

EDITORIALE

Quali strategie utilizzano i medici per aggiornarsi?

L'arguzia di Richard Smith colpisce ancora!

«Quando arriverò in Paradiso chiederò a Dio: Riuscirò mai a risolvere il problema del sovraccarico di informazioni scientifiche? Sicuramente! - sarà la sua risposta - Ma non durante il corso della mia vita!»

Con queste parole Richard Smith chiude un editoriale del numero natalizio del BMJ, a commento dell'articolo "On the impossibility of being expert", dove Fraser e Dunstan dimostrano che, anche in una ristretta area specialistica, è impossibile stare al passo con la letteratura pubblicata: un "esperto" in imaging cardiologica dovrebbe leggere 40 articoli/die per 5 giorni la settimana!

Già 20 anni fa David Sackett - padre spirituale dell'*Evidence-based Medicine* - aveva stimato che per conoscere tutta la letteratura relativa alla medicina interna era necessario leggere 17 articoli al giorno per 365 giorni l'anno. Ma ha senso leggere tutto? Archie Cochrane negli anni '70 invocava la necessità di revisioni sistematiche periodicamente aggiornate sull'efficacia degli interventi sanitari. Successivamente, Brian Haynes dimostrava che meno del 1% degli studi pubblicati dalle riviste biomediche raggiunge standard scientifici rigorosi. Purtroppo, quasi venti anni dopo la nascita della Cochrane Collaboration, siamo di fronte a quello che Muir Gray ha definito il "paradosso dell'informazione": se da un lato siamo travolti da nuove informazioni dall'altro esistono numerosissimi quesiti clinici senza risposta!

A metà degli anni '90, lo stesso Richard Smith, a seguito di una revisione sul bisogno d'informazione dei medici, aveva tentato di identificare quali caratteristiche dovrebbe avere una "macchina" in grado di rispondere a tutti i quesiti che nascono dalla pratica clinica con le migliori evidenze scientifiche. Questa "macchina" dovrebbe essere:

- elettronica;
- integrata nel sistema informativo utilizzato dai medici e connesso con la cartella clinica;
- capace di rispondere a domande molto complesse;
- collegata a numerosi database;
- veloce (risposta al massimo in 5 secondi);
- di semplice utilizzo;
- portatile;
- in grado di fornire utili suggerimenti ai professionisti senza umiliarli;
- capace di fornire evidenze applicabili al paziente individuale;
- capace di fornire informazioni anche ai pazienti;
- in grado di offrire supporto psicologico.

Anche se nel 2011 molte delle caratteristiche elencate nel box identificano i nuovi *tablet computer* (iPad e simili), nessuna tecnologia potrebbe mai offrire al medico alcune dei requisiti desiderati da Smith. In particolare, non sarebbe in grado di fornire dati individuali dei pazienti perchè le evidenze derivano sempre da popolazioni, nè potrebbe mai offrire un supporto psicologico. Infine, difficilmente i medici, per timore di perdere credibilità e leadership sarebbero disposti a utilizzarla: ad esempio, nonostante De Dombal abbia dimostrato che un software è più accurato dei medici nella diagnosi di dolore addominale acuto, le sue strategie non sono mai state adottate dai professionisti.

Anche se - come enfatizzato dal botta e risposta finale con Dio - il problema dell'*information overload* difficilmente potrà essere risolto, con l'arguzia che lo contraddistingue da decenni, Richard Smith delinea cinque strategie di aggiornamento professionale in cui dovrebbero riconoscersi altrettante categorie di medici e, in maniera più estensiva, di professionisti sanitari.

Nei prossimi mesi GIMBE lancerà una survey nazionale per "sondare" dove si riconoscono i professionisti italiani.

IN QUESTO NUMERO

- **Pillole di Metodologia della Ricerca** 51
- **Trial controllato randomizzato: un disegno, numerose varianti**
- Guida all'articolato linguaggio dei trial (I)
- **Pillole di Governo Clinico** 53
- **Modificare la pratica professionale? Yes... we can**
- Prove di efficacia e zone grigie della *Implementation Science* (I)
- **Progetti Aziendali** 55
- **Valutare l'appropriatezza dei test di funzionalità tiroidea**
- Il progetto TSH reflex del Laboratorio Unico di Area Vasta Emilia Romagna
- **Letti per voi** 58
- **Glossario** 59
- **Appuntamenti** 60

La strategia dello struzzo. Sackett la definiva “strategia abdicativa”: i medici, molto semplicemente, ignorano il “torrente in piena” delle nuove evidenze scientifiche. Secondo lo stesso Sackett buona parte dei medici delle vecchie generazioni adotta questa (non) strategia.

La strategia del piccione. Verosimilmente è la strategia più comune: si va in giro con i propri simili a raccogliere “bocconcini” d’informazioni scientifiche. Il medico partecipa a congressi, convegni e conferenze, aderisce (o ritiene di farlo) ad alcune linee guida, si affida agli informatori scientifici del farmaco per discutere dei nuovi trattamenti; di fronte a quesiti clinici complessi generalmente consulta un collega esperto, ancora oggi la fonte di aggiornamento più utilizzata. Occasionalmente sfoglia le riviste biomediche, ma impara più dai media: oggi, infatti, la cosa più imbarazzante (percepita ma non sempre dichiarata) per i professionisti è apprendere innovazioni diagnostico-terapeutiche dai pazienti attraverso ritagli di giornale, stampe di pagine web, storie raccontate in televisione.

La strategia del gufo. E’ quella proposta dall’*Evidence-based Practice* (EBP), ma rimane la meno utilizzata. Il medico identifica i propri gap di conoscenza che originano dalla consultazione con il paziente, ricerca sistematicamente le migliori evidenze disponibili, ne valuta criticamente validità interna, rilevanza clinica e applicabilità e le integra nelle proprie decisioni cliniche, tenendo conto della propria esperienza e delle preferenze e aspettative del paziente. Purtroppo, quasi nessun medico ha il tempo per poter applicare l’EBP *step-by-step* e solo pochi hanno adeguate attitudini e competenze.

La strategia della taccola. I medici integrano la strategia del piccione con la regolare consultazione di fonti secondarie: *Cochrane Library*, *Clinical Evidence*, linee guida, altre risorse *evidence-based*. Sfortunatamente, oltre al fatto che queste fonti presentano numerose aree grigie, le evidenze disponibili non sempre sono applicabili ai pazienti complessi (comorbidità, polifarmacia), generalmente esclusi dai trial, ma che oggi rappresentano la maggior parte nell’assistenza reale.

La strategia disumana. John Fox - già direttore dell’*Advanced Computing Laboratory* - ha affermato che la pratica clinica è un’attività disumana ed è assurdo che i professionisti non vengano supportati da “macchine”. Considerato il volume di informazioni prodotte, i singoli professionisti non hanno alcuna possibilità di rimanere costantemente aggiornati, ma team di esperti possono ricercare-selezionare-sintetizzare le migliori evidenze scientifiche alimentando “macchine” ad hoc. La più nota è *UptoDate* che oggi conta oltre 400.000 utenti, ma anche *BMJ Point of Care*, *Map of Medicine* e altri ancora.

La sagace originalità espressiva di Richard Smith impone alcune riflessioni sulle difficoltà di aggiornamento dei professionisti sanitari e sull’efficacia delle strategie di formazione e sviluppo professionale continui.

• Il sovraccarico di informazioni che ostacola l’aggiornamento professionale cresce proporzionalmente al diminuire del rapporto segnale-rumore: in altre parole troppe pubblicazioni, poche evidenze! E’ fondamentale che tutti i professionisti sanitari prendano coscienza che oggi meno del 5% delle pubblicazioni scientifiche costituiscono evidenze valide e clinicamente rilevanti.

• La scrupolosa analisi dell’oggetto *evidence* ha progressivamente identificato numerose problematiche connesse con la loro produzione: limitata qualità della ricerca, bias di commissionamento, bias di pubblicazione, duplicazione della ricerca, *disease mongering*, aree grigie, frodi scientifiche, conflitti d’interesse, etc. Queste problematiche, variamente combinate, contribuiscono a concepire una elevatissima percentuale di pubblicazioni pro-ricercatori, pro-riviste, pro-sponsor, ma assolutamente inutili per l’aggiornamento professionale e per la salute pubblica.

• La ricerca sull’apprendimento degli adulti - sostenuta da teorie di psicologia cognitiva - dimostra che, rispetto allo studio non finalizzato, le conoscenze acquisite ricercando soluzioni a problemi reali si integrano in maniera definitiva nei processi cognitivi per cui l’informazione si trasforma in conoscenza.

• Lo stimolo principale alla ricerca di conoscenze per i professionisti sanitari è rappresentato dai quesiti clinico-assistenziali. Di conseguenza, l’EBP è la metodologia ottimale per integrare pratica professionale e formazione permanente, alimentando continuamente il processo di *lifelong and self-directed learning*. Purtroppo in Italia - a parte isolate eccezioni - la formazione universitaria e specialistica non permette alle future generazioni di professionisti sanitari né di sviluppare l’attitudine a formulare quesiti clinico-assistenziali, né fornisce loro gli strumenti per ricercare, valutare criticamente e applicare le evidenze al paziente individuale. Se la formazione continua permette, successivamente, di “recuperare” gli strumenti tecnici e metodologici dell’EBP, la formazione universitaria rimane una *lost opportunity* rispetto all’attitudine a formulare quesiti, a identificare i propri gap di conoscenza e ad autogestire il proprio aggiornamento.

Considerato che il sovraccarico d’informazioni non ha alcuna soluzione, suggerirei la **strategia della gazza ladra**: i professionisti sanitari, accettando serenamente che è impossibile e inutile conoscere tutto, devono ricercare le informazioni in maniera “opportunistica”, guidati dai gap di conoscenza identificati nell’incontro con il paziente, al fine di integrare nelle decisioni cliniche le migliori evidenze disponibili.

Se partiamo per un lungo viaggio in macchina esistono centinaia di percorsi stradali alternativi, eppure scegliamo sempre quello più adatto alle nostre esigenze.

E lo abbiamo fatto anche... in era pre-Tom Tom!

Nino Cartabellotta
Direttore Scientifico GIMBE