

LA LEGGE INVERSA DELL'EVIDENZA

leri (30 ottobre 2002) mi telefona una mamma per prendere un appuntamento per la prima visita del suo bambino nato da sei giorni; mi comunica subito che al reparto di maternità le hanno sconsigliato di allattare al seno, in quanto soffre di asma; quando viene in studio, il bambino dorme nel suo port-enfant sul fianco sinistro, come consigliato alla dimissione dagli operatori dello stesso reparto, per «evitare problemi in caso di rigurgiti». Due consigli/proposte/prescrizioni di comportamento di grande rilevanza per la salute del piccolo Carlo.

Il "divieto" di non allattare al seno per la prevenzione dell'asma della madre è in accordo con il lavoro di Wright e coll. pubblicato su "Thorax" 380 giorni prima della nascita di Carlo, o forse con quello di Sears e coll. pubblicato su "Lancet" 34 giorni prima della nascita di Carlo; basterebbe, tuttavia, leggere l'editoriale di accompagnamento del lavoro di Sears per rendersi conto di quanto debole, a oggi, risulti tale evidenza e quanti altri Autori hanno ottenuto finora risultati del tutto diversi.

La posizione in culla consigliata a Carlo contrasta, invece, con le solide evidenze accumulate da circa 4000 (quattromila) giorni dalla nascita di Carlo sul diminuito rischio (da 2 a 12 volte) di morte improvvisa in culla per il lattante che dorme supino.

Morale: le evidenze deboli viaggiano a velocità maggiori rispetto alle evidenze forti.

Sergio Conti Nibali

L'episodio riferitoci da Sergio Conti Nibali costituisce prefazione quanto mai appropriata all'articolo (e relativo commento) riguardante le evidenze tra esposizioni precoci (tra cui quella al latte materno) e sviluppo di asma. A questa rimandiamo il lettore per una dettagliata e autorevole disamina del tema. Quanto alla posizione in culla, il problema è stato recentemente e ripetutamente trattato sulla rivista, sia in termini di evidenze (Buzzezzetti e Ronfani, *Medico e Bambino* 2000;19:223-33), che di messaggi (Donzelli, *Medico e Bambino* 2002;21:589-94) che di interventi preventivi (Progetto "Sei più uno", *Medico e Bambino* 2002;21:396-7;464-5;542-3).

Ma la storia ci viene proposta per sollevare un problema più generale che è quello del rapporto tra ricerca e pratica medica. A quali condizioni la ricerca produce evidenze "forti", tali cioè da giustificare un cambiamento della pratica medica? E quali sono i fattori che influenzano la traduzione dei risultati, forti o deboli che siano, della ricerca nella pratica?

Ormai è parte del bagaglio culturale del medico la consapevolezza che, per produrre una evidenza forte, quindi meritevole di essere trasferita nella pratica, sull'efficacia di un intervento preventivo o terapeutico, è necessario che gli studi effettuati sul tema soddisfino una serie di requisiti ben codificati, e che qualcuno si prenda la briga di esaminarli in modo sistematico e di trarne delle conclusioni generalizzabili. Queste conclusioni vengono poi rese accessibili al pubblico dei medici pratici dalle "banche" esistenti sulle revisioni sistematiche, in primo luogo dalla Cochrane Collaboration. È il caso di ricordare che, poiché nuovi studi possono mettere in crisi evidenze consolidate, le revisioni devono essere periodicamente riesaminate e aggiornate.

Questo sistema non è perfetto: le regole che la comunità scientifica si è data sono, come tutte le regole, conservatrici, in quan-

to, sottoponendo il nuovo a un vaglio molto severo, tendono a privilegiare l'esistente. Inoltre, non sempre le caratteristiche del problema sono tali da consentire approcci metodologici "forti": i due temi del "caso" di Conti Nibali, per esempio, mal si adattano, per ragioni etiche e metodologiche, ad essere sottoposti al vaglio di studi randomizzati e controllati. D'altro canto, l'esistenza di un vaglio severo ci protegge, o dovrebbe proteggerci, da una inflazione di notizie senza adeguata sostanza scientifica, nella produzione delle quali la comunità medica eccelle e nella diffusione delle quali c'è gara aperta tra i media. Ed è anche vero che la comunità scientifica si sta attrezzando per perfezionare il sistema della medicina basata sulle prove di efficacia. Per esempio, mettendo a punto approcci di ricerca atti a raggiungere la massima plausibilità di un'ipotesi, sia pure nell'impossibilità di studi controllati e randomizzati.

Ma il problema vero non sono tanto le fonti, sempre più complete e attendibili, quanto i percorsi che portano dalla evidenza alla pratica. Il sistema di produzione delle evidenze sarebbe infatti molto buono in presenza di buone opportunità di informazione, e in assenza di fattori distorsivi. Come dimostra l'aneddoto, la realtà non è questa. Per capire quali altri fattori possano entrare in campo e per individuare i rimedi alla "legge inversa dell'evidenza" enunciata da Conti Nibali, possiamo cercare di immaginare i percorsi che le due evidenze in questione, quella "debole" sull'allattamento al seno e l'asma, e quella "forte" sulla posizione in culla, hanno compiuto, dalle pagine dei giornali scientifici al messaggio concreto fornito dal medico al suo paziente.

Nel caso dell'evidenza debole, possono essere accadute tre cose.

La *prima ipotesi*, di gran lunga la meno probabile (possiamo assegnarle un generoso 5%), è che il medico che ha raccomandato alla madre asmatica di non allattare abbia raccolto questa informazione direttamente da uno degli studi pubblicati sul tema: quello recentissimo di Sears (che a dire la verità non giunge affatto a queste conclusioni), o quello di Wright di un anno più vecchio. In questo caso avremmo una pratica lodevole, la lettura di riviste scientifiche, accompagnata da una inadeguata capacità di lettura.

La *seconda ipotesi*, la più probabile (60%), è che il medico in questione abbia tratto l'informazione da un corso, o da un congresso, o da una rivista di aggiornamento. In questo caso, può aver frainteso il messaggio dato dai relatori/autori (succede, non tutti i relatori sono poi così chiari...). Più verosimilmente, è stata la fonte stessa del messaggio a non essere stata corretta, per ipersemplificazione dei risultati del lavoro originale e soprattutto per una lettura incompleta di quanto la letteratura nel suo complesso può dire in merito (si veda ancora l'articolo ospitato in questo numero, a pagina 40, sul tema per comprendere quanto poco gli studi disponibili siano in grado di giustificare conclusioni univoche sul rapporto tra allattamento al seno e asma). In questo caso il peccato sta in chi, accettando l'onore di insegnare e formare, non si assume l'onere di farlo con il massimo scrupolo, senza scorciatoie né concessioni all'audience.

La *terza ipotesi* (per la quale resta un 35%) è che l'informazione sia arrivata al medico dall'industria, attraverso sue pubblicazioni o eventi sponsorizzati. Ora, se l'industria non è legittimata a dare informazioni inaccurate, può tuttavia riportare informazioni veritiere, anche se parziali (resta difficile stabilire

il confine tra l'incompleto e l'inaccurato). Ora, riportare i risultati dello studio di Wright o di quello di Sears, anche in assenza di una disamina più ampia di tutte le informazioni disponibili, rientra nelle cose che l'industria può fare.

La spiegazione si fa più complessa nel caso della lenta, anzi lentissima, anzi assente, diffusione della informazione corretta sulla posizione in culla. Che certo non è un caso isolato: sappiamo che, nonostante l'evidenza in questione sia consolidata da un decennio, meno della metà dei genitori in Italia ricevono a tutt'oggi l'informazione corretta. Perché? Vi possono essere molte ovvie ragioni: i medici non leggono; frequentano poco corsi e congressi (o forse riviste e congressi se ne sono occupati troppo poco, il che certo non è vero per quanto riguarda *Medico e Bambino*, ma questo può non bastare); una informazione semplicemente comunicata attraverso le pagine scritte o relazioni non è efficace. Certo, tutte queste spiegazioni confliggono con la rapidissima ed efficace diffusione e messa in pratica della notizia riguardante il caso asma-allattamento. Sembra che vi debba essere dell'altro a spiegare questa differenza, tanto più inspiegabile quanto nel caso della posizione in culla siamo ormai oltre il limite della responsabilità legale (nel malaugurato caso di una SIDS vi sarebbero sufficienti elementi per una incriminazione per negligenza): forse una soglia diversa del medico rispetto a informazioni di contenuto e sorgente diversi, o forse l'assenza di "interessi costituiti" a difendere la corretta posizione in culla (se si eccettuano le associazioni dei genitori SIDS). Cose su cui riflettere.

In ogni caso, poiché è buona regola partire dalle proprie responsabilità, occorre occuparsi dei fattori in cui la responsabilità sta nel medico. Innanzitutto in chi fa formazione e aggiornamento, che ha il dovere di un approccio evidence-based, non fosse altro che per "stare in Europa" o nell'ambito dei Paesi tecnologicamente avanzati. In secondo luogo, in tutti i medici pratici, che non possono bersi tutto quello che gli viene propinato senza un vaglio critico.

Che fare, dunque?

Soprattutto, occorre sviluppare la capacità di "leggere" le evidenze disponibili. Molto è già stato fatto. Basti citare fra gli esempi di casa nostra: i corsi sulla pediatria basata sulla evidenza promossi dall'ACP, dal CSB, ma anche dalla FIMP e dalla SIP, la rubrica curata da Roberto Buzzetti su *Area Pediatrica*, l'eccellente e pionieristico lavoro del gruppo palermitano su *Quaderni acp*, laddove quesiti clinici di interesse quotidiano trovano risposte al massimo livello possibile di evidenza scientifica attraverso un percorso guidato di ricerca e analisi delle fonti. Il limite di questi approcci è che, per ora, sono coltivati da pochi e la velocità di espansione di questo drappello di pochi è limitata, non essendovi altri incentivi che la buona volontà.

Serve quindi, anche, uno strumento facile, ma sufficientemente completo e di qualità, di accesso a ciò che c'è di nuovo e merita di essere conosciuto. I pediatri italiani dovrebbero avere a disposizione (già è stato detto in passato) un sito comune sulle evidenze, in grado di ospitare le novità che possono cambiare la pratica, le linee guida condivise, gli studi di applicabilità delle stesse, come quello prezioso sull'OMA pubblicato lo scorso anno da *Medico e Bambino* (2002;21:170-8). Vengono quest'anno a scadenza le cariche ACP e SIP. Qualcuno vorrà inserire un simile progetto nel suo programma?

Serve, ancora, l'autodisciplina di chi, come noi di M&B, produ-

ce informazione medica, soprattutto secondaria: occorre evitare di cadere nell'ipersemplificazione o nello scoop. Fare un'ottima rivista da un punto di vista giornalistico, che "si lascia leggere", non contrasta con fare una rivista scientificamente inoppugnabile.

Infine, dovremmo iniziare a lavorare meglio con i nostri interlocutori, i genitori: abbiamo cominciato a parlar loro in modo appropriato e allo stesso tempo rigoroso, tramite *Un pediatra per amico*. Spieghiamo loro come le "verità" del pediatra a volte cambiano, a volte sono conflittuali, e a volte debbano variare a seconda dell'interlocutore.

Può darsi che per molto tempo ancora la comunicazione della scienza biomedica avvenga in modo insufficiente o addirittura distorto. La strada per migliorarla richiede che ognuno faccia la sua parte.

Giorgio Tamburlini

LA PAGINA BIANCA SI RIPOSA.

Dieci anni di storia della famiglia italiana e/o il lungo viaggio di Pinocchio nel Paese dei Balocchi

«...la pagina bianca sarebbe la pagina che si lascia scrivere di nuovo ogni giorno, e su cui si rappresenta (e nello stesso tempo si modifica) la realtà... fa parte di quel luogo un po' in margine della Rivista, che è "Oltre lo Specchio", di quella parte in cui non si parla né di malattie né di cure ma soltanto di persone: medici, bambini, ragazzi, adolescenti, genitori.» Così l'editoriale di fine 1993.

Descrivere (riportarla per come è percepita e "rifletterci" su) l'infanzia, abbandonando i postulati accettati per veri e la volontà di considerarli tali era (è stato?) l'obiettivo di questa "appendice" di *Medico e Bambino*, di cui i lettori potevano non sentire il bisogno.

Con un pizzico di presunzione si voleva avviare in sordina un'azione di advocacy: impegno per scalfire la routine dei media, che fanno del mondo dei bambini un pascolo per nutrirsi e propinare concezioni acquiescenti, conformiste al puro consumo di notizie, di idee, di comportamenti.

In questi dieci anni, i pezzi dei quotidiani e/o periodici riportati hanno evidenziato un giornalismo spesso nevrotico, con l'ossessione dello scoop. Il bambino e il suo mondo sono argomenti di rilievo a tale fine.

Il sensazionalismo non è una tecnica, ma una concezione della notizia. Le prime pagine assomigliano spesso alle vetrine dei negozi nel periodo dei saldi. È una forma subdola di svendita del "prodotto" infanzia-adolescenza-famiglia-servizi... In questi anni è pervenuta una sola lettera di una lettrice, per dissentire sul commento a proposito di un tipo di scuola privata: è la conferma che non era, non è, un bisogno di chi legge la Rivista?

Credo di sì. Certamente per responsabilità anche di chi l'ha curata.

Ma il prendere atto dello scarso interesse partecipativo alla "pagina bianca" è uno stimolo a curare la crescita di "Pediatri per un mondo possibile", che siano impegnati, oltre che sullo streptococco e sui trapianti, anche sul proteggere l'ambiente, sulla tutela sociale e psicologica dei bambini, sulla possibilità di accesso ai servizi.

Nicola D'Andrea