

Solo medicina basata sulle evidenze? Evidentemente...no!

La moderna Medicina d'urgenza basa molte delle sue pratiche cliniche sulla Medicina basata sulle evidenze.

Ma veramente tutto ciò che non è randomizzato e controllato non esiste?

Il paradosso della dimostrazione dell'efficacia del paracadute con trials randomizzati e controllati, in accordo con il metodo EBM (The Parachute trial), provocatoriamente pone un quesito fondamentale:

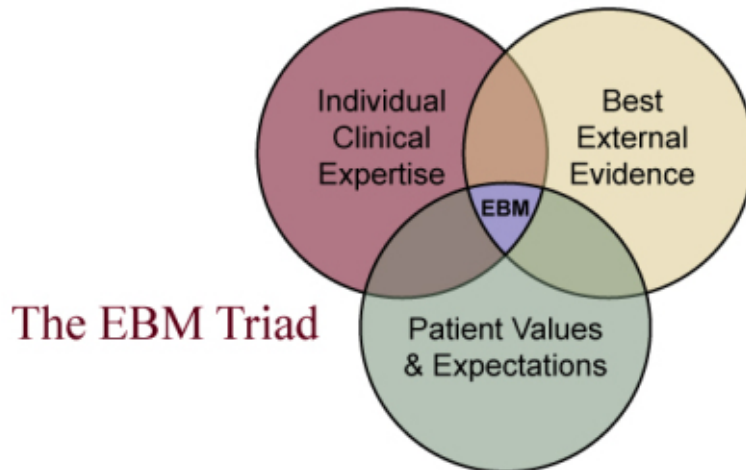
Se le basi scientifiche di un qualsiasi intervento terapeutico sono già solide, e il beneficio per la popolazione notevole, è eticamente corretto attendere trial di larga scala prima di attuarlo, ritardandone così i suoi potenziali benefici?

A questo interrogativo ha risposto in modo brillante un articolo del 2006 pubblicato sul BMJ Controversy Parachute approach to evidence based medicine che riporta alcuni esempi di malattie molto comuni nei paesi in via di sviluppo (HIV, disidratazione nei bambini, emorragia post-partum) e i cui rimedi attuati preventivamente rispetto agli esiti dei relativi trial hanno, salvato migliaia di vite umane.

Gli autori concludono che:

- *In genere è necessario attendere i risultati di trials di buona qualità prima di adottare qualsiasi nuovo intervento terapeutico*
- *Se comunque le evidenze già disponibili sull'efficacia di un particolare intervento sono già convincenti, ed i benefici potenziali grandi, l'eventuale ritardo nella sua adozione potrebbe essere non etico*
- *Gli esempi riportati nell'articolo, e che si riferiscono ai paesi in via di sviluppo, dimostrano il costo in termini di vite umane di tale eventuale ritardo.*

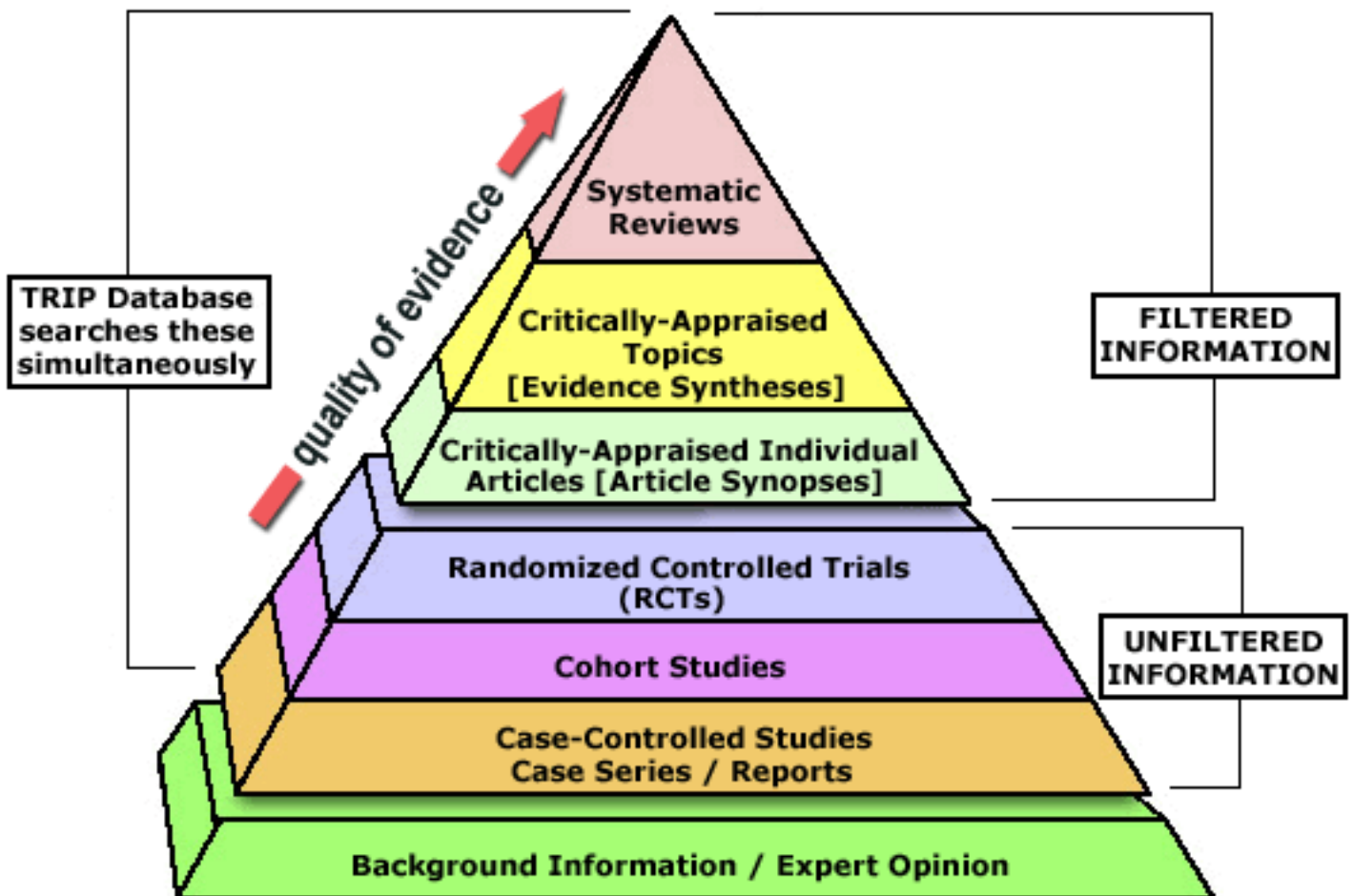
La triade decisionale alla base della costruzione della Evidenced Based Medicine prevede un approccio integrato tra dati e espliciti (evidenze scientifiche derivati da trials di buona qualità) e taciti (esperienza clinica e bisogni del paziente).



La decisione clinica infatti deriva dalla concomitanza di questi tre fattori:

- **Evidenze scientifiche**
- **Esperienza clinica**
- **Bisogni del paziente**

La criticità arriva al momento della definizione del grado di qualità delle evidenze in base alla loro provenienza; quelle derivate dalla pratica clinica e dall'esperienza vengono relegate alla base (grado inferiore) della piramide al cui apice (grado maggiore) stanno le evidenze scientifiche derivate da studi su larghe popolazioni di pazienti.



EBM Pyramid and EBM Page Generator, © 2006 Trustees of Dartmouth College and Yale University.
All Rights Reserved. Produced by Jan Glover, David Izzo, Karen Odato and Lei Wang.

La randomizzazione e la depersonalizzazione della ricerca scientifica così generata, mentre giustamente tende ad eliminare tutto ciò che di “non evidente” esiste in ricerca medica e ben si adatta ad un concetto di salute pubblica, d'altra parte mantiene un gap incolmabile con quella che è la pratica medica quotidiana incentrata sulla cura del singolo individuo.

Ma in pratica cosa si può fare:

- E' auspicabile l'integrazione dei dati espliciti, frutto delle evidenze, con il “tacit knowing” (elementi non espliciti) che si genera solo nel contatto diretto medico-paziente.
- Il “tacit knowing” sta alla base della nostra formazione medica, come l'apprendimento del linguaggio sta ai bambini in età prescolare: non ha bisogno di insegnamento strutturato ma si apprende dall'esperienza diretta.
- Il “tacit-knowing”, spesso sottovalutato o ridotto a dato soggettivo e quindi di minore dignità, è in effetti, proprio

perchè “innato”, meno soggetto ai comuni bias dei dati espliciti;

- Bisogna riconoscere pari dignità ad entrambi i dati quelli “explicit” e quelli “tacit”.
- Si deve tenere conto di entrambi gli elementi espliciti e taciti, nella formulazione dell’ipotesi diagnostica e della conseguente strategia terapeutica.

Si può e si deve andare quindi oltre l’uso esclusivo dell’EBM in ricerca medica ed in pratica clinica.

L’adozione di un atteggiamento integrato tra le evidenze scientifiche esplicite derivate dai trials clinici (EBM) ed un “patient centered approach” frutto dell’esperienza clinica acquisita tramite il rapporto quotidiano del medico con i pazienti, deve rappresentare uno stimolo ed un intento per il futuro sviluppo del nostro approccio al paziente critico.

Deve essere sempre chiaro nella mente del medico di medicina d’urgenza quale sia il trattamento scientificamente più corretto per una determinata patologia, ma egli lo deve contestualizzare secondo la propria professionalità, ed attuarlo per il paziente che sta trattando in quel momento.

