

## Prefazione all'edizione italiana

Da quando fu coniato il termine, negli anni Novanta, l'interesse verso la medicina basata sulle prove di efficacia (evidence-based medicine, EBM) è cresciuto in modo esponenziale.<sup>1 2</sup> Tale interesse, che ha avuto origine nell'ambito della medicina, si è esteso, in seguito, alle attività sanitarie limitrofe e ad altri settori professionali, come l'architettura, le scienze dell'educazione e il diritto. Le organizzazioni professionali e i programmi di formazione per gli operatori sanitari hanno spostato la loro attenzione dall'opportunità o no di insegnare l'EBM al modo in cui insegnarla. Ciò ha comportato un grande e rapido aumento del numero di corsi, di attività e di seminari proposti in tale ambito.<sup>3</sup> Anche la stampa non specializzata ha acquisito familiarità con la terminologia dell'EBM<sup>4</sup> che, nel 2007, è stata riconosciuta come una delle "pietre miliari della medicina" da parte del BMJ e dei suoi lettori.<sup>5</sup>

Tutto questo crescente interesse nel settore porta a considerare le difficoltà e le limitazioni alla pratica e all'insegnamento dell'EBM.<sup>6</sup> Alcune delle critiche rivolte all'EBM nascono da fraintendimenti e da percezioni errate riguardanti, per esempio, la preoccupazione che l'EBM porti a ignorare i valori e le preferenze dei pazienti, si basi solamente sulle prove raccolte attraverso indagini randomizzate e favorisca un approccio meccanico alla medicina.<sup>7</sup> Niente di tutto questo è esatto. Facendo riferimento alla definizione dell'EBM, si può rilevare che la sua pratica consiste nell'integrazione tra le prove (desunte dalle ricerche migliori e più attuali), l'esperienza clinica e le prospettive dei soggetti interessati all'assistenza sanitaria, sotto ogni profilo.<sup>8</sup> Le prove

da sole, solide o deboli che siano, non sono mai sufficienti a far prendere decisioni cliniche. Affinché si possa giungere a un processo decisionale ottimale e condiviso è necessario che, rispetto alle prove, siano tenuti nella giusta considerazione i valori e le preferenze individuali. Inoltre, nella pratica dell'EBM è particolarmente importante, per rispondere a un qualsiasi quesito, trovare le migliori prove disponibili, che possono provenire da indagini randomizzate, ma anche da rigorosi studi osservazionali o, perfino, da report occasionali di esperti dei vari settori (se ciò è quanto di meglio si può trovare!). Prendere in considerazione queste difficoltà ci consente di riflettere sul futuro dell'EBM. Vi sono ancora molte difficoltà da affrontare e innovazioni da apportare per risolvere tali problemi. È necessario, per esempio, aumentare il grado di integrazione tra le prove e i valori del nostro paziente, nell'effettivo contesto di cura. I sostenitori dell'EBM devono cercare di coinvolgere tutti i soggetti in causa, compresi i pazienti, gli operatori sanitari e i policy maker, per far sì che tutti questi comprendano che cosa è (e che cosa non è) l'EBM. Non è sufficiente creare risorse di alta qualità concernenti le prove di efficacia; è anche necessario garantire a tutte le parti in causa risorse globali di facile accesso, utili per i pazienti come per i clinici. Infine, dobbiamo sforzarci di misurare ciò che riusciamo ad ottenere.

È necessario, inoltre, riconoscere i punti di forza dell'EBM, nell'ambito della quale si è sempre sostenuto l'uso di prove idonee derivanti dalla ricerca, perseguendo, tuttavia, decisioni cliniche coerenti con i valori e le preferenze dei singoli pazienti. L'EBM, dunque, viene a rappresentare anche un paradigma utile a chi deve prendere decisioni circa la propria salute o aiutare altri a farlo.

Noi riteniamo che il futuro dell'EBM le riservi un ruolo sempre più importante e ci attendiamo di apprendere dai nostri colleghi in Italia che cosa pensino al riguardo. Saremmo lieti di avere un riscontro dai nostri lettori (positivo o negativo che sia!). Queste segnalazioni saranno pubblicate sul sito web del libro ([www.cebm.utoronto.ca](http://www.cebm.utoronto.ca)).

**Gli Autori**

## **Bibliografia**

1. Evidence-Based Medicine Working Group. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268: 2420-5.
2. Guyatt GH. Evidence-based medicine. *ACP Journal Club*, 1991; 114: A-16.
3. Alguire PC. A review of journal clubs in postgraduate medical education. *JGIM* 1998; 13: 347-53.
4. Hopcroft K. Why the drugs don't work. *Times*, 2003; December 13: 5.
5. Dickersin K, Straus SE, Bero L. EBM, increasing not dictating, choice. *BMJ* 2007; 334: s10.
6. Straus SE, McAlister FA. Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms. *CMAJ* 2000; 163: 837-41.
7. Healy B. Who says what's best? *US News and World Report*, Sept 3, 2006.
8. Sackett DL, Rosenberg W, Gray JL et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-2.