

Handbook

Competenze core per L'EVIDENCE-BASED PRACTICE

Aspetti generali

Formulare quesiti clinici

Ricerca le evidenze

Valutare criticamente
e interpretare le evidenze

Applicare le evidenze

Valutare le proprie
performance

Versione italiana a cura di

 **GIMBE**
EVIDENCE FOR HEALTH

PROVENIENZA

eTable 5. The final set of EBP core competencies grouped into the main EBP domains and an elaboration of each competency. In: Albarqouni L, Hoffmann T, Straus S, Olsen NR, Young T, Ilic D, Shaneyfelt T, Haynes RB, Guyatt G, Glasziou P. Core Competencies in Evidence-Based Practice for Health Professionals. Consensus Statement Based on a Systematic Review and Delphi Survey. *JAMA Netw Open* 2018;1:e180281. Disponibile a: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2685621>.

VERSIONE ITALIANA

Albarqouni L, Hoffmann T, Straus S et al. Evidence-based Practice: le competenze core per tutti i professionisti sanitari. *Evidence* 2019;11(6): e1000198. Disponibile a: www.evidence.it/e1000198. Ultimo accesso: giorno mese anno.

CITAZIONE

Handbook "Competenze core per l'Evidence-based Practice" Disponibile a: www.gimbe.org/EBP. Ultimo accesso: giorno mese anno.

FONTI DI FINANZIAMENTO

La traduzione dell'articolo originale e il presente *handbook* sono stati realizzati dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale.

CONFLITTI DI INTERESSE

La Fondazione GIMBE è una organizzazione no-profit che svolge attività di formazione e ricerca sugli argomenti trattati nel presente *handbook*.

DISCLAIMER

La Fondazione GIMBE declina ogni responsabilità per danni nei confronti di terzi derivanti da un utilizzo autonomo e/o improprio dei dati e delle informazioni contenuti nel presente documento.

Indice

4 Premessa

6 0. Aspetti generali

9 1. Formulare quesiti clinici

10 2. Ricercare le evidenze

12 3. Valutare criticamente e interpretare le evidenze

16 4. Applicare le evidenze

18 5. Valutare le proprie performance

Premessa

Ogni anno vengono pubblicati in oltre 20.000 riviste più di 2 milioni di articoli scientifici, ma solo il 7-8% possono essere definiti “evidenze scientifiche”, ovvero studi condotti con metodi rigorosi che producono risultati rilevanti per la salute delle persone e per la sanità pubblica. Le evidenze scientifiche rispondono ai criteri di qualità definiti dall’Evidence-based Medicine, termine coniato nel 1991 che oggi ha lasciato il posto a quello di Evidence-based Practice (EBP), visto che la metodologia si è progressivamente estesa a tutte le professioni sanitarie.

Negli ultimi vent’anni l’EBP è stata progressivamente integrata come componente fondamentale nel curriculum di base per medici e altri professionisti sanitari, nei programmi specialistici e in quelli di formazione continua. Tuttavia, in assenza di set di competenze definiti in maniera sistematica, persiste una estrema variabilità di qualità e contenuti dei programmi di insegnamento dell’EBP. Di conseguenza, un set standardizzato di competenze core per l’EBP per professionisti e studenti può migliorare sia programmi formativi e insegnamento dell’EBP, sia conoscenze e skill di tutti i professionisti sanitari.

Al fine di raggiungere il consenso sulle competenze core da includere nei programmi formativi di EBP, è stato recentemente pubblicato uno studio internazionale che ha seguito un processo metodologico rigoroso in 4 step: 1) definizione di un set preliminare di competenze rilevanti derivato da una revisione sistematica di studi educazionali sull’EBP per i professionisti sanitari; 2) survey Delphi in 2 round condotta via web tra professionisti sanitari, selezionati utilizzando un campionamento intenzionale, per definire le priorità e raggiungere il consenso sulle competenze core per l’EBP; 3) meeting, sia in presenza che in videoconferenza, per finalizzare il consenso sulle competenze core; 4) feedback e approvazione da parte di esperti di EBP.

68 competenze hanno raggiunto il consenso per l’inclusione nel set finale delle competenze core suddivise nei principali step dell’EBP: aspetti generali (n = 5), formulazione dei quesiti (n = 3), ricerca delle evidenze (n = 4), valutazione critica e interpretazione delle evidenze (n = 9), applicazione delle evidenze (n = 4), valutazione delle proprie performance (n = 2). Per ciascuna competenza vengono fornite la descrizione e il livello di dettaglio o di trasferimento, quale indicatore del tempo che dovrebbe essere dedicato a ciascuna competenza: menzionata (M), spiegata (S), praticata con esercitazioni (P).

Considerato che le competenze core per l’EBP migliorano la qualità dell’assistenza e riducono gli sprechi conseguenti al sovra- e sotto-utilizzo di farmaci, test diagnostici, interventi chirurgici e altri interventi sanitari, la Fondazione GIMBE, oltre alla versione italiana dello statement, ha realizzato il presente *handbook* al fine di rendere consapevoli tutti i professionisti sanitari sulle irrinunciabili competenze da acquisire, oltre che per guidare l’elaborazione dei curricula universitari e specialistici e aggiornare i programmi di formazione continua.

Legenda

M Menzionata

S Spiegata

P Praticata con esercitazioni

0. Aspetti generali

0.1 Comprendere la definizione di evidence based practice (EBP) intesa come l'integrazione delle migliori evidenze scientifiche con l'esperienza clinica e con valori e circostanze individuali del paziente

S

Comprendere la definizione di EBP e la relazione tra le sue 3 componenti:

- migliori evidenze scientifiche: studi validi e clinicamente rilevanti, occasionalmente dalle scienze di base (es. fisiopatologia), ma soprattutto dalla ricerca clinica centrata sul paziente relativa all'accuratezza e precisione dei test diagnostici e all'efficacia e sicurezza degli interventi preventivi, terapeutici, riabilitativi;
- esperienza clinica: capacità di utilizzare competenze ed esperienze pregresse per identificare rapidamente lo stato di salute e la diagnosi del paziente, i rischi e i benefici individuali dei potenziali interventi sanitari/esposizioni/test diagnostici e i loro valori ed aspettative individuali. L'esperienza clinica è necessaria per integrare le evidenze scientifiche con i valori e le circostanze individuali dei pazienti;
- valori e circostanze individuali del paziente (sue preferenze, preoccupazioni, aspettative, speranze, punti di forza, limiti e fattori di stress al momento del consulto clinico che devono essere integrati nelle decisioni condivise se utili al paziente), oltre a condizioni cliniche individuali e setting assistenziale.

La pratica dell'EBP deve bilanciare e integrare queste componenti, utilizzando non solo le tradizionali competenze diagnostiche, ma anche l'applicabilità delle evidenze rilevanti e le preferenze e circostanze del paziente per scegliere quali azioni intraprendere.

0.2 Conoscere il razionale dell'EBP

M

Riconoscere:

- L'esigenza continua d'informazioni valide per informare le decisioni cliniche e l'inadeguatezza delle tradizionali fonti di aggiornamento. [M]
- La differenza tra competenze diagnostiche e giudizio clinico che aumentano con l'età e l'esperienza, e la capacità di aggiornamento e la performance clinica, che invece declinano. [M]
- La limitata disponibilità di tempo per identificare e assimilare le evidenze. [M]
- I gap tra evidenze e pratica clinica che la rendono subottimale, riducendo la qualità dell'assistenza. [M]

- La potenziale discordanza tra l'approccio fisiopatologico e quello sperimentale nel valutare l'efficacia degli interventi sanitari. [M]

Il discente deve conoscere il razionale dell'EBP, inclusa la necessità quotidiana di ottenere informazioni valide sulla diagnosi (es. sapere che non sempre una diagnosi precoce migliora gli esiti di salute), prognosi, terapia e prevenzione (es. non sempre i nuovi interventi sanitari sono più efficaci delle alternative già disponibili). Il discente deve riconoscere l'inadeguatezza delle fonti tradizionali d'informazione per l'utilizzo nella pratica clinica in quanto non aggiornate (es. trattati tradizionali), spesso distorte da bias (es. parere degli esperti), troppo numerose e variabili in termini di validità (es. articoli da riviste biomediche). Il discente deve anche riconoscere la differenza tra competenze diagnostiche e giudizio clinico che aumentano con l'età e l'esperienza, e la capacità di aggiornamento delle conoscenze e la performance clinica che invece peggiorano. Il discente deve riconoscere l'impossibilità di dedicare più di qualche minuto a paziente per identificare ed assimilare le evidenze. Il discente deve riconoscere i gap tra evidenze e pratica clinica che la rendono non ottimale peggiorando la qualità dell'assistenza (es. sovra- e sotto-utilizzo di interventi sanitari). Il discente deve riconoscere la distinzione, e la potenziale discordanza, tra l'approccio fisiopatologico e quello sperimentale nel valutare l'efficacia degli interventi sanitari.

0.3 Conoscere per ciascuna tipologia di quesito clinico vantaggi e limiti dei principali disegni di studio, identificandone la corretta gerarchia

S

- Classificare i principali disegni di studio per ciascuna tipologia di quesito clinico. [S]

Il discente deve identificare la corretta gerarchia dei disegni di studio (dal meno distorto al più distorto da bias) per ciascun tipo di quesito clinico (es. ad un quesito sull'efficacia degli interventi sanitari idealmente risponde una revisione sistematica di trial controllati randomizzati; ad un quesito su credenze ed esperienze dei pazienti gli studi qualitativi). Il discente deve conoscere vantaggi e limiti dei principali disegni di studio, in particolare quelli da cui derivano le evidenze di migliore qualità (es. revisioni sistematiche, trial controllati randomizzati), oltre che riconoscere quando i trial controllati randomizzati non sono necessari (es. efficacia di un intervento sanitario netta e rilevante).

0.4 Praticare i 5 step dell'EBP: formulare i quesiti clinici, ricercare, valutare e applicare le evidenze, monitorare le proprie performance

P

Praticare i 5 step dell'EBP:

- Step 1: identificare i gap di conoscenza e convertire il bisogno d'informazioni (su prevenzione, eziologia, diagnosi, prognosi, terapia, etc.) in un quesito a cui rispondere e conoscere le diverse strategie per tracciare i gap di conoscenza;
- Step 2: reperire le migliori evidenze per rispondere al quesito formulato;
- Step 3: valutare criticamente le evidenze in termini di validità interna, rilevanza clinica e applicabilità o utilizzare fonti affidabili già sottoposte a valutazione critica (preappraised);
- Step 4: integrare la valutazione critica - in particolare i benefici netti associati a differenti opzioni - con il giudizio clinico e con le caratteristiche biologiche, i valori e le circostanze del paziente individuale;
- Step 5: valutare efficacia ed efficienza nell'applicare gli step 1-4 e cercare di migliorarle continuamente, al fine di ottimizzare la pratica clinica.

0.5 Comprendere la differenza tra utilizzo delle evidenze per informare le decisioni cliniche e produzione delle evidenze

M

- Descrivere la distinzione tra "utilizzo delle evidenze" nella pratica professionale (tramite ricerca di evidenze "pre-valutate" o seguendo i 5 step dell'EBP) vs "produzione delle evidenze", ovvero pianificazione e conduzione di studi primari o secondari che implica la conoscenza della metodologia della ricerca clinica. Ovvero, considerato che l'utilizzo della ricerca è indispensabile per la pratica clinica, tutti i professionisti sanitari devono essere *evidence-users* e non necessariamente *evidence-makers*.

1. Formulare quesiti clinici

1.1 Spiegare la differenza tra i quesiti clinici di foreground, a cui è possibile rispondere con le evidenze, e quelli di background per i quali non lo è

S

- Identificare la differenza tra quesiti di background (es. “Che cosa è l’infarto del miocardio?”) e quesiti di foreground (es. “Nei pazienti adulti con infarto del miocardio, l’aspirina, rispetto al placebo, è efficace nel ridurre la mortalità?”).

1.2 Identificare differenti tipologie di quesiti clinici: eziologia, diagnosi, prognosi, terapia

P

- Identificare differenti tipi di quesiti clinici, come eziologia, diagnosi, prognosi, terapia.

1.3 Strutturare i quesiti clinici utilizzando il modello PICO

P

- Riconoscere l’importanza di identificare e prioritizzare incertezze e gap di conoscenza nella pratica clinica e le relative strategie. [M]
- Conoscere il rationale per utilizzare quesiti clinici strutturati. [S]
- Identificare gli elementi dei quesiti PICO e utilizzarne le varianti se appropriato (es. PICOT, PO, PECO) per strutturare i quesiti clinici. [P]

Il discente deve strutturare i quesiti clinici secondo il modello PICO (P: popolazione; I: intervento; C: confronto; O: outcome) e le sue varianti (es. PO per quesiti di prevalenza, PICOT per includere il timing; PECO dove l’esposizione sostituisce l’intervento per gli studi osservazionali, negli studi di accuratezza diagnostica il test indice sostituisce l’intervento). Inoltre il discente deve conoscere le strategie per identificare e prioritizzare incertezze e gap di conoscenza nella pratica clinica, identificando i quesiti clinici che non hanno una risposta.

2. Ricercare le evidenze

2.1 Identificare le fonti principali dove ricercare le evidenze scientifiche: banche dati primarie, database di evidenze e risorse “filtrate” o “pre-valutate”

S

- Identificare i vantaggi di utilizzare fonti di evidenze “filtrate” o “pre-valutate” e conoscere le risorse rilevanti. [S]
- Indicare le differenze tra gerarchia delle evidenze, livello di elaborazione delle evidenze e tipologie di risorse EBM. [S]

Il discente deve identificare le principali categorie di fonti di informazione e i vantaggi di utilizzare fonti di evidenze “filtrate” o “pre-valutate” (es. ACCESSSS, UpToDate, ACP Journal Club, TRIP database, PEDro). Inoltre il discente deve indicare le differenze tra gerarchia delle evidenze (gerarchie dei disegni di studio in relazione a ciascun tipo di quesito), il loro livello di elaborazione e le varie tipologie di risorse [es. sommari e linee guida, evidenze già sottoposte, o meno, a valutazione critica (*preappraised*)].

2.2 Sviluppare e utilizzare un’adeguata strategia di ricerca per i quesiti clinici

P

- Sapere quali risorse consultare per prime per rispondere a un quesito clinico. [P]
- Se necessario disegnare una strategia di ricerca coerente con gli obiettivi della ricerca bibliografica. [P]
- Applicare una strategia di ricerca generale con l’utilizzo di termini di ricerca e operatori booleani, troncamento e filtri per ricerche più efficienti. [S]

Il discente deve disegnare e condurre una ricerca adeguata e coerente con gli obiettivi della ricerca bibliografica, indicando il ruolo degli operatori booleani (es. AND, OR, NOT); troncamento (es. asterisco, punto interrogativo); filtri di ricerca (es. restrizioni linguistiche, ricerca su esseri umani, anno, disegno di studio) per rendere più efficiente la ricerca.

2.3 Conoscere i differenti ambiti coperti dalle principali banche dati

M

- Conoscere i differenti ambiti coperti dalle principali banche dati e quelle rilevanti per la propria professione o specialità (es. PubMed per argomenti medici, CINAHL per le professioni infermieristiche e sanitarie, PsycINFO per l'ambito psicologico) e conoscere quale fonte è più appropriata per rispondere ad un determinato quesito clinico.

2.4 Conoscere le modalità per ottenere i full text degli articoli e di altre risorse

S

- Conoscere le modalità per ottenere i full text degli articoli (open access, accesso istituzionale o accessi speciali come il programma HINARI) e di altre risorse (risorse pre-valutate come linee guida evidence-based e strumenti di supporto decisionale per i pazienti).

3. Valutare criticamente e interpretare le evidenze

3.1 Identificare le competenze chiave per valutare criticamente validità interna, rilevanza clinica e applicabilità e integrità della ricerca clinica

S

- Conoscere la differenza tra errore random ed errore sistematico (bias). [S]
- Identificare le principali categorie di bias e il loro impatto sui risultati. [S]
- Interpretare le più comuni misure di incertezza, in particolare gli intervalli di confidenza. [P]
- Riconoscere che l'associazione non implica necessariamente causalità, spiegandone le motivazioni. [S]
- Riconoscere l'importanza di considerare conflitti di interesse e fonti di finanziamento. [M]
- Conoscere l'utilizzo appropriato e i limiti delle analisi per sottogruppi e interpretarne i risultati. [M]

Il discente deve identificare le competenze chiave per valutare criticamente validità interna, rilevanza clinica, applicabilità e integrità della ricerca clinica, tramite la conoscenza delle diverse categorie di bias (es. confondimento, measurement e detection bias, reporting e publication bias) e il relativo impatto e incertezza (errore random) sulle stime degli studi. Anche i conflitti di interesse possono influenzare i report degli studi, in particolare le conclusioni tratte dai risultati. Non è richiesta la capacità di effettuare analisi statistiche, ma è essenziale interpretare i risultati statistici (es. intervalli di confidenza). È altresì importante comprendere che l'associazione non implica causalità, spiegando le relative motivazioni (es. confondimento). Considerato che spesso sono riportate analisi per sottogruppi, occorre conoscerne significato e limiti.

3.2 Interpretare i differenti tipi di misure di associazione ed effetto, incluse le principali modalità di presentazione grafica

P

- Identificare le principali tipologie di dati: categoriche e continue. [S]
- Conoscere il significato delle comuni misure di frequenza. [M]
- Identificare la differenza tra "significatività statistica" e "rilevanza clinica" e tra l'assenza di prove di efficacia e la disponibilità di prove di inefficacia. [S]

Il discente deve interpretare i risultati quantitativi degli studi, per cui deve comprendere: 1) le principali tipologie di dati: categoriche (dicotomiche, nominali, ordinali) vs continue; 2) il significato delle comuni misure di frequenza: medie, mediane, tassi; 3) le misure di associazione da queste derivate sia per gli outcome dicotomici che per quelli continui. Queste competenze possono essere meglio apprese attraverso attività di valutazione critica degli studi.

3.3 Valutare criticamente e interpretare una revisione sistematica

P

- Conoscere la differenza tra revisioni sistematiche, meta-analisi e revisioni non sistematiche (narrative). [M]
- Identificare e valutare criticamente gli step principali di una revisione sistematica. [P]
- Interpretare le presentazioni della combinazione degli studi quali *forest plot* e tabelle di sintesi dei risultati. [P]

Il discente deve valutare criticamente una revisione sistematica, ovvero essere in grado di identificare e valutare gli step principali: strategia di ricerca, valutazione critica e selezione degli studi, sintesi dei risultati (incluse tabelle di sintesi dei risultati) e come questi elementi la differenziano da una revisione non sistematica (narrativa). L'interpretazione dei risultati richiede di comprendere la presentazione degli studi combinati come un *forest plot* e la conoscenza generale delle misure di eterogeneità statistica. Queste competenze includono la comprensione del concetto di qualità delle evidenze e le modalità per valutarle, in particolare tramite il metodo GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*). Inoltre il discente deve essere in grado di distinguere tra la valutazione critica dei metodi di una revisione sistematica (affidabili o inadeguati) e il grado di certezza delle evidenze sintetizzate dalla stima quantitativa tramite meta-analisi (*garbage in, garbage out*).

3.4 Valutare criticamente e interpretare uno studio che valuta l'efficacia di interventi sanitari

P

- Identificare e valutare gli elementi principali di un trial controllato. [P]
- Interpretare i risultati incluse le misure di efficacia. [P]
- Identificare i limiti degli studi osservazionali per valutare l'efficacia degli interventi sanitari e conoscere le basi dei metodi di aggiustamento e i loro limiti. [S]

Il discente deve valutare criticamente uno studio sperimentale (es. trial controllato randomizzato), ovvero essere in grado di identificare e valutare

gli elementi principali: randomizzazione e occultamento nell'assegnazione, *blinding*, persi al *follow up/attrition bias*, analisi *intention-to-treat vs per protocol*, *performance bias*. L'interpretazione dei risultati richiede la capacità di interpretare le misure di efficacia più utilizzate (odds ratio, riduzione/aumento del rischio relativo, differenza di rischio assoluto, rischio relativo/risk ratio, NNT/NNH) e le misure di incertezza (intervalli di confidenza, p-value). Il discente deve identificare i limiti degli studi osservazionali per informare le decisioni terapeutiche e riconoscere i principi dei metodi di aggiustamento e i loro limiti.

3.5 Valutare criticamente e interpretare uno studio di accuratezza diagnostica

P

- Identificare e valutare gli elementi principali di uno studio di accuratezza diagnostica. [P]
- Interpretare i risultati e le misure di accuratezza diagnostica. [P]
- Riconoscere scopo e utilizzo delle *clinical prediction rules*. [M]

Il discente deve valutare criticamente uno studio di accuratezza diagnostica, ovvero essere in grado di identificare e valutare gli elementi principali: selezione dei partecipanti, perdita al *follow up/verification bias*, valutazione indipendente e *blinded* del test in studio con uno standard diagnostico di riferimento. L'interpretazione dei risultati richiede la conoscenza delle principali misure di accuratezza diagnostica: sensibilità, specificità, valore predittivo positivo e negativo, rapporto di verosimiglianza positivo e negativo. Il discente deve inoltre essere in grado di interpretare una tabella 2x2, o tabella di contingenza.

3.6 Distinguere linee guida basate sulle evidenze da quelle basate sulle opinioni

P

Comprendere che numerose linee guida non sono basate sulle evidenze e identificare gli elementi principali di una linea guida evidence-based, come la strategia di ricerca, selezione e valutazione, il grading delle evidenze e la gestione dei conflitti di interesse. Questi elementi principali dovrebbero essere identificati senza la necessità di una valutazione critica completa (es. tramite lo strumento AGREE II).

3.7 Identificare gli elementi principali e interpretare uno studio prognostico

S

- Identificare e valutare gli elementi principali di uno studio prognostico. [S]
- Interpretare i risultati incluse le misure di effetto (es. curve di sopravvivenza di Kaplan-Meier) e l'incertezza. [S]
- Riconoscere scopo e utilizzo delle *clinical prediction rules*. [M]

Il discente deve essere in grado di valutare criticamente uno studio prognostico, ovvero identificare e valutare gli elementi principali come la selezione dei soggetti, i persi al follow-up, il blinding per valutare outcome soggettivi e i metodi per identificare e aggiustare i fattori confondenti. Il discente deve saper interpretare i risultati tramite le comuni misure prognostiche come incidenza cumulativa, hazard ratio, curve di sopravvivenza.

3.8 Spiegare l'utilizzo degli studi eziologici per valutare gli effetti collaterali (rari) degli interventi sanitari

S

- Indicare che gli effetti collaterali dei trattamenti possono essere osservati nei trial controllati, ma alcuni effetti avversi rari o tardivi possono essere osservati esclusivamente negli studi osservazionali. [S]

Se la valutazione critica di questo tipo di studi non è una competenza core, il discente deve indicare quando e perché sono necessari. Inoltre deve essere consapevole dei potenziali effetti avversi dei trattamenti e riconoscere che l'utilizzo in larga scala di un trattamento efficace non aumenta necessariamente i benefici e può causare effetti avversi.

3.9 Spiegare obiettivi e metodi della ricerca qualitativa

S

- Riconoscere come la ricerca qualitativa può informare il processo decisionale. [M]

Il discente deve conoscere obiettivi e metodi principali della ricerca qualitativa. La valutazione critica degli studi qualitativi non è una competenza core, ma lo è la conoscenza di quando e perché sono necessari. Il discente deve inoltre conoscere l'importanza della ricerca qualitativa nell'informare il processo decisionale.

4. Applicare le evidenze

4.1 Coinvolgere attivamente i pazienti nelle decisioni, utilizzando il processo decisionale condiviso che prevede la spiegazione delle evidenze e l'integrazione delle loro preferenze

P

- Riconoscere la natura di dubbi, speranze, aspettative, paure, valori e preferenze del paziente. [M]
- Conoscere e utilizzare il processo decisionale condiviso. [P]
- Riconoscere il ruolo degli strumenti di supporto decisionale (es. ausili decisionali per i pazienti) per agevolare il processo decisionale condiviso. [M]

Il discente deve coinvolgere i pazienti nel processo decisionale, comunicare le evidenze su benefici e rischi, riconoscere la natura di dubbi, speranze, aspettative, paure, valori e preferenze dei pazienti, e riconoscere il ruolo degli strumenti di supporto decisionale (es. ausili decisionali per i pazienti) nel processo decisionale condiviso.

4.2 Conoscere le differenti strategie per gestire le incertezze nel processo decisionale

S

- Riconoscere le componenti/dimensioni professionali, etiche e legali del processo decisionale e il ruolo del ragionamento clinico. [M]

In questa competenza il discente deve conoscere le differenti strategie per gestire le incertezze nel processo decisionale che possono dipendere dalla professione e dal livello di esperienza: strategia attendista, pausa diagnostica, intuito clinico. Il discente deve inoltre riconoscere le varie dimensioni delle decisioni professionali (es. professionale, etica, legale, economica) e le relative implicazioni nell'analisi di un problema clinico.

4.3 Spiegare l'importanza del rischio basale del paziente individuale per valutare i benefici attesi degli interventi sanitari

S

- Riconoscere i diversi tipi di outcome (cl clinicamente rilevanti, surrogati, compositi). [M]

Il discente deve spiegare l'importanza del rischio basale del paziente individuale per valutare i benefici attesi (misure medie degli effetti possono essere fuorvianti) e il suo ruolo nel processo decisionale condiviso (es. bilanciare benefici e rischi di un trattamento). Il discente deve inoltre riconoscere i diversi tipi di outcome e identificare quelli più rilevanti per i pazienti (es. gli outcome correlati al paziente sono più rilevanti di quelli surrogati).

4.4 Interpretare il grado di certezza delle evidenze e la forza delle raccomandazioni cliniche

S

- Utilizzare l'approccio GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) per valutare la forza delle raccomandazioni cliniche e identificare gli elementi principali che ne influenzano forza e direzione, oltre che il loro ruolo nel processo decisionale (es. raccomandazioni deboli normalmente sono sensibili a valori e preferenze dei pazienti).

5. Valutare le proprie performance

5.1 Riconoscere i potenziali ostacoli individuali per trasferire le conoscenze alla pratica clinica e le strategie per superarli



- Conoscere il processo della pratica clinica riflessiva. [M]

Il discente deve riconoscere potenziali ostacoli individuali per trasferire le conoscenze alla pratica clinica e le strategie per superarle. Approfondimenti sugli ostacoli organizzativi appartengono ad altre discipline quali *knowledge translation* e *implementation science*.

5.2 Riconoscere il ruolo dell'audit clinico personale per facilitare l'EBP



- Riconoscere il ruolo dell'audit clinico personale per facilitare l'EBP (es. diverse aree di miglioramento possono essere identificate confrontando la pratica professionale con standard basati sulle evidenze).



Via Amendola, 2 - 40121 Bologna
Tel. 051 5883920 - Fax 051 3372195
info@gimbe.org - www.gimbe.org