

*Traduzione a cura di:  
Infermiera 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](mailto:servinf@aosp.bo.it)  
Web: <http://www.evidencebasednursing.it>*

## **IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ, DELLA RICERCA E DELLA PRATICA BASATA SULLE EVIDENZE: CINQUE ANNI DI ESPERIENZA CON LE ULCERE DA DECUBITO**

La cura della cute, una componente fondamentale dell'assistenza di base al paziente, è un riflesso della qualità dell'assistenza globale che un paziente riceve in ospedale. La qualità dell'assistenza rispetto alla prevenzione e minimizzazione dei danni alla cute e delle ulcere da decubito è stata identificata dalla ricerca come una priorità infermieristica. Negli ultimi cinque anni, è stato fatto un grande sforzo per utilizzare la ricerca sulla cura della cute e sulle ulcere da decubito, che ha coinvolto più di 20 unità infermieristiche in un istituto di insegnamento affiliato all'Università canadese. Sono state intraprese numerose attività per abbattere le barriere all'utilizzo della pratica basata sulle evidenze, concentrate sull'ambiente circostante e su molti livelli dell'organizzazione.

### **PARTENDO DA UN PROBLEMA CLINICO**

L'iniziativa è partita nel 1990, quando è venuto alla luce un aumento dell'incidenza delle ulcere da decubito nel nostro ambito.

C'erano stati molti rapporti provenienti dagli enterostomisti, dalla chirurgia plastica ed anche dallo staff clinico, sul sospetto che le lesioni da decubito fossero in aumento nella loro area. A quel tempo non era in atto nessun meccanismo, a livello di unità operativa, per raccogliere dati affidabili sulle ulcere da decubito e non era possibile neanche reperire i dati dal sistema informativo dell'ospedale.

Sebbene sia un problema qualitativo, l'iniziativa riguardante le ulcere da decubito è stata attuata in un ampio contesto della pratica professionale, collegandola alle attuali iniziative esistenti per il miglioramento della qualità infermieristica, alla ricerca e alle infrastrutture educative. Gli infermieri specializzati nel miglioramento della qualità, nella ricerca e nella valutazione hanno preso la conduzione del progetto, con l'aiuto di numerosi infermieri clinici, insegnanti e dirigenti. Il supporto del direttore dell'ufficio infermieristico, che era il vicepresidente

dei servizi del paziente, è stato fondamentale per il successo del progetto.

Un gruppo multidisciplinare ha sviluppato ed implementato un programma di cura della cute. Due iniziative chiave sono partite contemporaneamente: la programmazione ed implementazione di programmi di cura della cute nelle unità operative cliniche e la valutazione sistematica della prevalenza delle ulcere da decubito. Il gruppo che si è occupato della cura della cute, condotto dal direttore della ricerca e del miglioramento della qualità infermieristica, ha revisionato la ricerca e le linee guida basate sulle evidenze cliniche, come quella del 1992 dell'Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) americana: "linea guida clinica pratica sulle ulcere da decubito negli adulti".

Il gruppo di lavoro ha considerato la linea guida dell'AHCPR una fonte credibile. Essendo stata elaborata da un'associazione sanitaria di primo piano, la linea guida è stata sviluppata da un panel multidisciplinare il quale ha revisionato la ricerca e graduato le evidenze. Essa offre uno standard per la pratica basata sulle evidenze. Nonostante la fortuna di avere una linea guida disponibile, la maggior parte delle raccomandazioni erano supportate da un livello C di evidenza che indicava che, in assenza di ricerche, erano state costruite sull'opinione di esperti e sul consenso all'interno del panel.

Era essenziale valutare la linea guida rispetto all'utilizzo nel nostro contesto, in quanto avrebbe dovuto essere la base per il nostro approccio per migliorare la qualità dell'assistenza. Una componente importante dell'assistenza era la valutazione del rischio, seguita dalla selezione delle strategie di prevenzione basate sulle evidenze. Per valutare il rischio delle ulcere da decubito in modo standardizzato, è stata selezionata la scala di Braden, uno dei due strumenti raccomandati nella linea guida dell'AHCPR. La scala fornisce un punteggio di rischio totale, derivante da sei sotto scale, percezione

sensoriale, umidità, attività, mobilitazione, stato nutrizionale e frizione/scivolamento, a cui viene assegnato un punteggio da uno (il rischio maggiore) a tre o quattro (il rischio minore) per un punteggio totale di ventitré punti massimo. Il punteggio di cutoff è [ 16 ed indica il rischio di sviluppare ulcere da decubito nell'ambito dell'assistenza per acuti. Tuttavia la linea guida sottolinea che lo specifico punteggio di cutoff dovrebbe essere valutato e definito all'interno del contesto specifico.

Il gruppo raccomandava che i seguenti problemi venissero risolti nella pianificazione di un'assistenza efficace, mediante l'uso prudente delle risorse:

- √ valutazione di base sull'estensione del problema;
- √ valutazione dell'accuratezza del metodo di valutazione del rischio;
- √ cambiamento della pratica rispetto allo sviluppo di una strategia educativa per aggiornare le abilità dell'infermiere nella valutazione delle aree di pressione, usando una graduazione od una stadiazione delle ulcere;
- √ un sistema per mantenere costante il monitoraggio.

#### COMPRENDERE L'ESTENSIONE DEL PROBLEMA LOCALE

È stata effettuata un'indagine di prevalenza su dodici ore in tutte le unità di operative di degenza, per definire il rischio di sviluppare ulcere da decubito e la proporzione dei pazienti con lesioni cutanee. Alcuni infermieri clinici volontari hanno raccolto i dati dopo aver ricevuto istruzioni sulla pratica basata sulle evidenze, sulla linea guida e su come valutare la prevalenza. Dopo un periodo di follow up di due settimane, i nuovi casi di ulcere da decubito sono stati documentati ed è stata valutata l'accuratezza della scala di valutazione del rischio.

#### VALUTAZIONE DEL METODO DI RISCHIO

La nostra valutazione sulla sensibilità e sulla specificità della scala di Braden è stata meno favorevole rispetto alle relazioni precedenti. Altri hanno valutato anche l'affidabilità e la validità del punteggio totale della Braden, così come l'importanza degli specifici fattori di rischio.

#### CAMBIAMENTO NELLA PRATICA

La linea guida dell'AHCPR fornisce gli standard assistenziali per documentare il rischio, per valutare la cute e per studiare le ulcere. Gli studi di prevalenza ed incidenza forniscono delle prove di efficacia per la pianificazione del programma clinico.

Visti i nostri risultati, utilizzando il punteggio totale della scala di Braden, il gruppo non ha ritenuto che la sua accuratezza, nel nostro contesto, fosse accettabile come base per avviare delle strategie di prevenzione e per assegnare delle risorse. Invece, abbiamo proceduto con cautela e usato le sottoscale di rischio della Braden. Un gruppo multidisciplinare (che includeva infermieri, fisioterapisti, terapisti

occupazionali e un nutrizionista) ha sviluppato gli interventi. Ciascuno ha valutato la letteratura specifica della propria disciplina ed ha raggiunto un accordo su un gruppo di interventi per rispondere ai deficit dei pazienti rispetto all'umidità, alla percezione sensoriale, all'attività, alla mobilità, allo stato nutrizionale e alla frizione/scivolamento. Per esempio, un algoritmo che utilizzava la sottoscala della mobilità e dell'attività ha indirizzato l'uso di prodotti e strumenti per diminuire la pressione. I dirigenti clinici e i direttori hanno negoziato l'allocazione di letti e superfici speciali. La pratica della consulenza è stata modificata per permettere un collegamento diretto tra l'infermiere, i fisioterapisti o i terapisti occupazionali per i problemi della cute. Precedentemente, questa doveva essere richiesta mediante prescrizione medica. Attualmente si sta lavorando per incorporare la valutazione della cute nei processi di mappatura dell'assistenza all'interno dell'ospedale.

Sebbene la cura della cute e la gestione delle ulcere da decubito siano considerate un problema infermieristico, molti sistemi ospedalieri contribuiscono alla soluzione del problema aperto (per esempio l'accessibilità di lenzuola e presidi, la qualità del servizio nutrizionale e la disponibilità di supporti ed archetti). Inoltre, è importante comunicare all'interno dello staff infermieristico. Mediante questo processo, abbiamo compensato le mancanze della linea guida clinica pratica e abbiamo avviato la nostra iniziativa di cura della cute con un'ampia partecipazione alla valutazione della linea guida pratica e dello studio di prevalenza delle ulcere da decubito (PUP).

#### MONITORARE IL PROBLEMA

Lo studio di prevalenza annuale è continuato per diversi anni. Il gruppo misurava annualmente i progressi e confrontava le nostre percentuali con le altre percentuali pubbliche. La prevalenza delle ulcere da decubito è diminuita, a tutti gli stadi di lesione, dal 32,3% nel 1993 al 19,6% nel 1997. La percentuale di ulcere agli stadi più serie (/ allo stadio due) sono rimasti abbastanza costanti. La prevenzione e la prevenzione del problema sono state migliorate, le proporzioni di ulcere allo stadio uno (rossore persistente) è diminuita dal 18% al 9% in quattro anni. Questa diminuzione è avvenuta nonostante un aumento nella proporzione dei pazienti con età superiore agli 80, una popolazione ad alto rischio di lesioni cutanee

In aggiunta al monitoraggio annuale, è stata fatta un'analisi approfondita della tendenza dopo quattro anni. L'infermiere specializzato nella ricerca ha riunito un panel, tra lo staff manageriale e clinico, per analizzare ed interpretare i risultati. Il documento scaturito raccomandava un'attenzione alla gestione del rischio allargata a tutta l'istituzione, per identificare la popolazione, una raccolta dati a livello di unità operativa e degli studi di intervento.

Per aumentare il potenziale uso dei risultati del nostro studio, i nostri report erano di facile lettura, specifici per gli utilizzatori e costruiti per le necessità di programmazione del direttore infermieristico e dei dirigenti. Sono state fornite delle consulenze di gruppo ed individuali per aiutare lo staff nell'interpretazione dei dati delle unità operative. Le evidenze sono state utilizzate per le decisioni cliniche e di politica aziendale.

I risultati dello studio di prevalenza sono stati usati come base per costruire degli indicatori di esito per l'ospedale. Collegando le iniziative di utilizzazione della ricerca al mandato di miglioramento della qualità, sono state rese disponibili delle risorse per continuare il lavoro sulle ulcere. In aggiunta, sono stati avviati altri studi dalla serie completa dei dati infermieristici.

#### COLLEGARE IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E LA RICERCA PER PROMUOVERE LA PRATICA BASATA SULLE EVIDENZE

In cinque anni, abbiamo superato gli ostacoli principali per l'utilizzo della ricerca: la qualità dei risultati della ricerca e i fattori organizzativi ed individuali. Sono state promosse, a tutti i livelli dell'organizzazione, le attività del gruppo e gli studi di prevalenza, usando presentazioni scritte e verbali. Il vicepresidente dei servizi dei pazienti ha lavorato al limite tra i livelli amministrativi ed esecutivi, mentre gli altri hanno portato avanti l'attività con i loro pari (per esempio gli insegnanti e i dirigenti clinici). Gli investigatori che hanno lavorato allo studio di prevalenza e coloro che hanno monitorato il programma di cura della cute di nuova introduzione, cioè gli infermieri clinici individuati in ogni unità operativa, hanno agito come "l'idea vincente" per rinforzare le conoscenze sull'attività per le ulcere da decubito. Le Newsletter hanno fornito dettagli sugli studi e sono stati presentati dei lavori alla conferenza annuale di ricerca e di miglioramento della qualità infermieristica e a dei meeting scientifici esterni. I manoscritti sono stati pubblicati e hanno circolato attraverso le aree cliniche. Sono stati cercati ed ottenuti, annualmente, dei fondi attraverso le corporazioni, le fondazioni ospedaliere ed i programmi di volontariato ospedalieri. Il programma di cura della cute e la ricerca ad esso collegata sono diventati più credibili.

In due anni, abbiamo collegato il nostro lavoro con un ospedale di formazione per sister, per ampliare le nostre conoscenze sulla prevalenza delle ulcere nel contesto assistenziale terziario. Attualmente stiamo partecipando ad un progetto infermieristico, della provincia vasta, da sviluppare in tre anni (PWNP), sponsorizzato dal Ministero della Sanità dell'Ontario, allo scopo di migliorare la pratica infermieristica. In questo progetto abbiamo mantenuto l'attenzione sulla cura della cute basata sulle evidenze, in particolare per la prevenzione delle ulcere da decubito con continuità all'interno di un contesto ospedaliero terziario, di un ambiente per lungo degenti e sul

territorio. Queste collaborazioni ci permettono di continuare a promuovere le iniziative sulle ulcere da decubito e sulla pratica basata sulle evidenze. Nel PWNP, abbiamo usato il modello per l'utilizzo della ricerca di Ottawa.

#### LA LEZIONE APPRESA

La natura del lavoro è a lungo termine e interattiva piuttosto che lineare. Richiede approcci differenti per superare le barriere, organizzative ed individuali all'utilizzo delle evidenze della ricerca. Collegare l'uso della ricerca al lavoro di miglioramento della qualità è importante. La serie completa dei dati dello studio di prevalenza ha fornito un parametro per coloro che valutano i cambiamenti nell'assistenza e una fonte crescente di evidenze per pianificare l'attività assistenziale. La serie di dati infermieristici ha generato anche un interesse accademico per ulteriori ricerche nell'area, come il profilo di popolazioni particolari (pazienti neurologici). Basandoci sulla nostra esperienza possiamo offrire le seguenti osservazioni.

- Dovrebbero essere assegnate le responsabilità per tutti gli aspetti del processo.
- Le linee guida cliniche pratiche, nazionali ed internazionali, dovrebbero essere valutate ed adattate all'ambiente locale. Questo aumenta le conoscenze sull'appropriatezza delle raccomandazioni delle linee guida e il processo stesso fornisce assistenza a locali "approvvigionamenti".
- È essenziale identificare le barriere alla pratica basata sulle evidenze.
- Il processo per superare le barriere identificate, dovrebbe essere strategico e riguardare l'acquisto di supporti e di risorse e il coinvolgimento delle persone ai livelli organizzativi rilevanti, potrebbe essere utile l'applicazione di un modello per l'utilizzo della ricerca.
- Un processo di raccolta e di monitoraggio delle evidenze può mostrare l'importanza del problema e fornire forza per accedere alle risorse.
- Scrivere e comunicare in modo semplice, in un formato adatto a diverse tipologie di persone, dai finanziatori a coloro che prendono le decisioni, dal livello clinico a quello di corporazione, facilita l'uso delle evidenze.
- I cambiamenti organizzativi nella pratica sono in aumento. È utile stabilire degli obiettivi realistici a breve medio e lungo termine e un tempo di scadenza.

#### CONCLUSIONE

La strada per la pratica basata sulle evidenze è complessa, piena di inciampi e richiede sforzi straordinari e dedizione ai processi complessi per avere successo. Richiede una pianificazione

sistematica che sia abbastanza flessibile per andare incontro alle idee contenute nell'ambiente del cambiamento della pratica. Per noi, questo include una massiccia ridisegnazione organizzativa e la ristrutturazione della sanità. Il nostro processo di implementazione di una linea guida pratica come standard di assistenza, presenta numerose sfide e necessita di coinvolgere esperti clinici del miglioramento della pratica e della ricerca. Il nostro istituto è stato recentemente unito con tre altri istituti e con quest'iniziativa continuiamo i nostri sforzi per fornire un'assistenza infermieristica basata sulle evidenze con solidi fondamenti.

MARGARET B HARRISON, RN, PhD  
*Nurse Specialist, Research and Evaluation, Ottawa*

*Hospital Civic Campus, Principal Investigator, Loeb  
Research Institute, Clinical Associate, University of  
Ottawa,  
Ottawa, Ontario, Canada*  
JO LOGAN, RN, PhD Assistant Professor,  
*University of Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada*  
LYNN JOSEPH, RN, BScN  
*Clinical Nurse Specialist, Neuroscience, Ottawa  
Hospital Civic Campus, Ottawa, Ontario, Canada*  
IAN D GRAHAM, PhD  
*Principal Investigator, Loeb Research Institute,  
Assistant Professor, Faculty of Medicine, University  
of Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada*



**Luglio 2004**