



EVIDENCE BASED MEDICINE (EBM) 2: Un grande patrimonio di idee da ri-scoprire e valorizzare

Data 08gennaio2017
Categoria scienze_varie

Un breve saggio in 3 puntate, a cura della Redazione di Pilole (D. Zamperini, L. Puccetti, G. Ressa, R. Rossi, M. Venuti, P. Iaccarino, C. Stefanetti, G. Collecchia, R. De Gobbi-coordinatore-) per comprendere ed utilizzare criticamente questo essenziale strumento professionale

SecondaParte

I Limiti e la grande eredità

Ilimiti

L'entusiasmo iniziale si scontrò presto con le difficoltà di applicare la EBM nel suo terreno principe: le cure primarie. Molti esperti in medicina pratica hanno elencato le difficoltà ed i problemi: ricordiamo lo studio dell'americano Ely (1), che elencò ben 59 problemi, i più rilevanti dei quali risultavano il **Tempo richiesto in genere eccessivo, la Difficoltà a tradurre il problema in domanda, la Difficoltà a stabilire la strategia di ricerca, la Insufficienza dell'evidenza trovata, la Incertezza sull'effettivo raggiungimento dell'evidenza disponibile, i Dubbi sulla possibilità di trovare risposte adeguate.**

Ancora attuali sono le riflessioni dei nostri Edoardo Parma, Vittorio Caimi(2) e Giampaolo Collecchia(3,4) i quali hanno distinto la utilizzazione della EBM nella diagnostica, generalmente corretta ed utile, rispetto alla sua applicazione in ambito terapeutico: essi hanno in particolare osservato come spesso le linee guida terapeutiche ispirate alla EBM e quindi finalizzate a ridurre la variabilità delle decisioni ed a migliorare la qualità delle cure abbiano accentuato gli aspetti burocratici ed autoritari del sistema riducendo la capacità di rispondere ai complessi bisogni di salute della popolazione. A distanza di alcuni anni le anticipazioni profetiche di questi colleghi sono confermate da rigorose ricerche internazionali; le Linee Guida, che secondo i padri della EBM avrebbero dovuto essere lo strumento di trasmissione delle "evidenze" alla medicina pratica, sono invece molto spesso ben lontane da questa funzione(5): ecco un elenco sintetico ma aggiornato dei problemi che insorgono nel trasferimento delle linee guida terapeutiche alla medicina pratica:

1) La larga maggioranza delle linee guida è "disease-oriented", ovvero indirizzata alla malattia: si basano sul presupposto molto riduttivo che si possa curare la singola mattina e non il singolo paziente, che generalmente è affetto da più malattie.

Ne consegue che la terapia è indirizzata alla singola malattia od al singolo problema e che per curare i pazienti problematici è sufficiente sommare le terapie. La larga maggioranza delle linee guida non affrontano quindi i gravi problemi della interazione tra farmaci e dell'effetto di alcuni farmaci su altre malattie co-presenti.(6)

2) Le linee guida si basano su dati che vengono convenzionalmente ritenuti certi.

La medicina pratica è invece spesso una medicina che si trova ad operare in condizioni di incertezza: incertezza sulla diagnosi, incertezza sulla presenza di altre malattie, incertezza sulla compliance del paziente, sulla qualità dell'assistenza, sulla possibilità di programmare un adeguato follow-up (7)

3) Secondo una recente autorevole ricerca bene il 62% delle linee guida indirizzate ai medici pratici sono di modesta ed incerta rilevanza per i pazienti da loro quotidianamente curati (7)

Per citare un solo dato tra i molti disponibili solo l' 11% delle raccomandazioni delle associazioni americane di cardiologia sono basate su prove di elevata qualità, mentre ben il 48% sono basate su prove di modesta qualità o addirittura sulla pura e semplice opinione degli esperti (8)

4) Vi è un costante sforzo da parte delle società scientifiche di produrre sempre nuove linee guida mentre poche energie sono dedicate ad uniformare e semplificare le linee guida prodotte: un esempio eclatante è la ipertensione, per la quale negli ultimi dieci anni sono state prodotte 57 linee guida, una media di oltre 5 l'anno. (9)

5) Vi è scarsa sensibilità da parte degli estensori delle linee guida sul rapporto tra i benefici ed i rischi di ogni terapia: ad esempio nelle linee guida molto raramente vengono riportati parametri di grande importanza per i medici pratici qual è il NNT (number needed to treat) ed il NNH (number needed to harm).

Quale esempio da imitare va citato l'Alberta Cardiovascular Risk Reduction Guideline, che mediante un semplice calcolatore di rischio permette all'utente di visualizzare e di comprendere come la semplice adozione di una dieta mediterranea può consentire una riduzione del rischio analoga a quella ottenibile con terapia continuativa con statine, senza gli effetti collaterali che quest'ultime possono comportare.(10)



6) I pazienti dei paesi avanzati chiedono sempre più spesso ai medici di essere coinvolti nel percorso diagnostico ed in particolare nel programma terapeutico e rivendicano il diritto di manifestare le proprie opinioni e le proprie preferenze. Questo importante aspetto del programma di cura è affrontato quotidianamente dai medici pratici ma è pressoché ignorato dalle linee guida.(11)

7) Purtroppo spesso le Linee Guida sono influenzate da sollecitazioni economiche e condizionate dai dei conflitti di interesse di molti ricercatori e dirigenti di società scientifiche: il grave problema è ben lontano da aver trovato soluzioni ... (12)

Continua nella Terza Parte

Bibliografia della Seconda Parte

- 1) Ely JW et al. Obstacles to answering doctors' questions about patient care with evidence: qualitative study. *BMJ* 2002;324:1-7
- 2) Parma E., Caimi V. Medicina delle prove di efficacia e medicina generale. In: Liberati A. La medicina delle prove di efficacia. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1997
- 3) Collecchia G. , Milano M.: Trasferibilità della letteratura alla medicina generale (seconda parte). *Ricerca & Pratica* 2003;19:142-150
- 4) Collecchia G. "Medicina basata sulle prove e medicina generale: dal sapere al sapere cosa fare". Toscana Medica, Settembre2002
- 5) Mc Cartney M et al.: Making evidence based medicine work for individual patients *BMJ* 2016;353:i2452 doi: 10.1136/bmj.i2452
- 6) Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380:37-43. doi:10.1016/S0140-6736(12)60240-2pmid:22579043
- 7) Steel N, Abdelhamid A, Stokes T, et al. A review of clinical practice guidelines found that they were often based on evidence of uncertain relevance to primary care patients. *J Clin Epidemiol* 2014;67:1251-7. doi:10.1016/j.jclinepi.2014.05.020pmid:25199598.
- 8) Tricoci P, Allen JM, Kramer JM, Califf RM, Smith SC Jr. Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines. *JAMA* 2009;301:831-41. doi:10.1001/jama.2009.205. pmid:19244190
- 9) <http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library>
- 10) Towards Optimized Practice. Cardiovascular risks. 2015. <http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/54252506>
- 11) Snow R, Humphrey C, Sandall J. What happens when patients know more than their doctors? Experiences of health interactions after diabetes patient education: a qualitative patient-led study. *BMJ Open* 2013;3:e003583. doi:10.1136/bmjopen-2013-003583 pmid:24231459.
- 12) NHS. Shared decision making. 2012. <http://sdm.rightcare.nhs.uk>