



Knowledge Translation

Come trasferire i risultati della ricerca nella pratica

Che cos'è la knowledge translation?

“Il trasferimento di conoscenza è un processo dinamico e iterativo che include sintesi, disseminazione, scambio e applicazione etica della conoscenza per migliorare la salute della popolazione, contribuire a rendere più efficienti i servizi sanitari e rafforzare il sistema di assistenza. Questo processo si attiva con un complesso sistema d'interazioni tra i ricercatori e gli utilizzatori dei risultati della ricerca che può variare di intensità, complessità e livello di coinvolgimento e dipende dalla natura della ricerca e dai risultati oltre alle esigenze di chi ne usa i risultati”. [Canadian Institutes for Health Research]

“Scambio di conoscenza (in precedenza trasferimento di conoscenza) è un processo collaborativo di problem-solving tra i ricercatori e i decisori che si attua attraverso collegamenti e scambi. Uno scambio di conoscenza efficace implica un'interazione tra i decisori e i ricercatori e porta a un apprendimento reciproco attraverso il processo di pianificazione, produzione, disseminazione e applicazione dei risultati della ricerca nelle scelte pratiche e politiche”. [Canadian Institutes for Health Research]

“Evidence-informed decision-making: L'uso dell'evidenza al fine di contribuire alle scelte decisionali su particolari problemi o argomenti riguardo il miglior uso delle risorse all'interno delle istituzioni e del sistema di assistenza sanitaria.”
[Canadian Institutes for Health Research]

Perchè è importante?

In uno studio di Oxman del 2007, emerge che l'OMS nella redazione delle sue linee guida usa di rado le evidenze provenienti dalle revisioni sistematiche ma si avvale, nella maggior parte dei casi, dei giudizi di esperti di un particolare settore della medicina.

Altri studi evidenziano come, ancora oggi, il numero delle prescrizioni di antibiotici soprattutto per i bambini con raffreddori e problemi delle vie aeree superiori sono superiori rispetto all'atteso.

Altri autori osservano che, sebbene le revisioni sistematiche siano usate per la formulazione di linee guida, queste ultime, raramente, sono implementate a livello di politiche locali. Questo gap tra conoscenza e azione deve essere colmato attraverso un cambiamento culturale e di comportamento.

Quali sono i problemi per i decisori?

I problemi che i clinici, gli operatori e i decisori che si occupano di interventi e politiche di sanità pubblica devono affrontare, nel momento in cui si documentano e si aggiornano sulle ultime evidenze disponibili, sono molteplici. Innanzitutto la mancanza di tempo, la difficoltà ad accedere alle fonti informative più idonee, la carenza di competenze nel riconoscere uno studio di qualità.

Anche le revisioni sistematiche, che dovrebbero costituire il riferimento per capire se un trattamento/intervento sia o non sia efficace, nella maggior parte dei casi, non si soffermano sulla descrizione della sua implementazione ma sono orientate prevalentemente a valutarne l'efficacia.

Glasziou e collaboratori hanno osservato che su 25 revisioni sistematiche pubblicate in 1 anno su *Evidence-Based Medicine*, solo 3 contenevano una descrizione sufficientemente dettagliata dell'intervento che avrebbe permesso di implementarlo anche in un contesto differente.

Cosa rende difficile lo scambio di conoscenza tra ricercatore e decisore?

Le evidenze che provengono dalla ricerca competono con molti altri fattori che intervengono nei processi decisionali (vincoli istituzionali, pressione da parte di gruppi di cittadini portatori di interesse, valori e credenze dei cittadini, e altre fattori quali, per esempio, le esperienze vissute dai politici e funzionari pubblici nella loro esperienza passata). Inoltre, spesso non sono considerate, da parte dei politici, una fonte d'informazioni rilevanti rispetto agli argomenti presenti nell'agenda politica.

Infine non sono semplici da usare e ciò può derivare da una o più dei seguenti fattori: a) la ricerca non è comunicata in modo efficace (ovvero i politici sentono "rumore piuttosto che musica" provenire dalla comunità dei ricercatori; b) i risultati degli studi non sono disponibili nel formato e nei tempi rapidi richiesti dalla politica; c) i politici e i ricercatori non creano opportunità per la condivisione delle conoscenze.

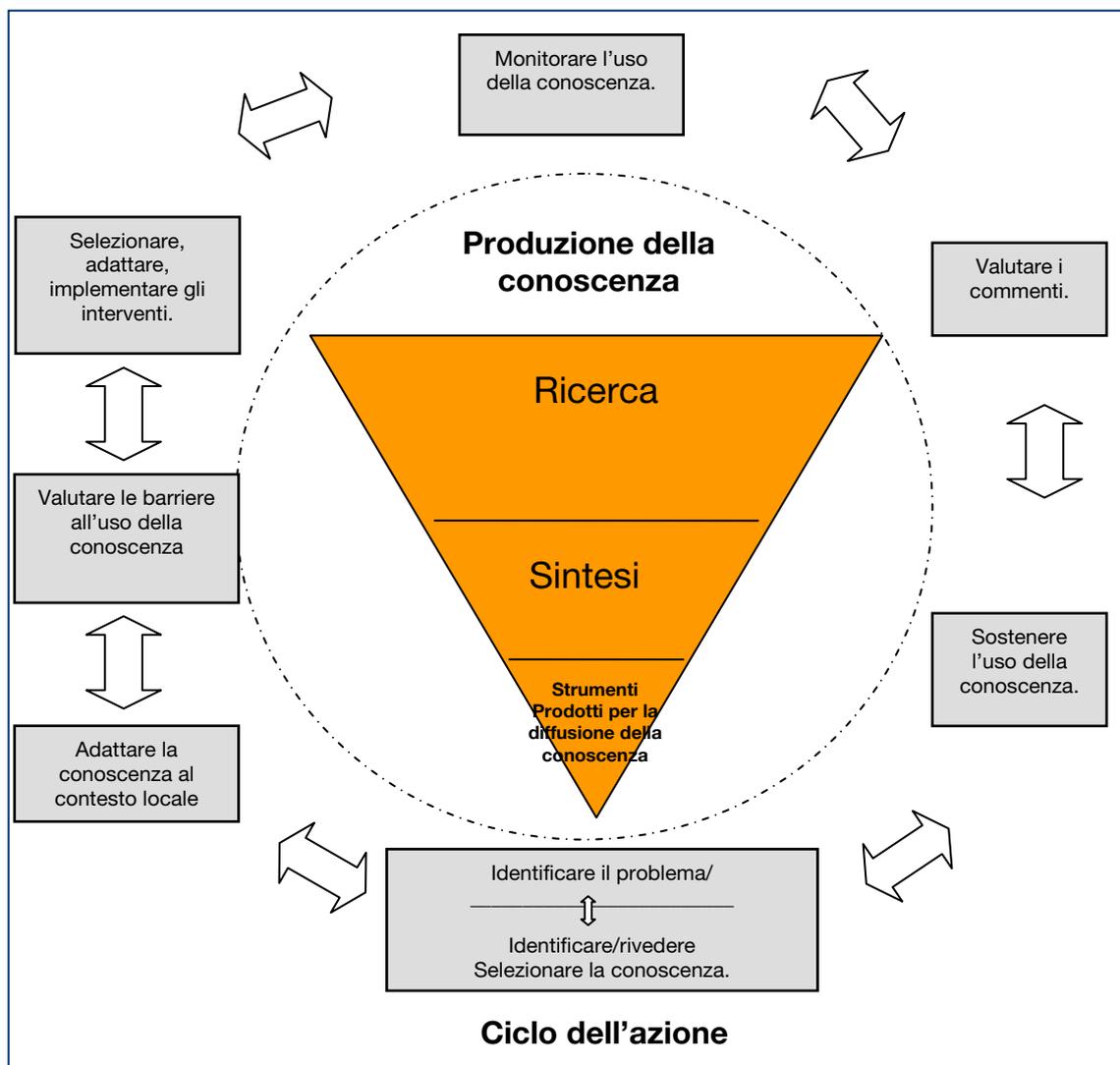
Cosa lo facilita?

Gli elementi più citati in letteratura che possono rendere più facile questo scambio sono il contatto personale tra il ricercatore e il politico e soprattutto la fiducia reciproca, la disponibilità di sintesi chiare e sintetiche che includano raccomandazioni orientate all'azione, di ricerche di buona qualità che comprendano dati sull'efficacia pratica (effectiveness) di un intervento o di una politica, la costruzione del messaggio ritagliata sulle esigenze del destinatario.

Infine è descritta come fondamentale l'inclusione dei politici/decisori o anche degli opinion leader nella fase di pianificazione e disegno della ricerca.

Il modello conoscenza-azione

Sono state proposte numerose teorie e modelli per descrivere il processo del trasferimento della conoscenza. Nel presente documento si propone il modello di Graham e collaboratori, definito **il ciclo dalla conoscenza all'azione**, a cui è stata aggiunta la parte relativa alla produzione di conoscenza. Questo modello è stato adottato dall'Istituto Canadese di Ricerca Sanitaria, come modello di riferimento per promuovere l'applicazione della ricerca e per il processo di trasferimento della conoscenza.



La creazione di conoscenza

La produzione di conoscenza è composta di tre fasi. Queste fasi sono la ricerca; la sintesi e la creazione di strumenti per la disseminazione. La prima fase comprende gli studi di ricerca primaria. La fase successiva mette insieme i diversi risultati ottenuti su un determinato argomento e tenta di identificare pattern comuni. Le revisioni sistematiche sono il fondamento di numerose attività collegate al trasferimento di conoscenza, questo perché è preferibile considerare la totalità delle prove piuttosto che gli esiti di un singolo studio. La fase finale implica lo sviluppo di strumenti e prodotti per trasferire le conoscenze, quindi le migliori evidenze sono ulteriormente sintetizzate e distillate per essere usate dai decisori.

Il ciclo dell'azione

Le sette fasi in cui si compone il ciclo dell'azione non sono per forza sequenziali e possono anche verificarsi simultaneamente. Esse comprendono: l'identificazione del problema, la revisione e la selezione della conoscenza che sarà implementata; l'adattamento dei suoi contenuti al contesto locale; la valutazione di quali sono le barriere e le facilitazioni al suo utilizzo, la selezione, l'adattamento, l'implementazione e il monitoraggio degli interventi relativi al trasferimento di conoscenza; la valutazione degli esiti e dell'impatto prodotto dall'uso della conoscenza; l'individuazione di strategie per assicurarne un uso continuo. Per illustrare questo ciclo si può utilizzare l'esempio proposto da Strauss nel suo articolo.

ESEMPIO

Consideriamo un gruppo di persone costituito da: rappresentanti dei pazienti, medici di sanità pubblica, operatori per l'assistenza domiciliare e clinici di medicina interna.

Il gruppo riferisce che molti pazienti, ricoverati per delle fratture, non sono stati valutati accuratamente per l'osteoporosi o per il rischio di cadute. Le evidenze scientifiche suggeriscono che un'adeguata terapia per l'osteoporosi può ridurre il rischio di fratture, mentre è ancora controversa l'evidenza sugli interventi per limitare il rischio di cadute. Dopo aver condotto un audit locale in cui si è visto che meno del 40% dei pazienti di età superiore ai 65 anni, ricoverato per frattura, era stato valutato per l'osteoporosi, sono stati realizzati strumenti per tradurre le evidenze in pratica indirizzate direttamente al paziente (formulazione di raccomandazioni su esercizi per migliorare l'equilibrio, sull'integrazione della dieta con vitamina D e il calcio). Le barriere identificate per l'implementazione sono state: l'assenza di un archivio sanitario integrato in grado di identificare le persone a maggior rischio e la presenza di una popolazione sparsa su un territorio piuttosto vasto. L'intervento ha compreso numerose componenti, oltre alle raccomandazioni direttamente al paziente, sono stati effettuati corsi, è stata rivista la lista dei farmaci ed è stata esaminata l'abitazione del paziente per il rischio di caduta.

Infine, per sapere se questo processo è stato efficace, sono stati valutati 3 outcome: il rischio di cadute a 6 e 12 mesi, l'aderenza al trattamento per l'osteoporosi e il grado di coesione del gruppo di esperti che ha realizzato l'intervento.

Strategie chiave per lo scambio di conoscenza identificate dalla letteratura

- Scambio continuo face-to-face (consultazioni, incontro regolari) tra i decisori e i ricercatori
- Sessioni formative per i decisori
- Networks e comunità di pratica
- Workshops interattivi e multidisciplinari
- Capacity building dentro i servizi sanitari
- Informazioni Web-based, comunicazioni elettroniche
- Comitato guida (per integrare la visione degli esperti locali nel disegno, nella conduzione e interpretazione della ricerca).

BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

ARTICOLI, DOCUMENTI e REVIEW

- Armstrong R, Waters E, Roberts H, Oliver S, Popay J. The role and theoretical evolution of knowledge translation and exchange in public health. *J Public Health (Oxf)*. 2006 Dec;28(4):384-9.
- Armstrong R, Waters E, Dobbins M, Lavis JN, Petticrew M, Christensen R. Knowledge translation strategies for facilitating evidence-informed public health decision making among managers and policy-makers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 6. Art. No.: CD009181
- Chambers D, Wilson PM, Thompson CA, Hanbury A, Farley K, Light K. Maximizing the impact of systematic reviews in health care decision making: a systematic scoping review of knowledge-translation resources. *Milbank Q*. 2011 Mar;89(1):131-56
- Dobbins M, Hanna SE, Ciliska D, Manske S, Cameron R, Mercer SL, O'Mara L, DeCorby K, Robeson P. A randomized controlled trial evaluating the impact of knowledge translation and exchange strategies. *Implement Sci*. 2009 Sep 23;4:61
- Dobbins M, Thomas H, O'Brien MA, Duggan M. Use of systematic reviews in the development of new provincial public health policies in Ontario. *Int J Technol Assess Health Care* 2004;20:399-404
- Graham ID, Logan J, Harrison MB, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof* 2006;26:13-24
- Glasziou P, Meats E, Heneghan C, et al. What is missing from descriptions of treatments in trials and reviews? *BMJ* 2008;336:1472-4
- Innvaer S, Vist G, Trommald M, Oxman A. Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. *J Health Serv Res Policy*. 2002 Oct;7(4):239-44.
- Lavis, J., F. Posada, A. Haines, and E. Osei. 2004. Use of Research to Inform Public Policymaking. *The Lancet* 364:1615-21.
- Mitton et al. Knowledge transfer and Exchange: review and synthesis of the literature. *The Milbank quarterly* 2007; 85 (4): 729-68
- Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A. Use of evidence in WHO recommendations. *Lancet* 2007;369:1883-9
- Reardon R, Lavis J, Gibson J. *From Research to Practice: A Knowledge Transfer Planning Guide*. 2006 Institute for Work & Health
- Straus SE, Tetroe J, Graham I. Defining knowledge translation. *CMAJ* 2009; 181(3-4): 165-168
- Wilson PM, Petticrew M, Calnan MW, Nazareth I. Disseminating research findings: what should researchers do? A systematic scoping review of conceptual frameworks. *Implement Sci*. 2010 Nov 22;5:91

RIFERIMENTI WEB

- Health evidence (www.healthevidence.ca)
- Canadian Institute for Health Research (<http://www.cihr-irsc.gc.ca>)
- Canadian Health Services Research Foundation (<http://www.chsrf.ca/browsebytopic/results.aspx?tag=Knowledge+exchange>)
- Knowledge Translation+ (<http://plus.mcmaster.ca/kt/About.aspx>)
- Institute for Work and Health (<http://www.iwh.on.ca/knowledge-transfer-exchange>)

A cura di:

Luisella Gilardi, Silvano Santoro – DoRS, Regione Piemonte