

Medicina ed “evidenze” di ieri, di oggi, di domani...

Se domandassimo a una persona qualunque di dire in due parole che cosa c'è di diverso tra la medicina del passato e quella del presente o del futuro, la risposta sarebbe probabilmente semplice e scontata: i medici di ieri erano più disponibili all'ascolto e più vicini al paziente; quelli di oggi sono più freddi, più razionali e più tecnologici...

In effetti i medici di qualche decennio fa non avevano a disposizione la tecnologia attuale, e non si sta parlando dell'ottocento, ma piuttosto degli anni '50-60-70; la diagnostica per immagini (che tende a rendere “evidente” anche ciò che vi è di più nascosto nella profondità dei tessuti), la genetica (che esplora ed “evidenzia” le cause delle malattie fin nelle pieghe più recondite del livello molecolare) e altre opzioni oggi divenute fruibili dalla medicina, non erano che pura fantascienza. Logico dunque che la ricerca della “evidenza” fosse affidata alle armi conoscitive meno costose e più alla portata di tutti: l'anamnesi e la semeiotica.

La prima tende a stabilire una situazione di ascolto del paziente, con l'enorme vantaggio che ne deriva in termini di fiducia reciproca, e a scovare ogni minimo dettaglio che possa illuminare sulla causa del malessere che porta il paziente a consultare il medico.

La seconda cerca di evocare le evidenze nascoste, rendendole evidenti agli occhi del medico e dello stesso paziente, grazie a manovre che coinvolgono i sensi: tatto, vista, udito, olfatto, gusto sono i principali attrezzi della borsa del medico, oltre qualche rudimentale strumento come lo steto/ fonendoscopio o lo sfigmomanometro.

L'esercizio della medicina si affidava molto all'esperienza del clinico; l'esperto era chiamato in causa per risolvere casi complicati, l'esperienza era ciò che distingueva il vecchio (e dunque bravo, tranne eccezioni) medico dal “dottorino” alle prime armi. Meno valore aveva la conoscenza, acquisita tutta o quasi sui banchi dell'università, con poche occasioni di reale aggiornamento, a parte i Congressi, spesso occasione di incontro e di dialogo politico, raramente vero momento di apprendimento; ancor meno contavano le richieste e le preferenze del paziente, relegato a ruolo di oggetto da un'etica medica di tipo paternalistico (“io che sono il medico decido per te, perché so che cosa è bene per te”).

La figura 1 sintetizza molto bene in uno schema i concetti fin qui espressi.

Ieri

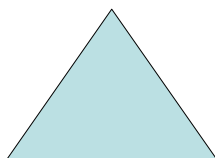
L'incontro con il paziente: lui narra, noi ascoltiamo

L'analisi del problema

II TRIANGOLO DECISIONALE

CONOSCENZA

ESPERIENZA



PREFERENZA del paziente

A partire dalla metà del '900 invece si afferma prepotentemente il principio che la conoscenza in medicina debba essere basata su prove sperimentali, nasce dunque l'era dei clinical trial. Alla base delle conoscenze le prove, e non le opinioni o le scuole. Oggi, almeno in ambito farmacologico, più nessuno accetterebbe di introdurre in un prontuario terapeutico un farmaco che non abbia superato, oltre agli accertamenti chimico-biologici di base, anche dei trial clinici che ne mostrino l'efficacia. Questo sia per un dovere di tipo scientifico, dunque etico, sia anche per l'organizzazione della salute in sistemi sanitari, che dovendo garantire la salute stessa non a una sola persona, come nel contesto medico-paziente, ma a un'intera collettività, si trova a fare i conti anche con problemi organizzativi, ed economici.

Questo nuovo concetto di efficacia richiede una rigorosa conduzione dell'esperimento in ambito clinico. Efficacia significa anzitutto che chi assume un trattamento ne trae dei benefici in misura superiore rispetto a chi non lo assume. La probabilità di guarigione o di miglioramento stabilisce l'efficacia, non le impressioni o le speranze. Nasce una nuova disciplina, l'epidemiologia clinica, scienza che studia i fattori determinanti e gli effetti delle decisioni cliniche (Fletcher RH, Fletcher RW Wagner EH. *Clinical Epidemiology: the essentials*. 3rd ed. Baltimore. Williams & Wilkins, 1996). La conoscenza dunque non si nutre più solo di quanto imparato all'Università e del parere degli esperti, ma scopre una nuova fonte: la letteratura scientifica.

Si comincia a pronunciare sempre più insistentemente un termine "evidenza", cattiva traduzione dall'inglese "evidence" che designa l'insieme degli elementi probatori (indizi e prove) a sostegno o a contrasto di una tesi.

La nascita dell'Evidence-based Medicine, annunciata per la prima volta in un articolo comparso su JAMA nel 1992 (Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268: 2420-5), è stata favorita dal grande salto tecnologico che si è verificato nel mondo dell'informazione e delle comunicazioni.

Oggi è possibile consultare BANCHE DATI biomediche come Medline, che contengono milioni di articoli, in pochi secondi, con una tecnica di consultazione molto sofisticata; a distanza, e talvolta gratuitamente, dallo studio del medico (ma anche del paziente...) dotato di PC e modem.

E' dunque cambiato il modo di accedere alla conoscenza in medicina, la velocità e la esaustività con cui le informazioni possono essere consultate; le revisioni della letteratura sono oggi sempre più sistematiche e sempre meno "narrative" e sempre meno parziali e tendenziose. In poche ore, giorni, o settimane, tutta l'**evidence** disponibile su un problema può essere acquisito dal medico, meglio dal GRUPPO di professionisti che vogliono cimentarsi in un esercizio di Evidence based Medicine

Con questo termine (che designeremo con la sigla EBM), i fondatori intendono "l'utilizzo coscienzioso, esplicito, giudizioso delle migliori conoscenze disponibili al momento, nel processo decisionale riguardante la cura dei singoli pazienti" (Sackett DL, Rosemberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996;312:71-2.).

L'EBM è un percorso, che incomincia dal paziente e termina sul paziente. Le principali tappe sono le seguenti (4):

1. **La formulazione del quesito clinico;**

2. **La ricerca delle prove** nella letteratura medica (TUTTE le prove - esaustività nei contenuti - e LE VALIDE PROVE - sistematicità nel metodo e nelle tecniche di ricerca, valutazione della qualità dei singoli lavori)

3. **L'interpretazione critica**, con un processo di valutazione della validità (aderenza alla verità), dell'utilità (rilevanza, generalizzabilità ed applicabilità ai pazienti); le prove sono classificate in diversi livelli (levels of evidence) che tengano conto:

- della validità intrinseca del disegno di studio: migliori in senso assoluto i trial clinici randomizzati e controllati e le loro metanalisi; un po' meno gli studi di coorte, poi il caso-controllo, i case reports, gli studi non controllati, gli studi ecologici, gli aneddoti, e all'ultimo gradino, l'opinione di esperti non corroborati da studi
- della qualità metodologica con cui sono stati condotti
- della rilevanza clinica (esiti robusti, legati con la durata della vita e la sua qualità, e non surrogati, quali esami di laboratorio o altre misure indirette legati da relazioni dubbie con lo stato di salute o di malattia)

4. **L'integrazione delle prove nelle decisioni cliniche.** Le decisioni cliniche dunque terranno conto, oltre che dei riscontri della letteratura criticamente valutati, anche della propria esperienza clinica delle esigenze e preferenze del paziente.

Se l'EBM manterrà le sue promesse, sarà certo un movimento di portata rivoluzionaria, sia per l'ingresso nelle decisioni mediche di un inevitabile tasso di oggettività (derivante dal metodo sperimentale) e di metodicità (frutto di un nuovo approccio epistemologico ai problemi). E forse anche di maggior democraticità (la conoscenza alla portata di tutti) e, infine, di umanità, se è vero che le preferenze dei pazienti avranno finalmente un peso maggiore.

Questo nuovo equilibrio e questa nuova ricchezza nelle decisioni è ben sintetizzato nella figura, in cui le tre componenti del "triangolo decisionale", grazie all'EBM, verrebbero a bilanciarsi meglio che in passato.

Oggi

L'incontro con il paziente: lui narra, noi ascoltiamo

L'analisi del problema

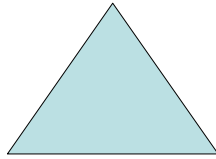
- Formulazione del quesito
- Ricerca delle prove
- Valutazione critica

EBM



II TRIANGOLO DECISIONALE

CONOSCENZA



ESPERIENZA

PREFERENZA del paziente

L'EBM che poco prima è stata definita "rivoluzionaria" almeno nei suoi intenti, va giustamente tenuta nella giusta dimensione, sia perché è solitamente pericoloso affidarsi a delle formule sperando che cambino le culture, sia per il fatto che in realtà non è una cosa nuova in sé. L'ascolto del paziente è un'arte antica quanto la clinica, oggi rinforzata dalla psicologia e dal counselling; l'analisi dei problemi è mutuata dalla logica e dal management sanitario; la capacità di consultare correttamente le fonti bibliografiche neppure è una novità, solo sono state introdotte nuove regole da una nuova tecnologia; la lettura e interpretazione critica degli articoli è territorio dell'epidemiologia clinica e della statistica; infine, il saper applicare correttamente le cognizioni incorporandole nelle decisioni è il campo della clinica e nuovamente del counselling, che tiene sempre in primo piano la relazione con il paziente stesso.

Quello che porta di nuovo l'EBM è la sintesi tra tutti questi elementi, e se è incauto salutarla come novità assoluta, altrettanto inopportuno sarebbe, come alcuni propongono, seppellirla come "qualcosa che abbiamo sempre fatto". Se è vero che i bravi medici sono sempre esistiti, è altrettanto vero che mai come oggi il bravo medico è messo in condizione di ben operare grazie al confluire di opzioni culturali, storiche, tecnologiche ed etiche.