

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

Tel. e Fax. 051 6363049  
E-mail: [servinf@aosp.bo.it](mailto:servinf@aosp.bo.it)  
Web: <http://www.evidencebasednursing.it>

## IMPLEMENTARE L'EVIDENCE-BASED NURSING: ALCUNI EQUIVOCI

Nel breve periodo in cui abbiamo cominciato a sviluppare Evidence-Based Nursing, siamo rimasti affascinati dalle risposte degli amici, dei colleghi professionisti e dei media. La stragrande maggioranza delle reazioni ai concetti dell'evidence-based nursing e alla nascita di questa rivista, sono state positive. Ma ci sono stati anche degli equivoci, a volte generati da incomprensioni. Questo editoriale vuole rispondere alle seguenti critiche che abbiamo ricevuto dalle persone e sulla carta stampata: 1) la pratica basata sulle evidenze non è nuova: è ciò che abbiamo fatto per anni, 2) l'evidence-based nursing porta ad un "libro di ricette" infermieristiche e a trascurare l'assistenza individualizzata al paziente e 3) viene dato troppo risalto ai randomised controlled trial e alle revisioni sistematiche nell'assistenza sanitaria basata sulle evidenze.

Con questo lavoro intendiamo generare il dibattito piuttosto che concluderlo.

### LA PRATICA BASATA SULLE EVIDENZE NON È NUOVA: È CIÒ CHE ABBIAMO FATTO PER ANNI

L'appello che "ogni infermiere deve avere sufficiente cura della propria pratica da voler essere sicuro sia basata sulle migliori informazioni possibili" non è nuovo. È stato scritto più di 15 anni fa. Nello stesso articolo, Hunt notava che la frase "l'infermieristica dovrebbe diventare una professione basata sulla ricerca" era già diventato un cliché! Oltre 20 anni fa, Gortner et al, lamentavano la mancanza di evidenze nella ricerca in molte aree della pratica infermieristica e l'anno dopo, Roper, parlando dell'attività infermieristica, "sono veramente troppi i compiti basati sulla tradizione e che non si collocano all'interno di un quadro di verifica scientifica".

Mentre il riconoscimento dell'importanza della pratica basata sulle evidenze non è nuova, nella maggior parte dei 20 anni trascorsi ci si è concentrati sull'identificazione delle barriere all'attuazione della pratica basata sulle evidenze e sulla individuazione delle strategie per superare tali barriere. Queste barriere includono la mancanza di tempo, l'accesso

limitato alla letteratura, la mancanza di formazione nella ricerca delle informazioni e nell'abilità di approccio critico, un'ideologia professionale che pone l'accento sulla pratica piuttosto che sulle conoscenze intellettuali e un ambiente lavorativo che non incoraggia la ricerca delle informazioni.

Abbiamo imparato che non è sufficiente dare agli studenti infermieri qualche lettura sul processo del fare ricerca e quindi aspettarsi che usino tali conoscenze all'interno della loro carriera, sviluppando la raccolta e l'interpretazione delle evidenze della ricerca e l'implementazione dei risultati. Gli infermieri e gli ostetrici hanno detto per anni ai ricercatori che vogliono erogare un'assistenza basata sulla ricerca, ma che trovano difficile accedervi. In uno studio delle agenzie sanitarie dell'Ontario in Canada, Mitchell e altri trovarono che solo il 35% dei piccoli ospedali (<250 letti) possedevano delle riviste infermieristiche di ricerca nelle loro biblioteche; il 38% delle agenzie sanitarie basavano i cambiamenti della pratica infermieristica sui processi di ricerca; il 15% implementava programmi di utilizzo della ricerca per lo staff infermieristico e il 97% richiedeva assistenza nell'insegnare al proprio staff infermieristico come utilizzare la ricerca.

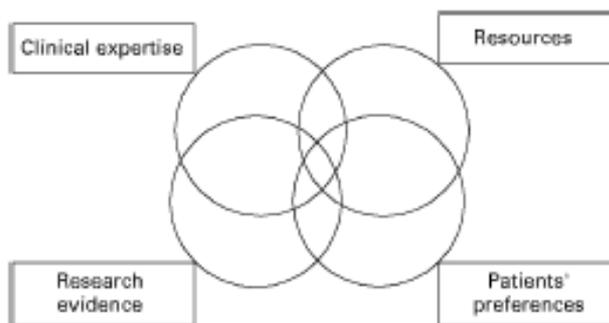
Sebbene abbiamo propugnato l'evidence-based nursing per molti anni, abbiamo lottato per il modo in cui questo potesse succedere. Questa lotta non riguarda solo l'infermieristica, ma è in comune con tutte le professioni sanitarie, compresa quella medica. Raccogliendo la sfida nel rispondere a questo importante problema, l'impegno internazionale per l'assistenza sanitaria basata sull'evidenza ha fatto nascere una serie di iniziative per migliorare l'accesso ai risultati della ricerca come la Cochrane Collaboration, l'Evidence-Based Medicine Working Group, i programmi di insegnamento delle abilità di approccio critico, i centri per la pratica basata sulle evidenze, le conferenze sull'utilizzo della ricerca e le riviste evidence-based.

L'EVIDENCE-BASED NURSING PORTA AD UN

## “LIBRO DI RICETTE” INFERMIERISTICHE E A TRASCURARE L’ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATA AL PAZIENTE

Attuando l’evidence-based nursing un infermiere deve decidere se le evidenze sono rilevanti per quel particolare paziente. La competenza clinica dovrebbe comprendere la valutazione dei rischi e dei benefici dei trattamenti alternativi per ciascun paziente e dovrebbe tenere conto delle circostanze cliniche specifiche del paziente, incluse le condizioni di comorbidità e le sue preferenze. Coloro che giudicano l’evidence-based nursing come un libro di ricette ignorano questa componente importante.

La figura sottostante mostra un semplice modello, utile per le decisioni cliniche, con 4 componenti che potrebbero influenzare la gestione dei problemi del paziente: la competenza clinica, le preferenze del paziente per le diverse forme di assistenza, le evidenze della ricerca clinica e le risorse disponibili. È importante notare che nel processo decisionale la competenza clinica e le preferenze del paziente dominano sulle altre componenti del modello per una data decisione. Per esempio, la competenza clinica deve prevalere se l’infermiere decide che il paziente è troppo fragile per un intervento specifico, che altrimenti sarebbe il “migliore” per la sua patologia, e le preferenze del paziente devono predominare quando egli rifiuta un trattamento che le circostanze cliniche e le evidenze della ricerca indicano come il migliore per la sua patologia. Tutti questi fattori, tuttavia, devono essere considerati alla luce del fatto che le risorse per l’assistenza sanitaria sono limitate. La maggior parte delle decisioni in sanità implicano l’utilizzo di risorse; sono probabilmente più rilevanti quando il beneficio potenziale di un intervento viene sorpassato dai potenziali costi.



Un modello per le decisioni basate sulle evidenze (adattato da Haynes et al.)

Nonostante i singoli infermieri clinici possono non mettere in atto questo ragionamento, bisogna che siano consapevoli di questa importante dimensione. Nella formazione professionale e negli anni successivi, impariamo i meccanismi di base della malattia e la fisiopatologia e acquisiamo le abilità nella diagnosi, pianificazione, intervento e valutazione. Noi rifiniamo queste abilità accumulando competenza clinica attraverso

l’osservazione delle conseguenze e delle correlazioni delle nostre azioni messe in atto su diversi pazienti. Molti elementi della valutazione clinica e della gestione richiedono conoscenze avanzate che vengono fornite dalla formazione infermieristica e dalla competenza derivante dall’esperienza.

Le evidenze provenienti dalla ricerca possono fornire un aiuto per perfezionare le competenze, ma non possono esserne la testimonianza o non possono sorgere dalla miriade di informazioni, quantitative e qualitative, che gli infermieri raccolgono durante gli incontri clinici. La competenza clinica è l’elemento cruciale che separa l’evidence-based nursing dal libro di ricette infermieristiche e l’applicazione pedissequa di ruoli e linee guida.

I pazienti hanno sempre esercitato le loro preferenze sull’assistenza, scegliendo tra i trattamenti alternativi, rifiutando i trattamenti, preparando delle direttive in anticipo (“testamento di vita”) e cercando secondi pareri. I pazienti di oggi hanno un accesso maggiore alle informazioni cliniche rispetto a prima e alcuni sono più informati sulle loro condizioni di coloro che li assistono, in particolare quelli con patologie croniche. Sebbene il ruolo del paziente nelle decisioni cliniche generalmente non è formalizzato ed a volte ignorato dagli operatori sanitari, questo rappresenta una componente importante della maggior parte dei processi decisionali. Chiaramente, il miglior scenario possibile è quello nel quale il paziente sia in grado di entrare appieno nel processo decisionale sulla sua assistenza sanitaria, avendo fatto un’accurata valutazione dell’attuale stato della conoscenza.

Immaginate una persona anziana in ospedale dopo un ictus. L’infermiere che assiste questa persona usa delle abilità comunicative altamente sviluppate, intuito ed esperienza clinica, per imparare a conoscere il paziente e la sua famiglia. L’infermiere comincia a capire come il paziente vive ciò che gli è accaduto e quali potrebbero essere i suoi obiettivi per la riabilitazione. A seconda del modo in cui si stabilisce questo rapporto, è in grado di determinare se il paziente sia depresso, ansioso e/o desideroso di apprendere sulla sua malattia. La relazione che un infermiere costruisce con i suoi pazienti è importante, come dimostrato da Kralik et al in questo numero. Tuttavia queste relazioni sono migliori se l’infermiere è anche in grado di assicurare che la pratica assistenziale e gli interventi che utilizza siano efficaci e sicuri per i pazienti. Conoscere quali esercizi siano efficaci per i pazienti con emiplegia, conoscere come prevenire le lesioni da compressione e come insegnarli a trasferirsi dal letto alla seggiola, contribuirà ad erogare un’assistenza di elevata qualità al paziente.

VIENE DATO TROPPO RISALTO AI RANDOMISED CONTROLLED TRIAL E ALLE REVISIONI SISTEMATICHE NELL’ASSISTENZA SANITARIA BASATA SULLE EVIDENZE

L'assistenza sanitaria basata sulle evidenze si fonda sull'applicazione delle migliori evidenze disponibili per uno specifico quesito clinico. Il randomised controlled trial (RCT) è il disegno più appropriato per la valutazione dell'efficacia di un intervento infermieristico, per esempio l'efficacia degli inalatori di nicotina per aiutare i pazienti a smettere di fumare (vedi Hjalmarson et al. in questo numero p. 45), o l'efficacia degli ausili per diminuire la pressione differenziata per la prevenzione delle lesioni da compressione (Vyhlidal et al in questo numero p. 51). La ragione per cui l'RCT è il disegno più appropriato dipende dal fatto che mediante l'assegnazione randomizzata dei pazienti al gruppo di controllo, si distribuiscono uniformemente tra i gruppi gli elementi di confusione, sconosciuti e conosciuti, assicurando che qualsiasi differenza negli outcome sia dovuta all'intervento.

In un numero del *British Journal of Nursing* del 1997, White affermava che "forse l'affermazione più chiaramente sbagliata è che esaminare la ricerca usando gli RCT sia il miglior modo di valutare l'efficacia degli interventi e sia una base migliore per le prese di decisioni cliniche rispetto all'esperienza dell'operatore".

Noi siamo fortemente in disaccordo con l'affermazione di White. La storia ha dimostrato numerosi esempi di interventi sanitari che, sulla base dei singoli pazienti, potevano apparire benefici, ma quando venivano valutati usando i trial randomizzati si è dimostrato avessero un valore dubbio o addirittura fossero dannosi. Tra gli esempi si ritrovano l'uso di camici di protezione da parte delle infermiere quando assistevano i neonati normali nella nursery e la rasatura prima di un intervento chirurgico. Pochi di noi avrebbero voluto iniziare un regime farmacologico di cui non fosse stata dimostrata la sicurezza e l'efficacia in un RCT.

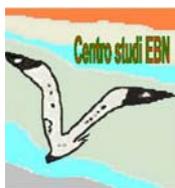
Più recentemente si è parlato molto delle revisioni sistematiche della letteratura di ricerca. In una revisione, gli studi di ricerca eleggibili sono esaminati per quanto riguarda il modo in cui la popolazione sia stata campionata ed esaminata. Le caratteristiche degli studi individuali ed i risultati sono quindi riassunti, quantificati, codificati ed assemblati in un database che, se appropriato, viene analizzato sistematicamente allo stesso modo di altri dati quantitativi. La combinazione statistica dei risultati di più di uno studio, o meta-analisi, aumenta effettivamente le dimensioni del campione e si riflette in una stima più precisa degli effetti del trattamento di quanto può essere ottenuta da ciascuno dei singoli studi usati nelle meta-analisi. In questo numero di *Evidence-Based Nursing* vi sono tre revisioni che si occupano dell'efficacia della tecnologia della medicina a distanza (Balas et al, p 58), del trattamento di compressione per le ulcere venose delle gambe (Fletcher et al, p 50) e degli interventi psicosociali nei bambini con malattie croniche (Barman et al, p 43). Mediante le revisioni sistematiche rigorose, le infermiere possono ottenere

un sunto di tutti gli studi, metodologicamente appropriati, relativi ad uno specifico argomento. Nella maggior parte dei casi questo è molto più efficace rispetto ai risultati di ciascun singolo studio. Così come i trial randomizzati e le revisioni sistematiche sono i disegni migliori per valutare gli interventi infermieristici, gli studi qualitativi sono i disegni migliori per comprendere meglio le esperienze, le attitudini e le credenze dei pazienti. I risultati degli studi sugli interventi possono fornire informazioni agli infermieri sugli effetti ottimali di un intervento in un campione di pazienti, ma non esplora e spiega le barriere alla compliance del paziente, né come il trattamento colpisca la vita quotidiana del paziente, il significato della malattia per il paziente o gli aggiustamenti richiesti per collocare il regime terapeutico nel corso della vita. La ricerca qualitativa rigorosa è basata su delle strategie propositive esplicite, sull'analisi approfondita dei dati e sull'impegno ad esaminare le spiegazioni alternative. In questo numero di *Evidence-Based Nursing*, gli studi qualitativi esaminano l'esperienza dei genitori con un bambino in condizioni critiche in una terapia intensiva pediatrica (Mu e Tomlinson p 60); l'esperienza dei pazienti sull'assistenza infermieristica (Kralik et al, p 63); l'esperienza dell'ossigeno terapia a lungo termine (Ring e Danielson, p 64); il ruolo delle donne come fornitrici di assistenza (Wuest, p 62) e i tipi di violenza provati dalle donne maltrattate senza casa. Attraverso *Evidence-Based Nursing* speriamo di trasmettere il concetto che le buone evidenze non riguardano solo RCT e revisioni sistematiche; ogni disegno di ricerca ha i suoi propositi, le sue forze e le sue limitazioni. La chiave è assicurare che sia utilizzato il giusto disegno di ricerca per rispondere al quesito posto.

Lo scopo ultimo dell'infermieristica è di erogare al paziente la migliore assistenza disponibile. Nonostante diverse barriere nell'uso della ricerca, continua ad esserci una forte motivazione tra le infermiere ad apprendere le abilità richieste per praticare l'evidence-based nursing. L'applicazione dei risultati della ricerca alla pratica va di pari passo con la competenza clinica e con le preferenze ed i valori dei pazienti. La tipologia di studio più adatta alla pratica dell'evidence-based varierà a seconda della natura del quesito posto.

Abbiamo tentato di identificare e di rispondere ai comuni fraintendimenti sull'evidence-based nursing. I lettori sono incoraggiati a commentare e a farci sapere se ci sono ulteriori impedimenti a questa iniziativa, relativamente nuova in infermieristica.

ALBA DiCENSO, RN, PhD  
*School of Nursing Faculty of Health Sciences,  
McMaster University, Hamilton, Ontario Canada*  
NICKY CULLUM, RN, PhD  
*Centre for Evidence-Based Nursing, Department of  
Health Studies, University of York, UK.*



**Luglio 2004**