

# EBM: uno strumento per la formazione permanente del medico

**A**l cuore del difficile matrimonio tra *Evidence-Based Medicine* (EBM) e medicina pratica sta un conflitto non risolto tra l'essenza della pratica clinica, basata prevalentemente sulla variabile individualità del singolo paziente<sup>1</sup>, e la natura delle cosiddette evidenze scientifiche che, provenienti da studi condotti su popolazioni, forniscono solo "risultati medi". Questo conflitto è particolarmente evidente in medicina generale dove l'applicabilità delle sperimentazioni cliniche controllate e randomizzate – *Randomized Controlled Trials* (RCTs) – lo standard sperimentale delle evidenze scientifiche, contrasta con i criteri di selezione, spesso eccessivi, dei pazienti arruolati<sup>2</sup> e con le condizioni, talora assolutamente artificiali, che vengono a crearsi nei RCTs. Pertanto, se è legittimo mettere criticamente in discussione la pratica clinica ed esortare i medici a integrare la propria esperienza con le "migliori evidenze" disponibili, esiste una serie di difficoltà per utilizzare la EBM nell'assistere il paziente individuale<sup>3,4</sup>.

I limiti di tale applicabilità sono in parte noti<sup>5</sup>: la letteratura biomedica è disorganizzata<sup>6</sup> e largamente irrilevante per la pratica clinica<sup>7,8</sup>; spesso riporta risultati contraddittori e non raramente le evidenze sono assenti<sup>9</sup>. In ogni caso le "migliori evidenze" provengono da studi condotti su campioni di popolazione estremamente selezionati tra cui il medico non riconosce il paziente che ha di fronte<sup>10</sup>. Inoltre, anche se Sackett e coll. hanno sempre proposto la EBM prendendo spunto da casi clinici<sup>11</sup>, lo hanno fatto in maniera artificiosa (selezionavano l'articolo di riferimento su cui costruivano un quesito clinico ad hoc) e/o ripetitiva (vedi l'esempio della ferritina nella diagnosi dell'anemia da carenza marziale), inducendo il sospetto legittimo che molti di loro non avessero mai visto un malato<sup>12</sup>.

Poiché gli strumenti della EBM – ricerca e valutazione critica della letteratura – sono ormai competenze indispensabili, è necessario introdurli con adeguati modelli educazionali, affinché il medico li identifichi come strumenti di formazione permanente che, oltre a supportare continuamente l'appropriatezza e la qualità delle decisioni cliniche, gli consentano di divenire un *life-long learner*<sup>13</sup>.

Nel maggio del 1998 il *British Medical Journal* (BMJ) ha lanciato un nuovo prodotto e-ditoriale<sup>14</sup>, gli *evidence-based case reports* (EBCR), con l'obiettivo di supportare il medico a praticare la EBM perfezionando l'arte di applicare i risultati della ricerca al paziente individuale<sup>15</sup>. I *case reports* tradizionali costituiscono da sempre una modalità ben nota per riportare le osservazioni cliniche, ma le riviste biomediche negli ultimi anni hanno dimostrato sempre meno interesse<sup>16</sup> per il semplice fatto che nella "gerarchia delle evidenze" (vedi Note di epidemiologia clinica, pag. 13) hanno una rilevanza minima. Tuttavia, gli EBCR non hanno lo scopo – spesso fine a se stesso – di presentare un caso clinico più o meno insolito, ma sono utilizzati quale strumento di formazione permanente, perché avviano il processo attraverso cui il medico approfondisce le proprie conoscenze utilizzando i metodi della EBM: concretizza il bisogno d'informazione, formula quesiti clinici rilevanti, ricerca e valuta criticamente le evidenze e le integra con le caratteristiche del paziente individuale.

Questo modello educazionale è confortato anche dalle teorie dell'apprendimento nei

soggetti adulti<sup>17</sup>: infatti, la psicologia cognitiva dimostra che le conoscenze acquisite nella ricerca di soluzioni a problemi reali sono meglio integrate nei processi conoscitivi rispetto a quelle ottenute dallo studio non finalizzato<sup>18</sup>. Poiché i problemi clinici del paziente costituiscono lo stimolo alla ricerca di conoscenze, la EBM di fatto integra, in maniera quasi inscindibile, la pratica clinica con la formazione permanente<sup>19</sup>.

Affinché questo possa verificarsi, il medico, oltre ad "avvertire" il bisogno d'informazione e formulare adeguati quesiti clinici, non deve ricevere passivamente indicazioni operazionali, ma espandere e collegare le conoscenze acquisite in una rete sempre più ricca<sup>20</sup>. In altre parole, la pratica della EBM non può limitarsi a un impiego "usa e getta" dell'informazione acquisita, ma deve configurare un processo continuo di *information gathering*<sup>21</sup>.

Seguendo l'esempio del *BMJ*, abbiamo preferito un approccio assolutamente pragmatico: i casi clinici provenienti dalla medicina generale forniranno sia l'input per applicare la EBM al paziente individuale, sia gli spunti per discutere di aspetti tecnico-metodologici, quali la ricerca delle informazioni scientifiche e l'approccio critico alla letteratura.

Vista l'assoluta originalità del prodotto editoriale, ci auguriamo che saranno i lettori – con i loro commenti, critiche e suggerimenti – a costruire insieme a noi le prossime puntate.

**Antonino Cartabellotta**

*GIMBE® - Gruppo Italiano  
per la Medicina Basata sulle Evidenze*

---

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Hoey J. The one and only Mrs. Jones. *CMAJ* 1998;159:241-2.
2. Rosser WW. Application of evidence from randomized controlled trials to general practice. *Lancet* 1999;353:661-4.
3. Mant D. Can randomised trials inform clinical decisions about individual patients? *Lancet* 1999;353:743-6.
4. Fahey T. Applying the results of clinical trials to patients in general practice: perceived problems, strength, assumptions, and challenges for the future. *Br J Gen Pract* 1998;48:1173-8.
5. Haynes RB. Some problems applying evidence in clinical practice. In: Warren KS, Mosteller F, eds. *Doing more good than harm: the evaluation of health care interventions*. New York: New York Academy of Sciences, 1993:210-25.
6. Smith R. What clinical information do doctors need? *BMJ* 1996;313:1062-8.
7. Haynes RB. Where's the meat in clinical journals? *ACP Journal Club* 1993;119:A22-A23.
8. Ebell MH, Barry HC, Slawson DC, Shaughnessy AF. Finding POEMs in the medical literature. *J Fam Pract* 1999;48:350-5.
9. Naylor CD. Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine. *Lancet* 1995;345:840-2.
10. Rothwell PM. Can overall results of clinical trials be applied to all patients? *Lancet* 1995;345:1616-19.
11. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence based medicine: How to practise and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997.
12. Marwick C. Proponents gather to discuss practicing Evidence-Based Medicine. *JAMA* 1997;278:531-2.
13. Shaughnessy AF, Slawson DC. Are we providing doctors with the training and tools for lifelong learning? *BMJ* 1999;319:1280.
14. Godlee F. Applying research evidence to individual patients. Evidence based case reports will help. *BMJ* 1998;316:1621-2.
15. Kenny NP. Does good science make good medicine? Incorporating evidence into practice is complicated by the fact that clinical practice is as much art as science. *CMAJ* 1997;157:33-6.
16. McDermott MM, Lefevre F, Feinglass J, et al. Changes in study design, gender issues, and other characteristics of clinical research published in three major medical journals from 1971 to 1991. *J Gen Intern Med* 1995;10:13-8.
17. Knowles MS. *Self-directed learning: a guide for learners and teachers*. Chicago: Association Press, 1975.
18. Norman GR, Schmidt HG. The psychological basis of problem-based learning: a review of the evidence. *Acad Med* 1992;67:557-65.
19. Felch WC. Bridging the gap between research and practice. The role of continuing medical education [published erratum appears in *JAMA* 1997;277:1438]. *JAMA* 1997;277:155-6.
20. Pagliaro L. Medicina basata sulle evidenze. *Rec Prog Med* 1998;89:109-13.
21. Gorman PN, Helfand M. Information seeking in primary care: how physicians choose which clinical questions to pursue and which to leave unanswered. *Med Decis Making* 1995;15:113-9.