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

**Data** 08 gennaio 2017
**Categoria** scienze_varie

**Un breve saggio in 3 puntate, a cura della Redazione di Pillole ( 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 risposteadeguate.**
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 avere 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