



disponibile su www.sciencedirect.com



journal homepage: www.elsevier.com/locate/itjm



EDITORIALE

I rischi dell'Evidence-Based Medicine

Evidence-Based Medicine risks

Nulla di positivo esiste che non porti con sé qualche rischio: per noi medici, farmaci e interventi chirurgici (i nostri principali strumenti terapeutici) ne sono la testimonianza più eloquente. Non può dunque meravigliare che neppure l'*Evidence-Based Medicine* (EBM) ne sia esente.

L'articolo a firma Roberto Nardi et al., nel presente numero dell'*Italian Journal of Medicine*, ci pone dinnanzi un vasto panorama dell'EBM, criticamente esaminata in tutti i suoi aspetti. Sarebbe superfluo commentare uno per uno ogni singolo punto di una rassegna così completa e documentata. Mi viene alla mente l'abstract di un lavoro che lessi tanti anni fa, in cui era scritto soltanto: "Read the paper!".

Vi è tuttavia una considerazione di fondo a cui il testo dell'articolo mi sollecita. Sono persuaso che, al di là dei suoi contenuti, ogni messaggio possieda una propria intrinseca valenza. Esiste, insomma, un "meta-testo" che trasmette un'aura, una temperie, un'atmosfera che non può essere sottaciuta, almeno quando il lettore ne venga colpito.

Proviamo a porci "nella situazione". Immaginiamo un malato ricoverato in ospedale per una qualsiasi condizione patologica, semplice o complessa, di rilievo frequente o piuttosto eccezionale, che abbia in sé principalmente un problema diagnostico o invece terapeutico. Sono tutte condizioni differenti, che però la medicina clinica ha imparato ad affrontare nello stesso modo: un'attenta anamnesi che serva a ottenere quante più informazioni possibili (quelle del malato, delle indagini che egli reca con sé e anche quelle degli accompagnatori), ma che — nello stesso tempo — consenta anche, attraverso l'ascolto, di costruire una relazione positiva tra medico e paziente; un esame obiettivo scrupoloso che apporti dati non di rado fondamentali, e talora "a sorpresa", ma che — anch'esso — attraverso il contatto fisico rinforzi la relazione medico-paziente; infine, un'approfondita riflessione, continuazione e completamento delle ipotesi che via via l'anamnesi e l'esame fisico hanno suggerito.

Solo a questo punto può esserci uno spazio per le domande che il medico si pone: sono sufficienti gli elementi raccolti per giungere alla diagnosi della malattia X? Quali indagini

ulteriori possono essere più utili per corroborare o smentire l'ipotesi diagnostica che abbiamo formulato? Oppure, qualora si ritenga già sufficientemente fondata la diagnosi, quale terapia è considerata la più efficace per quel caso? A tali domande, se le proprie forze non bastavano, si rispondeva un tempo ricorrendo a colleghi più esperti oppure ai testi. Oggi le linee guida e le ricerche "in rete" forniscono dati più aggiornati e più sicuri. Più sicuri anche nel senso che talora la loro insicurezza viene indicata dalle categorie dei livelli di evidenza delle prove e dalla forza delle raccomandazioni che ne derivano. Livelli di evidenza e forza delle raccomandazioni, che, ammessa la loro disponibilità per quella situazione, non sempre sono della migliore qualità, e non di rado poggiano soltanto sui dati di studi non randomizzati o retrospettivi, sicché le conclusioni che offrono non sono del tutto affidabili.

Ma ammettiamo pure che un medico si trovi di fronte un paziente per il quale ritiene di aver raggiunto una diagnosi certa e che le sue incertezze riguardino soltanto la terapia: eccolo allora cercare quelle evidenze che gli consentano di istituire la cura più efficace disponibile. È chiaro tuttavia che, se la sua diagnosi è errata, tali evidenze non serviranno a nulla. In quello splendido "trattato di medicina" che è *La montagna incantata* di Thomas Mann, una meditazione sulla malattia che ogni medico dovrebbe conoscere, si racconta tra l'altro la storia di un giovane ammalatosi di tubercolosi polmonare: «Ma il suo stato febbrile era stato preso per tifo e curato come tale, era stato messo cioè a dieta di minestrine lunghe e perciò era molto deperito. Lassù [nel sanatorio] gli avevano permesso di mangiare e aveva anche mangiato: col sudore della fronte, rimanendo a letto, aveva cercato di nutrirsi. Ma era troppo tardi...».

Ecco, qui non troviamo soltanto l'informazione che, come spesso accadeva ancora ai primi del Novecento, la tubercolosi fosse scambiata per tifo addominale, ma vi è anche il dramma, in quelle poche parole, di una diagnosi sbagliata che porta a una terapia nefasta, corretta quando ormai non si è più in tempo. Allora il dramma si volge in tragedia e si assiste impotenti a una morte forse evitabile.

L'impianto della medicina di oggi, con le sue "evidences", le sue linee guida, i suoi manuali di metodologia clinica, mi fa pensare talvolta a un apparato scaramantico che nel rigore della logica, nel peso delle statistiche, nella cogenza degli alberi decisionali miri a far dimenticare ciò che ancora resta vero: medico è colui che lotta contro la sofferenza e la morte. Non che io voglia sottovalutare tutto quanto possiamo raccogliere sotto la definizione di EBM, ma può esser grave rischio quello di farne la cifra della nostra medicina, togliendole quella coloritura di osservazione minuta, di impianto individuale, di tessitura tra sapere, esperienza ed empatia, di contatto stretto tra medico e malato che ne hanno pur fatto la grandezza. Mi sono chiesto tante volte, consultando un manuale sulle sindromi eponimiche, se mai quelle sindromi sarebbero state descritte in un contesto come quello della medicina attuale. No! Non togliamo alla medicina tutto ciò che non è esattamente quantificabile, esprimibile in formule, matematizzabile, organizzabile in precisi algoritmi. La medicina è – deve essere – *anche* questo, ma non *soltanto* questo.

Come inserire, dunque, la dimensione dell'EBM nella nostra medicina? Come farlo, perché bisogna farlo, essendo inconcepibile che si lascino le briglie sciolte a puledri spesso sin troppo irrequieti, quali non di rado noi medici abbiamo dimostrato di essere? Il confronto con quanto c'è di meglio dimostrato è sempre necessario.

Per rispondere alla domanda che ho posto più sopra, mi sono ricordato di quanto mi è stato insegnato (non so se lo si insegna ancora) alle scuole elementari. Insieme alle quattro operazioni, venivamo istruiti a "fare la prova" (o la "riprova", come allora si diceva). C'era intanto, in questo insegnamento, la consapevolezza dell'errore, una consapevolezza che dovrebbe essere presente nella mente del medico. Soleva affermare Cesare Frugoni: «L'errore è dietro

le nostre spalle». Come un nemico che ci insidia senza che noi possiamo vederlo. È la consapevolezza che possa esserci a salvarci, a costringerci a scrutare quanto sta dietro di noi, invisibile sino a che, fiduciosi, guardiamo solo in un senso, ma che può apparirci con chiarezza quando volgiamo il nostro sguardo in una direzione diversa. Quando, insomma, eseguiamo la "riprova". O quando, in termini più appropriati, ricorriamo agli insegnamenti dell'EBM, quando attingiamo alle evidenze, alle linee guida, alle raccomandazioni, ai risultati delle revisioni sistematiche o delle metanalisi. Solo che la medicina clinica non inizia di qui, ma ha qui il suo momento di controllo, il momento in cui spiamo il nemico dietro le nostre spalle.

In tal modo, adoperando l'EBM come istanza di controllo, conserveremo alla medicina clinica la sua bellezza artigianale, ma nello stesso tempo, attraverso il "dubbio metodico", ci preserveremo da non pochi errori e potremo attingere al meglio che la ricerca ci offre per offrirlo, a nostra volta, ai pazienti.

Con questo spirito va letto e meditato, a mio avviso, l'importante contributo di Nardi et al. rispetto al quale ho voluto qui condividere i pensieri che mi ha suscitato. E ringrazio gli autori poiché chi ha percorso un lungo cammino necessita del nuovo come di acqua nel deserto. E pensa, tuttavia, che il nuovo non sostituisca l'antico, ma vi si innesti per arricchirlo, potenziarlo, renderlo migliore.

Vito Cagli

Socio onorario FADOI Lazio;

Emeritus Editor dell'Italian Journal of Medicine

E-mail: v.cagli@alice.it

disponibile online il 11 settembre 2009