



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**LA GESTIONE DEL PAZIENTE FRAGILE
A RISCHIO DI LESIONI CUTANEE
CRONICHE, NELL'OTTICA
DELL'INTEGRAZIONE
MULTIDISCIPLINARE IN AMBITO
OSPEDALIERO, DOMICILIARE E
RESIDENZIALE: LA PREVENZIONE, LA
CURA E L'APPROPRIATEZZA**

Relatore: Chiar.mo
Dr. Alessandro Scalise

Tesi di Laurea di:
Chiara Alesiani

Correlatore: Chiar.ma
Dott.ssa Leonarda Angela Spano

A.A. 2018/2019

A colei alla quale con orgoglio assomiglio.

A colei che mi ha accompagnata in ogni mio singolo passo.

A colei che mi tiene per mano e non mi lascia mai.

A colei che vive nel mio cuore e non mi fa sentire mai sola.

A colei che mi ha insegnato a lottare con la forza dell'amore.

A colei che non si è mai arresa, alla mia guerriera.

A colei che mi ha insegnato il vero significato della vita.

Alla mia donna, al mio angelo custode.

A mia nonna "Nziati".

*“L’assistenza infermieristica è un’arte;
e se deve essere realizzata come un’arte,
richiede una devozione totale e una dura preparazione,
come per qualunque opera di pittore o scultore;
con la differenza che non si ha a che fare con una tela o un gelido marmo,
ma con il corpo umano il tempio dello spirito di Dio.*

È una delle Belle Arti.

Anzi,

la più bella delle Arti Belle.”

(Florence Nightingale)

INDICE

INDICE	3
INTRODUZIONE	5
CAPITOLO I: La fragilità	9
1.1 La fragilità come condizione umana	9
1.2 La fragilità nell’anziano: una prospettiva clinica	11
CAPITOLO II: Le lesioni cutanee	20
2.1 Lesioni cutanee	20
2.1.1 Acute e croniche.....	20
2.1.2 Superficiali e profonde.....	21
2.2. Lesioni cutanee degli arti inferiori	21
2.2.1 La lesione venosa.....	22
2.2.2 La lesione arteriosa.....	22
2.2.3 La lesione mista.....	23
2.2.4 L’ulcera vasculitica.....	23
2.3 La lesione da pressione	24
2.4 L’ulcera diabetica	28
CAPITOLO III: La qualità assistenziale nel paziente con lesioni cutanee croniche	30
3.1 L’appropriatezza	31
3.2 La presa in carico	32
3.2.1 Le scale di rischio.....	33

3.2.2 La scala di comorbidità.....	35
3.2.3 Lo stato nutrizionale.....	36
3.2.4 Lo stato della cute.....	37
3.2.5 L'educazione sanitaria al caregiver.....	39
3.3 La gestione case manageriale del paziente portatore di ulcera cutanea cronica.....	39
3.3.1 L'integrazione multidisciplinare.....	40
CAPITOLO IV: Lo studio.....	42
4.1 Obiettivo dello studio.....	42
4.2 Materiali e metodi.....	42
4.3 Risultati.....	43
4.4 Discussione.....	59
4.5 Conclusione.....	59
BIBLIOGRAFIA.....	60
SITOGRAFIA.....	62
ALLEGATI.....	64
Allegato 1.....	64
Allegato 2.....	68
Allegato 3.....	69
RINGRAZIAMENTI.....	87

INTRODUZIONE

Era il febbraio del 2019 quando varcai la soglia dell'ambulatorio di ferite difficili, sito a all'interno del poliambulatorio della zona territoriale AV5 di San Benedetto del Tronto. Sono sincera, ero intimorita e mi sentivo anche un po' smarrita, perché ero abituata al clima ospedaliero, tra terapie da preparare, campanelli a cui rispondere e visite mediche da seguire, quindi non conoscevo quasi nulla di quel che si faceva all'interno di un ambulatorio infermieristico vulnologico.

Trascorsi due giorni, la mia tutor ed io siamo entrate in confidenza e ho cominciato a capire qualcosa di quel mondo che nulla aveva a che fare con le mie esperienze di tirocinio clinico precedentemente vissute. Ogni paziente che accede in ambulatorio ha una sua storia, un quadro clinico diverso, ma un unico comun denominatore: la speranza che le loro lesioni cutanee guariscano. Questa speranza si concretizza nella maggior parte dei casi, grazie alla professionalità della mia tutor, la quale con passione svolge il proprio lavoro. Per saper curare le ferite bisogna essere esperti di Wound Care. "Wound" in inglese si traduce con "ferita", mentre "Care" con "prendersi cura", quindi i due termini stanno a significare "prendersi cura delle ferite" e, nello specifico, delle ferite difficili. Il Wound Care è una disciplina che, non solo si focalizza sulla cura delle lesioni cutanee, attraverso trattamenti specifici e protocolli validati, ma considera anche il quadro clinico del paziente, spesso portatore di comorbidità, in cui la lesione cutanea è l'espressione ultima di una serie di patologie di cui lo stesso è portatore. Si occupa di prevenzione, assistenza, educazione e ricerca, coinvolgendo varie figure professionali come medici, infermieri, fisioterapisti, dietisti, diabetologi, cardiologi.

Il trattamento delle ulcere cutanee si perde nei tempi, quando Sumeri, Egizi, Greci e Romani si misurarono nel trattamento di tali manifestazioni cutanee, attraverso sperimentazioni prive di una base scientifica. Solo negli anni '60 G. Winter e, più recentemente, V. Falanga, ha scoperto, attraverso sperimentazioni in vivo ed in vitro, il meccanismo attraverso cui avviene la riparazione tissutale e che segue alcune fasi stabilite: TIME.

Il Wound Care moderno, si basa sulla formazione specialistica dei professionisti sanitari e sull'utilizzo di evidenze scientifiche, ossia del risultato dei più attuali e autorevoli studi di ricerca e sperimentazioni cliniche, che rendono gli interventi di prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee sempre più efficaci, efficienti, riproducibili e appropriati. Tra i professionisti, l'infermiere con formazione specialistica in Wound Care riveste un ruolo fondamentale. La figura dell'infermiere specialista viene definita

attraverso la legge 43/2006, grazie al riconoscimento della formazione post-base. Questo professionista deve essere in possesso di un titolo derivante da un master universitario di I livello per le funzioni specialistiche, che esercita nell'area assistenziale clinica, nell'ambito della prevenzione e cura delle lesioni cutanee, oltre che nell'utilizzo delle medicazioni avanzate. Egli presta la propria opera nei settori assistenziali, organizzativi e gestionali per realizzare un'assistenza orientata al paziente e impegnata nello sviluppo delle strutture e delle tecnologie. Agisce con autonomia professionale, assumendosi la diretta responsabilità del processo di cura, inoltre partecipa ai lavori delle commissioni per la definizione delle gare di acquisto dei prodotti e dei dispositivi per la prevenzione e il trattamento delle lesioni. Ha un ruolo fondamentale anche nella ricerca e nella gestione dei progetti, collaborando a progetti intra e inter-aziendali ed eseguendo studi di rilevazione statistica o epidemiologica. È responsabile dell'organizzazione, della consulenza e dell'assistenza ai pazienti con lesioni cutanee, all'interno dei servizi infermieristici aziendali ed è referente di Unità Operativa e/o ADI (assistenza domiciliare integrata) per le problematiche relative al Wound Care.

Ho scelto l'argomento della mia tesi in seguito al sopracitato tirocinio clinico e, in particolare, dopo che insieme alla mia tutor, abbiamo trascorso alcune giornate presso un RSA della provincia di Ascoli Piceno. L'accesso in tale struttura aveva lo scopo di valutare l'appropriatezza a riguardo della gestione delle lesioni da pressione (LdP), di cui alcuni ospiti erano portatori, da parte del personale infermieristico. Gli ospiti presenti in struttura, al momento della rilevazione, erano 95 di cui:

- 24 allettati (10 di questi venivano regolarmente posizionati in carrozzina per due ore al giorno).
- 18 in nutrizione enterale attraverso SNG e 2 con PEG.
- 3 in trattamento dialitico e, di questi, uno presentava una lesione di 2° grado al tallone.
- 29 portatori di catetere vescicale (nessuno di questi deambulava).
- Tutti avevano il pannolone.

Inoltre, 37 pazienti erano portatori di lesioni cutanee croniche:

- 2 con lesioni da piede diabetico.
- 10 con LdP di 1° grado, trattati tempestivamente con idrocolloide sottile.
- 7 con LdP di 2° grado (alcune a carico degli arti inferiori); per lo più provocate dall'uso di cerotti, che, a loro volta, promuovevano ulteriori lesioni da strappamento (skin tears).
- 18 con LdP di 3° e 4° grado a carico di sacro, trocanteri, talloni e gomiti.

Inoltre abbiamo rilevato che, al momento del ricovero in struttura, non veniva somministrata alcuna scala di rischio per l'insorgenza di LdP (Braden) e che le superfici antidecubito adottate (sia a letto che in carrozzina) non erano adeguate all'elevato grado di rischio. Abbiamo rilevato, altresì, che molti pazienti presentavano lesioni cutanee già all'ingresso, per cui risultava estremamente importante che gli stessi avessero, sia a letto che in carrozzina, una superficie adeguata. Contestualmente non veniva adottato nessun protocollo per la prevenzione e cura delle LdP, ma, per il trattamento delle stesse, il chirurgo plastico prescriveva le medicazioni da adottare, di volta in volta. Queste carenze riscontrate, hanno messo in evidenza la necessità di una presa in carico globale del paziente, attraverso la stesura del P.A.I., comprendente anche la somministrazione, ad intervalli regolari, di scale di valutazione (Braden, Push Tool) e l'adozione di protocolli validati, che consentissero di avere dati chiari e oggettivi a disposizione dell'intera équipe assistenziale (medica e infermieristica). Tutto quanto detto sopra mi ha motivata a svolgere una tesi sperimentale, finalizzata a verificare quanto il personale infermieristico, che sia ospedaliero, territoriale (ADI) o residenziale (RSA), sia in grado di prevenire o gestire le lesioni da pressione, secondo criteri di appropriatezza.

La tesi si sviluppa in due parti complementari tra loro:

La prima parte, puramente teorica, prende in esame il paziente fragile e il concetto di qualità assistenziale al paziente con lesioni cutanee (appropriatezza, presa in carico e gestione case manageriale).

La seconda parte è un'analisi di tipo sperimentale, che indaga lo stato dell'arte a riguardo della prevenzione, cura e appropriatezza in ambito del Wound Care, la conoscenza dei protocolli e l'adesione agli stessi da parte del personale infermieristico. Si tratta di uno studio effettuato su un campione di infermieri, che lavora presso le strutture ospedaliere e il territorio (ADI, RSA) della provincia di Ascoli Piceno. Per lo studio è stato utilizzato

un questionario semistrutturato (*all.n.1*) realizzato personalmente insieme alla mia correlatrice. In seguito all'emergenza Covid-19, non è stato possibile somministrare personalmente il questionario, per cui ho dovuto inviarlo tramite mail alle coordinatrici delle unità operative, oggetto del mio interesse e, per lo stesso motivo, in seguito all'enorme carico di lavoro che gli infermieri stanno affrontando in questo periodo, ho avuto una ridotta adesione per la compilazione del sopracitato questionario.

CAPITOLO I:

La fragilità

1.1 La fragilità come condizione umana

Dovendo prendere in esame questo aspetto della condizione umana, ha preso forma nella mia mente, il ricordo di quando al liceo classico, sfogliavo il libro di arte, soffermandomi su un quadro costituito da linee di colore indefinite e dal ritratto di un volto inquietante.



Figura 1. "L'urlo", SIDSEL DE JONG

Mi riferisco all' "urlo" (Fig.1), realizzato dal pittore Edvard Munch, fra il 1893 e il 1910. Ho interpretato il messaggio dell'autore come uno stato di inquietudine e solitudine, che ho riscontrato nella lettura di frasi scritte da Munch su un diario: *"Una serata piacevole, con il bel tempo, insieme a due amici all'ora del tramonto [...] Improvvisamente, ho sentito un urlo che attraversava la natura [...] D'improvviso l'atmosfera serena si è fatta angosciante, simile a una stretta soffocante: tutti i colori del cielo mi sono sembrati stravolti, irreali, violentissimi. [...] Anch'io mi sono messo a gridare, tappandomi le orecchie, e mi sono sentito un pupazzo, fatto solo di occhi e di bocca, senza corpo, senza peso, senza volontà, se non quella di urlare, urlare, urlare [...]"*. Il protagonista dell'opera è propriamente l'urlo: un'intensa esplosione di energia psichica: l'angoscia e il dolore, racchiusi in uno spirito tormentato, che vorrebbero uscire dall'uomo, esplodendo in un grido liberatorio. Provate ad immedesimarvi: non avete mai provato la sensazione di non poterne più, di odiare tutto o di essere soffocati dal mondo esterno? di sentirvi deboli, in una parola fragili e di volervi liberare da tutto con un forte grido liberatorio? Questo quadro esprime esattamente il senso della fragilità umana, nella sua

accezione negativa, ovvero l'angoscia, il dolore, la debolezza e la solitudine.

Ora torno ai miei ricordi classici, alle ore passate ad ascoltare Leopardi e le sue opere. Perché sto parlando proprio di lui? Perché è il poeta che aveva capito che essere fragili è un'arte. Leopardi era un uomo fragile, fisicamente prima di tutto, per problemi di salute, ma era fragile anche nell'animo.

Egli ci insegna che la nostra è una società stigmatizzante verso le debolezze e le fragilità, che devono essere ignorate o abbattute, a favore di un'ideale di efficienza, forza e perfezione. (1)

Un'altra cosa che la nostra società ci impone è che l'affettività è sintomo di debolezza. Dietro questa convinzione si nasconde la paura di essere delusi, di scoprire di essere incapaci di amare o di non essere corrisposti. Leopardi, da buon fragile, amava e non aveva paura di farlo. Amava la poesia, la letteratura, ma ha amato anche una donna: Silvia. (2)

L'insegnamento leopardiano è, quindi, che non si può aver paura di essere fragili, perché la fragilità è la parte più vera di ogni persona, in grado di renderla unica. Proseguendo il mio percorso tra i ricordi del liceo classico, non posso fare a meno di soffermarmi a parlare della filosofia e dei filosofi, che, in maniera differente l'uno dall'altro, si sono confrontati sul tema della fragilità umana. Il primo che mi viene in mente è, senza dubbio Blaise Pascal.

Egli, in *“una canna che pensa”* afferma che l'uomo è fragile quanto una canna sbattuta dal vento, *“la più debole della natura ma è una canna che pensa. [...] Tutta la nostra dignità sta dunque nel pensiero. [...] Lavoriamo dunque a ben pensare: ecco il principio della morale”*. Cosa cerca di esprimere, in queste poche righe, Pascal? Utilizzando questa metafora vuole mettere in rilievo la fragilità umana. Paragona l'uomo ad una canna perché, per entrambi, la forza risiede nella flessibilità. La canna è flessibile perché si piega al vento senza mai spezzarsi e l'uomo è flessibile, ovvero capace di adattarsi alle situazioni, grazie alla capacità di pensiero. L'uomo è incline agli errori, al peccato e tutto ciò fa di lui un essere insicuro, vulnerabile e quindi fragile per natura, ma è grazie al pensiero che concepisce la sua condizione e offre a sé stesso la possibilità di migliorare. (3)

Oltre a Pascal, anche Nietzsche nell'opera *“così parlò Zarathustra”*, affronta il tema della fragilità. Nel prologo dell'opera si parla della figura del funambolo, che viene interpretata sia come la figura dell'uomo libero, dinamico e coraggioso, che si spinge oltre i propri limiti, sino a raggiungere quasi la perfezione, sia come quella di un uomo fragile, che si ritrova da solo con il mondo, confrontandosi con la sua angoscia esistenziale e

assumendosi il rischio di precipitare nel vuoto. La metafora del funambolo rappresenta il desiderio dell'uomo di dare forma alla propria esistenza, ma al contempo, sottolinea come l'angoscia e il dolore faranno sempre parte del genere umano, perché l'uomo è fragile per costituzione, non solo nella dimensione fisica, ma anche nella dimensione psicologica. Ogni uomo risponde all'esperienza della fragilità in maniera differente. Non manca, di certo, chi affronta la fragilità con positività, facendone un'opportunità per la propria autorealizzazione. Il filosofo Kierkegaard non condivide tale atteggiamento e muove aspri rimproveri contro questa presunzione, affermando che dietro la maschera del vincitore, si nasconde un'ulteriore fragilità che è di tipo psicologico. Kierkegaard ritiene che ciò che può salvare l'uomo dalla propria fragilità, sia fisica che psicologica, sia soltanto la fede cristiana. (4)

È in questo contesto che si sviluppano le convinzioni dello psicanalista Sigmund Freud. Egli afferma (in riferimento al pensiero di Kierkegaard) che la religione non guarisce la fragilità umana, anzi causa delle nevrosi, in quanto è fonte di illusione e responsabile di un'oppressione alienante. Come si può salvare l'uomo, quindi? Eliminando la religione, in quanto è dipendenza e grazie alla psicanalisi. L'uomo può essere libero e padrone di sé solo sganciandosi dalla dipendenza da Dio, il quale anziché porre fine alla sua debolezza (fragilità), non fa altro che perpetuarla. (5)

Le parole dei filosofi, i versi dei poeti e le espressioni artistiche possono aiutarci a comprendere che la fragilità richiama la vera bellezza, poiché si focalizza su ciò che una persona è nella sua essenza e non su come essa appare. È friabilità del corpo e delicatezza dell'anima. La friabilità del corpo si sperimenta con la malattia, mentre la delicatezza dell'anima attraverso l'emotività interiore. L'una può incidere sull'altra. Riconoscere la fragilità permette di instaurare relazioni basate sull'umiltà, il rispetto e la gratitudine.

1.2 La fragilità nell'anziano: una prospettiva clinica

Come viene interpretato il concetto di fragilità in ambito medico? Nel linguaggio medico, la fragilità assume il significato di "diminuita resistenza a traumi di una struttura anatomica" (Treccani, enciclopedia online). Una struttura anatomica fragile è vulnerabile, ovvero, con maggiore probabilità rispetto a una struttura forte e resistente, è esposta al rischio di sviluppare lesioni a carico di uno o più organi, i quali potrebbero subire modificazioni locali o generali, a seconda della gravità dell'impatto con gli agenti esterni. Quando un organo sviluppa una lesione, aumenta il rischio di perdere la propria funzionalità, in quanto è più suscettibile a eventi stressanti. Bisogna, quindi, interpretare la fragilità come una sindrome fisiologica caratterizzata da una ridotta riserva funzionale

e da una ridotta resistenza agli stress, causata da un declino progressivo dei meccanismi fisiologici, con conseguente progressiva instabilità clinica. La dimensione funzionale non è l'unica che chiarisce il concetto di fragilità, infatti entrano in gioco contemporaneamente altre tre dimensioni: biologica, psicologica e sociale. (6) Analizzandole più nel dettaglio si nota che ognuna di esse ha delle specificità:

- **Dimensione biologica:** presenza di patologie organiche, difficoltà della deambulazione, riduzione dell'integrità sensoria; è una fragilità organica, che richiede un supporto assistenziale medico ed infermieristico, perché la persona perde l'autonomia nel soddisfare i bisogni essenziali per la propria salute. Tali bisogni sono ampiamente descritti nella teoria dei modelli funzionali della teorica infermieristica Marjory Gordon:
 1. **Modello di percezione e gestione della salute:** il modo in cui la persona percepisce e gestisce la propria salute.
 2. **Modello nutrizionale e metabolico:** la tipologia di alimentazione assunta, l'apporto metabolico di sostanze e nutrienti, le condizioni della pelle, delle mucose, dell'altezza e del peso.
 3. **Modello di eliminazione:** l'eliminazione intestinale ed urinaria dell'individuo nelle sue caratteristiche di maggior interesse: frequenza, quantità, qualità e tipologia.
 4. **Modello di attività ed esercizio fisico:** i comportamenti della vita quotidiana, dalle attività più semplici a quelle più complesse.
 5. **Modello di riposo e sonno:** il livello qualitativo e quantitativo della veglia e del riposo.
 6. **Modello cognitivo e percettivo:** la vista, l'udito, il tatto, il gusto e l'olfatto.
 7. **Modello di percezione di sé:** l'atteggiamento che ogni singolo individuo ha nei confronti di sé stesso.
 8. **Modello di ruoli e di relazioni:** il rapporto che ogni singolo individuo ha con le persone circostanti e le relazioni che riesce ad instaurare.
 9. **Modello di sessualità e riproduzione:** la percezione del singolo individuo in rapporto alla propria sfera sessuale.
 10. **Modello di coping e di tolleranza allo stress:** la risposta dell'individuo allo stress.

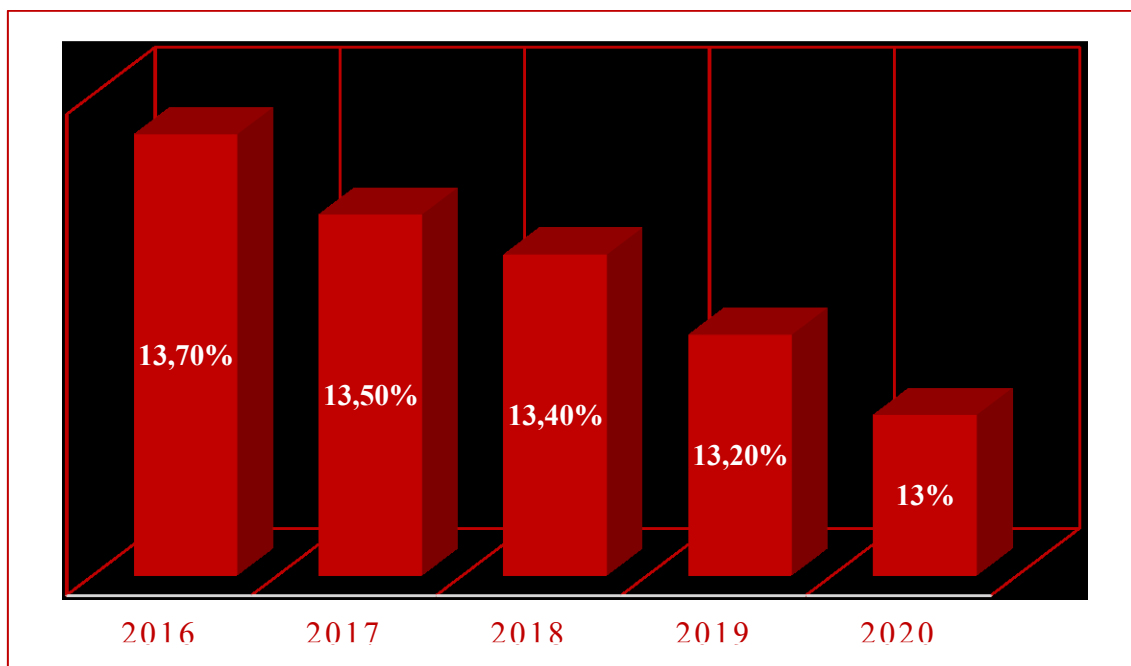
11. **Modello di valori e convinzioni:** i valori e le convinzioni religiose dell'individuo.

- **Dimensione psicologica:** la presenza di sintomatologia depressiva, stanchezza cronica e solitudine.
- **Dimensione sociale:** le reti di supporto sociale (familiari, amici, conoscenti), l'isolamento, l'esclusione sociale. La fragilità sociale è spesso correlata ad una condizione di povertà o comunque ad una carenza di risorse economiche o materiali, che può comportare anche l'esclusione da benefici e servizi.

La fragilità non è una condizione occasionale, ma continua e irreversibile e può colpire diverse fasce di popolazione. In maggioranza, sono proprio i pazienti pediatrici (0-18 anni) e anziani (≥ 65 anni) a far parte dei soggetti definiti "fragili", più facilmente esposti a complicanze rispetto ad altri, per cause riconducibili all'età e a fattori biologici e psicosociali.

Grazie alle informazioni ricavate dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), ho potuto constatare come l'aspettativa di vita degli anziani sia aumentata ad oggi, attraverso la realizzazione di alcune tabelle (Tab.1, Tab.2, Tab.3). In queste tabelle ho mostrato tre fasce di popolazione: 0 – 14 anni, 15 – 64 anni e ≥ 65 anni. Ho preso come riferimento temporale, gli anni 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, coincidenti con il mio percorso di inizio e fine della triennale di infermieristica. Infine, ad ogni anno ho attribuito un valore percentuale, corrispondente al numero di persone che rappresenta la fascia d'età considerata.

Tabella 1. Popolazione 0 - 14 anni - valore percentuale al 1° gennaio (ISTAT):



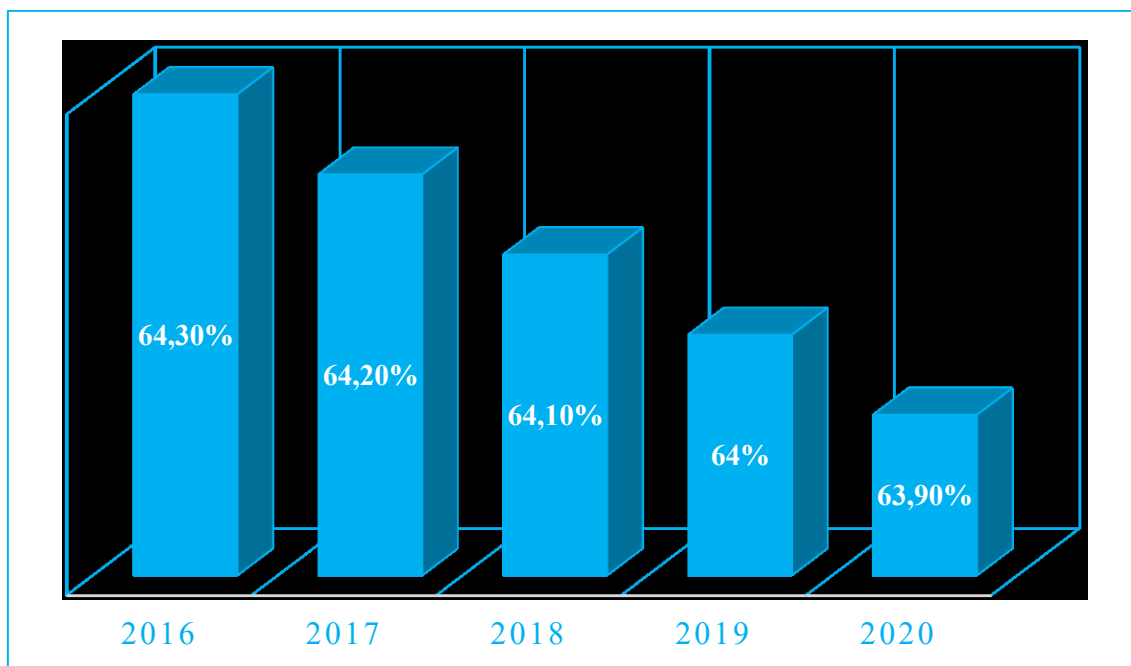
La tabella 1 prende in esame la popolazione con fascia di età tra i 0 e i 14 anni. Dal 2016 al 2020 il numero di persone appartenenti a tale fascia d'età, è diminuito di anno in anno.

Si hanno questi numeri percentuali:

- 2016 = 13,7%
- 2017 = 13,5%
- 2018 = 13,4%
- 2019 = 13,2%
- 2020 = 13%

Dal 13,7% il 1° gennaio 2016, si è arrivati al 13% il 1° gennaio 2020.

Tabella 2. Popolazione 15 – 64 anni - valore percentuale al 1° gennaio (ISTAT):



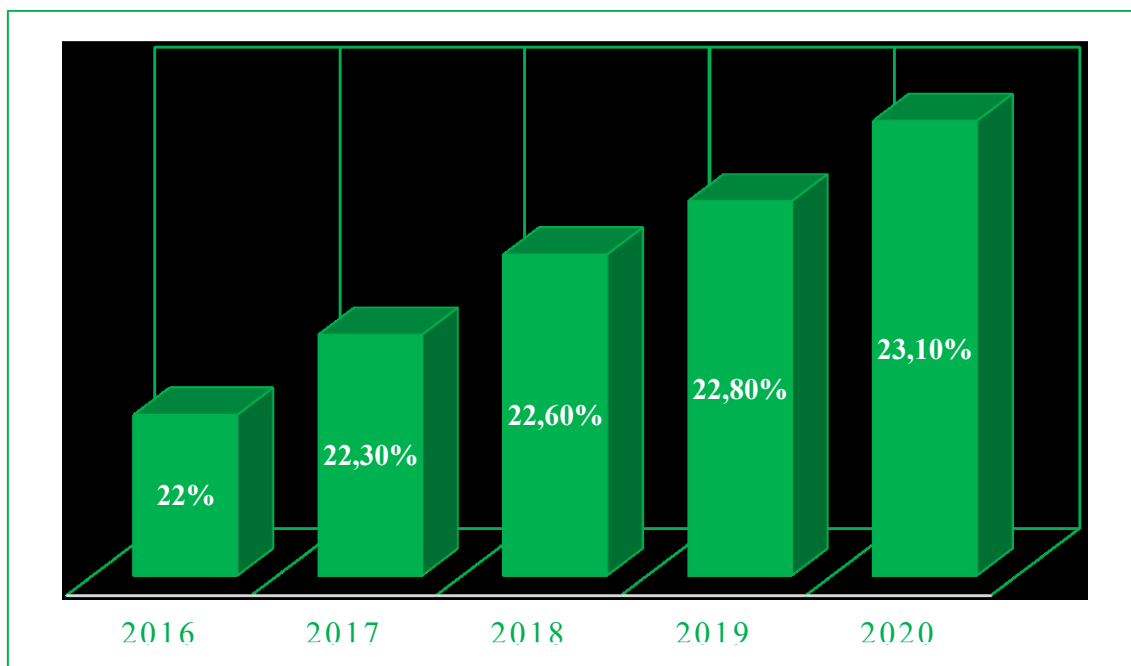
La tabella 2 prende in esame la popolazione con fascia di età tra i 15 e i 64 anni. Si nota che dal 2016 al 2020 il numero di persone appartenenti a tale fascia d'età sia diminuito.

Si hanno questi numeri percentuali:

- 2016 = 64,3%
- 2017 = 64,2%
- 2018 = 64,1%
- 2019 = 64%
- 2020 = 63,9%

Dal 64,3% il 1° gennaio 2016, si è arrivati al 63,9% il 1° gennaio 2020.

Tabella 3. Popolazione 65 anni e più - valore percentuale al 1° gennaio (ISTAT):



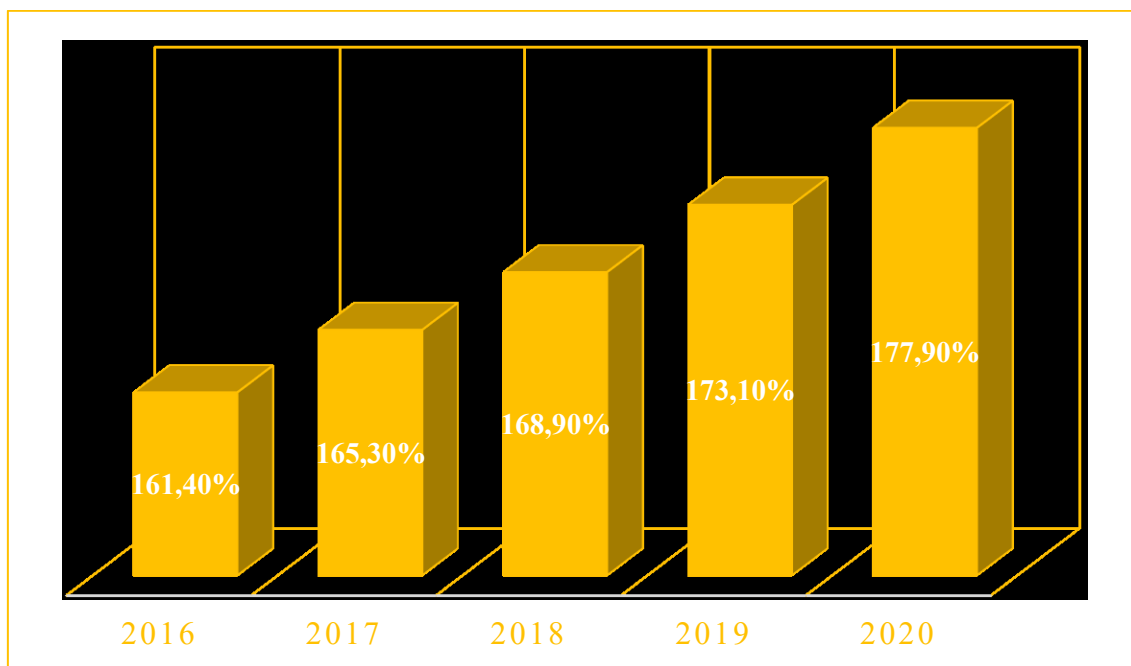
La tabella 3, invece, conferma ciò che avevo detto in precedenza, ovvero che la fascia di popolazione in incremento, ad oggi, è proprio quella che comprende soggetti con età uguale o maggiore a 65 anni. Si hanno questi numeri percentuali:

- 2016 = 22%
- 2017 = 22,3%
- 2018 = 22,6%
- 2019 = 22,8%
- 2020 = 23,1%

Dal 22% il 1° gennaio 2016, si è arrivati al 23,1% il 1° gennaio 2020.

Fondamentale per comprovare questo dato statistico è un ultimo parametro, ovvero l'indice di vecchiaia (Tab.4).

Tabella 4. Indice di vecchiaia - valore percentuale al 1° gennaio (ISTAT):



L'indice di vecchiaia stima il grado di invecchiamento di una popolazione. Si definisce come il rapporto di coesistenza tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14 anni). Valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi. Nella tabella 4, che prende in esame proprio l'indice di vecchiaia, si nota come dal 2016 al 2020, i valori percentuali siano tutti superiori a 100. Si hanno questi numeri percentuali:

- 2016 = 161,4%
- 2017 = 165,3%
- 2018 = 168,9%
- 2019 = 173,1%
- 2020 = 177,9%

Ciò vuol dire che la popolazione anziana, rispetto a quella giovane, non ha fatto altro che andare incontro ad una crescita costante nel progredire degli anni, confermandosi come realtà demografica in maggioranza, rispetto alla realtà demografica rappresentata dai giovani.

La spiegazione logica ai dati precedentemente descritti è questa: i progressi della scienza e della medicina hanno permesso oggi di trattare, con esiti positivi, malattie che tempo fa non garantivano alcune aspettative di vita e, seppur la guarigione possa non essere

completa, permettono una maggiore sopravvivenza. Tradotto in termini molto semplici, significa che ad oggi è aumentata la prospettiva di vita per gli anziani, con la conseguenza che ne sono presenti molti affetti contemporaneamente da pluripatologie croniche. (7)

La presenza contemporanea di più patologie è la comorbidità. Ad esempio si ha comorbidità se una persona con diabete soffre anche di una patologia a carico dell'apparato cardiovascolare. Le patologie si verificano contemporaneamente o in sequenza e in maniera indipendente rispetto alla malattia primaria. La presenza di più patologie croniche nello stesso individuo può peggiorarne lo stato di salute e far sì che vada incontro a disabilità (limitazione o perdita delle capacità di compiere un'attività). La fascia di popolazione anziana in cui si riscontrano, per lo più, le comorbidità, ha un'età maggiore di 75 anni. L'anziano, con un'età maggiore di 75 anni e con pluripatologie, è a tutti gli effetti un anziano fragile.

La condizione clinica caratterizzata da disabilità, conseguente alle patologie croniche, non si distingue facilmente dalle condizioni di fragilità stessa, la quale è caratterizzata da molte variabili. La fragilità ha come possibili markers:

- La presenza di disturbi dell'equilibrio e della marcia.
- La debolezza muscolare.
- La ridotta tolleranza allo sforzo.
- Le modificazioni della composizione corporea (perdita di peso, sarcopenia, malnutrizione).
- La perdita funzionale: incapacità di reazione dinanzi a eventi stressanti, perdita dell'autosufficienza (fragilità biologica).

Queste caratteristiche aumentano il rischio di istituzionalizzazione, di morte e di sindromi geriatriche come la perdita della funzione, la depressione, le cadute, l'incontinenza urinaria e la "rigidità" (non risposta al trattamento riabilitativo). Per ridurre l'esposizione a eventi negativi (istituzionalizzazione, morte e sindromi geriatriche) bisogna saper identificare il ruolo della fragilità, attuare un'accurata presa in carico e pianificare interventi mirati sul piano clinico, psicologico e sociale. L'anziano, infatti, può essere in condizioni socio-ambientali scadenti, con una famiglia non in grado di prendersene cura oppure con un nucleo familiare che presenta criticità aggiuntive. In ambito geriatrico alcune condizioni cliniche rappresentano indicatori di fragilità:

- Il delirium (sindrome clinica caratterizzata da transitoria ed in genere reversibile confusione mentale, che si associa ad un importante disorientamento spaziale e temporale, inattenzione e pensiero disorganizzato).
- La depressione (stato patologico di abbattimento psico-fisico).
- Le cadute.

L'obiettivo principale è di prevenire la fragilità, riducendo al minimo le conseguenze cliniche delle malattie croniche e ottimizzando le funzioni residue. (8)

A tal proposito si ricorre alla valutazione multidimensionale, a un'accurata valutazione medica e alla rivalutazione nel tempo, che permettono di identificare il livello di stabilità o di fragilità della persona malata e di comprendere l'evoluzione, i punti critici della storia naturale della persona, adattando gli interventi di riduzione del rischio di disabilità, istituzionalizzazione e morte. Lo scenario epidemiologico dell'invecchiamento della popolazione rivela la presenza di due gruppi distinti:

- Gli anziani più giovani, in buona o discreta salute, che all'insorgere della malattia richiedono interventi specifici e limitati nel tempo.
- Gli anziani fragili, generalmente più vecchi, caratterizzati da un elevato numero di patologie croniche di diversa gravità, che si giovano di interventi terapeutici talvolta di difficile caratterizzazione sul piano fisiopatologico.

Nell'ambito delle cure, anche interventi clinici inappropriati possono determinare la comparsa di eventi negativi, che portano a un aumento di mortalità, come interventi ingiustificati di cateterismo vescicale in pazienti anziani ospedalizzati, che si associano al prolungamento della degenza ospedaliera, oltre che a un aumento del rischio di sviluppare infezioni urinarie nosocomiali, ma anche a un aumentato rischio di morte. La cura del paziente fragile rappresenta un aspetto ancora largamente dibattuto. Infatti, all'aumento esponenziale della popolazione anziana e all'incremento numerico di persone affette da malattie croniche gravi (quali lo scompenso cardiaco, le demenze o le malattie dell'apparato muscolo-scheletrico e respiratorio), non è corrisposta un altrettanto rapida capacità di adeguamento scientifico e culturale da parte della società e della medicina, che non ha saputo costruire modelli teorici e concrete realizzazioni. La valutazione multidimensionale si è rivelata uno strumento prezioso per inquadrare la persona come realtà complessa. (9)

Capitolo 2:

Le lesioni cutanee

L'ulcera cutanea non deve essere considerata come malattia a sé, ma come manifestazione secondaria o accessoria, relativa a un altro processo morboso di cui è nel contempo sintomo e segno. Le lesioni cutanee croniche sono divenute un problema di frequente riscontro e di rilevante impatto sociale, in relazione all'invecchiamento della popolazione, associato all'aumento dei fattori di rischio come aterosclerosi, fumo, obesità e diabete. Esse, infatti, interessano l'1% della popolazione adulta, il 3-5% dei soggetti sopra i 65 anni e prediligono il sesso femminile. Ad aggravare il problema contribuiscono due fattori: la lenta e scarsa tendenza alla guarigione (il 20% delle ulcere è ancora aperta dopo due anni e l'8% delle stesse non risulta guarita dopo 5 anni) e le frequenti recidive (67%). Compito dei professionisti sanitari e dei medici specialisti è quello di prendere in carico il paziente con l'obiettivo di curare la persona nella sua globalità e non le sue singole malattie, per garantire un'assistenza di qualità. (10)

2.1 Lesioni cutanee

Le lesioni cutanee sono aree anatomiche con perdita tissutale e/o degli annessi con o senza esposizione dei tessuti sottostanti. Sono caratterizzate da un'alterazione morfologica dell'apparato tegumentario a livello superficiale o epidermide, che, nei casi più gravi, può approfondirsi agli strati sottocutanei o ipoderma, fino a raggiungere l'osso.

2.1.1 Acute e croniche

Le lesioni cutanee possono essere:

- **Acute:** ferite (tra le più diffuse ci sono quelle chirurgiche).
- **Croniche:** ulcere.

Si differenziano in questo modo per il tempo di guarigione, infatti una lesione cutanea acuta guarisce in 8-10 settimane, attraverso il processo di cicatrizzazione (infiammazione → proliferazione → rimodellamento), invece una lesione cutanea cronica guarisce in tempi maggiori: mesi o addirittura anni. Anche nell'ulcera avviene il processo di cicatrizzazione, ma questo è alterato da un processo infiammatorio caratterizzato da un'eccessiva proliferazione di capillari con fibroblasti, linfociti e macrofagi. A contribuire ad una lenta guarigione dell'ulcera sono anche: la profondità e il diametro della lesione, ma soprattutto i tanti meccanismi eziopatogenetici che ne sono alla base.

2.1.2 Superficiali e profonde

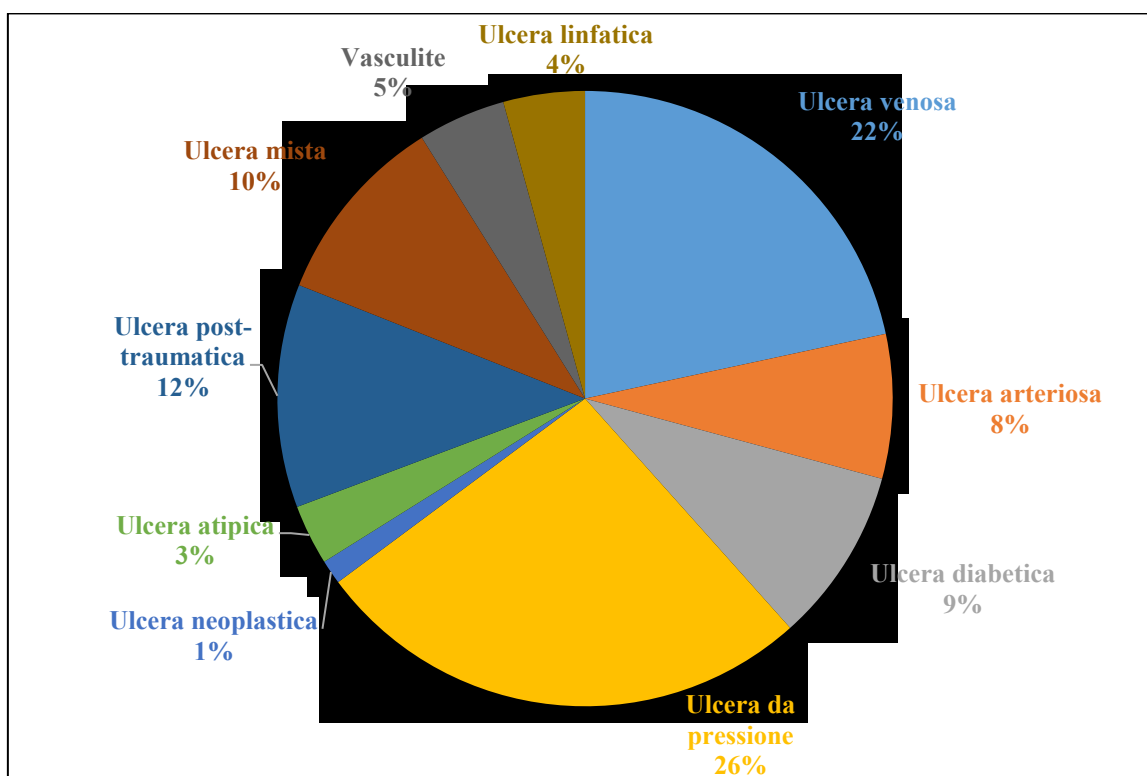
Le ulcere cutanee possono essere:

- **Superficiali:** interessano l'epidermide, il derma e/o una parte dell'ipoderma.
- **Profonde:** interessano il tessuto sottocutaneo fino ai muscoli, arrivando fino all'osso (esponendolo).

2.2 Lesioni cutanee degli arti inferiori

Le ulcere croniche colpiscono soprattutto gli arti inferiori, ne sono diverse e sono riconducibili a diverse cause. La tabella 5 mostra le tipologie di ulcere cutanee che colpiscono gli arti inferiori. Sotto ad ogni tipologia è espresso un numero in percentuale, che rappresenta in termini quantitativi quanto siano diffuse. La tipologia di ulcera che è diffusa maggiormente è l'ulcera da pressione (26%), seguono l'ulcera venosa (22%), l'ulcera post-traumatica (12%), l'ulcera mista (10%), l'ulcera diabetica (9%), l'ulcera arteriosa (8%), la vasculite (5%), l'ulcera linfatica (4%), l'ulcera atipica (3%) e, all'ultima posizione si colloca l'ulcera neoplastica (1%). (11)

Tabella 5. Epidemiologia delle ulcere cutanee degli arti inferiori (*Lesioni cutanee croniche. Gestione e trattamento, Alessandro Scalise*)



2.2.1 La lesione venosa

Le ulcere venose sono lesioni che si riscontrano, con più frequenza, a livello della superficie mediale e della regione perimalleolare della gamba, conseguentemente all'insufficienza venosa (condizione patologica che ostacola il ritorno del sangue al cuore, che determina ipertensione venosa e stasi, con formazione di fibrina pericapillare, che ostacola gli scambi gassosi, determinando l'insorgenza di ulcere).

Segni e sintomi: la lesione si presenta con bordi piatti o poco rilevati e di forma irregolare, con fondo lesionale fibrinoso e granuleggiante.

Diagnosi: l'esame obiettivo è il primo passo per fare diagnosi. Successivamente si procede all'esecuzione di un eco-color-Doppler artero-venoso degli arti inferiori.

Trattamento: lo scopo principale è ridurre l'edema. I due punti fondamentali del trattamento sono:

- Il bendaggio elasto-compressivo, che corregge l'ipertensione venosa.
- Le tecniche di medicazione avanzate con caratteristiche di elevata assorbenza e di controllo dell'infezione, attraverso l'utilizzo di argenti, alginati, idrofibre, idrogel, schiume di poliuretano e pellicole trasparenti. (12)

2.2.2 La lesione arteriosa

L'ulcera arteriosa è una lesione che insorge come conseguenza dell'insufficienza arteriosa, secondaria alla malattia aterosclerotica. Si localizza sul dorso del piede, sulla faccia laterale del calcagno, sulla faccia mediale dell'alluce, sulla faccia laterale delle altre dita.

Segni e sintomi: le ulcere arteriose presentano margini netti, regolari, con fondo necrotico o fibrinoso, che può approfondirsi fino a muscoli, tendini e ossa. Le lesioni, all'inizio, sono di piccole dimensioni ma possono estendersi fino a raggiungere livelli tali da amputare l'arto. Tra i segni si possono trovare: l'aumento termico della cute, l'algia e la cianosi, che precedono la comparsa di lesioni bollose a contenuto ematico, che si aprono, esponendo un fondo necrotico. Il dolore è intenso e si accentua con la sovrarelevazione dell'arto e si riduce ponendo l'arto in posizione declive.

Diagnosi: la diagnosi è di tipo clinico e viene confermata dall'eco-color-Doppler. Il paziente si indaga attraverso:

- Il rilevamento dei polsi periferici.
- L'esame dell'albero venoso.
- L'eco-color-Doppler artero-venoso degli arti inferiori.

- Gli esami ematici: emocromo, glicemia, quadro lipidico, PT, PTT, INR, AT III, Prot C, Prot S, omocisteina, alterazione del fattore V di Leiden, fibrinogeno.
- Visite specialistiche: angiologo e chirurgo vascolare.
- Esami di secondo livello come l'arteriografia o l'angio-RM.

Trattamento: il trattamento deve essere mirato sia all'arteriopatia che all'ulcera. Tra gli interventi invasivi di elezione ci sono la chirurgia o la radiologia interventistica come l'angioplastica percutanea o transluminale arteriosa, associate a trombolisi loco-regionale o all'applicazione di endoprotesi. Inoltre si somministrano farmaci vasodilatatori, anticoagulanti, antiaggreganti e antidolorifici. Si utilizzano anche medicazioni con argento, idrogel, schiume di poliuretano, idrofibre e acido ialuronico. (13)

2.2.3 La lesione mista

Le alterazioni macrocircolatorie arteriose e venose agiscono sinergicamente in un danno microcircolatorio, responsabile di lesioni cutanee ad evoluzione rapida e progressiva. Le ulcere che ne conseguono possono localizzarsi in una delle due sedi tipiche, a seconda di quale sia il disturbo vascolare prevalente, oppure in sedi intermedie (dorso del piede). L'obiettività perilesionale è mista: si può osservare a carico dell'arto interessato, sia il pallore, sia la cianosi e l'edema, che le alterazioni atrofico-pigmentarie. La gravità del danno vascolare determina la notevole profondità di queste ulcere, che possono addirittura coinvolgere le strutture tendinee, e la considerevole resistenza ai trattamenti.

2.2.4 L'ulcera vasculitica

L'ulcera vasculitica è una lesione conseguente alla vasculite, che è un'inflammatione dei vasi sanguigni, caratterizzata da fenomeni flogistici e necrotici a carico della parete dei vasi, con conseguente ischemia dei tessuti. Gli arti inferiori sono colpiti con maggiore frequenza.

Segni e sintomi: le ulcere vasculitiche si presentano rotondeggianti, con margini netti, fondo lesionale con aree di necrosi e fibrina, iperpigmentazione cutanea e forte dolore.

Diagnosi: per la diagnosi di ulcera vasculitica sono fondamentali:

- Gli esami di laboratorio.
- Gli esami strumentali: eco-color-Doppler artero-venoso e biopsia diagnostica e colturale.

Trattamento: medicazione avanzata scelta sulla base della valutazione clinica della lesione. Sono utili le medicazioni a base di acido ialuronico o quelle con ibuprofene o anestetici locali. (14)

2.3 La lesione da pressione

L'ulcera da pressione o lesione da pressione (LdP) è una lesione che si riscontra in corrispondenza di prominenze ossee. Può interessare l'epidermide, il derma, gli strati sottocutanei e, nei casi più gravi, può raggiungere la muscolatura e le ossa. Le ulcere da pressione sono aree di necrosi e ulcerazione in cui i tessuti vengono compressi tra prominenze ossee e superfici dure.

Da un punto di vista eziopatogenetico i fattori che aumentano la possibilità di sviluppare lesioni da pressione si dividono in fattori generali e locali.

Fattori generali:

- **Età:** gli anziani sono più suscettibili ai danni dovuti alla pressione, anche quando questa è lieve, perché hanno la pelle più sottile, il tessuto adiposo sottocutaneo meno spesso e la struttura fibro-elastica di sostegno dei tessuti molli meno forte rispetto ai giovani.
- **Malnutrizione:** la maggior parte degli anziani ha uno stato nutrizionale inadeguato. Questa condizione colpisce l'integrità della pelle e ostacola il processo di guarigione delle lesioni, riducendo sia il tessuto adiposo che quello muscolare, i quali fanno da protezione per il contatto con le ossa. È fondamentale, quindi, che nella dieta non manchi il giusto apporto di vitamine, proteine e sali minerali. Inoltre l'idratazione è fondamentale affinché la pelle si mantenga elastica e si accorci il processo di guarigione delle ferite.
- **Immobilità:** l'incidenza di lesioni da pressione è maggiore tra le persone che risiedono nelle case di riposo e che sono ricoverate in ospedale, in quanto queste sono costrette all'immobilità.
- **Incontinenza urinaria o fecale:** i problemi di controllo della vescica e degli sfinteri fanno sì che la cute rimanga umida con la tendenza a lacerarsi più facilmente, invece se i batteri contenuti nelle feci vanno a contatto con la ferita, provocano gravi infezioni locali e sistemiche.
- **Diminuzione della capacità cognitiva:** fa sì che i pazienti non siano in grado prevenire o curare le lesioni da pressione.

Fattori locali:

- **Pressione:** quando la pressione che comprime la superficie corporea al piano d'appoggio è maggiore di quella del sangue nel distretto arteriolo-capillare (>32 mmHg) si sviluppa la lesione da pressione. Inoltre è importante anche la durata della pressione, infatti un'alta pressione esercitata per breve tempo causa lo stesso

danno di una bassa pressione esercitata per un tempo maggiore. Le aree anatomiche più esposte al danno da pressione sono a livello della testa (posteriormente), dell'orecchio, della spalla, dei gomiti, del bacino, dell'anca, dell'osso sacro, del coccige e dei talloni.

- **Forza di stiramento e taglio:** si verifica quando la pelle e i muscoli si muovono in una direzione, mentre l'osso si muove nella direzione opposta (es: forze di stiramento esercitate a letto o su una sedia a rotelle).
- **Forze di attrito o frizione:** è la forza esercitata tra due superfici che si muovono l'una contro l'altra.
- **Aumento della temperatura e dell'umidità:** (es: utilizzo improprio di pannoloni o traverse monouso) surriscaldamento della cute con conseguente aumento del metabolismo, esacerbazione degli eventi ischemici tissutali e sudorazione che portano a macerazione dei tessuti.

Segni e sintomi:

La lesione da pressione si caratterizza per la sua stadiazione. Sono 5 gli stadi delle lesioni da pressione:

- **Stadio 1:** la zona della cute interessata dalla lesione da pressione si presenta con rossore diffuso, dolenzia e prurigine oppure con calore, porosità o gonfiore al tatto.
- **Stadio 2:** ferita a spessore parziale che interessa l'epidermide, il derma o entrambi e si presenta sotto forma di abrasione, vescica o leggera cavità.
- **Stadio 3:** ferita a tutto spessore che si presenta con profonda cavità. È caratterizzata dalla necrosi del tessuto sottocutaneo che può estendersi in profondità fino alla fascia sottostante.
- **Stadio 4:** perdita di tessuto a tutto spessore. Le lesioni possono estendersi fino ai muscoli e alle strutture di supporto (tendini e ossa) esponendole, con possibili degenerazioni osteomielitiche.
- **Stadio 5:** la profondità effettiva dell'ulcera è nascosta da fibrina o da un'escara.

Diagnosi:

L'esame obiettivo è sufficiente a valutare una lesione da pressione. Il sospetto deve esserci sempre quando ci sono superfici ischemizzanti o abitudini sospette riguardo ai carichi sui tessuti.

Trattamento: Risulta fondamentale un'integrazione multidisciplinare tra infermieri esperti nella cura delle ferite difficili e i medici di medicina, geriatria, neurologia, gli psichiatri, i chirurghi ortopedici, i chirurghi vascolari e plastici, gli urologi (se il problema

è rappresentato dall'incontinenza) i terapeuti della nutrizione e della terapia fisica e occupazionale. Nello specifico è utile fare un trattamento locale applicando il wound bed preparation (o preparazione del letto della ferita) con i principi del TIME: Tessuto, Infezione o Infiammazione, Macerazione, Epidermide (Fig.2). Qualora tale trattamento risultasse inefficace, è necessario intervenire con il trattamento chirurgico (15).

Nella figura 2 viene spiegato il significato delle lettere che compongono la parola TIME. La "T" sta per tessuto necrotico o devitalizzato che impedisce la guarigione della ferita. La "I" sta per infezione, ovvero la presenza di microrganismi virulenti, che danneggiano la cute.

La "M" sta per macerazione (eccesso di essudato), che danneggia i margini della ferita, oppure secchezza (disidratazione cutanea), che rallenta la migrazione delle cellule epiteliali.

La "E" sta per epidermide, ovvero i margini della cute non progrediscono sul letto della ferita, per mancata risposta agli stimoli dei fattori di crescita.



Figura 2. "TIME", assocarenews.it

Il TIME prevede la pianificazione di interventi clinici mirati ad ottenere risultati clinici soddisfacenti (Fig.3):

Osservazioni cliniche	Presunta patofisiologia	WBP - Interventi clinici	WBP - Effetti degli interventi clinici	Risultati clinici
Tessuto necrotico o devitalizzato	Difetto della matrice e residui cellulari sono di ostacolo alla guarigione	Debridement (occasionale o di mantenimento) <ul style="list-style-type: none"> • chirurgico, enzimatico, autolitico, meccanico o biologico 	Fondo della lesione deterso e ripristinata funzionalità delle proteine della matrice extra cellulare	Fondo della lesione vitale
Infezione o infiammazione	<i>Elevata carica batterica o infiammazione prolungata</i> <ul style="list-style-type: none"> ↑ citochine pro-infiammatorie ↑ attività proteasica ↓ attività dei fattori di crescita 	<i>Rimozione foci infetti: terapia locale/sistemica</i> <ul style="list-style-type: none"> • antimicrobici • antinfiammatori 	<i>Riduzione della carica batterica o controllo dell'infiammazione</i> <ul style="list-style-type: none"> ↓ citochine pro-infiammatorie ↓ attività proteasica ↑ attività dei fattori di crescita 	Controllo dell'infezione e dell'infiammazione
Macerazione o secchezza - squilibrio dei fluidi	Secchezza: lenta migrazione delle cellule epiteliali Essudato in eccesso: macerazione dei margini della ferita	Applicazione di medicazioni avanzate per favorire il giusto grado di umidità Bendaggio compressivo, pressione negativa o altri metodi per rimuovere l'eccesso di essudato	Ripristino migrazione cellule epiteliali; secchezza evitata Riduzione dell'edema, controllo dell'eccesso di essudato; macerazione evitata	Bilancio dei fluidi (essudato)
Epidermide margini non proliferativi o sottominati	Cheratinociti non migranti Cellule non responsive e anomalie nell'attività delle proteasi	Ri-accertare le cause o considerare terapie correttive <ul style="list-style-type: none"> • debridement • innesti cutanei • terapie di supporto 	Migrazione dei cheratinociti e presenza di cellule responsive Ripristino di un appropriato profilo delle proteasi	Margini epiteliali in attiva proliferazione

Figura 3. "TIME INTERVENTI", assocarenews.it

Nella figura 3 si nota che se il tessuto è necrotico o devitalizzato si interviene con un debridement (sbrigliamento o tecnica medica e infermieristica che prevede la rimozione di tessuto lacerato, devitalizzato o contaminato) chirurgico, enzimatico, autolitico, meccanico o biologico.

- **Chirurgico:** utilizzo di lame da bisturi o di laser che permette di eliminare rapidamente il tessuto necrotico, il tessuto carente e la fibrina. Può essere eseguito in sala operatoria o al letto del paziente, a seconda dell'estensione del materiale necrotico e della capacità del paziente di tollerare la procedura.
- **Enzimatico:** uso di alcuni particolari enzimi che promuovono la rimozione del tessuto necrotico. Questi enzimi derivano da microrganismi tra cui i clostridi oppure derivano dalle piante (es: collagenasi, streptochinasi). Questo tipo di debridement funziona bene sulle ferite (specie le ustioni) con una grande quantità di detriti necrotici o con formazione di escara.
- **Autolitico:** medicazioni umide che promuovono l'autolisi tramite enzimi prodotti dall'organismo e dai globuli bianchi del sangue. Può essere ottenuto con l'uso di medicazioni occlusive o semi-occlusive che mantengono il fluido della ferita a contatto con il tessuto necrotico oppure con idrocolloidi, idrogel e film trasparenti.
- **Meccanico:** uso di particolari medicazioni, idroterapia (irrigazione diretta della ferita e irrigazione terapeutica con aspirazione) oppure ultrasuoni per rimuovere l'escara di una ferita stabile.

- **Biologico:** utilizzo di larve ad uso medico che si nutrono del tessuto necrotico e quindi puliscono la ferita rimuovendo, nel contempo, i batteri.

L'utilizzo delle varie tipologie di debridement rende il fondo della ferita deterso e ripristina la funzionalità della matrice extra cellulare, permettendo di ottenere come risultato clinico un fondo della lesione vitale.

Quando è presente infezione o infiammazione si interviene con l'utilizzo di antimicrobici e antinfiammatori, che riducono la carica batterica, permettendo di ottenere come risultato clinico sia il controllo dell'infezione che dell'infiammazione.

Quando è presente essudato (liquido infiammatorio extravascolare) in eccesso, che macera i margini della ferita, si interviene con un bendaggio compressivo e la pressione negativa, che riducono l'edema e permettono di controllare l'eccesso di essudato, evitando la macerazione. Se, invece, la ferita è secca si applicano medicazioni avanzate, che ristabiliscono il giusto grado di umidità, favorendo la migrazione delle cellule epiteliali e il corretto bilancio di fluidi.

Quando i margini della ferita non sono proliferativi o sono sottominati si considera l'applicazione di terapie correttive (debridement, terapie di supporto, innesti cutanei) che garantiscono l'attiva proliferazione dei margini epiteliali (con il ripristino di un appropriato profilo delle proteasi e la migrazione dei cheratinociti).

Prevenzione: prima ancora di qualsiasi trattamento, l'arma migliore per "curare" le lesioni da pressione è la prevenzione. Prevenzione vuol dire evitare, attraverso attenti e quotidiani accorgimenti che compaia la lesione da pressione. Tra i trattamenti preventivi migliori ci sono:

- Cambiamento di posizione del paziente e l'uso di dispositivi di sostegno antidecubito.
- Ispezione quotidiana della cute.
- Dieta iperproteica e cambiamenti dello stile di vita. (16)

2.4 L'ulcera diabetica

L'ulcera diabetica è una lesione cronica che interessa, in relazione alla sua gravità, i tessuti cutanei superficiali e profondi (fino all'osso), con infezioni e fistole che possono portare a necrosi e amputazione della zona interessata dalla lesione. La sua localizzazione più comune è nel piede (piede diabetico) e coinvolge in senso disto-proximale le regioni apicali delle dita, le giunture articolari delle interfalangee, le teste metatarsali (regione plantare), il tallone, le prominenze ossee della caviglia e la gamba. Il piede diabetico è una delle più frequenti e invalidanti complicanze dell'iperglicemia cronica trascurata o non compensata.

Segni e sintomi: dolore, formicolio e alterazione della sensibilità nella zona esterna del piede. Si può avere anche algia, ipotermia ed edema a carico del piede e della caviglia. Se la lesione è grave, il paziente può avere difficoltà a deambulare.

Diagnosi: si studia il paziente in tutti i suoi aspetti attraverso:

- Anamnesi ed esame fisico.
- Test di laboratorio per determinare l'equilibrio glico-metabolico.
- Radiografia per esaminare la possibile presenza di danni a carico delle ossa.
- Studio del cuore con elettrocardiogramma ed ecocardiogramma.
- Eco-color-Doppler per lo studio vascolare degli arti inferiori, del cuore e cerebrale.
- Studio della funzionalità renale (ecografia).
- Studio retinico (fondo oculare).
- Quadro lipidico.
- Stato infiammatorio e coagulativo.
- Angiografia, angio-RM e RM per determinare l'assetto vascolare, dei tessuti molli ed eventuali infezioni a livello dell'osso.

Trattamento: il trattamento del piede diabetico richiede una valutazione multidisciplinare con un team composto da infermieri, diabetologi, podologi, chirurghi plastici, ortopedici e radiologici interventistici. Si utilizzano un'ideale terapia insulinica o con ipoglicemizzanti orali, antibiotici contro il patogeno responsabile dell'infezione, medicazioni avanzate, terapia del dolore, rivascolarizzazione arteriosa, debridement chirurgico e ossigenoterapia iperbarica. (17)

Capitolo III:

La qualità assistenziale nel paziente con lesioni cutanee croniche

Ogni infermiere, nello svolgimento della sua professione, ha l'onere di garantire la qualità assistenziale, che è una caratteristica essenziale ed indispensabile dell'assistenza sanitaria ed un diritto di ogni paziente e di ogni comunità. La nascita del concetto di qualità si colloca nel 1933 con Lee e Jones, che definiscono la qualità dell'assistenza come "l'applicazione di tutti i servizi necessari della moderna medicina scientifica ai bisogni della popolazione". Negli anni '60 A. Donabedian afferma che la qualità è "il grado con cui l'assistenza è in conformità con gli attuali criteri di buona assistenza". Nel 1980 Sackett sostiene che la qualità dell'assistenza sanitaria è "la frequenza con cui si compiono interventi sanitari di dimostrata efficacia, più utili che dannosi, e con cui si evitano interventi più dannosi che utili". Nel 1988, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la qualità come "la disponibilità di un mix di servizi sanitari diagnostici e terapeutici, tali da produrre, con la maggior probabilità, l'esito di un'assistenza sanitaria ottimale, compatibilmente con le conoscenze raggiunte dalla scienza medica ed il rapporto con i fattori biologici quali l'età del paziente, la malattia di cui è affetto, le diagnosi secondarie concomitanti, le risposte al regime terapeutico ed altri fattori connessi con:

- Il minimo dispendio di risorse per raggiungere questo risultato.
- Il minor rischio possibile di ulteriori danni o disabilità in conseguenza di tale terapia.
- La massima soddisfazione possibile del paziente riguardo al processo di assistenza, alla sua personale interazione con il sistema sanitario ed i risultati ottenuti.

Con i decreti legislativi 502/92 e 517/93, nella sanità italiana, vengono inseriti i concetti di efficacia, efficienza e qualità e con essi la possibilità e il dovere di verificare il raggiungimento del servizio reso e la sua qualità. Per misurare l'attività assistenziale si utilizzano gli indicatori di qualità, che si definiscono come quel termine oggettivo e oggettivabile, attraverso un valore numerico, che consente la valutazione di una determinata prestazione o processo. L'infermiere, quindi, ha il compito di migliorare la salute del cittadino, attraverso un'assistenza fornita con:

- Efficacia: determinando il risultato con pienezza e completezza.

- Efficienza: sfruttando le risorse nel miglior modo e raggiungendo lo scopo nel minor tempo. Considera il rapporto tra risorse impiegate, intervento erogato e le modalità di applicazione delle risorse.

3.1 L'appropriatezza

La dimensione della qualità dell'assistenza è determinata oltre che dalla dimensione di efficienza ed efficacia, anche dal concetto di appropriatezza, ovvero la misura di quanto una scelta o un intervento diagnostico/terapeutico sia adeguato rispetto alle esigenze del paziente e al contesto sanitario. Un intervento diagnostico o terapeutico risulta appropriato nel momento in cui risponde, il più possibile, relativamente al contesto in cui si colloca, ai criteri di efficacia, sicurezza ed efficienza. La definizione proposta dai ricercatori dell'organizzazione americana RAND è, ad oggi, la più ampiamente usata a livello internazionale: "una procedura è appropriata se il beneficio atteso (ad es. un aumento della aspettativa di vita, il sollievo dal dolore, la riduzione dell'ansia, il miglioramento della capacità funzionale) supera le eventuali conseguenze negative (ad es. mortalità, morbosità, ansia, dolore, tempo lavorativo perso) con un margine sufficientemente ampio, tale da ritenere che valga la pena effettuarla". Per quanto riguarda l'Italia, il termine appropriatezza ha acquistato una rilevanza normativa con il D.Lgs 229/99, divenendo uno dei criteri per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ovvero le prestazioni e i servizi che il servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse). Il termine appropriatezza è complesso e assume una validità multidimensionale, tuttavia due sono le componenti fondamentali:

- L'appropriatezza clinica che identifica il livello di efficacia di una prestazione o procedura per un particolare paziente ed è determinata sulla base sia delle informazioni cliniche relative alle manifestazioni patologiche del paziente, sia delle conclusioni diagnostiche. Non prende in considerazione la relazione costi-efficacia.
- L'appropriatezza organizzativa che identifica la situazione in cui l'intervento viene erogato in condizioni tali (ambito assistenziale, professionisti coinvolti) da "consumare" un'appropriatezza quantità di risorse (efficienza operativa). Prende, quindi, in considerazione la relazione costi-efficacia.

L'applicazione dell'appropriatezza si ottiene attraverso la predisposizione di strumenti di supporto pratico al lavoro dei clinici (individuati sulla base di criteri espliciti, condivisi e

scientificamente fondati), come i protocolli. Essi sono documenti, che delineano un modello formalizzato di comportamento professionale, declinando una successione di azioni fisiche, mentali e verbali con le quali gli infermieri raggiungono un determinato obiettivo. Nel mondo delle lesioni cutanee, il personale infermieristico garantisce l'appropriatezza attraverso il rispetto di uno specifico protocollo (*all.n.3*).

3.2. La presa in carico

La professione infermieristica fonda la sua essenza nel concetto di presa in carico, che è un'assunzione di responsabilità nel programmare e gestire un intervento in modo intenzionale e strategico, utilizzando strumenti e risorse per risolvere il problema e superare gli ostacoli che l'utente da solo non è in grado di gestire. Nel caso del paziente con lesioni cutanee, egli deve essere inserito all'interno di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), basato sulla presa in carico da parte di una rete composta da un team multi-professionale, che garantisca un approccio globale allo stesso. Uno dei primi interventi da attuare al momento della presa in carico del paziente, è l'individuazione del rischio di insorgenza di lesioni cutanee. È a rischio un paziente che, a causa di fattori generali o locali legati ad una patologia o ad una complicanza di questa, ha maggiore probabilità di sviluppare una lesione cutanea, quindi necessita di un piano assistenziale individualizzato (P.A.I.), un documento che definisce, per ciascun paziente, gli interventi necessari a raggiungere specifici obiettivi e bisogni di salute. Il PAI si sviluppa in quattro fasi:

1. Osservazione e identificazione dei bisogni assistenziali.
2. Pianificazione degli interventi, in base ai bisogni assistenziali.
3. Erogazione degli interventi.
4. Verifica dei risultati.

Nello specifico delle LdP, dovrebbero essere sottoposte ad una prima valutazione al momento della loro comparsa o al momento della presa in carico del soggetto. La valutazione deve essere ripetuta nel tempo [evidenza di grado C].

Le raccomandazioni scientifiche affermano, con evidenza di grado B, che nelle prime 24 ore dall'ingresso nelle strutture di ricovero (ospedale o residenze) ed alla prima visita domiciliare in ADI (assistenza domiciliare integrata), l'infermiere valuta l'utente procedendo con:

- Ispezione della cute: secchezza, edemi localizzati o generalizzati, arrossamenti. Si fa particolare attenzione alle zone della cute, corrispondenti alle prominenze ossee.

- Applicazione della scala di valutazione: Norton o Braden.
- Giudizio clinico.

3.2.1 Le scale di rischio

L'evidenza di grado A raccomanda che per la valutazione del rischio di LdP è consigliabile l'utilizzo di una scala validata.

Scala di Norton:

La scala di Norton esamina 5 parametri: condizioni fisiche, stato mentale, deambulazione, mobilizzazione e incontinenza, a cui viene assegnato un punteggio da 1 a 4 (Fig.4). La somma costituirà l'indice di rischio.

Parametri	1	2	3	4
Condizioni fisiche	Pessime	Scadenti	Discrete	Buone
Stato mentale	Comatoso	Confuso	Disorientato	Lucido
Deambulazione	Costretto a letto	Costretto su sedia	Cammina con aiuto	Autonomo
Mobilizzazione	Immobile	Molto limitata	Poco limitata	Completa
Incontinenza	Doppia (urinaria e fecale)	Abituale (urinaria)	Occasionale (minore di 2 volte/die)	Assente

Figura 4. "Scala di Norton", slideshare.net

La scala di Norton è stata integrata con altri parametri, ai quali viene assegnato un punto per ogni elemento di positività (Fig.5):

Diagnosi clinica di diabete	Sì
Diagnosi clinica di ipertensione	Sì
Ematocrito basso (< 38g/dl)	Sì
Albuminemia (< 3,5g/dl)	Sì
Temperatura corporea (> 37 °C)	Sì
Modificazione dello stato mentale nelle prime 24 ore con comparsa di confusione mentale o letargia	Sì

Figura 5. "Scala di Norton parametri aggiuntivi", slideshare.net

L'indice di rischio viene calcolato sottraendo al punteggio della scala di Norton (Fig.4) quello relativo alla valutazione dei parametri aggiuntivi (Fig.5). Valori uguali o minori di 10 sono indice di rischio elevato rispetto alla genesi di lesioni.

Scala di Braden:

La scala di Braden esamina 6 parametri: percezione sensoriale, umidità cutanea, attività, mobilità, alimentazione, frizione e scivolamento. Ad ogni parametro è assegnato un punteggio da 1 a 4, eccezion fatta per il parametro frizione e scivolamento a cui viene assegnato un punteggio da 1 a 3 (Fig.6). Un punteggio minore o uguale a 16 è indicativo di rischio.

Parametri	4	3	2	1
Percezione sensoriale	Non limitata	Poco limitata	Molto limitata	Completamente limitata
Umidità cutanea	Raramente umida	Occasionalmente umida	Spesso umida	Costantemente umida
Attività	Cammina frequentemente	Cammina occasionalmente	In poltrona	Completamente allettato
Mobilità	Limitazione assente	Parzialmente limitata	Molto limitata	Immobile
Alimentazione	Eccellente	Adeguate	Probabilmente inadeguata	Molto scadente
Frizione e scivolamento		Assente	Potenziale	Presente

Figura 6. "Scala di Braden", slideshare.net

Per ogni punteggio ottenuto si rendono necessari specifici interventi (Fig.7):

Punteggio scala di Braden	Interventi
0-13	Attuare un piano di monitoraggio e un piano di prevenzione con il ricorso di presidi antidecubito (letto a pressione alternata o a cessione d'aria)
13-16	Attuare un piano di monitoraggio e un piano di prevenzione con l'utilizzo di eventuali presidi antidecubito, sulla base della valutazione complessiva del paziente
17-20	Attuare un piano di monitoraggio

Figura 7. "Interventi scala di Braden", wikipedia

3.2.2 La scala di comorbidità

I soggetti portatori di lesioni da pressione dovrebbero essere sottoposti ad una valutazione globale iniziale che andrebbe ripetuta nel tempo [evidenza di grado C].

In ambito geriatrico, le comorbidità si valutano attraverso la scala CIRS (cumulative illness rating scale) o scala di comorbidità, uno strumento standardizzato utilizzato per misurare la salute dell'anziano e per stabilire il timing degli interventi specialistici. Lo strumento richiede che il medico valuti e misuri la severità clinica e funzionale di 14 categorie di malattie. Per ognuna di queste patologie deve essere definito un valore di gravità, basandosi sulla storia clinica, l'esame obiettivo e la sintomatologia dichiarata dal paziente. La scala prevede un punteggio cumulativo, che può variare da 0 a 56. Il punteggio massimo non è compatibile con la vita del paziente (Fig.8). (18)

1: assente; 2: lieve; 3: moderato; 4: grave; 5: molto grave.

Item	A	B	C	D	E
Patologie cardiache (solo cuore)	1	2	3	4	5
Ipertensione (grado di severità)	1	2	3	4	5
Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, milza, stazioni linfatiche)	1	2	3	4	5
Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea)	1	2	3	4	5
Patologie di occhio, orecchio, naso, gola, laringe	1	2	3	4	5
Patologie gastro-intestinali superiori (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	1	2	3	4	5

Patologie gastro-intestinali inferiori (intestino, ernie)	1	2	3	4	5
Patologie del fegato	1	2	3	4	5
Patologie del rene	1	2	3	4	5
Patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	1	2	3	4	5
Patologie dei muscoli, scheletro e tegumenti	1	2	3	4	5
Patologie del sistema nervoso periferico e centrale (non la demenza)	1	2	3	4	5
Patologie endocrine-metaboliche (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	1	2	3	4	5
Patologie psichiatriche-comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	1	2	3	4	5

Figura 8. “Scala CIRS”, wikipedia

3.2.3 Lo stato nutrizionale

Oltre che alle comorbidità, è importante valutare nel paziente anche lo stato nutrizionale. Tra i numerosi fattori che concorrono all’insorgenza delle LdP, lo stato nutrizionale riveste spesso un ruolo determinante. Uno stato di malnutrizione calorica e/o proteica, può determinare l’insorgenza delle LdP per riduzione della proliferazione dei fibroblasti, dell’angiogenesi e della sintesi del collagene, dei leucociti e della vitamina C, dei livelli di albumina sierica e della conta linfocitaria. Il calo ponderale conseguente ad inadeguato apporto nutrizionale, determina la riduzione del tessuto sottocutaneo con esposizione delle prominente ossee.

Per i soggetti che presentano uno stato nutrizionale compromesso, si dovrebbe attuare un piano di sostegno e/o integrazione nutrizionale che soddisfi le necessità dell’individuo e sia conforme agli scopi generali del piano di trattamento [evidenza di grado B].

L’identificazione dei soggetti a rischio può essere realizzata con l’applicazione di specifici test:

- Body Mass Index (BMI): rapporto tra peso e quadrato dell'altezza di un individuo.
- % calo ponderale: desumibile con due domande al momento dell’anamnesi.
- Patologia: non solo per quanto possa incidere sui fabbisogni nutrizionali, ma soprattutto per la probabilità che la persona non possa nutrirsi adeguatamente per periodi superiori a pochi giorni.

Se lo screening nutrizionale identifica individui inclini a sviluppare LdP o alla malnutrizione o a rischio nutrizionale, allora dovrebbe essere intrapresa una valutazione

più approfondita da parte di un dietista o di un team multidisciplinare nutrizionale. A ogni individuo a rischio di malnutrizione e a rischio di LdP dovrebbe essere fornito un supporto nutrizionale personalizzato. (19)

3.2.4 Lo stato della cute

Un altro elemento fondamentale nella prevenzione e nella gestione delle lesioni cutanee è la valutazione dello stato della cute. L'ispezione della cute fornisce le informazioni essenziali per la pianificazione di interventi atti a ridurre il rischio di insorgenza di lesioni cutanee e per la verifica dei risultati ottenuti dagli interventi posti in essere. In tal senso è fondamentale ridurre al minimo l'esposizione della cute all'umidità causata da incontinenza, sudorazione o secrezioni delle ferite [evidenza di grado C]. In presenza di incontinenza fecale e/o urinaria la cute deve essere detersa al più presto per limitare l'irritazione chimica prodotta dal contatto con tali sostanze. Inoltre, nei soggetti con febbre e conseguente sudorazione profusa è indispensabile il frequente cambio della biancheria personale e del letto.

La detersione della cute deve avvenire con soluzione fisiologica sterile, acqua sterile o ringer lattato o altro detergente non citotossico [evidenza di grado B]. Una giusta idratazione dello strato corneo aiuta a proteggere la cute dagli attacchi meccanici. Una minore idratazione cutanea provoca una ridotta elasticità. La cute gravemente disidratata è soggetta a problemi di fissurazione e cedimenti dello strato corneo.

Sempre nelle strutture di ricovero, al fine di prevenire i danni provocati dalle forze di frizione e taglio, è consigliabile effettuare i cambi di postura dei soggetti allettati, con due operatori, in modo da sollevarli e non trascinarli sul piano del letto, utilizzando appositi sistemi [evidenza di grado C].

Anche a domicilio, se la persona è costretta sulla sedia o a letto, si invitano i familiari a effettuare cambi di posizione. È da evitare la posizione seduta o semi-seduta prolungata, poiché è quella che esercita in zona sacrale e/o ischiatica la maggiore compressione. (20)

Al fine di una corretta e uniforme gestione delle lesioni cutanee è fondamentale la lesione in relazione alla localizzazione, allo stadio di gravità, alla dimensione, all'odore, al letto della lesione, alle condizioni della cute perilesionale, all'essudato, al tessuto necrotico e alla presenza o assenza di tessuto di granulazione ed epitelizzazione.

In presenza di lesioni, l'obiettivo principale è favorire il processo di riparazione tissutale, tenendo conto di:

- Preparazione del letto della ferita: l'insieme delle tecniche per la rimozione delle barriere che ostacolano la guarigione (necrosi, fibrina, carica batterica, essudati).
- Medicazione della lesione da pressione: sbrigliamento, pulizia della ferita, applicazione della medicazione adeguata e di possibili terapie aggiuntive. Un'efficace pulizia e lo sbrigliamento minimizzano la colonizzazione batterica della lesione [evidenza di grado A].

Utilizzare una medicazione che mantenga umido il fondo della lesione [evidenza di grado A].

La somministrazione di antibiotici per via generale deve avvenire quando sono presenti segni di progressione locale dell'infezione o segni clinici di infezione sistemica (ad esempio cellulite, osteomielite, sepsi) [evidenza di grado A].

- Dolore in sede di lesione: Il dolore può ridurre la mobilità e l'attività motoria. Considerare l'impatto del dolore e misurarne l'intensità, usando un strumento di valutazione validato [evidenza di grado A].

Per contenere il dolore possono essere necessari il riposizionamento della medicazione e l'analgesia sistemica, attraverso i farmaci e l'insegnamento di tecniche cognitive-comportamentale (respirazione adeguata).

- Trattamento chirurgico: per le lesioni al 3°/4° stadio che non rispondono al trattamento topico.

Il tessuto necrotico va sempre rimosso mediante sbrigliamento, in conformità agli obiettivi individuati per il soggetto. [evidenza di grado B].

- Prevenzione delle complicanze: infezioni, batteriemie e sepsi, che possono insorgere non solo in presenza di un trattamento inadeguato della lesione, ma anche di particolari condizioni fisiche, psicologiche e sociali del paziente.
- Monitoraggio delle lesioni da pressione: il coordinatore o un suo delegato, monitorizzano, in un registro dell'Unità Operativa i seguenti dati:
 - Cognome e nome del paziente, data di nascita e numero di cartella clinica.
 - Numero di lesioni da decubito che provengono da altre strutture, indicando l'unità operativa che trasferisce.
 - Le lesioni insorte nell'ambito della stessa unità operativa.
 - Le sedi della lesione con il grado.
 - Le lesioni che sono state trattate, quali sono migliorate e il grado di miglioramento raggiunto.

3.2.5 L'educazione sanitaria al caregiver

Si deve predisporre un programma di educazione sanitaria per la prevenzione delle lesioni da pressione ai soggetti in grado di comprenderla ed ai loro familiari/caregiver [evidenza di grado A].

È fondamentale che sia il personale sanitario delle strutture di ricovero, come ospedale e RSA, sia il personale sanitario dell'ADI, coinvolgano i familiari e/o i caregiver del paziente, attraverso l'educazione terapeutica, supportata da opuscoli per rafforzare le informazioni trasmesse. A tal proposito, nel primo approccio con il paziente e durante la raccolta delle informazioni, è bene indagare sul suo stato sociale e familiare.

La valutazione dei fattori sociali dovrebbe comprendere l'idoneità dell'ambiente domestico, il livello di disponibilità e/o di supporto e il coinvolgimento dei servizi socio-sanitari locali. [evidenza di grado C].

L'educazione del familiare e/o del caregiver ha lo scopo di renderli autonomi nella gestione di eventuali problemi che possono insorgere nell'intervallo di tempo tra una medicazione e l'altra, ossia:

- Detergere la lesione ed eseguire una medicazione semplice, in caso di distacco di quella confezionata dall'infermiere dell'ADI, per proteggere la lesione in attesa dell'intervento infermieristico.
- Riconoscere e segnalare i segni di probabile complicità della lesione: dolore, cattivo odore, gonfiore, arrossamento ed ipertermia.
- Riconoscere e risolvere problemi legati alla funzionalità dei presidi antidecubito domiciliari.

3.3 La gestione case manageriale del paziente portatore di ulcera cutanea cronica

Il Case Manager o, responsabile del caso, è un professionista che, all'interno dell'equipe di riferimento, garantisce la presa in carico della persona, pianifica gli interventi assistenziali, valuta e monitora i risultati, garantisce i collegamenti con l'MMG, gli specialisti e la famiglia, con un atteggiamento orientato alla soluzione dei problemi in senso olistico.

Nell'ambito della gestione delle lesioni cutanee croniche, gli obiettivi di Case Management possono essere considerati i seguenti:

- La garanzia terapeutica.
- La promozione dell'accessibilità ai servizi.
- L'individuazione delle responsabilità gestionali.
- L'efficienza.

Detto questo ci sono delle questioni ben definite da affrontare prima dell'applicazione di un programma di case management in un ambito sanitario che possa essere ambulatoriale o domiciliare rivolto a portatori di ulcere cutanee croniche (UCC) su un determinato territorio:

- Quali sono le attività da svolgere e come queste si possano differenziare rispetto ai trattamenti standard.
- Quali sono gli utenti verso i quali il programma è indicato e potenzialmente efficace e come deve essere organizzato un centro di assistenza territoriale che gestisca ferite cutanee croniche.

In sintesi il Gold standard nel trattamento del paziente con LCC non dovrebbe prescindere dai seguenti punti:

- Assicurare la centralità del paziente rispetto al processo assistenziale.
- Assicurare la completa presa in carico.
- Garantire la personalizzazione del piano assistenziale.
- Valutare il livello di qualità percepita.
- Essere curati da medici e infermieri con specifiche competenze.
- Assicurare equità di trattamento.

E di conseguenza:

- Ridurre le recidive.
- Aumentare la qualità percepita dal paziente.
- Fornire un trattamento equo.

Le aree di intervento del percorso clinico non devono concentrarsi solo sull'ulcera cutanea, ma considerare anche eventuali comorbidità (diabete, vasculopatie, cardiopatie, sindrome metabolica etc.) preesistenti all'insorgenza di quest'ultima, che potrebbero, se non trattate adeguatamente, andare ad inficiare la guarigione dell'ulcera e, comunque, in ogni caso, danneggiare il paziente. (21)

3.3.1 L'integrazione multidisciplinare

La multidisciplinarietà è la chiave di volta del Case Management, in particolare, l'interazione tra gli operatori è fondamentale, secondo la logica del lavoro d'équipe e della progettazione assistenziale. Il panorama sanitario attuale è caratterizzato da un esponenziale invecchiamento della popolazione, seguito a ruota dall'aumento di disabilità e comorbidità, dall'incapacità delle famiglie di far fronte a situazioni croniche e dalla

saturazione delle strutture di tipo residenziale. Il momento della dimissione del paziente può, dunque, rappresentare un problema molto serio ed è proprio in questa situazione che il Case Manager gioca un ruolo fondamentale, muovendosi sempre secondo il concetto di continuità assistenziale: linearità e consequenzialità di svolgimento degli interventi fra i diversi livelli di erogazione dell'assistenza. Al paziente portatore di lesione, deve essere garantita continuità assistenziale, quando viene trasferito da una struttura sanitaria al territorio. Per garantire ciò, bisogna predisporre strumenti standardizzati per la trasmissione delle informazioni tra un setting assistenziale e l'altro: protocolli, scale di rischio e di comorbidità.

Il personale sanitario coinvolto nelle varie fasi del percorso e nelle attività clinico assistenziali dovrebbe essere composto da:

- Infermiere/medico case manager, esperto Wound Care
- M.M.G
- Chirurgo vascolare
- Chirurgo plastico
- Chirurgo generale
- Infettivologo
- Geriatra
- Diabetologo
- Oncologo
- Podologo
- Assistente sociale
- Famiglia. (22)

CAPITOLO IV:

Lo studio

4.1 Obiettivo dello studio

Questo studio sperimentale si pone l'obiettivo di:

- 1) Svolgere un'indagine conoscitiva sullo stato dell'arte a riguardo della prevenzione, cura e appropriatezza in ambito del Wound Care.
- 2) Misurare la conoscenza dei protocolli e l'adesione agli stessi da parte del personale infermieristico.
- 3) Misurare la conoscenza dell'argomento e del concetto di appropriatezza da parte del personale infermieristico.

4.2 Materiali e metodi

Per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla mia tesi sperimentale, ho utilizzato un questionario semistrutturato (*all.n.1*), realizzato da me e dalla mia correlatrice, avente lo scopo di valutare il grado di competenza nella gestione delle lesioni cutanee croniche (LCC) e nello specifico delle lesioni da pressione (LdP), da parte del personale infermieristico delle strutture ospedaliere, residenziali e territoriali dell'ASUR Marche AV5.

Per utilizzare tale strumento è stata chiesta l'autorizzazione al direttore sanitario dell'area vasta 5, il dottor Viviani, al quale è stato fatto firmare il foglio di richiesta di autorizzazione, somministrazione, rilevazione e ricerca dati (*all.n.2*), posto a disposizione degli studenti dal sito dell'università.

Si ritengono eleggibili gli infermieri che:

- Non lavorano presso cooperative o strutture private.
- Lavorano come dipendenti pubblici.
- Accettano di partecipare allo studio.

Si ritengono esclusi dallo studio gli infermieri che:

- Lavorano presso cooperative o strutture private.
- Non lavorano come dipendenti pubblici.
- Non accettano di partecipare allo studio.

Lo studio è effettuato su tutti gli infermieri rispondenti ai criteri di eleggibilità. Le unità operative selezionate (e il relativo personale infermieristico), sono state individuate con il supporto della mia correlatrice, in considerazione del fatto che all'interno di queste U.O. vengono valutati e curati pazienti con lesioni cutanee (acute e croniche).

Il questionario semistrutturato somministrato si divide in due parti:

1. La prima parte è composta da domande aperte (genere, età, titolo di studio superiore, l'ordinamento attraverso il quale è stata conseguita la laurea in infermieristica e la sede di lavoro).
2. La seconda parte è composta da 27 domande, volte ad esplorare il campo specifico oggetto della tesi.

4.3 Risultati

Il numero totale dei questionari raccolti è pari a 70.

Il campione intervistato è costituito in prevalenza da donne (grafico 1), la totalità del campione intervistato (uomini e donne) ha età compresa fra i 26 e i 60 anni (grafico 2).

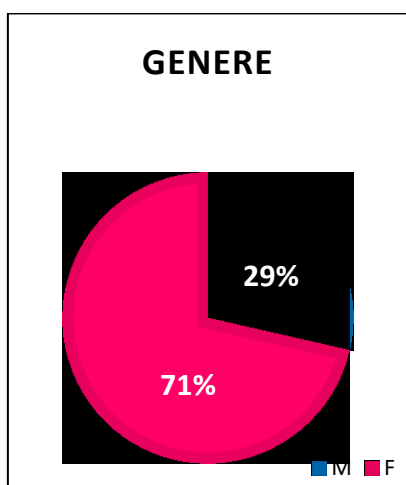


Grafico 1. "Genere"

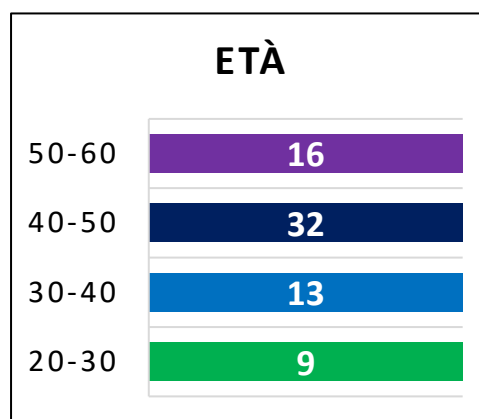


Grafico 2. "Età"

Per quanto concerne il titolo di studio superiore il 69% risulta esserne in possesso, mentre il 31% risulta non esserne in possesso (grafico 3).

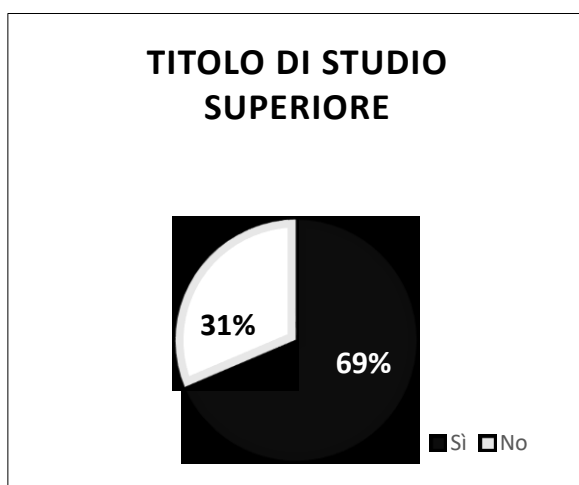


Grafico 3. "Titolo di studio superiore"

Per quanto concerne l'ordinamento universitario attraverso il quale si è conseguito il titolo di studio in infermieristica, 22 infermieri hanno conseguito il diploma vecchio ordinamento con la legge 341/90, 18 infermieri hanno conseguito il diploma di infermiere con la legge 509/99 e 30 infermieri hanno conseguito la laurea in infermieristica con la legge 270/2004 (grafico 4).

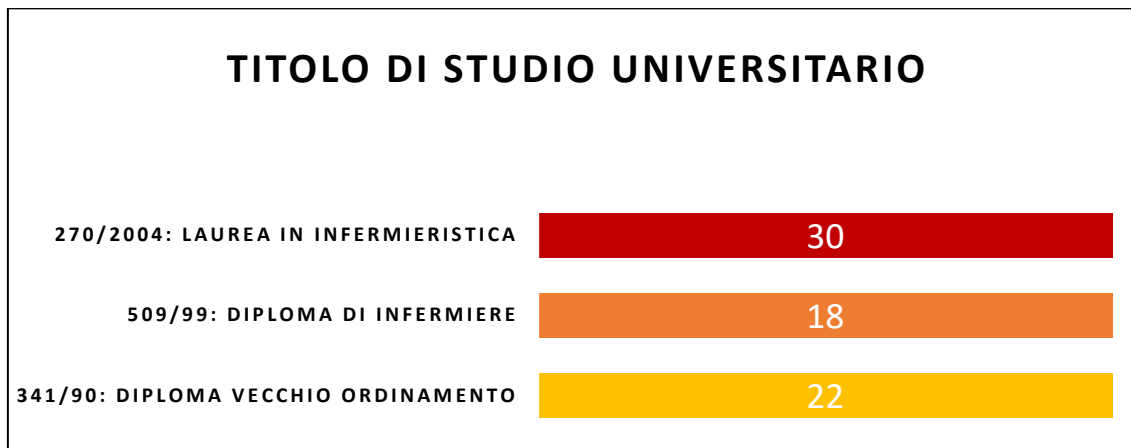


Grafico 4. "Titolo di studio universitario"

Per quanto concerne la sede di lavoro, tra gli infermieri che hanno scelto di partecipare allo studio, 53 di questi lavorano presso l'ospedale "Madonna del soccorso" di San Benedetto del Tronto, rispettivamente: 12 nel reparto di medicina, 12 nel reparto di rianimazione, 14 nel reparto di geriatria e 15 nel reparto di medicina d'urgenza (MURG). 12 infermieri lavorano nella residenza sanitaria assistenziale (RSA), rispettivamente: 6 all'RSA di Montefiore e 6 all'RSA di Ripatransone. 5 infermieri lavorano presso l'assistenza domiciliare integrata (ADI), rispettivamente: 2 all'ADI di Porto d'Ascoli e 3 all'ADI di Ripatransone (grafico 5).

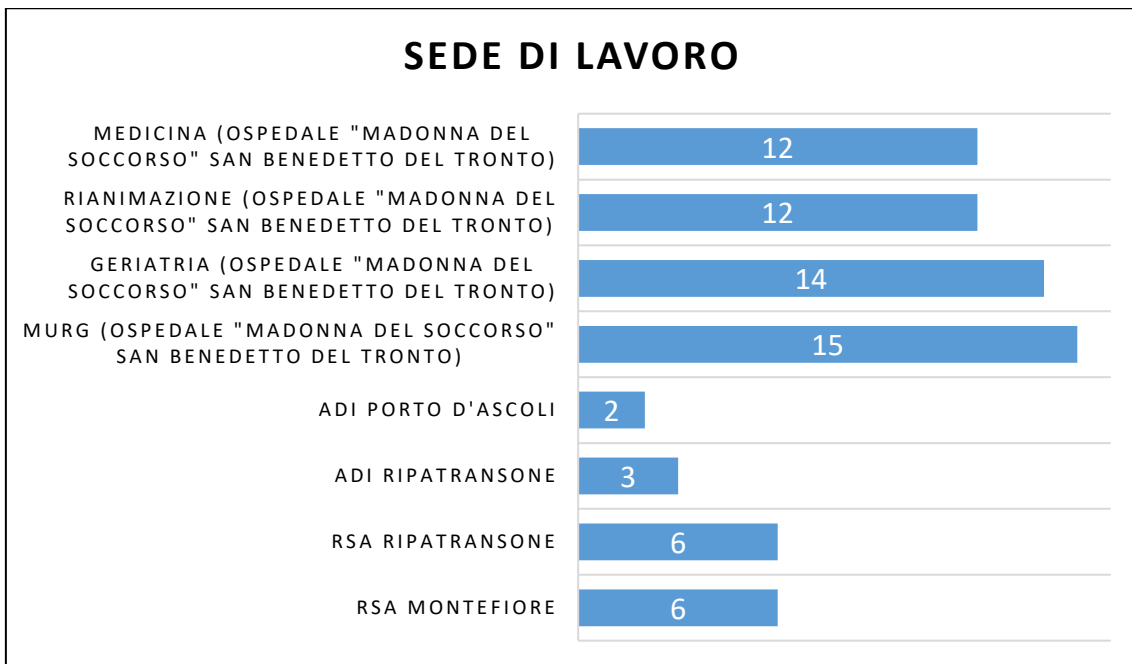


Grafico 5. "Sede di lavoro"

Alla domanda "da quanti anni lavora presso l'U.O. assegnata?" il 2% degli infermieri ha risposto "da più di 10 anni", il 24% "da più di 5 anni", il 45% "da 1 a 5 anni" e il 29% "da meno di 1 anno" (grafico 6).

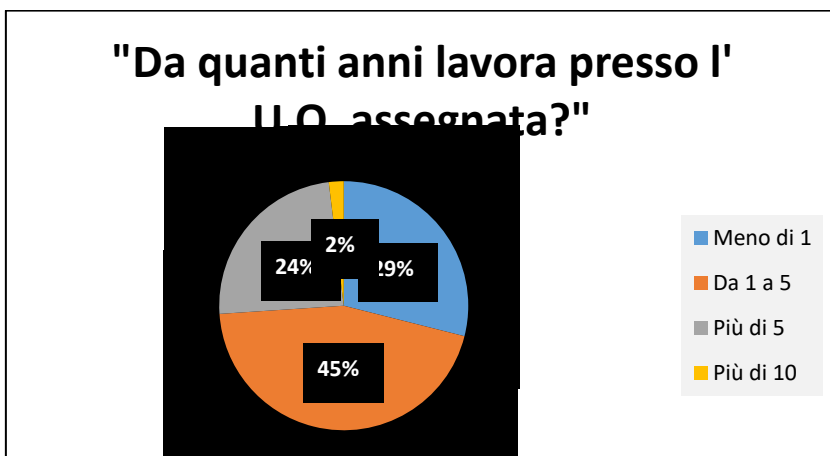


Grafico 6. "Da quanti anni lavora presso l'U.O. assegnata?"

Alla domanda “ha ricevuto una formazione specifica, al suo ingresso, nell’U.O. di cui fa parte?” il 69% degli infermieri ha risposto sì, mentre il 31% ha risposto no (grafico 7).



Grafico 7. “Ha ricevuto una formazione specifica, al suo ingresso, nell’U.O. di cui fa parte?”

Alla domanda “nel momento in cui il paziente accede nella sua U.O. viene individuato un responsabile del caso (Case Manager) per la presa in carico e la pianificazione, per un’assistenza individualizzata?” presso l’ospedale, in 3 reparti viene individuato un Case Manager e in uno no. Presso l’RSA, in entrambi viene individuato un Case Manager. Presso l’ADI, in una viene individuato il Case Manager e nell’altra no (grafico 8).

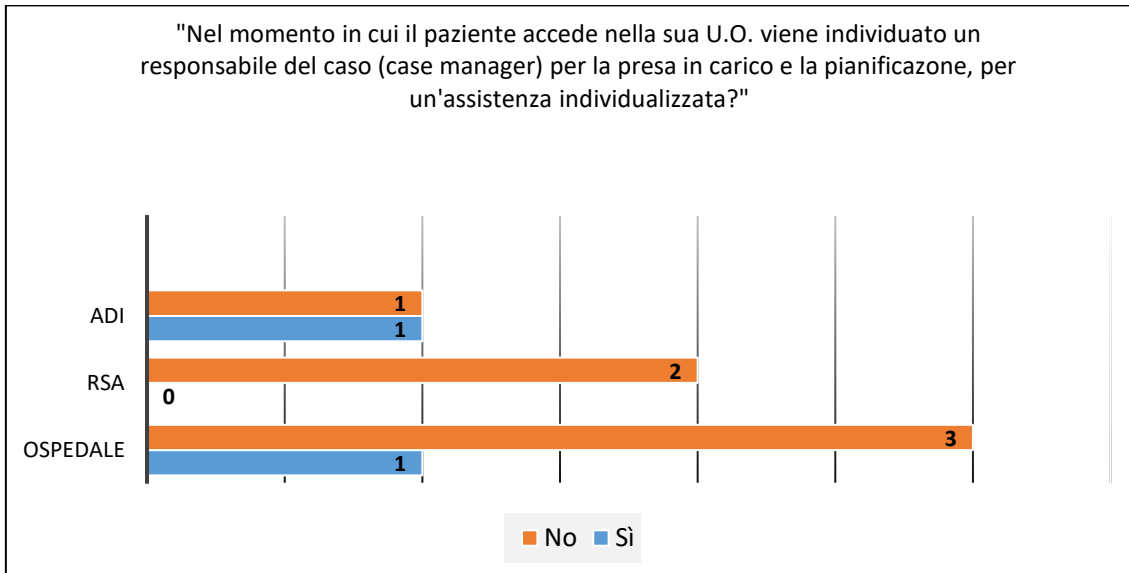


Grafico 8. “Nel momento in cui il paziente accede nella sua U.O. viene individuato un responsabile del caso (Case Manager) per la presa in carico e la pianificazione, per un’assistenza individualizzata?”

Alla domanda “viene elaborato un P.A.I. (piano assistenziale individuale)?” presso l’ospedale in due reparti viene elaborato un P.A.I. e negli altri due reparti no. Presso l’RSA in entrambi viene elaborato un P.A.I. e presso l’ADI, in entrambi, viene elaborato un P.A.I. (grafico 9).

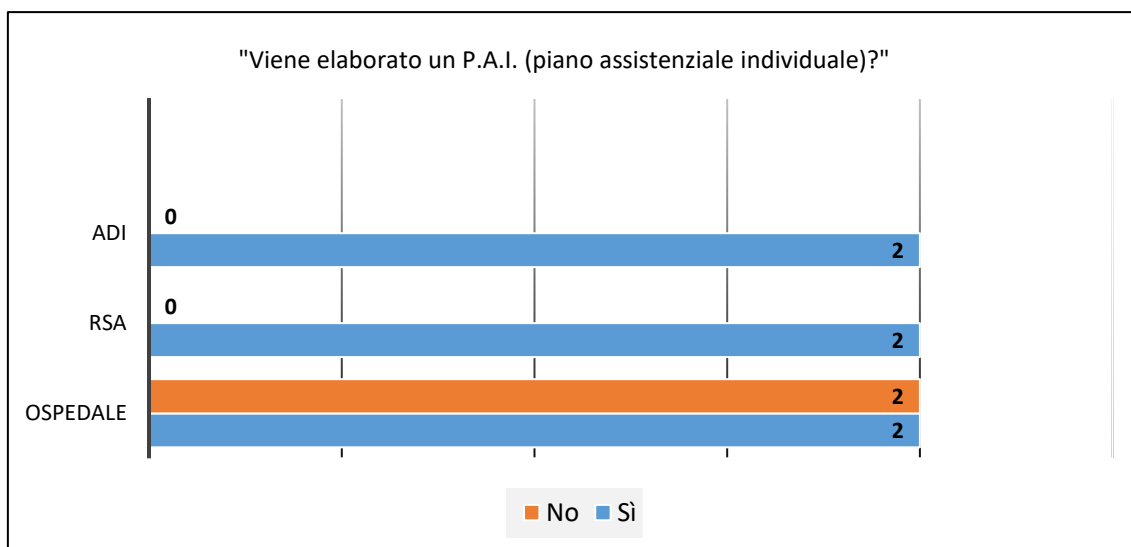


Grafico 9. “Viene elaborato un P.A.I. (piano assistenziale individuale)?”

Alla domanda “viene adottata la cartella infermieristica nella sua realtà lavorativa?” presso l’ospedale in tutti i reparti viene adottata la cartella infermieristica. Presso l’RSA, in entrambe, viene adottata la cartella infermieristica. Presso l’ADI, in una viene adottata la cartella infermieristica, ma nell’altra no (grafico 10).

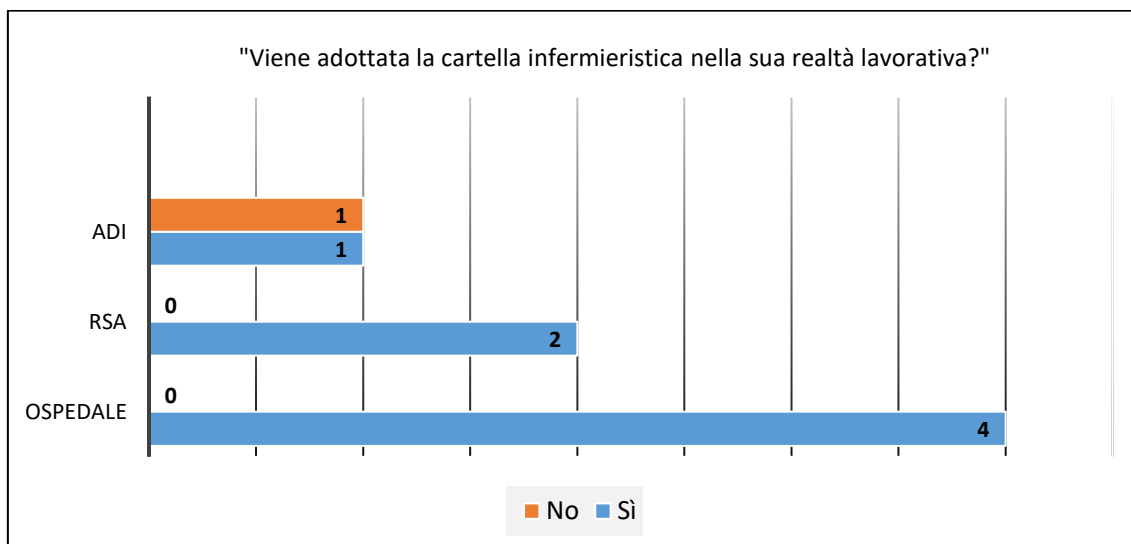


Grafico 10.” Viene adottata la cartella infermieristica nella sua realtà lavorativa?”

Alla domanda “all’interno della cartella infermieristica è prevista una scheda di monitoraggio delle lesioni cutanee croniche (LCC)?” presso l’ospedale, in 3 reparti la cartella infermieristica è dotata di una scheda di monitoraggio delle LCC, in uno soltanto no. Presso l’RSA, in entrambi, è prevista la scheda di monitoraggio delle LCC. Presso l’ADI, in nessuna delle due è presente una scheda di monitoraggio delle LCC (grafico 11).

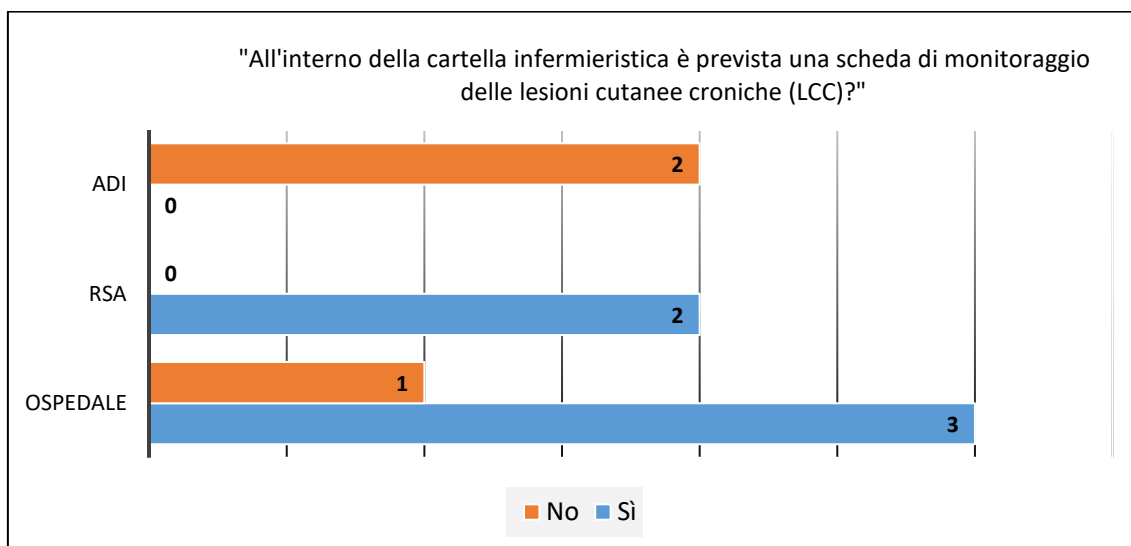


Grafico 11. “All’interno della cartella infermieristica è prevista una scheda di monitoraggio delle lesioni cutanee croniche (LCC)?”

Alla domanda “da quando lavora presso la sua U.O. ha frequentato corsi di aggiornamento a riguardo della gestione delle lesioni cutanee croniche (LCC)?” il 27% degli infermieri ha risposto sì, il 63% ha risposto no e il 10% ha risposto di aver frequentato eventi formativi organizzati dall’area vasta 5 (AV5) (grafico 12/A). Tra gli infermieri che hanno risposto sì, 1 ha frequentato tali corsi ogni anno, 2 ogni 2 anni e 16 ogni 3 anni (grafico 12/B).

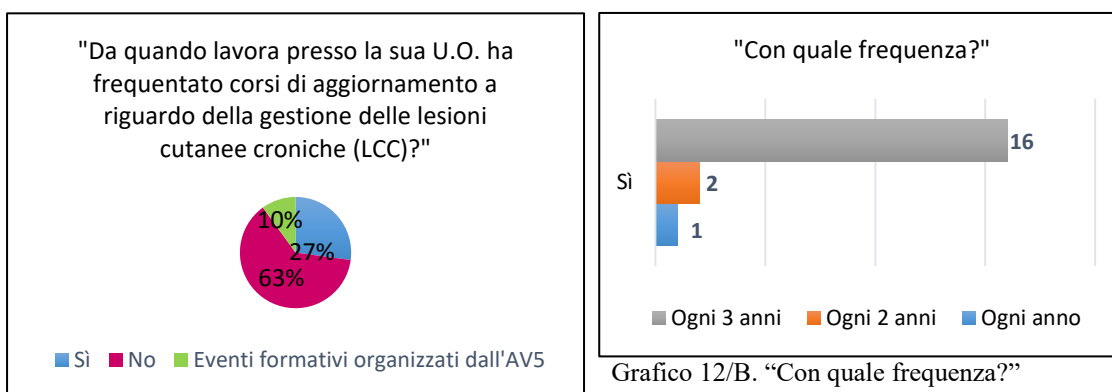


Grafico 12/A. “Da quando lavora presso la sua U.O. ha frequentato corsi di aggiornamento a riguardo della gestione delle lesioni cutanee croniche(LCC)?”

Alla domanda “tali eventi formativi sono stati organizzati dalla sua azienda ospedaliera o ha provveduto autonomamente al suo aggiornamento?” il 92% degli infermieri ha risposto che tali eventi formativi sono stati organizzati dalla propria azienda ospedaliera, il 4% ha provveduto autonomamente ed il restante 4% ha risposto entrambi (grafico 13).



Grafico 13. “Tali eventi formativi sono stati organizzati dalla sua azienda ospedaliera o ha provveduto autonomamente al suo aggiornamento?”

Alla domanda “nella sua U.O. esiste un protocollo regionale per la gestione delle lesioni cutanee croniche (LCC)?” presso l’ospedale in due reparti esiste un protocollo regionale e negli altri due no. Presso l’RSA, in entrambe esiste il protocollo regionale. Presso l’ADI, in entrambe esiste il protocollo regionale (grafico 14).

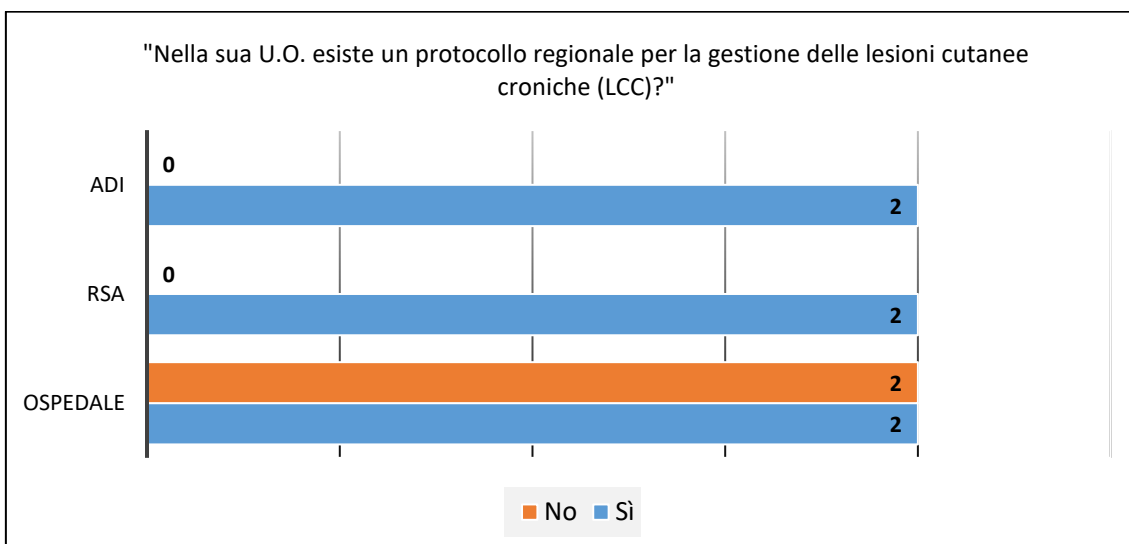


Grafico 14. “Nella sua U.O. esiste un protocollo regionale per la gestione delle lesioni cutanee croniche (LCC)?”

Alla domanda “se sì, viene implementato?” presso l’ospedale in entrambi i reparti dotati di protocollo regionale, quest’ultimo viene implementato. Presso l’RSA, in entrambe viene implementato il protocollo. Presso l’ADI, solo in una di queste viene implementato il protocollo (grafico 15).

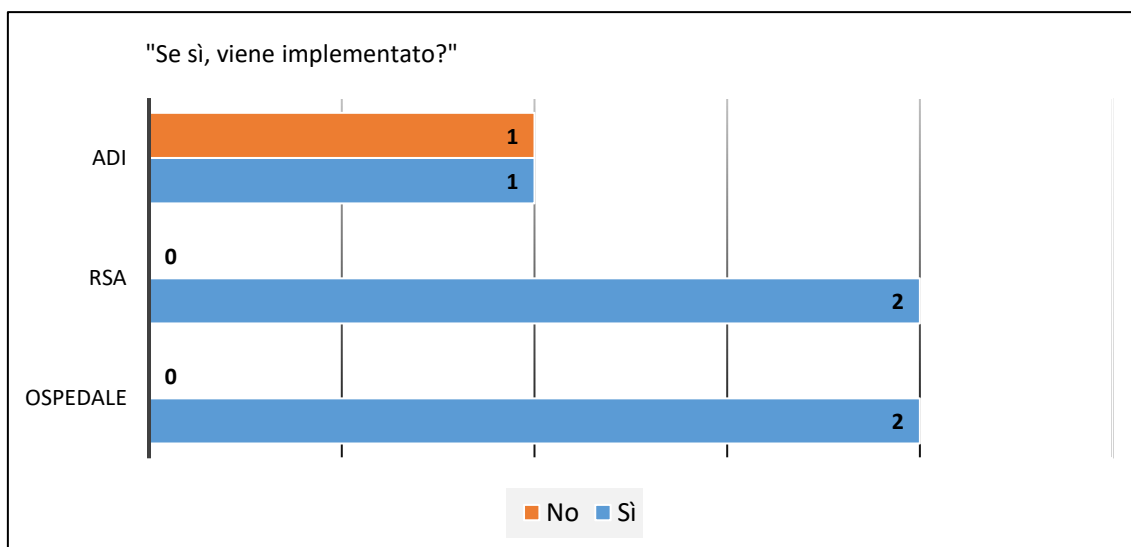


Grafico 15. “Se sì, viene implementato?”

Alla domanda “all’ingresso nella sua U.O. viene somministrata una scala di rischio per quei pazienti a rischio di LDP?” Presso tutti i reparti dell’ospedale viene somministrata la scala di rischio. Presso l’RSA in entrambe viene somministrata la scala di rischio. Presso l’ADI in entrambe viene somministrata la scala di rischio (grafico 16).

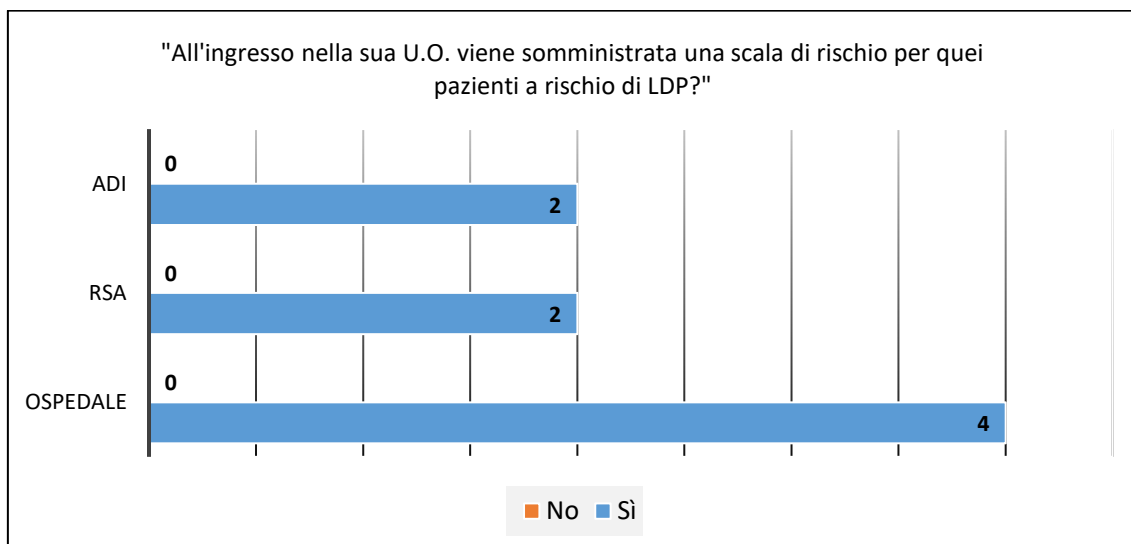


Grafico 16. “All’ingresso nella sua U.O. viene somministrata una scala di rischio per quei pazienti a rischio di LDP?”

Alla domanda “se sì, quale scala viene adottata?” presso ogni U.O. dell’ospedale, entrambe l’RSA ed entrambe le ADI viene adottata la scala di rischio Braden (grafico 17).

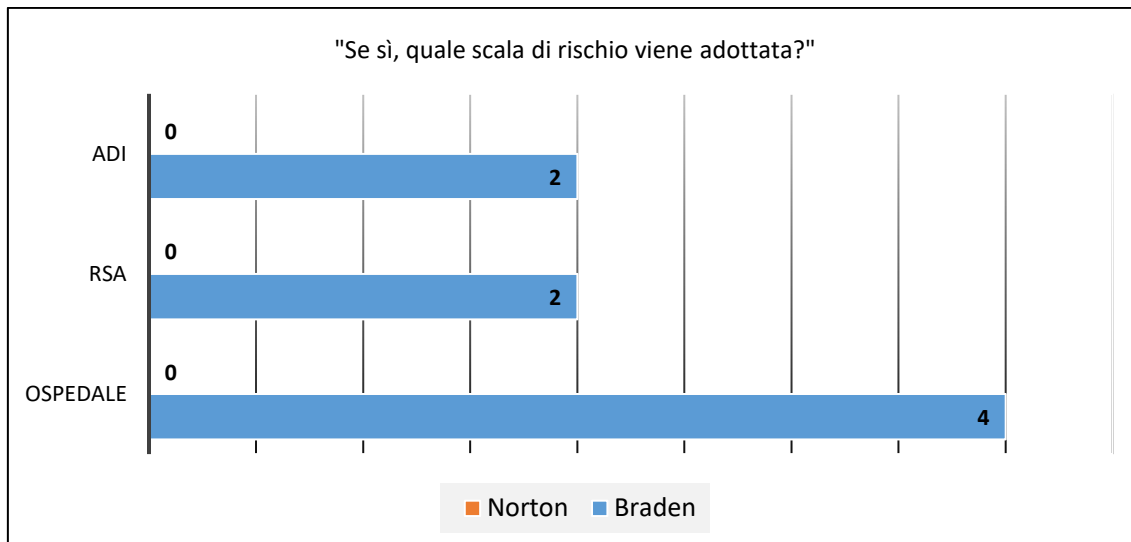


Grafico 17. “Se sì, quale scala viene adottata?”

Alla domanda “durante la degenza, con quale cadenza viene somministrata la scala di rischio adottata?” presso l’ospedale, in un reparto la scala di rischio viene somministrata ogni 7 giorni, in un altro reparto al bisogno e negli altri due reparti all’ingresso. Presso l’RSA, in entrambe la scala di rischio viene somministrata ogni 3 mesi. Presso l’ADI in una di esse la scala di rischio viene somministrata all’ingresso, mentre nell’altra ogni 3 mesi (grafico 18).

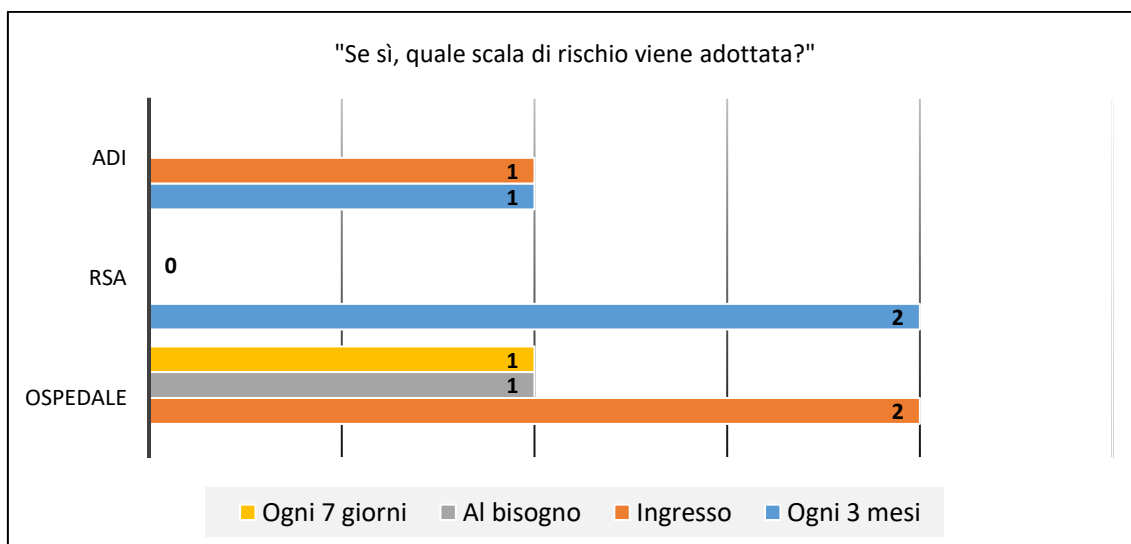


Grafico 18. “Durante la degenza, con quale cadenza viene somministrata la scala di rischio adottata?”

Alla domanda “quando prende in carico un paziente con lesioni cutanee croniche, oltre alla valutazione della lesione, viene calcolato lo stato nutrizionale attraverso il BMI (Body Mass Index)?” Presso alcun reparto dell’ospedale viene calcolato il BMI. Presso l’RSA in entrambe viene calcolato il BMI. Presso l’ADI in una viene calcolato il BMI, mentre nell’altra no (grafico 19).

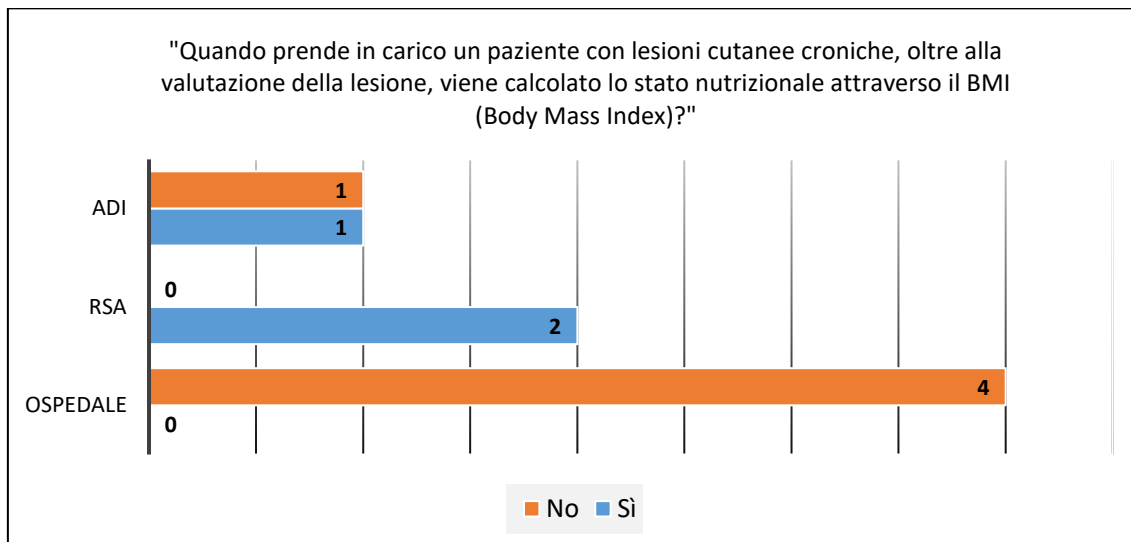


Grafico 19. “Quando prende in carico un paziente con lesioni cutanee croniche, oltre alla valutazione della lesione, viene calcolato lo stato nutrizionale attraverso il BMI (Body Mass Index)?”

Alla domanda “viene prescritta una dieta idonea e personalizzata al paziente?” presso l’ospedale in 3 reparti viene somministrata una dieta idonea e personalizzata al paziente, in uno soltanto no. Presso l’RSA in entrambe viene somministrata una dieta idonea e personalizzata al paziente. Presso l’ADI in una viene somministrata la dieta idonea e personalizzata al paziente, mentre nell’altra no (grafico 20).

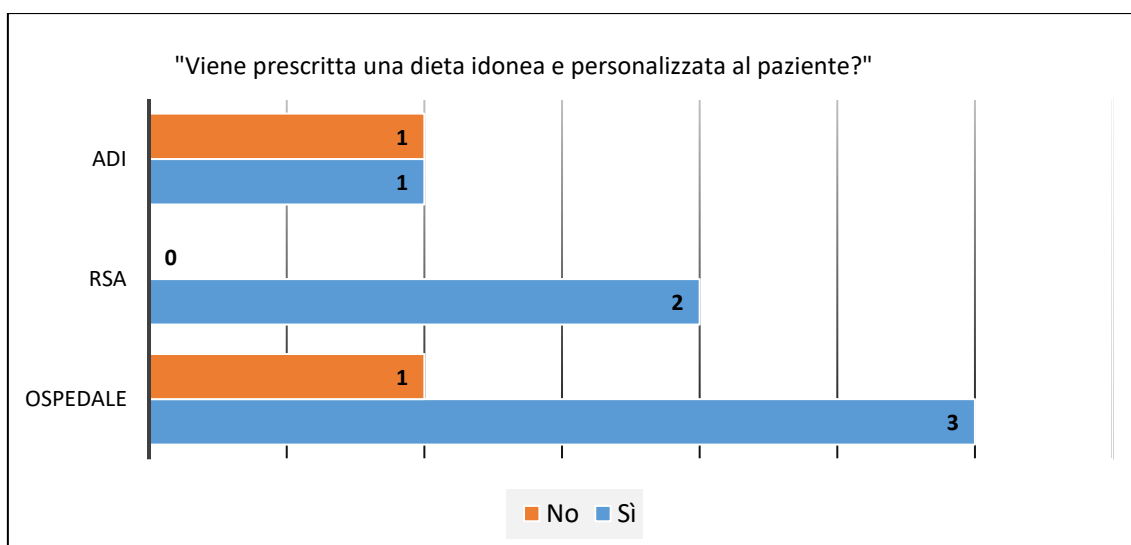


Grafico 20. “Viene prescritta una dieta idonea e personalizzata al paziente?”

Alla domanda “vengono valutate le comorbidità e contestualmente stabilito il timing di eventuali interventi specialistici?” Le comorbidità e gli eventuali interventi vengono valutati in tutti i reparti degli ospedali e presso entrambe le RSA e le ADI (grafico 21).

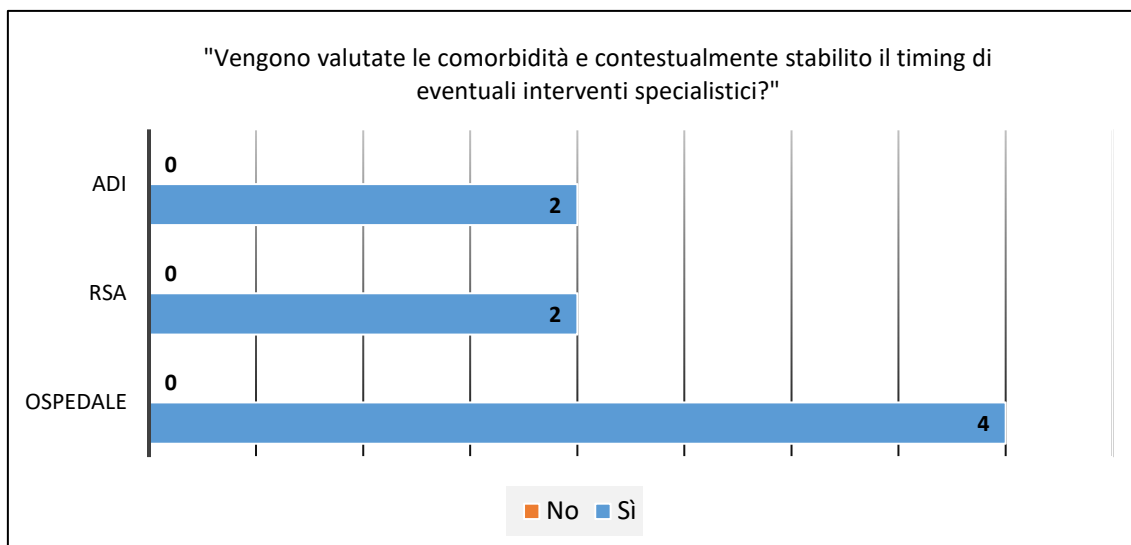


Grafico 21. “Vengono valutate le comorbidità e contestualmente stabilito il timing di eventuali interventi specialistici?”

Alla domanda “viene valutata la situazione sociale e familiare del paziente?” in 3 reparti dell’ospedale viene valutata la situazione sociale e familiare del paziente, mentre in uno no. Presso l’RSA in entrambe viene valutata. Presso l’ADI in entrambe viene valutata (grafico 22).

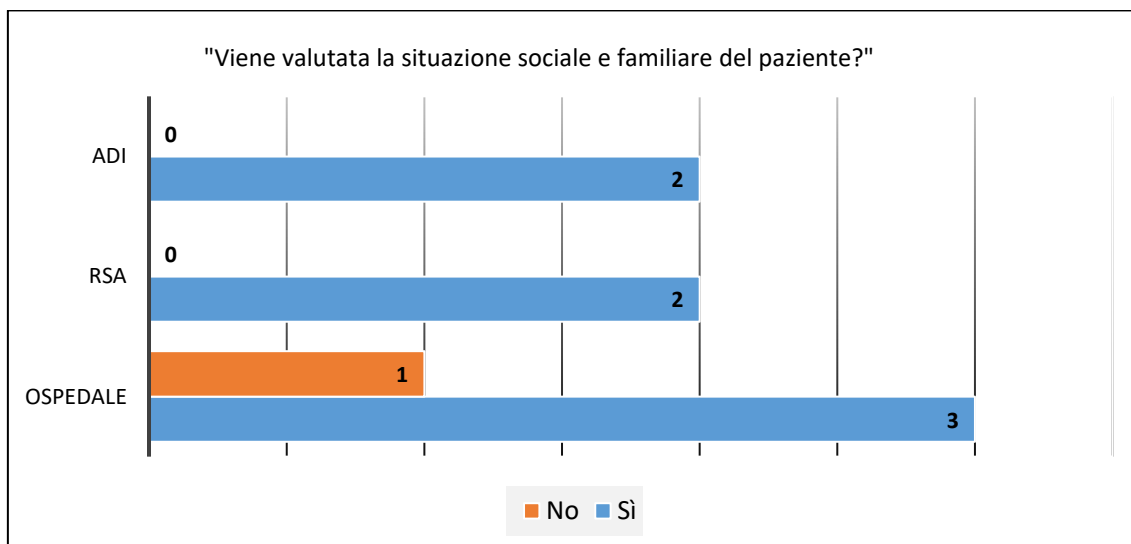


Grafico 22. “Viene valutata la situazione sociale e familiare del paziente?”

Alla domanda “esistono figure di supporto per il paziente in caso di situazioni sociali e familiari complesse?” in 3 reparti dell’ospedale vengono individuate figure di supporto per il paziente, mentre in uno no. Presso l’RSA in entrambe vengono valutate figure di supporto. Presso l’ADI, soltanto in una vengono valutate figure di supporto, invece nell’altra no (grafico 23).

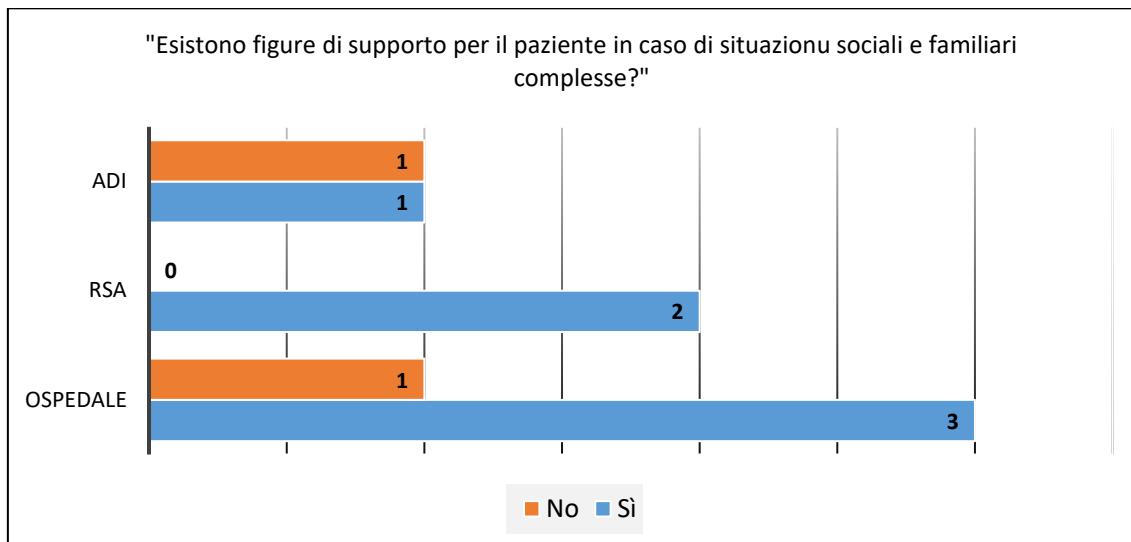


Grafico 23. “Esistono figure di supporto per il paziente in caso di situazioni sociali e familiari complesse?”

Alla domanda “viene informata e coinvolta la famiglia e/o il caregiver del paziente nel percorso di cura?” 3 reparti dell’ospedale hanno risposto sì, mentre uno no. Presso l’RSA, entrambe hanno risposto sì. Presso l’ADI soltanto una ha risposto sì, mentre l’altra no (grafico 24).

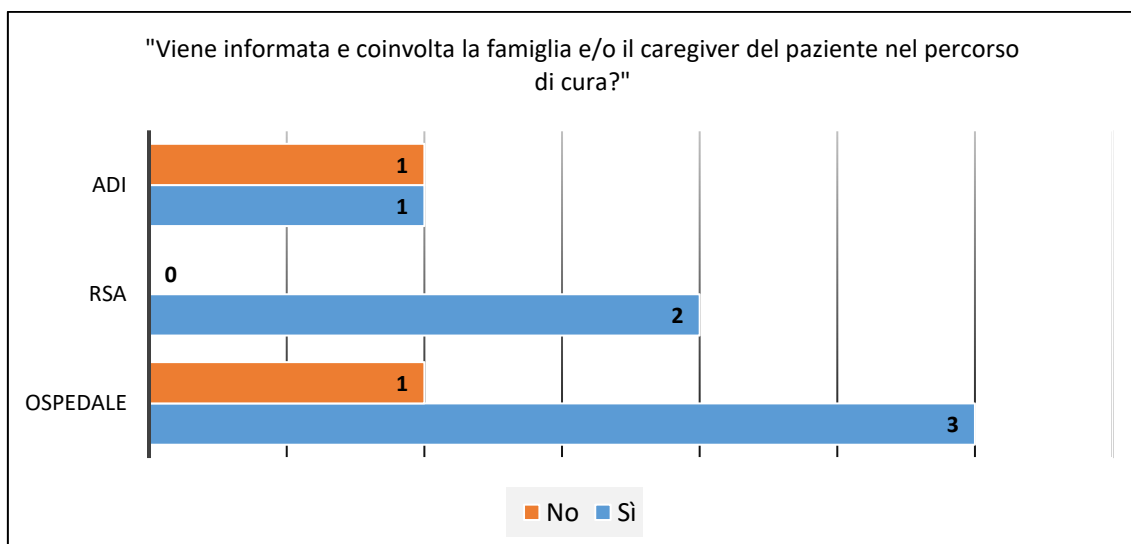


Grafico 24. “viene informata e coinvolta la famiglia e/o il caregiver del paziente nel percorso di cura?”

Alla domanda “i familiari vengono informati del corretto utilizzo e della corretta gestione dei presidi sanitari?” 3 reparti dell’ospedale hanno risposto sì, mentre uno no. Entrambe le RSA hanno risposto sì. Presso le ADI, una soltanto ha risposto sì, invece l’altra no (grafico 25).

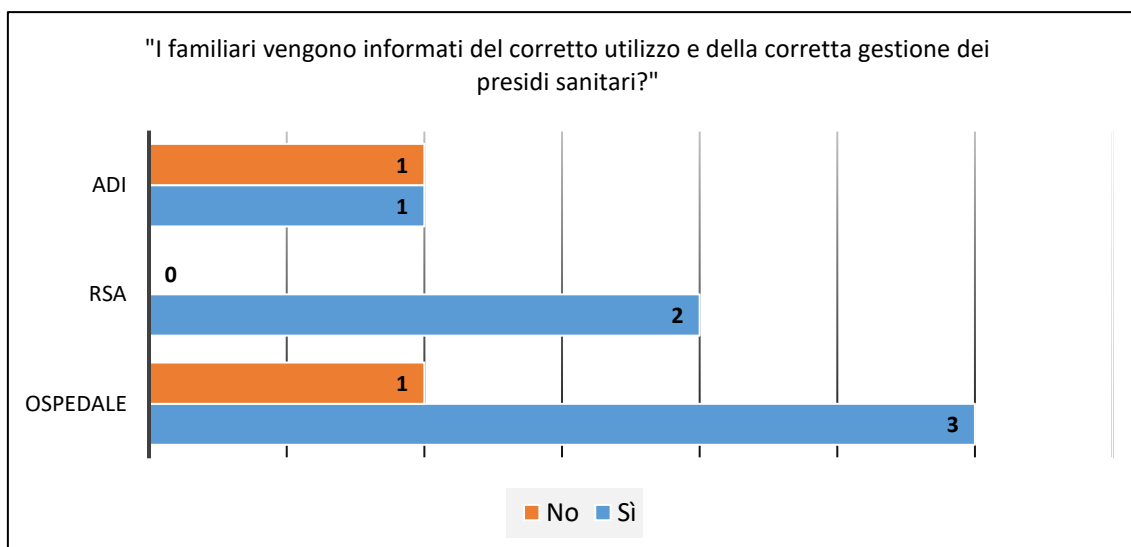


Grafico 25. “I familiari vengono informati del corretto utilizzo e della corretta gestione dei presidi sanitari?”

Alla domanda “ritiene appropriati gli interventi posti in essere nella sua U.O. per la prevenzione e la gestione delle lesioni cutanee croniche (LCC)?” il 46% degli infermieri ha risposto sì, mentre il 54% ha risposto no (grafico 26).



Grafico 26. “Ritiene appropriati gli interventi posti in essere nella sua U.O. per la prevenzione e la gestione delle lesioni cutanee croniche (LCC)?”

Alla domanda “ritiene che l’appropriatezza degli interventi infermieristici nell’ambito della gestione del paziente fragile siano fondamentali nella prevenzione delle lesioni cutanee croniche e, nello specifico, nella prevenzione delle LDP?” il 100% degli infermieri ha risposto sì (grafico 27).

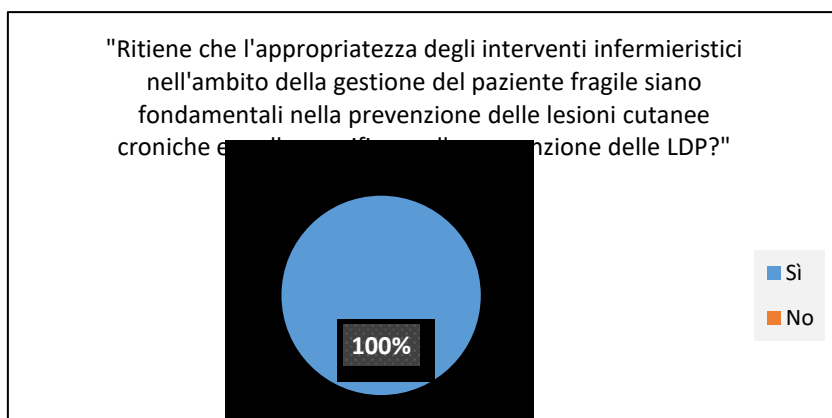


Grafico 27. “Ritiene che l’appropriatezza degli interventi infermieristici nell’ambito della gestione del paziente fragile siano fondamentali nella prevenzione delle lesioni cutanee croniche e, nello specifico, nella prevenzione delle LDP?”

Alla domanda “quanto ritiene importante, a tal fine, la conoscenza e l’implementazione dei protocolli dedicati a questo argomento?” il 100% degli infermieri ha risposto molto (grafico 28).

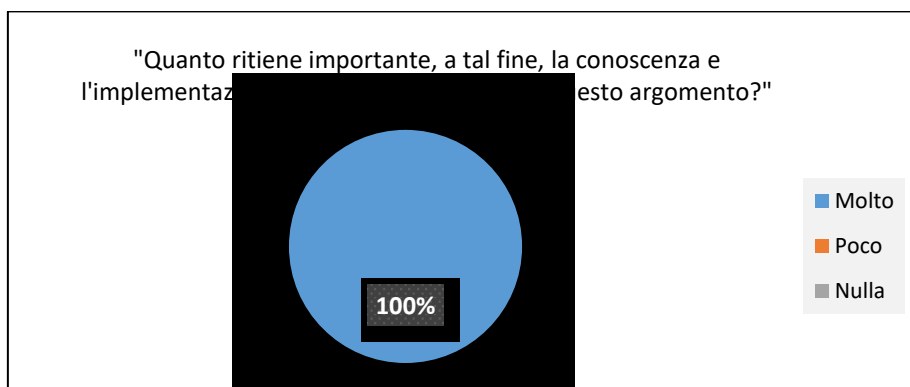


Grafico 28. “Quanto ritiene importante, a tal fine, la conoscenza e l’implementazione dei protocolli dedicati a questo argomento?”

Alla domanda “ritiene di essere sufficientemente formato sull’argomento?” il 13% degli infermieri ha risposto molto, l’87% ha risposto poco e lo 0% ha risposto per niente (grafico 29).

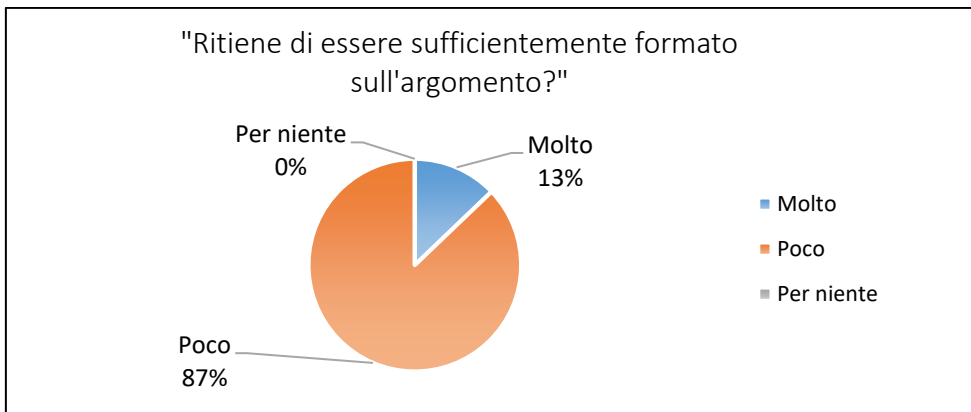


Grafico 29. “Ritiene di essere sufficientemente formato sull’argomento?”

Alla domanda “secondo lei, esiste integrazione tra gli infermieri del territorio e infermieri ospedalieri ai fini di una corretta continuità assistenziale?” il 59% degli infermieri ha risposto sì e il 41% ha risposto no (grafico 30).

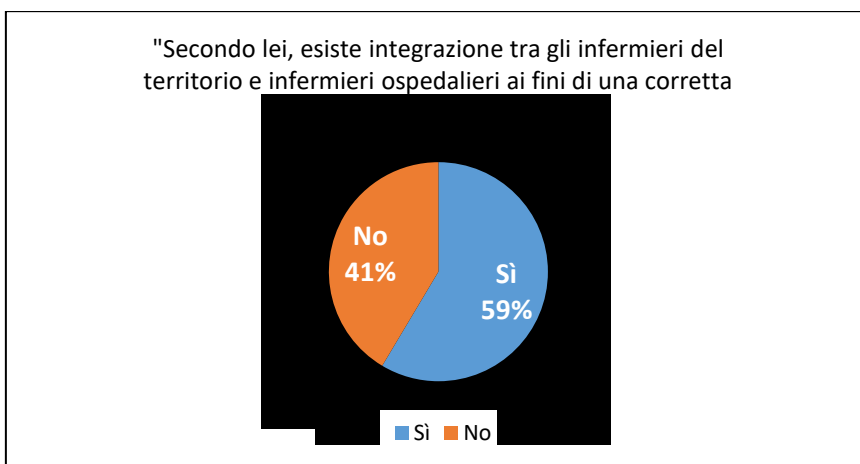


Grafico 30. “Secondo lei, esiste integrazione tra gli infermieri del territorio e infermieri ospedalieri ai fini di una corretta continuità assistenziale?”

Alla domanda “organizzate, tra colleghi, briefing al fine di un’efficace pianificazione e condivisione degli interventi assistenziali?” presso l’ospedale 2 reparti hanno risposto sì e 2 reparti no. Presso l’RSA, entrambi hanno risposto sì. Presso l’ADI, entrambi hanno risposto no (grafico 31/A). Chi ha risposto sì ha affermato per il 50% che i briefing vengono organizzati ogni mese e per il restante 50% che i briefing vengono organizzati ogni 3 mesi (grafico 31/B).

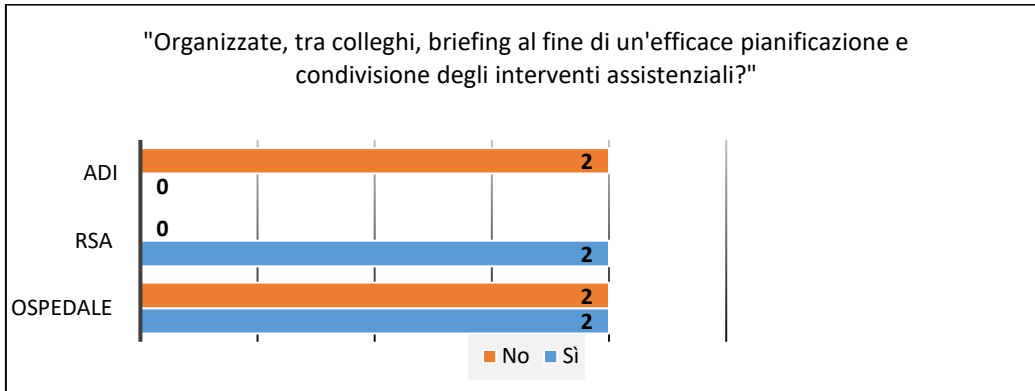


Grafico 31/A. “Organizzate, tra colleghi, briefing al fine di un’efficace pianificazione e condivisione degli interventi assistenziali?”

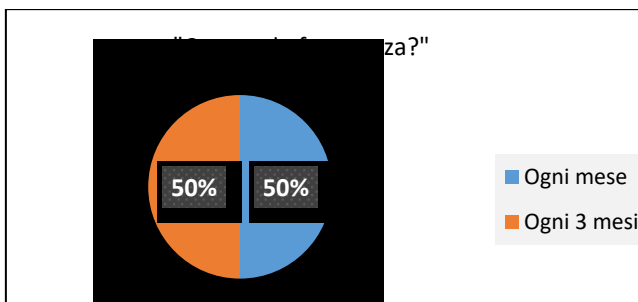


Grafico 31/B. “Con quale frequenza?”

Alla domanda “è soddisfatto/a del lavoro che svolge?” il 64% degli infermieri ha risposto sì e il 36% degli infermieri ha risposto no.



Grafico 32. “E’ soddisfatto/a del lavoro che svolge?”

Alla richiesta “osservazioni e suggerimenti” nessun infermiere ha rilasciato dichiarazioni.

4.4 Discussione

Dall'analisi dei risultati del questionario semistrutturato si evince una frammentazione della pianificazione assistenziale nella gestione delle LCC, con conseguente scarsa visione olistica della condizione clinica del paziente. Inoltre, emerge una non corretta pianificazione e gestione del piano terapeutico assistenziale, a causa della scarsa condivisione da parte di tutti gli operatori del protocollo diagnostico terapeutico assistenziale. Emerge una scarsa integrazione tra servizi ospedalieri, territoriali ed ambulatoriali, che causa discontinuità nel processo di cura del paziente ed una non interazione fra gli operatori sanitari, per cui sarebbe auspicabile la presa in carico del paziente portatore di lesioni cutanee croniche, attraverso lo sviluppo di un P.A.I. per la totalità dei pazienti. Il mancato sviluppo del P.A.I., benché sia conseguenza diretta dell'operato del personale sanitario, è, in realtà, del tutto indipendente da esso, in quanto è il risultato di un non corretto percorso clinico assistenziale, carente in integrazione e condivisione delle diverse attività fra le varie strutture (ospedale, territorio, ambulatorio ferite difficili).

4.5 Conclusioni

L'attuale periodo storico, caratterizzato da una gestione di tipo aziendale del SSN ha reso l'organizzazione sanitaria un sistema indipendente ed autonomo nella gestione dei processi di cura, ma anche competitivo. Tale sistema è caratterizzato da una politica di efficienza, efficacia ed equità, oltre che di appropriatezza delle cure e razionalizzazione delle risorse. In tale contesto, si rende necessaria l'introduzione di un modello operativo che abbia come principio ispiratore la gestione del paziente portatore di lesioni cutanee croniche, che sia in grado di pianificare le fasi del percorso clinico assistenziale al fine di garantire il raggiungimento dell'obiettivo che deve essere uguale per ogni operatore sanitario: la guarigione delle ferite. In tal senso, l'implementazione di modelli organizzativi che favoriscano la personalizzazione dell'assistenza infermieristica deve essere sostenuta come opportunità per il miglioramento complessivo del processo assistenziale rivolto al cittadino. Quindi un'assistenza centrata sul paziente (patient centred care) e un'assistenza integrata (integrated care) al fine di supportare gli infermieri nella valorizzazione della professione infermieristica.

BIBLIOGRAFIA

- (1) D'Avenia A., (2016), *L'arte di essere fragili. Come Leopardi può salvarti la vita*, Mondadori, Milano pp 38-41.
- (2) D'Avenia A., (2016), *L'arte di essere fragili. Come Leopardi può salvarti la vita*, Mondadori, Milano pp 111-115.
- (3) Bizzotto M., (2006), "l'uomo essere fragile", *teologia Verona*, pp. 7-9.
- (4) Bizzotto M., (2006), "l'uomo essere fragile", *teologia Verona*, pp. 17- 19.
- (5) Bizzotto M., (2006), "l'uomo essere fragile", *teologia Verona*, pp. 20-22.
- (6) Pilotto A., Ferrucci L., (2011), "verso una definizione clinica della fragilità: utilità dell'approccio multidimensionale", *G Gerontol*, vol.59, pp.125-126.
- (7) Toma E., (2017), *La valutazione del paziente portatore di lesioni cutanee*, pp. 27-29.
- (8) Giordano A., R. Rozzini & Trabucchi M., (2007), "la fragilità nell'anziano: una prospettiva clinica", *G Gerontol*, vol.55, pp. 2-3.
- (9) Giordano A., R. Rozzini & Trabucchi M., (2007), "la fragilità nell'anziano: una prospettiva clinica", *G Gerontol*, vol.55, pp. 3-5.
- (10) Scalise A., (2015), *Lesioni cutanee croniche. Gestione e trattamento*, Edra, pp. 2-3.
- (11) Scalise A., (2015), *Lesioni cutanee croniche. Gestione e trattamento*, Edra, pp. 1-3.
- (12) Scalise A., (2015), *Lesioni cutanee croniche. Gestione e trattamento*, Edra, pp. 6-10.
- (13) Scalise A., (2015), *Lesioni cutanee croniche. Gestione e trattamento*, Edra, pp. 10-16.
- (14) Scalise A., (2015), *Lesioni cutanee croniche. Gestione e trattamento*, Edra, pp. 31-34.
- (15) Scalise A., (2015), *Lesioni cutanee croniche. Gestione e trattamento*, Edra, pp. 39-45.
- (16) Scalise A., (2015), *Lesioni cutanee croniche. Gestione e trattamento*, Edra, pp. 45-48.
- (17) Scalise A., (2015), *Lesioni cutanee croniche. Gestione e trattamento*, Edra, pp. 16-26.

- (18) Pilotto A., Ferrucci L., (2011), “verso una definizione clinica della fragilità: utilità dell’approccio multidimensionale”, *G Gerontol*, vol.59, pp.127-128.
- (19) Trabona R., Agnoletto AP., Bertola D., Fregonese F., Papa G., Prezza M., Vallan M., (2013), *Lesioni da pressione: prevenzione e trattamento. Linea guida Regione Friuli Venezia Giulia*, Friuli Venezia Giulia, pp. 23-24.
- (20) Trabona R., Agnoletto AP., Bertola D., Fregonese F., Papa G., Prezza M., Vallan M., (2013), *Lesioni da pressione: prevenzione e trattamento. Linea guida Regione Friuli Venezia Giulia*, Friuli Venezia Giulia, pp. 21-22.
- (21) Spano L.A., Cocchieri C., Pierangeli M., Tartaglione C., Bolletta E., Scalise A., (2011), *La gestione case manageriale del paziente portatore di ulcere cutanee croniche: i percorsi clinico assistenziali nell’ottica del problem solving*, San Benedetto del Tronto, pp. 1-3.
- (22) Spano L.A., Cocchieri C., Pierangeli M., Tartaglione C., Bolletta E., Scalise A., (2011), *La gestione case manageriale del paziente portatore di ulcere cutanee croniche: i percorsi clinico assistenziali nell’ottica del problem solving*, San Benedetto del Tronto, pp. 3-4.

SITOGRAFIA

- <http://www.treccani.it/vocabolario/fragilita/>, consultato il 29 febbraio 2020.
- <https://www.nurse24.it/studenti/dispense-e-piani-assistenziali/paziente-fragile.html><https://www.tuttarteonline.it/>, consultato il 10 marzo 2020.
- <https://gazzettadimodena.gelocal.it/modena/cronaca/2016/09/17/news/nietzsche-e-la-fragilita-del-funambolo-1.14108031>, consultato il 12 marzo 2020.
- <https://filosofiabegianca.wordpress.com/2016/12/05/luomo-e-una-canna-che-pensa/>, consultato il 12 marzo 2020.
- <https://it.wikipedia.org/wiki/Delirium>, consultato il 13 marzo 2020.
- <https://it.wikipedia.org/wiki/Depressione>, consultato il 14 marzo 2020.
- http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_INDEMOG1, consultato il 15 marzo 2020.
- <https://www.azsalute.it/pluripatologia-e-farmaci-negli-anziani/>, consultato il 15 marzo 2020.
- https://it.wikipedia.org/wiki/Indice_di_vecchiaia, consultato il 16 marzo 2020.
- https://en.wikipedia.org/wiki/George_D._Winter, consultato il 20 marzo 2020.
- <https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-dermatologici/piaghe-da-decubito/piaghe-da-decubito>, consultato il 21 marzo 2020.
- <https://it.wikipedia.org/wiki/Sbrigliamento>, consultato il 21 marzo 2020.
- <https://www.nurse24.it/specializzazioni/area-clinica/infermiere-wound-care.html>, consultato il 22 marzo 2020.
- <https://www.topdoctors.it/dizionario-medico/wound-care>, consultato il 22 marzo 2020.
- <https://win.fais.info/pdf/ritrovarsi9-2-3-2004.pdf>, consultato il 24 marzo 2020.
- http://www.timeoutintensiva.it/g_allegato/66_Infermiere_processo_controllo_qualit%C3%A0.pdf, consultato il 25 marzo 2020.
- <https://it.wikipedia.org/wiki/Appropriatezza>, consultato il 27 marzo 2020.
- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1826_allegato.pdf, consultato il 28 marzo 2020.
- <https://www.nurse24.it/studenti/standard/i-protocolli-cosa-sono.html>, consultato il 30 marzo 2020.
- <https://doc.studenti.it/riassunto/metodologie-operative/presa-carico-definizione.html>, consultato il 2 aprile 2020.

- <https://www.nurse24.it/specializzazioni/medico-geriatrica-pediatria-psichiatria/medicazioni-avanzate-lesioni-cutanee.html>, consultato il 2 aprile 2020.
- <https://www.ausl.latina.it/attachments/article/749/3%20-%20Procedura%20per%20la%20prevenzione%20e%20per%20il%20trattamento%20delle%20lesioni%20da%20pressioni.pdf>, consultato il 2 aprile 2020.
- https://it.wikipedia.org/wiki/Cumulative_Illness_Rating_Scale, consultato il 3 aprile 2020.
- <https://www.nurse24.it/specializzazioni/infermiere-case-manager-importante-agente-di-cambiamento.html>, consultato il 4 aprile 2020.
- https://www.fnopi.it/contenuti_statici/xviii-congresso/poster/pdf/253%20-%20DI%20FAZIO.pdf, consultato il 4 aprile 2020.

ALLEGATI

Allegato 1. Questionario semistrutturato

Salve, sono Chiara Alesiani, laureanda in infermieristica dell'università politecnica delle Marche, sede di Ascoli Piceno. Chiedo la gentile collaborazione del **personale infermieristico** per la compilazione di tale questionario, oggetto di studio della mia tesi sperimentale, al fine di svolgere un'indagine conoscitiva sullo stato dell'arte a riguardo della prevenzione, cura e appropriatezza in ambito del wound care. Vi ringrazio anticipatamente per la collaborazione.

Genere (M/F)

Età

Titolo di studio superiore.....

Legge 341/90: diploma vecchio ordinamento

Legge 509/99: diploma di infermiere

Legge 270/2004: laurea in infermieristica

Sede di lavoro

1. Da quanti anni lavora presso l'U.O. assegnata?

- Meno di 1
- Da 1 a 5
- Più di 5
- Più di 10

2. Ha ricevuto una formazione specifica, al suo ingresso, nell'U.O. di cui fa parte?

- Sì
- No

3. Nel momento in cui il paziente accede nella sua U.O. viene individuato un responsabile del caso (case manager) per la presa in carico e la pianificazione, per un'assistenza individualizzata?

- Sì
- No

4. Viene elaborato un P.A.I. (piano assistenziale individuale)?

- Sì
- No

- 5. Viene adottata la cartella infermieristica nella sua realtà lavorativa?**
- Sì
 - No
- 6. All'interno della cartella infermieristica è prevista una scheda di monitoraggio delle lesioni cutanee croniche (LCC)?**
- Sì
 - No
- 7. Da quando lavora presso la sua U.O. ha frequentato corsi di aggiornamento a riguardo della gestione delle lesioni cutanee croniche (LCC)?**
- Sì
Con quale frequenza?
 - No
 - Eventi formativi organizzati dalla AV5
- 8. Tali eventi formativi sono stati organizzati dalla sua azienda ospedaliera o ha provveduto autonomamente al suo aggiornamento?.....**
- 9. Nella sua U.O. esiste un protocollo regionale per la gestione delle lesioni cutanee croniche (LCC)?**
- Sì
 - No
- 10. Se sì, viene implementato?**
- Sì
 - No
- 11. All'ingresso in U.O. viene somministrata una scala di rischio per quei pazienti a rischio di LDP?**
- Sì
 - No
- 12. Se sì, quale scala viene adottata?**
- Norton
 - Braden
- 13. Durante la degenza, con quale cadenza viene somministrata la scala di rischio adottata**

- 14. Quando prende in carico un paziente con lesioni cutanee croniche, oltre alla valutazione della lesione, viene calcolato lo stato nutrizionale attraverso il BMI (Body Mass Index)?**
- Sì
 - No
- 15. Viene prescritta una dieta idonea e personalizzata al paziente?**
- Sì
 - No
- 16. Vengono valutate le comorbidità e contestualmente stabilito il timing di eventuali interventi specialistici?**
- Sì
 - No
- 17. Viene valutata la situazione sociale e familiare del paziente?**
- Sì
 - No
- 18. Esistono figure di supporto per il paziente in caso di situazioni sociali e familiari complesse?**
- Sì
 - No
- 19. Viene informata e coinvolta la famiglia e/o il caregiver del paziente nel percorso di cura?**
- Sì
 - No
- 20. I familiari vengono informati del corretto utilizzo e della corretta gestione dei presidi sanitari?**
- Sì
 - No
- 21. Ritiene appropriati gli interventi posti in essere nella sua U.O. per la prevenzione e la gestione delle lesioni cutanee croniche (LCC)?**
- Sì
 - No

22. Ritiene che l'appropriatezza degli interventi infermieristici nell'ambito della gestione del paziente fragile siano fondamentali nella prevenzione delle lesioni cutanee croniche e, nello specifico, nella prevenzione delle LDP?

- Sì
- No

23. Quanto ritiene importante, a tal fine, la conoscenza e l'implementazione dei protocolli dedicati a questo argomento?

- Molto
- Poco
- Nulla

24. Ritiene di essere sufficientemente formato sull'argomento?

- Molto
- Poco
- Per niente

25. Secondo lei, esiste integrazione tra gli infermieri del territorio e infermieri ospedalieri ai fini di una corretta continuità assistenziale?

- Sì
- No

26. Organizzate, tra colleghi, briefing al fine di un'efficace pianificazione e condivisione degli interventi assistenziali?

- Sì
- Con quale frequenza?
- No

27. È soddisfatto/a del lavoro che svolge?


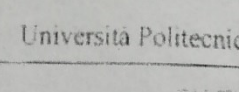
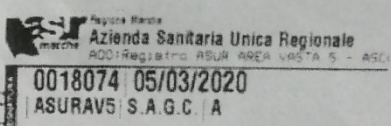
- Sì
- No

OSSERVAZIONI E SUGGERIMENTI:

.....

.....

Allegato 2. Modulo richiesta di autorizzazione, somministrazione, rilevazione e ricerca dati

0018074 | 05/03/2020
ASURAV5 | S.A.G.C. | A

Egr. Prof./Dott. _____
Dirigente P.O./U.O. Servizio _____
SEDE

OGGETTO: Richiesta di autorizzazione, somministrazione rilevazione e ricerca dati.

Con la presente ALESIANI CHIARA iscritta/o al III° anno del Corso di Laurea in Infermieristica Università Politecnica delle Marche, sede di A. P., coperto/a da regolare assicurazione, chiede di poter eseguire le attività di cui all'oggetto presso il Presidio Ospedaliero/U.O./Servizio da Lei diretto per l'elaborazione della Tesi finale di Laurea, che tratterà il seguente argomento:

LA GESTIONE DEL PAZIENTE FRAGILE A RISCHIO DI LESIONI CUTANEE CRONICHE NELL'OTICA DELL'INTEGRAZIONE MULTIDISCIPLINARE IN AMBITO OSPEDALIERO, DOMICILIARE E RESIDENZIALE: LA PREVENZIONE, LA CURA E L'APPROPRIATEZZA Relatore Prof. / Dott. ALESSANDRO SCAUSE

Gli obiettivi saranno: 1) SVOLGERE UN'INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO DEL PAZIENTE A RIGUARDO DELLA PREVENZIONE, CURA E APPROPRIATEZZA IN AMBITO DEL WOUND CARE; 2) CONOSCENZA DEI PROTOCOLLI E ADESIONE AGLI STESSI DA PARTE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO; 3) CONOSCENZA DELL'ARGOMENTO E DEL CONTESTO DI APPROPRIATEZZA

A tal fine è necessario: SOMMINISTRARE UN QUESTIONARIO SEMI STRUTTURATO AL PERSONALE INFERMIERISTICO

Tutte le informazioni raccolte saranno usate esclusivamente e conformemente all'obiettivo e nel pieno rispetto delle norme vigenti in materia di privacy. Si richiede pertanto, la disponibilità e l'autorizzazione a svolgere dette attività presso codesto Presidio/U.O./Servizio.

Con osservanza.

Studente/ssa Chiara Alesiani
Il Relatore _____
Il Dirigente della struttura che autorizza _____

Ascoli Piceno, il 05-03-2020



PROTOCOLLO PREVENZIONE E TRATTAMENTO LESIONI DA DECUBITO

REDAZIONE

Gruppo di lavoro:

- Ortopedia: I.P. Di Prima, I.P. Salvatori
- Medicina: I.P. Sciamanna, OSS Ferretti, Dr. De Benedictis
- Geriatria: Caposala Angelini I.P., Fioravanti I.P., Rosini I.P. Calvaresi
Dr. Sfrappini
- Neurologia: Caposala Coccia I.P., Caponi I.P. Testa OSS Tancredi I.P. Valeri
- ADI: I.P. Di Vincenzo I.P. Spano
- RSA Ripatransone: I.P. Di Girolami OSS Peretti
- RSA Montefiore: I.P. Miniscalco OSS Fiore
- Servizio farmaceutico Dr. La Laterza

REFERENTI: Di Vincenzo, Fioravanti, Rosini, Spano

VERIFICA CONTENUTI C.I.O. Dirigenti infermieristici

VERIFICA OPERATIVA Caposala Infermieri di U.O. RSA ADI

APPROVVIGIONAMENTO RISORSE E MATERIALI

OSS o infermiere delegato Caposala – Servizi approvvigionamenti: magazzino
economale – farmacia

APPROVAZIONE Servizio infermieristico C.I.O.

AUTORIZZAZIONE Direzione Sanitaria e Direzione di Distretto

OGGETTO

Prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito.

SCOPO/OBIETTIVO

- Ridurre l'incidenza delle lesioni da decubito.

- Implementazione della buona pratica.
- Uniformare le conoscenze.
- Uniformare l'utilizzo di strumenti operativi di valutazione e impiego di ausili.
- Uniformare trattamenti terapeutici delle LDD.
- Creare canali di comunicazioni efficaci fra i settori clinico-assistenziali intra ed extra ospedalieri.
- Miglioramento della qualità.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Il protocollo deve essere applicato a tutti i pazienti a rischio di complicanze da allettamento e a tutti i pazienti che presentano LDD.

LUOGO DI APPLICAZIONE

Tutte le unità operative del Presidio Ospedaliero
 RSA Montefiore
 RSA Ripatransone
 ADI

STANDARD DI RISULTATO

- Riduzione dell'incidenza di LDD o recidive.
- Prevenzione del peggioramento di lesioni già esistenti.
- Riparazione tissutale.
-

BIBLIOGRAFIA

“Pressure ulcers in adults: prediction and prevention. U.S. Department of Health and Human Services”. Rockville: AHCPR; 1992 - 1994
 AA.VV.

“Le piaghe da decubito nel paziente anziano”
 M. Nano, E. Ricci; 1994

“Prevenzione e trattamento delle piaghe da decubito: il ruolo della nutrizione”.
 Sheila M. Campbell, RD, PhD; 1994

“La sfida della qualità nell'assistenza agli anziani”
 E. Zanetti; 1995

“Le ulcere da pressione in età geriatrica”
 R. Gemini, P. Pace; 1997

“Assistenza geriatrica oggi”.
 F. Cavazzuti, G. Cremonini; 1998

“Le lesioni da decubito”
 D. Cucinotta, P. di Giulio; 1998

“Trattamento locale delle piaghe da decubito”
 E. Ricci, R. Cassino, M. Nano; 1998

“Guida clinica alla cura delle lesioni da decubito”
 C.T. Hess; 1999

“Le medicazioni avanzate” da *L’ulcera cutanea. Approccio multidisciplinare alla diagnosi e al trattamento.*

M. Monti, M. Romanelli; 2000

“Prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito – Linee guida”

E. Zanetti, A. Calosso; 2000

“Le lesioni cutanee”

A. Colosso; 2004

RISORSE UMANE

Medici- MMG – Infermieri U.O. – Infermieri esperti in WOUND CARE – Infermieri RSA – Infermieri ADI – OSS – Fisioterapisti – Dietista.

RESPONSABILITA’

Descrizione attività	I	CS	M	OSS	F	D
Osservazione del paziente e della lesione	R	R	R	C		
Trascrizione su scheda infermieristica	R	C	C			
Utilizzo di ausili antidecubito	R			R	R	
Tecniche di posizionamento	R			R	R	
Igiene e cura della cute	R			R		
Valutazione dello stato nutrizionale	CR	C	R	C		R
Prescrizione supporti alimentari	C	C	R			R
Medicazioni	R		C	C		
Debridement	C		R			
Terapie complementari	C		R		C	
Valutazione del dolore	R	C	R	R		
Gestione del dolore	C		R	C	C	
Monitoraggio settimanale della lesione e del paziente a rischio con registrazione su scheda	R	C	C		C	
Educazione al care giver	R	R	R	C	R	
Smaltimento rifiuti secondo protocollo	C	C		R		
Valutazione risultati del piano di trattamento	R	R	R	C	R	

Leggenda I: infermiere CS: caposala, M: medico, OSS: operatore socio sanitario, F: fisioterapista, D: dietista, R: responsabile, C: coinvolto

INTRODUZIONE

L'ulcera da pressione è una lesione cutanea causata dall'eccessiva e prolungata pressione su di un distretto cutaneo, che esita in un danno del tessuto sottostante

Si tratta di una lesione tessutale, con evoluzione necrotica, che interessa la cute, il derma e gli strati sottocutanei, fino a raggiungere, nei casi più gravi, la muscolatura e le ossa.

È una grave complicanza dell'immobilizzazione, causata da un'eccessiva e/o prolungata pressione esercitata tra il piano d'appoggio e la superficie ossea, o da forze di stiramento che provocano uno stress meccanico ai tessuti e la strozzatura dei vasi sanguigni.

La formazione di lesioni da decubito è in relazione anche con l'età del paziente; l'invecchiamento, infatti, provoca una riduzione dell'elasticità e della vitalità della cute con riduzione del tessuto sottocutaneo ed atrofia muscolare; i capillari diventano più fragili e vanno incontro a rottura con formazione di chiazze rossastre.

A causa di queste modificazioni il paziente anziano è maggiormente a rischio di sviluppare patologie a carico della cute.

La lesione da decubito è un evento potenzialmente prevenibile, la prima e più efficace terapia per tale lesione è la prevenzione e, poiché tale patologia è la risultante di numerosi fattori, richiede un approccio multidisciplinare.

FATTORI DI RISCHIO

FATTORI LOCALI (estrinseci)

- Pressione
- Forze di attrito o frizione
- Umidità e aumento della temperatura locale
- Forze di taglio o stiramento
- Utilizzo incongruo di ausili (es. apparecchi gessati)

FATTORI SISTEMICI (intrinseci)

- Immobilità o riduzione della mobilità
- Età
- Malattie arteriose e ipotensione
- Malattie sistemiche con carattere di cronicità
- Malnutrizione
- Disidratazione

PREVENZIONE

N.B. Ogni affermazione contenuta in questo protocollo è supportata da evidenze scientifiche di tipo:

A Buona evidenza fondata su basi sperimentali

B Ragionevole evidenza sperimentale

C Basata sull'opinione di esperti e sul consenso di un gruppo di consulenti

1) IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE A RISCHIO

La valutazione del grado di autonomia rappresenta il primo intervento preventivo. Il paziente a rischio, secondo le linee guida, è quel soggetto costretto a letto con gravi difficoltà di movimento; tali individui dovrebbero essere esaminati al momento del ricovero o ammissione.

È possibile eseguire una valutazione sistemica del rischio servendosi di strumenti convalidati come la scala di Braden.

Gli indici hanno lo scopo di ridurre incertezze inerenti la pratica medica o assistenziale.
(A)

LA SCALA DI BRADEN

È uno strumento validato, che prende in considerazione sei indicatori:

- Percezione sensoriale;
- Umidità;
- Attività motoria;
- Nutrizione;
- Frizione e scivolamento.

Le definizioni sono particolareggiate; sono indicate ventitré variabili alle quali è necessario assegnare un punteggio.

Questa scala si basa sul principio secondo il quale **minore è il valore, maggiore è il rischio.**

Si evidenzia una **situazione di rischio se il punteggio è minore o uguale a 16** nei pazienti acuti, **minore o uguale a 18** nei pazienti anziani e a domicilio.

L'Infermiere applica la scala di Braden ai pazienti che entrano nel reparto entro le prime 24 ore. Questo intervallo è necessario perché il paziente possa essere valutato nelle diverse attività di vita e durante i diversi momenti della giornata. Trascorso questo periodo, l'infermiere prende in esame ciascun indicatore ed assegna un punteggio relativo alle condizioni riscontrate. Assegnati i punteggi ad ogni variabile se ne fa la somma. Questo è il punteggio della scala che deve essere riportato in cartella.

La valutazione viene ripetuta ogni **7 giorni (15 giorni per RSA e ADI)** ogni qualvolta le **condizioni del paziente si modificano** e alla **dimissione.** (A)

Tutte le valutazioni vanno documentate. (C)

Secondo il punteggio individuato si rendono necessari diversi tipi d'interventi.

SCALA DI BRADEN

Indicatori e Variabili	4	3	2	1
Percezione sensoriale. Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione.	Non limitata. Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio.	Leggermente limitata. Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione. ○ Ha impedimenti al sensorio che limita la capacità di avvertire il dolore o il disagio in 1 o 2 estremità.	Molto limitata. Risponde solo a stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi. ○ Ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore almeno per la metà del corpo.	Completamente limitata. Non vi è risposta (non geme, non si contrae o afferra) allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza od alla sedazione. ○ Limitata capacità di percepire dolore in molte zone del corpo.
Umidità. Grado di esposizione della pelle all'umidità.	Raramente bagnato. La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine.	Occasionalmente bagnato. La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra 1 volta al giorno.	Spesso bagnato. Pelle sovente ma non sempre umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno 1 volta per turno.	Costantemente bagnato. La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione, dall'urina, ecc. Ogni volta che il paziente si muove o si gira si trova sempre bagnato.
Attività. Grado di attività fisica	Cammina frequentemente. Cammina al di fuori della camera almeno 2 volte al giorno e dentro la camera 1 volta ogni due ore (al di fuori delle ore di riposo).	Cammina occasionalmente. Cammina occasionalmente durante il giorno ma per brevi distanze con o senza aiuto, Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia.	In poltrona. Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia a rotelle.	Allettato. Costretto a letto.
Mobilità. Capacità di cambiare e di controllare le posizioni del corpo.	Limitazioni assenti. Si sposta frequentemente e senza assistenza.	Parzialmente limitata. Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo.	Molto limitata. Cambia occasionalmente posizione del corpo o delle estremità, ma è incapace di fare frequenti o efficaci cambiamenti di posizione senza aiuto.	Completamente immobile. Non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza.
Nutrizione. Assunzione usuale di cibo.	Eccellente. Mangia la maggior parte del cibo, Non rifiuta mai il pasto, talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori.	Adeguate. Mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più di proteine al giorno. Usualmente assume integratori. ○ Si alimenta artificialmente con NPT o NE, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario.	Probabilmente inadeguata. Raramente mangia un pasto completo. In genere mangia la metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente integratori alimentari. ○ Riceve meno quantità ottimale di dieta liquida o enterale (con SNG).	Molto povera. Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. 2 o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e nessun integratore. ○ E' a digiuno o mantenuto con fleboclisi o beve bevande per più di 5 giorni.
Frizione e scivolamento		Senza problemi apparenti. Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti.	Problema potenziale. Si muove poco e necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento, la cute fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona, occasionalmente può slittare.	Problema. Richiede da una moderata ad una massima assistenza nei movimenti. Frequentemente scivola nel letto o nella poltrona. Frequentemente richiede riposizionamenti con la massima assistenza. Sono presenti spasticità, contratture, agitazione, che causano costantemente attrito contro il piano del letto o della poltrona.

N.B. Nel caso di paziente cateterizzato, ovvero di fatto continente, si attribuisce un punteggio = 4 all'indicatore umidità

2) TRATTAMENTO DELL'IMMOBILITA'

Per evitare il formarsi di lesioni è fondamentale un adeguato **cambio di postura**; senza l'eliminazione della pressione locale ogni altra misura preventiva e terapeutica è inutile. È necessario pertanto adottare i seguenti interventi preventivi, compatibilmente con le condizioni patologiche del paziente.

- a) Favorire la mobilizzazione e la riabilitazione del paziente; (C)
- b) **Variare ogni 2–3 ore (B)** la postura del paziente allettato a rischio di sviluppo di lesioni da decubito. Con l'uso di ausili antidecubito l'intervallo di cambio postura può arrivare a 4 ore;(C)
- c) Il paziente a rischio di sviluppare lesioni da decubito deve essere posto, quando è a letto, su **materassi antidecubito**; (B)
- d) Quando viene utilizzato il decubito laterale, il peso del corpo grava sul trocantere; evitare la formazione di un angolo retto tra il corpo del malato e il piano del letto posizionando un cuscino dietro la schiena. Interporre un cuscino ben teso tra gli arti inferiori per evitare il contatto tra le ginocchia e tra le caviglie; (C)
- e) In posizione supina mantenere le gambe separate e i talloni sollevati utilizzando appositi ausili (cuscini, talloniere, traverse);
- f) Evitare un'inclinazione troppo elevata e prolungata della testata del letto per evitare scivolamento e/o pressione su ischio, sacro e talloni; (C)
- g) Spostare il paziente utilizzando dispositivi di sollevamento (trapezi, sollevatori ecc.) per evitare sfregamento della cute;
- h) La biancheria deve essere pulita, senza pieghe, cuciture o corpi estranei;
- i) alternare il posizionamento a letto e in carrozzina ogni 2 - 3 ore. Evitare l'utilizzo di ciambelle poiché limitano l'irrorazione sanguigna e aumentano il rischio di lesioni, (C) eventualmente utilizzare specifici cuscini antidecubito per carrozzina;
- j) Pianificare in cartella infermieristica gli interventi necessari riguardo alla prevenzione e/o cura delle lesioni da decubito. (C)
- k) Trattamento dell'incontinenza sia urinaria che fecale (ANAL PLUG)

3) UTILIZZO DI AUSILI ANTIDECUBITO

Occorre premettere che gli ausili antidecubito (materassi, cuscini, cavigliere ecc.) non sostituiscono l'intervento del personale per quanto riguarda il cambio della postura; tuttavia concorrono alla prevenzione delle ulcere.

Questi agiscono riducendo la pressione soprattutto a livello delle prominenze ossee (sacro, trocanteri, talloni ecc.) che sono le zone più suscettibili alla formazione di lesioni. La scelta del tipo di materasso antidecubito e di qualsiasi altro presidio dipende dal grado di rischio (punteggio assegnato con scala di Braden) e dalla gravità delle lesioni (classificazione in stadi) e dalle condizioni cliniche e generali del paziente.

Punteggio secondo Braden	Gravità della lesione	Tipo di materasso
18 – 15 Basso rischio	Cute integra o lesione I stadio	ATEX
	Lesione II stadio	ALPHA ACTIVE / SUPRA 8000
14 – 13 Medio rischio	Lesione I e II stadio	ALPHA ACTIVE / SUPRA 8000
	Lesione III e IV stadio	NIMBUS 3
12 – 10 Alto rischio	Lesione I, II e III stadio	NIMBUS 3
	Lesione IV stadio e presenza di escara	NIMBUS 3
< 9 Altissimo rischio	Qualsiasi grado della lesione	NIMBUS 3

Altri ausili utili possono essere:

- Cuscini da mettere sotto le gambe
- Staffa e trapezio
- Letto articolato con sponde di contenimento, staffa con trapezio e archetti solleva coperte.
- Letto elettronico per pazienti difficili da muovere (es. obesi).

4) EDUCAZIONE SANITARIA DEL PAZIENTE E DEL CAREGIVER

Programmi educativi per la prevenzione e trattamento di LDD dovrebbero essere strutturati, organizzati e indirizzati a tutti i livelli di operatori, ma anche a pazienti, familiari o altri assistenti (A)

Riguardo all'utilizzo degli ausili citati e alle metodiche di mobilitazione dei pazienti, è necessario fare adeguata educazione ai parenti e ai caregiver, durante il ricovero e all'atto della dimissione, al fine di garantire una continuità assistenziale tra ospedale e domicilio. (A)

Interventi:

- educare i pazienti e/o i familiari su fattori di rischio. (A)
- discutere le opzioni di trattamento con pazienti e loro famiglia dopo averli valutati da un punto di vista psicosociale per determinare la loro possibilità di comprendere e di motivarsi ad aderire al programma di prevenzione e trattamento
- sviluppare il piano di cura e prevenzione in rapporto con gli obiettivi condivisi dal paziente e secondo i suoi desideri, incoraggiarlo ad essere attivo e partecipante alla cura
- dare spiegazioni semplici usando una terminologia di facile comprensione. (C)
- fare dimostrazioni pratiche per la realizzazione di cambi di postura. (C)
- se il paziente è collaborante invitarlo ai cambi di postura spontanei se necessario servendosi di appositi ausili.
- Fornire informazioni sul dolore, sui disagi, sui possibili risultati e sulla durata del trattamento se si è in grado di prevederlo.

Il programma educativo dovrebbe identificare i responsabili per la prevenzione, inoltre essere aggiornato regolarmente al fine di incorporare tecnologie e tecniche nuove già in uso. (C).

5)CORREZIONE DELLO STATO DI MALNUTRIZIONE

La malnutrizione è uno dei fattori che contribuiscono a determinare sia uno stato di immunocompromissione che una scadente cicatrizzazione delle ferite; è necessario quindi, come primo intervento nutrizionale, incoraggiare e favorire un adeguato introito di alimenti mediante una dieta orale (semolini, omogeneizzati, creme di riso o di verdura ecc.) o eventualmente con l'uso di integratori (fortimel, ensure ecc.) al fine di assicurare l'apporto di proteine, carboidrati, lipidi, vitamine e sali minerali essenziali per la riparazione tissutale. (B)

Quando un paziente non è in grado di nutrirsi o si rifiuta di farlo, è necessario procedere, su indicazione medica, ad alimentazione enterale o parenterale. L'intervento nutrizionale dovrebbe incentrarsi sul miglioramento dell'apporto di cibo e liquidi, attraverso l'analisi della qualità del pasto offerto di pari passo alla rimozione delle barriere fisiche o sociali al suo consumo. L'integrazione nutrizionale può essere presa in considerazione qualora non sia possibile incrementare il consumo dell'individuo di cibo e liquidi. (C) In caso di difetto nutrizionale può essere presa in considerazione la richiesta di consulenza specialistica di una dietista.

La valutazione dello stato nutrizionale va effettuata al momento dell'ingresso e, quando possibile, attraverso l'utilizzo della scala nutrizionale M.N.A. (vedi allegato).

6) IGIENE E CURA DELLA CUTE

La cute dei pazienti a rischio, particolarmente vulnerabile ad agenti fisici-chimici, deve essere adeguatamente trattata:

- ispezione sistemica della cute nelle zone a rischio con particolare attenzione alle prominenze ossee. (C)
- praticare un'accurata igiene quotidiana della cute utilizzando prodotti a pH fisiologico (5,5 / 5,7).
- eseguire accurata pulizia tutte le volte che il paziente urina e/o evacua. (C)
- sostituire la biancheria del letto se sporca o bagnata. (C)
- idratare la cute con prodotti che aiutino a ripristinare il film idrolipidico (creme idratanti).
- utilizzare prodotti barriera come crema all'ossido di zinco o film protettivi. (C)
- non utilizzare sostanze alcoliche perché seccano la cute e ne indeboliscono lo strato lipidico né sostanze irritanti (acqua troppo calda ecc.). (C)
- evitare il massaggio delle prominenze ossee perché provoca trauma dei tessuti profondi. (C)
- se si utilizza un pannolone sostituirlo almeno ogni 6 ore e/o al bisogno.

7) INTERVENTI SUI FATTORI ASSOCIATI

Diabete, ipertensione, obesità, scompenso cardiaco, anemia, che provocano riduzione della perfusione cutanea e del microcircolo, così come incontinenza, febbre, infezioni, necessitano di adeguato approccio multidisciplinare.

TRATTAMENTO

L'approccio al trattamento va inquadrato in termini olistici: la prima fase di trattamento è la valutazione globale dato che alcuni indici bio-umorali e alcune patologie concomitanti riducono le potenzialità di riparazione tissutale. Bisogna quindi valutare:

- albumina sierica (non < 2 mg/dl).
- emoglobina (non < 9 gr/l).
- ematocrito (37/47 per le donne; 40/54 per gli uomini).
- alterazioni metaboliche (glicemia, Fe, ac. Folico, bilancio azotato, vitamine, oligoelementi).
- terapie somministrate (FANS cortisonici, antitumorali).
- malattie autoimmuni.
- patologie circolatorie, epatiche, renali.
- malattie cardio-vascolari.
- deficit microcircolatori.

La raccolta dei dati verrà effettuata tramite l'utilizzo di apposita modulistica allegata a questo protocollo.

1) VALUTAZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO

Prima di attuare qualsiasi trattamento, occorre valutare e classificare il tipo di lesione in riferimento a:

- Sede.
- Stadio.
- Dimensione.
- Caratteristiche (presenza di essudato, di tessuto necrotico, presenza o assenza di tessuto di granulazione, presenza di fibrina e di zone di riepitelizzazione, di essudato maleodorante o purulento).

Sede

Le ulcere da decubito possono localizzarsi in qualsiasi zona dove i tessuti molli sono compressi fra le strutture ossee e il piano d'appoggio.

Vi sono però localizzazioni preferenziali in rapporto al tipo di decubito: occipite, scapola (dx e sin.), gomito, processi spinosi vertebrali, zona sacrale, malleolo (dx e sin.), trocantere (dx e sin.), tallone (dx e sin.).

Stadio

L'utilizzo di un'unica classificazione delle lesioni, all'interno di un'équipe infermieristica, è la prima tappa da seguire per la definizione di un corretto protocollo di trattamento. Per una valutazione omogenea delle lesioni da decubito si fa riferimento alla scala di NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel), così come segue:

STADIO I	Eritema di pelle intatta, che non scompare alla digitopressione; esso rappresenta la lesione che preannuncia l'ulcerazione cutanea. In soggetti di carnagione più scura, anche lo scolorimento della cute, il calore, l'edema, l'indurimento o la durezza possono esserne indizi.
STADIO II	Perdita parziale di spessore cutaneo che coinvolge l'epidermide, il derma o entrambi. La lesione è superficiale e si presenta clinicamente sotto forma di abrasione, vescica o cratere di scarsa profondità.
STADIO III	Perdita totale di spessore cutaneo che comporta il danneggiamento e la necrosi del tessuto sottocutaneo, in grado di estendersi in profondità fino alla fascia sottostante, senza però attraversarla. La lesione si presenta clinicamente sotto forma di cratere profondo associato o no a tessuto adiacente sottominato.
STADIO IV	Perdita totale di spessore cutaneo con distruzione estesa, necrosi del tessuto o danneggiamento del muscolo, osso o strutture di supporto (tendine, capsula articolare). Anche la presenza di tessuto sottominato e di tratti cavi può essere associata a lesioni da decubito di Stadio IV.
STADIO V	Non valutabile – Necrosi a totale copertura della lesione

Dimensione

È necessario misurare le lesioni per eseguire una corretta valutazione iniziale rilevandone l'area con carta millimetrata.

In seguito la misurazione consente di valutare l'efficacia del trattamento e l'evoluzione delle lesioni.

Per rilevare correttamente le dimensioni della lesione:

- 1) rimuovere la medicazione.
- 2) lavare la lesione con fisiologica.
- 3) asciugare tamponando senza sfregare.
- 4) appoggiare sulla lesione l'apposito foglio doppio, trasparente e millimetrato.
- 5) tracciare il perimetro della lesione con una linea continua utilizzando pennarello indelebile.
- 6) rimuovere la pellicola a contatto con la lesione ed eliminarla.
- 7) conservare solo quella pulita con la traccia della lesione, completa di tutti i dati.

Caratteristiche

- Lesione **superficiale**: interessa i primi due strati della cute (epidermide e derma)
→ I e II stadio.

- Lesione **profonda**: interessa gli strati profondi del derma, fino al tessuto muscolare e osseo → III e IV stadio.
- Lesione **detersa**:
granuleggiante, in via di guarigione, con presenza di tessuto di granulazione, con essudato in quantità media e di aspetto limpido;
epitelizzante, ormai appianata, in cui si deve riformare il tessuto epiteliale.
- Lesione **infetta**: con presenza di essudato infetto, maleodorante, dolente, con tendenza al peggioramento. Le lesioni infette possono nascondere una sottominatura.
- Lesione **necrotica**: presenza di tessuto necrotico che può essere secco oppure presentarsi molle. In questo caso può significare la presenza d'infezione oppure che è in corso un trattamento medico per la rimozione della necrosi.
- Livelli di essudato: **asciutta**

umida

essudante

2) TRATTAMENTO LOCALE DELLE LESIONI DA DECUBITO

Prima di procedere alla medicazione della lesione è necessario attuare una corretta **detersione**:

- pulire la lesione all'inizio del trattamento e ad ogni cambio di medicazione
- utilizzare una minima forza meccanica durante la pulizia se si utilizzano telini e garze
- non pulire la lesione con detergenti cutanei o agenti antisettici (H₂O₂, iodopovidone,)
- utilizzare una soluzione salina (fisiologica) per la pulizia della lesione a temperatura = 37° C al fine di evitare lo shock termico.
- utilizzare una pressione sufficiente per pulire la lesione senza causare traumi alla stessa.

3) GESTIONE DELLA COLONIZZAZIONE BATTERICA.

Le lesioni di II, III e IV stadio sono sempre colonizzate. Nella maggior parte dei casi pulizia e sbrigliamento adeguati impediscono alla colonizzazione batterica di procedere fino al punto di infezione clinica. Procedere come segue:

- Ridurre al minimo la colonizzazione attraverso pulizia e sbrigliamento efficaci.
- Non usare colture a tampone per diagnosticare l'infezione ma, quando non si ritengono sufficienti i segni clinici, una coltura del fluido ottenuto attraverso aspirazione o biopsia del tessuto della lesione.
- Attuare una terapia adeguata di antibiotici sistemici per i pazienti che presentano batteriemia, sepsi, cellulite in progressione o osteomielite.
- Proteggere le lesioni da decubito da fonti esogene di contaminazione.
- L'asepsi è indispensabile per minimizzare la colonizzazione batterica di quelle lesioni che per la sede (sacrale, trocanterica, ischiatica) si trovano vicino a potenziali fonti di infezione (tecnica pulita non necessariamente sterile) (A)
- Utilizzare antisettici locali solo fino alla risoluzione dei segni clinici d'infezione. Evitarne l'uso routinario.

4) Controllo delle infezioni

Il rischio di infezioni crociate in ambiente confinato è realistico. Interventi preventivi

- Usare guanti puliti per ogni paziente.
- Quando si trattano ulcere multiple sullo stesso paziente curare per ultima l'ulcera più contaminata (es nella regione perianale).
- Togliere i guanti ed eseguire lavaggio antisettico tra un paziente e l'altro
- Usare strumentario sterile per il debridement.
- Utilizzare tecnica pulita piuttosto che sterile per la medicazione.
- Smaltimento rifiuti e liquidi organici secondo protocolli esistenti.

Evidenze cliniche dell'infezione.

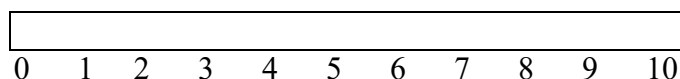
- Peggioramento della lesione.
- Aumento dell'essudazione.
- Secrezione purulenta.
- Intenso e non usuale cattivo odore.
- Aumento del dolore.
- Cambiamento del tessuto di granulazione.
- Cellulite (rubor, tumor, calor, dolor).

Uno o più dei precedenti fattori deve comunque indurre al sospetto diagnostico d'infezione.

Valutazione e gestione del dolore.

Il dolore è parte integrante della diagnosi e del trattamento locale delle lesioni è dunque necessario valutare tutti i pazienti utilizzando un unico modello di rappresentazione del dolore.

La scala analogica visiva (VAS) andrà somministrata al paziente per valutare il dolore cronico e al cambio della medicazione registrando il dato in cartella.



Gli indicatori da 0 a 10 misurano in maniera crescente da assenza di dolore (0) a peggiore dolore immaginabile. (10)

Il trattamento del dolore verrà effettuato mediante l'eliminazione o il controllo delle sue possibili cause curando l'aspetto psicologico, la protezione delle lesioni, l'utilizzo di superfici, il cambio posturale.

Nei casi in cui si ritiene opportuno è necessario decidere, assieme al medico, la somministrazione di una terapia farmacologica e nei casi di dolore cronico particolarmente importante anche il ricorso ad una consulenza anestesiologicala per la terapia del dolore.

La scelta della medicazione è fondamentale per ridurre al minimo il dolore.

Modalità di controllo del dolore in sede di cambio della medicazione.

- evitare di esporre la ferita a correnti d'aria provenienti da finestre aperte e a qualsiasi altro tipo di sollecitazione non necessaria. Non toccarla se non strettamente necessario.
- Al momento di intervenire, toccare la lesione delicatamente, tenendo presente che anche il più lieve contatto può provocare dolore.
- Scegliere una medicazione adatta al tipo di lesione, che mantenga l'umidità naturale della lesione in modo da ridurre l'attrito sulla superficie della stessa, che provochi il

minimo dolore e meno traumi possibili al momento della rimozione, che duri il più possibile in modo da ridurre il numero di cambi necessari.

- Scegliere un altro tipo di medicazione se: al momento della rimozione il paziente ha sofferto dolore, sanguinamento o traumi alla lesione o alla cute circostante, per togliere la medicazione è stato necessario bagnarla preventivamente.
- Leggere le istruzioni del produttore sui metodi di rimozione.

PROTOCOLLO DI TRATTAMENTO DINAMICO

QUADRO CLINICO*	SCOPO TRATTAMENTO	PRODOTTO**	CAMBIO PREVISTO***
superficiale detersa asciutta	Ripristinare l'ambiente umido e favorire la riepitelizzazione	- Medicaz. non aderente sintetica - Pellicola semipermeabile. - Idrocolloide	2-3 giorni 2-3 giorni 2-3 giorni
superficiale detersa umida	Favorire la riepitelizzazione	- Medicaz. non aderente sintetica - Medicaz. in schiuma di poliuretano - CMC sodica	2-3 giorni 4-5 giorni 2-4 giorni
superficiale detersa essudante	Ridurre eccesso di essudato e favorire la riepitelizzazione	- Medicaz. in schiuma di poliuretano - CMC sodica - Acido ialuronico	2-4 giorni 2-4 giorni max 4 giorni
superficiale infetta asciutta	Risolvere lo stato infettivo, ripristinare l'ambiente umido	- Medicazione ai nanocristalli d'argento attivata solo con acqua bidistillata - Medicazione non aderente all'argento - Poliacrilati	2-3 giorni 2-3 giorni 2-3 giorni ogni 24 ore
superficiale infetta umida	Risolvere lo stato infettivo	- Medicazione non aderente allo iodopovidone - Medicazione al carbone attivo più argento - Medicazione ai nanocristalli d'argento attivata solo con acqua bidistillata - Poliacrilati - CMC sodica Ag	2-3 giorni 2-3 giorni 2-3 giorni ogni 24 ore 2-3 giorni ogni 24 ore
superficiale infetta essudante	Risolvere lo stato infettivo, ridurre eccesso di essudato	- Medicazione al carbone attivo più argento - Alginato di calcio - Medicazione ai nanocristalli d'argento attivata con acqua bidistillata - Medicazione ipertonica - Poliacrilato	1-2 giorni 1-2 giorni 1-2 giorni 1 giorno 1 giorno
superficiale necrotica asciutta	Rimuovere la necrosi, ripristinare l'ambiente umido	- Trattamento chirurgico parziale (escarectomia) - Idrogel +Pellicola semipermeabile - Idrogel + Idrocolloidi - Poliacrilati	2-3 giorni 1 giorno
superficiale necrotica umida	Rimuovere la necrosi	- Trattamento chirurgico parziale (escarectomia) - Idrogel +Medicaz. in schiuma di poliuretano - Poliacrilati	2-3 giorni ogni 24 ore
profonda detersa asciutta	Favorire i processi di granulazione,	- Medicaz. cavitaria in schiuma di poliuretano - Idrogel +Medicaz. in schiuma di poliuretano	2-3 giorni 2-3 giorni

	ripristinare l'ambiente umido		
profonda detersa umida	Favorire i processi di granulazione	- Medicaz. cavitaria in schiuma di poliuretano - Medicaz. in schiuma di poliuretano - Alginato in nastro	2-3 giorni 2-3 giorni 2 3 giorni
profonda detersa essudante	Ridurre l'eccesso di essudato e favorire la granulazione	- Medicaz. cavitaria in schiuma di poliuretano - Alginato di calcio +Medicaz. in schiuma di poliuretano - CMC sodica	2-3 giorni 2-3 giorni 2-3 giorni
profonda infetta asciutta	Risolvere lo stato infettivo, ripristinare l'ambiente umido	- Medicazione non aderente all'Ag - Medicazione ai nanocristalli d'argento attivata solo con acqua bidistillata - Poliacrilati	2 giorni 2 giorni 24 ore
profonda infetta umida	Risolvere lo stato infettivo	- Medicazione non aderente allo iodopovidone - Medicazione ai nanocristalli d'argento attivata solo con acqua bidistillata - Medicazione al carbone attivo più argento - Poliacrilati - Medicazione ipertonica	2 giorni 2 giorni 2 giorni 24 ore 24 ore
profonda infetta essudante	Risolvere lo stato infettivo, ridurre eccesso di essudato	- Medicazione al carbone attivo più argento - Alginato di calcio - Medicazione con idrofibra e argento - Medicazione ipertonica -Poliacrilato	1-2 giorni 1-2 giorni 1-2 giorni 24 ore 24 ore
profonda necrotica asciutta	Rimuovere la necrosi, ripristinare l'ambiente umido	- Trattamento chirurgico parziale (escarectomia) - Idrogel + Idrocolloide - Poliacrilato	1-2 giorni
profonda necrotica umida	Rimuovere la necrosi	- Trattamento chirurgico parziale (escarectomia) - Idrogel +Medicaz. in schiuma di poliuretano - Poliacrilati	1-2 giorni 24 ore
profonda necrotica essudante	Ridurre eccesso di essudato e rimuovere la necrosi	- Trattamento chirurgico parziale (escarectomia) - Medicaz. in schiuma di poliuretano - Alginato di calcio +Medicaz. in schiuma di poliuretano - Poliacrilati	1-2 giorni 1-2 giorni 24 ore

Quadro clinico: vedi paragrafo “Caratteristiche”

-E' importante sottolineare che qualsiasi medicazione è efficace se mantenuta in ambiente umido. (A)

-L'escara secca del tallone non va rimossa ne trattata ma solo monitorata nel tempo. (C)

-Nel caso di peggioramento evidente delle lesione è consigliabile rivalutare immediatamente il piano di trattamento altrimenti le medicazioni non vanno modificate prima di due settimane e la successiva modifica va giustificata in cartella.

E' possibile l'utilizzo di prodotti classificati come farmaci concordandone l'utilizzo con il medico seguita da prescrizione registrata in cartella e motivata (ad esempio Noruxol, Iruxol, Sofargen, Iodosorb collagene...).

In caso di ferite che non rispondono efficacemente al trattamento previsto dal protocollo in uso, è consigliabile la richiesta di consulenza da parte di un'infermiera esperta in WOUND CARE presente in questa azienda. (Segue delibera aziendale in merito e comunicazione ufficiale da parte dell'azienda)

PROMOGRAN

Una nota specifica merita l'utilizzo della matrice modulante di proteasi. Essa consente di ribilanciare e modulare le condizioni patologiche in tutte le lesioni croniche. L'indicazione d'uso è per quelle ferite che stentano a procedere verso la guarigione pur essendo apparentemente granuleggianti e nel caso in cui sulla ferita sia presente biofilm. E' una medicazione primaria e richiede una medicazione di copertura che varia secondo le condizioni della ferita: poco esaudante Idrocolloidi; moderatamente esaudante schiuma di poliuretano; molto esaudante garza non aderente imbevuta di petrolato.

COLLAGENE

Nelle ferite deterse in fase di granulazione e/o di epitelizzazione in cui si presenti un rallentamento del processo di angiogenesi si consiglia l'utilizzo di questo farmaco.

PASTA ALL'OSSIDO DI ZINCO

La cute perilesionale a rischio di macerazione va sempre protetta con questo prodotto.

DIMISSIONE PROTETTA

P.S. Quando il paziente portatore di lesioni viene dimesso dalla struttura ospedaliera si seguirà il protocollo per la dimissione protetta già esistente.

La caposala del servizio ADI si recherà di persona in reparto per la valutazione del paziente e la sua presa in carico (Richiesta telefonica almeno tre giorni prima della dimissione non coincidente con il sabato).

Alla lettera di dimissione medica andrà sempre allegata la scheda di dimissione infermieristica.

FORMAZIONE

È prevista l'attivazione di un progetto di formazione per tutti gli operatori delle U.O. RSA, ADI organizzato in più edizioni.

INDICATORI DI RISULTATO

- **numero di U.O. che adottano il protocollo in pazienti a rischio di sviluppare LDD**
- **numero di edizioni del corso di formazione , numero totale dei partecipanti, numero valutazione positiva da parte dei partecipanti.**
- **Studi di prevalenza e di incidenza ASUR12 costanti nel tempo.**

Indicazioni d'uso dei prodotti e alcuni esempi di nomi commerciali e ditte produttrici.

- *Pellicola semipermeabile*: primaria e secondaria, sterile, adesiva, per la prevenzione e il trattamento di lesioni asciutte in fase di ri-epitelizzazione. Bioclusive Johnson & Johnson; Blisterfilm Tyco; IV 3000 Smith & Nephew; Hydrofilm P. Hartmann; Mefilm Molnlycke; OpSite Smith & Nephew; Poliskin Tyco; Suprasorb F Lohmann & Rauscher; Tegaderm 3M.
- *Idrocolloidi*: primaria, sterile, adesiva indicata per il trattamento di lesioni asciutte in fase di riepitelizzazione e per favorire l'autolisi in ferite con escara dura. Comfeel Coloplast; DuoDERM Conva Tec ; Hydrocoll P. Hartmann; Nu- Derm Johnson & Johnson; Suprasorb H Lohmann & Rauscher; Tegasorb 3M; Ultecpro Tyco;
- *Medicazioni impregnate*: primaria, sterile, adesiva indicata per la prevenzione e il trattamento di lesioni asciutte in fase di ri-epitelizzazione. Alldress Molnlycke; Bactigrass Smith & Nephew; Connettivina e Connettivina Plus Fidia; Grassolind P. Hartmann; Jelonet Smith & Nephew Urgotul Agelini; Vaseline Tyco;

- *Medicazioni antisettiche ipertoniche*: Medicazione primaria sterile ad azione antisettica , umida, impregnata con soluzione salina ipertonica al 20%. Rimuove slough pus e batteri. Curasalt Tyco; Mesalt Molnlycke.
- *Medicazione non aderente sintetica*: primaria, sterile a trama stretta, priva di principi attivi per il trattamento di ferite asciutte e umide in fase di granulazione e ri-epitalizzazione Adaptic Johnson & Johnson; Curity Tyco. Mepitel Molnlycke; Atrauman P. Hartmann;
- *Medicazione in schiuma di poliuretano*: primaria, sterile, con o senza bordo adesivo, per il trattamento di lesioni in fase di granulazione e di ri-epitelizzazione con contenuto di essudato medio-alto (lesioni essudanti-umide). Curafoam, Hydrafoam Tyco Healthcare; Allevin Smith & Nephew; Biatain Coloplast; Mepilex Molnlycke; Tielle Johnson & Johnson; Cutinova Beiesdorf; Askina B. Braun; Permafoam P. Hartmann; Suprasorb A Lohmann & Rausher;
- *Medicazione non aderente allo iodopovidone*: imbevuta di battericida a largo spettro, indicata per il trattamento di ferite infette, sia superficiali che profonde. Da utilizzarsi di preferenza su lesioni non essudanti. Inadine Johnson & Johnson;
- *Idrogeli*: primaria, sterile, ipoallergenica per il trattamento dei tessuti necrotici o fibrosi, sia superficiali che profondi se in gel. Se in placche: indicato per il trattamento di lesioni superficiali in fase di ri-epitelizzazione. Askina gel B. Braun; Curafil gel e Curagel Tyco; Hydrosorb P. Hartmann; Hypergel (ipertonico al 20 % di cloruro di sodio) Molnlycke; DuoDERM Idrogel ConvaTec; IntraSite gel Smith & Nephew; Katogel plus Devergè; Normlgel Molnlycke; Nu gel Johnson & Johnson; Purilon gel Coloplast; Suprasorb G Lohmann & Rauscher.
- *Medicazione a base di CMC sodica*: primaria, sterile, non aderente, indicata nelle lesioni profonde ed essudanti: Aquacel e Aquacel Ag ConvaTec

- *Medicazione all'argento*: primaria, sterile, non aderente per il trattamento di lesioni infette sia superficiali che profonde. Acticoat Smith & Nephew; Katomed Devergè; Urgotul S Ag Angelici; Silvercel Johnson & Johnson; **Atrauman Ag P. Hartmann**
- *Medicazione al carbone attivo*: primaria, sterile, non aderente per il trattamento di lesioni infette e maleodoranti. Favorisce l'abbattimento della carica batterica favorendo la detersione della ferita e riducendo il cattivo odore. Actisorb plus (con argento) Johnson & Johnson; Carboflex ConvaTec
- *Alginato di calcio*: primaria, sterile, a base di alginato di calcio con funzione assorbente/gelificante per il trattamento di lesioni essudanti in fase di granulazione sia superficiali che profonde. Algisite Smith & Nephew; Algosteril Johnson & Johnson; Askina Sorb B. Braun; Curasorb Tyco Healthcare; Kaltostat ConvaTec; Melgisorb Molnlycke; Seasorb Coloplast; Sorbalgon P. Hartmann; Suprasorb A Lohmann & Rauscher; Flaminal (formulazione in gel) Schering.
- *Poliacrilato*: primaria, sterile, non aderente per il trattamento di ferite infette e/o necrotiche Tenderwet 24 P. Hartmann
- *Collagene* : medicazione attiva che stimola il processo di cicatrizzazione. Da utilizzare su ferite deterse e non infette. Il prodotto viene completamente riassorbito, solo allora si procede ad una nuova medicazione. Condress Abiogen; Suprasorb C Lohmann & Rauscher.
- *Derivati dell'acido ialuronico*: medicazione assorbente in tessuto non tessuto. Indicata per ferite essudanti non infette. Necessita di una medicazione secondaria. Hyalofill FAB S.r.l.; Hyalogran FAB S.r.l. Jaloskin FAB S.r.l.

*****NOTA BENE:** le indicazioni riportate per quanto riguarda le frequenze di sostituzione sono indicative e da valutarsi caso per caso, previa verifica della medicazione, che deve essere comunque controllata giornalmente.

RINGRAZIAMENTI

Grazie infinite alla dottoressa Leonarda Angela Spano e al dottor Alessandro Scalise per aver collaborato insieme a me, con estrema professionalità, alla realizzazione di tale tesi. Grazie per la pazienza e il buon cuore che vi contraddistinguono.

Ringrazio gli infermieri, nonché tutor, Alessandro Patalocchi e Claudio Capretti per la magistrale esperienza di tirocinio nell' U.O. di Pronto Soccorso, e per aver reso possibile che io "sciogliessi i miei cavalli", diventando più sicura di me.

Grazie a tutti gli infermieri, i dottori e gli OSS per avermi regalato un pizzico di loro stessi, durante il mio percorso universitario.

Grazie ai miei amorevoli e carissimi pazienti e alle loro famiglie per non aver dubitato delle mie capacità e per la gioia che mi hanno trasmesso, nonostante la malattia, riempiendomi il cuore di vita.

Infinitamente grazie ai miei genitori Nada e Primo per avermi permesso di raggiungere questo traguardo, per avermi donato il regalo più bello del mondo, ovvero mio fratello Giorgio, per avermi cresciuto con umiltà e per avermi insegnato a guardare il prossimo come qualcuno da cui poter sempre raccogliere preziosi insegnamenti.

Ringrazio Giorgio per lo splendido rapporto che ci lega e per ciò che è: il mio migliore amico, il fratello perfetto, la parte migliore di me.

Grazie ai miei nonni, i miei zii e i miei cugini per essere sempre al mio fianco, per la fiducia che ripongono in me e per l'affetto vero e sincero.

Grazie ad Alice: il mio pezzo di cuore, la mia anima gemella, l'amica-sorella perfetta, la compagna della mia vita passata, presente e futura. Tu sei la persona speciale che sa parlarmi sinceramente senza giudicare e senza farmi sentire mai sbagliata. Grazie per vivere insieme a me nel nostro paese delle meraviglie.

Grazie a te Maikol per i tuoi insegnamenti a tirocinio, quando io ero solo una tirocinante e tu uno degli infermieri di anestesia più bravi e umili che abbia mai conosciuto. Grazie per il tempo pieno, per tutto l'amore che mi dai, per la meravigliosa persona che sei. Grazie per essere così simile a me, per non farmi sentire mai sbagliata, per l'incoraggiamento in tutto ciò che voglio fare. Grazie per esserci sempre con i piccoli gesti, che sono quelli che più contano.

Ringrazio tutti i miei compagni di corso, nonché colleghi per aver condiviso con me il percorso di laurea triennale. In particolar modo: Lilia, Angelica, Mikaela, Angela, Gabiria e Maria Grazia.

Lilia: grazie per tutte le volte che mi hai detto “non mollare”, per i tuoi rimproveri a fin di bene e per avermi fatto credere in me stessa. Ci sei sempre stata, insegnandomi a godere del tempo presente.

Angelica: il mio sostegno ogni singolo giorno, nei momenti grigi e negli attimi di spensieratezza. Così diverse eppure così simili nel modo di dimostrare il bene all’altro e di essere esageratamente sensibili. In questo percorso sei stata lo specchio di me stessa, attraverso cui mi sono guardata dentro e ho trovato la motivazione per affrontare ogni cosa.

Mikaela: la mia super socia nella scelta dei regali, così dolce e pura, ma allo stesso tempo in grado di tirar fuori uno straordinario lato da combattente. Ti ho osservata parecchio e da te ho appreso molto, te ne sarò sempre grata.

Angela: con te non mi sono mai sentita sola nell’affrontare la tanto odiosa ansia universitaria ed è stato importante ciò perché insieme siamo riuscite a far fronte a qualsiasi ostacolo. Grazie per essere stata il mio braccio destro e per esserlo tuttora.

Gabiria: ti ringrazio per aver affrontato un tirocinio meraviglioso insieme e per la tua infinita carica di energia positiva.

Maria Grazia: ti ringrazio per i tuoi saggi consigli, per il supporto sincero e per la tua sensibilità che è così simile alla mia.

Grazie agli amici di sempre per aver condiviso con me colorate esperienze.

Grazie alle nuove scoperte: Sofia e Barbara per aver fatto sorridere il mio cuore, nei tanti momenti di divertimento.