

Conoscere per capire, capire per crescere

Serena Maiocchi, FT

Unità di Medicina Fisica e Riabilitazione, Ospedale San Raffaele Milano

«Il Fisioterapista ha il dovere di promuovere e utilizzare metodologie e tecnologie la cui efficacia e sicurezza siano state scientificamente validate» [1]. Questo semplice ma fondamentale presupposto è alla base di quella che viene definita *Evidence Based Practice* (EBP, pratica clinica basata sulle prove di efficacia) secondo cui le decisioni cliniche dovrebbero risultare dall'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del paziente e dall'*expertise* del clinico [2].

Detto questo, si pone il problema per il clinico di reperire le informazioni necessarie per applicare al meglio i principi dell'EBP: dove trovare e come riconoscere le migliori evidenze scientifiche?

Per il primo problema strumenti molto utili sono le banche dati biomediche quali Pubmed, Embase, Cochrane, PEDro, Cinahl (dedicate alle professioni sanitarie). Esse indicizzano, cioè raccolgono e catalogano, gli studi pubblicati su riviste scientifiche che rispondono a determinati standard qualitativi. Grazie ad esse possiamo trovare studi di ricerca primaria (studi osservazionali e sperimentali condotti sull'uomo) oppure studi di ricerca secondaria (revisioni sistematiche, con o senza meta-analisi, linee guida...), che hanno l'obiettivo di integrare i risultati degli studi primari attraverso la loro ricerca, valutazione critica, selezione e sintesi. Soprattutto gli studi di ricerca secondaria sono strumenti di grande utilità perché forniscono una sintesi ragionata delle migliori evidenze su un certo argomento fino a stilare delle vere e proprie raccomandazioni di diversa forza sull'opportunità dell'utilizzo di determinate pratiche terapeutiche. In assenza di raccomandazioni già prodotte, però, diventa importante riuscire a giudicare la solidità e la rilevanza dal punto di vista clinico delle altre informazioni presenti in letteratura.

A tal fine è bene conoscere i criteri su cui si basano i modelli di valutazione che la comunità scientifica ha sviluppato per stilare raccomandazioni (per esempio uno dei più moderni e trasversalmente utilizzato è il *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) [3,4]. Secondo tali modelli, basati su rigorosi criteri di analisi e *grading* degli studi, l'utilizzo di una terapia è fortemente raccomandata solo se è dimostrato che la bilancia tra i benefici e i costi risulti largamente a favore dei primi. Per cercare di raggiungere questa conoscenza sono da affrontare tre principali aspetti: la definizione degli *outcome* più

rilevanti, la valutazione della qualità delle prove per ciascun *outcome* e l'analisi dei costi dell'intervento.

È molto importante identificare quali sono gli *outcome* più importanti per il paziente, i *care-giver* e il clinico, e saper scegliere gli strumenti validati più adatti a misurarli. Per fare questo possiamo informarci in letteratura o in utili banche dati di scale di misura in cui ne vengono sintetizzate le caratteristiche e le proprietà psicometriche (per esempio www.rehabmeasure.com).

Per riuscire, poi, a dare una valutazione della qualità delle prove per ciascun *outcome* bisogna capire se il disegno dello studio è appropriato all'obiettivo che si pone: nel caso di studi d'efficacia le tipologie di studio più adeguate sono le metanalisi di *Randomized Controlled Trials* (RCTs) e i RCTs. Il secondo importante passo è quello di darne una valutazione dal punto di vista metodologico analizzando il *risk of bias*, ovvero il rischio che i risultati siano falsati a causa di errori sistematici presenti nello studio. A questo scopo sono largamente utilizzate per i RCTs strumenti quali la *Cochrane risk of bias tool* (www.handbook.cochrane.org) o la *PEDro scale* (www.pedro.org). Il terzo aspetto da considerare è quello che concerne la quantità dell'effetto: oltre al raggiungimento di significatività statistica dei risultati, è importantissimo che gli autori calcolino e commentino la dimensione dell'effetto, cioè l'entità del miglioramento per capire se è tale da produrre miglioramenti clinicamente rilevanti per il paziente e per il clinico. La significatività statistica, infatti, non ci dice quanto i risultati siano importanti, o di grande interesse, o rilevanti, ma semplicemente che essi sono dovuti alla terapia effettuata e non al caso.

Una volta valutate l'appropriatezza del tipo di studio e la qualità metodologica è poi necessario fare un'analisi rispetto agli eventuali effetti indesiderati e alle risorse utilizzate (sia dal fisioterapista che dal paziente) associati alla terapia esaminata. Questi aspetti dovrebbero essere analizzati e discussi dagli autori, anche tramite la registrazione di eventuali effetti avversi (*safety*), della fattibilità (*feasibility*) e dell'accettabilità (*acceptability*) dell'intervento.

Quanto appena riportato è una grossolana semplificazione dei metodi di valutazione scientifica, che vuole semplicemente fornire alcuni concetti necessari al clinico per aver criteri di giudizio della letteratura.

Per esempio sulla base dei suddetti principi possiamo leggere in maniera più critica l'interessante articolo di

Montaldo, Rubino e Simonelli pubblicato su questo numero, riconoscono meglio limiti e punti di forza. In esso viene osservato l'effetto dell'applicazione del *taping* neuromuscolare (TN), un tipo di bendaggio di recente introduzione in ambito riabilitativo, sul dolore (e l'assunzione di farmaci antidolorifici) post-toracotomia; non vi sono in letteratura altri studi sull'argomento.

La scelta di presentare un *case series* preclude di per sé, come peraltro sottolineano gli autori, la possibilità di trarre qualsiasi informazione rispetto all'efficacia del trattamento effettuato; lo studio più adatto per questo, lo ricordiamo, è il randomizzato controllato.

Per quanto riguarda le misure di valutazione è da notare che l'*outcome* utilizzato (dolore, e uso di farmaci antidolorifici al bisogno) è sicuramente molto rilevante per il paziente, però la scelta di applicare solo questo non permette di esplorare altri aspetti fondamentali quali la qualità di vita e il grado di soddisfazione dei pazienti.

In tutti e quattro i soggetti che non hanno recidive di malattia si raggiunge l'assenza di dolore e la sospensione dei farmaci in poche applicazioni di TN; non essendo considerato un periodo di *follow-up*, però, non ci sono dati sull'eventuale persi-

stenza dei risultati una volta interrotto il trattamento.

Lo studio descrive con chiarezza la metodologia di applicazione ma relativamente ad una tecnica la cui efficacia non è dimostrata neanche in altri campi e la cui riproducibilità non è conosciuta. I costi della terapia verosimilmente sono contenuti (sia in termini di materiale/tempo del fisioterapista che impegno da parte del paziente), e il livello di fattibilità e accettazione da parte del paziente sembrano essere molto buone.

Alla luce di queste osservazioni possiamo concludere che lo studio non ci può offrire, come del resto sottolineano più volte anche gli autori, prove dell'efficacia della terapia studiata, ma alcuni interessanti dati preliminari che possono stimolare la prosecuzione della ricerca attraverso nuovi studi con caratteristiche migliori, *in primis* il disegno che dovrà prevedere un gruppo di controllo metodologico.

Ad oggi, un fisioterapista può arrivare a conoscere, tramite una buona ricerca bibliografica, i trattamenti considerati efficaci per determinate problematiche. E questi dovrebbero essere i *pilastri* su cui basare la pratica clinica, ricordando sempre che prima di introdurre terapie, anche promettenti, bisogna che esse siano avallate da sufficienti evidenze scientifiche, mai sostituendole al *gold stan-*

dard, ed eventualmente contribuire alla raccolta dati per nuovi studi. Il fatto che la letteratura sia in continua espansione e proponga nuovi strumenti terapeutici è sicuramente un fattore positivo, che sta alla base della continua sete di miglioramento e progresso nel processo di cura. E ancora, dal codice deontologico: «il fisioterapista qualora giunga alla elaborazione di una propria procedura terapeutica, ha il dovere di divulgarne e diffonderne i contenuti e i risultati attraverso la pubblicazione su riviste scientifiche» [1]. Tuttavia questo richiede che il fisioterapista impari a conoscere come valutare la letteratura, in modo da capire come utilizzarla per la sua crescita professionale.

Bibliografia

- [1] Codice Deontologico Fisioterapista. Approvato dalla Direzione Nazionale A.I.F.I. Il 7 Ottobre 2011. Titolo IV, articolo 20. Codice Deontologico del Fisioterapista. Documento della Direzione Nazionale AIFI. 2011.
- [2] Sackett DL 1996, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-72.
- [3] GRADE working group. Grading quality of evidence and strength recommendations. *BMJ* 2004;328:1490-1498.
- [4] Guyatt GH. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924-926.