



**UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE**  
**Facoltà di Medicina e Chirurgia**

**Corso di Laurea Magistrale in:**  
**Scienze Infermieristiche e Ostetriche**

**Conoscenze, atteggiamenti e barriere  
all'implementazione  
dell'Evidence Based Practice:  
indagine descrittiva  
nei dipartimenti di Emergenza Accettazione  
della Regione Marche**

Relatore: Chiar.ma  
Dott.ssa Sonia Tonucci

Tesi di Laurea di:  
Valter Patarchi

Correlatore: Chiar.ma  
Dott.ssa Serena Frassini

*A.A. 2018/2019*



*Alla mia Famiglia*

*Al Relatore di Tesi Dott.ssa Sonia Tonucci*

*Al Correlatore Dott.ssa Serena Frassini*

*A tutti i docenti del corso di Laurea*

*A chi ha condiviso con me questo percorso Formativo e di Amicizia*

## Indice:

1. Introduzione	pag.1
1.1 Premessa	pag.1
1.2 Background	pag.9
2. Obiettivo	pag.13
3. Materiali e Metodi	pag.13
3.1 Strumento di ricerca	pag.13
3.2 Metodologia	pag.15
3.3 Setting temporale	pag.15
3.4 Popolazione target e tecnica di campionamento	pag.16
3.5 Strumenti e tecniche di analisi dei dati raccolti	pag.16
4. Risultati	pag.17
4.1 Caratteristiche demografiche, formative e anzianità di servizio del campione	pag.18
4.2 Analisi dati EBP e pratica Professionale	pag.19
4.3 Atteggiamento verso l'EBP	pag.20
4.4 Conoscenze relative all'EBP	pag.21
5. Discussione	pag.22
6. Conclusione	pag.23
7. Bibliografia	pag.26
8. Allegati	pag.28
8.1 Questionario somministrato	pag.28
8.2 Lettera presentazione questionario	pag.32

## **Introduzione**

### **1.1 Premessa**

La medicina basata sulle prove di efficacia, o evidence-based medicine (EBM), richiede che le migliori prove derivanti dalla ricerca siano integrate dalla nostra esperienza clinica e dalla nostra valutazione del singolo paziente, con l'unicità del suo sistema di valori e delle circostanze in cui si manifesta la sua malattia.

Con l'espressione le migliori prove derivanti dalla ricerca intendiamo riferirci alle ricerche validate e clinicamente pertinenti, spesso provenienti dalle scienze di base della medicina, ma soprattutto, alle ricerche cliniche condotte sui pazienti che hanno l'obiettivo di verificare l'accuratezza delle prove diagnostiche (tra cui l'esame obiettivo), le potenzialità dei marcatori prognostici e, infine, l'efficacia e la sicurezza delle strategie di terapia, di riabilitazione e di prevenzione. Nuove prove derivanti dalla ricerca clinica possono invalidare pure trattamenti già accettati come validi, come pure trattamenti già accreditati, sostituendoli con altri più accurati, più efficaci e più sicuri.

Con l'espressione esperienza clinica intendiamo riferirci all'abilità di utilizzare le nostre capacità cliniche e le esperienze pregresse per identificare rapidamente i problemi riguardanti la salute dei pazienti, nella loro unicità, la loro diagnosi, gli specifici rischi e benefici in relazione agli interventi possibili, nonché le circostanze personali e le aspettative del paziente.

Con il termine valori del paziente intendiamo quel bagaglio di peculiari preferenze, preoccupazioni, aspettative, che ciascun paziente porta con sé al momento in cui incontra il medico e che è

necessario in debito conto nelle decisioni cliniche, se queste devono davvero giovare il malato.

Con l'espressione circostanze concernenti il paziente intendiamo riferirci alle sue condizioni cliniche individuali e al contesto in cui tali condizioni si manifestano.

L'interesse per l'EBM è cresciuto in maniera esponenziale fin da quando il termine fu coniato, nel 1992, da un gruppo guidato da Gordon Guyatt presso la McMaster University.

La rapida diffusione dell'EBM deriva da quattro elementi fondamentali ed è resa possibile da cinque recenti tendenze innovative, testimoniate da un numero crescente di operatori.

Questi elementi sono:

- a) Le nostre necessità quotidiane di disporre di valide informazioni per la diagnosi, la prognosi, la terapia e la prevenzione (fino a cinque volte per paziente ricoverato e due volte su tre per pazienti ambulatoriali).
- b) L'inadeguatezza della fonti tradizionali nell'offrire tali informazioni in quanto scarsamente aggiornate (libri), spesso errate (parere di esperti), inefficaci (una formazione medica continua troppo didattica) oppure spaventose per la mole di materiale disponibile e troppo eterogenee per quanto concerne la loro validità nelle applicazioni cliniche (riviste mediche).
- c) La disparità tra le nostre capacità diagnostiche e di giudizio clinico da una parte, che si accrescono con l'esperienza e, dall'altra le nostre conoscenze sempre meno aggiornate e la nostra performance clinica che, con il passare del tempo, diminuisce-

d) L'impossibilità di concederci più di pochi secondi a paziente per trovare e assimilare le prove o di ritagliarci più di mezz'ora la settimana per la lettura generale e per lo studio.

Fino ai tempi recenti questi problemi erano insormontabili per ogni medico o infermiere che si dedicasse alla professione a tempo pieno. Ora però, cinque nuove tendenze e novità hanno permesso un mutamento della situazione:

- a) Lo sviluppo di strategie per individuare in modo efficiente le prove per valutarle (quanto alla loro validazione e pertinenza).
- b) La nascita di revisioni sistematiche sugli effetti dell'assistenza sanitaria (un esempio l'attività della *Cochrane Collaboration*).
- c) La creazione di riviste di evidence-based di pubblicazioni secondarie (che pubblicano il 2% degli articoli clinici già validati e di uso immediato), nonché di repertori di sintesi cliniche basate sulle prove, come nel caso di *Clinical Evidence*.
- d) La creazione di sistemi di informazione che consentono di accedere in tempo reale alle informazioni appena immesse in rete.
- e) L'identificazione e l'applicazione di strategie efficaci per l'apprendimento continuo e per migliorare la nostra performance clinica <sup>(1)</sup>.

Nella medicina e in tutti gli insegnamenti delle professioni sanitarie l'approccio dominante all'apprendimento e all'acquisizione delle competenze professionali si è finora basato sulle autorità del settore. L'approccio era ed è in gran parte essenzialmente autoritario, in quanto

il portatore delle conoscenze è colui che detiene l'autorità formale nel settore disciplinare e si basa sul fatto che le osservazioni non sistematiche, derivanti dall'esperienza clinica, sono valide e sufficienti per fornire una base e una formazione alle nostre conoscenze sull'esercizio dell'attività professionale. Un forte contributo a questo punto deriva dalla conoscenza dei meccanismi biologici e fisiologici, che sono

ritenuti sufficienti per guidare la pratica clinica. Le novità dell'attività professionale, che si introducono nel sistema formativo, sono valutate sulla base del buon senso, dell'esperienza clinica e dei meccanismi biologici, tutti e tre intesi come criteri unici e sufficienti ad autorizzarne l'insegnamento e l'impiego. Questa premessa porta alla conclusione che sono gli esperti, in quanto autorità del settore, a definire le raccomandazioni di buona pratica clinica, che riguardano sia aspetti diagnostico- terapeutici, sia assistenziali.

Da questo approccio nascono sostanzialmente tre strumenti:

- Parere degli esperti;
- Libri di testo;
- Consensus conference (conferenza di consenso)

Questo modello di riferimento non è esente da critiche, tanto che Howard Haggard, nella sua *“Storia dell'errore umano”* del 1941 afferma *“l'errore più persistente nel campo della medicina è la tendenza ad accettare le opinioni correnti come verità definitive”* <sup>(2)</sup>.

La presentazione dell'EBM come *“paradigma emergente per la pratica clinica”* ha sortito una serie non trascurabile di commenti e critiche, per questo motivo David Sackett <sup>(3)</sup> ha precisato che *“l'EBM costituisce un approccio alla pratica clinica dove le decisioni cliniche risultano*



dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del paziente". Sackett precisa inoltre che "le evidenze riguardano l'accuratezza dei test diagnostici (inclusi l'anamnesi e l'esame fisico), la potenza dei fattori prognostici, l'efficacia e la sicurezza dei trattamenti preventivi, terapeutici e riabilitativi. I nuovi assunti riconoscono ancora l'importanza dell'esperienza clinica, ma l'osservazione clinica deve essere svolta in modo sistematico, riproducibile e con l'attenzione al dato quantitativo. La metodologia della ricerca assume un ruolo fondamentale e permea tutte le attività. La conoscenza dei meccanismi biologici viene ancora ritenuta importante, ma nei termini di necessità e non di esaustività: non è sufficiente a garantire la realizzazione della migliore attività sanitaria. Numerose sono le figure che hanno contribuito nella storia recente con decisioni "evidence based", mi piace ricordare alcuni esempi che si collocano nella seconda metà del 1800, e riguardarono la mortalità per febbre puerperale ed ebbero come protagonisti **Florence Nightingale** (1820-1910) e **Ignac Semmelweis** (1818 -1865) affrontando la mortalità puerperale, **Ronald Aylmer Fisher** (1890-1962) fu il primo a comprendere l'importanza del campionamento casuale per poter generalizzare i risultati delle ricerche. Grazie anche ai lavori di Fisher, Sir **Austin Bradford Hill** (1897-1991), epidemiologo e statistico britannico, elaborò nel 1952 la definizione degli studi clinici controllati con assegnazione casuale dei trattati e dei controlli (*Randomized Clinical Trials, RCT*). Una delle figure più interessanti e importanti della medicina basata sulle prove di efficacia è senza dubbio **Archibald Lemn Cochrane** (1909-1988). La sua fu una vita piena ed avventurosa e gran parte della sua biografia descrive vicende di guerra, antecedenti l'inizio della sua attività come epidemiologo. Le sue

considerazioni furono riconosciute come fondamentali sia dalla gente comune che dai professionisti della salute. Nel 1979 Cochrane propose di organizzare un sommario critico di queste informazioni che culminò negli anni '80 a una collaborazione internazionale per sviluppare un data base di Oxford per le prove perinatali. Il suo incoraggiamento e l'approvazione delle sue idee da parte di molti portarono all'apertura del primo Cochrane Centre a Oxford nel 1992 e alla fondazione della Cochrane Collaboration nel 1993.

E' quindi chiaro che tutte le professioni sanitarie oggi debbono utilizzare un approccio sostenuto dall'EBP, non da meno quella Infermieristica, L'infermiere possiede oggi proprie peculiarità professionali riconosciute dal proprio Profilo Professionale<sup>(5)</sup> il D.M. 739 del 1994 il quale individua nella professione infermieristica la responsabilità dell'assistenza e all'articolo 4 recita: ***“L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.”*** L'infermiere accompagna la persona durante tutto il percorso assistenziale includendo elementi di natura Educazionale, Preventiva e Riabilitativa oltre che di cura. Stabilisce quella che prende il nome di alleanza terapeutica contribuendo olisticamente a prendersi cura di svariati bisogni del malato non soltanto riconducibili alla patologia ma anche a dimensioni riguardanti la sfera psico-sociale.

Il recente nuovo codice Deontologico dell'Infermiere<sup>(6)</sup> emanato in data 13 Aprile 2019 afferma:

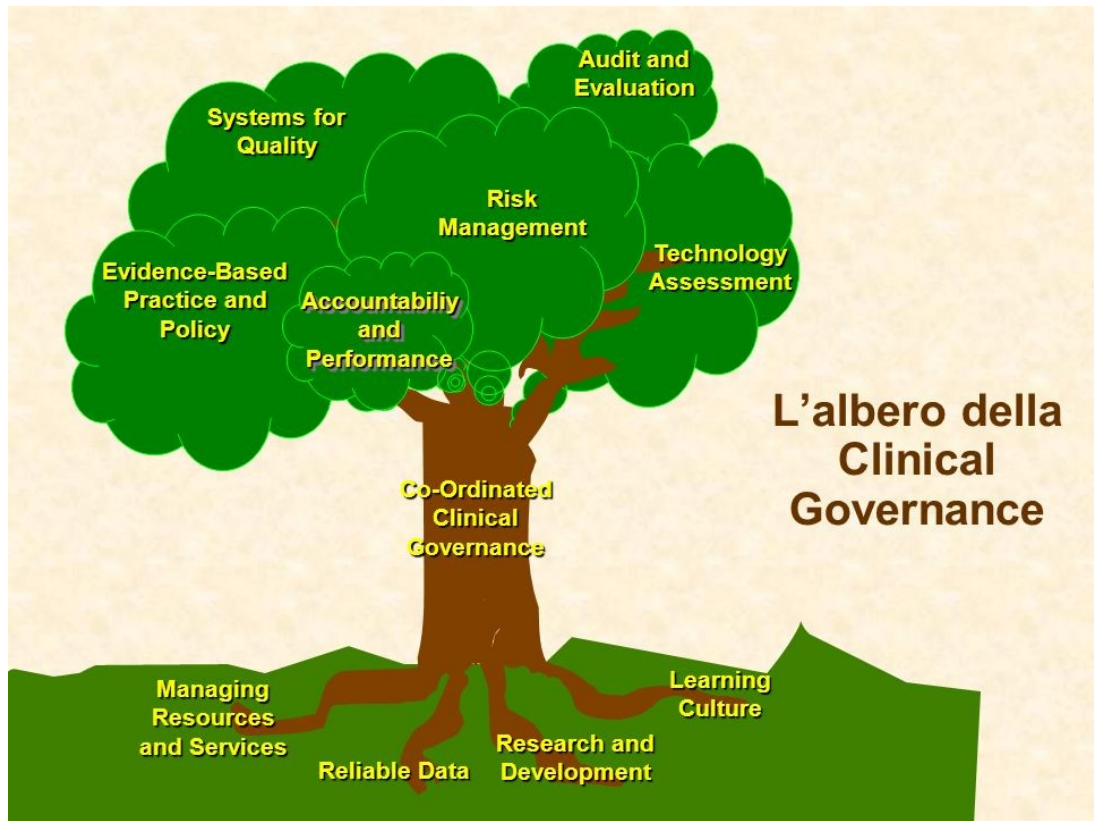
**Art. 9 – Ricerca scientifica e sperimentazione** L'Infermiere riconosce il valore della ricerca scientifica e della sperimentazione. Elabora,

svolge e partecipa a percorsi di ricerca in ambito clinico assistenziale, organizzativo e formativo, rendendone disponibili i risultati.

**Art. 10 – Conoscenza, formazione e aggiornamento** L’Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull’esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina. E’ fondamentale quindi che anche la professione infermieristica utilizzi la metodologia EBP per adottare i migliori interventi appropriati e aggiornati. L’utilizzo delle metodiche di ricerca delle evidenze, utilizzando possibilmente studi primari con elevata valenza scientifica, fanno dell’infermiere un attore principale nel proprio percorso di aggiornamento delle conoscenze e delle competenze.

L’EBP si pone come tassello del processo di Clinical Governance assieme anche ad aspetti legati alla Qualità delle cure, alla Gestione del Rischio Clinico, e alla Responsabilità professionale (figura 1).

La recente normativa Legge 8 marzo 2017 n.24 detta anche legge Gelli <sup>(7)</sup> affronta la sicurezza delle cure alla persona assistita, e la responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. Essi sono tenuti all’aderenza alle linee guida prodotte da società scientifiche e associazioni tecnico scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in un apposito elenco istituito con decreto Ministeriale. Oltre alla responsabilità Civile la legge individua nei casi di inosservanza delle linee guida anche responsabilità Penale.



**Figura 1 (l'albero della Clinical Governance)**

## 1.2 Background

Nei primi mesi del 2018 ho effettuato ricerca di articoli in che trattavano l'adesione alla cultura dell'EBP, consultando la banca dati Pubmed con le parole chiave: "evidence based practice", "evidence based nursing", "updating knowledge" combinate in stringhe di ricerca con gli operatori booleani AND ed OR e limitando la ricerca alle seguenti tipologie di studio: revisioni sistematiche con e senza metanalisi, RCT, studi cross sectional e ricerca qualitativa fenomenologica. La mia ricerca bibliografica ha prodotto N° 27 articoli scientifici. Dopo lettura e valutazione di appropriatezza sulla base del quesito iniziale formulato:

P = Nurse

I = Evidence based nursing

C = /

O = EBP Knowledge

Ne ho selezionati 3. Il lavoro che ha definito meglio questo ambito di analisi delle competenze è quello di Estabrooks <sup>(8)</sup> del 1999. Lo scopo di questo studio era di esplorare la struttura concettuale dell'utilizzo della ricerca. I dati sono stati raccolti da un campione selezionato a caso di 600 infermiere (Canada), dal quale emergeva una generale propensione degli infermieri; spesso, se non sempre, a privilegiare l'interazione e l'esperienza professionale sul campo utilizzando perlopiù testi o riviste. Lo studio di Estabrook è stato poi ripreso in uno studio condotto da Chiari P.<sup>(9)</sup> che ha utilizzato sostanzialmente lo stesso questionario somministrandolo agli infermieri di tre ospedali e USL del nord Italia: Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna, Arcispedale S.Anna di Ferrara, ULSS n. 9 di Treviso.

I risultati dello studio dimostrano che gli infermieri con formazione in metodologia della ricerca e/o EBP utilizzano maggiormente informazioni che derivano da articoli pubblicati in riviste

infermieristiche, mediche e di ricerca infermieristica, mentre chi non ha svolto questo tipo di formazione ricorre maggiormente a “quello che ha funzionato nel mio lavoro negli anni” ed ai “i metodi che ha sempre seguito”. Il terzo studio selezionato in lingua inglese di Dominic Upton <sup>(10)</sup> *Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses* del 2006 fornisce uno strumento di valutazione delle conoscenze dell'evidence best practice per gli infermieri (questionario). Ho effettuato ricerca delle parole chiave sopracitate anche in motori di ricerca tradizionali quali Google producendo ulteriori 2 pubblicazioni. Un terzo studio analizzato in lingua italiana di *Sacchetti D. e Ferri P.* <sup>(11)</sup> dal titolo “L'uso delle risorse on-line per la ricerca delle informazioni cliniche da parte degli infermieri” pur con i limiti dovuti da una bassa adesione allo studio evidenzia una bassa propensione all'utilizzo delle risorse offerte dal Web, sia per la scarsa conoscenza della lingua Inglese che limiterebbe la conoscenza dei servizi offerti dalle Biblioteche mediche.

Il quinto studio in lingua italiana di *Sonia Romani, Cristiana Forni* <sup>(12)</sup> “Conoscenze, atteggiamenti e barriere all'implementazione dell'Evidence Based Practice rivolta agli infermieri nell'azienda USL di Reggio Emilia analizza: la frequenza con cui l'EBP viene applicata al processo di assistenza, l'atteggiamento individuale verso l'EBP, l'autovalutazione delle competenze di ricerca, di interpretazione delle fonti e degli articoli ricercati e la loro applicazione nella pratica clinica.

Il mio progetto ha coinvolto l'Azienda Ospedaliera” Ospedali Riuniti Marche Nord”, mediante l'analisi del contesto Infermieristico del Dipartimento Emergenza Accettazione del presidio Ospedaliero San Salvatore di Pesaro. L'obiettivo era quello di analizzare l'impatto delle

misure organizzative e finanziarie messe in campo dal Dipartimento Professioni Sanitarie, quali

1) la creazione di una rete di referenti EBN aziendali in collaborazione con il centro Studi EBN dell'Ospedale S.Orsola Malpighi di Bologna diretto dal Prof. Paolo Chiari e

2) la fruizione delle risorse bibliografiche con accesso anche da remoto per tutti i dipendenti (UpToDate, ClinicalKey e Cinhal) consultabili liberamente da qualsiasi PC aziendale e senza l'obbligo di creare accounts di registrazione, volte ad implementare la diffusione della cultura della pratica basata sulle evidenze scientifiche. In seguito ho indirizzato la mia indagine su altre realtà Ospedaliere Marchigiane con l'obiettivo di estendere le mie ricerche al personale infermieristico dei dipartimenti di Emergenza Accettazione, utilizzando, come verrà dettagliato successivamente, gli stessi strumenti di raccolta dati.

Dalla letteratura consultata si evince generalmente che gli infermieri benché riconoscano l'importanza dell'utilizzo dell'EBP come presupposto per una pratica clinico-assistenziale ormai imprescindibile da tutto ciò, lamentano spesso carenze formative specifiche:

- Nella conoscenza della lingua inglese;
- Nella formulazione dei quesiti di ricerca;
- Nell'accesso alle banche dati;
- Nel tempo limitato durante l'attività lavorativa ed extra, da dedicare alla ricerca e aggiornamento professionale;
- Nella capacità di leggere le possibili distorsioni (Bias) contenute nelle pubblicazioni e di come influiscono sulla qualità dell'articolo;

- Sulla difficoltà di condivisione all'interno dell'equipe multidisciplinare assistenziale.



## **2. Obiettivo**

Lo scopo è quello di valutare le conoscenze e l'utilizzo da parte degli infermieri assegnati ai Dipartimenti di Emergenza e Accettazione dell'Evidence Based Medicine e come tutto ciò impatta sulla possibilità di modificare la pratica clinico-assistenziale.

## **3. Materiali e Metodi**

### **3.1 Strumento di ricerca**

La ricerca è stata condotta sulla banca dati PubMed con lo scopo di trovare un questionario già validato, utilizzando le seguenti parole chiave: “*attitudes, evidence-based practice, nurses, reliability, validity, knowledge*”. La bassa disponibilità di materiale di libera consultazione ha fatto cadere la scelta sul questionario di Dominic Upton <sup>(10)</sup> del 2006. Il questionario non era disponibile in lingua italiana, è stato necessario tradurlo (*forward translation*). Quindi il questionario in italiano è stato ritradotto in lingua inglese (*back translation*) La versione finale del questionario è stata testata su 10 infermieri per verificare eventuali difficoltà nella compilazione. La traduzione dopo essere stata sottoposta al test su un campione di N°5 di infermieri, mostrava una scarsa comprensibilità nella sezione dedicata all'atteggiamento verso l'EBP. Nello studio di *Sonia Romani, Cristiana Forni* <sup>(12)</sup> “Conoscenze, atteggiamenti e barriere all'implementazione dell'Evidence Based Practice: indagine descrittiva nell'Azienda USL di Reggio Emilia” veniva fornita una diversa riformulazione di questa sezione del questionario chiamata “Atteggiamento verso l'EBP nell'attività quotidiana”. Per rendere più chiara la lettura dei dati, i risultati sono stati raggruppati in tre voci: poco (per i valori 1 e 2), mediamente (per i valori 3, 4 e 5) e tanto (per i valori 6 e 7), questa sezione pur non avendo una

validazione di affidabilità interna dimostrava a differenza della versione Inglese una evidente maggiore comprensibilità.

Per l'indagine sono stati individuati i seguenti presidi Ospedalieri:

- Azienda Ospedaliera “Ospedali Riuniti Marche Nord”
- Ospedale “C e G. Mazzoni” di Ascoli Piceno
- Ospedale “Augusto Murri” di Fermo
- Ospedale Generale Provinciale di Macerata
- Ospedale di Civitanova Marche

L'oggetto del progetto è nel dettaglio, la valutazione dei seguenti ambiti:

- Pratica lavorativa e ricerca di evidenze
- Tempo e importanza data all'argomento
- Autovalutazione delle competenze
- Stratificazione anagrafica
- Analisi dei background formativi del campione esaminato

### **3.2 Metodologia**

Studio esplorativo *Cross sectional* condotto mediante somministrazione di questionario ad un “*campione di convenienza*” di infermieri afferenti ai Dipartimenti di Emergenza e Accettazione della Regione Marche. La scelta è ricaduta su tale dipartimento perché contestuale alla mia posizione ed esperienza lavorativa.

### **3.3 Setting temporale**

La prima fase si è svolta dal 26 maggio 2018 mediante la somministrazione di questionari agli infermieri del Dipartimento Emergenza Accettazione dell’Azienda “Ospedali Riuniti Marche Nord”.

La seconda parte mediante Somministrazione di questionari dal 6 maggio 2019 e ritirato entro il 29 maggio 2019 agli infermieri dei medesimi dipartimenti delle realtà ospedaliere di Ascoli, Fermo, Macerata e Civitanova Marche.

### **3.4 Popolazione target e tecnica di campionamento**

Infermieri assunti a tempo indeterminato distribuiti nelle seguenti Dipartimenti di Emergenza e Accettazione dei seguenti Ospedali:

- AORMN Pesaro (2018)
- Ascoli
- Fermo
- Macerata
- Civitanova Marche

I questionari, completamente anonimi, sono stati consegnati ai coordinatori Infermieristici corredati di lettera di presentazione ove venivano esplicitati: gli obiettivi dell'indagine, le fonti bibliografiche, l'informativa a garanzia degli interessati sulla garanzia del totale anonimato.

I coordinatori delle singole unità operative si sono fatti carico della distribuzione al personale infermieristico di loro afferenza, rappresentativo degli organici infermieristici di base delle unità operative di Rianimazione, Unità Coronariche e Pronto Soccorso degli ospedali presi in esame.

### **3.5 Strumenti e tecniche di analisi dei dati raccolti**

Contestualmente alla distribuzione dei questionari si è provveduto alla configurazione di foglio di calcolo "EXCEL" per la rilevazione delle frequenze numeriche e percentuali per ciascun item di rilevazione. Successivamente si sono elaborati grafici riepilogativi e sintetici per gli aspetti più significativi.

#### **4. Risultati**

Ho distribuito 253 questionari così distribuiti:

- AORMN Pesaro 80 questionari (2018)
- Ascoli 50 questionari
- Fermo 45 questionari
- Macerata 60 questionari
- Civitanova Marche 18 questionari

Dopo aver ritirato 158 questionari su 253 somministrati (tasso di adesione del 62.7%), si è provveduto negli ultimi giorni di Maggio 2019 a compilare il foglio di calcolo precedentemente approntato a misurare individualmente le quattro sezioni del questionario, ovvero:

- Caratteristiche demografiche, formative e anzianità di servizio
- EBP e pratica professionale
- Atteggiamento verso l'Evidence Best Practice
- Autovalutazione delle conoscenze riguardo l'EBP

I risultati raccolti ed elaborati sono stati messi a confronto con lo studio di *Sonia Romani, Cristiana Forni* <sup>(12)</sup> preso come riferimento. Ho creato tabelle riepilogative tra questo studio e il mio lavoro di ricerca.

#### 4.1 Caratteristiche demografiche, formative e anzianità di servizio

	<b>Studio Romani S. – Forni C.</b>	<b>Studio Regione Marche</b>
	<b>Numero/Frequenza. % tot.459 (85.7%)</b>	<b>Numero/Frequenza % tot. 158 (62.7%)</b>
<b><i>Sesso</i></b>		
<i>Maschi</i>	59 (12.8%)	44 (27.8%)
<i>Femmine</i>	400 (87.1%)	114 (72.2%)
<b><i>Formazione</i></b>		
<i>Scuola Regionale</i>	332 (72.3%)	34 (21.5%)
<i>Diploma di Laurea</i>	58 (12.6%)	81 (51.3%)
<i>Laurea Triennale</i>	68 (14.8%)	18 (11.4%)
<i>Laurea Specialistica</i>	1 (0.2%)	25 (15.8%)
<b><i>Età</i></b>		
<i>20-29</i>	44 (9.5%)	29 (18.4%)
<i>30-39</i>	187 (4.7%)	71 (44.9%)
<i>40-49</i>	170 (37%)	26 (16.5%)
<i>50-59</i>	158 (12.6%)	31 (19.6%)

## 4.2 Analisi dati EBP e pratica Professionale

**Tabella 2 – Approccio EBP nella pratica professionale**

	Studio Romani S. – Forni C.		Studio Regione Marche	
<i>Domanda: durante la vostra pratica quotidiana, quante volte nel corso dell'ultimo anno vi siete comportati come nelle situazioni riportate di seguito, per colmare un dubbio o una lacuna nelle vostre conoscenze.</i>				
<i>Risposta</i>	<b>Numero (tot. 459)</b>	<b>Frequenza (%) 85.7</b>	<b>Numero (tot. 158)</b>	<b>Frequenza (%) 62.7</b>
<i>1.1 Ho formulato una domanda a cui era possibile rispondere con chiarezza, per poi cercare la risposta</i>				
<i>Mai</i>	17	3.7%	1	0,6%
<i>Alcune volte</i>	231	50.3%	22	13,9%
<i>Spesso</i>	187	40.75	66	41,8%
<i>Sempre</i>	24	5.2%	69	43,7%
<i>1.2 Ho cercato le evidenze disponibili rispetto alla domanda</i>				
<i>Mai</i>	25	5.4%	4	2,5%
<i>Alcune volte</i>	223	48.5%	42	26,6%
<i>Spesso</i>	178	38.7%	68	43,0%
<i>Sempre</i>	33	7.1%	44	27,8%
<i>1.3 Ho valutato in modo critico il materiale che ho trovato</i>				
<i>Mai</i>	28	6.1%	3	1,9%
<i>Alcune volte</i>	198	43.1%	28	17,7%
<i>Spesso</i>	181	39.4%	94	59,5%
<i>Sempre</i>	52	11.3%	33	20,9%
<i>1.4 Ho integrato quanto trovato in letteratura con la mia esperienza e le mie conoscenze</i>				
<i>Mai</i>	19	4.1%	4	2,5%
<i>Alcune volte</i>	182	39.6%	14	8,9%
<i>Spesso</i>	206	44.8%	72	45,6%
<i>Sempre</i>	52	11.3%	68	43,0%
<i>1.5 Ho valutato i risultati di quanto ho poi messo in pratica</i>				
<i>Mai</i>	19	4.1%	2	1,3%
<i>Alcune volte</i>	143	31.5%	9	5,7%
<i>Spesso</i>	210	45.7%	87	55,1%
<i>Sempre</i>	87	18.9%	60	38,0%
<i>1.6 Ho condiviso le informazioni raccolte con i colleghi</i>				
<i>Mai</i>	14	3%	2	1,3%
<i>Alcune volte</i>	108	23.5%	9	5,7%

<i>Spesso</i>	221	48.1%	71	44,9%
<i>Sempre</i>	116	25.2%	76	48,1%

### 4.3 Atteggiamento verso l'EBP

**Tabella 3 – ATTEGGIAMENTO VERSO L'EBP**

	Studio Romani S. – Forni C.		Studio Regione Marche	
<b>Domanda: dove vi collochereste, sulla scala, per ognuna della seguenti affermazioni?</b>				
<b>Risposta</b>	<b>Numero (tot. 459)</b>	<b>Frequenza (%) 85.7</b>	<b>Numero (tot. 158)</b>	<b>Frequenza (%) 62.7</b>

#### *2.1 Il carico di lavoro mi permette di tenermi aggiornato*

<b>Poco</b>	49	10.6%	60	38%
<b>Mediamente</b>	313	68.1%	81	51%
<b>Tanto</b>	97	21%	17	11%

#### *2.2 Mi fa piacere rispondere a domande relative alla mia modalità di lavoro*

<b>Poco</b>	7	1.4%	5	3%
<b>Mediamente</b>	187	40.7%	75	47%
<b>Tanto</b>	265	57.7%	78	49%

#### *2.3 Quanto ritengo importante l'EBP*

<b>Poco</b>	27	3.6%	3	2%
<b>Mediamente</b>	223	48.5%	71	45%
<b>Tanto</b>	219	47.7%	84	53%

#### *2.4 Quanto la mia pratica clinica è influenzata dalle evidenze scientifiche*

<b>Poco</b>	6	1.2%	0	0%
<b>Mediamente</b>	191	41.1%	124	78%
<b>Tanto</b>	262	57%	34	22%



## 4.4 Conoscenze relative all'EBP

Tabella 3 – ATTEGGIAMENTO VERSO L'EBP NELL'ATTIVITA' QUODIDIANA

Domande	Studio Romani S. – Forni C.						Studio Regione Marche					
	Scarso (n°)	Scarso (%)	Discreto (n°)	Discreto (%)	Ottimo (n°)	Ottimo (%)	Scarso (n°)	Scarso (%)	Discreto (n°)	Discreto (%)	Ottimo (n°)	Ottimo (%)
3.1 Conoscenze strumenti informatici	76	16.5%	280	60.9%	103	22.4%	76	16.5%	280	60.9%	103	22.4%
3.2 Capacità di ricerca	48	10.4%	332	72.1%	79	17.1%	48	10.4%	332	72.1%	79	17.1%
3.3 Conoscenza dei principali tipi e fonti di informazione	31	6.6%	332	70.2%	105	22.8%	31	6.6%	322	70.2%	105	22.8%
3.4 Capacità di analizzare criticamente le prove di efficacia trovate	30	6.4%	338	73.5%	91	19.8%	30	6.4%	338	73.5%	91	9.8%
3.5 Capacità di trasformare i bisogni di informazione in quesiti	30	6.4%	297	64.5%	132	28.6%	30	6.4%	297	64.5%	182	28.6%
3.6 Capacità di trovare prove di efficacia	26	5.5%	341	74.1%	92	20%	26	5.5%	341	74.1%	92	20%
3.7 Capacità di determinare se il materiale reperito risponde al quesito	25	5.3%	303	65.8%	131	28.4%	25	5.3%	303	65.8%	151	28.4%
3.8 Capacità di autovalutazione	23	4.9%	282	61.3%	154	33.5%	25	4.9%	282	61.3%	254	33.5%
3.9 Divulgazione ai colleghi di nuovi concetti sull'assistenza sanitaria	16	3.4%	213	46.3%	230	50%	16	3.4%	213	46.3%	230	50%
3.10 Condivisione delle idee e delle informazioni con i colleghi	14	3%	189	41.1%	256	55.7%	14	3%	189	41.1%	256	55.7%
3.11 Capacità di determinare l'utilità del materiale nella pratica professionale	13	2.7%	294	64%	152	33.1%	13	2.7%	294	64%	152	33.1%
3.12 Capacità di applicare le informazioni ai singoli casi	11	2.3%	275	59.8%	173	37.6%	11	2.3%	275	59.8%	173	37.6%
3.13 Capacità di individuare il gap nella pratica professionale	9	1.9%	300	65.2%	150	32.6%	9	1.9%	300	65.2%	150	32.4%
3.14 Capacità di aggiornare il proprio lavoro sulla base delle evidenze reperite	7	1.4%	226	49.1%	226	49.1	7	1.4%	226	49.1%	226	49.1%

## 5. Discussione

Dall'analisi dei risultati ottenuti emerge quanto segue:

- La numerosità campionaria applicata solo ad un Dipartimento è chiaramente bassa considerando che la ricerca è rivolta a 5 presidi ospedalieri.
- Il Dipartimento preso in analisi ha una formazione prevalentemente universitaria con una formazione post-laurea limitata, e distribuita per effetto della normativa sulla equiparazione ed equipollenza dei titoli conseguiti (Master 1° livello) anche sui professionisti con Diploma Regionale.
- L'età media è medio-bassa con esperienza lavorativa prevalente sotto 15 anni di esperienza per il 58%
- La parte del questionario che si occupa della pratica clinica e EBP denota un'applicazione intensa come formulazione di quesiti di ricerca, come ricerca di evidenze ed analisi critica delle evidenze trovate, di applicazione pratica di quanto trovato e di valutazione dei benefici.
- Mentre nella parte che analizza l'atteggiamento verso l'EBP si osserva una preponderanza della difficoltà all'aggiornamento professionale nella quotidianità lavorativa per mancanza di tempo. La maggior parte dei rispondenti afferma di ritenere importante l'argomento trattato anche se ritiene l'EBP poco capaci di influenzare la pratica professionale.
- Per quanto concerne la parte dedicata all'autovalutazione delle competenze, c'è una prevalenza su tutti gli item di una discreta considerazione delle proprie capacità di ricerca, analisi dei fabbisogni, di riconoscimento delle lacune nella pratica infermieristica e della possibilità di rivedere e condividere con l'equipe assistenziale.

## 6. Conclusioni

Alla luce di quanto analizzato, sono doverose alcune considerazioni; sarebbe auspicabile analizzare se queste informazioni ottenute, sono confermate anche dall'estensione di questo questionario anche ad altri Dipartimenti Ospedalieri. Si potrebbe estendere la ricerca anche alcune unità operative del dipartimento Chirurgico, Medico, Onco-Ematologico e Materno Infantile, ciò produrrebbe una numerosità campionaria più significativa che descriva meglio le realtà Ospedaliere marchigiane.

Gli sforzi sia come formazione sia come strumenti resi disponibili sono importanti, è importante che l'Evidence Best Practice si colleghi quanto più con la quotidianità lavorativa, ovvero è importante che il Professionista Infermiere comprenda che, quanto apprende aggiornandosi sia fattivamente applicabile nella propria realtà, altrimenti la motivazione al cambiamento viene a perdersi. Non solo durante eventi formativi, ma anche durante il processo di “decision making” nell'interesse di offrire alla persona assistita i migliori interventi assistenziali disponibili.

L'infermiere lavora in equipe, troviamo perciò difficile che possa agire autonomamente non tanto nella ricerca, ma nell'applicazione delle evidenze.

La condivisione multidisciplinare di equipe diventa elemento importante per la modifica della pratica clinica che deve essere condotta da tutti. Molti interventi debbono essere resi espliciti, dalla formulazione di Istruzioni Operative e/o Protocolli frutto di ricerca di evidenze periodicamente aggiornate.

La conoscenza e la lettura critica dei lavori trovati non sono “Skills” di facile apprendimento, per questo si auspica il supporto (ai professionisti che lo ritenessero necessario) nella fase iniziale dai “Referenti Aziendali EBP” e dai responsabili della ricerca del Dipartimento IOTR. La conoscenza delle banche dati, di come ottenere le informazioni e come valutarle criticamente richiede esercizio continuo e guidato per non incorrere in errori.

Successivamente alla raccolta dati effettuata, ho effettuato alcuni colloqui con alcuni Infermieri casualmente selezionati per comprendere meglio cosa conoscono dell'argomento e che strumenti utilizzano per la ricerca qualora si manifestino lacune conoscitive nella pratica assistenziale. Emerge da questi colloqui quella che

si può definire una presunzione di conoscenza, si utilizzano ancora ahimè i libri come ricerca primaria di informazioni e pochi conoscono la piramide delle evidenze e la classificazione analitica delle evidenze.

Molti di questi utilizzano il web in modo generico senza approfondire le fonti che sostengono le “*verità trovate*” si affidano perciò a qualsiasi motore di ricerca trovando molte volte risposte provenienti dalle più svariate fonti (Blog, Forum, Pareri di “Esperti) senza alcuna validazione dei contenuti e senza ancor peggio citare la fonte a supporto.

Altri si comportano sicuramente meglio, utilizzano siti di associazioni infermieristiche di categoria e società scientifiche di peso Nazionale ed Internazionale che forniscono sia raccomandazioni che linee guida per argomenti specifici e comunque molto diffusi. La scarsa conoscenza della lingua inglese nei professionisti con anzianità di servizio medio-alta è sicuramente limitante, ma anche la difficoltà di utilizzare le tecnologie hardware-software disponibili non favorisce la ricerca. Questi infermieri però se da un lato possono porre ostacoli per la bassa conoscenza e propensione all’EBP, dispongono di un Back-ground di “Expertise” lavorativa che potrebbe aiutare l’inserimento delle novità da introdurre. La collaborazione nei gruppi di lavoro mettendo insieme tutte le risorse può senza dubbio aiutare la crescita collaborativa dei medesimi.

Nel prosieguo del tirocinio si potrebbero creare dei “Focus Group” in alcune Unità Operative con lo scopo di aumentare le conoscenze sulle reali conoscenze e competenze in materia. Per potere apportare un cambiamento organizzativo è fondamentale la conoscenza del contesto nel quale dobbiamo muoverci, prima di sostenere la modifica dei comportamenti.

La rete è però strumento potente, bisogna saperla utilizzare. Le possibilità che ci vengono in aiuto come dice Clay Shirky <sup>(12)</sup> in “Uno per uno, tutti per tutti” sono infinite, l’avvento dei Web 2.0 con la diffusione dei Social Networks sono strumenti che offrono opportunità enormi, la condivisione e la comunicazione in rete possono offrire molto, ma bisogna utilizzare la parte sana del Web non dimenticando di analizzare con metodo scientifico criticamente le fonti che producono tali informazioni (parliamo infatti dell’impatto sulla salute dei cittadini”).

Non da meno per citare un altro autore Frank Schirrmacher <sup>(13)</sup> in “La libertà ritrovata” ove con spirito critico si sostiene l’importanza di *“Continuare a pensare autonomamente” nell’era digitale nella quale siamo costantemente catalogati, governati e indotti a nostra insaputa a scelte purtroppo non consapevoli. “accanto agli indubbi vantaggi di questa rivoluzione culturale-collaborazione delle comunità online, democraticità della produzione, condivisione dei contenuti – convive però un lato oscuro: la corsa frenetica per fare propria e immagazzinare questa mole enorme di dati sta modificando il nostro approccio cognitivo. Il rischio è quello di disimparare a pensare, a interpretare criticamente: invece di dominare le informazioni, ne siamo travolti e ne diventiamo schiavi”*.

## 7. Bibliografia

1. Sharon E. Strauss, W. Scott Richardson. Paul Glasziou, R. Brian Haynes. *Evidence-based medicine*, 3ed. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; pag 1-4.
2. Chiari P., Mosci D., Naldi E., *Evidence Based Clinical Practice*. 2. Ed. Milano: Mc Graw Hill; 2011; pag. 4-5.
3. Sackett D.L., Strauss S.E., Richardson S.W. et al., *Medicina Basata sulle evidenze scientifiche*. Torino: Centro Scientifico Editore; 2002.
4. Sherwin B. Nuland., *Il morbo dei dottori – La strana storia di Ignac Semmelweis*. Torino: Codice Edizioni; 2004
5. D.M. 739 del 1994, *Profilo Professionale dell’Infermiere*. Articolo 4.
6. Legge 8 marzo 2017 n.24. *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*.
7. F.N.O.P.I., Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019 Il testo approvato dal Consiglio Nazionale, Articoli 9 e 10.
8. Estabrooks C., Rutukumba W., O’Leary K., Profetto-McGrath J., Milner M., Levers M.J., Scott-Findlay S., *Sources of Practice Knowledge Among Nurses*. *QUALITATIVE HEALTH RESEARCH*, Vol. 15 No. 4, April 2005, 460-76.
9. Chiari P., Giancesini G., Loglisci B., Pizzuto M., Mosci D., *Come gli infermieri aggiornano le proprie conoscenze: indagine in tre ospedali del nord Italia*. *Air Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 29 (3). pp. 124-131. 2010.
10. Upton D., Upton P., *Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses*. *Journal of Advanced Nursing* 54(4), 454–58.
11. Sacchetti D., Ferri P., *L’uso delle risorse on-line per la ricerca delle informazione cliniche da parte degli infermieri*. *Evidence* 2012;4.
12. Romani S., Forni C., *Conoscenze, atteggiamenti e barriere all’implementazione dell’Evidence Based Practice: indagine descrittiva nell’Azienda USL di Reggio Emilia*. *L’Infermiere*, 2010;47;4:23-28.

13. Shirky C., *Uno per uno, tutti per tutti – Il potere di organizzare senza organizzare*. Torino: Codice Edizioni; 2009.
14. Schirrmacher F., *La libertà ritrovata*. Torino: Codice Edizioni; 2010.

## 8. Allegati

### 8.1 Questionario somministrato

#### Evidence Based Practice Questionnaire (EBPQ).

Questo questionario è stato progettato per raccogliere informazioni e opinioni sull'uso della pratica basata sull'evidenza tra professionisti della salute.

Non ci sono risposte giuste o sbagliate perché siamo interessati alle tue opinioni e al tuo uso personale delle prove basate sulle evidenze scientifiche nella tua pratica lavorativa.

**1. Considerando la tua pratica lavorativa in relazione all'assistenza di un singolo paziente nell'ultimo anno, quanto spesso hai fatto quanto segue in risposta a una lacuna nelle tue conoscenze (contrassegnare con  $\surd$  or X):**

**1.1** Hai formulato una domanda iniziale comprensibile come inizio di un processo di ricerca per colmare una lacuna:

**Mai**                                **Frequentemente**

**1.2** Hai rintracciato le evidenze scientifiche rilevanti dopo aver formulato il quesito di ricerca:

**Mai**                                **Frequentemente**

**1.3** Hai valutato criticamente secondo criteri stabiliti, qualsiasi letteratura/evidenza che hai scoperto:

**Mai**                                **Frequentemente**

**1.4** Hai integrato le evidenze/prove trovate con la tua esperienza professionale:

**Mai**                                **Frequentemente**

**1.5** Hai valutato i risultati nella tua pratica assistenziale:


**Mai**                                **Frequentemente**

**1.6** Hai condiviso queste informazioni con i colleghi:

**Mai**                                **Frequentemente**



**2. Dove vi collochereste sulla scala per ognuna delle seguenti affermazioni?**

**1 = Poco**            **7 = Tanto**

**2.1** Il carico di lavoro mi permette di tenermi aggiornato?      1      2      3      4      5      6      7  
                                   

**2.2** Mi fa piacere rispondere a domande relative alla mia modalità di lavoro      1      2      3      4      5      6      7  
                                   

**2.3** Quanto ritengo importante l'EBP?      1      2      3      4      5      6      7  
                                   

**2.4** Quanto la mia pratica è influenzata dalle evidenze scientifiche?      1      2      3      4      5      6      7

**3. Su una scala da 1 a 7 (dove 7 è il migliore) come giudichi il tuo:**

<b>Cortesemente cerchi un numero per ogni affermazione</b>							
	<b>Poco</b>						<b>Molto</b>
<b>3.1</b> Capacità di ricerca	1	2	3	4	5	6	7
<b>3.2</b> Competenze	1	2	3	4	5	6	7
<b>3.3</b> Monitoraggio e revisione delle competenze pratiche	1	2	3	4	5	6	7
<b>3.4</b> Conversione delle esigenze in una domanda di ricerca	1	2	3	4	5	6	7
<b>3.5</b> Consapevolezza dei principali tipi di informazioni e fonti	1	2	3	4	5	6	7
<b>3.6</b> Capacità di identificare lacune nella pratica professionale	1	2	3	4	5	6	7
<b>3.7</b> Conoscere come recuperare le evidenze/prove	1	2	3	4	5	6	7
<b>3.8</b> Capacità di riconoscere le prove criticamente rispetto agli standard utilizzati	1	2	3	4	5	6	7
<b>3.9</b> Capacità di riconoscere quanto valido (vicino alla verità) il materiale trovato	1	2	3	4	5	6	7
<b>3.10</b> Capacità di determinare quanto sia utile (clinicamente applicabile) il materiale	1	2	3	4	5	6	7
<b>3.11</b> Capacità di applicare le conoscenze ai singoli casi	1	2	3	4	5	6	7
<b>3.12</b> Condivisione di idee e informazioni con I colleghi	1	2	3	4	5	6	7
<b>3.13</b> Diffusione di nuove idee sull'assistenza ai colleghi	1	2	3	4	5	6	7
<b>3.14</b> Possibilità di rivedere la propria pratica	1	2	3	4	5	6	7

#### 4. Infine, alcune informazioni su di te:

##### 4.1 - SESSO

- 1 FEMMINILE  
 2 MASCHILE

##### 4.2 - FORMAZIONE

- 1 DIPLOMA REGIONALE  
 2 LAUREA INFERMIERISTICA  
 3 LAUREA MAGISTRALE  
 4 MASTER 1° LIVELLO  
 5 MASTER 2° LIVELLO

Anni di esperienza lavorativa	0-5	6-10	11-15	16-20	>20
-------------------------------	-----	------	-------	-------	-----

Anni di esperienza nella tua unità operativa	0-5	6-10	11-15	16-20	>20
--	-----	------	-------	-------	-----

La tua fascia di età:	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69
-----------------------	-------	-------	-------	-------	-------

**Si prega di utilizzare lo spazio sottostante per scrivere commenti e/o suggerimenti.**

*Si prega di restituire il questionario all'Infermiere Coordinatore di Unità Operativa.*

Tutte le informazioni saranno trattate come riservate e non saranno rintracciabili per le persone.

## **Lettera presentazione questionario:**



**UNIVERSITÀ  
POLITECNICA  
DELLE MARCHE**

**Università Politecnica delle Marche**

**Facoltà di Medicina e Chirurgia**

**Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche**

**Presidente: Prof.ssa Emila Prospero**

**Direttore ADP Dott.ssa Gilda Pelusi**

Caro collega, ti chiedo cortesemente di compilare il questionario, utile alla stesura del mio progetto di tirocinio a conclusione del 1° del corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche.

Il questionario è tradotto dall'originale formulato nel 2006 dagli autori:

**Dominic Upton BSc MSc PhD C Psychol FBPsS**

**Head of Psychology Division, University of Worcester, Worcester, UK**

**Penelope Upton MA MPhil**

**Research Associate, Psychology Department, Sheffield University, Sheffield, UK**

**Dal titolo: Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses.**

L'obiettivo del questionario è quello di conoscere le competenze nell'utilizzo di strumenti di ricerca di evidenze tramite siti quali PubMed, linee guida, riviste scientifiche, e come l'evidence best practice nella pratica clinica infermieristica influisca la modificazione delle pratiche clinico-assistenziali attualmente in uso nella tua unità operativa.

Il questionario è formulato in modo da garantire il totale anonimato del compilatore, e i risultati non saranno oggetto di future pubblicazioni.

Grazie

Valter Patarchi