

Medicina basata sulle evidenze (EBM) e pratica clinica

La mente umana come il paracadute: funziona al meglio quando è aperta
(Charlie Chan)

Per secoli l'arte medica è stata autoreferenziata. Fino all'inizio del XX secolo, nonostante i progressi scientifici, la classe medica non era matura per recepire la potenzialità della sperimentazione che metteva in discussione il sapere insegnato nelle scuole di Medicina, l'autorità dei professori e il potere della corporazione.

Era buon medico chi, forte di una buona conoscenza fisiopatologica e di una grande esperienza, ipotizzava l'efficacia di un provvedimento terapeutico. Spesso era la sua autorità che ne garantiva l'efficacia.

Il secolo XX, segnato da due grandi protagonisti - scienza e democrazia - ha assistito al passaggio da una medicina basata sull'autorità a una medicina basata sulle prove di efficacia.

Con la comparsa e la diffusione dei trial clinici si è richiesto ai vari momenti diagnostici e terapeutici della medicina una conferma oggettiva della loro validità. La rigorosa metodologia alla base dei trial clinici randomizzati ha garantito la comparabilità dei trattamenti e ha sancito l'utilità di certi farmaci o completamente affossato altri che fino ad allora erano considerati efficaci.

Con l'esplosione tecnologica e della ricerca farmacologica e nel contempo con l'accresciuta consapevolezza della limitatezza delle risorse, le autorità sanitarie dei vari paesi hanno maturato la necessità di selezionare gli interventi più validi, in modo da ottimizzare il rapporto costo/beneficio.

È su queste basi generali, in sintesi, che è nata e si è sviluppata la medicina basata sulle evidenze. C'è chi, a questo proposito, ha entusiasticamente affermato: "La libertà clinica è morta e nessuno si rammarica della perdita" (1).

Purtroppo la realtà non è, e non può essere, così semplice. La medicina basata sulle evidenze ha offerto ai medici un sicuro strumento di lavoro perché ha offerto la possibilità di selezionare i presidi e i rimedi più validi fra i tanti che vengono proposti. I medici hanno cominciato ad orientarsi in mezzo a termini come riduzione del rischio assoluto e relativo, intervallo di confidenza, numero di pazienti che devono essere trattati per

prevenire un evento, ecc., vincendo antiche consuetudini e reticenze, fondate soprattutto sulla convinzione, a lungo tramandata, che l'arte medica poggia solo sulle conoscenze e sull'esperienza del singolo medico e qualsiasi "suggerimento esterno" è una coercizione che limita la libertà di agire nell'interesse del paziente. Oggi, sia pure faticosamente e fra molte contraddizioni, si sta affermando una pratica che cerca nelle prove scientifiche una legittimazione.

Il medico quindi si può trovare in aree della pratica diagnostica e terapeutica che hanno chiare indicazioni in senso positivo o negativo derivanti dai trial clinici. Queste costituiscono la base delle sue decisioni. Molte altre situazioni cliniche, purtroppo, non dispongono di tali indicazioni e le decisioni devono pertanto maturare in un'area di incertezze scientifiche ("zona grigia").

Inoltre, e non ultimo, sono ben noti i limiti che i trial hanno di fronte alla medicina del singolo. Ad esempio, un trial ci dimostra che su cento pazienti trattati con un determinato farmaco, dieci trarranno un beneficio concreto; gli altri novanta, trattati quindi senza ottenere beneficio, saranno però esposti agli eventuali effetti avversi che gran parte dei farmaci efficaci induce. Il medico, al momento della prescrizione, di fronte a quel determinato paziente, non sa se esso fa parte dei dieci che beneficeranno del trattamento. Si evidenzia così una delle contraddizioni fondamentali fra medicina di popolazione e medicina del singolo, contraddizione che non deve però indurre a due opposte tentazioni, egualmente squilibrate: un minimalismo pratico da una parte, un interventismo spinto dall'altra.

In linea di massima, un'applicazione coscienziosa delle prove di efficacia esalterà, invece che mortificare, la necessità di una buona arte medica. Abbiamo bisogno del ragionamento clinico, dell'esperienza, della capacità di estrapolazione per attraversare le tante *zone grigie* della pratica. Si dovrà sempre più sviluppare la capacità di comunicazione con il paziente al quale dobbiamo trasmettere anche la possibilità di convivere con ciò che non conosciamo. Non dimentichiamo che anche con una medicina basata su prove di efficacia possia-

mo condurre una cattiva pratica se la applichiamo in modo irriflessivo e senza sensibilità.

La medicina basata sulle evidenze impone anche una maturazione completa del rapporto medico-paziente.

Il paziente deve diventare soggetto attivo, informato, consapevole, co-protagonista di scelte importanti per la sua salute. Si obietta che questo tipo di rapporto cancellerebbe *l'aura magica* intorno al medico che il paziente ancora ricerca e che, se non trovata, lo spingerebbe verso pratiche di medicina *alternativa* la cui efficacia è, nella migliore delle ipotesi, tutta da dimostrare. L'informazione e il dialogo sono l'antidoto alla irrazionalità che nel campo della salute può portare a scelte sbagliate. Il dialogo deve occupare particolarmente la *zona grigia* dell'attuale medicina che spesso viene riempita da prescrizioni di esami diagnostici o di farmaci più o meno rassicuranti e inutilmente costosi.

Se la medicina basata sulle evidenze è stata giustamente definita come "il coscienzioso esplicito giudizio- uso delle migliori informazioni nel prendere decisioni per curare un paziente" (2), questa esalterà la libertà e l'esperienza del singolo medico perché il compito della medicina, per quanto scientifico, rimane pienamente etico. L'obiettivo della comunità (fornire le cure migliori tenendo conto delle limitate risorse economiche) non è in contrasto con le finalità del medico, che di

questa comunità fa parte integrante. Risulta pertanto, in ultima analisi, che l'atto clinico è un atto complesso che deve comprendere: la somma delle prove di efficacia, le attese dei pazienti, i limiti imposti dalla normativa o dall'organizzazione sanitaria. Diventa indispensabile inserire quindi l'atto clinico nel contesto di un sistema sanitario non parcellizzato ma comunicante, perché un atto clinico di per sé appropriato, si vanifica in un percorso diagnostico-terapeutico non lineare.

La medicina basata sulle evidenze, per il suo sviluppo e per la sua implementazione diffusa, dovrà sempre più includere, e non ignorare, la realtà clinica con le sue difficoltà intrinseche, realtà che è a sua volta inserita in un contesto organizzativo sanitario articolato e complesso. Come è stato brillantemente sintetizzato le evidenze basate sulla medicina sono il prerequisito per una Medicina basata sulle evidenze (3).

Bibliografia

1. Hampton JR. The end of clinical freedom. *BMJ* 1983;**287**:1237-8.
2. Sackett DL. Evidence Based Medicine: how to practice and teach EBM. New York, Churchill Livingstone 1997.
3. Knottnerus JA, Dinant GJ. Medicine based evidence, a prerequisite for evidence based medicine. *BMJ* 1997;**315**:1109-10.