

# EVIDENCE BASED MEDICINE: CONOSCENZE, VISSUTO PERSONALE E IMMAGINARIO COLLETTIVO

ALESSANDRO BATTAGLIA<sup>\*\*\*</sup>; LIA BATTAGLIA<sup>\*\*\*</sup>; STEFANO BERARDI<sup>\*\*</sup>; ANNA LONGOBARDI<sup>\*\*</sup>; ISABELLA FRACASSO<sup>\*\*\*</sup>; GIUDITTA MOTTA<sup>\*\*\*</sup>; GIULIO RIGON<sup>\*\*</sup>; MADDALENA SARTI<sup>\*\*\*</sup>; ALBERTO VAONA<sup>\*\*\*</sup>

<sup>\*</sup>Medici di Medicina Generale, SIMG, Verona;

<sup>\*\*</sup>Associazione EQM (Evidenza, Qualità e Metodo in Medicina Generale)

Sono trascorsi ormai più di sette anni da quando McColl e collaboratori pubblicarono sul *British Medical Journal* uno studio che, a sei anni dalla nascita “ufficiale” sul *Journal of the American Medical Association* (JAMA) del movimento culturale dell'*Evidence Based Medicine* (EBM), ne valutava la diffusione tra i Medici di Medicina Generale (MMG) inglesi tramite la somministrazione di un questionario<sup>1</sup>.

I risultati presentati da quello studio ritraevano una medicina basata sulle prove di efficacia che godeva di buona considerazione tra i medici delle cure primarie i quali si dichiaravano per lo più convinti del fatto che l'EBM fosse in grado di migliorare la pratica clinica e la qualità della cura al paziente e si dicevano interessati e disponibili a rinforzare le proprie competenze in tale settore.

Tuttavia i concetti chiave della nuova “*forma mentis*” non riuscivano a radicarsi a sufficienza per incidere efficacemente nella pratica clinica quotidiana. Nel 2003 la somministrazione del questionario a 42 MMG di una ULSS veneta (Battaglia, 2003; dati non pubblicati) dimostrò, coerentemente, che solo il 19% dei medici si considerava in grado di spiegare il concetto di *Odds Ratio* (OR), il 31% quello di *intervallo di confidenza* (IC); il 45% il *rischio relativo* (RR). Anche una piccola rilevazione eseguita su un campione molto ristretto di oculisti (Battaglia, 2001; dati non pubblicati) diede l'impressione di una scarsa radicazione dei concetti di EBM anche entro la medicina di secondo livello. A conoscenza di chi scrive non è stato finora eseguito alcun confronto formale tra le conoscenze EBM di medici della stessa area ma appartenenti a setting professionali diversi.

È nostra intenzione pertanto organizzare uno studio osservazionale controllato i cui partecipanti siano rappresentati da due coorti di MMG e rispettivamente di Medici specialisti, scelti in modo *random* dagli elenchi provinciali. La dimensione campionaria sarà tarata su una ipotesi di equivalenza, che rappresenta il modo migliore per interpretare correttamente l'eventuale assenza di significatività statistica per le differenze dei risultati rilevati nei due gruppi a confronto.

L'ipotesi primaria che la ricerca si propone di verificare è che le conoscenze EBM dei MMG siano equivalenti a

quelle dei medici appartenenti alla Medicina di secondo livello (MSP).

I dati saranno rilevati attraverso una intervista strutturata. Lo strumento utilizzato sarà una versione modificata del questionario di McColl<sup>1</sup>.

Il campione sarà selezionato dall'elenco dell'Ordine professionale il quale fornirà due elenchi separati di medici (MMG e specialisti). L'unico vincolo all'arruolamento sarà rappresentato da un'anzianità di laurea di almeno tre anni (al fine di selezionare medici in qualche modo già inseriti nel mondo del lavoro).

L'Outcome primario dello studio, misurato in scala dicotomica, sarà rappresentato dalla presenza di un “livello accettabile di conoscenza EBM percepita”.

Sarà pertanto valutata in ciascuno dei due bracci la percentuale di medici che si ritengono in possesso di questo livello di conoscenze. I partecipanti saranno a tal fine categorizzati in base al valore *cut-off* di uno “score di conoscenza EBM percepita”. Il *range* dello score va da 0 a 33; il *cut-off* utilizzato per la categorizzazione è 15. Lo scarso spazio a disposizione non ci consente di descrivere in questo articolo le modalità con cui sono stati definiti il *range* e il *cut-off*. Verrà calcolato anche uno score rivolto ad esplorare il livello di “conoscenza EBM reale”. Il *range* è compreso tra -1 e +18. Per brevità omettiamo le modalità di calcolo.

L'intervallo di equivalenza prestabilito per l'outcome primario è definito da valori di OR compresi tra 0,47 e 1,70. L'ipotesi di equivalenza sarà soddisfatta se gli intervalli di confidenza dell'OR cadranno entro l'intervallo di equivalenza. È stato previsto un *sample size* pari a 370 partecipanti per soddisfare l'ipotesi di equivalenza a livelli di errore beta pari a 0,20 e di errore alfa pari a 0,05. Per brevità omettiamo il rationale del calcolo dell'intervallo di equivalenza ed i dettagli del calcolo del *sample size*. L'utilizzo della tecnica dell'intervista elimina il problema dei non responders, che nella esperienza di McColl<sup>1</sup> rappresentavano il 33% degli intervistati.

I medici saranno scelti in modo casuale tra i MMG e rispettivamente tra i MSP utilizzando gli elenchi provinciali e una permutazione randomizzata generata da un computer.

## LO STUDIO PILOTA

In ottobre 2005 è stato eseguito a Verona uno studio pilota allo scopo di verificare la fattibilità dell'iniziativa. Scopo di questa esperienza, presentata al Congresso Nazionale SIMG di novembre 2005, era:

a) verificare l'applicabilità del questionario;

b) verificare la plausibilità logica dei risultati dei dati rilevati.

In particolare sono stati utilizzati modelli di analisi univariata e calcoli di OR per studiare l'associazione tra livello di conoscenza EBM percepita e variabili scelte in base a plausibilità logica. Date queste premesse, quello che interessava non è la rilevazione di una eventuale significatività statistica (che per la maggior parte delle analisi richiederebbe un *sample size* di dimensioni molto più grandi), ma piuttosto la direzione dei trend delle associazioni indagate.

Sono stati intervistati 41 medici in occasione delle elezioni ordinarie veronesi di ottobre 2005.

È stata riscontrata una correlazione significativa e diretta tra livello di conoscenze EBM percepite e livello di conoscenze EBM reali ( $r^2 = 0,48$ ;  $P < 0,0001$ ).

È stata riscontrata una correlazione significativa e inversa tra score di conoscenze percepite e:

a) età anagrafica ( $r^2 = 0,22$ ;  $P = 0,0019$ ) (Fig. 1);

b) anni trascorsi dalla laurea ( $r^2 = 0,19$ ;  $P = 0,0041$ );

c) anni trascorsi dal diploma di specialità ( $r^2 = 0,18$ ;  $P = 0,0115$ ).

È stata riscontrata una correlazione inversa non significativa tra score di conoscenze percepite ed ore giornaliere dedicate alla assistenza dei pazienti ( $r^2 = 0,02$ ;  $P = 0,28$ ).

Sono risultate associate al possesso di un livello accettabile di conoscenze EBM percepite:

a) il possesso di un titolo accademico ( $OR = 3,7$ ;  $P > 0,05$ );

b) essere iscritti ad una Società scientifica ( $OR = 1,5$ ;  $P > 0,05$ );

c) essere abbonati ad una rivista scientifica ( $OR 2,2$ ;  $P > 0,05$ );

d) esercitare attività di docenza ( $OR 7,7$ ;  $P > 0,05$ ).

Praticare la medicina alternativa è risultato associato in maniera inversa ( $OR = 0,32$ ;  $P > 0,05$ ) al livello di conoscenza EBM.

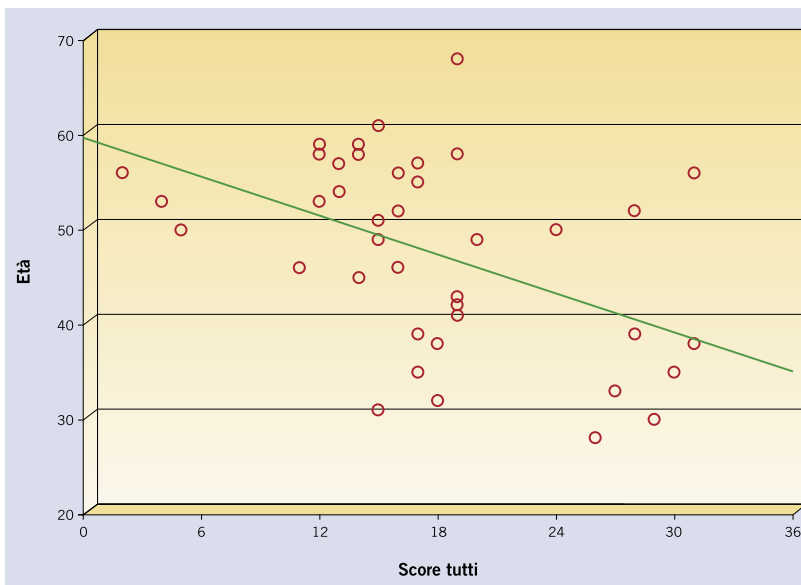


Figura 1

Correlazione tra età anagrafica e score di conoscenze EBM.

La Figura 2 illustra la % di “completa non conoscenza” di singoli termini EBM.

## CONCLUSIONI DELLO STUDIO PILOTA

Esiste grande coerenza logica nella direzione dei risultati rilevati in questo piccolo campione. Ciò, a parere degli Autori, legittima l'adozione della metodica in uno studio di più grande portata, tarato su un'ipotesi di equivalenza.

Il vantaggio di questa scelta è l'assenza di qualsiasi dubbio sull'interpretazione di un eventuale risultato di “non significatività statistica” dei risultati del confronto.

Limiti di questa scelta sono la dimensione temporale

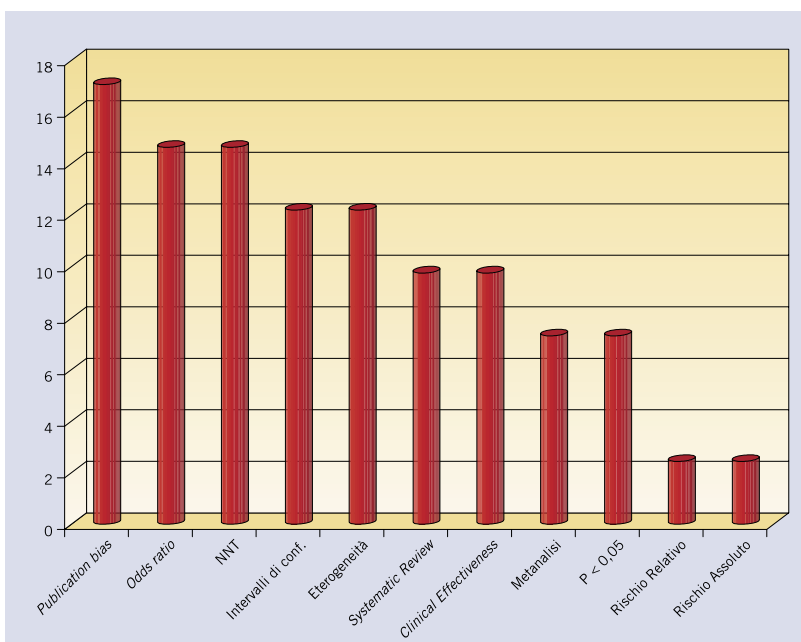


Figura 2

Non conoscenza dei termini EBM (%).

trasversale (con ovvie limitazioni della interpretazione di un rapporto causa-effetto) e la necessità di un *sample size* notevole (organizzazione multicentrica).

Lo studio definitivo prevede l'utilizzo di un modello di analisi multivariata che alla luce di quanto emerso dallo studio pilota considererà le seguenti variabili indipendenti: essere MMG, età anagrafica, età di laurea, possesso di titoli accademici, anni trascorsi dal titolo accademico, essere iscritto a società scientifica, essere abbonato ad una rivista, praticare Medicina alternativa, esercitare attività di docenza, numero di ore di lavoro dedicate all'attività assistenziale.

### Bibliografia

- <sup>1</sup> McColl A, Smith H, White P, Field J. *General practitioners' perception of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey*. BMJ 1998;316:361-5.
- <sup>2</sup> Edwards AE, Regina Brophy M. *A survey of attitudes and knowledge of evidence-based medicine in secondary care*. Pharm J 2000;265(Suppl):R65.
- <sup>3</sup> Young JM, Glasziou P, Ward JE. *General Practitioner' self ratings of skills in evidence based medicine: validation study*. BMJ 2002;324:950-1.
- <sup>4</sup> Tombesi M, Caimi V. *EBM e Medicina Generale*, in Liberati A, Etica, Conoscenza e Sanità. EBM tra ragione e passione. Roma: Pensiero Scientifico Editore 2005.

