

Traduzione a cura di:
D.D.S.I. MARIA CRISTINA ROBB
in collaborazione con D.D.S.I. Paolo Chiari
Centri studi EBN - Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico
Azienda Ospedaliera di Bologna – Policlinico S.Orsola-Malpighi
Via Massarenti, 9
40138 Bologna, Italia

Tel. e Fax. 051 6363049
E-mail: servinf@aosp.bo.it
Web: <http://www.evidencebasednursing.it>

IMPLEMENTAZIONE DI LINEE GUIDA BASATE SULLE EVIDENZE PER IL SUPPORTO NUTRIZIONALE NELL'ICTUS IN FASE ACUTA

Lo sviluppo della pratica basata sulla ricerca è stato uno Questo lavoro costituisce una parte del South Thames Evidence-Based Practice (STEP) Project, iniziato nel 1996, dal South Thames Research and Development Directorate del Department of Health del Regno Unito. STEP è stata un'importante iniziativa multidisciplinare, supportata da una relazione di collaborazione tra i dipartimenti universitari e gli enti del National Health Service (NHS), allo scopo di valutare l'implementazione delle evidenze della ricerca in diversi contesti. La valutazione esterna è stata fatta dal King's College. Sono stati identificati una serie di argomenti con una base sostanziale di evidenze. I South London Trusts sono stati invitati a partecipare, quando gli argomenti coincidevano con le loro priorità di servizio. 9 progetti hanno trovato collocamento in 8 enti e si sono focalizzati sulla gestione dell'ulcera dell'arto inferiore, l'assistenza delle aree di decubito, la continenza, l'allattamento al seno, l'assistenza della schizofrenia centrata sulla famiglia, le dimissioni pianificate, la nutrizione (2 progetti) e la gestione della riabilitazione nell'ictus. Ogni progetto è stato documentato separatamente e sono stati forniti, da gruppi accademici diversi, i resoconti della valutazione interna ed esterna. Di seguito viene riportata la descrizione di uno di questi progetti, centrato sulla nutrizione dei pazienti con ictus in fase acuta.

LA NUTRIZIONE NELL'ICTUS IN FASE ACUTA
L'ictus è una delle maggiori cause di mortalità, morbidità ed invalidità permanente nei paesi industrializzati e produce una serie di problemi che influenzano l'alimentazione e l'apporto dietetico. La nutrizione in ospedale può influenzare i progressi e la risposta al trattamento, la morbidità, la mortalità e le riammissioni impreviste. All'ammissione, il 16-31% dei pazienti con ictus ha uno degli indici di malnutrizione positivo e, successivamente, la percentuale si alza. Almeno il 50% dei pazienti ricoverati nelle unità di riabilitazione sono affetti da

molteplici fattori di rischio nutrizionali, che comportano un aumento della loro vulnerabilità. La malnutrizione è stata collegata con l'aumento del rischio di morte e di dipendenza dopo l'ictus. Per rispondere a questi problemi, il progetto STEP per il supporto nutrizionale nell'ictus in fase acuta, aveva lo scopo di sviluppare, implementare e valutare le linee guida multiprofessionali basate sulle evidenze.

LE LINEE GUIDA E LE LORO EVIDENZE DI SOSTEGNO

Al momento dell'istituzione del progetto, i dirigenti accademici e clinici concordavano sullo schema di conduzione del progetto, che comprendeva, lo screening, la valutazione e la gestione di tutti gli aspetti del supporto nutrizionale per i pazienti con ictus. Con la nomina del coordinatore del progetto (LP), è stato costituito un gruppo formato dai rappresentanti di tutti i gruppi professionali coinvolti nell'assistenza ai pazienti con ictus. È stata considerata la rappresentanza degli utilizzatori, ma non è stato possibile reperire un volontario adatto in tempo utile. Il coordinatore del progetto ha sviluppato ed implementato una ricerca sistematica standardizzata ed un processo di revisione per una serie di argomento sul supporto nutrizionale. Sono stati fatti 2 progetti, focalizzati sulla nutrizione, in 2 sedi con 2 coordinatori (un infermiere ed un dietista) ed i dati sono stati estratti e confrontati in modo indipendente. Gli studi sono stati valutati per la loro qualità metodologica, utilizzando dei criteri riconosciuti, basati sul disegno di ricerca. Il gruppo di progetto ha revisionato insieme i dati estratti ed ha identificato le raccomandazioni risultanti, classificandole a seconda della tipologia e della forza delle evidenze di sostegno, che andavano dal consenso degli esperti agli studi clinici. Sono state sviluppate 24 linee guida e sono state incluse le raccomandazioni per lo screening del rischio nutrizionale, della disfagia e di altre menomazioni che influenzano l'alimentazione (tabella 1), la tempistica ed i processi per una richiesta di

consulenza appropriata e la gestione nutrizionale, inclusi gli integratori dietetici, la modificazione delle diete e il supporto nutrizionale artificiale. 2 linee guida erano supportate in alcune parti da almeno 1 RCT (raccomandazione di grado A); 16 erano supportate da dati provenienti da trial non randomizzati (grado B) e 6 erano solamente supportate dal consenso degli esperti (grado C), in

alcune, le istanze derivavano dagli “esperti” locali. Per esempio, era stato raccomandato che i pazienti rimanessero senza nutrizione orale per un massimo di 5 giorni, prima di decidere di iniziare un supporto nutrizionale. Sono state cercate le evidenze anche per attuare la disseminazione, l’implementazione e le strategie di gestione del cambiamento.

TABELLA 1 Raccomandazioni delle linee guida per lo screening e la valutazione della disfagia*

Screening
1) Tutti i pazienti con ictus dovranno essere valutati per la funzione della deglutizione entro 24 ore dal ricovero, per identificare quelli che hanno una deglutizione difficoltosa (B).
2) Lo screening dovrebbe essere fatto attraverso uno strumento validato di deglutizione dell’acqua, con un esame pre-screening per il livello di coscienza, la funzione motoria del cavo orale e la funzione laringea e per i segni di aspirazione nelle vie respiratorie (B).
3) Il rilevamento di anomalie nella funzione della deglutizione saranno seguiti da un’immediata richiesta di consulenza, per una valutazione clinica completa della deglutizione, ad un logopedista appropriatamente formato (SLT). (B).
Valutazione
1) I pazienti che presentino elementi che indicano una disfagia e/o un rischio di aspirazione nelle vie respiratorie, riceveranno una valutazione clinica completa della deglutizione da parte di un logopedista appropriatamente formato (B).
2) La valutazione del SLT sarà attuata entro 2 giorni lavorativi dalla prima diagnosi (C).
3) La valutazione del SLT sarà eseguita, dove richiesta, entro 72 ore dal ricovero. (C).
* Le lettere tra parentesi si riferiscono alla forza delle raccomandazioni, alla luce delle evidenze di sostegno.

LA GESTIONE DEL CAMBIAMENTO

Questa strategia è stata sviluppata sulla base delle evidenze disponibili e le informazioni locali sono derivate da una “analisi diagnostica”, strutturata e formale, che ha valutato la situazione di cambiamento all’interno dell’ente. Il suo scopo era indirizzare il supporto locale e trovare una soluzione per le barriere, mentre veniva fornita l’educazione e l’addestramento per mettere in grado gli operatori di cambiare la pratica ed adeguarsi alle raccomandazioni della linea guida. Le attività sono state incluse, dove possibile, all’interno delle strutture esistenti nell’ente. Le componenti chiave sono state:

- stabilire un team di progetto, comprendente gli opinion leader delle professioni, che assistono i pazienti con ictus, che fungano da modello di ruolo e da canali di informazione;
- attuare iniziative educative e di addestramento, per tutti i gruppi professionali, per sostenere le attività della linea guida, incluse
 - lo screening per le disfunzioni della deglutizione usando uno strumento validato,
 - lo screening ed il monitoraggio dei rischi nutrizionali usando uno strumento validato,
 - le iniziative precoci in merito alle decisioni per il supporto nutrizionale, la richiesta di consulenza e la gestione,
 - il supporto nutrizionale artificiale efficace (modificazioni della dieta e alimentazione enterale);
- lo sviluppo multidisciplinare di linee guida

evidence-based, confacenti agli utilizzatori (pagina singola e formato opuscolo);

- le attività di facilitazione, coordinamento, rinforzo e modellamento di ruolo da parte di un coordinatore;
- la comunicazione, estesa a tutti i livelli, per guidare e fornire informazioni sulle attività del progetto e per riferire ed aggiornare sui progressi: sessioni individuali con i clinici, riunioni di reparto/unità, gruppi esistenti (per esempio riunione delle Sister, Bollettino dell’ente), promemoria e fogli informativi, giornali locali e TV via cavo;
- la presentazione, disseminazione e discussione delle linee guida con tutti i gruppi rilevanti;
- l’utilizzo di esperti esterni per la discussione e la “vendita” di nuove pratiche, questo risponde a specifiche problematiche, come gli effetti del supporto nutrizionale inappropriato sulla qualità della vita;
- l’utilizzo dei gruppi e delle strutture esistenti (per esempio il collegamento infermieristico per i danni da pressione, il programma Scope of Professional Practice In-Service Training e l’educazione continua in medicina);
- il supporto da parte dei massimi livelli dirigenziali ed accademici.

L’implementazione coinvolge il cambiamento della pratica e dei ruoli professionale, come l’introduzione di strumenti validati, per lo screening del rischio nutrizionale e la disfagia, utilizzati dagli infermieri (entrambi gli strumenti) e lo staff medico (la

disfagia). Lo staff infermieristico, adeguatamente formato, ha adottato ruoli che precedentemente erano esclusivamente di tipo medico (per esempio lo screening della funzione della deglutizione al ricovero e contattare il logopedista) per la valutazione clinica; il posizionamento di un sondino di alimentazione di piccolo calibro con il

posizionamento, dove possibile, del controllo dell'aspirato gastrico [cioè, i raggi X non sono più vincolanti]). Le conclusioni principali derivanti "dall'analisi diagnostica" sono delineate nella tabella 2.

TABELLA 2 Conclusioni principale "dell'analisi diagnostica" in relazione alla gestione del cambiamento

Leve e supporti
Forti aree di competenza (per esempio SLT del servizio della deglutizione, SRW).
Supporto generale, per gli obiettivi del progetto, a tutti i livelli dell'ente.
Alcune problematiche specifiche del progetto che individui chiave sono desiderosi di risolvere.
Supporto entusiastico da parte di individui chiave, incluso il ritrovamento di fonti aggiuntive.
Una forte struttura dirigenziale ed etica.
Le strutture esistenti, specialmente programmi di CPD nei quali inserire le attività del progetto.
Barriere ed ostacoli
Carenza di tempo e di risorse.
Una forte struttura dirigenziale ed etica.
I canali di comunicazione, potrebbero essere altamente informali o inflessibili.
Diversità nelle conoscenze di base: una tendenza ad affidarsi agli "esperti" locali.
Mancanza di precedenti progetti di questo tipo nell'ente.
*SLT = logopedista (speech and language therapist) SRW = reparto di riabilitazione per l'ictus (stroke and rehabilitation ward). CPD = sviluppo professionale continuo.

METODI PER L'AUDIT DI BASE E PER QUELLO POST-IMPLEMENTAZIONE

Sono stati valutati due gruppi di 200 pazienti, ricoverati consecutivamente, con una diagnosi clinica di ictus in fase acuta (1 gruppo ricoverato prima dell'implementazione della linea guida e 1 gruppo ricoverato dopo). I pazienti sono stati ricoverati in 11 reparti di assistenza geriatrica ed alcuni sono stati trasferiti successivamente nel reparto di riabilitazione per l'ictus (SRW). Hanno partecipato all'assistenza del paziente 14 primari ed i loro team, dietisti, logopedisti, fisioterapisti generici (in reparto) e neurologici (nel SRW) e terapisti occupazionali. Il coordinatore del progetto ha revisionato la documentazione multiprofessionale ed ha estratto i dati relativi all'ictus e alla nutrizione. L'affidabilità interrater dell'estrazione dei dati è stata valutata da un ricercatore indipendente ($\kappa = 0.88$). Il coordinatore del progetto ha utilizzato la scala di severità dell'ictus, del National Institutes of Health (NHSSS), per valutare la severità dell'ictus. Gli esiti presi in considerazione sono:

- lo screening e la richiesta di consulenza per la valutazione clinica completa della funzione della deglutizione;
- lo screening per il rischio nutrizionale ed il monitoraggio dello stato nutrizionale;
- la richiesta di consulenza ai fisioterapisti ed ai terapisti occupazionali;
- le iniziative in merito alle decisioni sul supporto nutrizionale e la sua gestione;
- gli esiti del paziente, incluso il recupero funzionale, la lunghezza del ricovero, i cambiamenti negli indici antropometrici tra il ricovero e la dimissione, la registrazione delle

complicanze mediche, la mortalità e la destinazione dopo la dimissione.

Alla dimissione sono stati intervistati dei sottocampioni utili dei pazienti e degli assistenti (dove appropriato) (rispettivamente $n = 49$ e $n = 46$). Sono state esplorate le esperienze rispetto alla nutrizione ed il momento del pasto, utilizzando domande aperte. È stato osservato un campione utile di pasti (raccolgendo il campionamento tra tutti i reparti e i pasti, sia durante la settimana, sia nel week end) utilizzando un preformato strutturato di osservazione ($n = 20$, 10 pasti osservati).

RISULTATI

Le attività di implementazione della linea guida si sono svolte, in genere, come pianificato. A richiesta, sono state fatte delle modificazioni minori. I due gruppi dei pazienti non differivano rispetto agli indici demografici, alla severità dell'ictus (mediana dei punteggi NHSSS 7 v 8), o alle caratteristiche nutrizionali. I pazienti con ictus erano compresi tra il 33% e il 22% dei pazienti osservati durante il pasto, ed il 67% e 69% avevano bisogno di aiuto per l'alimentazione, venivano alimentati o ricevevano i nutrienti attraverso il sondino (tabella 3). I dettagli sulle difficoltà di alimentazioni, correlate all'ictus, sono riportate in altra sede. Il campione pre-implementation aveva un maggior numero di pazienti con ictus. I loro parenti ed assistenti erano maggiormente coinvolti nell'assistenza e nella nutrizione rispetto ai familiari dei pazienti senza ictus a quel tempo ($p < 0.015$); i dati numerici del secondo gruppo possono essere stati troppo esigui per dimostrare ciò.

ADERENZA ALLA LINEA GUIDA

Le attività dello staff coinvolto, migliorate dopo l'implementazione della linea guida.

- Il 9% in più dei pazienti sono stati controllati rispetto alla funzione della deglutizione entro le prime 24 ore (53% v 62%) ($p < 0,001$).
- Sono stati controllati un maggior numero di pazienti, rispetto alla disfagia, utilizzando uno strumento di screening validato (0 v 32%).
- C'è stato un incremento del 17% degli screening per i rischi nutrizionali, utilizzando uno strumento valido, entro le prime 24 ore dal ricovero.
- C'è stato un incremento del 23% nell'utilizzo di uno strumento validato per lo screening del rischio nutrizionale, entro la prima settimana (3% v 26%) ed un aumento del 20% nell'utilizzo di uno strumento validato per monitorare lo stato nutrizionale (17% v 37%) (entrambi $p < 0,001$).
- Le richieste di consulenza ai fisioterapisti ed ai terapisti occupazionali, poste come obiettivo, sono aumentate (le richieste di consulenza ai fisioterapisti per i pazienti con deficit posturali ed agli arti superiori sono aumentate dal 61-63% al 91-92%; le richieste di consulenza al terapeuta occupazionale per i pazienti con invalidità collegate all'alimentazione sono aumentate da 58-70% a 82-84%; tutti $p < 0,001$).
- C'è stata una riduzione dell'11% nel numero di pazienti per i quali la decisione di introdurre un supporto nutrizionale sia stata differita oltre i 5 giorni dal ricovero (17 v 6%, $p < 0,001$).
- Si sono avuti dei numeri simili anche per i pazienti alimentati attraverso sondino (16% v 13%), ma, con i cambiamenti dei contratti commerciali per i sondini e quindi delle modalità di inserzione e delle procedure di controllo, l'utilizzo del sondino è stato ridotto da una mediana di 3,5 a 2 nuovi sondini ($p < 0,05$) e l'utilizzo dei raggi x si è ridotto del 50%, da una mediana di 2 per paziente con sondino a 1 ($p < 0,019$). C'è stato un aumento del 30% nell'alimentazione attraverso il sondino, implementata e stabilita come da prescrizione (per esempio registrazioni fornite di $\geq 50\%$ delle prescrizioni) (51% v 81%, $p < 0,016$).

Sono stati riscontrati dei miglioramenti non significativi nella valutazione e nella richiesta di consulenza del logopedista. Di 77 e 75 pazienti disfascici, nei gruppi pre e post linea guida, rispettivamente l'87% e il 91% sono stati inviati in consulenza al logopedista. Di queste consulenze, il 64% ed il 68% sono stati visitati dal logopedista nel giorno dello screening o il giorno dopo, il 22% ed il 42% sono stati valutati entro due giornate lavorative dal ricevimento della segnalazione, il 39% ed il 56% sono stati valutati entro 72 ore dal ricovero.

La maggior parte dei pazienti sono stati pesati (29% v 33% pesati entro i primi 5 giorni, 30% v 35% pesati più di una volta, dopo il monitoraggio

nutrizionale, $p < 0,4$). Le quantità di alimenti, somministrata attraverso il sondino naso gastrico, sono state riscontrate più vicine alla prescrizione (le registrazioni fatte sui volumi medi, 50% v 66% della prescrizione dietetica, dal momento dell'inserzione fino alla rimozione del sondino). Sono stati posizionati pochi sondini per gastrostomie percutanee (7 v 10) con durata simile (la media del 33% e del 26% giorni dal ricovero).

GLI ESITI DEI PAZIENTI.

Sono stati migliorati diversi esiti legati ai pazienti. Quando si sospettano problemi alla deglutizione, il tempo trascorso senza alimentazione, in attesa della valutazione per gestire le problematiche nutrizionali, dal momento del ricovero, è diminuito da una media di 9 giorni a 3,7 ($p < 0,001$). Il tempo totale trascorso senza nutrizione, considerando che il supporto nutrizionale è spesso inframmezzato da ulteriori periodi di digiuno, è diminuito da una media di 10,2 giorni a 4,7 ($p < 0,001$). Da queste analisi sono stati esclusi i pazienti per i quali, sia stato indicato inappropriato il supporto nutrizionale e solo contando i giorni interi.

Un minor numero di pazienti nel gruppo post-implementation ha presentato episodi di infezione toracica, ab ingestis e/o sepsi di origine sconosciuta (33 pazienti con 46 episodi contro 13 pazienti con 18 episodi, nel gruppo post-implementation) e ci sono stati meno episodi in totale (entrambe $p < 0,003$).

Nei limitati sottocampioni dei pazienti e di coloro che li assistono, intervistati prima della dimissione, le esperienze riportate sulla gestione della nutrizione sono state simili e prevalentemente positive in entrambe i momenti, sebbene le aspettative erano le più varie. Coloro che hanno risposto possono essere stati riluttanti a criticare il trattamento dell'ospedale, a causa della loro recente dipendenza da tale istituzione.

I COSTI

Le informazioni sui costi sono state fornite dal team di valutazione esterno e l'analisi costi benefici è stata fatta utilizzando la durata della degenza e l'occupazione dei letti come elementi considerati. I gruppi pre e post-implementation non differiscono rispetto alla lunghezza del ricovero. I fattori che influenzano la lunghezza del ricovero ospedaliero dei pazienti sono molteplici, soprattutto per quelli anziani e dipendenti. Gli esiti benefici, presentatisi principalmente in un sottogruppo di pazienti con disfagia, e i dati numerici possono essere stati troppo esigui per dimostrare una significatività statistica. Uno studio simile ha mostrato come la lunghezza media del ricovero per i pazienti che sviluppano infezioni toraciche era circa il doppio rispetto a quella di coloro che non la sviluppavano. Applicando questa stima ai dati sulle infezioni di questo studio, si ridurrebbe la degenza media di circa 1,5 giorni. Basandosi sui dati di ricovero ospedaliero, questo equivale a 900 giorni letto/anno. Il risparmio annuale

stimato, di circa £90.000, è stato associato a questi giorni letto/anno risparmiati, per la diminuzione delle infezioni durante le attività del progetto. Altri risparmi sono derivati da una minore quantità di raggi al torace e di farmaci prescritti per trattare le infezioni. Questi risparmi sono stati controbilanciati dai costi aggiuntivi del progetto; il costo della

formazione e del tempo degli infermieri (stimato in £ 6.912) e il salario del coordinatore del progetto. Questi costi finali sono stati compensati da una riduzione del tempo richiesto ai medici per questi interventi. Si è concluso che è stato raggiunto un sostanziale risparmio netto.

TABELLA 3 Osservazione ai pasti, aderenza alla linea guida ed esiti sul paziente nei pazienti con ictus, prima e dopo l'implementazione

ESITI	PRIMA N (%)	DOPO N (%)	SIGNIFICATIVITÀ
Osservazione ai pasti			
(n=120, 42 pazienti con ictus)			
Mangia in modo indipendente	39 (32)	13 (31)	
Ha bisogno di assistenza per mangiare	48 (40)	17 (40)	
Ha bisogno di essere alimentato	18 (15)	9 (21)	
Alimentazione attraverso sondino	8 (7)	3 (7)	NS+
Assistito per l'alimentazione dai parenti	5 (4)*	2 (5)*	
Alimentato dai parenti	8 (7)*	1 (2)*	NS+
Aderenza alla linea guida			
(n=200 prima, n=200 dopo, tutti i pazienti con ictus)			
Funzione della deglutizione controllata entro le 24 ore	106 (53)	123 (62)	<0,001
Screening per la disfagia effettuato utilizzando uno strumento validato	0	64 (32)	<0,001
Screening per i rischi nutrizionali entro 24 ore	3 (1)	36 (18)	<0,001
Utilizzo di uno strumento validato per lo screening del rischio nutrizionale	6 (3)	53 (26)	<0,001
Utilizzo di uno strumento validato per il monitoraggio del rischio nutrizionale	35 (17)	74 (37)	<0,001
Richieste di consulenza al fisioterapista ∞	61-63%	91-92%	p<0,001
Richieste di consulenza al terapeuta occupazionale ∞	58-70%	82-84%	p<0,001
Decisione di introdurre il supporto nutrizionale differita oltre 5 giorni	35 (17)	12 (6)	<0,001
Alimentazione con sondino	33 (16)	27 (13)	NS
Nutrizione con sondino stabilita ed implementata (>50% delle prescrizioni erogate)	17/33 (51)	22/27 (81)	<0,016
Richieste di consulenza al SLT	74 (37)	80 (40)	NS
Misurazione del peso entro i primi 5 giorni	58 (29)	66 (33)	NS
Esiti dei pazienti			
Infezioni toraciche, ab ingestis o sepsi	33 (16)	13 (6)	<0,003
* Calcolato utilizzando il test chi quadro se non indicato in altro modo; NS = non significativo + Mann-Whitney U-test ∞ Tratto dal numero dei pazienti con specifici deficit, che influiscono sull'alimentazione, e trattati con terapia occupazionale e fisica.			

DISCUSSIONE

Le difficoltà nell'alimentazione correlate all'ictus ed i conseguenti livelli di dipendenza (tabella 3) sono stati coerenti con i limitati dati disponibili, tratti da precedenti studi, e mettono in luce l'importanza di questo argomento, in relazione al carico di lavoro infermieristico. Il periodo durante il quale questo progetto è stato attuato, è stato caratterizzato da intense pressioni esercitate in ogni parte dell'NHS, combinate con una riduzione dello staff senza precedenti, un'influenza vicina all'epidemia ed una pressione invernale dei letti. Con le scale di tempo imposte da pietre miliari esterne, in un periodo

relativamente breve di implementazione, l'aderenza dello staff alla linea guida è stato inferiore al 100%. Alcuni outcome, come la lunghezza del ricovero ed il miglioramento funzionale, sono difficili da modificare, in quanto sono influenzati da diversi fattori come la severità dell'ictus e la disponibilità di un supporto domiciliare. Altri esiti possono essere stati influenzati negativamente dai metodi di implementazione. Lo screening per il rischio nutrizionale, per esempio, era stato attuato 18 mesi prima del progetto, senza successo, utilizzando il medesimo strumento. Pochi reparti lo usavano, solo quelli che pensavano di mantenerlo in uso. È stata

presa la decisione di rilanciare questo strumento. Tuttavia, invece di capitalizzare le conoscenze esistenti, tale rilancio può essere stato inficiato dai precedenti fallimenti. Può essere più facile generare entusiasmo per delle nuove iniziative. Lo screening infermieristico per la deglutizione e la richiesta di consulenza, per contro, è stato ben accetto, benché utilizzato selettivamente. Questo argomento è stato originariamente evidenziato durante i dibattiti estesi alla popolazione di base, nei quali gli opinion leader delle professioni erano coinvolti nella scelta dello strumento di screening e per il modellamento del ruolo e per battersi per il suo utilizzo. Le sessioni formative sono state effettuate all'interno delle strutture esistenti per lo sviluppo professionale continuo, per fare in modo che vi fosse un'esplicita identificazione con lo sviluppo professionale ed i ruoli "tipo". Sono stati evidenziati i meriti scientifici del nuovo strumento ed i problemi dei metodi precedenti, mediante il feedback ottenuto dai risultati pre-intervento. Sono stati utilizzati dei promemoria per la nuova prassi all'interno della documentazione professionale. Ove possibile, sono state utilizzate strutture già esistenti. Tra le procedure modificate per supportare le nuove pratiche, si poteva ritrovare il mettere in grado gli infermieri di rivestire un nuovo ruolo (lo screening) e il richiedere il completamento di uno screening da parte di un infermiere, per accedere alla valutazione clinica dei pazienti. La combinazione di approcci multipli appare efficace. L'aderenza a 18 linee guida su 24 potrebbe essere confrontata prima e dopo l'implementazione; la perdita dei dati della documentazione multidisciplinare impedisce una valutazione completa. In totale, 15 analisi che valutano l'aderenza a 11 linee guida hanno dimostrato un miglioramento significativo ($p < 0,05$) ed importante, sebbene sia difficile valutare quanto i cambiamenti negli esiti siano imputabili direttamente alle attività del progetto. Primo, il progetto deve essere visto come un pacchetto di interventi completo; i cambiamenti non possono essere attribuiti a singoli componenti. Per esempio, il miglioramento dell'appropriatezza delle richieste di consulenza ai terapisti, probabilmente deriva da un aumento delle conoscenze sui pazienti con ictus e dei loro problemi, dovuto al progetto relativo alla disseminazione delle

informazioni attraverso tutti i gruppi professionali. Secondo, sebbene l'ente non si assuma l'impegno di fare sostanziali cambiamenti che potrebbero influenzare direttamente le attività del progetto, è necessario uno sviluppo periferico. Le possibili influenze, non legate alle attività e agli esiti del progetto, sono difficili da quantificare. Ciononostante, il cambiamento in favore della pratica basata sulle evidenze è avvenuto, insieme ai benefici sui pazienti. Per esempio, la diminuzione del tempo speso senza alimentazione e l'incidenza delle infezioni toraciche nosocomiali suggeriscono che un miglioramento del supporto nutrizionale sia accompagnato da quello degli esiti

CONCLUSIONI

Il progetto ha mostrato soprattutto che, nonostante le risorse limitate e un clima sanitario impegnativo, i cambiamenti nella pratica possono essere attuati e supportati dalle linee guida evidence-based. Uno studio randomizzato non è un'opzione fattibile né eticamente accettabile per questo studio. Perciò, non possiamo identificare le possibili influenze sugli esiti non legate al progetto od attribuire direttamente i cambiamenti degli esiti all'aderenza alle linee guida evidence-based. Tuttavia, sono stati dimostrati degli esiti positivi nel corso dello studio. Soprattutto, lo studio contribuisce alla conoscenza sull'implementazione della pratica basata sulle evidenze nel contesto sanitario.

LIN PERRY, RGN, RNT, PhD

*Mayday Healthcare NHS Trust and
Faculty of Health and Social Care Sciences
Kingston University/ St. George's Hospital Medical
School*

Kingston upon Thames, UK

SUSAN MCLAREN, RGN, PhD

*Faculty of Health and Social Care Sciences
Kingston University/ St. George's Hospital Medical
School*

Kingston upon Thames, UK



Luglio 2004