

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche - Assistenziali

EBM ED EBP TRA I DIETISTI: QUESTIONARIO E FOCUS GROUP PER INDAGARE DIFFICOLTÀ E BENEFICI DELL'APPROCCIO BASATO SULLE EVIDENZE

Relatrice: Chia.ma

Dott.ssa Maria Beatrice Bilò

Tesi di Laurea di:

Licia Carnaroli

INDICE

1.	CAPITOLO: INTRODUZIONE	pag. 3	
2.	CAPITOLO: EVIDENCE BASED MEDICINE	pag. 5	
	2.1 Nascita e sviluppo della EBM;	pag. 5	
	2.2 Il pensiero critico e i 5 step dell'EBM;	pag. 9	
	2.3 Ambiti di applicazione.	pag. 13	
3.	CAPITOLO: EVIDENCE BASED PRACTICE	pag. 16	
	3.1 Nascita e sviluppo della EBP;	pag. 16	
	3.2 I 5 step dell'EBP e i suoi ambiti di applicazione.	pag. 18	
4.	CAPITOLO: EBM ed EBP NELLA PRATICA QUOTIDIANA DEI		
	PROFESSIONISTI SANITARI	pag. 21	
	4.1 La gerarchia delle evidenze scientifiche;	pag. 21	
	4.2 Vantaggi e svantaggi dell'utilizzo dei modelli EBM ed EBP.	pag. 26	
5.	CAPITOLO: UTILIZZO DEL METODO EBM ED EBP NELLA PRATICA		
	CLINICA DEI DIETISTI	pag. 28	
	5.1 Inquadramento della figura del Dietista nell'ambito sanitario;	pag. 28	
	5.2 Lo stato dell'arte: è difficile per i dietisti reperire e traslare le evidenze da utili	zzare	
	nella pratica clinica?	pag. 30	
	5.3 Il modello NCP e l'Evidence Based Practice.	pag. 33	
6.	CAPITOLO: INTERVENTO SPERIMENTALE: QUESTIONARIO e FOCU	J S	
	GROUP	pag. 36	
	6.1 Scopo dell'indagine;	pag. 36	
	6.2 Reclutamento dei soggetti;	pag. 37	
	6.3 Materiali e metodi;	pag. 38	
	6.4 Analisi dei dati e risultati: questionario	pag. 41	
	6.5 Analisi dei risultati: focus group	pag. 44	
7.	CAPITOLO: CONCLUSIONI	pag. 48	
8.	CAPITOLO: BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA	pag. 50	
9.	CAPITOLO: ALLEGATI	pag. 55	

RINGRAZIAMENTI

CAPITOLO 1

INTRODUZIONE

Questo elaborato è il riassunto di un percorso di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche-Assistenziale (classe L/SNT-3b). Durante i due anni previsti per questo corso di Laurea di II livello, oltre ad acquisire conoscenze e competenze ulteriori nell'ambito della dietetica, uno degli obiettivi è stato imparare a conoscere e a collaborare con le altre figure professionali appartenenti alla medesima classe (Igienista Dentale, Tecnico Ortopedico, Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e perfusione Cardiovascolare e Tecnico Audioprotesista). Inoltre il tirocinio previsto nei due anni ha avuto come finalità principale lo sviluppo di competenze in ambito organizzativo e gestionale, per poter gestire risorse non solo strumentali ma anche umane. Sono state inoltre acquisite conoscenze per poter strutturare e tenere delle lezioni di stampo universitario-congressuale non solo in presenza ma anche a distanza in quanto parte del percorso è stato svolto da remoto a seguito delle restrizioni per la pandemia da SARS-CoV2.

In questi due anni ho avuto modo di approfondire in maniera particolare il concetto della Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) e della Pratica Basata sulle Evidenze (EBP) come colonne portati di tutti i processi Tecnici e Assistenziali non solo delle figure professionali appartenenti alla classe di riferimento, ma in maniera più estesa a tutti i professionisti che fanno parte dell'area sanitaria. Al giorno d'oggi con centinaia di pubblicazioni al mese su riviste cartacee e non, non è sempre facile constatare l'attendibilità delle fonti. Inoltre la comunicazione professionista-paziente è spesso condizionata da questa mole di notizie tanto che, nel processo assistenziale, non è sempre facile far emergere i concetti fondamentali utili per il processo di cura e per il paziente, che siano al tempo stesso informazioni attendibili che seguono l'EBM e L'EBP e che siano accettate e comprese anche dal paziente stesso. Ma se tra professionisti e pazienti la comunicazione Evidence Based non è sempre agevole, quanto è difficile per i professionisti stessi recuperare, elaborare e poi applicare nella gestione degli utenti tali informazioni? Il quesito da cui si è partiti per la realizzazione di tale elaborato è proprio questo: valutare se e in che maniera i professionisti sanitari, in particolar modo i Dietisti, ricercano letteratura scientifica per poi applicarla nella pratica clinica quotidiana.

Per fare ciò, si è partiti dalla letteratura esistente in materia per quanto riguarda la capacità e la possibilità da parte dei dietisti di ricercare la letteratura e di applicarla nella pratica clinica. Si è pertanto deciso di somministrare un questionario estratto e rielaborato da uno degli articoli selezionati ad un gruppo di dietisti e di valutare poi, tramite un focus group, le opinioni di un piccolo gruppo di dietisti rispetto ad alcune domande riguardanti l'applicazione dell'EBM e dell'EBP nella quotidianità professionale.

CAPITOLO 2

EVIDENCE BASED MEDICINE

2.1 Nascita e sviluppo dell'EBM

La Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) è definita come il "coscienzioso, esplicito e giudizioso utilizzo delle migliori evidenze correnti prendere decisioni sulla salute dei singoli pazienti. La pratica Evidence Based comporta l'integrazione dell'esperienza clinica individuale con la migliore evidenza esterna disponibile dalle ricerche sistematiche." (1).

La definizione sopra riportata è ripresa da un articolo del 1996 che aveva lo scopo di delineare in maniera univoca ciò che era e ciò che non era la Medicina Basata sulle Evidenze. All'inizio degli anni '90, un editoriale pubblicato su APC Journal (2) dal dottor Gordon Guyatt parlò per la prima volta di questo nuovo approccio alla medicina che includeva non solo le conoscenze e l'esperienza del clinico ma anche la loro unione alla capacità di rintracciare la migliore letteratura scientifica disponibile per poi adattarla e applicarla al singolo paziente. L'anno seguente venne pubblicato un articolo su JAMA (3) che parlava della nascita di un nuovo paradigma della medicina, di un nuovo metodo di insegnare la pratica clinica: il metodo basato sulle evidenze. L'Evidence-Based Medicine Working Group ha sottolineato come il nuovo paradigma sposti il focus dalla medicina che si fonda sull'intuizione e sull'aspetto pato-fisiologico a quello che si concentra sulla sistematica ricerca della letteratura (3).

Anche se da questi primi articoli si iniziò ad intuire che cosa dovesse comprendere un approccio basato sulle evidenze, la definizione è arrivata nel 1996 in un articolo di poco più di due pagine pubblicato su una delle riviste mediche più importanti, il *British Medical Journal*. L'articolo ha chiarito in maniera definitiva che cosa si intende per Medicina Basata sulle Evidenze ponendo quindi le basi di un metodo che poi ha trovato spazio in tutti gli ambiti della medicina e della Sanità diventando di fondamentale importanza. Dalla definizione sopra riportata si evince chiaramente che per essere definito tale, l'approccio Evidence Based ha bisogno sia di esperienza clinica individuale che di evidenze esterne e più avanti nell'articolo viene esplicitato come nessuna delle due presa da sola può soddisfare appieno tutti gli aspetti dell'assistenza al paziente. Per esperienza clinica individuale si intendono le competenze e conoscenze che gli individui acquisiscono durante la pratica

clinica. L'incremento di questi aspetti si riflette in una più efficace ed efficiente diagnosi, in un approccio più premuroso e compassionevole nelle situazioni difficili che sia rispettoso dei diritti e delle preferenze del paziente. Per migliori evidenze esterne si intende non solo la conoscenza tratta dalla medicina di base ma anche da tutti gli studi clinici incentrati sul paziente, su diagnosi più accurate e precise, sulla potenza dei marker prognostici e sulla sicurezza delle misure terapeutiche e riabilitative. (1)

Senza l'esperienza clinica infatti, la pratica quotidiana sarebbe in balia delle evidenze esterne che potrebbero non essere adatte per quella tipologia di paziente e allo stesso modo, la mancanza delle migliori evidenze aggiornate porterebbe la pratica clinica alla obsolescenza in tempi rapidi e inevitabilmente anche a danni per il paziente. In tal senso Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes e Richardson hanno delineano in maniera limpida un approccio che oggi sicuramente è noto a tutti come *patient centred* e che affonda le sue radici nella fusione tra esperienza clinica ed evidenze quanto più possibile aggiornate. Questo tipo di approccio può essere riassunto nell'immagine seguente:

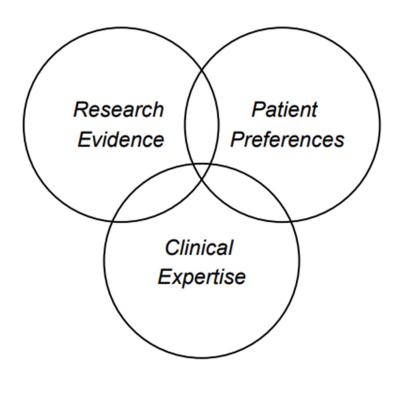


Fig. 1

Gli autori, che in uno degli articoli sopra citati hanno fatto risalire la nascita dell'EBM addirittura alla metà del 19esimo secolo a Parigi (3), hanno riconosciuto che il padre di

questa metodica è sicuramente David Sackett il quale già con i suoi studenti, di fronte ad un problema clinico che sorgeva durante l'analisi di un caso, aveva l'abitudine di far compilare una scheda chiamata Ricetta Formativa (Educational Prescription) (Allegato 1). L'aspetto educativo dell'approccio è proprio uno dei punti cardine infatti, molti autori del tempo insistevano già sull'idea che l'approccio EBM fosse una metodica da applicare non solo nella pratica clinica quotidiana ma anche come insegnamento da inserire nei programmi dei futuri professionisti sanitari (1,3,4,5). Tale aspetto veniva sottolineato anche in diversi articoli risalenti tutti alla metà degli anni 90 e in particolare in uno del 1995 (6) dove si specificava che l'approccio EBM può essere insegnato e praticato dai clinici di tutti i livelli e può fungere da ponte tra la buona ricerca clinica e la pratica, promuovendo un tipo di insegnamento definito self directed anche tramite l'utilizzo del lavoro in team così da preparare più velocemente ed efficacemente i medici del domani. È chiaro dunque che l'EBM da quando ha iniziato a prendere piede nella medicina moderna ha completamente sostituito il vecchio paradigma che si basava invece sull'opinione (opinion based) e che quindi aveva come unica colonna portare il sapere dell'individuo e/o dei colleghi e superiori che avevano già affrontato una particolare condizione medica. Si può facilmente intuire quanto questa metodica di approccio clinico risulti carente e poco rigorosa in un ambito in cui invece essendoci in gioco la salute e la vita dei pazienti, risulta essere cruciale la presenza di dati e fonti certe.

A seguito della definizione certa di ciò che era e ciò che non era l'EBM, nacque ovviamente la necessità di far capire ai professionisti sanitari come applicarla nella loro quotidianità in tutte le fasi di approccio al paziente dalla diagnosi, alla prognosi, al follow up. Per realizzare ciò vennero stilati i **4 punti della Medicina Basata sulle Evidenze**:

- 1. Formulare un chiaro quesito clinico basato sulla problematica del paziente;
- 2. Ricercare in letteratura articoli rilevanti per quel caso;
- 3. Valutare *criticamente* le evidenze trovate in base alla validità e all'utilizzo;
- 4. Implementare i risultati nella pratica clinica.

A questi iniziali quattro punti ne è poi stato aggiunto un quinto che ha come obiettivo quello di valutare da parte del clinico la propria performance per capire se e come modificarla in caso di necessità. I 5 step sono stati riassunti in inglese come le 5 A's: ASK, ACQUIRE, APPRAISE, APPLY, ASSESS.

Questo metodo ha quindi l'obiettivo di garantire un approccio quanto più critico e standardizzato alla mole di evidenze presenti in medicina e di seguito all'applicazione delle stesse per il singolo paziente con possibilità di revisionare le proprie capacità e le conoscenze periodicamente acquisite da parte del clinico.

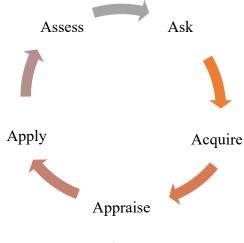


Fig. 2

Questo processo circolare garantisce la possibilità di ritornare a interrogare la letteratura qualora al momento della valutazione sul proprio operato ci si rende conto che risulta necessario un ulteriore approfondimento.

Nel corso degli anni l'EBM ha quindi trovato terreno fertile in tutti gli ambiti della medicina e si è iniziato a parlare di Evidence Based Nursing, Evidence Based Physioteraphyst, Evidence Based Pharmacy, Evidence based Nutrition così come di Evidence Based Practice, EB Research ecc. e via via in maniera più estesa si è arrivati a parlare di *Evidence Based Health Care* come definito dallo studioso Hicks N. nel 1997 (7).

2.2 Il pensiero critico e i 5 step dell'EBM

I fondatori del pensiero Basato sulle Evidenze avevano ben chiaro, come riportato nel capitolo precedente, che alla base di questo nuovo paradigma c'era il pensiero critico. Digitando pensiero critico sul principale motore di ricerca di dati medici PUBMED – Medline, la banca dati restituisce migliaia di studi pubblicati ogni anno con una impennata particolare dagli anni 80-90 in poi con un picco nel 2018 di ben oltre 19 mila studi.

Ciò ci fa intuire l'entità del fenomeno e di come in tutti gli ambiti della medicina il pensiero razionale e quindi critico sia imprescindibile da una buona pratica clinica. Per **pensiero critico** si intende la capacità del professionista sanitario di valutare ogni singolo caso nell'ottica sia generale che particolare, utilizzando vari strumenti e ragionamenti sia induttivi che deduttivi, includendo anche le proprie conoscenze di base (44). La capacità di ragionare in maniera critica dovrebbe innescare in ambito medico anche e soprattutto la ricerca della letteratura e l'analisi della stessa in base alla tipologia, alla fonte e al contesto.

I 5 punti chiave del processo EBM fungono proprio da chiave di volta per la ricerca della letteratura non solo perché spingono il professionista a relazionarsi continuamente con nuovi studi per far in modo che il suo approccio alla pratica clinica non diventi obsoleto, ma anche e soprattutto perché gli insegnano a porre un corretto quesito di ricerca. L'EBM ci viene in soccorso realizzando il cosiddetto modello PICO:

- P: paziente, problema, popolazione
- I: intervento
- C: confronto
- **O**: outcome (esito)

Tramite questo modello è possibile formulare quesiti di ricerca idonei affinché la ricerca in letteratura sia il più agevole e fruttuosa possibile (8). Inoltre per facilitare la formulazione del quesito con il formato PICO e la familiarizzazione con la metodica sul sito Center for Evidence-Based Medicine è presente una pagina che spiega come formularlo e come ricavare le evidenze dalla ricerca effettuata. (9). È però da segnalare che non esistono molti studi che confrontano i vantaggi apportati dal modello PICO nella ricerca della letteratura e che quando presenti, potrebbero includere alcuni bias (10).

Il primo step dell'EBM viene quindi identificato come la formulazione di un chiaro quesito clinico basato sulla problematica del paziente. I quesiti clinico assistenziali appartengono sostanzialmente a due categorie: quesiti di **background** e quesiti di **foreground**. I quesiti di *background* vengono formulati quando l'argomento è conosciuto poco o per nulla dal professionista e si rende quindi necessario prima di tutto un inquadramento di fondo. Tale formulazione si utilizza quindi per acquisire informazioni su una condizione rara o di recente introduzione (8). Mentre invece i quesiti di *foreground* sono formulati dai professionisti che già posseggono conoscenze in merito e desiderano ampliarle; a loro volta si suddividono in:

- 1. Eziologia: quesiti che indagano la causa di un fenomeno clinico;
- 2. Diagnosi: quesiti che valutano ad esempio l'affidabilità dei test diagnostici;
- 3. Trattamento: quesiti che valutano i risultati di un trattamento (preventivo, terapeutico o riabilitativo) rispetto ad un altro trattamento o rispetto ad una patologia;
- 4. Prognosi: quesiti che valutano gli esiti prognostici di una patologia.

È chiaro dunque che oltre alla corretta formulazione del quesito dal punto di vista prettamente linguistico è fondamentale capire a priori quale aspetto della condizione del soggetto si è interessati a valutare.

Dopo aver formulato il quesito e dopo averlo digitato in un database medico si potrebbe ottenere una enorme mole di dati che vanno valutati e filtrati a seconda dello scopo. Generalmente i motori di ricerca di studi clinici come Pubmed, Embase, The Cochrane Library, CINHAL, permettono di filtrare i risultati in base all'anno di pubblicazione, all'autore, alla tipologia di studio, in base alla presenza di una o più parole chiave che abbiamo digitato e in base all'operatore booleano utilizzato per la ricerca ("AND", "OR", "NOT"). In questo mare magnum di dati è importante per i professionisti conoscere e riconoscere quali studi e quali riviste sono più autorevoli. Questo passaggio si ricollega al terzo step che è l'analisi critica della letteratura trovata in base alla validità e alla possibilità di applicare le indicazioni riportate negli studi nella pratica clinica. Infatti non tutti gli studi trovati, anche se pertinenti con il quesito clinico, sono sicuramente di buona qualità ed è compito del clinico saper discernere gli studi che hanno un buon disegno, in cui il campione è stato preso correttamente e sapere leggere le analisi statistiche riportate tra i risultati: è importante quindi, dare un peso maggiore alle prove di efficacia in maniera proporzionale alla solidità della fonte che le ha prodotte.

Per valutare criticamente le evidenze è però necessario rispondere ad alcune domande chiave che scompongono il processo stesso definito anche apprendimento critico delle prove di efficacia e tollerabilità. La prima fase è la verifica della qualità interna, capire cioè se i risultati dello studio in questione sono validi e ciò dipende sostanzialmente dalla appropriatezza del disegno sperimentale (in base alle ipotesi che si vogliono sondare), e dalla correttezza del disegno di studio, ossia degli errori eventualmente commessi nelle fasi di conduzione e progettazione dello studio così come nel momento della elaborazione e interpretazione dei risultati. È importante infatti fare in modo che la progettazione sia attenta e scrupolosa al fine di evitare bias che possono influenzare i risultati portando così a conclusioni errate (39). La seconda fase è la verifica della rilevanza dei risultati che può essere riassunta dalle domande: i risultati dello studio sono espressi in termini comprensibili a livello clinico? Quanto è rilevante l'effetto misurato per l'individuo o la società? Quando si sperimenta l'efficacia di un intervento, di una procedura o di una misura organizzativa non è sufficiente che sia più efficace dell'intervento con cui si è fatto il confronto, occorre misurare quanto è grande l'effetto provocato da questo nuovo intervento sperimentale sulla popolazione, così come è importante che l'esito valutato sia correlato agli obiettivi che si sono postulati prima di iniziare la ricerca (39). La terza e ultima fase consiste nella verifica della validità esterna e risponde alla domanda: i risultati dello studio possono essere applicati alla popolazione di mio interesse? È importante infatti verificare l'applicabilità dei risultati di una ricerca valutando che siano presenti tutti i presupposti organizzativi, economici, logistici, di formazione ed esperienza del personale coinvolto e non solo valutare le caratteristiche della popolazione e dell'intervento descritti nello studio. È infatti poco utile cercare di traslare i risultati di uno studio svolto in una realtà totalmente diversa rispetto alla propria (39,40).



Oltre a queste tre fasi è bene sottolineare che esistono anche delle valutazioni preliminari eseguite a monte di tutte le altre che puntano a valutare gli esiti, la popolazione in studio e l'intervento in studio rispetto ad un confronto (39).

Riprendendo ora il discorso dei 5 punti dell'EBM, il quarto step è la vera e propria applicazione delle evidenze prese in letteratura per attuare il miglior intervento possibile per il paziente; in questa fase è fondamentale instaurare un dialogo costruttivo con il paziente ed enfatizzare le sue capacità di comprensione di quello che è l'intervento che verrà attuato: infatti la creazione di un rapporto di confronto e dialogo tra clinico e paziente è provato essere utile nella compliance alla terapia proposta che sia essa farmacologica, chirurgica, nutrizionale ecc. (11,12)

Infine il quinto step è attuato per garantire l'autovalutazione da parte del professionista: solo con un'attenta analisi del proprio operato è possibile correggere eventuali errori e intervenire per modificarli in maniera costruttiva, anche procedendo con una nuova ricerca in letteratura che possa chiarire i dubbi insorti.

2.3 Ambiti di applicazione dell'EBM

Fin dall'articolo del 1996 che presentava che cosa fosse e che cosa non fosse l'EBM (1), era chiaro che già dopo pochi anni dalla sua teorizzazione questo nuovo paradigma aveva colonizzato molti ambiti della medicina: medicina interna, pediatria, chirurgia, patologia, infermieristica, pratica generale e anche l'ambito odontoiatrico. Nacquero inoltre centri che si occupavano principalmente dell'applicazione dell'EBM, uno fra tutti il *Center for Evidence-Based Medicine*, fondato ad Oxford nel 1995.

Secondo il Ministero della Salute, l'EBM ha due principali ambiti di applicazione (13):

- le macro-decisioni di sanità pubblica o riguardanti gruppi di popolazione omogenei per malattie o fattori di rischio (*Evidence-Based Healthcare*);
- la pratica medica del singolo paziente (EBM propriamente detta, Evidence-Based Clinical Practice).

L'Evidence-Based Healthcare è stata studiata in maniera approfondita da uno dei principali e primi studiosi dell'EBM, Muir Gray, che nel 1997 ha pubblicato un libro intitolato "Evidence- Based Healthcare and Public Health: How to make decisions about health services and Health Policy" (14), dove ha affrontato in maniera rigorosa e approfondita tutto ciò che riguarda non solo l'evoluzione del mondo sanitario e delle sue colonne portanti ma ha anche la definizione di skills utili al fine di prendere decisioni in ambito sanitario per i grandi gruppi di popolazione e per la realizzazione di politiche sanitarie. In particolar modo le skills che il libro punta a far sviluppare hanno come fine ultimo il "doing right things right", letteralmente "fare bene le cose giuste". Il libro inoltre suddivide l'EBHC in tre step:

- stadio 1: produzione delle evidenze;
- stadio 2: disponibilità delle evidenze;
- stadio 3: utilizzo delle evidenze.



Mentre invece l'EBM propriamente detta, rivolta quindi al paziente e alla pratica clinica, nell' articolo "Evidence-Based Medicine - A New Approach to Teaching the Practice of Medicine" viene definita come l'Evidence-based che"inizia e finisce con il paziente" (15).

È chiaro dunque che la pratica medica basata sulle evidenze fa da padrone in un campo molto vasto e che, come accennato sopra, ricopre tutte le professioni che quotidianamente si interfacciano con il soggetto. Sicuramente una delle professioni che ha recepito per prima le indicazioni delle EBM è stata quella infermieristica infatti fin da un articolo del 1998 si parla di "Evidence Based Nursing" come uno dei primi approcci della Pratica Basata sulle Evidenze. In particolare l'EBN è definita come: "Processo per mezzo del quale le infermiere e gli infermieri assumono le decisioni cliniche utilizzando le migliori ricerche disponibili, la loro esperienza clinica e le preferenze del paziente, in un contesto di risorse disponibili" (16). Da qui in poi, tutte le professioni sanitarie hanno iniziato ad improntare la propria pratica quotidiana seguendo il metodo EBM tra cui anche il dietista attraverso l'Evidence-Based Nutrition. Chi per primo improntò le raccomandazioni dietetiche sull'EBN fu l'Institute of Medicine di Washington DC nel 1997 (17) nel documento "Dietary Reference Intakes". Successivamente, anche nelle Linee Guida Dietetiche Americane del 2005 venne

utilizzato il criterio dell'EBN così come la Food and Drugs Administration (FDA) impostò dei criteri di evidenza collegati a claims nutrizionali mentre l'American Dietetic Association promulgò le sue Linee Guida EBN. (18).

È bene però ricordare che, la tipologia di studi da cui si ricavano le evidenze più attendibili cioè i Trial Randomizzati Controllati, che si trovano in cima alla piramide delle evidenze, sono improntati per la maggior parte ad analizzare effetti di trattamenti farmacologici, valutare test diagnostici e test di screening e quindi per loro natura meno affini al mondo della nutrizione e dell'alimentazione che ha sicuramente degli ostacoli e potrebbe generare bias escludibili rispetto allo studio del funzionamento di un farmaco o una procedura. Come riportato in alcuni studi (18,19), l'approccio alle evidenze nel mondo della nutrizione e la loro applicazione nella pratica quotidiana può trovare difficoltà non solo, come vedremo più avanti, nella capacità di analizzare criticamente le evidenze per tradurle in azioni pratiche nella clinica quotidiana, ma anche nell'utilizzo di metodiche di analisi pensate e improntate per il mondo della farmacologia e delle procedure interventistiche.

CAPITOLO 3

L'EVIDENCE BASED PRACTICE

3.1 Nascita e sviluppo EBP

L'Evidence Based Practice o Pratica Basata sulle Evidenze, così come l'EBM ha visto la sua nascita intorno ai primi anni 90 (2). Lo sviluppo è stato esponenziale esattamente come per l'EBM e nel corso degli anni sono state proposte numerose definizioni. Le definizioni però sono risultate molto spesso incomplete o insufficienti per spiegare il processo sottostante al modello EBP. A fare chiarezza è stato il *Sicily Statement on Evidence Based Practice* (20) del 2005 che si è focalizzato su tre punti principali:

- Che cosa si intende quando si parla di EBP;
- Descrizione delle abilità minime da stabilire per praticare con un approccio Evidence-Based;
- Un piano di studi che sottolinei i requisiti minimi educativi per addestrare i professionisti della salute nell'EBP.

Il risultato della seconda edizione della conferenza Internazionale *Evidence-Based Health Care Teachers and Developers* ha quindi abbracciato un concetto più ampio di "EBM che includesse anche la pratica basata sulle evidenze e che riflettesse i benefici di intere organizzazioni e team che adottassero e condividessero il metodo EB" (20) e che quindi non si pensasse all'EBP solo come all'abilità di valutare la validità di studi da utilizzare nella pratica quotidiana (21).

Inizialmente l'EBP si concentrò sulla applicazione clinica dei dati epidemiologici e sulla valutazione critica degli studi per poi passare ad essere un processo decisionale esplicito e quotidiano nella pratica clinica del professionista sanitario. È chiaro però che la pretesa irrealistica che le evidenze potessero aiutare ad intervenire in tutti quegli ambiti ancora poco conosciuti era reale: infatti con la grande diffusione di letteratura scientifica, resa disponibile anche tramite l'indicizzazione elettronica e l'esponenziale aumento della letteratura pubblicata avrebbero potuto far sorgere problemi di randomizzazione inadeguata, bias di pubblicazione e quindi una stima non precisa degli effetti terapeutici dei singoli trattamenti. Per dare una risposta a questi problemi sono stati sviluppate risorse come le review sistematiche della Cochrane-Collaboration, i riassunti del Clinical Evidence e l'editoria

secondaria come l'Evidence Based Medicine Journal. Tutte queste risorse e molte altre sparse in tutto il mondo hanno contribuito a costruire un approccio alle evidenze e un'applicazione delle stesse che fossero solide e attendibili (20).

L'implementazione dell'EBP ha permesso di contribuire in maniera importante alla qualità dell'assistenza sanitaria e ha quindi visto una maggiore inclusione nella formazione di base dei professionisti sanitari ma anche e soprattutto in tutto ciò che concerne la formazione continua (22). Infatti secondo il CNFC ogni professionista sanitario ha un obbligo formativo a cadenza triennale di 150 crediti formativi a partire dal 1° gennaio successivo all'iscrizione all'albo professionale di appartenenza (23). L'acquisizione di crediti ha l'obiettivo di garantire la migliore assistenza possibile ai pazienti, migliorare l'approccio alle esigenze del Servizio Sanitario Nazionale e allo sviluppo professionale.

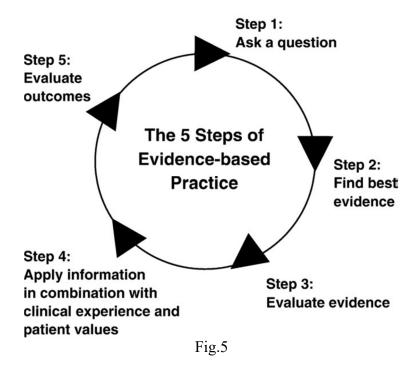
Nel 2019, la fondazione italiana GIMBE (Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze) ha pubblicato una survey Delphi dal titolo: "Evidence-based Practice: le competenze core per tutti i professionisti sanitari" per riassumere e sottolineare quanto sia importante per ogni professionista sanitario l'acquisizione di un insieme di competenze per l'EBP e di come queste dovrebbero essere inserite nei programmi di insegnamento (22). Infatti nell'introduzione allo studio viene chiarito quanto sia fondamentale per il miglioramento della qualità e sicurezza assistenziale avere un bagaglio di competenze nell'EBP e quanto l'eterogeneità dei contenuti nei programmi di insegnamento sia un ostacolo alla pratica dell'EBP (24,25).

È chiaro dunque che ogni professionista sanitario al di là dell'obbligo formativo di crediti da completare in ogni triennio, ha un imperativo quotidiano nella sua pratica clinica che è quello di garantire le migliori cure e assistenza possibili anche tramite lo sviluppo di vere e proprie competenze, skills e attitudini anche e soprattutto nell'EBP.

3.2 I 5 step dell'EBP e i suoi ambiti di applicazione

I 5 step che delineano il processo decisionale dell'EBP ricalcano in linea generale i 5 punti dell'EBM e sono i seguenti (20,26):

- 1. Traslare le incertezze in domande con cui avviare la ricerca;
- 2. Ricerca sistematica delle migliori evidenze;
- 3. Valutazione critica delle evidenze secondo validità, rilevanza clinica e applicabilità;
- **4.** Applicare le informazioni in combinazione con la propria esperienza clinica e le preferenze del paziente;
- 5. Valutare gli esiti.



La realizzazione di quesiti ricercabili da delle domande insorte durante una visita o un colloquio con un paziente possono essere innumerevoli anche se come per l'EBM le domande che si generano in questi contesti riguardano generalmente: diagnosi, prognosi, terapia, prevenzione, educazione ed evidenze cliniche (27). Saper costruire un buon quesito clinico è fondamentale per indirizzare la ricerca e per capire su quali aspetti focalizzare l'attenzione.

Trovare le migliori evidenze cliniche significa ovviamente procedere con una ricerca accurata della letteratura recente, nei database medici, tenendo presente la piramide delle

evidenze. In uno studio svolto tra gli studenti del primo anno dell'Oxford Medical School si è visto che coloro ai quali era stata fornita una formazione prima della ricerca della letteratura erano stati più puntuali e abili nella ricerca delle informazioni (28). La valutazione critica delle evidenze in base alla validità, rilevanza clinica e applicabilità si basa molto sulle conoscenze della piramide delle evidenze e sulla capacità del professionista di analizzare la metodologia statistica applicata nei vari studi, di valutare in che modo è stato condotto lo studio e quali interventi hanno effettivamente sortito effetto per i pazienti al di là della significatività statistica. Ciò determina una importanza non trascurabile negli insegnamenti volti ad incrementare le skills per la valutazione critica in ambito sanitario (29).

Il quarto punto si focalizza sull'applicazione diretta delle evidenze precedentemente valutate combinate con l'esperienza del clinico e le preferenze del paziente. La medicina degli ultimi anni si è focalizzata molto su questo ultimo aspetto: infatti i pazienti sono sempre più informati e consapevoli e vogliono essere resi partecipi delle decisioni mediche al fine di avere un miglioramento non solo della propria condizione patologica ma anche una migliore qualità di vita (30).

Infine, l'ultimo punto ha come obiettivo la valutazione degli esiti e della performance del professionista sanitario. L'autovalutazione è un aspetto fondamentale per capire se l'intervento attuato ha avuto gli effetti che ci si aspettava e può essere portato avanti tramite il feedback individuale o da parte di pari (31).

Come già accennato in precedenza per l'EBM, anche nel caso dell'EBP tutte le varie branche della medicina hanno inglobato questo metodo nella loro pratica quotidiana e soprattutto per quanto riguarda la realizzazione di Linee Guida, che sono tra gli strumenti di riferimento per la buona pratica clinica, il metodo EBP fa da padrone. Nell'ambito nutrizionale sono numerosissime le Linee Guida sia di stampo internazionale che italiano che insistono su approcci sempre più Evidence-based e quindi anche sempre più pratici e concreti. Infatti, gli innumerevoli ambiti in cui si sviluppa la dietetica e la nutrizione clinica, dalle malattie cardiovascolari, alle insufficienze renali, epatiche croniche, passando per le malattie metaboliche e le malattie autoimmuni solo per citarne alcune fino alla educazione alimentare nei soggetti di varie età, forniscono un campo adatto alla realizzazione di raccomandazioni e L.G. pratiche basate sulle evidenze (32-36).

Nonostante la mole di studi che affermano come un approccio basato sull'EBP anche in ambito nutrizionale sia il più efficace e adatto per affrontare i problemi dei pazienti, come vedremo più avanti la criticità risiede proprio nel traslare le evidenze in azioni pratiche volte a cambiare la quotidianità professionale dei dietisti così come di tutti i professionisti sanitari in tutti i contesti di lavoro, siano essi pubblici o privati.

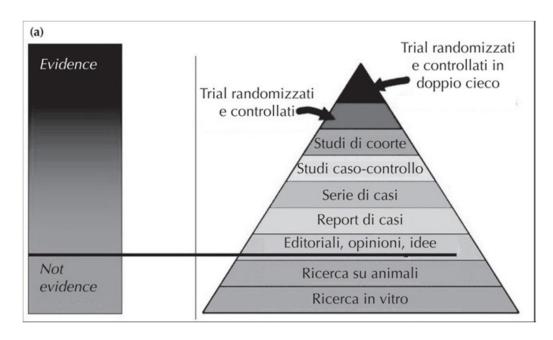
CAPITOLO 4

EBM ed EBP NELLA PRATICA QUOTIDIANA DEI PROFESSIONISTI SANITARI

4.1 La gerarchia delle evidenze scientifiche

È oramai chiaro che le evidenze sono ciò che sta alla base di tutto il movimento EBM ed EBP ma è bene sottolineare che, se l'accezione italiana di evidenze indichi qualcosa di certo, di ovvio, di inconfutabile, la parola inglese *evidence* porta con sé invece l'idea che ogni fenomeno scientifico vada dimostrato e che soltanto i risultanti di ricerche clinicamente rilevanti hanno un impatto sul mondo scientifico (37). Questa sottolineatura racchiude in sé tutto ciò che rappresenta il modello EBM e il fatto che ogni professionista sanitario debba **valutare criticamente** le prove di efficacia per capire quali hanno effettivamente effetto sul paziente e quali no. Proprio su questo punto si è soffermato una delle figure cruciali della medicina basata su prove di efficacia, Archibald Leman Cochrane, sostenendo che se la prestazione del medico non sortisce effetto alcuno non ha nessun senso somministrarla (37,38); infatti i risultati di ricerche scientifiche raramente sono traslabili tout-court nella pratica clinica e ciò può determinare oltre che errori medici che possono inficiare la salute del paziente, anche spese sanitarie inutili.

Per ovviare a tali problemi nel corso degli anni è stata ideata una gerarchia con cui classificare gli studi in base alla affidabilità e sicurezza dei risultati e solidità metodologica così da classificare le evidenze; il riassunto finale non è altro che la già citata **piramide delle evidenze** (fig. 6):



a fianco della piramide è possibile vedere una colonna che sta ad indicare il grado crescente di forza dell'evidenza, infatti man mano che si sale nella piramide arrivando fino agli studi randomizzati, controllati in doppio cieco si ha un aumento del grado di affidabilità metodologica degli studi. Inoltre nella tabella seguente ogni tipologia di studio viene brevemente descritta sempre partendo dal minor grado di affidabilità (opinione deli esperti – Livello 5) fino ad arrivare al più alto grado (Revisioni Sistematiche di Trial Randomizzati e Controllati – Livello 1a).

(b)	
Livello 1a	Revisione sistematica di trial randomizzati e controllati con omogeneità, ovvero esente da variazioni significative nei gradi e nelle direzioni dei risultati tra singoli studi
Livello 1b	Trial randomizzato e controllato singolo con intervallo di confidenza ristretto.
Livello 1c	Studi basati sul "tutti o nessuno", ovvero tutti i pazienti morivano prima della disponibilità dell'intervento terapeutico mentre adesso con la sua disponibilità alcuni sopravvivono (per esempio, la chemioterapia per la tubercolosi o la meningite, o la defibrillazione per la fibrillazione atriale), oppure alcuni pazienti morivano prima della disponibilità dell'intervento e ora nessuno muore (per esempio, la penicillina per le infezioni da pneumococco)
Livello 2a	Revisione sistematica di studi di coorte con omogeneità, ovvero esente da variazioni significative nei gradi e nelle direzioni dei risultati tra singoli studi
Livello 2b	Studio di coorte singolo, incluso trial randomizzato e controllato di bassa qualità con, per esempio, un follow-up inferiore all'80%
Livello 2c	Ricerca sugli esiti e studi ecologici
Livello 3a	Revisione sistematica di studi caso-controllo con omogeneità, ovvero esente da variazioni significative nei gradi e nelle direzioni dei risultati tra singoli studi
Livello 3b	Studio caso-controllo singolo
Livello 4	Report di casi clinici e studi di coorte e caso-controllo di scadente qualità, in cui lo studio non è stato in grado di chiarire definitivamente il confronto tra gruppi e/o di misurare l'esposizione e i risultati obiettivamente e nello stesso modo sia negli esposti sia nei non esposti e/o di identificare o controllare fattori di confondimento conosciuti
Livello 5	Opinione di esperti senza valutazione critica esplicita o basata su fisiologia, ricerca comparata o principi di fisiopatologia

Fig.7

Queste due figure riassuntive sono tratte da un libro del 2014 (37) e riassumono conoscenze imprescindibili per qualsiasi professionista sanitario che si affaccia alla ricerca e all'analisi di letteratura scientifica. Infatti se ogni anno la mole di studi pubblicata è immane, parliamo di circa 3 milioni di articoli, in questo mare magnum non sempre è facile risalire a quali studi hanno un'appropriatezza metodologica e una rilevanza clinica.

Dunque avere in mente di che tipologia di studio si parla, la sua posizione nella piramide delle evidenze e ciò che dovrebbe puntare a valutare in base al disegno di studio, è sicuramente utile al fine di distinguere uno studio solido da uno che non lo è. Esattamente come gli studi, inoltre, le fonti da cui si traggono gli stessi non sono irrilevanti e non tutte le fonti hanno lo stesso peso: infatti volendo riassumere le principali fonti di informazioni scientifiche, possiamo parlare di (37):

- Fonti tradizionali di aggiornamento (collega esperto, trattati, riviste, revisioni tradizionali);
- Banche dati biomediche (PubMed, Embase, altre banche dati specialistiche);
- Nuovi strumenti editoriali (pubblicazioni secondarie, linee guida, revisioni sistematiche.

Nella ricerca di materiale scientifico ci si può imbattere in tre macro-categorie sostanziali di studi:

- 1. Studi primari: studi che hanno come soggetto gli individui studiati, quindi le singole ricerche;
- Studi secondari o integrativi: hanno l'obiettivo di riassumere e trarre conclusioni dagli studi primari;
- **3. Fonti terziarie:** comprendono le revisioni tradizionali, i libri di testo, i pareri degli esperti e i consigli dei colleghi.

Generalmente gli studi primari sono la maggioranza della letteratura e vengono individuati in studi sperimentali, studi osservazionali, studi descrittivi ecc. mentre gli studi secondari o integrativi sono rappresentati da revisioni che possono essere *tradizionali*, se riassumono un gruppo di studi primari o l'opinione di esperti, o revisioni *sistematiche* se rappresentano una raccolta rigorosa e metodologicamente nota di tutti gli studi inerenti ad un argomento. Sono presenti inoltre all'interno degli studi secondari anche le metanalisi, ossia analisi quantitativa di più studi messi assieme e infine le linee guida che portano alla produzione di una serie di raccomandazioni per la buona pratica clinica derivati da tutti gli studi precedenti, siano essi primari, R.S. o metanalisi. Infine le fonti terziare raccolgono tutte quelle fonti in cui il metodo con il quale sono state realizzate non viene esplicitamente dichiarato (37).

Esattamente come per le fonti e le gerarchie esistono delle differenziazioni anche per quanto riguarda le banche dati, che possono essere *bibliografiche* o *factual* (39). Le banche dati bibliografiche contengono articoli full text, abstract e citazioni bibliografiche. La banca dati più famosa e utilizzata è Medline realizzata dalla National Library of Medicine ed è gratuita; ne esistono poi ulteriori, alcune delle quali a pagamento come EMBASE, Cochrane Library, CINHAL. Le banche dati factual invece includono tutta quella parte di studi non in formato bibliografico quindi non contenute in riviste pubblicate che comprendono schede sui farmaci, informazioni su malattie rare, raccolte di linee guida, protocolli, procedure e dichiarazioni (statements) di organismi regolatori ecc. (39,40).

L'analisi critica delle evidenze e la loro gerarchizzazione sono dunque fondamentali per il professionista sanitario. È bene però sottolineare che, anche all'interno di uno stesso studio clinico, come ad esempio tra i risultati degli studi clinici integrativi come le Linee Guida, esiste una gerarchia nella forza delle raccomandazioni pratiche che vengono fornite (37, 39). Le Linee Guida sono uno tra gli strumenti più complessi da realizzare dal punto di vista metodologico e tra i più importanti dal punto di vista della pratica lavorativa quotidiana del professionista sanitario poichè racchiudono una serie di raccomandazioni volte ad indirizzare la pratica quotidiana. Nel corso degli anni sono stati proposti 10 diversi sistemi di classificazione della forza delle raccomandazioni comportando una disomogenea scelta nel metodo di valutazione delle evidenze. Per questo motivo attorno ai primi anni 2000 è stato elaborato il metodo GRADE (Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation) che oltre a ad essere uno standard di riferimento per la valutazione della qualità delle prove, tiene anche conto del rapporto costi/benefici, dell'impiego delle risorse disponibili e delle preferenze del paziente (37,39,41,42).

Il metodo GRADE secondo uno studio del 2016 pubblicato su BMJ Evidence Based Medicine Editorial ha contribuito a realizzare anche una nuova versione della piramide delle evidenze in cui le linee che delimitano le varie tipologie di studi sono ondulate e non rettilinee: il presupposto alla base di questa scelta di modificare la piramide delle evidenze risiede nell'idea che il solo disegno di studio risulta essere insufficiente per impedire il rischio di bias soprattutto perché alcuni aspetti metodologici come imprecisioni, incongruenze e carenza di chiarezza che sono indipendenti dal disegno di studio e possono condizionare la qualità delle evidenze tratte da esso (42,43).

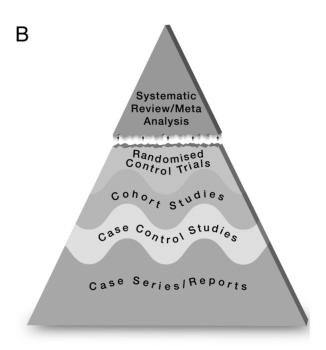


Fig.8

È importante dunque sottolineare che nell'ottica di selezionare e applicare delle evidenze di qualità nella pratica quotidiana è importante considerare una molteplicità di fattori in gioco che non si riconducono solamente alla posizione nella piramide delle evidenze.

4.2 Vantaggi e svantaggi dell'utilizzo dei modelli EBM ed EBP

Dopo aver elencato i vari step dell'EBM e dell'EBP attraverso i quali sono nati e si sono sviluppati i due approcci e come al giorno d'oggi si integrano alla pratica quotidiana dei professionisti sanitari è naturale domandarsi se ci sono vantaggi e svantaggi che caratterizzano i due processi.

I vantaggi includono sicuramente la possibilità per tutti i professionisti sanitari di acquisire un metodo rigoroso per la ricerca e la valutazione critica della letteratura e la possibilità di integrarla nella pratica quotidiana. È inoltre un metodo che può essere acquisito da tutti indipendentemente dal proprio background formativo e dal livello attuale di sviluppo professionale, in quanto gli studenti che si affacciano al mondo della Sanità possono aiutare i colleghi e superiori a mantenersi aggiornati (6). La medicina e la pratica basata sulle evidenze aiutano inoltre ad uniformare la pratica clinica garantendo la continuità assistenziale basata sulle migliori prove di efficacia disponibili al momento; garantisce una migliore comunicazione delle informazioni all'interno di uno stesso team multidisciplinare e permette di avere anche una strategia funzionale e funzionante per il problem solving (6, 44). EBM ed EBP permettono di sfruttare al meglio le risorse limitate, incanalandole verso la valutazione critica dell'efficacia di alcuni trattamenti e servizi (6).

Per quanto i vantaggi possano essere diversi e importanti ai fini di una buona pratica clinica anche e soprattutto incentrata sul paziente, il metodo EBM ed EBP porta con sé anche degli svantaggi da sottolineare.

Innanzitutto, è ingente la quantità di tempo speso sia per acquisire il metodo EBM ed EBP che per applicarlo, infatti ci vuole molto tempo per formulare correttamente un quesito di ricerca, ricercare, leggere e analizzare la letteratura e poi applicarla soprattutto nell'ottica di un team multidisciplinare, dove tutti devono essere messi al corrente delle evidenze che si è intenzionati ad applicare, ergo ulteriore tempo da investire per formare tutti i professionisti coinvolti. Inoltre spesso la ricerca della letteratura può essere un'operazione onerosa in quanto molti articoli scientifici non sono open access e richiedono quindi il pagamento di un corrispettivo che può arrivare fino a 30 \$: è chiaro dunque che esiste anche questa ulteriore barriera alla ricerca di evidenze cliniche (6).

La scelta della realtà sanitaria in cui applicare le evidenze può anch'essa essere non solo complessa ma anche dispendiosa in termini organizzativi e di risorse umane, infatti anche la realizzazione di Percorsi Diagnostici Tecnico Assistenziali o PDTA ad esempio che garantiscano la messa in atto di evidenze secondo un protocollo specifico, per una determinata patologia o tipologia di pazienti richiede molto tempo e risorse anche di tipo economico (37,39).

Un altro svantaggio di questo modello è il fatto che molto spesso le banche dati come Medline non contengono tutti gli studi pubblicati e quelli che contengono non sono ben indicizzati. Ciò comporta una importante quantità di tempo da spendere per ricercare le evidenze che può risultare ulteriormente aggravata se, come accade in molti casi, non si ha molta familiarità con la tecnologia e con la lingua inglese. Molto spesso il personale con più anni di esperienza lavorativa ha più difficoltà con l'aspetto tecnologico ma al contrario può avere accesso a risorse più ampie rispetto ad un neoassunto/neolaureato che sicuramente ha più familiarità con la tecnologia e i database scientifici (6, 44).

Negli ultimi anni, diversi articoli pubblicati si sono focalizzati anche sui limiti dei modelli EBM ed EBP; in particolare in una Revisione Sistematica del 2014 pubblicata su Journal of Evaluation of Clinical Practice, dalle conclusioni tratte da 106 studi sull'argomento è emerso che le principali barriere all'implementazione dell'EBP sono la mancanza di risorse, mancanza di tempo, mancanza di competenze, accesso inadeguato alle risorse scientifiche, mancanza di conoscenze e barriere economiche; in particolare la mancanza di risorse, di tempo e carenza di conoscenze sono le barriere riscontrate più frequentemente (45). Un altro studio pubblicato sulla stessa rivista sottolineava come tra i limiti dell'EBM c'è l'aumento ingente dei costi per la sanità a seguito dell'applicazione di questo modello e che il basarsi esclusivamente su studi randomizzati controllati pubblicati e sostenuti solamente da alcuni enti specifici non favorisca l'introduzione di ulteriori pratiche che potrebbero essere utili alla salute dei pazienti (46).

È chiaro dunque che nonostante l'EBM e di conseguenza l'EBP abbiano fornito un metodo rigoroso e universalmente riconosciuto come valido, sono numerosi gli ostacoli che le singole evidenze scientifiche incontrano prima di poter essere applicate nella quotidianità clinica.

CAPITOLO 5

UTILIZZO DEL METODO EBM ED EBP NELLA PRATICA CLINICA DEI DIETISTI

5.1 Inquadramento della figura del dietista in ambito sanitario

"Il dietista è il professionista sanitario competente per tutte le attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione e della nutrizione ivi compresi gli aspetti educativi e di collaborazione all'attuazione delle politiche alimentari, nel rispetto della normativa vigente." (48). Questa è la definizione del dietista fornita dal Codice Deontologico dei Dietisti approvato nel dicembre 2012 dall'assemblea dei soci Andid. La figura del dietista è inoltre identificata e normata dal D.M. 14 Settembre 1994 n. 744 che identifica non solo il profilo professionale del dietista ma chiarisce anche che il diploma universitario di dietista conseguito ai sensi dell'art.6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni, abilita all'esercizio della professione (47). Nel 2018 inoltre, a seguito della Legge Lorenzin che ha riformato tutti gli ordini e albi delle professioni sanitarie, è stato istituito un Albo Professionale per i dietisti che rientra all'interno dell'Ordine dei Professionisti Sanitari, Tecnici e della Riabilitazione, in particolare all'interno dell'Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, a cui è obbligatorio iscriversi per poter esercitare la professione.

La scelta di istituzione di un albo è stata cruciale per dare legittimità a tutta una categoria di professionisti sanitari che fino a poco tempo fa si vedevano rappresentati soltanto da associazioni di categoria. Ora grazie alla presenza dell'albo professionale è stato possibile fare chiarezza su quali sono i veri e propri professionisti sanitari qualificati e scoraggiare quindi, in particolar modo, anche l'abusivismo professionale.

Il dietista è una figura che si sviluppa prevalentemente all'interno della realtà ospedaliera. Tuttavia sono numerosi i dietisti che dopo il diploma scelgono la libera professione, oppure lavorano in aziende pubbliche o private per l'elaborazione di menù per la collettività, nelle scuole, nelle mense o in alternativa all'interno di dipartimenti di prevenzione e promozione della salute. Come per ogni professione sanitaria dunque esistono non solo diversi ambiti in cui il dietista può fisicamente fornire il suo contributo ma sono numerose anche le branche della dietetica e della nutrizione verso cui il dietista può specializzarsi e formarsi, tramite

Master di 1° Livello oppure, dopo il conseguimento della Laurea Magistrale, accedere a Master di 2° Livello.

Esattamente come per tutti i professionisti sanitari, il dietista ha un obbligo formativo a cadenza triennale di acquisizione di 150 crediti ECM per la Formazione Continua in Medicina che sono funzionali all'aggiornamento e all'acquisizione di conoscenze e competenze aggiuntive al fine di fornire le prestazioni migliori possibili ai pazienti. È cruciale inoltre che il dietista abbia buone competenze nella ricerca e analisi di letteratura scientifica secondo i principi dell'EBM e dell'EBP per garantire una corretta applicazione delle evidenze (23).

Una dietetica e quindi una nutrizione basata sulle evidenze è uno degli obiettivi che ogni dietista dovrebbe porsi, non solo per sé stesso, per avere un metodo rigoroso per la ricerca ed analisi della letteratura, ma anche per garantire il miglior approccio possibile dal punto di vista dietetico ai possibili pazienti, pazienti che sono sempre più informati e che si aspettano che i professionisti sanitari siano sempre ineccepibili dal punto di vista formativo. Formarsi, anche tramite l'EBM, è anche un modo per essere pronti alle eventuali richieste di chi si ha di fronte, per smantellare miti e false credenze che spopolano soprattutto nel mondo dell'alimentazione.

Il dietista infine, esattamente come tutti i professionisti sanitari, è formato per lavorare in team e per collaborare con diverse figure professionali come medici dietologi, internisti, endocrinologi, logopedisti, fisioterapisti, ginecologi e igienisti dentali. Il lavoro in team multidisciplinare permette lo scambio di informazioni e l'uniformarsi della pratica quotidiana in un'ottica sempre più patient- centered.

5.2 Lo stato dell'arte: è difficile per i dietisti reperire e traslare le evidenze da utilizzare nella pratica clinica?

Dai capitoli precedenti sappiamo che il primo step dell'EBM è la formulazione di un quesito di ricerca che segua il modello PICO e che sia il più idoneo possibile alla tipologia di informazioni che si intende trovare. Se la ricerca è fruttuosa, gli step successivi puntano sostanzialmente a capire se le evidenze trovate sono traslabili anche nella propria realtà lavorativa. Per quanto l'EBM sia oramai diffusa da oltre 20 anni, l'applicazione di tale modello non è agevole allo stesso modo in tutte le aree della medicina e per tutti i professionisti.

Nel mondo della dietetica sicuramente i dietisti hanno avuto più difficoltà di altri professionisti a trovare ed applicare evidenze solide per la loro pratica professionale: essendo infatti diverso il soggetto delle principali ricerche, da un lato il cibo e l'alimentazione, dall'altro interventi di tipo medico, procedure diagnostiche, di screening e trattamenti farmacologici è chiaro che sarà diverso il procedimento di analisi e realizzazione del disegno di studio così come saranno meno netti gli outcome (49). In uno studio del 2010 (49) sono state sollevate sei obiezioni proprio all'Evidence Based Nutrition (50):

- Gli interventi di tipo medico sono concepiti e testati per curare una malattia non prodotta dalla loro assenza, mentre i nutrienti prevengono disfunzioni che risultano da un loro introito inadeguato;
- 2. Non è generalmente possibile assumere un equipoise clinico per gli effetti di base dei nutrienti e ciò crea impedimenti di natura etica per molti trial;
- 3. Gli effetti dei farmaci sono per lo più selettivi ed ampi mentre gli effetti dei nutrienti sono di regola multipli e piccoli;
- 4. Gli effetti dei farmaci tendono ad essere monotonici, con risposta variabile in proporzione alla dose, mentre gli effetti dei nutrienti hanno spesso un carattere sigmoide, con una risposta utile che corrisponde a una porzione ristretta dell'intervallo di introito alimentare;
- 5. Gli effetti dei farmaci possono essere valutati utilizzando un gruppo di controllo non esposto (placebo) mentre è impossibile e/o non etico utilizzare un gruppo di controllo con introito "zero" di nutrienti;
- 6. I farmaci sono concepiti per essere efficaci in un tempo relativamente breve mentre l'impatto dei nutrienti sulla riduzione del rischio di malattia cronica può richiedere decadi per essere dimostrato una differenza con implicazioni significative per la possibilità di condurre trial randomizzati controllati.

Queste obiezioni fanno già capire come non sempre gli effetti dell'alimentazione siano chiari e dicotomici come per gli altri trattamenti medici, è però importante incoraggiare ugualmente la realizzazione di studi anche trial clinici randomizzati, che abbiano come fulcro alcuni particolari nutrienti o trattamenti dietoterapici.

La letteratura scientifica che analizza la capacità dei dietisti di reperire le evidenze e di traslarle nella propria pratica quotidiana è piuttosto ampia e spesso ci si riferisce al fenomeno parlando di Knowledge Traslation (KT), letteralmente traslare le conoscenze scientifiche al fine poi di implementarle per rendere più aggiornata ed adeguata la pratica clinica (51,52). In uno studio svolto tra i dietisti della Svizzera, volto a valutare le percezioni e le pratiche riguardanti le fonti di accesso alle informazioni, l'EBP e il KT a seguito di 8 interviste e 2 focus group i risultati emersi indicavano che i dietisti tendevano maggiormente a richiedere informazioni a colleghi ed esperti qualora venissero in contatto con situazioni sconosciute. Inoltre i dietisti consideravano la ricerca critica di informazioni Evidence Based impegnativa ma si trovavano a loro agio ad implementare le preferenze e i valori del paziente, così come la propria esperienza professionale durante le decisioni cliniche, tutti aspetti caratterizzanti il processo EBP. Inoltre in questo studio veniva specificato che il tempo per identificare e leggere la letteratura non è compreso nell'attività lavorativa e che quel tempo dovrebbe essere investito nel rapporto professionista-paziente. Infine i dietisti coinvolti in questo studio riferivano che per loro era più complicato trovare informazioni sul counselling e sugli aspetti prettamente comunicativi che sull'area biomedica (52). In un altro studio, che mira sempre ad indagare le barriere e le percezioni dei dietisti rispetto alla ricerca della letteratura, si afferma che le capacità dei dietisti dipendono in larga parte dalla loro formazione in tema EBP, dall'avere una più o meno ampia esperienza lavorativa e dalla partecipazione ad associazioni professionali (53).

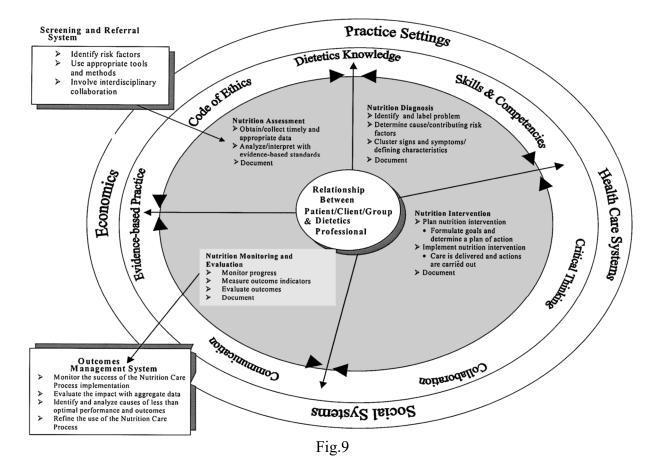
Nel 2016, la Confederazione Internazionale delle Associazioni Dietetiche ha chiarito che tra le competenze del dietista deve sicuramente essere presente l'approccio Evidence Based e deve essere ben integrato nella pratica quotidiana (54). Questo viene sottolineato anche in un altro studio, il quale evidenzia come l'Evidence Based Nutrition e in particolare traslare le evidenze in nutrizione sia un compito non sempre facile per i professionisti sanitari coinvolti (55) soprattutto perché gli utenti sono sempre più informati tramite internet e tutti hanno avuto esperienze più o meno importanti ma sicuramente quotidiane con il cibo e la nutrizione. Ciò determina una ulteriore difficoltà per i dietisti che non solo devono preoccuparsi di traslare correttamente le evidenze scientifiche nella propria pratica lavorativa ma devono anche confrontarsi spesso con falsi miti inerenti all'alimentazione e la nutrizione (55).

Un ulteriore studio del 2019 volto ad indagare le barriere e le percezioni nell'uso delle Revisioni Sistematiche tra dietisti professionisti e studenti di Dietistica ha concluso come questa tipologia di studio sia valutata positivamente come strumento da cui trarre evidenze ma che allo stesso tempo non sia invece molto semplice avere ben assodata la metodologia per condurre loro stessi una RS, (56). Anche se in linea generale le RS sono viste come un buon strumento per la pratica quotidiana (53, 57), la mancanza di tempo così come la resistenza al cambiamento sia da parte dei superiori che da parte dei colleghi, l'incapacità di saper interpretare correttamente l'analisi statistica di uno studio e le implicazioni non così chiare da poter essere utilizzate nella propria pratica quotidiana sono alcuni dei limiti riscontrati da uno studio inglese svolto su quattro diverse professioni sanitarie (fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedisti e dietisti) per valutare le barriere all'implementazione dell'approccio EB (58). Sebbene la gran parte dei professionisti coinvolti in tale studio avesse reputato importante effettuare ricerche per lo sviluppo e il miglioramento della pratica professionale (97 % di coloro che hanno risposto alla survey), il 58,3 % ritiene molto più importante occuparsi del paziente piuttosto che effettuare ricerche (58).

È chiaro dunque che nonostante l'impegno dimostrato dai dietisti, (così come da altri professionisti sanitari in generale) per ricercare e analizzare la letteratura scientifica, le barriere sono innumerevoli e molto spesso sono imputabili a problemi di formazione in materia di analisi statistica e a carenza di tempo da dedicare, che più spesso viene indirizzato alla cura del paziente stesso.

5.3 Il modello NCP e l'Evidence Based Practice

Il Nutritional Care Process and Model è un modello di intervento ideato dalla American Dietetic Association per standardizzare l'approccio dei dietisti ai propri pazienti e alle loro problematiche garantendo quindi "i migliori interventi nutrizionali possibili nel modo giusto, al momento giusto, per una soggetto specifico con l'obiettivo di raggiungere il miglior risultato possibile" (59). Come riportato nell'articolo, seguire un approccio alle problematiche di tipo standardizzato non significa fornire cure standardizzate, infatti un approccio standardizzato permette di avere una struttura solida a cui fare riferimento quando si tratta di fornire un supporto dal punto di vista nutrizionale permettendo quindi di adattare ogni singola situazione direttamente alle esigenze del paziente. Tale approccio è descritto dall'immagine sottostante e può essere applicato in numerosi contesti sia in caso di singoli pazienti che in gruppi di popolazione, così come è adattabile ai diversi contesti lavorativi siano essi ambulatoriali, ospedalieri o nell'ambito delle cure a lungo termine (59).



Al centro dell'immagine è rappresentato il fulcro di tutto il processo NCP ossia il rapporto dietista/paziente sia esso singolo o un gruppo di persone e a contornare ciò, ci sono le quattro fasi in cui è distinto il processo NCP:

- 1. Valutazione Nutrizionale;
- 2. Diagnosi Nutrizionale;
- 3. Intervento Nutrizionale;
- 4. Monitoraggio e Rivalutazione Nutrizionale.

Ogni fase è caratterizzata da alcuni passaggi che devono essere seguiti al fine di ottenere tutte le informazioni utili per impostare il corretto approccio nutrizionale e soprattutto per instaurare un legame quanto più possibile di fiducia tra il professionista sanitario e il paziente. Ogni fase di questo processo può essere rivista e corretta e durante il percorso di un paziente non è detto che una volta arrivati al monitoraggio nutrizionale non ci sia necessità di migliorare l'intervento attuato. Ecco quindi che è importante per il professionista essere in possesso non solo di strumenti pratici ma anche di conoscenze sempre aggiornate e quanto più possibile attendibili. Infatti a contorno delle quattro fasi del processo sono presenti due cerchi i quali evidenziano rispettivamente, il primo anello la collaborazione, il pensiero critico, la comunicazione, le conoscenze in ambito dietetico, le norme etiche, le competenze e l'Evidence- Based Pratice e il setting economico-sociale, mentre il secondo anello il sistema sanitario e i contesti pratici. Non è sicuramente un caso che, uno degli aspetti che influenza più da vicino l'NCP è proprio l'EBP. Infatti come ribadito più volte nei capitoli antecedenti ogni professionista ha l'obbligo formale di riferire la propria pratica quotidiana a questo modello di ricerca e applicazione della letteratura (54).

In un update del 2008 del processo NCP, particolare attenzione viene data proprio all'EBP. In particolare viene esplicitato come l'American Dietetic Association Evidence Analysis Library contenga migliaia di documenti che supportano gli step dell'NCPM: tali documenti sono stati analizzati e indicizzati in base alla qualità da statistici e sono stati inseriti all'interno delle Linee Guida e Strumenti Evidence Based (60,61).

Sul sito dell'Evidence Analysis Library (61), una sezione è dedicata alla EBP sottolineando quanto sia fondamentale per i dietisti, per mantenersi al passo all'interno del mondo sanitario, integrare **obbligatoriamente** l'EBP nella propria pratica quotidiana, in quanto permette di ottenere e mantenere un buon livello di credibilità all'interno di un team multidisciplinare aiutando così i dietisti ad essere più efficienti ed efficaci nel proprio lavoro.

Inoltre tramite questo sito sono disponibili tutta una serie di Linee Guida indirizzate ai dietisti e in particolare alcune di queste sono redatte proprio con la metodologia dell'Evidence-Based Nutrition Practice Guidelines. Gli elementi chiave di tali Linee Guida includono (62):

- 1. Scopo dell'argomento;
- 2. Interventi e pratiche considerate;
- 3. Le principali raccomandazioni;
- 4. Livello di forza dell'evidenza corrispondente
- 5. Aree di accordo e disaccordo.

Gli obiettivi di questa tipologia di Linee Guida vanno dall'assicurare un'assistenza di qualità al raggiungere gli outcome stabiliti, promuovendo la consistenza e implementando il Nutrition Care Process e anche la Terminologia associata ad esso, arrivando quindi ad avere un approccio quanto più possibile comprendente l'EBP (62).

CAPITOLO 6

INTERVENTO SPERIMENTALE: QUESTIONARIO E FOCUS GROUP

6.1 Scopo dell'indagine

Avendo ben presente tutto ciò che è stato analizzato nei capitoli precedenti, è chiaro dunque che nell'approccio alle evidenze scientifiche i dietisti sono consci che sia fondamentale garantire una continuità assistenziale che sia il più aggiornata e incentrata al paziente possibile. Tuttavia è anche vero che nell'analisi di documenti, studi e survey esistono numerose difficoltà e barriere con cui i dietisti devono confrontarsi tutti i giorni al fine di poter eseguire ricerche scientifiche, analizzare la letteratura e poi implementarla giorno per giorno, considerando il numero crescente di potenziali pazienti e il conseguente numero ingente di quesiti a cui dover rispondere.

Per studiare ciò ci siamo ispirati ad un articolo scientifico intitolato "Dietetic interns' perceptions and use of evidence-based practice: an exploratory study" che indagava tramite un questionario e un focus group quali fossero i limiti e le percezioni nell'applicazione della medicina basata sulle evidenze durante il periodo di tirocinio di un gruppo di studenti che frequentavano un corso di laurea in Dietistica (63). Tale articolo prende spunto a sua volta da un articolo del 2016 che aveva come obiettivo l'analisi, sempre tramite un questionario, dell'impatto dell'EBP sulle conoscenze e sulla pratica quotidiana dei dietisti (64). Lo scopo dell'intervento sperimentale che abbiamo deciso di attuare è stato quello di valutare il rapporto che i dietisti hanno con le evidenze scientifiche, quanto spesso le ricercano, quanto si sentono preparati sul saperle riconoscere e distinguere per importanza e fonte di origine e quali sono le difficoltà nell'implementare la pratica EBP nella loro quotidianità lavorativa. L'intervento che abbiamo realizzato consiste in un questionario che prende spunto dai due precedentemente citati, è stato tradotto e adattato ad una platea di rispondenti che sono già inseriti in una realtà lavorativa. Successivamente è stato realizzato un focus group volto ad indagare tramite alcune domande sottoposte ad un più limitato gruppo di persone (10-12 persone), quali sono le loro impressioni e opinioni in merito all'EBM e all'EBP.

6.2 Reclutamento dei soggetti

L'obiettivo iniziale di questo studio era quello di sottoporre il questionario ad un gruppo di dietisti lavoratori (di circa 14-16 persone) e di realizzare il successivo focus group tra coloro che avevano completato il questionario e che erano interessati a partecipare fornendo anche un feedback più esteso rispetto al solo questionario. Si è poi pensato di estendere il questionario a tutti i dietisti che lavorano sul territorio delle Marche così da poter avere un campione più ampio e più rappresentativo della popolazione. Il focus group è stato realizzato invece mantenendo la modalità standard del focus group ossia un incontro della durata di circa 2 ore con un massimo di 10-12 persone includendo dietisti già inseriti nella realtà lavorativa, in particolare sono stati coinvolti i dietisti che lavorano presso il reparto di Dietetica e Nutrizione Clinica dell'Ospedale Universitario Umberto I di Ancona Torrette e alcune studentesse del Corso di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie del 2 anno, anche loro dietiste lavoratrici sul territorio marchigiano.

In data 5/08/2021, è stato richiesta l'approvazione del Comitato Etico per la Ricerca di Ateneo dell'Università Politecnica delle Marche che ha espresso parere positivo il 30/08/2021.

6.3 Materiali e metodi

I materiali utilizzati per questo progetto sperimentale sono:

- 1. Computer;
- 2. Pubmed e altre banche dati scientifiche;
- 3. Google moduli;
- 4. App Teams.

Si è partiti inizialmente dalla ricerca della letteratura in merito all'utilizzo e all'impatto che hanno l'EBP e L'EBM sulla quotidianità pratica dei dietisti, siano essi già inseriti in una realtà lavorativa siano essi studenti che stanno effettuando il proprio tirocinio professionalizzante. Gli studi trovati ci hanno portato alle conclusioni già discusse nel capitolo 5.2 e in particolare, lo studio "Dietetic interns' perceptions and use of evidencebased practice: an exploratory study", ci ha fornito l'idea di base da cui abbiamo preso spunto per la modalità di conduzione del nostro studio. L'articolo sopracitato (63) in particolare, era indirizzato a studenti di Dietistica che stavano svolgendo il loro tirocinio professionalizzante e si basava proprio su un questionario anonimo e un focus group volto ad indagare gli aspetti citati nel titolo dello studio stesso. Tale studio, in particolare il questionario, è stato anch'esso tratto da un ulteriore studio (64) rivolto però a dietisti già inseriti nella realtà lavorativa. Partendo da ciò, si è deciso di contattare l'autrice dell'articolo di partenza, Rachel J. Hinrichs, l'autorizzazione ad utilizzare il suo questionario per replicare lo studio qui in Italia, in particolare nella corte di popolazione comprendente i dietisti della Regione Marche. L'autrice si è mostrata disponibile a fornire il questionario impiegato nel suo studio così come le domande sottoposte ai soggetti che avevano partecipato al focus group. Il questionario è stato dunque tradotto in italiano e adattato alla nostra popolazione di riferimento: i dietisti lavoratori della Regione Marche. Stesso procedimento è stato portato avanti anche per le domande somministrate durante il focus group: esse sono state tradotte e adattate alla medesima platea.

Per realizzare una ricerca che fosse il più corretta ed etica possibile si è reso inoltre necessario fare richiesta al Comitato Etico per la Ricerca di Ateneo dell'Università Politecnica delle Marche al fine di informare il C.E. rispetto a quelli che erano i nostri obiettivi di analisi e per richiedere la possibilità di coinvolgere all'interno della ricerca, in particolare nel focus group, i dietisti della S.O.D. di Dietetica e Nutrizione Clinica

dell'Ospedale Umberto I di Ancona Torrette e di alcune studentesse del 2° anno del CdLM in Scienze delle Professioni Tecniche Assistenziali, anche loro dietiste. La richiesta è stata inoltrata il giorno 5/08/2021 e ha ricevuto parere positivo dal C.E. il giorno 30/08/2021. A seguito del parere positivo è stata realizzata una lettera di presentazione e partecipazione al questionario che dichiarava quelli che erano gli obiettivi e gli intenti del nostro studio. Essa è stata allegata al questionario che dopo essere stato realizzato tramite Google Moduli, è stato inviato come link ai dietisti della Regione Marche. Il questionario è composto da 29 domande, di cui 28 domande chiuse e 1 domanda aperta. Le domande chiuse sono sia domande a risposta multipla in cui il soggetto deve trovare l'alternativa corretta, sia domande vero/falso, sia domande realizzate con una scala likert (Ogni giorno, A giorni alterni, Settimanalmente, Mensilmente, Meno di mensilmente, Mai). Il questionario è anonimo e i partecipanti dovevano esprimere il consenso alla raccolta delle risposte ai fini dell'analisi delle stesse; non sono stati raccolti dati personali sui partecipanti ad eccezione dell'età, del genere e degli anni di anzianità di lavoro.

Il questionario è stato reso disponibile alla compilazione dal 30 agosto fino al 20 settembre hanno partecipato 23 soggetti. Il focus group invece è stato realizzato tramite una riunione realizzata tramite la piattaforma Teams il giorno 21 settembre ed ha avuto la durata di circa due ore. All'inizio dell'incontro si è chiesto il consenso dei partecipanti a registrare l'incontro stesso che è stato poi anonimizzato e trascritto per raccogliere le risposte dei soggetti che hanno risposto a tutte o solo ad alcune domande. Le domande sottoposte nel focus group sono 5, alcune di esse presentano delle sotto domande al fine di indagare in maniera più accurata gli aspetti riguardanti le opinioni, le barriere e i vantaggi dell'EBP nella pratica lavorativa.

Dopo aver raccolto tutte le risposte al questionario e aver anonimizzato e trascritto l'esito del focus group si è proceduto con l'analisi statistica di tutto il materiale ottenuto.

Per l'analisi quantitativa, dalle risposte ricevute ai questionari sono stati calcolati i seguenti punteggi, raggruppati per macroaree:

- 1. Conoscenza generale sull'EBM (Domande 1, 2, 15, 19, 20): da 0 a 5.
- 2. Conoscenza specifica dell'EBM (Domande 13 e 17): da 0 a 8.
- 3. Frequenza nell'uso dell'EBM nella pratica lavorativa (Domande da 3 a 11): da 0 a 45
- 4. Applicazione dell'EBM nella propria pratica (Domande 12, 14, 16, 18): da 0 a 5

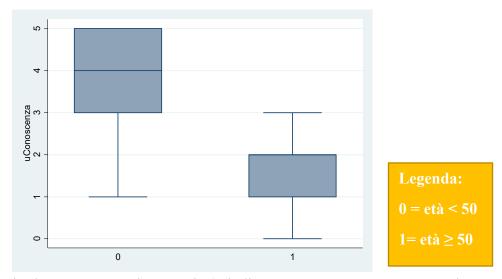
I punteggi medi ottenuti dai soggetti, per ogni macrotema, sono stati poi confrontati con le variabili demografiche (età, livello di istruzione, setting lavorativo, orario lavorativo, anzianità professionale) e le informazioni raccolte sulla percezione dei soggetti in merito all'intenzione di implementare le EBM (Domanda 23), e in merito alle barriere per la loro implementazione (Domanda 24).

La relativa analisi ANOVA è stata effettuata, ove applicabile in base alla numerosità per singola categoria, con il software STATA v.13 (StataCorp-College Station, Texas, USA), considerando alpha=0.05 come soglia di significatività statistica.

6.3 Analisi dei dati e risultati: questionario

Il questionario sottoposto ha avuto 23 risposte. L'età media dei rispondenti è stata di 37,6 anni ±13,7 (ds), di cui 19 sono state donne (83,3%) e 4 uomini (16,7 %); quasi il 46% dei soggetti (45,8%) ha un'anzianità lavorativa inferiore ai 5 anni mentre il 12,5% tra i 6 e i 10 anni, il 16,7% tra gli 11 e 20 anni e un quarto dei rispondenti lavora nella professione da più di 20 anni. Il 100% dei soggetti lavora all'interno della Regione Marche, in particolare oltre il 60% (15 soggetti) lavora all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, il 25 % come libero professionista e la restante parte lavora in strutture private accreditate con il SSN o all'interno de dipartimenti di prevenzione (SIAN). Il 58,3% è in possesso della Laurea Triennale abilitante alla professioni Sanitarie mentre la restante parte dei soggetti che hanno completato il questionario è in possesso del Master di I Livello o ha sostenuto il percorso di studi attivo prima della istituzione della Laurea Triennale (diploma equiparato). Il 70,8 % dei soggetti coinvolti ha un orario di lavoro che supera le 35 ore settimanali.

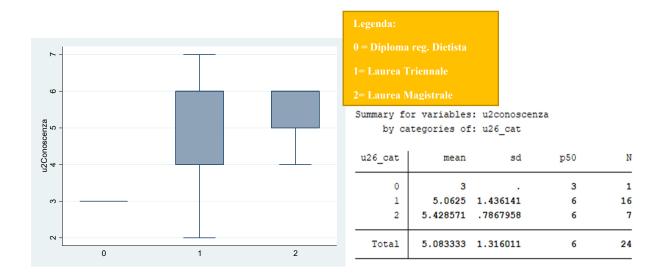
Per condurre l'analisi quantitativa, la popolazione è stata suddivisa anagraficamente in due categorie: 0= < 50 anni e 1= >50 anni i risultati statisticamente significativi sono stati rappresentati graficamente in box plot sottostante;



Con un punteggio da 0 a 5 per ogni categoria (0 indica scarsa conoscenza mentre 5 buona conoscenza) i soggetti con meno di 50 anni hanno una media di punteggi di $3,72 \pm 1,17$ ds e il gruppo 1=>50 anni una media dei punteggi di 1.6. La maggior conoscenza generale EBM emersa nei soggetti più giovani, rispetto agli over 50 (+2 punti), risulta statisticamente significativa (p=0,001). La stessa tendenza nei punteggi e per quanto riguarda la

significatività si mantiene anche per la conoscenza generale dell'EBM rapportata all'anzianità professionale: nei soggetti con anzianità <20 anni il punteggio medio di questa macroarea è stato 3,55 mentre nei soggetti con più di 20 anni di esperienza il punteggio medio è di 2,16 (differenza di -1,39 punti, statisticamente significativa: p=0,038). Per quanto riguarda l'associazione tra la prima macroarea ed il livello di istruzione così come l'orario lavorativo non si sono riscontrate differenze statisticamente significative. Inoltre per quanto riguarda l'area di lavoro non sono emerse differenze significative nella conoscenza tra chi lavora all'interno del SSN e chi è libero professionista. Nella domanda 23: "Stai attualmente includendo l'EBP nella tua pratica clinica?" valutata sempre con score da 0 a 5, anche se le differenze tra i due gruppi di popolazione non sono staticamente significative è interessante sottolineare che coloro che hanno riferito di aver completamente implementato EBP e l'EBM nella propria pratica professionale in realtà hanno ottenuto i punteggi più bassi (media punteggi: 2). Per quanto concerne invece la domanda n.º 24 volta ad indagare le barriere presenti all'implementazione dell'EBP nella pratica clinica mediamente chi ha ottenuto punteggio massimo nella macroarea "Conoscenza generale EBM" pensa che la mancanza di consapevolezza EBM e la resistenza al cambiamento siano le principali barriere; chi invece ha ottenuto punteggi bassi ha identificato la mancanza di formazione nella valutazione critica come motivo principale.

Per la seconda macroarea "Conoscenza specifica dell'EBM" viene utilizzato nuovamente uno score che questa volta va da 0 a 8 e dai risultati si mantiene costante la significatività statistica vista nella prima macroarea per quanto riguarda i due sottogruppi (0= < 50 anni; 1= > 50 anni) con una media di punteggio di 5,44 e 4, rispettivamente. La differenza emersa di 1,44 a favore degli under 50 è statisticamente significativa (p=0,016). Anche per l'associazione tra seconda macroarea e l'anzianità di lavoro (0= < 20 anni e 1= > 20 anni) si può notare lo stesso trend riscontrato nella prima macroarea (5,28 versus 4,5, rispettivamente) ma in questo caso le differenze non sono statisticamente significative. Nell'associazione tra la conoscenza specifica dell'EBM e il livello di istruzione, dall'analisi statistica è emerso un lieve trend che sembra suggerire maggior conoscenza EBM in chi ha più titoli di studio, ma essendo la numerosità troppo esigua non si è riusciti ad avere una associazione statisticamente significativa.



Per quanto riguarda l'associazione tra la seconda macroarea e l'orario lavorativo e l'area di lavoro non sono state riscontrate dall'analisi differenze statisticamente significative, così come per la prima macroarea. Stessa cosa accade per le domande 23 e 24 con cui non ci sono, dai risultati emersi, rapporti di significatività statistica.

Nella terza macroarea "Frequenza nell'uso dell'EBM nella propria pratica lavorativa" valutata sempre tramite uno score, i punteggi andavano da 0 a 45, il trend nei due gruppi di età 0 e 1 è in questo caso opposto rispetto alle due macroaree antecedenti con punteggi più alti per i soggetti appartenenti al gruppo 1 ma la differenza non si è rivelata statisticamente significativa in quanto il p-value è di 0,207. Nella relazione tra la terza macroarea e l'anzianità professionale il trend riscontrato è opposto rispetto alla stessa categoria nella prima macroarea con punteggi superiori per il gruppo con più di 20 anni di lavoro anche se la differenza non risulta poi statisticamente significativa. Mentre invece il trend riscontrato tra la frequenza di utilizzo dell'EBM e il livello di istruzione risulta opposto rispetto a ciò che è stato riscontrato nella seconda macroarea. Nella domanda 23 invece, lo score per la frequenza di utilizzo dell'EBM e dell'EBP è più alto in coloro che dichiarano di utilizzare già l'EBM e l'EBP esattamente come ci si aspettava prima di sottoporre il questionario.

Nell'ultima macroarea "Applicazione dell'EBM nella propria pratica" con score da 0 a 5, l'analisi statistica di tale macroarea in rapporto ai gruppi di età, anzianità lavorativa, area lavorativa e orario di lavoro non ha riportato differenze statisticamente significative, come per le domande 23 e 24. L'assenza di significatività potrebbe essere il risultato di una bassa numerosità, saranno quindi necessari ulteriori studi per chiarire questi aspetti.

6.4 Analisi dei risultati: Focus Group

L'incontro per la realizzazione del focus group si è svolto il giorno 21 settembre 2021 e ha visto la partecipazione di 10 dietisti. Essendo anonimo il questionario precedentemente somministrato, al momento del focus group non è stato possibile sapere chi di loro aveva completato anche la survey.

Osservazioni generali sull'EBP

Alla domanda "che cosa ti viene in mente quando pensi alla Pratica Basata sulle Evidenze?" i dietisti coinvolti nel focus group hanno avuto una risposta più o meno omogenea

"Si tratta di basare il nostro lavoro sulle evidenze che siano il più aggiornate possibile." "[Si tratta di] reperire le informazioni, la ricerca nelle banche dati, reperire informazioni puntuali, precise, specifiche e trovare un modo per dare un'applicazione pratica, una concretizzazione nel campo operativo."

Quasi la totalità dei dietisti coinvolti, nonostante provenienti da percorsi formativi diversi e quindi con anzianità di lavoro diverse hanno associato il concetto di Pratica basata sulle Evidenze con le Linee Guida, come strumento principe per la propria pratica lavorativa

"se c'è una LG su quell'argomento mi fido perché so che c'è stato tutto un lavoro dietro di analisi e raccolta di tutto quello che è stato detto su quell'argomento fino a quel punto."

Alcuni dei partecipanti hanno tuttavia sottolineato che le LG per una particolare patologia non sempre hanno approfondimenti sulla parte nutrizionale.

"Molto spesso anche nelle LG la parte nutrizionale è liquidata in poche righe e non dà spunti pratici se non indicazioni molto generali."

Da questa risposta emerge anche un gap di evidenza scientifica in questa area che andrebbe colmata. Una maggior consapevolezza EBM potrebbe essere la chiave di volta per incentivare a generare in prima persona evidenza scientifica anziché aspettare di leggere studi già pubblicati.

Tutti i dietisti coinvolti nel focus group hanno affermato di essersi approcciati, alcuni durante il periodo della formazione, alcuni invece dopo essersi inseriti nella realtà lavorativa, con la Pratica Basata sulle Evidenze. La metà ha riferito di aver iniziato ad approcciare in maniera

concreta all'EBP soltanto una volta entrati nel mondo del lavoro mentre nell'ambito di quanti avevano iniziato ad interessarsi all'argomento durante la formazione si distingue chi ha iniziato durante il periodo della Laurea Triennale e chi invece durante la Laurea Magistrale.

I 5 step dell'EBP: certezze e ostacoli

Nel valutare quali step fossero più acquisiti e semplici per i dietisti e quali invece per loro più difficoltosi e richiedessero più tempo ci sono state risposte contrastanti; in particolare chi ha più esperienza in termini di anni ha riferito più facilità nel ricercare e analizzare la letteratura mentre più difficoltà nell'approccio con il paziente e nell'adattare le sue esigenze alle conoscenze ed evidenze.

"Per me lo step in cui mi trovo a mio agio è essenzialmente la ricerca sistematica delle evidenze e quindi della letteratura così come quello della valutazione critica delle evidenze, mentre trovo più difficoltà nello step di combinazione delle conoscenze con le preferenze del paziente"

Chi invece è uscito dal percorso di formazione più di recente ha risposto in maniera opposta.

"Penso che applicare le informazioni in combinazione con la propria esperienza clinica e le preferenze del paziente sia parte integrante del nostro lavoro in quanto dietiste: adattare le LG all'anamnesi del paziente. In questo aspetto quindi siamo abbastanza allenate."

"Mi associo anche io in quanto rientra tutta la parte di mediazione, di plasmare la dieta sulle abitudini, esigenze, stile di vita del paziente quindi è una cosa che ci insegnano da subito e in cui siamo piuttosto brave."

È chiaro dunque che qualcosa deve essere implementato dal punto di vista della formazione universitaria fornita ai dietisti ma non solo, anche nell'approccio quotidiano con i pazienti e i caregiver in quanto fornire un intervento che sia il connubio tra le conoscenze e le preferenze o esigenze del paziente può risultare più facile per alcuni e più problematico per altri.

Le barriere all'EBP

I dietisti hanno identificato diverse barriere all'implementazione dell'EBP nella pratica quotidiana, prima su tutte il tempo, poi l'abitudine di effettuare alcune procedure sempre allo stesso modo, non implementando nuove conoscenze o procedure, così come la lingua inglese.

"il tempo condiziona tutto, se uno avesse un tempo dedicato solo a quello [la ricerca di letteratura] riuscirebbe sicuramente a fare ricerche più approfondite."

"Per esempio nella gestione del paziente con diabete di tipo 1 [...]Nel mio caso trovo difficile implementare le LG anche in corso di ricovero perché magari ci sono altri professionisti sanitari che lavorano in quel reparto da molti anni. Quindi spesso mi trovo a scontrarmi con colleghi che sono lì da molto prima di me e non mi prendono in considerazione e questo non mi consente di attuare i cambiamenti adatti."

Un altro aspetto emerso durante la discussione come barriera all'implementazione dell'EBP, è la percezione di alcuni dietisti della **resistenza al cambiamento** di alcuni colleghi.

"L'esempio più recente che mi è capitato è che a volte non ci si interroga più. Molto spesso alcuni professionisti hanno acquisito alcune conoscenze anni fa e da lì in poi non si sono più interrogati rispetto queste conoscenze."

Quindi in termini pratici il fattore tempo è l'elemento più condizionante per l'implementazione delle evidenze anche il rapporto ai colleghi che non hanno interesse ad aggiornarsi o a mettersi in discussione. Il fattore tempo è un fattore limitante anche ai fini della ricerca di letteratura soprattutto nell'ottica del lavoro di équipe.

Aspetti che potrebbero incoraggiare all'inclusione dell'EBP nella pratica clinica

Nonostante le criticità emerse nell'inclusione delle evidenze nella pratica lavorativa e le barriere sia dipendenti da fattori esterni che da fattori intrinseci tutti i dietisti hanno affermato di essere più che ben disposti ad implementare l'EBP nella pratica lavorativa se ci fosse la possibilità di avere un tempo dedicato, durante l'orario di lavoro, unicamente a questo aspetto. Altri elementi che secondo i dietisti potrebbero incoraggiare all'implementare l'EBP sono sicuramente il mantenere un buon sospetto clinico durante la pratica quotidiana, così

come l'avere una sensibilità agli argomenti e alle problematiche del paziente e un clima di lavoro propositivo e orientato verso la formazione continua in medicina.

"Quello che potrebbe incoraggiarmi sicuramente è il sospetto clinico, però occorre dargli anche la giusta importanza nella quotidianità. Nel mio caso, il lavoro è diventato molto più incentrato sul fare i numeri, il paziente passa da un professionista all'altro e spesso non c'è neanche il tempo di farselo venire il sospetto clinico."

"Secondo me è anche un discorso di sensibilità, da parte dei colleghi soprattutto se [la richiesta di effettuare una ricerca scientifica] avviene 1, 2, 3 volte, allora mi porta a ricercare se non altro per tentare di dare una risposta al collega oltre che informarmi per me."

È chiaro dunque che i dietisti esattamente come altri professionisti sanitari percepiscono la presenza di ostacoli all'applicazione pratica degli step dell'EBP. Tuttavia dichiarano di essere più che ben disposti a dedicare parte del proprio orario di lavoro alla ricerca e analisi di letteratura non solo ai fini del mero aggiornamento personale ma anche e soprattutto per fornire un approccio clinico quanto più aggiornato e solido dal punto di vista delle evidenze possibile.

CAPITOLO 7

CONCLUSIONI

Come chiarito più volte nei vari capitoli di questo elaborato l'obiettivo di tale progetto sperimentale era cercare di valutare le conoscenze dei dietisti su EBM e la sua applicazione nella pratica clinica. In particolare si voleva verificare se ci fossero relazioni tra alcuni parametri come l'età, l'anzianità di lavoro, le diverse aree di lavoro e il percorso di formazione dei dietisti con la capacità e la possibilità degli stessi di implementare l'EBM e l'EBP nella propria pratica. Ciò che è emerso dall'analisi dei dati sia per quanto riguarda il questionario che il focus group è che esiste una differenza in termini di conoscenza dell'approccio EBM ed EBP tra coloro che vengono da percorsi formativi più recenti rispetto a coloro che si sono diplomati o laureati anni fa. Questo ovviamente potrebbe essere spiegato anche solo pensando al fatto che il metodo EBM è stato scoperto e introdotto nei primi anni 90 e quindi generazioni di professionisti sanitari hanno visto cambiare il proprio approccio alla pratica quotidiana e alle evidenze scientifiche da usare all'interno di essa, con conseguenti problematiche di adattamento ad un nuovo modello. In realtà ciò che emerge dai nostri dati è una maggiore tendenza di coloro che hanno un'età inferiore a 50 anni a porsi problematiche relative alla propria pratica lavorativa che seguano una metodologia rigorosa, ad analizzare i dati, seguendo non solo le fonti ma anche la metodologia statistica utilizzata e la popolazione a cui fa riferimento lo studio come metro di analisi dello studio stesso. Probabilmente questa tendenza negli under 50 è dovuta a una maggiore implementazione di corsi EBM nei percorsi universitari così come una maggiore motivazione ad aggiornare il proprio operato in maniera costante. Tale tendenza si mantiene non solo per le conoscenze di base dell'EBM ma è confermata anche e soprattutto quando si richiede la conoscenza di aspetti più specifici. È inoltre interessante notare che la percezione di aver completamente integrato l'EBM nella propria pratica professionale non combacia con i punteggi ottenuti, sottolineando che si tratta di una metodologia che probabilmente necessita ancora di altro tempo per diventare completamente assodata.

Nonostante ciò non si sono riscontrate differenze per quanto riguarda la frequenza d'uso del modello EBM né tra i vari gruppi di età né tra i due diversi livelli di anzianità di lavoro considerati e ciò, come riportato anche precedentemente, potrebbe essere il risultato di una scarsa numerosità e non una vera e propria assenza di differenze rilevanti; mentre come ci si

aspettava si sono riscontrati punteggi migliori per quanto riguarda la frequenza di utilizzo dell'EBM in chi dichiara di utilizzare già il metodo EBM. L'applicazione dell'EBM così come la frequenza di utilizzo non ha riscontrato differenze significative, è però importante sottolineare che questi aspetti erano autovalutati da coloro che si sono sottoposti al questionario e quindi non sempre la percezione di essere in possesso di conoscenze in merito all'EBM e all'EBP corrispondeva con la reale conoscenza valutata poi tramite le altre domande.

Il focus group ha in parte ricalcato i risultati emersi dal questionario, chiarendo che c'è una maggiore tendenza da parte di coloro che sono laureati da meno tempo ad implementare nella propria quotidianità il metodo EBM in toto effettuando ricerche approfondite e valutando le fonti e i risultati delle stesse. Coloro che invece sono inseriti nella realtà lavorativa da più tempo affermano che molto spesso la mancanza di tempo da dedicare alla formazione è la barriera principale all'utilizzo del metodo EBM e alla possibilità di eseguire ricerche e approfondimenti scientifici. Al contempo hanno dichiarato di essere tutti più ben disposti qualora fosse possibile dedicare una parte del proprio orario lavorativo a fare ricerche per migliorare la propria pratica quotidiana e l'approccio con e per il paziente.

È chiaro dunque che i dietisti sono consci dell'importanza di avere un metodo rigoroso a cui fare riferimento per la propria pratica lavorativa a prescindere dall'età, dalla formazione e dall'anzianità di lavoro ma sono anche consapevoli della presenza di barriere sia imputabili a fattori esterni che a fattori interni come la resistenza al cambiamento e le difficoltà linguistiche. Un ampliamento di tale studio in termini numerici, includendo un campione più ampio di dietisti a cui sottoporre il questionario potrebbe chiarire alcune differenze in cui non è stato possibile eseguire un'analisi statistica rigorosa.

8. BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

- 1. Sackett, D. L; Rosenberg, W. M C; Gray, J A M.; Haynes, R B.; Richardson, W S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ, 312(7023), 71–72. doi:10.1136/bmj.312.7023.71;
- 2. Guyatt GH. Evidence-based medicine. ACP J Club. 1991;114:A-16.
- 3. Evidence-Based Medicine A New Approach to Teaching the Practice of Medicine Evidence-Based Medicine Working Group JAMA November 4 1992;
- 4. British Medical Association. Report of the working party on medical education. London: BMA, 1995;
- 5. Standing Committee on Postgraduate Medical and Dental Education. Creating a better learning environment in hospitals. 1. Teaching hospital doctors and dentists to teach. London: SCOPME, 1994;
- 6. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. William Rosenberg, Anna Donald BMJ 1995;310:1 122-6;
- 7. http://www.bandolier.org.uk/band39/b39-9.html
- 8. https://www.gimbe.org/eb/formulazione.html
- 9. https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/ebm-tools/finding-the-evidence-tutorial
- 10. The impact of patient, intervention, comparison, outcome (PICO) as a search strategy tool on literature search quality: a systematic review Mette Brandt Eriksen, PhD; Tove Faber Frandsen, PhD knowledge synthesis DOI: dx.doi.org/10.5195/jmla.2018.345Journal of the Medical Library Association106 (4) October 2018
- 11. Zolnierek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. Med Care. 2009 Aug;47(8):826-34 PMID: 19584762; doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc. PMCID: PMC2728700.
- 12. Tavakoly Sany SB, Behzhad F, Ferns G, Peyman N. Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial. BMC Health Serv Res. 2020 Jan 23;20(1):60. doi: 10.1186/s12913-020-4901-8. PMID: 31973765; PMCID: PMC6979365.
- 13. La medicina basata sull'evidenza (evidence-based medicine, EBM). L'uso della letteratura scientifica nella medicina clinica. Bollettino d'informazione sui farmaci;
- 14. Muir G. Evidence- Based Healthcare and Public Health: How to make decisions about health services and Health Policy- Third Edition Churchill Livingstone, 2009;
- 15. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based Medicine. How to practice and teach EBM. 2nd edition. London: Churchill Livingstone, 2000;

- 16. Di Censo A, Cullum N, Ciliska D. "Implementing evidence based nursing: some misconceptions" Evidence Based Nursing 1998; 1:38-40;
- Food and Nutrition Board, Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes for Calcium, Magnesium, Phosphorus, VitaminD, and Fluoride. Washington, DC: National Academy Press; 1997.
- 18. Jeffrey Blumberg, Robert P Heaney, Michael Huncharek, Theresa Scholl, Meir Stampfer, Reinhold Vieth, Connie M Weaver, Steven H Zeisel, Evidence-based criteria in the nutritional context, Nutrition Reviews, Volume 68, Issue 8, 1 August 2010, Pages 478–484, https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2010.00307.x
- 19. È possibile una nutrizione basata sull'evidenza? G.Bedogni, C.Agostini. Prospettive in Pediatria, Aprile-Giugno 2012 vol.42;
- 20. Dawes, M., Summerskill, W., Glasziou, P. et al. Sicily statement on evidence-based practice. BMC Med Educ 5, 1 (2005). https://doi.org/10.1186/1472-6920-5-1;
- 21. Guyatt GH, Rennie D: Users' guides to the medical literature [editorial]. JAMA 1993, 270:2096-2097.
- 22. Evidence-based Practice: le competenze core per tutti i professionisti sanitari Loai Albarqouni, Tammy Hoffmann1, Sharon Straus, Nina Rydland Olsen, Taryn Young, Dragan Ilic, Terrence Shaneyfelt, R. Brian Haynes, Gordon Guyatt, Paul Glasziou;
- 23. https://ape.agenas.it/documenti/Normativa/Manuale_formazione_continua_professionista_sanitario.pdf
- 24. Zwolsman S, te Pas E, Hooft L, Wieringa-de Waard M, van Dijk N. Barriers to GPs' use of evidence-based medicine: a systematic review. Br J Gen Pract. 2012 Jul;62(600):e511-21. doi: 10.3399/bjgp12X652382. PMID: 22781999; PMCID: PMC3381277;
- 25. Sadeghi-Bazargani H, Tabrizi JS, Azami-Aghdash S. Barriers to evidence-based medicine: a systematic review. J Eval Clin Pract 2014;20:793-802;
- 26. Editorial Volume 31, ISSUE 3, P169-170, March 01, 2008 Evidence-Based Practice in 5 Simple Steps DOI:https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2008.03.013;
- 27. Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J, Hayward RS: The wellbuiltclinical question: a key to evidence-based decisions [editorial]. ACP J Club 1995, 123:A12-3;
- 28. Rosenberg WM, Deeks J, Lusher A, Snowball R, Dooley G, Sackett D: Improving searching skills and evidence retrieval. J R Coll Physicians Lond 1998, 32:557-563;
- 29. Parkes, Julie (1996). Cochrane Database of Systematic Reviews (Reviews) || Teaching critical appraisal skills in health care settings. , (), -. doi:10.1002/14651858.CD001270;

- 30. Burman, Mary E.; Robinson, Barbara; Hart, Ann Marie (2013). Linking Evidence-Based Nursing Practice and Patient-Centered Care Through Patient Preferences. Nursing Administration Quarterly, 37(3), 231–241. doi:10.1097/NAQ.0b013e318295ed6b;
- 31. Jamtvedt, G (1996). The Cochrane Database of Systematic Reviews (Reviews) || Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes., 10.1002/14651858(), -. doi:10.1002/14651858.CD000259
- 32. Lennon SL, DellaValle DM, Rodder SG, Prest M, Sinley RC, Hoy MK, Papoutsakis C. 2015 Evidence Analysis Library Evidence-Based Nutrition Practice Guideline for the Management of Hypertension in Adults. J Acad Nutr Diet. 2017 Sep;117(9):1445-1458.e17. doi: 10.1016/j.jand.2017.04.008. Epub 2017 Jun 1. PMID: 28578899;
- 33. McKenzie YA, Bowyer RK, Leach H, Gulia P, Horobin J, O'Sullivan NA, Pettitt C, Reeves LB, Seamark L, Williams M, Thompson J, Lomer MC; (IBS Dietetic Guideline Review Group on behalf of Gastroenterology Specialist Group of the British Dietetic Association). British Dietetic Association systematic review and evidence-based practice guidelines for the dietary management of irritable bowel syndrome in adults (2016 update). J Hum Nutr Diet. 2016 Oct;29(5):549-75. doi: 10.1111/jhn.12385. Epub 2016 Jun 8. PMID: 27272325;
- 34. Bauer J. Evidence-based practice in nutrition and dietetics: Translating evidence into practice. Nutr Diet. 2019 Apr;76(2):123-125. doi: 10.1111/1747-0080.12533. PMID: 30957367;
- 35. Thompson KL, Elliott L, Fuchs-Tarlovsky V, Levin RM, Voss AC, Piemonte T. Oncology Evidence-Based Nutrition Practice Guideline for Adults. J Acad Nutr Diet. 2017 Feb;117(2):297-310.e47. doi: 10.1016/j.jand.2016.05.010. Epub 2016 Jul 16. PMID: 27436529;
- https://www.crea.gov.it/web/alimenti-e-nutrizione/-/linee-guida-per-una-sanaalimentazione-2018;
- 37. Evidence-Based Clinical Practice la pratica clinico-assistenziale basata su prove di efficacia. P. Chiari, D.Mosci, E.Naldi. McGraw Hill 2014;
- 38. Cochrane A.L., Effectiveness and Efficiency. Random reflection on Health Service, Nuffield Provincial Hospital Trust, London, 1972;
- 39. Giovanni Pomponio Aldo Calosso EBM e metodologia della ricerca per le professioni sanitarie 2005 CG Edizioni Medico Scientifiche;
- 40. https://www.gimbe.org/eb/valutazione.html
- 41. https://snlg.iss.it/?p=176
- 42. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2008;336:924–6;

- 43. New evidence pyramid M Hassan Murad, Noor Asi, Mouaz Alsawas, Fares Alahdab Evid Based Med August 2016, volume 21, number 4
- 44. Manuale 3 medicina basata sulle evidenze Roberto Iovine e Pierluigi Morosini Quarta edizione, Roma aprile 2005, Epicentro.
- 45. Systematic review Barriers to evidence-based medicine: a systematic review Homayoun Sadeghi-Bazargani PhD,1 Jafar Sadegh Tabrizi PhD2 and Saber Azami-Aghdash PhD3,4
- 46. How evidence-based medicine is failing due to biased trials and selective publication Susanna Every-Palmer MBChB FRANZCP MSc1 and Jeremy Howick BA MSc PhD2;
- 47. <a href="https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataglioAtto/originario.atto.dataglioAtto/originario.atto.dataglioAtto/originario.atto.dataglioAtto/originario.atto.dataglioAtto/originario.atto.dataglioAtto/originario.atto.dataglioAtto/originario.atto.dataglioAtto/originario.atto.dataglioAtto/originario.atto.dataglioAtto/originario.atto.dataglioAtto/originario.atto.dataglioAtto/originario.atto.dataglioAtto/originario.atto.dataglioAtto/originario.atto.dataglioAtto/originario.atto.dataglioAtto/originario.atto.dataglioAtto.dataglio
- 48. Codice Deontologico dei Dietisti- approvato dall'assemblea dei soci ANDID 7 dicembre 2012
- 49. Blumberg J, Heaney RP, Huncharek M, et al. Evidence-based criteria in the nutritional context. Nutr Rev 2010;68:478-84.
- 50. È possibile una nutrizione basata sull'evidenza? Giorgio Bedogni, Carlo Agostoni
- 51. Editorial Knowledge translation, Nutrition and Dietetics 2018; 75: 341–344 DOI: 10.1111/1747-0080.12466
- 52. Knowledge Translation and Evidence-Based Practice: A Qualitative Study on Clinical Dietitians' Perceptions and Practices in Switzerland Ludivine Soguel, MSc, RD; Carla Vaucher, MSc; Theresa Bengough, MA; Bernard Burnand, MD, PhD; Sophie Desroches, PhD, RD
- 53. Evidence-Based Practice: What Are Dietitians' Perceptions, Attitudes, and Knowledge? Laura d. Byham-gray, judith a. Gilbride, Beth dixon, frances king stage, phd J Am Diet Assoc. 2005;105:1574-1581.
- 54. International Confederation of Dietetic Associations. International Competency Standards for Dietitian nutritionists
- 55. Perspective: The Evidence-Based Framework in Nutrition and Dietetics: Implementation, Challenges, and Future Directions Elizabeth P Neale and Linda C Tapsell 2019 American Society for Nutrition. All rights reserved. Adv Nutr 2019;10:1–8; doi: https://doi.org/10.1093/advances/nmy113.
- 56. Exploring perceptions, barriers and use of systematic reviews amongst nutrition professionals and nutrition students Bethany Gooding BND (Hons), Dietitian, Yasmine Probst PhD, AdvAPD, Lauren Houston BSc (Hons), Elizabeth Neale PhD, AdvAPD 19 December 2019 https://doi.org/10.1111/1747-0080.12598

- 57. Dougherty CM, Burrowes JD, Hand RK. Why registered dietitian nutritionists are not doing research—perceptions, barriers, and participation in research from the Academy's dietetics practice-based research network needs assessment survey. J Acad Nutr Diet. 2015;115:1001-1007
- 58. Barriers to Implementing the Evidence Base in Four NHS Therapies Dietitians, occupational therapists, physiotherapists, speech and language therapists. Caroline Metcalfe, Robert Lewin, Stephen Wisher, Susannah Perry, Katrina Bannigan, Jennifer Klaber Moffett
- 59. Nutrition Care Process and Model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management karen lacey, ms, rd; ellen pritchett, rd Journal of the american dietetic association
- 60. (2008). Nutrition Care Process and Model Part I: The 2008 Update., 108(7), 1113–1117. doi:10.1016/j.jada.2008.04.027
- 61. https://www.andeal.org/
- 62. Papoutsakis, Constantina; Moloney, Lisa; Sinley, Rachel C.; Acosta, Antonia; Handu, Deepa; Steiber, Alison L. (2016). Academy of Nutrition and Dietetics Methodology for Developing Evidence-Based Nutrition Practice Guidelines. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, (), S2212267216308668—. doi:10.1016/j.jand.2016.07.011
- 63. Dietetic interns' perceptions and use of evidence-based practice: an exploratory study Rachel J. Hinrichs, MS, MSLS, AHIP January 2018 Journal of the Medical Library Association
- 64. Impact of an Evidence-Based Practice Intervention on Knowledge and Clinical Practice Behaviors Among Registered Dietitians E. Annelie M. Vogt, DNC Laura D. Byham-Gray, PhD, RD; Robert Denmark, PhD,Riva Touger-Decker, PhD, RD

9. ALLEGATI



Data _ Sede
Paziente:
Intervento considerato
A14.5 71.79.5 - 4 42
Altri possibili interventi
Esito/i presi in esame (le cui diverse probabilità a seconda degli interventi si vogliono stimare):
Lo studente:

Ricordati che devi essere preparato a rispondere alle seguenti domande. Come hai trovato le prove, le evidenze? Che evidenze hai trovato? Quanto sono valide e applicabili (valutazione critica)? A che cambiamenti nella gestione di questi pazienti portano? Come valuti la tua prestazione nel compilare questa ricetta formativa?

Educational Prescription- David Sackett

Allegato 2 – Questionario

Questionario sull'attuazione dell'EBP nella pratica clinica quotidiana dei dietisti

Si prega di selezionare una risposta alle seguenti domande:

1. Qual è il primo passo nel modello di prassi basata sull'evidenza (EBP) per il processo decisionale clinico?	
 □ Ricerca nella letteratura □ Valutazione critica della letteratura □ Scrivere una domanda con cui avviare la ricerca □ Applicare alla pratica i risultati della ricerca □ La valutazione del risultato 	
2. Utilizzando il modello EBP, la tecnica "PICO" per formulare una domanda clinica sta per:	
 □ Previsione, Intervento, Confronto, Risultato □ Paziente, Intervento, Confronto, Risultato □ Paziente, Intervento, Cura, Risultato □ Paziente, Indicatore, Confronto, Risultato 	

Per ogni domanda qui sotto, barrare la casella relativa alla frequenza con cui si eseguono ciascuno dei comportamenti di pratica basata su evidenze, nella pratica clinica di un mese tipo.

	Ogni giorno	A giorni alterni	Settimanalmente	Mensilmente	Meno di mensilmente	Mai
3. Scrivere un modello PICO						
ricercabile						
4. Ricercare evidenze mediche,						
linee guida o articoli sulla mia						
pratica quotidiana						
5. Ricercare evidenze dietetiche						
su internet (siti governativi,						
associazioni professionali						
escludendo la Cochrane Library)						
riguardo la mia pratica clinica						
6. Rispondere a quesiti di						
background riguardo la mia						
pratica clinica						
7. Accedere alle migliori						
evidenze da articoli riguardanti						
la mia pratica clinica						
8. Accedere alle evidenze dalla						
Cochrane library				_		

9. Acceder	e alle evidenze da						
fonti di EB	P (GIMBE, DARE)						
10 Valutar	e criticamente uno						
studio	e circleamente ano						
	Review Sistematiche						
	ambiare la mia						
pratica clir	iica						
Leggi l'ese	mpio clinico sottosta	nte e rispor	ndi al megli	o delle tue	capacità	i:	
Egli è alto 1 di vita sede un'abbond gli approcc	i 48 anni con iperten 180,3 cm, pesa 110,6 entario e di solito salt ante cena, dopo di chi i chirurgici e si chiede carboidrati lo aiutorà	kg e ha una a la colazior ne continua e se una die	circonfere ne, mangia a spizzicare ta a basso c	nza vita di 1 un piccolo p e dolci. Il pa	.09,2 cm oranzo, e ziente no	. Il paziente ha e poi consuma on è ancora pr	uno stile onto per
proteine o	carboidrati lo aiuterà	i a perdere j	più peso.				
ricerca di le diabete (P)	se dello scenario di c etteratura (un esemp , una consulenza diet izione dei tassi di dia	io potrebbe etica preco	essere: "in	donne in s	ovrappes	so con diagnos	si di pre-
13. Identifitua domand Ric Lin Ap	erca generale su Inte ee guida pubblicate s punti delle lezioni de	ensi che pos rnet sulla pratica lla tua unive	ssano fornii clinica ersità		e più vali	ide per rispond	lere alla
	nca dati elettronica (l						
	rsone (es. collega, es _l o web medico	perto, docer	ntej				
	visione sistematica (e	s. Cochrane	Library)				
	manuale		,,				
	nco-servizio delle ass ista peer-reviewed	ociazioni pr	ofessionali				
Seleziona ເ	ına risposta a questo	ı domanda:					
a basso cor della perdit	o di progetto di studi atenuto di grassi ad al a di peso? Case study Trial Controllato Ra Cross-sectional stud	to contenuto	o di protein				

☐ Studio di coorte☐ Trial Non-Randomizzato☐ Survey
 Vero o falso: 15. Se hai completato la tua ricerca bibliografica su Pubmed utilizzando i termini Mesh (Medical Subject Headings) la tua ricerca produrrebbe meno articoli rispetto al condurre una ricerca utilizzando termini generali: □ Vero □ Falso
 16. Si trova uno studio sperimentale che confronta una dieta a basso contenuto di grassi e ad alto contenuto di proteine con una dieta a basso contenuto di grassi ad alto contenuto di carboidrati per il trattamento dell'obesità. Come determinerete se la ricerca è metodologicamente valida? 1 risposta corretta. Se lo studio è in una rivista peer review, è garantito che la ricerca è metodologicamente valida Utilizzare uno strumento di valutazione critica per valutare il rischio di distorsione Discutere la ricerca con un collega/ esperto sul campo per convalidare i risultati Effettuare una ricerca generale su Internet per trovare informazioni sulla solidità della ricerca
 17. Dalla tua ricerca letteraria trovi due test controllati randomizzati. Quali caratteristiche del trial controllato randomizzato associa all'essere scientificamente valido? Barrare tutte le corrette. Chiari criteri di inclusione ed esclusione Assegnazione aperta Presenza di un gruppo di controllo Misure di base simili Nessuna analisi dell'intenzione di trattare Il 50% degli argomenti è stato seguito nel tempo Studio in doppio cieco
 19. I risultati dei due studi controllati randomizzati sono mostrati di seguito. Entrambi gli studi mostrano un effetto benefico significativo sulla perdita di peso. Si prega di rispondere alle domande sulla base dei risultati seguenti: Lo studio 1: ha confrontato gli effetti di una dieta moderatamente aumentata in proteine e fibre con una dieta standard a basso contenuto di grassi e ad alto contenuto di carboidrati, sulla composizione corporea. I partecipanti alla dieta ad alto contenuto in proteine e fibre hanno perso più peso corporeo rispetto ai partecipanti alla dieta standard (differenza media: 1,3 kg; 95% Cl: 0,7-1,9, p <0.0001, effect size 0,6).
 Lo studio 2: ha confrontato l'effetto della dieta a basso contenuto di grassi e ad alto contenuto di carboidrati e una dieta a basso contenuto di grassi e ad alto contenuto di proteine sul mantenimento del peso e sui fattori di rischio metabolico. I soggetti del gruppo dietetico con la dieta ricca in proteine hanno mostrato un migliore mantenimento del peso perso rispetto ai soggetti del gruppo con la dieta ricca in carboidrati (differenza media: 2,3 kg, Cl: 1,2-3,3, p=0,04, effect size 1,2)
a. Quale studio mostra migliori effetti sulla perdita di peso?Studio 1

		Studio 2
b. Sulla		e di cosa decidi quale studio ha un migliore effetto sulla perdita di peso? 1 risposta
correcti		p-value Effect size Differenza media Intervallo di Confidenza
20. Qua	ıle d	i questi studi è più in alto nella piramide delle evidenze? 1 risposta corretta
		Studi Cross-Sectional Studi Caso- Controllo Studi di Coorte Trial Controllati Randomizzati
21.Le R		ioni Sistematiche eliminano quale delle seguenti carenze delle revisioni narrative? 1 rretta
		Tempi lunghi per raccogliere la letteratura in merito ad un argomento Eliminazione dei lavori degli autori delle stesse Bias degli autori nella raccolta e interpretazione degli studi Tempi lunghi per analizzare la letteratura raccolta
Rispon	di a (queste domande riguardanti la tua esperienza con l'EBP
22. Hai accredi		enuto un corso di 8 o più ore riguardante l'EBP all'università o sponsorizzato da enti
	<u> </u>	
23. Hai distanz		uto presentazioni riguardanti l'EBP durante convegni, congressi (in presenza o a
_	do le	Sì No domande 24 e 25 barrare la casella che riguarda la tua intenzione di implementare asata sulle evidenze nel tuo lavoro e le difficoltà per ricercare letteratura EBP:
24. Stai	attı	ualmente incorporando EBP nella tua pratica clinica? <i>Massimo 1 risposta</i>
	Ho Sto L'EE Ho	n intendo includere l'EBP nella mia pratica clinica nei prossimi sei mesi intenzione di incorporare EBP nella mia pratica clinica nei prossimi sei mesi prendendo le misure e mi preparo a incorporare EBP nei prossimi 30 giorni BP è stato integrato negli ultimi sei mesi integrato l'EBP nella mia pratica clinica completamente integrato EBP nella mia vita professionale

25. Quali sono le barriere principali per l'implementazione dell'EBP nella tua pratica clinica? Puo i barrare più di una casella
 □ Nessun ostacolo □ Mancanza di tempo □ Mancanza di accesso alle risorse □ Mancanza di formazione in EBP □ Mancanza di formazione nella valutazione critica □ Mancanza di consapevolezza delle risorse EBP □ Mancanza di conoscenza dell'EBP □ Altro Domande personali
26. Genere:
☐ Maschio☐ Femmina 27. Qual è il suo livello di istruzione? (attuale o in corso).
□ Laurea triennale □ Laurea Magistrale □ Master di Primo Livello □ Altro Seleziona una risposta:
28. Indica la tua principale area di lavoro. <i>Max 1 risposta</i>
 □ Ospedale SSN □ Strutture ambulatoriali – privato accreditato SSN □ Libero Professionista □ SIAN- Dipartimento di prevenzione □ Università □ Altro
Seleziona una risposta:
29.Il suo orario di lavoro è:
☐ Full time (più di 35 ore alla settimana)☐ Part time (meno di 35 ore alla settimana)Altro
Seleziona una risposta:
30. Anzianità di lavoro:
 □ Meno di 5 anni; □ Tra 6 e 10 anni; □ Tra 11 e 20 anni; □ Più di 20 anni.

Allegato 3 – Domande Focus Group

1. Qual è la prima cosa che ti viene in mente quando si parla di Pratica Basata sulle Evidenze?

1.1 Hai imparato a utilizzare questo metodo durante il tuo periodo di formazione da dietista (triennale, titolo equiparato, master) o quando eri già avviato nella pratica lavorativa?

2. Quando si parla dei 5 step dell'EBP:

- 1) Traslare le incertezze in domande con cui iniziare la ricerca;
- 2) Ricerca sistematica delle migliori evidenze;
- 3) Valutazione critica delle evidenze secondo validità, rilevanza clinica e applicabilità;
- 4) Applicare le informazioni in combinazione con la propria esperienza clinica e le preferenze del paziente;
- 5) valutare gli esiti;
- 2.1 con quale step sei più a tuo agio?
- 2.2 con quale step hai più difficoltà?

3. che genere di domande scaturiscono dalla tua pratica quotidiana?

- 3.1 quali risorse usi per ottenere informazioni?
- 3.2 quali fattori giocano un ruolo importante quando devi prendere una decisione in merito alle fonti utilizzate per ricercare i dati?
- 3.3 come utilizzi l'informazione trovata? Come valuti la sua qualità?

4. Quali barriere ci sono alla ricerca della letteratura nella tua pratica quotidiana?

5. Che cosa potrebbe incoraggiarti a ricercare la letteratura e implementarla nella tua quotidianità lavorativa?

RINGRAZIAMENTI

Vorrei ringraziare innanzitutto la Prof.ssa Maria Beatrice Bilò per avermi permesso di completare il progetto di Tesi Magistrale con lei, per la pazienza, l'impegno e la passione che mi ha trasmesso non solo come Relatrice ma prima ancora come Docente e come persona. Ringrazio inoltre il Dott. Matteo Martini per la realizzazione dell'analisi statistica dei dati, per i consigli e per il tempo che ha dedicato al completamento di questo progetto. Grazie mille ad entrambi per aver creduto in me e in questo progetto che spero possa essere stato utile e interessante per voi così come lo è stato per me.

Ringrazio anche la Dott.ssa Taus per la collaborazione e tutti i dietisti che hanno partecipato e senza cui non sarebbe stato possibile portare avanti tale progetto.

Ringrazio la mia famiglia, colonna portate della mia vita e senza cui sicuramente non sarei arrivata fino a qui. Esame dopo esame sono giunta ad un altro traguardo non senza difficoltà ma anche e soprattutto grazie all'affetto e alla forza che mi avete trasmesso.

Un grazie speciale va anche a Mattia che in questi due anni è diventato una delle persone più importanti della mia vita, con cui ho imparato a condividere la quotidianità, università compresa, e con cui spero di poter continuare condividere molte altre cose nella vita.

Un grazie va d'obbligo anche ai miei amici, Alessio, Gloria, Alessandra e Chiara per essere presenti nella mia vita e per accettarmi nel mio essere (dietista) alle volte polemica e permalosa.

Un piccolo grazie a chi in questi due anni di laurea magistrale mi ha aiutato ad affrontare le incombenze del fare da rappresentante, a Fabia e a chi, tra le mie compagne, anche se con poco ha cercato di aiutarmi concretamente.

Per concludere, non posso che ringraziare chi mi ha lasciato tutte le incombenze di cui sopra, perché senza la sua non curanza e disinteresse non avrei acquisito tutta l'esperienza accumulata in questi due anni e per avermi fatto capire che per essere un buon docente, coordinatore o direttore didattico non basta avere il titolo e il nome sulla porta dell'ufficio.

Infine grazie un po' anche a me che forse non ho frequentato la magistrale che mi ha aspettavo ma che ho cercato di renderla, nel mio piccolo ogni giorno, il percorso che mi meritavo.