



“EVIDENCE BASED PUBLIC HEALTH” (EBPH): LA PRATICA SOCIO-SANITARIA FONDATA SULLE EVIDENZE

Francesco Bricolo ¹⁾, Giovanni Serpelloni ¹⁾, Maria Elena Bertani ²⁾, Mario Cruciani ³⁾

1. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

2. Progetto Dronet del Ministero della Salute e Coordinamento delle Regioni

3. Sezione Screening HIV - Centro di Medicina Preventiva - Azienda ULSS 20 Verona

INTRODUZIONE

La Medicina Basata sulle Evidenze (Evidence-Based Medicine - EBM) è rappresentata, secondo la celebre definizione di David Sackett, “dall’uso cosciente, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze (cioè prove di efficacia) biomediche al momento disponibili al fine di prendere decisioni per l’assistenza del singolo paziente”.

L’EBM:

- è un metodo per l’agire clinico;
- fa leva sullo sfondo epidemiologico della medicina moderna;
- la revisione sistematica e la meta-analisi sono gli strumenti utilizzati per risolvere alcuni dei problemi legati alla ricerca/interpretazione delle migliori evidenze disponibili.

Praticare l’Evidence Based Medicine significa quindi integrare l’esperienza professionale individuale con le conoscenze ricavabili dalle migliori evidenze scientifiche derivate da ricerche sistematiche.

L’Evidence Based Public Health estende i principi dell’Evidence Based Medicine (EBM) a tutti i professionisti coinvolti direttamente o indirettamente nella presa in carico della salute: l’infermiere, l’assistente sociale, l’educatore, lo psicologo, il medico, l’amministratore e il manager.

BACKGROUND

Introdotta in Italia negli anni '90 la "Medicina basata sulle Evidenze" è stata accolta come la metodologia che rendeva possibile uscire da una pratica clinica fortemente disomogenea e frammentata senza precisi punti di riferimento per andare verso una pratica clinica fondata su prove di efficacia ottenute con metodologie validate.

Questa prospettiva, di esercitare una pratica socio-sanitaria fondata sulle prove di efficacia, solleva comunque una serie di critiche e obiezioni.

In primis si dice che in medicina non è possibile fare riferimento solamente alle prove di efficacia proprio perché la medicina non è una scienza esatta e tante volte l'esperienza del singolo può valere più delle prove di efficacia di un trattamento. Questo fa sì che i presupposti dell'EB siano sbagliati. Le prove di efficacia si ottengono, infatti, "misurando" e non tutto è misurabile nell'ambito socio-sanitario. L'esempio tipico è l'empatia con cui l'operatore vive la relazione con i paziente, con cui il medico dà il farmaco.

Una seconda critica rivolta all'EB è la possibilità per l'operatore di "nascondersi" dietro le parole, per esempio emettere una diagnosi e non interessarsi più del paziente, prescrivere un farmaco e non accertarsi che il paziente capisca correttamente o sia nelle condizioni di assumerlo realmente.

LE QUATTRO TAPPE

La metodologia EB è facilmente spiegabile e altrettanto facilmente usufruibile, inoltre, una volta appresa mette l'operatore in condizioni di autoaggiornarsi.

Il punto di partenza è la consapevolezza che ogni operatore socio-sanitario è probabilmente cresciuto all'interno di un paradigma tradizionale, secondo il quale la pratica clinica è basata su osservazioni personali e le ipotesi patogenetiche sono spesso di tipo congetturale. L'EB propone un paradigma secondo il quale le osservazioni dell'operatore possono integrarsi con le evidenze scientifiche consultabili interrogando in maniera metodologica i data base disponibili in rete (vedi tabella 5).

Tab. 1: Confronto tra il Paradigma tradizionale e il Paradigma Evidence Based

PARADIGMA TRADIZIONALE	PARADIGMA EVIDENCE BASED
Pratica clinica derivata da osservazioni personali	Pratica clinica in cui le osservazioni personali s'integrano con le informazioni derivate dalle migliori evidenze cliniche ESTERNE disponibili
Ragionamento basato su modelli eziopatogenetici (spesso congetturali)	Pratica clinica basata su ipotesi eziopatogenetiche sostenute da studi di coorti di pazienti (dati due gruppi di pazienti omogenei, uno è esposto ad una noxa e l'altro no)

Pensare in termini di evidenze cliniche significa necessariamente prendere confidenza con un metodo preciso e con degli strumenti.

Il modello a quattro tappe che verrà descritto nella tabella 2 definisce in maniera esatta il procedimento. Si tratta di una matrice, di uno schema cioè che produce operazioni.

Le 4 tappe dell'EB:

1. Formulare chiaramente un problema clinico a partire dal problema presentato dal paziente.
2. Ricercare ed identificare le migliori evidenze esterne relative al problema in questione.
3. Valutare criticamente queste evidenze in termini di validità (ossia vicinanza alla verità)



ed utilità (ossia applicabilità).

4. Mettere in atto, nella pratica clinica, i risultati emersi.

Ognuna delle tappe è generata dalla precedente in sequenza, quindi non si può arrivare all'ultima senza essere passati dalla tre precedenti. In ogni tappa poi ci sono delle altre matrici che generano operazioni.

Formulare chiaramente un problema clinico a partire dal problema presentato dal paziente

Anche in questo caso si utilizza una matrice il cui punto di partenza è la formulazione di un quesito. Per quanto possa sembrare semplice va invece chiarito che il quesito clinico è utile solamente se è specifico e non generico.

Tab. 2: Matrice "to built a clinical question"

1. PROBLEMA DEL PAZIENTE	2. INTERVENTO.	3. PARAGONE DELL'INTERVENTO	4. OUTCOME
<p>Descrivi il tuo cliente e il suo problema. Può essere una diagnosi o un tipo di problema.</p>	<p>Descrivi l'intervento che proponi: -un trattamento; -una causa; -un fattore prognostico.</p>	<p>Nel caso di un trattamento descrivi un intervento di paragone.</p>	<p>-Paradigma terapeutico per cui l'intervento X è meglio dell'intervento Y. -In mancanza di un paradigma si formulano delle key-word per la ricerca delle evidenze.</p>

Questa matrice serve a costruire una domanda clinica.

La matrice funziona pienamente se l'operatore pone un quesito, propone una prima soluzione e poi ne propone una seconda di alternativa.

<p><i>Scenario.</i> <i>Un uomo di 24 anni è stato ammesso in un SPDC perché sentiva voci.</i> <i>Era già stato precedentemente ammesso con un quadro simile ma non c'era diagnosi.</i> <i>Ha una storia di abuso di sostanze.</i> <i>Non vuole prendere aloperidolo perché ha avuto distonie.</i> <i>Vuole andarsene dall'ospedale e non ha riferimenti sociali.</i></p>

Un medico, per esempio, al punto 1 formula l'ipotesi diagnosi di psicosi, al punto 2 propone un primo intervento con l'alooperidolo, al punto 3 paragona l'alooperidolo ad un'altra molecola come per esempio l'olanzepina.

In questo esempio un medico si poneva un problema che ha una soluzione pratica già standardizzata.

Esiste tuttavia la possibilità che l'operatore si trovi davanti a delle domande per le quali non è a disposizione un paradigma di riferimento.

Tab. 3: Esempio

1. PROBLEMA DEL PAZIENTE	2. INTERVENTO.	3. PARAGONE DELL'INTERVENTO	4. OUTCOME
Psicosi	Aloperidolo	È meglio l'olanzepina	Nella manualistica v'è un paradigma di riferimento

Ricerca ed identificare le migliori evidenze esterne relative al problema in questione

Il punto quattro, cioè l'outcome, prevede due principali possibilità. Può esserci un paradigma di riferimento già stabilito o può essere un ambito nel quale non c'è ancora un paradigma. In quest'ultimo caso la matrice è utile per generare key-words per la ricerca delle evidenze sull'argomento. Anche in questo caso per esempio la matrice funziona tanto meglio quanto più specifiche sono le domande.

<p><i>Scenario.</i> <i>Una donna con diagnosi di AIDS si presenta la servizio in condizioni di precarietà socio-sanitaria ma non deteriorata.</i> <i>C'è la possibilità d'inserirla in una casa alloggio per AIDS o di assisterla a casa con l'assistenza domiciliare.</i></p>
--

Utilizzando la matrice a quattro punti si possono generare le key-words per una ricerca delle evidenze nello specifico campo tenendo presente che bisogna pensare in lingua Inglese.

Tab. 4: Matrice delle Key words

1. PROBLEMA DEL PAZIENTE	2. INTERVENTO.	3. PARAGONE DELL'INTERVENTO	4. OUTCOME
Donna con AIDS in condizioni di precarietà socio-sanitaria ma non compromessa.	Assistenza domiciliare.	Casa alloggio.	Key-words: -AIDS; -health care.

Una volta stabiliti alcuni gruppi di key-word è bene individuare alcuni motori di ricerca adatti. In genere i siti di Medline e Pub Med sono quelli di più facile consultazione e consentono l'uso di alcuni filtri come per esempio la ricerca di RCTs acronimo di Randomized Clinical trias, Metanalisi etc. Quasi sempre è a disposizione un abstract con l'indirizzo dell'autore di riferimento.

Riferimenti in rete

Tramite la connessione ad Internet è possibile consultare sia i centri EB che quelli Cochrane.



Tab. 5: Riferimenti in rete

DESCRIZIONE	URL
Evidence Based Practice on the Internet	http://www.shef.ac.uk/~scharr/ir/netting/
Centre for Health Evidence	http://www.cche.net/
EB Child Health	http://www.ich.bpmf.ac.uk/ebm/ebm.htm
Domaina	http://www.cebd.org/
Centre EBM	http://cebmr2.ox.ac.uk/
Centre EBM	http://www.library.utoronto.ca/medicine/ebm/
Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze	http://www.gimbe.org/Home.htm
Centre for Evidence-Based Pharmacotherapy	http://www.aston.ac.uk/pharmacy/cebpt/
Centre for Health Information Quality (C-H-i-Q),	http://www.hfht.org/chiq/index.htm
CENTRE FOR STATISTICS IN MEDICINE	http://www.ihs.ox.ac.uk/csm/
The Unit for Evidence-Based Practice and Policy	http://www.ucl.ac.uk/primcare-popsci/uebpp/uebpp.htm

Valutare criticamente queste evidenze in termini di validità (ossia vicinanza alla verità) ed utilità (ossia applicabilità)

Una volta che si sono generate le key-word e si sono trovate alcune evidenze, si deve procedere alla valutazione della qualità. Per quanto in questo ambito ci si limiti ad una esemplificazione nell'ambito degli studi sull'efficacia della terapia, va detto che vi sono metodi diversi per diversi tipi di studi che sono principalmente cinque, vedi tabella 6.

Tab. 6: Tipologie di evidenza - Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (May 2001), (<http://cebmr2.ox.ac.uk/docs/levels.html>)

	TIPOLOGIE DI EVIDENZA
1	Therapy/Prevention, Aetiology/Harm
2	Prognosis
3	Diagnosis
4	Differential diagnosis/symptom prevalence study
5	Economic and decision analyses

Ciò significa che la valutazione critica di un'evidenza deve avvenire utilizzando matrici per tipologia.

La matrice che si propone a mò di esempio è adatta per studi sull'efficacia delle terapie.

In pratica l'operatore che ha in mano un abstract o meglio ancora un articolo sull'efficacia di una tale terapia procede a verificare i cinque punti proposti nella tabella 6, i primi tre per verificarne la validità e i rimanenti per verificare se quel contributo è adatto al mio paziente o ai miei pazienti.

Tipologia degli studi

Una volta identificata un'evidenza si procede alla sua qualificazione e per farlo è necessario identificare principalmente la tipologia dell'articolo che dovrebbe risultare chiara già dall'abstract.

La lettura dell'abstract può essere fatta con il metodo IMRD acronimo di Introduzione, Metodo, Risultati, Discussione.

Nella tabella 7 vengono proposte le definizioni delle diverse tipologie di studi.

Tab. 7: Tipologie di studi

	STUDI	DESCRIZIONE
1	Randomizzati	I soggetti vengono assegnati in maniera casuale ad un gruppo d'intervento e al gruppo di controllo. I gruppi vengono seguiti per un periodo determinato e valutati per una serie di elementi decisi all'inizio dello studio. Essendo i gruppi identici in teoria le differenze sono attribuibili alla terapia.
2	Di coorte	Due o più gruppi di soggetti vengono selezionati, uno è esposto a fattori rischio e l'altro non vengono seguiti (follow-up) per mesi-anni e si verifica lo sviluppo della malattia.
3	Trasversali	Un campione rappresentativo di soggetti viene intervistato rispetto a determinati quesiti. Le domande possono anche essere retrospettive. È il metodo utilizzato dai sondaggi.
4	Caso controllo	Si identificano persone affette da una malattia o portatori di una condizione specifica. Queste vengono appaiate con soggetti di controllo (persone con altra malattia, popolazione generale, parenti o vicini di casa). Si analizza l'esposizione ad un fattore eziologico della malattia.
5	Casi clinici	Narrazione della storia clinica di un paziente. Presentati come casistiche. Evidenza scientifica debole. Contiene un gran numero di informazioni che non possono essere presenti in uno studio clinico di diverso genere.

Una lettura attenta della tabella 7 ci mette in condizioni di comprendere un termine molto utilizzato: "aneddotico". Il carattere aneddótico di uno studio dipende sostanzialmente dal numero delle persone coinvolte e dal metodo utilizzato. I "casi clinici" e i "casi controllo" sono quasi sempre di carattere aneddótico. Ciò tuttavia non deve portare a pensare che il problema clinico sotteso sia poco rilevante. Vi possono essere disturbi clinici importanti per i quali è difficile reclutare una popolazione numericamente significativa.

Nella tabella 8 specifichiamo ulteriormente il modello degli studi clinici. Vale la pena ricordare ancora una volta che gli studi sulle prove di efficacia riguardano sempre e solo il



paragone di due diversi interventi terapeutici rispetto ad una diagnosi. Gli studi di coorte per esempio riguardano indagini atte ad identificare una “noxa”, cioè un fattore di rischio o la causa di un disturbo.

Tab. 8: Principali tipi di sperimentazione clinica

PRINCIPALI TIPI DI SPERIMENTAZIONE CLINICA	
Modello di sperimentazione	Note
1. Non controllata	Il trattamento sperimentale viene assegnato a tutti i pazienti eleggibili consecutivamente osservati. Non c'è confronto diretto con altri gruppi di pazienti, e gli effetti del trattamento sperimentale sono valutati in base al confronto con il decorso della malattia trattata con terapie standard, che si ritiene ben noto.
2. Controllata, non randomizzata: -controlli paralleli -controlli storici -controlli da banche dati	Il trattamento sperimentale viene assegnato a tutti o ad una parte dei pazienti eleggibili consecutivamente osservati. C'è un gruppo di pazienti trattati in altro modo, arruolati con procedure diverse, che servono come controlli. Rimane incerta la comparabilità fra pazienti che ricevono il trattamento sperimentale ed i controlli.
3. controllata e randomizzata	L'assegnazione dei trattamenti, sperimentale e di controllo, è fatta mediante un sistema di sorteggio (randomizzazione) che favorisce la comparabilità tra i gruppi.
4. Meta-analisi	È una sintesi quantitativa, che permette di assemblare sperimentazioni multiple di uno stesso trattamento (in genere randomizzate).

Una volta che s'è identificata un'evidenza, la si deve “verificare/falsificare” e l'EB propone delle semplici tabelle con domande standardizzate, le risposte alle domande devono risultare tutte “sì”. Se c'è un no, l'evidenza non è conforme ai principi EB.

Nella tabella 9 si riportano le domande utilizzate per validare un Test diagnostico secondo i principi EB.

Tab. 9: Il risultato di questo studio diagnostico è valido? posso applicarlo al mio paziente?

CRITICAL APPRAISAL FORM FOR A DIAGNOSTIC STUDY			
	Are the result of this diagnostic study valid?	YES	NO
1	Was there an independent, blind, comparison with a reference (“gold”) standard of diagnosis?		
2	Was the diagnostic test evaluated in an appropriate spectrum of patients (like those on whom it would be used in practice)?		
3	Was the reference standard applied regardless of the diagnostic test result?		
4	Can I apply it to my patient?		
5	Is the diagnostic test available, affordable, accurate, and precise in your setting?		
6	Can you generate a clinically sensible estimate of your patient's pre-test probability (from practice data, from personal experience, from the report itself, or from clinical speculation)?		
	Will the resulting post-test probabilities affect your management and help your patient? (Could it move you across a test-treatment threshold?)		

Livelli di evidenza

Per valutare l'eventuale validità di un intervento clinico si devono esaminare le prove della sua efficacia cercando gli studi condotti in proposito. A tal fine esistono vari livelli di evidenza: il più elevato deriva da uno studio eseguito facendo un confronto indipendente (in cieco) con un gold standard, applicato ad una popolazione appropriata di pazienti consecutivi, cioè come vengono, a caso, non scelti appositamente. Poi si va sempre più giù fino ai pareri di esperti non sostenuti da valutazioni critiche, bensì da esperienze personali o considerazioni teoriche. Questi ultimi non devono essere scartati ma valutati con la dovuta cautela nell'attesa che vengano fatti studi scientifici.

Le linee guida basate sull'evidenza clinica si fondano su diversi livelli di evidenza: più forte è l'evidenza, maggiore fiducia può essere risposta dal lettore nelle raccomandazioni contenute nelle linee guida. Le raccomandazioni sono il "cuore" di ogni linea guida. Queste devono essere delle affermazioni precise su specifiche azioni da fare, o non fare, in specifiche circostanze, e riflettere la forza dell'evidenza utilizzata per ogni specifica affermazione. Heffner ha ulteriormente sviluppato il tema di come la EBM possa aiutare nella stesura delle linee guida di pratica clinica. Ogni gruppo di individui che sviluppano linee guida definisce propri livelli di forza dell'evidenza. La Canadian Hypertension Society Consensus Development Conference ha definito i livelli di evidenza descritti di seguito. La maggior parte di coloro i quali sviluppano delle linee guida usano una classificazione dei livelli di evidenza simile ma non identica.

I livelli di evidenza vanno dal più affidabile (derivante da meta-analisi di studi randomizzati, controllati), al meno accreditato IV (derivante da esperienza personale).

Tab. 10: I livelli di evidenza

LIVELLI	TIPO DI EVIDENZA
I A	derivante da meta-analisi di studi randomizzati, controllati
I B	derivante da almeno uno studio randomizzato, controllato
II A	derivante da almeno uno studio controllato, ben disegnato ma non randomizzato
II B	derivante da almeno uno studio di altro tipo, quasi sperimentale
III	derivante da studi prescritti, non sperimentali, quali studi comparativi e caso-controllo
IV	derivante da relazioni di comitati di esperti e/o dall'esperienza di Autorità riconosciute

Il grado di raccomandazione indica come sarà la gestione del caso in base alle evidenze trovate: più forte sarà la raccomandazione più favorevole sarà la conduzione del caso. Ad ogni raccomandazione viene assegnato un "grado" o livello di forza, aggiuntivo rispetto al livello di qualità dell'evidenza.

Nell'esempio seguente si può vedere come viene condotta una valutazione per un tipo di intervento proposto in un caso clinico: "è utile la somministrazione di Naltrexone per persone dipendenti da oppiacei?"



Tab. 10: Grado di raccomandazione

GRADO	RACCOMANDAZIONE
A (Livelli di evidenza Ia e Ib)	Indicata da almeno uno studio randomizzato e controllato
B (Livelli di evidenza IIa, IIb e III)	Indicata da studi clinici ben disegnati ma non randomizzati
C (Livello di evidenza IV)	Indicata da comitati di esperti sulla base dell'esperienza clinica, in assenza di specifici studi clinici

Tab. 11: Esempio

TITOLO	Naltrexone per la dipendenza da oppiacei.
POPOLAZIONE TARGET	Tossicodipendenti da oppiacei dopo la disintossicazione.
INTERVENTO VALUTATO	Trattamento con Naltrexone a qualunque dosaggio, da solo o in combinazione con altri trattamenti farmacologici o psicologici.
NUMERO E DISEGNO DEGLI STUDI	-9 studi randomizzati (RCT); -2 studi clinici controllati (CCT).
QUALITÀ METODOLOGICA DEGLI STUDI	-criteri per la randomizzazione descritti solo in 1 studio; -numero partecipanti varia fra 12 e 92, prevalentemente pochi partecipanti; (totale: 762); -criteri di inclusione dei partecipanti descritti solo in 8 studi ; -drop out riportato solo in 8 studi.
MISURE DI RISULTATO DELLA REVISIONE	-completamento del trattamento; -uso di oppioidi durante il trattamento; -(re)incarcerazione durante il trattamento; -durata media del trattamento.
RISULTATI	Per ciascuna misura di outcome l'OR non è risultato statisticamente significativo, con l'eccezione del rischio di reincarcerazione (OR 0.30 CI 95% 0.12-0.76), favorevole al gruppo sperimentale.
CONCLUSIONI E NOTE	Non è possibile una valutazione oggettiva del Naltrexone per il trattamento della dipendenza da oppiacei. Gruppi di persone caratterizzati da forte motivazione a non ricadere nella dipendenza hanno riportato migliori risultati.

Mettere in atto nella pratica clinica i risultati emersi

L'operatore che fonda la sua pratica professionale sulla metodologia EB dovrà mentalizzare alcune matrici operative come le quattro tappe che sono il primo punto di riferimento e in secondo luogo prenderà confidenza e mentalizzerà anche gli altri strumenti che risultano fondamentali.

Scenario.

Una donna di 35 anni con diagnosi di dipendenza da sostanze e disturbo di personalità Borderline formula una richiesta d'aiuto per dei colloqui psicologici.

La psicologa si domanda se è più efficace un intervento di tipo dinamico o cognitivo.

Lo psicologo che ha in carico il cliente si trova a valutare la possibilità d'impostare colloqui secondo i modelli dinamici o cognitivo comportamentali.

Tab. 12: Quesito posto dallo psicologo

1. PROBLEMA DEL PAZIENTE	2. INTERVENTO.	3. PARAGONE DELL'INTERVENTO	4. OUTCOME
Disturbo Borderline e Dipendenza da Oppiacei in donna di 35 anni.	Psicoterapia focale cognitiva/comportamentale.	Psicoterapia focale dinamica.	

Il tema dell'efficacia dei trattamenti psicoterapici nei clienti con disturbo borderline e con dipendenza da oppiacei è ampiamente dibattuto. Ad un'analisi in termini di EB risulta che studi di efficacia siano stato prodotti solamente sul "modello dialettico comportamentale" di Linehan e sul "modello dinamico" di Fogany.

La tabella 13 propone la risposta al quesito della tabella 12.

Tab. 13: Risposta al quesito

1. PROBLEMA DEL PAZIENTE	2. INTERVENTO	3. PARAGONE DELL'INTERVENTO	4. OUTCOME
Disturbo Borderline e Dipendenza da Oppiacei in donna di 35 anni.	Psicoterapia focale cognitiva/comportamentale.	Psicoterapia focale dinamica.	Il "modello dialettico-comportamentale" ha dimostrato la sua efficacia attraverso più studi controllati. Il "modello dinamico" è stato sottoposto con buon esito ad una prova di efficacia.

Sulla tabella 13 è bene fare alcune considerazioni.

Le prove di efficacia sono state prodotte con RCTs sui modelli specifici "dialettico comportamentale" e "dinamico" rispettivamente riportabili ad autori quali Linehan e Fonagy. Non è corretto in termini EB attribuire la valenza di efficacia ad altri modelli all'interno delle scuole cognitivo-comportamentali e dinamiche. Inoltre è possibile che il terapeuta valuti nella sua discrezionalità l'utilizzo di altri modelli teorici indipendentemente dalle prove di efficacia dei modelli sopra descritti. Infine l'EB insegna a porsi la domanda se quella terapia è idonea al "nostro" paziente. Le caratteristiche del campione studiato nelle prove di efficacia possono per esempio essere diverse a seconda del cliente che si ha in carico.



CENTRI COCHRANE

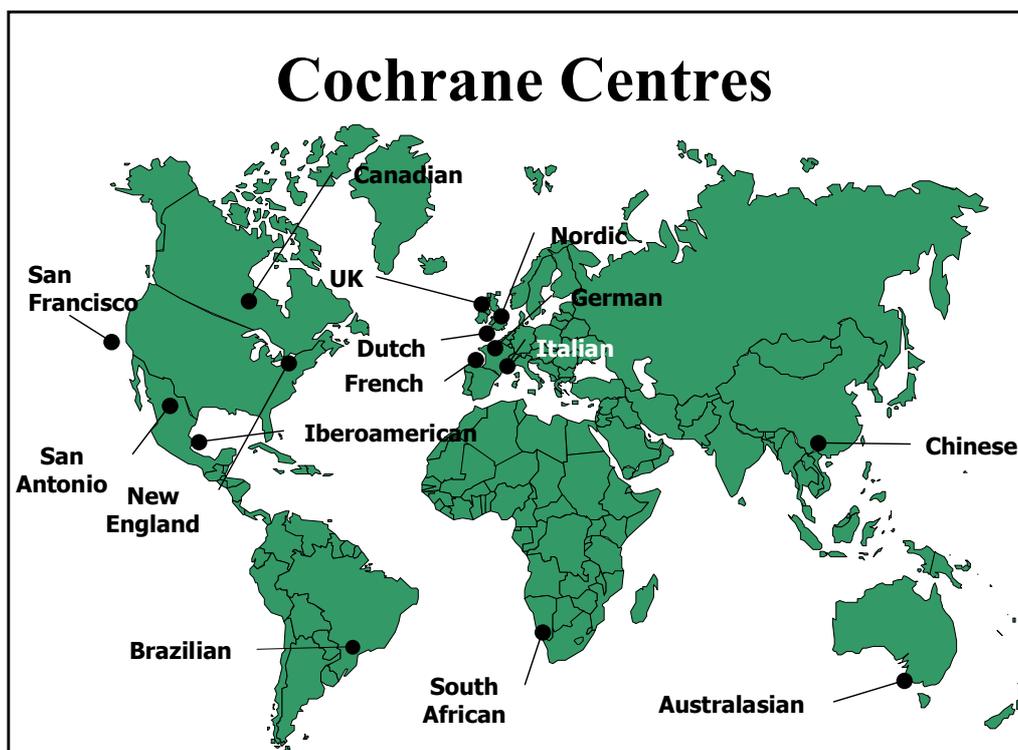
Archibald Cochrane (1909 – 1988), un epidemiologo inglese, ha dato un decisivo contributo allo sviluppo dell'epidemiologia come scienza. Egli sosteneva che i risultati della ricerca avevano un impatto molto limitato sulla pratica clinica e affermava che “è causa di grande preoccupazione constatare come la professione medica non abbia saputo organizzare un sistema in grado di rendere disponibili, e costantemente aggiornate, delle revisioni critiche sugli effetti dell'assistenza sanitaria”. Cochrane suggeriva di rendere disponibili a tutti i pazienti solo gli interventi sanitari di documentata efficacia.

In risposta a tale esigenza, è stata fondata la *Cochrane Collaboration*: un network internazionale che ha l'obiettivo di “preparare, aggiornare e disseminare revisioni sistematiche degli studi clinici controllati sugli effetti dell'assistenza sanitaria e, laddove non sono disponibili studi clinici controllati, revisioni sistematiche delle evidenze comunque esistenti” (Bero L, 1995), una sfida culturale che ambisce alla revisione di tutte le aree dell'assistenza sanitaria.

I “Centri Cochrane” sono organizzazioni strutturate in gruppi di lavoro specifici che producono delle “revisioni sistematiche”. È importante comprendere che i gruppi Cochrane sono focalizzati sulla valutazione dell'efficacia degli interventi. Se per esempio un operatore fosse interessato ad uno studio sulle “cause” di una determinata patologia nei gruppi Cochrane non troverà nulla. L'efficacia di un intervento si stabilisce con gli RCTs, cioè studi clinici randomizzati, mentre i fattori eziopatogenetici si individuano tramite Cohort Studies cioè studi di coorte anche detti longitudinali.

La “Cochrane Library” è lo strumento che permette poi la diffusione delle revisioni sistematiche. Consultando la Cochrane Library si consulta la banca dati in cui sono archiviati gli RCTs sugli interventi. L'accesso ai siti Cochrane è sempre a pagamento, mentre sono consultabili gli abstracts.

Fig.1: La dislocazione dei Cochrane Centres nel mondo



Tab.14: Gli indirizzi web Cochrane

DESCRIZIONE	URL
<i>The San Francisco Cochrane Center</i>	http://www.ucsf.edu/sfcc/
<i>The Nordic Cochrane Centre</i>	http://www.cochrane.dk/
<i>Update-software</i>	http://www.update-software.com/Cochrane/default.HTM
<i>The Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group (CDPLG)</i>	http://www.bris.ac.uk/Depts/CochraneBehav/
<i>The Dutch Cochrane Centre</i>	http://www.cochrane.nl/
<i>The Canadian Cochrane Network and Centre</i>	http://hiru.mcmaster.ca/cochrane/centres/Canadian/
<i>South African Cochrane Centre</i>	http://www.mrc.ac.za/cochrane/cochrane.html
<i>New England Cochrane Center</i>	http://www.cochrane.org/necc/frameset.htm
<i>PsiTri</i>	http://www.psitri.helsinki.fi/
<i>Deutsches Cochrane Zentrum</i>	http://www.cochrane.de/
<i>Chinacochrane</i>	http://www.chinacochrane.org/
<i>Centro Cochrane Italiano</i>	http://www.areas.it/
<i>Centre Cochrane Français -</i>	http://www.spc.univ-lyon1.fr/citccf/
<i>EB Social Service</i>	http://www.ex.ac.uk/cebss/body.html
<i>Brasialin</i>	http://www.centrocochranedobrasil.org/
<i>Cochrane Cancer Network</i>	http://www.canet.org/
<i>Australian</i>	http://www.cochrane.org.au/

In Italia il sito di riferimento è il Centro Cochrane Italiano (**www.areas.it**).

CONCLUSIONI

La metodologia EB è dunque una risorsa che può essere utilizzata dalle diverse figure professionali che s'integrano nei servizi socio-sanitari. I principali vantaggi dell'EB sono:

- è uno strumento di semplice utilizzo e facilmente trasmissibile che consente all'operatore di tenersi costantemente aggiornato può essere appreso ed utilizzato a



diversi livelli: l'operatore può essere educato a utilizzarlo per integrare le proprie osservazioni con quelle ricavabili dalle evidenze e il ricercatore può organizzare studi di efficacia nelle diverse discipline mediche, sociali e psicologiche;

- consente l'esercizio di una pratica clinica standardizzata che a sua volta dà la possibilità di "misurare" la gravità della patologia del cliente, quindi il grado di "salute aggiunta" e "patologia evitata";
- è la principale risorsa per organizzare una pratica clinica di qualità.

La metodologia EB è una risorsa adeguata alle esigenze del Quality Management poiché consente la razionalizzazione degli interventi terapeutici pur lasciando intatta la discrezionalità dell'operatore e prevede una pratica clinica standardizzata che consente la "misurazione" dell'evoluzione della gravità delle patologie e l'aggiornamento costante del singolo operatore.

BIBLIOGRAFIA

- Archibald L. Cochrane "Efficienza ed Efficacia Riflessioni sui servizi sanitari", Il Pensiero Scientifico Editore, 1999
- Cartabellotta A, per il Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze - GIMBE. Evidence-based Medicine I. Il trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica clinica. *Rec Prog Med* 1998; 89: 140 - 50
- Cartabellotta A, per il Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze GIMBE. Verso un'assistenza sanitaria basata sulle evidenze scientifiche: strumenti, competenze, ostacoli. *Rec Prog Med* 1997; 88: 435-8
- Cartabellotta A, per il Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze - GIMBE. Evidence-based Medicine II. La ricerca dell'informazione biomedica clinicamente rilevante. *Rec Prog Med* 1998;89:265-74.
- Dickersin K, Manheimer E. The Cochrane Collaboration: evaluation of health care and services using systematic reviews of the results of randomized controlled trials. *Clin Obstet Gynecol* 1998 Jun;41(2):315-31. Review
- Fonagy P, Bateman A, Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY* 2000 158(1):36-42
- Greenhalgh T, Evidence Based Medicine, Infomedica 1998
- Grilli R, Penna A, Liberati A. Migliorare la pratica clinica: come promuovere ed implementare linee-guida. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1995.
- Grilli R, Penna A, Liberati A. Migliorare la Pratica Clinica. Produrre ed Implementare Linee-guida. Il Pensiero Scientifico Editore, 1995
- Heffner JE. Does evidence-based medicine help the development of clinical practice guidelines? *Chest* 1998 Mar;113(3 Suppl):172S-178S
- Hjelm NM, Tong FF. Patients' records on the Internet: a boost for evidence-based medicine. *Lancet* 1998; 351:1751-2
- Liberati A. Linee-guida ed "evidence-based medicine": l'importanza di distinguerne i ruoli. *Epidemiol Prev* 1996;20:277-8
- Linehan MM, Tutek DA, Heard HL, Armstrong HE, Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry* Dec;1994 151(12):1771-6
- Riegelman RK, Decidere per curare Dimensioni di salute, benefici, danni, costi. Centro Scientifico Editore 1995
- Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB, Evidence-based Medicine. How to Practice and Teach EBM, Second Edition, Churchill Livingstone 2000
- Sackett DL, Straus SE. Finding and applying evidence during clinical rounds: the "evidence cart". *JAMA* 1998; 280:1336-8
- Schattner A, Gabovich N, Lifschiz A, Becker S. Medline solution. *Lancet* 1999;353:462
- Tringali M, Pramotton L, Iannucci P, Cosentino F. Utilizzo di Medline per la soluzione di problemi clinici reali. Uno studio prospettico in Italia. *Recenti Prog Med* 1996; 87:576-81

