



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

FLORE

Repository istituzionale dell'Università degli Studi di Firenze

Un progetto contro le ulcere

Questa è la Versione finale referata (Post print/Accepted manuscript) della seguente pubblicazione:

Original Citation:

Un progetto contro le ulcere / S.Rodella; M.Simonetti;L.Rasero. - STAMPA. - (2008), pp. 3-3.

Availability:

This version is available at: 2158/781938 since:

Terms of use:

Open Access

La pubblicazione è resa disponibile sotto le norme e i termini della licenza di deposito, secondo quanto stabilito dalla Policy per l'accesso aperto dell'Università degli Studi di Firenze (<https://www.sba.unifi.it/upload/policy-oa-2016-1.pdf>)

Publisher copyright claim:

(Article begins on next page)

MODELLI La strategia regionale per ridurre il fenomeno delle lesioni da pressione

Un progetto contro le ulcere



Doppia la ricetta: più sorveglianza e tempestività negli interventi

Producono sofferenza fisica e psicologica nei pazienti, costi per i servizi sanitari in termini di giornate di degenza, consumo di farmaci, materassi antidecubito, medicazioni. Si manifestano soprattutto in soggetti immobilizzati, afflitti da gravi malattie acute o croniche, debilitati. Le ulcere da pressione sono «aree di danno localizzato a cute e tessuti sottostanti che insorgono a causa di pressione, stramento, frizione o combinazione di questi fattori» e in diversi Paesi la riduzione della loro incidenza è stata identificata come una priorità per gli interventi di miglioramento della qualità dei servizi sanitari.

Dal 2005 esiste in Toscana un progetto collaborativo coordinato dall'Agenda regionale di Sanità, con la partnership dell'Università di Firenze (Dipartimento di Igiene e Sanità pubblica), ispirato alle principali raccomandazioni contenute nelle linee guida prodotte dal Consiglio sanitario regionale e pubblicate dal Sistema nazionale linee guida. Il progetto, indirizzato sia al monitoraggio sia al miglioramento della pratica clinica, dopo una prima indagine pilota, conclusa nel 2005 in 16 centri (ospedali, distretti e residenze sanitarie assistite), è consistito nella realizzazione nel 2006 di un'indagine regionale con la partecipazione di oltre 800 infermieri. Questi operatori, che erano stati precedentemente formati, nello stesso giorno sono andati al letto di quasi 20.000 pazienti ricoverati in 44 ospedali (41 ospedali di azienda Usl e 3 aziende ospedaliere universitarie) o assistiti sul territorio in 37 distretti e 57 residenze sanitarie assistite pubbliche, per rilevare l'eventuale presenza, numero e gravità di ulcere da pressione.

La progettazione e realizzazione dell'indagine è stata

Ambito	Ulcere Udp (n°)	Grado II-IV (%)
Aou (n. 3)	9,2	5,3
Ospedali azienda Usl (n. 41)	10,6	6,6
Distretti cure a domicilio (n. 37)	30,4	26,9
Rsa pubbliche (n. 57)	9,8	7,4

Ambito	Pazienti a rischio (%)	Pazienti con Udp (%)
Aou (n. 3)	38,6	59,7
Ospedali di azienda Usl (n. 41)	43,2	60,2
Distretti cure a domicilio (n. 37)	73,9	72,0
Rsa pubbliche (n. 57)	57,0	80,0

Fattori di qualità da valorizzare

1. Identificazione dei soggetti a rischio
2. Uso di scale di valutazione del rischio
3. Valutazione dei singoli fattori di rischio, legati alle condizioni del paziente e a condizioni esterne
4. Ispezione della cute
5. Posizionamento e cambio posturale del paziente
6. Identificazione e grading delle lesioni
7. Uso appropriato dei presidi medico-chirurgici
8. Uso appropriato delle medicazioni
9. Formazione degli operatori

Controllo delle Udp

Indicatori di processo

% di documentazioni cliniche (in reparti ospedalieri a rischio o sul territorio) che includono la valutazione per Udp con scala di Braden	% pazienti a rischio a cui è stato assegnato un presidio antidecubito raccomandato (o non raccomandato) dalle linee guida	% di pazienti a rischio per i quali è documentato il riposizionamento (cambio posturale)	% di pazienti a rischio o portatori di Udp (o loro caregiver) che hanno ricevuto materiale informativo/educativo di supporto alla gestione quotidiana del problema
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Indicatori di esito

Prevalenza di Udp (totale, di grado II-IV)

Incidenza di Udp (totale, di grado II-IV)

anche l'occasione per un primo censimento di operatori con formazione ed esperienza specifiche nella prevenzione e trattamento delle ulcere cutanee.

Quali sono le conoscenze ottenute attraverso questo progetto? In ospedale circa un paziente su dieci (10,6%) presentava un'ulcera da pressione al momento dell'indagine; la proporzione saliva al 30% tra i pazienti assistiti a domicilio (più frequentemente portatori di malattie croniche invalidanti e debilitanti e con grave riduzione della mobilità) mentre nelle Rsa la frequenza è risultata pari al 9%, quindi simile alla realtà ospedaliera.

Questi dati sono complessivamente paragonabili a quelli pubblicati da altri studi. La variabilità tra centri

appare minore in ospedale e più elevata sul territorio. In ospedale, i reparti a maggior frequenza di Udp sono soprattutto le riabilitazioni, le geriatriche e le terapie intensive, dove circa un paziente su cinque è affetto da una o più ulcere da pressione. Ma non tutte le Udp sono uguali: quelle di primo grado (secondo la classificazione di Braden, riconosciuta valida

a livello internazionale) sono più lievi e la cute, benché arrossata e alterata, è ancora integra. Queste lesioni, se tempestivamente identificate e trattate, sono ancora suscettibili di regressione. Diverso è invece il caso delle lesioni

di grado II-IV: sono vere e proprie ferite e la loro riparazione è difficile, lunga, spesso impossibile. Una riduzione di frequenza delle ulcere da pressione di grado II-IV è dunque un risultato atteso importante, degli interventi di miglioramento. Il "National institute for clinical excellence" inglese addirittura raccomanda che queste lesioni siano considerate

alla stregua di incidenti clinici. Nello studio regionale toscano il 62,4% delle ulcere rilevate in ospedale era di grado uguale o superiore al II, ma tra i pazienti assistiti a domicilio o nelle Rsa questa proporzione saliva all'88,2%

e al 75,7% rispettivamente.

Quali sono dunque gli interventi efficaci per ridurre l'entità del problema? Possono essere classificati in due grandi gruppi: da un lato l'adozione da parte degli operatori di comportamenti professionali corretti: saper riconoscere i soggetti a rischio, prestare attenzione alla mobilità, prescrivere materassi antidecubito validi al momento giusto e per un periodo sufficiente; dall'altro, occorre l'adozione da parte delle aziende sanitarie di un insieme di criteri e procedure appropriati per l'acquisizione e la prescrizione dei presidi antidecubito e delle medicazioni negli ospedali e sul territorio. Ed è l'assistenza sul territorio, in particolare,

ad avere più bisogno di interventi correttivi, sia perché l'entità del problema è maggiore sia perché la nomenclatura di riferimento per la prescrizione dei presidi ha necessità di essere aggiornata sulla base delle indicazioni di letteratura più recenti. Nella sua formulazione attuale non sempre infatti garantisce ai pazienti la disponibilità di prodotti efficaci.

Al rafforzamento del binomio sorveglianza-intervento intende puntare nel 2008 il Progetto regionale toscano, attraverso l'impegno su diversi fronti: l'applicazione di un set minimo di indicatori per la valutazione di adesione alle linee guida; la costruzione di una rete collaborativa permanente di infermieri che favorisca l'applicazione di pratiche efficaci; il rafforzamento di una rete "esperta" di infermieri con competenze specifiche; l'allestimento e la diffusione di materiale informativo e formativo che aiuti gli infermieri, ma anche i medici, a riconoscere in tempo i pazienti a rischio e a intervenire con altrettanta tempestività. E ancora: l'estensione del monitoraggio a strutture private accreditate che si dichiarino disposte a farlo; l'incoraggiamento a uno scambio di informazioni e a un confronto di esperienze condotte in singole aziende e infine, in collaborazione con il Centro regionale per la gestione del rischio clinico, la definizione e diffusione di buone pratiche coerenti con le linee guida regionali.

**Stefania Rodella
Monica Simonetti**
Ars Toscana
Osservatorio qualità
Laura Rasero

Dipartimento
Igiene e Sanità pubblica
Università di Firenze
per il gruppo regionale
"Prevenzione e trattamento
delle ulcere da pressione"