Una grande occasione per l'autoapprendimento

Antonino Cartabellotta

Il medico che pratica l'*Evidence-based Medicine* (Ebm), deve fare riferimento esplicito e non occasionale alle evidenze scientifiche[1], che devono essere sapientemente integrate con la propria esperienza e con le preferenze del paziente, tenendo anche conto dei contesti assistenziali[2]. Secondo quanto divulgato da Sackett e coll, nell'Ebm è possibile riconoscere due componenti: la prima, che potremo definire "essenziale", richiede al medico di avvertire "bisogno d'informazione", perché i gap di conoscenza emersi dall'incontro con il paziente devono essere sempre soddisfatti. La seconda, fondamentalmente "tecnica", consente al medico di ritrovare con la massima efficienza le migliori evidenze disponibili in letteratura e di interpretarle criticamente nella loro validità interna ed applicabilità clinica.

Le zone grigie, la limitata generalizzabilità dei *trial* e la scarsa attenzione per la diagnosi, sono stati additati tra i principali limiti della Ebm nella pratica clinica[3], ma esistono, specie nel nostro paese, alcune concrete difficoltà: scarsa conoscenza della lingua inglese, limitata disponibilità di riviste, sistemi informatici inadeguati, ma soprattutto mancanza di tempo.

Ely e coll[4], recentemente, hanno rilevato ben cinquantanove ostacoli all'utilizzo delle fonti d'informazione da parte dei clinici, di cui sei particolarmente rilevanti: il tempo, le difficoltà a convertire il bisogno d'informazione – spesso vago e generico – in adeguati quesiti clinici, le difficoltà ad elaborare una strategia di ricerca ottimale, l'incapacità a selezionare le risorse appropriate, l'incertezza sulla sistematicità della ricerca e l'inadeguata sintesi di *multiple bits of evidence* in uno statement utile clinicamente.

Progressivamente consapevoli della "non praticabilità" quotidiana dell'Ebm, gli stessi promotori hanno differenziato due categorie di clinici[5]: gli Ebm *practitioners*, capaci di praticare l'Ebm step-by-step – e magari anche insegnarla ai colleghi – e gli Ebm *users*, che si affidano prevalentemente a fonti secondarie quali la *Cochrane Library*, *Best Evidence*, *Clinical Evidence*. La stessa "revisione sostanziale" dell'Ebm ha ispirato gli editori del "testo sacro" sull'approccio critico alla letteratura[6], di cui esistono due versioni: una pocket, destinata agli Ebm *users*, l'altra integrale, per gli Ebm *practitioners*.

Clinical Evidence

Clinical Evidence (CE), il più recente tra i numerosi prodotti editoriali destinati agli Ebm *users*, è stato progettato specificamente per chi svolge attività clinica, secondo quanto dichiarato dagli editori: «fornire ai clinici le evidenze per rispondere a quesiti rilevanti e delineare le aree grigie dove queste sono mancanti e/o conflittuali».

Nella scorsa primavera, a meno di tre anni dal lancio della versione originale di CE, grazie all'impulso della Direzione generale per la valutazione dei medicinali e la farmacovigilanza del ministero della Salute, è disponibile la versione italiana (CEei), distribuita gratuitamente in via sperimentale a circa 40.000 medici, docenti universitari e infermieri. Informazioni dettagliate in merito, sono disponibili sul sito del Centro Cochrane italiano[7], che ha collaborato alla sua realizzazione.

CE non fornisce raccomandazioni cliniche, obiettivo specifico delle linee guida, né prende in considerazione aspetti correlati alla costo-efficacia degli interventi sanitari, per cui rappresenta una novità editoriale che potremo definire *evidence-compendium*. In altre parole, ripercorrendo i quattro step dell'Ebm definiti da Sackett, CE si sostituisce al medico nelle fasi di ricerca bibliografica e di valutazione critica (validità interna) degli studi, lasciando a carico del professionista la formulazione del quesito e la valutazione dell'applicabilità clinica («noi forniamo le evidenze, voi prendete le decisioni»).

I punti di forza

A testimoniare l'autorevolezza di CE, vale la pena ricordare che è stato adottato in diversi sistemi sanitari, quale manuale clinico di riferimento per l'Ebm, oltre che tradotto in quattro lingue. Le ragioni di un così grande successo si identificano con i punti di forza dell'opera, infatti CE contempla una rigorosa metodologia per ricercare, selezionare e presentare le evidenze: la scelta degli argomenti, effettuata in collaborazione con medici di famiglia e pazienti, tiene conto della frequenza/gravità delle malattie; le modalità di ricerca bibliografica sono esplicite e sistematiche: ricerca di revisioni sistematiche e studi primari (sperimentali ed eventualmente osservazionali) su diverse banche dati (Medline, Embase, *Cochrane Library*); la selezione degli studi è aderente alla gerarchia delle evidenze scientifiche; la sintesi delle prove di efficacia viene effettuata attraverso una codifica, per fornire una chiave di lettura uniforme: interventi utili, probabilmente utili, da valutare caso per caso, di utilità non determinata, di utilità discutibile, probabilmente inutili.

CE organizza i contenuti per malattie: ogni sezione inizia con la lista di quesiti terapeutici e relativi trattamenti, che rimandano a dettagliate descrizioni sulle prove disponibili, che vengono riportate con misure di efficacia assoluta, in particolare utilizzando il *number needed to treat* (NNT), con relativi limiti di confidenza. Ove disponibili, sono riportati anche dati sugli effetti collaterali dei trattamenti; riporta accuratamente tutte le voci bibliografiche originali; delimita le aree grigie e segnala gli interventi inutili/dannosi; prevede un aggiornamento periodico (ogni sei mesi nella versione originale).

Debolezze e opportunità per il miglioramento

La versione cartacea di CE (l'unica disponibile al momento in italiano) ha un layout di stampa molto chiaro, ma una struttura abbastanza complessa. Pertanto, se costituisce strumento ideale per approfondire, con una certa disponibilità di tempo, le opzioni terapeutiche disponibili in varie condizioni cliniche, oppure quale base scientifica per i percorsi terapeutici locali, non consente, in occasione di un consulto con il paziente, di ottenere rapidamente le informazioni. Riconosciuto questo limite, gli editori hanno già lanciato, in alternativa all'edizione integrale, *Clinical Evidence Concise*. CE è stato definito dagli stessi editori un *work in progress* permanente, sia per l'identificazione di nuove priorità, sia per il continuo aggiornamento di quelle già inserite; a riguardo: il processo d'identificazione delle priorità, definito "rigoroso" dagli editori, soffre di alcune "assenze eccellenti" (emicrania, dispepsia e ulcera peptica, insufficienza renale cronica, epatiti acute e croniche, cirrosi). In ogni caso il manuale è ben lungi dal coprire sistematicamente tutte le condizioni cliniche. L'aggiornamento di CE è un aspetto molto critico: infatti, la velocità con cui vengono prodotte le nuove conoscenze supera di gran lunga i tempi richiesti per la sintesi, specie se si utilizzano supporti cartacei; il continuo aggiornamento della versione elettronica, sicuramente rappresenta la soluzione ideale. Purtroppo non è ancora disponibile in lingua italiana.

Nonostante il titolo, CE raccoglie solo prove di efficacia di interventi terapeutici: screening, diagnosi, prognosi e cause di malattia (tranne informazioni limitate sugli effetti collaterali da farmaci), non sono prese in considerazione, nonostante rappresentino una quota consistente del "bisogno d'informazione" dei medici[8,9]. La rassicurazione degli editori sulla futura copertura di queste aree, renderà verosimilmente inadeguata la versione cartacea che, nel testo italiano (1112 pagine), è già al limite della maneggevolezza. Quale compendio di prove di efficacia d'interventi terapeutici, in prevalenza farmacologici, sarebbero desiderabili, da parte di chi svolge attività clinica, informazioni sul dosaggio dei farmaci, per integrarle rapidamente nella pratica prescrittiva.

CE ha come target i clinici e riporta, per le varie malattie, uno spettro di interventi sanitari molto ampio: da quelli erogati in strutture altamente specialistiche, accanto a quelli esclusivi della medicina generale (sindrome della bocca che brucia, dolore plantare al tallone, tappo di cerume nell'orecchio), attraverso interventi "di confine" tra territorio e ospedali di primo livello. Questa "offerta generica" di prove di efficacia potrebbe, con l'espandersi dei contenuti, rappresentare un ostacolo all'utilizzo pratico dell'opera. Nella versione inglese, oltre al già citato *Clinical Evidence Concise*, sono già stati realizzati prodotti in relazione a target specifici di utilizzo (pediatria, malattie cardiovascolari, salute mentale).

Considerato che CE riporta l'efficacia degli interventi sanitari in maniera quantitativa, utilizzando il linguaggio proprio dell'Ebm, molti dei vantaggi del manuale potrebbero non essere pienamente apprezzati nel nostro paese. Infatti, ritengo che in Italia la dimestichezza dei medici con questo linguaggio sia inferiore rispetto a quella, già limitata, di paesi quali Regno Unito e Australia che da molti anni hanno investito una considerevole quantità di risorse nella diffusione della medicina basata sulle prove di efficacia.

Conclusioni

La teoria dell'apprendimento nei soggetti adulti 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[10]. Considerato che il principale stimolo alla ricerca di conoscenze è rappresentato dai problemi clinici del paziente, l'Ebm integra, in maniera quasi inscindibile, pratica clinica e formazione permanente. Perché questo possa verificarsi, il medico, oltre ad "avvertire" il bisogno d'informazione e formulare adeguati quesiti clinici, non deve limitarsi a ricevere passivamente indicazioni operazionali (ieri dal collega esperto, oggi da autorevoli fonti d'informazione, quali CE), ma deve espandere e collegare le informazioni acquisite in una rete di conoscenze – il cosiddetto *semantic network*[11] – sempre più ricca.

In altre parole, la pratica della Ebm non può limitarsi a un impiego "usa e getta" dell'informazione acquisita, che finirebbe per sterilizzare l'evento formativo costituito dall'incontro con il paziente, impedendo al medico di sviluppare quel senso critico necessario per migliorare continuamente la qualità del proprio *clinical judgment*[12, 13].

Considerate le modeste possibilità di modificare la pratica professionale già consolidata[14], il ruolo dell'Ebm nel processo di *lifelong-self-learning* è strettamente legata a una rivoluzione didattica dei sistemi universitari[15, 16], ancora troppo orientati per malattie, poco

avvezzi al *problem solving* e scarsamente assuefatti a quella "scienza delle decisioni" che rappresenta il partner naturale dell'Ebm[17].

CE, indubbiamente, rappresenta un momento innovativo nel processo di distillazione delle conoscenze scientifiche, ma in assenza di modelli educazionali che riconoscano nell'Ebm il metodo ideale per l'autoapprendimento, la sua efficacia sulle pratiche assistenziali potrebbe essere irrilevante.

Last but not least, impegnamoci a evitare che l'autorevolezza dell'opinion leader – tanto additata dall'Ebm – venga sostituita dall'accettazione acritica di autorevoli fonte d'informazione secondaria: a sentire gli editori di CE[18] – «*general practitioners may not know the jargon, but could use the knowledge*» – pare si vada in questa direzione.

Antonino Cartabellotta
GIMBE, Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze
editor@gimbe.org

Riferimenti ibliografici

1. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, et al. *Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn't*. BMJ 1996;312:71-2

2. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. *Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice*. ACP J Club 2002;136(2):A11-4

3. Straus SE, McAlister FA. *Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms*. CMAJ 2000;163:837-41

4. Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, et al. *Obstacles to answering doctors' questions about patient care with evidence: qualitative study*. BMJ 2002;324:710.

5. Guyatt GH, Meade MO, Jaeschke RZ, Cook DJ, Haynes RB. *Practitioners of evidence based care*. BMJ 2000;320:954-955

6. Guyatt GH, Rennie D, Sande MA, et al. *Users' Guide to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice* (Book with CD-ROM). AMA Press, 2001

7. AREAS. Clinical Evidence Ed. Italiana. Disponibile a: www.areas.it/main.asp?menu=clinev&pag=ClinicalEvidence

8. Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, et al. *Analysis of questions asked by family doctors regarding patient care*. BMJ 1999; 319: 358-361

9. Ely JW, Osheroff JA, Gorman PN, et al. A *taxonomy of generic clinical questions: classification study*. BMJ 2000;321:429-32.

10. Spencer JA, Jordan RK. *Learner centred approaches in medical education*. BMJ 1999; 318: 1280-3.

11. Regehr G, Norman GR. *Issues in cognitive psychology: implications for professional education*. Acad Med 1996; 71: 988-1001.

12. Feinstein AR. *"Clinical Judgment" revisited: the distraction of quantitative models*. Ann Intern Med 1994;120:799-805.

13. *Problems in clinical judgement series*. CMAJ. www.cmaj.ca/cgi/collection/problems_in_clinical_judgement_series.

14. Thomson O'Brien MA, Freemantle N, et al. *Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes*. In: The Cochrane Library, Issue 3 2002. Oxford: Update Software.

15. Petersen S. *Time for evidence based medical education*. BMJ 1999;318:1223-4.

16. Welch HG, Lurie JD. *Teaching evidence-based medicine: caveats and challenges*. Acad Med 2000;75:235-40.

17. Schulkin J. *Decision sciences and evidence-based medicine – two intellectual movements to support clinical decision making*. Acad Med 2000;75:816-8

18. Woodcock JD, Greenley S, Barton S. *Doctors' knowledge about evidence based medicine terminology*. BMJ 2002;324:929-930