

LA PRESCRIZIONE DEI FARMACI: PROVE DI SPERIMENTAZIONE

Gli studi sulla utilizzazione e sulla inappropriatazza dei servizi sanitari hanno permesso di identificare alcuni possibili strumenti per migliorare la coerenza tra criteri di buona assistenza clinica e comportamento dei medici. Solo chi non vuole intendere non è consapevole dell'importanza di studi che, in questo ambito, sono rivolti a capire quello che sta dietro la prescrizione dei farmaci in diversi contesti assistenziali.

Ognuno di questi contesti ha una sua peculiarità: a volte molto tecnicistica e ragionevolmente aderente a protocolli standardizzati (ad esempio di fronte a un paziente critico), a volte di forte interfaccia relazionale medico-paziente-genitore, con la richiesta di guarigione/cura per non patologie o per patologie influenti. In ogni caso è documentato che il monitoraggio della prescrizione farmacologica può rappresentare uno degli indicatori della qualità delle cure¹. E le diversità di attitudini e comportamenti tra singoli pediatri o diversi ambiti territoriali² rappresentano la migliore risposta a chi crede che gli studi di questo tipo siano un semplice strumento investigativo, punitivo e sostanzialmente inutile per i medici oggetto di osservazione.

È tuttavia vero che gli studi di *drug utilization* possono dare a volte questa impressione, poiché a una prima doverosa fase di "sentinella" delle diversità non fa quasi mai seguito una seconda fase metodologicamente diversa, orientata alla conoscenza e all'utilizzo di strategie operative per ottenere il miglioramento voluto.

La strada da seguire non è una sola, e non può essere limitata né al riconoscimento della carta dei diritti dei bambini³ e al diritto/dovere a una formale "sperimentazione" specifica per età pediatrica né alla necessità di una ridefinizione dell'armamentario pediatrico specifico (vedi il problema delle prescrizioni *off-label*) e neppure alla validità delle "prove di efficacia".

La prescrizione è infatti un momento molto più complesso, con tante variabili aggiunte: il medico deve sapere di quale problema si tratta; quali sono le prove a sostegno del beneficio o meno di un determinato intervento terapeutico; ma deve anche interfacciarsi con le richieste, la conoscenza e le attese del paziente (e del genitore)^{4,5}. Esistono, inoltre, altre situazioni che condizionano, spesso in modo non ortodosso, le precedenti, e che hanno a che fare con il contesto assistenziale (dove e come si vive, come è il comune sentire dei problemi, che non è altro che la "cultura" del problema, come si comportano gli altri colleghi ecc.).

I pediatri del Veneto, nel loro studio pubblicato sulla parte elettronica della rivista (pubblicazione integrale in <http://www.medicoebambino.com>, e in sintesi nelle Pagine elettroniche di questo numero, pag. 672), si sono posti questo tipo di problematiche, documentando il comune sentire del pediatra e della mamma sulle abitudini prescrittive in età pre-scolare.

Dai risultati della ricerca quello che emerge è che questo sentire comune è molto diverso tra Pdf e genitore. Il 70% dei Pdf dichiara un atteggiamento ansioso o preoccupato della madre spesso non correlabile alla gravità dei sintomi e il 63% ritiene di essere "sollecitato" a un intervento di tipo farmacologico. Al contrario, nel giudizio delle madri, emerge che solo nel 10% dei casi vi è stata una richiesta di intervento farmacologico. In questa dinamica comunicativa il dato conclusivo significativo è il giudizio positivo della maggioranza dei genitori sulla visita (soddisfazione per le spiegazioni e il tempo dedicato).

Nella stessa direzione (quasi speculare) sono i risultati preliminari dello studio APE (Attitudini Prescrittive in Pediatria;

www.epicentro.iss.it), che non sono stati accolti con soddisfazione da molti Pdf italiani. Riteniamo che un giudizio di merito possa essere formulato solo dopo aver visto i risultati pubblicati dell'indagine piuttosto che sui commenti negativi della stampa. I risultati dell'indagine condotta dai Pdf del Veneto e dello studio APE a questo punto aprono una prospettiva nuova di intervento e di studio. Gli Autori dell'indagine veneta richiamano la necessità di percorsi formativi e informativi sia per il Pdf che per la famiglia. Si tratta tuttavia di studiare una metodologia innovativa che non ripeta errori già commessi in timidi tentativi del passato. Sappiamo che un'informazione passiva (libretti, istruzioni per l'uso) è sì importante, ma sul breve periodo. La formazione basata sul counselling⁶ ha un ambito di riconosciuta soddisfazione da parte dei Pdf, ma risulta essere difficilmente riproducibile a tutti i contesti clinici e assistenziali.

Il lavoro di gruppo, le revisioni tra pari, le attività di auditing e la definizione di protocolli e strategie comunicative "comuni", condivise con i genitori su specifici problemi clinici, sono di dimostrata efficacia^{7,8}, in quanto in grado di avvicinare la coerenza tra comportamenti attesi e comportamenti osservati a livello clinico.

Ma una prospettiva (senza moralismi, ma rispettando il senso concreto delle cose) potrebbe essere anche quella di accettare (e vivere meglio) i margini di indeterminazione e di ansia che sono parte della comunicazione. Basta darne i numeri, adottare, nei casi in cui ce ne sia l'indicazione, il miglior placebo possibile (meglio la soluzione fisiologica dei cortisonici inalatori, meglio il paracetamolo per il sintomo rispetto ad antibiotici non necessari o a FANS inopportuni); tenendo conto nello stesso istante del fatto che un atteggiamento prescrittivo, quando non necessario, non riduce l'ansia, ma al contrario l'aumenta per le volte successive⁹.

Studio e ricerca quindi, come sempre, ma su tematiche al confine dei ruoli e delle funzioni innovative e auspicate per la pediatria italiana e non solo.

Federico Marchetti

Bibliografia

- Bradley CP, et al. Developing prescribing in primary care. *BMJ* 1997;314:744-7.
- Rossi E, et al. La prescrizione farmaceutica pediatrica nell'ambito delle cure primarie. Rapporto della banca dati ARNO. *Gior Ital Farm Clin* 2001;15(1):26-29.
- Bonati M, Tognoni G. Alcuni (ap-)punti per una "carta dei diritti". *Gior Ital Farm Clin* 1996;10:178-83.
- Kuzuhanakis M, et al. Correlates of parental antibiotic knowledge, demand, and reported use. *Ambul Pediatr* 2003;3(4):203-10.
- Friedman JF, et al. Acute care and antibiotic seeking for upper respiratory tract infections for children in day care: parental knowledge and day care center policies. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157(4):369-74.
- Gangemi M, Quadrino S. Il counselling in pediatria di famiglia. Milano: UTET Periodici Scientifici, 2000.
- Ronfani L, et al. Il trattamento sintomatico dell'otite media acuta: uno studio collaborativo in Pediatria ambulatoriale. *Medico e Bambino* 2002;21:170-8.
- Finkelstein JA, et al. Reducing antibiotic use in children: a randomized trial in 12 practices. *Pediatrics* 2001;108(1):1-7.
- Little P, et al. Reattendance and complications in a randomised trial of prescribing strategies for sore throat: the medicalising effect of prescribing antibiotics. *BMJ* 1997;315:350-2.

**CHILD SURVIVAL, CHILD HEALTH RENAISSANCE,
OPPURE SOLTANTO CARITÀ**

L'articolo di G. Tamburlini pubblicato su questo numero della rivista (pag. 651-5) riprende, allarga e professionalizza il tema sfiorato con maggior leggerezza nel numero scorso dall'editoriale "La Nigeria è felice".

L'argomento della disuguaglianza della mortalità pediatrica nel mondo è in sé, come dice Tamburlini, un sintomo offendente, che si cerca di correggere e nascondere. Interessa sempre più larghi strati di medici in formazione, sulla breccia, in pensione. Ne parleremo ancora, per forza. Moltissime organizzazioni laiche e cristiane, e non da ieri, buttano sangue per risparmiare del sangue. Moltissime scuole aprono il campo al bisogno formativo dello specializzando che chiede l'avventura protetta nei "Paesi bui"; dall'altra sempre più medici ospedalieri e di famiglia e ancora più spesso ex medici, pensionati, cercano delle strategie per inserirsi in questa corrente. Sempre più generosamente le persone che costituiscono questa nostra società, dall'apparenza e dai riflessi ancestrali centrati sull'interesse, danno e danno molto più di quanto non diano gli Stati, per aiutare concretamente la salute in quei Paesi.

Ma si tratta veramente di un intervento, e di uno scopo consapevole e razionale?

Dice Tamburlini alla fine delle sue lucide riflessioni: «Se non si vuole combattere la povertà, perché si dovrebbe combatterne gli effetti? E perché specialissimamente questo della *child survival*, che è uno degli aspetti più disturbanti dello strapotere della legge del più forte?... È difficile pensare che la ricetta per migliorare la salute infantile nei Paesi più poveri differisca da quella di sempre, che vede un ragionevole investimento pubblico frutto di una ragionevole solidarietà sociale (le tasse), un ragionevole e graduale decentramento gestionale, un coinvolgimento e una mobilitazione delle comunità a difesa e a supporto dei propri servizi». Insomma, le cose non sono mai così semplici come sembrano.

«L'avevo ben detto io», direbbe il Cavaliere se leggesse *Medico e Bambino*, «che bisogna esportare la democrazia». E

avrebbe anche detto una cosa quasi giusta: ma avrebbe detto ancora meglio se avesse aggiunto che potrebbe bastare soltanto *non* esportare la corruzione, *non* esportare le armi, *non* esportare le mine anti-uomo, *non* esportare forzosamente il libero mercato, la sanità privata e la scuola privata (come ha fatto la Banca Mondiale nei Paesi poveri; e se il Signore cerca qualcuno a cui far pagare questo misfatto, non gli sarà difficile trovarlo), *non* esportare forzosamente l'oppio (come han fatto l'Inghilterra e la Francia, in Cina, tra il 1839 e il 1860, provocando due guerre, già allora, per difendere il principio della libertà dei mercati), *non* esportare forzosamente il cristianesimo come hanno fatto cristianamente Cortes e Pizarro. E, alla fine, *non* esportare forzosamente niente, nemmeno la democrazia, alla quale si devono poi tutte quelle altre esportazioni.

D'altra parte su nessuna di queste cose potremmo decidere noi, né di farle né di vietarle. E non lo possono fare neanche gli stati, perché le cose, come ci fanno intendere le considerazioni di Tamburlini, non sono così semplici; e gli Stati sono soltanto amministratori degli interessi, non dell'etica dei loro cittadini, e sono comunque anch'essi, gli Stati, alla mercè dei più potenti tra questi cittadini, che sono anche i più grandi esportatori di Libero Mercato, di Sanità Privata, di Oppio, di Mine, e di Ideologie. Sicché anche gli stati possono dunque fare solo ciò che questi potenti concedono: loro cioè del Capitalismo Compassionevole.

Noi persone più deboli, noi medici, noi genitori degli adulti di domani, possiamo fare soltanto la carità. Carità da *Caritas*, *Caritas* da *χαρις*, amabilità, premura, dono, grazia e anche compiacenza, gratitudine, affetto, riconoscenza: perché il termine è doppiamente transitivo. Facendo la Carità, esportiamo (di contrabbando) qualcosa di più che non siano il *child survival* o la *child health renaissance*. Tentiamo di esportare umanità. O più semplicemente di esportare, e anche di importare, dell'ingenua carità.

Buon Natale, amici miei, Buon Natale!

Franco Panizon