

Traduzione a cura di:  
Infermiera MARIA CRISTINA ROBB  
Centri studi EBN - Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico  
Azienda Ospedaliera di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi  
Via Massarenti, 9  
40138 Bologna, Italia

## LA STRADA DALLA RICERCA AL MIGLIORAMENTO DEGLI ESITI SANITARI

La pratica basata sulle evidenze ha lo scopo di fornire ai clinici ed ai pazienti un mezzo per scegliere l'assistenza più efficace, basata sulle migliori evidenze della ricerca disponibili. Per il paziente questa è un'aspettativa naturale. Per il clinico questo è quasi un sogno impossibile. Il rapporto americano *Bridging the quality chasm* (colmare l'abisso della qualità) ha documentato e puntato l'attenzione sulla distanza tra quello che sappiamo e quello che facciamo. Il report identifica 3 tipologie di problemi qualitativi –sovrautilizzo, sottoutilizzo e malutilizzo. Il lavoro suggerisce “il peso del danno sopportato dall'impatto collettivo di tutti i nostri problemi qualitativi sanitari è sbalorditivo”. Sebbene l'attenzione si sia focalizzata sul malutilizzo (o errore), una quota maggiore del peso prevedibile è probabilmente dovuta alle differenze evidence-based di sottoutilizzo e sovrautilizzo.

La ricerca che dovrebbe cambiare la pratica è spesso ignorata per anni – per esempio i cristalloidi (piuttosto che i colloidali) per lo shock, la posizione supina dopo la puntura lombare, il riposo a letto per qualsiasi condizione medica e l'uso appropriato degli anticoagulanti e dell'aspirina nei pazienti con fibrillazione atriale. Antman e coll. documentano il sostanziale ritardo tra i risultati delle sperimentazioni cardiovascolari e le raccomandazioni dei libri di testo. Tuttavia anche quando la pratica migliore è ben conosciuta, spesso è implementata in modo insufficiente: le indagini nazionali mostrano che la maggior parte dei pazienti ipertesi non sono diagnosticati, non sono trattati o controllati adeguatamente, ciò ha condotto all'attuale interesse per la trasmissione delle conoscenze.

### LA CARESTIA PRATICA IN MEZZO ALL'ECCESSO DI EVIDENZE

Che ruolo ha la pratica evidence-based nel colmare il divario tra ricerca e pratica? Le indagini sui clinici suggeriscono che le maggiori barriere per l'utilizzo delle attuali evidenze della ricerca sono il tempo, lo sforzo e le abilità necessarie per accedere alle informazioni appropriate tra i considerevoli volumi della ricerca. Anche per un (mitologico) aggiornamento clinico, il problema del mantenimento dell'attualità è immenso. Ogni anno Medline indicizza > 560 000 nuovi articoli e la Cochrane Central aggiunge circa 20 000 nuovi trials al giorno.

Questi sono circa 1500 nuovi articoli e 55 nuove sperimentazioni al giorno! I clinici hanno bisogno di chiarezza e di strategie efficienti per vagliare, digerire e mettere in pratica le nuove ricerche, perché i loro pazienti abbiano una probabilità di beneficiarne. Possono essere considerati due passaggi: mettere le evidenze in ordine e usare le evidenze messe in ordine.

### Mettere le evidenze in ordine

Sebbene i nuovi articoli di ricerca siano revisionati da pari e pubblicati, vi è scarso impegno a inserire sistematicamente i loro risultati nel conteso di altri studi simili. Idealmente, i clinici potrebbero accedere ad una revisione sistematica aggiornata e ben condotta per tutti i quesiti, o almeno per tutte le ricerche cliniche. Tuttavia, solo circa il 10% delle sperimentazioni randomizzate sono attualmente incorporate in una revisione sistematica Cochrane. Per i quesiti non di trattamento la situazione è peggiore. Le linee guida qui non sono una panacea, in quanto generalmente si riferiscono a revisioni esistenti o, più spesso, ignorano le evidenze e raramente si presentano in un formato familiare ai clinici. Dunque, il report dell'Istituto di Medicina raccomanda che “stabiliamo e manteniamo un programma completo, volto a costruire evidenze scientifiche, più utile ed accessibile ai clinici ed ai pazienti.”

### Usare le evidenze

Spesso i clinici hanno dei dubbi sull'assistenza dei loro pazienti, ma la maggior parte restano senza risposte. Anche quando le domande sono “rispondibili”, all'interno degli ambienti clinici si utilizzano spesso testi non aggiornati. Il principale elemento che permette di prevedere la messa in atto del tentativo di rispondere ad una domanda è l'idea che una domanda esiste e l'urgenza del problema del paziente.

Questa carenza di utilizzo delle evidenze al letto del paziente ha ispirato il modello dei 4 step della pratica evidence-based al letto. 1) fare una domanda a cui si può rispondere; 2) scaricare le migliori evidenze; 3) valutare criticamente le evidenze rispetto alla validità, all'impatto e all'applicabilità e 4) integrare i risultati con le circostanze e i valori biologici unici del paziente. Nell'insegnare la pratica evidence-

based, l'integrazione dei passaggi all'interno del contesto clinico, per rispondere ai problemi reali dei pazienti, è cruciale per modificare attitudini e comportamenti. Seguire questi stadi nella pratica clinica è una sfida, specialmente avendo dei limiti di tempo e le abilità necessarie a completare questi passaggi.

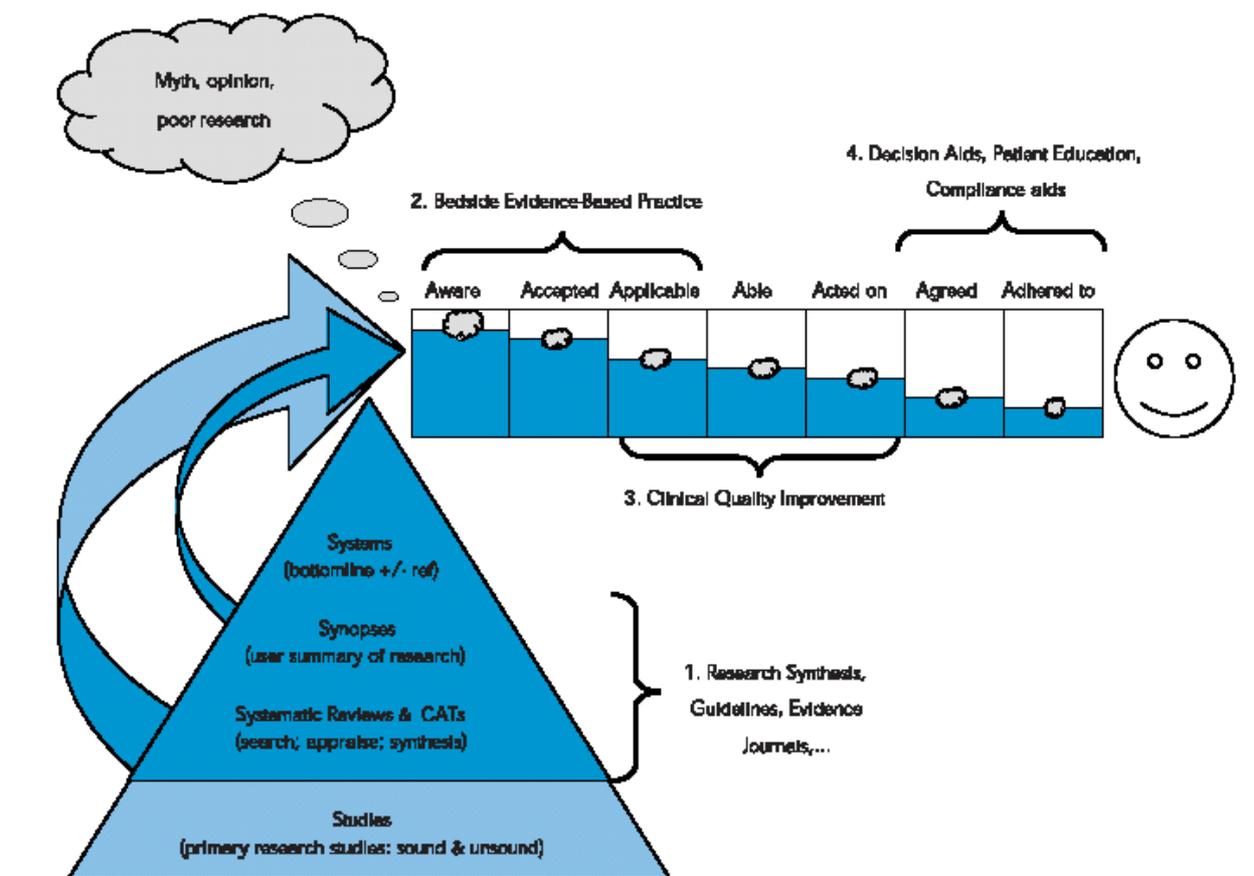
### L'OLEODOTTO DELLE EVIDENZE

Quali sostanziali carenze sono alla base delle migliori evidenze e della gestione fornita al paziente? Pathman e coll. descrivono i 4 passaggi dall'evidenza all'azione: il clinico necessita di essere a conoscenza, quindi essere d'accordo, quindi adottare e quindi aderire. La loro indagine sull'utilizzo da parte dei medici delle linee guida sui vaccini ha dimostrato una costante diminuzione ad ogni passaggio – per esempio, la percentuale rispetto alla pertosse acellulare era: informato il 90%, d'accordo il 67%, adottato nel 46% e aver aderito nel 33%. Questo è compatibile con i risultati della ricerca sulla diffusione dell'innovazione che generalmente

suggerisce un modello a 5 stadi: conoscenza, accettazione, decisione, implementazione e mantenimento. Una successiva revisione sistematica sulle barriere all'utilizzo delle evidenze suggerisce che potrebbero essere aggiunti diversi stadi ulteriori. La figura estende il modello dalla conoscenza all'aderenza per includere questi nuovi elementi – in particolare il coinvolgimento dei pazienti.

Il modello illustra che, anche se vi sono delle percentuali alte nei passaggi tra gli stadi, ci può essere uno scarso impatto sugli esiti dei pazienti. Quindi, anche l'80% trasferito su ognuno dei 7 stadi risulterebbe in solo un 21% di utilizzo da parte dei pazienti ( $0.8^7=0.21$ ).

Utilizzando questo modello guarderemo per prima cosa al problema iniziale di reperire le evidenze valide e rilevanti nell'"oleodotto" clinico e di come questo processo possa essere migliorato e secondariamente ai metodi per ridurre gli ostacoli ad ogni stadio.



L'oleodotto dalla ricerca alla pratica. La nuova ricerca, variabile nella solidità, è aggiunta al gruppo in espansione ed entra nella pratica sia direttamente oppure viene revisionata, riassunta e sistematizzata (dopo) prima di essere utilizzata nella pratica con le carenze verificatesi ad ognuno dei diversi passaggi tra la conoscenza e gli esiti del paziente. Conoscenze differenti traducono i focus delle discipline in differenti parti dell'oleodotto (1-4)

#### 1. Conoscenza

Considerando il nostro eccesso di informazioni, non è sorprendente che i singoli clinici trovino difficile

essere a conoscenza di tutte le evidenze valide e rilevanti. È più probabile che siano sottoposti ad una efficace campagna di marketing degli interventi

produttivi nuovi. Tuttavia, per alcuni importanti cambiamenti pratici, come un prodotto farmaceutico o non farmaceutico a basso costo, la conoscenza è più problematica. Per semplificare l'onere, sono sorti diversi servizi di scanning e di segnalazione, per aiutare i clinici a venire a conoscenza di importanti cambiamenti. Per esempio, riviste come *Evidence-Based Nursing* e *Evidence-Based Medicine* esplorano > 100 riviste per identificare nuove evidenze valide ed importanti e questo processo è accresciuto dalla costruzione di un nuovo servizio, *bmjupdates\** (<http://bmjupdates.com>), che permette agli operatori sanitari di sfruttare solo quegli articoli che i loro colleghi indicano come altamente rilevanti ed interessanti per la pratica clinica. (per maggiori informazioni su questo nuovo servizio gratuito vedi a pag. 39).

## 2. Accettazione

Sebbene gli operatori sanitari possono aver sentito parlare dei benefici di un nuovo intervento o dei danni di uno vecchio, possono non essere persuasi di modificare la loro gestione, basandosi su queste evidenze. Un problema fondamentale è che i clinici possono essere persuasi da mezzi diversi rispetto alle evidenze prive di bias, come le tecniche pubblicitarie di marketing, la reciprocità (le obbligazioni che sorgono dal "dono"), l'autorità, la validazione sociale (accettazione tra pari) e le relazioni o amicizie personali. Le compagnie farmaceutiche e altri investono considerevoli risorse in ciascun metodo. Dunque è necessario un maggior lavoro per identificare i metodi che possono "vaccinare" meglio i clinici contro le evidenze inadeguate.

## 3. Applicabile

Anche se le evidenze sono accettabili, i clinici e le linee guida possono non individuare il gruppo corretto. Per esempio, una revisione di 20 linee guida per la fibrillazione atriale (la maggior parte delle quali non sono evidence-based) mostra che la proporzione dei pazienti per cui si raccomanda il warfarin va dal 13 al 100%. Se ci sono dei precisi benefici degli anticoagulanti dipende dal bilanciamento del rischio di ictus contro il rischio di emorragia. Un'indagine condotta su dei medici in Australia ha dimostrato che posseggono delle buone conoscenze dei fattori che aumentano il rischio emorragico, ma solo la metà identifica correttamente un paziente, con un precedente ictus, come ad alto rischio di una ricaduta. Similmente, uno studio olandese mostra che i fattori di rischio che dovrebbero far prevedere una maggior percentuale di prescrizioni di warfarin, non lo fanno. Sfortunatamente, la relazione tra diagnosi e trattamento è raramente una a uno. I clinici devono generalmente imparare e capire i molteplici fattori che portano ad una buona decisione che bilancia i benefici ed i danni.

## 4. Disponibile e capace

Per produrre un intervento viene richiesto sia l'accesso, sia le conoscenze. Per le terapie, questo risulta essere abbastanza impegnativo: acquisire familiarità con il dosaggio, le controindicazioni, quando iniziare, gli effetti collaterali e il monitoraggio. Per alcuni interventi più complessi, come una breve consultazione o una manipolazione spinale, la curva di apprendimento è anche più scoscesa è dunque è una barriera maggiore al cambiamento nella pratica. Per molti interventi complessi, come lo smettere di fumare, la versione cefalica esterna o la risoluzione del problema della terapia per la depressione, i clinici possono richiedere una formazione aggiuntiva prima di riprodurli con tale competenza come nei trials che documentano i loro benefici.

## 5. Agire

Anche quando sappiamo ed accettiamo cosa fare, spesso dimentichiamo o trascuriamo di agire. Le abitudini non cambiano facilmente, nonostante le nostre migliori intenzioni. Le omissioni sono particolarmente facile per le procedure preventive, in quanto non sono spesso sotto il fuoco pressante di un consulto. Non sorprende il fatto che gli indici sulle procedure preventive appropriate sono frequentemente bassi. Una semplice annotazione è spesso sufficiente per queste semplici omissioni di interventi in cui crediamo e che possiamo attuare. Una revisione di 16 trial randomizzati su annotazioni per le procedure preventive ha dimostrato un sostanziale aumento nell'aderenza alla maggior parte, ma non a tutte, le aree. Risultati simili, ma meno drammatici, si sono rivelati per i promemoria in alcune aree della gestione della terapia.

## 6. Essere concorde

Quando abbiamo ricordato di suggerire un trattamento applicabile, il suddetto passaggio può iniziare nuovamente per il paziente. Il paziente per essere d'accordo, deve essere cosciente delle opzioni, accettare che la gestione raccomandata sia appropriata, essere in grado di intraprenderla ecc. Questo può mettere in campo una complessa mistura fra i valori e le credenze del paziente che quindi bisogna esplorare. Per facilitare la comunicazione e la comprensione, sono stati sviluppati degli ausili per la decisione del paziente. Sebbene tali ausili possono ridurre i conflitti decisionali dei pazienti rispetto alla loro scelta finale, risulta meno chiaro se il fornire un aiuto nel prendere la decisione porti il paziente ad avere degli esiti migliori.

## 7. Aderire

I pazienti devono anche combattere con richieste e consigli contrastanti, con gli effetti collaterali o con il timore di loro e, qualche volta, con la mancanza di possibilità di pagare gli esami o i trattamenti. Se le risorse per fornire informazioni a coloro che effettuano le prescrizioni sulle migliori evidenze attuali sono inadeguate, lo sono malauguratamente di

più per il paziente, nonostante alcuni sforzi pionieristici come DipEx ([www.dipex.org](http://www.dipex.org)). Anche quando il paziente accetta i benefici del trattamento e spera di completarlo, questo può non succedere. Possiamo essere d'accordo tutti che bisogna fare più esercizio, mangiare di meno o smettere di fumare, ma troppo pochi lo fanno. Anche per l'assunzione della terapia, il dosaggio, la frequenza, le dimensioni della pillola e le dimenticanze possono causare tutti dei problemi. L'indice di aderenza tipico alle terapie è < 50%. Migliorare l'aderenza a brevi schemi terapeutici è relativamente facile, ma aumentare il rispetto di regimi a lungo termine è più difficile. Gli elementi di aiuto possono riguardare le informazioni sul regime, i colloqui sull'importanza dell'osservanza e su come organizzare l'assunzione della terapia, i promemoria, la ricompensa e il riconoscimento degli sforzi dei pazienti per seguire il regime e la ricerca del supporto sociale da familiari ed amici.

## CONCLUSIONI

Anche quando la maggior parte dei clinici è cosciente delle evidenze, ciò può avere un impatto inadeguato sulla qualità dell'assistenza se non si presta altrettanta attenzione alle altre fasi. Tuttavia, dovremmo considerare l'iniziale conoscenza (e la discriminazione) della ricerca di elevata qualità come il primo grande ostacolo. Sebbene la pratica

evidence-based al letto del paziente sia focalizzata sull'introdurre i clinici alla conoscenza e all'accettazione della ricerca di migliore qualità, ciò è evidentemente importante, ma non sufficiente. Non tutti i clinici avranno o utilizzeranno le abilità rispetto alla pratica evidence-based al letto del paziente e anche i più abili falliranno nell'implementazione completa dei cambiamenti voluti. Dunque, la pratica evidence-based non dovrebbe riguardare solo il contenuto clinico, ma anche i processi di modificazione dell'assistenza e dei sistemi di assistenza.

Bibliografia: vedi articolo originale

PAUL GLASZIOU, MBBS, PhD  
University of Oxford, Oxford, UK

BRIAN HAYNES, MD, PhD  
McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

*Riconoscimenti: gli autori vorrebbero ringraziare  
Ian Chalmers e Sharon Strauss per i loro utili  
commenti.*

*Una versione modificata di questo Notebook è  
apparso in origine su Evidence-Based Medicine.*

## **bmjupdates<sup>+</sup> UN NUOVO SERVIZIO GRATUITO PER LA PRATICA CLINICA BASATA SULLE EVIDENZE**

Il gruppo BMJ Publishing e la Health Information Research Unit della McMaster University sono felici di annunciare un nuovo e avanzato servizio di informazione per supportare i professionisti clinici a mantenersi aggiornati e a trovare le migliori evidenze attuali per la pratica. Il servizio, **bmjupdates<sup>+</sup>** (<http://bmjupdates.com>) ha lo scopo di: *fornire ai professionisti clinici le migliori evidenze nuove riguardanti gli importanti progressi nell'assistenza sanitaria, tarati sui loro interessi.*

Per il raggiungimento di un tipico obiettivo clinico, quello di mantenersi aggiornati con gli studi e le revisioni più importanti che bisogna conoscere, **bmjupdates<sup>+</sup>** utilizza un processo in due tempi (vedi la figura più sotto) per arrivare dai circa 50 000 articoli all'anno in > 100 riviste cliniche ai più importanti 1-2 articoli al mese, un riduzione del "rumore" di oltre il 99,9%.

**bmjupdates<sup>+</sup>** utilizza gli stessi filtri di qualità, espliciti e riproducibili, di *Evidence-Based Medicine* ([http://hiru.mcmaster.ca/ebmj/Ebmp\\_p.htm](http://hiru.mcmaster.ca/ebmj/Ebmp_p.htm)) e di *Evidence-Based Nursing*. Applicando questi criteri ad ognuno degli articoli delle oltre 110 migliori riviste cliniche (circa 50 000 articoli all'anno), passano il vaglio circa 3000 articoli (6%)—cioè, sono costruiti con metodi adeguati che supportano le loro

conclusioni sugli aspetti chiave dell'assistenza clinica.

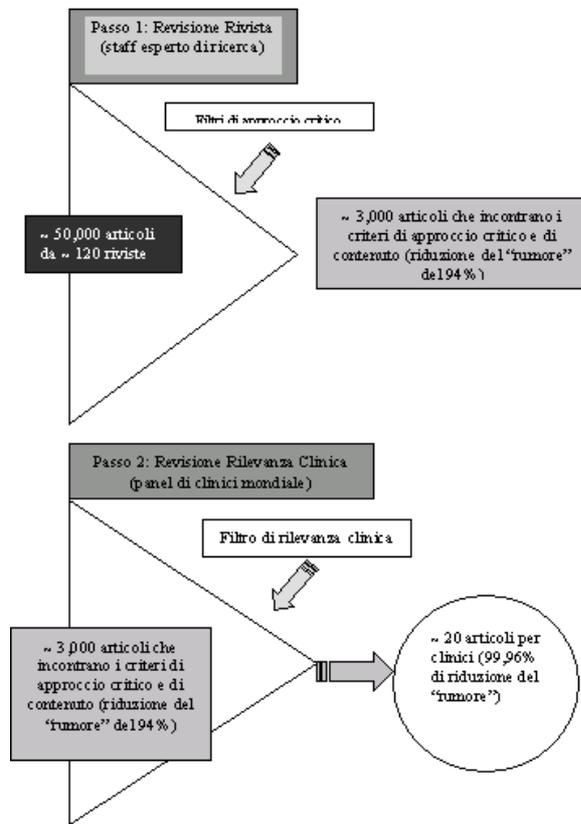
Tutti (e solo) gli articoli che passano i criteri scientifici sono valutati per la loro **rilevanza** e **novità** su una scala a 7 punti mediante il sistema McMaster Online Rating of Evidence (MORE) (<http://hiru.mcmaster.ca/more/AboutMORE.htm>).

Questi punteggi sono specifici per ogni disciplina clinica pertinente all'articolo e sono forniti da ≥ 3 medici praticanti per ogni disciplina, selezionati all'interno di un panel di oltre 2000 nel mondo. (Se sei un medico di pratica clinica indipendente, sei invitato ad aggiungerti a MORE. Spediscici una e-mail all'indirizzo MORE@McMaster.ca).

Il risultante servizio di classificazione della letteratura per qualità/rilevanza/novità possiede molte caratteristiche per aiutare i professionisti sanitari a mantenersi aggiornati sulle migliori evidenze attuali per la pratica clinica.

**Alerts: fai in modo che le migliori evidenze ti trovino.** Se ti registri su **bmjupdates<sup>+</sup>** e indichi la tua disciplina clinica (per esempio medicina generale), riceverai degli avvisi ogni volta che un articolo è stato giudicato, dai valutatori della tua disciplina, incontrare il punteggio di cut off, per la rilevanza e la novità, che tu stabilisci. A seconda della tua disciplina, se stabilisci di ricevere avvisi per gli articoli che sono stati giudicati dai tuoi pari come

avere un punteggio di almeno 6/7 per rilevanza (“indubbiamente rilevante”) e 6/7 per novità (“utili informazioni che la maggior parte dei medici probabilmente non conosce”), puoi attenderti di ricevere circa 1-2 avvisi al mese per gli articoli che sono molto importanti per la tua pratica clinica - un modo molto efficiente per mantenerti aggiornato.



**Search: trova le migliori evidenze quando ne hai bisogno.** **bmjupdates<sup>+</sup>** ha anche un database di avvisi consultabile, risalente al 2002, che puoi utilizzare in qualsiasi momento. Se hai indicato una

disciplina clinica, il default è tarato in modo che la ricerca sarà effettuata solo per quegli articoli giudicati rilevanti dai valutatori della tua disciplina.

**BMJ summaries:** gli articoli valutati dai clinici come i più rilevanti sono sintetizzati dagli autori di BMJ.

**Global links** fornisce una connessione a “Featured article”, il migliore articolo della settimana precedente, e a “Headlines”, una popolare testata (omaggio del Servizio Sanitario Nazionale) che esamina le evidenze disponibili nei titoli nuovi sui problemi sanitari.

**BMJ resources.** Il gruppo BMJ Publishing è leader nella fornitura di risorse evidence-based per la pratica clinica. Molte di queste sono elencate nel box BMJ Resources, nella colonna più in basso a sinistra di ogni schermata. Puoi collegarti direttamente a queste risorse cliccando sui loro titoli.

**Evidence-based tools and services.** Sono forniti dei link ad una serie di strumenti selezionati, di servizi e di guide evidence-based.

**bmjupdates<sup>+</sup>** è stato costruito per aiutare i professionisti sanitari a mantenersi aggiornati efficacemente con i progressi medici importanti. Provalo su <http://bmjupdates.com> (E ho detto che è gratis....!).

R BRIAN HAYNES, MD, PhD  
*McMaster University  
 Hamilton, Ontario, Canada*