



Journal Club, 21 agosto 2009

Il rasoio di Occam e l'attività ospedaliera

(Renzo ROZZINI)



Il rasoio di Occam e l'attività ospedaliera

Il rasoio di Occam (“pluralitas non est ponenda sine necessitate” o cerca di trovare la causa unificante senza lasciarti sviare dalla molteplicità dei sintomi) può anche essere letta come: “tra le diagnosi differenziali, favorisci la più semplice” ovvero “Sii parsimonioso nella diagnosi e pensa all'ipotesi più semplice senza lasciarti sviare dalla bramosia di fare la diagnosi brillante”.

“La parsimonia in corsia”

“Non è un paese per vecchi” di Ethan e Joel Coen (2007)



Il rasoio di Occam e l'attività ospedaliera

Il potere seduttivo della semplicità cresce via via che le questioni si fanno più complesse. Le idee semplici appaiono comode, non danno problemi.

“Tutto dovrebbe essere semplice come può esserlo, ma non di più” (A.E.)

Health Care Associated Pneumonia: an increasing geriatric problem

We classified patients as having Hospital-Acquired Pneumonia (n=45) if they received their diagnosis after being hospitalized for more than 72 hours or within 10 days of leaving the hospital. Affected by Health Care–Associated Pneumonia (n=76, of whom 33 admitted directly from Nursing Homes) were those patients with pneumonia who have had a recent contact with the health care system through nursing homes, hemodialysis clinics, or hospitalization in previous 6 months. We classified patients as having Community Acquired Pneumonia (n=235) if they did not fit the criteria for either health care–associated or hospital-acquired pneumonia.

Characteristics, in Hospital and 3-Months Mortality Rate of 356 Elderly Patients Hospitalized for Pneumonia

	CAP (N=235) M \pm SD/N(%)	HCAP (N=76) M \pm SD/N(%)	<i>P</i> *	HAP (N=45) M \pm SD/N (%)	<i>P</i> †	<i>P</i> ‡
Age (years)	81.6 \pm 8.2	81.2 \pm 8.9	0.785	78.7 \pm 8.5	0.033	0.118
Gender (males)	115 (48.9)	35 (46.1)	0.380	20 (44.4)	0.349	0.507
Urea Nitrogen (mg/dl)	66.6 \pm 39.6	75.7 \pm 52.5	0.122	79.1 \pm 54.1	0.077	0.741
Creatinine (mg/dl)	1.3 \pm 0.8	1.5 \pm 1.0	0.095	1.2 \pm 0.8	0.638	0.148
CPR (mg/dl)	9.4 \pm 10.4	10.3 \pm 10.2	0.506	11.7 \pm 10.1	0.181	0.478
Serum Albumin (g/dl)	3.4 \pm 0.6	3.1 \pm 0.6	0.009	2.9 \pm 0.6	0.000	0.101
Hemoglobin (g/dl)	12.3 \pm 2.2	11.8 \pm 2.4	0.086	11.2 \pm 2.1	0.003	0.191
COPD	117 (49.8)	38 (50.0)	0.540	26 (57.8)	0.206	0.261
HF (NYHA III-IV)	82 (34.9)	35 (46.1)	0.055	15 (33.3)	0.493	0.118
Renal Failure	56 (24.0)	26 (35.6)	0.038	12 (27.9)	0.356	0.259
Malnutrition	41 (17.8)	23 (30.7)	0.015	19 (39.5)	0.002	0.218
Stroke	30 (12.8)	15 (19.7)	0.097	11 (24.4)	0.041	0.349
Cancer	27 (11.5)	12 (15.8)	0.217	8 (17.8)	0.179	0.482
Delirium	46 (19.6)	17 (22.4)	0.353	18 (40.0)	0.004	0.032
Dementia	85 (38.6)	37 (51.4)	0.039	24 (58.5)	0.014	0.100

Characteristics, in Hospital and 3-Months Mortality Rate of 356 Elderly Patients Hospitalized for Pneumonia

	CAP (N=235) M±SD/N(%)	HCAP (N=76) M±SD/N(%)	<i>P</i> [*]	HAP (N=45) M±SD/N(%)	<i>P</i> [†]	<i>P</i> [‡]
Diseases (n)	3.9±1.9	4.2±1.6	0.248	4.3±1.8	0.136	0.569
Charlson Index	2.9±1.9	3.2±1.8	0.191	4.1±2.9	0.000	0.040
Drugs (n)	6.5±3.2	7.1±3.5	0.244	8.0±3.6	0.009	0.205
Disabled (2 wks before)	42 (17.9)	25 (32.9)	0.006	15 (33.3)	0.019	0.557
APACHE II score§	14.9±5.4	17.3±7.0	0.002	17.7±6.4	0.007	0.789
APACHE II-APS ¶	7.3.9±6.2	9.8±6.9	0.003	10.9±5.9	0.003	0.874
CURB-65 (Class 3)#	118 (50.2)	42 (55.3)	0.263	28 (62.2)	0.094	0.289
Length of stay (days)	6.7±3.4	6.5±3.8	0.811	8.2±5.3	0.013	0.050
In hospital mortality	23 (9.8)	14 (18.4)	0.038	10 (22.2)	0.022	0.389
Total 3 months mortality	65 (27.7)	29 (38.2)	0.011	20 (44.4)	0.021	0.31

§ APACHE II= Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II; ¶ APACHE II-APS= APACHE II-Acute Physiologic Subscore

CURB-65= Confusion or dementia, Urea nitrogen, Respiratory rate, Blood pressure, and age 65 years or older.

* for comparison between health care-associated and community-acquired pneumonia; † for comparison between hospital-acquired and community-acquired pneumonia.

‡ for comparison between hospital-acquired and health care-associated pneumonia.

Health Care Associated Pneumonia: an increasing geriatric problem

Conclusions:

Our data agree with those previously published supporting a new pneumonia classification scheme that distinguishes among community-acquired, health care–associated, and hospital-acquired pneumonia.

This study of 356 elderly patients hospitalized with pneumonia showed that the 76 (21.3%) who had health care–associated pneumonia had more severe clinical courses than those with community-acquired pneumonia and a mortality rate (in hospital and at 3 months) close to that of patients with hospital-acquired pneumonia. Compared with community-acquired pneumonia, health care–associated pneumonia has a higher risk for a fatal complication but the length of hospital stay is comparable.

Decision making in elderly patients with severe dementia and pneumonia

Aim of the study is to describe the clinical characteristics of survivor and non-survivor patients affected by severe dementia and hospitalized for pneumonia and the efficacy of pneumonia treatment.

Characteristics of 52 patients affected by very severe dementia (CDR 4-5) admitted to a Geriatric ward for pneumonia according to three month mortality

	alive (n=26) Mean±SD/n (%)	dead (n=26) Mean±SD/n (%)	P*
Age (years)	84.7±9.2	83.2±9.6	0.578
Males	8 (30.8)	11 (42.3)	0.283
Diseases (n)	4.2±1.8	4.5±2.3	0.686
Charlson Index Score	4.0±1.8	4.2±2.0	0.664
APACHE II score*	17.3±5.6	21.5±8.0	0.038
APACHE II-APS**	8.6±5.2	14.4±7.7	0.002
Drugs (n)	4.4±3.3	7.6±3.1	0.003
Serum albumin gr/dl	3.1±0.4	2.7±0.6	0.007
Haemoglobin gr/dl	12.0±2.6	11.9±3.0	0.977
C-Reactive Protein	10.8±7.6	14.8±9.8	0.116
Dehydration	9 (37.5)	13 (39.1)	0.121
Delirium	4 (15.4)	9 (34.6)	0.100
CURB (3+) ^o	22 (84.6)	21 (80.8)	0.500
Dead in hospital	--	23 (88.5)	

APACHE II= Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II; *APACHE II-APS= APACHE II-Acute Physiologic Subscore

^oCURB-65= Confusion or dementia, Urea nitrogen, Respiratory rate, Blood pressure, and age 65 years or older.

Conclusions

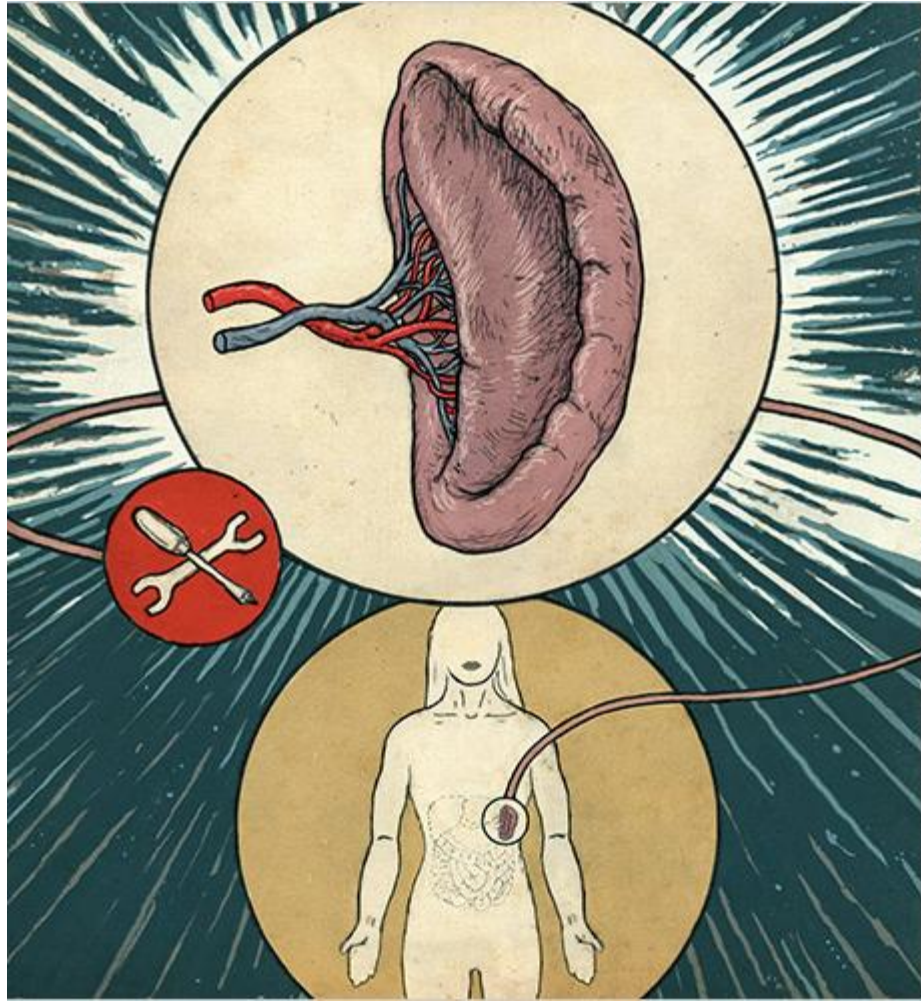
Patients with severe dementia, hospitalized for pneumonia and treated with antibiotics have a high survival rate (i.e. 50%) at three months after the infective event; antibiotic treatment when ineffective, does not prolong sufferance (deaths occur during the first week of hospitalization).

Quali terapie?

Il rasoio di Occam e l'attività ospedaliera

Le malattie comuni si vedono comunemente (le malattie rare sono rare!). Abitualmente le patologie dell'anziano sono comuni.

Spesso si pensa una diagnosi rara nella speranza di essere gli unici a fare “diagnosi”, i più bravi. I medici più esperti credono invece che nella maggior parte dei casi la diagnosi corretta sia comune (il delirium da polmonite è più frequente del delirium da encefalite erpetica; in valle Camonica la splenomegalia è più frequentemente la conseguenza di ipertensione portale che di malaria).



Il rasoio di Occam e l'attività ospedaliera

Le malattie rare sono rare, ma esistono!

This case highlights the possible occurrence of Primary Biliary Cirrhosis (PBC) in older men with persistent cholestasis, pruritus, and fatigue; symptoms not explained by other possible diagnoses have led to detection of PBC.

In conclusion, in elderly patients, who frequently have common diseases, rare diseases must also be taken into consideration to provide the best medical care.

Rare Diseases in Elderly Persons (Sleiman I et al., JAGS 2008)

Il rasoio di Occam e l'attività ospedaliera

Tanto meno una procedura è indicata tanto più lo sono le complicanze ad essa associata.

Una procedura diagnostica dovrebbe essere prescritta quando ha una ragionevole probabilità di modificare la cura (nell'atto di cura è compresa la prognosi).

Le richieste dei familiari e dei pazienti.

Il rasoio di Occam e l'attività ospedaliera

Il senso comune non è comune.

Dovremmo esercitare il senso comune (buon senso) prima di richiedere esami diagnostici, prescrivere farmaci o procedure diagnostiche.

“Tre quinti della pratica medica dipendono dal buon senso, dalla conoscenza del paziente e dalla relazione.” Cushing (1869-1939).

Sapere se un paziente è in grado di pagarsi le medicine è un atto clinico. (Classe C: prezzo a carico dei cittadini. Dieci giorni di Nicholin 1000 sono 74,3 euro)(badante: 900 €)(Dal gennaio 2009, l'importo mensile del trattamento minimo delle pensioni è di 458,20 € mensili, pari a 5.956,60 € annui, per tredici mensilità).



L'Aquila, 7 aprile 2009

Il rasoio di Occam e l'attività ospedaliera

La buona medicina richiede duro lavoro, gentilezza e onestà.

La buona medicina è faticosa (il duro lavoro è la condizione “sine qua non” per essere un bravo medico).

L'essere gentili (la cortesia) è il secondo ingrediente essenziale per raggiungere l'eccellenza medica. Nessuno dovrebbe essere ammesso alla facoltà medica senza questo tratto di personalità.

Cortesia ed empatia vanno di pari passo: se un medico non è intrinsecamente cortese ed empatico non lo sarà nei confronti di una persona ammalata né saprà ascoltare i problemi del paziente con l'attenzione necessaria.

L'onestà è l'ultimo requisito chiave per il successo clinico. Quando un medico ha una condotta onesta verso il paziente costruisce un vincolo che produce outcome positivi per entrambi. Al contrario è più facile l'insuccesso.

Il rasoio di Occam e l'attività ospedaliera

Duro lavoro: nonostante i progressi della robotica nelle fabbriche e dell'elaborazione elettronica negli uffici, è il lavoro ripetitivo della linea di produzione che continua a sfornare i beni che il mondo consuma. Basti pensare alle catene di montaggio in Cina, o in altri paesi dell'Asia orientale, o a coloro che preparano i polli per la cottura, e ai braccianti agricoli stagionali che procurano il nostro pane quotidiano.

Pensiamo alla ripetizione da un'angolatura diversa, meno sgradevole. La ripetizione infatti è fondamentale non soltanto per le macchine: è il modo fondamentale sia nel rito che nelle arti. La coazione a ripetere non è un impulso verso la morte, ma un istinto verso l'arte. Manifesta il piacere che danno all'anima l'esercizio pratico, la rifinitura, la precisione (Hillman, *Kinds of Power*, 1995).

1° ricovero. M: 81a

3 dicembre 2000

Decadimento cognitivo di grado lieve-moderato (AD + VD)

Recente delirium (11/00)

Cardiopatìa ischemica cronica; FA cronica a media risposta ventricolare

Aterosclerosi (stenosi 20% ACI bilaterale)

Diabete mellito tipo II in terapia ipoglicemizzante orale

BPCO

Adenoca prostata (focolai di Gleason 3 – terapia antiandrogenica dal 1/00)

Psoriasi (prevalente mani e gomiti)

Malattia degenerativa articolare (prevalente spondiloartrosi)

Esiti di emiparesi dx da vasculopatia cerebrale acuta (1999)

Pseudoafachia chirurgica occhio destro

Episodio depressivo maggiore anamnesticò

MMSE: 22/30, GDS: 13/15; BI: 80/100; IADL: 4/5

6° ricovero

13 aprile 2009

Enterite acuta con disidratazione secondaria

Delirium prevalente; demenza grave (AD+VD)

Recente polmonite bilaterale con versamento pleurico destro

Cardiopatìa ipertensiva (anamnesi di scompenso cardiaco)

Fibrillazione atriale permanente (ASA)

Aterosclerosi carotidea (stenosi bilaterale ACI del 20%).

Diabete mellito tipo 2 in fase di complicanze (nefropatia proteinurica con IRC)

BPCO

IRC moderata

Diverticoli del sigma

Anemia multifattoriale (trasfuse 2 unità di E.C.)

Adenocarcinoma prostatico in terapia ormonale (2000)

Pregresso crollo vertebrale L1 (2006)

Esiti di emiparesi sx (1999)

Esiti di colecistectomia per litiasi

Episodio depressivo maggiore anamnesticò



MMSE=10

Barthel Idx=40

CDR=3

MMSE: NV

GDS: NV

BI: 25

Il rasoio di Occam e l'attività ospedaliera

- La lettera di dimissione: deve sempre essere scritta al computer sia per ovvie motivazioni di stile e di comprensione (evitare gli errori di battitura, che testimoniano scarsa cura rispetto al compito) sia per poter trasferire i dati al data base del ospedale e a quelli del medico di famiglia. La lettera deve avere un aspetto gradevole, essere ordinata, scritta su carta resistente: rappresenta un documento fondamentale che potrebbe dover durare anni.
- Il paziente (e il medico di famiglia) percepisce se l'ospedaliero presta attenzione non solo ai referti o ai risultati di analisi e visite, ma anche a questo strumento povero, che è però così vicino alle sue esigenze, e che meglio descrive la sua attuale condizione.

Il rasoio di Occam e l'attività ospedaliera

-La lettera deve contenere la diagnosi di dimissione (non un elenco confuso e illogico, ma la sequenza razionale di eventi, raggruppati per gravità e per apparato), con particolare attenzione ai problemi attivi, e la terapia effettuata durante il ricovero e quella consigliata e la durata del trattamento (ovviamente solo quella correlata con le patologie affrontate in ospedale, lasciando al medico di famiglia la responsabilità di decidere sulla eventuale restante parte).

-La lettera contiene la valutazione completa della condizione del paziente (autonomia funzionale in senso lato, capacità cognitiva, numero di malattie e loro peso, ecc.) e breve raccordo anamnestico.

-Nella lettera sono riportati gli esami di laboratorio, almeno quelli al momento del ricovero e della dimissione, possibilmente trasferiti direttamente e non trasferiti su fotocopia in modo spesso non ricostruibile dal punto di vista temporale.

Il rasoio di Occam e l'attività ospedaliera

- Nella lettera sono riportate le procedure diagnostiche effettuate durante il ricovero ed ogni altra informazione utile a trasmettere il livello di complessità dell'intervento ospedaliero (compresi gli eventi clinici intercorrenti).
- Nella lettera sono da riportare l'evoluzione clinica e gli eventuali eventi avversi occorsi durante il ricovero.
- La lettera deve infine indicare alcune linee generali per il follow-up del paziente nel tempo, derivate anche da indicazioni di tipo prognostico. Nei reparti medici, che dimettono un'elevata percentuale di anziani o di pazienti con patologia cronica, è essere utile indicare (dopo averla programmata) la data della prima valutazione ambulatoriale. In alcuni casi sono anche utili indicazioni su alcuni compiti di carattere infermieristico o riabilitativo (per i dovuti collegamenti con i servizi di ADI, in particolare nell'anziano).

Il rasoio di Occam e l'attività ospedaliera

Riteniamo che si tratti di una peculiare attività del medico ospedaliero, che descrive la condizione del paziente in dimissione, nella maniera più chiara rispetto alle esigenze del medico di famiglia e di ogni eventuale altro contatto futuro con strutture sanitarie. Questa attività non ha bisogno di indicazioni dall'esterno, ma di una continua opera di miglioramento da parte di chi lavora in ospedale per produrre una lettera sempre più utile.

Sono opportune periodiche revisioni della modalità di preparazione della lettera di dimissione da parte dell'equipe di cura, in modo da analizzarne -in base a esperienze e culture diverse- la capacità reale di trasferire sulla carta le informazioni più rilevanti per la continuità delle cure.

Il rasoio di Occam e l'attività ospedaliera

Elogio della ripetitività:

- attenzione ai bisogni primari**
- cartella clinica**
- assessment**
- “sentire l'anima dell'antibiotico, dell'insulina”**
- comunicazione della diagnosi**

Il rasoio di Occam e l'attività ospedaliera

La cortesia: All'opposto di un atteggiamento scostante si trova la cortesia, che dovrebbe caratterizzare il rapporto del medico con il suo paziente. La cortesia è un fenomeno universale e alla portata di tutti, una volta trascorsa l'infanzia. È una capacità umana complessa e sofisticata, ma sorprendentemente facile, una volta che si decide di usarla. Per gli esseri umani la cortesia e la gentilezza sono facili, facili come sorridere (Axia, 2006).

Il rasoio di Occam e l'attività ospedaliera

Nessuno ha il monopolio della verità.

**Anche dopo molti anni di esperienza, studio e duro lavoro
ognuno impara cose nuove (giro visita).**

**Si impara dagli infermieri, dagli studenti, dai giovani medici
(anche dai primari).**

**“Non dobbiamo avere paura di ammettere la nostra ignoranza”
(è il primo gradino dell'apprendimento).**

“Il posto delle fragole” di Ingmar Bergman (1957)



Il rasoio di Occam e l'attività ospedaliera

Il dovere di chiedere perdono, quando si fa il medico, è sempre più importante, oggi, nella misura in cui il dilagare della tecnica conduce alla fatale disumanizzazione del malato. Non sempre si ascoltano i pazienti, non sempre nemmeno li si guarda, divorati dalla fretta di giungere alla diagnosi con i soli strumenti tecnologici e, in ogni caso, alla sola farmacoterapia. Non si ha il tempo di condividere il dolore e l'angoscia, la tristezza e l'inquietudine, la timidezza o la solitudine di una paziente o di un paziente. Ciascuno di noi è continuamente esposto al rischio di essere portatore di una violenza, certo, involontaria, ma radicalmente antiterapeutica.

Il rasoio di Occam e l'attività ospedaliera

La violenza delle parole che non testimoniano umana partecipazione e speranza; la violenza delle parole e dei gesti che non rispettano il silenzio e il pudore; la violenza dell'indifferenza e della noncuranza; la violenza delle comunicazioni che non tengono conto delle attese e del dolore dei pazienti. La illusione, direi, di potere (di dovere) dire la “verità”, ogni verità (talora apparente) a chi sta male; dimenticando l'invito alla prudenza e alla discrezione che rinascono da alcune bellissime parole di Hugo von Hofmannsthal: come è difficile dire la verità senza mentire.

Il rasoio di Occam e l'attività ospedaliera

Quanti motivi ci sono perché ciascuno di noi non possa non chiedere perdono ai pazienti per le cose, anche tecnicamente adeguate, che sono state fatte senza carità e senza amore.

(Eugenio Borgna, Le emozioni ferite, 2009)

Il rasoio di Occam e l'attività ospedaliera

Dieci minuti per una visita medica sono pochi (corsia).

Il pronto soccorso fa tutto. Una visita troppo breve riduce l'opportunità di sfruttare i benefici dell'interazione col paziente.

Il rasoio di Occam e l'attività ospedaliera

In cauda

Durante una visita molti pazienti dicono che tutto va bene (o tutto male). Spesso, specie in ambulatorio, la parte più significativa di una visita avviene alla sua conclusione, quando il paziente descrive, con apparente noncuranza, l'ultimo suo problema (il più importante!). Poiché le visite dei pazienti anziani sono lunghe, e breve il tempo a disposizione, è possibile che il paziente non abbia il tempo o non trovi il coraggio per dire la sua vera preoccupazione, il suo fantasma (Alzheimer, idee suicidarie, cancro).

Il rasoio di Occam e l'attività ospedaliera

Esiste una relazione inversa tra il numero di tubi inseriti in un paziente e la prognosi di quella malattia.

Questa regola vale non solo nelle UTI o nelle UTIC, ma anche, e a maggior ragione, nelle UCSI.

Il ricovero in UTI (e in UCSI?) può essere un'esperienza allucinante. Il paziente è confinato al letto, con tubi che fuoriescono da tutti gli orifici, naturali e non, frequentemente trattati con farmaci che alterano lo stato mentale (delirium), lasciati soli per la maggior parte del giorno.

Inoltre, più i pazienti sono gravi, più ci lavoriamo (chance di sopravvivenza?).

Il rasoio di Occam e l'attività ospedaliera

Molte malattie si presentano in modo atipico e il medico può prendere una strada errata se non presta sufficiente attenzione alle parole del paziente.

Prescrizione eccessiva di esami ("medicina di difesa"): TC encefalo per traumi minori o stati confusionali, UTIC e coronarografia per dolore toracico.

Stabilire un rapporto col paziente raccogliendo una storia accurata. Il "careful listening" di William Carlos Williams (1883-1963)—è la miglior difesa contro i rischi della superprescrizione.

Il rasoio di Occam e l'attività ospedaliera

Il consenso informato può aiutare, ma anche far male al paziente.

Aspetti positivi (alleanza col medico, meno stress, meno complicanze).

Aspetti negativi (descrizione informale e con modalità diretta delle potenziali complicanze che può terrorizzare il paziente.

“Compreresti un'automobile dopo aver sentito la descrizione di tutte le conseguenze che possono accadere all'autista e ai passeggeri a seguito di un incidente?”)

Il rasoio di Occam e l'attività ospedaliera

C'è poca indulgenza per un mestiere difficile e duro come quello del medico. Certamente è una professione prestigiosa e gratificante sul piano umano, economico e sociale, ma espone a una corrosione esistenziale, di solito sottovalutata e che è dovuta al continuo confronto con la malattia, con la sofferenza, con la morte (Catananti 2007).

“Gran Torino” di Clint Eastwood (2008)



The end