

Invito alla ricerca

Gabriela Ferreyra

Cari colleghi, è un onore ed un piacere per me essere la nuova direttrice scientifica di questo giornale. Quale membro del board editoriale il mio obiettivo è mantenere un rapporto di fiducia tra i lettori, gli autori ed il board editoriale, poiché è questo che costituisce le fondamenta del sistema di pubblicazione e apprendimento. Voglio ringraziare ARIR per questa opportunità e spero di lavorare con tutti voi in un modo interattivo. I commenti su come migliorare il giornale e i suggerimenti sugli argomenti ai quali siete particolarmente interessati saranno più che graditi.

Quando iniziai la mia professione ero entusiasta di lavorare in ambito clinico. Decisi allora di diventare una fisioterapista respiratoria. Imparai dai colleghi e lentamente costruii la mia esperienza clinica. Non ero però completamente soddisfatta. I medici chiedevano ai miei colleghi e a me quali fossero le basi fisiologiche dei diversi trattamenti ai pazienti ed io non ero in grado di convincerli, perché in realtà io stessa non ero convinta. Mi ponevo molte domande e trovavo solo poche risposte. Così decisi di seguire un corso e comprare l'unico libro che parlava di fisioterapia nelle malattie respiratorie. Finalmente trovai la strada giusta su come fare ricerca in letteratura, leggere e applicare queste conoscenze al mio lavoro. Questo passaggio mi rese più indipendente: potevo prendere decisioni cliniche autonomamente basandomi sulle evidenze scientifiche. Imparai quali erano i trattamenti da migliorare e quali dovevano essere interrotti perché non efficaci o potenzialmente dannosi.

La maggior parte di noi lavora in ambito clinico. Tutti facciamo un buon lavoro ed il massimo sforzo per dare ai pazienti la miglior assistenza. Se siete giovani ascolterete i professionisti più esperti circa il modo di trattare i malati nelle migliori condizioni. Se siete fisioterapisti già esperti tratterete i pazienti utilizzando tutto il vostro background costruito durante gli anni di lavoro clinico.

Ma la domanda che a mio avviso dovremmo porci è la seguente: l'esperienza clinica, da sola, è sufficiente per offrire il trattamento ottimale? Non c'è nessun dubbio che ci sia bisogno di esperienza clinica per offrire la miglior cura ai pazienti, tuttavia abbiamo anche bisogno di letture, di approfondimento delle conoscenze e di analisi critica che sono gli ingredienti chiave dell'apprendimento. In altre parole, noi, come buoni professionisti dovremmo essere curiosi, all'erta e pronti a chiederci: rispetto ai trattamenti che sto adottando esistono delle tecniche nuove e più ef-

ficaci? Ed inoltre: sono proprio sicuro che il trattamento che sto utilizzando sia necessario? ... In alcune circostanze la sospensione del trattamento è la scelta più corretta.

Abbiamo bisogno di comprendere gli aspetti fisiologici e clinici come fondamenta verso l'indipendenza nel giudizio e nelle decisioni cliniche. E allora come possiamo migliorare le nostre conoscenze fisiologiche e cliniche? Prima di tutto leggendo, in secondo luogo analizzando le informazioni utili ed infine trasportando le informazioni nel contesto clinico pratico. Un buono strumento è la Medicina Basata sulle Evidenze (EBM). L'EBM [1,2] è un approccio moderno che permette di integrare le conoscenze medico scientifiche attuali nella pratica clinica. Essa cerca di valutare la forza delle prove dei rischi e benefici dei vari trattamenti incluso l'assenza di trattamento. La gestione del malato dovrebbe essere basata sulla valutazione rigorosa dei risultati degli studi clinici randomizzati e controllati combinati con le prove provenienti da altre forme di ricerca. Questo approccio ha dei pregi. I risultati EBM più significativi derivano dalle meta analisi (analisi di tutti i lavori randomizzati che riguardano lo stesso trattamento con obiettivi simili) e dagli studi clinici randomizzati e controllati (confronto di due gruppi di pazienti, uno che esegue il trattamento, l'altro che non esegue il trattamento e serve da gruppo di controllo) disegnati con criteri ben definiti.

Tuttavia potreste non trovare sempre le risposte che cercate negli articoli più importanti ma piuttosto in ricerche sperimentali, semplici studi osservazionali o serie di casi clinici. Anche una ricerca molto semplice definita da criteri corretti può avere un significato clinico importante. Per esempio la prima osservazione sull'auto Peep (Peep intrinseca) nella gestione del paziente con difficoltà di svezamento fu presentata nel 1982. Pepe e Marini [3] descrissero che tre pazienti ventilati meccanicamente con patologia ostruttiva cronica e senza Peep esterna, miglioravano in modo rapido e sostanziale dal punto di vista emodinamico dopo una breve disconnessione dal ventilatore. Il risultato venne attribuito alla riduzione del gas intrapolato nel polmone. Probabilmente nessuno studio clinico randomizzato ha avuto un impatto maggiore nella gestione del paziente che necessita di intubazione e ventilazione meccanica in seguito ad una riacutizzazione di patologia ostruttiva polmonare cronica.

Uno degli obiettivi di questa rivista è anche quello di aiutare a riconoscere un buon articolo. Molte volte alla fine

di una lettura il nostro commento è "E allora?". L'articolo "E allora?" non risolve nessun problema clinico e quindi non ha un reale valore per il nostro lavoro. Quando formuliamo un quesito dobbiamo valutare se la risposta trovata può aiutare il nostro paziente in qualche modo per esempio attraverso il miglioramento della tecnologia, dei trattamenti e della diagnosi [4].

La professione del fisioterapista sta crescendo lentamente ma con determinazione. Ciononostante spesso continuiamo a trattare i malati basandoci solo sull'esperienza clinica; abbiamo l'impressione che il trattamento funzioni ma nessun singolo articolo scientifico è stato pubblicato su questo argomento.

Sebbene l'assenza di evidenze non debba essere interpretata come assenza di efficacia dovremmo fare attenzione quando scegliamo di trattare i pazienti senza supporto scientifico. I fisioterapisti hanno la necessità di svolgere un maggior numero di studi clinici e fisiologici per ottenere un miglior riconoscimento nel mondo scientifico ed ottenere più rispetto per la propria professione.

È difficile infatti criticare un trattamento se questo è basato sui migliori dati di ricerca disponibili.

Attraverso le righe di questa rivista mi piacerebbe anche stimolare alla ricerca molti di voi. Siete pertanto i benvenuti qualora vogliate condividere idee o fare domande, anche i

dati di un case report potrebbero essere interessanti.

Vorremmo anche implementare fra breve qualche strategia di comunicazione tra i nuovi ricercatori e coloro che si occupano di metodologia della ricerca.

In questo numero presentiamo una ricerca monografica sulla iperinsufflazione manuale in pazienti ventilati. Anna Liberto ha svolto un lavoro buono e dettagliato. La ricerca in letteratura è stata molto approfondita e guidata da un primo quesito ben definito: l'insufflazione manuale è utile ed efficace come l'insufflazione meccanica? Ed un secondo quesito ancora più importante: l'insufflazione manuale ha effetti dannosi? [5]. Come potete leggere nell'articolo la ricerca è stata effettuata su EBM ed i risultati dimostrano che esiste tuttora controversia circa l'utilità dell'iperinsufflazione manuale. Non solo, alcuni effetti dannosi come il raggiungimento di alte pressioni e la perdita di reclutamento alveolare durante la disconnessione dal ventilatore potrebbero superare la sua efficacia. È vero che la letteratura sull'argomento è debole dal punto di vista metodologico. Sono necessari trials clinici ben disegnati per raggiungere una conclusione. Questa ricerca di letteratura ci conduce comunque ad importanti considerazioni dimostrando che l'iperinsufflazione manuale non può essere raccomandata per ora finché non si dimostrino diversi risultati. Sebbene i livelli scientifici degli articoli

sull'insufflazione meccanica siano meglio definiti, gli effetti positivi della riespansione polmonare sono ancora dibattuti. Nonostante questo sembra più sicuro eseguire la manovra con il ventilatore controllando le variabili emodinamiche e respiratorie contemporaneamente.

Spero di aver suscitato la vostra curiosità ed interesse per l'ambito della ricerca e per gli articoli pubblicati.

Bibliografia

- [1] Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, Haynes RB, Scott Richardson W. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71.
- [2] Atkins D, Eccles M, Flottorp S, Guyatt GH, Henry D, Hill S, Liberati A, O'Connell D, Oxman AD, Phillips B, Schünemann H, Edejer TT, Vist GE, Williams JW Jr; GRADE Working Group. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. *BMC Health Serv Res*. 2004;4(1):38.
- [3] Pepe, PE, Marini. Occult positive end-expiratory pressure in mechanically ventilated patients with airflow obstruction: the auto-PEEP effect. *JJ. Am Rev Resp Dis* 1982;216:166-169.
- [4] Bucher HC, Guyatt GH, Cook DJ, Holbrook A, McAlister FA. Evidence-Based Medicine Working Group. Users' guides to the medical literature: XIX. Applying clinical trial results. A. How to use an article measuring the effect of an intervention on surrogate end points. *JAMA*. 1999;282(8):771-8.
- [5] Liberto A. L'iperinsufflazione nel paziente critico in ventilazione meccanica: *Rivista Italiana Fisioterapia e Riabilitazione Respiratoria* 2010;3:9-22.

**Il Sistema delle
cure Respiratorie:
la rete pneumologica
ed i percorsi assistenziali**

**30 Novembre
3 Dicembre
2011**

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

A I P O
RICERCHE 

Bologna
Palazzo della Cultura e dei Congressi

Via Antonio da Recanate, 2 - 20124 MILANO - Tel. +39 02 36590364 - Fax +39 02 36590368
www.aiporicerche.it

www.uip2011.it

uip2011@aiporicerche.it