Gap tra evidenze e pratica clinica: cerchiamo di capire i perché

Data 18 marzo 2010
Categoria professione

Una delle cause per le quali l'evidenza basata sulla ricerca è applicata raramente risiede nella difficoltà complessiva che i medici hanno innanzitutto a cercare e successivamente a valutare, assimilare e, quindi, rendere applicabile l'evidenza.

Le revisioni sistematiche dovrebbero essere cercate per prime dai medici , quando cercano risposte a quesiti clinici, in quanto depositarie di una evidenza sintetizzata, base per linee guida di pratica clinica(8).

Ai medici generalisti manca il facile accesso alla evidenza attuale basata sulla ricerca (9,10), manca il tempo necessario per ricercarla e mancano le competenze necessarie per identificarla, impararla e poi applicarla nelle decisioni cliniche (11,12). Fino ad ora, un training di apprendimento di evidenza non ha rappresentato una componente della maggior parte dei curricula educativi (11,12). In uno studio sull'uso di evidenza, i medici hanno impiegato più di 2 minuti per identificare una revisione Cochrane e le sue direttive cliniche finali. Questa fonte veniva pertanto frequentemente abbandonata(7).

In un altro studio, Sekimoto e colleghi (13) hanno trovato che i medici, da loro interviste, credevano che una mancanza di evidenza per l'efficacia di un trattamento fosse equivalente ad una non efficacia del trattamento. Spesso, il contenuto di revisioni sistematiche e studi primari non è sufficiente per le necessità dei clinici. Sebbene siano stati sviluppati dei criteri per migliorare il reporting delle revisioni sistematiche (14), il loro focus è stato centrato più sulla validità dell'evidenza che sulla loro applicabilità.

Glenton e colleghi (15) hanno descritto alcuni fattori che ostacolano l'uso effettivo delle revisioni sistematiche nel prendere decisioni cliniche. Essi hanno trovato che le revisioni spesso sono deficitarie di dettagli circa gli interventi e non forniscono informazioni adeguate sui rischi di eventi avversi, sulla disponibilità degli interventi e sul contesto nel quale gli interventi possono o non possono essere realizzati.

Glasziou e colleghi (16) hanno osservato che, di 80 studi (55 trials singoli randomizzati e 25 revisioni sistematiche) di terapie pubblicate in un anno su Evidence-Based Medicine (un giornale di pubblicazione secondaria), in 41 di questi mancavano elementi relativi all'intervento. Delle 25 revisioni sistematiche, soltanto 3 contenevano una descrizione dell'intervento che era sufficiente per prendere decisioni cliniche e per la loro implementazione.

Se questo è il back-ground, gli autori suggeriscono le seguenti, potenziali soluzioni:

Migliori strumenti e migliori prodotti di conoscenza

Coloro che pubblicano e fanno pubblicare evidenza basata sulla ricerca dovrebbero focalizzarsi sulle " **3R** " della comunicazione evidence-based: **reliability**(*affidabilità*), **relevance**(*rilevanza*) e **readability**(*comprensibilità*). L'evidenza è affidabile se può essere dimostrata di alta validità. I metodi usati per produrla devono essere espliciti e rigorosi, o almeno essere i migliori disponibili. Per essere clinicamente rilevante, il materiale dovrebbe essere selezionato ed indicizzato dalla letteratura medica affinché contenga contenuti specifici per i distinti bisogni di gruppi ben definiti di medici (ad es.: medici di medicina generale, medici ospedalieri o cardiologi).

Sarebbe auspicabile la più stretta aderenza possibile tra informazione e bisogni degli utenti. Per essere comprensibile, l'evidenza dovrebbe essere presentata dagli autori e dagli editori in un format che sia facilmente accessibile e che abbia dettagli sufficienti per permettere di essere implementata in clinica o al letto del malato.

> Quando si affrontano sfide che riguardano l'equilibrio delle 3 R, l'affidabilità dovrebbe superare la rilevanza ed entrambe dovrebbero superare la comprensibilità.

Strategie di ricerca più efficienti

Un metodo per cercare evidenze pratiche è quello dell' " **approccio5S** " (17) (Figura 1).

Questa struttura fornisce un modello per la organizzazione dei servizi di informazioni evidence-based. Idealmente le fonti diventano più affidabili, rilevanti e comprensibili a mano a mano che si sale lungo la piramide 5S. Alla base della piramide vi sono tutti gli studi primari, quali quelli indicizzati in MEDLINE. Al livello successivo vi sono le sintesi, che sono le revisioni sistematiche delle evidenze rilevanti per una particolare questione clinica. Questo livello è seguito dalle sinossi, che forniscono brevi valutazioni critiche di articoli originali e revisioni. Esempi di sinossi compaiono in giornali evidence-based quali l'ACP *JournalClub* (http://www.acpjc.org). I sommari forniscono visioni d'insieme di evidenze

relative ad un problema clinico (ad es., gotta o asma) ottenute aggregando evidenze dai più bassi livelli di rilevanti sinossi, sintesi e studi. Accettando la sfida di fare una buona ricerca *MEDLINE*, la cosa migliore è cominciare dal vertice della piramide e lavorare scendendo quando cerchiamo la risposta ad una domanda clinica. Al vertice della piramide vi sono sistemi quali electronic health records. A questo livello, i dati clinici sono legati elettronicamente con evidenze rilevanti per supportare il processo decisionale evidence-based. Sistemi computerizzati di supporto decisionale come questi descritti sono ancora rari, per cui in genere si comincia dal secondo livello del vertice della piramide quando si cercano evidenze. Esempi al secondo livello includono sommari di pubblicazioni online, quali *Dynamed* (http://www.ebscohost.com/dynamed) e *ClinicalEvidence* (http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/index.jsp), che sono evidence-based, frequentemente aggiornate e disponibili per un'ampia gamma di questioni cliniche. Servizi online quali Evidence-Updates (http://plus.mcmaster.ca/evidenceupdates), che includono studi e sintesi stimate per qualità e rilevanza con links alle sinossi ed ai sommari, stanno recentemente diventando disponibili con accesso libero.

Le fonti di informazione evidence-based non sono tutte uguali. Gli utenti, a ciascuno dei livelli appena descritti, devono assicurarsi che l'evidenza sia affidabile, divenendo consapevole dei metodi usati per produrla, sintetizzarla e riassumerla. Essi dovrebbero sapere che proprio perché una fonte ha dei riferimenti non significa che sia evidence-based. E proprio perché una risorsa usa "evidence-based" nel suo titolo non significa che sia così. Un editore decide che si potrebbero incrementare le vendite mettendo il termine "evidence-based" nel titolo di un libro (Mary Banks, Senior Publisher, BMJ Books, London, UK: comunicazione personale. 2009).

Le scale di valutazione più diffuse per i sommari delle evidenze e gli articoli di ricerca sono forniti nel Box 1 e nella Tavola1.

Promuovere metodi specializzati di ricerca e fornire risorse di alta qualità per l'informazione evidence-based disponibile può portare a trovare risposte più corrette da parte dei clinici. In un piccolo studio di ricerca di informazioni da parte di medici di primary care che aveva osservato le risposte cliniche derivate dalle abituali risorse dei medici (le più comuni Google e UpToDate), McKibbon e Fridsma (18) hanno trovato che solo un 1.9% trova risposte corrette seguendo questo tipo di ricerca. Di contro, altri autori che hanno fornito risorse di informazione ai medici hanno trovato che migliorando la ricerca, il tasso di risposte corrette andava dal 29% al 50% (19).
Schaafsma e colleghi (20) hanno trovato che quando i clinici chiedono per ottenere risposte a quesiti clinici, le risposte che ricevono sono corrette solo nel 47% delle volte; se il collega fornisce evidenze di supporto, le risposte corrette salgono all'83%. Servizi domanda-risposta da parte di bibliotecari possono anche aumentare il processo di ricerca. Quando si sono testati nel setting della primary care, è stato trovato che essi salvano del tempo ai medici, sebbene il loro impatto sul decision-making e sulla clinica non sia chiaro (21,22).

Che cosa possono fare i giornali?

I giornali possono fornire dettagli sufficienti per consentire ai medici di implementare l'intervento nella pratica. Glasziou e colleghi (16) hanno trovato che la maggior parte degli autori di studi, quando contattati per ulteriori informazioni, sono pronti a fornirle. In alcuni casi, questo ha condotto alla realizzazione di opuscoli o di videoclips divenuti disponibili sul sito web del giornale. Questo livello di informazione è utile per la complessità dell'intervento. Per esempio, la necessità di titolare il dosaggio degli inibitori del sistema renina-angiotensina e la confusione circa il monitoraggio dell'uso di questi farmaci sono state ritenute barriere al loro uso da parte dei medici di medicina generale, e questa informazione manca frequentemente negli studi primari e nelle revisioni sistematiche (23).

Infine, gli editori ed i ricercatori potrebbero lavorare insieme per formattare la ricerca in modo da renderla più disponibile per i medici.
Vi è qualche evidenza che l'uso di maggiore informazione, di abstracts strutturati abbia un impatto positivo sulla capacità dei medici di applicare l'evidenza (24) e che il modo attraverso il quale sono presentati i risultati dei trials abbia un impatto sulla gestione delle decisioni dei clinici (25).

Di contro, non vi sono dati che dimostrino che l'informazione presentata in una revisione sistematica abbia un impatto positivo sulla comprensione dell'evidenza da parte dei medici o sulla loro capacità di applicarla ai singoli pazienti.

> Gli autori concludono che l'Evidenza, sia essa forte o debole, non è mai sufficiente a prendere decisioni cliniche. Deve essere bilanciata con i valori e le preferenze dei pazienti per un ottimale processo di decisioni condivise. Per supportare il processo decisionale basato sull'evidenza da parte dei medici, bisogna chiedere fonti di informazione che siano affidabili, rilevanti e comprensibili.
> Essi si dichiarano fiduciosi nel fatto che coloro che pubblicano o fanno ricerca troveranno vie nuove e migliori per rispondere a questa richiesta.

COMMENTO di Patrizia Iaccarino

Anche se lo strumento della "Evidence based" è stato molto manipolato e mal usato, continua a rappresentare una luce

ed una guida nella pratica clinica. Va, ovviamente, curato e perfezionato in tutte le sue espressioni, dalla impostazione degli studi fino alla implementazione delle conoscenze e alla loro applicazione nella medicina di realtà, momento in cui si realizza la vera “Evidence Based Medicine”, quella teorizzata da Sackett.
Condivisibili sia le “3S” che l’approccio “5S”, utili le scale di valutazione presentate dagli autori.

Sarebbe probabilmente interessante stimare se e quanto gli utenti di “pillole.org” siano influenzati nelle loro decisioni cliniche dagli studi presentati, valutati e commentati… chissà forse … con uno studio ad hoc…