di problematica in casi di polmonite, embolia polmonare, meningoencefalite, ipertiroidismo, appendicite e pancreatite. Commenta l’editoriale sulla stessa rivista: “Dato che le persone spiacevoli aumentano il rischio di diagnosi errate, i medici non dovrebbero reagire alle provocazioni, sforzandosi di mantenere la lucidità mentale necessaria a svolgere con freddezza e concentrazione il percorso diagnostico”.⁶

E poi – quarto – c’è un problema chiave. Ormai ampi settori della medicina sono fortemente condizionati da varie forme di consumismo sanitario che tendono a trasformare persone soggettivamente sane in pazienti bisognosi di cure. Ci sono solide prove che molti interventi diagnostici possono danneggiare le persone a causa della *sovradiagnosi*, che consiste nell’individuare e trattare anomalie che non avrebbero causato alcun disturbo.

Che decisioni prendere in Pronto Soccorso in presenza di genitori preoccupati per la *possibile* (ripetiamo: possibile) diagnosi di appendicite del figlio? Una risposta facile, immediata per tutti e tre (genitori e medico di PS), potrebbe essere: “Esegui una TC addome con mdc, che aumenta la probabilità diagnostica”.⁷ Si potrebbe far notare però, a quegli stessi genitori, che per il possibile danno da radiazioni si dovrebbe evitare una TC di routine per i casi probabili di appendicite nei giovani.⁸ Ci sono innumerevoli eventualità del genere nella pratica medica.

Così è nata negli Stati Uniti l’iniziativa *Choosing Wisely*.⁹ “Si tratta di un cambiamento fondamentale nella struttura di potere in sanità e di una rinnovata attenzione allo scopo principale dei sistemi sanitari”,¹⁰ spiegano gli autori di un editoriale pubblicato sul *BMJ*, tra cui figurano Victor Montori e Dave Paul, della Mayo Clinic. “Dobbiamo accettare che la competenza in tema di salute e malattia si trova tanto fuori quanto dentro gli ambienti medici, e che lavorare a fianco di pazienti, familiari, comunità locali, organizzazioni della società civile ed esperti di altri settori è essenziale per migliorare la salute”.¹⁰

Per fortuna, come vedrete anche in queste pagine, stanno aumentando gli studi di questo genere. Anche qui c'è ancora strada da fare, però. Se vogliamo mettere in discussione pratiche e comportamenti profondamente radicati occorre che clinici e pazienti lavorino di comune accordo contro gli eccessi di medicalizzazione (specificamente con la campagna *Too much medicine*, che ha trovato un analogo anche oltreoceano, a cui collaborano anche molte associazioni mediche, all'inizio solo statunitensi, ora anche italiane).

Di recente, a contribuire alla costruzione di una mappa della medicina "eccessiva", si è aggiunta una serie di contributi del *Lancet* realizzata insieme al Lown Institute di Boston, con un insieme di articoli scritti da 27 esperti internazionali.¹¹ Dall'indagine emerge che un quarto del volume delle prestazioni sanitarie è inappropriato per qualche motivo. Gli esempi di sovrautilizzo riportati sono innumerevoli: TC e RMN per lombalgia e cefalea, antibiotici per infezioni virali delle vie respiratorie, densitometria ossea, test preoperatori (ECG, Rx torace, ecostress) in pazienti a basso rischio, antipsicotici negli anziani, nutrizione artificiale in pazienti con demenza in fase avanzata e in pazienti oncologici terminali, catetere vescicale a permanenza, imaging cardiaco in pazienti a basso rischio, screening oncologici di efficacia non documentata (PSA, CA-125), tagli cesarei senza indicazioni cliniche.

Last, but not least, occorre riconsiderare l'importanza fondamentale dell'informazione medica, in particolare delle tante linee-guida di società scientifiche. Occuparsene nell'*Introduzione* di un manuale per il Pronto Soccorso può lasciare sconcertati, ma la ragione è semplice: di informazione abbiamo bisogno perché il mondo cambia, il nuovo avanza e occorre un medico in grado di saper giudicare ciò che legge, di saper essere non il giudice, ma l'interlocutore attento di chi ha di fronte. Il medico dovrebbe poter accedere facilmente a linee-guida aggiornate da società scientifiche autorevoli, libere da condizionamenti impropri.

Purtroppo, però, tre società scientifiche italiane su quattro non producono linee-guida, una parte di quelle che le fa le pubblica online, ma riserva l'accesso ai soli iscritti, e solo 1/5 della produzione attuale italiana è aggiornato (dopo 3 anni un'indicazione è reputata superata). Inoltre, solo il 17% delle società scientifiche produttrici di linee-guida dichiara i conflitti d'interesse. Dopo la recente approvazione della legge, la responsabilità del medico per colpa grave è legata all'aderenza a linee-guida, ma il sistema per elaborare e validare istituzionalmente linee-guida corrette è ancora in corso di avvio.

Come ha ricordato Giuseppe Traversa, un epidemiologo dell'Istituto Superiore di Sanità che segue da anni le dinamiche dei consumi del farmaco in Italia, "delegare l'elaborazione delle linee-guida alle società scientifiche significa accettare diversi rischi. Le società scientifiche sono di norma monodisciplinari, mentre non lo sono i pazienti. I finanziamenti di una società scientifica – tipicamente derivanti da aziende farmaceutiche e/o produttrici di dispositivi medici – possono creare

conflitti fra gli interessi della società (e dei suoi componenti) e quelli dei pazienti. In uno stesso ambito di attività operano (spesso) diverse società scientifiche che possono elaborare linee-guida differenti”.¹²

Delegare alle società scientifiche lo sviluppo di linee-guida è potenzialmente rischioso sia per i pazienti sia per i professionisti della sanità e, comunque, dovrebbe essere il SSN a garantire la qualità di ciò che viene raccomandato. Che sia possibile è dimostrato, tra l'altro, dell'esperienza del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) in Gran Bretagna.

Il medico dovrebbe rispondere ai bisogni dei malati, non ai desideri dell'industria.

■ IL LIBRO

È stato scritto per chi lavora in Pronto Soccorso, ovvero per chi si confronta in particolare con ipotesi o con tesi da verificare. Anche se parla di problemi non nuovi, in qualche caso addirittura antichi, queste pagine, crediamo, ne parlano in modo nuovo, per diverse ragioni. Siamo partiti immaginando le necessità immediate e presunte di un qualsiasi medico di Pronto Soccorso. Per questo abbiamo fatto la scelta preliminare di preparare un testo asciutto, privilegiando la sintesi nell'esposizione. Comunicando il necessario.

Abbiamo diviso gli argomenti in quattro parti (Emergenze in Pronto Soccorso, Emergenze/urgenze non traumatiche, Emergenze/urgenze traumatiche con ferite e ustioni e Tossicologia).

La materia non è più organizzata come nei classici di medicina, ma in modo alfabetico, così da rendere più semplice la ricerca delle singole voci. In ognuna di queste c'è una parte introduttiva – *in corsivo* – che presenta gli aspetti sostanziali della malattia per il medico di Pronto Soccorso (sintomi, possibili confusioni diagnostiche, diagnosi di laboratorio, esami radiologici, terapia), mentre il testo è diviso in *Cosa fare subito*, *Prima valutazione*, *Esami di laboratorio e strumentali*, *Seconda valutazione*, *Trattamento*, *Al termine*, *Bibliografia*. Questa struttura, però, si articola in modo in parte diverso a seconda che si stia leggendo, ad esempio, la *sindrome coronarica acuta* o la *disfagia*.

Inoltre, nelle voci delle sezioni Emergenze ed Emergenze/urgenze, per ricordare cosa fare c'è una parte iniziale in cui si ripresenta l'approccio ABCDE: *Airway* (vie aeree), *Breathing* (respiro), *Circulation* (circolo), *Disability* (stato neurologico) ed *Exposure* (esposizione).

Proprio perché li si immaginava come problemi comuni per il medico, il *dolore addominale* e il *dolore toracico* sono stati trattati più diffusamente nella prima parte del libro. In tutti e due i casi c'è una parte iniziale, rappresentativa del percorso logico del medico e degli esami fatti per confermare o escludere determinate ipotesi diagnostiche, e una parte successiva orientata per diagnosi. Crediamo siano tra le parti concettualmente più nuove del libro.

Le voci, complessivamente, sono oltre 280. Non rappresentano naturalmente tutto lo spaccato della medicina contemporanea, operazione che in ogni caso sarebbe risultata difficile per chiunque. Non mancano, però, due argomenti che fanno discutere sempre di più e che abbiamo inserito in appendice, sperando che non si limitino solo a questo: la medicina di genere e la medicina dei migranti. In ogni caso, come per ogni scelta, alcune omissioni possono risultare discutibili, così come possono essere discutibili alcuni inserimenti.

Ogni voce ha una sua bibliografia – crediamo accurata, di sicuro aggiornata – non povera di numeri. Come fonte d'informazione abbiamo usato in particolare *BMJ Best Practice*, *Prescrire*, *Medical Letter*, *New England Journal of Medicine*, *Linee-guida ERC* e le ultime edizioni dei manuali *Harrison's principles of internal medicine* (2015) ed *Emergency medicine*, a cura di Judith Tintinalli (2016).

Trattare l'argomento dell'informazione non è mai semplice e non lo è stato neanche stavolta. Del resto, le istituzioni sanitarie italiane hanno abbandonato da diversi anni le loro attività informative, in particolare la pubblicazione della *Guida all'uso dei farmaci* e di *Clinical Evidence*. Se oggi in ogni Pronto Soccorso fossero disponibili le versioni annuali, naturalmente tradotte, di *Clinical Evidence* e del *British National Formulary* (che abbiamo già conosciuto), crediamo che questo migliorerebbe la qualità dei risultati clinici.

Se poi come regalo di Natale negli anni arrivassero *Sovradiagnosi*, di Gilbert Welch, o *Capire la prospettiva del paziente*, della Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, o magari *Apprendere dagli errori*, curato da Michela Rimondini, se accadesse anche questo avremmo guadagnato un posto lassù in Paradiso.

Dimenticavamo un'ultima cosa: buona lettura.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Pennac D. La lunga notte del dottor Galgav. Milano: Universale Economica Feltrinelli, 2005; 1.
2. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington: The National Academies Press, 1999. Disponibile all'URL: www.nap.edu/catalog/9728.html/ (consultato il 15 febbraio 2017).
3. Hussey PS, Timbie JW, Burgette LF, Wenger NS, Nyweide DJ, Kahn KL. Appropriateness of advanced diagnostic imaging ordering before and after implementation of clinical decision support systems. *JAMA* 2015; 313(21):2181.
4. Page RL, O'Bryant CL, Cheng D et al. Drugs that may cause or exacerbate heart failure. A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation* 2016; 134(6):e32-e69.
5. Steinman MA. Polypharmacy – Time to get beyond numbers. *JAMA Intern Med* 2016; 176(4):482-3.
6. Redelmeier DA, Etchells EE. Unwanted patients and unwanted diagnostic errors. Editorial. *BMJ Qual Saf* 2017; 26(1):1-3.

7. Acute appendicitis. In: BMJ Best Practice. Disponibile all'URL: <http://us.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/290.html/> (ultimo accesso 15 febbraio 2017).
8. Rogers W, Hoffman J, Noori N. Harms of CT scanning prior to surgery for suspected appendicitis. *Evid Based Med* 2015; 20(1):3-4.
9. Choosing Wisely. Disponibile all'URL: www.choosingwisely.org/
10. Richards T, Montori VM, Godlee F, Lapsley P, Paul D. Let the patient revolution begin. *BMJ* 2013; 346:f2614.
11. GBD 2015 Maternal Mortality Collaborators. Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388(10053):1775-812.
12. Traversa G. Società scientifiche e norme sulle linee guida. *R&P* 2016; 32(1):16-7.