

# **LE EVIDENZE IN CAMPO SANITARIO: RISULTATI E LIMITI**

**G.Domenighetti**



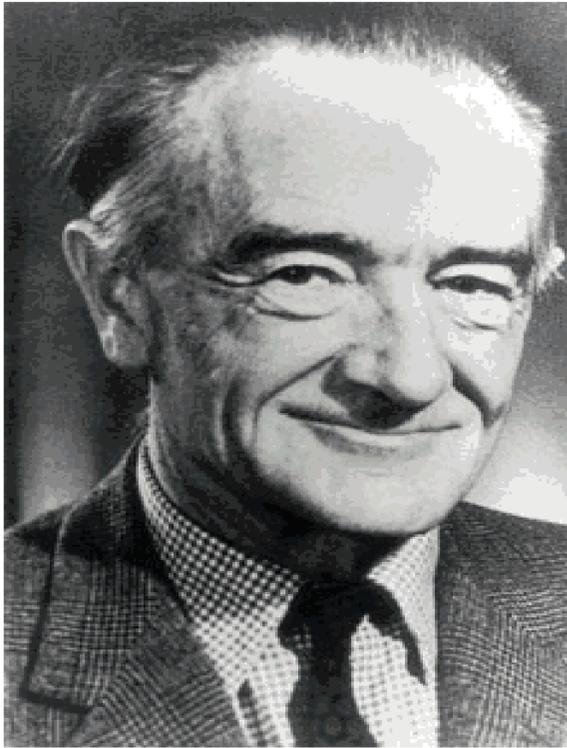
# COCHRANE COLLABORATION



- La **Cochrane Collaboration** è una iniziativa internazionale **non-profit** nata con lo scopo di raccogliere, valutare criticamente e diffondere le informazioni relative alla **efficacia ed alla sicurezza degli interventi sanitari**.
- La Cochrane Collaboration **produce documenti di sintesi**, denominati **«revisioni sistematiche»** e **«meta analisi»**, sulla efficacia e sicurezza degli interventi sanitari di tipo preventivo, terapeutico e riabilitativo. I risultati vengono diffusi attraverso un «database» elettronico denominato **«Cochrane Library»**.

<http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>

- La Cochrane Collaboration è alla base della **Evidence Based Medicine ( Health Care )**.



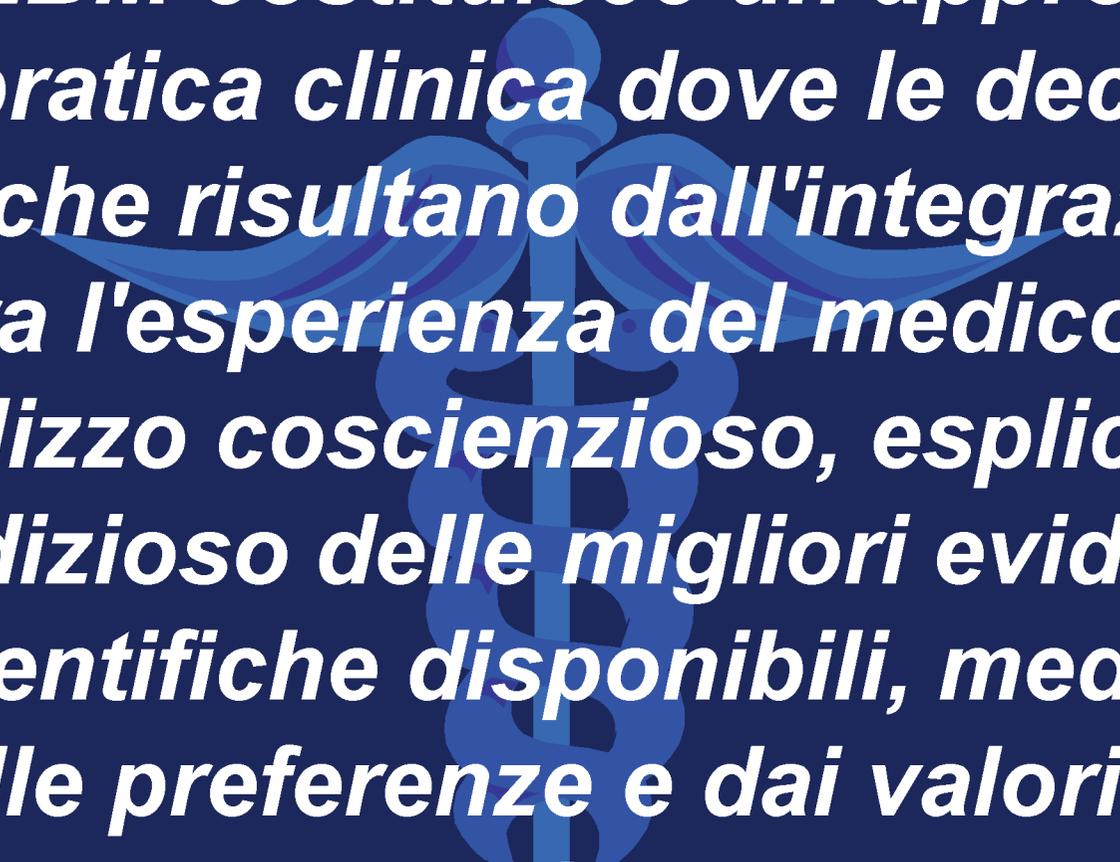
**Archibald Cochrane ( 1909-1988)**

Agli inizi degli anni Settanta, Archibald Cochrane - epidemiologo inglese – proponeva di organizzare un sistema in grado di rendere disponibili, e costantemente aggiornate, delle revisioni critiche sugli effetti dell'assistenza sanitaria.



**David Sackett ( 1934 )**

Medico Canadese ( Mc Master University) è considerato il padre della Cochrane Collaboration e della «Evidence Based Medicine» ( 1993 )



***La EBM costituisce un approccio alla pratica clinica dove le decisioni cliniche risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze e dai valori del paziente***

***DI. Sackett e RT. Jackson***

**EBM**



**Evidence Based  
Medicine**

**OBM**



**Opinion Based  
Medicine**

**MBM**



**Market Based  
Medicine**

**EBM**

**INDICATORE DI :**

**Aggiornamento  
Scientifico**



**OBM**

**Incertezza**



**MBM**

**Conflitti di  
Interesse**



# EBM

- **Scelta prioritaria**
- **Secondo parere**  
**(paziente «unico» e non «statistico» )**

# OBM

- Solo se :**
- **Fattore «correttivo»**  
**(per un paziente «unico»)**
  - **Fattore «sostitutivo»**  
**(se manca una scelta EBM)**

# MBM

- Solo se:**
- **Migliora il rapporto costo-efficacia**

**Studi Randomizzati e  
Controllati**

**Revisioni Sistematiche  
Meta-Analisi**



**GERARCHIA DELLA «FORZA»  
DELL'EVIDENZA NELLA RICERCA  
BIOMEDICA**

# METODOLOGIE DI ANALISI DELLA «EVIDENCE BASED MEDICINE» ( EBM )

- Le **Revisioni Sistematiche della letteratura** sono uno strumento di ricerca **secondario di tipo qualitativo**, il cui obiettivo è quello di riassumere i risultati di studi primari di buona qualità ( in particolare di studi clinici randomizzati ) sugli effetti sulla salute di un intervento sanitario.
- La **Meta Analisi** è una tecnica statistica **quantitativa** che permette di combinare i dati di più studi ( di regola «randomizzati» ) condotti su uno stesso argomento, **generando un` unico dato conclusivo** per rispondere a uno specifico quesito clinico.

# Pharmacotherapy for mild hypertension (Review)

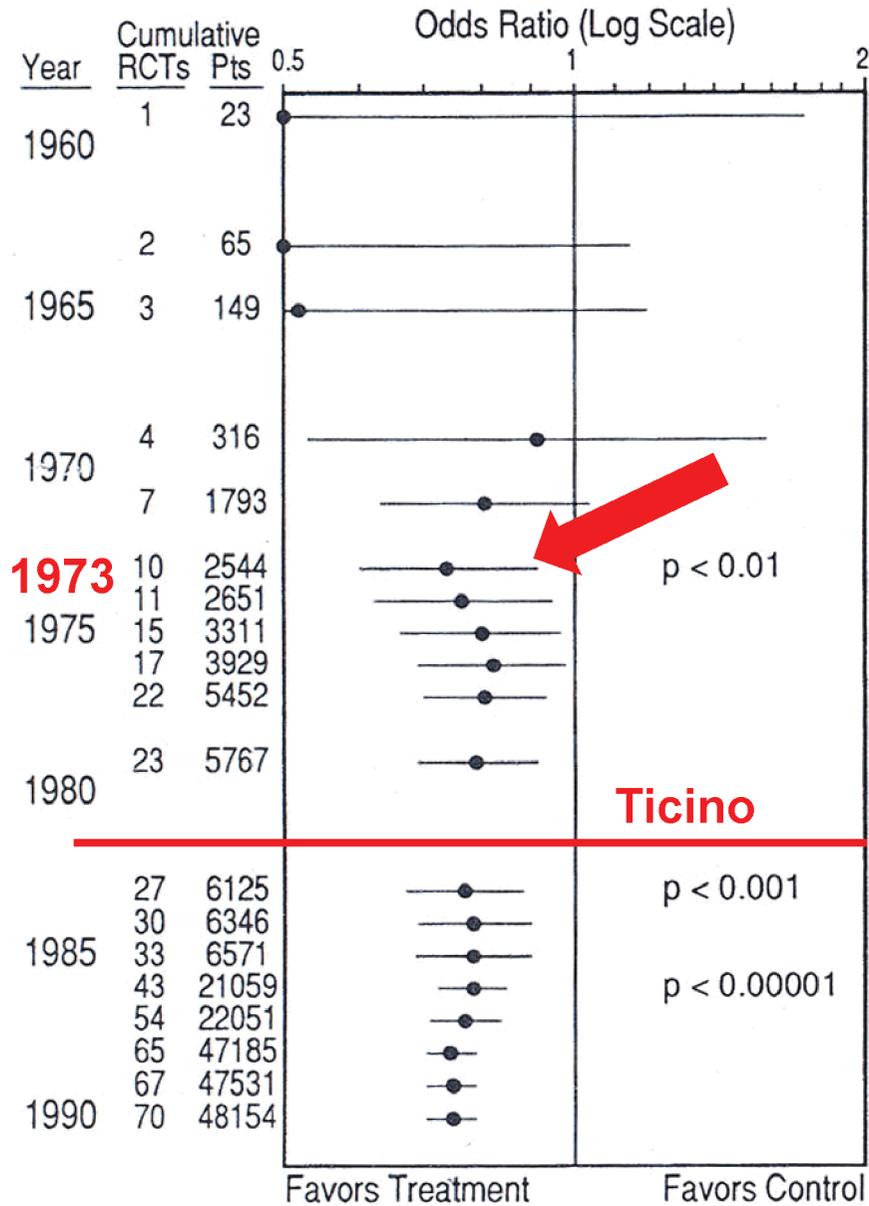


Antihypertensive drugs used in the treatment of adults (primary prevention) with mild hypertension (systolic BP 140-159 mmHg and/or diastolic BP 90-99 mmHg) have not been shown to reduce mortality or morbidity in RCTs. Treatment caused 9% of patients to discontinue treatment due to adverse effects. More RCTs are needed in this prevalent population to know whether the benefits of treatment exceed the harms.

**Un trattamento farmacologico antiipertensivo in adulti senza eventi cardiovascolari pregressi (prevenzione primaria) ma con moderata ipertensione ( BP 90-99 / 140-159 ) non riduce la mortalità e la morbidity. Esso causa nel 9% dei pazienti degli effetti indesiderati tali da indurli a sospendere il trattamento.**

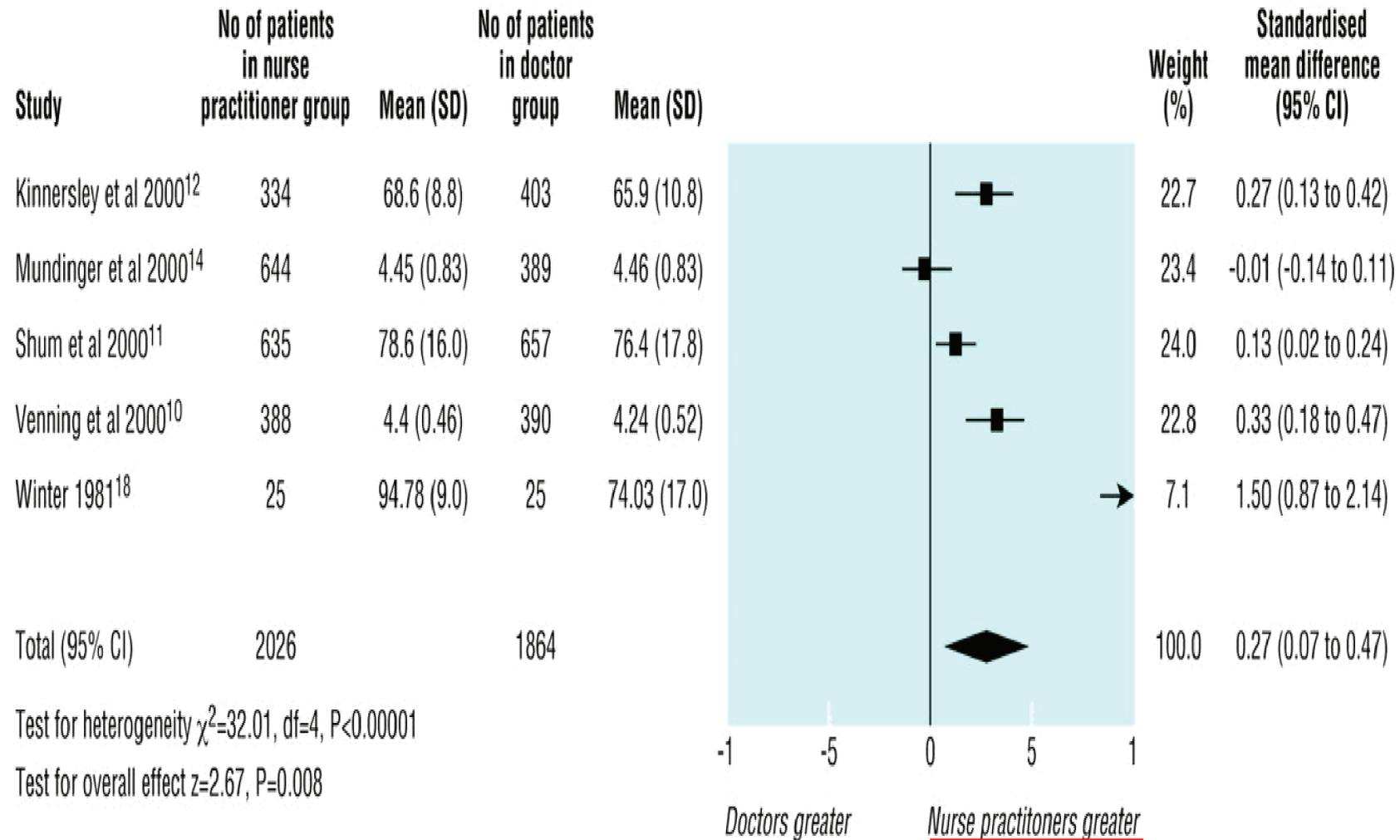
**OGGI SI CONSIGLIA DI TRATTARE GIÀ CON VALORI DI 80-89 / 120-139 !**

# a. Thrombolytic Therapy



# SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI CRONICI CURATI DA MEDICI DI FAMIGLIA E DA “NURSE PRACTITIONERS”

Horrocks, S. et al. BMJ 2002;324:819-823



**PS. Nessuna differenza di qualità delle cure.**

**Meta-analysis is like a sausage, only God and the butcher know what goes in it, and neither would ever eat any.**

Franz Messerli , Heartwire 2009

October 2011 Vol 14 No 4

# EBN

## Evidence-Based Nursing

Current evidence for nursing



[ebn.bmj.com](http://ebn.bmj.com)



BMJ Journals

October 2011 Vol 16 No 5

# EBM

## Evidence-Based Medicine

The latest and best evidence for internal medicine  
and primary care practice



[ebm.bmj.com](http://ebm.bmj.com)

BMJ Journals

# TERM “EVIDENCE-BASED” FOUND IN THE TITLE OF EDITORIALS, NEWS AND PAPERS PUBLISHED IN MEDICAL JOURNALS CITED IN MEDLINE (PUB MED)



# EVIDENCE-BASED



EVIDENCE BASED MEDICINE  
EVIDENCE-BASED HEALTH POLICY  
EVIDENCE-BASED RATIONING  
EVIDENCE-BASED DECISION-MAKING  
EVIDENCE-BASED DYING  
ETC.

# PESCARRE LE TROTE IN MODO «EVIDENCE – BASED»

## Does the fly matter? The CRACKPOT study in evidence based trout fishing

BJ Britton, J Grimley Evans, J M Potter on behalf of the Collaborative Randomised And Controlled Kennet Piscatorial Options Trial (CRACKPOT) Investigators

John Radcliffe  
Hospital, Oxford  
OX3 9DU

BJ Britton,  
consultant surgeon

Department of  
Clinical Geratology,  
Radcliffe Infirmary,  
Oxford OX2 6HE

J Grimley Evans,  
professor

Wadham College,  
Oxford OX1 3PN

J M Potter,  
emeritus consultant  
neurosurgeon

Correspondence to:  
Professor Grimley  
Evans  
john.grimleyevans@  
geratology.oxford.ac.uk

BMJ 1998;317:1678–80

### Abstract

**Objective** To investigate the importance of the type of dry fly (artificial floating fly) in catching trout (brown and rainbow) in an English chalkstream.

**Setting** River Kennet, Berkshire.

**Design** Five anglers on five separate occasions spent five hours using a randomly allocated fly from a sample of five types.

**Participants** Five anglers of considerable but varying experience, determination, and opinion.

**Main outcome measures** Number, weight, and species of trout caught.

**Results** One fly (Black Gnat) performed significantly worse than the others. The fly most successful in catching brown trout was the Cinnamon Sedge.

**Conclusion** The possible prolongation of doctors' leisure time consequent on the use of unproductive trout flies has resource implications for the NHS. Urgent funding of a definitive, large multiriver trial is needed.

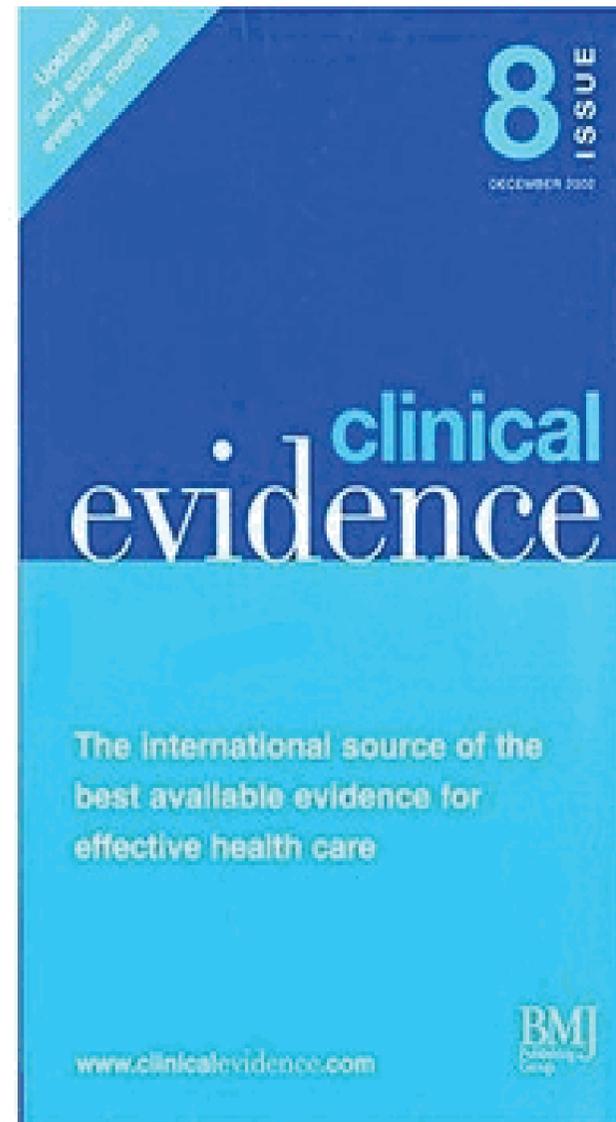
the River Kennet, Berkshire, but the precise location is not revealed as some of the local poachers may subscribe to the *BMJ*. The water supports a population of wild and stocked brown trout (*Salmo trutta*) and some rainbow trout (*Oncorhynchus mykiss*).

Methods were restricted to upstream dry fly fishing with a single hook. Five flies were chosen for evaluation: Grey Wulf, Silver Sedge, Parachute Adams, Black Gnat, Gold Ribbed Hare's Ear. All were purchased from a single supplier; the sedge was tied on a size 12 hook (the smallest available), the other patterns on size 14. The study employed a randomised Latin square design. Blinding was problematical; a pilot study in which one investigator tried fishing without his spectacles proved hazardous, and concealing the nature of the fly from the trout was deemed futile as well as impractical. As a means of identifying observer bias, each angler recorded in advance his estimate of the utility of each fly on a scale of 0 (no hope) to 10 (full bag of fish expected), with 5 representing equipoise. At the start of the 1998 season, investigators received

# OBBIETTIVI DELLA EBM

- Promuovere la qualità della pratica clinica e dei servizi sanitari.
- Valutare l'efficacia ( e l'inefficacia ) delle prestazioni e degli interventi preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi.
- Ridurre la variabilità clinica.
- Contenere i costi dell'assistenza evitando le prestazioni inefficaci e futili.
- Promuovere tramite le linee guida le prestazioni e gli interventi efficaci.

**La migliore fonte  
disponibile  
(senza conflitti di  
interesse )  
sull'efficacia  
delle prestazioni  
medico-sanitarie  
(evidence based)**



Dei **3000** trattamenti inclusi nell'ultima edizione di "CLINICAL EVIDENCE", **11 % sono classificati come efficaci**, **23 % come forse efficaci**, **7 % in parte benefici ed in parte dannosi**, **5 % probabilmente inefficaci**, **4 % probabilmente inefficaci o dannosi**, e **51 %, quindi la maggior parte, di efficacia sconosciuta.**

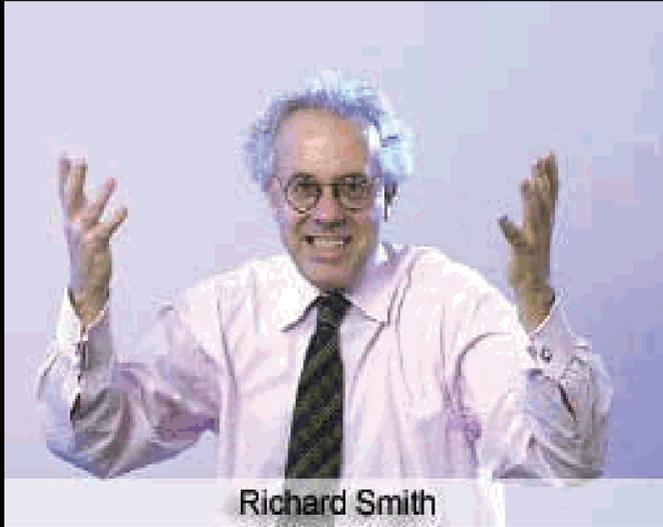
FONTE: BMJ 15 Febbraio 2012

# PRINCIPALI OSTACOLI ALL'APPLICAZIONE DELLA EBM E DELLE LINEE GUIDA

- Autonomia professionale ( EBM percepita come un «cookbook» ).
- Opinion leaders contrari.
- Privilegi e conflitti di interesse.
- Percezione di razionamento.
- Difficoltà di accesso e di comprensione della letteratura scientifica, in particolare dell'analisi statistica.

# PRINCIPALE PROBLEMA DELLE REVISIONI E META ANALISI COCHRANE

- Le revisioni sistematiche e le meta analisi della Cochrane Collaboration **sono analisi secondarie** che si fondano su studi randomizzati pubblicati nella letteratura medico-scientifica.
- Di conseguenza i conflitti di interesse, la manipolazione delle metodologie, la **falsificazione** e la **costruzione di dati**, la **selettività** delle pubblicazioni e la soppressione di eventi indesiderati **presenti nelle ricerche primarie** si rifletteranno nelle revisioni e meta analisi Cochrane.
- Questo in particolare per gli **studi sui farmaci** sponsorizzati dall'**industria**.



Richard Smith

**Le Riviste Scientifiche di  
Medicina non sono altro che  
un'estensione della strategia di  
marketing dell'industria  
farmaceutica**



**THE LANCET**

Volume 367 Number 9522 Pages 1549-628 May 13-19, 2006

[www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)

*The* NEW ENGLAND  
JOURNAL *of* MEDICINE

VOL. 355 NO. 7

ESTABLISHED IN 1812

AUGUST 17, 2006

www.nejm.org



THIS WEEK IN THE JOURNAL

**JAMA<sup>®</sup>**

The Journal of the American Medical Association

August 9, 2006

**BMJ**

12 August

# **PROBLEMI CONNESSI ALL'ATTUALE SISTEMA DI PUBBLICAZIONE DELLE RICERCHE SPONSORIZZATE DALL'INDUSTRIA SULLE RIVISTE DI MEDICINA**

- ❑ i risultati completi, compresi quelli sugli effetti indesiderati, non sono pubblicati**
- ❑ i risultati delle ricerche pubblicate sono di regola favorevoli allo sponsor grazie a tutta una serie di metodi di manipolazione della “metodologia”**
- ❑ Non è chiaro chi siano effettivamente gli autori delle ricerche**
- ❑ le ricerche favorevoli allo sponsor sono pubblicate nelle più importanti riviste, quelle con i risultati sfavorevoli non sono pubblicate o lo sono solo su riviste minori.**

# ALCUNE EVIDENZE

- Tra il 90-100 % dei medici ricevono o hanno ricevuto tangenti o altri benefits dall'industria farmaceutica  
( Intern Med J 2006 / . J Surg Res. 2007 / [www.justice.gov/opa/gsk-docs.html](http://www.justice.gov/opa/gsk-docs.html) )
- Tra il 16 e il 40% degli editoriali e delle ricerche cliniche pubblicati sulle migliori riviste contengono almeno un autore « ghostwriter» (JAMA 2008 / PLOS Medicine 2010 )
- Il 14% degli studi clinici sono oggetto di falsificazione e manipolazione di dati mentre tra il 34 e il 72% sono oggetto di altre “pratiche discutibili”. ( BMJ, 2012 / PLOS one, 2009 )
- Tra il 70 e il 90 % degli studi preclinici in campo oncologico non possono essere replicati. (BMJ, 2012 / Nature, 2012)
- È pratica corrente la pubblicazione selettiva dei risultati delle ricerche sponsorizzate e la non menzione degli effetti indesiderati dei farmaci (NEJM 2008 / PLOS Clinical Trials 2006)



## PUBBLICAZIONI SELETTIVE

Un analisi di **74** studi clinici sull'efficacia degli antidepressivi ha evidenziato che **37** dei **38** studi con risultati positivi **furono pubblicati** mentre dei **36** con risultati negativi **33** furono o **non pubblicati** oppure pubblicati in una forma che suggeriva come i risultati fossero stati positivi.

TURNER EH et al. **New England J Medecine** 2008

# Industry-Sponsored Clinical Research

## A Broken System

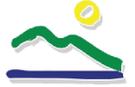
- L'inaffidabilità (bias) permea l'intero sistema della ricerca medica sponsorizzata.



- I medici non potranno più a lungo fidarsi della letteratura medica per disporre di valide ed affidabili informazioni scientifiche.

# IN CONCLUSIONE

L`**EBM non** deve essere considerata come un **«dogma»** bensì come un indispensabile **«secondo parere»** per il professionista nella presa di decisione diagnostico-terapeutica per un paziente **«unico»** e non **«statistico»** .



# Il valore aggiunto delle evidenze nel paziente con ictus

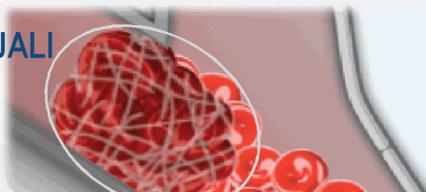
Convegno ASI-SUPSI 11 dicembre 2012

Graziano Ruggieri Dr. med. FMH med. Int. e geriatria  
Vice-primario  
Clinica Hildebrand Centro Riabilitazione Brissago

## STROKE E EVIDENZE



► **FATTUALI**



## STROKE: MACRO -DISFUNZIONI

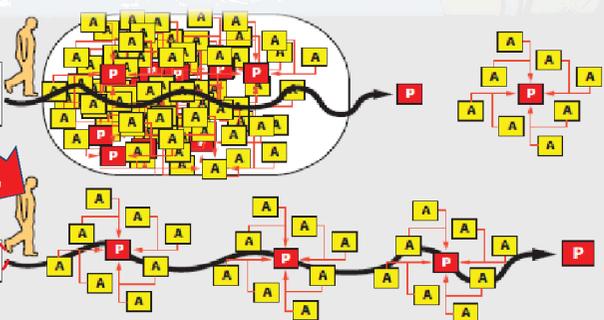


**1**  
Analisi di processo e di rivisitazione organizzativa fatta utilizzando come "tracciante" il paziente

**2**  
Ordinare per priorità, mirare, connettere

**3**  
Approfondire l'analisi degli "snodi cruciali" (quali? come li individuiamo?) per agire (dare le gambe alle idee)

**Tracciante**

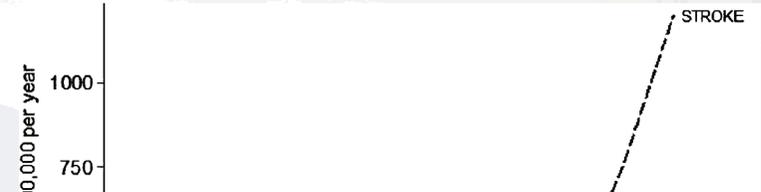


**P** Prodotti intermedi finali  
**A** Attività  
Operatore

Noto, Raschetti, Maggini, Percorsi assistenziali e gestione integrata. IGEA, Il pensiero scientifico Ed. 2011

## STROKE: EMERGENZA





## STROKE = DISABILITA' INDUCIBILE



CLINICA HILDEBRAND  
CENTRO DI RIABILITAZIONE  
BIRSIGHIO

REHA  
TUENO

- ❑ **EU:** causa > di morbidità e disabilità<sup>1</sup>
- ❑ **CH:** 10'000-14'000 / anno († = 4'000)<sup>4</sup>
- ❑ **> Incidenza e prevalenza** (evoluzione demografica)
- ❑ **Anziani:** 2<sup>a</sup> causa di **demenza**; (> causa epilessia)
- ❑ **Frequente** causa di depressione <sup>2,3</sup>

1: Lopez AD et al. Lancet (2006) 367:1747-1757  
2: Rothwell PM et al. Lancet (2005) 366:1773-1783  
3: O'Brien JT et al. Lancet Neurol (2003) 2:89-98  
4: Engelter ST et al. Stroke Unit in der CH, Bedarfanalyse, Richtlinien, Schweiz Med Forum, 2004

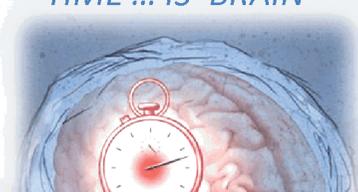
## (-) DISABILITA' DEDUCIBILE



CLINICA HILDEBRAND  
CENTRO DI RIABILITAZIONE  
BIRSIGHIO

REHA  
TUENO

*TIME ... IS BRAIN*



N. di recuperati ogni  
100 soggetti trattati

~2'000: disabilità  
rilevante

## STROKE = DISABILITA' RESIDUA

CLINICA HILDEBRAND  
CENTRO DI RIABILITAZIONE  
BIRLETTA S. A. G. O.

REHA TUENO

DISABILITA' INDUCIBILE - DISABILITA' DEDUCIBILE

## OSCILLAZIONE DEL PENDOLO

CLINICA HILDEBRAND  
CENTRO DI RIABILITAZIONE  
BIRLETTA S. A. G. O.

REHA TUENO

EVIDENZA

INPATTO SUL PROCESSO

# DISABILITA' INFLUENZABILE

**NEUROPLASTICITA'**

**INPATTO SUL PROCESSO DI RECUPERO**

CLINICA HILDEBRAND  
CENTRO DI RIABILITAZIONE  
BIRLIS S.A.G.

REHA TUENO

Dimyan, M. A. & Cohen, L. G. (2011) Neuroplasticity in the context of motor rehabilitation after stroke  
*Nat. Rev. Neurol.* doi:10.1038/nrneurol.2010.200

# STROKE: TEMPO E RECUPERO

**EVIDENZE CLINICHE**

**INPATTO SUL PROCESSO**

Stroke onset

body functions and activities

biological recovery

SMA dPM vPM PPC

CLINICA HILDEBRAND  
CENTRO DI RIABILITAZIONE  
BIRLIS S.A.G.

REHA TUENO

## RICADUTE NELLA "PRASSI"



- LA RIPETIZIONE **NON E'** SUFFICIENTE
- CONTESTO: GOAL ORIENTED, RILEVANTE, REALE **vs.** IMMAGINATO O SIMULATO
- VARIABILE - RADOMIZZATO **vs.** CONVENZIONALE
- INCORAGGIANTE IL **FEEDBACK**
- APPROCCIO SECONDO **TEORIE DEL' APPRENDIMENTO** E DEL RECUPERI
- ATTENZIONE SUL COMPITO – MOTIVAZIONE - SUCCESSO** DELL'ESECUZIONE



Fig. 3A



Fig. 3B



Fig. 3C

Perfetti C. La rieducazione motoria dell'emiplegico. Ghedimedia (2007)  
 Krakauer JW. Arm Function after Stroke: From Physiology to Recover SEMINARS IN NEUROLOGY; 2005  
 L. Oujamaa I. Relave . Froger , D. Mottet J.-Y. Pelissier Rehabilitation of arm function after stroke. Literature review Annals of Physical and Rehabilitation Medicine (2009)  
 Ericsson KA et al. The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. Psych rev (1993)

## OSCILLAZIONE DEL PENDOLO



EVIDENZE  
CLINICHE

IN PATTO SUL  
PROCESSO

## EVIDENZA DECENNALE !




CLINICA HILDEBRAND  
CENTRO DI RIABILITAZIONE  
01101 S. S. A. G. O.

TUJENO  
REHA

**TABLE 1. Evidence**

| Recommendation   | Source   | QE  | Overall Quality | R |
|--|--|-----|-----------------|---|
| 1. Better clinical outcomes are achieved when post-acute stroke patients receive coordinated, multidisciplinary evaluation and intervention.   |  |     |                 |   |
| - Organized and coordinated post-acute inpatient rehabilitation care   | Evans et al, 2001 <sup>24</sup> ; Langhorne and Duncan, 2001 (SR) <sup>17</sup>  | I   | Good            | A |
| - Interdisciplinary team approach  | AHCPR, 1995 <sup>14</sup> ; Cifu and Stewart, 1999 (SR) <sup>4</sup> ; Evans et al, 1995 (SR) <sup>25</sup> ; Evans et al, 2001 <sup>24</sup> ; Indredavik et al, 1997, 1998, and 1999 <sup>26,27</sup> ; Kalra et al, 2000 <sup>28</sup> ; Langhorne and Duncan, 2001 (SR) <sup>17</sup> ; Stroke Unit Trialists, 2002 (SR) <sup>18</sup> | I   | Fair            | B |
| - Multidisciplinary rehabilitation programs coordinated with the patient and family members/caregivers   | Working Group Consensus  | III | Poor            | I |
| 2. Referral to a facility with an organized rehabilitation team, for patients with moderate or severe symptoms, or involvement of a rehabilitation specialist with some experience in stroke | Working Group Consensus  | III | Poor            | I |
| 3. Organized team approach for outpatient or home-based rehabilitation care  | Working Group Consensus  | III | Poor            | I |

QE indicates quality of evidence; R, recommendation; and SR, systematic review (see Appendix B).

A table comparing all the studies can be found in the "Evidence Appraisal Report for the VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Stroke Rehabilitation."



## TEAM IN MOVIMENTO




**T(-1)**  
*adiuvante stabilità clinica*

*(pre) abilitazione alla riabilitazione*

**...T(0)**  
*riabilitazione in ambito acuto*

**...T(+1,2,...)**  
*riabilitazione nel centro specializzato*

Reindirizzamento celere del setting di cura definito da parte dello specialista designato per la riabilitazione (A)

Zorowitz, Stroke Rehabilitation, An Overview of Existing Guidelines and Standard of Care (2011)

## DOMINI DELLA DISABILITA'



- ❑ **INSTABILITÀ INTERNISTICA +/- DIS-FUNZIONI ( +/- VITALI )**
- ❑ **DISFUNZIONI SENSITIVO - MOTORIE**

## DIMENSIONI DEL MODELLO



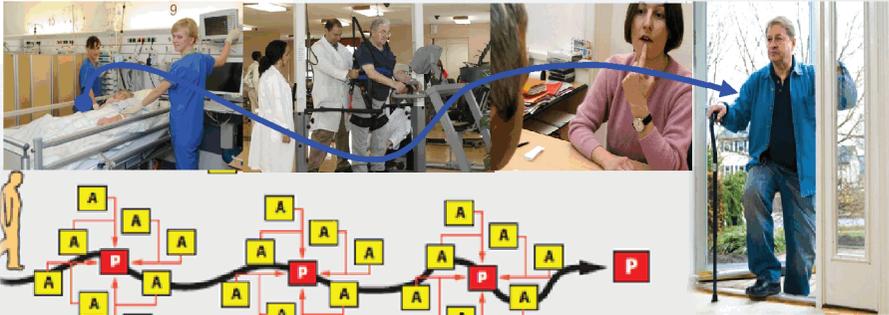
- ❑ 1. **Funzioni e strutture corporee** = stato bio-funzionale;
- ❑ 2. **Attività** = copertura complessiva della gamma di attività svolte;  
[Repertorio attività analizzato da quelle semplici a quelle più complesse].
- ❑ 3. **Partecipazione** = spettro delle opportunità sociali nelle quali l'individuo è coinvolto potendovi accedere o incontrando barriere.  
[Repertorio attività analizzato da quelle semplici a quelle più complesse].

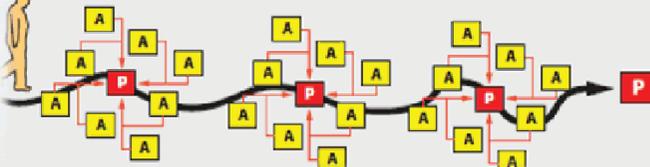
## EVIDENZE: PIANO DI CURA



## PROGETTUALITA' INTEGRATA







- Il team promuove le prassi delle competenze riacquisite durante le attività di routine in modo consistente (A)

Zorowitz, Stroke Rehabilitation, An Overview of Existing Guidelines and Standard of Care (2011)

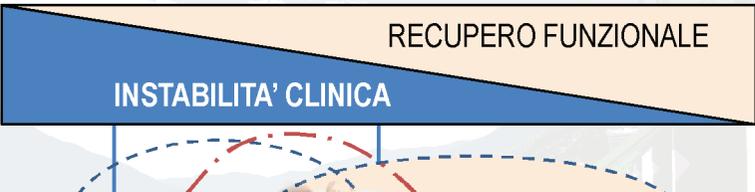
## CONTINUITA' DELLE CURE



Continuità fx.nale

RECUPERO FUNZIONALE

INSTABILITA' CLINICA



## STROKE: CARE MANAGEMENT




CLINICA HILDEBRAND  
CENTRO DI RIABILITAZIONE  
BRESSANA GROTTA

REHA  
TUENO

→ UNITA' FUNZIONALE

**“Management multi e interdisciplinare-patient oriented“**

della funzionalità e della salute individuale ispirandosi ai principi del „problem setting e solving“ sul terreno clinico (e sociale) della complessità interattiva.



**“PAZIENTE-CARER-AMBIENTE“**

## CONTINUITA' DELLE CURE




CLINICA HILDEBRAND  
CENTRO DI RIABILITAZIONE  
BRESSANA GROTTA

REHA  
TUENO

SUPPORTI CLINICI-  
ZIALI

PREOSPED.      **INTRAOSPEDALIERE**      COMUNITARIE

DEGENZA ACUTA      DEGENZA RIABILITATIVA RECUPERO      AMBULATORIALE



## IL NOSTRO BACKBROUND ATTUALE



- ❑ Riabilitazione come forma particolare di apprendimento \* che deve verificarsi in condizioni patologiche;
- ❑ \*Inducibile e supportato nel SNC da fenomeni biologici prodotti durante l'esposizione a esperienze definite (evidenze scientifiche)

## EVIDENZE = CONSENSI



- ▶ A 6 mesi: migliore grado di indipendenza
- ▶ Prontezza delle risposte sugli effetti negativi degli esiti acuti (>immobilità)
- ▶ Ruolo educativo sul team (effetti positivi di alcune buone prassi)

## DIMISSIONI A RISCHIO



- ▶ **Cure subottimali (72.6%) se:**
  - Sindrome depressiva nel caregiver designato
  - Inadeguate / insufficienti competenze nell'assunzione del processo di cura nei famigliari
  - Famiglia "disfunzionale"

Bruno-Petrina A. Motor Recovery In Stroke; Medscape reference drugs, disease and procedures (2012)

## NECESSITA'

### L'ATTUALITA'

### IL FUTURO



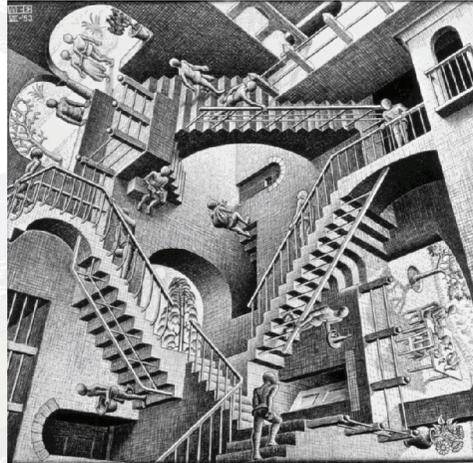
Frammentazione

...1953 - 1983 - 2013



“(...) a questo punto a Palomar non restava che cancellare dalla sua mente i modelli e i modelli di modelli.”

I. Calvino, Palomar (1983)



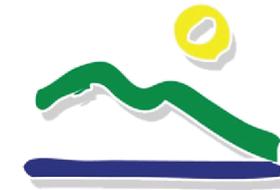
M.C. Escher Relativity (1953)

## ALCUNE REFERENZE



- <http://www.eso-stroke.org/>
- <http://www.neurovasc.ch/index.php/rehabilitationskliniken.html>
- <http://www.spread.it/>
- [http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf\\_f/2007\\_2007\\_12\\_190.pdf](http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_f/2007/2007_12_190.pdf)





CLINICA HILDEBRAND  
CENTRO DI RIABILITAZIONE  
B R I S S A G O



## Il ruolo dell'infermiere nel percorso riabilitativo per i pazienti con disfunzioni di carattere neurologico (lesione ischemica ed emorragica)

C. Evers, 11 dicembre 2012

# Introduzione

- Cosa si intende per “Cure Riabilitative”?
- Riflessione sulle cure riabilitative nella pratica quotidiana e la complessità delle cure riabilitative
- Il percorso riabilitativo alla Clinica Hildebrand



CLINICA HILDEBRAND  
CENTRO DI RIABILITAZIONE  
BRISSEGGO



# Cure Riabilitative???

Cosa sono?

Definizione?

Ruolo  
infermieristico?

Le cure infermieristiche fino agli anni '80 erano vissute  
come “una preparazione alle terapie”

Gli infermieri sono “riabilitatori per eccellenza” (Henderson 1980)



CLINICA HILDEBRAND  
CENTRO DI RIABILITAZIONE  
BRISSEGGO



# Quadro teorico delle cure riabilitative

Framework of rehabilitation nursing

Cure  
riabilitative

RCN Guidances Royal College of Nursing, 2007



CLINICA HILDEBRAND  
CENTRO DI RIABILITAZIONE  
BRISSAGO



# Quadro teorico delle cure riabilitative

Framework of rehabilitation nursing



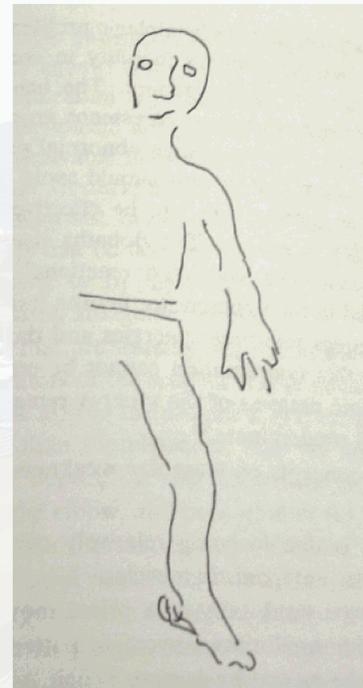
RCN Guidances Royal College of Nursing, 2007

# Cure Riabilitative

## Pratica terapeutica

### Complessità del paziente con ictus:

- Emiparesi
- Tono muscolare alterato
- Incontinenza
- Eminegligenza
- Afasia
- Aprassia
- Agnosie
- **Problemi cognitivi:** percepire, identificare, ricordare, pianificare, eseguire
- Ecc.



**Processo di apprendimento alterato!**

# Cure Riabilitative

Pratica terapeutica

## Esempio: Mobilizzazione SPREAD 2012

**Come** promuovere l'autonomia nelle varie attività della vita quotidiana per una reintegrazione ottimale nella società con una buona qualità di vita per il paziente?

### Raccomandazione 11.35

Grado A

Nei pazienti con ictus è indicato integrare fin dalla fase acuta l'attività di prevenzione della disabilità (**mobilizzazione ed interventi riabilitativi precoci**) con il programma diagnostico ed il trattamento di emergenza.

### Raccomandazione 11.37

Grado D

È indicato **stimolare ed incoraggiare** i pazienti con ictus alla **partecipazione** alle attività quotidiane

SPREAD Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion

Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento, Sintesi e raccomandazioni, Stesura del 12 marzo 2012

# Cure Riabilitative

CLINICA HILDEBRAND  
CENTRO DI RIABILITAZIONE  
BRISSAGO



Pratica terapeutica



Raccomandazioni



Come?



Processo  
di  
Apprendimento



Percorso di  
riabilitazione

The effectiveness of the Bobath Concept in Stroke Rehabilitation. What is evidenced?

*“This systematic review confirms that overall the Bobath Concept is not superior to other approaches”*

*stroke.ahajournals.org/content/40/4/e89.abstract , August 2008*

## Pratica terapeutica

# Modello interattivo per il "Motor-learning"

Shumway-Cook and Woolcott, 1995



**Persona**  
Risorse,  
problemi,  
rischi



**Ambiente**  
Preparazione  
e  
strutturazione

**Compito/  
Attività  
adeguati**



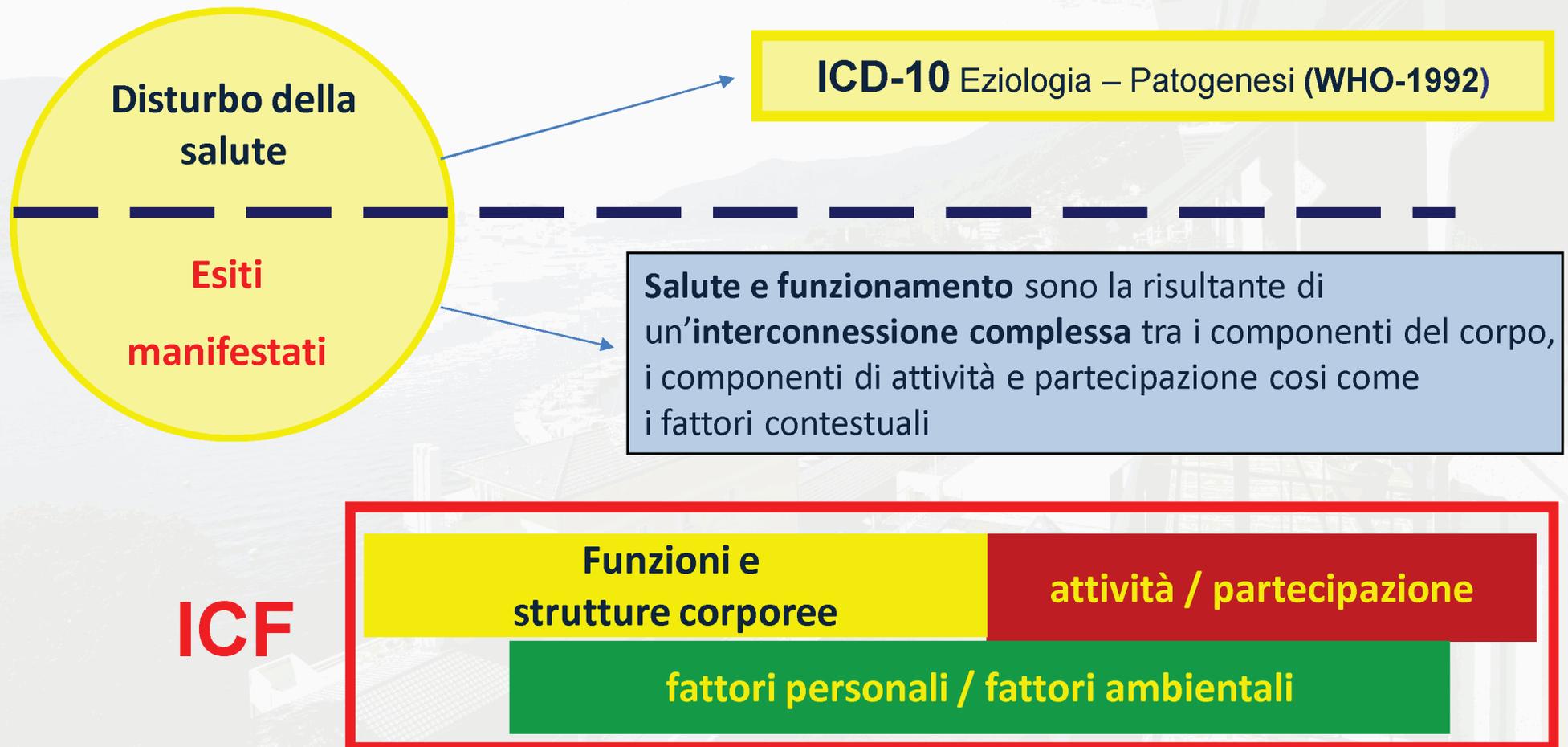
**Hands on/  
Hands off**



**Processo di  
apprendimento**

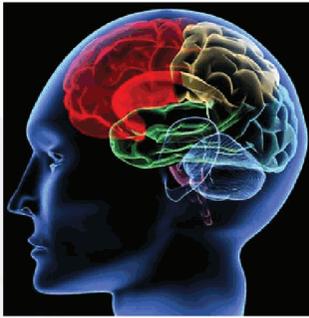
The Physical Educator, Vol 55, no 1 (1998),  
An Interactive Model to teach Motor Skills, John Hay, Jean Cote

## ICF: Modello della salute secondo l'OMS



La Classificazione Internazionale del funzionamento, disabilità e salute (ICF, 2001)

## Competenze infermieristiche essenziali



**ICF**

**Funzioni e  
strutture corporee**

**attività / partecipazione**

**fattori personali / fattori ambientali**

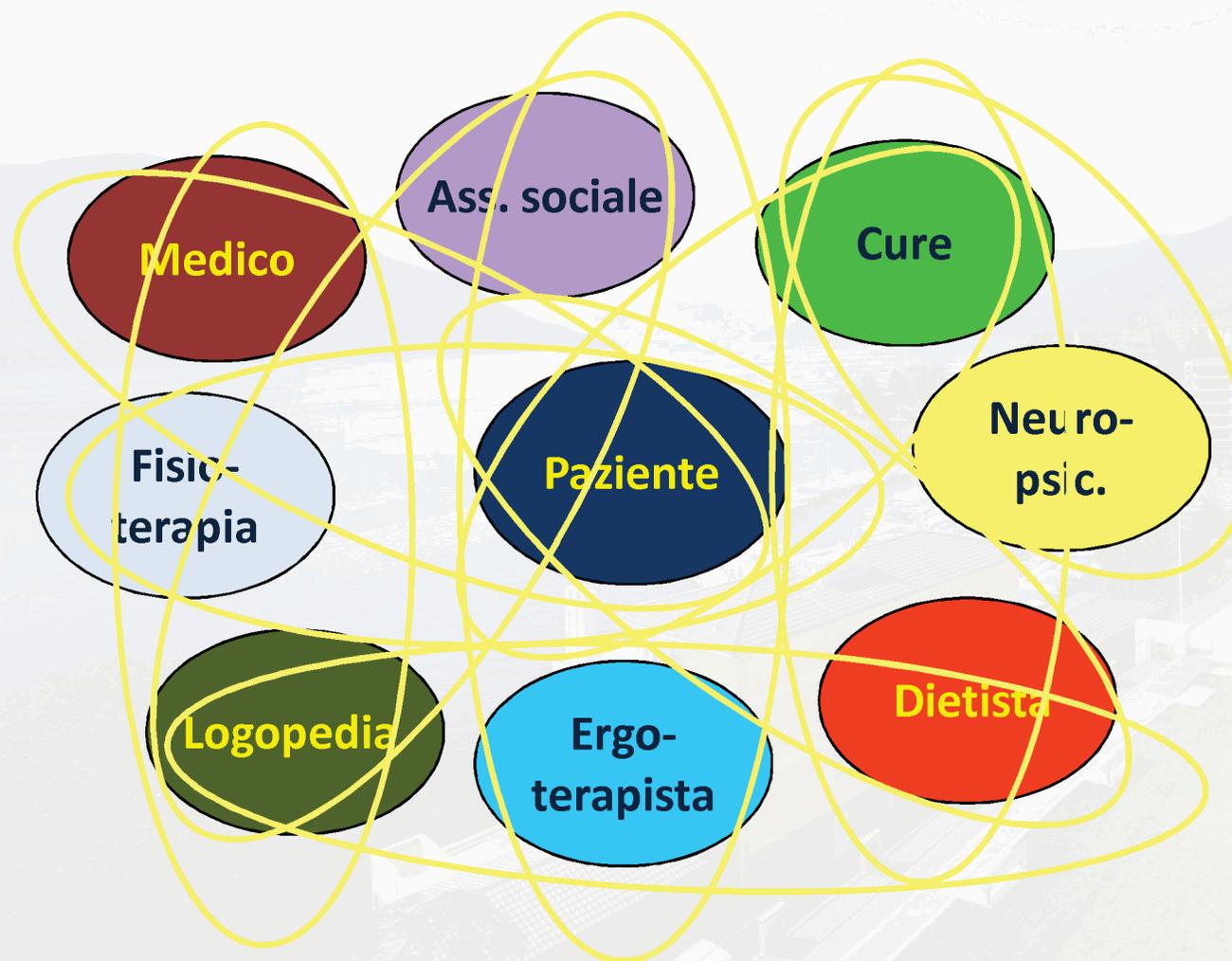
**Team interdisciplinare → Linguaggio e visione globale in comune →  
obiettivi riabilitativi in comune**



CLINICA HILDEBRAND  
CENTRO DI RIABILITAZIONE  
BRISSAGO



## Coordinamento



In una ricerca, **confrontando l'assistenza coordinata specialistica multidisciplinare con l'assistenza su un reparto di cure generale, l'outcome risultava migliore con un'assistenza coordinata**

Rehabilitation after stroke, J  
ohn Young, Anne Forster  
bmj, 13 january 2007,/volume 334

## Percorso riabilitativo per i pazienti con disfunzioni di carattere neurologico

- Criteri di ingresso e di uscita
- Percorso clinico-organizzativo
- Matrice delle responsabilità (chi fa che cosa)

### **A livello infermieristico:**

- Valutazione della deglutizione
- Valutazione del rischio cadute
- Valutazione del rischio di sviluppare un'ulcera da pressione
- Valutazione del dolore

# Conclusioni

- **L' Evidenced Based Nursing** ha definito “un quadro teorico delle **aree infermieristiche**” che dovrà assumere maggiore importanza nel percorso riabilitativo
- Nelle attività della vita quotidiana (cure riabilitative) le migliori ricerche disponibili (EBN) e la **riflessione sull'esperienza clinica** vanno di pari passo → **non esistono ricette pronte**
- La ricerca di modelli utili per stimolare il **processo di apprendimento** del paziente potrebbero meglio definire le “cure riabilitative” ed essere di sostegno nella **riflessione sull'esperienza clinica**
- **Il coordinamento** del progetto riabilitativo individuale condiviso nel **team interdisciplinare** **migliora l'outcome**



CLINICA HILDEBRAND  
CENTRO DI RIABILITAZIONE  
BRISSEGGO



# Grazie per l'attenzione



...e la collaborazione

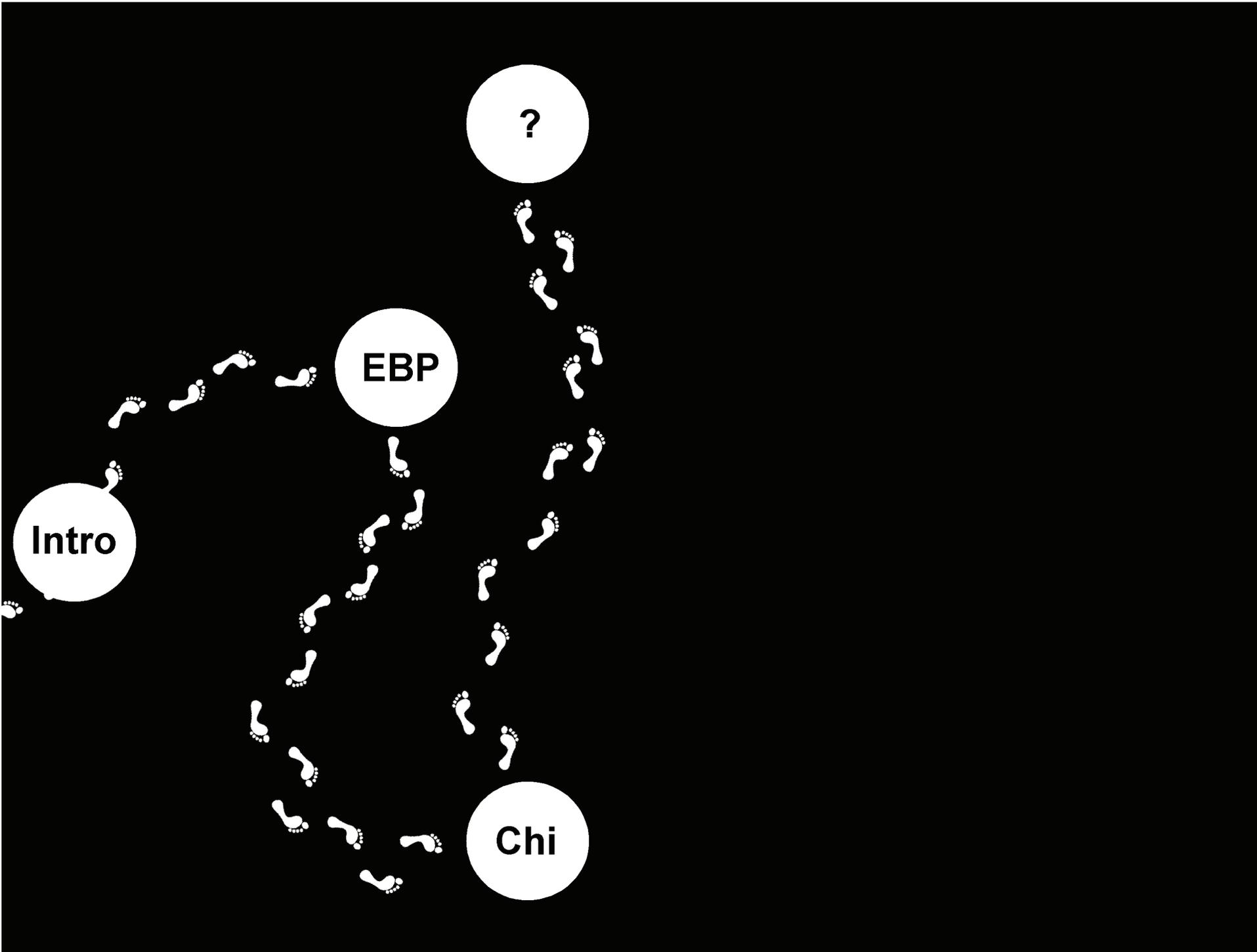
# **Diffusione dell'EBP in Svizzera: dei discorsi e delle pratiche.**

**Béatrice Perrenoud**  
Infirmière enseignante



Direction générale  
Centre des formations

**Convegno ASI – SUPSI  
Lugano 11 dicembre 2012**



2012

1992

1992

The Rational Clinical Examination

JAMA®

A NEW paradigm for medical practice is emerging. Evidence-based medicine de-emphasizes intuition, unsystematic clinical experience, and pathophysiologic rationale as sufficient grounds for clinical decision making and stresses the examination of evidence from clinical research. Evidence-based medicine requires new skills of the of the physi-

of Medicine

en 43% and 51%, and at 3 is between 51% and 60%. e-free period of 18 months currence would likely be %. She conveys this infor-patient, along with a rec-that he take his medica-mily doctor regularly, and 'of his need for medication seizure-free for 18 months. eaves with a clear idea of gnosis.

A SHIFT

hn has described scientific ways of looking at the world that define both the problems that can legitimately be addressed and the range of admissible evidence that may

mal academic half-day for residents (over on it) and that was the information voted to learning the necessary skills that should be conveyed to the patient. recruitment into teaching roles of n... now follows this path, emphasizing

sicians who pra-medicine; sharing proaches to teach medicine; and pr-feedback on their models and teach medicine. The in-based medicine or medical education

CLINICAL SCEN/

A junior medic a teaching hospita previously well m-witnessed grand never had a seizu had any recent he alcohol once or twi had alcohol on th Findings on phys normal. The patie

CONCLUSION

Based on an awareness of the limitation of traditional determinants of clinical decisions, a new paradigm for medical practice has arisen. Evidence-based medicine deals directly with the uncertainties of clinical medicine and has

costs the resident \$2.68, and the entire process (including the trip to the library

ceptance as a method of summarizing the results of a number of randomized trials

- **Ambito:**  
Formazione sanitaria
- **Processo:**  
Cambiamento di paradigma
- **Prima, la decisione si basava su...**
  - Intuizione
  - Esperienza clinica non-sistematizzata
  - Fisiopatologia
- **D'ora in avanti...**
  - Prove della ricerca clinica (epidemiologia clinica)

## Estensione alle altre professioni:

- Cure infermieristiche, ergoterapia, fisioterapia

*In Svizzera: LAMal e accademizzazione*

- Lavoro sociale, prevenzione della criminalità, politiche pubbliche, educazione

2012

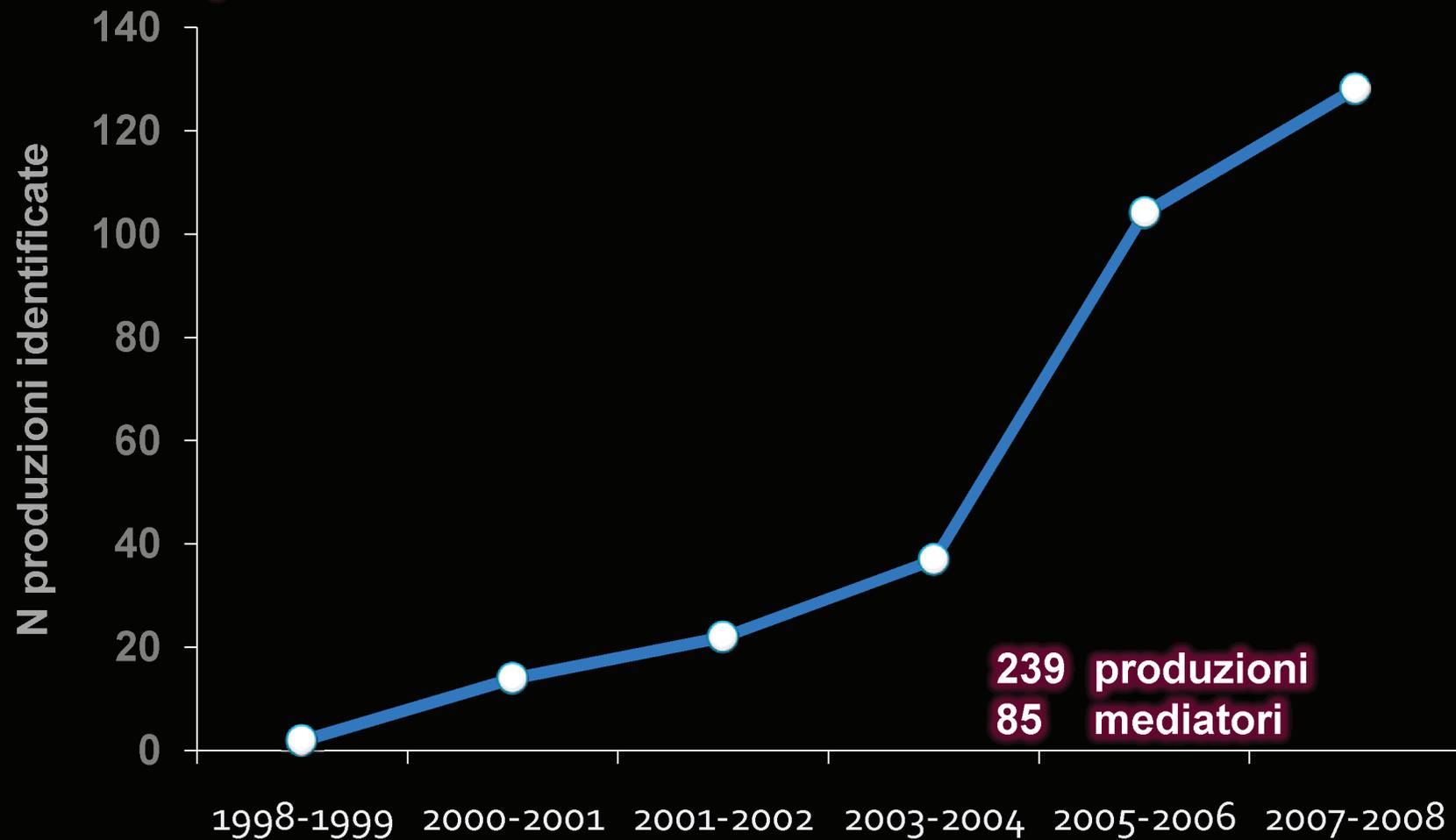


1990



Google timeline 1990-2010

**Numero di produzioni in Svizzera (in francese o in tedesco) :  
(articoli, rapporti, siti, flyers, ecc) in CURE INFERMIERISTICHE, in  
ERGOTERAPIA e in FSIOTERAPIA in relazione con l'Evidence-Based  
Practice, 1995-2008**



N. Kühne (2009)



**Quale modello ?**

**Quale modello per la messa in pratica ?**

*« L'Evidence Based Medicine é l'utilizzo coscienzioso,  
esplicito, e giudizioso delle migliori prove attuali, nella  
presa di decisione che concerne la cura del paziente a  
livello individuale »*

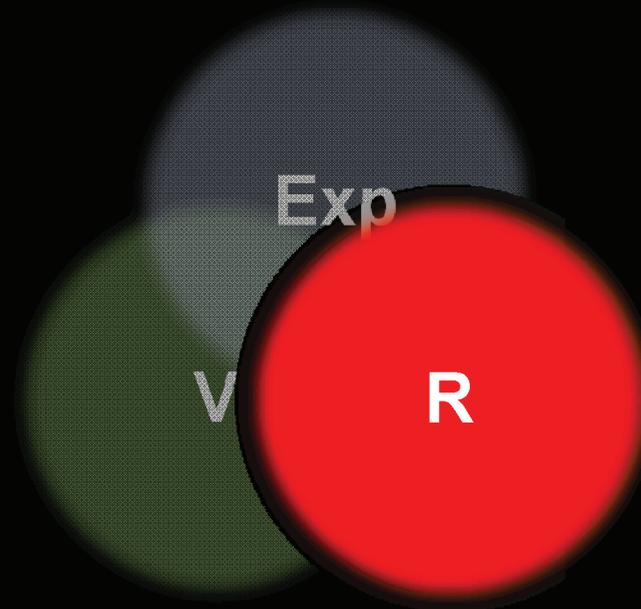
*Sackett et al (1996)*

# I MODELLI DELL'EBP

I MODELLI DELL'EBP

MODÈLE  
EBP  
ORIGINAL

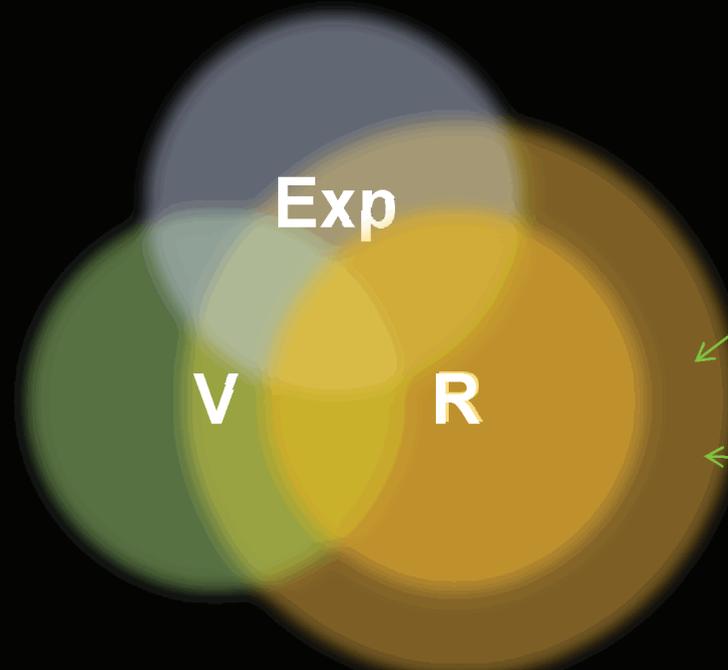
Expertise del  
professionista



Valori (preferenze)  
del paziente

Prove evidenziate  
dalla ricerca

**Expertise del  
professionista**



**Ricerche  
qualitative**

**Discipline  
di base**

**Valori (preferenze)  
del paziente**

**Prove evidenziate  
dalla ricerca**

**Valutazione  
professionale**

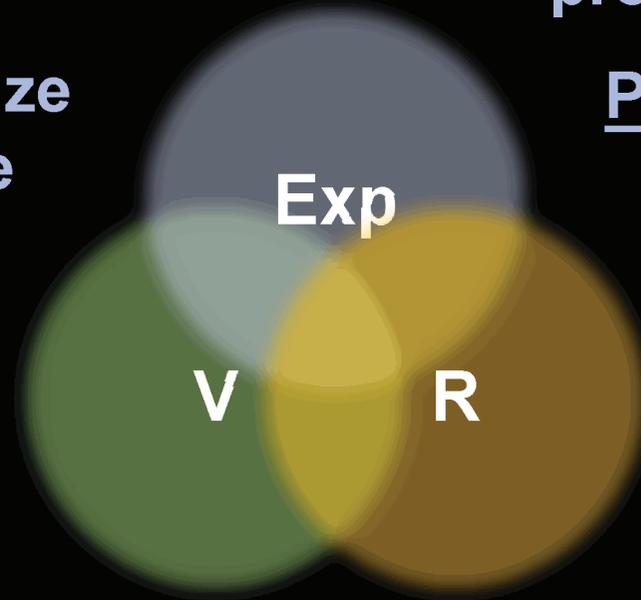
**Expertise  
riflettuta**

**Expertise del  
professionista**

**Sapere  
professionale**

**Circostanze  
Cliniche**

**PROFESSIONISTA  
RIFLESSIVO**



**Valori (preferenze)  
del paziente**

**Prove evidenziate  
dalla ricerca**

**Expertise del  
professionista**

**Esperienze del P**  
**BISOGNI DEL P**

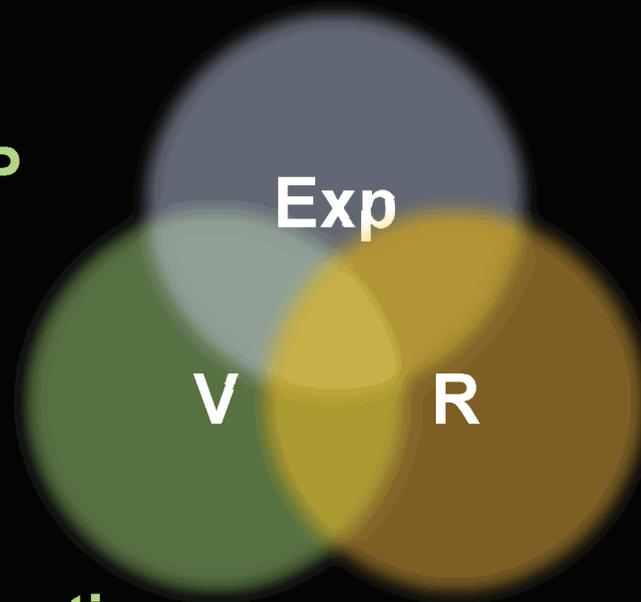
**Attese del P**

**Desideri del P**

**Saperi di clienti**

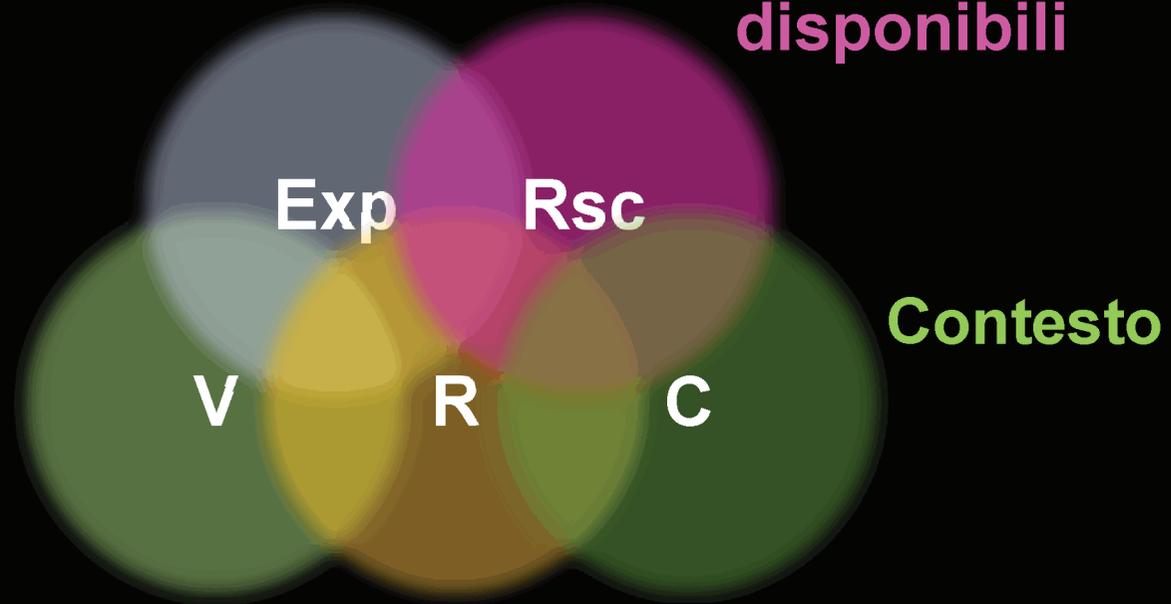
**Valori (preferenze)  
del paziente**

**Prove evidenziate  
dalla ricerca**



**Expertise del  
professionista**

**Risorse  
disponibili**



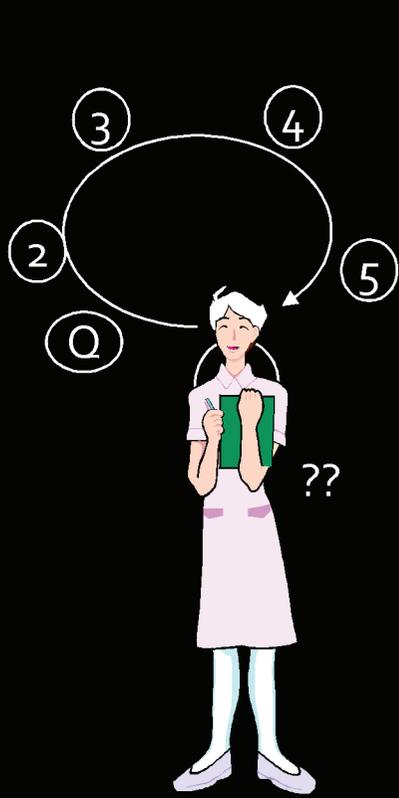
**Contesto**

**Valori (preferenze)  
del paziente**

**Prove evidenziate  
dalla ricerca**

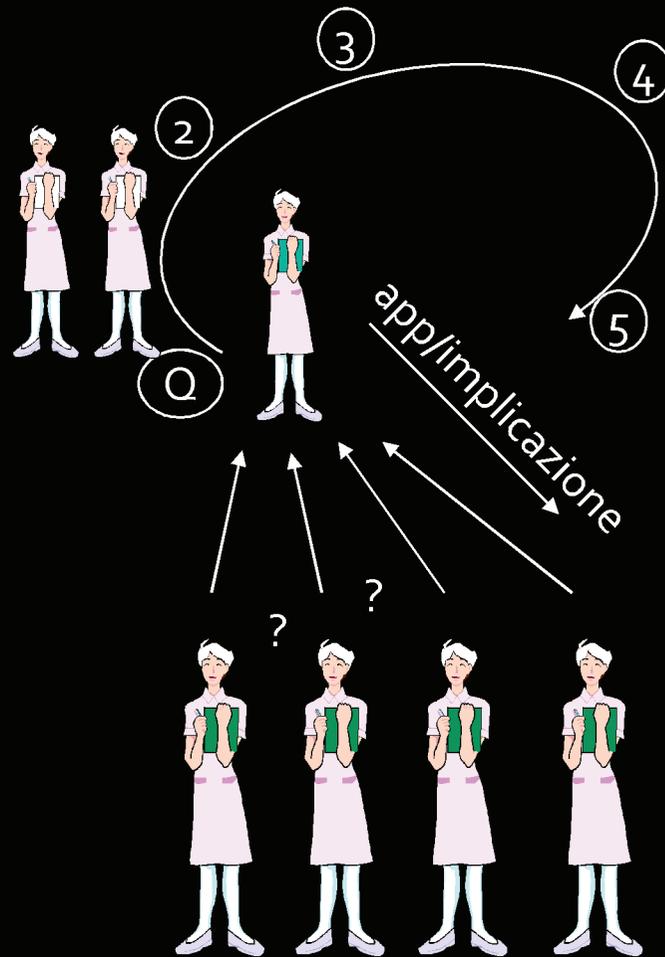
LE MODALITÀ DELLA MESSA IN PRATICA

LE MODALITÀ DELLA MESSA IN PRATICA

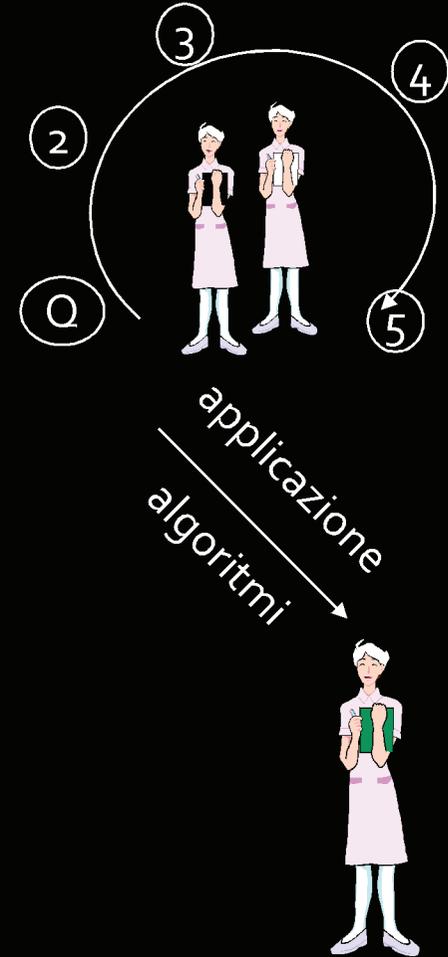


Modello dell' « artigiano »

Gruppi di artigiani



Modello dell' « équipe gerarchizzata »



Modello « industriale »



**EBP quantitativa dei pionieri?**

**EBP estesa alla ricerca  
qualitativa?**

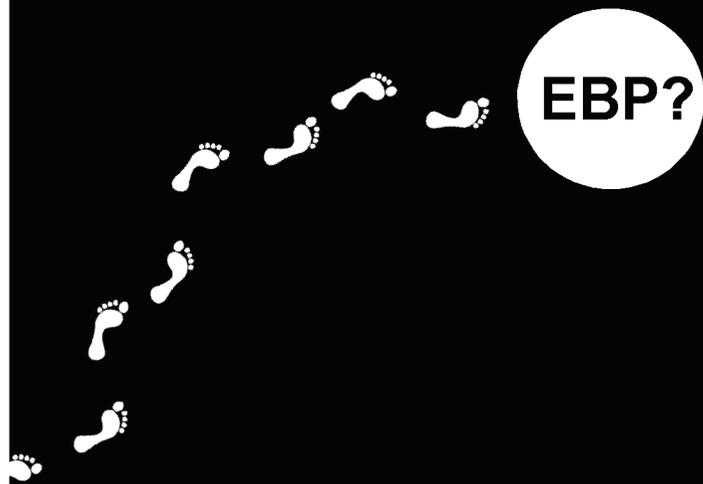
**EBP « tutto compreso » ?**

**EBP come EIP o come  
«utilizzo della ricerca» ?**

**EBP come tecniche  
documentaristiche e statistiche ?**

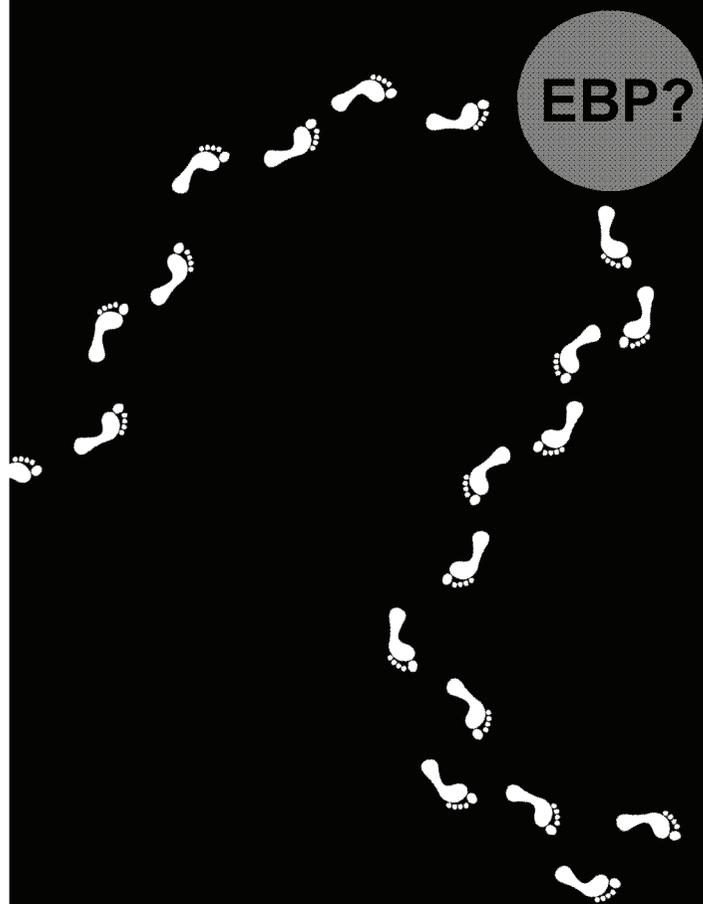
**EBP come base dei RPC ?**

**EBP per le collaborazioni  
internazionali? Cochrane / Joanna  
Briggs Institute / CEBM o come  
modello di messa in pratica?**



**Modelli molto variati**

**Posture epistemologiche diverse**



**Chi ne parla?**

**Per chi?**

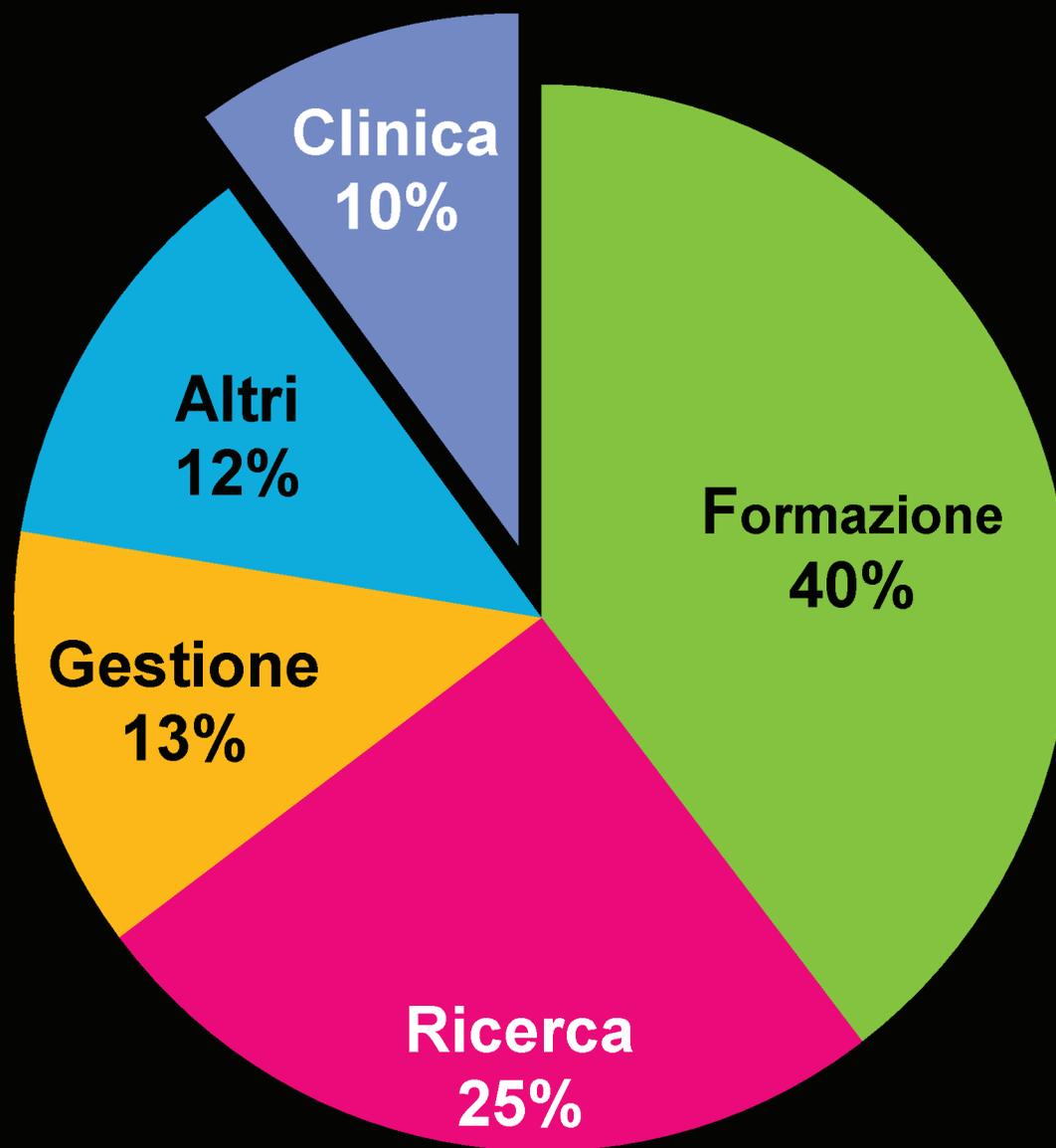
**Contro chi?**

**Con chi?**

## CARATTERISTICHE DELLE PUBBLICAZIONI



## FUNZIONE DEI MEDIATORI DELL'EBP IN SVIZZERA



## I FORMATORI

*Die didaktischen Schritte sind möglich (Ekketerese) sind N für die (EBN) in  
Neue Konzepte wie Evidence-Based Practice (...) erweitern die  
repräsentation der generalisierbaren des leresignantes des setzeignants EBM  
Funktionen der Pflegenden und machen die Pflegeberufe für weitere  
Levo (EBN) Kenntnisse) ceair exatery stanos fändviera über den Prozess da stellen  
Schichten attraktiv  
enseignants professionnels.*

- LEGITTIMARE NUOVE STRUTTURE / CURSUS di formazione (livello ES, Bachelor, Master)
- RIDEFINIRE il modello di insegnamento, specialmente in HES e le sue pratiche didattiche
- DEFINIRE una « nuova » professionalità (il professionista HES, die *Neue Pflege*), basata su competenze in materia di EBP
- Cambiare il contesto professionale per permettere lo sviluppo di questa riforma

## I RICERCATORI

*Forschungsmethoden sind oft gewöhnlich durch Konflikte mit anderen Disziplinen und  
Reduktion der Komplexität, was zu einer manchmal selektiven*

- **LEGITTIMARE LE RICERCA** attraverso il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza delle cure e trattamenti che essa permette, per la sua facoltà di cambiare la clinica.
- **RIORIENTARE LA RICERCA** verso studi « clinici » (SRAN).
- **DEFINIRE LA COMUNICAZIONE** che si deve stabilire tra ricercatori e clinici tramite l'Evidence-Based Practice (un « linguaggio comune »)
- **Far sorgere una domanda da parte dei clinici** in termini di risultati di ricerca, di bisogno di expertise e di formazione metodologica

## I GESTIONARI – I FRUITORI

Les Praticien·nes doivent élaborer des lignes directrices, des protocoles et des check-listes et les utiliser. Les soignants et les thérapeutes doivent être sensibilisés aux connaissances basées sur la science (EBM) et les utiliser dans leur pratique quotidienne. Les gestionnaires doivent promouvoir et évaluer les pratiques cliniques à la population et leur impact.

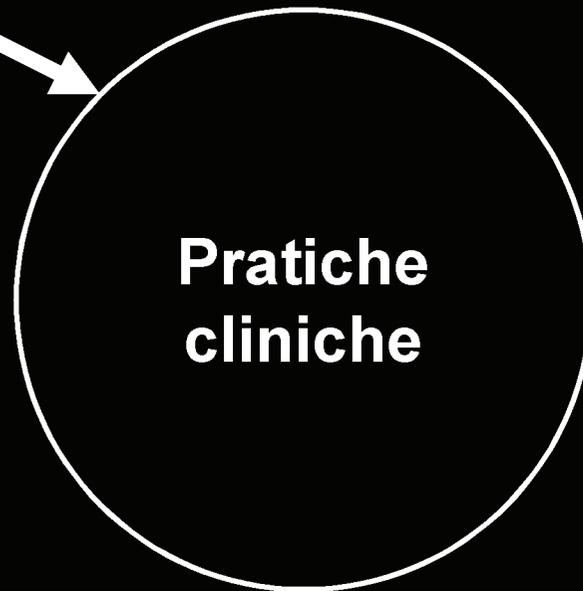
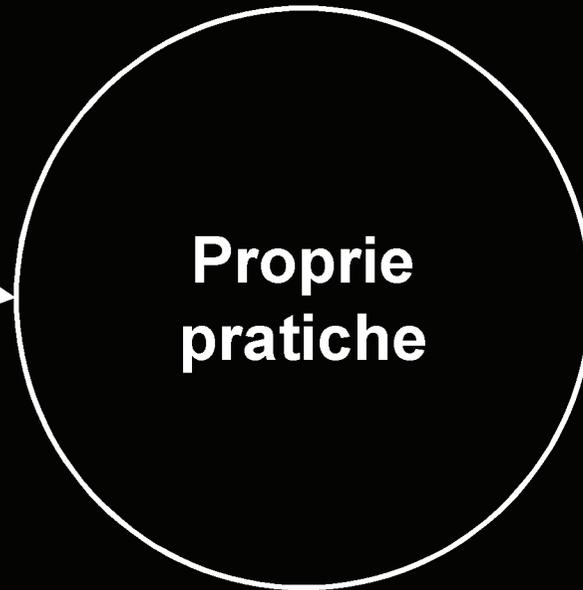
- **LEGITTIMARE PROGETTI** esistenti o futuri nel campo della gestione della qualità o della gestione dell'informazione clinica
- **RINFORAZARE** la razionalità delle decisioni cliniche , di gestione, di allocazione delle risorse – ridurre le varianti delle pratiche

## I CLINICI – e i loro « ACCOMPAGNATORI»

*Wichtigste Aufgabe ist es, die EBP in die klinische Praxis zu integrieren  
EBP ist Zeitaufwand – aber man muss sich nicht demotivieren lassen  
aktualisieren und in die Praxis zu integrieren*

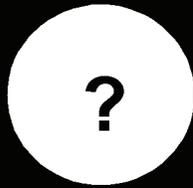
(EARLY ADOPTERS e professionisti indipendenti)

- **CONDIVIDERE** la loro esperienza e il loro desiderio di innovare
- **MIGLIORARE** la loro organizzazione personale e mantenere le loro conoscenze aggiornate
- **INTRODURRE DEI LIMITI** e **DEFINIRE** il posto dell'EBP nella pratica quotidiana, clinica e personale
- **PARTECIPARE** alla ridefinizione delle pratiche cliniche specifiche (in neonatologia, riabilitazione, cardiologia, geriatria) e **INDIRETTAMENTE** alla promozione dell'EBP

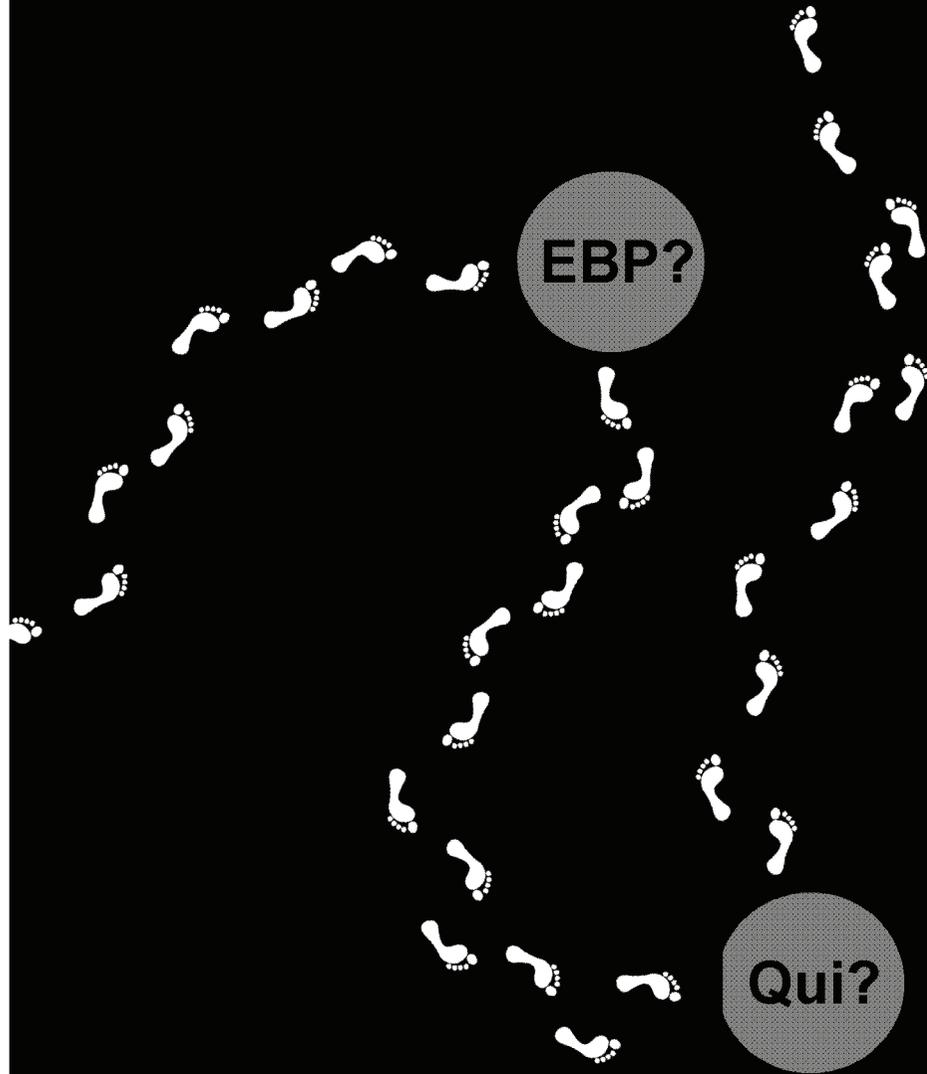
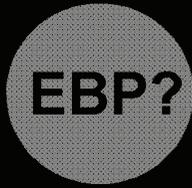


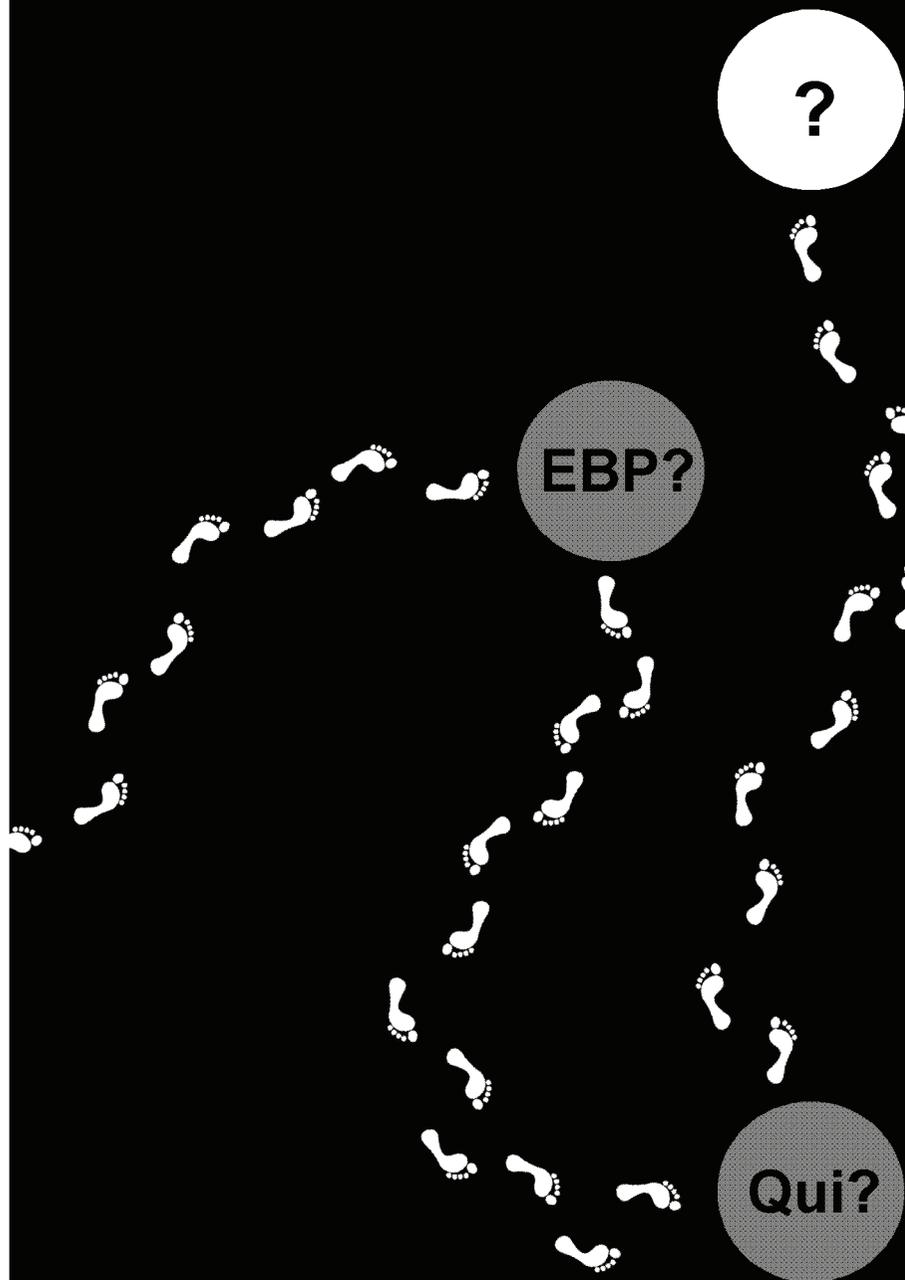
**« EFFETTI SECONDARI »**

- **DELEGITTIMAZIONE DELLA PRATICA:** La pratica clinica attuale o precedente é incompleta, desueta, inefficace, **SOGGETTIVA**
- **DELEGITTIMAZIONE DEI PROFESSIONISTI ANZIANI:** é compito del nuovo professionista rispondere alle sfide che ci aspettano.
- **Quid degli anziani ?**



Quali sfide ?





∅ ricerche sulle pratiche

∅ posizione critica (-1)

∅ dibattito pubblico

**Poco dialogo clinica-ricerca**

∅ riflessione sul contesto

- Stato / mercato

- Fiscalità/assicurazione/

- out of pocket

- Stato centralizzato/federalist

- «Gouvernance»  
/democrazia diretta

- Diversità dei contesti

# CONTROVERSIE

La pratica é complessa

Lo statuto della prova é sociale

Angolazione intrinseca delle  
ricerche

Il proselitismo degli EBMisti



## **Response from the Faculty of Old Age Psychiatry of the Royal College of Psychiatrists to the NICE Appraisal Consultation Document: Donepezil, rivastigmine, galantamine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease**

The Faculty of Old Age Psychiatry of the Royal College of Psychiatrists **expresses severe disappointment** with the preliminary recommendations of the Appraisal Committee and strongly contests these and the assumptions and reasoning upon which they were reached. In response to the specific questions raised i) **we do not feel the relevant evidence has been taken into account**, ii) **we do not feel that the summaries of clinical and cost effectiveness are “reasonable” interpretations of the evidence** and iii) **we do not** consider that the provisional recommendations are a “sound” basis for NHS guidance. Our view is based on four main grounds:

- a) Undue reliance on the QALY as the **measure** of cost-effectiveness. The QALY is not valid in Alzheimer's disease and this approach is totally inconsistent both with the 2001 AD Guidance (despite no new data being available) and with many other NICE Technology Appraisals.
- b) Flawed economic analysis by the SHTAC Assessment Group that does not take into account **the way the drugs are used in clinical practice** (when only responders stay on treatment).
- c) The committee has not taken account of **the wider societal implications** of the guidance, in particular the positive impact the drugs have had on the lives of many with a severe terminal illness, and the fact that there are no other licensed treatments currently available for cognitive improvement (nor likely in the next decade) and alternative treatments that will be used more frequently for non-cognitive symptoms actively do harm.
- d) The models used **take no account of other potential benefits** of the medication other than on cognition and institutionalisation (e.g. on behavioural symptoms, social interaction, carer time).

# VALORI VEICOLATI DALL'EBP

« positivismo e progressi »

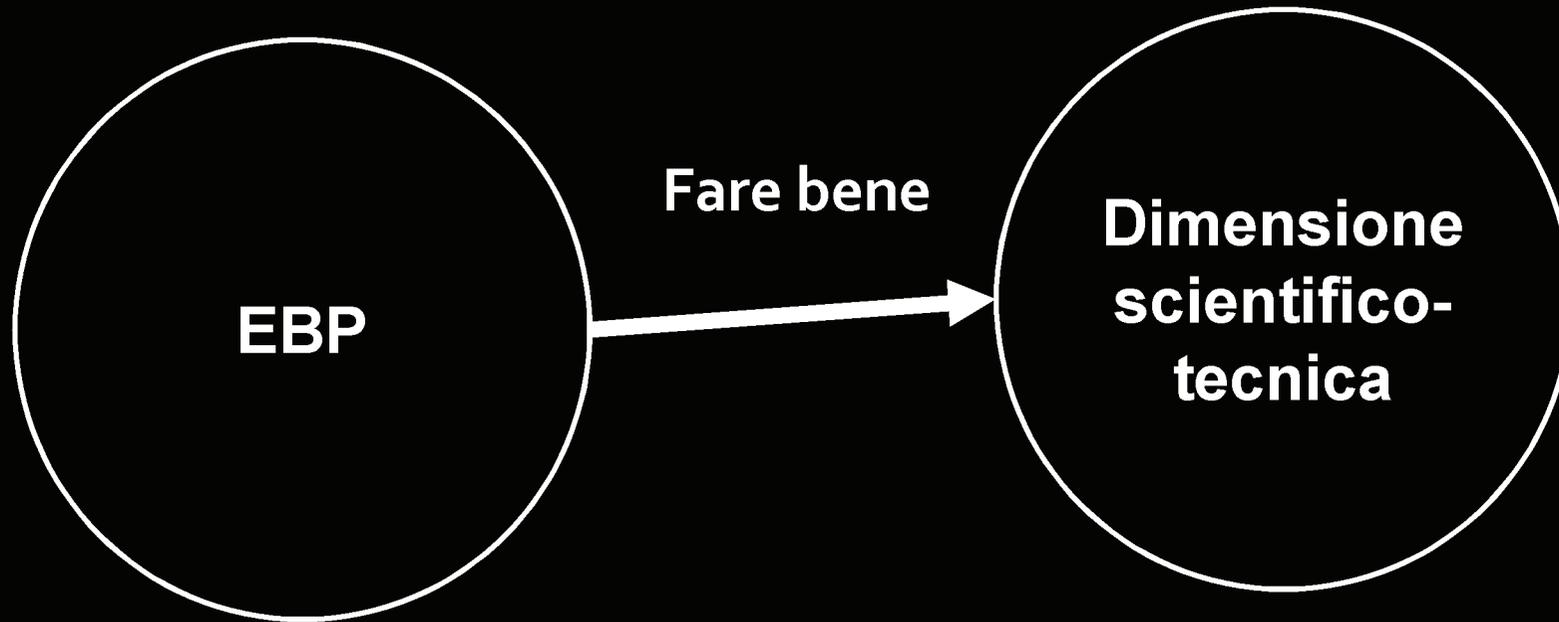
« produttività »

« La collettività »

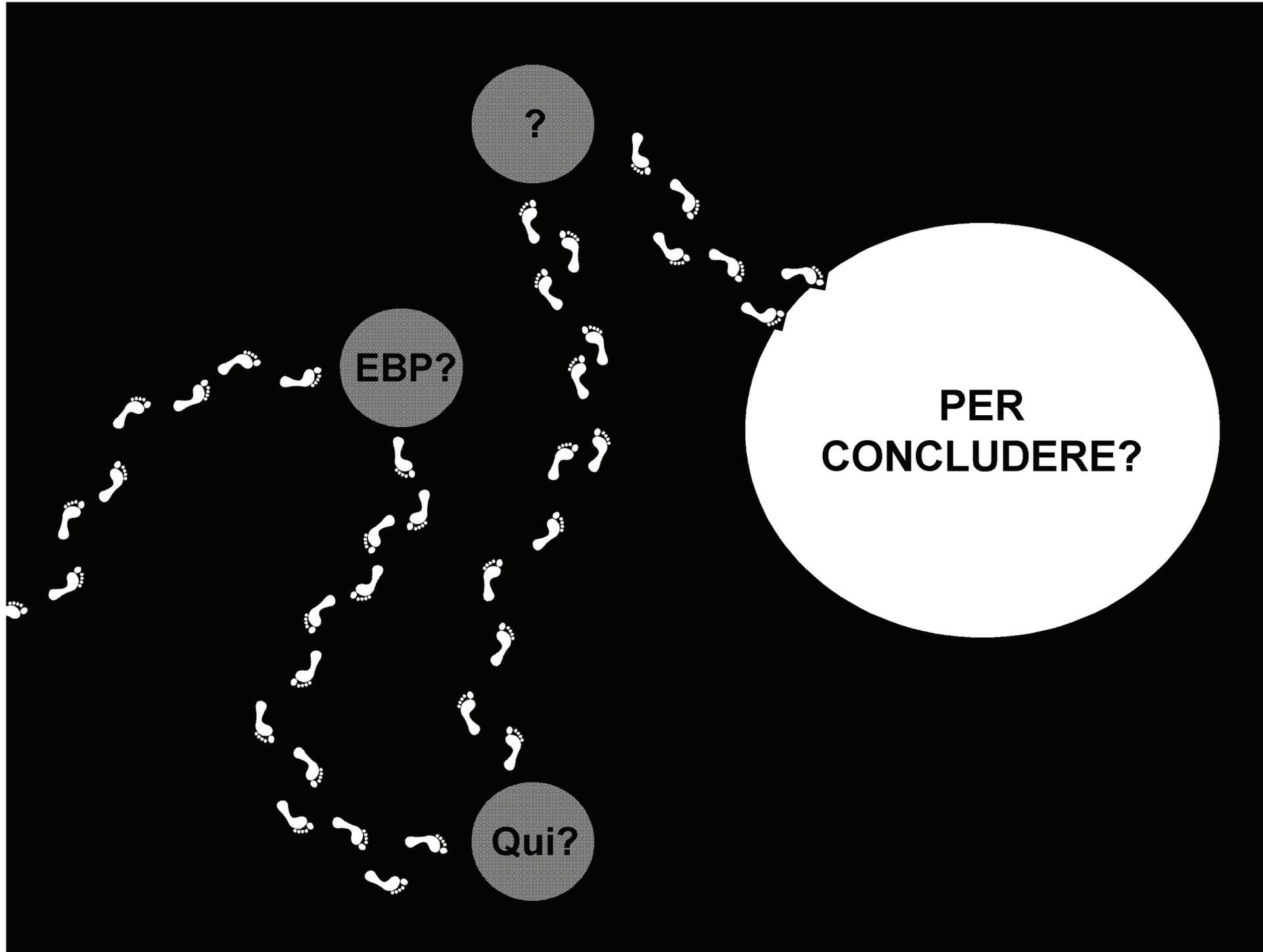
« La morale et il diritto »

« **La persona** »

# RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE



**Dimensione morale ?  
Fare ciò che é bene, ciò che é  
giusto?**



**EBP?**

**?**

**Qui?**

**PER  
CONCLUDERE?**

- **Il modello dell'EBP si é esteso– e continua ad estendersi nelle altre professioni della salute**
- **In quanto fonte di referenza, il modello dell'EBP presenta una plasticità operativa molto forte**
- **È veicolato essenzialmente da discorsi d'élite, anche quando i clinici sono implicati nella sua costruzione**
- **La clinica, come PRATICA CONTESTUALIZZATA, é concettualizzata debolmente e rappresenta nei discorsi**

**IL DIALOGO RIMANE ANCORA  
AMPIAMENTE DA COSTRUIRE**

**REFERENZA:**

**LES PRATIQUES DE SOINS SOUS L'INFLUENCE DE LA RECHERCHE**

**Une approche cognitive de la diffusion du modèle des pratiques fondées sur des preuves scientifiques (Evidence-Based Practice) en soins infirmiers, en ergothérapie et en kinésithérapie en Suisse**

**Nicolas Kühne**  
Ergothérapeute, PhD

**2009**

Merci de votre attention

MERCI DE VOTRE ATTENTION



Ente Ospedaliero Cantonale

*Convegno ASI – SUPSI: «Evidenze scientifiche, opportunità e limiti per la professione infermieristica»*

*Lugano – Canobbio 11 dicembre 2012*

## ***Un'esperienza nell'utilizzo delle evidenze ..... e il journal club***



*Istituto oncologico della Svizzera Italiana (IOSI)*

*Relazione a cura di:*

- *Dario Valcarenghi (R)*
- *Monica Bianchi*
- *Carla Pedrazzani*

*Con il contributo indiretto degli infermieri dello IOSI*

# Lo I.O.S.I.: Istituto Oncologico della Svizzera Italiana

“... raggruppa in un’unica struttura organizzativa tutte le specialità che all’interno dell’EOC si occupano di oncologia.”

- 4 reparti di degenza (tot 31 PL)
- 4 ambulatori di oncologia decentrati
- 2 ambulatori di radio-terapia
- Medicina nucleare
- Cure palliative
- Unità trapianti
- Ricerca clinica
- .....



# Il viaggio che stiamo facendo ...

1. I presupposti
2. L'idea e la sua realizzazione
3. I valori e i principi di riferimento
4. La nostra esperienza e il journal club
5. Conclusioni



# 1. I presupposti

❑ l'attivazione dell'Ufficio Sviluppo e Ricerca Infermieristica avviene all'interno di un lungo percorso di sviluppo d'area:

- ❑ Inserimento del «Primary Nursing» in tutti i reparti E.O.C.
- ❑ Introduzione della cartella clinica informatizzata
- ❑ Inserimento degli infermieri «specialisti clinici»
- ❑ Investimenti sulla formazione infermieristica
- ❑ Prima attivazione allo IOSI di un ufficio per lo sviluppo delle cure infermieristiche (ott. 2003)

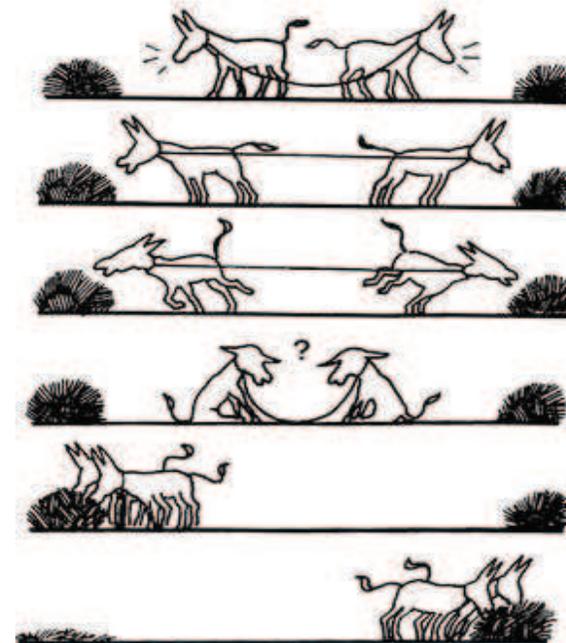


❑ nuova Responsabile Infermieristica allo IOSI (sett. 2008)

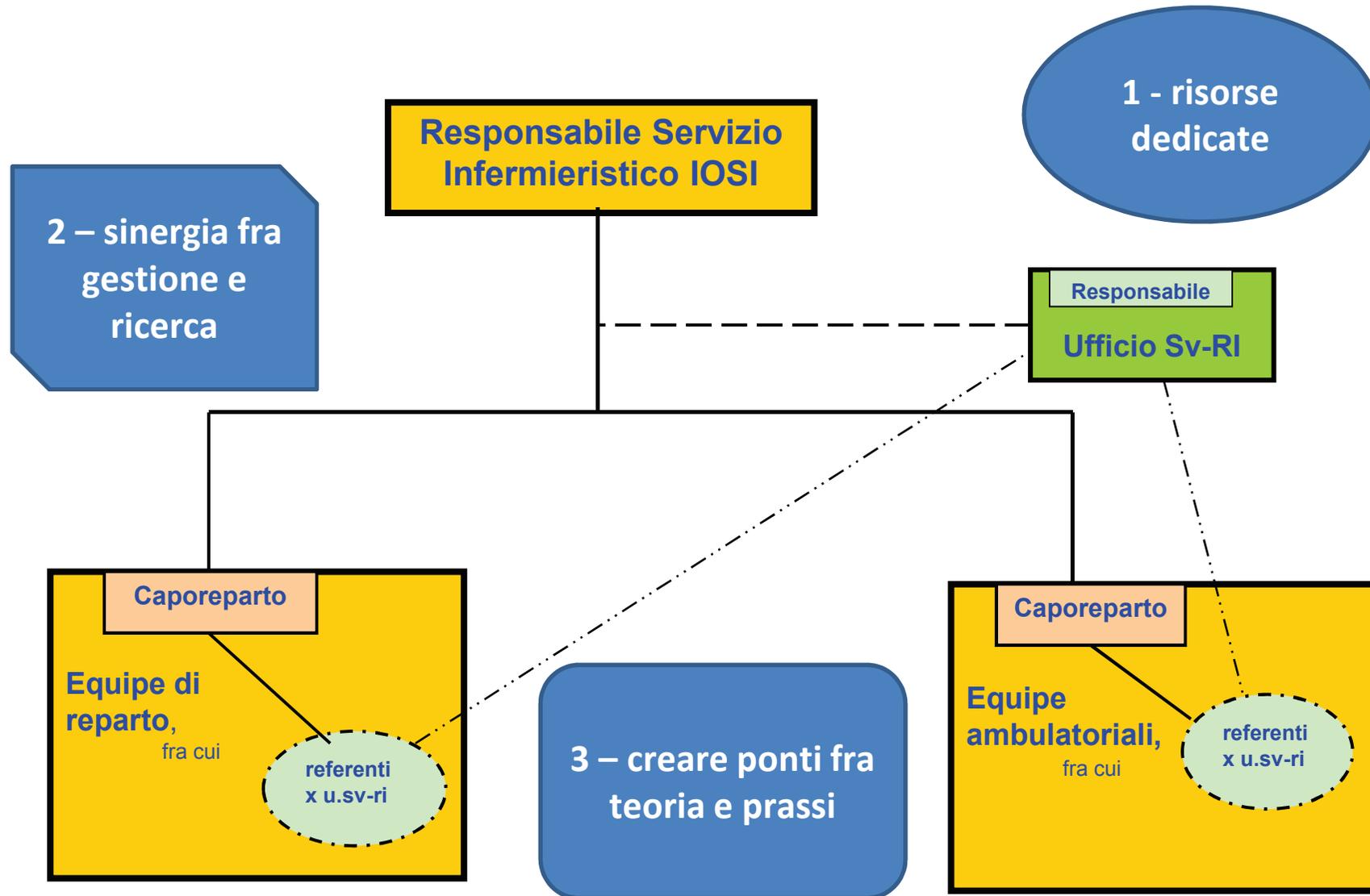
## 2. L'idea e la sua realizzazione

- potenziare e orientare l'attività del pre-esistente ufficio verso la ricerca infermieristica
- forte spinta della leadership infermieristica
- selezione di un responsabile

- definizione di linee d'azione condivise



# La struttura organizzativa



### 3. I valori e i principi di riferimento

#### I valori ...

- rispetto per se stessi
- rispetto per chi si assiste
- rispetto per i collaboratori
- rispetto per l'organizzazione
- rispetto per la comunità di riferimento

*Danno il  
«senso»  
del viaggio*

#### I principi guida ...

- la centralità del rapporto professionale con il paziente
- mantenere il focus del pensiero e dell'azione su questo rapporto
- favorire le sinergie fra prassi, ricerca e formazione
- saper cambiare mantenendo la fedeltà ai propri valori
- sviluppare l'empowerment professionale
- favorire il confronto e lo scambio intra-professionale e multidisciplinare

*Orientano  
il viaggio*

# 4) La nostra esperienza ...e il journal club

## La finalità

... contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica

### Le principali linee d'azione ...

a - disseminare  
evidenze



b - promuovere  
ricerche



c - stimolare il  
pensiero critico



## a - disseminare evidenze

Referenti

\* per agevolare il rapporto con la realtà operativa

Formalizzazione di circa 20 «referenti» operanti negli ambulatori e nei reparti IOSI (volontari)

Formazione

\* per favorire un linguaggio comune

Utilizzo di «evidenze» nei corsi di formazioni interni  
Corso d'introduzione alla ricerca infermieristica (con SUPSI)

- 1 corso di tre giornate nel 2011
- Specifici concetti di ricerca presentati nei Rapporti Cantionali

SharePoint

\* per condividere documenti e informazioni - interattivo

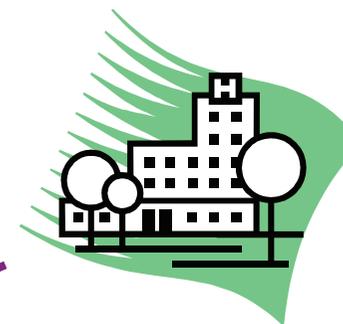
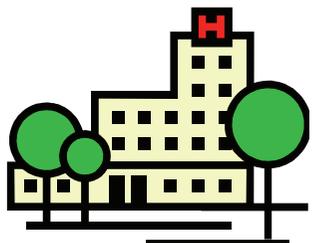


Inserimento di articoli significativi

- 15 articoli in “evidenze in evidenza”;
- 3 articoli in “per riflettere”

# Lo "SharePoint" della ricerca infermieristica (avviato febbraio 2011)

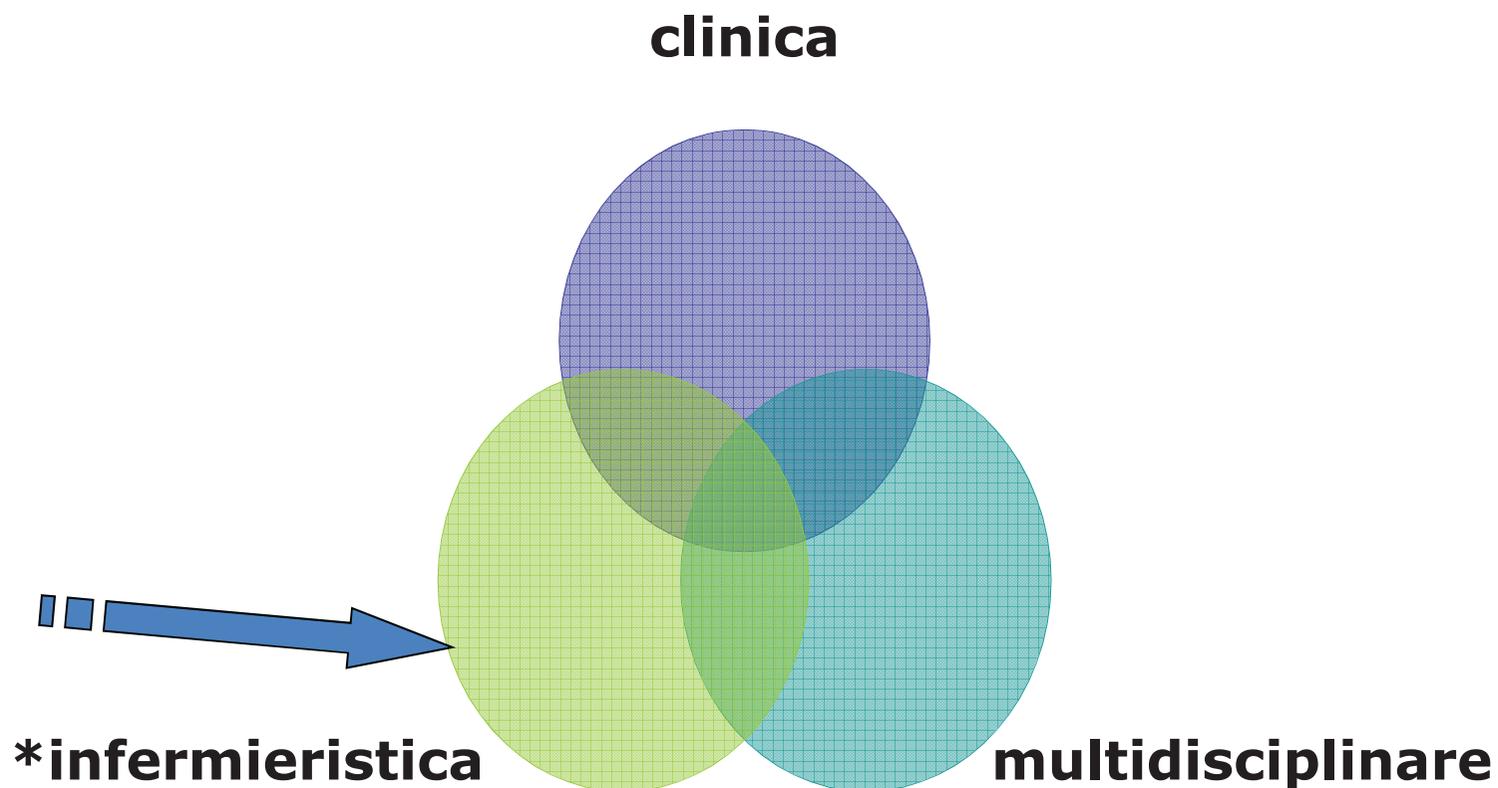
- per condividere documenti e/o informazioni;
- interattivo;
- flessibile e modulabile
- con «alert»



## Fra gli otto capitoli:

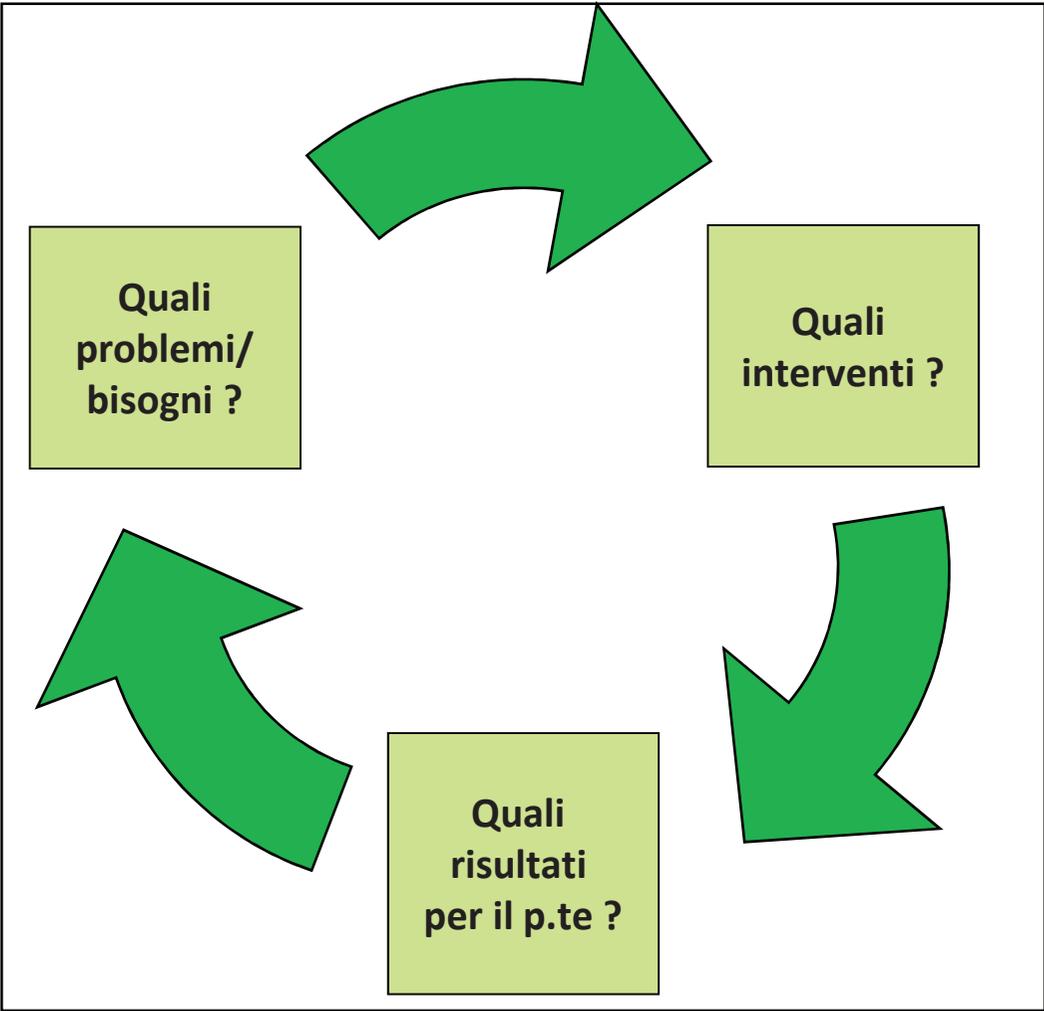
- evidenze in evidenza
- banca delle pubblicazioni
- dialoghi
- per riflettere
- .....

## b – promuovere ricerche (in area infermieristica)

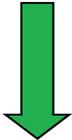


- \* per lo scopo e l'oggetto
- \* per la responsabilità scientifica

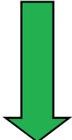
# I contenuti della ricerca infermieristica ...



*Le conoscenze specifiche ...*



*decisioni ... scelta e responsabilità*



*risultati..... osservabili e verificabili*

## Ricerche progettate e/o realizzate



### ➤ anni 2010/2011

- indagine interna su EBN e ricerca infermieristica
- gestione sintomo dolore
- effetti inserimento arte-terapia
- effetti utilizzo PICC

X



X



X

>

### ➤ anni 2011/2012

- gestione sintomo astenia
- effetti inserimento workshops Look good – Feel better
- assessment e «decision making» infermieri in oncogeriatría

||

>

X

### ➤ anni 2012/2013

- educazione sanitaria vs pazienti con farmaci antitumorali orali



>

## c - stimolare il pensiero critico

Discussione  
di casi

\* per condividere percorsi  
assistenziali

Discussione di casi

- uno nel 2011,  
presentato dal  
servizio qualità
- due nel 2012, in  
una giornata di  
formazione

Divulgare  
esperienze  
interne

\* per favorire il confronto e  
la collaborazione interna

Inserimento nello SharePoint di  
pubblicazioni (articoli, abstract, poster, ecc)  
prodotti da infermieri IOSI (circa 30)  
Database sui PICC e loro complicanze  
(posizionati sinora > 100)  
Feed-back su ricerche infermieristiche  
interne concluse (sinora 2)

Journal club

\* per discutere e condividere  
articoli scientifici

Discussione di  
artt. scientifici  
d'interesse  
professionale

- 3 articoli discussi in  
plenaria: 1 nel 2010  
- 1 nel 2011 - 1 nel  
2012

## Il Journal club

### Le prime esperienze risalgono verso la metà/fine 800:

- Sir James Paget (circa metà 800) a Londra (St. Bartholomew Hospital)
- Sir William Osler (1875) a Montreal (McGill University)

### Gli scopi fondamentali:

- stare al passo con la letteratura professionale e scientifica;
- sviluppare capacità di lettura critica;
- contribuire a modificare la prassi professionale

***... un altro possibile ponte tra ricerca e pratica !***



**"Do you realize that the only change we have had in this school in the last decade is a change in our phone number?"** 

## Il J.C. infermieristico allo IOSI...perchè ?

... per stimolare la ricerca di evidenze, la loro valutazione critica e la loro applicazione/adattamento nella pratica;

... per una condivisione di team, e non solo individuale, che dovrebbe facilitare l'implementazione di «evidenze» nei vari contesti operativi

Importante la scelta degli articoli da discutere....



# Il J.C. infermieristico allo IOSI ... come ?

## 1) La scelta degli articoli:

- su proposta diretta da parte di un collega o di un team;
- da parte dell'usv-ri (su dati rilevati dai colleghi);
- per esigenze della leadership.

## 2) La conduzione della sessione di lavoro:

- presentazione generale dell'articolo (autori, località, finanziatori, scopo, contenuti, conclusioni );
- presentazione della metodologia utilizzata (con le relative criticità);
- conseguenze per la nostra operatività (apertura della discussione su cosa possa essere applicabile e cosa no e perché).

## 3) La definizione di cosa eventualmente cambiare nel proprio contesto operativo (come conseguenza del confronto avuto)

## Il J.C. infermieristico allo IOSI ... quando ?

### ➤ Durante le mezze giornate formative dei «rapporti Cantionali»

- Momenti formativi annuali programmati per i colleghi degli ambulatori (circa 5 x anno)
- Nel corso di altri momenti formativi programmati

### Articoli (o casi) discussi finora

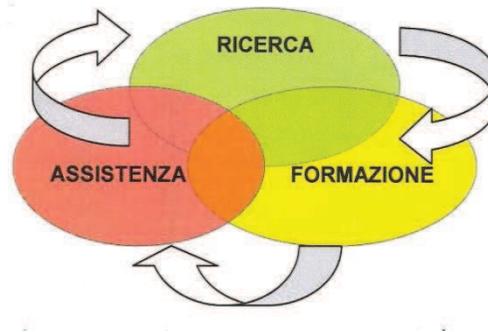
- Come cambia l'intimità e la sessualità nei care-giver ?** Hawkins Y. et al. (2009), Changes in sexuality and intimacy after the diagnosis and treatment of cancer, Cancer nursing, 32, 4: 271-280.  
\* Rapporto cantonale del 12/11/2010    \* Formazione x unità di degenza 3/3/2011
- I sintomi cluster e la qualità di vita in pazienti con terapie biologiche.** Dodd M.J. et al. (2011), Identification of latent classes in patients who are receiving biotherapy based on symptom experience and its effect on functional status and quality of life. Oncology Nursing Forum, 38, 1: 33-42.  
\* Rapporto cantonale del 9/3/2011
- Caso clinico: sovradosaggio di Cisplatino.** Servizio qualità ORBV e IOSI.  
\* Journal club clinico IOSI del 17/8/2011
- La qualità di vita nei pazienti oncologici anziani in un contesto acuto.** Kanaskie M.L., Tringali C.A. (2008), Promoting quality of life for geriatric oncology patients in acute care and critical care settings. Critical Care Nursing Quart. , 31, 1:2 -11.  
\* Rapporto Cantonale del 21/3/2012
- Casi clinici: rifiuto delle patologia e difficoltà di relazione/comunicazione.** Team ambulatorio oncologia e radioterapia IOSI, Bellinzona.  
\* Giornata formazione IOSI del 16/11/2012

# 5. Conclusioni (I)

*Dalla nostra esperienza possiamo dedurre che, per promuovere l'utilizzo delle «evidenze scientifiche» nella prassi professionale, gli aspetti importanti sono:*

*in partenza*

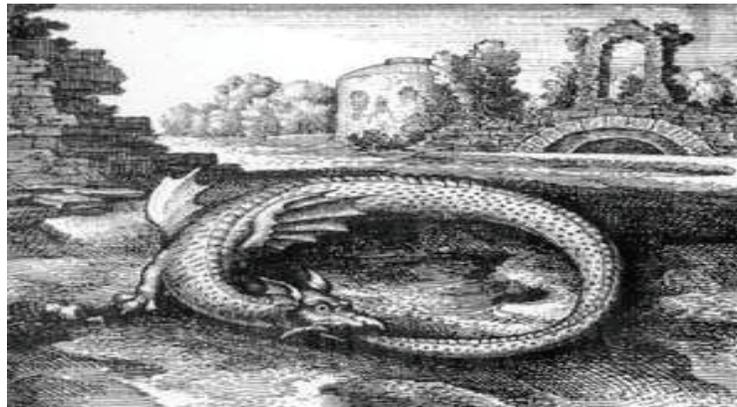
- **una leadership infermieristica che ci creda** (e faccia il possibile per creare le condizioni che ne facilitino l'implementazione);
- **avere risorse qualificate dedicate** (anche a tempo parziale);
- **condividere linee d'azione comuni e sinergiche.**



# Conclusioni (II)

*... e lungo il viaggio*

- avere un approccio multiforme, coordinato e costante nel tempo
- mantenere un rapporto continuo e dialettico con la «prassi»
- produrre risultati visibili ...e utili per i pazienti e gli altri attori del sistema



# Conclusioni (III)

## *La possibile stazione d'arrivo*

**... contribuire al miglioramento continuo della qualità delle cure infermieristiche**



**...nella consapevolezza  
che, se anche non  
sempre si arriva dove  
si vuole arrivare, è  
comunque importante  
mettersi in viaggio !**

**Evidenze e prospettive per la ricerca  
nella professione infermieristica:  
approcci, sfide e priorità.**

Alvisa Palese  
Università degli Studi di Udine,  
SUPSI , Lugano – 11 dicembre 2012

# Agenda

## – *Approcci*

- Perché malgrado se ne parli da molto, quando gli infermieri clinici pensano alla ricerca provano *disagio*?
- Quali sono le barriere più importanti alla ricerca? Quali sono le strategie per facilitare la ricerca?

## – *Sfide*

- Come si impara a fare ricerca?

## – *Priorità*

- Quali sono le priorità della ricerca?

# 1) Approcci: il *disagio* degli infermieri clinici

- Percorsi formativi diversi
  - produrre la ricerca e utilizzare la ricerca  
(Hutchison et al., 2004)
- Finalità confuse: ricerca per uso
  - simbolico
  - strumentale
  - concettuale
- Da obiettivi di avanzamento professionale
  - obiettivi di avanzamento della clinica infermieristica (Griffith, 2009)

# 1) Approcci: gli altri *'vincoli'*

accessibilità

organizzazione

qualità della  
ricerca

(Malone, 2006)

## 1) Approcci: gli altri 'vincoli'

- I medici non sempre la legittimano (Hunt, 1981)
- L'amministrazione non e' sempre interessata
- Il team infermieristico
  - fa difficoltà a sviluppare quesiti di ricerca
  - percepisce una scarsa generalizzazione dei risultati di ricerca nel proprio *setting*
  - non percepisce l'autorità di cambiare le cose
  - fa difficoltà a lavorare su progetti di lungo termine

organizzazione

(Funk et al., 1991)

# 1) Approcci: gli altri *'vincoli'*

## La nostra ricerca

- A volte
  - non è 'forte'
  - e' basata su piccoli campioni, monocentrici
  - non è rilevante
  - è pensata da docenti estranei alla pratica
- Le analisi statistiche sono semplici/imprecise.
- Molte volte è basata su metodi qualitativi.

# 1) Approcci: gli altri *'vincoli'*

- Le ricerche non sono facilmente disponibili
  - Disporre di tempo
  - Reperirle
  - Leggerle criticamente
  - Superare le barriere della lingua
- Abilità di ricerca?
- Maestri?

accessibilità

(Funk et al., 1991)

# 1) Approcci: *i facilitatori*

## Strategie di breve termine

- Aumentare il tempo a disposizione degli infermieri per leggere/partecipare alle ricerche
- Garantire supporto
- Avanzare la preparazione degli studenti
- Attivare biblioteche di reparto o riviste *full text* on line
- Attivare corsi di inglese
- Diffondere *abstract* di ricerca tra gli infermieri
- Considerare gli studenti una risorsa preziosa per i nostri dubbi attraverso le tesi

## Strategie per il futuro

- Mettere a frutto i tanti talenti individuali attraverso approcci di sistema - collaborativi

(Dunn et al., 1998; Parahoo, 2008)

## 2) Sfide: *i verbi dell'apprendere a fare ricerca*

# Studiare

PALESE A, LAMANNA F, DI MONTE C, CALLIGARIS S, DORETTO M & CRIVELLER M (2008) *Journal of Clinical Nursing* 17, 1403–1410

**Quality of life in patients with right- or left-sided brain tumours: literature review**  
**Aims.** To determine if patients with left- or right-sided hemisphere neoplasm perceive their quality of life (QoL) differently.

**Background.** It is not clear whether patients with a lesion in the left hemisphere have a different QoL than those with a lesion in the right hemisphere. (1) In the pre-operative period, patients with a left-sided lesion may have different symptoms according to the position of the tumour. (2) Studies on patients with brain injury demonstrate an association between left frontal lesions and depression: depression can alter the patients' perception of QoL. (3) In the postoperative period, right-handed patients may be disadvantaged by surgical trauma to the motor cortex in the left hemisphere. (4) During the different phases of the disease, the various functions of the two hemispheres may influence the patient's capacity to control QoL; also, as suggested by authors, both the ego and the conscience are mostly located in the left hemisphere. This is the reason that patients with a left-sided lesion may perceive a worse QoL.

REVIEW

*Journal of*  
**Clinical Nursing**

Quality of life in patients with right- or left-sided brain tumours:  
literature review

# Stupirsi



Table 2 • Awake Craniotomy Experience:  
Themes

Preoperative concerns

- Self-preservation
- Working out their intraoperative role

Intraoperative concerns

- Having the situation under control

Postoperative concerns

- Seeking reassurance themselves and others

## The Experience of Patients Undergoing Awake Craniotomy

In the Patients' Own Words. A Qualitative Study

# Confutare



European Journal of Oncology Nursing

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/ejon](http://www.elsevier.com/locate/ejon)

---

Do nurses risk underestimating the problems of patients with frontal lobe neoplasms?

# Validare

*Journal of Nursing Measurement, Volume 19, Number 2, 2011*

**One-Dimensional Scales for  
Pain Evaluation Adopted in Italian  
Nursing Practice: Giving Preference to  
Deaf Patients**

# Non tollerare

Journal of Cardiovascular Nursing  
Vol. 00, No. 0, pp 00–00 | Copyright © 2012 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins



## Occurrence and Extent of Bruising According to Duration of Administration of Subcutaneous Low-Molecular-Weight Heparin A Quasi-experimental Case-Crossover Study

# Illuminare

TABLE 3. Type, Duration, Context, and Characteristics of DV

|   | <i>n</i> | %     | Duration,<br><i>M</i> ± <i>SD</i> (minutes) | <i>p</i>                         |
|---|----------|-------|---|----------------------------------|
| DV  | 604      | 100.0 |   | <i>t</i> = -1.46, <i>p</i> = .14 |
| Morning (7:00-13:59)                        | 302      | 50.0  | 12.9 ± 16.0                                 |                                  |
| Afternoon (14:00-20:59)                     | 302      | 50.0  | 15.7 ± 29.1                                 |                                  |
| Duration                                    |          |       |   | –                                |
| Randomized shifts                           | 87       | 100   | 36,540 (609 hours)                          |                                  |
| Total duration of DV                        | –        | –     | 8,653 (144.21 hours)                        |                                  |
| Average duration of DV                      | –        | –     | 14.4 (1-420 ± 23.5 minutes)                 |                                  |
| 25%   | 169      | 28.1  | ≤5  |                                  |
| 50%   | 574      | 97.3  | ≤10   |                                  |
| 75%   | 594      | 98.6  | ≤15   |                                  |
| Type of DV                                  |          |       |   | <i>F</i> = 0.61, <i>p</i> = .72  |
| Call for help                               | 271      | 44.9  | 16.0 ± 29.9                                 |                                  |
| Moaning or groaning                         | 200      | 33.1  | 13.8 ± 20.5                                 |                                  |
| Nonsensical phrases                         | 54       | 8.9   | 10.6 ± 7.6                                  |                                  |
| Expressing needs                            | 45       | 7.5   | 12.0 ± 8.5                                  |                                  |
| Speaking or muttering to himself or herself | 18       | 3.0   | 11.5 ± 5.4                                  |                                  |
| Singing                                     | 11       | 1.8   | 17.2 ± 6.4                                  |                                  |
| Screaming or yelling                        | 5        | 0.8   | 11 ± 5.47                                   |                                  |
| Context                                     |          |       |   | <i>F</i> = 0.7, <i>p</i> = .58   |
| Bedroom                                     | 369      | 61.1  | 15.3 ± 26.2                                 |                                  |
| Sitting room                                | 92       | 15.2  | 12.2 ± 10.5                                 |                                  |
| Dining room                                 | 75       | 12.4  | 11.3 ± 8.0                                  |                                  |
| Corridor                                    | 65       | 10.8  | 15.3 ± 31.5                                 |                                  |
| Garden                                      | 3        | 0.5   | 10 ± 5                                      |                                  |
| Associated with                             |          |       |   | <i>F</i> = 1.73, <i>p</i> = .14  |
| Physical movement                           | 281      | 46.5  | 16.4 ± 32.0                                 |                                  |
| Mimicked expressions                        | 127      | 21.0  | 10.3 ± 7.9                                  |                                  |
| Physical or mimicking movement              | 35       | 5.8   | 16.9 ± 19.4                                 |                                  |
| Crying                                      | 53       | 8.8   | 11.8 ± 9.0                                  |                                  |
| No movement or other expression             | 108      | 17.9  | 14.1 ± 12.3                                 |                                  |
| Emotional content                           |          |       |   | <i>F</i> = 1.54, <i>p</i> = .21  |
| Agitated, aggressive, or angry              | 177      | 29.3  | 16.2 ± 18.2                                 |                                  |
| Sad or depressed                            | 154      | 25.4  | 11.7 ± 6.4                                  |                                  |
| Normal                                      | 262      | 43.4  | 14.1 ± 31.2                                 |                                  |

Note. DV = disruptive vocalization.

The Effectiveness of Multistrategies on Disruptive Vocalization of People With Dementia in Institutions: A Multicentered Observational Study

# Valorizzare

Table 1 Change the daily diet and hydration intake (adapted from Joanna Briggs Institution, 1999, 2008)

## Daily diet

Cereals: oatmeal, bran untreated.

Bread: integral, rye, fibre.

Fruit: apples (unpeeled), oranges, bananas.

Fruits such as prunes or dried apricots.

Vegetables: beans, peas, raw vegetables (like carrots).

Nuts and seeds: almonds, semi-dried and shelled (such as pumpkin and sunflower seeds).

Proposed daily diet: milkshake with fresh fruit mid-morning; first course a main dish (vegetables) for lunch; yogurt mid-afternoon; more vegetables in main course, more apples and plums.

## Daily hydration

Proposed daily hydration: ensure fluid intake of at least 1500 ml/day:

Breakfast: one glass of water;

10:00 hours: one glass of fruit juice;

Lunch : 1 + 1 (tea and water);

14:00: one glass of water;

16:00: one cup of tea/tisane;

Dinner: 1 + 1 (tisane and water);

20:00: one cup of camomile tea;

Night: at least two glasses of water + to need;

Morning and afternoon: at any other time of the day can be a glass of tea/tisane or water.

*International Journal of Older People Nursing*

ORIGINAL ARTICLE

From health organization-centred standardization work process to a personhood-centred care process in an Italian nursing home: effectiveness on bowel elimination model

# Riflettere sul singolo atto

Table 1 Differences between the triturating devices adopted by nurses in their clinical practice

|  | Total no = 100 (%) | Pill crusher no = 50 (%) | Mortar no = 50 (%) | <i>p</i> -value |
|--|--------------------|--------------------------|--------------------|-----------------|
| Pills to administer (average number)   | 3.7 SD 1.7         | 4.1 SD 1.8               | 3.4 SD 1.7         | 0.058           |
| Pills/patient (number)   |                    |                          |                    | 0.46            |
| One  | 8 (8)              | 4 (8)                    | 4 (8)              |                 |
| Two  | 28 (28)            | 10 (20)                  | 18 (36)            |                 |
| Three  | 11 (11)            | 4 (8)                    | 7 (14)             |                 |
| Four   | 12 (12)            | 8 (16)                   | 5 (10)             |                 |
| Five   | 18 (18)            | 11 (22)                  | 7 (14)             |                 |
| Six  | 16 (16)            | 9 (18)                   | 8 (16)             |                 |
| Seven  | 5 (5)              | 4 (8)                    | 1 (2)              |                 |
| Drug expected to be administered to patient each administration (grams average)        | 1.132 SD 0.823     | 1.364 SD 0.975           | 0.899 SD 0.555     | 0.004           |
| Drug remaining adherent in the device at the end of the titration (grams average)      | 0.005 SD 0.823     | 0.006 SD 0.009           | 0.004 SD 0.008     | 0.254           |
| Drug not administered to patient each administration [% average (% range) percentiles] | 0.63% (0.00–4.81%) | 0.61% (0.00–4.64%)       | 0.66% (0.00–4.81%) | 0.230           |
| 25%  | 0.00%              | 0.04%                    | 0.00%              |                 |
| 50%  | 0.16%              | 0.22%                    | 0.74%              |                 |
| 75%  | 0.76%              | 0.88%                    | 0.61%              |                 |
| Devices cleaned at the end of the procedure (number)                                   | 72 (72%)           | 42 (58.3%)               | 30 (41.7%)         | 0.008           |

JCN *Journal of Clinical Nursing*

*Journal of*  
**Clinical Nursing**

RESEARCH IN BRIEF

Triturating drugs for administration in patients with difficulties in swallowing: evaluation of the drug lost

# Sfidare

*Table 1. Patients, Nursing Care, and Negative Nursing Outcomes Observed in the Summer Versus Winter*

|  | Total        | Summer Time<br>(n = 93) | Winter Time<br>(n = 140) | P    |
|--|--------------|-------------------------|--------------------------|------|
| <b>Patients</b>  |              |                         |                          |      |
| Age, y   | 64.9 ± 13.7  | 66.1 ± 13.0             | 64.1 ± 14.1              | .29  |
| Male   | 118 (50.6)   | 49 (52.7)               | 69 (49.3)                | .61  |
| Female   | 115 (49.4)   | 44 (47.3)               | 71 (50.7)                |      |
| Admission: urgent  | 81 (34.8)    | 42 (45.2)               | 39 (27.9)                | .00  |
| Comorbidity (≥1)   | 121 (51.9)   | 51 (54.8)               | 70 (50)                  | .46  |
| Number of devices  | 2.0 ± 1.0    | 2.06 ± 1.1              | 2.07 ± 1.0               | .96  |
| Urinary catheter   | 95 (40.8)    | 38 (40.9)               | 57 (40.7)                | .98  |
| Central venous catheter  | 25 (10.7)    | 10 (10.8)               | 15 (10.7)                | .99  |
| Peripheral venous catheter   | 223 (95.7)   | 88 (94.6)               | 135 (96.4)               | .50  |
| Drainage(s) (≥1)   | 114 (49.9)   | 46 (49.5)               | 68 (48.6)                | .89  |
| Norton scale scores  | 16.2 ± 6.9   | 15.4 ± 7.6              | 16.7 ± 6.4               | .15  |
| Norton scale score ≤14 (at risk for pressure sores)                                      | 47 (20.2)    | 24 (25.8)               | 23 (16.4)                | .08  |
| Length of stay in the hospital, days   | 7.2 ± 7.8    | 7.6 ± 8.1               | 7.0 ± 7.7                | .53  |
| <b>Nursing care</b>  |              |                         |                          |      |
| Nursing care by RN patient/day, min  | 137.3 ± 21.3 | 143.0 ± 20.1            | 131.7 ± 21.1             | .00  |
| Nurse's aides basic care patient/day, min  | 67.1 ± 25.1  | 79.0 ± 11.6             | 55.2 ± 29.2              | .00  |
| Total nursing + basic care patient/day, min  | 204.5 ± 33.8 | 222.0 ± 26.1            | 186.9 ± 31.5             | .00  |
| Skill mix, %   | 68           | 64                      | 71                       | .00  |
| <b>Negative outcome(s)</b>   |              |                         |                          |      |
| Urinary tract infection  | 5 (2.1)      | 0 (-)                   | 5 (3.6)                  | .06  |
| Bloodstream infection related with venous<br>(peripheral and/or central) catheterization | 4 (1.7)      | 1 (1.1)                 | 3 (2.1)                  | .53  |
| Respiratory infection  | 1 (0.4)      | 1 (1.1)                 | 0 (-)                    | .21  |
| Pressure sores   | 8 (3.4)      | 0 (-)                   | 8 (5.7)                  | .01  |
| Pressure sores in patients with Norton score ≤14   | 4 (1.7)      | 0 (-)                   | 4 (17.4)                 | .03  |
| Patients with ≥1 negative outcome(s)   | 16 (6.8)     | 1 (1.1)                 | 15 (10.7)                | .007 |

Data are presented as mean ± SD or no. (%), unless otherwise noted.

Closing Wards During Summer Time and Its Effects on Patients' Outcomes

# Trasferire *con sensibilità culturale*

Journal of Nursing Management, 2012

**Paradoxical effects of a hospital-based, multi-intervention programme aimed at reducing medication round interruptions**

**Sognare**

Davide

## 2) Sfide: *i verbi dell'apprendere a fare ricerca*

- I questi di ricerca più interessanti
  - Infermieri esperti/studenti
  - Pazienti/Esperienze personali
- I disegni di studio più belli
  - Metodi diretti (questionario?)
  - Multidisciplinari
- I risultati più soddisfacenti
  - ..
- Le giornate più nere
- Le giornate più belle

### 3) Priorità: *clinica infermieristica*

*Passione...*

EVIDENZE SCIENTIFICHE  
OPPORTUNITÀ LIMITI PER LA  
PROFESSIONE INFERMIERISTICA

GIORNATA DI STUDIO  
DIFFUSIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLE EVIDENZE UNA  
PROPOSTA ATTUATIVA ATTRAVERSO LA METODOLOGIA DEGLI  
INDICI DI COMPLESSITÀ ICA ®

AULA MAGNA , CAMPUS SUPSI LUGANO  
BRUNO CAVALIERE

---

---

---

---

---

---

---

---

2

CHE COSA È L ' E.B.N.



Integrazione della propria  
esperienza clinica con i  
desideri del paziente e con  
le migliori "evidenze"  
prodotte dalla ricerca  
biomedica

COPYRIGHT 2012 BR. CAVALIERE@GMAIL.COM  
Centro studi EBN -  
Bologna 10/12/2012

---

---

---

---

---

---

---

---

3

EVIDENCE-BASED NURSING  
(EBN)

---

---

4

## Esperienza clinica personale

Abilità e capacità di individuare rapidamente le caratteristiche peculiari di ogni singolo paziente, di entrare in empatia con lui, di aver cura di lui, comunque.

COPYRIGHT 2012 DR. CAVALIERE@GMAIL.COM

Centro studi EBN - Bologna

10/12/2012

---

---

---

---

---

---

---

---

5

## Desideri del paziente

Preferenze, preoccupazioni, aspettative, valori etici di ogni singolo paziente

COPYRIGHT 2012 DR. CAVALIERE@GMAIL.COM

Centro studi EBN - Bologna

10/12/2012

---

---

---

---

---

---

---

---

6

## Migliori "evidenze" prodotte dalla ricerca

---

---

7

### L'EBN OFFRE UNA STRATEGIA

- Livello 1 - Riflettere sulla pratica e identificare le aree di incertezza.
- Livello 2 - Tradurre queste aree di incertezza in quesiti focalizzati e ricercabili.

COPYRIGHT 2012 BR.CAVALIERE@GMAIL.COM  
Centro studi EBN - Bologna  
10/12/2012

---

---

---

---

---

---

---

---

8

### L'EBN OFFRE UNA STRATEGIA

- Livello 3 - Ricercare nella letteratura gli studi che utilizzano disegni appropriati per aiutare a rispondere al quesito.
- Livello 4 - Valutare in modo critico la ricerca.
- Livello 5 - Cambiare la pratica, se la ricerca suggerisce che sia necessario.

COPYRIGHT 2012 BR.CAVALIERE@GMAIL.COM  
Centro studi EBN - Bologna  
10/12/2012

---

---

---

---

---

---

---

---

9

### Approcci di ricerca

---

---

10

## METODOLOGIA ICA

### RIFERIMENTI DALLA LETTERATURA

- «Clinical Governance» sulla responsabilizzazione dei professionisti;
- «Direzione per processi» per realizzare l'integrazione delle competenze ;
- «Projet management» per lo sviluppo dello strumento ICACode®;
- «Modello delle competenze» per la mappatura e valutazione;
- Mintzberg come riferimento del «modello organizzativo».

COPYRIGHT 2012 DR. CAVALIERE@GMAIL.COM 10/12/2012

---

---

---

---

---

---

---

---

11

## Storia e sviluppo della metodologia ICA

**Start prima pubblicazione nel 1999 A CUI SONO SEGUITE 3 PUBBLICAZIONI DAL 2000 AL 2006**  
NEL 2012 ULTIMO ARTICOLO PUBBLICATO SU SANITA' PUBBLICA E PRIVATA N. 1

**Validazioni scientifiche**  
Dal 2005 ad oggi  
> 15 Studi osservazionali LONGITUDINALI PROSPETTICI  
3 VALIDAZIONI COMPARATIVE (con met. Svizzero, TISS28, ASGO/VIA)  
VERIFICHE DI CUSTOMER E VALIDAZIONI dei Dizionari e Modelli

**Campo d'applicazione**  
Ospedale  
Territorio  
Sala operatoria  
Ambulatori  
Diagnostiche

**2009**  
Pubblicazione Libro  
**2010**  
Applicativo web ICACode®  
dedicato alla «governance» delle professioni sanitarie

COPYRIGHT 2012 DR. CAVALIERE@GMAIL.COM 10/12/2012

---

---

---

---

---

---

---

---

12

## Sperimentazioni/applicazioni

Studi sperimentali (Asst)

---

---

13

## PROBLEMA

Teoria della complessità. Seth Lloyd, fisico

Teoria della decisione Kahneman Tversky, economisti

- ❑ Classificare e misurare gli «elementi» le «connessioni» e le «interazioni» del sistema assistenziale;
- ❑ Produrre indicatori di «feed-back» a supporto del «dilemma del giudizio»;

COPYRIGHT 2012 BR.CAVALIERE@GMAIL.COM 10/12/2012

---

---

---

---

---

---

---

---

14

## TEORIA

L'incertezza determina un incremento della complessità e pone di fronte al dilemma del giudizio



Teoria della complessità. Seth Lloyd, fisico

Teoria della decisione Kahneman Tversky, economisti

### «dilemma di Giudizio»

Tutto ciò determina una incertezza elevata sull'agire che di conseguenza rende complessa la decisione

COPYRIGHT 2012 BR.CAVALIERE@GMAIL.COM 10/12/2012

---

---

---

---

---

---

---

---



### PROBLEMA DELLE PALLINE

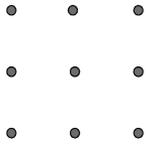
Muovere 3 palline in modo che il triangolo sia orientato verso il basso

---

---

16

Problema: collegare i nove punti tracciando una retta con quattro segmenti consecutivi, senza mai staccare la penna dal foglio e senza mai passare su un tratto già eseguito.



COPYRIGHT 2012 BR.CAVALIERE@GMAIL.COM 10/12/2012

---

---

---

---

---

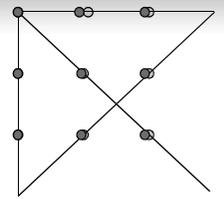
---

---

---

---

17



Molte persone non riescono a trovare la soluzione perché assumono di non poter uscire dal quadrato delimitato dai 9 punti (**Fissità Funzionale**)

COPYRIGHT 2012 BR.CAVALIERE@GMAIL.COM 10/12/2012

---

---

---

---

---

---

---

---

---

18

Alcuni personaggi importanti devono incontrarsi ad un convegno e, per entrare nella sala delle conferenze, devono dire una parola segreta. Una spia vorrebbe entrare ma non conosce la

---

---

---

---

---

---

---

---

---

19

La parola segreta non è data dalla metà del numero della parola d'ordine, ma dal **numero di lettere** da cui è formata la parola stessa. Ad esempio la parola ventiquattro è composta da 12 lettere, mentre la parola dieci è formata da 5 lettere.

COPYRIGHT 2012 DR. CAVALIERE@GMAIL.COM 10/12/2012

---

---

---

---

---

---

---

---

20

### DILEMMA DELLA DECISIONE



COPYRIGHT 2012 DR. CAVALIERE@GMAIL.COM 10/12/2012

---

---

---

---

---

---

---

---

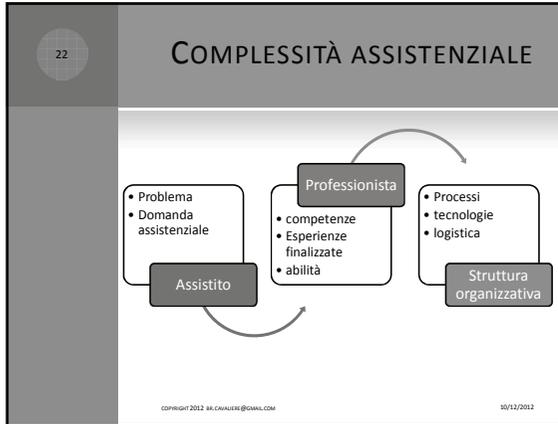
21

### APPROCCIO ALLA COMPLESSITÀ

Elementi connessioni e **interazioni non lineari.**

---

---



---

---

---

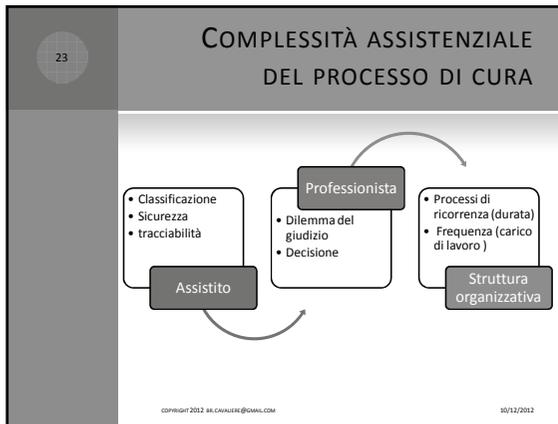
---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

25

### METODOLOGIA DEGLI INDICI DI COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE (I.C.A.)

- ❑ **Strumenti di sistema (elementi):**
  - ❑ Dizionari degli interventi;
  - ❑ Modelli di pianificazione e di raccolta dati
- ❑ **Indicatori (feed-back):**
  - ❑ Indice di Complessità Assistenziale (ica), Classe di Gravità (CdG), Peso Intervento (PI), livello di Priorità intervento (P), Indice di Criticità di Struttura (ICS).
- ❑ **Strumenti gestionali (feed-back):**
  - ❑ carico di lavoro, determinazione del fabbisogno di personale; pesatura degli interventi e valutazione del ricovero / presa in carico (quali-quantitativa);
- ❑ **Strumenti operativi (connessioni e interazioni):**
  - ❑ pianificazione ed esecuzione del processo di cura , programmazione del carico di lavoro per priorità d'intervento ;

COPYRIGHT 2012 BR.CAVALIERE@GMAIL.COM 10/12/2012

---

---

---

---

---

---

---

---

Dizionari  
Interventi

### TASSONOMIE VALIDATE E CONDIVISE MULTIDISCIPLINARI PESATE (PI)

COPYRIGHT 2012 BR.CAVALIERE@GMAIL.COM 26 10/12/2012

---

---

---

---

---

---

---

---

27

### TASSONOMIE CONDIVISE PESO INTERVENTO (PI)/ ALGORITMO SU SCALA LIKERT A 5 LIVELLI

---

---

28

## DIZIONARI DEGLI INTERVENTI

Tassonomie  
condivise  
validate

10/12/2012

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## APPROPRIATEZZA DELL'ACCERTAMENTO DELLA DOMANDA ASSISTENZIALE

Modelli di  
raccolta dati

10/12/2012

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

30

## ACCERTAMENTO / E RIVALUTAZIONE

10/12/2012

---

---

---

---

---

---

---

---

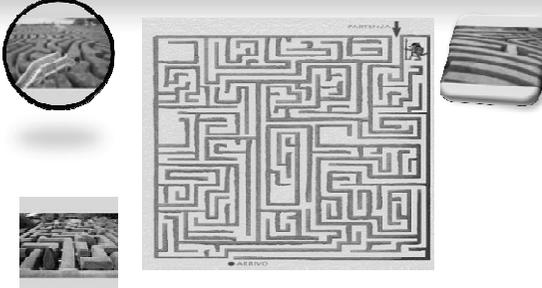
---

---



34

### Modelli di pianificazione



Copyright 2012 dr. cavaliere@gmail.com 10/12/2012

---

---

---

---

---

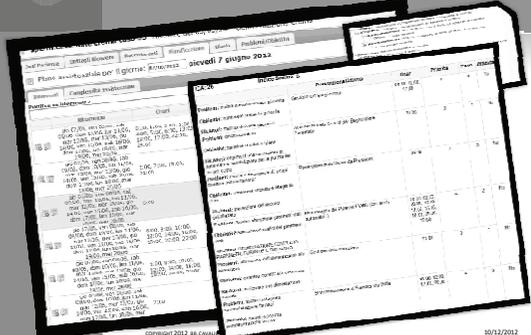
---

---

---

35

### PIANIFICAZIONE



Copyright 2012 dr. cavaliere@gmail.com 10/12/2012

---

---

---

---

---

---

---

---

36

### PIANIFICAZIONE



Copyright 2012 dr. cavaliere@gmail.com 10/12/2012

---

---

---

---

---

---

---

---













55

*"La scoperta consiste nel guardare la stessa cosa che guardano tutti e pensare a qualcosa di diverso"*  
Albert Szent Gyorgyi

*"I problemi che abbiamo non possono essere risolti allo stesso livello di pensiero che li ha generati".*  
Albert Einstein



**Grazie**

COPYRIGHT 2012 DR. CAVALIERE@GMAIL.COM 10/12/2012

---

---

---

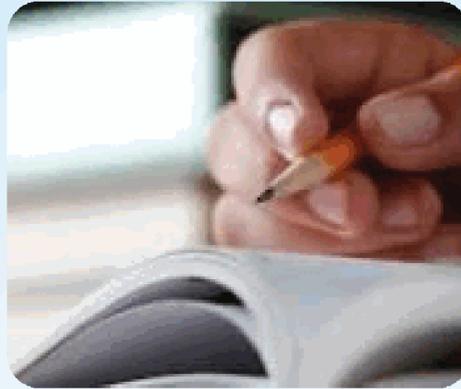
---

---

---

---

---



**\* *Le evidenze come risorsa  
nella costituzione di  
protocolli***



# Analisi del contesto Lavorativo

La Clinica Luganese SA è una Clinica privata del luganese a statuto no profit con circa 190 posti letto.

- Negli anni è diventata una Clinica che accoglie annualmente diverse figure professionali in tirocinio formativo
- Una popolazione infermieristica di diversa provenienza e diversa cultura professionale



# Analisi del contesto lavorativo



-Necessità percepita dagli operatori di disporre di strumenti rigidi di comprovata EFFICACIA che supportino su basi scientifiche i loro comportamenti  
("messa in sicurezza")

# *\* BISOGNI emersi*

- Evitare errori dovuti a metodiche errate, lesive e/o obsolete*
- Uniformare il comportamento*
- Fornire un supporto utile per allievi e nuovi assunti*

# *\* BISOGNI emersi*

*- Facilitare l'inserimento e l'integrazione all'interno dell'équipe*

*- Permettere rapidità d'intervento in situazioni di urgenza/emergenza*

*- Raggiungere standard di qualità*

# *\* BISOGNI emersi*

- Permettere di controllare i risultati, rendendo i comportamenti confrontabili, misurabili e osservabili*
- Aggiornare le conoscenze e concorrere al miglioramento continuo*

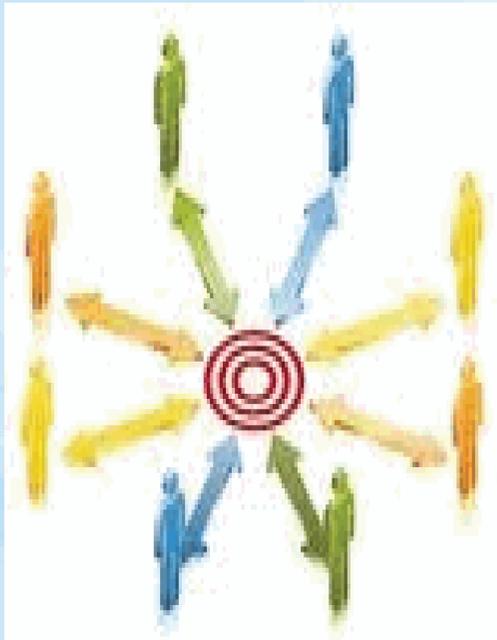
# \* *Analisi dei bisogni*

- Uno dei problemi più persistenti nel garantire assistenza sanitaria di qualità è rappresentato dal gap tra i risultati della ricerca e la pratica.
- I protocolli rientrano tra gli strumenti della standardizzazione dell'attività assistenziale associati all'EBP ed hanno l'obiettivo di supportare il processo decisionale
- *Valutazione di creare un gruppo di lavoro*



\* **IL GRUPPO DI  
LAVORO**

# \* *Caratteristiche*



- Multidisciplinarietà
- Piccole dimensioni
- Motivazione
- Conoscenza delle banche dati
- Conoscenza della lingua inglese

# Obiettivi del gruppo

## \* Consolidare

l'autonomia e responsabilità professionale

## \* Pianificare

l'assistenza infermieristica secondo modelli gestionali “ per processi” attraverso criteri integrati e multidisciplinari.

## \* Orientare

la pratica professionale verso l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni

## \* Definire, introdurre, sperimentare

nuovi modelli applicativi quali linee guida, procedure, protocolli

# **Progettualizzazione del lavoro**

- 1- Scelta degli argomenti da sviluppare  
(per priorità)**
- 2- Scelta delle modalità con le quali erogare i contenuti  
(struttura dei documenti prodotti,  
piano di comunicazione)**

# \* *Progettualizzazione del lavoro*

\* 3- Identificazione delle risorse da coinvolgere  
(componenti, tempo, budget)

4- Definizione del metodo di valutazione dello strumento

## \* **Costruire lo strumento**

La scelta dello strumento da adottare ci porta a porsi delle domande prima di proseguire:

- potrebbe realmente portare un beneficio?
- si tratta di una pratica di frequente attuazione e che comporta l'impiego di tempo e risorse?
- Vi sono interventi che si sono dimostrati efficaci ma che non vengono garantiti?

## \* ***Raccogliere le informazioni***

Considerato che il protocollo dovrà essere evidence – based, il reperimento di raccomandazioni/ indicazioni attraverso una adeguata ricerca bibliografica risulta sostanziale.

- Alla fase di reperimento deve seguire una fase di valutazione della qualità metodologica dei prodotti editoriali reperiti, siano essi primari che secondari.

# \* Stesura del protocollo

Il documento deve essere:

- semplice, breve e conciso
- avere un impatto grafico immediato
- seguire una sequenza logica
- risultare agile nella lettura, consentire un rapido recupero delle informazioni
- evidenziare le responsabilità
- indicare obiettivi realistici ed outcome misurabili
- specificare i riferimenti bibliografici della revisione di letteratura effettuata, la data di stesura e quella di revisione

## \* Implementare il protocollo

- La fase di implementazione dovrebbe essere supportata da un dettagliato programma di training (supportato anche con istruzioni scritte) destinato allo staff che utilizzerà il protocollo.
- Può essere utile individuare un membro del gruppo quale referente locale per l'implementazione, al fine di facilitare la sua integrazione nella pratica clinica quotidiana nel contesto specifico.

# \* Implementare il protocollo

- \* In questa fase diviene fondamentale assicurare anche un controllo sistematico sull'effettuazione di alcune azioni/prestazioni che il protocollo contiene, soprattutto su quelle di particolare complessità, magari utilizzando una check di spunto.
- \* Il fine di questo passaggio metodologico è rappresentato dalla possibilità di “dare evidenza” e dunque di poter verificare contemporaneamente la qualità della prestazione erogata ed il livello di adesione al protocollo

## \* **Revisionare il protocollo**

È importante che il protocollo venga sottoposto a revisione per verificare che l'obiettivo del protocollo continui ad essere appropriato, che i nuovi membri dello staff ricevano un adeguato training e che lo stesso venga aggiornato

## \* **Validità del protocollo**

Dunque un protocollo è valido quando sono rispettati:

- gli aspetti relativi alla revisione della letteratura
- quando quest'ultima è stata sottoposta a valutazione critica e se sono state rivalutate le indicazioni e le modalità di erogazione delle prestazioni che in esso sono contenute.

# \* Validità di un protocollo

Un buon protocollo, per essere qualificato come tale, deve ottemperare :

- applicabilità sulle attività assistenziali
- validità formale da parte dell'organizzazione
- chiarezza di espressione
- completezza e sintesi dei contenuti
- contestualizzazione ai bisogni di salute individuati al sistema strutturale e culturale
- flessibilità per i professionisti
- fondatezza, rispetto alle evidenze scientifiche
- accessibilità alle best – practice necessarie
- verifica e valutazione dei risultati

# \* *Finalità dello strumento*

Migliorare l'appropriatezza della gestione delle situazioni cliniche diminuendo la variabilità di comportamento troppo spesso fonte di errori

# Il cambiamento culturale in Clinica

- \* Va comunque ricordato che l'approccio protocol – based è molto di più di un testo di ricette da seguire pedissequamente in quanto contribuisce a rafforzare, ma **non sostituisce mai, le competenze cliniche, il giudizio clinico e l'esperienza clinica.**
- \* È quindi necessario un giusto grado di **flessibilità nell'utilizzo** di tali strumenti, in ragione della situazione clinica, delle caratteristiche individuali degli assistiti e delle variazioni ed eccezioni assistenziali che si possono verificare.

# \* *Il limite dello strumento*

- \* Un limite riscontrato nella nostra quotidianità, è rappresentato dal fatto che **protocolli estremamente elaborati e complessi sono spesso poco applicati** poiché non lasciano ai professionisti quella **flessibilità operativa** nell'erogazione delle prestazioni, pur nel rispetto delle prassi condivise e definite.

## \* *Il limite dello strumento*

- \* Si nota così che il protocollo redatto con un certo rigore, si integra bene con la massima standardizzazione delle azioni e delle interazioni, ma potrebbe risultare un elemento limitativo nella gestione delle varianze e delle eccezioni assistenziali che si possono verificare: queste ultime possono rappresentare un pericolo per il professionista, se non saranno gestite bene attraverso la loro descrizione nella documentazione infermieristica

# \* Esempio di difficoltà riscontrate

Ciao!



## \* **Esempi di difficoltà riscontrate**

- ❖ Gli stessi interventi infermieristici erogati, si diversificavano a seconda dell'unità operativa
- ❖ La ricerca bibliografica (nazionale e internazionale) come strumento di revisione delle attività infermieristiche
- ❖ Procedura sulla gestione del Pac molta letteratura differente, molto elaborato
- ❖ Mantenere alcune consuetudini dell'assistenza in Clinica .....medicazione cat. vesc , cat venoso...utilizzo dell'eparina..

\* Seconda fase

## ***Valutazione del raggiungimento degli obiettivi***

- ❖ Centrare l'attenzione degli interventi infermieristici sul cliente
- ❖ Unificare i criteri di attuazione e di valutazione degli interventi infermieristici
- ❖ Razionalizzare le risorse disponibili in modo effettivo, efficace ed efficiente sia nell'erogazione di interventi che per raggiungere obiettivi organizzativi
- ❖ Disporre di una guida di attuazione dei protocolli che faciliti il professionista nella fase dell'applicazione

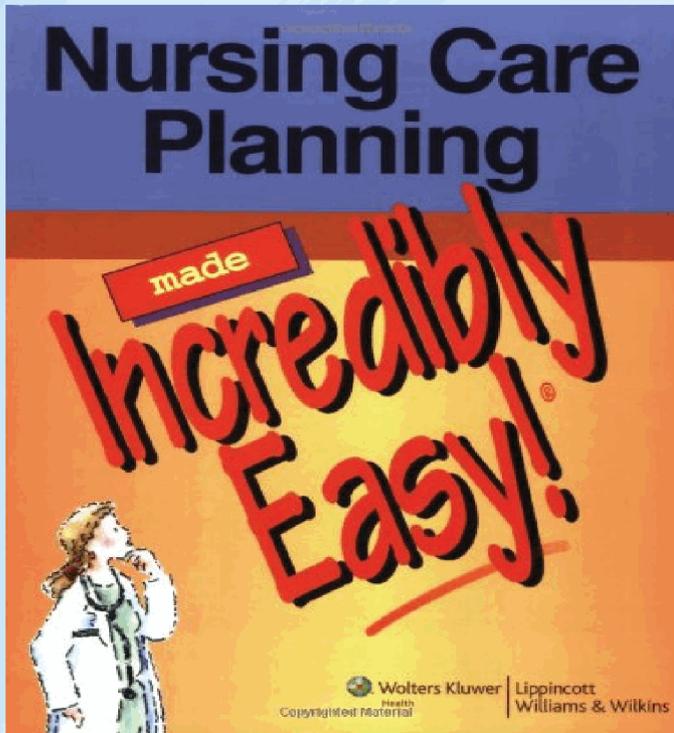
## \* *Valutazione del raggiungimento degli obiettivi*

- ❖ Disporre di una raccolta dati di partenza utile a identificare standard che ci permettano inseguito di stabilire livelli di alta qualità nei criteri di valutazione
- ❖ Effettuare un controllo delle attività

# \* **Valutazione del raggiungimento degli obiettivi**

La fase di sperimentazione oltre a prevedere una valutazione del protocollo sulla base di variabili oggettive e soggettive da rilevare ha previsto una valutazione degli infermieri sull'utilizzo del protocollo

( step di inizio Anno)



\* Dove il dubbio muore e la certezza prevale, lì è la vostra morte e di coloro che assistite

\* **VIRGINIA HENDERSON**