

**“Sperimentazione in nove Regioni di strumenti per
l’implementazione di linee-guida nel SSN” – (T.Ri.P.S.S. II)**

1999-2003

RELAZIONE FINALE

**Implementazione di raccomandazioni scientifiche per
la diagnosi, trattamento e riabilitazione del paziente
con ictus ischemico**

Regione Piemonte



Azienda Sanitaria Locale 12 – Biella



Azienda Sanitaria Locale 4 - Torino



**Azienda Ospedaliera S.Giovanni Battista “Molinette” –
Torino**



**Ordine Mauriziano Istituto per la Ricerca e
la Cura del Cancro - Candiolo**

Regione Piemonte

RELAZIONE FINALE

A cura di Angelo Penna

GRUPPO DI COORDINAMENTO

Angelo Penna, Gianni Ciccone, Carmelo Labate, Umberto Massazza, Pier Antonio Visentin, Alessandra D'Alfonso, Maria Adelaide Franconi
Centro di Valutazione della Efficacia della Assistenza Sanitaria (Ce.V.E.A.S.) -
Modena

OBIETTIVI PRINCIPALI DEL PROGETTO

Il progetto si proponeva di adottare, implementare e valutare l'impatto, in termini di miglioramento della qualità dell'assistenza, di raccomandazioni evidence based sull'ictus ischemico in 4 Aziende Sanitarie Regionali di cui due ospedaliere (Azienda Sanitaria Ospedaliera S. Giovanni Battista Torino, Ordine Mauriziano Ospedale Umberto I° Torino) e due territoriali con presidi ospedalieri (Azienda Sanitaria Locale 12 Biella e Azienda Sanitaria Locale 4 Torino.)

La partecipazione al programma nazionale di ricerca del Ministero della Salute, coordinato dal CeVEAS di Modena, ha consentito alle 4 Aziende di avere accesso ad attività formative sui metodi di selezione delle evidenze della letteratura e della produzione e implementazione di linee guida: ciascuna Azienda ha individuato 4 professionisti sanitari con back-ground clinico e organizzativo ospedaliero e territoriale, che hanno partecipato ai tre corsi residenziali organizzati dal CeVEAS.

La rilevanza della patologia (in Piemonte circa 9.000 nuovi casi e 5.000 decessi ogni anno), la sua complessità, che richiede il coinvolgimento di numerose figure professionali e la disponibilità di evidenze scientifiche di buona qualità che documentano l'efficacia della tempestività diagnostica e riabilitativa, della terapia farmacologica e in generale dell'approccio multidisciplinare (stroke unit) nella riduzione della mortalità e della disabilità, hanno costituito la motivazione principale alla realizzazione del progetto.

Gli obiettivi principali del progetto erano: 1) migliorare la qualità dell'assistenza attraverso la promozione di interventi di documentata efficacia e appropriatezza in campo diagnostico terapeutico e riabilitativo, utilizzando lo strumento delle linee-guida di provata efficacia; 2) promuovere la comunicazione tra operatori e la trasparenza nei confronti dei pazienti. Accanto a questi obiettivi principali erano stati

Diagnosi - trattamento e riabilitazione dell'ictus ischemico

identificati obiettivi specifici: a) favorire un approccio multidisciplinare alla patologia; b) assicurare gli accertamenti diagnostici utili ed evitarne un uso inappropriato; c) incentivare l'uso di farmaci di provata efficacia e disincentivare quello di farmaci inefficaci e scarsamente efficaci; d) ridurre le complicanze da disfagia e le carenze nutrizionali; e) favorire un trattamento riabilitativo precoce e il recupero della persona nelle attività motorie e relazionali; f) contenere le complicanze della patologia; g) coinvolgere il paziente, il contesto familiare e il medico di famiglia nel progetto terapeutico, nella ricerca delle soluzioni dei problemi assistenziali sia durante il ricovero sia nel post ricovero.

In particolare il Comitato di Coordinamento Regionale del progetto, costituito dai coordinatori delle 4 Aziende partecipanti più alcuni referenti clinici, hanno identificato 7 raccomandazioni comuni su cui si è convenuto di concentrare le strategie di implementazione.

La scelta di queste raccomandazioni è stata fatta tenendo conto dei seguenti criteri:

- disponibilità di evidenze scientifiche di efficacia degli interventi
- buona probabilità di indurre un cambiamento
- rilevanza clinico-assistenziale del problema oggetto della raccomandazione
- disponibilità di indicatori e sistemi per valutare l'eventuale cambiamento introdotto

Di seguito si riportano le raccomandazioni identificate e comunemente adottate e i relativi indicatori.

Raccomandazioni

I RACCOMANDAZIONE: "Tutti i pazienti con Ictus insorto sul territorio o durante un ricovero, devono essere sottoposti a TAC entro 48 ore dall'episodio acuto insorto a domicilio e entro 24 ore dall'accesso in Ospedale"

II RACCOMANDAZIONE: " Prima di somministrare alimenti tutti i pazienti con Ictus dovrebbero essere valutati per un'eventuale disfagia (test della deglutizione)"

III RACCOMANDAZIONE: " Tutti i pazienti con Ictus dovrebbero essere trattati con ASA, alla dose di 160-300 mg, entro 48 ore dall'esordio dei sintomi "

IV RACCOMANDAZIONE: " Nei pazienti con Ictus non dovrebbero essere utilizzati la nimodipina, e i corticosteroidi "

V RACCOMANDAZIONE: " Nei Pazienti con Ictus non è indicato l'uso routinario dell'eparina e dei diuretici osmotici"

VI RACCOMANDAZIONE: " Mettere in atto tutte le procedure in grado di ridurre il numero di cadute e di lesioni da decubito"

VII RACCOMANDAZIONE: " I cateteri urinari dovrebbero essere usati con cautela e dovrebbero essere esplorati metodi alternativi di gestione dell'incontinenza"

VIII RACCOMANDAZIONE: " Tutti i Pazienti con Ictus dovrebbero ricevere una valutazione fisiatrica entro 7 giorni dall'ingresso "

Indicatori

- I RACCOMANDAZIONE: % di pazienti indagati con TAC entro 24 ore dall'accesso in Ospedale
- II RACCOMANDAZIONE: % di pazienti in cui sia insorta una polmonite ad ingestis, % di pazienti in cui sia documentato il test della deglutizione (esclusi pazienti in coma), % di pazienti positivi al test per la disfagia
- III RACCOMANDAZIONE: % di pazienti trattati con ASA entro 48 ore
- IV RACCOMANDAZIONE: % di pazienti con Ictus trattati con nimodipina o corticosteroidi
- V RACCOMANDAZIONE: % di pazienti trattati con eparina, % di pazienti trattati con diuretici osmotici
- VI RACCOMANDAZIONE: % di Pazienti con Ictus con episodi di caduta e lesioni da decubito
- VII RACCOMANDAZIONE: % di pazienti con Ictus cateterizzati % di pazienti con Urocoltura positiva
- VIII RACCOMANDAZIONE: % di pazienti con Ictus valutati dal fisiatra entro 7 giorni, % di pazienti con Ictus che iniziano il trattamento riabilitativo entro 10 giorni

METODI

Sin dall'avvio del progetto è emersa, da parte dei Coordinatori delle Aziende partecipanti, l'esigenza di costituire un coordinamento regionale allo scopo di ottimizzare le risorse, implementare raccomandazioni comuni, documentarne in modo omogeneo l'impatto, sia pure in contesti strutturalmente e organizzativamente differenti. Sono state identificate le linee-guida internazionali, nazionali e regionali di riferimento^{1,2,3} che hanno costituito i documenti di riferimento per la costruzione delle linee-guida aziendali. E' stato quindi concordato un percorso di adattamento locale e di implementazione delle linee-guida che prevedeva la seguente metodologia di lavoro

- Costituzione in ciascuna Azienda di una équipe multidisciplinare rappresentativa di tutte le competenze necessarie ad una corretta gestione della patologia. La composizione per professionalità è riportata in allegato A.
- Discussione e valutazione in ciascuna Azienda delle linee guida internazionali, relativo adattamento organizzativo locale e redazione di linee guida aziendali coerenti con le prove di efficacia e omogenee a livello regionale (allegato B).
- Identificazione da parte del Gruppo di Coordinamento Regionale di un set raccomandazioni, desunte dalle linee-guida internazionali evidence based, su cui focalizzare l'intervento di implementazione (si veda tabella paragrafo precedente).

PIANO DI IMPLEMENTAZIONE

La fase di implementazione ha previsto un'attenta valutazione dei fattori favorevoli e di ostacolo all'implementazione. Per ciascuna raccomandazione, sono stati esplicitati gli ostacoli alla implementazione e gli strumenti organizzativi, gestionali e formativi per superarli. Sono così stati evidenziati problemi relativi a: 1) attitudini e conoscenze dei professionisti, 2) carichi di lavoro del personale in particolare infermieristico, 3) integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali 4) integrazione tra i diversi reparti ospedalieri, 5) disponibilità di presidi e ausili per migliorare l'assistenza ai pazienti.

Vista la specificità di ciascuna Azienda, il processo di implementazione è stato realizzato con modalità e tempi diversi. Gli interventi utilizzati sono tuttavia riconducibili a: a) coinvolgimento di un numero ampio e rappresentativo di Professionisti (20-40 in ciascuna Azienda) b) diffusione delle linee-guida a tutti i Professionisti coinvolti (Medici Ospedalieri e Territoriali, Infermieri e Tecnici) c) attività di formazione per il personale infermieristico funzionale all'apprendimento delle specifiche procedure assistenziali (movimentazione, test della deglutizione, prevenzione dei decubiti), d) presentazione nei singoli reparti delle linee-guida, e) predisposizione di promemoria da inserire in cartella clinica (reminders), f) report per i reparti sull'adesione alle linee-guida (audit and feedback), g) informazione del progetto ai cittadini attraverso i mass media, h) valorizzazione e comunicazione del progetto attraverso convegni, pubblicazioni scientifiche^{4,5,6,7} (allegato C).

La tabella 3 evidenzia per ciascuna Azienda le principali strategie di implementazione adottate.

In tutte le Aziende è stata adottata la classica strategia di diffusione delle raccomandazioni, anche in questo contesto tuttavia si sono osservate differenze di metodi e prodotti. In tre aziende le linee-guida sono state edite a stampa, in forma di brochure o di dispensa (ASL 12, ASO Molinette e Ordine Mauriziano), in versioni estese e/o sintetiche, ricorrendo per far fronte alle spese a fondi aziendali o a sponsorizzazioni di enti esterni, in altre situazioni ci si è limitati a riproduzioni in fotocopia di documenti dattiloscritti. La diffusione e presentazione dei documenti ha sfruttato i canali postali (per es. per i Medici di Medicina Generale dell'ASL 12) o la distribuzione diretta in occasione di riunioni di reparto o di corsi di formazione. In due Aziende (Biella e Molinette) sono state stampate schede (reminders) da inserire in cartella clinica in forma di pro-memoria per l'applicazione delle raccomandazioni.

Il ritardo nei tempi di diffusione delle linee-guida e di valutazione dei dati di base line ha determinato uno slittamento e una semplificazione di altre strategie di implementazione, in particolare, per quanto riguarda la strategia di audit and

Diagnosi - trattamento e riabilitazione dell'ictus ischemico

feed back, laddove è stato possibile concretizzarla (per es. Biella), si è limitata ad un dialogo tra il coordinatore del progetto e i responsabili dei reparti, avente per oggetto la presentazione dei dati di adesione alle raccomandazioni nel periodo di baseline, con un invito a diffondere l'informazione ai medici del proprio reparto, solo successivamente è stata realizzata una presentazione in plenaria dei dati, sia pure in forma anonima.

PIANO DI VALUTAZIONE

La valutazione dell'impatto delle linee-guida, ha rappresentato, come previsto, uno degli aspetti di maggiore criticità del progetto. In particolare, nel corso di una serie di incontri del Comitato di Coordinamento Regionale del progetto, sono stati definiti i metodi e gli obiettivi di uno studio "prima dopo", allo scopo di documentare in modo formale l'impatto delle linee-guida sulla pratica clinica.

La partecipazione del progetto ad un Bando per la Ricerca Sanitaria Finalizzata Regionale e la successiva assegnazione di un finanziamento, ha consentito di attivare contratti di collaborazione per l'attività di valutazione delle cartelle cliniche e di compilazione delle schede raccolta dati. Sono stati quindi individuati alcuni Medici, scelti nelle diverse Aziende, tra quelli che potevano offrire le migliori garanzie di competenza clinica e epidemiologica (specializzandi o specialisti in neurologia o igiene). Questa fase, oltre a rappresentare ovvie difficoltà di reperimento del personale qualificato e per la stipula dei contratti di collaborazione, ha altresì comportato l'esigenza di formare, attraverso specifici incontri, le persone prescelte allo scopo di ridurre i rischi di errore di compilazione e la discordanza tra i valutatori.

Tabella 3: Strategie di implementazione adottate nelle 4 Aziende

Strategie implementazione	ASL 12 BIELLA	ASO S.G. BATTISTA Molinette TORINO	ORDINE MAURIZIANO TORINO	ASL 4 TORINO
Diffusione LG				
Formazione				
Riunioni reparto				
Reminders				
Audit - feed back				
Altro				

Diagnosi - trattamento e riabilitazione dell'ictus ischemico

LO STUDIO PRIMA – DOPO

Obiettivo specifico dello studio era quello di valutare l'impatto dell'implementazione delle raccomandazioni nella gestione dei casi con ictus ischemico nelle 4 Aziende partecipanti al progetto.

Lo studio è stato disegnato per confrontare le modalità assistenziali in due periodi di tempo di cui uno precedente e uno successivo all'implementazione delle linee-guida come da tabella 4.

I criteri di inclusione dei pazienti nello studio, identificati dalle SDO, prevedevano:

- Regime di ricovero ordinario
- Diagnosi principale di dimissione (SDO):
- occlusione e stenosi arterie precerebrali (codici ICD9-CM: 43300-43391)
- occlusione arterie cerebrali (codici ICD9-CM: 43400-43491)
- vasculopatie cerebrali acute mal definite (codici ICD9-CM: 436)
- DRG medico (14-15)

I criteri di esclusione basati sulla valutazione della cartella clinica erano rappresentati da:

- Grave carenza informazioni (es. mancanza cartella clinica)
- Pazienti con SDO codificata erroneamente (diagnosi principale diversa da ictus ischemico per es. intervento chirurgico maggiore non riportato sulla SDO)

Tabella 4: casistica selezionata e inclusa nello studio per centro

AZIENDA	CASI 2000	INCLUSI (%) 2000	CASI 2002-03	INCLUSI (%) 2002-03	TOTALE CASI	TOTALE INCLUSI (% riga) (% colonna)
BIELLA	212	178 (84%)	206	170 (82%)	418	348 (83%) (38%)
MOLINETTE	265	178 (67%)	117	86 (73%)	382	264 (69%) (28%)
MAURIZIANO	121	88 (73%)	59	45 (76%)	180	133 (74%) (14%)
TORINO 4	171	152 (89%)	37	34 (92%)	208	186 (89%) (20%)
TOTALE	769	596	419	335	1188	931 (78%)

A seguito di ritardi insorti, dovuti al protrarsi delle fasi di adattamento e implementazione delle linee guida, concordemente si è deciso di modificare, in due dei centri partecipanti (ASO S. Giovanni Battista e ASL 4 Ospedale S. Giovanni Bosco), i periodi di osservazione, che erano stati precedentemente fissati nei

Diagnosi - trattamento e riabilitazione dell'ictus ischemico

semestri: 1 marzo – 31 agosto 2000 (baseline) e 1 marzo – 31 agosto 2002 (post-implementazione)

In tre ospedali (ASL 4 Torino, Ospedale Molinette e Ospedale Mauriziano), a seguito di oggettive difficoltà insorte nelle fasi di raccolta dei dati, nel periodo successivo all'implementazione, si è deciso di ridurre la casistica in studio ad un campione random pari al 50% della casistica selezionata.

Allo scopo di ottimizzare e uniformare al massimo le modalità di raccolta dati nei quattro centri sono stati quindi messi a punto i seguenti prodotti (allegato D):

- un protocollo relativo a i criteri di inclusione/esclusione dei casi
- una scheda per la raccolta dei dati dalle cartelle cliniche
- un manuale per la compilazione delle scheda raccolta dati

Nella fase preparatoria alla valutazione sono stati altresì messi a punto a cura del Dr. G. Ciccone (Ospedale S. Giovanni Battista CPO Piemonte): la selezione dal database SDO della Regione Piemonte della casistica oggetto dello studio, un data base per l'inserimento informatizzato dei dati, comune a tutti i centri e contenente le informazioni automaticamente estratte dalle SDO.

I rilevatori prescelti sono stati poi coinvolti in due giornate di formazione in cui è stato valutato il grado di concordanza nella rilevazione dei dati con l'utilizzo di un campione di 15 cartelle cliniche selezionate nei quattro centri e valutate in cieco dai rilevatori. In tutte le Aziende si è quindi proceduto a compilare le schede di tutti i pazienti inclusi ed i dati sono stati registrati nel database appositamente predisposto.

RISULTATI

La tabella 4 illustra le caratteristiche dei pazienti inclusi. Rispetto ai dati del campionamento, la casistica si è ridotta a seguito delle esclusioni di pazienti risultati non eleggibili e per la necessità in alcuni centri, come illustrato nella sezione metodi, di ridurre la casistica per sopraggiunti problemi organizzativi. Complessivamente dei 1188 pazienti selezionati dal data base regionale 931 (78%) sono stati inclusi nell'analisi. Le motivazioni di esclusione dei 257 pazienti, (173 relativi al periodo di baseline e 84 relativi al periodo post-implementazione), erano riconducibili a: indisponibilità della cartella o gravi carenze nella stessa e errori di codifica SDO (diagnosi principale diversa da ictus ischemico). La tabella evidenzia altresì la diversa concentrazione della casistica complessiva nei centri (da 38 a 14%) e la diversa distribuzione dei pazienti esclusi dallo studio (da 31 a 11%).

L'età media della popolazione in studio è risultata di 74.3 anni con un incremento di un anno tra il primo e il secondo periodo (73.9 vs 74.9), l'età media nei due periodi si è mantenuta consistentemente più bassa di oltre 10 anni nei reparti di neurologia (67.7),

Diagnosi - trattamento e riabilitazione dell'ictus ischemico

rispetto a quelli di medicina (79), in questi ultimi reparti sono afferiti 540 pazienti pari al 58% dell'intera casistica. Da notare il riscontro in entrambi i periodi di una diversa distribuzione per età della casistica nei diversi Ospedali, in particolare nell'Ospedale di Biella l'età media dei pazienti ha superato i 77 anni mentre presso l'Ospedale di Molinette è rimasta inferiore ai 72 anni.

Le popolazioni presentano altresì delle differenze relativamente alle comorbidità preesistenti al ricovero nei due periodi dello studio: consistentemente si osserva una prevalenza maggiore di patologie concomitanti nel periodo successivo all'implementazione. Risultano in particolare superiori nel secondo periodo il numero di soggetti con aritmie (5.4 vs 7.2%), scompenso cardiaco (2.0 vs 2.1%), precedente infarto del miocardio (0.2% vs 0.6%) e trombosi venose (0.7 vs 1.8%), che rappresentano possibili indicatori di una maggiore gravità dei pazienti ricoverati dopo l'applicazione delle linee-guida.

Relativamente alla durata della degenza, nel secondo periodo si è registrata una contrazione della degenza che è passata dai 17.3 giorni del 2000 ai 14.5 del 2002/03, complessivamente la riduzione maggiore nella degenza si è registrata nei reparti di Medicina (da 19 a 13.6 gg), al contrario dei reparti di Neurologia, dove la degenza è passata da 15.2 a 16.1 giorni. Analizzando i singoli presidi le riduzioni maggiori nella durata della degenza si sono registrate a Biella, e presso l'Ospedale S. Giovanni Battista "Molinette". Nel periodo in studio la mortalità ospedaliera si è ridotta di mezzo punto percentuale e si è principalmente concentrata nei reparti di neurologia da 7.1 a 3.3%.

La tabella 5 evidenzia i dati di utilizzo e il tempo di esecuzione della TC nei pazienti in studio. Complessivamente la quota di pazienti che hanno eseguito la TC nel corso del ricovero è passato dal

92.8% del 2000 al 96.7% del 2002/03: l'incremento del numero degli esami si è omogeneamente distribuito tra i pazienti con esito negativo e tra quelli con esito patologico.

Il tempo di esecuzione della TC, per il quale il progetto prevedeva la effettuazione entro le 24 ore dall'accesso in Ospedale e che rappresentava una delle raccomandazioni specifiche da implementare, ha registrato un sensibile miglioramento in tre dei quattro Ospedali: infatti il numero di pazienti con TC eseguita entro le 24 ore è passato dal 81.1% al 86.7%, complessivamente il maggiore incremento si è registrato nei reparti di medicina, mentre in alcune neurologie l'andamento è stato contrario.

La tabella 6 evidenzia il dato di utilizzo dell'aspirina (ASA). Complessivamente i soggetti trattati sono passati dal 61.2 % del 2000 al 70, 1% del 2002/03. L'inizio del trattamento entro le 48 ore, che nel 2000 riguardava il 41.9% dei pazienti, nel periodo

Diagnosi - trattamento e riabilitazione dell'ictus ischemico

post-implementazione ha raggiunto il 60.6%. Tra i pazienti dimessi vivi, il numero di quelli dimessi con il farmaco, è passato dal 52.6% al 54.9%. Valutando l'applicazione della raccomandazione per singolo ospedale, i cambiamenti maggiori si sono registrati in due ospedali (Biella e Molinette), dove il trattamento nel periodo di baseline era inferiore al 50% dei ricoverati, mentre sui restanti due dove l'utilizzo appropriato dell'ASA era più consolidato, non si sono registrate significative differenze.

Le tabella 7 illustra i risultati dell'impatto di altre raccomandazioni terapeutiche. Anche queste raccomandazioni erano state identificate come particolarmente rilevanti e su di esse era stato fatto un particolare sforzo, perché fossero conosciute e applicate nei quattro ospedali. In particolare si fa riferimento a mannitolo, glicerolo, nimodipina e corticosteroidi, farmaci fortemente sconsigliati dalle raccomandazioni. Il numero di pazienti trattati con questi farmaci si è consistentemente ridotto, passando dal 27.9 al 8.4% (mannitolo), dal 12.4 allo 0.6% (glicerolo), dal 20.6 al 1.5% (nimodipina) e dal 11.7 al 8.1%% (steroidi). La direzione del cambiamento verso una riduzione è stata consistente nei quattro ospedali, mentre quantitativamente i cambiamenti maggiori si sono registrati negli Ospedali dove questi farmaci rivestivano un ruolo ancora importante nell'approccio terapeutico (Biella e Molinette).

Per quanto riguarda l'uso dell'eparina, per la quale se ne raccomandava un utilizzo oculato, che tenesse conto dei possibili effetti collaterali e delle interazioni con altri farmaci, il numero di pazienti trattati (comprensivo anche di quelli in profilassi) è passato dal 54.4 del 2000 al 31.0 % del 2002-03, la riduzione nell'uso è stata consistente nei quattro centri e equamente distribuita nei reparti di neurologia e medicina. Si segnala che, limitatamente alle indicazioni per la profilassi della trombosi venosa profonda, le linee-guida indicavano altresì l'uso delle calze elastiche.

La tabella 8 illustra l'impatto del progetto sulla valutazione della deglutizione. Il numero di pazienti nei quali il test veniva eseguito è passato dal 20.5% al 43.9%, l'incremento è stato consistente sia tra i soggetti risultati positivi sia tra quelli negativi. In tre ospedali su quattro dove la valutazione della deglutizione era una procedura quasi mai eseguita, la procedura è più che raddoppiata.

Per quanto riguarda le altre procedure assistenziali, per le quali erano stati messi in atto specifiche strategie di implementazione: il numero di soggetti valutati per il rischio di ulcere da decubito è passato dal 54.7 del 2000 al 68.7% del periodo 2002-03. La maggiore attenzione al problema nel periodo post implementazione ha consentito di identificare un numero maggiore di soggetti ad alto rischio. Anche il monitoraggio delle ingesta ha registrato un incremento passando complessivamente dal 26.8% al 34.0%.

Per quanto riguarda la gestione dei problemi urinari nella popolazione in studio: nel periodo successivo all'implementazione, è aumentato l'utilizzo del pannolone e di modalità alternative al catetere, sia tra i pazienti che presentavano incontinenza, sia tra

Diagnosi - trattamento e riabilitazione dell'ictus ischemico

quelli che presentavano ritenzione. In modo complementare si è ridotto l'utilizzo del catetere.

La tabella 9 evidenzia i risultati dell'impatto dell'implementazione sulla precocità della valutazione fisiatrica, in particolare le linee-guida raccomandavano una presa in carico del problema riabilitativo entro 7 giorni dal ricovero in ospedale. Complessivamente i pazienti che ricevevano una valutazione fisiatrica sono passati dal 48 al 52.5 % , di questi la maggior parte ha ricevuto la valutazione entro i 7 giorni raccomandati.

Tabella 5: TC eseguita entro 24 ore

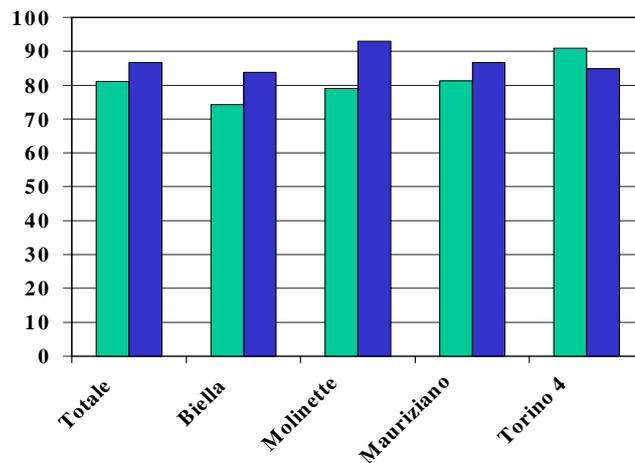
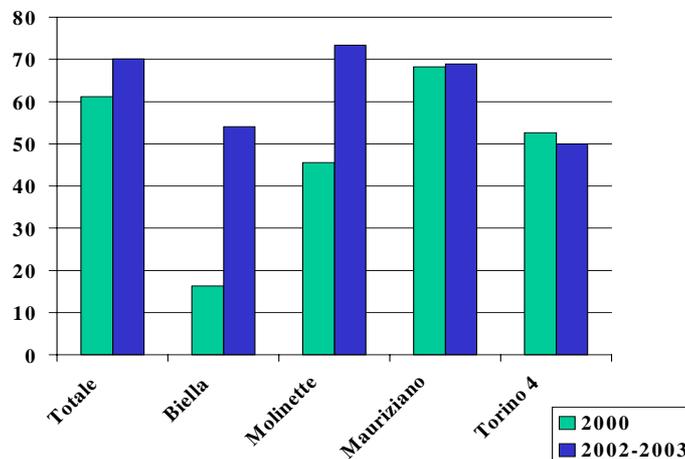


Tabella 6 : ASA assunto entro 48 ore



Diagnosi - trattamento e riabilitazione dell'ictus ischemico

Tabella 7: Farmaci di non documentata efficacia

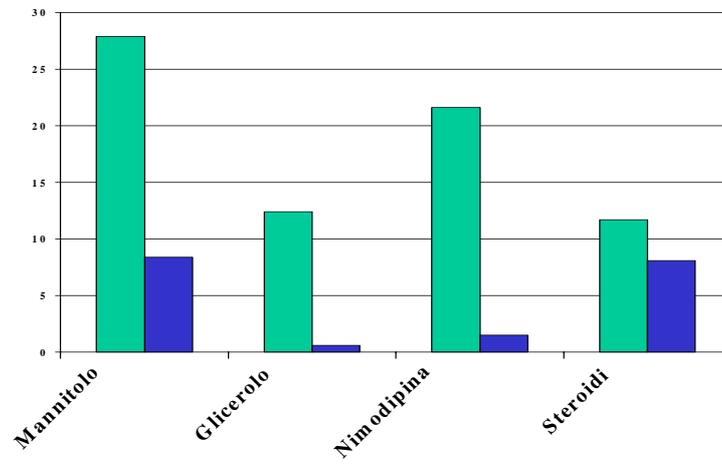


Tabella 8: Test della deglutizione

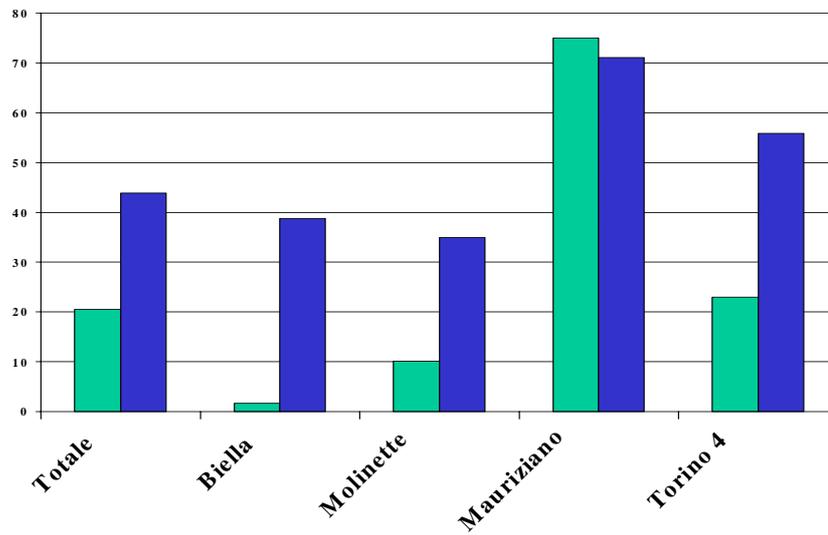
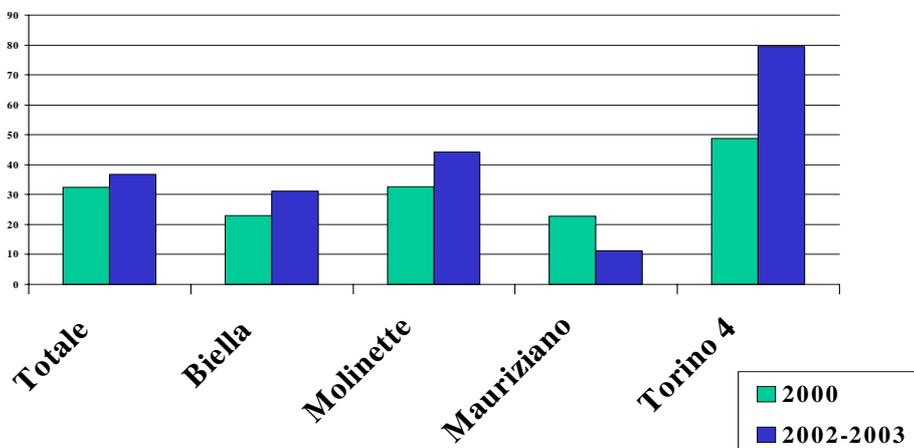


Tabella 9: Visita fisiatrica entro 7 gg



DISCUSSIONE

Gli interventi di implementazione sono stati principalmente focalizzati, oltre che sull'adattamento delle linee guida internazionali e la successiva diffusione, sulla modifica di conoscenze, attitudini e motivazioni dei professionisti.

In tutte le Aziende sono stati coinvolti nel lavoro di adattamento delle linee guida gruppi multidisciplinari di 20-40 professionisti, in quasi tutte le Aziende si è giunti alla pubblicazione a stampa (in numero variabile da 600 a 2000 copie) delle linee-guida con un formato sintetico (Biella, Mauriziano, Molinette) e/o maggiormente articolato (Molinette, Mauriziano), le risorse (costi per ciascuna Azienda di 1500-5000 euro a seconda del formato e del numero di copie) per la resa grafica e la stampa sono state ottenute attraverso sponsor esterni (Biella e Mauriziano) oppure con fondi aziendali dedicati (Molinette).

Per incidere sugli aspetti conoscitivi e attitudinali, in tutte le Aziende sono state organizzate riunioni di reparto con l'obiettivo di informare e coinvolgere tutti i professionisti sul contenuto delle raccomandazioni. Allo scopo di implementare le procedure assistenziali infermieristiche sono stati organizzati iniziative formative teorico-pratiche per il personale infermieristico e tecnico dell'assistenza a diverso grado di formalizzazione (corsi aziendali vs riunioni di lavoro dei singoli reparti). L'organizzazione dei corsi ha anche rappresentato un'occasione per redigere protocolli operativi di gestione assistenziale.

L'attività formativa per il personale medico, laddove realizzata (Biella, Mauriziano e Molinette) è stata principalmente focalizzata sulla acquisizione di conoscenze e competenze metodologiche in tema di evidence based medicine e uso delle linee-guida, anche integrandosi con iniziative parallele di gruppi di lavoro aziendali sulla EBM, mentre la conoscenza del contenuto delle linee-guida e la relativa distribuzione è stata realizzata nel corso delle riunioni di reparto cui partecipavano tutti i dirigenti, il primario e gli infermieri (e/o i caposala).

Nelle singole Aziende sono state poi svolte altre specifiche iniziative di implementazione. Presso l'Azienda di Biella è stato possibile estendere, in collaborazione con la Farmacia Ospedaliera e il Servizio Economato, la fornitura di calze elastiche antitrombotiche ai reparti medici che ne erano precedentemente sforniti. In due Aziende sono stati utilizzati opuscoli stampati pro-memoria (reminder), che riproducevano la sintesi delle raccomandazioni (Molinette) o alcuni aspetti salienti di esse (per es. a Biella le procedure per la dimissione protetta e gli aspetti da valutare in corso di ricovero).

Diagnosi - trattamento e riabilitazione dell'ictus ischemico

Come già accennato nella sezione metodi, in alcune Aziende è stato altresì possibile utilizzare interventi riconducibili a quelli classificati in letteratura con il termine di *audit and feed back*. I problemi insorti nella raccolta dati e nella predisposizione della reportistica ha in alcuni casi (Biella) determinato un ritardo e una semplificazione di questo intervento, nello specifico il Coordinatore del progetto ha informato a voce e con report ad hoc i Responsabili dei quattro Reparti interessati e i relativi referenti clinici circa il livello di adesione della loro struttura alle raccomandazioni nel periodo precedente all'implementazione. Questa modalità non ha consentito di ottenere un riscontro quantitativo dell'effetto dell'intervento sull'adesione alle raccomandazioni. Presso l'Ospedale S. Giovanni Battista Molinette, dove il periodo post implementazione è stato dilazionato di circa 6 mesi, sono invece state organizzate riunioni in plenaria e di reparto in cui contestualmente sono state presentate le raccomandazioni e i dati di adesione nel periodo di baseline. I coordinatori aziendali hanno rilevato un considerevole impatto di queste riunioni tra l'uditorio, particolare interesse hanno suscitato gli indici di inappropriatezza e i dati di variabilità di uso delle prestazioni.

In nessuna Azienda è stato possibile identificare formalmente figure di *opinion leader*, pianificarne e verificarne il ruolo e documentarne l'impatto. Presso l'Ospedale Molinette di Torino con lettera del Direttore Sanitario e in riferimento ad una recente normativa regionale (DGR 26-3447 del 2001) sono stati identificati due neurologi esperti dell'argomento quali referenti aziendali per l'applicazione delle linee-guida. In altre Aziende è stato possibile evidenziare sia pure in modo aneddotico e qualitativo, un ruolo attivo di specifiche figure mediche e infermieristiche con specifiche caratteristiche di buona competenza specifica, riconosciuta credibilità professionale e indole propositiva, che hanno probabilmente giocato un ruolo importante nella valorizzazione del progetto e delle linee-guida all'interno dei reparti e nei confronti dei colleghi. Nei reparti in cui per problemi organizzativi non è stato possibile scegliere quale referente progettuale figure simili, l'impatto delle linee-guida è apparso più temperato.

Complessivamente l'impatto delle linee-guida è risultato diverso nelle quattro Aziende (per es. le raccomandazioni su TAC ASA), le differenze riscontrate possono essere ricondotte ad una diversa modalità di implementazione o anche ad una diversa situazione di applicazione precedente all'implementazione: negli Ospedali dove la raccomandazione rappresentava una prassi già in uso, l'impatto del progetto è stato inevitabilmente minore.

Merita qualche osservazione anche il dato che la popolazione studiata è anagraficamente più anziana in un centro rispetto agli altri tre e che l'andamento della

Diagnosi - trattamento e riabilitazione dell'ictus ischemico

mortalità ospedaliera, pur complessivamente in calo, sembra peggiore nei centri con un numero maggiore di casi (Biella e Molinette).

Mediamente le raccomandazioni terapeutiche (in particolare farmacologiche) sono state applicate con maggiore facilità rispetto a quelle assistenziali e organizzative. In ambito farmacologico anche raccomandazioni sulle quali non era stato messo in atto uno specifico sforzo implementativo (eparina) hanno avuto un significativo impatto. Sembra potersi osservare che laddove il cambiamento coinvolga esclusivamente una decisione prescrittiva da parte del medico, governabile attraverso l'aggiornamento e la discussione dei risultati di studi clinici, le probabilità di indurre un cambiamento siano più forti.

Laddove invece il cambiamento comporti una modifica di assetti organizzativi, di relazioni formali tra diverse strutture ospedaliere (visita fisiatrica) o ancora incidano su carichi di lavoro di figure professionali (infermieri) già pesantemente oberate di lavoro, il cambiamento appare molto più difficile da ottenere.

Una corretta interpretazione dei risultati merita altresì alcune considerazioni di tipo metodologico, riconducibili allo specifico disegno dello studio e alla comparabilità delle popolazioni nelle fasi precedente e successiva all'implementazione delle linee-guida:

- 1) in due ospedali il periodo di osservazione è stato diverso nelle fasi pre e post,
- 2) in tre ospedali il numero dei pazienti inclusi è stato ridimensionato rispetto a quanto era stato pianificato,
- 3) i pazienti selezionati nel secondo periodo in studio presentano comorbidità maggiori e più gravi rispetto a quelli selezionati nel primo periodo
- 4) nel primo periodo il numero di informazioni infermieristiche in cartella è risultato inferiore rispetto a quelle disponibili nel II periodo
- 5) la rappresentatività della casistica nei centri varia tra il 38% di Biella al 14% dell'ASL 4 di Torino
- 6) malgrado lo sforzo di standardizzare i criteri di esclusione e la interpretazione delle cartelle cliniche differenze interpretative anche rilevanti tra i8 centri sono assolutamente possibili

Il progetto, qui brevemente sintetizzato, ha rappresentato un'esperienza significativa nel progressivo cammino verso un'adozione sempre più ampia, diffusa e concreta dei principi e della pratica dell'Evidence Based Medicine e dell'Evidence Based Health Care nelle Aziende Sanitarie partecipanti allo studio. L'adozione di specifiche strategie di implementazione delle linee-guida e la messa in atto di un sistema di controllo della applicazione, hanno sicuramente rappresentato gli aspetti più critici dell'intero progetto. In un contesto caratterizzato, a nostro avviso, più da luci che da ombre, è emersa la necessità per le Aziende di disporre di competenze professionali e di risorse orientate ad un più efficiente impiego degli strumenti

Diagnosi - trattamento e riabilitazione dell'ictus ischemico

dell'evidence based medicine e della valutazione della qualità dell'assistenza, non ancora pienamente e omogeneamente presenti.

La possibilità di collaborare e riunirsi periodicamente (in meno di due anni circa 15 riunioni di coordinamento), ha consentito di confrontare le diverse esperienze aziendali, trovare soluzioni organizzative e mettere in comune risorse e competenze professionali.

Va infine ricordato che in occasione del III Forum Nazionale della Pubblica Amministrazione (FORUM P.A.), tenutosi a Roma nel mese di maggio del 2002, il progetto ha conseguito il III Premio Qualità in Sanità. Il premio oltre a rappresentare un riconoscimento importante per il progetto ne ha altresì favorito l'impatto e la conoscenza all'interno delle singole realtà aziendali.

REFERENZE

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network: Management of Patients with Stroke 1999.
2. SPREAD Ictus cerebrale: linee guida italiane. 2001
3. Intercollegiate Stroke Working Party: National Clinical Guidelines for Stroke. Royal college of Physicians, London 1999.
4. Penna A., Fanton E., Giovenali V., Guala A., Beatrici M., Ciccone G. Linee-guida sull'ictus ischemico: un progetto di miglioramento aziendale. Atti della XII Conferenza Nazionale della Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza – VRQ. Firenze, Fortezza da Basso 29-31 ottobre 2002
5. Penna A. et al. TRIPSS 2 Piemonte: un progetto di miglioramento di quattro Aziende Sanitarie Regionali su Ictus Ischemico e Tumori Colorettali. ARESS Ricerca Studio Informazione. Anno II – n° 3 2002:21-22
6. Penna A. , Massazza U., Labate C., Franconi M.A., D'Alfonso A, Lovera N., Visentin P.A., G. Ciccone. Trasferire i risultati della Ricerca nella Pratica dei Servizi Sanitari: Implementazione di linee-guida sull'Ictus ischemico in 4 Aziende Sanitarie del Piemonte. Evidence Based Neurology 2001; supp. 3-4:16-17.
7. Penna A. et al. Pazienti con ictus e oncologici: audit e guideline a quattro voci. Il Sole 24 Ore Sanità. Premio Qualità in Sanità Supp. n° 7-13 maggio 2002.