

INTRODUZIONE

LA STORIA DI QUESTO LIBRO

Desidero cominciare con un avvertimento: in questo libro non troverete risposte belle e pronte alla domanda su come implementare l'assistenza sanitaria basata sull'evidenza (EBHC). Il mio (più modesto) intento è triplice:

1. Proporvi diversi modi di pensare alle evidenze, alle persone, alle organizzazioni, alle tecnologie, eccetera (leggete i titoli dei Capitoli) che sono rilevanti per la sfida dell'implementazione della EBHC.
2. Convincervi che l'implementazione della EBHC non è una scienza esatta e che non può mai essere intrapresa in modo stereotipato né algoritmico. Piuttosto – e malgrado tutte le cose che, com'è noto, favoriscono od ostacolano il processo – essa richiederà sempre valutazioni contestuali, regole pratiche, istinto e forse il fortunato allineamento di una serie di circostanze.
3. Promuovere interesse verso le scienze sociali (per esempio, sociologia, psicologia sociale, antropologia) e umanistiche (per esempio, filosofia, letteratura/narrazione, progettazione) come base intellettuale per molti degli approcci descritti in questo libro.

Questo libro ha avuto una lunga gestazione. L'idea è venuta inizialmente ad Anna Donald e me alla fine degli anni Novanta del Novecento. In quel periodo, entrambe lavoravamo in ruoli che comportavano aiutare le persone e le organizzazioni a implementare le evidenze – impresa che si è dimostrata molto più ardua di quanto facessero supporre i manuali dell'epoca. Gli

anni Novanta sono stati il decennio in cui la medicina basata sulle evidenze (EBM), in seguito ampliata oltre l'ambito esclusivo dei medici nella EBHC (per includere le attività degli altri operatori della sanità, i dirigenti e i non addetti ai lavori), veniva dipinta come una semplice sequenza costituita dal porre un quesito clinico, spulciare la letteratura a caccia di articoli rilevanti, valutare criticamente gli articoli trovati e implementare le conclusioni. L'ultimo compito della sequenza era visto come una cosa da spuntare in una checklist.

Anna e io abbiamo buttato giù uno schema del libro (era molto diverso all'epoca, perché gran parte delle ricerche sulla knowledge translation e sull'implementazione qui citate non erano ancora state compiute). Ma, tragicamente, Anna si è ammalata prima che fossimo andate molto avanti nel nostro progetto ed è morta pochi anni dopo, con la nostra opera magna a malapena cominciata. Anche se i dettagli di quanto è descritto qui sono frutto del mio lavoro, per certi versi il libro continua a essere una creazione anche di Anna. Perfino all'epoca, prima che espressioni come “scienza dell'implementazione”, “utilizzo della ricerca”, “knowledge translation” ed “evidenza in azione” diventassero parte del nostro lessico, Anna aveva capito che non saremmo mai state in grado di produrre una serie di checklist per l'implementazione dell'evidenza nello stesso modo in cui una volta avevamo redatto una serie di checklist per la valutazione critica per i nostri studenti.

Mi ci sono voluti quasi vent'anni per portare a termine questo libro, in parte perché, quando Anna è morta, ho perso una cara amica oltre a una formidabile compagna di avventure intellettuali, ma anche perché la domanda “Come si implementa la EBHC?” è troppo ampia per un libro solo. Eppure, *un* libro per sondare il campo e comporre una narrazione attraverso le sue tante dimensioni era proprio quello che ci voleva. Da molto tempo sono convinta che, se da un lato ci sono vantaggi indiscutibili nel chiedere a dozzine di autori, ciascuno con una prospettiva diversa, di trattare i vari aspetti di questo settore complesso e dibattuto (Sharon Straus e il suo team lo hanno appena fatto, e vale la pena leggere il libro che hanno curato),¹ alla comunità della EBHC (anzi, alla rete di comunità della EBHC) serve anche un manuale di un unico autore il cui obiettivo è raggiungere un certo grado di coerenza sugli argomenti più disparati.

La EBM e la EBHC hanno fatto molta strada dagli anni Novanta del Novecento. La “campagna per la vera EBM”, che ho contribuito a promuovere nel 2014, ha chiesto un ampliamento dei parametri della EBM per includere l’uso delle metodologie delle scienze sociali per studiare le sfumature della pratica clinica, del policy making e delle esperienze dei pazienti – ha inoltre preso in considerazione la dimensione politica dei conflitti di interesse nei finanziamenti della ricerca e nella sponsorizzazione delle sperimentazioni da parte delle industrie.² È, forse, un riflesso dell’ampliamento dell’agenda della EBM/EBHC che la scienza dell’implementazione sia diventata un campo di indagine interdisciplinare a sé stante (con molte contestazioni interne), con una serie di riviste, di panel per il finanziamento delle ricerche e un circuito di conferenze propri.³

Un importante sviluppo della EBCH negli ultimi anni è dato dalla crescente enfasi sul rapporto costi benefici nel processo di ricerca e da una base di evidenze emergente sullo scarso impatto che spesso la ricerca ha sulla pratica e sulle policy. Ciò in parte si sovrappone con l’aspettativa che le università (nel Regno Unito almeno, attraverso il Research Excellence Framework) dimostrino che le loro ricerche hanno un impatto che va al di là della pubblicazione dei paper su riviste lette solo da altri accademici. Ho revisionato la letteratura sull’impatto della ricerca in altre sedi.⁴

Nel 2014, Sir Ian Chalmers ha scritto il primo di una serie di articoli su *Lancet* in cui si sottolineavano i diversi aspetti degli sprechi della ricerca, inclusi gli sprechi nello stanziamento dei fondi (troppo spesso ci occupiamo di domande per le quali la gente non chiede risposte e non ci occupiamo di quelle per le quali invece le chiede);⁵ gli sprechi nella conduzione delle ricerche (gli studi hanno scarsa potenza statistica, utilizzano endpoint primari errati e/o misurazioni errate e così via);⁶ e gli sprechi che si hanno quando le conclusioni delle ricerche si dimostrano “inutilizzabili” nella pratica (perché le conclusioni non sono presentate in modi applicabili dai medici o dai policy maker).⁷ Di recente, John Ioannidis ne ha scritto magistralmente in “Why Most Clinical Research Is Not Useful”.⁸ Esaminerò nei dettagli questo ultimo paper nella Sezione 8.1. La conclusione è chiara: c’è un enorme divario fra l’evidenza e la sua implementazione, e la cosa non è facile da spiegare.

Lo slancio finale per portare a termine questo libro mi è venuto da un nuovo incarico che ho assunto all’università di Oxford nel 2015. Il mio nuo-

vo lavoro prevedeva la conduzione (insieme a Kamal Mahtani) del modulo “Conoscenza in azione”. Questo insegnamento faceva parte del rinomato corso di laurea specialistica in assistenza sanitaria basata sull’evidenza diretta da Carl Heneghan e dal suo team del Centre for Evidence-Based Medicine. Gli studenti del corso chiedevano un manuale. Alcuni (i meno esperti) cercavano delle checklist e delle formule, ma molti che già da anni lavoravano all’interfaccia fra l’evidenza e la pratica sapevano che questo campo non è abbastanza prevedibile da essere risolto da cose del genere. Questi studenti più illuminati volevano un modo per capire *perché* l’implementazione della EBHC non è una scienza esatta.

In sintesi, questo libro guarda in due direzioni. In retrospettiva, è dedicato alla memoria di Anna Donald che ha contribuito alla sua ispirazione. E, in prospettiva, è dedicato a coloro che studiano l’implementazione della EBHC con l’idea di migliorare gli outcome per i pazienti. Esso mira inoltre a dare un contributo per accrescere il valore delle ricerche e ridurne gli sprechi aumentando la percentuale di ricerche valide che hanno un impatto desiderabile sui pazienti (i malati) e sui cittadini (incluso quelli fra noi che pagano le tasse e potrebbero ammalarsi).

LA FATINA DEI DENTINI NON ESISTE...

Questa sezione ha visto la luce sotto forma di blog sul sito web del Centre for Evidence Based Health Care dell’università di Oxford. L’ho scritta come premessa al modulo “Conoscenza in azione” che Kamal Mahtani e io abbiamo tenuto nel 2016. Il nostro gruppo di studenti aveva già terminato i moduli sulla valutazione critica, sulle sperimentazioni controllate e randomizzate e su altri approcci metodologici estremamente rigorosi. Forse gli studenti si aspettavano che la “metodologia rigorosa” li accompagnasse anche nella fase dell’implementazione. Per scusarmi prima dell’inizio del corso, ho scritto sul blog questo post:

Strumenti e risorse per la valutazione critica delle evidenze di ricerca sono ampiamente disponibili ed estremamente utili. Qualunque sia l’argomento e qualunque sia il disegno dello studio usato per indagarle, esiste probabilmente una checklist che vi guida passo dopo passo nella valutazione della loro validità e rilevanza.

La sfida dell'implementazione è diversa. Permettetemi di darvi con garbo questa notizia: la fatina dei dentini non esiste. Né esiste alcun framework formale, alcun modello o alcuna checklist di cose da fare (né di domande da porre) che vi accompagni sistematicamente attraverso qualunque cosa dobbiate fare per "implementare" una particolare evidenza in un particolare contesto.

Ci sono senz'altro strumenti disponibili (vedi le Appendici), e dovete cercare di prenderci dimestichezza. Vi spingeranno ad adattare le vostre evidenze in base al contesto locale, a identificare "barriere" e "facilitatori" locali per l'utilizzo della conoscenza, a selezionare e personalizzare i vostri interventi e a monitorare e valutare i vostri progressi. Tutti questi aspetti dell'implementazione sono davvero importanti.

Ma qui casca l'asino: malgrado il loro valore, gli strumenti della conoscenza in azione non possono essere applicati meccanicamente nello stesso modo in cui la checklist del documento CONSORT 2 può essere applicata a un paper che descrive una sperimentazione controllata e randomizzata. Ciò non dipende dal fatto che questi strumenti sono in qualche modo difettosi (in tal caso, la soluzione sarebbe perfezionarli, come è stato fatto nel corso degli anni con la checklist di CONSORT). Dipende dal fatto che l'implementazione è infinitamente più complessa (e pertanto imprevedibile) di uno studio di ricerca in cui le variabili di confondimento sono state (o avrebbe dovuto essere) controllate o corrette.

Implementare le evidenze della ricerca non implica solo seguire degli step procedurali. Capirete probabilmente questa affermazione se l'avete sperimentato di persona, proprio come, se siete un genitore, sapete che per crescere un figlio non basta leggere e applicare un manuale sull'argomento o, se siete un giocatore di tennis, sapete che non si vince una partita semplicemente conoscendo le regole del gioco e studiando le statistiche sulle performance del vostro avversario nelle partite precedenti. Sono tutti esempi di **pratiche complesse** che richiedono abilità e giudizio situazionale (che si sviluppa con l'esperienza) oltre che l'evidenza su "ciò che funziona".

La cosiddetta "scienza dell'implementazione" in realtà non è affatto una scienza, né un'arte. È una **pratica informata alla scienza**. E, proprio come succede crescendo i figli o giocando a tennis, si migliora facendo due cose oltre a imparare "ciò che funziona": farla e condividere storie sul farla con altre persone che la stanno facendo. Riflettendo attentamente sulla propria pratica e discutendo degli esempi sui casi reali condivisi con altri, si acquisisce non solo la conoscenza astratta su "ciò che funziona", ma anche la sapienza concreta che vi aiuterà a formulare giudizi contestuali su **ciò che probabilmente funziona** (o per lo meno, ciò che può essere tentato per vedere se funziona) in **questa situazione per queste persone in questa organizzazione e con questi limiti**.

C'è una questione filosofica in ballo qui. Gran parte delle ricerche sull'assistenza sanitaria è orientata a produrre generalizzazioni statistiche basate su un campione di popolazione in modo da predire quello che accadrà in un campione confrontabile. In questi casi, di solito c'è solo un'interpretazione corretta delle conclusioni. Al contrario, la scienza dell'implementazione consiste almeno in parte nell'usare esempi di singoli casi come una finestra per giungere a verità più ampie attraverso l'ampliamento della comprensione (quello che i filosofi della scienza chiamano "generalizzazione naturalistica"). In queste circostanze, sono possibili molteplici interpretazioni del caso e può non esserci una cosa come la risposta "giusta" (ricordate l'esempio del crescere i figli).

Nel corso “Conoscenza in azione”, parte del tempo sarà impiegata ad assimilare strumenti concettuali come il framework Knowledge Into Action (vedi Appendice A). Ma il corso è deliberatamente progettato in modo tale da far entrare in contatto gli studenti con esempi di casi dettagliati che offrono molteplici interpretazioni diverse. Ci aspettiamo che l'apprendimento non avverrà solo quando gli studenti applicheranno gli “strumenti”, ma anche quando faranno valere la loro ricca e variegata esperienza di vita (come operatori dell'assistenza sanitaria, policy maker, manager e utenti dei servizi) sugli studi di caso presentati dai loro colleghi e dai relatori. Gli studenti avranno inoltre l'opportunità di esplorare le diverse interpretazioni del caso da loro selezionato in una relazione scritta.

Mi auguro che questo mio post sul blog vi abbia dato un'idea dell'intrinseca complessità e incertezza del campo che indagherò in questo libro. Se siete interessati a frequentare il corso Knowledge Into Action, digitate su Google “Oxford MSc in Evidence Based Health Care” e cercatelo nella lista dei moduli. La settimana residenziale normalmente viene organizzata nella tarda primavera, quando Oxford è al massimo del suo splendore. Ma vi avverto: il corso di solito è esaurito con diversi mesi di anticipo.

SCHEMA DEL LIBRO

Come potete vedere dall'indice, ciascuno dei Capitoli prende in considerazione un livello di analisi diverso. Suddividere il mondo in diversi livelli è una tecnica analitica utile che rischia però di introdurre un senso di ordine artificiale. Qualsiasi tentativo di implementare l'EBHC nella vita reale vi richiederà di considerare il materiale combinando insieme più di un Capitolo (e idealmente tutti i Capitoli insieme).

Il Capitolo 1 prende in esame le evidenze. Comincia con il problematizzare il termine stesso “evidenze” e vi incoraggia a indagare la provenienza, la completezza, la rilevanza e il modo di interpretare una evidenza, perfino quando si tratta di una sperimentazione controllata e randomizzata o una revisione sistematica che sembra soddisfare tutte le caselle metodologie giuste. Spiega anche il termine “knowledge translation” e vi ricorda che i differenti utilizzatori delle evidenze (ricercatori, policy maker, medici, manager, pazienti, cittadini) provengono da “mondi” culturali diversi e hanno diversi valori e aspettative. Il Capitolo prende anche in considerazione gli attributi delle evidenze (delle linee guida, per esempio) che tendono a promuovere

la loro adozione nella pratica. Do alcuni suggerimenti per produrre il tipo di evidenze che dei potenziali utilizzatori troveranno probabilmente utili.

Il Capitolo 2 si occupa delle persone, di tutte le persone, dato che tratta di psicologia, ma è soprattutto sui clinici, poiché riguarda l'adozione e la non adozione delle linee guida basate sull'evidenza. Propongo una selezione estremamente eclettica di teorie del comportamento umano, in particolare i pensieri "veloci" e "lenti" e la scienza euristica (Kahneman, Gigerenzer); la teoria del comportamento pianificato (Ajzen e Fishbein) e le critiche al riguardo; i domini di apprendimento costituiti da conoscenza, abilità e atteggiamenti (Bloom); la teoria dell'apprendimento degli adulti (Kolb, Knowles); la teoria dell'apprendimento sociale e l'autoefficacia (Bandura); e le teorie dinamiche o a fasi (per esempio, le fasi del cambiamento di Prochaska e DiClemente, le fasi dell'adozione di Rogers). Sintetizzo anche alcune revisioni e studi empirici sul motivo per cui i clinici non sempre osservano le linee guida basate sull'evidenza, incluso dei lavori di Michael Cabana, Susan Michie e Richard Grol. Prendo in esame le evidenze empiriche degli interventi mirati a modificare i comportamenti clinici, inclusi degli interventi che stimolano, ricompensano o hanno ricadute sul comportamento; interventi che cercano di migliorare la conoscenza; interventi che promuovono l'uso delle euristiche, l'apprendimento (on-the-job) degli adulti e l'influenza sociale; e infine interventi che mirano a influenzare le fasi del cambiamento. Nella sezione finale, offro dei consigli a coloro che cercano di cambiare il comportamento dei clinici.

Il Capitolo 3 tratta dei gruppi e dei team. Sottolinea che gran parte dell'assistenza clinica oggi si basa sul lavoro di squadra e presenta le evidenze di ciò che rende efficace un gruppo o un team (e, di conseguenza, ciò che può renderli inefficaci). Metto a confronto diversi modelli di leadership, incluso la leadership gerarchica, democratica e distribuita; e suggerisco, forse in modo provocatorio, che ci sono stili di leadership "maschili" e "femminili" (anche se il primo può essere adottato dalle donne e il secondo dagli uomini). Sottolineo l'importanza della facilitazione e introduco la teoria dell'apprendimento organizzativo (Argyris e Schön). Presento alcuni esempi di studi empirici sulla leadership e la facilitazione. A mo' di sintesi, do alcuni consigli su come dirigere e facilitare i team affinché implementino l'evidenza migliore.

Il Capitolo 4 prende in esame le organizzazioni. Gran parte del Capitolo sintetizza una revisione sistematica che la mia équipe ha pubblicato nel 2004/05 sulla diffusione delle innovazioni nelle organizzazioni dell'assistenza sanitaria, revisione che è stata ampiamente citata e utilizzata. Introduco varie componenti del nostro modello della diffusione delle innovazioni, comprese le caratteristiche strutturali dell'organizzazione, la sua tendenza ad assimilare nuove conoscenze (*capacità di assorbimento*) e la presenza o meno di un *contesto recettivo al cambiamento* (incluse cose come la cultura e il clima organizzativi); la prontezza dell'organizzazione ad adottare una particolare innovazione (inclusa la compatibilità fra sistema e innovazione); il processo di assimilazione (cioè, gli sforzi iniziali dell'organizzazione per accogliere l'innovazione); come l'innovazione è implementata all'interno dell'organizzazione; il contesto esteriore ("esterno") incluso il comportamento di altre organizzazioni nello stesso settore; e il rapporto dinamico fra tutti questi elementi. Nel Capitolo si trovano anche le conclusioni di un aggiornamento alla nostra revisione sulla diffusione delle innovazioni che copre la routinizzazione e la sostenibilità delle innovazioni complesse al livello dei servizi. Do alcuni consigli su come promuovere l'innovatività organizzativa.

Il Capitolo 5 è sui cittadini, cioè dei non addetti ai lavori che al momento non sono pazienti. Questo Capitolo parla del coinvolgimento dei cittadini nel processo di ricerca: perché è una buona idea coinvolgerli (e perché ciò favorirà l'implementazione delle pratiche migliori); come evitare il tokenismo; come "co-creare" le ricerche con i cittadini e le comunità; e come comunicare le conclusioni delle ricerche a un pubblico di non addetti ai lavori. Sintetizzo dando alcune dritte su come migliorare il coinvolgimento dei pazienti e del pubblico nelle proprie ricerche.

Il Capitolo 6 si occupa dei pazienti, cioè di tutti noi quando siamo malati e bisognosi di assistenza medica, o crediamo di esserlo. Analizzo attentamente se la comunità della EBHC abbia (o abbia mai avuto) dei bias verso i pazienti – ovvero, se (con le migliori intenzioni) si sia messa a servizio dell'agenda di un ricercatore o di un clinico a scapito delle esigenze dei pazienti malati. Esamino le evidenze sull'implementazione dell'evidenza con i pazienti nell'incontro clinico ("processo decisionale condiviso"), attingendo a piene mani al lavoro di Glyn Elwyn. Passo inoltre al vaglio la letteratura sull'autogestione della malattia cronica e prendo in considerazione due

framing di tale gestione (quello “biomedico” e quello del “mondo vitale”). Analizzo il coinvolgimento dei pazienti negli sforzi per migliorare i servizi. Infine do alcuni consigli su come migliorare l’assistenza del paziente basata sull’evidenza.

Il Capitolo 7 è sulla tecnologia. Comincia cercando di smontare il mito del determinismo tecnologico (cioè, spiegando perché le tecnologie di per sé non *provocano* cambiamenti). Il Capitolo prende in esame l’industria in espansione delle app mediche (software scaricabili che intendono aiutare i clinici e/o i pazienti a implementare l’evidenza nell’assistenza clinica). Riconoscendo che un’elevata percentuale di progetti tecnologici nell’assistenza sanitaria fallisce, mi soffermo a parlare della non adozione e dell’abbandono delle tecnologie sia da parte dei pazienti sia dei clinici. Concludo con alcuni consigli su come utilizzare le tecnologie per implementare l’evidenza.

Il Capitolo 8 parla di policy. Sono in disaccordo con la tradizione della ricerca che individua le barriere e i facilitatori all’utilizzo delle evidenze di ricerca nelle policy e sostengo che dobbiamo prima capire cosa è il policy making. Presento alcune teorie che illustrano cosa significa fare policy making nella realtà (mi piace definirlo come una lotta sulle idee). Introduco la tassonomia di Carol Weiss su come le evidenze vengono utilizzate in questa lotta – incluso l’uso strumentale e tattico delle evidenze nel gioco retorico attuato per influenzare gli stakeholder significativi. Gran parte di questo gioco è sull’uso della lingua e il “social drama”. Introduco le espressioni “assistenza sanitaria basata sul valore” (Sir Muir Gray) e “assistenza sanitaria basata sui valori” (Mike Kelly e colleghi) e propongo che fatti e valori non siano (come talvolta si presume nel mondo della EBHC) separati e separabili. Anzi, i “fatti” della EBHC sono irrimediabilmente carichi di valore. Concludo con alcuni consigli su come avere un maggior allineamento fra ricerca e policy.

Nel Capitolo 9 parlo di network. Le reti sono importanti perché la conoscenza è più sociale e fluida di quanto spesso presumiamo. La conoscenza (sia esplicita sia tacita) è generata, negoziata, raffinata e messa in circolazione attraverso network di vario tipo. Specificamente, prendo in considerazione le reti sociali e l’influenza sociale (a partire dal classico studio di Coleman et al. del 1964 su come la Pfizer scopri il potere dell’influenza sociale nella prescrizione dei farmaci); le comunità di pratica professionali (e il concetto di “mindlines” cliniche di John Gabbay e Andrée Le May); e le comunità di

pazienti (in particolare, i gruppi di supporto online per le malattie croniche). Infine do alcuni consigli per migliorare i network e il networking.

Il Capitolo 10 è sui sistemi. Introduce il concetto di sistemi adattativi complessi (su cui Paul Plsek e io abbiamo scritto una serie di articoli sul *BMJ* alcuni anni fa). I sistemi complessi sono imprevedibili ed emergenti, per cui non si prestano bene alla programmazione razionale né a essere incasellati in rigide tappe stabilite. Anzi, hanno bisogno di un approccio emergente in cui ci sia un'attenta raccolta dei, e reazione ai, dati emergenti. In questo Capitolo mi occupo anche delle valutazioni realiste e dei sistemi di ricerca sanitari actor-network e multi-stakeholder. I miei ultimi consigli riguardano come lavorare in modo efficace con i sistemi complessi.

Avendo in mente le applicazioni pratiche, l'Appendice A fornisce una panoramica di framework, strumenti e tecniche, inclusi i diagrammi driver, la mappatura dei processi e degli stakeholder, i cicli *plan-do-study-act* e molti altri. L'Appendice B elenca molte (ma non tutte) le diverse teorie psicologiche sul cambiamento del comportamento.

Un'ultima questione introduttiva: questo libro non è una panoramica esaustiva di ogni aspetto dell'implementazione della EBHC (non più di quanto un manuale per crescere i figli potrebbe trattare ogni sfida che un genitore si troverà ad affrontare). Diversi autori avrebbero inserito cose diverse – e ne avrebbero lasciate fuori altre – fra gli argomenti da me selezionati. Quelli che io affronto in questo volume sono quelli che ritengo personalmente importanti e che mi sento sicura ad affrontare. Lo scrivo come un'introduzione a un settore di indagine complesso, interdisciplinare e in rapida espansione su cui non c'è (per fortuna) un consenso deciso. Se volete andare oltre la prospettiva di una sola persona su questo campo, vi consiglio di indagare al di là degli argomenti trattati in questo libro. Un buon punto di partenza potrebbe essere la rivista *Implementation Science* (www.implementation-science.biomedcentral.com) che è disponibile gratuitamente online, oppure due libri fondamentali “Knowledge Translation in Health Care”, a cura di Sharon Straus e colleghi¹ e “Improving Patient Care: The Implementation of Change in Healthcare”.⁹

BIBLIOGRAFIA

1. Straus S, Tetroe J, Graham ID (2013). Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice. Chichester, John Wiley & Sons.
2. Schulz KF, Altman DG, Moher D (2010). CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Annals of Internal Medicine*, 152(11), 726-732.
3. Bauer MS, Damschroder L, Hagedorn H, Smith J, Kilbourne AM (2015). An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychology*, 3, 32.
4. Greenhalgh T, Raftery J, Hanney S, Glover, M. Research impact: a narrative review. *BMC Medicine*, 14(1), 78.
5. Chalmers I, Bracken MB, Djulbegovic B, Garattini S, Grant J, Gülmezoglu AM, et al (2014). How to increase value and reduce waste when research priorities are set. *Lancet*, 383(9912), 156-165.
6. Ioannidis JP, Greenland S, Hlatky MA, Khoury MJ, Macleod MR, Moher D, et al (2014). Increasing value and reducing waste in research design, conduct, and analysis. *Lancet (London, England)*, 383(9912), 166-175.
7. Glasziou P, Altman DG, Bossuyt P, Boutron I, Clarke M, Julious S, et al (2014). Reducing waste from incomplete or unusable reports of biomedical research. *Lancet*, 383(9913), 267-276.
8. Ioannidis JP (2016). Why most clinical research is not useful. *PLOS Medicine*, 13(6), e1002049.
9. Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D (Eds.) (2013). Improving patient care: the implementation of change in health care. Oxford, John Wiley & Sons.