

Corso di Laurea in Infermieristica  
Sede: LECCE-FAZZI

Insegnamento MED/45 (1 cfu):

**E.B.N.**

Corso Integrato: INFERMIERISTICA CLINICA E DI COMUNITA'

2° anno - 1° semestre  
2020-2021



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI DI BARI  
ALDO MORO



ASL Lecce

PugliaSalute

Docente: dott. Francesco **GERMINAL**

francescogerminal@gmail.com

0832 661947 (lavoro) 3280686283 (personale)



**Processo di autoapprendimento in cui l'assistenza al paziente stimola la ricerca di informazioni clinicamente rilevanti, di tipo diagnostico, prognostico e terapeutico o relative ad altri aspetti della pratica clinica, nella letteratura biomedica.**

EBN come un'indagine razionale su tutti gli aspetti assistenziali connessi con l'attività e con la vita umana

# Approccio clinico evidence-based

## Come metterlo in pratica



1. Partire dal paziente, da un determinato problema clinico o da una domanda precisa che emergono dalla cura del paziente (ANALISI DELLA PRATICA E INDIVIDUAZIONE AREE DI INCERTEZZA)
2. Formulare un quesito clinico in termini chiari (TRADURRE QUELLE INCERTEZZE/PROBLEMI IN QUESITI RICERCABILI)
3. Ricercare in modo sistematico e completo le fonti di informazione nella letteratura scientifica, che siano in grado di fornire una risposta alla domanda formulata
4. Interpretare in maniera critica le evidenze scientifiche trovate (validità, applicabilità, rilevanza)
5. Ritornare al paziente e integrare le evidenze raccolte con la propria personale esperienza clinica e con le esigenze, i desideri e le preferenze del paziente
6. Valutare in che misura le soluzioni proposte rispondano ai bisogni identificati

# Approccio clinico evidence-based

## Come metterlo in pratica

1. Partire dal paziente, da un determinato problema clinico o da una domanda precisa che emergono dalla cura del paziente (ANALISI DELLA PRATICA E INDIVIDUAZIONE AREE DI INCERTEZZA)
2. Formulare un quesito clinico in termini chiari (TRADURRE QUELLE INCERTEZZE/PROBLEMI IN QUESITI RICERCABILI)
3. Ricercare in modo sistematico e completo le fonti di informazione nella letteratura scientifica, che siano in grado di fornire una risposta alla domanda formulata
4. Interpretare in maniera critica le evidenze scientifiche trovate (validità, applicabilità, rilevanza)
5. Ritornare al paziente e integrare le evidenze raccolte con la propria personale esperienza clinica e con le esigenze, i desideri e le preferenze del paziente
6. Valutare in che misura le soluzioni proposte rispondano ai bisogni identificati

# Formulazione del quesito di ricerca

- È alla base della pratica EBN
- I **pazienti** sono il punto di partenza
- Identificare domande che siano **centrate sui pazienti**
- Parte più difficile dell'intero processo
  - Molti dubbi da chiarire sul paziente
  - Domande precise

# Le domande

## Background

- Ampie e generali
- Ricerca di informazioni e conoscenze generali rispetto a una malattia, a un bisogno, ad interventi
- Due componenti
  - Introduttore interrogativo (cosa, come, quando perchè) legato ad un verbo
  - Un bisogno, una malattia, un intervento
- Ricerca in documenti ampi (linee guida, letteratura terziaria come libri e monografie)

## Foreground

- Specifiche e limitate
- Riguardano condizione propria di una tipologia di pazienti che vanno incontro ad uno specifico esito
- PICOM
- Ricerca in revisioni e letteratura (Medline, Cinahl, Embase)

# Le domande

## Background

- Come si deve realizzare l'assistenza al **paziente** con **ictus**?

## Foreground

- In un **paziente** con **ictus** il posizionamento dei liquidi sull'arto plegico versus il posizionamento sull'arto non plegico può determinare modifiche sugli esiti funzionali?

# Ostacoli al processo di formulazione del quesito di ricerca

## 1. Capacità di porsi quesiti clinici

- a. legata al bisogno di nuove informazioni; viene acquisita e affinata dalla discussione di casi clinici

## 2. Mancato utilizzo di strumenti professionali mirati

- a. Assenza di cartella infermieristica orientata per problemi. Sarebbe lo strumento ideale grazie alla definizione dei problemi clinici attivi, alla redazione del piano assistenziale e alla motivazione esplicita di tutte le decisioni

# Formulazione del quesito di ricerca: consigli

L'elaborazione del quesito ci aiuta ad avere chiaro in mente ciò che serve e a ricercare con maggiore precisione

1. Scriviamo le domande che ci vengono in mente e riformuliamole in diversi passaggi dividendo i singoli problemi
2. Le prime domande a cui dare risposta:
  - I. Le più importanti per il benessere del paziente
  - II. Le più facili a cui dare risposta
  - III. Le più interessanti
  - IV. Le più ricorrenti
3. Eliminiamo i termini superflui dalle domande
4. Identifichiamo i termini più significativi
5. PICOM
6. Costruisci in quesito

**TABELLA 2.3**  
Significato dell'acronimo PICOM

<b>P</b>	<i>Patient</i> – paziente o problema	Chiedersi: "Come descriveresti un gruppo di pazienti simili al mio?" Bilanciare la precisione con la brevità
<b>I</b>	<i>Intervention</i> – intervento o esposizione (una causa, un fattore prognostico, un trattamento)	Chiedersi: "Quale intervento principale sto prendendo in considerazione?" Essere specifici
<b>C</b>	<i>Comparison</i> – intervento di controllo (se necessario)	Chiedersi: "Qual è la principale alternativa da comparare all'intervento prescelto?" Di nuovo, essere specifici
<b>O</b>	<i>Outcome</i> – risultato o esito	Chiedersi: "Che cosa spero di ottenere?" o "Che cosa può realmente produrre questo intervento?" Di nuovo, essere specifici
<b>M</b>	<i>Method</i>	Chiedersi: "Quale tipologia di studio è più appropriata per rispondere al quesito?"

# Dalla forma narrativa

- Il Saccarosio può essere impiegato come analgesico per i neonati che devono essere sottoposti a procedure dolorose (circoncisione, puntura del calcagno, ecc)?

# Al metodo PICOM

- **P PATIENT**: neonati da sottoporre a procedure dolorose
- **I INTERVENTION**: analgesia con saccarosio
- **C COMPARISON**: altri interventi
- **O OUTCOME**: ridotta percezione del dolore
- **M METHOD**: trial clinici randomizzati

# Approccio clinico evidence-based

## Come metterlo in pratica

1. Partire dal paziente, da un determinato problema clinico o da una domanda precisa che emergono dalla cura del paziente (ANALISI DELLA PRATICA E INDIVIDUAZIONE AREE DI INCERTEZZA)
2. Formulare un quesito clinico in termini chiari (TRADURRE QUELLE INCERTEZZE/PROBLEMI IN QUESITI RICERCABILI)

Ricerca in modo sistematico e completo le fonti di informazione nella letteratura scientifica, che siano in grado di fornire una risposta alla domanda formulata

4. Interpretare in maniera critica le evidenze scientifiche trovate (validità, applicabilità, rilevanza)
5. Ritornare al paziente e integrare le evidenze raccolte con la propria personale esperienza clinica e con le esigenze, i desideri e le preferenze del paziente
6. Valutare in che misura le soluzioni proposte rispondano ai bisogni identificati

# Ricerca le evidenze e le conoscenze

## Scanning o sorveglianza (Pro-attiva)

- Ricerca continua
- Sorveglianza della letteratura
- Nel proprio ambito di interesse
- Aggiornamento continuo
- Non specifico
- Permette di conoscere lo «stato dell'arte» dell'ambito disciplinare ricercato
- Conoscere autori, risultati, parole, termini tecnici

## Searching o ricerca attiva (Reattiva)

- **Strategia EBN per risolvere problemi**
- Formulato il quesito clinico, vengono interrogate banche dati alla ricerca delle migliori prove disponibili

# Cosa ricercare? Gerarchia delle fonti di conoscenze

## ○ Fonti tradizionali

- Collega esperto /autorità con competenze
- Esperienza clinica (non generalizzabile e offuscata da pregiudizi ed errori)
- Trattati / Libri (miti e falsi miti)
- Riviste

## ○ Banche dati Biomediche

- PubMed, Embase, ecc

## ○ Nuovi strumenti editoriali

- Pubblicazioni secondarie
- Linee guida
- Revisioni sistematiche

«omologazione culturale» di alcuni interventi assistenziali, basati su tradizioni e consuetudini

# Fonti di informazione biomedica

## ○ Studi Primari

- Si occupano di fenomeni clinico-assistenziali
- I protagonisti sono i soggetti esaminati: persone, pazienti, utenti, operatori, ecc
- La ricerca viene pubblicata in riviste dagli autori
- Si descrivono materiali e metodi, si presentano i risultati, si discutono i risultati

## ○ Studi secondari

- Presentazione dei risultati degli studi primari garantiti da un'analisi critica
- I protagonisti sono gli studi primari stessi, non le persone
- Riassunti

## ○ Fonti terziarie

- Libri, esperti, consigli, colleghi

# Articoli scientifici – studi primari

- Studi sperimentali
- Studi quasi-sperimentali
- Studi osservazionali
- Studi descrittivi

# Articoli scientifici – studi secondari

## ○ Revisioni

- R. tradizionali: riassumono un gruppo di studi primari o l'opinione di esperti (assimilabili al capitolo di un libro)
- R.sistematiche: riassumono gli studi primari secondo una metodologia qualitativa, predefinita e rigorosa, dichiarando apertamente gli obiettivi, i materiali e i metodi
- Metanalisi: riassumono gli studi primari secondo una metodologia quantitativa integrando i risultati numerici di più studi
- Linee-Guida: raccomandazioni di comportamento clinico derivate sia dagli studi primari sia dalle revisioni sistematiche e dalle metanalisi

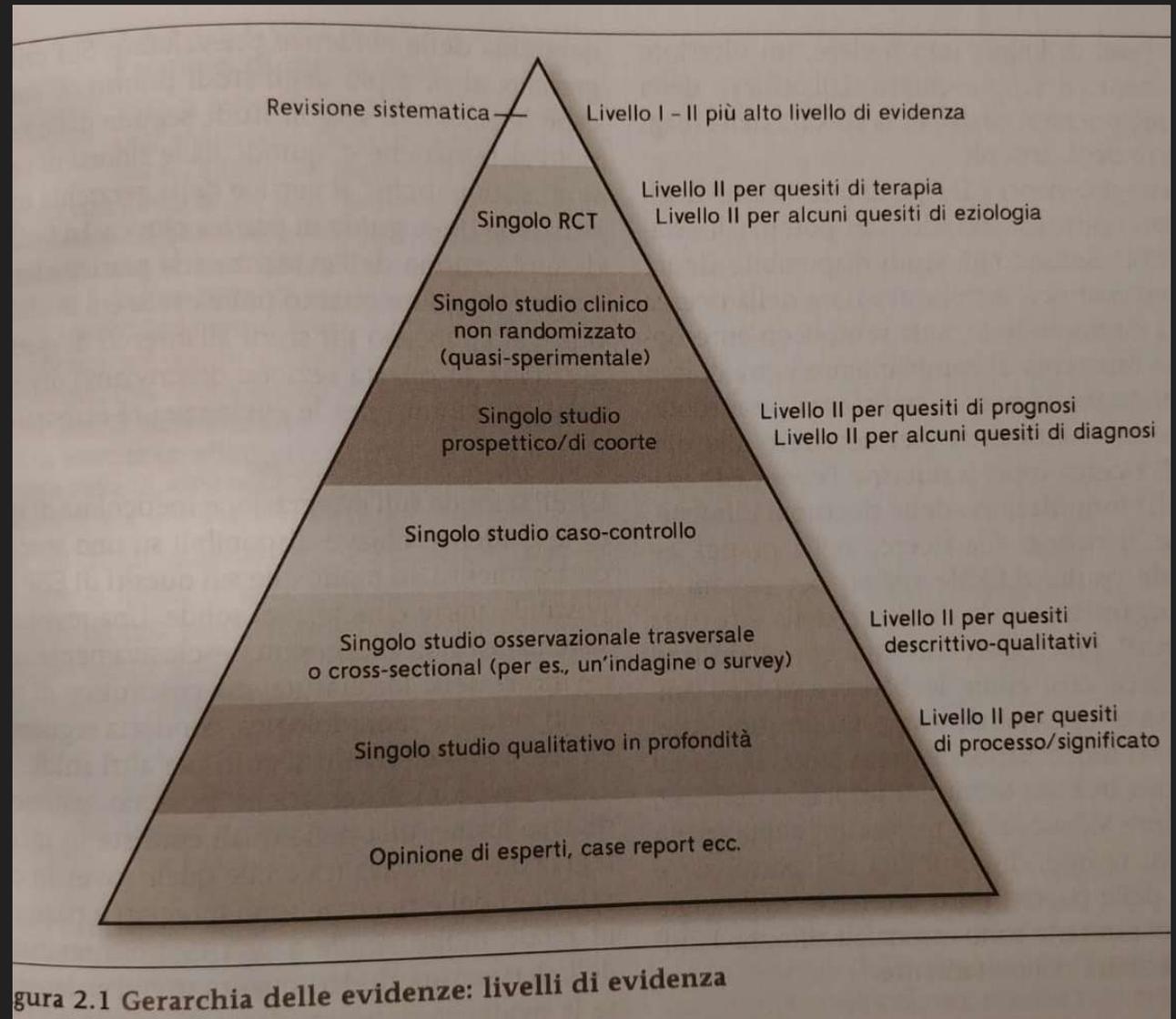
# Piramide delle evidenze ▲

I vari studi sono contrassegnati da un sistema di pesi relativi, che ne stimano il valore nell'ambito del processo decisionale clinico, ovvero ne individuano il livello di «evidenza».

Questa gerarchia deriva dal disegno di studio che consideriamo e dalla qualità metodologica con cui è realizzato (errori, bias)

La definizione è espressa in numeri (1, 2, 3, ecc) e si affina con ulteriori differenziazioni che affiancano lettere ai numeri (1, 1b, 2, 2b, ecc)

# Piramide delle evidenze



# Piramide delle evidenze

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

FIGURA 1.2 Piramide delle evidenze: (a) schema sintetico; (b) schema analitico.

# Leggi le Linee Guida

- Le linee guida di pratica clinica basata sulle prove di efficacia distillano un insieme di evidenze in una forma di uso pratico
- A differenza delle revisioni forniscono specifiche raccomandazioni per il processo decisionale basato sull'evidenza
- Concetto di **Care bundle**
- Serie di interventi volti a trattare o a prevenire un insieme specifico di sintomi; una combinazione o un insieme di strategie produce risultati migliori rispetto ad un singolo intervento
- [www.ihl.org](http://www.ihl.org)



Improving Health and Health Care Worldwide

SEARCH



ABOUT US

TOPICS

EDUCATION

RESOURCES

REGIONS

ENGAGE WITH IHI

Home / Topics / Bundles

## Bundles

Topics »

Explore this topic in:

- [Resources](#)

### GETTING STARTED: HOW TO IMPROVE

Learn about the Model for Improvement, forming the improvement team, setting aims, establishing measures, and selecting and testing changes. [Go to How to Improve.](#)



## Evidence-Based Care Bundles

A bundle is a structured way of improving the processes of care and patient outcomes: a small, straightforward set of evidence-based practices — generally three to five — that, when performed collectively and reliably, have been proven to improve patient outcomes.

Start here: [What Is a Bundle?](#)

### RECOMMENDED RESOURCES

[How-to Guide: Prevent Central Line-Associated Bloodstream Infection »](#)

[How-to Guide: Prevent Obstetrical Adverse Events »](#)

[How-to Guide: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia »](#)

[Severe Sepsis Bundles »](#)

[Using Care Bundles to Improve Health Care Quality »](#)

### MORE ON THIS TOPIC

[10 IHI Innovations to Improve Health and Health Care »](#)

[Methods for Reducing Sepsis Mortality in Emergency Departments and Inpatient Units »](#)

[Project JOINTS: What Factors Affect Bundle Adoption in a Voluntary Quality Improvement Campaign? »](#)

[Did a Quality Improvement Collaborative Make Stroke Care Better? »](#)

[Understanding Bundles: An IHI Faculty Conversation »](#)

[View All »](#)

### UPCOMING PROGRAMS

[Certified Professional in Patient Safety \(CPPS\) Review Course »](#)

February 4, 2021 | Live Webinar

[Patient Safety Executive Development Program »](#)

# Esempio Linee guida

<https://snlg.iss.it/>

[www.evidencebasednursing.it](http://www.evidencebasednursing.it)

# Classes of recommendations

Classes of recommendations	Definition	Suggested wording to use
<b>Class I</b>	Evidence and/or general agreement that a given treatment or procedure is beneficial, useful, effective.	Is recommended/ is indicated.
<b>Class II</b>	Conflicting evidence and/or a divergence of opinion about the usefulness/efficacy of the given treatment or procedure.	
<b>Class IIa</b>	<i>Weight of evidence/opinion is in favour of usefulness/efficacy.</i>	Should be considered.
<b>Class IIb</b>	<i>Usefulness/efficacy is less well established by evidence/opinion.</i>	May be considered.
<b>Class III</b>	Evidence or general agreement that the given treatment or procedure is not useful/effective, and in some cases may be harmful.	Is not recommended.

## Level of evidence

<b>Level of evidence A</b>	Data derived from multiple randomized clinical trials or meta-analyses.
<b>Level of evidence B</b>	Data derived from a single randomized clinical trial or large non-randomized studies.
<b>Level of evidence C</b>	Consensus of opinion of the experts and/or small studies, retrospective studies, registries.

## Initial diagnosis

Recommendations	Class	Level
<b>ECG monitoring</b>		
12-lead ECG recording and interpretation is indicated as soon as possible at the point of FMC, with a maximum target delay of 10 min.	I	B
ECG monitoring with defibrillator capacity is indicated as soon as possible in all patients with suspected STEMI.	I	B
The use of additional posterior chest wall leads (V <sub>7</sub> -V <sub>9</sub> ) in patients with high suspicion of posterior myocardial infarction (circumflex occlusion) should be considered.	IIa	B
The use of additional right precordial leads (V <sub>3R</sub> and V <sub>4R</sub> ) in patients with inferior myocardial infarction should be considered to identify concomitant RV infarction.	IIa	B
<b>Blood sampling</b>		
Routine blood sampling for serum markers is indicated as soon as possible in the acute phase but should not delay reperfusion treatment.	I	C

## Relief of hypoxaemia and symptoms

Recommendations	Class	Level
<b>Hypoxia</b>		
Oxygen is indicated in patients with hypoxaemia (SaO <sub>2</sub> <90% or PaO <sub>2</sub> <60 mmHg).	I	C
Routine oxygen is not recommended in patients with SaO <sub>2</sub> ≥90%.	III	B
<b>Symptoms</b>		
Titrated i.v. opioids should be considered to relieve pain.	IIa	C
A mild tranquillizer (usually a benzodiazepine) should be considered in very anxious patients.	IIa	C

# What is new in 2017 Guidelines on AMI-STEMI

2012	CHANGE IN RECOMMENDATIONS	2017
	<b>Radial access</b>	MATRIX
	<b>DES over BMS</b>	EXAMINATION, COMFORTABLE-AMI, NORSTENT
	<b>Complete Revascularisation</b>	PRAMI, DANAMI-3-PRIMULTI, CVLPRIT, Compare-Acute
	<b>Thrombus Aspiration</b>	TOTAL, TASTE
	<b>Bivalirudin</b>	MATRIX, HEAT-PPCI
	<b>Enoxaparin</b>	ATOLL, Meta-analysis
	<b>Early Hospital Discharge</b>	Small trials & observational data
Oxygen when SaO <sub>2</sub> <95%	<b>OXYGEN</b>	Oxygen when SaO <sub>2</sub> <90% AVOID, DETO2X
Same dose i.v. in all patients	<b>TNK-tPA</b>	Half dose i.v. in Pts ≥75 years STREAM

# Informazione biomedica

## Fattori di complessità

### ○ Produzione

- Non sempre legata a problemi di salute pubblica
- Può essere legata a interessi Industrie farmaceutiche e tecnologie

### ○ Diffusione

- Archiviati in formato elettronico nelle banche dati
  - Facilità la ricerca ↑
  - Limiti ↓
    - Quantità articoli
    - Quantità riviste (+400 riviste internazionali sono per infermieri)
      - Articoli con stesso argomento su riviste diverse
    - Rapida obsolescenza

# Informazione biomedica

## In 3 punti

### ○ Rilevanza

POEMs (Patient-Oriented Evidence that Matters)

- Patient oriented e non disease oriented
- Potenzialmente utile per la propria pratica clinica
- Riguardare end-points clinicamente significativi (eventi maggiori, mortalità, qualità di vita)
- Deve essere incorporabile nella pratica clinica

### ○ Validità

○ **Lavoro** necessario che occorre per reperire la letteratura (Linee guida...)

- Tempo
- Energie
- Costi