

PER ORIENTARSI NELLA GIUNGLA DELLE EVIDENZE

Coordinatore
Vincenzo Toscano
Editors
Marco Caputo & Renato Cozzi

Un **equivoco** fondamentale, che ancora oggi contribuisce alla confusione nel riferirsi alle linee guida, è la **distinzione tra raccomandazioni “basate sull'evidenza” e raccomandazioni “basate sul consenso”**, presente anche in documenti di prestigiose associazioni professionali (come i cardiologi dell'*American College* o della *Heart Association* e gli oncologi dell'*ASCO*). Il perché lo spiegano Gordon Guyatt e Benjamin Djulbegovic in un editoriale pubblicato su *JAMA* (1), che tutti dovremmo leggere e meditare, perché - se lo comprendessimo - riusciremmo a evitare un po' di confusioni e a concentrarci su ciò che realmente ci aiuta nella professione.

Secondo gli autori, l'equivoco nasce da un'incomprensione di fondo sulla natura della Medicina basata sulle evidenze (*Evidence Based Medicine*, EBM), probabilmente generato dai primissimi approcci metodologici che sottolineavano l'importanza degli studi strutturati (2). L'**EBM** nasce per **estrarre dall'esperienza clinica la migliore evidenza disponibile, valutarla, interpretarla e utilizzarla per assumere decisioni clinicamente significative**. La materia prima da cui parte il processo è sempre costituita dalle evidenze: alcune di elevata qualità, come i risultati di studi randomizzati e controllati (RCT); altre di qualità inferiore, come studi osservazionali, serie di casi, singoli casi clinici, esperimenti di fisiopatologia. Il punto è che questa valutazione si fa anche quando la qualità delle evidenze è bassa. Anzi, qui è ancora più necessaria, perché la raccomandazione deve essere fondata sulla comprensione teorica del fenomeno e sulla condivisione di un sistema di valori. In altre parole, **il consenso è uno strumento indispensabile nella formulazione di raccomandazioni**, indipendentemente dalla qualità delle evidenze di cui disponiamo, **ma non può rappresentare il fondamento delle raccomandazioni** stesse. Del resto, il sistema *GRADE* (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), che abbiamo tutti imparato a conoscere e applicare, ci raccomanda proprio questo (3).

Anche gli RCT non sono sempre auto-evidenti, e hanno bisogno di essere interpretati. Per esempio: esistono limitazioni legate al rischio di *bias* che possano inficiare le conclusioni? Gli intervalli di confidenza sono sufficientemente ristretti da evitare la possibilità di interferenze significative? È lecito generalizzare le conclusioni tratte su una popolazione eterogenea fino ad applicarle al singolo paziente concreto? E, viceversa, è proprio impossibile trarre conclusioni significative nonostante la presenza di inspiegabili incoerenze nello studio? Sono tutte domande che si pongono frequentemente nell'esaminare gli studi, anche quelli meglio condotti. In ogni caso, il “terzo principio” dell'EBM afferma che **l'evidenza, da sola, non potrà mai imporre la condotta giusta**: vanno sempre considerate la cornice concreta del quadro clinico complessivo e le preferenze del paziente.

In conclusione, non è giusto - e può essere pericoloso - fare una distinzione tra le raccomandazioni “basate sulle evidenze” e quelle “basate sul consenso”. Il consenso è uno strumento operativo indispensabile nella formulazione di tutte **le raccomandazioni**, che però, **per essere tali, devono essere sempre basate sull'evidenza**.

Post Scriptum: Gordon Guyatt, uno dei due autori di questo Editoriale, è il *padrino di battesimo* dell'EBM (4), proprio colui che nel 1991 ha inventato il termine *Evidence-Based-Medicine*. Dopo quasi trent'anni, possiamo dire che gli scopi per i quali è nata questa disciplina sono più che mai rilevanti: “L'impegno a **educare** la classe medica a saper valutare la credibilità dei risultati della ricerca, a **comprendere** i dati di uno studio clinico, infine - e soprattutto - ad **applicare** quelle evidenze al singolo caso concreto di ogni giorno”. In questi anni non sono mancate le critiche e gli attacchi all'EBM: “medicina da ricettario”, “eccessiva medicalizzazione”, “idolatria delle metanalisi”, ecc, ma anche il critico più feroce non può negare che ogni qual volta si ha bisogno di assumere una decisione e di provare a risolvere un problema, è necessario disporre di evidenze. Gli esseri umani sono una specie animale particolare: carni-vori, erbi-vori ma anche “*informa-vori*”, e per poter sopravvivere e agire nel mondo reale hanno (e avranno sempre) bisogno di ‘evidenze’.

Bibliografia

1. Djulbegovic B, Guyatt GH. Evidence vs consensus in clinical practice guidelines. *JAMA* [DOI: 10.1001/jama.2019.9751](https://doi.org/10.1001/jama.2019.9751).
2. Evidence-based medicine working group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* [1992, 268: 2420-5](https://doi.org/10.1001/jama.268.2420-5).
3. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al. Going from evidence to recommendations. *BMJ* [2008, 336: 1049-51](https://doi.org/10.1136/bmj.336.1049-51).
4. Guyatt G. Evidence-Based Medicine. *ACP J Club* [1991, 114: A-16](https://doi.org/10.1136/ajcp.1991.114.A-16).

