

UTILIZZO DELLA EVIDENCE BASED MEDICINE NELLA PRATICA DEL MEDICO GENERALE

Giuglio Corgatelli
Medico Generale - Varese

Purtroppo in Italia, ma non solo qui, la ristrettezza delle risorse economiche messe a disposizione dai governi per i servizi sanitari, spinge i politici (e non solo quelli) ad incoraggiare la predisposizione di strumenti atti a contenere e ridurre la spesa sanitaria, proponendo la eliminazione delle così dette pratiche cliniche inefficaci.

È molto difficile, oggi, mantenere la propria pratica medica ad un livello di qualità adeguato al continuo modificarsi delle nuove conoscenze scientifiche.

Infatti è stato dimostrato che esiste una notevole variabilità di uso di tecnologia applicate alla medicina, questo uso è influenzato da:

- il lungo tempo che occorre perchè una tecnologia efficace sia dimostrata tale,
- la velocità con cui tecnologie di incerta efficacia hanno invece affermazioni di mercato,
- la presenza sul mercato di tecnologie del tutto inefficaci.

La conseguenza di ciò è che il livello di trattamento attualmente offerto dai medici ai cittadini, è probabilmente inferiore a quello che sarebbe possibile se venissero messe in atto tutte le conoscenze fino ad oggi disponibili. Nasce pertanto la necessità di trovare uno strumento che sia in grado di fornire al medico la possibilità di approntare scelte aderenti ("illuminate") al modificarsi delle conoscenze scientifiche.

L'evidence – based – medicine (EBM), cioè la medicina basata sulle prove di efficacia, può essere intesa come una via di mezzo tra i protocolli vincolanti dello Stato (sul modello francese) e le scelte decisionali che ognuno di noi fa in piena libertà e senza vincoli di sorta. Sino a qualche anno fa il medico doveva e poteva agire secondo "scienza e coscienza" nel solo interesse del paziente, era considerato autonomo e non gli venivano contestate conseguenze economiche del suo agire, purchè l'azione venisse rivolta al diritto di salvaguardia della salute del cittadino.

Oggi invece il problema economico di un trattamento terapeutico deve essere affrontato secondo il principio del rapporto costo/efficacia, questo per poter garantire la migliore assistenza con la spesa più contenuta.

La lacuna maggiore che si può notare oggi, in Italia, è la formazione del medico su base universitaria che non gli fornisce gli strumenti necessari per poter raccogliere e saper trasformare in applicazioni pratiche quotidiane ciò che la ricerca scientifica produce.

Nonostante le innovazioni della Tabella XVIII che ha introdotto nuovi insegnamenti, non sembra un granchè cambiato il vecchio paradigma medico basato sullo strumento "intuizione" dove:

- le osservazioni non sistematiche dell'esperienza clinica sono un buon mezzo per costruire conoscenze
- la comprensione e lo studio di fenomeni che si presentano nelle malattie sono una sufficiente guida per la pratica professionale
- l'esperienza clinica è la base sufficiente per la produzione di linee-guida.

Il nuovo paradigma della medicina oggi dovrebbe partire dall'intuito e dalle conoscenze dei fenomeni delle malattie, ma associare nella scelta della pratica da adottare, l'evidenza di efficacia, che si ottiene dalla osservazione sistematica della letteratura scientifica.

L'EBM, come detto prima, deve diventare uno strumento per rendere scientifica l'esperienza clinica. La medicina delle prove di efficacia, così come è ha grossi limiti applicativi per la Medicina Generale. Essa può trovare buon gioco in alcune patologie ben definite, ma nella pratica quotidiana dove il Medico Generale si trova ad affrontare i problemi del paziente (e non le patologie), questo

diventa un grosso limite.

In effetti il problema non è tanto quello di valutare una performance clinica alla luce della EBM, oppure tarare quanta EBM c'è in quella performance clinica, ma piuttosto quello di vedere quanta EBM ha influenzato le decisioni prese dal medico stesso.

È bene ricordare che i risultati delle ricerche cliniche vengono pubblicati sulle riviste scientifiche e da queste si dovrebbero trarre insegnamenti per la pratica medica. È altrettanto bene ricordare che esistono circa 20.000 riviste biomediche attualmente in pubblicazione, tutte di diverso livello di qualità che riportano spesso studi detti preliminari che privilegiano la comunicazione tra ricercatori e pochi studi sono di tipo conclusivo che permettono la comunicazione con il medico pratico e il ricercatore.

È chiaro dunque che è necessario, per la Medicina Generale, spostare il significato di EBM da atto finale dell'atto medico, a quello di strumento e di supporto per la clinica della Medicina Generale ridefinendo i concetti di "scienza", "arte" e "pratica".

È innegabile che un modo per ridiscutere la clinica della Medicina Generale sia quello che passa anche attraverso il metodo basato sulle prove scientifiche.

Questo percorso non porta a scoprire "facili ricette" o "semplici trasferimenti" in quanto la Medicina Generale non può essere un insieme di procedure ben codificate e documentate legate tra loro da una conoscenza univoca e possibilmente condivisa da tutti gli operatori.

La Medicina Generale è anche "un'arte" che presuppone qualcosa di "soggettivo" che è l'elemento umano (sia medico che paziente) che non può essere misconosciuto o addirittura cancellato per una visione "tecnica" dove al risultato sicuro sono direttamente collegate delle procedure standard.

L'elemento umano non può essere considerato alla semplice stregua di un bias da controllare o da eliminare.

Una caratteristica della medicina generale è proprio quella della non automatica trasferibilità delle conoscenze nella pratica quotidiana, non legata a cattiva volontà dei medici ma a caratteristiche intrinseche che la differenziano dalla medicina universitaria o specialistica.

Altre esclusive proprietà sono ad esempio la dimensione del tempo, cioè l'estensione in cui si sviluppa la storia del paziente, fatta da numerose consultazioni con problemi che si intersecano tra loro e che creano un quadro di "problemi attivi" e ne caratterizzano spesso le malattie.

La centralità del rapporto medico/paziente con i suoi aspetti di mediazione con il paziente sono un altro aspetto caratteristico. La Medicina Generale è spesso, una interfaccia tra il mondo del paziente e quello del medico, tra i vari livelli organizzativi del sistema sanitario con il vissuto di ogni paziente e questo dà valore agli aspetti di negoziato che caratterizzano le dinamiche dei rapporti. Ciò evidenzia una distanza tra teoria e pratica, o meglio pone in risalto il fatto che la trasferibilità pura e semplice può avvenire solo in pochi e selezionati casi che, di solito, coincidono con i criteri di inclusione e di esclusione degli studi clinici.

In Medicina Generale le situazioni non sono mai precise e ben definite, come invece avviene nella popolazione che viene arruolata per i trials controllati, e dove un ruolo importante è giocato dai fattori di contesto che orientano la logica del giudizio clinico.

Questo si evidenzia con un costante riscontro tra la variabilità comportamentale dei pazienti e l'indicazione proposta dal medico.

La differenza tra la EBM e la Medicina Generale sta nel fatto che pur considerando i presupposti scientifici della EBM (selezionando, isolando e controllando i fenomeni clinici), l'applicazione pratica di essa ai fenomeni (quindi a una realtà complessa, confusa, non facilmente controllabile) non è cosa facile ed immediata. Perché l'EBM possa essere applicata in una realtà della Medicina Generale dovranno essere fatti dei passaggi metodologici, e se necessario anche costruire degli strumenti di interpretazione dei dati che però andranno a scapito della rappresentatività dei dati stessi. Il progetto, un po' ambizioso, della EBM così com'è, è che debba diventare la guida della pratica clinica. Basti pensare alla paura che un paziente può avere di manifestare una malattia. Tale paura non può essere annullata da una semplice comunicazione di percentuali, di stime di rischio, di deviazioni standard, di intervalli di confidenza e quant'altro.

Spesso egli si trova a dover trasferire sull'individuo delle conoscenze maturate su studi di popolazione e questo è un elemento critico del processo dell' EBM che deve misurarsi direttamente con la percezione di "salute" del singolo a cui i risultati medi poco interessano se non la sola sicurezza di un risultato positivo per sé.

Il Medico Generale lavora con gli stessi pazienti per molti anni e con essi non esaurisce il suo rapporto dopo un singolo episodio di malattia. È importante, quindi, per il medico definire degli obiettivi da raggiungere e da valutare (esiti).

Per fare un esempio nel campo del diabete diverso è assumere come parametro di evidenza l'abbassamento dei valori glicemici o la riduzione del valore dell'Hb-glicosilata rispetto alla riduzione dell'incidenza dell'arteriopatia periferica o della mortalità per malattie cardiovascolari. In Medicina Generale sono molto più numerose le evidenze ai primi due obiettivi (anche detti end-point surrogati, dalla scienza), rispetto agli altri due (definiti dalla scienza come end-point veri). Secondo l' EBM l'end-point vero è qualcosa di intangibile (il non verificarsi di un evento, ultimi due obiettivi enunciati sopra), mentre la medicina generale si gioca tutta su eventi tangibili (end-point surrogati) quali ad esempio l'abbassamento della glicemia, la riduzione del valore dell'Hb-glicosilata, la riduzione del colesterolo, la riduzione dei valori pressori ed altri ancora.

Questa caratteristica fa sì che ci sia discrepanza tra competenza e prestazione ma ciò non significa che non debba essere congruente o conseguente alle idee del paziente.

Il concetto tecnologico della EBM è costantemente messo in discussione nella medicina generale. Anche la medicina come arte corre il rischio di lasciare troppa iniziativa all'improvvisazione, si tratta di ricongiungere questi due aspetti.

L'EBM, in quanto metodo e strumento di lavoro può essere d'ausilio. L'EBM come metodo dell'approccio clinico (ma non "fine" dello stesso) può permettere di superare le reticenze che si creano in molte situazioni in Medicina Generale perché poco precise e poco definite, dove fattori contestuali, come il pensiero del paziente, giocano un ruolo determinante per l'orientamento del processo decisionale e per la riuscita della soluzione terapeutica.

Il problema vero è quello di valutare se e quando il Medico Generale utilizza l'EBM per il suo processo decisionale. Una possibile soluzione sarebbe che l'EBM sia in grado di produrre elementi documentati di conoscenza, mentre al Medico Generale spetterebbe il compito di adattarla alla pratica quotidiana inserendola nel contesto del paziente.

Identico problema lo pongono le linee guida che devono restare "occasioni", codificate e aggiornate sistematicamente, per assistere il medico a prendere decisioni e che a tempo stesso possono garantire al paziente un buon livello di assistenza di qualità. Sono raccomandazioni che raccolgono il consenso del sapere, ma hanno come limite la non capacità di modificare la pratica.

Questa pratica è fatta di frequenti scambi di categorie di valori che per la Medicina Generale è l'interazione tra individui. Il problema perciò è quello di dimostrare che nella Medicina Generale i momenti decisionali sono influenzati da due fondamentali fattori: clinici e contestuali.

Un esempio potrebbe essere quello della decisione del trattamento anti-ipertensivo che può essere subordinato ai singoli valori (140/90), ma anche da una consultazione specialistica o da un ricovero ospedaliero, o dalla preoccupazione del paziente, o da una manovra "strategica" per mantenere il contatto con il malato. Anche qua il rischio non riguarda l'esistenza di tali linee, ma il significato che a loro viene attribuito: il pericolo è che diventino l'unico parametro di giudizio degli interventi sanitari e che non rimangano, invece, solo strumenti utili per le decisioni cliniche.

La sfida per il futuro potrebbe essere quella di iniziare a scrivere la clinica della Medicina Generale. Molti di noi sostengono che il nostro lavoro di medici di famiglia ha peculiarità diverse perché differente è l'approccio con il malato.

Egli pone sintomi, non malattie o patologie, ha un modo tutto suo di descriverli ed è anche un suo diritto dichiararsi malato anche se i suoi sintomi soggettivi non rientrano in nessuna descrizione nosologica.

È bene pensare che sia giunto il momento di iniziare ad osservare e descrivere tali sintomi in tutti i loro particolari, pur essendo già consapevoli delle differenze che si verranno a creare con la

medicina accademica.

L'EBM potrà essere l'occasione di incontro tra la Medicina Generale e l'accademica per analizzare le possibili divergenze tra l'una e l'altra e servirà per individuare una metodologia scientifica che ci permetterà di scoprire strumenti innovativi, magari diversi ma altrettanto rigorosi, che saranno in grado di studiare e di "incontrare" l'uomo malato.

Bibliografia

1. Green AL.: Lo stato dell'arte e lo stato della scienza. La diffusione delle nuove tecnologie mediche nella pratica. *Epid.Prev.* 1993; 17:132-144
2. Evidence-Based Working Group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268: 2420-2425
3. Dickersin K.Berlin JA.: Meta-analysis: state of the science. *Epid.Prev.* 1992; 14:154-176
4. Faggiano F, Renga G: Quale formazione alle linee-guida per la pratica medica? *Medic* 1996; 4:43-48
5. Satolli R: Raccontare storie in Medicina Generale. *Ricerca & Pratica* 1996; 12:122-127
6. Marchioli R, Tognoni G: Cause – Effetti in medicina. *Il Pens. Scient. Edit.* 1994
7. Parma E: Pratica medica e non compliance. Una sfida per il medico di famiglia. *Medic* 1993; 1:133-136
8. Liberati A: La medicina delle prove di efficacia. *Il Pens. Scient. Edit.* 1997
9. Grilli R, Penna A, Liberati A: Migliorare la pratica clinica. *Il Pens. Scient. Edit.* 1995
10. Liberati A: Valutazione del bisogno sanitario e allocazione delle risorse. Il difficile ruolo dell'epidemiologia. In G. Costa, F.Faggiano, Equità nella salute: lo scenario italiano. Atti del seminario dei Laghi 1992. Fondazione Smith Kline. Franco Angeli, Milano 1993
11. Cartabellotta A, Montalto G, Motarbartolo e GIMBE: La medicina basata sulle evidenze nella valutazione dei test diagnostici. *Medic* 1997; 2:113-119
12. Pagliaro L, Vizzini GB, Emma Aragona, Malizia G: Il primo contatto medico-paziente e la diagnosi. Parte I°. *Medic* 1997; 3:163-173
13. Pagliaro L, Vizzini GB, Emma Aragona, Malizia G: Il primo contatto medico-paziente e la diagnosi. Parte II°. *Medic* 1997; 4:243-250
14. Valente M: A proposito di percorsi diagnostici e terapeutici. *Medicinae Doctor* 1998; 1:4-10
15. Liberati A, Donati C: Raccomandazioni per la produzione, disseminazione ed implementazione di linee-guida di comportamento pratico. *SIMG* 1997

RECENSIONI

Mediserve editore,
Pag. 1450,
£ 350.000

ELLEMBERG & RIFKIN

Il diabete mellito

Questo volume edito dalla Mediserve è la prima edizione italiana di un testo americano. Presenta una sintesi completa delle conoscenze sulla malattia diabetica affrontandone gli aspetti fisiopatologici, clinici, terapeutici e pratici. L'impostazione è quella classica di un trattato molto ampio e approfondito. Nell'opera sono presenti due limiti uno è la classificazione, che fa ancora riferimento a quella del 1985 dell'OMS non considerando la classificazione più attuale del 1997 dell'ADA ormai divenuta punto di riferimento; il secondo è il non prendere in considerazione i nuovi criteri diagnostici proposti sempre dall'ADA nel 1997. Tali limiti sono legati alla data di pubblicazione dell'edizione americana che è il 1997, del resto questo è un limite di tutti i trattati che

spesso non riescono ad essere aggiornatissimi in relazione ai tempi di compilazione e stampa. L'opera è di notevole interesse per la classe medica e per gli studenti. Per il Medico Generale è forse troppo ampio e ciò comporta alcune difficoltà per trovare la parte pratica che comunque non manca. Sono presenti anche principi di gestione della malattia e utilizzo dell'informatica nel monitoraggio della malattia stessa.

Il trattato affronta i problemi legati alla malattia diabetica sia in età pediatrica che negli adulti, negli anziani e in gravidanza. L'edizione italiana è trattata con molta cura.

L'opera andrebbe tenuta nella propria biblioteca, dopo averla letta, per ulteriori consultazioni. È aggiornata anche in temi di interesse di ricerca con paragrafi dedicati alla biologia molecolare e alla genetica. Permette approfondimenti su argomenti spesso non strettamente di interesse per la Medicina Generale ma che dovrebbero far parte del proprio bagaglio culturale.

RECENSIONI

R. Cortina Editore,
Milano, 1998,
Pag. 200,
£ 36000

JOHN R. SEARLE

Il mistero della coscienza

John Searle, filosofo della mente statunitense di impostazione analitica, ha raccolto e rielaborato alcune recensioni apparse sulla New York Review of Books, dal 1995 al 1997, che sono diventate altrettanti capitoli di un testo scorrevole ed esemplare per chiarezza espositiva, ad onta dell'argomento non certo intuitivo. La coscienza infatti resta per l'autore ancora in larga parte un fenomeno misterioso perché, fino a poco tempo fa, non era considerata dalla maggioranza degli esperti degna dell'indagine scientifica. Per di più siamo ciechi nei confronti del carattere biologico dei fenomeni mentali in genere "a causa della nostra tradizione filosofica che ha trasformato il mentale e il fisico in due categorie che si escludono reciprocamente". Al contrario per Searle la coscienza è un evento fisiologico al pari della digestione o della respirazione. L'altro "errore" compiuto da alcuni neuroscienziati è quello di appiattire l'attività mentale sulla metafora del computer, secondo lo schema "elementare" apparato neuronale=hardware e pensiero=software (la cosiddetta ipotesi dell'Intelligenza Artificiale forte). L'autore confronta, discute e polemizza, sulla base di queste tesi di fondo, con le posizioni teoriche, espresse in altrettanti testi, da esponenti di spicco della scena filosofico-scientifica: dai colleghi Dennet e Chalmers al fisico matematico Penrose, dai neurobiologi nonché premi Nobel Edelman (a cui Searle si dichiara vicino) e Crick al neuroscienziato Rosenfield. Il risultato finale è un libro, forse un po' polemico, che ha il merito di esporre sinteticamente il pensiero di alcuni protagonisti delle scienze della mente, costituendo nel contempo un'esauriente guida bibliografica per chi volesse approfondire una materia sfaccettata e affascinante.



[top](#)